

Elina Svarva Rødal

Født som forbryter?

En undersøkelse i bruken av internasjonale teorier ved Kriminalasylet i Trondheim i perioden 1895-1915

Masteroppgave i Historie

Veileder: Øyvind Thomassen

Medveileder: Maria Antonie Sæther

Mai 2021

Elina Svarva Rødal

Født som forbryter?

En undersøkelse i bruken av internasjonale teorier
ved Kriminalasylet i Trondheim i perioden 1895-1915

Masteroppgave i Historie
Veileder: Øyvind Thomassen
Medveileder: Maria Antonie Sæther
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for moderne samfunnshistorie



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Jeg har så lenge jeg kan huske vært interessert i historien om kriminalitet, straff, psykiatri og galskap. Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven min var valget enkelt. Jeg ville skrive om sinnssykdom og kriminalitet. Jeg gikk da direkte til historiker Øyvind Thomassen, som er ekspert på feltet, og ba han om å bli min veileder. Sammen kom vi frem til at jeg skulle undersøke Kriminalasylet i Trondheim. Etter hvert som jeg leste litteratur om kriminalitet og psykiatri på 1800- og 1900-tallet, kom jeg frem til at jeg ville studere den italienske kriminalantropologen Cesare Lombroso og hans teorier om den fødte forbryter.

Det har vært en svært lærerik og givende prosess å skrive denne masteroppgaven. Det er med blandede følelser jeg nå formulerer de aller siste ordene. På en måte er det med lettelse ettersom det har vært en lang og tidvis tung prosess, med både opp- og nedturer. Likevel er det også vemodig. Det å arbeide med et prosjekt over så lang tid har vært mer enn bare å skrive en oppgave. Jeg har lært mye om meg selv, og hvordan jeg håndterer å arbeide med noe over lang tid.

Jeg vil takke veilederen min Øyvind Thomassen, for gode råd underveis i denne prosessen. Jeg vil også takke min kjære «ekstraveileder», Maria Antonie Sæther. Takk for at du har satt av tid til å lese flere utkast, til tross for at du selv har stått midt i den avsluttende fasen av avhandlingen din.

Selv om jeg har skrevet masteroppgaven på egenhånd, har jeg likevel ikke vært alene. Jeg har hatt et team rundt meg bestående av mine kjære medstudenter. Med faste lunsjer i kantina, gåturer rundt Dragvoll og pauser ved kiosken, har dere bidratt til en fin skolehverdag til tross for corona-restriksjoner. Tusen takk alle sammen. Jeg vil rette en spesielt stor takk til Juliane. Takk for fem fine år på historiestudiet. Det hadde ikke vært det samme uten deg.

En stor takk til mine foreldre, for korrekturlesing og tilbakemeldinger på innhold. Dere har vært en uvurderlig ressurs både med tanke på denne masteroppgaven, men også gjennom hele utdanningen min. Jeg vil også rette en stor takk til Martine og Andrea for korrekturlesing. Sist, men ikke minst, vil jeg takke kjæresten og samboeren min Kristoffer. Takk for at du har støttet meg og vært der for meg hele veien.

Innhold

Kapittel 1: Innledning.....	1
Problemstilling og avgrensning.....	2
Mitt bidrag og bakgrunnen for undersøkelsen.....	3
Metode.....	4
Historiografi	5
Kildemateriale og utfordringer	9
Oppgavens struktur	11
Kapittel 2: Historisk bakgrunn.....	13
Fremveksten av sosialhjelpstaten.....	13
Waldemar Bødtker og Hans Evensen.....	15
Lamarck og Darwin	16
Emil Kraepelin	18
Cesare Lombroso og kriminalantropologien.....	19
Moral Insanity	22
Hvordan endret forståelsen av moral insanity seg før Lombroso?	25
Kriminologien til Norge	29
Endringer i det norske lovverket.....	30
Arvelighetsbegrepet.....	31
Moralbegrepet	32
Oppsummering	32
Kapittel 3: Degenerasjonsteorien	34
Pasientene og pasientjournalene	34
Diagnosene	38
Behandlingspraksis	40
Mangel på vokabular	40
Arv eller miljø?	41
Diagnostiseringen	42
«Filleproletariatet»	44
Insania Degenerativa	44
Kritikk av degenerasjonsteorien	46
Dementia Praecox.....	48

Idiotia	49
Sosiale forskjeller og degenerasjon	52
Oppsummering	56
Kapittel 4: Moral Insanity.....	59
Insania Degenerativa	59
Dementia Praecox.....	62
Idiotia	63
Epilepsia og Dementia	66
Arv eller miljø?	68
Evensen og Bødtker om moral insanity	72
Oppsummering	75
Kapittel 5: Konklusjon	77
Litteraturliste	80

Kapittel 1: Innledning

«Han gjorde sig ingen tanker om at dette var straffbart, men i frygt for straffen ønsket han forbrydelsen ugjort. Det umoralske ved sit forløb har han ingensomhelst forstaaelse af.»¹

«N.O maatte ansees som en imbecil og degenreret antisocial person, og burde anbringes i Kriminalasylet.»²

De to sitatene over er beskrivelser nedtegnet av bestyrerne ved Kriminalasylet i Trondheim. Det første sitatet er skrevet i 1896 av asylets første bestyrer, Waldemar Bødtker, og henviser til pasientens manglende moral. Det andre sitatet er skrevet i 1912 av asylets andre bestyrer, Hans Evensen. I sitatet refererer han til direktøren ved Rotvoll asyl sin tidligere konklusjon om at pasienten var et degenerert individ. Hva mente egentlig bestyrerne ved Kriminalasylet med disse sitatene? Hva la de i beskrivelsene av degenerasjon og mange på moral?

Ifølge kriminologiprofessor Nicole Hahn Rafter har interessen for å undersøke kriminalitet vitenskapelig eksistert siden 1800-tallet.³ I norsk sammenheng ble det en økende interesse for å forstå kriminalitet på slutten av århundret. Bakgrunnen for dette kan spores tilbake til de italienske kriminologene, med Cesare Lombroso i spissen. I siste halvdel av 1800-tallet startet han et arbeid med å kartlegge forbrytere, og hevdet at det kunne brukes vitenskap til å gjøre nettopp dette. Fokuset gikk på denne måten bort fra selve forbrytelsen (som hadde vært fokusområdet i flere århundrer), til selve forbryteren. Lombrosos arbeid ble viktig innen europeisk psykiatri, spesielt i tilknytning til rettspsykiatri. Ideene hans spredte seg videre til Tyskland, og deretter til Norge, og fikk stor betydning i ulike fagmiljøer. I Norge fikk ideene hans spesielt stor innflytelse ved midten av 1890-tallet. Ideene til Lombroso påvirket også den allerede etablerte debatten omkring psykiatriens rolle i rettssystemet, og behandlingen og/eller straffen av sinnssyke forbrytere.

¹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 11

² Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 76

³ Nicole Rafter, Chad Posick & Michael Rocque, *The Criminal Brain – Understanding Biological Theories of Crime*. New York University Press, 2016: 13

Når det kom til den norske debatten om behandlingen av sinnssyke forbryttere, ble løsningen å opprette et eget asyl for denne gruppen mennesker. Fengslene ville ikke ha sinnssyke innsatte, og sinnssykeasylene ville ikke ha kriminelle pasienter. Løsningen ble å opprette et eget asyl for sinnssyke kriminelle, og dette ble gjort i Trondheim i 1895. Kriminalasylet var det eneste av sitt slag i Norge, frem til opprettelsen av Reitgjerdet i 1923. Kriminalasylet ligger fremdeles svært synlig til på Ila i Trondheim. Bygget blir i dag brukt som museum, og huser gjenstander fra de ulike periodene som det har gjennomgått, fra slaveri til fengsel og deretter kriminalasyl.

Problemstilling og avgrensning

Den overordnede problemstillingen for undersøkelsen er: ***Hvordan ble Cesare Lombrosos degenerasjonsteori og teorien om moral insanity forstått av de norske psykiaterne Waldemar Bødtker og Hans Evensen? På hvilken måte kan den eventuelle bruken av teoriene bli observert i pasientjournalene ved Kriminalasylet i Trondheim i perioden 1895 til 1915?***

Hensikten med problemstillingen er å forsøke å finne ut av hvordan internasjonale teorier og begreper ble forstått og brukt i praksis. Oppgaven diskuterer om ulike beskrivelser gjort i pasientjournalene ved Kriminalasylet i Trondheim kan brukes til å studere hvordan internasjonale teorier og begreper ble forstått i samtiden.

Underproblemstillinger i oppgaven er: *Var det markante forskjeller i hva Bødtker og Evensen fokuserte på i pasientjournalene? Og i så fall: på hvilken måte? Hvordan forsto bestyrerne diagnosene? Hva la de i beskrivelsene av moral?* I tillegg til disse underproblemstillingene skal det også stilles andre spørsmål i kapittel 3 og 4 som skal besvares underveis i kapitlene. Dette er spørsmål som omhandler arv og miljø, sosiale forskjeller og lignende. Disse spørsmålene er ytterligere presiseringer som er med på å besvare problemstillingen.

Undersøkelsen baserer seg på perioden 1895 til 1915 ettersom 1895 var året hvor Kriminalasylet åpnet, med Waldemar Bødtker som den første bestyreren ved asylet. 1915 var året hvor asylets andre bestyrer, Hans Evensen, gikk av. Ved å basere undersøkelsen på en 20-årsperiode blir det lettere å gjøre et dypdykk ned i pasientjournalene, og studere dem nærmere enn hva jeg eventuelt hadde hatt kapasitet til dersom undersøkelsen skulle blitt strukket over enda flere år. 20-årsperioden blir dermed brukt til å sammenligne beskrivelser knyttet til degenerasjon og moral, hos de to første bestyrerne.

Etter å ha lest 85 pasientjournaler ved asylet, har jeg valgt å fokusere på de journalene der pasientene fikk diagnosene *insania degenerativa*, *dementia praecox* og *idiotia*. Det ville selvsagt ha vært interessant om jeg hadde mulighet til å undersøke alle 85 pasientjournalene i detalj, men dette har ikke latt seg gjøre basert på oppgavens begrensede omfang. Jeg har derfor valgt ut de diagnosene hvor jeg har funnet flest beskrivelser som kan knyttes til teorien om degenerasjon og moral insanity. I kapittel 4 skal jeg også undersøke de pasientjournalene hvor pasientene hadde diagnosene epilepsia og *dementia*, ettersom det finnes flere beskrivelser knyttet til moral i disse tilfellene. Det er mulig at *dementia* er lik diagnosen *dementia praecox*, men jeg har valgt å skille disse diagnosene fra hverandre, ut ifra hva bestyrerne har skrevet i pasientjournalen.

Kildematerialet har også blitt avgrenset ved å fokusere på anamnesen i pasientjournalen, og ikke «status praesens», altså hverdagslivet. Anamnesen består av livshistorien til pasienten, og er dermed det mest interessante for undersøkelsen ettersom jeg undersøker hva bestyrerne la vekt på ved eventuelle forklaringer på degenerasjon og moral insanity.

Mitt bidrag og bakgrunnen for undersøkelsen

Historien om kriminalitet og sinnssykdom er faglig interessant fordi disse to temaene stadig har endret seg, spesielt når det kommer til synet på kriminalitet og hvordan sinnssyke mennesker skal bli behandlet og forstått. Som historiker Per Haave hevder, har psykiatrihistorie ofte blitt skrevet som en lineær utvikling, fra uvitenhet og grusom behandling til en mer opplyst og humanitær medisinsk behandling.⁴ Dette henger sammen med teoriene på feltet, noe som har gjennomgått store endringer.

Denne masteroppgaven er likevel ikke den første til å undersøke Kriminalasylet. Tvert imot, så har det nå blitt en god del masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger knyttet til ulike problemstillinger under forskningsprosjektet «Galskapens fengsel», ledet av historiker Øyvind Thomassen. Det er dermed forståelig at så mange historiestudenter har valgt å studere dette temaet. I 2016 kom historiker Eivind Myhre ut med avhandlingen «Farlige menn. Mannlighet, seksualitet og sinnssykdom 1895 – 1940».⁵ I 2015 undersøkte Stine Furan bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915.⁶ Året etter skrev Magnus Krokstad Wass

⁴ Per Haave, *Ambisjon og Handling – Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Unipub 2013: 16

⁵ Eivind Myhre, *Farlige menn. Mannlighet, seksualitet og sinnssykdom 1895 – 1940*. NTNU 2016

⁶ Stine Furan, *De elendige – En studie av bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet 1895-1915*. NTNU 2015

om Hans Evensen, Kriminalasylets første bestyrer, og hvilke perspektiver han hadde på forbrytere.⁷ Dette er bare tre eksempler av mange. Selv om det har blitt skrevet en god del masteroppgaver om Kriminalasylet, har det likevel vært flere ulike problemstillinger og fokusområder. Mitt bidrag i denne sammenhengen er å se om det finnes spor av samtidens anerkjente internasjonale teorier i pasientjournalene ved Kriminalasylet. Ved å undersøke om det finnes slike spor, kan bestyrernes holdninger til internasjonale teorier bli avdekket. Dette er interessant for å finne ut av hvor påvirket norske psykiatere var av teoriene til Lombroso. Bestyrerne ved Kriminalasylet kan dermed være eksempler på hvordan internasjonale teorier påvirket hva som ble vektlagt i pasientjournalene i perioden. Det ville også vært interessant å gjøre samme undersøkelse ved et annet sinnssykeasyl i samme periode, for å sammenligne med Kriminalasylet.

Metode

For å kunne svare på problemstillingen til oppgaven, har jeg valgt å bruke kvalitativ hermeneutisk metode. Jeg bruker også enkelte elementer fra kvantitativ metode, for å undersøke i hvilken grad enkelte eksempler kan være gjeldende for pasientene som helhet. Historiker Knut Kjeldstadli hevder at et fornuftig synspunkt i historisk forskning, er at objektet bestemmer metoden.⁸ Ettersom kildene i oppgaven er pasientjournaler, mener jeg det er naturlig at oppgaven skal baseres på hermeneutikk, altså teksttolkning. Jeg skal forsøke å forstå hva bestyrerne ved Kriminalasylet mente med det de skrev i pasientjournalene. Ved å trekke frem enkelte eksempler, blir det mulig å gå i dybden av hva som var ment med teksten. Jeg har dermed forsøkt å tolke kildene ut ifra spørsmålet om mening. Jeg har sammenfattet kildene og gjengitt meningen med egne ord.

En hermeneutisk kvalitativ metode faller, ifølge Kjeldstadli, under tre ledd: kartlegge den språklige meningen, forstå budskapet i teksten og gjengi vår tolkning med egne ord.⁹ Denne inndelingen har jeg fulgt gjennom arbeidet med kildene i oppgaven. Det har også vært nødvendig å forstå konteksten i perioden. Dette for å bedre forstå underliggende meninger, holdninger og

⁷ Magnus Krokstad Wass, *Hans Evensen og forbryterne ved Kriminalasylet*. NTNU 2016

⁸ Knut Kjeldstadli, *Fortida er ikke hva den en gang var- En innføring i historiefaget*. Universitetsforlaget, 1999: 119

⁹ Kjeldstadli 1999: 185

verdier som rådet i samfunnet. Sekundærlitteraturen har dermed vært viktig for å forstå perioden, samt teoriene og begrepene som ble brukt.

Det har også vært viktig at jeg har hatt et åpent sinn i arbeidet med kildene. Jeg har vært bevisst mine subjektive holdninger, og forsøkt så godt det lar seg gjøre å ikke la min egen moral komme i veien for tolkningen av bestyrernes utsagn og beskrivelser. Enkelte av disse utsagnene kan virke støtende ut ifra dagens holdninger. Det har dermed vært svært viktig at jeg har vært klar over min egen subjektivitet, og forsøke å forstå fortiden på dens egne premisser.

Det har vært flere metodiske utfordringer i forbindelse med undersøkelsen. De to største problemene har vært å forstå arvelighetsbegrepet og moralbegrepet i perioden. På slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet var arvelighetsforståelsen annerledes enn den er i dag, og arv ble ikke oppfattet på samme måte som vi oppfatter den i dag. Det har vært svært viktig at jeg har vært klar over denne problematikken underveis i undersøkelsen, spesielt når jeg har studert kildene. Det samme gjelder moralbegrepene i perioden som blir undersøkt. Moral er et flyktig begrep som endrer seg samtidig med at samfunnet utvikler seg. Det har dermed vært utfordrende å tolke de ulike arvelighets- og moralbegrepene. Det har vært nødvendig å huske på at jeg har en historisk distanse til begrepene, og at jeg er bundet av mine egne forståelser av dem. Arvelighets- og moralbegrepet kommer jeg tilbake til i slutten av kapittel 2.

Historiografi

Oppgaven er hovedsakelig vitenskapshistorisk og baserer seg på kriminalitetshistorie og psykiatrihistorie. Ved å ha undersøkt og studert en god del historiografi omkring disse sjangrene, har det slått meg hvor overlappende de er. Det har derfor ikke vært enkelt å prøve å skille kriminalitetshistorie og psykiatrihistorie fra hverandre, ettersom det er naturlig at de hører sammen. I arbeidet med oppgaven har det blitt brukt både norsk og internasjonal sekundærlitteratur.

Den amerikanske kriminologiprofessor Nicole Hahn Rafter har vært svært sentral for undersøkelsene gjort i oppgaven. Hun står bak boken «The Criminal Brain», hvor hun definerer kriminologi som «arbeidet med å redegjøre for kriminalitet på en vitenskapelig måte.»¹⁰ I boken undersøker hun utviklingen av kriminologi og psykiatri. Hun hevder, som tidligere nevnt, at

¹⁰ Rafter 2016: 21

interessen for å undersøke kriminalitet vitenskapelig har eksistert siden 1800-tallet. Hun hevder også at kriminalitet er sosialt konstruert, og at det dermed er viktig å undersøke hvilken vitenskap om kriminalitet som er gjeldende i ulike perioder.¹¹ Når det kommer til slutten av 1800-tallet, vektlegger hun Lombrosos teorier om den fødte forbryter. Her beskriver hun hvordan tidligere biologiske teorier blir knyttet opp mot kriminalitet.

Historiker Espen Schaaning har vært av stor betydning med tanke på strafferettens, rettspsykiatriens og kriminalantropologiens historie. I likhet med Rafter studerer han utviklingstrekk innen psykiatri og kriminologi. Boken hans «Kampen om den forbryterske sjel» er en idéhistorisk og filosofisk analyse av hvordan leger fikk innpass i norsk strafferett på slutten av 1800-tallet.¹² Her analyserer han også legitimeringen av straff som reaksjonsform. I boken «Menneskelaboratoriet - Botsfengselets historie» gir han en historisk gjennomgang av fremveksten og utviklingen til fengselsvesenet, i tillegg til utviklingen av kriminologi som vitenskap. Han diskuterer også endringene i den norske straffelovgivningen. I denne boken hevder Schaaning at norske psykiatere var sterkt påvirket av Lombrosos teorier.¹³

For å få en fullverdig forståelse av det norske samfunn i perioden som blir undersøkt, har det vært svært nyttig å bruke boken «Sosialhjelpstaten blir til» av historiker Anne Lise Seip. Seip hevder at perioden mellom 1740 og 1920 kan karakteriseres som fremveksten av «sosialhjelpstaten», en mellomform mellom den gamle «laissez-faire»-staten og velferdsstaten som vi har i dag.¹⁴ Her forklarer hun hvordan sosialhjelpstaten ble til, samtidig som hun undersøkte hvordan sinnssyke har blitt behandlet i samfunnet. Det viktigste kjennetegn for sosialhjelpstaten var universelle ytelser og utstrakt grad av offentlig ansvar.¹⁵ I denne forskningslitteraturen analyserer Seip sosiale reformer, som får frem en sosial og politisk kontekst på utviklingen av samfunnet i perioden. Sosiale tjenester ble utvidet, spesielt i helsesektoren, for eksempel ved at helsepleien ble en del av fattigomsorgen. Seip hevder at sykdommer som radesyke, lepra, tuberkulose og sinnssykdom ble sett på som enten arvelige eller smittsomme. Dette synet førte til en særlovgivning som kjennetegnes ved at hensynet til samfunnet og hygienen krevde tvangspregete tiltak som innskrenket pasientens personlige frihet.

¹¹ Ibid: 13

¹² Espen Schaaning, *Kampen om den forbryterske sjel*. Akademika forlag, 2013

¹³ Espen Schaaning, *Menneskelaboratoriet – Botsfengselets historie*. Spartacus forlag, 2007: 249-250

¹⁴ Anne Lise Seip, *Sosialhjelpstaten blir til – Norsk sosialpolitikk 1740 – 1920*. Gyldendal, 1984

¹⁵ Ibid: 12-15

Hun hevder videre at samfunnets vel var den overordnede, moralske norm.¹⁶ Boken gir dermed en god sosialhistorisk og politisk ramme for å forstå konteksten rundt perioden som skal bli undersøkt i oppgaven. En negativ side ved denne sekundærlitteraturen, er at Seip har valgt å se bort ifra utviklingen til kriminalitet i perioden, noe hun nevner tidlig i boken.

To andre sentrale verk innen norsk samfunnsutvikling innenfor helse er «Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820 – 1920» av forfatter Kari Ludvigsen, og «Ambisjon og handling – Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv» av historiker Per Haave.¹⁷

Ludvigsen undersøker utviklingen av det norske sinnssykevesen i Norge i perioden 1820 til 1920. Denne boken er med andre ord svært sentral for masteroppgaven. Selv om perioden hun undersøker er fra 1820, redegjør hun også for sinnssykepleiens utvikling fra 1700-tallet, for å forstå konteksten for perioden. Hun starter med å redegjøre for utviklingen i europeisk sammenheng, for deretter å beskrive Norge. Haave på sin side, bruker et konkret eksempel for å undersøke utviklingen i norsk sinnssykevesen, nemlig Sanderud Sykehus. På denne måten gjør Haave det enklere for leseren å sette seg inn i de konkrete utviklingslinjene, og hvordan utviklingen har foregått i praksis. Haave hevder, som tidligere nevnt, at psykiatrichistorie ofte har blitt skrevet som en lineær utvikling fra uvitenhet og grusom behandling til en mer opplyst og humanitær medisinsk behandling. Han hevder at det har skjedd en historiografisk vending.¹⁸

Historiker Svein Atle Skålevågs avhandling «Fra normalitetens historie – sinnssykdom 1870 – 1920» er en studie av sinnssykdom som historisk problem.¹⁹ Han forsøker å forstå sinnssykdommens oppkomst og forvitring, og beskriver perioden 1870 til 1920 som en periode hvor norsk psykiatri ble formet. Skålevåg hevder blant annet at sinnssykdom signaliserer en virkelighetsforståelse som gav psykiatrien legitimitet. Bakgrunnen for analysen var blant annet nærlesing av psykiatriske pasientjournaler fra tre ulike norske sinnssykeasyl. Denne avhandlingen har dermed vært svært hjelpsom for oppgaven, ettersom jeg har blitt inspirert til hvordan jeg skal studere pasientjournalene ved Kriminalasylet. Skålevåg hevder at kunnskap om sinnssykdom ble produsert i sinnssykeasylet og i tilknytning til rettsapparatet. Han hevdet også at selve pasientjournalene gikk fra å være legens overvåkningsnotater, til verktøy for en medisinsk

¹⁶ Ibid: 235-236

¹⁷ Haave 2008

¹⁸ Ibid: 16

¹⁹ Svein Atle Skålevåg, *Normalitetens historie – Sinnssykdom 1870 – 1920*. Universitetsforskning i Bergen, 2003.

diskurs. Denne diskursen ble senere en diskurs omkring identitet og normalitet. Han drøfter også skillet mellom ansvarlighet og uansvarlighet, og mellom viljestyrte handlinger og tvangshandlinger.²⁰

Litteraturforsker Petter Aaslestad's bok «Pasienten som tekst – fortellerrollen i psykiatriske journaler, Gaustad 1890 til 1990» har vært et uvurderlig bidrag for å forstå hvor viktig det er å være klar over selve fortellerrollen i pasientjournaler. I boken undersøker Aaslestad selve pasientjournalen og hvordan fortellerrollen kan påvirke hvordan historien til pasienten blir fortalt, og at pasientjournalen dermed kan karakteriseres som en fortelling. Han hevder blant annet at den sinnssykes livsforståelse og daglige oppførsel ofte blir oppfattet som en del av pasientens sykdom. I likhet med Skålevåg er han enig i at historien om sykejournalen kan bli karakterisert som lineær, og at det som skinner mest igjennom når det kommer til journalen er de gjeldende holdningene omkring sykdom og galskap. Det er med andre ord den historiske konteksten i det samfunnet mennesker lever i, som er av størst betydning for forståelsen av den psykiatriske sykdommen.²¹

I boken «Madness - A History» gir historiker Petteri Pietikainen en grundig innføring i galskapens historie, helt fra antikken til moderne tider. I tillegg til å undersøke temaer som psykiatriens utvikling og synet på behandling, redegjør han også for diagnosens historie. Han hevder at det er vanskelig å si hva som forårsaker mentale lidelser, i motsetning til somatiske sykdommer. Det er ikke enkelt å si om mentale lidelser er forårsaket av arvelig disposisjon eller sosialt stress, eller begge for den saks skyld. Pietikainen hevder at vi lever i en verden hvor mentale lidelser ofte er et resultat av forhandlinger mellom ulike aktører: som mellom psykiatere og pasienter, den offentlige sektor og andre, gjerne private, aktører.²² Dette synet har vært viktig å ha i bakhodet når jeg har studert pasientjournalene ved Kriminalasylet, og undersøkt hva bestyrerne la i enkelte diagnoser.

En annen sentral historiker som undersøker «galskap» og dens historie, er Roy Porter. Han undersøker historie sett «nedenfra», altså fra de sinnssykes perspektiver. I boken «A Social History of Madness» hevder han blant annet at definisjonen av galskap er bestemt av kulturen

²⁰ Ibid: viii

²¹ Petter Aaslestad, *Pasienten som tekst*. Universitetsforlaget, 2007: 18, 28

²² Petteri Pietikainen, *Madness – A History*. Routledge, 2015: 158-159

den lever i. Han hevder også at galskapens historie er tett knyttet til maktens historie, ettersom galskap ble definert av de med makt i samfunnet.²³ Referansepunktene hans i boken er dermed språk, historie og kultur.

Sist, men ikke minst, har boken «Galskapens fengsel» vært av stor betydning. Den ble utgitt i forbindelse med Norsk rettsmuseums utstilling «Galskapens fengsel», som var et resultat av samarbeidet med forskningsprosjektet med samme navn ved NTNU, ledet av historiker Øyvind Thomassen.²⁴ Boken tar for seg opprettelsen av de to første institusjonene i Norge som ble satt i gang som et tiltak mot farlige, sinnssyke kriminelle (Kriminalasylet og Reitgjerdet i Trondheim). Denne boken, samt utstillingen på Justismuseet i Trondheim, er laget for å få et innblikk inn i sikkerhetspsykiatrien. I boken gis det også beskrivelser av endringer innen medisin mot slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Her beskrives det hvordan sinnssykdom gikk fra å være forklart ut ifra epidemiologi til biologi. Det blir også hevdet at det var en flytende forståelse av hva Kriminalasylet og Reitgjerdet var, både politisk, vitenskapelig og i samfunnet for øvrig.²⁵

Thomassen startet i 2008 et omfattende arbeid med å studere det enorme kildematerialet fra Kriminalasylet. Han har også skrevet flere artikler for å få frem ulike sider ved virksomheten til Kriminalasylet, blant annet «Diagnosing the criminal insane in Norway 1895-1915».²⁶ Her undersøker han den diagnostiske praksisen til bestyrerne ved Kriminalasylet. Disse artiklene har vært svært viktige og interessante bidrag i forskningen rundt Kriminalasylet, og har hjulpet meg i min egen forståelse av asylet i perioden.

