

DIAGNOSTISERING OCH DISCIPLINERING

CIP Cataloguing in Publication

Ahlbeck-Rehn, Jutta

Diagnostisering och disciplinering : medicinsk
diskurs och kvinnligt vansinne på Sjalö
hospital 1889-1944 / Jutta Ahlbeck-Rehn. -

Åbo : Åbo Akademis förlag, 2006.

Diss.: Åbo Akademi. – Summary.

ISBN 951-765-302-6

Åbo Akademis Förlag

Biskopsgatan 13

20500 Åbo, Finland

<http://www.abo.fi/stiftelsen/forlag/>

Distribution:

Oy Tibo-Trading Ab

tibo@tibo.net

<http://www.tibo.net/>

© Jutta Ahlbeck-Rehn 2006

© Layout och pärm: Alf Rehn

ISBN 951-765-302-6

ISBN 951-765-303-4 (digital)

Oy Nord Print Ab

Helsingfors 2006

JUTTA AHLBECK-REHN

Diagnostisering och disciplinering

Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne
på Sjalö hospital 1889-1944

ÅBO 2006

ÅBO AKADEMIS FÖRLAG — ÅBO AKADEMI UNIVERSITY PRESS

FÖRORD

Avhandlingen är färdig och en resa har gått mot sitt slut. För visst är avhandlingsskrivandet en resa genom texter, tankar och kunskaper. Så här i efterhand minns man främst de fina stunderna på färden, men nog har denna förunderliga expedition tidvis kännetecknats av ett trögt trampande i ändlösa marker där stegen känns både tunga och sega. Samtidigt är varje skriv- och tankeprocess kantad av ljusglimtar; mödosamma stunder varvas med (enligt eget tycke) revolutionerande insikter, tristess av glädje och iver. Nu, när allt är över, fylls jag bara av en stor tacksamhet. Ty även om mycket av avhandlingsskrivandet sker i ensamhet, i intellektet och fantasin, är det ingen som skriver en avhandling ensam. Den största behållningen av avhandlingsprocessen är utan tvekan de människor som jag lärt känna under dessa år och som funnits med mig på färden. Först och främst vill jag tacka min handledare professor Elianne Riska som öppnade dörren till det akademiska då hon inkluderade mig som doktorand i sitt Finlands Akademi-projekt *Images of Women's Health* (34480: 20048, 74174) vid Åbo Akademis sociologiska enhet. Tack Elianne för att du gav mig möjligheten att doktorera, för att du lät mig skriva det jag ville, och för att du alltid lika tålmodigt läste och kommenterade mina texter! Jag vill också tacka professor Harriet Silius som i avhandlingens slutskede gav mig arbetsro och -möjlighet vid Institutet för kvinnoforskning. Tack Harriet för ditt stöd, ditt stora engagemang och ditt öppna sinne! I arbetets slutskede hjälpte du mig att knyta ihop trådarna i avhandlingen, och diskussionerna vi förde kommer jag alltid att minnas med värme.

Två personer som har följt mig under alla dessa år, från studerande till disputand, är Elina Oinas och Ann-Catrin Östman. Bägge har funnits vid min sida både som kollegor och som vänner. Alltsedan studietiden har jag kunnat räkna med ert stöd, och er handledningshjälp har varit ovärderlig. Elina, tack för ditt blixtrande intellekt, din mänsklighet och värme! Du framför dina kommentarer med en analytisk skärpa och ett engagemang som ständigt tvingar mig att gå vidare, att utveckla mitt tänkande/skrivande, men samtidigt att tro på mig själv. Tack Ann-Catrin för din mångsidiga kunskap, din villkorslösa tilltro till mig och ditt stora hjärta! De gånger jag tvivlat har du ryckt upp mig och sagt till mig att skärpa mig. Tack! Jag vill också tacka Katriina Honkanen som läst, begrundat och kommenterat avhandlingens slutversioner. Kattis, du idéspruta, tack för ditt teoretiska kunnande och din empati! Tack också för den gemensamma tiden i Källarhålan det senaste året. Elina, Ann-Catrin och Kattis: Tack för feministisk vishet och inspiration! Mina förgranskare professor Ann-Sofie Ohlander och docent Ilpo Helén gav mig värdefulla kommentarer, och jag vill tacka dem för givande

utlåtanden. Professor Susan Sundback ansvarade för den praktiska organiseringen av doktorerandets slutfas. Tack Susan för snabbt och smidigt agerande! Jag vill också tacka det forna doktorandgänget, Imagesgruppens medlemmar Vanessa May, Elina, Jan Wickman, Sirpa Wrede och Ann Yrjälä för fin sammanhållning och givande diskussioner. Att se er alla bli doktorer har inspirerat och motiverat mig. En annan liten grupp som jag vill rikta ett tack till är den lilla doktorandgruppen bestående av Ralf Kauranen, Kristin Mattsson och Ann som läste och kommenterade avhandlingens slutversioner. Tack Kristin, Rafu och Ann för delad pina, skrivångest och -glädje!

Jag har haft under stora glädjen att arbeta i två forskningsmiljöer under min doktorandtid. Den allra längsta tiden vistades jag i Åhuset (Sociologen) där jag påbörjade mina forskarstudier. Jag vill tacka alla Åhusianer, både dem som lämnat Åhuset och dem som fortfarande finns kvar i huset: Solveig Bergman, Solveig Bystedt, Riley Dunlap, Jeff Hearn, Thomas Heikell, Andreas Häger, Lise Kanckos, Ralf Kauranen, Anne Kovalainen, Pia Liljeroth, Agneta Mallén, Vanessa May, Sören Norrgård, Elina Oinas, Elianne Riska, Janina Sjöstrand, Susanne Sperring, Jennie Stoltzmann-Frankenhaeuser, Harriet Strandell, Susan Sundback, Kirsti Suolinna, Johanna Söderholm, Östen Wahlbeck, Jan Wickman, Sirpa Wrede och Ann Yrjälä. Tack till er alla för mina minnesvärda år i Åhuset; för kaffestunderna i kafferummet, för våra festliga gemensamma performanser, för seminariediskussionerna, men framför allt för att jag fått lära känna er. Ett särskilt tack vill jag rikta till Jan, Agneta och Vanessa: Tack för rungande skratt i vita korridorer, härliga osakligheter och oförlömliga upplevelser!

Den andra akademiska miljön som jag fått vara en del av är Institutet för kvinnoforskning. Kvinnis erbjöd inspiration och andrum, och det var här avhandlingen slutfördes. För mig kommer Kvinnis alltid att representera gemenskap, öppenhet, kreativitet och feministisk frihet. Jag vill tacka Sari Charpentier, Eve Hed-Kattelus, Katriina Honkanen, Katarina Jungar, Suvi Keskinen, Eva-Mikaela Kinnari, Marika Kivinen, Kristin Mattsson, Elina Oinas, Malin Siimes, Harriet Silius och Salla Tuori för systerskap och intellektuell frändskap. Ni är alla fantastiska! Till Katarina ytterligare ett tack för sång och trevliga kvällar i Frugårds kök.

Under flera års tid har jag också haft förmånen att arbeta tillsammans med grupp historiskt orienterade sociologer och historiker i ett gemensamt projekt. Jag vill tacka "Hisso"-gänget: Marja Andersson, Anu-Hanna Anttila, Ralf, Pekka Rantanen, Hannu Ruonavaara, Aino Sinnemäki, Kari Teräs och Pekka Valtonen. Kiitos teille yhteisistä kiinnostuksen kohteista, hauskoista hetkistä ja teorettisista pohdiskeluista!

En doktorand lever dock inte på intellektet allena, och jag vill tacka de instanser som understött min forskning. Varmt tack till Ella och Georg Ehrnrooths stiftelse, Otto A. Malms donationsfond, Stiftelsen för Åbo Akademi, Svenska kulturfonden, Svenska litteratursällskapet (Nämnden för historieforskning samt Hjördis och Arvid Standertskjöld)

minnesfond) och Waldemar von Frenckells stiftelse. Jag vill också tacka Anne Wilenius på Åbo landsarkiv som alltid lika vänligt bistått mig i frågor gällande Sjölo-arkivet.

Utöver de akademiska kollegorna, vill jag tacka mina nära vänner som funnits vid min sida längre än själva avhandlingsprocessen: Pia Lindén-Lamourex, Malin Hulkki, Ann-Nina Finne, Asa Nyman och Zinaida Lindén. Ett särskilt tack riktar jag till Pia, min äldsta vän och ständiga inspiratör. Tack Pia för alla minnen som sträcker sig ända till vår gemensamma uppväxt och våra ungdomsår, för delade vardagserfarenheter och för ditt aldrig sviktande stöd!

Ett förord avslutas vanligtvis med avtackning av familjemedlemmar, trots att familjen är den som följer med doktorerandets vedermödor på nära håll. Jag vill tacka min mamma Hillevi Ahlbeck som alltid trott på sin dotter, och som lärt mig kvinnsolidaritet och kämparanda sedan barnsben. Min pappa Jalle Ahlbeck vill jag tacka för intensiva debatter som – trots att vi ofta är av olika åsikt – grundar sig på ömsesidig uppskattning och respekt. Min syster Malin Ahlbeck vill jag tacka för skrattsalvor, gemensamma barndomsminnen och systerkärlek. Jag vill tacka min yngsta syster Lotta Ahlbeck och ”styvmor” Elina Haapoja för musikalisk glädje och barnvaktshjälp. Och till sist – även om ni borde komma först – min egen familj: min man Alf Rehn och mina barn Sean och Line Rehn. Affe, du som inte bara layoutat boken och gjort dess pärm, utan också funnits vid min sida som make, vän och akademisk samtalspartner: Tack för att du lever, tänker och kritiserar tillsammans med mig! Tack till mina älskade barn: Sean, min duktiga pojke, du har funnits med mig under hela färden, och Line, lilla stjärnöga, du föddes under avhandlingsprocessen. Tack för att ni kom, för att ni gör mig lycklig, och för att ni ständigt påminner mig om vad som är det viktigaste här i livet.

Jag tillägnar boken mina Sjölokvinnor, vars tragiska levnadsöden blev min drivkraft. Sofia, Amanda och alla ni andra, denna bok är er.

Jutta Ahlbeck-Rehn
I Åbo, december 2005

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Prolog	15
I Inledning	17
DET KVINNliga VANSINNET OCH SJÄLÖ HOSPITAL	
– SYFTE OCH UTGÅNGSPUNKTER	17
<i>Inramningen – tid, rum och avgränsning</i>	19
<i>Idioter och psykopater – kort om benämningar</i>	21
OM MAKT, DISKURS OCH KÖN	
– DEN PRODUKTIVA MAKTEN SOM TEORI OCH METOD	23
AVHANDLINGENS UPPLÄGGNING	25
II Om kön, makt och avvikelse	
– sociologisk och feministisk forskning	
kring vansinne och medicinsk makt	28
INLEDNING	28
SOCIOLOGINS INTRESSE FÖR DET AVVIKANDE	
– I DURKHEIMS FOTSPÅR	29
<i>Den funktionalistiska skolan</i>	
– <i>avvikelsen som en nödvändig social funktion</i>	29
<i>”Wayward Puritans” – skapandet av kvinnlig avvikelse</i>	31
<i>Kvinnor, kvinnor och ...kvinnor</i>	33
<i>Kontroll av kvinnor – kvinnligt motstånd?</i>	36
MEDIKALISERING AV AVVIKELSE OCH SJUKDOM	37
<i>Anti-psykiatri och stämplingsteori</i>	
– <i>avvikelsen som en social reaktion</i>	37
<i>Att bli stämplad</i>	40
<i>Förtryckande medicinsk makt och avvikaren som offer</i>	41
<i>”Verklighet” versus ”konstruktion”?</i>	43
FRÅN KÖNSROLLER OCH PATRIARKAL MEDICINSK MAKT	
TILL KUNSKAP OM SKILLNAD	45
<i>Medikalisering av sociala problem</i>	45
<i>Phyllis Chesler och den nedvärderade kvinnollen</i>	
– <i>diagnostisk reglering av kvinnlighet</i>	47
VANSINNETS FEMINISERING? KROPP OCH SEXUALITET	51
<i>Kroppen och den produktiva makten</i>	51
<i>Hysterisering</i>	
– <i>patologisering och sexualisering av kvinnokroppen</i>	55
<i>En kvinnlig sjukdom</i>	56
<i>Kvinnokroppen som sjukdomskapare</i>	58
<i>Ogifta kvinnor vid vansinnets brant</i>	
– <i>klass tillhörighet och sexualitet som ”riskfaktorer”</i>	60
<i>Låsta positioner?</i>	65
<i>Kunskap om kön</i>	
– <i>en könsordning uppgjord på kroppsliga skillnader</i>	67
SLUTSATSER	69

III Dokumentens makt och texter som meningsskapande	72
INLEDNING	72
ATT LÄSA KÖN, MAKT OCH AVVIKELSE	
– TVÄRVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV	73
<i>Att forska i det förflutna – tolkning och perspektiv</i>	73
<i>Med kön som gränsöverskridande analytisk kategori</i>	76
<i>Att läsa texter som meningsskapande</i>	78
<i>Ett dokument – men flera texter</i>	83
“SVÅR ATT KOMMA TILL RÄTTA MED”	
– INSKRIVNINGSHANDLINGAR OCH ANDRA DOKUMENT	84
<i>Inledning</i>	84
<i>En definition och intagning sker – fyra inskrivningsdokument</i>	87
<i>Övriga inskrivningshandlingar</i>	98
<i>Årsberättelserna</i>	99
<i>Kartläggning av patienterna</i>	100
<i>Uppgörandet av kategorier</i>	101
SAMMANFATTNING	103
IV Från leprosarium till sjukhus – Sjalö hospital i centrum och i marginalen av den finländska sinnessjukvården	105
MILSTOLPAR I DEN FINLÄNDSKA MENTALVÅRDENS HISTORIA 1619-1937	105
<i>Ett sjukhus afsjådes</i>	105
<i>De obotliga särskiljs</i>	108
<i>Ytterligare differentiering av de vansinniga</i>	110
<i>Nya sjukhus grundas för dem som skall botas – ökad professionalisering</i>	112
REPRESENTATIONER AV ETT SJUKHUS	
– OLIKA SÄTT ATT GE BETYDELSE ÅT DET FÖRFLUTNA	114
SAMMANFATTNING	116
V Förvisade på livstid – Sjalökvinnorna och den obotliga sjukdomen, 1889-1944	118
INLEDNING	118
<i>Diskursiva möten – rashygien, psykiatri och samhällspolitik</i>	122
<i>Svulster och sociala parasiter – hotet mot samhällskroppen</i>	125
INTAGNINGEN – FRÅN ETT SJUKHUS TILL ETT ANNAT	126
<i>– På kommunens bekoftnad... och begäran</i>	129
DIAGNOSER I FÖRÄNDRING	135
<i>Bakomliggande orsaker</i>	
<i>– ärflighet, kropp, sexualitet och ”dåligt leverne”</i>	137
<i>Status somaticus och status psychicus</i>	
<i>– kropp och psyke i diagnostisering</i>	139
<i>Sinnesslö eller sinnessjuk? Några förtydliganden</i>	141

<i>Organiska, själsliga och ärftliga sjukdomar</i>	144
<i>Från monomani till schizofreni</i>	148
UNGA OCH OGIFTA	153
KVINNOR FRÅN STAD OCH LAND	156
<i>Kategorisering av patienternas yrkestillhörighet</i>	158
<i>Obesuttna från landsbygden och yrkesutövare från städerna</i>	160
OLIKA TIDER, OLIKA PATIENTGRUPPER	162
VÅLDSAMMA HUSTRUR OCH PASSIVERADE DÖTTRAR	165
KVINNLIGHET, KLASSE OCH VANSINNE	168
<i>Inledning</i>	168
<i>Att uppgöra skillnader</i>	
<i>– olika kvinnliga avvikare, i olika kroppar</i>	169
<i>Civilstånd och vansinne</i>	169
<i>Ålder och vansinne – horor eller offer?</i>	171
<i>Fattigdom och vansinne</i>	
<i>– olyckliga omständigheter eller självförvållat?</i>	176
<i>Kommun och läkarvetenskap – kvinnlighet i två diskurser</i>	179
<i>Klass och vansinne</i>	182
<i>Härkomst och vansinne</i>	187
SLUTSATSER – DEN MOTSÄGELSEFULLA MAKTEN	192
<i>Inneboende svaghet eller arbetsideal?</i>	192
<i>Att isolera de onyttiga och oönskade</i>	195
<i>En ordning av kvinnor</i>	196

VI Från brottslighet till sjukdom

– opålitliga kroppar och irrationella handlingar

INLEDNING	198
PROCESSEN – EN LÅNG VÄNTAN	200
KONSTRUKTIONER AV HÅLLNINGSLÖS	
KARAKTÄR OCH SJUKDOM	203
<i>Barnamord – ekonomisk utslagning, skam, vansinnesdåd?</i>	205
<i>Mordbrand – sinnesslöbet och degeneration</i>	212
<i>Mörderskor – våldsambet och irrationalitet</i>	215
<i>Lösdrivarna – osedlighet och oordning</i>	216
TRE BERÄTTELSE – JOHANNA, SOFIA OCH EMILIA	225
<i>Inledning</i>	225
<i>Ett nytt kunskapsfält – psykiatisering av kriminalitet</i>	227
<i>Ett dokumenterat möte – den rättspsykiatriska texten</i>	228
<i>Om hur lösdrivaren blev en hystrika</i>	
<i>– cyklisk sinnesstämning och medicinsk sanning</i>	232
<i>Sofia – en svår psychopath</i>	241
<i>Emilia – boran som blev benådad</i>	256
DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING	272
<i>Inledning</i>	272
<i>Produktion av sanning</i>	273
<i>Blödande kroppar – disciplinering av irrationalitet och fara</i>	278

VII Ett rum för de avvikande – i de obotligas landskap	283
RUMMET	283
ATT SE, KÄNNA OCH LYSSNA	
– ÖVERVAKNING OCH DOKUMENTERING	286
<i>Kategorisering av kroppar</i>	288
<i>Maktens kropp och kroppens makt</i>	293
DISCIPLINERING OCH NORMALISERING AV	
PATIENTEN GENOM ARBETE	293
”INTET HOPP OM HENNES TILLFRISKNANDE”	299
<i>Från Sjalö återvände få</i>	299
<i>Utskrivning eller endast förflyttning till annan förvaringsplats?</i>	300
STERILISERING SOM KRAV FÖR UTSKRIVNING	
– KVINNOKROPPENS ”NEUTRALISERING”	304
<i>”En oanpassningsbar psykopat”</i>	304
<i>Till Sjalö och sedan hem – men till ett högt pris</i>	305
<i>Hur var detta möjligt? Sterilisationslagen och de Andra</i>	307
GLÖMDA RÖSTER – DE ALDRIG IVÄGSÄNDA BREVEN	309
<i>”Detta är endast ett gömställe maskerat bakom ordet (sjukhus)”</i>	311
<i>Känslor, sinne och nervor</i>	313
MARGINALISERADE RÖSTER	315
VIII Avslutande diskussion	319
DOKUMENT, DIAGNOS, DISCIPLIN	319
KVINNLIGHET SOM EKONOMISKT,	
MEDICINSKT OCH KÖNAT PROBLEM	322
<i>Patologisering av fattigdom</i>	322
<i>Produktion av kroppslighet och sexualitet</i>	
– <i>kriminalpatienterna som eugenikens symboler</i>	323
SJÄLÖ, DE UPPGJORDA SKILLNADERNA OCH	
DEN PSYKIATRISKA DISKURSENS EXPANSION	326
<i>Ett nödvändigt sjukhus</i>	326
<i>Kvinnligheternas gränser och upprättandet av ordning</i>	327
<i>”Eriksonska” (nödvändiga) Sjalökvinnor</i>	
– <i>en funktionalistisk, diskursiv läsning</i>	329
SJUKHUSET – DISCIPLINERING AV KVINNOKROPPAR	331
DRÖMMEN OM MOTSTÅND – ATT RÄDDA DE ANDRA?	332
<i>Individuella val eller samhällets begränsande tekniker?</i>	332
<i>Motståndet som blev vansinne</i>	335
Källförteckning	338
Bilaga 1: Finska originalcitat	368
English summary	388

PROLOG

Härmed beviljas Parcellägaredottern Anna Lindström¹, från Lappfjärds socken, sådant särskildt tillstånd för resa till Nagu socken samt för vistelse där under ett (1) års tid, som oförmåles uti det af Stabschefen, Viceamiralen Kerber den 25 mars 1915 utfärdade Tillkännagifvandet och uppmärksamgöres samtidigt därpå att innehafvaren af detta tillståndsbevis, jämlikt den af Hans Excellens Generalguvernören öfver Finland den 2/15 Oktober 1914 utfärdade Obligatoriska föreskriften och vid det i densamma stadgade ansvar, eger omedelbart och senast inom tjugofyra (24) timmar efter framkomsten personligen anmäla sig hos vederbörande polismyndighet samt samtidigt förete detta tillståndsbevis. Åbo, å Landskansliet, den 18 Juli 1916. På Guvernörsämbetets vägnar [...]²

Med detta bevis i handen anländer den 27-åriga Anna till ön Sjalö en augustikväll år 1916, för att där intas ”å Sjählö asylinrättning”. Från båten ser hon den gräddvita sjukhusbyggnaden som majestätiskt tornar upp i kvällssolen över den grönskande lilla ön i Åbolands skärgård. Efter diverse inskrivningsprocedurer, rakning av hjässa och iklädande av sjukhuskläder placeras Anna i en liten cell som rymmer en smal säng. Ett enformigt, instängt sjukhusliv väntar i det gamla leprosariet. Tillsammans med 50 andra kvinnor – alla diagnostiserade som obotligt sinnessjuka – skall Anna leva i det låsta kvinnorummet. Vistelsen på Sjalö blir längre än ett år, men det vet hon inte. Härifrån finns nämligen ingen återvändo, hit kommer man för att interneras på livstid. I sexton års tid lever Anna på Sjalö, hon dör av hjärtfel vid 44 års ålder. Året är 1932.

* * *

Parcellägaredottern Anna Lindström från Lappfjärd har redan under några års tid orsakat besvär för sin omgivning genom sitt ostyriga beteende, sina förföljelseidéer och sina hotelser. Vintern 1915 tillbringade hon sex månader på sinnessjukhuset i Vasa. Familjen – bestående av syskon och mor (fadern bor i Förenta Staterna) – Lappfjärds kommunalnämnd och kommunalläkaren anser alla, på ett eller annat sätt, att man borde ingripa och få bukt med denna olägenhet. När Lappfjärds kommunalläkare i september 1915 kommer till hemgården för att undersöka Annas

¹ Namnet är en pseudonym. Jag använder ställvis patienters för- och efternamn (*pseudonymer*) när skribenter hänvisar till patienters hela namn, och när jag anser att texten och sammanhanget därigenom blir smidigare. Oftast benämner jag dock patienterna endast med förnamn.

² Beviset, resetillståndet, är utfärdat på både svenska och ryska. Ur Sjalö hospitals inskrivningshandlingar som återfinns i arkivkategorin ”Hoitoon määrääminen” (*HM*) 3.2.3. (1916).

sinnestillstånd, får han använda sig av – för att citera honom – ”lock och pock” för att få henne ut ur sin kammare. Den bångstyriga patienten går emellertid till slut med på att läkaren undersöker hennes lungor och hjärta. Han får även enligt egen utsaga en kort pratstund med henne. Familjen förser läkaren med bakgrundsinformation om Anna som tillsammans med den utförda undersökningen resulterar i ett läkarutlåtande³. I detta diagnostiseras Anna som sinnessjuk; diagnosen som ges är paranoia. I ett för denna tid ovanligt mångordigt läkarintyg skriver läkaren att Anna ”redan som barn varit mycket nervös och rädd, lättskrämmd”, samt att hon vid 23 års ålder åkt till Amerika, vistats där i två års tid och ”insjuknat i svår typhus”. Efter sjukdomen ”blef hon [oläsligt] nervös och misstänksam o. kom då hem”. Gällande den unga kvinnans sinnessämning konstaterar läkaren att hon är ”orolig, svärmodig” och att hon ”svär aldeles oerhördt”. Hennes självkänsla anser han vara ”stegrad”, eftersom hon ”anser sig förmer än sin omgivning [och] öknämner denna på allehanda sätt och utfar i smädelser”. På frågan om Annas lynne skriver läkaren att hon är ”oerhördt misstänksam. Så snart någon närmar sig gården riglar hon in sig i en kammare och visar sig så godt som aldrig. Hotar att ta lifvet af sin moder men säger äfven att hon aldrig skadar någon blott hon får vara ifred”. Om Annas tankeverksamhet berättar läkaren:

”Djäfvlun o. en massa små djäflar pina o. plåga henne v. dag o. sätta i hennes hufvud allehanda elaka tankar, så att hon alltid måste säga det som är orätt o. som hon ej menar. Har den uppfattningen att alla spionerar på henne alla vilja henne ondt o. alla vilja förgifta henne. Så länge hon höll sig instängd i sin kammare var hon mycket våldsam, svor oafbrutet o. utför i hotelser o. smädelser men sedan hon med ”lock och pock” kommit ut lät hon undertecknad helt lugnt undersöka lung. o. hjärta o. pratade en stund ganska lugnt.”

På frågan om sjukdomens uppkomst och förlopp anger läkaren att Anna L för två år sedan ”plötsligt fått den fixa idén att de ville skjuta henne emedan hon varit i Amerika o. hettes vara ’katolsk’”. De ärftliga anlagen till parcellägaredotterns sjukdomstillstånd hänvisas till modern, som är ”något nervöst anlagd (Fadern sedan 26 år i Amerika). Modern för 25 år sedan sinnessjuk [,] en kortare tid intagen å sinnessjukhus. Sedan något bättre – Nu något nervös och orolig.” Även kommunens utlåtande påtalar moderns nervositet: att Annas mor ”under längre tid varit sinnessjuk” och att modern ”i unga år begagnade starka drycker”. Kommunbilagan framhåller därtill att en ”kusinson till den sjukas fader har upprepade gånger lidit af sinnesrubning”.

³ A-intyget (läkarintyget) är utfärdad i Lappfjärd, 18.9.1915. HM 3.2.3. (1916).

INLEDNING

DET KVINNLIGA VANSINNET OCH SJÄLÖ HOSPITAL – SYFTE OCH UTGÅNGSPUNKTER

Parcellägaredottern Anna L var en av de 192 kvinnor som under perioden 1889-1944 skickades till Själo hospital. Berättelserna om dessa kvinnor utgör avhandlingens stomme. Prologen, skildringen av den unga kvinnan Anna, illustrerar det övergripande syftet med denna avhandling, närmare bestämt studiet av konstruktioner, bilder och definitioner av kvinnors vansinne. I den medicinska texten från år 1915 *blir* parcellägaredottern mentalpatient. Efter mötet med läkaren är hon inte längre "enbart" en besvärlig dotter, ett internt "problem" inom familjen eller i lokalsamhället, hon görs till eller skapas nu som patient i den medicinska diskursen.⁴ Hennes ageranden och handlingar placeras i en medicinsk kontext, och i denna blir Anna ett avvikande objekt som kräver medicinsk intervention. Jag har studerat denna tillblivelseprocess, den kategorisering som placerar tjänarinnor, torparhustrur och sömmerskor i specifika sjukdomskategorier. Genom att granska de kvinnliga patienternas inskrivningshandlingar utgående från de utsagor, diagnoser och antaganden som dessa omfattar och skapar, vill jag undersöka hur kvinnors vansinne benämns, skapas och kontrolleras. Hur konstitueras "kvinnlighet" vansinne, existerar det former av avvikelser som uttryckligen definieras som något essentiellt kvinnligt, och hur och varför sker i så fall sådana kategoriseringar?

Denna benämningssmakt – makten att kategorisera och definiera kvinnor som sinnessjuka – är emellertid inte enbart förbehållen den medicinska professionen. Avhandlingen granskar därför kommuners, läkarkårens, prästers, grannars, familjemedlemmars, juridiska instansers och de vansinniga kvinnornas egna texter för att förstå de skiftande definitionsprocesser som placerade kvinnorna i en avvikarkategori. Jag visar hur det kvinnliga vansinnet konstruerades i en mängd relationer och diskurser – "av allt det som sades, åtskiljde det, beskrev det, förklarade det, spårade dess händelseförlopp, angav dess skiftande korrelationer, dömde det, och möjligen gav det röst genom att ge uttryck, i dess namn, åt diskurser som skulle betraktas som dess egna" (Foucault 1972, 32, *min översättning*).

⁴ I finländsk kontext hänvisas ofta till Jokinens, Juhilas och Suoninens (1993, 17) definition av diskursbegreppet, som enligt författarna är "ett relativt enhetligt system av regelbundna betydelsereationer som konstrueras i sociala praktiker och samtidigt är med om att konstruera den sociala verkligheten".

Vansinnet som historiskt, kulturellt och socialt fenomen har intresserat såväl samhällsvetare, humanister som feministiska forskare. I socialkonstruktivistisk forskning betraktas inte "mentalsjukdom" som ett universellt eller entydigt medicinskt fenomen. Den samhällsvetenskapligt orienterade forskningen visar snarare hur definitioner av beteendeformer och handlingar är samhälleligt förankrade: rörliga i tid och rum, relaterade till kvinnlighet och manlighet samt bundna till olika sanningsdiskurser och maktrelationer (Foucault 1967; Chesler 1972; Conrad & Schneider 1980; Scull 1989; Busfield 1996; Helén 1997). Utifrån denna förståelse skapas vansinnet – och dess skiftande betydelser – i ett socialt och historiskt sammanhang. Feministiska teoretiker har analyserat galenskapens symboliska koppling till kvinnlighet (Ussher 1991; Caminero-Santangelo 1998; Schlichter 2003). I den redan klassiska studien *The Female Malady* hävdar Elaine Showalter (1987) att det jämsides med den psykiatriska disciplinens utveckling och etablering under 1800-talet, fanns ett kulturellt antagande om samhörigheten mellan kvinnor och vansinne. Hon förklarar att kvinnor, i språk och representation, var situerade på irrationalitetens, tystnadens och kroppens sida, medan männen var placerade på förnuftets, diskursens och kulturens sida (Showalter 1987, 3-4).