Kildemateriale og utfordringer

I oppgaven har jeg i hovedsak brukt pasientjournalene fra Kriminalasylet i Trondheim fra 1895 til 1915 som kilde. I denne perioden ble det skrevet 85 pasientjournaler av tre ulike bestyrere, i hovedsak av Waldemar Bødtker og Hans Evensen (Johan Scharffenberg var vikar fra 1903 til 1904). Disse pasientjournalene er av ulik lengde, alt fra 4 til 25 sider. Jeg har vært så heldig å få utdelt dette kildemateriale digitalt. I tillegg til kildene har jeg brukt en god del sekundærlitteratur.

²³ Roy Porter, *Madness: A Brief History*. Oxford University Press, 1989: 9-10, 39

²⁴ Forskningsprosjektet *Galskapens fengsel (The Mental Machine)* er ledet av NTNU og Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

²⁵ Øyvind Thomassen m.fl. *Galskapens fengsel*. Norsk rettsmuseum 2015: 30-32

²⁶ Øyvind Thomassen, *Diagnosing the Criminal Insane in Norway 1895-1915*. In *International and Local Approaches to Health Care*. 2010

Jeg har blant annet brukt flere nedskrevne forelesninger gjort av bestyrer Hans Evensen og psykiater Harald Holm.

Den største utfordringen jeg har møtt på i arbeidet med masteroppgaven, har vært det å tolke skriften i pasientjournalene. Bødtker og Evensen hadde svært ulik skrift. Bødtker brukte nærmest gotisk skrift, men skrev likevel store bokstaver. Jeg synes derfor det var enklere å tolke Bødtkers skrift. Evensen skrev kanskje tydeligere, men likevel svært smått. En annen utfordring har vært at bestyrerne brukte dansk-norske ord. Det gjorde at det ikke alltid var like enkelt å forstå meningen med et ord eller en hel setning. Det var heller ikke alltid like enkelt å finne anamnesen, ettersom ikke alle pasientjournalene var kronologisk oppført. I enkelte tilfeller, spesielt i Evensens pasientjournaler, ble ikke anamnesen notert først i pasientjournalen. Den kunne tvert imot komme midt i. Dette gjorde at jeg måtte bruke tid på å finne den.

Det har vært viktig å være klar over det subjektive aspektet ved oppgaven. Historiker Svein Atle Skålevåg hevder i sin bok «Fra normalitetens historie» at pasientjournaler kan ligne en historie, eller fortelling, om pasientens liv.²⁷ Denne bemerkningen har jeg hatt i bakhodet mens jeg har studert pasientjournalene. Det er bestyrernes subjektivitet det må tas hensyn til, ettersom de har gjort et utvalg av hva de har valgt å skrive. Det skal også nevnes at det kun var bestyrerne ved asyltet som hadde tilgang til pasientjournalene. De var med andre ord ikke skrevet for allment innsyn, men til egen, personlig bruk. De trengte dermed ikke å ta hensyn til samfunnets holdninger og forventninger, men skrev ned den informasjonen de mente var viktig i sine undersøkelser av pasientene. Denne betraktningen mener jeg er viktig å ta med, ettersom bestyrernes meninger og holdninger kommer sterkere til syne her, enn hva som hadde vært tilfellet om de skrev for allmennheten. Også litteraturforsker Petter Aaslestad skriver i sin bok «Pasienten som tekst» at det er viktig å skille mellom virkelighet og den språklige fremstillingen av den samme virkeligheten.²⁸ Det er dermed en kildekritisk vurdering å huske på at bestyrerne ikke var objektive i sine beskrivelser av pasientene. Det samme gjelder min egen subjektive oppfatning ettersom jeg har gjort mine egne vurderinger av hva bestyrerne mente med enkelte utsagn.

²⁷ Skålevåg 2003: 59

²⁸ Aaslestad 2007: 33

I denne type oppgave er det svært viktig å huske på det etiske rammeverket med tanke på bruken av pasientjournaler som kildemateriale. Pasientjournalene fører med seg sensitive personopplysninger, som kan virke støtende for gjenværende familiemedlemmer. De skal heller ikke misbrukes med tanke på respekt for pasientene som var innlagt ved asylet. Gjennom prosjektet «Galskapens fengsel» har det blitt utviklet egne etiske retningslinjer for hvordan pasientjournalene ved Kriminalasylet skal håndteres som kilde. Etter samtale med veileder, og andre tilhørende dette prosjektet, har jeg kommet frem til at jeg skal anonymisere navnene til pasientene ved å nummerere dem. Dette til tross for at pasientnummer fort kan virke upersonlig. Det er viktig å huske på at dette gjelder mennesker og deres liv, til tross for at det oppgis lite informasjon om hvem de var i oppgaven.

Oppgavens struktur

Oppgaven består av til sammen 5 kapitler, hvorav kapittel 3 og 4 inneholder de empiriske undersøkelsene. Kapittel 2 er i hovedsak kronologisk oppbygd, mens resten av oppgaven baserer seg på tematisk strukturering. Spesielt kapittel 3 og 4 er bygd opp ved at det skilles mellom de ulike diagnosene. Ved slutten av hvert kapittel gis det en kort oppsummeringsdel.

Kapittel 2 er historisk bakgrunn Dette kapittelet er viktig for den overordnede forståelsen av oppgaven, ettersom den danner et bilde av perioden. Kapittelet gir også innblikk i samtidens syn på kriminalitet og sinnssykdom på 1800-tallet, både i Norge og internasjonalt. Kapittelet inneholder blant annet fremveksten av sosialhjelpstaten i Norge, redegjørelse for sentrale aktører, endringer i det norske lovverket og forklaring av arvelighets- og moralbegrepet. Dette er viktige elementer for å danne en kontekst rundt perioden som blir undersøkt. Hovedfokuset er likevel å redegjøre for Cesare Lombroso og teoriene om moral insanity og degenerasjon.

Kapittel 3 utgjør hovedtyngden av oppgavens empiriske analyse. Her gis det innblikk i hvem pasientene ved Kriminalasylet var, hvor de kom fra og hvilke diagnoser de hadde. Det undersøkes hva bestyrerne la i diagnostiseringen av pasientene, og om det var forskjeller i måten bestyrerne beskrev pasientene på i pasientjournalene. Hovedfokuset i dette kapittelet er bruken av degenerasjonsteorien. Det undersøkes om beskrivelsene av pasientene kan knyttes til teorien, og om bestyrerne skilte slike beskrivelser ut ifra hvilken diagnose pasientene hadde. På denne måten vil jeg finne ut av om bestyrerne var påvirket av teorien eller ikke.

Kapittel 4 vektlegger bruken av moral insanity. Her undersøkes det om beskrivelsene gjort av bestyrerne i pasientjournalene kan knyttes til dette begrepet, og om bestyrerne dermed var påvirket av denne internasjonale teorien i sitt arbeid. Dette kapittelet er også delt inn etter diagnoser, i tillegg til enkelte underkapitler som «arv eller miljø?» I dette kapittelet undersøkes det også om det var ulikheter mellom Bødtker og Evensen med tanke på å beskrive moralen til pasientene, og om de skilte de eventuelle moralbeskrivelsene ut ifra hvilken diagnose pasienten hadde.

Kapittel 5 oppsummerer oppgaven i korte trekk, i tillegg til at det skal komme en konklusjon på hovedproblemstillingen, samt de underordnede problemstillingene. Helt til slutt skal behovet for videre forskning diskuteres.

Kapittel 2: Historisk bakgrunn

I dette kapittelet skal det redegjøres for konteksten og den historiske bakgrunnen for undersøkelsene i kapittel 3 og 4. Først skal det redegjøres for fremveksten av sosialhjelpstaten, deretter kommer det en kort redegjørelse av opprettelsen av Kriminalasylet, samt de to første bestyrerne, Waldemar Bødtker og Hans Evensen. Deretter skal utviklings- og evolusjonsteoriene til Jean-Baptiste Lamarck og Charles Darwin utdypes, i tillegg til at det skal redegjøres for Emil Kraepelin og hans videreutvikling av diagnosen *dementia praecox*. Hovedfokuset i dette kapittelet er den italienske kriminalantropologen Cesare Lombroso og hans teori om den fødte forbryter og hvordan han knytter dette sammen med teorien om degenerasjon og moral insanity. Mot slutten av kapittelet skal kriminologien i Norge og endringer i det norske lovverket forklares. Til slutt skal arvelighets- og moralbegrepet presiseres, i tillegg til at det skal forklares hvilken betydning disse begrepene hadde i perioden.

Fremveksten av sosialhjelpstaten

For å kunne forstå konteksten rundt undersøkelsen som blir gjort i oppgaven, er det viktig å presentere hvordan det norske samfunnet fungerte på denne tiden. 1800-tallet var århundret for fremveksten av sosialhjelpstaten, og sosiale reformer fikk etter hvert større plass i rikspolitikken. I denne perioden fikk staten stadig større og mer ansvar for samfunnet, og sosiale tjenester ble utvidet, spesielt i helsesektoren. Historiker Anne Lise Seip hevder at samfunnets vel var den overordnede, moralske norm i denne perioden. På slutten av 1800-tallet vokste tanken om at sosialpolitikken var hevet over partipolitikken, og det viktigste for samfunnet var å finne løsninger på sosial problemer.²⁹ Tidligere var det en begrensning på ansvaret staten tok på seg i å hjelpe de fattige i samfunnet, og personer som hadde det vanskelig, både økonomisk og helsemessig, ble overlatt til seg selv. På 1800-tallet ble det sett på som samfunnets oppgave å håndtere «fattigdomsproblemet», som innebar hjelp til de menneskene som ikke hadde mulighet til å dekke sine behov for livsopphold på egenhånd. Dette ble forsterket fra 1870-årene.

Seip hevder også at sosialhjelpstaten ble sett på som en mellomting mellom en «laissez-faire»-stat (hvor befolkningen selv har ansvar for å greie seg i sosiale kriser), og velferdsstaten (utstrakt

²⁹ Seip 1994: 14, 236

grad av offentlig ansvar, statsformen vi har i dag). Det som var nytt med sosialhjelpstaten, var at staten fikk et større ansvar for sosialpolitikken i samfunnet. Staten tok seg av fattiglover, fattighjelp, arbeidervern, fordeling av fattigbyrder, helse, boligsaker, forsikringer og så videre. Staten samarbeidet også i større grad enn tidligere med private organisasjoner i denne perioden, noe som var et av selve kjennetegnene på sosialhjelpstaten.³⁰ Fremveksten av sosialhjelpstaten bidro dermed til en endret praksis når det kom til behandlingen av sinnssyke og kriminelle, ettersom det offentlige fikk større ansvar for denne gruppen mennesker.

Fremveksten av sosialhjelpstaten førte til en endret praksis når det kom til kriminelle og sinnssyke på 1800-tallet. En viktig endring i sinnssykeomsorgen, var at det ble lagt større vekt på pleie, og at dette overgikk det gamle synet på behandling.³¹ Samtidig fikk staten ansvar for bygging av asyler, samt drift og administrering.³² På denne måten ble sinnssykeomsorgen institusjonsbasert. Det skjedde også endringer i medisinen i denne perioden. Biologiske årsaker ble i større grad enn før brukt som årsaksforklaringer på sinnssykdom, og det var ikke lenger et epidemiologisk syn som var gjeldende.

I de to siste tiårene av 1800-tallet, skjedde det en profesjonalisering og institusjonalisering av psykiatri i Norge som var sterkt preget av kriminologiens påvirkning. På 1880- og 1890-tallet ble rettsmedisinsk psykiatri en gren av psykiatrien, noe vi ser et eksempel på i Straffeprosessloven av 1887, ettersom denne loven formaliserte rollen til rettsmedisinerne. Disse endringene var inspirert av utviklingen i Europa, spesielt fra Tyskland, Frankrike og Italia.³³

Med fremveksten av sosialhjelpstaten, endringer i psykiaternes rolle og kriminologiens påvirkning i Norge (som vi skal komme tilbake til senere i dette kapittelet), skjedde det også endringer i håndteringen av sinnssyke kriminelle. Historiker Øyvind Thomassen hevder at både i Vest-Europa og i Nord-Amerika var samfunnsoppdraget for asylene og avdelingene for sinnssyke kriminelle todelt på 1800-tallet. Todelingen gikk ut på at samfunnet skulle beskyttes samt at de sinnssyke skulle få behandling og at de skulle bli friske.³⁴ Likevel var det ikke enkelt å bedømme om en person var sinnssyk eller ikke. Det var her de rettsmedisinske psykiaterne ble

³⁰ Seip 1994:: 11-12

³¹ Haave 2008: 76-77

³² Andrew Scull, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity*. Princeton University Press, 2015: 190

³³ Thomassen 2010: 80

³⁴ Thomassen 2010: 32

tatt i bruk. De ble ofte hentet inn i straffesaker for å bedømme om den kriminelle var sinnssyk eller ikke, og dermed graden av tilregnelighet. Resultatet kunne bli at den kriminelle ble sendt til Kriminalasylet.

Waldemar Bødtker og Hans Evensen

Norges første kriminalasyl ble opprettet i 1895, i den gamle slaveribygningen på Ila i Trondheim. Opprettelsen var et resultat av en langvarig forhandlingsprosess mellom Stortinget og ulike kunnskapsaktører, med politilege Paul Winge i spissen. Diskusjonen var påvirket av «Sinnssykeloven av 1848» angående hvor farlige, sinnssyke kriminelle skulle plasseres. Disse kriminelle hadde blitt definert som en egen gruppe som måtte håndteres for seg selv. Det ble ikke funnet en løsning i perioden, men diskusjonen ble gjenopptatt i 1890-årene. Winge mente at det måtte opprettes et eget kriminalasyl for de som ble erklært utilregnelige av domstolene. 9. august 1894 vedtok Stortinget å bevilge penger til å anlegge et kriminalasyl i Trondhjems Strafanstalts tidligere avdeling B. Kriminalasylet åpnet for pasienter den 1. februar 1895.³⁵ De første årene ble kun første etasje av bygningen tatt i bruk, hvor det bare var plass til 15 pasienter. I 1901, året hvor Evensen tok over som bestyrer, ble kapasiteten utvidet til å huse 35 pasienter, da 2.etasje også ble tatt i bruk.³⁶

Tre år etter åpningen av asylet ble det opprettet en egen lov angående Kriminalasylet. 30.april 1898 ble det slått fast at asylet ikke bare var bestemt til å oppta «mannlige straffarbeidsganer erklært sinnssyke under oppholdet», men også «andre mandlige Sindssyge, som har forøvet forbryderske Handlinger, og som er saa moralsk udartede eller saa samfundsfarlige, at de ikke ansees egnede til Behandling i et almindeligt Sindssygeasyl.»³⁷

Waldemar Bødtker (1824-1901) var den første bestyreren ved Kriminalasylet. Han var utdannet lege og hadde lang erfaring innen sinnssykepleie, spesielt etter å ha ledet Tronka (sinnssykehus i Trondheim) siden 1854. Han hadde også studert psykiatri i Berlin og Kiel, i tillegg til å ha besøkt sinnssykeasyl i Sverige og Danmark for å holde seg oppdatert på den internasjonale utviklingen innen psykiatri. Bødtker var 71 år da han i 1895 ble Kriminalasylets første bestyrer. Selv om Bødtker hadde lang erfaring innen sinnssykepleie, var farligheten blant pasientene et nytt

³⁵ Schaaning 2007: 267-268

³⁶ Thomassen 2015: 42

³⁷ Lov angående Kriminalasylet 30.april 1898 - Schaaning 2007: 266

fenomen for han. Historiker Øyvind Thomassen forteller om kilder som viser til at Bødtker kunne være i tvil om hvordan sinnssyke kriminelle skulle behandles, spesielt de farligste.³⁸ Etter seks år som bestyrer ved Kriminalasylet, og to måneder før han skulle gå av med pensjon, døde Bødtker.

Den nye bestyreren var 33 år gamle Hans Evensen (1868-1953), som var bestyrer fra 1901 til 1916. Da han startet som bestyrer, var han samtidig doktorgradsstudent ved Emil Kraepelins forskningsklinikk i Heidelberg i Tyskland. I 1904 utga han avhandlingen «Dementia Praecox», som han i stor grad baserte på Kraepelins forskning. Evensen var en ledende psykiater i Norge, og i 1907 stiftet han Norsk psykiatrisk forening. Etter at han hadde vært bestyrer ved Kriminalasylet, ble han direktør ved Gaustad asyl i Oslo. Evensen hadde et annet syn på pasientene og behandlingen enn Bødtker, og det ser ut til at Evensen ikke fryktet pasientenes farlighet. Han var også imot bruken av tvang. Etter at han ble direktør ved Gaustad asyl i Oslo, hadde han fortsatt interessen for retts- og sikkerhetspsykiatri, blant annet ved at han praktiserte som sakkyndig i tilregnelighetsvurderinger i rettssaker.³⁹

Før vi går inn på Lombrosos degenerasjonsteori og teorien om moral insanity skal evolusjonsteoretikerne Jean-Baptiste Lamarck og Charles Darwin undersøkes. Dette for å få frem den historiske bakgrunnen for Lombrosos teorier.

Lamarck og Darwin

Jean-Baptiste Lamarck (1724-1829) var en fransk vitenskapsmann og zoolog. Han hadde en lang karriere innen botanikk, og ble i 1788 ansatt som botaniker ved Jardin du Roi i Frankrike. I 1793 ble han professor i zoologi ved Muséum national de l'histoire naturelle hvor han begynte å forske på insekter, der det tidligere var gjort lite forskning. Det var etter han startet denne forskningen at Lamarck kom frem til sin teori om artenes utvikling. Lamarck hadde i hovedsak to hypoteser. Den første var at han hevdet at alle arter gjennomgår en forvandling for å kunne tilpasse seg sine omgivelser. Den andre var at disse egenskapene, altså ervervede egenskaper, kunne bli overført

³⁸ Thomassen 2015: 64-65

³⁹ Thomassen 2015: 65-66

til den neste generasjonen. Likevel hadde han vanskeligheter med å bevise sine teorier, ettersom de for det meste bygde på antakelser.⁴⁰

Charles Darwin (1809-1882) var en britisk naturforsker. Han studerte medisin, teologi og naturvitenskap. Han utga flere bøker i 1850- og 1860-årene (blant annet *The Origins of Species* i 1859). Ifølge den canadiske vitenskapshistorikeren Richard G. Delisle, var det likevel ikke før på 1900-tallet at navnet til Darwin ble verdenskjent innen biologisk evolusjonisme. I 1831 deltok han på en jordomseiling med det britiske marineskipet Beagle, hvor han fikk studert plante- og dyreliv, i tillegg til geologiske forhold over store deler av verden. Det var under denne turen at ideene hans om evolusjon via naturlig utvelgelse startet.⁴¹ Darwin utviklet dermed teorien om at de artene som kunne tilpasse seg omgivelsene best, overlevde og kunne formere seg.

Forskjellen mellom Lamarck og Darwin kan illustreres med det kjente giraff-eksempelet. Mens Lamarck hevdet at giraffens lange hals skyldtes at hver generasjon måtte strekke halsen opp til trærne for å få mat, en egenskap som dermed gikk i arv, mente Darwin at det var de giraffene som ble født med lang hals som overlevde og som dermed kunne formere seg. Teorien til Lamarck var anerkjent på slutten av 1800-tallet, og Darwin selv betraktet seg som lamarckist. Med genetikkenes oppdagelse på begynnelsen av 1900-tallet var det likevel Darwins teori som slo igjennom. Det ble samtidig bevist at Lamarck tok feil, ettersom ervervede egenskaper ikke kunne forandre gener. Ervervede egenskaper var dermed ikke overførbare.⁴²

Lamarck og Darwins teorier er viktige for oppgaven, ettersom de kan gjenspeile Lombrosos teorier om degenerasjon og moral insanity. På 1800-tallet var den italienske og den franske skole uenige i forklaringen på hvorfor enkelte mennesker begikk forbrytelser. Den italienske skole forklarte forbrytelser ut fra biologiske og arvelige trekk hos forbryteren, mens den franske skole forklarte dem ut fra samfunnet og miljøets påvirkning. Schaaning hevder likevel at dette er misvisende, ettersom både den italienske og den franske skole var åpen for begge sider. Han hevder likevel at de fleste franske kriminologer var neo-lamarckianere som hevdet at forbryterne utviklet fysiske og psykiske trekk på grunn av miljømessige påvirkninger, og at disse trekkene

⁴⁰ Richard W. Burkhardt Jr, Lamarck, Evolution, and the Inheritance of Acquired Characters. In *Genetics*, 2013: 794-796

⁴¹ Richard G. Delisle, *Charles Darwin's Incomplete Revolution – The Origins of Species and the Static World View*. Springer Nature Switzerland, 2019: 1-2

⁴² Burkhardt 2013: 800, 802 & 803

kunne arves. Til tross for dette var det den biologisk orienterte forskningen som var den dominerende blant de fleste psykiaterne.⁴³

Emil Kraepelin

Emil Kraepelin (1856-1926) var en tysk psykiater, særlig kjent for å ha klassifisert psykiatiske sykdommer inn i manisk-depressiv psykose og dementia praecox (en diagnose med navnet Schizofreni i dag). Det er den sistnevnte som er sentral i dette tilfellet. Dementia praecox ble først definert av Bénédict Morel i 1853 som et syndrom som påvirket tenåringer og unge voksne. Dementia praecox ble senere videreutviklet av Kraepelin i 1890-årene. Kraepelin baserte seg på arbeidet til sine kolleger, spesielt i Tyskland og i Frankrike, men også på egne observasjoner av pasienter. Dementia praecox kan også kalles «premature dementia», altså tidlig demens.⁴⁴

Den europeiske psykiatrien opplevde på mange måter et paradigmeskift med Kraepelin, og psykiatrien i perioden har i ettertid blitt beskrevet som «kraepeliniansk». I 1899-versjonen av «Lærebok i psykiatri» delte han inn dementia praecox i tre deler, og det ble etter hvert klart for det tyske medisinske miljøet at Kraepelin hadde oppfunnet en viktig diagnose.⁴⁵ Likevel fikk han også en del kritikk, blant annet angående selve navnet på diagnosen. Spørsmål han fikk var blant annet hvorfor han brukte ordet «dementia» som hadde samme betydning som senil demens. Han fikk også spørsmålet om ordet «praecox» ettersom dette betydde «for tidlig» eller «tidligere enn forventet». Kraepelin forklarte dette med at lidelsen var en sykdom som påvirket hjernen, og at det dermed var en form for demens. Ordet «praecox» ble brukt fordi han mente at de som fikk diagnosen for det meste var ungdommer eller unge voksne. Bare noen få eldre, i 40-50-årsalderen, fikk diagnosen. Kraepelin hevdet også at dementia praecox var en dødelig sykdom.⁴⁶ Symptomene på dementia praecox var vrangforestillinger, hallusinasjoner, ufølsomhet og mangel på intensjoner.⁴⁷

I de senere versjonene av «Lærebok i psykiatri» fortsatte Kraepelin å utvikle underkategorier av dementia praecox. Det var likevel en karakteristikk som var den samme gjennom alle versjonene, nemlig den skjebnesvangre utviklingen mot en degenerativ kognitiv svekkelse etterfulgt av død.

⁴³ Schaaning 2007: 84, 225

⁴⁴ Pietikainen 2015: 186-189

⁴⁵ Emil Kraepelin, 1901. Einführung in die Psychiatrische Klinik [Lærebok i psykiatri]. *Journal of Mental Science*. Volum 47. (Utgave 199). Hentet fra <https://doi.org/10.1192/bjp.47.199.787>

⁴⁶ Pietikainen 2015: 186-189

⁴⁷ Thomassen 2010: 93

Dette pessimistiske synet på sykdommen kan ha blitt påvirket av at Kraepelin ikke fikk observert livet til de pasientene som ble skrevet ut fra sykehuset. Han baserte dermed sin studie på de pasientene som ble værende.⁴⁸

Cesare Lombroso og kriminalantropologien

Den italienske kriminalantropologen Cesare Lombroso ble født i 1835. Han var utdannet lege og var professor i rettsmedisin og psykiatri. Han utviklet teorien om at kriminalitet skyldtes medfødte egenskaper, og er mest kjent for forskningen og publiseringene knyttet til «A Criminal Man», som kom ut for første gang i 1876. Boken kom stadig ut i nyere og reviderte utgaver på slutten av 1800-tallet. Lombroso hevdet at enkelte personer var født kriminell og at dette var noe som kunne oppdages ved å studere fysiske kjennetegn. Somatiske trekk kunne dermed være indikatorer på om en person var i stand til å begå kriminelle handlinger eller ikke.⁴⁹ Typiske kjennetegn på et forbrytermenneske var for eksempel stor kjeve, utstående ører, feilstilte tenner, klumpfot og skjeløydhed. Det utvendige gjenspeilet på denne måten det innvendige. I tillegg til de fysiske kjennetegnene, kunne disse menneskene også bli plukket ut ved å undersøke psykologiske egenskaper. Eksempler på dette var lav intelligens, manglende selvkontroll og egoisme.⁵⁰ I følge Lombroso manglet fødte kriminelle ofte egenskaper som moralsk sans og affeksjon, i tillegg til at de ofte led av alkoholisme og mangel på selvkontroll. Dette var tegn som kunne bli observert allerede i barndommen.⁵¹

Lombroso dannet et systematisk kriminologisk forskningsmiljø i Italia i 1878, sammen med juristen Enrico Ferri og strafferettsjuristen Raffaele Garofalo. Dette forskningsmiljøet ble senere kalt den positivistiske skole, og var preget av naturvitenskapelig optimisme og metoder. Lombroso baserte sine empiriske studier på systematisk observasjon.⁵² Det å utføre en forbrytelse kunne være en medfødt egenskap, og var med andre ord deterministisk. Positivistene innen kriminologi så dermed bort ifra den frie vilje og hevdet at enkelte var født kriminelle.

⁴⁸ Thomassen 2010: 186-189

⁴⁹ Somatikk er den delen av medisinen som omhandler behandlingen av fysiske sykdommer. Det motsatte av somatiske symptomer er psykiske symptomer. Malt, Ulrik, (2021). Somatiske symptomer. Erik Bolstad (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 10.05.21 fra https://sml.snl.no/somatiske_symptomer

⁵⁰ Schaaning 2013: 46

⁵¹ Cesare Lombroso (by Mary Gibson and Nicole Hahn Rafter), *Criminal Man*. Duke University Press, 2006: 188

⁵² Kari Ludvigsen, *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen, 1820-1920*. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, 1998: 294

For å forklare kriminalitet benyttet Lombroso seg av degenerasjonsteorien, som i stor grad var basert på teorien til den franske legen Bénédict Augustin Morel.⁵³ Morel introduserte ideen om menneskelig degenerasjon i 1857, hvor han hevdet at det fantes en opprinnelig mennesketype som enkelte individer avvek fra. Degenerasjon ble karakterisert av Morel som «et sykkelig avvik fra en opprinnelig type.»⁵⁴ Morel hevdet også at personlighetstrekk kunne arves, og at dårlige miljøer med mye alkohol kunne påvirke nervesystemet til enkelte individer, noe som førte til at personlighetstrekkene ble enda verre hos den neste generasjonen. Alkoholisme var dermed arvelig, ifølge Morel, i likhet med andre former for lidelser som epilepsi, hysteri og selvmordsmani. Dersom en person led av mild galskap, kunne den neste generasjonen bli helt sinnssyk, og det kunne ende i at en hel familie til slutt ble utslettet. Galskap var dermed i blodet, og var ikke en lidelse som kunne kureres, ifølge Morel.⁵⁵

Ut ifra degenerasjonsteorien, hevdet Lombroso at den kriminelle beveget seg bakover i evolusjonsskalaen, i stedet for fremover. Degenerasjonsteorien ble dermed det motsatte av utviklingslæren. Dette gikk ut på at hver nye generasjon fikk dårligere egenskaper enn den forrige.⁵⁶ Lombroso knyttet da teoriene om degenerasjon og den fødte kriminelle sammen, og konkluderte med at begge var basert på en degenerert arv.⁵⁷ I tillegg til at degenerasjon kunne arves, kunne det også erverves gjennom alkoholmisbruk eller feilernæringer.

Det at kriminalitet kunne bli forklart og forstått ut ifra læren om degenerasjon, fikk stor innflytelse i Europa og Nord-Amerika i andre halvdel av 1800-tallet. Begreper som «degenerasjon» og «degenererte individer» ble dermed en naturlig del av vokabularet, og ble blant annet benyttet av politikere, leger og jurister når de diskuterte forbrytelser.

Degenerasjonsteorien ble da en av de mest suksessrike forklaringer på hvorfor enkelte mennesker begikk forbrytelser.⁵⁸ Lombroso møtte likevel kritikk, og ble blant annet utfordret av historikere og antropologer fra Frankrike.⁵⁹ En forklaring til denne kritikken kan være at i Frankrike var det lagt større vekt på miljøets betydning når det kom til å forstå kriminalitet, i

⁵³ Ibid: 295

⁵⁴ Schaaning 2007: 219

⁵⁵ Pietikainen 2015: 126-128

⁵⁶ Schaaning 2007: 219

⁵⁷ Lombroso 2006: 404

⁵⁸ Schaaning 2007: 219-220

⁵⁹ Ludvigsen 1998: 295-296

motsetning til i Italia som la hovedvekten på biologien. Likevel var det aldri enten/eller, og Lombroso la også vekt på miljøets betydning i sine studier av forbrytermennesket.⁶⁰ Lombroso fikk blant annet kritikk for at arbeidet hans var selvmotsigende. Et eksempel på det er at han på et tidspunkt hevdet at nesten alle kriminelle hadde utstående ører, for deretter å hevde at det bare gjaldt 28 prosent av de kriminelle. Et annet eksempel er at Lombroso stadig endret på hvor mange kriminelle som var fødte kriminelle, og på et tidspunkt hevdet han at det var hele 40 prosent som var født kriminell. Lombroso ble også kritisert for at han ikke hadde samlet inn nok data basert på rase, kjønn og klasse. Han ble i tillegg kritisert for at kriminalantropologien ikke kunne forklare forskjellen mellom mannlige og kvinnelige kriminelle, ettersom det ble hevdet at begge kjønn hadde samme avvik i formen på kraniet.⁶¹ Selve degenerasjonsbegrepet mistet betydning i begynnelsen av 1900-tallet, men Lombrosos teorier om degenerasjon og kriminalitet startet likevel en viktig diskurs.⁶²

Lombroso har også blitt kritisert for sin teori om den fødte forbryter, ettersom han ikke la frem noen utviklingsteori for forbrytertypene. Det kan virke som at Lombroso brukte tidligere forskeres resultater for å støtte sine egne teorier. Darwin på sin side forklarte fremveksten av artene ved små variasjoner i avkommet, kampen for tilværelsen, tilpasningsdyktighet og det naturlige utvalg. Darwin kunne dermed redegjøre for hvordan artene sakte, men sikkert utviklet seg. Det kan likevel se ut til at Lombroso var mer darwinist enn lamarckist, ettersom han ble kritisert for at han hevdet at fødte forbrytere var uforbederlige. Franske kriminalantropologer som Alexandre Lacassagne og hans elever, hevdet ut ifra et lamarckistisk synspunkt at det skulle være mulig å motvirke degenerasjon ved å plassere forbrytere i positive miljøer.⁶³

Litteraturviter Silje Warberg har skildret en begrepshistorisk utvikling, hvor begrepet «degenerasjon» beveget seg fra et faglig til et hverdagslig begrep. Degenerasjon ble dermed et ord uten fast betydning, og kunne på denne måten bety ulike ting for forskjellige mennesker og miljøer. Skålevåg hevder at degenerasjon hovedsakelig ble brukt av ekspertene (psykiaterne) like etter 1800. Senere ble begrepet også brukt av distriktsleger.⁶⁴ Det kan dermed tenkes at selv om

⁶⁰ Schaaning 2007: 225

⁶¹ Rafter 2016: 76, 84-85

⁶² Silje Warberg, *Den fødte forbryter. Diskursive brytninger i fremstillinger av kriminalitet og degenerasjon i norsk litteratur og offentlighet 1890-1910*. NTNU, 2016:24

⁶³ Schaaning 2013: 85

⁶⁴ Skålevåg 2003: 327

begrepet mistet sin opprinnelige betydning på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, kan begrepet fortsatt ha blitt brukt, men hatt andre betydninger enn det hadde for blant annet Lombroso.

I sine tidligere utgaver av «A Criminal Man» brukte Lombroso teorien om atavisme for å forklare kriminalitet. Atavismeteorien gikk ut på at kriminelle befant seg i et tidligere utviklingsstadium i menneskets historie, og var på denne måten basert på Darwins evolusjonslære.⁶⁵ Forskjellen var her at de kriminelle beveget seg bakover i evolusjonsskalaen, og ikke fremover. Med andre ord vil det si at de som er fødte kriminelle ikke bryter loven fordi de er onde, men fordi det er naturlig for dem. Teorien ble senere videreutviklet ved degenerasjonsteorien.

Ut ifra Lombrosos teorier om den fødte forbryter og degenerasjon, ser vi at han tenkte evolusjonistisk. Det ser ut til at han utnyttet den darwinistiske utviklingslæren, til tross for at han ikke bygget sine teorier direkte på den. Den fødte forbryter kan, ifølge Schaaning, bli tolket i to retninger, enten som et evolusjonistisk tilbakefall, eller som en «art» som har overlevd på grunn av sin tilpasningsdyktighet.⁶⁶

Moral Insanity

En diagnose som i stor grad var akseptert i Europa og Amerika i andre halvdel av 1800-tallet, var «moral insanity» eller moralsk galskap. Dette begrepet ble brukt på ulike måter, og har hatt forskjellig betydninger for ulike personer. Lombrosos beskrivelse av moral insanity var:

«A condition in which an individual remains normal intellectually but nonetheless lacks a conscience or moral sense.»⁶⁷

Her ser vi at Lombroso vurderte moral insanity som en tilstand hvor individet var «normal» intellektuelt, men manglet samvittighet eller moralsk sans. Han hevdet at moral insanity var en form for degenerasjon eller atavisme, og knyttet det til teorien om fødte kriminelle, men også til epilepsi. Lombroso knyttet moral insanity til epilepsi fordi han hevdet at epileptiske anfall var

⁶⁵ Schaaning 2013: 46-47

⁶⁶ Schaaning 2013: 86

⁶⁷ Lombroso 2006: 406

forklaringen på hvorfor enkelte mennesker begikk kriminelle handlinger. Under anfallene mistet personen bevisstheten midlertidig, noe som kunne føre til kriminelle handlinger.⁶⁸

Moral insanity som begrep ble utviklet tidlig på 1800-tallet. Lombroso tok begrepet i bruk og hevdet at det var en diagnose knyttet til kriminelle individer som utførte forbrytelser, samtidig som den kriminelle beholdt seg rasjonell og logisk.⁶⁹ Lombroso var likevel ikke den første til å bruke dette begrepet. Det at leger var interesserte i å forstå og undersøke sinnssykdom, var ikke et nytt fenomen. Med fremveksten av psykiatrien på begynnelsen av 1800-tallet, gikk synet på sinnssykdom fra å bli betraktet som mennesker uten fornuft, til også å inkludere forstyrrelser i selve følelseslivet.⁷⁰ Det var spesielt tre sentrale personer som sto bak utviklingen av moral insanity som begrep og diagnose. De tre var Benjamin Rush, Philippe Pinel og James Cowles Prichard.

Den amerikanske legen Benjamin Rush (1746–1813) redefinerte det som før ble karakterisert som «galskap», til å bli karakterisert som sinnssykdom. Allerede i 1786 publiserte han verket «The Influence of Physical Causes upon the Moral Faculty», hvor han forsøkte å forklare årsakene til kriminalitet.⁷¹ Denne forskningen var også en av de tidligste vitenskapelige forsøkene på å forklare kriminalitet og sinnssykdom som noe annet enn en synd. Han hevdet videre at moralske forstyrrelser kunne være årsaken til sinnssykdom. Han skilte også mellom evnen til moral og samvittighet, og hevdet at den moralske evnen var det som førte til handlinger, mens samvittigheten evaluerte handlingene. Et individ kunne også være delvis eller fullstendig uten moralske evner. Dersom en person hadde delvis moralske evner, var personen bevisst sine dårlige handlinger, men utførte dem likevel.⁷²

Det at synet på sinnssykdom gikk fra å være betraktet som mennesker uten fornuft, til å inkludere forstyrrelser i følelseslivet, var det i hovedsak den franske legen Philippe Pinel (1745-1826) som sto bak. Han var kjent for å ha tolket sinnssykdom på en annerledes måte enn tidligere teoretikere, ved at han undersøkte sinnssykdom på det følelsesmessige plan. Han skilte også mellom to ulike former for mani, hvor den ene formen påvirket forstanden, og hvor den andre

⁶⁸ Lombroso 2006: 11

⁶⁹ Lombroso 2006: 8, 12

⁷⁰ Schaaning 2013: 42

⁷¹ Rush, Benjamin, *On the Influence of Physical Causes on the Moral Faculty - 1786*, Crerar Ms 28, Hanna Holborn Gray Special Collections Research Center, University of Chicago Library, 2008

⁷² Rafter 2016: 24-25

formen ikke gjorde det. Pinel var også en av de første europeiske legene til å insistere på at galskap var en sykdom, og at det måtte behandles deretter. I motsetning til Rush, beveget Pinel seg mer mot vitenskapen, og var dermed en del av den positivistiske retningen som var gjeldende på 1800-tallet. Denne retningen gikk ut på at den eneste måten å finne sann viten på, var gjennom empirisk observasjon. Pinel gikk dermed bort fra det teologiske synet på galskap og hevdet at det menneskelige sinnet levde et liv på egenhånd. Han hevdet også at en person kunne være gal eller sinnssyk, men likevel ikke ha vrangforestillinger. Dette kalte han «insanity without delusion». Teorien viste seg senere å være mer gjeldende enn Rushs teori om moralske forstyrrelser.⁷³

Engelskmannen James Cowles Prichard (1786-1848) videreutviklet Pinels teori, og hevdet at de sinnssykdommene som ikke rammet fornuften, kunne kategoriseres som moralske sinnssykdommer, altså «moral insanities». Prichard var dermed den første til å bruke moral insanity som begrep. I 1835 kom han ut med verket «A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind».⁷⁴ Dette var teksten som gjorde begrepet moral insanity til et standard psykiatrisk begrep.⁷⁵ Sinnssykdommene som gikk under «moral insanities», ble beskrevet av Prichard som det å ha sykelige eller unormale følelser, tilbøyeligheter, vaner, drifter eller instinkter.⁷⁶ Sinnssykdommen påvirket dermed ikke det intellektuelle, men det følelsesmessige. Han hevdet videre at personer som led av moral insanity var logiske i tankeprosessen. Likevel var årsaken til moral insanity et mysterium for Prichard.⁷⁷

Lombroso tok moral insanity i bruk i sin forskning, og brukte teorien til å forklare hvorfor enkelte mennesker var fødte kriminelle. Lombrosos studier førte dermed til at kriminalitet ble sett på som en form for sykdom eller mental lidelse.⁷⁸ Han hevdet også at forbrytere og individer med moralske sinnssykdommer hadde flere fellestrekk, som for eksempel impulsivitet, ufølsomhet for smerte, latskap og tiltaksløshet.⁷⁹ Han argumenterte for at det mest solide beviset

⁷³ Rafter 2016: 27-29

⁷⁴ Prichard, James C. *A Treatise on Insanity and Other Diseases Affecting the Mind*. Harvard University: Haswell, Barrington & Haswell, 1837

⁷⁵ Rafter 2016: 30

⁷⁶ Schaaning 2013: 42

⁷⁷ Rafter 2016: 30-31

⁷⁸ Lombroso 2006: 406

⁷⁹ Schaaning 2013: 46

på likheten mellom moral insanity og kriminalitet var arv, og at dette kunne bli etablert hos individet allerede fra barndom eller pubertet.⁸⁰

Til tross for at Lombrosos lære om den fødte forbryter fikk mye kritikk i samtiden, var den likevel svært viktig ettersom han fikk gjennomslag over hele den vestlige verden. Lombroso presenterte et brudd med den klassiske strafferettslæren, som hadde den kriminelle gjerningen som midtpunkt. Fokuset gikk heller over til det kriminelle individet. Lombroso grunnla den positivistiske retningen innen kriminologi, og opprettet med dette kriminalantropologien, hvor empirisk og objektiv forskning sto i fokus. Fokuset hadde dermed skiftet fra forbrytelsen til forbryteren.⁸¹ Videre hevdet Lombroso at kriminalitet var et naturlig fenomen som kunne bli studert vitenskapelig. Det kan sies at Lombroso var banebrytende i sin forskning om kriminalitet og sinnssykdom. Den amerikanske kriminologiprofessoren Nicole Rafter går så langt som å hevde at Lombroso var en paradigmeskifter i tenkningen om kriminelle og kriminalitet.⁸²

Hvordan endret forståelsen av moral insanity seg før Lombroso?

Begrepet moral insanity kan ikke sies å være enkelt å forstå, og det kan tenkes å ha endret seg før Lombroso tok det i bruk i sin forskning. Selv om Prichard var den første til å ta i bruk dette begrepet, var det likevel andre før han som hadde nevnt det, men i en annen betydning. Allerede på 1700-tallet brukte Rush begrepet moral insanity, og så på forstyrrelser av den moralske sansen som et resultat av galskap, og ikke som definisjonen av sinnslidelsen.⁸³ Prichard hevdet på sin side at en som led av moral insanity hadde sykelige og unormale følelser. Det synes dermed at begrepet hadde ulik betydning for Rush enn det hadde for Prichard. Det kan likevel være uklart hva Prichard la i sin beskrivelse av moral insanity, ettersom han beskrev det som blant annet å ha «unormale» følelser. Hva han la i dette må dermed være opp til tolkning. Det er slike beskrivelser som gjør begrepet moral insanity til et diffust begrep. Det kan likevel tenkes at Lombrosos bruk av moral insanity ikke var så ulik Prichards versjon. Begge mente at moral insanity ikke påvirket fornuften eller det intellektuelle, men at det påvirket drifter, vaner, oppførsel, instinkter og lignende. Med andre ord, det å skille mellom rett og galt.

⁸⁰ Lombroso 2006: 218

⁸¹ Hans Evensen, *Lombroso som menneske og forsker*. I Tidsskrift for den norske lægeforening. Kristiania, 1910: 243

⁸² Rafter 2016: 90

⁸³ Hannah F. Augstein, J C Prichard's Concept of Moral Insanity – a Medical Theory of the Corruption of Human Nature (1996). In *Medical History*, 2012: 314

Moral insanity som begrep kan også ha endret seg før Lombrosos tid. Prichard var svært opptatt av teologi, og knyttet moral insanity til religion. Han hevdet også at moral insanity var en sykdom for de velstående, noe Lombroso ser ut til å ha vært uenig i. Prichard mente også at dersom moral insanity var en fysisk sykdom, kunne den bli kurert ved hjelp av medisiner. Han hevdet likevel at dette ikke alltid kunne la seg gjøre. Videre prøvde Prichard å bekjempe bruken av frenologi, noe Lombroso ikke gjorde.⁸⁴ Tvert imot kan noe av hans lære ses som en variant av frenologi ettersom han mente at kriminelle kunne studeres ved fysiske kjennetegn, og dermed at ytre trekk kunne vise moralske tilstander.⁸⁵ Prichard forsøkte også å gjøre moral insanity til en akseptert kategori innen lovlig praksis, noe han ikke lyktes i.⁸⁶

Rush, Pinel og Prichard var alle av den oppfatning at moral insanity var medfødt, men at personer med lidelsen kunne bli påvirket av biologiske faktorer som for eksempel høyt inntak av alkohol. Rush var banebrytende i sin tid ved at han redefinerte galskap som en sykdom, og gikk dermed bort fra den gamle teologiske forståelsen av galskap. Pinel baserte sitt arbeid på positivistiske prinsipper, og som vi vet, viste det seg at hans konsept om mani uten vrangforestillinger, fikk større innflytelse enn Rushs teori om moralske forstyrrelser. Prichard baserte også sitt arbeid på positivistiske prinsipper. Likevel skiller Prichards teori om moral insanity seg ut fra de to andre teoretikerne, ved at Prichard, i likhet med Lombroso, vektla arvelighet. Selv om Prichard så på årsaken til moral insanity som et stort mysterium, hevdet han likevel at galskap kunne være arvelig hos enkelte familier. Prichard forkastet frenologien, ettersom han hevdet at de ikke kunne bevise hvordan «sjelsegenskaper» var plassert enkelte steder i hjernen.⁸⁷

Lombroso skilte seg ut fra de tidligere teoretikerne på feltet ved at han integrerte moral insanity med degenerasjonsteorien. Moral insanity ble på denne måten forklart ut fra somatiske og arvelige vilkår. Rush, Pinel og Prichard, i likhet med andre tidligere teoretikere på feltet, hevdet at moral insanity var et sjeldent fenomen. Degenerasjonsteoretikerne, med Lombroso i spissen,

⁸⁴ Frenologi er i dag en uvitenskapelig og avvist lære om at menneskers evner og karakteregenskaper er knyttet til bestemte områder av hjernens overflate, og at denne overflateformen kan si noe om utviklingen i hjernen. Jansen, Jan. (2021). Frenologi. Erik Bolstad (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 10.05.21 fra <https://sml.snl.no/frenologi>

⁸⁵ Lombroso 2006: 213-215

⁸⁶ Augstein 1996: 343, 339, 341

⁸⁷ Rafter 2016: 24, 29, 31

hevdet det motsatte. De argumenterte for at degenerasjon kunne bli observert overalt.⁸⁸ De hevdet også at dersom noen led av moral insanity, var årsaken mest sannsynlig dårlige arveegenskaper.

For å undersøke om personer led av moral insanity, brukte teoretikerne ulike vitenskapelige metoder. De tidligste teoretikerne brukte blant annet empiriske samlinger av forskningsmateriale og induksjon. Pinel undersøkte hodeskaller til avdøde personer, og Prichard eksperimenterte med undersøkelser av dyr. De senere teoretikerne tok også i bruk disse vitenskapelige metodene, men benyttet seg i tillegg av slektsforskning, målinger av kranial kapasitet og undersøkelser av mentale og fysiske ferdigheter.⁸⁹ Ettersom Lombroso hevdet at moral insanity og kriminalitet var to sider av samme sak, brukte han de samme metodene for å avdekke kriminelle som han gjorde for å undersøke om et individ led av moral insanity. For å finne ut av dette undersøkte han biologiske faktorer, som dermed var empirisk påvisbare holdepunkter for å finne ut om et individ var kriminelt eller ikke. Han målte blant annet størrelsen og formen på hodeskallen, i tillegg til å undersøke ansiktsknoklene, sanseorganene, høyde og vekt. Funnene han fikk skrev han ned, og laget statistikker hvor han sammenlignet undersøkelsene sine med andre forskere sitt arbeid. Lombroso målte også funnene sine opp mot «normale» individer, for å vise til hvordan bestemte forbrytere avvek fra normalen. Han skildret også en god del enkelttilfeller, hvor han ofte la ved bilder for å vise til tilfeller av kriminelle, og hvordan de kunne se ut.⁹⁰ Rush, Pinel og Prichard hevdet på sin side at moral insanity ikke kunne være synlig ved biologiske avvik.⁹¹

Det var med andre ord stor forskjell mellom de tidlige og senere versjonene av moral insanity på 1800-tallet. Selv om Lombroso skilte seg fra sine forgjengere ved å bruke begrepet på en ny måte, er det likevel tydelig at han baserte en stor del av sin forskning på arbeidet til de tidligere teoretikerne. Lombroso brukte begrepet moral insanity og knyttet det til degenerasjonsteorien, som sammen skulle forklare kriminalitet. Lombroso hevdet dermed at biologien var forklaringen på hvorfor noen var fødte kriminelle.

Moral insanity var dermed med på å forandre forståelsen av kriminalitet. Frem til slutten av 1800-tallet ble kriminelle sett på som normale individer med fri vilje, og som begikk kriminalitet

⁸⁸ Rafter 2016: 42

⁸⁹ Rafter 2016: 42

⁹⁰ Schaaning 2013: 60

⁹¹ Rafter 2016: 39

ut ifra ren ondskap, hevn eller desperasjon. På slutten av 1800-tallet ble kriminelle sett på som irrasjonelle og uten fri vilje. De begikk ikke kriminalitet fordi de ønsket det, men fordi de var ofre for en degenerert arv som de ikke hadde kontroll over. De kriminelle som led av moral insanity var dermed intellektuelt tilregnelige, men moralsk utilregnelige. For å forebygge kriminalitet og beskytte samfunnet, ble det viktig å forstå den kriminelle, og moral insanity ble dermed en sentral forklaring på hvorfor enkelte mennesker begikk kriminelle handlinger. Løsningen for å forebygge og beskytte samfunnet fra kriminalitet, ble å opprette egne asyl for de sinnssyke kriminelle. I Norge resulterte dette, som vi vet, i Kriminalasylet i Trondheim, opprettet i 1895.

Endringen i synet på sinnssykdom, fra en forstyrrelse av forstandsevnene til også å inkludere forstyrrelser i følelselivet, førte til endringer på det strafferettslige området. Det var spesielt to områder innen strafferetten som ble påvirket. Det ene var tilregnelighetsspørsmålet og det andre var at det kunne eksistere «delvis» sinnssykdom. Tilregnelighetsspørsmålet var ikke et nytt fenomen i strafferetten, men det endret betydning fra å tradisjonelt vedrøre om tiltalte var sinnsforvirret eller ikke, i den form at han ikke oppfattet virkeligheten slik den var, til at spørsmålet gikk over til om tiltalte hadde kontroll over impulser, drifter og instinkter. Teorien om at det var mulig å ha «delvis» sinnssykdom, var basert på Pinels arbeid om «insanity without delusion» eller «sinnssykdom uten vrangforestillinger». Denne type sinnssykdom gjaldt mennesker som kunne virke helt normale på alle områder, bortsett fra den ene siden som var rammet av sinnssykdom. Disse individene hadde dermed «forminsket» tilregnelighet, noe som var vanskelig å ta hensyn til i strafferetten, ettersom det ikke var åpenbart for alle dersom en person led av delvis sinnssykdom. Her ble psykiaternes rolle viktig, ettersom de ble satt til å vurdere slik tilfeller.

Som forklart, var moral insanity et diffust begrep, og det kan være vanskelig å forstå. Begrepet har gjennomgått ulike tolkninger, og har blitt brukt i forskjellige sammenhenger. Det eksisterte et skille fra de tidligere teoretikernes bruk av begrepet og til de senere teoretikernes bruk. Det finnes likevel en rød tråd i bruken av begrepet moral insanity. Allerede fra Rush synes det at moralske forstyrrelser ble sett på som årsaken til sinnssykdom. Det at han skilte mellom moral og samvittighet, kan ligne på Pinels skildring av de to ulike formene for mani, hvor en av formene ikke påvirket forstanden. Alle tre ser ut til å ha delt den samme oppfatningen om at

sinnssyke kunne være normale intellektuelt, men likevel være påvirket i følelseslivet. Det kan likevel virke som at Lombroso tok begrepet i bruk på en nyere måte enn sine forgjengere. Selv om også de tidligere teoretikerne prøvde å forklare kriminalitet ut ifra moral, var det Lombroso som knyttet moral insanity direkte med årsaken til kriminalitet, og hevdet at det var basert på en degenerert arv.

Moral insanity som begrep og diagnose er ikke lengre i bruk. Min personlige tolkning er at moral insanity var starten på det vi i dag kjenner til som personlighetsforstyrrelser, som for eksempel psykopati.

Kriminologien til Norge

Den norske psykiateren Henrik Didichen og professor i rettsvitenskap, Francis Hagerup, hilste begge kriminologien velkommen til Norge på slutten av 1800-tallet. De var sentrale aktører i etableringen av Den Norske Kriminalistforening, og hadde de to innledende foredragene på foreningens første årsmøte. De var likevel ikke tilhengere av Lombroso og hans teori om den fødte forbryter. Det de på den andre side var enige med Lombroso i, var at de var overbevist om at det var viktigere å rette oppmerksomheten mot forbryteren, enn bare forbrytelsen. Denne endringen i det strafferettslige aspektet mente både Didichen og Hagerup var Lombrosos fortjeneste.⁹²

Den Norske Kriminalistforening ble opprettet i 1892, som en nasjonal variant av den internasjonale kriminalistforeningen. Selv om Didichen og Hagerup tok avstand fra Lombrosos teori om den fødte forbryter, hevdet de at degenerasjon kunne være en årsak til kriminalitet. De kom også frem til at en løsning på problemet med degenererte og uforbederlige forbrytere, var å opprette egne asyl. Der skulle flere av de sinnssyke kriminelle bli holdt innesperret på ubestemt tid. Etter Didichens foredrag om kriminalantropologien fulgte politilege Paul Winge opp med å hevde at det ikke var hensiktsmessig med straff for degenererte individer. Grunnen var at de var så biologisk og sosialt belastet at de ikke kunne regnes som tilregnelige. Han erkjente at vitenskapene om forbryteren hadde avdekket et uoppgadget felt av utilregnelighet, men var likevel opptatt av at det ikke skulle stoles blindt på dens resultater.

⁹² Schaaning 2007: 250

Det var gjennom diskusjoner om utilregnelighet at «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner» fikk innpass i norsk strafferett (Straffeloven av 1902). Likevel har det eksistert regler for utilregnelighet i norsk strafferett lenge før dette. I «Kriminalloven av 1842» sto det for eksempel straffefrihet for «galne eller afsindige». Forskjellen ble her at det lå en intellektuell forståelse av utilregnelighet til grunn. Schaaning hevder at spørsmålet om utilregnelighet var svært vanskelig, og at det aldri var enten/eller. Det fantes derimot flytende overganger og ulike grader av utilregnelighet.⁹³

Endringer i det norske lovverket

Måten å se kriminalitet på i Norge ble sterkt påvirket av den internasjonale kriminologien. Det ble etablert nye syn på hvorfor enkelte begikk kriminelle handlinger, og hva straffen for de enkelte forbrytere burde bli. Endringen i synet på kriminelle og sinnssyke førte med seg en rekke nye lover, noe som var et resultat av rikspolitikken reformprosjekt. Som tidligere nevnt, fikk vi «Kriminalloven av 1842», som var Norges første moderne straffelov. Kriminalloven var i stor grad basert på avskrekkingsteorien, som gikk ut på at for å forebygge kriminalitet, skulle straffen virke preventivt på befolkningen. Kriminalloven ga hjemmel til å straffe i form av straffarbeid, fengselsstraff eller dødsstraff. Det var likevel enkelte som ble benådet, blant annet fordi de var «gale» eller ble sett på som sinnssyke. I Kriminalloven het det «de galne og afsindige», hvor sinnssykdom sto beskrevet som «sygdom som berøvet den syge forstandens brug».⁹⁴ Disse bestemmelsene førte til at de som ble erklært sinnssyke, ikke kunne straffes ved å bli satt i fengsel.