I blickfånget för denna studie ligger könade vansinneskonstruktioner som kan sägas vara sociala, historiska, kulturella och medicinska, men gränserna mellan dessa är flytande och överlappande. Medicinska diagnoser är samtidigt sociala, historiska och kulturella konstruktioner av kön, sjukdom och omoral. Diagnoser som paranoia, schizofreni och oligofreni avspeglar sätt att tänka, moraluppfattningar, tankar kring rätt och fel, idéer om kvinnlighet och manlighet och andra sociala föreställningar som är rådande under en specifik historisk tid i ett samfund (jfr Björkman 2001). Trots att avhandlingens fokus ligger på diskursiva konstruktioner av sjukdom och omoral, förnekar jag inte sjukdomarnas materiella verklighet (jfr Ussher 1997; Cosgrove 2000).

Diagnosen hysteri är ett belysande exempel på sjukdomsdefinitioners kontextuella förankring och föränderlighet: det var en sjukdom som nästan lika snabbt som den "upptäcktes" försvann från det psykiatriska landskapet (Hacking 1998; Borch-Jacobsen 2001). Det var också ett sjukdomstillstånd som på 1800-talet kom att konstrueras som något specifikt kvinnligt; en sjukdom orsakad av kvinnokroppens reproduktionsorgan och illegitim (utomäktenskaplig) kvinnlig sexualitet (Uimonen 1999; Ahlbeck-Rehn 2002). Den feministiska forskningen har, utöver kropp och sexualitet, lyft fram samhällsklassens betydelse i konstruktionen av kvinnors dårskap under 1800- och början av 1900-talet (Johannisson 1994, 1997; Russell 1995; Runcis 1998; Zavrsek 2000).

Inramningen – tid, rum och avgränsning

Själö asylinrättning (eller hospital) var sinnessjukhuset som omhändertog Anna och de andra obotliga kvinnorna. Grundat år 1619 som spetälskehospital låg sjukhuset på ön Sjalö i Nagu skärgård, ungefär 30 kilometer sydväst om Åbo.⁵ I 340 års tid fungerade den lilla ön som en isoleringsort för individer som det finländska samhället ville gömma undan. Leprosariet hade från första början omhändertagit även blinda, handikappade, vansinniga, åldringar och andra av samhället utstötta, ofta fattiga individer. Sjukhuset tog emot både män och kvinnor. Placeringen av hospitalet på en svåråtkomlig och avskärmad plats gjorde att man kunde uppnå fullständig kontroll av, och samtidigt skydda sig från, oönskade samhällselement (jfr Deacon 2003). När antalet spetälska började minska under 1700-talet, började Sjalö hospital huvudsakligen inskriva "därar" och "sinnessvaga", och omvandlades år 1755 till landets första statliga sinnessjukhus. Utvecklingen var likadan i övriga Europa: de vansinniga övertog de spetälskas roll, både strukturellt – leprosarierna omorganiserades till dårhus – och symboliskt som samhällets "nya" avvikande grupp (Foucault 1967; Turner 1987).

Svårigheterna att få en läkare till hospitalet var den främsta orsaken till att man redan i början av 1800-talet övervägde att flytta sjukhuset till en mera lättillgänglig plats. Åren gick, men hospitalet stod kvar. År 1840 blev Sjalö en "förvaringsanstalt" för sådana dårar "*whilkas olyckliga tillstånd icke medgifver hopp om förbättring*" (Dahl 1915, 66). Något senare, 1889, blev Sjalö ett sinnessjukhus för kronikerkvinnor, och männen överfördes till Kexholms nybyggda sjukhus på fastlandet. Tio år efter könssegregeringen (1899) fick sjukhuset sin första ordinarie läkare, i samband med att Nagu kommun anställde sin första kommunalläkare. Innan dess sköttes läkartjänsten av distriktsläkaren i Rimito som sporadiskt besökte hospitalet (Sarvilinna 1938). Sjukhusväsendet i Finland började så småningom byggas ut, detsamma gällde den psykiatriska vården, och samtidigt aktualiserades krav på utbildad vårdpersonal. Detta till trots fortsatte Sjalö hospital nästan oförändrat sin verksamhet så som det gjort i över 200 års tid. Förflyttningen av hospitalet blev aldrig av och debatten tystnade. Det enda som under denna tid hade förändrats var klientelet. Det gamla leprosariet befolkades nu endast av kvinnor. Fram till år 1962.

Undersökningen omspänner en drygt 50 års tidsperiod, 1889–1944, och tar avstamp i året då Sjalö omvandlades till kvinnosjukhus (1889). Patienternas inskrivningshandlingar sträcker sig fram till år 1944, och därför avslutas studien detta år. Avhandlingen bygger på Sjalö hospitals eget arkivmaterial som finns bevarat på Åbo landsarkiv. De undersökta källorna består av inskrivningshandlingar, inklusive läkarutlåtanden, kommunintyg, rättspsykiatriska undersökningar, rättegångsprotokoll och betalningsförbindelser. Därtill granskar jag konfiskerade patientbrev,

⁵ Sjukhusbyggnaderna från 1800-talet står kvar på ön. Sedan 1962 nyttjas lokaliteterna av Skärgårdshavets forskningsinstitut, Åbo universitet.

sjukhusets årsberättelser, sjukhusets dagböcker, sjukhusformulär och patientdagböcker i vilka kvinnornas dagliga uppförande och kroppsliga företeelser antecknades i särskilda blanketter. Materialet innehåller även omfattande korrespondens – brev, intyg, avskrifter – mellan olika sjukhus, myndigheter och andra instanser. Utanför studien hamnar sjukhusets administration, dess ekonomi, besättandet av tjänster, yrkeskåren, sjukhusbyggnaderna, statliga reglementen och direktiv över sjukhusets verksamhet.⁶ Undersökningen är med andra ord inte en analys av sjukhuset som administrativ eller statlig enhet. Avhandlingen skall inte heller betraktas som en traditionell historieskrivning av den finländska mentalvården. Däremot granskar jag den psykiatriska diskursens expansion och hur denna var relaterad till Sjalö hospital och de kvinnliga patienterna.

Sjalö som en disciplinerande institution analyseras utifrån den dokumentation sjukhuset uppgjorde av patienterna. Det mikrohistoriskt orienterade perspektivet reflekterar ett större samhälleligt sammanhang, men tyngdpunkten ligger på att studera det småskaliga genom diskursiva, dekonstruerande läsningar av dokumenten (jfr Östman 2000a). Min granskning av Sjalö hospital sker med hjälp av texter som har skickats *till* sjukhuset, texter som skrivits *på* sjukhuset, och texter som har skickats *från* sjukhuset. Det gemensamma för dessa dokument är att de handlar om patienterna. Sjukhuset betraktas således genom en lins som speglar de kvinnliga patienterna. Undersökningens fokus ligger på kvinnorna: bakgrunden till deras intagning, själva intagningen, vilka olika slags patientgrupper kvinnorna representerade och – till sist – livet på anstalten.

Eftersom en avhandling omöjligt kan fånga den undersökta tidsperiodens alla särdrag eller samhälleliga förändringar, görs den historiska kontextualiseringen av Sjalökvinnorna huvudsakligen utgående från två perspektiv. För det första fungerar kvinnokroppens patologisering och sexualisering, såsom det representeras i 1800-talets och det tidiga 1900-talets psykiatriska diskurser, som en förklaringsmodell till synen på kvinnors galenskap (jfr Foucault 1978; Showalter 1987). För det andra kännetecknades den undersökta tidsperioden av den pågående debatten om rashygien som omfattade en inneboende rädsla för den finländska nationens och medborgarnas degenerering (Mattila 1999, 2003). Därför tolkar jag patienternas intagning också utgående från den samtida rashygieniska ideologin, utifrån dess inbyggda föreställningar om kön och klass. På liknande sätt som i forskningen kring avvikande beteende mera generellt har studiet av eugeniken fokuserat på strukturella förhållanden, såsom lagstiftning och övriga statliga åtgärder som vidtagits i rashygieniskt syfte (Harjula 1996; Mattila 2003; Helén & Jauho 2003). Även här behövs forskning som granskar hur den rashygieniska ideologin realiserades på ett mikroplan: Hur fattades rashygieniska beslut, hur formades uppfattningar

⁶ För granskning av psykiatrisk vårdpersonal, se t.ex. Gunnel Svedberg (1997, 2002) som studerar svenska sinnessjuksköterskors professionalisering och yrkeskultur under 1900-talets första hälft.

kring rashygien och hur kom de till uttryck i psykiatriska diagnoser samt hur formades kön i rashygieniska föreställningar? *Men* framför allt: Vilka var de subjekt som konstruerades som rashygieniska hot och varför? Avhandlingens könsteoretiska utmaning ligger i att granska det kvinnliga vansinnets förhållande till klass, kropp och sexualitet (jfr Skeggs 1997). En tredje kontextuell inramning som är relaterad till betydelsen av klass och samhällsposition, handlar om förhållandet mellan fattigdomspolitik och sinnessjukvård.

Idioter och psykopater – kort om benämningar

Jag använder begreppet "vansinne" eller "galenskap" som ett övergripande begrepp för att understryka sjukdomars, handlingars och tillståndens historiska rörlighet och föränderlighet. "Sinnessjukdom" var den gängse termen under den undersökta tidsperioden, en 1800-talskonstruktion som skapades i samband med den psykiatriska disciplinens framväxt på kunskapsfältet (Szasz 1961). Tidigare hade vansinnet betecknat sinnesslöhet, besatthet av djävulen eller onda andar (Salo 1992, 1996; Busfield 1996). "Vansinne" kan förstås som en bred kategori av avvikande beteende, vari innefattas normbrott och andra former av "moralövertramp", dvs. handlingar och utsagor som inte nödvändigtvis omfattar innebörd av *sjukdom*. I de analyserade dokumenten används olika epitet för att beskriva patienterna: de kallas "psychopater", "sinnesrubbad", "idioter", "oligofrena", "sinnessjuka", "dårar". Genom att använda den samtida terminologin försöker jag synliggöra de medicinska och sociala föreställningar kring kvinnors mentala avvikelser som var rådande i slutet av 1800-talet och under de första fyra årtiondena av 1900-talet. De olika benämningarna på patienterna konstruerade specifika bilder av dessa kvinnor (jfr Björkman 2001). Att kategorisera en individ som "imbecill" berättar något om vilka representationer den psykiatriska diskursen skapade av avvikande subjekt. Dessa föreställningar eller representationer var samtidigt kopplade till uppfattningar om vad som var normalt och icke-sjukligt (jfr Douglas 1966).

Variationen i diagnoserna illustreras även av de skillnader som uppgjordes mellan olika patientgrupper, såsom mellan de "sinnessjuka" å ena sidan och de "sinnesslöa" å den andra. Själo hospital omhändertog *både* "utvecklingsstörda" eller "begävnings- och förståndshandikappade", dvs. "sinnesslöa" (idioter, imbeciller och debiler), *och* psykiskt sjuka, dvs. sinnessjuka. Skillnaden mellan de sinnesslöa och de sinnessjuka låg i den antagna intelligensåldern som för de sinnesslöas del motsvarade ett barns intellektuella nivå (t.ex. Kaila 1935). De sinnesslöa indelades också i bildbara och obildbara. Distinktionen låg i samhällsnyttan: de bildbara kunde utbildas och utföra ett arbete, medan de obildbara ansågs vara arbetsoförmögna och därmed en samhällelig belastning (Neuman-Rahn 1955; Runcis 1998; Engwall 2000). Trots att värden av de sinnesslöa var tänkt att omskötas av särskilda "sinnesslöanstalter", inkorporerades de sinnesslöa i sinnessjukvården och åtskildes inte heller konsekvent i

diagnostiken (Harjula 1996, 2003). "Sinnesslöhet" kom under 1800-talet alltmer att uppfattas som en sjukdom, "sinnessjukdom" (Björkman 2001, 16; se även Skålevåg 2002). De olika benämningarna var definitioner av sociala handlingar och av subjekt som betraktades och konstruerades som onormala, oönskade och annorlunda. I min förståelse täcker begreppet "vansinne" alla dessa olika underkategorier.

Liksom "vansinne" kan begreppet "avvikande beteende" också problematiseras. Begreppet började användas inom sociologin först i början av 1960-talet, där sociologer tidigare hade talat om avvikelser i termer av social patologi, sociala problem eller social ordning (Durkheim 1895; Parsons 1951; jfr Hilde 1996). Sökandet efter ett "nytt" begrepp var ett försök att bryta med kriminologins snäva perspektiv på det straffrättsliga systemet. Introducerandet av "avvikande beteende" möjliggjorde – vid sidan av studiet av "vanliga" brottslingar – att andra sociala grupper som dittills varit utforskade inom sociologin kunde inkluderas. Grupper såsom mentalsjuka, narkomaner, alkoholister, homosexuella, dvs. personer som i första hand bröt mot vedertagna moralregler⁷, blev från och med 1960-talet ett sociologiskt intresseområde (Hilde 1996, 7). Howard Becker (1963, 1967) och andra interaktionister (stämplingsteoretiker) ville "humanisera" och "normalisera" avvikelsen, med andra ord visa den "mänskliga" sidan av handlingar som av andra uppfattades som avvikande och moraliskt förkastliga.

Alla förhåller sig dock inte enbart positivt till begreppet. En del sociologer har befarat att användandet av begreppet "avvikare" närmast befäster synen på vissa sociala grupper som verkliga annorlunda (Liazos 1972, 104). Detta skulle i sin tur medföra att avvikarsociologin snarare upprätthåller och cementerar sociala fördomar, än nedmonterar dem (Hilde 1996). Sociologer kan därför betraktas som delaktiga i "annorlunda-görandet" av vissa människor genom denna begreppsanvändning (jfr Mills 1943).⁸ Om avvikande beteende betraktas som normförbrytelser och om reglerna eller normerna inte problematiseras utan tas för givna, upprätthåller sociologin en etablerad samhällsmoral, istället för att kritiskt dekonstruera rådande sociala föreställningar, moraluppfattningar och kön (jfr Hilde 1996). Alla samhällsforskare kan utöva makt genom att omvandla människors liv till auktoritära texter; genom att konstituera "andra" som särskilda forskningssubjekt, genom att lyfta fram vissa aspekter, men undanhålla andra, och genom att avfärda kunskap som forskaren

⁷ Dessa gruppers avvikande handlingar har dock även varit straffbelagda. Till exempel homosexualitet var straffbelagt i Finland i 1889 års strafflag fram till år 1971. Först år 1981 avlägsnades homosexualitet från den finländska sjukdomsklassificeringen.

⁸ I en tidig och mycket insiktsfull artikel, hävdade C. Wright Mills (1943) att de amerikanska sociologernas småstads- och medelklassbakgrund förblindade dem för makt och sociala strukturer. Enligt Mills medförde detta att handlingar som stred mot sociologernas egna småstadsideal – innefattande nykterhet, sparsamhet och sexuell återhållsamhet – kom av sociologerna att uppfattas som "sjukliga". Mills (1943) ansåg att sociologerna härigenom gjorde sig skyldiga till att fördöma människor som enligt deras egen uppfattning var annorlunda.

anser ovidkommande (Smith 1999; se även Smith 1978). Själökvinnorna, döda för länge sedan, blir genom denna undersökning exponerade (jfr Hacking 1998). Mitt syfte är emellertid inte att identifiera eller porträttera patienterna som avvikare, snarare vill jag visa *hur* dessa kvinnor kom att definieras som sinnessjuka.

OM MAKT, DISKURS OCH KÖN

– DEN PRODUKTIVA MAKTEN SOM TEORI OCH METOD

Min strävan har varit att försöka finna sociologiska perspektiv på det kvinnliga vansinnet utan att presentera ”konspiratoriska” förtrycksteorier eller ”totalrelativistiska” tolkningar som blundar för existerande sociala strukturer och maktförhållanden mellan män och kvinnor (jfr Lennartsson 2001). I det avseendet har jag inspirerats av Michel Foucaults teorier om makt, kropp och sexualitet samt av feministiska teoretiker som vidareutvecklat och kritiserat Foucault (t.ex. McNay 1992; Canning 1999; Deveaux 1999). Ett fruktbart sätt att studera konstruktioner av avvikelse och kön är att frångå synen på makt som något endimensionellt och repressivt. Foucaults tanke om makten som produktiv utgör därför avhandlingens både teoretiska och metodologiska referensram.

”Det som gör makten trovärdig, det som gör den accepterad, är helt enkelt det faktum att den inte hänger över oss som en kraft som säger nej, utan den genomkorsar och skapar ting, den framkallar njutningar, förmar kunskap, producerar diskurser. Den [makten] måste betraktas som ett skapande nätverk som genomströmmar hela samhällskroppen, i mycket större utsträckning än en negativ instans vars funktion är att undertrycka” (Foucault 1984a, 61, *min översättning*)

Idén om att makten skapar kunskap, diskurser och motstånd erbjuder ett sätt att närma sig de undersökta dokumenten. Utifrån detta perspektiv betraktar jag källorna som betydelseskapande och meningsbärande. Således är det *i* och *genom* texterna de galna kvinnorna konstrueras. Dokumentation över kvinnornas ”symptom”, utsagor och handlingar blir således oskiljbar från diagnostisering och disciplinering. Begreppet diskurs är centralt i detta sammanhang, och jag använder diskursbegreppet för att förstå hur kunskap om de avvikande subjekten konstitueras i olika utsagor och föreställningar. Diskurser skapar och specificerar kunskap om ett objekt – i detta fall vansinnet. Foucault studerade växelverkan mellan olika diskurser, sättet de opererar på, deras historia och effekter. Han visade hur sätt att urskilja vad som räknas som vetenskapligt eller sant är en konsekvens av hur vetenskapliga diskurser är konstituerade i särskilda sätt att tänka. Diskurser sätter gränser för vad som kan sägas och tänkas om ett fenomen, och för vem som kan tala, när och från vilken position (Olsson 1999, 28; jfr Mills 1997).

Det är i diskursen makten och kunskapen sammanförs (Foucault 1978, 100). Foucault (1977, 1978) visar hur makt produceras, utövas och görs

legitim under särskilda historiska tider. Samtidigt visar han hur olika former av kunskap kan genomströmma nära relaterade institutionella strukturer (Foucault 1988d, 265). Jag är kanske i främsta hand influerad av Kathleen Cannings (1999) diskursbegrepp som är en modifierad version av Foucaults förståelse av diskurs. I Cannings förståelse är diskurs en "sammanstrålning av utsagor, texter, tecken och praktiker" som sträcker sig över olika och även skingrade platser, till exempel från en rättsal till ett gathörn (Canning 1999, 53). Enligt Canning (1999, 53) omfattar begreppet diskurs – förstått som både en textuell och en social relation – implicit en särskild "sakkunskap, makten och auktoriteten att tala, samt förekomsten av en offentlighet som överskrider lokala sammanhang". I avhandlingen analyserar jag institutionella diskurser: medicinska (psykiatri, rättspsykiatri, allmänmedicin), kommunala (kommunalnämnder, fattigvårdsstyrelser, fattighus) och rättsliga (domstol, rättsväsendet). Det handlar dock inte om att göra en åtskillnad mellan en dominerande diskurs och underordnade diskurser (jfr Foucault 1978, 100). Snarare ligger fokus på den mångfald av diskurser som skapar kunskap om ett objekt, såsom i detta fall om det kvinnliga vansinnet. Enligt Kathleen Canning (1999, 65) är det fragmenteringen i en domän av motstridiga diskurser som ger en möjlighet till motstånd, splittring och förändring. På samma sätt som vansinnet konstrueras i en mängd relationer kan en poststrukturalistisk förståelse av kön lyfta fram olika relationer och diskurser, i vilka kvinnlighet och manlighet får sina betydelser. Det feministiska projektet har – i över tjugo års tid – handlat om att dekonstruera kön⁹ som ontologisk kategori. Kön betraktas således inte som något givet, utan som en rörlig och instabil kategori. Könet får sin innebörd i tid och rum, men är bundet till den historiska tidens maktdiskurser (t.ex. Riley 1988; Scott 1988). Judith Butler (1990, ix) betraktar det performativa könet som "effekterna av institutioner, praktiker och diskurser", dvs. som en icke-essentiell kategori. Kön har också förståtts som en relation som ständigt rekonstrueras i diskurser, i sätten att tänka, handla och uppfatta (West & Zimmerman 1987).

Många feministiska teoretiker granskar kön och makt utifrån deras inbördes relationer – hur de är ömsesidigt konstituerande. Kategorier som makt och kön får sina betydelser i relationerna mellan "manlighet" och "kvinnlighet", mellan "mäktig" och "maktlös" (McNay 1992; Hüchtker 2001). I sin klassiska studie *Am I that Name* diskuterar Denise Riley (1988, 7) hur kategorier som manlighet och kvinnlighet är sammankvädda med andra sociala kategoriernas historier, såsom "det sociala" (the social) och "kroppen". Beverley Skeggs (1997, 27) betraktar kategorin "kvinna" såsom "formad av klass och ras, och producerad genom makrelationer och genom kamper som sträcker sig genom olika platser i tid och rum" (jfr McWhorter

⁹ Jag föredrar begreppet *kön* framför *genus*. Sex/gender-uppdelningen har kritiserats för att den gör en åtskillnad mellan det sociala och det biologiska, så att det biologiska könet förstås som ett givet och oföränderligt faktum som det sociala endast "skrivs på". Diskussionen om kön-genus är omfattande. Se t.ex. Judith Butler (1993) och Marianne Liljeström (1995).

2004). Begreppet ”intersektionalitet” har använts i feministisk teori för att beskriva en analys som granskar samverkan mellan olika samhälleliga maktasymmetrier utgående från kategorier såsom kön, klass, etnicitet, ras, sexuell preferens och ålder (Lykke 2003, 48, se även Young 1997; de los Reyes, Molina och Mulinari 2003). Jag framhåller att en studie av kvinnors vainsinne måste analysera klass, kropp och sexualitet, eftersom kvinnors galenskap konstrueras *genom* dessa kategorier (jfr Ussher 1991).

Inom kvinnohistorien introducerade Joan Scott (1986, 1988) poststrukturalistiska strömningar¹⁰ när hon visade hur kön produceras diskursivt. Scott markerade samtidigt ett skifte från kvinnohistoria till *könshistoria* (gender history) (se även Canning 1999). Kön är, i Scotts (1988, 42) förståelse, kunskap om skillnad: ”ett konstituerande element av sociala relationer som baseras på föreställda skillnader mellan könen, och kön är ett sätt att ge betydelse åt maktrelationer”. Makten producerar och formar uppfattningar om skillnader mellan könen. Scotts syn på relationen mellan makt och kön avspeglar Foucaults idé om maktens olika former som produktiva, rörliga och instabila. Foucaults (1977, 1978) tanke om skillnadsskapande praktiker – särskiljandet mellan de friska och de sjuka, mellan de kriminella och de laglydiga – kan sammankopplas med Scotts fokus på kunskap om skillnad. I avhandlingen fungerar kön som en analytisk och historisk kategori med vars hjälp jag studerar vainsinnets betydelser. Hur var kategorierna kvinnlighet, vainsinne, klass och makt relaterade till varandra? Vilken kunskap om skillnad och kön skapade vainsinnesdiskursen?

AVHANDLINGENS UPPLÄGGNING

Avhandlingen är indelad i åtta delar. Efter inledningskapitlet följer en översikt av teoretiska ansatser och en presentation av tidigare forskning på området. Min läsning av ansatserna (t.ex. funktionalism och interaktionism) görs ur ett feministisk och Foucault-orienterat perspektiv. I den tredje delen redogörs för undersökningens empiriska material och metodologiska aspekter. Här diskuterar jag min tvärvetenskapliga inriktning med kön som analytisk kategori som sammanbinder olika teoretiska och metodologiska perspektiv (jfr Östman 2000a). Det fjärde kapitlet ger en kort historisk överblick av den finländska mentalvårdens utformning, och Sjalö hospital placeras i en institutionell kontext. Härefter följer avhandlingens empiriska del som är uppdelad i tre större avsnitt. Den första empiriska delen (*Förvisade på livstid – Sjalökvinnorna och den obotliga sjukdomen*) är en utförlig kartläggning av Sjalö hospitals patienter, och omfattar alla de intagna kvinnorna under perioden 1889–1944. Här visar jag hur intagningsprocessen såg ut, hur diagnostiken befann sig i ständig rörelse samt vilka slags kvinnor det var som diagnostiserades

¹⁰ Kathleen Canning (1999, 46) menar att feministiska forskare redan under slutet av 1970-talet och under 1980-talet diskuterade den språkliga vändningen.

som obotligt sinnessjuka, utgående från vissa sociala kategorier såsom ålder, civilstånd och klasstillhörighet. Även om jag pekar på vissa likheter mellan de kvinnliga patienterna är det de *skillnader* som diskurserna skapade mellan olika patientgrupper – i relation till framför allt klass och civilstånd – som blir det centrala. Jag diskuterar fattigdomens betydelse i såväl intagning som diagnostik. Jag har också valt att lyfta fram individuella subjekt som konstrueras som "sinnessjuka" och ge utrymme för olika patientberättelser.

Den andra empiriska delen (*Från brottslighet till sjukdom – opålitliga kroppar och irrationella handlingar*) består av detaljerade diskursanalyser av dokument som berör tre kriminalpatienter (intagna 1915, 1937 och 1944), dvs. brottslingar som straffröfordklarats och ordinerats anstaltsvård (placerats på mentalsjukhus) i stället för fängelsestraff. Av totalt 192 Själokvinnor var tretton procent s.k. kriminalpatienter. Dessa brottslingar hade diagnostiserats som mentalt sjuka – i avsaknad av fullt förstånd – i rättspsykiatriska undersökningar. Följden av denna diagnos var att kvinnorna, i stället för att sättas i fängelse, placerades på Själo. Att denna patientkategori lyfts fram har flera orsaker. Kriminalpatienternas inskrivningshandlingar var utförligare än andra patienters. Av detta följde att textmaterialet som kunde analyseras var rikare. Samtidigt erbjöd deras berättelser teoretiska infallsvinklar, framför allt frågor kring sexualitet, kropp och klass. Mitt intresse ligger inte i kvinnornas faktiska brott, utan snarare granskar jag vad man skrev om dessa kvinnor, hur man såg på dem, och vilka förklaringsmodeller som lyftes fram för att förklara *både* deras brott *och* deras antagna sinnesrubbing (Ahlbeck-Rehn 2001, 2002; jfr Petersen 2001). I fokus ligger den psykiatriska diagnostiseringens tekniker, såsom "mätning" av omoral, intelligens och kvinnlighet. Genom diskursiva läsningar av de rättspsykiatriska dokumenten visar jag hur kvinnors brottslighet definierades i termer av "mentalsjukdom", snarare än "medvetet handlande", samt hur kvinnokroppen och kvinnors utomäktenskapliga sexualitet användes som diagnostiska redskap.

Utöver kartläggningen av patienterna och den diskursiva analysen av rättspsykiatriska dokument är avhandlingens sista empiriska del (*Ett rum för de avvikande – i de obotligas landskap*) en studie av sjukhuset som ett disciplinerande rum, vars särskilda makttekniker inordnade patienterna i anstalts normerande, men även normaliserande, värld (jfr Jönsson 1998; Eivergård 2003). I denna del studerar jag på vilket sätt Själo asylinrättning fungerade som en könsformerande praktik och institution. Eftersom Själo under perioden 1889–1962 fungerade som ett långtidssjukhus enbart för kvinnliga "obotliga kroniker" kan man säga att själva sjukhusets idé, praktik och struktur var genomsyrat av kön. Hur fungerade sjukhuset, på vilket sätt disciplinerades kroppen i detta kvinnorum och vilka möjligheter hade patienterna till motstånd och förändring? I anslutning till detta kapitel lyfter jag fram de kvinnliga patienternas "egna röster" med hjälp av brev som kvinnorna själva skrivit, men som sjukhuset konfiskerade

(Glömda röster – de aldrig ivägsända breven). I denna del skiftas fokus från auktoriteternas texter till kvinnornas röster och utsagor.

II

OM KÖN, MAKT OCH AVVIKELSE – SOCIOLOGISK OCH FEMINISTISK FORSKNING KRING VANSINNE OCH MEDICINSK MAKT

INLEDNING

För att förstå fenomenet ”vansinne” och i synnerhet på vilket sätt vansinneskonstruktioner är könskonstituerande, presenterar jag i detta kapitel några centrala teoretiska perspektiv som erbjuder olika tolkningar av sjukdom, avvikelse och medicinsk makt.¹¹ Syftet är att visa hur sociologisk och feministisk forskning betraktat vansinne, vilka innebörder och tolkningar det getts, samt vilken betydelse kön har tillskrivits i de olika ansatserna. Min läsning av de olika teorierna görs genom en feministisk och Foucault-orienterad referensram. Därför fokuserar jag på frågor kring makt, sexualitet, kropp, klass och aktörskap. Den forskning och de teorier som jag diskuterar reflekterar mitt empiriska material: mitt val av texter, hur jag väljer att analysera och tolka materialet samt vilka innebörder jag tillskriver skeenden, processer och subjekt. Den teoretiska referensramen återspeglar även valet av den terminologi som jag använder för att diskutera det kvinnliga vansinnet.