Seks år senere kom «Sindssykeloven av 1848». Loven kom som et resultat av uenigheter mellom asylene og fengslene om hvor de sinnssyke kriminelle skulle bli plassert. Asylene ville ikke ha kriminelle pasienter, og fengslene ville ikke ha sinnssyke innsatte. Sindssykeloven ble en løsning på dette problemet og forbød blant annet opptak av kriminelle ved de alminnelige asylene. I §20 sto det «ingen sinnssyke skulle forvares sammen med forbrytere».⁹⁵ De sinnssyke kriminelle ble dermed en egen gruppe som måtte tas hånd om av staten i større grad enn før. Loven berørte også selve driften av asylene, samt privatforpleining og utgiftsfordelingen.⁹⁶

⁹³ Schaaning 2007: 250, 264, 266

⁹⁴ Thomassen 2010: 101

⁹⁵ Thomassen 2010: 101

⁹⁶ Seip 1994: 239

I 1887 kom forslaget om en ny straffeprosesslov, som i stor grad var basert på strafferettsjuristen Bernhard Getz sine ideer. «Straffeprosessloven av 1887» ble vedtatt 1. juli og innførte både juryordningen og sakkyndige-ordningen. Sakkyndige-ordningen gikk ut på at dersom det var mistanke om sinnssykdom, ble psykiatere tatt i bruk som sakkyndige av retten for å vurdere tilregneligheten til forbryteren. For å løse problemet med sinnssyke kriminelle, ble samarbeidet mellom juss og psykiatri avgjørende.⁹⁷

«Straffeloven av 1902» kom som en erstatning av Kriminalloven, og gikk bort ifra avskrekkingsteorien og over til tanken om hva som var hensiktsmessig. I likhet med Lombrosos kriminalantropologi, gikk fokuset bort fra forbrytelsen og over til selve forbryteren. Tanken bak Strafferetten var at den skulle være allmenn- og individualpreventiv. Et sentralt spørsmål ble hvordan de sinnssyke kriminelle skulle håndteres. Hovedfokuset var at samfunnet skulle vernes, men også at de sinnssyke kriminelle skulle få behandling for å bli friske. Løsningen for denne gruppen kriminelle ble langvarig internering i asyl. Begrunnelsene for «Straffeloven av 1902» er også gjeldende den dag i dag.⁹⁸

Arvelighetsbegrepet

Arv er et begrep som vil bli brukt i stor grad i oppgaven. Det er derfor viktig å understreke begrepets betydning i perioden som blir undersøkt. 1800-tallets medisinske forskning hadde en annen forståelse av arv, enn det vi har i dag. På den tiden ble det forstått at enkelte egenskaper ble overført gjennom generasjoner, men det ble likevel ikke forstått hvordan arvelighet fungerte. Skålevåg forteller at arv lenge har vært et folkelig og ikke et vitenskapelig begrep som har blitt brukt når noe overføres over generasjoner i familien. I dag knytter vi arv til gener, men arv ble også brukt før genetikken tid. Innenfor den psykiatriske diskursen ble arvelighetsbegreper forsøkt transformert til en vitenskapelig term med en presis mening. Her sikter Skålevåg til degenerasjon som kunne føre til allmenn svekkelse, både biologisk på individnivå, og moralsk og sosialt på samfunnsnivå.⁹⁹

Arv har med andre ord ikke alltid vært et konkret begrep. Innenfor det Skålevåg kaller for «degenerasjonsparadigmet», altså perioden hvor degenerasjon var den fremste forklaringen på

⁹⁷ Thomassen 2010: 102

⁹⁸ Thomassen 2010: 104-105

⁹⁹ Skålevåg 2003: 311-313

arvelighet, inneholdt arv en diffus overføring av egenskaper. Det var styrker og svakheter som overførtes gjennom generasjoner, ikke konkrete egenskaper.¹⁰⁰ Arvelighetsbegrepet kan dermed ha blitt forstått både som sosial og medfødt arv.

Ut ifra teorien om degenerasjon kunne arv både erverves og nedarves fra generasjonene over, og ble ofte brukt som årsak til sinnssykdom. Dette kan bli observert ved Gaustad asyl, hvor Skålevåg hevder at «arvelig anlæg» ble oppgitt som årsak i 22 prosent av innleggelsene i de første 15 årene.¹⁰¹ Slike betegnelser finner vi også i pasientjournalene ved Kriminalasylet, i tillegg til andre bemerkninger som «arvelig anlæg» og «arvelig belastet».

Moralbegrepet

«Moral er de normene, verdiene og holdningene som avgjør hva som er rett og galt eller godt og dårlig.»¹⁰² Denne definisjonen fra Store norske leksikon refererer til dagens syn på moral. For mer enn 100 år siden kan både den faglige og den folkelige forståelsen ha vært annerledes. Det har ikke blitt funnet konkrete definisjoner i hva bestyrerne, eller andre psykiatere på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet, la i moralbegrepene de brukte. Det har kun blitt funnet lite presise beskrivelser. Det virker som at ordet moral hadde en flytende forståelse som ikke trengte redegjørelse. Beskrivelser av moral i pasientjournalene kan dermed være problematisk med tanke på at moral kan ha hatt en litt annen betydning enn det har i dag. Det fantes nok en udefinert folkelig eller en populærfaglig forståelse av moral, som ikke kan knyttes til degenerasjonsteorien eller teorien om moral insanity. Det er dermed viktig å poengtere at det finnes et tidsforskyvningsproblem av begrepet.

Oppsummering

I dette kapittelet har det blitt redegjort for den historiske bakgrunnen og konteksten for undersøkelsene som skal bli gjort i kapittel 3 og 4. Vi har sett på fremveksten av sosialhjelpstaten og asyls første bestyrere, Waldemar Bødtker og Hans Evensen. Det har også blitt redegjort for teoriene til Lamarck og Darwin, samt Kraepelin og hans videreutvikling av diagnosen *dementia praecox*. Hovedfokuset har likevel vært på Cesare Lombroso og hans

¹⁰⁰ Skålevåg 2003: 325

¹⁰¹ Skålevåg 2003: 311-313

¹⁰² Sagdahl, Mathea S. (2019). Moral. Erik Bolstad (red.), *Store norske leksikon*. Hentet 04.05.2021 fra <https://snl.no/moral>

kriminalantropologi, i tillegg til hvordan han tok i bruk degenerasjonsteorien og moral insanity og knyttet det til hans teori om den fødte forbryter. Vi har også studert kriminologien i Norge, endringer i det norske lovverket og bruken av arvelighets- og moralbegrepet. I neste kapittel skal det undersøkes om degenerasjonsteorien var et synlig fenomen ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915.

Kapittel 3: Degenerasjonsteorien

I det forrige kapittel ble det vist hvordan begrepet degenerasjon utviklet seg til å bli en naturlig del av vokabularet på slutten av 1800-tallet/begynnelsen av 1900-tallet. Bruken av begrepet gjaldt spesielt blant politikere, leger og jurister. I dette kapitlet skal den eventuelle bruken av degenerasjonsteorien ved Kriminalasylet undersøkes, både med tanke på bruken av ordet degenerasjon, men også beskrivelser som kan knyttes til teorien. Dette skal gjøres ved å undersøke pasientjournalene til pasientene med diagnosene *insania degenerativa*, *dementia praecox* og *idiotia*, og ved å sammenligne Bødtker og Evensens måter å skrive pasientjournaler på. Det skal også bli undersøkt hva som var diagnosenes funksjon i perioden. Kapitlet starter med en kort redegjørelse av pasientene og pasientjournalene, for deretter å gå over til undersøkelsen av diagnosene. Temaer som behandlingspraksis, arv eller miljø og kritikk av degenerasjonsteorien skal også studeres. Til slutt skal det undersøkes hvorfor de fleste pasientene ved Kriminalasylet kom fra lavere sosiale lag, og om dette eventuelt kan knyttes til degenerasjonsteorien.

Pasientene og pasientjournalene

Pasientjournalene som skal bli analysert i dette kapitlet ble skrevet av Waldemar Bødtker og Hans Evensen, de to første bestyrerne og administrerende psykiaterne ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915. I denne perioden var totalt 77 pasienter innlagt, hvorav fem ble innlagt to ganger, og en ble innlagt tre ganger. I denne oppgaven har 39 pasientjournaler blitt undersøkt.

Pasientene var kun menn, og de kom fra ulike steder i Norge. De fleste kom fra små og nylig industrialiserte byer langs øst- og sørkysten, og var som regel barn av familier med arbeiderklassebakgrunn. Kun fire pasienter kom fra bonde- eller fiskersamfunn. Pasientene hadde til felles at de fleste hadde hatt perioder i livet hvor de levde som «vagabonde».¹⁰³

Omtrent alle pasientene i perioden 1895 til 1915 hadde lavere sosial bakgrunn, og var som regel arbeidere, seilere eller omstreifere. Når de ikke arbeidet, var det mange som drev med tiggning eller vagabondering. Mange hadde også en ustabil barndom i form av at de opplevde familievold, og at de som barn var mye overlatt til seg selv. De fleste pasientene hadde hatt opphold i

¹⁰³ En vagabond er en omstreifende som ikke har noe hjem. Å vagabondere er å reise rundt uten en fast boplass. Malt, Ulrik. (2021). Vagabondering. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 10.05.21 fra <https://sml.snl.no/vagabondering>

tvangsarbeidsinstitusjoner, i vanlige asyl og andre institusjoner. Gjennomsnittsalderen for pasientene lå på 36 år, og gjennomsnittstiden for innleggelse på asylet var 10,5 år.¹⁰⁴

Det var flere grunner til at disse mennene kom til Kriminalasylet, og ikke til et vanlig asyl. Det var enten basert på at rettens rettsmedisinske eksperter hadde erklært personen sinnssyk og farlig for den offentlige sikkerhet, eller fordi psykiaterne i de vanlige asylene hadde klassifisert dem som en trussel for livet i asylet. Pasientene som kom til Kriminalasylet, hadde begått kriminelle handlinger som drap, mordbrann, overgrep, vold og tyveri. Det var også noen få som hadde begått en mindre kriminell handling, eller ingen kriminell handling i det hele tatt. Dette gjaldt fire pasienter som likevel ble ansett som farlige for den offentlige sikkerhet. Det som er spesielt i disse tilfellene, er at også disse pasientene gjennomgikk forebyggende tiltak, til tross for at de ikke hadde begått noen alvorlig kriminell handling.¹⁰⁵

Pasientjournalene er delt inn i to deler: anamnesen og dag-til-dag observasjoner. Anamnesen er beskrivelser av pasientens liv og kriminelle karriere før innleggelsen. Disse beskrivelsene var bygd opp av informasjon fra personer utenfor asylet, som familie og venner, men også av pasienten selv, i tillegg til bestyrerens egne observasjoner. Det kommer tydelig frem at bestyreren ikke la like mye vekt på hva pasienten selv fortalte, ettersom han skrev «pasienten hevder...» eller «pasienten tror selv at...» Informasjon som ikke kom fra pasienten, ser ut til å ha blitt godtatt i større grad, ettersom det ikke stiltes spørsmål til informasjonen som kom frem.

Selve pasientjournalens form ligner en historie, eller en fortelling, om pasientens liv. Skålevåg hevder at anamnesen kan tolkes som et slags plot som er sentrert rundt spørsmålet om utbruddet av sinnssykdom, og dermed om innleggelse i asyl.¹⁰⁶ Den som leter i anamnesen vil dermed kunne finne enkelte forvarsler om en gryende sinnssykdom. Funksjonen var å begrunne innleggelsen ved å gjøre den forståelig. Det kan dermed se ut til at bestyreren, bevisst eller ubevisst, skrev det som ville passe den gitte diagnosen. Objektivitet ble i dette tilfellet umulig, ettersom det var bestyreren selv som valgte ut hva han skulle skrive basert på den informasjonen han hadde fått.

¹⁰⁴ Thomassen 2010: 84, 87

¹⁰⁵ Thomassen 2010: 86-87

¹⁰⁶ Skålevåg 2003: 59

Den andre delen av pasientjournalen besto av beskrivelser under asyloppholdet. Dette var bemerkninger gjort fra dag-til-dag, og kunne bestå i for eksempel «har hatt et raserianfall i dag» eller «spiser godt igjen». Likevel var ikke denne delen like systematisk som anamnesen, ettersom den hadde blitt til over lang tid, og ofte hadde usammenhengende innhold. Denne delen kunne gå fra å være hyppig, med beskrivelser over en kort periode, til å bli strukket over flere år. Objektivitet var heller ikke i dette tilfellet mulig, ettersom det var bestyreren som valgte hva som skulle skrives.

Hva er grunnen til at en pasient hadde få bemerkninger, over lengre tid, mens en annen pasient hadde hyppige bemerkninger, over kortere tid? Hva kan mangelen av bemerkninger tyde på? Det kunne være at pasientene oppførte seg godt i disse periodene, eller var «uforanderlige» i oppførsel, og at bestyreren dermed ikke så noen grunn til å skrive om det. Hva da med forbedringer? Var stillhet et tegn på stabilitet? Det kan også undres over hvilke forhold eller adferdstrekk som utløste en notering i journalen. Mangelen på hyppige oppdateringer kan styrke diskusjonen om Kriminalasylet var en oppbevaringsanstalt for farlige kriminelle, i stedet for et sted med behandling og pleie. Den diskusjonen skal ikke ta plass i denne oppgaven, men det er likevel interessante spørsmål det kan være verdt å ta med seg videre.

Bestyrerne ved Kriminalasylet hadde med andre ord stor litterær frihet når de skrev pasientjournalene, noe som blir tydelig ved å sammenligne Bødtker og Evsensens måter å skrive på. Bødtker brukte som regel en til fire sider på å skrive anamnesen. Det første året var han kort når han skrev om familiens sykdomshistorikk. De neste årene gikk han gradvis over til å skrive mer om livshistorien til pasienten, i tillegg til å utdype familiens eventuelle sykdommer. Likevel brukte han ikke skriftlige kilder, men baserte seg blant annet på hva pasienten og familien til pasienten fortalte, i tillegg til sine egne observasjoner. Denne endringen i fokus kan observeres hos pasient 6 og pasient 24. Pasient 6 ble innlagt i 1895 med diagnosen insania degenerativa. Her nevnte Bødtker ikke noe om familien til pasienten, men gikk rett på den tildelte straffen, og hvordan han deretter oppførte seg og hvilke hendelser som utspilte seg etter at han ble arrestert.¹⁰⁷ Fokuset var mer på hans kriminelle handlinger enn på sykdom. Tre år senere observeres en endring i pasientjournalene til Bødtker. Hos pasient 24, også med diagnosen insania degenerativa, beskrev Bødtker tilfeller av sinnssykdom i familien, for deretter å skrive

¹⁰⁷ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 6

om oppveksten til pasienten. Han skrev blant annet at pasienten kom fra en god familie. Videre skrev han når pasienten konfirmerte seg, og hvor han flyttet etterpå, før han gikk over til å skrive om når pasienten startet med tyveri.¹⁰⁸ Fokuset hadde dermed flyttet seg fra å gå rett på straffen til pasienten, til å inkludere oppvekst og sykdomshistorikk innad i familien.

Evensen på sin side, fulgte Bødtkers måte å skrive på det første året han var bestyrer, før han gradvis gikk over til å inkludere familiens sykdomshistorikk i større grad. Evensen satte ikke diagnoser basert på pasientens tilstand alene, men baserte seg også på eventuelle symptomer til familie og slektninger for å styrke diagnosen til den gjeldende pasienten. Dette var for å finne ut om sinnssykdommen var basert på arv. Evensen skrev også om familiens generelle sosiale, medisinske og mentale egenskaper. Det virker også som at Evensen var mer organisert enn sin forgjenger ved at han strukturerte fysiske beskrivelser og fengselsstraffer på samme måte i hver enkelt pasientjournal. I motsetning til Bødtker brukte Evensen skriftlige kilder, i tillegg til muntlige, for å få tak i informasjon om pasienten. Disse kildene kunne være rettsdokumenter, skriftlige kilder fra politi, fengsler eller andre asyler. Hvor han hadde fått informasjonen fra oppga han som regel i pasientjournalen.

Felles for Bødtker og Evensen ser ut til å ha vært at de aldri stilte spørsmål til informasjonen de fikk tak i, uavhengig av om det var muntlige eller skriftlige kilder. Det eneste de iblant stilte spørsmål ved, var om diagnosen satt av de rettsmedisinske ekspertene var korrekt. På den ene siden ser det ut til at informasjonen bestyrerne fikk tak i, uavhengig av om den var skriftlig eller muntlig, ble godtatt. Likevel er det viktig å nevne at det ikke vites hvilken informasjon de ikke tok med i pasientjournalene. Det kan dermed tenkes at bestyrerne ikke trodde på alt, eller at de ikke anså alt som relevant for pasientens opphold i Kriminalasylet. Likevel har vi med en utvelgelsesprosess å gjøre. På den andre siden hadde nok ikke bestyrerne noen grunn til å tro at informasjonen de fikk tak i skulle være usann, og det de skrev ned trodde de nok stemte, ettersom pasientjournalene var deres egen personlige notatbok. Det var med andre ord kun bestyrerne ved asylet som hadde innsyn i pasientjournalen.

Etter å ha undersøkt de utvalgte pasientjournalene kommer det tydelig frem at det ikke fantes en etablert måte å skrive pasientjournaler på i perioden. Det at Bødtker og Evensen hadde så stor

¹⁰⁸ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 24

litterær frihet, gjør det vanskelig å undersøke hva de la i diagnosene de ga, og hvordan de kom frem til den. En av grunnene er at det ikke synes å være signifikante forskjeller i beskrivelsen av pasienten med tanke på de ulike diagnosene. Spørsmålet om hva formålet med diagnosene var, blir sentralt i dette tilfellet. Det synes likevel at det skjer en endring i måten å skrive pasientjournalene på i løpet av de første 20 årene ved Kriminalasylet, spesielt hos Evensen. Han utviklet måten å skrive journalene på, fra å følge Bødtker sitt eksempel, til å systematisere journalene på en viss måte, i tillegg til å skrive mer utfyllende. Evensen beskrev familien og slekten til pasienten i større grad enn Bødtker. Etter hvert blir det også synlig at han startet hver pasientjournal med å redegjøre systematisk for signalement (utseende), dommene pasienten hadde fått og «legemlig undersøkelse».

Diagnosene

Det finnes ulike forklaring på hva en diagnose er. Den svenske idéhistorikeren Karin Johannisson refererer til Nationalencyklopedin (et svensk oppslagsverk), som definerer en diagnose som «avgrensning og beskrivelse av en viss type sykdomstilstand».¹⁰⁹ I nyere tekstbøker i medisin blir det også hevdet at en diagnose kan være både en prosess og en merkelapp.¹¹⁰ Det kan være en prosess i den forstand at pasienten må gjennomgå behandling ut ifra legens evaluering av pasientens symptomer. På den ene siden blir diagnosen dermed en prosess som pasienten må gjennomgå for å kunne bli bedre. På den andre siden kan diagnosen være en merkelapp i den forstand at den blir gitt ut fra samtidens forståelse av måter å tenke og oppføre seg på. Den kan også bli sett på som en merkelapp ettersom diagnosen blir brukt på den måten at andre kan forstå hvorfor pasienten oppfører seg som han gjør.¹¹¹ Denne måten å reflektere over diagnosen på var nok ikke til stede i perioden hvor Bødtker og Evensen var bestyrere ved Kriminalasylet. Likevel kan det se ut til at bestyrerne mente at diagnosen ble mer som en merkelapp, enn som en prosess, ettersom det finnes lite informasjon om selve behandlingen tilknyttet de ulike diagnosene.

Pasientene ved Kriminalasylet hadde ulike diagnoser. Det hendte seg at pasientene fikk endret diagnose, eller at de hadde flere på samme tid. En pasient hadde hele tre diagnoser samtidig. I perioden 1895 til 1915 ble det gitt totalt 14 ulike diagnoser. Noen av disse inkluderte dementia,

¹⁰⁹ Karin Johannisson, *Diagnosen: Sjukdom och namngivning*. Volante, 2014: 3

¹¹⁰ Guide to Physical Therapist Practice. APTA – American Physical Therapy Association, 2001: 35

¹¹¹ Thomassen 2010: 90-91

insania degenerativa, epilepsia, paranoia, alkoholismus, idiotia, melancolia og dementia praecox. Undersøkelsen er, som tidligere nevnt, basert på pasientene som hadde diagnosene insania degenerativa, dementia praecox og idiotia.

De fleste pasientene ved Kriminalasylet hadde allerede fått diagnoser av rettsmedisinske leger før de ble innlagt på asylet. Bestyrerne ved asylet, Bødtker og Evensen, var som regel enige i diagnosene pasientene hadde fått. Likevel hendte det at de stilte spørsmål ved enkelte av diagnosene ettersom de også gjorde opp sine egne meninger om dem. Dette gjaldt spesielt Evensen som skrev opp all informasjon han mente var relevant med tanke på pasienten, for deretter å si seg enig eller uenig. Hvis han ville endre diagnosen, satte han ofte et spørsmålsteget ved den allerede gitte diagnosen, for så senere å skrive på det han mente passet bedre.

Det at bestyrerne stilte spørsmål ved de gitte diagnosene, og ikke selve informasjonen de fikk tak i om pasienten, tyder på at det var selve diagnosen som var hovedfokuset for Bødtker og Evensen. Det kan tenkes at dette fokuset kan reflektere rollene Bødtker og Evensen var satt inn i. De var administrerende psykiatere i Norges første kriminalasyl, og hadde dermed et press på seg til å vise deres viktige roller ved asylet. Det å sette diagnoser kan dermed ha blitt det viktigste for Bødtker og Evensen. Likevel tyder de stadige endringene i diagnosene på en manglende felles forståelse av hva en diagnose egentlig var. Bestyrerne brukte heller ikke å oppgi årsaken til hvorfor de endret en allerede stilt diagnose. Ut ifra dette kan det også stilles spørsmål om hva diagnosene skulle brukes til. Var det for å gjøre det enklere for de ansatte ved asylet å starte behandling? Eller var de satt for å lettere kunne forstå hvorfor innsatte oppførte seg som de gjorde? Det står omtrent ingenting i pasientjournalene om sammenhengen mellom diagnose og behandling. Det samme gjelder selve innholdet i pasientjournalene, hvor det manglet konkret informasjon som forklarte hvorfor de hadde satt akkurat den diagnosen.

Til forskjell fra i dag, hadde ikke Bødtker og Evensen internasjonale diagnosesystemer med symptombeskrivelser (ICD og DSM) å støtte seg til.¹¹² De første kom på 1930-tallet. Først i 1926

¹¹² ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) er den internasjonale statistiske klassifisering av sykdommer. En medisinsk klassifiseringsliste fra Verdens helseorganisasjon. Malt, Ulrik. (2019). ICD-10. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 13.05.21 fra <https://sml.sn.no/ICD-10>
DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) er et klassifikasjonssystem utgitt av Den amerikanske psykiatriforening (APA). Malt, Ulrik. (2020). DSM-systemet. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 13.05.21 fra <https://sml.sn.no/DSM-systemet>

ble det publisert en oversikt over diagnoser som skulle brukes i Norge, men fortsatt uten standardiserte symptombeskrivelser.

Behandlingspraksis

Selv om det var lite informasjon i pasientjournalene om selve behandlingen av pasientene ved Kriminalasylet, har Åse Riaunet undersøkt behandlingen ved asylet på andre måter. I sin masteroppgave undersøkte hun behandlingspraksisen ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1905.¹¹³ Hun studerte også Gaustad asyl, og hvordan de praktiserte behandlingen av pasientene der, for deretter å sammenligne med Kriminalasylet. Selv om Kriminalasylet hadde en helt annen gruppe pasienter enn Gaustad asyl, ved at pasientene var farlige, sinnssyke kriminelle, er det likevel en interessant sammenligning. Felles for begge asylene var at behandlingen i stor grad besto av arbeid. Ved Gaustad asyl var det skriftlige krav om at alle pasientene skulle arbeide, uavhengig av sykdomstilstand, men ved Kriminalasylet var det annerledes. Her måtte de ansatte vurdere pasientens mentale helse, og de skulle kun arbeide dersom det ikke gikk på bekostning av asylets sikkerhet, samt pasientens egen sikkerhet. Nye pasienter skulle ikke arbeide.

Riaunet skriver at det ikke eksisterte et etablert kunnskapsregime om behandling av sinnssykdom og farlighet på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Selv hos de høyeste utdannede var det lite kunnskap om galskap.¹¹⁴ Ved alle norske asyl var behandlingspraksisen i perioden basert på «Moral Treatment». Dette var en type behandling som oppstod på slutten av 1700-tallet, hvor prinsippene for behandlingen var basert på omsorg og moralsk disiplin.¹¹⁵ Riaunet skriver også at det var tydelige forventninger om at de ansatte ved asylet skulle utføre arbeidet med høy etisk standard.¹¹⁶

Mangel på vokabular

Etter hvert som jeg undersøker pasientjournalene, kommer det tydelig frem at det var mangel på vokabular når det gjaldt diagnosene på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Beskrivelsene av pasientene ble nærmest «dagligdags» og lite vitenskapelig. Et eksempel på dette observeres i pasientjournalen til pasient 12, som ble innlagt ved Kriminalasylet i 1896 med

¹¹³ Åse Riaunet, *Oppdrag, pasienter og praksiser. Kriminalasylet i Trondheim 1895-1905*. NTNU, 2014

¹¹⁴ Riaunet 2014: 45

¹¹⁵ Barry Edginton, *Moral Architecture: The Influence of the York Retreat on Asylum Design*. In *Health and Place*, 1997: 92

¹¹⁶ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 45

diagnosen insania degenerativa. På første side skrev Bødtker at pasienten hadde «slette egenskaber», uten videre utdypning på hva dette innebar. Han skrev også at pasienten under konfirmasjonstiden ble beskrevet som en med «gode kundskaber, meget gode evner, god flid og meget god opførsel.»¹¹⁷ Videre skrev han «saavidt det kan skjønnes, er han da ganske snart kommet i slet selskab», for deretter å informere om hvor mange ganger pasienten hadde vært i varetekstfengsel, tvangsarbeidsanstalter og sinnssykeasyl før han ble innlagt som pasient ved Kriminalasylet.¹¹⁸ Det at Bødtker inkluderte linjen «saavidt det kan skjønnes» viser til hans egen subjektive oppfatning om hva som hadde skjedd med pasienten. Bødtker tolket forandringen i oppførsel ved at pasienten fikk dårlige omgangskretser, noe som gjorde han tilbøyelig til kriminelle handlinger. Likevel var også beskrivelsen av foreldrene viktig i denne sammenhengen, ettersom det tyder på at foreldrene var forklaringen på hvorfor pasienten hadde tilbøyeligheter til kriminelle handlinger.

Et annet eksempel på det hverdagslige språket og det subjektive aspektet ved journalene, finner vi i pasientjournalen til pasient 15, også innlagt i 1896. På andre side i anamnesen har Bødtker skrevet: «Han havde fremdeles været rolig og flittig og nogen abnorm sindstilstand var hidtil ikke iagttaget.»¹¹⁹ Det står ingenting om hva han la i adjektivene han brukte, noe som igjen viser til Bødtker sitt subjektive syn når det kom til å beskrive pasientene.