I detta kapitel visar jag hur synen på makt och kön skiljer sig på ett avgörande sätt mellan ansatserna. Även om vissa sociologiska teorier om avvikande beteende eller mentalsjukdom presenteras som fullständigt ”könsneutrala”, pekar jag på hur de bär på könade föreställningar. De historiskt orienterade perspektiven ger kontextualiserade tolkningar och förklaringar, och belyser hur definitioner av sjukdomar är rörliga och föränderliga, bundna till tid och rum. Jag presenterar även teoribildningar som närmast kan betraktas som ahistoriska (t.ex. stämplingsteorin), men som har bidragit till den sociologiska kunskapsproduktionen på ett väsentligt sätt. Genom att sammanväva, men också genom att kontrastera de olika teoribildningarna försöker jag visa på olika möjligheter att närma sig fenomenet kvinnlig galenskap. Presentationen av ansatserna illustrerar samtidigt hur den teoretiska diskussionen kring avvikande

¹¹ De teoretiska perspektiv som presenteras är givetvis ett urval, och kapitlet skall inte betraktas som en allomfattande kartläggning av den debatt som förts inom området.

beteende utformats, vilka riktlinjer forskningen tagit och hur de teoretiska ansatserna är sammankopplade. Den teoretiska diskussionens utformning och förlopp presenteras i en någorlunda kronologisk ordning. Tematiskt rör sig framställningen från den funktionalistiska skolan till feministiska och poststrukturalistiska teoribildningar, men även de äldre ansatserna sammankopplas med nyare förklaringsmodeller. Begreppen som de teoretiska perspektiven nyttjar går från avvikelse och sjukdom till en mera specifik diskussion av vansinnet.

En annan utgångspunkt hade psykoanalytiskt orienterade studier av kvinnlighet, makt, vasinne och kontroll erbjudit. Min genealogi går via sociologins avvikande beteende och anti-psykiatri/stämplingsteori mot – och genom – en Foucault-inspirerad förståelse av makt, vasinne och kroppslighet. I denna ingår flera psykoanalytiskt inspirerade studier (t.ex. Showalter 1987; Ussher 1991; Johannisson 1994). Mitt syfte är inte att studera individualiserande (eller psykologiserande) förklaringar, utan att analysera en mångfald av diskurser som samverkar i konstruktioner av kvinnors vasinne. Min referensram bygger därför främst på sociologisk teoribildning. I fokus för avhandlingen står således sociala kategorier såsom civilstånd, klass, kön och kropp, men framför allt *institutionella diskurser* – medicinska, kommunala, rättsliga – i vilka dessa kategorier skapas och får sina betydelser.

Den sociologiska diskussionen kring avvikande beteende har varit en del av det sociologiska tänkandet sedan Emile Durkheim (1895) introducerade sin funktionalistiska teori om avvikande beteende. Den första delen i detta kapitel tillägnas därför den funktionalistiska skolan och ger en översikt av Emile Durkheims, Talcott Parsons' och Kai Eriksons antaganden om avvikande beteende. I den andra delen presenteras den anti-psykiatriska skolan och stämplingsteorin som under 1960-talet fick stort inflytande i den sociologiska debatten kring avvikande beteende. Därefter diskuterar jag 1970-talets medikaliseringskritik, och den tidiga feministiska kritiken av psykiatrin. Sedan följer den mest omfattande delen, den del som behandlar vansinnets feminisering. Här presenterar jag feministiska studier av 1800-talets psykiatri och kopplar dessa till Foucaults maktbegrepp och hans idé om kvinnokroppens hysterisering. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion.

SOCIOLOGINS INTRESSE FÖR DET AVVIKANDE – I DURKHEIMS FOTSPÅR

Den funktionalistiska skolan – avvikelsen som en nödvändig social funktion

Där den nyuppkomna psykiatriska disciplinen vid mitten av 1800-talet fokuserade på biologiska eller kroppsliga orsaker till fenomenet mentalsjukdom, började så småningom ett nytt slags tänkande kring

”patologiska” beteendeformer eller sjukdomar ta form. Den sociologiska debatten kring avvikelser, och således även det sociologiska tänkandet kring mentalsjukdom, kan spåras till Emile Durkheim (1895) som i slutet av 1800-talet gav ut *Sociologins metodregler*. Durkheim hävdar här att sociologer borde skapa nya kriterier för att urskilja ”normala” element från ”patologiska”. Psykiatriens syn på normalitet kan ifrågasättas av sociologen, som med sina frågor kommer fram till andra slutsatser. I motsats till det medicinska/psykiatriska tänkandet betraktade Durkheim patologiska eller avvikande beteendeformer som en naturlig del av samhället (Durkheim 1958, 67).

Durkheim hävdade redan i *Den sociala arbetsfördelningen* (1893/1964) att brottsligheten (men detta inkluderade även andra former av avvikelser) har en viktig social funktion i samhället. Denna funktion är rent av nödvändig för ett samfund, eftersom det avvikande beteendet visar gränserna för det tillåtna beteendet och därigenom stärker samfundets sammanhållning. Den kollektivt upplevda rädslan och indignationen över brottet bidrar enligt Durkheim till att förstärka samfundets gruppkänsla ”vi mot dem”, de normala versus de avvikande. I *Sociologins metodregler* (1895/1958) visade Durkheim att samhället inte kan existera utan regler som definierar vad som är normalt beteende och vad som inte är det. Avvikelsen bekräftar och befäster de normer samhällsmedlemmarna har internaliserat som sina egna. Även om Durkheim talar om brottsligheten som det avvikande kan hans tankar kring regelbrott också tillämpas på en analys av vansinnet. Durkheims analys av gränsdragningen mellan det normala och det patologiska visar hur definitionen och kontrollen av det patologiska sker utgående från behovet att upprätthålla det normala, och därigenom den sociala solidariteten (Busfield 1996, 2001; se även Horwitz 2002).

Durkheims idéer fick stor genomslagskraft och vidareutvecklades av Talcott Parsons (1951) som blev strukturfunktionalismens kanske mest framträdande gestalt. Parsons analys av sjukrollens sociala förväntningar har varit inflytelserik, men har blivit hårt kritiserad (bl.a. Wrong 1961). Parsons utvecklade en analys av det sociala systemet där roller – förväntningar kring en särskild position i det sociala systemet – ligger i fokus. Parsons betraktar avvikande beteende som otillräcklig rollutövning, med andra ord lever inte individen upp till den sociala rollens förväntningar. Sjukdom, liksom brottslighet, är i Parsons förståelse former av avvikande beteende. Skillnaden mellan de bägge avvikelseformerna ligger i avsiktligheten: brottslighet är i Parsons förståelse avsiktlig medan sjukdom är oavsiktlig. Å andra sidan menar Parsons att sjukrollen kan legitimera ett tillbakadragande från olika skyldigheter som är kopplade till individens yrkes- eller familjeliv, vilket implicerar en viss avsiktlighet i individens handlande. Att normbrottet ursäktas med hjälp av sjukrollen gäller endast under förutsättning att patienten arbetar för sitt eget tillfrisknande, dvs. patienten skall själv vilja tillfriskna och söka medicinsk hjälp för det ändamålet (Parsons 1951, 436-437). Detta innebär att patienten

måste underkasta sig läkarens behandling (Gerhardt 1989). Patienten som vägrar att underkasta sig behandling anammar en avvikande sjukroll vilket kan leda till ett permanent utanförskap (Turner 1987). Dessa förväntningar som omger sjukrollen är i Parsons analys en mekanism som reglerar sjukdom och därmed bidrar till att det sociala systemet fungerar smidigt (Busfield 1996, 62; Riska 2000). Något förvånande är att trots att Parsons ger en ahistorisk, könsblind och rigid bild av det sociala systemet, så har hans idéer om sjukroller vunnit gehör bland feministiska teoretiker (Chesler 1972; Busfield 1996; jfr Fahy & Smith 1999).

"Wayward Puritans" – skapandet av kvinnlig avvikelse

Durkheimianen Kai T. Erikson (1966) utvecklade och använde sig av Durkheims teori kring avvikelse och normalitet i sin klassiska studie *Wayward Puritans*. Erikson undersöker här hur avvikande beteende definierades och kontrollerades i den puritanska nybyggarkolonin i 1600-talets Massachusetts. Han använder sig av historiska dokument och närmar sig metodologiskt sitt material med hjälp av fallstudier på mikronivå. Jag behandlar Erikson rätt utförligt, och min avsikt är att visa att hans – till synes könsneutrala – analys konstruerar social avvikelse som något specifikt kvinnligt.

Eriksons huvudsakliga argument, som följer Durkheims synsätt, är att avvikande beteende är en social mekanism som tydliggör den egna kulturens gränser. I likhet med Durkheim pekar han på avvikelser som nödvändig för upprätthållandet av den sociala ordningen. Genom avvikelser förstärks de sociala normer som styr samhällsmedlemmarnas beteende. Erikson analyserar tre "brottsvågor" (crime waves), och han presenterar här de individer som kom att betraktas som avvikande, samt de som definierade dem som sådana. I Eriksons analys är avvikelser inte en inneboende egenskap hos individen utan något som tilldelas denne. Eriksons tankar om "tilldelande" eller "tillskrivande" av avvikarstämplar har stora likheter med Scheffs (1966) och Goffmans (1961) tankar. Den sociala kontrollen utövas därmed av de individer som omger personen i fråga. Kontrollen och makten förstås här på ett mikroplan, i likhet med den symboliska interaktionismen överlag (se Becker 1963).

Den s.k. "överföringen" av en individ från sin "vanliga" position i samfundet till den avvikandes kategori är enligt Erikson (1966, 15) en rituell handling. Erikson hänvisar till Parsons (1951) och menar att övergången från en "normal", dvs. frisk människa till en sjuk, dvs. antagandet av sjukrollen, är en liknande rituell process. Denna process – eller stämpling, för att använda Beckers (1963) och Scheffs (1966) terminologi – sker inom ramen för en offentlig arena¹² där den avvikande konfronteras med sitt samfund. Denna arena kan vara en rättegångsprocess där ett utlåtande om individens avvikelse görs (t.ex. ett domslut eller en psykiatrisk diagnos) och

¹² Inflytandet från Goffman är uppenbart. Se Goffman (1959) gällande analys av arenor, främre och bakre rum.

där hon placeras i en särskild roll som är avsedd att neutralisera de skadliga effekterna av hennes handlande. Fångens eller patientens roll är dylika avvikarroller (Erikson 1966, 15-16). Sådana överföringar där en individ definieras som avvikande kallar Erikson för "förbindelseceremonier" (commitment ceremonies) och är nästan alltid oåterkalleliga, de är med andra ord "själuppfyllande profetior" (jfr Merton 1951). Som belägg för detta antagande nämner han brottslingars benägenhet att fortsätta på brottsbanan efter fängelsevistelsen och mentalpatienters behov av fortsatt vård efter sjukhus. Detta förklaras med att dylika institutioner förstärker avvikaridentiteten (Erikson 1966, 18). Samma tankar framförs i synnerhet av Goffman (1961), men även i viss mån av Becker (1963) och Scheff (1984/1966).

De (urskiljnings)metoder ett samfund använder sig av för att placera vissa individer i den avvikande kategorin kallar Erikson för "kategoriseringsmönster" (deployment patterns), och varje samhälle har sin egen uppsättning av dessa. Det gemensamma hos dem är att de reglerar, och därmed styr, flödet av avvikande individer som rör sig mellan samfundets gränser. Enligt Erikson ger dessa kategorier samhällsmedlemmarna en "intim erfarenhet av den gräns som skiljer moral från omoral" (Erikson 1966, 28). Det religiöst influerade puritanska "kategoriseringsmönstret" baserades på en så gott som permanent uteslutning av den avvikande klassen (död, förvisning) samt en permanent avvikarstämpel (Erikson 1966; jfr Merton 1951). Att avvikarstämpeln lätt blir bestående är enligt Erikson inte ett puritanskt fenomen i sig, utan en generell tendens.

Ett intressant argument i analysen är att Erikson antar att andelen avvikare i ett samfund hålls rätt oförändrad eller konstant över tid. För att styrka sitt antagande presenterar Erikson brottsstatistik från Essex County, Massachusetts (USA) åren 1642-1673 där andelen brottslingar hålls stabil, trots den allmänna oron över de tre brottsvågorna (Erikson 1966, 171). Erikson hävdar att samhällets "utrustning" för att upptäcka och handskas med avvikare, dvs. mängden fängelseceller, psykiatriska bäddplatser, poliser och domstolar, *påverkar* den andel avvikare ett samhälle uppmärksammar. Andelen avvikare blir därför åtminstone delvis en funktion av samhällets sociala kontrollapparat och säger något om samhällets sätt att uppfatta problemet (Erikson 1966, 24). Därför menar Erikson att makten att utfärda sanktioner oftare används för att *stabilisera* än att eliminera brottslighet. När ett samhälle försöker uppskatta hur stor den avvikande populationen är, mäter man i själva verket den egna sociala kontrollapparatens kapacitet, snarare än samhällsmedlemmarnas avvikartendenser. Om till exempel den psykiatriska professionen fann botemedel för de flesta mentala störningar skulle kontrollagenten – i detta fall läkarvetenskapen – rikta sin uppmärksamhet gentemot andra beteendeformer och definiera vissa beteenden, som tidigare skulle ha betraktats som normala, som avvikande (Erikson 1966, 26). Eriksons antagande bygger på Durkheims (1958/1895) idé om att avvikande beteende

inte försvinner även om samhällsmedelmmarna följde alla regler, utan i stället blir reglerna strängare.

Enligt Erikson är idén om att samhället värjer sig mot farliga element, såsom brottslighet och vansinne, genom att placera avvikarna i särskilda institutioner (fängelser, dårhus) alldeles för enkel. Det intressanta är att istället fråga varför ett samfund tillskriver ett visst slags beteende som avvikande och inte andra. För att utreda detta analyserar Erikson brottsvågor som utgjorde s.k. gränskriser (boundary crises), och som ledde till att puritanerna i New England¹³ måste omdefiniera gränserna för sitt kulturella och moraliska territorium. Det intressanta med gränskriserna är att Erikson inte utgår ifrån att dessa alltid resulterar i en förstärkning av den "gamla" eller tidigare moraliska ordningen, utan snarare i förändringar i ett samfund. I detta hänseende skiljer sig Eriksons funktionalism avsvårt från den mera konservativa funktionalism som Parsons representerar.

De tre brottsvågor som Erikson presenterar är "upprosrsmanna-kontroversen" (the Antinomian Controversy¹⁴), kväkarförföljelserna och Salems häxförföljelser. Genom att presentera nybyggare som framträder i rättegångsprotokollen vill Erikson säga något om avvikande beteende i det koloniala New England under 1600-talet, men han säger sig även vilja uttala sig om avvikande beteende *överlag*. Han strävar således efter en universell sociologisk förklaring till avvikande beteende på samma sätt som Durkheim.

Kvinnor, kvinnor och ... kvinnor

Wayward Puritans möjliggör även en intressant feministisk läsning. Det könsteoretiskt intressanta ligger i att de fall Erikson lyfter fram ur de historiska dokumenten uteslutande är kvinnor, en avgörande aspekt som Erikson själv helt och hållet förbiser. Även den brottsstatistik han presenterar (Erikson 1966, 171) saknar fördelning mellan mäns och kvinnors brottslighet, och därför blir det oklart hur han valt de fall han presenterar. Hans analys av avvikelser är således *inte* en universell sociologisk studie. Den kan inte ens kallas könsneutral, eftersom Erikson formar sin teori kring avvikelser utifrån ett material som uteslutande behandlar kvinnor. Den kontroll Erikson påtalar gäller således inte "avvikare" i någon generell bemärkelse, utan handlar om kontrollen av kvinnliga förbrytare.

Jag presenterar här i korthet de tre brottsvågorna. I den första brottsvågen figurerar Mrs Hutchinson, en kvinna som uppnådde stort inflytande i den puritanska kolonin genom sina teologiska åsikter. Tillsammans med sin make höll hon bibliska diskussioner i sitt hem vilka så småningom blev populärare än de officiella predikningarna. Problemen uppges ha börjat då fru Hutchinson hävdade att predikanterna inte var kompetenta att förkunna Guds ord. Irritationen mot henne började växa.

¹³ Puritanerna hade ursprungligen emigrerat från Storbritannien där de blivit förföljda.

¹⁴ Upprosmakare kallades i Boston för "antinomians", därav namnet "the Antinomian controversy".

De (manliga) predikanterna var förödmjukade och rasande över att hon ifrågasatte deras kompetens. Den påföljande rättegången som hölls mot Anne Hutchinson resulterade i att hon förvisades från kolonin. Erikson noterar att det faktum att Anne Hutchinson var kvinna säkerligen bidrog till irritationen, men påpekar att hon var medveten om att hon bröt mot reglerna: "For Mrs Hutchinson was a full partner in the transactions which led to her banishment [...] it is fairly clear that she got what she *expected*, and in fact played an active role in realizing that prediction" (Erikson 1966, 100). Erikson presenterar här kvinnan som ett agerande subjekt som deltar i den "överföringsprocess" som placerar henne i avvikarkategorin. Enligt Eriksons synsätt är Anne Hutchinson således själv med om att konstruera sin avvikelse. Detta är i sig en viktig iakttagelse, och gör det möjligt att beakta motstånd och subjektivitet.

Trots att betydelsen av kvinnors aktörskap inte får underskattas visar Anne Hutchinsons fall hur hennes självständiga, aktiva agerande – i detta fall kritik av manlig auktoritet – fördöms, kontrolleras och till slut bestraffas. Med sitt handlande har hon utmanat manlig auktoritet, överskridit den passiva kvinnoroll som tillskrivits henne genom att tillträda en manlig domän – den teologiska arenan – och därmed agerat. Men samtidigt bestraffas hon genom att hon utvisas från kolonin och därmed blir hon per definition ett "objekt" – ett hot – som måste tillintetgöras för att samhällsstabiliteten skall återupprättas. Eriksons analys av Anne Hutchinsons handlingar och bemötandet av dem, förenklar och kanske i viss mån även romantiserar Hutchinsons handlingsutrymme.

Den andra brottsvägen handlar om kväkarinvasionen och -förföljelserna. Symptomatiskt för Eriksons genomgång av gränskriserna, som uteslutande presenteras i kvinnlig skepnad, är att illustrationen av hur kväkarkrisen fick sin början representeras av hur ett par medelålders hemmafruar "sailed quietly into Boston Bay" (Erikson 1966, 108). Kväkarförföljelserna handlade inte om en teologisk motsättning (som i fallet Hutchinson). Problemet låg, enligt Erikson, snarare i att kväkarna levde åtskilt från det övriga samfundet och därför inte deltog i det kollektiva samfundet. Erikson medger att det finns föga information om kväkarna, men nämner två kväkarkvinnor som hängdes och ytterligare två kvinnor som nämns i Essex Countys domstolshandlingar från år 1669. Kvinnorna beskyldes för kväkari och för att ha gått omkring nakna på gatorna i Salem. Även de avrättade kvinnorna hade upprört puritansamhället genom att gå omkring nakna.

Erikson påpekar att kunskapen om kväkarna är begränsad, men de avvikare han presenterar är alla kvinnor. Vi kan därför anta att något eller alla av följande påståenden gäller: a) de fall som finns dokumenterade handlar alla de facto om kvinnor, vilket skulle innebära att kväkarförföljelserna var en kontroll av kvinnor; b) Erikson *väljer* att diskutera de fall där kvinnor varit inblandade antingen för att bemötandet av avvikelsen är intressantare, dvs. starkare och mera påtaglig än i de fall som handlar om män; c) det är en ren slump att Erikson väljer att

porträtterna kvinnliga avvikare. Även om vi endast kan spekulera kring hans val kommer vi inte ifrån det faktum att Eriksons studie tydliggör hur gränserna för kvinnlig avvikelse, och därmed kvinnlig normalitet, definieras och upprätthålls.

Även den tredje vägen som gäller häxförföljelserna i Salem börjar med kvinnliga orosmakare. Förföljelserna fick sin början i samband med att unga flickor i åldern 9 till 20 år började samlas regelbundet i ett hem där familjen hade en slavflicka från Barbados. Denna ansågs besitta kunskaper i magi. Två unga flickor började sedermera uppvisa "a most unusual malady" (Erikson 1966, 141), de skrek och föll ner på marken och lät som skällande hundar. Läkaren konstaterade att flickorna var förhågade, och man befallde att flickorna skulle identifiera de häxor som trakasserade dem. Tre kvinnor i byn utpekades som ansvariga, men listan på häxor växte i snabb takt. Många fängslades, däribland en del män, och en del hängdes. Eriksons redogörelse av fallet visar att flickornas beskyllningar inte ifrågsattes förrän flickorna började anklaga "viktiga män" i samfundet för häxeri. Erikson uttrycker det inte på det här sättet, men närläsningen av hur skeendet gick till – såsom porträtterat av Erikson – visar hur misstankarna om osanning dök upp när män började anklagas för häxeri. En stor rättegång hölls där de flesta personer som åtalades för häxeri omedelbart friades och återstoden senare. Inom en kort tid befriades alla de häxor som suttit fängslade. "The witchcraft hysteria had been completely checked within a year of the day it first appeared in Salem Village" (Erikson 1966, 153).

Det synes som om häxjakten dog ut i samband med att samfundets betydelsefulla män beskylldes för häxeri. Så länge det hade handlat om några kvinnor ifrågasatte man inte deras avvikelse, men då något "rent" (dvs. männen) besudlades uppstod ett behov att omdefiniera avvikelserna (jfr Douglas 1966). En parallell kunde här dras till Erving Goffmans (1961) analys av fängelse- och mentalsjukhusinterner (som i hans analys är män) och den förödmjukelse och förnedring avvikarstämpeln innebär (se även Goffman 1963). Goffman (1961) ansåg den psykiatriska hospitaliseringen vara mera destruktiv för jaget än fängelseinspärning. Phyllis Chesler (1972, 35) menade att det som Goffman, men även andra teoretiker, ansåg vara det mest destruktiva inom den psykiatriska vården var det faktum att manliga interner behandlas som kvinnor: som hjälplösa, beroende, underkuvade och irrationella.

Eriksons syn på makt och social kontroll ligger på ett mikroplan, och trots den funktionalistiska ansatsen har tolkningen en stark koppling till den interaktionistiska skolan (såsom representerad av Goffman 1961; Becker 1963; Scheff 1966). Kontrollen av avvikare utövas inte av endast en dominerande institution (se avsnittet om medikaliseringen), tvärtom, flera olika (såväl informella som formella) agenter handskas med avvikelser, och varje form av avvikelse väcker inte de officiella kontrollagenternas uppmärksamhet. Den sociala kontrollen i det lilla samfundet utövades av alla och därför gick inte avvikande handlingar obemärkta förbi (Erikson

1966, 170). Med detta tror jag Erikson avser att den informella kontrollen, med andra ord den interna disciplin som rådde inom samfundet, bidrog till att en officiell kontroll (domstol) inte var nödvändig, eftersom "alla kontrollerade alla".

Eriksons presentation av avvikarna visar att den sociala kontrollen riktas mot kvinnor, något som blir ytterst synligt i alla exempel Erikson introducerar. I slutet av sin bok tar Erikson upp ytterligare tre avvikare: en barnmörderska, en lögnerska och en häxa. Även dessa är kvinnor. Barnmörderskan och häxan dödades. Erikson drar slutsatsen: "deviant behavior *was* a kind of illness, not an occasion for warmth or sympathy, to be sure, but an emergency condition which had to be treated with every resource at the community's disposal" (Erikson 1966, 194). Avvikelsen, eller sjukdomen som Erikson kallar det här, måste således "behandlas" och kontrolleras med yttersta medel. Kvinnornas avvikelse var till den grad normbrytande att straffet för många av dem inte enbart blev en uteslutning ur samfundet utan fullständig eliminering, avrättning.

Kontroll av kvinnor – kvinnligt motstånd?

Wayward Puritans konstruerar sålunda avvikelsen som något specifikt kvinnligt (jfr Showalter 1987; Ussher 1991). Samtidigt skapar Erikson bilder av kvinnlighet, representationer som är kopplade till omoral och avvikelse. Man kunde också fråga sig huruvida Eriksons benämning av det avvikande beteendet som "en slags sjukdom" (Erikson 1966, 194), har att göra med att kvinnors normbrott lättare kategoriseras och betraktas som tecken på sjukdom än mäns normförbrytelser? Detta skulle avspegla den kulturella stereotypin om kvinnor som mera emotionella, känsliga och sårbara (jfr Busfield 1996, 2001). De fall Erikson redogör för ger en bild av att kvinnors regelbrott tenderar att bestraffas hårdare än manligt oönskat handlande. Phyllis Chesler (1972) skulle säga att detta beror på att män tilläts en större räckvidd av tillåtet beteende än kvinnor. En kvinna som går omkring naken på gatorna (kväkarkvinnorna) eller som kritiserar, anklagar och utmanar manlig auktoritet (Mrs Hutchinson, "häxorna") bryter inte enbart mot vardagliga beteendenormer, utan hotar den allmänna bilden av kvinnlighet i och med den gränsöverskridning detta innebär (jfr Lennartsson 2001). Det som Eriksons empiriska exempel visar är att det är genom utpekandet och kontrollen av avvikarkvinnorna som gränserna för det kulturella och moraliska territoriet upprätthålls. Erikson förbiser fullständigt den könsrelaterade aspekten av de avvikelser hans empiriska material behandlar.

Eriksons *Wayward Puritans* kan följaktligen läsas som en analys av de historiska gränserna för könad social avvikelse. Hur reagerar ett samfund och vad händer när någon överträder sin förväntade sociala roll, köns- eller klassposition och kallar sig förkunnare av Guds ord, såsom Anne Hutchinson? Denna fråga ställs också av Karin Johannisson (1997, 174), vars analys av nio unga kvinnors dårskap i 1700-1800-talets Sverige har tydliga paralleller till Eriksons kvinnliga avvikare. Johannisson

presenterar nio unga kvinnor som genom självsvält, manipulation av kroppen, kramper, konvulsioner och autosuggestion väckte medicinens intresse till den grad att deras sjukdomsberättelser dokumenterades av samtiden. Några av kvinnorna uppnådde "gudomlig" status genom att de "lurade" sin omgivning att tro att de kunde överleva utan föda eller uthärda omänsklig smärta. En av kvinnorna stack nålar och andra föremål i sin kropp och fick på detta sätt en särskild magisk position.

På liknande sätt dokumenterar Erikson kvinnor vars handlingar ledde till dokumentation och uppmärksamhet från det puritanska samfundets sida. Johannisson tolkar de unga kvinnornas handlingar som ett sätt att skapa handlingsutrymme i en patriarkal instängd värld. Hon menar att kvinnornas sociala och könsliga position förändrades genom att de representerade sig själva som utvalda (Johannisson 1997, 175). Eriksons unga flickor (Salem), som i kramper och konvulsioner skrek och kallade på Gud, förändrade samfundets bild av dem. För ett ögonblick nådde flickorna en maktposition, eller åtminstone en position varifrån de kunde tala, möjligen även utöva inflytande. Deras utsagor – utpekandet av häxor i samfundet – ledde till konkreta handlingar från samfundets sida, och deras röster blev hörda och fick betydelse. Huruvida det handlade om en medveten strategi eller protest från flickornas sida kan vi inte veta, men tanken är möjlig.

Karin Johannisson (1997, 177) betraktar de unga kvinnornas självförnekelse (t.ex. självsvälten) kombinerad med anspråken på särskildhet (t.ex. predikan, extasen) som symboliska uppror mot en förtryckande samhällsordning. På samma sätt som hos flickorna i Salem, kunde protesten formuleras i en form som gjorde att kvinnorna själva inte kunde hållas ansvariga: de talade genom Gud (Johannisson 1997, 175). Kvinnornas språk, utsagor och handlingar måste förstas inom ramen för det sociala och historiska fält där de rörde sig. Eftersom religionen – både i Eriksons och Johannissons exempel – utgjorde den gemensamma språkliga kontexten, var den religiösa diskursen och utagerandet på en religiös domän möjligen det enda sättet för kvinnorna att få sina röster hörda.

MEDIKALISERING AV AVVIKELSE OCH SJUKDOM

Anti-psykiatrin och stämplingsteorin – avvikelsen som en social reaktion

Vid samma tid som Eriksons *Wayward Puritans* (1966) utkom pågick en debatt kring mentalsjukdomar och psykiatris maktposition som resulterade i ett stort antal sociologiska studier kring sjukdom, avvikelse, sociala institutioner och makt (Goffman 1961; Scheff 1966). Psykiatriska förklaringar av mentalsjukdomar utsattes för hård kritik såväl av sociologer som av psykiatrer. Kritikerna lyfte fram den samhälleliga aspekten av

mentalsjukdom och ifrågasatte själva mentalsjukdomsbegreppet (Szasz 1961). *Anti-psykiatri*¹⁵ som term kom att användas för den kritik av psykiatri som växte fram under 1960-1970-talen främst i Storbritannien och Förenta staterna. Kritiken kom från psykiaterhåll.¹⁶ Anti-psykiatri måste betraktas som en politisk (och vetenskaplig) rörelse och som en del av en större samhällskritik. Rörelsen var radikal. Dess representanter ifrågasatte inte särskilda praktiker eller behandlingsmetoder, inte heller krävde de enbart en humanare psykiatrisk disciplin. De gick längre än så: anti-psykiatrerna ifrågasatte psykiatrins fundament, dess avsikter, dess grundläggande antaganden om mentalsjukdom och själva distinktionen mellan mentalsjukdom/avvikelse och hälsa/normalitet (Crossley 1998, 878).