Arv eller miljø?

Psykiater Harald Holm, som levde på samme tid som Lombroso, støttet Lombrosos degenerasjonsteori. Likevel hevdet Holm at forbrytere ikke ble født sånn, men at det heller skyldtes en kombinasjon av arv og ervervelse. Holm mente likevel at arv var hovedårsaken.¹²⁰ Det kan dermed tenkes at Bødtker var av samme oppfatning som Holm ved at beskrivelsene hans kan knyttes til både arv og ervervelse, altså miljø.

Ettersom Bødtker hevdet at pasient 12 hadde kommet i «slet selskab» og at dette kunne knyttes til hans kriminelle tilbøyeligheter, kan det diskuteres om Bødtker var av den oppfatning at miljøet spilte en rolle med tanke på sinnssykdom. Selv om Bødtker ikke knyttet barndommen direkte til sinnssykdommenes årsak, brukte han likevel en del av anamnesen til å beskrive

¹¹⁷ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 12

¹¹⁸ Ibid: Pasient 12

¹¹⁹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 15

¹²⁰ Skålevåg 2003: 314

pasientens barndom. Likevel tyder det på at han gjorde dette for å vise til når sinnssykdommen begynte å bli synlig utad. I eksempelet med pasient 12 kan det se ut til at miljøet hadde direkte påvirkningskraft på den angjeldende, ettersom det ble hevdet at han var frisk frem til han havnet i «slet selskab». Det kan likevel være at Bødtker så på arv som den største årsaken til sinnssykdom, men at han mente at disse menneskene også var lett påvirkelig av andre innflytelser. Et eksempel på dette er at Bødtker hevdet at pasient 12 var «let paavirkelig til at begaa urigtige handlinger.»¹²¹ Også i dette tilfellet kan Bødtkers beskrivelser knyttes til Holms tolkning av Lombrosos degenerasjonsteori.

Arv og miljø skal diskuteres videre i slutten av kapittelet.

Diagnostiseringen

Diagnosene var på mange måter et resultat av en diskusjonsprosess mellom lege, pasient og andre aktører. Når Bødtker og Evensen ga diagnoser, var det basert på egne vurderinger, men også på en generell forståelse av samfunnet som helhet og normene som rådet på den tiden. Underliggende holdninger kan dermed ha påvirket bestyrerne når de ga diagnoser og skrev pasientjournaler. Hva da med de menneskene i samfunnet som ble sett på som «rare»? Kan det ha vært vanskelig å skille mellom de som var «rare» og de som var sinnssyke?

Det var 18 pasientjournaler hvor pasienten hadde blitt diagnostisert med diagnosen insania degenerativa, som var den nest mest gitte diagnosen etter paranoia. 17 prosent av alle diagnosene som ble gitt i perioden mellom 1895 og 1915 var insania degenerativa. Denne diagnosen kom til Norge på 1880-tallet, samtidig med kriminologiske sosialteorier, deriblant Lombrosos teori om den fødte forbryter. Når insania degenerativa ble gitt som diagnose ved Kriminalasylet, ser det ut til å ha blitt basert delvis på observasjon av symptomer, delvis på undersøkelser av kriminal- og mentalhistorikk, og på bevis av alkoholmisbruk blant pasienten og/eller hans familie.¹²² Hos de pasientene som fikk diagnosen insania degenerativa, var årsaken til sinnssykdom opplistet som arv i halvparten av tilfellene. De resterende årsakene var som regel alkoholmisbruk.

Diagnosen idiotia ble gitt til kun fem pasienter i perioden. Evensen beskrev i boken «Haandbok i Sindssygepleie» at «idioti (aandssvakhet) er et fællesnavn paa de tilstande, hvori betingelserne

¹²¹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 12

¹²² Thomassen 2010: 93

mangler for en normal utvikling av barnets sind.»¹²³ Denne diagnosen ble sett på som lik diagnosene imbecil og amentia, som var ganske overlappende med idiotia. Amentia ble sett på som en sykdom som hindret pasienten i å lære basert på sine egne erfaringer. Disse tre diagnosene ble gitt 11 ganger, noe som tilsvarer 10,5 prosent av alle diagnosene ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915.¹²⁴ Idiotia ble gitt fem ganger. I motsetning til de to andre diagnosene, ble det aldri opplistet hva som var årsaken til sinnssykdommen.

Åtte pasienter fikk diagnosen dementia praecox (senere kalt schizofreni). Denne diagnosen ble ikke gitt til pasienter før i 1901, det året Evensen tok over som bestyrer ved Kriminalasylet. Evensen hevdet at symptomer på diagnosen var hallusinasjoner, tvangstanker, svekkende dømmekraft, vrangforestillinger og spesielt «utilgjængelighet og mangel paa sammenheng.»¹²⁵ Han beskrev diagnosen som «ungdomssløvsind» og hevdet at «dementia praecox begynder hyppigst før det 25de aar.»¹²⁶ Årsaken til lidelsen ser likevel ikke ut til å være helt klar. I de fleste tilfeller var det bare skrevet et spørsmålstegn under «sindssygdommens sandsynlige aarsag». Det var bare i to tilfeller at årsaken ble oppført som «arv».

Det var ikke helt klart hva bestyrerne la i diagnostiseringen av pasientene. Som vi vet, fantes det ingen diagnosemanual i perioden. Bestyrerne hadde dermed ikke fast informasjon å gå etter når de satte diagnosene, men måtte bruke sin egen intellektuelle kunnskap. På den tiden var det en flytende forståelse av hva en diagnose var, og psykiatere måtte vurdere hver pasient ut ifra individuell forståelse av sinnssykdom. Diagnosesystemet var med andre ord i en tidlig utviklingsfase, og det måtte jobbes mot en felles forståelse. Mangelen på en manual å slå i opp i gjorde det utfordrende å sette en diagnose, og bestyrerne ved Kriminalasylet brukte dermed det de hadde av informasjon til å gjøre seg en vurdering av pasienten. De fulgte likevel med på den internasjonale debatten innen psykiatri og diagnosesetting, og ut ifra sin totalkunnskap, i tillegg til informasjon fra andre og egen observasjon, satte de diagnoser. Det at bestyrerne i noen tilfeller endret diagnosene som allerede var satt når pasientene kom til asylet, kan dermed komme av ulik forståelse av diagnoser.

¹²³ Hans Evensen, *Haandbok i Sindssygepleie*. H. Aschehough & CO, 1921: 30

¹²⁴ Thomassen 2010: 96

¹²⁵ Evensen 1921: 64

¹²⁶ Ibid: 60-61, 64, 68

«Filleproletariatet»

Enkelte mennesker i samfunnet ble sett på som «rare», altså mennesker som skilte seg ut fra «normalen». I ulike samfunn har det alltid eksistert mennesker som skiller seg ut fra majoriteten, og ikke følger de gjeldende normene som forventes. Det er mulig at noen av pasientene ved Kriminalasylet kan ha blitt sett på som slike «raringer», som ikke passet inn på noen måter i det vanlige samfunnet. Grensen mellom de som var «rare» og de som var sinnssyke kan ha vært liten i enkelte tilfeller. Kari Ludvigsen skriver i sin avhandling at begrepene «fornuft» og «forstand» var sentrale når det gjaldt sinnssykdom på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Hun skriver også at politilege Paul Winge definerte fornuft som erkjennelse, oppfatning, innsikt, kunnskap og persepsjon, altså evnen til å forstå sanseinntrykk på en «normal» måte. Enkelte «gale» var ut ifra loven uforstandige eller ufornuftige. Ludvigsen hevder dermed at galskap var definert ut ifra et normalitetskriterium, der det «rette» var normen.¹²⁷

Historiker Eivind Myhre skriver at de fleste mennene fra Kriminalasylet var arbeidsløse, uten et fast hjem og stabile holdepunkter i livet. Han forteller også at denne gruppen menn ble sett på som en del av det såkalte «filleproletariatet». Dette begrepet refererte til en klasse av arbeidsløse «outsidere» som livnærte seg på tyveri og lignende.¹²⁸ På denne måten kan pasientene ved Kriminalasylet ha blitt sett på som «rare» og utenfor normalen ved at de ikke hadde en fast boplass, ingen stabil inntekt og at de ofte var ugifte. Med andre ord, at disse mennene gikk imot forventningene og normene som rådet i samfunnet.

Insania Degenerativa

Pasient 22 ble innlagt ved Kriminalasylet i 1897 for drap på sin kone etter at hun fødte deres dødfødte barn. Han ble diagnostisert med diagnosen insania degenerativa. I pasientjournalen har Bødtker skrevet at pasientens far var «uægte født og søn af en omstreifer.»¹²⁹ Det står også at faren hadde vært arrestert flere ganger for tyveri, og at han hadde tilbragt en god del tid i ulike straffeanstalter hvor han hadde oppført seg dårlig. Det som er interessant i dette tilfellet, er at pasienten ble beskrevet som «arvelig belastet». Altså at hans sinnssykdom og kriminalitet var basert på arvelige egenskaper. Det er interessant da at det står «i pasientens familie kjendes intet

¹²⁷ Ludvigsen 1998: 49

¹²⁸ Myhre 2016: 18

¹²⁹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 22

tilfælde av sindssydom.» Hvordan kunne han være en sinnssyk kriminell grunnet arvelig belastning uten at det fantes tilfeller av sinnssykdom i familien? Her ser det ut til at farens dårlige oppførsel, og det at faren var uekte født (altså født utenfor ekteskapet), var av betydning. Selv om ikke sønnen, altså pasienten, var uekte født, fikk han likevel tilbøyeligheter til kriminelle handlinger. Bødtker trodde dermed at pasienten fikk sinnssykdom på grunn av at faren var småkriminell. Sønnen hadde på den måten blitt verre enn sin far, og utviklet sinnssykdom i tillegg til å bli kriminell. Dette kan knyttes til Lombrosos degenerasjonsteori, ettersom avkommet fikk dårligere egenskaper enn generasjonen over. Om dette var noe Bødtker bevisst tenkte over er vanskelig å si.

En del av anamnesen gikk ofte til beskrivelser av pasientens familie og slekt, noe som blir observert i pasientjournalene med diagnosene *insania degenerativa* og *idiotia*. Det som er slående i dette tilfellet er at dersom årsaken til sinnssykdom ikke var begrunnet i arv, ble det skrevet svært lite eller ingenting om pasientens familie og slekt. Et eksempel på dette er å finne i pasientjournalen til pasient 6. Han ble innlagt i 1895, og var den første pasienten ved Kriminalasylet med diagnosen *insania degenerativa*. I dette tilfellet ble ikke sinnssykdommen begrunnet i arv, men «drik», altså at han hadde fått diagnosen gjennom alkoholmisbruk. Gjennom hele anamnesen skrev ikke Bødtker noe om familien til pasienten, bortsett fra en linje helt på slutten, rett før «status præsens». Her står det: «noget mærke at kunde paavises af sindssyke i familien viste han kun at oppgive en fætter.»¹³⁰ Det er heller ikke skrevet noe under «tilfælder af sindssydom i familien».

Den neste pasienten med diagnosen *insania degenerativa* var pasient 11, innlagt i 1896. Under årsak til sinnssykdom står det her skrevet «arvelig belastet» og under «tilfælder af sindssydom i familien» står det «begge forældre».¹³¹ Anamnesen starter med en setning om straffen til den angjeldende, deretter blir begge foreldrene beskrevet. Det ble brukt omtrent en halv side på å redegjøre for sinnssykdommene deres. Moren ble diagnostisert med *idiotia* og ble forpleiet i Kristiansands kommunale sindssykeasyl fra 1852. Det står også at hun allerede fra barndommen av var ganske «fjollet», og at også hennes mann «allerede før ægteskapet hadde haft anfald af mani og sindssydom.»¹³² Slike beskrivelser kan knyttes til det Aaslestad hevder om at

¹³⁰ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 6

¹³¹ Ibid: Pasient 6

¹³² Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 11

pasientjournalen er et plot, altså en fortelling. Fortellingen viser til en gryende sinnssykdom. Ettersom begge foreldrene var sinnssyke, virker det her som at det nesten var en selvfølge at sønnen deres også ble sinnssyk. Det samme gjelder beskrivelsene av moren, som visstnok viste tegn til sinnssykdom allerede fra barndommen. Disse beskrivelsene kan passe Lombrosos degenerasjonsteori ettersom Lombroso hevdet at neste generasjon fikk dårligere egenskaper enn den forrige.

Kritikk av degenerasjonsteorien

Ut ifra beskrivelsene så langt, kan det se ut til at Bødtker aksepterte og til en viss grad brukte Lombrosos degenerasjonsteori i sine beskrivelser av pasientene ved Kriminalasylet. Evensen på sin side, stilte kritiske spørsmål til degenerasjonsteorien. I boken «*Dementia Praecox*» skrev han «betegnelsen degenerativ eller ikke degenerativ sindssykdom giver ikke længere noget holdepunkt for en bedre forstaaelse af sygdommens særegne ytringsmaade eller dens væsen.»¹³³ Han gikk ikke direkte imot degenerasjon i dette tilfellet, men hevdet at degenerasjon ikke kunne forklare de ulike sinnssykdommene. Videre skrev han «arv er sikkert nok den vigtigste omstændighed af dem, man kjender, ved opstaaen af sindssykdom overhovedet; men forskjellen i dens forekomst ved de enkelte former synes ikke at være betydelig nok til at forklare noget.»¹³⁴

Evensen stilte også kritiske spørsmål til Lombrosos arvelighetsbegrep. I en forelesning i 1910 sa Evensen: «heller ikke det arvelighetsbegrep Lombroso arbeidet med sondret skarpt mellom arvede egenskaper og følger av sykdommer, medfødt eller ervervede.»¹³⁵ Evensen hadde dermed den oppfatning at sinnssykdom kunne skyldes arv, men at arv likevel ikke ga svar på pasientens sinnssykdom. I pasientjournalene til Evensen synes det likevel å være et visst mønster med tanke på årsaken til sinnssykdom. Hos de pasientene som hadde diagnosen *insania degenerativa*, var årsaken nesten alltid opplistet som arv, men hos de pasientene med diagnosen *dementia praecox* finnes det bare to av åtte pasienter som hadde arv opplistet som årsak til sinnssykdom. Han synes det var vanskelig å finne informasjon om arv hos de pasientene som hadde denne diagnosen. Dette tyder på at enkelte sinnssykdommer kunne forklares ut ifra arv, men at *dementia praecox* i hovedsak ikke var en av dem. Bare i enkelte tilfeller kunne arv være årsaken til denne sinnssykdommen. En uttalelse fra et foredrag Evensen holdt i 1906 i anledning Kriminalasylets

¹³³ Hans Evensen, *Dementia Praecox*. H Aschough & CO, 1904: 251

¹³⁴ Ibid: 151

¹³⁵ Evensen 1910: 247

10-års drift, viser til at Evensen knyttet dementia praecox til ervervelse. Her uttalte Evensen: «Af de erhvervede sindssygdomsformer er dementia praecox den aller vigtigste. Den repræsenteres af hele 70 pct af tilfældene.»¹³⁶ Miljøet var dermed den største forklaringen på hvorfor en person ble diagnostisert med dementia praecox, ifølge Evensen.

Skålevåg forteller at året 1909 kan stå som et gjennombruddsår innen genetikken i norsk medisin. Dette var året hvor Evensen tok et oppgjør med degenerasjonsteorien. Evensen hevdet blant annet at «degenerationen blev saaledes en velkommen forklaring paa alt det, man ikke forstod og ikke kunde rubricere.»¹³⁷ Skålevåg forteller videre at Evensen ikke bare gikk til angrep på degenerasjonsteorien, men også at han viste seg positiv til den nye arvelighetslæren. Samme år, og årene etter, publiserte flere anerkjente leger og psykiatere flere artikler om genetik og arvelighet. Det var likevel Evensen som var den første til å bryte opp med den gamle arvelighetsforståelsen innen norsk psykiatri. Samme år holdt han foredraget «Kritik av degenerasjonslæren», hvor han oppsummerte degenerasjonsteoriens epoke. Her kritiserte han i hovedsak Morels degenerasjonsteori. Evensen hevdet blant annet at uttrykket «degenerert» var et tvetydig begrep uten fast mening. Han hevdet dermed at «Fremfor alt er det dog de litet studerte sindssygdomme hos fanger, som i mangel av noget bedre kaldes degenerative.»¹³⁸ Evensen hevdet dermed at degenerasjonsteorien ble brukt i de tilfellene hvor årsaken til sinnssykdom ikke var kjent. For å forklare hvor diffust begrepet var forklarte han «...at de forskjellige forfattere har hver sin mening om, hvad der skal henføres til degenerative sindssygdomme, viser, hvor vilkaarlig deres opfatninger er.»¹³⁹ Evensen forklarte ulike forståelser av degenerasjon til at begrepet i seg selv var lite fast.

I foredraget i 1909 uttalte Evensen seg videre om arv og hevdet at «Den degenererede behøvede altsaa ligevel ikke være arvelig degenereret.»¹⁴⁰ Her blir det tydelig at Evensen gikk bort ifra det gamle synet på arv, og at han heller siktet til at miljøet spilte en større rolle enn det først ble trodd ut ifra Lombrosos degenerasjonsteori.¹⁴¹ Likevel er det viktig å huske på at Evensen tross

¹³⁶ Hans Evensen, Fra de første 10 aar af Kriminalasylets virksomhed. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Kristiania, 1906: 68

¹³⁷ Hans Evensen, Kritik av Degenerasjonslæren. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Kristiania, 1911: 49

¹³⁸ Ibid: 54

¹³⁹ Ibid: 55

¹⁴⁰ Evensen 1909: 369

¹⁴¹ Ibid: 314-317

alt skrev at pasienter med diagnosen insania degenerativa var arvelig belastet. Ettersom Evensen refererte til en ny arvelighetsforståelse i flere av sine foredrag, kan det tenkes at det var nettopp denne nye arvelighetsforståelsen han siktet til når han skrev «arvelig belastet» i pasientjournalene.

Dementia Praecox

I kun to av åtte tilfeller var arv opplistet som årsak hos pasientene med diagnosen dementia praecox. En av disse pasientene var pasient 46, innlagt i 1902. Denne pasienten var den eneste pasienten med både insania degenerativa og dementia praecox. Selv om arv var listet opp under «sindssygdommens sandsynlige aarsag» står det likevel ingenting om arv i selve pasientjournalen. Det er dermed vanskelig å finne ut av om Bødtker knyttet denne pasienten til degenerasjonsteorien. Likevel finnes det en mulighet for at han gjorde det ettersom pasienten drakk en del alkohol. Sinnssykdommen kunne ut ifra degenerasjonsteorien dermed være ervervet.

Vi har sett at i de pasientjournalene hvor sinnssykdom ble begrunnet i arv, ble det lagt stor vekt på beskrivelser av foreldrene. Var arv ikke opplistet som årsak til sinnssykdom, ble foreldrene heller ikke viet oppmerksomhet. Dette kan også observeres hos pasient 44. Han ble innlagt i 1901 og var den første pasienten med diagnosen dementia praecox. Under «sygdommens sandsynlige aarsag» var det bare skrevet et spørsmålstegn. Det var dermed usikkert om pasienten var arvelig belastet eller ikke. Her finnes det ikke et eneste ord om noen av foreldrene til pasienten. Det virker som at familien var helt irrelevant, ettersom pasienten ikke hadde blitt sinnssyk på grunn av arv. Det kan i første omgang se ut til at pasienten ikke passet til degenerasjonsteorien ettersom det ikke var snakk om sinnssykdom eller kriminalitet gjennom arv. Pasienten ble likevel beskrevet som en person som drakk en del alkohol, altså at det var muligheter for at pasienten hadde ervervet sinnssykdom gjennom alkoholmisbruk. Ettersom Evensen skrev flere ganger i pasientjournalen at pasienten led av alkoholmisbruk, kan det tyde på at han holdt mulighetene åpne for at det kunne være årsaken til sinnssykdommen. Likevel var han nok ikke helt sikker, ettersom ingenting var ført inn under «sygdommens sandsynlige aarsag».¹⁴² Det at det ikke var viet fokus til familien dersom årsaken til sinnssykdom var noe

¹⁴² Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 44

annet enn arv, kan tyde på at bestyrerne valgte ut informasjonen som ville «passe» til pasientens diagnose. En grunn til det kan være at bestyrerne ville gi legitimitet til sinnssykdommens årsak.

Til tross at Evensen ikke begrunnet sinnssykdom i arv hos pasient 44, kan det tenkes at mangel på informasjon kan ha vært en viktig faktor. Det kan være at pasienten ikke fortalte om foreldrene sine, eller at foreldrene ikke levde til å fortelle om familiebakgrunnen selv. Det kan også ha vært mangel på offisielle rapporter knyttet til familien. Mangel på informasjon knyttet til pasienten og familien kan også være gjeldende hos de andre pasientene som blir undersøkt i oppgaven.

Idiotia

Det var totalt fem pasienter med diagnosen idiotia. Tre av dem var under Bødtkers periode som bestyrer, en var under Scharffenbergs vikariat, og en under Evensens periode som bestyrer. Pasient 29 ble innlagt på Kriminalasylet i 1900, med diagnosen idiotia. Bødtker startet anamnesen med å fortelle at pasienten var «uægte født» og at det ikke var noen sinnssykdom i familien. Under «sindssykdommens sandsynlige aarsag» står det ingenting. Allerede her ser det ut til at arv ikke kan være forklaringen på at pasienten ble sinnssyk. Det kan dermed se ut til at degenerasjonsteorien ikke passer inn i dette tilfellet. Likevel står det videre: «faderen var drikkefældig, brutal og straffet for tyveri.»¹⁴³ Selv om det ikke var noen form for sinnssykdom i familien, kan det likevel diskuteres om degenerasjonsteorien kan bli knyttet til denne pasienten. Det at Bødtker ikke skrev noe om årsaken til sinnssykdommen, tyder på at han var usikker på hva årsaken kunne være. Likevel gikk han tidlig inn på farens alkoholproblemer og småkriminelle karriere. Selv om det ikke kan sies helt sikkert, kan det tyde på at han så en sammenheng mellom farens problemer og pasientens sinnssykdom. Sett på den ene siden, kan degenerasjon dermed knyttes til pasientens sinnssykdom, ved at pasienten «arvet» farens kriminelle tendenser, i tillegg til å utvikle sinnssykdom. Selv om denne koblingen kan være vag, betyr det ikke at Bødtker så bort ifra muligheten. Ettersom han skrev en del om faren og hans problemer i pasientjournalen, tyder det på at det hadde, eller kunne ha, betydning for pasientens sinnssykdom. Sett på den andre siden, kan det også tenkes at Bødtker så på miljøet som en årsak. Ettersom faren hadde alkoholproblemer, kan det ha ført til en vanskelig barndom og oppvekst med lite trygghet og stabilitet. Likevel er det vanskelig å si hva Bødtker tenkte om årsaken til

¹⁴³ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 29

sinnssykdom hos pasienten. Beskrivelsene av pasienten kan tolkes som at Bødtker lente seg mest imot miljøaspektet. Grunnen til dette var at ingen av pasientene hans med samme diagnose hadde arv direkte opplistet som årsak til sinnssykdom. På denne måten kan det tenkes at Bødtker knyttet pasienten til degenerasjonsteorien, ved at sinnssykdom ble ervervet gjennom alkoholmisbruk.

Pasient 76 ble innlagt i 1912. Han hadde først diagnosen insania degenerativa, som han fikk ved Rotvoll asyl, for deretter å få diagnosen imbecillita (idiotia) satt av Evensen. Under «Antagen aarsag» står det ingenting, og under «Sindssygdomme i Slegten» står det bare et spørsmålsteget. Årsaken til sinnssykdommen var dermed ikke klar i dette tilfellet, i likhet med pasient 29. Det eneste som ble nevnt i tilknytning til familien var «forældrene skal ha været bra folk, likesaa en bror og søster.»¹⁴⁴ Videre beskrev Evensen at pasienten var en «plageaand» som barn, og at han blant annet hadde «væxlende sindsstemning». Det står også at han var «drikfældig», med en strek under. Anamnesen er utfyllende, men består i hovedsak av hendelser før han kom til Kriminalasylet. Som vi så i innledningen, hevdet direktøren og reservelegen ved Rotvoll asyl at pasienten var et «degenererende individ», som var utilregnelig og at han dermed måtte flyttes til Kriminalasylet. Det er med andre ord lite som viser årsaken til sinnssykdom, sett bort i fra at pasienten ble beskrevet som å være «drikfældig». Etter å ha studert pasientjournalen er det vanskelig å si hva Evensen la i diagnosen til pasienten. Det ser ut til at Evensen i stor grad baserte seg på observasjoner gjort i andre asyler. Her skrev han blant annet at pasienten hadde fått beskrivelser som «svak udvikling af det intellektuelle» og at direktøren ved Rotvoll asyl anså pasienten som en «imbecil og degenerert antisocial person».¹⁴⁵ Ut ifra slike beskrivelser hevdet Evensen at pasienten «har vist seg uskikket til behandling i et vanlig asyl», spesielt siden pasienten hadde vist seg å være voldelig.¹⁴⁶ Videre skrev Evensen at han etter en enkelt undersøkelse ikke kunne si om pasienten var sinnssyk eller ikke, men at Evensen så på pasienten som «en arbeidsledig imbecil vaneforbryter».¹⁴⁷ Ut ifra disse beskrivelsene, både fra andre asyl og Evensens egne betraktninger, tyder det på at dette ikke var et enkelt tilfelle. Det ser ut til at Evensens førsteinntrykk av pasienten var at han hadde en «abnorm sindstilstand» og at han egentlig var ufarlig, men at dette endret seg når han drakk alkohol. Det ble også nevnt, opptil

¹⁴⁴ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 76

¹⁴⁵ Ibid: Pasient 76

¹⁴⁶ Ibid: Pasient 76

¹⁴⁷ Ibid: Pasient 76

flere ganger, at pasienten hadde lav intelligens. Evensen skrev blant annet «hans intelligens viste seg betydelig svekket. Gjorde et barnlig og fjollet indtryk, og hans selvfølelse var forhøyet.»¹⁴⁸ Ut ifra pasientjournalen er det likevel vanskelig å knytte pasienten til degenerasjonsteorien ettersom familien ikke var viet mye fokus. Det lille som står om familien, er at de var «bra folk». Selv om degenerasjon i hovedsak var arvelig kunne det, som vi vet, også erverves gjennom alkoholmisbruk. En tanke kan dermed være at Evensen mente at pasienten ble degenerert ved å drikke mye alkohol, og at dersom han senere skulle få barn, ville de blitt mer degenerert enn han. Likevel var nok ikke dette tilfellet. Som vi vet, var Evensen kritisk til degenerasjonsteorien. Selv om det ser ut til at han knyttet alkoholmisbruk som årsak til sinnssykdom, betyr det ikke at han knyttet det til Lombrosos degenerasjonsteori.