Kritiker som Thomas Szasz (1961) kallade "mentalsjukdom" för en myt som har mera gemensamt med mytologi än med medicin (se även Szasz 1991). Szasz (1961) ansåg att begreppet "sjukdom" innebär (eller borde innebära) en fysisk-kemisk störning i kroppen, ett sjukdomskriterium som "mentalsjukdom" inte uppfyller. Mentalsjukdom betecknar, enligt Szasz, en social roll, men används felaktigt för att representera ett tillstånd. Således är det inte individens handlingar som gör att hon eller han betraktas som mentalsjuk, utan snarare vad andra *tänker* om dennes handlingar (jfr Becker 1963; Cochrane 1983). Beteende som uppfattas som icke-önskvärt eller konstigt frammanför ett behov av psykiatriska förklaringar (Szasz 1961, 1971, 1974). Individens som uppfattas som "mentalsjuk" anses uttryckligen ha förlorat sitt *förstånd*, inte sin kroppsliga hälsa eller sin dygdighet, eftersom hans/hennes beteende är fullständigt obegripligt (Ingleby 1982, 128; Palmer 2001; jfr Foucault 1967).

Här kan en koppling göras till Dorothy Smiths (1978) intressanta etnometodologiska artikel, *K is mentally ill*, i vilken hon analyserar en definitionsprocess, genom vilken en kvinna, K, kom att bli betraktad som mentalt störd av sin omgivning, i detta fall av K:s vänner.¹⁷ Smith

¹⁵ Själva termen "anti-psykiatri" lanserades år 1967 av David Cooper genom boken *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Cooper, själv psykiater, ville få igång en kritisk debatt kring den psykiatriska institutionen. Cooper (1967) ansåg att psykiatri i teori och praktik var, och är, förtryckande och därför *anti-psykiatrisk*.

¹⁶ Anti-psykiatri har betecknats som en revolt "från ovan", ett uppror som uppstod inom den psykiatriska disciplinen (Crossley 1998, 881). I Storbritannien var psykiatrerna David Cooper (1967), R.D. Laing (1967, 1969) och Aaron Esterson (1972) rörelsens förgrundsgestalter. I Förenta staterna kom Thomas Szasz att utöva stort inflytande med boken *The Myth of Mental Illness* som utkom år 1961.

¹⁷ Dorothy E. Smith, kanadensisk sociolog och feminist, utkom år 1979 med artikeln *A Sociology for Women*, som blev en klassiker, liksom hennes första bok *The Everyday World as Problematic – A Feminist Sociology* (1987). Smith visar hur sociologin som disciplin har utvecklats av och för män som intar en särskild position. Därför problematiserar Smith den verklighet man gör sociologi av, och visar hur sociologin varit ett "ovanför"-perspektiv som blickat nedåt, men inte sett åt sidorna, med den påföljden att kvinnors erfarenheter uteslutits från det sociologiska kunskapsbygget. Enligt Dorothy Smith skall vi förstå samhällets struktur utifrån vardagslivet, från kvinnors erfarenheter och aktiviteter (se även Widerberg 1995).

visar hur stämpeln ”mentalsjukdom” tillskrevs en person vars utsagor och handlingar var obegripliga för observatören, eftersom de inte motsvarade observatörens egen verklighet. Dessa företeelser handlade ofta om vardagliga och materiella ting (Smith 1978; jfr Mead 1934, 75-82):

“K was unable to put on a teapot cover correctly, she would reverse its position to make it fit, but would simply keep slamming it down on the pot (Smith 1978, 29-30).”

”[K] had definite food-fads, and would take condiments such as ketchup, pepper to excess. Also things like tinned fruit and honey, she would eat them by the jar, at one go. We gradually began to realize that she just could not cope and we began to take over more and more of her responsibilities” (Smith 1978, 30).

Dorothy Smith pekar på betydelsen av informella agenter – i detta fall vännerna – i sociala konstruktioner av ”mentalsjukdom”. K kom att betraktas som mentalsjuk, även om hon inte ”hamnade i händerna” på den officiella (psykiatriska) professionen. Redan i denna tidiga studie lyfter Smith fram sociologens roll i skapandet av forskningsresultat; sociologen är och måste vara en aktiv deltagare i konstruerandet av de händelser hon behandlar som data (1978, 24; jfr Smith 1999).¹⁸

Fallet K illustrerar således hur utsagor, föreställningar och handlingar inte är irrationella *i sig*, utan *konstrueras* som irrationella i en specifik kontext (jfr Palmer 2001, 19). Smiths mikroanalys av kvinnan K visar tydligt hur omgivningens – observatörernas – tolkningar av K:s handlande definierade henne som mentalsjuk. Om den sociala och historiska kontexten ligger i blickfånget för vansinneskonstruktioner, ligger det sociologiskt intressanta i att granska *hur* handlingar skapas, ges betydelse och kategoriseras.

Även om varken anti-psykiatrin eller stämplingsteorin problematiserar kvinnlighet och manlighet i relation till mentalsjukdom, lyfter Thomas Szasz (1971) fram ”den kvinnliga mentalpatienten” genom en provokativ jämförelse mellan häxornas inkquisition och modern psykiatrisk behandling. Enligt honom är tortyrmetoderna likartade: häxan tillskrivs, liksom den ofrivilligt intagna mentalpatienten, en degraderad och avvikande roll mot sin vilja. På liknande sätt utsätts hon för diagnostiska procedurer som fastställer huruvida hon är frisk/mentalt störd eller inte. Inkvisitorernas och psykiatrerens klassificeringar av häxor och kvinnliga mentalpatienter betraktar Szasz (1971) som analoga. Både den ”helige fadern” (inkvisitorn) och den ”vetenskaplige fadern” (psykiatern) är intresserade av att rädda kvinno själar. Enligt Szasz (1971) är metoderna för detta bekännelse, ånger och bestraffning.

¹⁸ Smiths (1978) artikel är kanske framför allt ett metodologiskt bidrag. Smith presenterar hela intervjun som material, och hennes analys explicerar tolkningen av texten som ett sätt att läsa (method of reading) Enligt Smith organiserar intervjun som helhet en utslutningsprocess varigenom K:s beteende presenterades såsom obegripligt både för vännerna och för textens läsare.

Den anti-psykiatriska diskussionen som fördes på psykiaterplan fick inom sociologin sin motsvarighet i *stämplingsteorin* (labeling theory), som utvecklades inom ramen för den symboliska interaktionismen. Vansinnet förstås här som en process mellan individer där regler och normer konstrueras genom sättet på vilket sociala grupper förhåller sig till "normalitet" eller "avvikelse". Avvikande beteende förklaras även här med hänseende till sociala roller (Goffman 1961; Szasz 1961) och normer (Becker 1963; Scheff 1966). Stämplingsteoretiker jämför mentala störningar med andra former av socialt avvikande beteende såsom kriminalitet, drogmissbruk osv. Alla former av normförbrytelse uppfattas dock inte som symptom på mentalsjukdom utan endast som ouppfostrat, omoraliskt eller brottsligt (Scheff 1966). Anti-psykiatrin och stämplingsteorin betraktar den psykiatriska professionens makt vara representerad i de medicinska definitionerna av mentalsjukdom. Makten representeras också av de sociala institutioner (fängelser, mentalsjukhus) som har till sin uppgift att inordna avvikare i ett kontrollsystem. "Mentalsjukdom" betraktas som socialt konstruerad och den psykiatriska värden handlar här om att upprätthålla den sociala och moraliska ordningen, snarare än att lindra lidande (Ingleby 1983, 143).

Att bli stämplad

Även om redan Talcott Parsons (1951) hade analyserat sjukdom som en form av avvikelse, var det radikala och nya med Howard Beckers (1963) resonemang att han föreslog att avvikelse inte var själva handlingens kvalitet utan en konsekvens av stämplingen. De avvikande är således inte en grupp individer som handlat på samma sätt, utan en grupp som stämplats eller stigmatiserats som avvikande. Således är det avvikande beteendet inte avvikande i sig, utan en social reaktion (Goffman 1961, 1963; Becker 1963). Erving Goffman (1961) talar om kulturella stereotyper som ger upphov till "mentalsjukdom". Enligt Thomas Scheff (1984/1966) orsakar det avvikande beteendet stor kollektiv avsky och den avvikande individens normförbrytelser väcker starka känslor hos de övriga samhällsmedlemmarna.¹⁹ I stämplingsprocessen förknippas den "moraliska skymfen" med normförbrytaren. Om vi ser på de eriksonska avvikande kvinnorna ur Scheffs perspektiv kunde kvinnornas normbrott betraktas som en skymf mot samfundets regler på ett sätt som kräver sanktioner från samhällets sida.

¹⁹ Scheff kallar de normer som uttryckligen gäller beteende som stämplas som mentalsjukt för "residualregler", vilka är djupt liggande regler som strukturerar vardagslivet. Dessa regler (normer) är så självklara, djupt internaliserade att de inte är explicit uttryckta (t.ex. att se den person i ögonen som man talar med, att förstå innebörden av vad andra gör och säger). Eftersom dessa förbrytelser inte är specifikt namngivna har de enligt Scheff (1984, 38) slagits ihop till en "restkategori" (residual category). Till denna kategori hörde tidigare häxeriet och andebesattheten. I det moderna samhället handlar det om de mentala störningarna. Scheffs teori förklarar emellertid inte varför vissa individer blir "residuala regelbrytare", något som kan bero på den vaga och opreciserade definitionen av "residualregler" (Radden 1985; Busfield 1989).

I likhet med Erikson (1966) och Goffman (1961, 1963) menar Scheff (1984/1966) att stämplingen tenderar att stabilisera, eller rent av att införa, det avvikande beteendet. Individerna kommer att förstärka sin avvikelse och börja bete sig på det förväntade sättet. Han eller hon kommer att bli belönad för att ha antagit rollen som mentalsjuk, men bestraffad om han eller hon försöker undfly den (Scheff 1984, 30; se även Merton 1951). Synsättet är deterministiskt, men visar tydligt hur inflytelserika avvikarstämplingar kan vara. Goffman (1961) anser att en persons oförmåga, eller rent av motvilja, att uppfylla den tillägnade sociala rollen, något som i sin tur innebär att personen misslyckas med att uppfylla andras förväntningar, utgör den första orsaken till att han eller hon stämplas som mentalt sjuk (jfr Parsons sjukroll 1951; Chesler 1972).²⁰

Förtryckande medicinsk makt och avvikaren som offer

Stämplingsteorins könsblindhet, vagheten kring normbrotten²¹ och dess avsaknad av historisk problematisering utgör epistemologiska svagheter. Å andra sidan kan den stämplingsteoretiska ansatsen ge upphov till feministiska omtolkningar. I en feministisk läsning av Goffmans (1961) antaganden skulle till exempel en kvinna som försummar sina barn, är promiskuös, våldsbenägen eller konsumerar stora mängder alkohol, riskera att bli stämplad som mentalt störd. Hon stämplas för att hon inte uppfyller den sociala rollens förväntningar (jfr Ussher 1991). I Kai Eriksons (1966) exempel ledde kvinnornas motvilja att uppfylla den tillskrivna sociala och könliga positionen till sanktioner från samfundets sida. Den svenska historikern Majja Runcis (1998) avhandling om steriliseringar i det svenska folkhemmet under 1900-talets första fyra decennier, kan även den läsas ur ett stämplingsteoretiskt perspektiv. Runcis (1998) visar på sociala konsekvenser av könade gränsöverskridningar, närmare bestämt pekar hon på det moraliserande och könade draget i samhällets definition av sinnesslöhetsbegreppet. Särskilt kvinnors normförbrytelser moraliserades och medikaliserades. Runcis (1998) visar hur "osedligt leverne" hos kvinnor kunde ge omdömet – eller stämpeln – sinnesslö i steriliseringsansökningar på 1930-40-talen (jfr Engwall 2000; Björkman 2001).

Strukturella, institutionella och historiska förklaringar till vansinnesdiskursen måste sökas inom andra teoribildningar. Den anti-psykiatriska rörelsen har likheter med den kritiska granskningen av psykiatriens uppkomst och etablering som presenteras av Roy Porter (1987, 1992, 2003) och Andrew Scull (1979, 1981, 1989). Likheterna ligger i synen på psykiatrin som en social kontrollinstitution och diskussionen kring vansinnets medikalisering. Den historiska kontexten är dock en annan.

²⁰ Stämplingsteorin har kritiserats för att den placerar mentala störningar i *en och samma* kategori – en stämpel – och frånsär skillnader mellan olika slags psykiska problem (Mulvaney 2001).

²¹ I Scheffs teori och i andra regelorienterade förklaringar av avvikande beteende förblir det oklart vilka de regler och förväntningar är som antas gälla i en viss situation, samt hur dessa regler uppstår (Hilte 1996, 10).

Porter och Scull diskuterar psykiatrins strävan efter makt under en tid då psykiatrin ännu inte uppnått en maktposition, medan anti-psykiatrin uttryckligen är en revolt mot den hegemoni psykiatrin sedermera uppnådde (Crossley 1998, 878).²²

Ett problem med anti-psykiatrins och stämplingsteorins fokus på makt och dominerande diskurser är att de inte beaktar möjligheter till motstånd, motdiskurser eller förändring. Trots att stämplingsteori på ett illustrativt sätt belyser stigmatiserings- och uteslutningsprocesser framställs den stämplade individen som ett passivt offer. Stämplingsteoretikerna kan påstås ha en romantisk bild av avvikarna (med ”humana avsikter”, medkänsla för mentalpatienterna och en strävan att ställa sig på ”deras sida”²³) som leder till att läkarna presenteras som förstående och illvilliga (Scull 1989; Peters 1996).²⁴ Den största bristen i anti-psykiatrin och stämplingsteori ligger i den endimensionerade presentationen av (medicinsk) makt. Samtidigt osynliggörs avvikarna som subjekt. Detta har ansetts leda till att avvikarens ”kroppsliga identitet, personlighet och förändringspotential” försummas (Peters 1996, 218). Forskningen går miste om den mångfald av erfarenheter som finns hos människor med mentala problem (Mulaney 2001, 43; Ohlander 2003b).

Trots sitt fokus på den psykiatriska disciplinens maktutövning är stämplingsteorins (inklusive anti-psykiatrins) syn på makt och kontroll inte fullt lika endimensionerad som medikaliseringsteoretikernas (t.ex. Zola 1972). Stämplingsprocessen omfattar den symboliska interaktionismens aktörsperspektiv. Familjemedlemmar, vänner och arbetskamrater – inte enbart läkarkåren – utövar makt och kontroll över sjukdomsstämplarna (t.ex. Smith 1978). Även avvikarnas ”röster” ges utrymme hos t.ex. Erving Goffman (1961). I *Asylums* erbjuder Goffman (1961) en tolkning av motdiskurser, subjektivitet och möjligheter till förändring, då han visar hur internerna på mentalsjukhuset med hjälp av olika praktiker och tekniker formar sin egen informella kultur. Genom detta skapar internerna ett slags motstånd mot den institutionella makten och den totala institutionen (se även Mathiesen 1965; Bosworth & Carrabine 2001).

²² De makroorienterade strukturella analyserna av vansinnet granskar den sociala organiseringen av vansinnet och den makt denna innefattar utgående från sociala, ekonomiska eller professionella aspekter. David Rothman (1971), Michel Foucault (1967) och Andrew Scull (1979, 1981, 1989) erbjuder historiska analyser av uppkomsten och etableringen av den psykiatriska professionen samt mentalsjukhusinstitutionen och analyserar hur makten ackumulerats hos den psykiatriska professionen sedan början av 1800-talet (se även Rosen 1968, 1974; Rose 1986; Castel 1988; McCallum 1997).

²³ I artikeln ”Whose Side are We on?” krävde Howard Becker (1967) en positionering från sociologens sida: sociologen skulle ställa sig på den marginaliserades, den maktlösa, sida. För problematisering, se Martyn Hammersley (2001).

²⁴ Szasz (1961, 1971) analys kan dock läsas mera mångfacetterad än vad kritiker har framhållit. Szasz betraktar inte individen som passiv eller mentalsjukdom som något som bara ”händer” en person. Mentalsjukdom är, i Szasz förståelse, något som individen själv skapar och därför är av betydelse för honom eller henne. För utförligare analys av Szasz, se Thomas Svensson (1990).

Stämplingsteorins ansats är därför inte så enkelspärig som vissa kritiker hävdar (t.ex. Scull 1989; Peters 1996).

”Verklighet” versus ”konstruktion”?

Stämplingsteoretikernas och övriga socialkonstruktivisternas syn på mentalsjukdom som en social och historisk konstruktion har av en del sociologer uppfattats som problematisk. Joan Busfield (2000) anser att begreppet ”social konstruktion” är oprecist och vagt på grund av dess ontologiska och epistemologiska bibetydelser, en kritik hon inte är ensam om (Hacking 1999). Vad gäller mentalsjukdom befarar Busfield att idén om sjukdomen som en ”social konstruktion” kan leda till missnöje hos patienter, läkare och familjer som anser att begreppet förnekar den verkliga smärtan, lidandet och de individuella erfarenheter som är kopplade till mentala störningar (Busfield 2000, 547; se även Engwall 2000, 18–19). Från medicinhistoriskt håll har samhällsvetare och historiker som studerat psykiatriens historia och vansinneskonstruktioner kritiserats för att fullständigt blunda för epidemiologiska aspekter gällande de subjekt som studeras (Moran 2003, 283).²⁵ Charles Rosenberg (1992) säger sig erbjuda en lösning på detta ”dilemma” genom att använda begreppet ”social inramning” (social framing) av sjukdom och hälsa. Med detta vill Rosenberg visa att uppfattningar kring sjukdom varierar i tid och rum, utan att för den skull förneka existensen av en materiell realitet av ett fenomen som konstitueras som sjukdom eller störning.²⁶

Denna kritik av socialkonstruktivism bygger på en slags konstruerad motsättning mellan ”vetenskap” och ”ideologi”. Konstruktivismen²⁷ framställs omfatta en strävan att reducera sitt forskningsobjekt till enbart en (konstruerad) ideologi. Detta implicerar eller konstruerar idén om en riktig och sann vetenskap (eller verkliga subjektiviteter, identiteter och praktiker) som sitt begreppsliga motsatspar (Uimonen 1999, 13–14). Att skilja mellan ”verklighet” – verklig, materiell sjukdom – och ”ideologi” – sjukdom som ”enbart” konstruerad – är inte särskilt givande. Ian Hackings (1998) distinktion mellan ”övergående” (transient) eller historiska mentalsjukdomar å ena sidan, och ”verkliga” eller biologiska mentalsjukdomar å den andra, är ett exempel på en uppdelning som kanske inte är helt oproblematiserad (jfr Horwitz 2002). Hacking (1998)

²⁵ Detta är främst en kritik från psykiaterhåll (t.ex. Moran 2003). Se Roy Porter & David Wright (2003) som tar epidemiologiska aspekter i beaktande i sin analys av mentalsjukhusväsendet och inspärningspraktiker från 1800 till 1965.

²⁶ Joan Busfield (2000, 547) säger sig föredra begreppen ”inramning” (framing) eller ”strukturering”, framför ”konstruktion” i en sociologisk analys av mentala störningar.

²⁷ Detta är en schematisk och förenklad framställning av ”konstruktivism” och kritiken av densamma. Vad som skall inbegripas i ”konstruktivismen” är oklart. Margaretha Järvinen (1996) inbegriper poststrukturalister såsom Jacques Derrida och Michel Foucault i sin definition av ”konstruktivism” som ett övergripande begrepp. Risto Heiskala (1994, 166–168) gör däremot en strikt distinktion mellan fransk poststrukturalism (Derrida, Foucault, Kristeva) å ena sidan, och social konstruktivism enligt Berger & Luckman (1966) å den andra. För utförligare problematisering, se även Järvinen & Bertilsson (1998).

demonstrerar förtjänstfullt vissa sjukdomsdiagnosers (t.ex. hysterins) uppgång och fall, i motsats till sjukdomar som kan antas "alltid" ha existerat. Emellertid är även patienter som lider av biofysiska sjukdomar – på samma sätt som patienter med "funktionella" eller "psykosomatiska" symptom – en del av det sociala och påverkas inte desto mindre av sättet på vilket de uppfattas (Borch-Jacobsen 2001, 27). Läkarvetenskapen kan inte betraktas som en "ren" kategori, opåverkad av sociala, historiska och kulturella faktorer. Medicinsk verksamhet är alltid kontextbundet socialt och kulturellt handlande (Uimonen 1999, 14; se även Lorber 1997; Shim 2002). Förekomsten av en materiell, kroppslig eller psykisk sjukdom utesluter inte att fenomenet i sig får sina betydelser i en social och historisk kontext (jfr Latour 1999). Dekonstruerande analysätt kan visa hur vansinnet och kroppen görs betydelsefulla, och hur dessa betydelser varierar och förändras, men vansinnet, liksom kroppen, har även en materiell och social existens (jfr Ramazanoglu & Holland 2002, 153).

Poststrukturalister såsom Judith Butler (1993) och Michel Foucault (1978) förnekar inte heller kroppens materiella verklighet – vi blöder, vi åldras, vi dör – även om betydelser tillskrivs kroppen och kroppen skapas på ett socialt och historiskt fält. Betydelser, kön och normer ges *till* kroppen (sjukdomen, den biofysiska existensen), snarare än att kroppen *i sig* skulle vara betydelsefull (Ramazanoglu & Holland 2002; jfr Oinas 2001). Att upprätthålla dikotomin biologiska ("verkliga") och sociala ("konstruerade") förklaringar till mental hälsa och sjukdom är teoretiskt mindre intressant. Den traditionella kropp/själ uppdelningen har varit oerhört inflytelserik, och kan betraktas som en dikotomi som både läkarvetenskapen, psykiatrin och sociologin har bidragit till att upprätthålla (Williams 2001, 23-24; se även Witz 2000).²⁸

Frågan kring huruvida mentalsjukdom *egentligen* är en sjukdom eller inte är inte en särskilt viktig sociologiskt sett. Det är inte handlingarnas, sjukdomarnas eller kropparnas inneboende egenskaper som ligger i fokus. Det intressanta är att granska på vilket sätt handlingar, sjukdomar, kroppar och utsagor definieras, samt vilka innebörder de tillskrivs (jfr Scull 1989, 123). Sociologer har av tradition intresserat sig för sociala definitioner av – och reaktioner på – fenomenet "vansinne". Följaktligen handlar det sociologiska perspektivet inte om att undersöka huruvida vissa individer är mentalt störda eller inte. Snarare gäller det att studera på vilket sätt dessa människors liv omorganiseras *på grund av* att de är definierade som mentalsjuka (t.ex. Freidson 1970; Conrad & Schneider 1980). I den empiriska delen granskar jag vilka sociala handlingar och individer som får benämningen "vansinne"/"vansinniga" samt hur diagnostik används som ett medel i social disciplinering av subjekt som samhället upplever som problematiska.

²⁸ Begreppet mental störning innefattar enligt Busfield (1996, 54) en "tydlig dualism mellan kropp och själ" (mind and body) som trots kritik har förblivit medicinens och lekmanadiskursens utmärkande drag.

Den stämplingsteoretiska ansatsen känns idag problematisk, i synnerhet med tanke på den omdaning som den Foucault-orienterade forskningen fört med sig sedan början av 1990-talet. Stämplingsteorin har icke desto mindre varit väldigt inflytelserik inom sociologisk och feministisk forskning kring avvikelse och medicinsk makt. I en översikt av sociologisk forskning kring mentalsjukdom utgör stämplingsteorin ett viktigt bidrag (jfr Busfield 2001). En reviderad version av stämplingsteorin kan fungera som ett analytiskt redskap vid sidan av andra tolkningsmodeller när det gäller att förstå hur handlingar och individer kategoriseras som mentalt avvikande, men också för att förstå hur kön konstrueras.

FRÅN KÖNSROLLER OCH PATRIARKAL MEDICINSK MAKT TILL KUNSKAP OM SKILLNAD

Medikalisering av sociala problem

Den kritiska debatt som anti-psykiatrin och stämplingsteoretikerna hade påbörjat, fortsatte på 1970-talet under begreppet medikalisering (Zola 1972). "Medikalisering" hänvisade till den medicinska institutionens genomslagskraft och makt, som enligt kritikerna hade lett till att inte enbart avvikande beteende utan även andra sociala företeelser gavs medicinska förklaringar. Medikaliseringen innebar att människors liv förstods och upplevdes genom medicinska diskurser och praktiker (Conrad 1992; Lupton 1997; Riska 2003). Kritikerna ansåg att medicinen snarare underminerade än förbättrade människors hälsa, eftersom lekmän (patienter) inte hade någon autonomi när det gällde den egna hälsovården (bl.a. Illich 1977). Samhället överlag hade medikaliserats genom att sociala problem förklarades med medicinska termer och betraktades som "sjukdomar", vilket i sin tur medförde ett behov av medicinsk intervention (Conrad & Schneider 1980). Teoretikerna framhöll att makten att diagnostisera beteenden och handlingar, samt kontrollen över dessa, innehades av den medicinska professionen (Conrad 2000; Clarke et al 2003).

Medikaliseringskritiken fick även en klar feministisk ansats. 1970-talets feministiska medikaliseringsteori betraktade den västerländska medicinen som ett uttryck för patriarkal makt, inbyggd i de medicinska handlingarna (Riska 2003). Detta ansågs vara orsaken till varför kvinnor och män behandlades olika och tillskrevs olika symptom och diagnoser (Ehrenreich & English 1973; 1978; se även Oinas 2000). Barbara Ehrenreich och Deirdre English är marxistiskt orienterade i sin analys av hur den mansdominerade medelklass-läkarkåren med sitt kapital – vetenskapen, kunskapen och tolkningsföreträdet – utövar makt över kvinnliga patienter (jfr Walby 1990). Den medicinska professionen presenteras här som en patriarkal institution som använder sig av sjukdomsdefinitioner för att upprätthålla kvinnors underordning och maktlöshet. Den

medicinska kontrollen ligger i läkarvetenskapens poängtering av kvinnors konstitutionella svaghet och sjukdomsbenägenhet.

I den inflytelserika boken *For Her Own Good* (1978) analyserar Ehrenreich och English hur läkarkåren på 1800-talet övertog kontrollen av graviditet och förlösning, dvs. tog makten från kvinnliga lekmän och barnmorskor som tidigare ansvarade för kvinnors reproduktiva hälsa (jfr Oakely 1984; Wrede 2001). Författarna hävdade att läkarkårens syn på kvinnor reflekterade den allmänna uppfattningen om att kvinnor av naturen var "svaga, sjukliga och beroende" (Ehrenreich & English 1978, 91). Som patienter hade kvinnor ingen auktoritet eller makt och när svagheten sammanflätades med kvinnlighet ansågs inte kvinnor kunna agera självständigt (Ussher 1991). Trots att senare feministiska teoretiker förkastat många av de reduktionistiska patriarkatteoriernas begrepp och idéer – inklusive själva begreppet patriarkat (t.ex. Bailey 1993) – ledde de tidiga feministiska forskarnas arbeten till en problematisering av kön, och berikade därmed det sociologiska tänkandet kring avvikande beteende.

Medikaliseringsstankarna måste förstås i relation till sociala rörelser under 1960-70-talen och var åtminstone delvis en kritik av Parsons' strukturfunktionalism som hade dominerat den medicinska sociologin sedan 1950-60-talen. Parsons kritiserades nu för sitt konsensusperspektiv och för att han inte var tillräckligt kritisk gentemot den medicinska auktoriteten (Lupton 1997, 95). Medikaliseringskritiken blev en central del av den sociologiska forskningen kring läkarprofessionen (Freidson 1970, Zola 1972; Illich 1977; Conrad & Schneider 1980). Medikaliseringsansatsen var dominerande inom hälsociologin under 1970-80-talen och i den feministiska forskningen fortfarande under 1990-talet. Den senare kritiken av medikaliseringssteoretikerna har huvudsakligen kommit från Foucault-inspirerade sociologer som vill frångå förtrycks-, offer- och klasstänkandet. På samma sätt som stämplingsteorin är den "ortodoxa" medikaliseringssteorin²⁹ problematisk i och med den bild av medicinen och dess representanter – läkarna – som presenteras. Kritiker har ansett att medikaliseringssteorin framställer läkarna som om de ständigt skulle vilja utöka sin makt och patienterna som maktlösa icke-agerande offer. Medlemmar ur arbetarklassen – eller kvinnor – betraktas som mindre privilegierade och löper därför större risk att fångas in av den maktlystna medicinska professionen (Lupton 1997, 96).

Deborah Lupton (1997, 97-98) anser att medikaliseringssteoretikerna inte tar i beaktande att läkarvetenskapen kan bidra till att lindra smärta och lidande, samt att människor själva aktivt *söker* efter "medikalisering" (jfr Oinas 2001). Även historisk forskning visar hur många mentalpatienter själva sökte efter medicinsk hjälp för sina mentala problem (Dörries & Beddies 2003). Patienter förhåller sig följaktligen inte likgiltigt till den kunskap läkarvetenskapen utarbetar om dem. Enligt Lupton (1997, 98) är patienter med om att skapa och omskapa den medicinska dominansen (jfr

²⁹ Deborah Lupton (1997) talar om "the orthodox medicalization critique".