Pasient 52 var innlagt under vikariatet med Scharffenberg. Under «vargihed» står det «fra fødselen», altså at sinnssykdommen var medfødt.¹⁴⁹ I pasientjournalen til Evensens pasient 76 står det ingenting om hvor lenge sinnssykdommen hadde vart. Ut ifra opplysningene knyttet til diagnosen kan det tenkes at Bødtker var mer åpen for at diagnosen kunne erverves, da gjerne gjennom alkohol. Grunnen til dette er at i hans pasientjournaler er det lagt vekt på hvor lenge sinnssykdommen hadde vart før oppdagelsen, mens i Evensens pasientjournal er det fokusert på hvor lenge sinnssykdommen hadde vart totalt. Ettersom Bødtker i to av tre tilfeller hevdet at sinnssykdommen hadde vart i x antall år, og ikke hele livet, kan det tyde på at han var mer åpen for muligheten om at idiotia var en sinnssykdom som kunne erverves i løpet av livet. Det faktum at Evensen kun hadde én pasient med idiotia, gjør det vanskelig å si hva han hevdet var hovedårsaken til denne type diagnose, til tross for at han ser ut til å ha ment at den ene pasienten han hadde, fikk sinnssykdom gjennom ervervelse. I dette tilfellet er det i hovedsak beskrivelsene av pasientene til Bødtker som kan knyttes til degenerasjonsteorien, ved at det kan se ut til at diagnosen både kunne erverves og være medfødt. Bødtker brukte også selve begrepet «degenerasjon» i mye større grad enn Evensen. Det at Evensen sjeldent benyttet seg av dette kan knyttes til hans kritiske holdning til bruken av og innholdet i begrepet.

Etter å ha studert pasientjournalene til de pasientene med diagnosen idiotia, er det slående at årsaken til sinnssykdommen aldri var opplistet. Selv om det kun var fem pasienter med denne

¹⁴⁸ Ibid: Pasient 76

¹⁴⁹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 52

diagnosen ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915, er det likevel spesielt at bestyrerne ikke fant noen årsak til sinnssykdom. Alkohol var likevel nevnt opptil flere ganger, i fire av de fem pasientjournalene. Det er kun hos pasient 36 at det ikke står noe om alkoholmisbruk. Med tanke på sinnssykdommens varighet, var det ulike bemerkninger. I Bødtkers pasientjournaler står det en kolonne med «sygdommens varighed før optagelsen», mens i Evensens pasientjournaler står det kun «varighed». De tre første som fikk diagnosen idiotia, var i perioden hvor Bødtker var bestyrer (pasient 29, 36 og 38). I den første pasientjournalen står det ingenting, i den andre står det «i mange aar» og i den tredje står det «over 2 aar».¹⁵⁰

Lombroso hevdet, som tidligere nevnt, at den fødte forbryter kunne bli oppdaget ved fysiske kjennetegn. Ettersom han knyttet den fødte forbryter og degenerasjon sammen, har det også blitt undersøkt om bestyrerne ved Kriminalasylet så på fysiske kjennetegn som bevis på degenerasjon. Dette har jeg ikke funnet bevis på i undersøkelsen.

Sosiale forskjeller og degenerasjon

Det fantes sosialaspekter ved Lombrosos teori om den fødte forbryter. Han hevdet at de fleste fødte forbrytere kom fra lavere sosiale lag i samfunnet. De fleste pasientene ved Kriminalasylet kom også fra fattige familier med lavere sosial bakgrunn. Hva var grunnen til det? Kan Lombrosos degenerasjonsteori knyttet til kriminelle individer ha noe å si i denne sammenhengen? Og hvordan henger dette sammen med arv og miljø?

Lombroso mente at fengsler burde gjøres om til kriminalasyl, hvor de sinnssyke kriminelle burde stenges ute fra samfunnet på livstid, ettersom han hevdet at fengsler kunne gjøre enkelte kriminelle til vanekriminelle. Dette gjaldt spesielt de straffede, som tilhørte de lavere sosiale lag. I tillegg til dette hevdet han at alkoholmisbruk brøt ned de kriminelles moralske sans, noe som førte til at de til slutt ikke var til å skille fra den fødte forbryter. Lombroso hevdet dermed at kriminelle fra fattige familier var mer utsatt til å bli vanekriminelle. Han hevdet også at denne gruppen kriminelle var mer utsatt for å bli påvirket av alkoholmisbruk. Lombroso var også av den oppfatning at dersom en person var moralsk-sinnssyk og var fra en fattig familie, var han en født forbryter. Var han derimot fra en god familie, var dette ikke nødvendigvis tilfelle.¹⁵¹

¹⁵⁰ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 29, 36 & 38

¹⁵¹ Evensen 1910: 283-284

Beskrivelsene av pasient 22, innlagt i 1897 med diagnosen insania degenerativa, starter med en beskrivelse av foreldrene. Det står blant annet «søn af omstreifer» og at faren selv kom fra en omstreiferslekt og at han var født utenfor ekteskapet. Videre står det at det er usikkert om moren kom fra en omstreiferslekt. Det står også at «det er tvilsomt om patienten tilhører en taterslægt.»¹⁵² Det er med andre ord viktig for Bødtker å få frem familiens sosiale bakgrunn. Han bruker omtrent en halv side på å redegjøre for familien, og skriver blant annet at de har vært involvert i fattigvesenet. Det står også: «faderen har flere ganger været straffede for tyveri, og har opført sig slet i straffeanstalten.»¹⁵³ Det virker ut ifra dette som at bakgrunnen til pasienten hadde mye å si med tanke på pasientens sinnssykdom, ettersom det blir vektlagt i så stor grad. Det står likevel at «i patientens familie kjendes intet tilfælde af sindssygdom.»¹⁵⁴ Pasienten har med andre ord ikke arvet sinnssykdom, men kan likevel ha arvet tilbøyeligheten til å utføre kriminelle handlinger. Pasientjournalen til denne pasienten er på ingen måter spesiell, ettersom det går igjen i de fleste pasientjournaler at pasienten kommer fra en fattig familie i de lavere sosiale lag. Evensen var spesielt opptatt av dette sosialaspektet. Hos pasient 68, innlagt i 1910 med diagnosen insania degenerativa, har Evensen skrevet «faderen og flere søskende lidet begavede.»¹⁵⁵ Det står også at «far var veivogter,» men at «hjemme blev det ikke til noget jevnt arbejde.»¹⁵⁶ Dette har med holdninger å gjøre, ettersom det gis inntrykk av at det var en lat og lite velstående familie det var snakk om.

Selv om det ser ut til at Bødtker var åpen for muligheten for at miljøet kunne spille en rolle i årsakene til kriminalitet og sinnssykdom, var det Evensen som fokuserte på miljøet i størst grad, noe som blir synlig ved å sammenligne måten de skrev pasientjournaler på. Som tidligere nevnt, brukte Evensen mye mer tid og fokus på å beskrive pasientens familie og oppvekst. Han var opptatt av å finne ut om miljøet kunne være årsaken til sinnssykdom. Dette blir blant annet observert i tilknytning til om pasienten var «uægte født» eller ikke. Evensen var mye mer opptatt av om pasienten var født i eller utenfor ekteskapet, enn det Bødtker var. I perioden Bødtker var bestyrer var det innlagt totalt 41 pasienter, hvorav han kommenterte hvorvidt pasienten var uekte født eller ikke i to av tilfellene. I perioden Evensen var bestyrer, hadde han kommentarer

¹⁵² Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 22

¹⁵³ Ibid: Pasient 22

¹⁵⁴ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 24

¹⁵⁵ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 68

¹⁵⁶ Ibid: Pasient 68

omkring dette i hele 23 av 43 tilfeller. Det å bli født utenfor ekteskapet hadde stor betydning i perioden, ettersom ugifte par ikke kunne bo sammen. Dette hadde dermed konsekvenser for oppveksten til barnet, i tillegg til at å bli født utenfor ekteskapet ble sett ned på av samfunnet. Dersom noen fikk barn utenfor ekteskapet, sa dette noe om hvor dårlige foreldrene var, i tillegg til å indikere at foreldrene hadde dårlig økonomi ettersom de måtte bo alene. Med andre ord, miljøet kunne dermed påvirke oppveksten til barnet dersom barnet var uekte født. På denne måten kan Evensen bli knyttet til en Lamarckiansk evolusjonsteori, ettersom pasienten kunne erverve tilbøyeligheter til å begå kriminelle handlinger, i tillegg til å utvikle sinnssykdom.

Som observert hos pasient 22, ble det ofte lagt vekt på om pasienten var sønn av omstreifere. Barn av omstreifere ble også sett ned på av samfunnet og knyttet til et dårlig oppvekstmiljø. Løsningen ble i enkelte tilfeller å fjerne barn av omstreifere fra familiene, og plassere dem i barnehjem eller fosterhjem. Hensikten med dette var å fjerne barna fra det dårlige miljøet, så de blant annet kunne kvitte seg med tilbøyeligheter til å utføre kriminelle handlinger eller utvikle sinnssykdom.

Selv om de fleste pasientene ved Kriminalasylet kom fra lavere sosiale lag i samfunnet, fantes det noen unntak. Som nevnt tidligere, ble pasient 24 (innlagt i 1898 med diagnosen *insania degenerativa*) beskrevet som en som kom fra «en god familie, og saavel disse som deres øvrige børn skal være brave folk.»¹⁵⁷ Også i pasientjournalen til pasient 13 (innlagt i 1896 med diagnosen *insania degenerativa*), står det skrevet at han var «født af brave og ægtværdige forældre. Hans fader omtales som en i enhver henseende exemplarisk ordentlig mann.»¹⁵⁸ Videre står det: «ingen i slægten vides af have været henfalden til drik», og at de bodde i «et ordentligt og hellerikke fattigt hjem.»¹⁵⁹ Det står også: «han var som barn altid flink og frisk,» og en av hans lærere beskrev han som «en begavet gut,» men at han etter hvert «begynte å søge slet selskab.»¹⁶⁰ Disse to pasientene var dermed noen av de få som kom fra «gode» familier. Det står likevel ingenting om familiens økonomiske situasjon hos pasient 24, i motsetning til hos pasient 13, hvor vi får inntrykk av at de hadde god økonomi.

¹⁵⁷ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 24

¹⁵⁸ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 13

¹⁵⁹ Ibid: Pasient 13

¹⁶⁰ Ibid: Pasient 13

Hos de fleste andre pasientene ved Kriminalasylet, som kom fra lavere sosiale lag, står det som regel informasjon som viser til deres økonomiske situasjon, ved at det for eksempel står «involvert i fattigvæsenet» og lignende. Det at det ikke står noe om dette i pasientjournalen til pasient 24, kan vise til at familien hadde det bra økonomisk, og at dette henger sammen med at det var en «god» familie. Det at det var pasienter ved Kriminalasylet fra høyere opp i samfunnet går direkte imot Lombrosos degenerasjonsteori, ettersom han hevdet at bare fattige personer fra lavere sosiale lag kunne bli kategorisert som degenererte individer. Hva Bødtker og Evensen mente om dette sosiale aspektet med tanke på degenerasjon, har jeg ikke funnet informasjon om i undersøkelsen.

I tillegg til at de sinnssyke kriminelle kan ha blitt sett på som «rare» og utenfor normalen, ble de også sett på som et samfunnsproblem som myndighetene måtte ordne opp i. Samfunnets holdninger mot denne gruppen mennesker kan ha forsterket oppfatningen av at disse menneskene var farlige for den offentlige sikkerhet, og at de dermed måtte bli tatt bort fra byens gater. Det kan også tenkes at det kan ha vært «enklere» å få slike mennesker inn i asyl, ettersom de kanskje ikke hadde så mange mennesker rundt seg som kunne hjelpe dem. Dersom en person fra en mer velstående familie led av sinnssykdom, var det vanligere at familien tok ansvar for dem på egenhånd, eller at de leide inn hjelp. Likevel var ikke dette alltid tilfelle. Det finnes flere historier om mennesker fra velstående familier som ble sinnssyke, og dermed utstøtt fra familien sin og sendt bort på sinnssykeasyl.

Det sosiale aspektet ved Kriminalasylet, samt ved andre sinnssykeasyl, kan også knyttes til et ønske fra myndighetene om sosial kontroll. Stine Furan undersøkte bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915 i sin masteroppgave, og hvordan industrialiseringen i siste halvdel av 1800-tallet påvirket oppveksten til barna. Arbeidet i industrien påvirket familiestrukturen, ettersom familien i mindre grad ble et arbeidsfellesskap.¹⁶¹ Urbaniseringen førte dermed med seg færre rammer for barna som vokste opp i nyindustrialiserte byer og småsteder, og flere kan ha begynt med tigging, vagabondering og småkriminalitet. Dette kan knyttes til at det var få pasienter fra bygdene som var innlagt på Kriminalasylet. De fleste pasientene hadde med andre ord et dårligere utgangspunkt enn folk som kom fra rikere familier. Samfunnsstruktur og klassetilhørighet kan dermed ha ført til at pasientene ved Kriminalasylet

¹⁶¹ Furan, 2015: 17-18

begikk kriminelle handlinger. De fleste var fattige, og det fantes heller ikke et sosialt velferdssystem rundt dem i perioden.¹⁶²

Om dette sosiale aspektet kan knyttes til degenerasjonsteorien er vanskelig å si. På den ene siden kan det sies at degenerasjonsteorien kan passe til bestyrernes beskrivelser av de pasientene som har blitt undersøkt i oppgaven. En av grunnene til det er at de fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag. Dersom arv ikke var årsaken til sinnssykdom, kunne det også erverves gjennom alkoholmisbruk. På den andre siden, om vi ser på selve sosialaspektet, kan det se ut til at de to pasientene fra «gode» familier ikke kan knyttes direkte til degenerasjonsteorien. Hos pasient 24, sto årsaken til sinnssykdom opplistet som «arv», så på denne måten passer pasienten til teorien om degenerasjon. Hos pasient 13 derimot, sto årsaken opplistet som «ukjent». Pasienten hadde heller ikke misbrukt alkohol, så det er dermed ikke mulig å knytte pasienten opp til teorien om degenerasjon, annet enn gjennom navnet på selve diagnosen, insania degenerativa. Det finnes likevel en sammenheng når det gjelder bestyrernes beskrivelser av degenerasjon med tanke på det sosiale aspektet, ettersom de fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag.

Oppsummering

I dette kapittelet har det blitt undersøkt om degenerasjonsteorien var et synlig fenomen ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915. Her konkluderer jeg med at det var synlig, men bare til en viss grad. Det finnes forskjeller i måten Bødtker og Evensen har beskrevet pasientene på i tilknytning til de tre diagnosene som har blitt undersøkt. Diagnosen insania degenerativa ser ut til å være den diagnosen som passer best til teorien om degenerasjon, ettersom begge bestyrerne hevdet at arv var den mest hyppige årsaken til diagnosen. Degenerasjon ligger også i selve navnet til diagnosen. Dersom årsaken ikke var opplistet som arv, var det som regel basert på alkoholmisbruk.

Dementia praecox var en diagnose bare Evensen ga, så det er dermed umulig å sammenligne Bødtker og Evensen i denne sammenhengen. Evensen ser ut til å ha vært åpen for at diagnosen både kunne arves og erverves. Selv om han ikke alltid skrev noe under «sindssygdommens

¹⁶² Løsgjengerloven ble vedtatt i 1900 og iverksatt i 1907. Denne loven kan bli sett på som et eksempel på samfunnets voksende ansvar for ulike samfunnsgrupper. Loven rettet seg inn mot to hovedgrupper av lovbrøyttere. Den ene var løsgjengere, altså folk som ikke hadde arbeid, og som livnærte seg ved blant annet tigging eller tyveri. Den andre gruppen var «drankerne», dvs folk som viste seg beruset på offentlig sted. For løsgjengerne ville man benytte tvangsarbeidshus, og for drankerne ville man benytte kuranstalter i tillegg til tvangsarbeidshus. Denne loven hadde som mål å begrense omstreifere, som ble sett på som et stort samfunnsproblem (Schaaning 2007: 257-261).

sandsynlige årsag», kunne han beskrive pasienten ved at han misbrakte alkohol. På denne måten ser det ut til at Evensen mente at diagnosen kunne erverves, selv om han ikke listet det opp direkte som årsak. Selv om både arv og ervervelse kan knyttes til degenerasjonsteorien, konkluderes det med at Evensen ikke så en sammenheng her. Grunnen til det er at han var kritisk til Lombroso og degenerasjonsteorien.

Når det kommer til diagnosen idiotia, synes det at Bødtker og Evensen var usikre på årsaken til sinnssykdom. Av de fem pasientene som fikk diagnosen, var det ingen av dem som hadde opplistet én spesifikk årsak. Likevel er det tydelig at Bødtker var åpen for at diagnosen både kunne ha blitt arvet, men også ervervet. Evensen på sin side ser ut til å ha vært mer usikker på hva årsaken til sinnssykdommen kunne være. Det er likevel vanskelig å få et helhetlig bilde, spesielt siden Evensen kun hadde en pasient med denne diagnosen. Det konkluderes likevel med at Bødtker knyttet diagnosen idiotia med degenerasjonsteorien, spesielt siden alkoholmisbruk var beskrevet i to av hans tre pasienter med diagnosen, til tross for at det ikke var opplistet direkte under «sinnssygdommens sandsynlige årsag». Evensen ser ikke ut til å ha knyttet idiotia til degenerasjon.

Selv om Evensen var skeptisk til degenerasjonsteorien, la han likevel vekt på beskrivelsen av foreldrene i pasientjournalene. Ettersom foreldrene ble beskrevet dersom det var grunn til å tro at sinnssykdommen skyldtes arv, kan det tenkes at begge bestyrerne hadde degenerasjonsteorien i bakhodet. Også det at bestyrerne beskrev barndommen til pasienten, kan knyttes til degenerasjon i form av at sinnssykdom og kriminalitet kunne være synlig fra de var barn. Likevel konkluderes det med at Evensen ikke var påvirket av degenerasjonsteorien, ettersom han kritiserte den i så stor grad. Evensen var ikke imot at sinnssykdom og kriminelle tilbøyeligheter kunne arves, men han hevdet derimot at det forekom sjeldent.

Når det kommer til diagnosens funksjon, konkluderer jeg med at bestyrerne brukte sine individuelle kunnskaper om sinnssykdom for å forsøke å danne en felles forståelse av diagnosesystemet. De var ute etter å finne fellestrekk, og på denne måten være med på å utvikle psykiatrien i Norge. Angående spørsmålet om det var sosiale forskjeller hos pasientene ved Kriminalasylet, er svaret klart. De fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag i samfunnet. Årsaken var at de menneskene som kom fra fattige kår, var mer utsatt til å utføre kriminelle handlinger. Likevel kan også samfunnets holdninger ha hatt betydning ettersom det hersket et

ønske fra befolkningen og myndighetene om å fjerne vagabonder og tiggere fra byens gater. Om denne gruppen pasienter kan knyttes til degenerasjonsteorien, er ikke like klart ettersom det finnes eksempler hvor pasientene fra Kriminalasylet kom fra «gode» familier høyere opp i samfunnet. Likevel kan det tenkes at det sosiale aspektet ved degenerasjonsteorien kan bli knyttet til pasientene ved Kriminalasylet, ettersom de fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag. Både Bødtker og Evensen la som regel vekt på pasientens bakgrunn i form av sosial tilhørighet.

I det neste kapitlet skal det undersøkes om det finnes beskrivelser i pasientjournalene som kan knyttes til begrepet moral insanity.

Kapittel 4: Moral Insanity

I dette kapittelet skal det undersøkes hvorvidt begrepet moral insanity passer med bestyrernes beskrivelser av pasientene ved Kriminalasylet. Moral insanity som begrep ble ikke brukt direkte i pasientjournalene. Likevel kan teorien om moral insanity være gjeldende, blant annet ved at det finnes flere beskrivelser av pasientene med tanke på moral og følelsesliv. Spørsmål som stilles i dette kapittelet er: Hva la Bødtker og Evensen i sine beskrivelser av moral? Var det forskjeller mellom de to? Var det ulikheter når det kom til beskrivelser av moral i tilknytning til de ulike diagnosene? For å finne svar på disse spørsmålene, skal de tre diagnosene som ble studert i forrige kapittel undersøkes: insania degenerativa, dementia praecox og idiotia, i tillegg til diagnosene epilepsia og dementia. Det skal også undersøkes om moralbeskrivelser av pasientene kan knyttes til arv eller miljø, i tillegg til å undersøke hva Bødtker og Evensen mente om selve begrepet moral insanity.

Som så vidt nevnt i forrige kapittel, ble det gjennom «Lov angaaende Kriminalasylet» i 1898 slått fast hvilke pasienter asylet skulle oppta. Det var ikke kun mannlige straffarbeidsfanger som ble erklært sinnssyke under oppholdet, men også «andre mandlige Sindssyge, som har forøvet forbryderske Handlinger, og som er saa moralsk udartede eller saa samfundsfarlige, at de ikke ansees egnede til Behandling i et almindeligt Sindssygeasyl.»¹⁶³ Det at «moralisk udartede» ble nevnt i selve loven er interessant. Det står ikke forklart hva som ble lagt i «moralisk udartede», men det var antakelig knyttet til menneskers sosiale tilhørighet og levemåte. Det kan med andre ord reflektere de dannedes blikk på lavere klasser. Det at «moralisk udartede» ble nevnt i loven, bekrefter at det var et visst fokus på forbrytere og sinnssyke som manglet moral i perioden. Dette fokuset kan dermed ha påvirket Bødtker og Evensen i deres beskrivelser av pasientene ved at det muligens styrket deres bruk av beskrivelser knyttet til mangel på moral.

Insania Degenerativa

I Bødtkers periode som bestyrer ved Kriminalasylet var det totalt åtte pasienter med diagnosen insania degenerativa. Av de åtte pasientjournalene har det blitt funnet to journaler som inneholder beskrivelser av moral. Den første var pasient 11, som vi også var inne på i forrige kapittel. Pasienten ble innlagt på Kriminalasylet i 1896 og hadde diagnosen insania degenerativa,

¹⁶³ Schaaning 2007: 266

begrunnet i arv. Når Bødtker beskrev pasientens kriminelle handling, står det blant annet «gjorde sig ingen tanker om at dette var straffbart, men i frygt for straffen ønsket han forbrydelsen ugjort.»¹⁶⁴ Allerede her er Bødtker inne på det moralske aspektet, ettersom pasienten ikke hadde forståelse for hvorfor det var galt å gjøre som han gjorde. Lombroso hevdet at moral insanity kunne beskrives ved mangel på samvittighet og moral, til tross for at det ikke var noe i veien med intelligensen. Beskrivelsen av pasient 11 kan dermed knyttes til mangel på samvittighet, ettersom han uttrykker at han ikke tenkte over at handlingen hans var straffbar. Videre står det: «det umoralske ved sit forløb har han ingensomhelst forstaaelse af.»¹⁶⁵ Dette styrker Bødtkers beskrivelse av mangel på moral hos pasienten. Når pasienten i ettertid angrer kun på grunn av straffen han får, virker det som at pasienten bare er opptatt av seg selv. Som nevnt i forrige kapittel, kan pasienten passe til degenerasjonsteorien ettersom Bødtker hevdet at pasienten hadde fått sinnssykdom gjennom arv. Og som vi også har vært inne på, vurderte Lombroso moral insanity som en form for degenerasjon, og knyttet det til teorien om fødte kriminelle. Moral insanity kan dermed se ut til å ha vært en passende beskrivelse, eller diagnose, for denne pasienten.

Pasient 24 ble innlagt på Kriminalasylet i 1898 med diagnosen insania degenerativa. I pasientjournalen står det at han «allerede som barn har stjaalet fra sine forældres hjem, og i dethele opført sig meget slet.»¹⁶⁶ Videre står det: «allerede i konfirmasjonsalderen var han abandomeret af sin familie som moralsk naadeløs.»¹⁶⁷ Her hadde altså familien selv beskrevet han som en som manglet moralsk sans. Bødtker viste til barndommen, hvor angjeldende begynte å vise tegn til kriminell oppførsel, noe som kan knyttes til Lombrosos måte å gjenkjenne den fødte forbryter på. Under «sygdomens sandsynlige aarsag» står det «arveligt anlag». Med andre ord, pasienten viste tegn til sinnssykdom og kriminell oppførsel allerede fra barndommen. Grunnen til at pasienten utviklet seg på denne måten, var ifølge Bødtker basert på arv.

Det finnes også bemerkninger som ikke er like enkle å tolke. På fjerde side av anamnesen til pasient 24 står det «intelligensdefekt ikke like betydelig som den moralske mangel.»¹⁶⁸ En umiddelbar tanke etter å ha lest dette sitatet kan være at Bødtker knyttet pasienten til moral

¹⁶⁴ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 11

¹⁶⁵ Ibid: Pasient 11

¹⁶⁶ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 24

¹⁶⁷ Ibid: Pasient 24

¹⁶⁸ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 24

insanity, ettersom han konstaterte at pasienten hadde moralske mangler. Likevel står det også at pasienten hadde intelligensdefekter, som går imot begrepet. Dette sitatet kan dermed tolkes på ulike måter ettersom Bødtker beskrev pasienten som både en som led av intelligensdefekt, men også av moralske mangler, til tross for at sistnevnte var mest «betydelig». Dette sitatet kan dermed være en indikasjon på at Bødtker mente at moral insanity ikke var en passende beskrivelse for pasienten, i hvertfall ikke med tanke på Lombrosos versjon av begrepet. Det kan se ut til at Bødtker var usikker på bruken av moralbeskrivelser med tanke på det anerkjente begrepet moral insanity, eller at han rett og slett var forvirret. Det at han ikke fulgte Lombrosos tolkning av moral insanity, kan tyde på at Bødtker var åpen for at begrepet kunne knyttes til andre teoretikere på feltet. Som vi vet, skilte Pinel mellom to ulike former for mani, hvor den ene formen påvirket forstanden, og hvor den andre formen ikke gjorde det. Kan det være at Bødtkers bruk av moral kan knyttes mer til Pinels versjon av moral insanity? Ut ifra sitatet over kan det tenkes at Bødtker refererte til Pinels form for mani som påvirket forstanden. Det er likevel vanskelig å finne ut av om dette var noe Bødtker tenkte over når han skrev pasientjournalene, men det er en interessant bemerkning, og det kan vise til at han var åpen for at moralbeskrivelser ikke nødvendigvis måtte være tilknyttet Lombroso.

Etter at Evensen tok over som bestyrer i 1901 var det 11 pasienter som fikk diagnosen insania degenerativa. Da disse pasientjournalene ble undersøkt, ble det observert at det var svært lite informasjon angående moral. I bare en av de 11 pasientjournalene finnes selve ordet «moral». Dette var hos pasient 80, innlagt i 1913. Evensen beskrev pasienten ved at han var rampete som barn, og at han hadde en sterk trang til å begå kriminelle handlinger fra tidlig alder. Det står blant annet: «gjorde sig i løbet af 3 døgn skyldig i 8 tyverier.»¹⁶⁹ Han ble også beskrevet som en med «små åndsevner og spesiell liden evne til at beherske sine handlinger.»¹⁷⁰ Den første beskrivelsen knyttet til moral er på fjerde side av anamnesen, hvor det står «fortumlet tilstand, hvorunder han har liden greie på alt det gale, han gjør (!)»¹⁷¹ Beskrivelsen kan knyttes til moral insanity ved at pasienten ikke skjønnte hva som var galt med det han gjorde. Det kan dermed tolkes at Evensen mente at han manglet moralsk sans. Det største beviset på moralsk mangel er også å finne på side fire, hvor Evensen skrev «Han led derunder af arvelig moralsk imbecilitet.»¹⁷² Det som likevel

¹⁶⁹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 80

¹⁷⁰ Ibid: Pasient 80

¹⁷¹ Ibid: Pasient 80

¹⁷² Ibid: Pasient 80

kan være uklart i denne sammenhengen er om Evensen mente at moralsk imbecilitet var det samme som moral insanity. Evensen skrev blant annet at «hans tanker er i det hele løbet langt forbi all fornuft.»¹⁷³ Beskrivelsen går direkte imot moral insanity ettersom fornuften og det intellektuelle i dette tilfellet var påvirket av sinnssykdom. En annen beskrivelse som går imot moral insanity, er at han skrev at pasienten forsto «det gale» han hadde gjort «først dagesetter, når det er for sent.»¹⁷⁴ Beskrivelsen tyder på at pasienten faktisk forsto det umoralske ved det han hadde gjort, selv om han forsto det i ettertid, og ikke under eller rett etter selve handlingen. Det er med andre ord beskrivelser som både støtter og går imot bruken av moral insanity. Likevel konkluderes det med at Evensen ikke siktet direkte til moral insanity, selv om det finnes flere beskrivelser knyttet til moral i denne pasientjournalen.