Clarke et al 2003; Conrad 2005). Å andra sidan kan patienter även förkasta och omarbete teorier som läkarna utvecklat (Borch-Jacobsen 2001, 26). Samtidigt rör sig patienter mellan olika subjektpositioner i medicinska möten (Fahy & Smith 1999, 91). Om patienter ses som subjekt, som kapabla till motstånd och som delaktiga i de medicinska diskursernas och praktikernas utformning blir bilden även av medicinsk makt komplexare (se t.ex. Conrad 1992, 2000, 2005; Oinas 1998).

Phyllis Chesler och den nedvärderade kvinnorollen – diagnostisk reglering av kvinnlighet

Feministisk teoretisering av kvinnors vansinne kan härledas till Phyllis Cheslers (1972) inflytelserika *Women and Madness* som gav upphov till en feministisk kritik av psykiatrin. Chesler kritiserade stämplingsteorin för dess könsneutralitet, och hävdade att den inte på ett tillfredsställande sätt kunde förklara den rådande västerländska trenden med flera kvinnor än män som uppsökte psykiatrisk vård och som diagnostiserades som mentalsjuka (Chesler 1972; Showalter 1987; Miles 1991; Russell 1995; Busfield 1996). Chesler (1972), inspirerad av Goffman (1961) och Szasz (1961), hävdade att en kvinna, för att hon skall anses frisk, måste anpassa sig till och acceptera sitt köns kvinnliga beteendenormer, trots att detta beteende i allmänhet betraktas som mindre socialt önskvärt. Enligt henne är den mentala hälsans etik i den västerländska kulturen maskulin, vilket leder till en "dubbelmoral" i uppfattningar kring mental hälsa: friska personer betraktas som friska män, medan friska kvinnor oftare sjukförklaras. Denna dubbelmoral existerar jämsides med en enda, manlig standard av *mänsklig* mental hälsa som upprätthålls såväl av samhället som av psykiatrin. Detta leder till att manlig mentalsjukdom anses mer handikappande än kvinnlig, eftersom psykiatrin betraktar männens hälsa som något viktigare (Chesler 1972, 65-69). Chesler menade att kvinnors beteende normalt nedvärderas, förkastas och patologiseras på grund av den manliga standarden för mental hälsa. Patologisering sker oberoende av ifall de lever upp till könsrollens normer eller om de bryter mot kvinnorollens förväntningar (Chesler 1972, 115; jfr Parsons 1951).

"Kvinnliga" och "manliga" symptom

Cheslers patriarkatteori aktualiserade betydelsen av kön – eller snarare könsroller – i sjukdomsdiagnoser när hon skiftade maktperspektivet från den "allmänna" samhällseliga makten som sociologerna hade påtalat, till den patriarkala makt som mötte kvinnor i den medicinska vården. Psykiatrin betraktades som dominerad av män, och ansågs tillämpa "manliga" definitioner av mental hälsa och ohälsa för att avgöra vilka kvinnor som hade psykiska problem och hurudan behandling de skulle ges (Willadsen 1984). Phyllis Chesler, som ansåg att kvinnor oftare än män diagnostiserades som mentalt sjuka, betraktade denna könade kategorisering som ett uttryck för patriarkal makt. Synen på kvinnor som mentalt instabila såg hon som ett bevis på kvinnors relativa

maktlöshet (underordning) i samhället inför manlig auktoritet, i detta fall representerad av den mansdominerade psykiatriska professionen (jfr Ehrenreich & English 1973, 1978). Behandlingsmetoderna och sjukdomskategoriseringarna reflekterade därmed en kontroll och makt över definitioner av kvinnlighet och vansinne (Showalter 1987, 78). Med andra ord möjliggjorde diagnostiseringen en disciplinering av kvinnlighet.

Cheslers teoretiska analys grundar sig på två huvudsakliga inriktningar: dels är hon influerad av anti-psykiatrin, i synnerhet Thomas Szasz, R.D. Laing och Thomas Scheff, dels använder hon strukturfunktionalismens – Parsons – teorier om sociala roller och könsrelationer. Cheslers syn på vansinne som stämpling av normförbrytelser och den sociala kontroll som stämplingen innebär, härrör sig från stämplingsteorin, medan hennes analys kring könsroller och synen på sjukdom som ofullständig rollutövning härrör sig från strukturfunktionalismen. I hennes feministiska analys av vansinnet står könsroller i fokus (jfr Szasz 1961, 1971). Chesler (1972) talar om ”kvinnliga” och ”manliga” symptom som hon anser höra ihop med kvinno- respektive mansrollens normer. Depression, frigiditet, paranoia och ångest definieras som s.k. ”kvinnliga” symptom, medan män uppvisar ”manliga” symptom såsom alkoholism, narkotikabruk och personlighetsstörningar (jfr Tomes 1990; Lorber 1997; Ettorre & Riska 1995, 2001; Prestwich 2003b). Phyllis Chesler nämner depression som ett accepterat kvinnligt beteende jämfört med aggressivitet som betraktas som ett manligt beteende. Enligt Chesler (1972, 39) tilläts kvinnor färre beteendeformer än män – till kvinnornas hör inte att uppvisa t.ex. aggressivitet eller promiskuitet – och begränsas striktare till sin sociala roll än män, vilket leder till att kvinnors beteende, oftare än mäns, stämplas som ”patologiskt” eller ”otillåtet” (jfr Cooperstock 1971).

Historisk forskning kring mentalpatienter under 1800- och början av 1900-talet kan läsas ur ett cheslerskt perspektiv, och många studier bekräftar könade beskrivningar av patienter (Engwall 2000; Svedberg 2002; Deacon 2003). I Runcis' (1998) undersökning, som nämndes ovan, löpte inte en man samma risk att få den diagnostiska stämpeln ”sinnesslö”, eftersom de handlingar (utomäktenskaplig sexualitet, dryckenskap, lösdriveri) som för kvinnornas del medikaliserades och moraliserades var mera accepterade inom den manliga beteendesfären (jfr Chesler 1972; Ussher 1991). Studier visar hur manliga mentalpatienter oftare än kvinnliga beskrivs som våldsamma (t.ex. Deacon 2003, 31).³⁰ Marjorie Levine-Clark (2000) visar hur fattiga kvinnors familjeförhållanden, oftare än vad som var fallet med manliga patienter, var av betydelse i kvinnors dårhusintagningar i England i början av 1800-talet. Med hjälp av fallstudier visar Levine-Clark hur fattiga kvinnors mentala problem förklarades med kvinnornas ”dysfunktionella” familjeförhållanden. Fattiga hemförhållanden, sorg över avlidna familjemedlemmar, besvärliga äktenskapsrelationer och våld

³⁰ Synen på alkoholbruk visar på könade föreställningar kring mentala problem. Till exempel i Schweiz utgjorde män hela 90 procent av de patienter som åren 1900–1970 intogs på sinnessjukhus p.g.a alkoholrelaterade störningar (Gasser & Heller 2003, 57).

i hemmet angavs som bakomliggande sjukdomsorsaker. Skillnaden låg även i diagnostiken: män tilldelades alkoholrelaterade diagnoser, medan diagnoser som hänvisade till nervsystem och psyke tilldelades kvinnor (Svedberg 2002; Dörries & Beddies 2003).

Forskningen tyder således på att skillnaden i den sociala reaktionen till mäns och kvinnors störande beteende ligger i att kvinnors förbrytelser medikaliseras, medan mäns avvikande beteende oftare förklaras som "missanpassat" (jfr O'Brien 1982).³¹ Ur ett cheslerskt perspektiv kan en man, så länge han betar sig i enlighet med den manliga standarden för mental hälsa, undvika att bli definierad som mentalt störd. Däremot medför samma manliga standard att kvinnor definieras som mentalt störda, oberoende av om de lever upp till kvinnorollens normer eller inte; kvinnor som betar sig i enlighet med kvinnlighetens normer är redan i sig avvikande.

Reglering av aktörskap?

Phyllis Cheslers (1972) ansats kan kritiseras för att vara reduktionistisk och för att den bygger på kausalitetsantaganden, i likhet med patriarkatteorier överlag. Det obeaktat var och förblir Chesler viktigt för förståelsen av hur mentala problem är relaterade till konstruktioner av kön. Hennes tolkning av galna kvinnor som både representativa offer för, och som rebeller mot den patriarkala ordningen, formade ett feministiskt perspektiv på konstruktionen av kvinnlighet (Schlichter 2003, 309). Därför kan Cheslers idé om könsroller läsas som en analys av hur kvinnlighet och manlighet ges olika betydelser, hur kvinnors och mäns handlingar regleras och disciplineras på skilda sätt samt hur medicinsk diagnostik är könad.

Den brittiska sociologen Joan Busfield (1989, 1996, 2000) utvecklar Cheslers analys, men utgående från ett Foucault-inspirerat perspektiv. Busfield betraktar vansinnet som irrationalitet, som ett fenomen relaterat till kvinnlighet. Hon hänvisar till sociala och kulturella representationer av kvinnlighet som framställer kvinnor som ömma, emotionella och med en större benägenhet att bli ångestfyllda och känsllosamma. Enligt Busfield (1996, 107) konstrueras kvinnor genom denna sociala och kulturella representation – differentiering – som emotionella, känsliga och irrationella, medan män, även när de uppvisar känslor framstår som självständiga och rationella. Enligt Busfield (1996, 2000) skapar rationalitetsdiskursen en dikotomi som medför att kvinnors problem oftare än mäns placeras i kategorin "mentala störningar". Denna patologisering av kvinnors "problem" och handlingar skapar samtidigt konsekvenser för kvinnors aktörskap, närmare bestämt kan detta ses som en inskränkning av kvinnors handlingsutrymme.

³¹ Se dock den svenska historikern Jens Rydströms (2001) analys av manlig homosexualitet och sodomi under tidigt 1900-tal. I konstruktionerna av manlig avvikelse (avvikande sexualitet) sammanbländes sjukdomsstämplat med moraliska fördömanden.

Kathleen Canning (1999, 51) anser att begreppet aktörskap³² är nyckeln i att analysera hur diskurser förändras, hur subjekt ifrågasätter och motsätter sig makt i dess diskursiva form, hur subjekt njuter och mår illa, förändrar eller bryter samman diskursiva system. Canning (1999, 51-52) föreslår att aktörskap kan förstås som "en förmedlingsplats mellan diskurser och erfarenheter". Canning vill genom sitt aktörsbegrepp frångå det deterministiska synsättet på diskurser, i vilket diskursen alltid betraktas såsom erfarenhetskonstruerande. Hon vill även avvisa synen på diskurser "såsom formade av allt, förutom de subjekts erfarenheter som texterna säger sig representera" (Canning 1999, 52).

Är det då möjligt att läsa den ovan presenterade *Wayward Puritans* (Erikson 1966) som en skildring av kvinnliga strategier; som en illustration över kvinnors strävan efter att förändra den position samhället tillskrivit dem? Alla de kvinnor Erikson lyfter fram är med om att förändra sin subjektposition. Fru Hutchinson nöjer sig inte med sin hustruroll, hon stiger upp i talarstolen; de unga flickorna blir upprosmakare och angivare; kväkarkvinnorna vägrar bära kläder. I min läsning dokumenterar Erikson också kvinnligt motstånd mot patriarkala maktformer när han explicit diskuterar kuvandet av önskade handlingar. Att betrakta kvinnors vansinne som protest och ilska har kännetecknat delar av den feministiska litteraturforskningen. Den "kvinnliga ilskan" anses representera motstånd och "kvinnlig makt" (t.ex. Gilbert & Gubar 1979). Caroll Smith-Rosenberg (1985) anser att 1800-talets hysteriska med sina ageranden protesterade mot den traditionella kvinnorollen. Eriksons beskrivning av de unga flickornas utbrott och anfall, då de under skrik och hundliknande skäll föll ner på marken, påminner om 1800-tals beskrivningar av hysterikers sjukdomsattacker (Gilman 1993; Uimonen 1999). I detta sammanhang blir Eriksons (1966, 67) ordval "the witchcraft hysteria", språkligt sett en intressant aspekt i framställningen av de unga flickorna, eftersom såväl häxeriet som hysterin symboliserar kvinnlig avvikelse. Ordet "hysteri" betecknar utöver irrationalitet och upphetsat känsloläge, även en kvinnlig sjukdom.

Det ligger emellertid en teoretisk fara i att konstruera vansinne och kaos som kvinnliga motmaktstrategier. Litteraturvetaren Marta Caminero-Santangelo (1998, 2) anser att en dylik tolkning av kvinnors motstånd endast tjänar till att upprepa och befästa det essentialistiska antagandet som placerar kvinnor inom ramen för irrationalitet (jfr Busfield 1996). Orsaken till att den galna kvinnan fortsättningsvis är en lockelse för feminister är att hon erbjuder en "illusion av makt", anser Caminero-Santangelo (1998, 3). Denna illusion döljer maktlösheten och vansinnet blir därför kvinnans slutgiltiga avklädande av aktörskap (Caminero-Santangelo 1998, 12).

³² Aktörskap och subjektivitet är omdiskuterade och centrala frågor i feministisk teori, och det finns en mängd olika diskussioner. För utförlig diskussion kring denna tematik, se Lois McNay (2000, 2003).

Cheslers (1972) könsrollsanalys, som en förklaringsmodell av kvinnors vansinne, kan tolkas som ett försök att problematisera subjektivitet och aktörskap. Stämplingen av kvinnor som mentalt instabila är, enligt Chesler, ett resultat av kvinnorollens nedvärdering. Omformulerat handlar det om hur kvinnors handlande inskränks, förnekas, diagnostiseras och regleras (jfr Busfield 1996, 106).

VANSINNETS FEMINISERING? KROPP OCH SEXUALITET

Kroppen och den produktiva makten

Det sociologiska och feministiska tänkandet kring avvikande beteende, sjukdom och medicinsk makt utmanades av poststrukturalistiska strömningar under 1980-90-talet. Den teoretiska förändringen kan i stor utsträckning härledas till Michel Foucaults arbeten.³³ I synnerhet begreppet makt omdefinierades. I den första delen av *Sexualitetens historia* (1978) presenterar Michel Foucault en förståelse av makt som bryter med repressiva definitioner av makt. Samtidigt presenterar han idén om motstånd som finns inbyggd i alla maktrelationer (1978, 95).³⁴ Enligt Foucault existerar makten enbart i sin *utövning*, den är inte en egendom och kan inte ägas av ett subjekt. Makten tillhör således inte en särskild grupp att bruka mot en annan underordnad kategori. Den är föränderlig och onflyende, den byter skepnad, men den finns överallt; ”inte för att den innesluter allt, men för att den kommer överalltifrån” (Foucault 1978, 93).

Det antagonistiska³⁵ (eller agonistiska) maktbegreppet – makt som relationer och nätverk – vidareutvecklar Foucault huvudsakligen i *Power/Knowledge* (1980) och *The Subject and Power* (1982). Foucault diskuterar här hur makt ”brukas och utövas genom en nätliknande organisation”. Detta innebär att individer inte endast cirkulerar mellan maktnätets trådar, ”de befinner sig alltid i en position där de både är utsatta för och själva utövar denna makt” (Foucault 1980a, 98). Därför betraktas inte läkarna som ”härskarfigurer” utan som ”länkar i en uppsättning av maktrelationer”, dvs. människor genom vilka makt passerar eller som är betydelsefulla på ett

³³ Min framställning av Foucault och hans arbeten blir med nödvändighet förenklad. Utförligare analyser av Foucaults svårgripliga, och ofta motstridiga, teoretiseringar måste sökas på annat håll (t.ex. McNay 1992; Ramazanoglu 1993; Oksala 2002; Helén 1994, 2004). Jag har valt att ta fasta på de aspekter hos Foucault som har betydelse för min undersökning.

³⁴ Det klassiska ”Där det finns makt finns det motstånd” utgår från att maktrelationernas existens kräver motstånd. Dessa former av motstånd fungerar som ”motståndare, mål, stöd eller verktyg” i maktrelationer (Foucault 1978, 95).

³⁵ Från grekiskans *agon*, dvs. kamp eller strid och omfattar både utövandet av makt och kamp. Närmare om den agonistiska metaforen i *The Subject and Power* (1982, 222). För närmare diskussion kring maktbegreppet (i bl.a. *The Subject and Power*), se Tujiia Pulkkinen (2000).

fält av maktrelationer (Foucault 1984c, 247). Foucault (1978, 94-95) påpekar emellertid att maktutövningar är genomsyrade av beräkningar, avsikter och mål, men säger att detta inte är resultatet av ett enskilt subjekts beslut eller val. Eftersom makten fungerar som ett nätverk, kan inget subjekt till fullo kontrollera hela det kraftfält maktspelen utgör. Därför kan inte makten förklaras genom sina syften eller subjektens intentioner, utan bör analyseras genom sina effekter (Foucault 1980a, 97; se även Lennartsson 2001, 22).

Idén om makten som produktiv möjliggör en sociologisk och feministisk analys av kvinnors vansinne som frångår synen på medicinsk makt som uteslutande förtryckande, eller som något som reduceras till enskilda individer eller kategorier. Detta maktbegrepp öppnar samtidigt en möjlighet till motstånd och förändring som möjliggör beaktandet av även marginaliserade subjekts handlingspotential och motstånd mot disciplinära maktrelationer (jfr Hütchtker 2001; McWhorter 2004).³⁶ Foucault (1978) presenterar den moderna maktens disciplinerande effekter i sin tanke kring den så kallade självregleringen – befolkningens och samhällsmedlemmarnas självkontroll och jagets teknologier som gällde befolkningar och samhällsmedlemmarna – befolkningen skulle reglera och uppfostra sig själv (jfr Rose 1999).³⁷ I självdisciplineringen, människans yttre och inre självomvandling, fungerar bekännelsen eller bikten som en central teknik (jfr Szasz 1961).

Makten skapar kunskap, men makt och kunskap är ömsesidigt konstituerande. Enligt Foucault (1977, 27) existerar inga maktrelationer utan motsvarande kunskapsfält, och kunskap förutsätter och skapar i sin tur maktrelationer.³⁸ I diskursen sammanförs makt och kunskap. Foucaults genealogiska metod undersöker dessa ömsesidiga relationer, samt hur sanningar om ett objekt – till exempel vansinnet i form av diagnoser – skapas i diskursen (se även Foucault 1972). I fokus för Foucaults maktbegrepp står kroppen som görs foglig, produktiv och vetande med hjälp av olika disciplinära tekniker.³⁹ I de genealogiska böckerna *Disciplin and Punish* (1977) och *The History of Sexuality, vol I* (1978) visar Foucault hur moderna disciplinära teknologier konstituerar subjekt som kontrollobjekt:

³⁶ Feministiska teoretiker har dock påtalat att Foucaults motståndsbegrepp inte utvecklades teoretiskt, och att hans historiska studier inte visar att kroppen skulle ha bjudit på materiellt motstånd mot maktrelationer (McNay 1992, 40; Lupton 1997, 102; se även Deveaux 1999).

³⁷ Jämför Norbert Elias' (1989/1939) diskussion kring självtukt.

³⁸ Foucault påpekar dock att kunskap och makt inte är identiska (Foucault 1988d, 264). Utövandet av makt skapar kunskap, medan kunskap skapar maktens effekter.

³⁹ *The Birth of the Clinic* (1973), *Madness and Civilization* (1967) och *Disciplin and Punish* (1977) innehåller bloddrypande och detaljerade beskrivningar av hur de sjukas, de galnas, de torterades och de fångslades kroppar underkuvas och disciplineras för att göras fogliga, nyttiga och produktiva.

människor undersöks, bedöms, kategoriseras och diagnostiseras.⁴⁰ Dessa ”skillnadsskapande praktiker” klassificerar och skapar kroppar på det sociala fältet. I den första delen av *The History of Sexuality* diskuterar Foucault (1978) hur kvinnokroppen disciplinerades under 1700-talet genom en hysteriseringsprocess som innebar en sexualisering av kvinnors kroppar. På detta sätt konstruerades kvinnokroppar genom medicinsk övervakning och intervention, och gjordes till en särskild typ av kropp.

Där tidiga feministiska medikaliseringsskritiker (bl.a. Ehrenreich & English 1973, 1978; Oakely 1984) betraktar kvinnokroppen som *objekt* för medicinskt maktutövande, kontrollerad genom medicinska diagnoser och interventioner, ger Foucault en förståelse av kroppen som *skapad* genom maktens effekter. Enligt den foucaultska synen existerar det ingen ”autentisk” kropp utanför den medicinska diskursen och praktiken, eftersom kroppen skapas *i* denna diskurs. Foucaults tolkning av kroppen och sexualiteten som socialt konstruerade genom maktens effekter, har tilltalat många feminister som vill undvika biologisk essentialism (Ramazanoglu & Holland 2002).

Den medicinska professionens ”kliniska blick”⁴¹ tillskriver kroppen kunskap och betydelser. Genom blicken konstitueras kroppen som ett kunskapsobjekt. Foucaults medicinska öga observerar, lyssnar och känner (Foucault 1973, 107). Den kliniska blicken handlar inte enbart om att se; seendet innebär och förutsätter alltid kunskap (jfr Gilman 1993).⁴² Kroppen som konstrueras genom den kliniska blicken kan även disciplineras och regleras genom den makt och kunskap blicken innefattar. Även om Foucaults syn på kroppen och sexualiteten är anti-essentialistisk, förnekar han inte kroppens materiella, kroppsliga verklighet. Enligt honom är maktens utövningar uttryckligen bundna till kroppen: till dess funktioner, fysiologiska processer, känslor, begär och njutningar (Foucault 1978, 151-152). Kroppen är diskursivt producerad och disciplinerad genom maktens effekter, men kroppen är även den plats där maktens tekniker motarbetas

⁴⁰ Framför allt i *Disciplin and Punish* (1977), men även i *The History of Sexuality* (1978), presenterar Foucault den medicinska makten som en disciplinär makt som utnyttjar tekniker av övervakning, normalisering, observation, mätning och jämförelse mellan individer. Kroppen står i fokus för denna disciplinering som görs foglig med hjälp av dessa tekniker. Foucault diskuterar även ”bio-makt” som hänvisar till den mera allmänna regleringen av befolkningar (Foucault 1978, 139). Närmare om biomakt och -politik, se Ilpo Helén (1997).

⁴¹ Jämsides med den kliniska blicken, talar Foucault om den ”observerande blicken” (Foucault 1973, 107ff).

⁴² Sander Gilman (1993) använder blickens metafor i sin studie av 1800-tals visuella representationer av hysterikor. Enligt Gilman (1993, 353) innebär blicken – ”att se patienten” – utvecklandet av en särskild ”teknik att se”, en teknik som är ”vetenskaplig”. Patienten, som är objektet för den medicinska blicken, blir en del av en konstituerande process som skapar en ontologisk representation. Det är denna representation som stämplas som hysteri. Denna bestrider inte hysterikans eventuella underliggande patologi, utan reflekterar snarare de betydelser som tillskrivs de symptom som skapats för att representera patologi i form av en sjukdom (Gilman 1993, 353; jfr Borch-Jacobsen 2001).

och förkastas (Foucault 1978, 33, 101; se även McNay 1992; Hüchtker 2001; Oksala 2002).⁴³

Foucaults makt/kunskapsbegrepp har kritiserats för att vara diffust och för att begreppet mystifierar makt och kunskap (Habermas 1990; jfr Fraser 1989). Kritiker har även påtalat att Foucaults tidiga arbeten och historiska analyser omfattar den repressiva hypotesen, trots hans teoretiska intresse för makten som heterogen, rörlig och produktiv (McNay 1992; Deveaux 1999).⁴⁴ Foucaults tanke om den fogliga kroppen har ansetts reducera subjekt till passiva, viljelösa kroppar.⁴⁵ Patientens fogliga kropp fångad i den kliniska blicken påminner, enligt Deborah Lupton (1997, 101), om medikaliseringsteoretikernas underkuvade patienter som är oförmögna att göra motstånd mot den mäktiga medicinska professionen. Det finns med andra ord en viss spänning mellan, å ena sidan Foucaults tidiga verk där han ser makten som mer stabil och som gör att människor fogar sig⁴⁶, och å andra sidan i hans senare verk där de instabila, föränderliga formerna av makt som är tillgängliga för alla ligger i fokus. Det är möjligt att kritiken av den fogliga kroppen som passiv delvis beror på att kritiker tolkat Foucaults tanke kring självdisciplinering som foglighet, och därmed missat den moderna maktens effektiva disciplinering som uttryckligen sker genom att subjekt internaliserar makten på ett sätt som gör att subjektet utövar självkontroll.⁴⁷

Foucaults tanke om makten som produktiv har förblivit en tvistefråga på det feministiska fältet. Kritiker har ansett att synen på makt som något instabilt och som tillgängligt för alla osynliggör specifikt kvinnliga erfarenheter av makt och våld, såsom t.ex. våldtäkt (Deveaux 1999). Nancy Hartsock (1990, 170) menar att hos Foucault är "makten överallt, men till sist ingenstans", och att hans maktsyn osynliggör den manliga maktens envisa överlevnad (jfr Soper 1993). Å andra sidan har modellen

⁴³ Se Johanna Oksala (2002) som lyfter fram den "erfarande kroppen" (the experiential body) – en kropp som erfår i vardagliga praktiker – som utgångspunkt för kroppsligt motstånd. Den erfarande (eller upplevande) kroppen kan, enligt Oksala, överskrida gränsen mellan det normala och det avvikande, och befinner sig således varken utanför eller fullständigt innanför normerna. Enligt Oksala (2002) kan vi endast förstå kroppsligt motstånd om vi lämnar bakom oss uppfattningen om kroppen som uteslutande ett materiellt biotvetenskapligt objekt (se även Oksala 2004).

⁴⁴ Det har emellertid påpekats att Foucault inte förnekade den repressiva maktens betydelse då han introducerade sin syn på makten som produktiv (se t.ex. Miller 1986).

⁴⁵ Denna syn är uppenbar i David Armstrongs (1983) foucaultska läsning av det brittiska hälsovårdssystemet, där han reproducerar tanken om den fogliga kroppen. I Armstrongs tolkning reduceras patienterna till passiva kroppar som är insnärjda i det medicinska maktnätverket (Lupton 1997).

⁴⁶ I synnerhet den första vågens foucaultska feminister har använts sig av, men även kritiserat, Foucaults tanke om den fogliga kroppen (Bartky 1988; Bordo 1989; Smart 1992; Bailey 1993).

⁴⁷ Se Claes Ekenstam (1993) som är foucaultskt orienterad i sin idéhistoriska analys av kroppens disciplinering och karaktärsdanning i Sverige under perioden 1700-1950. Ekenstam visar hur kontrollen av kroppen går från att ha varit inriktad på yttre straff och åtgärder till att rikta sig mot individens interna, mentalt orienterade självkontroll.

betraktats som användbar för feministisk teori, eftersom den frångår entydiga, dualistiska maktantaganden (Ramzanoglu 1993; Ramazanoglu & Holland 2002; Keskinen 2005). Feministiska teoretiker har ansett att problemet ligger i att Foucault inte har erbjudit en tillfredsställande tolkning av aktörskap. Detta har i sin tur ansetts vara ett resultat av det antagonistiska maktbegreppet som osynliggör enskilda subjekt och deras handlingskapacitet (Deveaux 1999). Andra, som Judith Butler (1995, 136-137) påpekar att feminister kan ifrågasätta aktörskapets förutsättningar och villkor, men framhåller att själva aktörskapet är en del av maktens göranden som den motsätter sig.

Från feministisk håll har den sena Foucault lyfts fram för att visa på Foucaults intresse för subjekt och subjektivitet (McNay 1992; Oksala 2002). Foucault (1982, 208) själv karakteriserade sitt eget arbete som ”det moderna subjektets genealogi”, dvs. som en historia av de olika sätt genom vilka människors görs och formas till subjekt. Genom en noggrann läsning av Foucaults arbeten pekar Johanna Oksala (2002) på Foucaults intresse för ett agerande subjekt som erfar, njuter, gör motstånd och är med om att forma sig självt. Detta är ett uttryck för den moderna makten. Oksala (2002) visar också förtjänstfullt och övertygande hur Foucaults arkeologier och genealogier innehåller explicita försök att tänka om subjektet. När Foucault (1985, 1986) i sina två sista verk (delarna II och III i *Sexualitetens historia*) skiftade fokus från kroppen till jaget och introducerade jagets tekniker, tillskrev han individer ett större handlingsutrymme och självständighet (McNay 1992).⁴⁸ Oksala (2002) framhåller dock att Foucault inte tillskriver subjektet fullständig autonomi, eftersom subjektiviteten alltid skapas och får sin betydelse i samhällets makt/kunskapsnätverk.

Hysterisering – patologisering och sexualisering av kvinnokroppen

I den första delen av *The History of Sexuality* (1978) diskuterar Foucault ”hysteriseringen” av kvinnokroppen och använder den genealogiska metoden för att återupptäcka alternativa historiska berättelser. Foucault (1978, 64) visar hur kroppen intensifierades som ett naturvetenskapligt kunskapsobjekt och blev en del av maktrelationerna, i samband med att sexualiteten skapades som ett makt- och kunskapsfält. Foucault (1978) presenterar fyra strategiska helheter som från och med 1700-talet formade ett makt- och kunskapsfält med sexualitet som sitt fokus. Hysteriseringen av kvinnokroppen utgjorde en av dessa strategier.⁴⁹ Enligt Foucault (1978, 104) innebar hysteriseringen en patologisering och sexualisering av kvinnokroppen, varigenom den underställdes medicinsk intervention. Hysteriseringen av kvinnors kroppar var

⁴⁸ Kring den sena Foucaults intresse för jagets teknologier, se ytterligare *Technologies of the Self* (Foucault 1988c).

⁴⁹ De tre övriga strategiska helheterna var ”pedagogiseringen av barnets kön”, ”socialiseringen av fortplantningsbetendet” och ”psykiatiseringen av pervers njutning” (Foucault 1978, 104-105).

”en trefaldig process genom vilken kvinnokroppen analyserades – kvalificerades och diskvalificerades – som en med sexualitet helt och hållet mättad kropp; genom vilken denna kropp, som en följd av en patologi som skulle vara inneboende i den, hänfördes till de medicinska förfarandenas fält; genom vilken, slutligen, den sattes i organisk förbindelse med samhällskroppen (vars reglerade fruktsamhet den skulle garantera), med familjen (där den skulle vara en närande och bärande beståndsdel) och med barnens liv (som den alstrar och som den skulle ansvara för i kraft av ett biologiskt-moraliskt åtagande som varar hela uppväxttiden)” (Foucault 2002, 112-113/1978, 104).

Hysteriseringen av kvinnokroppen innebar en medikalisering såväl av kvinnors kroppar som av deras sexualitet. Det kvinnliga sjukförklarades med hänvisning till ansvaret kvinnor bar ”gentemot sina barn, familjeinstitutionens soliditet och samhällsgarantin” (Foucault 1978, 146-147). Hysteriseringsprocessen representerade således en kunskapsproduktion i syfte att kontrollera familjer och populationer, vilket skulle uppnås genom regleringen av kvinnors reproduktiva kroppar. Det var Modern ”med ’den nervösa kvinnan’ som sin negativa motbild” som utgjorde den synligaste formen av denna hysterisering (Foucault 1978, 104). Den ”nervösa kvinnan” blev modersfigurens motpol och var fram till slutet av 1800-talet en hysteriska. En av de första att bli sexualiserad var, enligt Foucault, den ”sysslolösa” kvinnan, dvs. ”hon som befolkade världens yttersta kant” där hon alltid var tvungen att figurera som värde (as value). Samtidigt befann hon sig i familjens marginal där hon tilldelades ett nytt öde ålagt med föräldra- och äktenskapliga förpliktelser (Foucault 1978, 121).

En kvinnlig sjukdom

Feministisk forskning kring kvinnors galenskap har i stor utsträckning analyserat den viktorienska tidens psykiatri och de bilder av kvinnlighet som 1800-talets psykiatriska diskurs skapade. Många feminister som forskar i 1800- och 1900-tals medicinska och psykiatriska institutioner stöder Foucaults idé om att experternas kunskap om kvinnokroppen var ett uttryck för maktens konstituering (O’Brien 1983; Ussher 1991; Shapiro 1996). Synen på kvinnor som mentalt avvikande anses härstamma från 1800-talets psykiatriska diskurs som konstruerade ett medicinskt samband mellan ”kvinnlighet” och ”vansinne” (Showalter 1987). Detta antagande omfattar en idé om att vansinnet inte endast medikaliserades under 1800-talet, utan även feminiserades, förkvinningades, i samband med den psykiatriska disciplinens etablering som en vetenskapsgren. Feministiska forskare framhåller att detta var århundradet som skapade ”den galna kvinnan”, en sinnebild som fortfarande finns inbyggd i sociala och kulturella representationer av kvinnlighet (Busfield 2000; Bankey 2001; Kortelainen 2003). Yannick Ripa (1990, 1) hänvisar till en ”skrämmande ökning” av kvinnliga galningar på de franska dårhusen från och med

mitten av 1800-talet.⁵⁰ Vid slutet av 1800-talet fanns det europeiska därhus där majoriteten av patienterna var kvinnor, inspärrade i överfulla och rigoröst separerade kvinnoavdelningar (Gittins 1998; se även Bosworth 2000).⁵¹ Denna ökning kan sägas reflektera den generella västeuropeiska trenden med ett stigande antal mentalpatienter från och med slutet av 1800-talet (Porter & Wright 2003).

Kvinnliga mentalpatienter kom att representeras i kroppsliga och sexuella termer. Bilder av skrikande barbröstade kvinnor med vildsinta, brinnande ögon vaknade till liv i konsten, litteraturen, folklore och i övriga kulturella representationer samt i de medicinska läroböckerna (Gilman et al 1993). Dessa bilder var ofta sexualiserade, föreställande den kvinnliga dären som en erotisk varelse. Hon var farlig, men samtidigt åtråvärd, skrämmande, men på samma gång lockande. Ett sexualiserat väsen benäget till självdestruktivitet, men även kapabelt till att omintetgöra sin omgivning (Kromm 1994).

Förklaringar till den allmänna ökningen av intagna dårar har sökts i allt från psykiatrins vetenskapliga framgångar och dess etablering som en akademisk disciplin, kapitalismens och den västerländska industrialiseringens och urbaniseringens konsekvenser, effekterna av den jurisdiktion som var resultatet av den borgerliga byråkratin strävan efter trygghet och social ordning, till den moderna maktens uppkomst (Dörries & Beddis 2003, 150; se även Foucault 1967; Scull 1977; Busfield 1986; Deacon 2003).

Tanken på kvinnor som irrationella och sjukliga kan också relateras till den uppdelning Foucault (1967) gör mellan förnuft och oförnuft i *Vansinnets historia*. Här presenterar Foucault sin idé om vansinnet som irrationalitet och oförnuft, som en motpol till förnuftet. Liksom Durkheim, anser Foucault att det normala kräver en markering av det avvikande och det icke-önskvärda.⁵² Foucault (1967, xii) analyserar vansinnet som tystnad, och säger sig skriva ”tystnadens arkeologi”, det utsagdas historia, snarare än en historia om psykiatrins språk. Feministiska forskare har påpekat att Foucaults distinktion mellan det rationella och det irrationella kan ses som en distinktion mellan manlighet och kvinnlighet (Busfield 1996, 2000). I

⁵⁰ Mellan åren 1845-1849 inspärrades 9930 kvinnor på dårhus i Frankrike. År 1871 hade antalet stigit till 19 692 kvinnor (Ripa 1990, 1). Elaine Showalter (1987, 3) hänvisar till läkaren Richard Napiers arkiv som redan under 1600-talet uppvisade nästan dubbelt så många fall av mentala störningar hos hans kvinnliga patienter än hos de manliga (se även Showalter 1997).

⁵¹ En andra ”inspärningsväg” av kvinnor skedde efter det första världskriget (Zavirsek 2000). Många kvinnor hamnade i ekonomiskt trångmål, och en stor del av de kvinnliga mentalpatienterna var över 65 år som saknade ekonomiskt stöd eller statlig pension (Gittins 1998; se även Fox 1978).

⁵² Foucault (1967) analyserar den förändrade relationen mellan vansinnet och förnuftet under den så kallade klassiska eran (mitten av 1600- fram till slutet av 1700-talet), då upplysningstänkandet omformade den medeltida synen på vasinne. Se även *Mental Illness and Psychology* (kapitlen 5 och 6) där Foucault (1987) ger en ypperlig sammanfattning av det 580 sidor långa verket *Madness and Civilization* (1967).

sin inflytelserika *The Female Malady* analyserar Elaine Showalter (1987) vansinnet som irrationalitet – och som något essentiellt kvinnligt – samt dess reglerande (jfr Busfield 1996, 2000). Showalter studerar psykiatrins uppkomst och syn på kvinnor i 1800-talets England, och påtalar den dualism som blev rådande i vården när männen var experter/läkare och kvinnorna patienter. Hon hävdar att det jämsides med den psykiatriska disciplinens utveckling och etablering under 1800-talet fanns ett kulturellt antagande om en koppling mellan kvinnor och vansinne. Showalter (1987, 3–4) anser att kvinnor ”i vårt dualistiska system av språk och representation är situerade på irrationaliteten, tystnaden, naturens och kroppens sida, medan män är situerade på förnuftets, diskursens, kulturens och själens sida” (se även Schlichter 2003, 310). Genom denna dikotomi skapas olika representationer av kvinnlighet och manlighet. Vansinnet representerar – symboliskt sett – en ”kvinnlig sjukdom”, även då den vansinnige är en man (Showalter 1987, 4). Vansinnet och kvinnlighet är i denna förståelse analoga.

Kvinnokroppen som sjukdomsskapare

1800-talets nya makt/kunskapsfält – psykiatrin – diagnostiserade och urskiljde allt fler former av specifikt *kvinnliga* mentala störningar såsom hysteri, kleptomani och nymfomani (Johannisson 1994; Uimonen 1999). Även om tanken på den ”vandrande livmodern” härstammade från antiken, fick livmodern under 1800-talet en central roll i förkaringarna av kvinnors galenskap, men också av kvinnlighet (jfr Martin 1987). Anne Digby (1989) tolkar det vetenskapliga samarbetet mellan psykiatrin och gynekologin som en tänkbar förklaring till de gynekologiskt färgade psykiatriska förklaringsmodellernas genomslagskraft. Orsaken till varför psykiatrin utnyttjade gynekologins kunskaper kan åtminstone delvis förklaras med att psykiatrin som ung disciplin strävade efter vetenskaplig legitimering (jfr Abbott 1988). Liksom psykiatrin behandlade gynekologin hysteri och nervösa störningar, och uppgjorde teorier om dessa (Strange 2000; se även Nilsson 2003).⁵³ De olika ”mentalsjukdomarna” i det centrala nervsystemet ansågs vara sammanlänkade med kvinnors reproduktiva system – menstruation, graviditet, förlossning och klimakterium – som antogs påverka kvinnors mentala förmågor. Detta innebar att eventuella ”störningar” i kvinnors reproduktion innebar en risk för deras sinness tillstånd (Ehrenreich & English 1978; Rosenberg 1989; Ripa 1990; Strange 2000). Forskare har tolkat denna syn på kvinnor som ett resultat av alliansen mellan gynekologin och psykiatrin, där framgångar i klinisk kunskap i gynekologin visade sig vara nyttiga för psykiatrin som kunde tillämpa redan existerande medicinsk kunskap (Digby 1989; Strange 2000). Ett exempel var det s.k. ”förlossningsvansinnet”. Fallstudier av 1800-tals kvinnliga dårhuspatienter visar hur mani och melankoli i samband med

⁵³ Se Julie Marie Strange (2000) om gynekologiska diskurser kring menstruation i Storbritannien 1850–1930. Strange visar hur menstruation förstods och definierades enligt idéer om vad kvinnlighet var eller borde vara.

förlossningen – eller en kort tid efter förlossningen – utgjorde vanliga intagningsgrunder på brittiska sinnessjukhus under 1800-talet (Marland 2003).

Hysterin⁵⁴ – livmodern inkarnerad – kan betraktas som sinnebilden för de gynekologiska förklaringarna av kvinnors galenskap. Knappast någon annan ”kvinnlig” sjukdom har utforskats i lika stor utsträckning som hysteri (Gilbert & Gubar 1979; Smith-Rosenberg 1985; Hakosalo 1991; Gilman 1993; Johannisson 1994; Uimonen 1999; Zavrisek 2000; Kortelainen 2003). Risken att insjukna i hysteri antogs börja i puberteten och slutade i och med klimakteriet. Läkarna förmodade att menstruationssmärta, oregelbunden cykel, framfallen livmoder, vaginala infektioner och sterilitet kunde utlösa hysteriska anfall. Dessutom ansågs den hysteriska kvinnan ha en ”hysterisk personlighet” och beskrevs av experterna som narcissistisk, suggestibel, lättpåverkad och labil; hennes temperament växlade snabbt utan till synes logiska orsaker (Smith-Rosenberg 1985, 202; Zavrisek 2000, 174).⁵⁵

Många har ansett att de medicinska antagandena om sambandet mellan den reproduktiva kvinnokroppen och nervösa störningar ledde till att kvinnlighet, per definition, representerade sjukdom (Chesler 1972; Poovey 1987; Showalter 1987; Johannisson 1994). Då kvinnlighet reducerades till reproduktiv funktion fanns vansinnet inbyggt i kvinnokroppen. Caroll Smith-Rosenberg (1974, 24) kallar denna förklaringsmodell för ovariemodellen av kvinnligt beteende (the ovarian model of female behavior). Tjugo år senare benämner Nancy Theriot (1993) antagandet för reproduktionsteorin om mentalsjukdomar (the reproductive theory of mental illness).

Foucaults (1978) tanke om hysterisering har från feministiskt håll kritiserats för att omfatta en passiv syn på kvinnokroppen (Deveaux 1999). Lois McNay (1992, 41) håller med Foucault (1978) om att 1800-talet innebar en intensifierad feminisering av kvinnokroppen, men hon ser problem med Foucaults monolitiska syn på makt och den passiva, fogliga kroppen. Enligt McNay (1992) medför idén om den patologiska och hysteriska kvinnliga sexualiteten en inskränkning av kvinnors erfarenheter och aktörskap. Hon kritiserar framförallt Foucaults maktsyn för att den *inte* lyckas förklara varför kvinnor inte passivt föll in i socialt tillskrivna roller, trots den intensifierade hysteriseringen av kvinnokroppen (McNay 1992, 41-42; jfr Canning 1999; Hüchtker 2001). Elaine Showalter (1993) kritiserar

⁵⁴ Härstammande från det grekiska ordet för livmoder, ”hysterā”.

⁵⁵ Den franska psykiatern Jean-Martin Charcot (1825-1893) – hysterins ”vetenskaplige fader” och verksam vid Salpêtrière – intresserade sig för hysterikors kroppsliga kännetecken och kroppsställning. Charcot ordnade publika uppvisningar där kvinnor fick hysteriska anfall (*grande hystérie*). Anna Kortelainen (2003) betraktar dessa föreställningar som framläggningar av en överdriven feminitet. Senare blev fotografiet det ultimata beviset på Charcots vetenskapliga upptäckter (Hakosalo 1991). Trots att Charcot betraktade hysterin som en sjukdom i nervsystemet, fanns i hans teori även en betoning på fysiologin, framför allt synen på hysterin såsom orsakad av äggstockarna (Zavrisek 2000, 178; jfr Uimonen 1999).

Foucault för att presentera den psykiatriska makten som ”anonyma krafter” och för att han inte tar i beaktande att hysterin kunde vara ett uttryck för kvinnors protest, och därmed ett utslag av kvinnligt aktörskap.⁵⁶ Enligt Showalter var det ingen slump att hysterin blev ett hett debattämne vid samma tidpunkt som feminismen började få grogrund, tanken om ”den nya kvinnan” höll på att vakna och en kris i relationen mellan könen hägrade (Showalter 1993, 303, 305; se även Showalter 1991). Showalter anser att Foucault negligerar tanken om att hysterin kan betraktas som en ”lösning på sekelskiftskvinnornas dilemman”, snarare än som ett uttryck för psykiatrisk och medicinsk makt (jfr Smith-Rosenberg 1985).

I sin avhandling om den finländska sekelskiftsmedicinens (1880-1920) könade föreställningar om neurasteni och hysteri, studerar Minna Uimonen (1999) konnotationerna mellan läkarutsagor och synen på kvinnlighet. Uimonen (1999, 17) ställer sig kritisk till huruvida man överhuvudtaget kan tala om (en) hysteri, eller ge generella förklaringar till sjukdomen. Hysterin var enligt Uimonen (1999) inte ett enhetligt, universellt fenomen. Det fanns många olika slags tolkningar och förklaringar till hysterin (*hysterierna*), beroende på var, när och hur fenomenet fick sina betydelser. Enligt Uimonen (1999) är det är rimligt att anta, att den ”finländska” hysterin, såsom den iaktogs hos till exempel landsbygdskvinnorna, definierades och konstruerades annorlunda än på Salpêtrière i Paris.

Ogifta kvinnor vid vansinnets brant – klasstillhörighet och sexualitet som ”riskfaktorer”

Ett hot mot den normativa kvinnligheten

Utöver betydelsen av den reproduktiva kroppen har feministiska forskare visat hur kvinnors sociala position i samhället hade implikationer för vansinneskonstruktioner (bl.a. Ripa 1990; Russell 1995). Med position avses i detta sammanhang civilstånd och klasstillhörighet. Psykiatrin – som ett medelklassens projekt (Ehrenreich & English 1973; Johannisson 1994) – omfattade medelklassens modersideal som fanns inbakat i sjukdomskategoriseringar. Moderskapet ansågs av läkarkåren vara kvinnans viktigaste funktion och kom att definiera ”normal kvinnlighet” (Helén 1997; Uimonen 1999; jfr Foucault 1978). Avvikelser från denna könsnorm (äktenskapligt moderskap) betraktades som ”onaturligt” och kunde lätt omskrivas till sinnessjukdom. Yannick Ripa (1990) hävdar att läkarkåren antog att kvinnor som inte uppfyllde sina kroppars ”inneboende behov” att bli gravida kunde räkna med att insjukna förr eller senare. Därför var risken att bli sinnesförvirrad som minst under graviditeten, eftersom kvinnans kropp då uppfyllde sin viktigaste funktion. Även kvinnorna

⁵⁶ Elaine Showalter har själv – med hänvisning till *The Female Malady* (1987) blivit kritiserad för att hon inte ger kvinnorna handlingsutrymme (Theriot 1993; Busfield 1994, 1996).

själva antogs vara som lyckligast när de fick uppfylla sin viktigaste uppgift som ”kvinna”.

Minna Uimonen (1999, 2003) visar hur finländska läkare aktivt deltog i samhällsdebatten vid slutet av 1800- och början av 1900-talet.⁵⁷ Av särskilt medicinskt intresse var kvinnofrågan som många läkare helhjärtat engagerade sig i (jfr Helén 1997).⁵⁸ En av läkarna, Theodor Löfström (1902) beklagade sig i hälsoguiden *Heikkohermoisuudesta* (sv. Om nervsvaghet) över att kvinnor alltför lätt glömde bort sin viktigaste uppgift i samhället, nämligen barnafödandet och barnafostrandet, samt att försummandet av denna uppgift skulle leda till hälsoproblem. Detta var enligt Löfström en indikation på att kvinnor inte skulle ge sig in på manliga domäner (Uimonen 1999, 2003; se även Showalter 1991, 1993). Även i andra europeiska länder och i Förenta staterna höjdes varningens moraliserande finger mot kvinnor som utmanade och överskred ”sin biologiska roll”, vilka kunde räkna med medicinska konsekvenser (Abrams & Curran 2000; Zavirsek 2000). Hotet mot familjeinstitutionen, men också mot den normativa kvinnligheten, kom att representeras av ensamstående kvinnor som yrkesarbetade och som förblev ogifta (Helén 1997; Abrams & Curran 2000).

Det normativa rättesnöret för kvinnlighet medförde att psykiatrin ansåg att *barnlösa ogifta kvinnor* löpte mycket större risk att insjukna i såväl fysiska som emotionella sjukdomar än gifta mödrar, eftersom de inte uppfyllde kvinnorollens/kroppens huvudfunktion (jfr Chesler 1972). Hotbilderna – ett implicit straff – för ogifta barnlösa kvinnor kunde vara cancern i de reproduktiva organen eller hysteri. Äktenskap antogs i vissa fall kunna bota sjukdomen (Zavirsek 2000). Psykiatrin betraktade kvinnan utan make som ett oförnuftigt barn i en instabil kvinnokropp. Detta antagande belyses väl av det faktum att majoriteten av de intagna kvinnorna på Salpêtrières sinnessjukhus i Frankrike var ogifta (Ripa 1990; se även Gittins 1998; Engwall 2000).⁵⁹

Kopplingen mellan kvinnokropp, civilstånd och vansinne som etablerades av psykiatrin, var sammanlänkad med idéer om kvinnors sexualitet. Enligt Foucault (1978) visar sexualitetens diskurser, inte

⁵⁷ Uimonen (1999) visar hur den utökade specialiseringen inom den finländska läkarvetenskapen – grundandet av professorer inom medicinska specialområden – medförde en större samhällelig status för läkarvetenskapen och läkarna. Minna Uimonen karakteriserar sekelskiftet som ”nervositetens tidevarv” (hermostuneisuuden aikakausi) med utökande specialområden och noggrannare diagnoser (i Uimonens exempel nervositet och neuroser).

⁵⁸ Kvinnofrågan kallades den diskussion vid sekelskiftet 1800-1900 som gällde kvinnors ställning i samhället. Såväl kvinno- som ”arbetarfrågan” kan betraktas som effekter av sociala och ekonomiska förändringar kopplade till det så småningom avtynande 1800-talets ståndsamhälle (Uimonen 2003).

⁵⁹ Kvinnohuset Salpêtrière grundades inom ramen för Hôpital Général (grundat 1656) och fungerade både som ett sinnessjukhus för kvinnor (fr.o.m. 1660) och som ett kvinnofängelse. Fängelset omfattande ett *maison de force*, *chambre de correction* och en *école de réforme*. Kriminella kvinnor intogs från och med år 1684 (Bosworth 2000, 267, 269).

sexuella handlingar, hur makten är uppbyggd i västerländska samhällen.⁶⁰ En viktig fråga som har ställts från feministiskt håll är varför sexualitetens diskurser och disciplinära tekniker har gjort kvinnors kroppar fogligare än mäns, samt varför kvinnokroppen har reglerats i större utsträckning än manskroppen (Bartky 1988, 1990; Bordo 1989). Även om Foucault lyfter fram den medicinska kontrollen av kvinnokroppen i samband med hysteriseringsprocessen, har feministiska teoretiker kritiserat Foucault för att vara könsblind och ansett att han skriver utifrån ett manligt perspektiv. Sandra Bartky (1988, 63) nyttjar Foucaults tankar om den fogliga kroppen, men anser att Foucault ”behandlar kroppen... som om kvinnors och mäns kroppsliga erfarenheter skulle vara likadana och som om kvinnor och män vore relaterade till det moderna livets institutioner på samma sätt” (se även O’Brien 1982; Braidotti 1991; Deveaux 1999).⁶¹

Feministiskt orienterade historiska studier av 1800-talspsykiatrin har visat hur kvinnlig sexualitet kunde konstrueras som avvikelse och därmed som vansinne (Poovey 1987; Showalter 1987; Ripa 1990; Usher 1991; Johannisson 1994, 1997; Uimonen 1999). Psykiatrin betraktade den normativa, normala och därmed den ”friska” kvinnliga sexualiteten vara till för reproduktionen inom äktenskapets ramar. Uppvisandet av sexuella känslor utanför äktenskapet var normbrytande, moraliskt förkastligt och betraktades därför som ”sjukligt”. Andra ”störningar” i kvinnors sexualitet såsom onani, lebiskhet, frigiditet eller promiskuitet utgjorde sjukdomsrisker (Smith-Rosenberg 1985; se även Deacon 2003). Kvinnliga patienter som intogs på sinnessjukhus var inte bara tvungna att svara på psykiatrers frågor kring menstruation, samlag, aborter och menopaus, utan också underkasta sig gynekologisk undersökning (Strange 2000; se även Johannisson 2004). Utforskandet av de kvinnliga patienternas kropps- och sexualhistoria var ett led i kartläggningen av kvinnornas psykiatriska anamnes (Rivera-Garza 2003; se även Abrams & Curran 2000).

De orena arbetarkvinnorna och den civiliserade medelklassen

Enligt Foucault ledde de kapitalistiska arbetspraktikerna till en segregation mellan de ”ekonomiskt nyttiga” – de som representerade förnuftet – och de ”ekonomiskt onyttiga” – de fattiga och vansinniga som representerade

⁶⁰ Foucault har blivit kritiserad för att han – trots att han analyserar sexualitetsdiskurser, njutningar och begär – inte diskuterar feministiska teorier kring kvinnlig sexualitet (Martin 1988; Sawicki 1991; Ramazanoglu 1993).

⁶¹ Rosi Braidotti (1991, 87) anser att kvinnokroppen, som en plats för en av de centrala interna uppdelningarna i samhället, förblir osynlig hos Foucault. Samtidigt innebär detta att Foucault inte ser kvinnokroppen som ett av de envisaste exkluderande systemen. Könskillnader har, enligt Braidotti (1991, 87), ingen plats i den foucaultska världssynen, där subjektivitetens teknologier hänvisar till ett avsexualiserat och allmänt ”mänskligt” subjekt (jfr Marshall & Witz 2004).

oförnuftet – i den moraliska ordningen (Foucault 1967, 1978).⁶² Den feministiska forskningen visar hur denna segregering var könad: oförnuftet och de ekonomiskt onyttiga representerades i främsta hand av kvinnor. En stor andel kvinnor som intogs på de europeiska sinnessjukhusen var fattiga och arbetslösa: änkor eller ogifta kvinnor för vilka psykiatrisk hospitalisering kunde vara det enda sättet att få mat och sovrum (Zavirsek 2000, 172). Samhällsklass och fattigdom är därför viktiga aspekter i förståelsen av hur det kvinnliga vansinnet konstrueras. Samhällsklass var en markör som innebar både olika levnadsvillkor för kvinnor, men också olika representationer av kvinnlighet. En förklaring till samhällsklassens betydelse i uppgörandet av skillnader både mellan män och kvinnor, och kvinnor emellan, har sökts i de europeiska socialdarwinistiska tankarna under 1800-talet, och senare rashygien som i Norden blev som starkast under 1930-talet (Broberg & Tydén 1991; Satka 1995; Koch 1996; Helén 1997; Mattila 2003).⁶³

Enligt socialdarwinismen var samhällen i ständig förändring och förbättring. Industrisamhällena hade kommit ”längst” inom denna utveckling och inom den stod den bildade klassen högst (Wikander 1991, 132). En högre samhällsutveckling ansågs leda till att kvinnor och män blev alltmer olika varandra, både till kroppskonstitution och till intellektuell förmåga. Arbetarklassen ansågs befinna sig på ett lägre utvecklingsstadium, något som bekräftades av att arbetarklasskvinnor till både klädsel och arbete – i och med att kvinnorna arbetade i fabriker på samma villkor som männen – påminde om män. De borgerliga kvinnorna blev däremot allt svagare och oförmögna till logiskt tänkande allteftersom ”utvecklingen” hade sin gång. Detta var både naturligt och önskvärt (Johannisson 1994; Wikander 1994). Ulla Wikander (1991, 15) anser att ”både rasism och sexism förvetenskapligades genom att *skillnader* accentuerades, sågs som biologiskt förankrade och därför omöjliga att påverka genom utbildning eller förändrad miljö” (jfr Rosenbeck 1992). Där medelklassen representerade civilisation, dygdighet och renhet, kom arbetarklassen – och framförallt arbetarklasskvinnorna – att förknippas

⁶² En av de europeiska psykiatriska innovationerna, ”moralbehandlingen” (moral treatment), antogs kunna bota ett stort antal dårar och därefter skulle dessa individer – efter lyckad behandling på sinnessjukhus – återinföras i den ekonomiskt nyttiga sfären (se t.ex. McCandless 2003).

⁶³ Såväl socialdarwinismen som rashygientänkandet – med förgrundsgestalten britten Herbert Spencer – bottnade i antaganden om överklassens överlägsenhet. Socialdarwinismens antaganden påminde om Darwins idéer om den starkastes överlevnad och naturligt urval, men omarbetades till att gälla mänskliga samhällen. Således lydde även sociala företeelser biologiska lagar (Broberg & Tydén 1991; Wikander 1991).

med djuriskhet, last och smuts (jfr Skeggs 1997).⁶⁴ Klass reglerade kvinnlighet, detta gällde såväl medelklassen som arbetarklassen.

Feministiska forskare har lyft fram i huvudsak två olika aspekter vad gäller synen på kvinnors vansinne i relation till samhällsklass. För det första har forskningen visat hur medelklasskvinnornas antagna inneboende och – accepterade – svaghet intresserade läkarvetenskapen, och att den psykiatriska *medikaliseringen* därför främst skulle ha gällt medelklasskvinnor (Ehrenreich & English 1973). Diagnosen hysteri skulle till exempel huvudsakligen ha tilldelats kvinnor från den högre medelklassen (Zavirsek 2000, 174). Darja Zavirsek (2000, 184) pekar på den kontroll som medelklasskvinnorna utsattes för i egenskap av patienter i hemmet, under övervakning av familjemedlemmar och läkare (Zavirsek 2000, 184). Jane Ussher (1991) hävdar att arbetarklasskvinnor var ”för upptagna” med hårt fabriksarbete för att bli galna:

”These women did not need to be controlled by the same patriarchal discourse which confined the upper-middle-class woman [...] Their lives were controlled through the dual oppression of class and gender [...] Their ‘madness’ was unnoticed: exhaustion and extreme poverty provided an effective control for their ‘unnatural passions’” (Ussher 1991, 90).

För det andra har forskningen visat hur i synnerhet underklasskvinnor kom att representeras med sexuella förtecken i den psykiatriska diskursen, och att detta hade konsekvenser för deras medicinska behandling (Johannisson 1994). Denise Russell (1995, 12) menar att experterna betraktade särskilt arbetarklasskvinnors sexualitet som starkare, mera ohämmad än mäns och att läkarna antog att det framför allt var de sexuella känslorna som gav upphov till hysteri. Prostituerade kvinnor antogs ha en onaturligt stegrad sexualitet och löpte därför särskilt stor risk att insjukna i hysteri (Russell 1995). Denna form av hysteri – framkallad av sexuella handlingar – ansågs särskilt farlig (Zavirsek 2000). Den prostituerade förknippades därtill med könssjukdomar: ”hon bar den veneriska men också moraliska smittan” (Johannisson 1994, 84; jfr Lennartsson 2001).