Til tross for at bestyrerne, da spesielt Bødtker, flere ganger refererte til moral i pasientjournalene, kommer det likevel ikke tydelig frem hva bestyrerne la i sine beskrivelser av moral. Ut ifra beskrivelsene som har blitt undersøkt så langt, kan det likevel tyde på at begrepet moral gikk mer på det emosjonelle plan enn på etikk, ettersom beskrivelsene av pasientene viste til at de hadde en manglende forståelse av forbrytelsen de hadde begått. Det virker ikke som at det kun handlet om rett og galt, men også om hva pasientene følte rundt det de hadde gjort. Beskrivelsene av moral i pasientjournalene gikk ikke alltid på beskrivelser rundt selve forbrytelsen, men også på beskrivelser knyttet til barndommen. Det som blir vanskelig i dette tilfellet er igjen det å vise til hva som ble lagt i moralbegrepet. Eksempelet med pasient 24, hvor foreldrene hadde beskrevet sønnen sin som å være «moralisk naadeløs allerede fra konfirmasjonsalderen», kan være et godt eksempel her. Hva vil det si å være «moralisk nådeløs»? Det at begrepet ikke ble forklart i pasientjournalene kan tyde på en felles forståelse av hva som gikk under begrepet «moral» på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Det blir likevel vanskelig for oss som forsøker å studere bruken av moral i ettertid.

Dementia Praecox

Ettersom det kun var Evensen som diagnostiserte pasienter med diagnosen dementia praecox, og ikke Bødtker, er det kun mulig å undersøke Evensens beskrivelser i dette tilfellet. Det var åtte pasienter med denne diagnosen i perioden 1901 til 1915. Etter å ha studert disse åtte

¹⁷³ Ibid: Pasient 80

¹⁷⁴ Ibid: Pasient 80

pasientjournalene, kommer det frem at det er ingenting å finne om moral. Ordet moral er rett og slett ikke brukt. Det eneste som finnes er enkelte bemerkninger i noen av pasientjournalene som indirekte kan tolkes som å referere til moral. Et eksempel på dette er å finne i journalen til pasient 58, innlagt i 1906. Evensen beskrev at pasienten først ikke angret på sine kriminelle handlinger, for deretter å angre likevel når han fryktet for konsekvensene. Han fryktet at noen kom til å drepe han for det han hadde gjort.¹⁷⁵

Et annet eksempel er å finne i journalen til pasient 59, også innlagt i 1906. Evensen skrev at pasienten ble dømt hele fem ganger for ulike tyverier i perioden 1893 til 1901, og at han også begikk en del kriminalitet fra ungdomsårene av. Evensen skrev at pasienten ikke så på handlingene sine som alvorlige, og at pasienten blant annet uttrykte at «i fængslene dræber man folk og begraver dem,» men at han selv ikke har «begået nogen hemmelig blodgjerning.»¹⁷⁶ Evensen skrev også at pasienten hadde en trang til å stjele. Med tanke på moral, er disse beskrivelsene likevel vage. Ordet moral ble ikke nevnt, og beskrivelsene kan kun indirekte bli tolket som beskrivelser av en som manglet moral. I de seks andre pasientjournalene finner jeg ingen informasjon som kan knyttes til moral.

Evensen brukte mye tid til å beskrive pasientene sine. Et eksempel på det er hos pasient 74, innlagt i 1911 med diagnosen dementia praecox. Her beskrev Evensen pasienten ut ifra hvilke trekk han hadde, hvordan personligheten hans var og lignende. Det er da bemerkelsesverdig at Evensen ikke nevnte noe om moralen til pasienten. Det er med andre ord ingen direkte beskrivelser av moral i de pasientjournalene hvor pasientene hadde dementia praecox som diagnose.

Idiotia

Før vi går inn på moral insanity og diagnosen idiotia, skal vi undersøke meningene til psykiater Harald Holm. Han hevdet at «idioten» mangler enhver moralsk følelse, og at for å stille diagnosen som han kalte «moralske idioter», er det nødvendig å påvise arvelig disposisjon. Han hevdet dermed at idiotene, eller de imbecile, ikke hadde moral. Om dette kan bli observert i pasientjournalene til de pasientene med diagnosen idiotia gjenstår å se. Holm hevdet også at det måtte skilles mellom en intellektuell og en moralsk idioti, men at begrepet moral insanity ikke

¹⁷⁵ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 58

¹⁷⁶ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 59

kunne oppfattes som en egen sykdomsform, men heller som et symptom til det imbecile individ.¹⁷⁷

Det var totalt tre pasienter med diagnosen idiotia da Bødtker var bestyrer ved Kriminalasylet. Den første, pasient 29, ble innlagt i 1900. Allerede på første side av anamnesen skrev Bødtker: «hans oppførsel tydede allerede i barndommen på nogen moralskdefekter.»¹⁷⁸ Grunnen til dette var at han var mye rasende som barn, i tillegg til at han hadde vagabonderet og stjålet, og etter hvert brukt mye tid i arbeids- og straffeanstalter. Videre skrev Bødtker at «anger om forbrydelsen (tyveri) findes ikke hos ham og hellerikke nogen hengivenhed for hans nærmeste slægtninge.»¹⁷⁹ På den ene siden virker beskrivelsene så langt til å passe moral insanity i stor grad. Likevel finnes det beskrivelser som taler imot: «man har faaet indtryk af, at han saavel i intellektuel som i moralsk henseende er svagt udviklet.»¹⁸⁰ Han hevdet dermed at pasienten også var svak, intellektuelt sett. I denne pasientjournalen finnes det dermed beskrivelser som delvis kan bli knyttet til moral insanity, likevel er det ikke nok til å knytte beskrivelsene direkte til begrepet. Sett på den annen side kan beskrivelsene også i dette tilfellet knyttes mer til Pinels versjon av begrepet, enn til Lombrosos versjon. Sammenlignet med de to neste pasientjournalene med diagnosen idiotia (36 og 38), ser vi at det ikke finnes noen som helst beskrivelser av moral. Det blir dermed klart at Bødkers beskrivelser av pasientene med diagnosen idiotia ikke kan knyttes direkte til Lombrosos versjon av moral insanity.

I perioden 1901 til 1915 var det innlagt kun to pasienter med diagnosen idiotia. Som vi vet, var bare en av dem innlagt under Evensens periode som bestyrer. Dette var pasient 76, innlagt i 1912. Her har Evensen blant annet skrevet at han «kunne ikke motstå fristelsen til at stjele, når anledningen bød sig.»¹⁸¹ Videre står det at han «viste aldri nogen skamfølelse eller anger over sine forbrytelser.»¹⁸² Begge disse beskrivelsene kan knyttes til moral insanity. Det at han hadde en trang til å stjele, og at dette var noe han ikke kunne motstå, tyder på at han kunne være normal, intellektuelt sett, men likevel mangle impuls kontroll i tillegg til å ikke forstå det moralsk gale ved det han hadde gjort. Også det at han ikke var skamfull eller viste anger over sin

¹⁷⁷ Harald Holm, *Den specielle psykiatri – for læger og studerende*. Kristiania og Kjøbenhavn, 1895: 23, 32, 75

¹⁷⁸ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 29

¹⁷⁹ Ibid: Pasient 29

¹⁸⁰ Ibid: Pasient 29

¹⁸¹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 76

¹⁸² Ibid: Pasient 76

forbrytelse, passer godt med moral insanity. Likevel finnes det også her, i likhet med Bødtkers pasient, beskrivelser som går direkte imot begrepet. Det står blant annet «N.O er et degenereret individ med svag udvikling af saavel de intellektuelle som de moralske evner og med liden modstandskraft mod slette impulser.»¹⁸³ Det står også at tilstanden hans, med tanke på intellektuell og moralsk imbecilitet, var uhelbredelig. Med andre ord, selv om Evensen beskrev pasienten som en med mangel på moral, ble han også beskrevet som en med manglende intellektuelle evner. Beskrivelsene av pasienten går dermed ikke direkte under moral insanity, selv om det finnes beskrivelser som kan knyttes til begrepet. Ut ifra disse beskrivelsene kan det først se ut til at også Evensen lente seg mer mot Pinels versjon av moral insanity, men ettersom dette var det eneste tilfellet hvor Evensen beskrev en pasient med svak utvikling av både moralske og intellektuelle evner, ses dette på som en tilfeldighet.

Holm hevdet at for å kunne påvise diagnosen moralsk idioti, var det nødvendig å påvise arvelig disposisjon. Det er bemerkelsesverdig at ingen av pasientene med diagnosen idiotia ved Kriminalasylet hadde arv som «sindssygdommens sandsynlige aarsag». Det sto faktisk ingen informasjon om det i det hele tatt. Det samme gjelder under «varighed», bortsett fra hos pasienten under Scharffenberg, hvor det står «fra fødselen». Holms moralske idioter kan dermed ikke knyttes til pasientene med diagnosen idiotia ved Kriminalasylet. Likevel hadde han enkelte bemerkninger som kan være viktig å nevne. Selv om han hevdet at arvelig disposisjon måtte være påviselig, skilte han mellom intellektuell og moralsk idioti. Dette er interessant fordi det sammenfaller med beskrivelsene av moral insanity. De som led av moralsk idioti, kunne dermed være normale, intellektuelt sett. Holm skilte likevel mellom imbecilitet og idioti, noe bestyrerne ved Kriminalasylet ikke gjorde. Bødtker og Evensen brukte ordene om hverandre, og det synes dermed å ikke ha vært noen forskjell i hva de la i dem. Et eksempel på dette er å finne hos pasient 76 hvor det står oppgitt under diagnosen: «imbecillita (idiotia)». Selv om Holm skilte mellom idiotia og imbecilitet, hevdet han at det ikke fantes noen skarp grense mellom de to lidelsene. Han var likevel opptatt av at «idioten mangler enhver moralsk følelse. Skamfølelse er for ham ganske ukjent, derfor følger han også blindthen sine dyriske drifter.»¹⁸⁴ Ut ifra dette

¹⁸³ Ibid: Pasient 76

¹⁸⁴ Holm 1895: 23-24, 32

kan diagnosen idioti passe Holms moralske idiot, men det er ikke å finne i pasientjournalene ved Kriminalasylet ettersom det ikke står noe om at årsaken til sykdommen skyldtes arv.

Epilepsia og Dementia

Etter å ha undersøkt de øvrige pasientjournalene, med unntak av de tre diagnosene som har vært hovedfokuset i oppgaven, har det blitt oppdaget enkelte beskrivelser av moral i pasientjournaler med andre diagnoser. Blant disse pasientjournalene har jeg valgt å undersøke de pasientjournalene hvor pasientene var diagnostisert med epilepsia eller dementia. Grunnen til at valget falt på å undersøke disse diagnosene var fordi de inneholder flest beskrivelser knyttet til moral.

Det var totalt fem pasienter som fikk diagnosen dementia i perioden 1895 til 1915 ved Kriminalasylet. Tre av disse var under Bødtkers periode som bestyrer. I pasientjournalene til en av disse tre finnes det en god del beskrivelser av moral. Pasient 7, innlagt i 1895, var den andre pasienten med diagnosen. Bødtker skrev blant annet: «han har nok indrømmet, at det er synd at stjele; men vegten af det moralske ansvar har han neppe følt.»¹⁸⁵ Dette sitatet tyder på at Bødtker gjorde seg tanker om at pasienten ikke hadde moralske følelser med tanke på forbrytelsen han hadde begått. Selv om pasienten innrømmet at det ikke var bra å stjele, betyr ikke det at Bødtker trodde at han følte på et moralsk ansvar. Bødtker skrev videre at

«hans forstands og følelsesliv har manglet den naturlige dybde og styrke, han har alltid vist ustadighed og tilbøielighed til omflakken og har tilslut - især under alkoholens indflydelse – ganske dukket under for sin lidenskab, og da hensigtsløst, ja meningsløst forgaaed sig mod loven.»¹⁸⁶

Selv om dette sitatet passer delvis til begrepet moral insanity, er det likevel et moment som ikke passer. Bødtker beskrev pasienten som en som manglet både følelsesliv og forstand. Som vi har vært inne på flere ganger tidligere, skulle ikke forstanden være påvirket dersom en person led av moral insanity, ifølge Lombrosos teori. Bødtker skrev videre: «under en længre samtale befindes hans intellektuelle evner ikke lidet innskærkende, (...) han engang imellom har give et ganske træffende svar: men han synes at være ikke lidet imbildsk og fuld af selvtillid.»¹⁸⁷ Også her ser vi

¹⁸⁵ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 7

¹⁸⁶ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 7

¹⁸⁷ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 7

at Bødtker mente at pasienten var svak, intellektuelt sett. Med andre ord, beskrivelsene av denne pasienten kan ikke sies å gå direkte under begrepet moral insanity, selv om det er interessante bemerkninger knyttet til moral i dette tilfellet.

Det var kun to pasienter med diagnosen epilepsia innlagt ved Kriminalasylet i perioden 1885 til 1915. Diagnosen ble gitt til de pasientene som led av anfall, hvor de i ettertid ikke kunne huske hva som hadde skjedd. Som nevnt i kapittel 2, knyttet Lombroso moral insanity til epilepsi fordi han hevdet at epileptiske anfall var forklaringen på hvorfor enkelte mennesker begikk kriminelle handlinger. De to pasientene ved Kriminalasylet med denne diagnosen var begge innlagt under Bødtkers periode som bestyrer. Hos en av de to pasientene finnes det beskrivelser knyttet til moral. Pasient 21, innlagt i 1898, var den andre pasienten med epilepsia som diagnose. Her skrev Bødtker: «han kan tale noksa fornuftig en stund, men saa drifter fornuften ham.»¹⁸⁸ Han skrev også: «han har temmenlig mangelfuld moralsk sans og vil ikke erkjende seg skyldig i de forseelser hvorfor han har været straffet.»¹⁸⁹ Bødtker hevdet at pasienten hadde moralske og intellektuelle defekter. Disse beskrivelsene gjort av Bødtker blir dermed lik de beskrivelsene han gjorde i pasientjournalen til pasienten med dementia i forrige avsnitt. Begge disse pasientene hadde både moralske og intellektuelle defekter. I likhet med beskrivelsene i forrige pasientjournal, kan beskrivelsene av pasienten kun delvis bli knyttet til Lombrosos moral insanity, ettersom det kun er moralbeskrivelsene som passer med begrepet. Likevel kan det også i dette tilfellet være at moralbeskrivelsene kan passe bedre til Pinels versjon av begrepet.

Det var altså totalt syv pasienter med diagnosen dementia og epilepsia. Likevel er det kun i to av disse pasientjournalene det finnes beskrivelser av moral. Begge to var pasienter under Bødtkers periode som bestyrer. Selv om de to pasientene ble beskrevet av Bødtker som å mangle moral, beskrev han dem også ved at de manglet fornuft. Beskrivelsene av de to pasientene kan dermed ikke bli knyttet direkte til begrepet moral insanity. Likevel har det vært interessant å undersøke om disse to diagnosene kunne være knyttet til moral insanity, og om de skilte seg ut ifra de tre andre hoveddiagnosene. Konklusjonen blir her at epilepsia og dementia ikke er spesielle i forhold til de andre diagnosene når det gjelder beskrivelser av moral.

¹⁸⁸ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 21

¹⁸⁹ Ibid: Pasient 21

Arv eller miljø?

Lombroso hevdet at både fødte kriminelle og de moralsk gale viser deres tendenser fra de er spedbarn eller ungdommer. Han hevdet at moral insanity var en form for degenerasjon, og ettersom degenerasjon både kunne arves og erverves, kan det også tenkes at dette var gjeldende for moral insanity. Likevel la Lombroso mest fokus på det arvelige, og han hevdet blant annet at det mest solide beviset på likheten mellom moral insanity og kriminalitet var arv. I dette delkapitlet skal det undersøkes om det var en sammenheng mellom Bødtker og Evensens beskrivelser av moral, og arv og miljø. Dette skal gjøres ved hovedsakelig å studere hva bestyrerne hadde skrevet under «sygdommens sandsynlige aarsag», i tillegg til å undersøke eventuelle beskrivelser som kan knyttes til miljø.

Av de tre pasientjournalene med diagnosen *insania degenerativa*, var det to pasienter under Bødtkers periode som bestyrer, og en under Evensens periode. I de to pasientjournalene Bødtker skrev, hadde han opplistet «arvelig anlæg» under «sygdommens sandsynlige aarsag». Også Evensen hadde skrevet «arv» hos den ene pasienten hvor det finnes moralbeskrivelser. Med andre ord; alle tre pasientene med diagnosen *insania degenerativa*, hvor det finnes moralbeskrivelser, hadde arv opplistet som årsak til sinnssykdom. Det kan i første omgang tenkes at det var en sammenheng mellom mangel på moral, og hva årsaken til sinnssykdommen kunne være. Ved at bestyrerne eventuelt knyttet mangel på moral og arv sammen, kan det være et tegn på at bestyrerne var påvirket av Lombrosos teorier. Likevel blir denne sammenhengen for snever. Det er viktig å huske på at selv om alle disse tre pasientene hadde arv opplistet som årsak til sinnssykdom, var dette også gjeldende for de fleste av de andre pasientene med *insania degenerativa* som diagnose. Dette så vi i kapittel 3, ved at hele 10 av 18 pasienter med diagnosen *insania degenerativa* hadde arv opplistet som årsak til sinnssykdom. De andre åtte hadde årsaker som blant annet «drik». Likevel var det i mange av pasientjournalene ikke opplistet noe om årsaken til sinnssykdom. Det kunne blant annet stå «ubekjent» eller bare et spørsmålstegn, og var gjeldende for seks av de 18 pasientene med diagnosen. Likevel, som nevnt i forrige kapittel, var det ofte antydninger til at arv kunne være årsaken, ut ifra hva bestyrerne skrev i anamnesen.

I disse tre pasientjournalene er det lite eller ingenting som kan knytte beskrivelsene av pasientene til miljøet. Det ser ut til å være klart for bestyrerne at disse tre pasientene var sinnssyke på grunn av arv. Det finnes ingenting som kan indikere at bestyrerne var av den oppfatning at miljøet

hadde noe å si i disse tre tilfellene. Både Bødtker og Evensen gikk direkte på beskrivelser av familien i anamnesen, og knyttet sinnssykdommen til «arveligt anlæg». Bestyrerne virket klar på årsaken til sinnssykdom i disse tre tilfellene. Konklusjonen blir dermed at bestyrerne hevdet at disse tre pasientene var sinnssyke på grunn av arv, og ikke på grunn av miljø. Det som blir vanskelig å si noe om er om moralbeskrivelsene og arv hadde en sammenheng for bestyrerne. Det synes likevel at denne sammenhengen er tilfeldig ettersom det ikke bare var disse tre pasientene som hadde arv som årsak til sinnssykdom, men også de fleste andre pasientene med diagnosen. Vi kan likevel være åpne for at bestyrerne kan ha vært påvirket av Lombrosos teorier om moral og kriminalitet, men at det ikke kommer tydelig nok frem i disse pasientjournalene.

Når det kommer til de pasientjournalene, hvor pasienten hadde idiotia til diagnose, var det som vi var inne på i kapittel 3, aldri opplistet noen årsak til sinnssykdom. Det er dermed umulig å si hva som var årsaken til sinnssykdom kun ved å se på «sinnssykdommens sandsynlige aarsag». I kapittel 3 konkluderte jeg med at Bødtker virket å være mer åpen for at de pasientene som hadde idiotia som diagnose var påvirket av miljøet. Grunnen til dette var at det virket som at han var mer åpen for at disse pasientene kunne ha ervervet sinnssykdom gjennom alkoholmisbruk. Bødtker la også vekt på at pasient 29 var uekte født. Ettersom Bødtker skrev at pasientens oppførsel allerede i barndommen viste tegn til moraldefekter, kan det styrke teorien om at han var av den oppfatning at miljøet spilte den største rollen i årsaken til sinnssykdom. Ettersom faren var «drikfældig, brutal og straffet for tyveri», kan pasienten ha blitt påvirket negativt allerede fra han var barn.¹⁹⁰ Likevel kan disse beskrivelsene også knyttes til arv, men ettersom Bødtker ikke skrev noe om arv i dette tilfellet konkluderer jeg med at han var mer åpen for at miljøet påvirket pasienten, enn at han var sinnssyk på grunn av arv. Evensen informerte ikke like mye om miljømessige årsaker til sinnssykdom hos pasient 76, men la stor vekt på at han var «drikfældig». Likevel virker det heller ikke som om han la fokus på at arv kunne være en mulig årsak, ut ifra manglende beskrivelser på dette. Det ser dermed ut til at både Bødtker og Evensen var av den oppfatning at begge pasientene ervervet sinnssykdom på grunn av miljømessige årsaker. Selv om disse to pasientene ble beskrevet som å mangle moral, betyr det ikke at bestyrerne knyttet mangel på moral og miljømessige årsaker sammen. Beskrivelsene av manglende moral og miljøpåvirkninger har ikke direkte sammenheng i pasientjournalene, men

¹⁹⁰ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 29

ble heller beskrevet hver for seg. Det kan likevel ikke utelukkes at bestyrerne mente at dette hadde en sammenheng. Om diagnosen idiotia kan knyttes spesielt til moralske mangler, som Holm hevdet, er heller ikke godt å si. Det var kun et fåtall pasienter som hadde denne diagnosen, og de få av dem som også ble beskrevet som å ha moralske mangler, var enda færre.

Som vi har vært inne på tidligere, er det vanskelig å si noe om årsaken til sinnssykdom til pasient 29. Bødtker opplyste i anamnesen at det ikke fantes noen tilfeller av sinnssykdom i familien, men at faren var «drikfældig». Det står heller ingenting om oppveksten til pasienten, eller annen informasjon om familien. Han viste kun tegn til moralske defekter fra barndommen av. Det gis ikke mer informasjon omkring pasientens moral i dette tilfellet. En teori kan dermed være at Bødtker trodde at pasienten utviklet moralske mangler på grunn av farens alkoholmisbruk, samt utfordringer med det å være født utenfor ekteskapet. Lignende tendenser er å finne hos pasient 76. Konklusjonen i kapittel 3 ble at Evensen mente at denne pasienten hadde ervervet sinnssykdom gjennom alkoholmisbruk. Om Evensen trodde at pasienten ervervet moralske mangler, kan diskuteres. Det finnes ingen direkte koblinger mellom moralbeskrivelser og miljøet i disse tilfellene, ettersom det er så få moralbeskrivelser, både hos pasient 29 og pasient 76.

Når det kommer til pasientene med diagnosen dementia praecox, er det lite å hente med tanke på sammenhengen mellom moralbeskrivelser og arv og miljø, ettersom det ikke finnes noen direkte beskrivelser av moral. Hos de pasientene som likevel ble nevnt (pasient 58 og 59) er det kun satt spørsmålsteget under «sindssygdommens sandsynlige aarsag». Likevel blir det umulig i dette tilfellet å sammenligne moralbeskrivelser med arv og miljø på grunn av manglende moralbeskrivelser.

Hos pasienten med diagnosen dementia hadde Bødtker opplyst at årsaken til sinnssykdom var «arvelig disposition». Han skrev også at pasienten «hadde en slet opdragelse». Ut ifra disse opplysningene kan Bødtker dermed ha vært åpen for at både arv og miljø var årsaken til sinnssykdom. Det samme kan sies om pasienten med epilepsia, hvor årsaken var «drik arveligt anlæg». Her er det ikke klart om Bødtker mente at pasienten hadde problemer med alkohol og at det skyldtes arv, eller om pasienten selv hadde ervervet problemer med alkohol i tillegg til at arv var årsaken til sinnssykdom. I likhet med de andre pasientjournalene med andre diagnoser er det heller ikke i dette tilfellet enkelt å knytte moralbeskrivelser til arv eller miljø. Likevel er det verdt å merke seg at i pasientjournalen til pasient 7 skrev Bødtker: «han har alltid vist ustadighed

og tilbøyelighet til omflakken.»¹⁹¹ Dette sitatet står sammen med beskrivelsene av moral hos pasienten. Her kan vi legge merke til at han skrev «alltid vist», altså at pasienten har vist tilbøyeligheter til «omflakken», altså å reise rundt uten fast tilholdssted, hele livet. Ettersom denne beskrivelsen var i sammenheng med moralbeskrivelsene av pasienten, kan det tyde på at Bødtker knyttet mangelen på moral sammen med det arvelige aspektet. Selv om dette kun er en enkelt bemerkning, er det likevel et interessant funn. Hos pasienten med epilepsia finnes det ingen tilknytning mellom moralbeskrivelsene og arv og miljø.

Det ser ut til at Bødtker og Evensen så på både arv og miljø som årsaker til sinnssykdom i de pasientjournalene som har blitt undersøkt i dette kapitlet. Når det kommer til diagnosen insania degenerativa, konkluderer jeg med at bestyrerne så på arv som årsaken til sinnssykdom, men at det likevel er vanskelig å knytte dette direkte til moralbeskrivelsene. Det finnes dermed ingen direkte koblinger til arvelighetsaspektet og beskrivelser av moral. Diagnosen idiotia ser ut til å være mer miljøbasert, ifølge bestyrerne. Selv om konklusjonen ble at Evensen var mest opptatt av miljøets påvirkning i kapittel 3, ser det ut til at Bødtker var mer fokusert på miljøet hos pasient 29. Likevel er det også i dette tilfellet vanskelig å knytte moralbeskrivelser med miljøaspektet. Hos diagnosen dementia praecox er det ingenting å hente ettersom det ikke finnes moralbeskrivelser. Her kan heller ikke bestyrernes beskrivelser sammenlignes, ettersom det kun var Evensen som hadde pasienter med denne diagnosen. I de pasientjournalene hvor pasientene hadde diagnosene dementia eller epilepsia ser det ut til at bestyrerne var åpne for at både arv og miljø kunne være årsak til sinnssykdom. Det er hos Bødtkers pasient 7 at det finnes beskrivelser som kan tyde på en sammenheng mellom arvelighetsaspektet og moralbeskrivelser. Likevel er dette for vagt til å kunne konkludere med at det hadde en sammenheng for Bødtker.