Sander Gilman (1993) framhåller att läkarvetenskapen märkte inte bara vansinnets anlete, utan även dess genitalier. Att upptäcka, kontrollera och bestraffa de prostituerade – som förkroppsligade de degenererade och sjukliga kvinnliga genitalierna – blev därför en viktig övervakningspolitik i slutet av 1800-talet (Luddy 1997; Lennartsson 2001). Kriminalisering av framför allt arbetarklasskvinnors sexualitet och reproduktion – prostitution, utomäktenskaplig graviditet, promiskuitet – var en del av denna regleringspolitik (Abrams & Curran 2000). För Finlands del visar Ilpo Helén (1997, 96), i sin analys av utformningen av

⁶⁴ Sander Gilman (1992) visar hur svarta individer kom att representeras och inkluderas i dessa polariserade termer under 1800-talet. Han hävdar att sambanden och olikheterna mellan svarta och vita arbetarklasskvinnor var otydliga vad gällde sexualitet. Enligt Gilman (1992) likställdes ”svart sexualitet” med ”vit arbetarklassprostitution” under 1800-talet.

sexualpolitik och -etik under slutet av 1800-talet fram till början av 1960-talet, hur en mängd diskurser – psykiatriska, gynekologiska, hygieniska och obstretiska – disciplinerade kvinnors liv genom att uppgöra en åtskillnad mellan den avvikande och den normala kvinnligheten genom att avvikelsen inordnades i ett eget system. Enligt Helén (1997, 96) blev prostitutionskontrollen det tydligaste uttrycket för den samhälleliga disciplineringen av avvikande kvinnogrupper.

Enligt Foucault (1978, 6) låg psykiatrins betydelse på 1800-talet inte bara i att den tillämpade en ny rationalitet på mentala eller beteendemässiga störningar, utan för att psykiatrin samtidigt fungerade som en form av samhällshygien. En mängd undersökningar visar hur ogifta, fattiga, sexuellt "opålitliga" och "förenade" kvinnor löpte mycket större risk att placeras på inrättning än gifta medelklasskvinnor (Ripa 1990; Bosworth 2000; se även Abrams & Curran 2000). Medelklasskvinnor kunde "vila ut" på någon kurort eller vårdas hemma (Ehrenreich & English 1973; Johannisson 1994; se även Deacon 2003). Enligt Beverley Skeggs (1997, 122) kunde vita medelklasskvinnor placera sig själva i en "ren och oklanderlig kvinnlighet", uttryckligen på grund av att såväl vita som svarta arbetarklasskvinnor definierades som orena, farliga och sexuella.

Låsta positioner?

Synen på vansinnet som en "kvinnlig sjukdom" (Showalter 1987) har kritiserats för att vara en essentialistisk, pessimistisk och deterministisk tankegång.⁶⁵ Många har ansett att kvinnliga patienter alltför ensidigt framställts som viljelösa offer, som passiva kroppar och därmed som icke-aktörer (Theriot 1993; Busfield 1994; Marland 2003).⁶⁶ Nancy Theriot (1993) visar hur amerikanska kvinnliga medelklasspatienter själva aktivt var med om att medikalisera *det kvinnliga* på 1800-talet. Theriot visar hur kvinnor själva sökte medicinsk hjälp för sina mentala problem, och ofta hänvisade till sin kropp och kroppsliga företeelser när de redogjorde för sina besvär (jfr Marland 2003). Smith-Rosenbergs (1985) och Elaine Showalters (1993) hysterika är också exempel på ansatser som tillskriver kvinnliga patienter handlingsutrymme.

Förespråkarna för feminiseringen av vansinnet (Showalter 1987; Ussher 1991) tenderar att tillskriva den medicinska professionen alltför stor makt, och underskattar andra aktörers och diskursers benämningsmakt.

⁶⁵ Kritiken har samtidigt påtalat problem med studier av vansinnet som enbart fokuserar på kvinnliga patienter, eftersom analysen då lämnar utanför den kontroll och reglering av män som sker inom ramen för den psykiatriska diskursen. Joan Busfield (1996, 232; även 2000) hävdar att en könsteoretisk analys av mentala störningar bör jämföra kvinnor och män inom psykiatrin, inte endast utgå från den ena kategorins erfarenheter. Det manliga vansinnet existerar i en annan referensram, i en annan diskurs, och har därför en annan innebörd.

⁶⁶ Kritiken gäller den dualistiska synen på relationen manlig läkare-kvinnlig patient som var en ofta förekommande förklaringsmodell till kvinnors vansinne i de äldre feministiska studierna. För en diskussion kring detta, se t.ex. Nancy Theriot (1993) och Hilary Marland (2003).

För kvinnors del har familjens roll som delaktig i stämplingsprocessen lyfts fram (jfr Smith 1978). Familjen var ofta den som initierade medicinsk intervention och var därför med om att definiera och konstruera kvinnors vansinne (Prestwich 2003a).⁶⁷ I sin studie av 1800-talets Pennsylvania framhåller Nancy Tomes (1990) att familjer förhöll sig mindre motvilligt till att sända kvinnliga patienter till statliga institutioner, eftersom därhuset höll på att distansera sig från och få en annan innebörd än fattighuset som dittills haft liknande konnotation.

Elaine Showalter (1987) och Jane Ussher (1991) har även kritiserats för att sakna empiriska belägg för sina antaganden om vansinnet som en specifikt kvinnlig sjukdom (t.ex. Busfield 1994). Frågan kring huruvida fler kvinnor än män inspärrades på därhus på 1800-talet förblir oklar och är omtvistad (t.ex. Porter 1987).⁶⁸ Nyare studier har påvisat att kvinnor och män intogs i lika stor utsträckning under 1800-talet, i bl.a. Elizabeth Malcolms exempel (2003) på Irland. Andra undersökningar visar att majoriteten av de intagna på sinnessjukhusen var män (Deacon 2003), och att en feminisering av vansinnet därför inte kan "bevisas".⁶⁹ I Finland var könsfördelningen mellan intagna kvinnor och män relativt jämn i början av 1900-talet (Harjula 1996). Detta skulle tyda på att därhusintagningar gällde specifika grupper av kvinnor *och* män, snarare än kvinnor framför män (Wright, Moran & Gouglas 2003, 111). Enligt Joan Busfield (1994) fanns det under 1800-talet lika inflytelserika kulturella representationer av mäns vansinne som av kvinnors.⁷⁰

Kritiken av framför allt klassiker såsom Showalter (1987) är enligt min uppfattning ensidig, och bygger på tanken om att kopplingen mellan kvinnlighet och vansinne skulle vara en fråga om "bevisföring", t.ex. gällande antalet inspärrade kvinnliga mentalpatienter. Denna kritik går miste om Showalters och andra feministiska teoretikers tanke om de symboliska, men framför allt de psykiatriska sambanden som etablerades mellan vansinne och kvinnlighet. Det torde inte råda någon större tvekan om att medicinska och kulturella representationer av manliga dårar var annorlunda än de som gällde de kvinnliga (Kromm 1994; Johannisson

⁶⁷ Se även James E. Moran (2003) som studerar "därundersökningar" utförda i New Jersey 1790-1867 och lyfter fram lekmannabeskrivningar – familjemedlemmars och grannars skildringar – av vansinne. En brist i Morans (2003) könsblinda analys ligger i att han inte reflekterar över eventuella skillnader i hur manliga respektive kvinnliga patienter beskrevs av sina anhöriga.

⁶⁸ Till exempel Roy Porter (1987) hävdar att fler män än kvinnor inspärrades på därhus före medlet av 1800-talet. Foucault (1967) som diskuterar den "stora inspärningen" efter mitten av 1400-talet anser däremot att kvinnor och män intogs på anstalt i ungefär lika stor utsträckning.

⁶⁹ Se Sally Swartz (1999, 153) som diskuterar ras och kön i relation till därhusintagningar i Kapstaden, Sydafrika kring sekelskiftet 1900. Under hela 1900-talet inspärrades fler män än kvinnor i de koloniala därhusen. Enligt Swartz hade dessa därhus en annan social funktion än motsvarande anstalter i Europa och Förenta staterna.

⁷⁰ Joan Busfield (1994) diskuterar tre manliga representationer: det galna geniet, den kriminella dären och det som kom att benämnas masturbatoriskt vansinne.

1997, 2001). Samtidigt illustrerar de studier jag ovan diskuterat hur den reproduktiva kroppen och kvinnors illegitima sexuella handlingar diagnostiserades som avvikande.

Ovarieteorins (Smith-Rosenberg 1974, 1985) betydelse – dvs. huruvida läkarna använde sig av gynekologiska förklaringsmodeller av kvinnors mentala problem – har också ifrågasatts. Peter McCandless' (1999, 547), som studerar intagna kvinnor på mentalsjukhuset i South Carolina, finner inga belegg för att läkarna i någon större utsträckning skulle hänvisa till de kvinnliga patienternas reproduktiva organ som bakomliggande sjukdomsorsak. Forskning har visat att det under 1800-talet rådde konkurrerande föreställningar om sinnessjukdom och kvinnlighet, och att den gynekologiska förklaringsmodellen därför inte godtogs av alla representanter inom läkarkåren (Theriot 1993; Strange 2000). Hilary Marland (2003) medger att biologiska förklaringar till kvinnors galenskap var vanliga, men hennes fallstudier visar att läkarna även gav andra förklaringar till kvinnors mentala problem. Brittiska läkare förhöll sig bland annat förstående till att kvinnorna kunde uppleva moderskapet som en besvikelse, för krävande och besvärande (Marland 2003, 318). Enligt Marland (2003, 306) presenterade de brittiska 1800-talsläkarna kvinnorna som individer med individuella problem, snarare än som en grupp av kvinnor med svag biologisk konstitution, mottagliga för sjukdomar.⁷¹ Darja Zavirsek (2000, 176) konstaterar däremot att kvinnors biologiska konstitution förblev den största antagna orsaken till kvinnors inneboende svaghet och patologi under slutet av 1800- och början av 1900-talet, även om vissa läkare gjorde en koppling mellan kvinnors vardagsverklighet och nervositet.⁷²

Kunskap om kön

– en könsordning uppgjord på kroppsliga skillnader

Den feministiska forskningen visar hur kvinnors vansinne förklarades med sociala, kroppsliga och moraliska termer, och från och med slutet av 1800-talet inlindades dessa i tankar kring ärftlighet som blev den viktigaste psykiatriska förklaringsmodellen (Deacon 2003, 35). Ärftlighetens betydelse för förståelsen av vansinne var kopplad till eugenikens, rashygienens frammarsch på det psykiatriska kunskapsfältet (Shorter 1997). Jag diskuterar rashygieniska föreställningar närmare i kapitlet *Förvisade på livstid*. Den ovan presenterade feministiska forskningen synliggör också hur olika gruppers kvinnor disciplinerades på olika sätt. Utöver kön, klass och civilstånd, var etnicitet, ras och sexuell orientering kategorier

⁷¹ Hilary Marland (2003) talar emellertid specifikt om "förlösningsvansinne" (puerperal insanity), snarare än kvinnors mentala problem i största allmänhet.

⁷² Darja Zavirseks (2000) studie diskuterar synen på slovenska kvinnors hysteri mellan åren 1877-1935.

som definierade, tillskrev betydelser, skapade samt reglerade kvinnligt vainsinne (Ussher 1991; Schwarz 1999; Mulvaney 2001).⁷³

Vansinnets symboliska koppling till kvinnlighet visar hur skapandet av skillnad till manlighet gjordes med hänvisning till vad som betraktades vara kvinnors specifika kroppsliga uppgifter som dels gjorde dem mer mentalt labila, dels opålitliga och odugliga i den offentliga sfären, något som i sin tur legitimerade psykiatrisk diagnostisering. Synen på kvinnan som hustru, moder och fostrare av kommande generationer var även central i det fennomanska tänkandet, och förstärktes i samband med de rashygieniska tankegångarna under 1920-40-talen (Helén 1997; Mattila 1999; Uimonen 1999). Feministisk forskning har visat hur 1800-talets könsordning skapades med hänvisning till kroppsliga, biologiserade skillnader mellan könen (Martin 1987; Shapiro 1996). Det var en könsordning i vilken kunskap om kroppslig skillnad mellan män och kvinnor gav betydelse åt en mängd olika maktrelationer (jfr Scott 1988, 42). Med andra ord förkroppsligades och vetenskapliggjordes könsskillnad på ett för denna tid specifikt sätt (jfr Laqueur 1987, 1994).

Vansinnesdiskursens specifika kunskap om skillnad skapade betydelser av kön; dikotoma representationer av friskt/sjukt, manligt/kvinnligt och rationellt/irrationellt i vilka kvinnokroppen fungerade som markör (Showalter 1987; Ussher 1991). Ljudmila Jordanova (1989) diskuterar 1800-talets könsordning med hänvisning till en skillnad som konstruerades i termer av en "maskulinisering av muskler" och en "feminisering av nerver".⁷⁴ Carol Smart (1992, 30-31) är inspirerad av Foucault i sin analys av hur konstruktionen av kvinnlighet skedde utgående från kroppsliga termer på 1800-talet. Smart visar hur rättsliga diskurser tillsammans med läkar- och samhällsvetenskaperna skapade ett problematiskt kvinnligt subjekt, som "i samma stund som hon konstituerades 'otvivelaktigt' krävde reglering". Smart visar hur kvinnor kunde motstå dessa diskurser som konstruerade kvinnors kroppar som oregerliga och i behov av disciplinering, i form av kamper för abort, preventivmedel och barnavård (1992, 31). Det "kvinnliga" hade dock redan skapats som något problematiskt och som krävde reglering (jfr Petersen 2001, 194). I Smarts analys blir kopplingen mellan könad diagnostisering och disciplinering tydlig.

⁷³ Se Sally Swartz (1999) och Harriet Deacon (2003) för en diskussion kring betydelsen av ras, klass och kön i relation till därhusintagningar. Bägge diskuterar koloniala sinnessjukhus i Sydafrika kring slutet av 1800-talet och början av 1900-talet. Se även Peter McCandless (2003) som behandlar frågor kring ras och slaveri i relation till den amerikanska sydstatsspsykiatrin under 1800-talet.

⁷⁴ Sigmund Freud (1973) uttryckte sig om skillnaden mellan kvinnlighet och manlighet såhär: "when you say 'masculine', you usually mean 'active', and when you say 'feminine', you usually mean 'passive' (Freud 1973, ref. i Busfield 1996, 106).

SLUTSATSER

Sociologiska och feministiska teorier kring avvikelse utgår från ett dikotomt tänkesätt: samhället dikterar gränser som åtskiljer patologiska samhällselement från normala (t.ex. Durkheim, Erikson). Det handlar om gränsen mellan det normala och det avvikande, det friska och det sjuka, det rationella och irrationella, det tillåtna och det otillåtna, men även om skillnaden mellan kvinnlighet och manlighet (Chesler 1972; Showalter 1987). Michel Foucault (1977, 1978) lyfter fram skillnadsskapande praktiker för att visa hur kroppar och subjekt kategoriseras genom normalisering och jämförelse mot etablerade normer. Det gemensamma för de ovan presenterade ansatserna är att de illustrerar hur utpekandet – kategorisering, definiering och i vansinnesdiskursen *diagnostisering* – av det avvikande samtidigt skapar föreställningar kring det normala. Förklaringarna till varför samhället och samhällsmedlemmarna uppgör åtskiljande gränser mellan handlingar som stämplas som irrationella (tecken på vansinne) och mellan beteendeformer som konstrueras som rationella (och därmed som friska, normala) varierar. Sociologer har teoretiserat i termer av social funktion, social reaktion, social stämpling, makt och kontroll. Enligt Durkheim hade avvikelserna en social funktion för ett samfund genom att den stärkte samhällets interna sammanhållning. Därför betraktade Durkheim det avvikande beteendet som rentav nödvändigt för samhället. Durkheim, som inte specifikt diskuterade vansinnet som patologiskt fenomen, utan i allmänsociologiska termer behandlade social avvikelser, gav sociologerna analytiska redskap för att närma sig fenomenet mentalsjukdom som en form av avvikande beteende.

Under 1960-70-talet i samband med stämplingsteorins och anti-psykiatriens genomslagskraft betraktades det avvikande inte längre som något "positivt", även om sociologerna snarare fördömde läkarvetenskapen än själva avvikelserna. Teoretikerna påtalade uttryckligen medicinens och andra sociala institutioners makt att kontrollera individer som samhället ansåg vara avvikande och därmed oönskade. Stämplingsteorin lyfte även fram "vanliga aktörer" i stämplingsprocessen: familjemedlemmar, grannar och vänner (Scheff 1966; Smith 1977). Det finns en viss intern motstridighet inom stämplingsteorin; å ena sidan presenteras psykiatri – läkarna – som maktutövare, men å andra sidan omfattar teorin den symboliska interaktionismens aktörsperspektiv som erbjuder en möjlighet att tolka makt och kontroll på ett mikroplan (t.ex. Goffman 1961). I Kai Eriksons (1966) analys sammankopplades funktionalistiska förklaringar kring avvikelser med interaktionistiska tolkningar, framför allt genom inflytandet från Erving Goffman (1961). I sin studie lyfte Erikson (1966) fram individer som i det puritanska samfundets "gränskriser" kom att betraktas som avvikande. Alla de individer som Erikson (1966) presenterar som orosmakare och som uppfattades som "the shapes of the devil" var kvinnor, ett faktum som Erikson inte reflekterade över. Trots att Eriksons analys också kan läsas som en illustration över kvinnligt aktörskap – kvinnorna agerar, oroar samfundet med sina gärningar och utsagor – är

studien i sista hand en uppvisning i konstruerandet av kvinnlig avvikelse och dess sociala bemötande. Funktionalismen får genom Eriksons exempel en könsdimension; det är genom kontrollen av kvinnorna som samfundets gränser förstärks då det otillättna beteendet synliggörs och bestraffas. Det avvikande representerades således det kvinnliga.

Fram till år 1972, presenterade teoretikerna sina teorier utan att problematisera kön eller dess betydelse. Den utslagna avvikaren antogs implicit, och ibland även explicit, vara en man och det värsta i dennes situation var att han av samhällets kontrollinstitutioner (fängelset, mental-sjukhuset, drogkliniken) behandlades som en kvinna: som underkuvad, beroende och maktlös. Trots att Eriksons studie de facto handlade om kvinnlig avvikelse, har denna aspekt förblivit oproblematiserad. När Phyllis Chesler år 1972 kom ut med *Women and Madness*, hävdade hon att kvinnor, oftare än män, definierades som mentalt avvikande på grund av psykiatrins inbyggda patriarkala struktur och kvinnorollens inskränkta handlingsutrymme. Fler feministiska studier följde i Cheslers fotspår och den feministiska medikaliseringsteorin förblev dominerande ända fram till början av 1990-talet. Fokus låg ofta på 1800-talets psykiatriska diskurs som enligt kvinnoforskarna etablerade en koppling mellan kvinnokropp – som reduceras till den reproduktiva kroppen – och vansinne. Många feminister diskuterar hur 1800-talets könsordning skapades med hänvisning till särskilda kroppsliga skillnader mellan män och kvinnor (Martin 1987). Denna förklaring kunde ses som en typ av funktionalism. Därtill har betydelsen av kvinnors sexualitet, klass och ras lyfts fram för att visa att galenskap är ett könat, klass- och rasrelaterat fenomen. Enligt Elaine Showalter (1987) är vansinnet – symboliskt sett – en ”kvinnlig sjukdom”, och hävdar att det jämsides med den psykiatriska disciplinens utveckling och etablering under 1800-talet rådde ett kulturellt antagande om en koppling mellan kvinnor och vansinne. Kopplingen mellan kvinnlighet och vansinne (feminiseringen av vansinnet) kan dock kritiseras för såväl det inbyggda essentialistiska antagandet som för presentationen av läkarkåren som en enhetlig, maktlysten, patriarkal grupp.

Grenar av den stämplingsteoretiska, den feministiska och i synnerhet den medikaliseringsskritiska ansatsen, presenterar en bild av den medicinska professionen som en homogen grupp som ständigt strävar efter att utöka sin makt. I äldre studier framställdes läkarvetenskapen ofta som den enda maktutövaren (bl.a. Szasz 1961; Zola 1972; Ehrenreich & English 1978). Foucaults produktiva maktbegrepp erbjuder en revidering av representationen av läkarvetenskap, men även av kroppslighet, sexualitet och avvikelse. Enligt Foucault skall makten inte förstås som repressiv, utan makten skapar kunskap, diskurser och kroppar. I denna förståelse existerar inte vansinnet *före* makten – kunskapen om vansinnet – utan skapas *i* den medicinska diskursen. Detsamma gäller kroppen och sexualiteten (t.ex. Foucault 1973). Synen på kroppen och sexualiteten som socialt konstruerade genom maktens effekter har tilltalat feminister som vill undvika biologisk essentialism och reduktionism (Ramazanoglu

& Holland 1993, 2002). Samtidigt har Foucault från feministiskt håll kritiserats för sin könsblindhet, för sin syn på kroppen som passiv (foglig) och för sitt otillräckliga motstånds- och aktörsbegrepp (jfr McNay 1992; Deveaux 1999). Andra feminister har ansett att Foucaults arbeten tvärtom kan läsas som en historia om subjekt, subjektivitet och erfarenhet (Oksala 2002, 2004). En feministisk läsning av vansinnet kan nyttja Foucaults idé om makten som skapande, däremot skall inte makten presenteras som könsneutral, eller subjekten som avsexualiserade och avkönade (jfr Braidotti 1991; Grosz 1994). I min förståelse av Foucault och hans syn på relationen mellan makt och kunskap ligger fokus på hur (kvinno)kroppen konstrueras *och* används i medicinska diagnoser.

III

DOKUMENTENS MAKT OCH TEXTER

SOM MENINGSSKAPANDE

INLEDNING

En feministisk och Foucault-inspirerad läsning kombinerad med en mikrohistorisk ansats kan synliggöra de processer, praktiker och tekniker som kategoriserar subjekt som annorlunda och avvikande, utan att frånta "de Andra" subjektivitet och möjligheter till motstånd.⁷⁵ Sociologisk och feministisk forskning kring avvikande beteende har tenderat att behandla avvikelse antingen ur ett "konspirationsteoretiskt" perspektiv eller med hjälp av strukturella förklaringsmodeller. Stämplingsteorin och tidiga feministiska studier har lyft fram regelbrott och stämpling av önskat handlande som förklaring till mentalsjukdom (Scheff 1966; Chesler 1972). Makroorienterade studier har analyserat galenskapens historia och samhällseliga förankring med utgångspunkt i strukturella samhällsförändringar. De sistnämnda har ofta fokuserat på 1700-1800-talets sociala organisering av vansinnet och framväxten av en ny profession – psykiatri (Rothman 1971; Foucault 1967; Scull 1979; Busfield 1986; Porter & Wright 2003). Med andra ord har forskningen pendlat mellan att studera antingen läkarvetenskapens maktbefogenheter såsom diagnostisering, till att granska den strukturella (historiska) bakgrunden, dvs. institutionaliseringen av nyssnämnda profession.

Min strävan är att visa att en dylik polarisering som finns på forskningsfältet kan undvikas genom nyttjandet av ett flertal perspektiv med tolkande, närläsande ansats (jfr Geertz 1973). Klassikerna inom området har studerat hur avvikelse konstrueras och gett analytiska redskap för att närma sig vansinnet (t.ex. Foucault 1967; Chesler 1972; Showalter 1987). Dessa studier har emellertid på ett homogeniserande sätt behandlat avvikande subjekt som tillhörande en relativt enhetlig kategori, i vilken enskilda subjekts handlande, förändringspotential och möjligheter till motstånd inte har beaktats i tillräckligt stor utsträckning. Michel Foucault (1978, 1980) erbjuder genom sitt maktbegrepp möjligheter till

⁷⁵ Frågan kring hur "de Andra" representeras – och huruvida dessa subjekt har en möjlighet att "tala" – diskuteras bl.a. inom postkolonial feministisk teori. Se Gayatri Chakravorty Spivaks (1988) inflytelserika artikel *Can the Subaltern Speak?* för ytterligare problematisering.

motstånd, men hans fokus på det diskursiva och det strukturella tenderar att osynliggöra de subjekt som finns i maktens nätverk. Vilka är de subjekt som konstrueras som de Andra, hur förhandlar de om sin egen position och hur ser de sig själva (jfr Reaume 2000)? På sätt och vis har bägge representationer av de subjekt som befinner sig i marginalen – betraktade antingen som offer eller som effekter av makt/kunskapsdiskurser – anonymiserat dem. I analyserna förblir de individuella subjekten osynliga, positionerade i analytikernas teoretiska och retoriska grepp. Denna tendens är uppenbar även i nyare studier (Porter & Wright 2003; för undantag se Gittins 1998; Reaume 2000).

I detta kapitel diskuterar jag först metodologiska aspekter kring mitt sätt att läsa och analysera texterna – de dokument som berör Själopatienterna – därefter presenterar jag undersökningens empiriska källmaterial. I den metodologiska diskussionen framgår dels hur undersökningen är utförd, dels epistemologiska frågor kring läsningen av dokumenten. Källmaterialet för denna studie utgörs av Själo hospitals eget arkiv som finns bevarat på Åbo landsarkiv. Av materialet lyfter jag särskilt fram patienternas läkarintyg och det frågeformulär som kommunen skulle ifylla för att få en person intagen på sinnessjukhus. De rättspsykiatriska texterna och rättegångsprotokollen som ligger som grund för analysen av kriminalpatienterna behandlas i kapitlet *Från brottslighet till sjukdom*.

ATT LÄSA KÖN, MAKT OCH AVVIKELSE – TVÄRVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV

Att forska i det förflutna – tolkning och perspektiv

Avhandlingens empiriska del är uppdelad i tre större avsnitt. Den första delen är en kartläggning av alla de intagna patienterna mellan åren 1889-1944. Här studerar jag bakgrunden till patienternas intagning och visar på både likheter och olikheter hos olika patientkategorier. I den andra delen närläser jag tre rättspsykiatriska texter och visar *hur* brottslingen blev mentalpatient i den psykiatriska diskursen. I den tredje empiriska delen granskar jag hur Själo hospital fungerade som ett symboliskt rum för konstruktionen av vansinne och kvinnlighet. I denna del analyserar jag dokument som kartlade patienternas beteende och kroppar på anstalten samt patienters egna brev som sjukhuset konfiskerade.

Avhandlingens tematik och det material som analyseras, aktualiserar frågan kring sociologisk och feministisk tolkning av historiska dokument. Sociologers intresse för det förflutna kan härledas till klassikerna Durkheim, Weber och Marx, vars arbeten kunde betecknas som historiska studier. Strukturfunktionalismen bidrog emellertid till att sociologin

under en lång tidsperiod var ahistorisk till sin karaktär.⁷⁶ Den kanske viktigaste historiesociologen Norbert Elias (1987) ansåg att sociologin efter det andra världskriget allt mer kom att karaktäriseras av ett ökat ointresse för historisk forskning och kritiserade sociologers ”flykt från det förflutna”. Även C. Wright Mills (1959) banade väg för en historiskt medveten sociologi.⁷⁷ Mills (1959) ansåg att sociologins ”intellektuella löfte” var att göra människor medvetna om historiska strukturer och om människors plats i dessa strukturer.⁷⁸ I Mills fotspår följde sociologer som Kai Erikson (1966), Anthony Giddens (1979) och Philip Abrams (1982) som ansåg att det inte borde göras någon åtskillnad mellan historia och sociologi.⁷⁹ I *Wayward Puritans* framhöll Erikson (1966) att mänskliga och sociala fenomen varken är generella eller partikulära – en uppdelning som traditionellt har hänvisat till skillnaden mellan de bägge disciplinerna – och därmed var en åtskillnad mellan disciplinerna inte nödvändig.

Skillnaderna mellan sociologi och historia har blivit mera flytande, framför allt som en följd av den ”lingvistiska”, poststrukturalistiska vändningen under 1990-talets början (se t.ex. Kalela 1993). Trots detta har en del sociologer lyft fram det ”problematiska” i studier som rör sig i gränsområdet mellan de båda disciplinerna (bl.a. Kiser & Hechter 1991; Goldthorpe 1991, 1994; Calhoun 1998).⁸⁰ Denna ”svårighet” har från sociologers håll handlat om det historiska materialets deskriptiva karaktär och om svårigheten att dra generella teoretiska slutsatser utgående från ett dylikt material (Ruonavaara 1995; jfr Suoninen 2001).⁸¹ Hannu Ruonavaara (1995, 260) kallar denna metodologiska tvistefråga för den ”historiska sociologins dilemma”. Ruonavaara (1995) anser att betoningen av det ena (t.ex. den historiska beskrivningen) lätt leder till att den andra sidan av forskningen (den sociologiska förklaringen) negligeras (se även Ruonavaara

⁷⁶ Sociologer som bl.a. Norbert Elias (1939), C. Wright Mills (1951, 1959) och Barrington Moore (1966) utgjorde emellertid viktiga undantag.

⁷⁷ Mills (1959) kritik omfattade främst Parsons (1951) och strukturfunktionalismens rigida och ahistoriska systemanalyser.

⁷⁸ Under denna tid handlade debatten om huruvida tonvikten skulle ligga på generella teorier (Parsons 1951) eller historia (Mills 1959). För en översikt av den historiska sociologins utveckling och dess olika läger, se Ulf Drugge (1997).

⁷⁹ “...there is no necessary difference between the sociologist and the historian, and secondly that sociology that takes itself seriously must be historical sociology”, anser Philip Abrams (1982, 17). Se även Anthony Giddens (1979, 230).

⁸⁰ Debatten om den problematiska relationen mellan disciplinerna fördes på sociologfältet. Inläggen behandlade huvudsakligen de metodologiska aspekterna i historiesociologisk forskning (jfr Skocpol 1984).

⁸¹ De bakomliggande skillnaderna mellan disciplinerna har av tradition handlat om att historieforskningen har betraktats som idiografisk, dvs. med fokus på det partikulära, medan sociologin har ansetts vara nomotetisk, dvs. präglad av en strävan efter det generella och det teoretiska (Suoninen 2001; se även Törnqvist 1995).