Selv om Bødtker og Evensen fokuserte på arv og miljø på ulike måter er det også mulig at årsaken til sinnssykdom og kriminalitet var en kombinasjon av begge. Dette kan observeres i et foredrag holdt av Evensen i 1906 i anledning markeringen av Kriminalasylets 10-års drift:

«Vi ved jo, at forbrydelsens aarsag dels ligger hos den enkelte, dels hos de andre, og at de to faktorer, de individuelle forhold og milieuet, griber sig ind i hinanden, at det kan være

¹⁹¹ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll 05.01.01, 05.01.02, 05.01.03 & 05.01.04. Pasient 7

vanskelig at avgjøre, hvilken faktor i det enkelte tilfælde har været den mest bestemmende.»¹⁹²

Videre la Evensen ut om faktorer som at pasientene ved Kriminalasylet kunne ha vært hjemløse fra tidlig barndom, kanskje hatt en omstreiferfamilie, ingen eller lite skolegang og at de kunne ha vokst opp i byens fattigstrøk med prostituerte og kriminelle rundt seg. Evensen fortalte også at det fantes tilfeller hvor samfunnsforholdene bare kunne tilskrives en del av skylden for forbrytelsene. Dette gjaldt personer som lett lot seg drive med strømmen, som både oppførte seg godt i gode omgivelser, og dårlig i dårlige omgivelser, «de viljevage». Selv om Evensen tydeligvis var åpen for at årsaken til kriminalitet kunne være en kombinasjon av arv og miljø, hevdet han likevel at miljøet hadde størst påvirkningskraft på den enkelte. «Det blir milieuet, som tilsidst ogsaa her blir det avgjørende.»¹⁹³ Disse bemerkningene bekrefter det som allerede har blitt undersøkt ved pasientjournalene, at Evensen først og fremst så på miljøet som årsak for kriminalitet og sinnssykdom. Likevel var han ikke motstander mot at arv kunne være en årsak. I samme foredrag fortalte han: «hvad de enkelte sygdomsformer angaar, saa viser en foreløpig optælling, at det i 10 pct af tilfældene dreier sig om medfødte tilstande.»¹⁹⁴ Evensen mente dermed at kun et fåtall av pasientene ved Kriminalasylet led av sinnssykdom eller var kriminelle på grunn av arv. Ettersom Evensen mente at kriminalitet kunne være et resultat av både arv og miljø kan det dermed tenkes at et dårlig arvelig utgangspunkt kunne forverres gjennom dårlige oppvekstvilkår.

[Evensen og Bødtker om moral insanity](#)

Til nå har det blitt konstatert at det var Bødtker som hadde flest beskrivelser knyttet til moral. Selv om det ikke har blitt funnet noen eksempler på at han brukte moral insanity direkte i pasientjournalene, er det likevel tydelig at han brukte en del moralbeskrivelser hvor han enten brukte ordet moral eller beskrivelser som kan knyttes til det. Likevel kan det se ut til at han ikke knyttet moral direkte til Lombrosos versjon av moral insanity. Som tidligere nevnt i dette kapittelet, kan det tenkes at moralbruken til Bødtker var mer lik Pinels versjon av begrepet.

¹⁹² Evensen 1906: 65

¹⁹³ Evensen 1906: 65

¹⁹⁴ Ibid: 68

Det virker som at det var en overgang i bruken av moralbegrepet etter at Evensen tok over som bestyrer i 1901. Det kan være flere årsaker til at Bødtker og Evensen var så forskjellige i sine beskrivelser av moral. Det mest tenkelige er nok at Bødtker var mer påvirket av teoriene om moral insanity enn det Evensen var. Som Skålevåg hevder, skjedde det et gjennombrudd på begynnelsen av 1900-tallet hvor synet endret seg når det gjaldt forståelse av arv. Dette var i samme periode som teoriene til Lombroso begynte å miste anerkjennelse. Evensen kan dermed virke som en representant for endringen. Dette kan bli observert i årsmeldingen av 1904 ved Kriminalasylet, hvor Evensen utrykte seg direkte om begrepet moral insanity. Evensen oppsummerte blant annet bruken av begrepet «moralsk udartede», og det er her han refererte til moral insanity. Evensen skrev: «Uttrykket moralsk udartet er ikke ganske tydeligt. Det leder uvilkårlig tanken hen på «moral insanity» som er mindst ligeså utydelig.»¹⁹⁵ Dette er svært interessant ettersom det gis et direkte innblikk i hva Evensen mente om begrepet. Som sitatet viser, mente Evensen at uttrykket «moralsk udartet» var et utydelig begrep, og at det var like utydelig som moral insanity. Evensen skrev videre: «Sandsynligvis er der tænkt på en del træk, som udgjør kjernen i dette traditionelle samlebegreb for forskjelligartede tilstande, og som findes hos en del forbrydere uafhængig af deres sindssygdom.»¹⁹⁶ Her ser vi at han refererte til andre som hadde brukt begrepet, og at han tok avstand fra det.

Evensen kritiserte dermed begrepet moral insanity i tillegg til at han kritiserte degenerasjonsteorien. Ettersom han var kritisk til degenerasjonsteorien, kan det dermed virke naturlig at han også var kritisk til begrepet moral insanity, ettersom Lombroso hevdet at moral insanity og degenerasjon hørte sammen. Evensens kritikk av Lombroso kan bli observert ved et foredrag Evensen holdt i 1910 hvor han snakket om Lombroso som forsker og menneske. Her hevdet Evensen at «ufølsomhet og grusomhet er hos forbryderen utslag av abnorme anlæg eller kan skyldes en sykelig karakterforstaaelse, oftest som følge av alkoholmisbruk.»¹⁹⁷ Han hevdet også at de straffedes «utskeielser og drikk nedbryter deres moralske sans og gjør dem til sist ikke til å skille fra fødte forbrytere.»¹⁹⁸ Her blir det tydelig at Evensen fremmet alkoholmisbruk

¹⁹⁵ Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, årsberetning 1904 (k-ab-001-002).

¹⁹⁶ Ibid: Årsberetning 1904

¹⁹⁷ Evensen 1910: 247

¹⁹⁸ Ibid: 284

fremfor medfødte egenskaper med tanke på manglende moral. Han hevdet altså at miljøet forårsaket moralske defekter fremfor arv.

I forelesningen Evensen holdt i 1906 forklarte han også hva han la i begrepet «moralsk udartning». Evensen hevdet at dette uttrykket refererte til de sinnssyke med «homoseksuelle tilbøyeligheter».¹⁹⁹ Han fortalte også om et tilfelle fra Kriminalasylet: «Endelig var 1 indlagt paa grund af homoseksuelle tilbøieligheder - den eneste af alle Kriminalasylets syge, som overhovedet er kommet ind med paaskriften moralsk udartning.»²⁰⁰ Denne pasienten, innlagt i perioden 1895 – 1905, var innlagt på grunn av at han ble ansett som farlig og for at han var pedofil. Historiker Eivind Myhre skrev i avhandlingen sin at homoseksualitet ble i noen av pasientjournalene knyttet til seksualforbrytelser mot mindreårige gutter (etter 1915).²⁰¹ Ut ifra sitatet til Evensen ser vi at det var svært sjelden at det ble innlagt pasienter som var homoseksuelle, og det kan også virke som at Evensen var opptatt av å poengtere dette. Selv om moralsk udartet ikke var det samme som moral insanity, er det likevel interessant å se hva Evensen la i ulike moralbegreper som nettopp dette.

Skålevåg hevder at degenerasjon som teori slo gjennom i Norge på 1890-tallet og at den stod sterkt til 1909, da blant annet Evensen tok et oppgjør med den. Det at Evensen kritiserte Lombroso og hans teorier om degenerasjon og moral insanity, viser til en endring i psykiatrien. Med Mendel og genetikken ble arveligheten redusert til arv av spesifikke egenskaper og arvede egenskaper erstattet dermed degenerasjon. Schaaning forteller også at selv om psykiaterne gikk bort ifra Lombrosos teorier, ble den tematiske kombinasjonen av kriminalitet og sykdom, biologi og moral, tatt med videre i den psykiatriske diskursen.²⁰²

Evensen hevdet også at «af det gamle begrebet moralsk sindssygdøm er der i den moderne psykiatri ikke blevet stort mer tilbage end en samling prædikanter, og de dækker kun delvis den gruppe, her er tale om.»²⁰³ Her siktet Evensen til at begrepet moralsk sinnssykdom var et gammelt og utdatert begrep. Dette sitatet, i tillegg til de andre sitatene nevnt ovenfor, støtter Skålevågs beskrivelser av det han karakteriserer som et gjennombrudd i forståelsen av arv på

¹⁹⁹ Evensen 1906: 62

²⁰⁰ Ibid: 64

²⁰¹ Myhre 2016: 104

²⁰² Skålevåg 2007: 326-327

²⁰³ Evensen 1906: 66

begynnelsen av 1900-tallet. Likevel kan dette gjennombruddet også være gjeldende for flere områder, blant annet i synet på moral. Ettersom Lombroso mistet sin anerkjennelse i denne perioden, samtidig med at det ble presentert et nytt syn på arv med Mendel og genetikken, blir beskrivelsene gjort av Evensen et synlig bevis og eksempel på en bevegelse mot en mer moderne tenkning innenfor psykiatri og biologi. Som Evensen også sa ved forelesningen i 1906: «Det er jo først i den aller seneste tid, at forbryderne er bragt ind under et naturvidenskabeligt standpunkt og er blevet medicinske studieobjekter.»²⁰⁴

Som vi vet, knyttet Lombroso moral insanity til den fødte forbryter. Men i likhet med funnet i forrige kapittel, kan det heller ikke i denne sammenhengen konkluderes med at bestyrerne så en sammenheng mellom fysiske kjennetegn og mangel på moral.

Oppsummering

I dette kapittelet har det blitt undersøkt om beskrivelser gjort av Bødtker og Evensen kan knyttes til begrepet moral insanity. Når det kommer til spørsmålet om hva Bødtker og Evensen la i sine beskrivelser av moral, er svaret at det gikk mer på det emosjonelle plan enn på det etiske ved at moralbeskrivelsene stort sett var knyttet til pasientenes følelser. Det handlet ikke om rett og galt, men hva pasientene følte rundt det de hadde gjort. Når det kommer til forskjeller i moralbeskrivelser, er svaret klart. Bødtker brukte moralbeskrivelser i langt større grad enn Evensen. Likevel kan Bødtkers beskrivelser av moral ligne mer på Pinels versjon av moral insanity, enn Lombrosos versjon. Evensen på sin side skrev svært sjeldent om moralen til pasientene.

Det var enkelte forskjeller i moralbeskrivelser blant de ulike diagnosene som har blitt undersøkt. I de pasientjournalene hvor diagnosene var insania degenerativa og idiotia, var det mest fokus på moral. Likevel er det kun beskrivelsene i én pasientjournal som kan passe til moral insanity. Dette var i pasientjournalen til pasient 11, med diagnosen dementia. Det konkluderes likevel med at diagnosen dementia ikke kan knyttes direkte til moral insanity, ettersom det ikke finnes flere sammenhenger som dette i andre pasientjournaler med samme diagnose. Svaret på om det var ulikheter når det kom til beskrivelser av moral ved de ulike diagnosene, blir dermed at det ikke

²⁰⁴ Ibid: 66

var selve diagnosene som skilte seg ut, men heller om det var Bødtker eller Evensen som skrev pasientjournalen.

Det ble også undersøkt om moralbeskrivelser av pasientene kan knyttes til arv eller miljø. De ulike diagnosene som har blitt undersøkt, hadde både arv og miljø som årsak til sinnssykdom og kriminalitet. I kun én pasientjournal fantes det bemerkninger som kan knytte mangel på moral direkte sammen med det arvelige aspektet. Dette funnet er likevel for vagt til å kunne konkludere med at bestyrerne mente at mangelen på moral og arv hang direkte sammen. Det kan heller ikke konkluderes med at bestyrerne mente at miljøet hadde en direkte påvirkning på mangel på moral, til tross for at det finnes enkelte bemerkninger som kan antyde dette. Et eksempel på dette er at Evensen knyttet mangelen på moral sammen med alkoholmisbruk. Det har med andre ord blitt funnet beskrivelser av både arv og miljø i tillegg til beskrivelser av mangel på moral, men det har ikke blitt funnet direkte sammenhenger mellom dem i pasientjournalene.

Når det kommer til hva Bødtker og Evensen mente om moral insanity, har svarene vært svært ulike. Det har ikke blitt funnet informasjon om hva Bødtker mente om begrepet, til tross for at han brukte en god del moralbeskrivelser. Evensen på sin side kritiserte begrepet i årsmeldingen av 1904, og tok tydelig avstand fra det. Han kritiserte også moralsk sinnssykdom ved å hevde at det var gammelt og utdatert. Evensen hevdet at «ufølsomhet og grusomhet», som her kan tolkes som mangel på moral blant annet skyldtes alkoholmisbruk. Det har likevel ikke blitt funnet informasjon som direkte kan knytte Evensens syn på manglende moral med alkoholmisbruk. Det at Evensen tok så tydelig avstand fra Lombroso og hans teorier, kan ha en sammenheng med det Skålevåg karakteriserer som et gjennombrudd av arvelighetsforståelsen på begynnelsen av 1900-tallet.

I det neste kapittelet skal det gis en overordnet konklusjon på problemstillingen, i tillegg til at det skal presenteres ideer knyttet til videre forskning.

Kapittel 5: Konklusjon

Denne masteroppgaven startet med to ulike sitat skrevet av de to første bestyrerne ved Kriminalasylet i Trondheim, Waldemar Bødtker (1895-1901) og Hans Evensen (1901-1915). De to sitatene gir leseren et direkte innblikk i beskrivelser av pasientene ved asylet. Dette er bare to av mange sitat som har blitt brukt i oppgaven. Ved å studere slike beskrivelser i pasientjournalene, kan det dannes et bilde av hvordan bestyrerne ved asylet så på og forklarte sinnssykdom og kriminalitet.

Hovedproblemstillingen for oppgaven har vært: **Hvordan ble Cesare Lombrosos degenerasjonsteori og teorien om moral insanity forstått av de norske psykiaterne Waldemar Bødtker og Hans Evensen? På hvilken måte kan den eventuelle bruken av teoriene bli observert i pasientjournalene ved Kriminalasylet i Trondheim i perioden 1895 til 1915?** De to internasjonale teoriene som har blitt brukt, er Lombrosos versjon av degenerasjonsteorien og moral insanity. Ved å ta utgangspunkt i hovedsakelig tre ulike diagnoser, har jeg forsøkt å finne ut av hvordan bestyrerne beskrev disse pasientene, og om de eventuelt kan knyttes til de to ulike teoriene. I tillegg til hovedproblemstillingen, har jeg forsøkt å svare på enkelte underproblemstillinger: *Var det markante forskjeller i hva Bødtker og Evensen fokuserte på i pasientjournalene? Og i så fall, på hvilken måte? Hvordan forsto bestyrerne diagnosene? Hva la de i beskrivelsene av moral?*

I kapittel 3 ble det undersøkt om degenerasjonsteorien var et synlig fenomen ved Kriminalasylet i perioden 1895 til 1915, hvor det ble konkludert med at det var synlig, men bare til en viss grad. Gjennom mitt kildemateriale ser det ut til at Bødtker var en tilhenger av degenerasjonsteorien. I tillegg til at han brukte selve ordet «degenerasjon» flere ganger, passer også beskrivelsene han skrev i pasientjournalene med teorien. Bødtker forsto dermed degenerasjonsteorien på den måten at den var en forklaring på hvorfor enkelte mennesker ble sinnssyke og kriminelle, og at det var basert på både arv og miljø. Evensen på sin side ser ut til å ha forstått degenerasjonsteorien på en helt annen måte enn Bødtker. Han hevdet at teorien ikke var basert på vitenskap, men heller på enkelttilfeller. Evensen var likevel åpen for at sinnssykdom kunne bli forklart ut fra både arv og miljø, men hevdet at sistnevnte var den vanligste årsaken. I dette kapittelet ble også diagnosenes funksjon undersøkt, og her konkludertes det med at bestyrerne brukte sine individuelle

kunnskaper for å forsøke å skape en felles forståelse av diagnosesystemet, ettersom det ikke eksisterte en felles diagnosemanual i perioden. Det ble også undersøkt om det var sosiale forskjeller hos pasientene ved Kriminalasylet. Her ble konklusjonen at de fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag, og at grunnen til dette var at de var mer utsatte til å begå kriminelle handlinger, i tillegg til at det var et ønske fra myndighetene om å fjerne tiggere og vagabonder fra byens gater. Det at de fleste pasientene kom fra lavere sosiale lag, passer til degenerasjonsteorien, men om dette var noe bestyrerne bevisst tenkte over er vanskelig å si.

I kapittel 4 ble det undersøkt hvorvidt begrepet moral insanity passet med bestyrernes beskrivelser av pasientene ved Kriminalasylet. Når det kommer til hva Bødtker og Evensen la i sine beskrivelser av moral, er svaret at det gikk mer på det emosjonelle plan, enn på det etiske. Grunnen til dette er at moralbeskrivelsene stort sett var knyttet til pasientens følelser. Selv om begge bestyrerne beskrev moralen til pasienten til en viss grad, var det ingen av dem som brukte begrepet moral insanity direkte i pasientjournalen. Bødtker var den som fokuserte på moral i størst grad, likevel knyttes hans beskrivelser mer til Pinels versjon av begrepet. Evensens beskrivelser kan ikke knyttes til hverken Pinel eller Lombroso, ettersom han var kritisk til moral insanity. Om moralbeskrivelsene av pasientene kan knyttes til arv eller miljø, er konklusjonen at det kun har blitt funnet enkelte vage sammenhenger. Et eksempel på det er at Evensen knyttet mangel på moral med alkoholmisbruk. Det er likevel god grunn til å tro at bestyrerne kan ha ment at mangel på moral og arv eller miljø hadde en kobling, men det har ikke blitt funnet direkte bevis på dette i pasientjournalene. Når det kommer til hva bestyrerne mente om selve begrepet, har det ikke blitt funnet informasjon om hva Bødtker mente. Evensen på sin side kritiserte begrepet direkte i årsmeldingen av 1904. Selv om moral insanity er et diffust begrep som har blitt tolket på ulike måter opp gjennom tidene, konkluderer jeg med at det kan ligne dagens personlighetsforstyrrelser i form av psykopati.

Når det kommer til diagnosene som har blitt undersøkt i oppgaven, har svarene på om de kan knyttes til degenerasjonsteorien eller begrepet moral insanity, vært ulike. Den største ulikheten har likevel ikke vært diagnosene i seg selv, men om det var Bødtker eller Evensen som skrev pasientjournalen.

Konklusjonen på hovedproblemstillingen er dermed at teorien om degenerasjon og moral insanity ble brukt for å forstå pasientene ved Kriminalasylet, men på ulike måter. Bødtker tok i

bruk degenerasjonsteorien for å kunne forstå seg på årsaken til sinnssykdom blant pasientene, i tillegg til at han beskrev moralen deres i stor grad. Likevel kan bare enkelte av beskrivelsene han gjorde knyttes til moral insanity. Evensen tok tydelig avstand fra både degenerasjonsteorien og moral insanity, og avviste at disse teoriene, spesielt degenerasjon, kunne forklare sinnssykdom og kriminalitet. Ettersom han tok så stor avstand fra degenerasjonsteorien og moral insanity, måtte han bruke andre forklaringsmetoder. Jeg sier meg enig i det Skålevåg hevder om at det var et gjennombrudd av arvelighetsforståelsen på begynnelsen av 1900-tallet, en endring Evensen kan stå som representant for. I stedet for å bruke degenerasjon for å forklare sinnssykdom og kriminalitet, så Evensen heller mot den nye arvelighetsforståelsen (genetikken) i tillegg til å legge mer fokus på miljømessige årsaker. Evensen kan på denne måten være et bilde på et paradigmeskift i form av en overgang i psykiatrien. Han tok et oppgjør med det gamle, og arv gikk fra å være et diffust begrepet med en flytende forståelse, til arv av spesifikke egenskaper.

Med tanke på videre forskning kan det være svært interessant å sammenligne Bødtker og Evensen med bestyrerne som kom etter dem. Var det markante endringer i form av beskrivelser av pasientene etter Evensens oppgjør med degenerasjonsteorien? Kan det observeres spor av den nye arvelighetsforståelsen i pasientjournalene i tiden etterpå? Og på hvilken måte kan det sies at Kriminalasylet var en «oppbevaringsanstalt» for farlige kriminelle, i stedet for et sted med behandling og pleie? Det kunne også vært interessant å sammenligne Kriminalasylet med andre sinnssykeasyl i samme eller senere tid.

Litteraturliste

Kilder:

Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll (k-fa-001). 05.01.01.

Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll (k-fa-001) 05.01.02.

Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll (k-fa-001) 05.01.03.

Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, pasientprotokoll (k-fa-001) 05.01.04.

Norsk helsearkiv, Kriminalasylets arkiv, årsberetning 1904 (k-ab-001-002).

Litteratur:

Arnold, Catharine. (2010). *Bedlam – London and its Mad* (2. Utg). London: Simon & Schuster Ltd

Delisle, Richard G. (2019). *Charles Darwin's Incomplete Revolution – The Origins of Species and the Static Worldview*. Lethbridge, Canada: Springer Nature Switzerland AG

Evensen, Hans. (1904). *Dementia Præcox*. Kristiania: H. Aschehough & CO

Evensen, Hans. (1921). *Haandbok i Sindssykepleie*. Kristiania: H. Aschehoug & CO Holm,

Harald 1895. Den specielle psykiatri – for læger og studerende. Første hæfte: Psychiatriske abnormiteter hos degenerede (idioti, imbecillitet, inferioritet med tillægg «forbrydere»).

Kristiania og Kjøbenhavn: Alb. Cammermeyers forlag.

Hermundstad, Gunvald. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Haave, Per. (2008). *Ambisjon og handling – Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.

Johannisson, Karin. (2014). *Diagnosen: Sjukdom och namngivning*. Stockholm: Volante.

Kjeldstadli, Knut. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var – en innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Lombroso, Cesare. (2006). *Criminal man*. (Oversatt og kommentert av Mary Gibson og Nicole Hahn Rafter). Durham og London: Duke University Press
- Ludvigsen, Kari. (1998). *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen, 1820-1920*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.
- Metzl, Jonathan M. (2011). *The Protest Psychosis – How Schizophrenia became a black disease*. New York: Beacon Press
- Pick, Daniel. (1993). *Faces of Degeneration – A European Disorder 1818 – 1919*. London: Cambridge University Press
- Pietikainen, Petteri. (2015). *Madness – A History*. London & New York: Routledge
- Porter, Roy. (1987). *A Social History of Madness: The World Through the Eyes of The Insane*. New York: Weidenfeld & Nicolson.
- Porter, Roy. (2002). *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford University Press
- Prichard, James C. (1837). *A Treatise on Insanity and Other Diseases Affecting the Mind*. Harvard University: Haswell, Barrington & Haswell
- Rafter, Nicole (2008). *The Criminal Brain – Understanding Biological Theories of Crime*. New York: New York University Press
- Rush, Benjamin. (2008). *On the Influence of Physical Causes on the Moral Faculty (1786)*. Crerar Ms 28, Hanna Holborn Gray Special Collections Research Center, University of Chicago Library
- Schaanning, Espen. (2013). *Kampen om den forbryterske sjel*. Oslo: Akademika Forlag
- Schaanning, Espen. (2007). *Menneskelaboratoriet. Botsfengslets historie*. Oslo: Spartacus Forlag
- Scull, Andrew. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity*. London: Princeton University Press
- Seip, Anne-Lise. (1984). *Sosialhjelpstaten blir til – Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo: Gyldendal

Skålevåg, Svein Atle. (2003). *Normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*. Bergen: Universitetsforskning i Bergen

Szasz, Thomas S. (2010). *The Myth of Mental Illness – Foundations of a theory of personal conduct (Revised ed)*. New York: HarperCollins Publishers Inc

Teigen, Karl Halvor. (2015). *En psykologihistorie (2. utg)*. Oslo: Fagbokforlaget

Thomassen, Øyvind m.fl. (2015). *Galskapens fengsel (bind 3)*. (Norsk rettsmuseums skriftserie bind 3). Trondheim: Fagtrykk Trondheim AS

Williams, Huntington Edward. (1913). *The Walled City: A Story of The Criminal Insane*. New York & London: Funk & Wagnalls Company

Wimmer, August. (1914). *Degenererede børn; studier over sjaelelige udartningstilstande i barnealderen*. University of Chicago: Gyldendahl

Aaslestad, Petter. (2007). *Pasienten som tekst (2 utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget

Masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger:

Furan, Stine. (2015). *De elendige - En studie av bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet 1895–1915*. (Masteroppgave i historie). NTNU, Trondheim

Myhre, Eivind. (2016). *Farlige menn - Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895-1940*. (Doktoravhandling i historie). NTNU, Trondheim

Riaunet, Åse. (2014). *Oppdrag, pasienter og praksiser. Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905*. (Masteroppgave i tverrfaglige kulturstudier). NTNU, Trondheim

Warberg, Silje. (2016). *Den fødte forbryter. Diskursive brytninger i fremstillinger av kriminalitet og degenerasjon i norsk litteratur og offentlighet 1890–1910*. (Doktorgradavhandling i historie). NTNU, Trondheim

Wass, Magnus K. (2016). *Hans Evensen og forbryterne ved Kriminalasylet*. (Masteroppgave i historie) NTNU, Trondheim

Artikler:

Augstein, Hannah F. (1996). J C Prichard's Concept of Moral Insanity – a Medical Theory of the

Corruption of Human Nature. *Medical History*, 2012. Volum 40. (Utg. 3), 311-343.

<https://doi.org/10.1017/S0025727300061329>

Burkhardt Jr, Richard W. (2013). Lamarck, Evolution, and the Inheritance of Acquired Characters. *Genetics*. Volum 194. London: 793–805.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730912/>

Edginton, Barry. (1997). Moral architecture: the influence of the York Retreat on asylum design. *Health & Place*. Volum 3. (Utgave 2). Manitoba, Canada: 91-99.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829297000038>

Evensen, Hans. (1906). Fra de første 10 aar af Kriminalasylets virksomhed. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. (Nr 3, 26 aargang). Kristiania: 61-71

Evensen, Hans. (1910). Cesare Lombroso som menneske og forsker. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1911. (Nr 6, 31 aargang). Kristiania: 233-297

Evensen, Hans. (1911). Kritik av Degenerationslæren. I *Forhandlinger og foredrag ved Norsk psykiatrisk forenings møte i Bergen 7de og 8de august*. Kristiania: Centraltrykkeriet: 1-63

Kraepelin, Emil. (1901). Einführung in die Psychiatrische Klinik [Lærebok i psykiatri]. *Journal of Mental Science*. Volum 47. (Utgave 199). Cambridge. <https://doi.org/10.1192/bjp.47.199.787>

Thomassen, Øyvind. (2010). Diagnosing the criminal insane in Norway 1895-1915. Andersen, Astri, Hubbard, William H. og Ryymin, Teemu (red.) *International and Local Approaches to Health and Health Care*, Oslo: Novus forlag: 79-98.

Nettressurser:

Guide to Physical Therapist Practice (2nd ed.). (2001). *APTA – American Physical Therapy Association*. Alexandria: Hentet 19.04.21, fra <https://guide.apta.org/>

Jansen, Jan. (2021). Frenologi. Erik Bolstad (red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 10.05.21, fra <https://sml.snl.no/frenologi>

Malt, Ulrik. (2020). DSM-systemet. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 13.05.21, fra <https://sml.snl.no/DSM-systemet>

Malt, Ulrik. (2019). ICD-10. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 13.05.21, fra <https://sml.snl.no/ICD-10>

Malt, Ulrik. (2021). Somatiske symptomer. Erik Bolstad (red.), *Store medisinske leksikon*. Hentet 10.05.21, fra https://sml.snl.no/somatiske_symptomer

Malt, Ulrik. (2021). Vagabondering. Bolstad, Erik (red.) *Store medisinske leksikon*. Hentet 10.05.21, fra <https://sml.snl.no/vagabondering>

Sagdahl, Mathea S. (2019). Moral. *Store norske leksikon*. Hentet 04.05.2021, fra <https://snl.no/moral>