2005).⁸² Denna problemorienterade ansats omfattar implicit en tanke om att sociala fenomen situerade i dagens kontext, i dagens samhälle, på något sätt vore mera gripbara och teoretiskt sett "lättare" att tolka än historiska fenomen. Studiet av det förflutna kan kräva andra analysredskap än studiet av nutiden, men det förgångna skall inte heller exotiseras. Med samma argumentation skulle till exempel den antropologiska forskningen te sig omöjlig, eftersom man då kunde ställa sig frågande till om det i så fall någonsin vore möjligt att studera, än mindre förstå, ett annat samhälle med andra kulturella sedvänjor, normer och värderingar.

Att skapa en dikotomi (historiskt material versus teoretisk generalisering) – en konstruerad motsättning – känns föräldrat och fränser möjligheten att det uttryckligen är i dessa förgreningar som det vetenskapliga kunskapsbygget skapas. I min studie är skildringen och teorin sammanvävda, inlindade i varandra och jag betraktar inte en dylik uppdelning som varken teoretiskt eller metodologiskt fruktbar (jfr Ahlbeck-Rehn 2005).⁸³ Inom den feministiska forskningen är mångfalden – en kombination av ett flertal perspektiv – betydelsefull och gränsdragningar mellan discipliner eftersträvas inte. Många feministiska sociologer arbetar med historiska material och förflyttar sig mellan de två disciplinernas otydliga gränser för att undersöka hur kvinnlighet och manlighet skapas och ges betydelse. I min förståelse är det huvudsakligen forskarens teoretiska antaganden och valet av material som avgör forskningens uppläggning (jfr Liljeström 2004). Det finns följaktligen sociologer som har mera gemensamt med historiker och vice versa beroende på hurudan kunskaps- eller vetenskapssyn forskaren har (jfr Hart 1994). Sociologens möte med det förflutna, representerade i de källor som undersöks, kräver kunskap om det förgångna. Men samtidigt skapar forskaren ny kunskap om det förflutna. På samma sätt som de psykiatriska texterna producerar betydelser är forskaren med om att skapa och omskapa det förflutna.

Det är i forskarens val och *tolkning* av materialet som perspektiven sammanförs. Genom tolkningen positionerar forskaren sig själv, gör sina medvetna val och tillskriver vissa fenomen betydelse genom att lyfta fram dem. Forskaren innehar samtidigt en maktposition genom sitt tolkningsföreträde, genom sin makt att kunna *välja* att se vissa saker, men ignorera andra. Denna makt representeras också av forskarens möjlighet att omforma de studerade människornas liv till auktoritativa texter, och därmed konstituera särskilda subjekt som forskningsobjekt (Smith 1999; se även Smith 1978; Skeggs 1997).

Forskaren bör reflektera över sina val och över *hur* de studerade subjekten representeras, framför allt i en studie som granskar

⁸² Se Marja Suoninens (2001) utförliga artikel om mikrohistorien som en lösning på den historiska sociologins dilemma. Se även Anu-Hanna Anttila (2005) för diskussion kring relationen sociologi-historia.

⁸³ Matti Peltonen (1999, 39) anser att uppdelningen i empiriskt deskriptiva (historievetenskaperna) versus teoretiskt begreppsliga (samhällsvetenskaperna) studier är föräldrad.

marginaliserade individer (jfr Thörn 2004). I all samhällsvetenskaplig och historisk forskning är det viktigt att problematisera den objektifiering av de studerade och de maktrelationer som finns inbyggda i själva kunskapsproduktionen. Dessa frågor har framför allt uppmärksammats i feministisk metodologi (Stanley & Wise 1983; hooks 1989; Harding 1987; Acker, Barry & Esseveld 1991; Skeggs 1995; Widerberg 1996; Liljeström 2004). Historikern Ann-Sofie Ohlander (2003b) diskuterar sina erfarenheter av att ha varit intagen på mentalsjukhus i artikeln *Varför inte fråga dem själva?* Ohlander (2003b, 241) pekar på etiska frågor som aktualiseras i forskning kring mentalpatienter där forskaren endast fokuserar på de diagnoser, kategorier och begrepp som tillskrivs patienterna.⁸⁴ Ohlander (2003b) anser att patienterna själva måste tillfrågas, lyssnas på, tas på allvar, och att patienternas egna erfarenheter är nödvändiga för förståelsen av deras liv (jfr Cosgrove 2000; se även Ussher 1997).

Själöpatienterna kan inte längre tillfrågas, de och jag kan inte mötas på deras egna likvärdiga villkor. Deras röster hörs svagt i ett material som uppgjorts av myndighetspersoner. Undantaget utgörs av patienternas egna brev som jag presenterar i kapitlet *Glömda röster*. Detta känsliga material krävde *närhet*, närvaro och empatisk läsning. Kapitlet var svårt att skriva och breven har berört mig, något som syns i min läsning. Att undangömma min reaktion vore att ta ett steg i riktning mot den distans till det studerade som den positivistiska skolan förkunnade – i sin tanke om att detta var något som ”den objektiva vetenskapen” krävde.

Med kön som gränsöverskridande analytisk kategori

Inflytandet från Michel Foucault har lett till överskridningar av disciplinära gränser och har inspirerat många sociologer att vända blickarna mot det förflutna. Avhandlingens metodologiska angreppssätt handlar om att analysera historiska texter med utgångspunkt i en tvärvetenskaplig förståelse av sociala fenomen. I min undersökning fungerar kön som en analytisk kategori som sammanbinder olika teoretiska (sociologiska, feministiska och foucaultska) och metodologiska (diskursanalytiska, dekonstruerande och mikrohistoriska) perspektiv. Strävan är samtidigt att dekonstruera och historisera kön.

I min studie kombinerar jag en mera deskriptiv historisk ansats med en poststrukturalistisk förståelse av kön, makt och vansinne. Med andra ord är min strävan att kombinera en kontextuell och beskrivande analysnivå med en dekonstruerande läsning (jfr Östman 2000a, 21–24). Den beskrivande ansatsen handlar om att skildra vilket slags kvinnor det var som definierades som obotligt sinnessjuka, samt noggrant visa *hur* intagningarna gick till. Den diskursiva läsningen av texterna styrs av ett foucaultskt intresse för makt och kunskap där texterna betraktas som meningsskapande och betydelsebärande. Texterna skapar betydelser och

⁸⁴ Ohlander (2003b) diskuterar specifikt deltagande observation av mentalpatienter.

kunskap kring vansinne, fattigdom och kroppslighet. Därtill använder jag bägge analysnivåerna för att illustrera hur kön skapas i olika diskurser. Hur får vansinnet som könad och könande kategori sina betydelser? Och på vilket sätt är kön sammanbundet med andra hierarkiska relationer såsom klass och kropp (Riley 1988; Skeggs 1997; Hüchtker 2001)?

En aspekt i att undersöka den produktiva makten öppnas genom frågan "hur". Foucault (1988, 103) anser att frågan om vem som utövar makt, inte kan besvaras utan att frågan om *hur det sker* besvaras samtidigt. En liknande tanke framför Ronald Aminzade (1992, 459), som föreslår att en noggrann rekonstruktion av *hur* de undersökta händelserna skedde kan förklara *varför* de skedde. Inom kvinnohistorien markerade Joan Scott (1986, 1988) en teoretisk förändring då hon skiftade fokus från "vad" till "hur". Där tidigare kvinnohistoriker huvudsakligen hade studerat vad kvinnor hade gjort eller inte gjort, ville Scott (1986) undersöka *hur* kön, snarare än kvinnor/kvinnlighet, produceras. Scott visar hur kön kan förstås diskursivt som en analytisk kategori och hur historien kan analyseras utgående från kön (se Östman 2000b, 279).⁸⁵ I Scotts (1988) förståelse är kön en skillnadsskapande process där uppfattningar om könsskillnader är sammanvävda med, och ger betydelse åt maktrelationer. I avhandlingen granskar jag hur olika diskurser växelverkar, producerar sanningar samt på vilket sätt maktrelationer formas och upprätthålls. Jag studerar hur medicinska, kommunala, rättsliga och statliga diskurser var involverade i patienternas intagning till Själo, och samtidigt var med om att definiera kvinnornas avvikelse.

Jag betraktar dessa olika kunskapsregimer som en fragmenterad och motstridig diskursiv domän. Jag närmar mig de olika maktrelationerna – inbyggda i ett institutionellt nätverk som omringar de kvinnliga patienterna – med hjälp av Foucaults (1978) diskursbegrepp.⁸⁶ Här omkullkastas idén om ett enda maktursprung. Istället formas ett nätverk av maktrelationer (jfr Canning 1999). Hur detta ramverk fungerar är något som jag försöker synliggöra med hjälp av dokumenten. Den viktiga frågan ligger i *hur* texterna skapar avvikande subjekt, kön och makt. Det handlar inte enbart om att visa *vad* som skrevs, uttalades och dokumenterades,

⁸⁵ Kvinnohistorikern Ann-Catrin Östman (2000a, b) har i flera texter och undersökningar på ett innovativt sätt använt sig av, och utvecklat, den scottska synen på kön. Hon visar hur Scotts språkliga betoning av diskursbegreppet innefattar såväl ideologiska föreställningar som materiella praktiker (bl.a. Östman 2000a, 21).

⁸⁶ "...we must not imagine a world of discourse divided between accepted discourse and excluded discourse, or between the dominant discourse and the dominated one; but as a multiplicity of discursive elements that can come into play in various strategies. It is this distribution that we must reconstruct, with the things said and those concealed, the enunciations required and those forbidden, that it comprises; with the variants and the different effects – according to who is speaking, his position of power, the institutional context in which he happens to be situated – that it implies; and with the shifts and reutilizations of identical formulas for contrary objectives that it also includes" (Foucault 1978, 100).

utan snarare *hur* det gjordes. Hur såg dessa definitionsprocesser ut? Jag kommer härnäst att presentera den diskursiva analysens verktyg.

Att läsa texter som meningsskapande

Den andra empiriska delen är den mest omfattande. Här analyserar jag tre kriminalpatienters – Johannas, Sofias och Emilias – rättspsykiatriska utlåtanden och rättegångsprotokoll skrivna under perioden 1914-1944.⁸⁷ Jag fokuserar på texternas uppbyggnad samt granskar vilka argument som används i psykiatrisk diagnostisering. Många studier kring konstruktioner av kvinnors galenskap under 1800-talet utgår från dåtida medicinska och psykiatriska texter, och hur dessa konstruerar kvinnors mentala problem och sinnessjukdomar (Smith-Rosenberg 1985; Showalter 1987; Smith-Rosenberg & Rosenberg 1993; Theriot 1993; Johannisson 1994; Uimonen 1999). Diskursiva och dekonstruerande läsesätt har gett feministiska forskare redskap att historisera kön, men även sociala kategorier som sexualitet och kropp. Diskursiva läsningar möjliggör även en historisering av vansinnet, dess könade betydelser och dess samhälleliga förankring. Historisering innebär i detta sammanhang ett konstruktivistiskt redskap för att visa hur vansinnet konstrueras; vilka innebörder som formar och omformar galenskap i tid och rum (jfr Honkanen 2005). Jag dekonstruerar de rättspsykiatriska utlåtandena som är utfärdade efter att kvinnorna undersökts på ett sinnessjukhus. De flesta av undersökningarna är utförda vid Lappvikens och Pitkäniemi sjukhus. I utlåtandena diagnostiseras kvinnorna som mentalt sjuka och i avsaknad av fullt förstånd vid brottets utförande. Som ett resultat av den psykiatriska diagnosen och straffri-förklaringen placeras kvinnorna på Själo hospital.

I den tredje empiriska delen granskar jag Själo asylinrättning som levnadsplats dels utifrån anteckningar och "tecken" – beteende- och kroppsbeskrivningar som jag kallat *patientdagböcker* eller *teckenblanketter* – som personalen uppgjorde över patienterna, dels på basis av brev som patienterna skrev om sin tillvaro på sjukhuset, men som sjukhuset inte sände iväg. En dekonstruerande ansats med inriktning på språk, utsagor och text behöver inte utesluta en materiell analysnivå. Det finns en verklighet "utanför texten", men forskaren är inte heller befriad från diskursens makt (jfr Järvinen 1996). Texterna avspeglar skeenden, sammanhang och sociala helheter i det förflutna. Källorna reflekterar således en social verklighet och berättar något om individer som levt i verkliga biologiska kroppar av kött och blod. Källorna är emellertid inte enbart dokumenterande. Dokumenten skapar betydelser om det studerade sociala fenomenet som kommer till uttryck i de texter som analyseras. Jag studerar källorna som diskurser som skapar avvikande subjekt, makt och kön. Som forskare tillskriver jag sedan fenomenet ytterligare innebörder och tolkningar, dvs. benämner fenomenet utifrån en särskild teoretisk ram. En dialog mellan

⁸⁷ Huvudsakligen: Hoitton määrääminen (HM) 3.2.3 (1890-1921); 3.2.4. (1922-1944); Poistettujen päiväkirjat (PPK) 3.7.2. samt Potilaita koskevat kirjeet (PK) 3.11. (1859-1962).

text och kontext gör det möjligt att beakta det sociala, historiska och politiska rum i vilka källorna är författade och där de ges betydelse (jfr Jokinen, Juhila & Suoninen 1999; Wickman 2001).

Fallstudier och det teoretiska intresset

Inom sociologin har det funnits en lång tradition av fallstudier och analysen av de tre kriminalpatienterna kunde betecknas som fallstudier. Etnometodologer och interaktionister har studerat enskilda individer, grupper eller samfund för att belysa hur olika sociala fenomen konstitueras (bl.a. Whyte 1943; Goffman 1959, 1961; Garfinkel 1967; Becker 1977; Smith 1978; se även Gluckman 1961). Clyde Mitchell (1983) anser att fallstudiens styrka och möjlighet ligger i ett noggrant *teoretiskt* resonemang som utgör undersökningens *raison d'être*. Valet av fall baseras sålunda snarare på dess förklarande (teoretiska) betydelse än på dess representativitet (jfr Alasuutari 1989). Mitchell (1983, 192) karaktäriserar fallstudien som en detaljerad undersökning av en händelse (eller en serie sammanhörande händelser) som forskaren tror uppvisar en "allmän teoretisk princip" (se även Silverman 1985, 113), något som påminner om dekonstruktion.

Från feministiskt håll betonar man också det teoretiska intresset som ligger i fallstudier och visat på generaliseringars begränsningar (bl.a. Reinhartz 1992). Min läsning av de medicinska dokumenten styrs inte av en strävan efter en generell övergripande tolkning av fenomenet avvikande kvinnor. Fallstudier – eller mikrohistorier – bestående av ett fåtal rättspsykiatriska texter, ger mig istället en möjlighet att analysera hur makt och kunskap sammanförs på en mikrosocial nivå. I en diskursiv ansats är talet om sinnessjukdomarna det intressanta och jag granskar hur olika diskurser definierar kunskap om det avvikande subjektet. Vad är det som skrivs och hur? Vem får tala till vem och med vilken auktoritet? Vad är det som möjliggör dessa texter, tal och praktiker? Min avsikt är inte att berätta hur det "verkliga" gick till, och därför är inte heller frågan kring fallets/textens "representativitet" av någon större relevans.⁸⁸ Istället granskar jag vilka representationer av de kvinnliga patienterna texterna skapar. Min läsning – men också valet – av de empiriska fallen reflekterar mitt teoretiska intresse för kön (hur konstrueras kvinnlig avvikelse och kvinnlighet?) och makt (hur skapas maktrelationer, hur bemöts avvikelsen och med vilka följder?). Hurudan kunskap om vansinne och kön skapas i och genom texterna? Betydelsen av kriminalpatienternas kroppar och sexualitet i de medicinska texterna var en avgörande orsak till varför mitt val föll på denna patientkategori. Dessa patienters dokument visar

⁸⁸ Representativitetstanken reflekterar – åtminstone implicit – en önskan om att uppnå mer "korrekta" och "sanna" analyser av det sociala fenomen som studeras. I det motsatta relativistiska perspektivet är alla texter betydelsebärande och lika äkta, även om vissa tolkningar och perspektiv oftare prioriteras medan andra marginaliseras (Järvinen 1996, 20). Poststrukturalistisk relativism har emellertid uppfattats som problematisk för feministisk teori (t.ex. Ransom 1993; Ramzanoglu & Holland 2002).

tydligt den produktiva maktens, den könade diagnostiseringens och disciplinerings effekter.

Mikrohistoria eller genealogi?

I min strävan att kombinera olika teoretiska och metodologiska perspektiv (Geertz 1973), har jag också sökt inspiration i den mikrohistoriska ansatsen. Det avgörande i mikrohistorien är inte forskningsobjektets eller materialets storlek, utan det perspektiv utifrån vilket fenomenet granskas (bl.a. Levi 2001). Mikrohistorien skall dock inte förstås som det avgränsades historia, utan som en historia i och genom det småskaliga (Östman 2000a, 40). Kännetecknande för mikrohistoriska studier har varit att studera det enkilda, det atypiska eller det marginella, något som samtidigt utmärker dekonstruerande läsningar. Mikrohistoriska, ofta tvärvetenskapligt orienterade, studier har lyft fram historiens och historieskrivningens "bortglömda" eller marginaliserade grupper, såsom häxorna, de prostituerade och i denna studie, de vansinniga. Min studie passar således tematiskt in i det mikrohistoriska angreppssättet: den handlar om "de Andra". Mikrohistorien har setts som en kritik av och reaktion på makroorienterade strukturalistiska "hjalteberättelser" (Peltonen 1999, 2000, 2001). Genom ett narrativt, berättande, angreppssätt strävar mikrohistorier efter att kombinera ett teoretiskt resonemang med en specifik historisk händelse (jfr Mitchell 1983). Information och kunskap om större sociala strukturer kan fås genom att exempelvis en by eller en individ analyseras ingående under en viss tidsperiod (Ollila 1995). Ett enskilt fall kan ge forskaren ledtrådar om tidigare oupptäckta historiska processer och skeenden.⁸⁹ Strävan är inte att generalisera, istället kan mikrohistorien väcka nya frågor, skapa innovativa och andra tolkningar av ett fenomen (Peltonen 1999; Östman 2001).⁹⁰

Styrkan i den mikrohistoriska analysmodellen ligger i den noggranna rekonstruktionen – konkretiseringen – av det undersökta fenomenet vilket möjliggör kontextualiserade tolkningar. I denna studie handlar det om att förstå hur den samhällliga kontexten såg ut i vilken Sjalökvinnorna befann sig, och på vilket sätt detta samhälle kom till uttryck i texterna. Trots kravet på detaljerade beskrivningar är det mikrohistoriska perspektivet ingalunda ateoretiskt. Förutsättningen för teoretiska antaganden och tolkningar ligger uttryckligen i den ingående och noggranna analysen och i beskrivningen av konkreta händelseförlopp (Peltonen 1999).

Detta påminner delvis om Foucaults (1984b, 76) syn på den genealogiska metoden som kräver "tålmod och kunskap om detaljer". Enligt Foucault

⁸⁹ Mikrohistorikern Carlo Ginzburg (1989) använder sig av detektivmetaforen – "ledtrådsmetoden" – för att förklara hur små, till synes obetydliga detaljer kan ge forskaren ledtrådar om ett större samhällsligt sammanhang (se även Ginzburg 1983).

⁹⁰ Marja Suoninen (2001) anser att Risto Alapuro (1995) inflytelserika *Suomen syntyy paikallisena ilmiönä 1890 – 1930* utgör ett exempel på en mikrohistorisk undersökning i ämnet sociologi.

är genealogin ”dunkel [grå]⁹¹, skrupulöst noggrann och tålmodigt dokumenterande. Den verkar på ett fält av intrasslade och oordnade pergament, på dokument som har strukits över och kopierats om många gånger” (Foucault 1984b, 76). Den genealogiska metoden undersöker inte vem eller vad som innehar makt. Istället handlar det om att spåra mönster av maktutövning genom diskursers växelverkan, dvs. att undersöka hur diskurser möjliggörs, växelverkar och producerar sanningar.⁹² Enligt Foucault kan makt endast utövas genom skapandet av sanningar. Makten finns i diskurserna som definierar olika sanningar under olika historiska tider. Foucault menar att genealogen måste tolka, tillskriva betydelse och skapa sanning utgående från historien i full vetskap om att denna sanning är en fiktion – men paradoxalt nog är det sanning (Foucault 1980c, 193).

Med hjälp av diskursanalys kan man undersöka hur makt/kunskap opererar på mikronivå för att producera sanningsregimer (McNay 1992, 27). De texter jag granskar betraktar jag som en del av sannings- och kunskapsregimerna. Jag ställer därför frågan: vilka sanningar om kvinnorna, klassificerade som mentalsjuka, skapar de olika diskurserna? Det kan emellertid ligga en fara i att fokusera på diskurserna, eftersom de ”avvikande subjekten” riskerar att dränkas i dessa konstruktioner. Men kanske en genealogisk läsning av dokumenten kan synliggöra de ögonblick då makt – diagnos, disciplin, sanning – skapas och de tillfällen då motmakt möjligen uppstår (jfr Lennartsson 2001)? Jag vill i enlighet med det foucaultska projektet, för att citera Margaretha Järvinen (1996, 21), ”leta efter de aspekter, den historia, de röster, de dokument som bortdefinierats, förlöjligats, åsidosatts och kvävts av de förhärskande kunskapsregimerna”. I den medicinska diskursen representeras de omdefinierade och bortdefinierade rösterna av patienternas utsagor. Trots att det är hart när omöjligt att nå dessa underkuvade kunskaper, är mitt syfte trots allt att dokumentera och ta på allvar patienternas egna berättelser.

Foucault betraktar historien – och historieskrivandet – som en pågående kamp mellan olika krafter, konflikter och maktblock (Foucault 1984b, 85). Historieskrivandet handlar inte om att skapa eller återge ett

⁹¹ Eng. ”gray” kan tolkas både i betydelsen grå (som färg), men även som något dunkelt, suddigt och oklart.

⁹² Jag vill poängtera att min ”genealogiska” dekonstruerande läsning fokuserar en specifik historisk kontext. Avhandlingen är därför inte ett uttryck för den formen av genealogi som snarare ser sig som det nuvarandes historia än det förflutna. Genealogin har betraktats som ett historiskt analysredskap som inte är ute efter att fastställa vad som hände, utan som intresserar sig för vad från tidigare historiska perioder som fortfarande återfinns i nutiden (Olsson 1999, 29). Ilpo Helén (2005, 94) karakteriserar genealogin som en kritisk granskning av ”hur samtiden har blivit möjlig” (se även Kauranen & Rantanen 2005). I min förståelse väcker historiska studier alltid frågor om samtiden, men min avsikt är inte att analysera nutiden med hjälp av det förflutna. Avhandlingens tematik och diskurser aktualiserar frågor kring dagens psykiatri, öppenvård och rådande föreställningar om kvinnlighet och manlighet i relation till mentala problem. Det främsta syftet i denna studie är dock inte att uttala sig om dessa företeelser.

kontinuerligt historiskt narrativ som följer ett givet mönster, det handlar inte heller om att hitta ett "ursprung" till det undersökta. Snarare handlar det om att synliggöra diskursernas diskontinuiteter och fragmenteringar (Foucault 1984b, 95). På detta sätt kan genealogen teckna stamträdets mångfasetterade grenar i en analys som avslöjar en mångfald av faktorer som ligger bakom ett fenomen eller en händelse (Lennartsson 2001, 29; se även Helén 2005). I min dekonstruktion av texterna försöker jag synliggöra motsatspar – normalt/onormalt, kultur/natur, förnuft/kropp, normativ kvinnlighet/avvikande kvinnlighet, hälsa/sjukdom – och därigenom undersöka hur sätt att tänka, berätta sanningar och läsa texter är socialt konstituerade i specifika kontexter (jfr Ramazanoglu & Holland 2002, 88). Feministiska teoretiker har försökt bryta upp dikotomier och visat hur det ena paret tillskrivits större värde än det andra i det västerländska tänkandet. Dekonstruerande läsningar kan härigenom förändra antaganden som tagits för givna, och istället visa på fenomenets mångfald, olikheter och möjligheter till motstånd (Ramazanoglu & Holland 2002, 89).

Kopplingen mellan den mikrohistoriska ansatsen, den sociologiska fallstudien och den Foucault-inspirerade tolkningen är inte oproblematisk eller uppenbar. Det gemensamma hos Foucault, feministiska teoretiker, mikrohistoriker och "avvikarsociologin" är – trots olikheter – att de har visat hur moderna hegemoniska diskurser har uteslutit vissa sätt att tänka och handla genom att avfärda dem som irrationella, kriminella eller farliga. Ansatserna tangerar synen på "den Andre" och annanhet (otherness). Man kunde därför säga att intresset för makt, eller snarare för maktens olika former, förenar perspektiven. Medan Foucault fått en enorm genomslagskraft bland feministiska teoretiker och sociologer, har han vunnit föga gehör bland mikrohistorikerna (Levi 1991; Ginzburg 1983, 1989; Zemon Davis 1997). Den främsta skillnaden mellan mikrohistoriker och Foucault har ansetts ligga i mikrohistorikernas tro på en verklighet utanför de historiska texterna, en verklighet som kan fångas, rekonstrueras, undersökas och som man kan nå kunskap om (Muir 1991, xiv). Enligt Foucault finns sanningen i diskurserna och den historiska diskursen skapar sin egen sanning. Foucault (1988a, 106) kallade sig emellertid själv empirist, använde sig av ett stort empiriskt material, och visade på svårigheten att "upptäcka" makrelationer som enligt honom är "bland de mest dolda företeelserna i samhällskroppen" (Foucault 1988b, 118).

Foucaults tankar har välkomnats av feministiska teoretiker, men har modifierats, omformats och anpassats till feminismens krav på aktörskap, samt beaktandet av sociala, ekonomiska och politiska villkor under vilka kvinnor lever (t.ex. Deveaux 1999). Diskursanalysen – inkluderat genealogen – har även kritiserats för att osynliggöra vem det är som talar och vad det är som sägs. Kritiker har framhållit att kvinnoforskningen kräver en metodologi som erkänner "närvaron av talaren i det som sägs" (Ransom 1993, 144). Att studera kvinnors erfarenheter har varit kännetecknande för feministisk forskning, men det råder delade uppfattningar om hur erfarenhet skall förstås. Synen på hur kvinnors erfarenheter konstitueras, huruvida erfarenheter

utgör kunskap eller inte, och i så fall hurudan kunskap, är omdebatterad (Harding 1986; Haraway 1991; Scott 1992; Skeggs 1997; Canning 1999). Ifall kvinnors erfarenheter skall beaktas i kunskapsproduktionen finns det ett behov att uppmärksamma dolda maktrelationer (Ramazanoglu & Holland 2002). Det finns erfarenheter som är outtalade och oformulerade som saknar röster (Cain 1993). I kapitlet *Glömda röster* lyfter jag fram nedtystade erfarenheter som auktoriteterna valde att förneka, nämligen patienternas berättelser om sin tillvaro i det låsta kvinnorummet.

Ett dokument – men flera texter

Ett rättspsykiatriskt utlåtande är utöver läkarens psykiatriska undersökning och evaluering av brottslingens/patientens själsförmågor, ett sammandrag av andra aktörers utsagor. I utlåtandet citeras andra dokument såsom domstolens handlingar (där kvinnan åtalats), vittnesutsagor, informanters utlåtanden och polisförhör. Denna insamlade information utgör en textintern kontext, en sammanblandning av olika diskurser genom vilka den psykiatriska diagnosen konstrueras. När jag läser de rättspsykiatriska texterna försöker jag synliggöra kedjeliknande, intrasslade och i varandra inlindade makt/kunskapsprocesser. Detta görs på huvudsakligen två sätt. För det första analyserar jag det psykiatriska utlåtandet stegvis, och granskar hur texten byggs upp och vilka delar som ingår i den. Utlåtandet betraktas här som ett narrativ eller en berättelse. Det psykiatriska narrativet fungerar enligt vissa premisser och omfattar vissa obligatoriska stycken, såsom en fysiologisk undersökning, ett antal mätningar (såsom olika intelligenstag) och den undersökande läkarens slutsatser om straffrihet.

Den mikrohistoriska läsningen erbjuder ett sätt att i detalj beskriva ett händelseförlopp och lyfta fram olika aktörer. Denna läsning är "kronologisk", men det innebär inte att *händelserna* – de företeelser som beskrivs – i texten skulle efterfölja varandra på ett kronologiskt "logiskt" sätt. Det är textens strukturella uppläggning som granskas kronologiskt, men syftet är inte att presentera en enhetligt, kontinuerligt berättelse. Härigenom kan textens argumentation synliggöras; hur anförandet börjar och vilka argument som används för att komma fram till slutsatsen. Vad skrivs, vem citeras eller vilka diskurser (domstol, släkt) hänvisar texten till, på vilket sätt, och i vilken ordning presenteras olika "fakta" om den brottsliga kvinnan? Med andra ord granskar jag hur texten är uppbyggd och hurudan den interna relationen mellan de olika styckena i texten är. Med tanke på att det rättspsykiatriska utlåtandet har en specifik och på förhand känd avslutning – brottslingen diagnostiseras som mentalt sjuk – är det av intresse att studera hur psykiatern går till väga för att övertyga läsaren om sin diagnos. Det är viktigt att komma ihåg att detta dokument har en specifik funktion: psykiatern är utsedd för att evaluera den brottsliga kvinnans sinnestillstånd.⁹³

⁹³ Utlåtanden som *inte* lett till straffriförklaring och psykiatrisk diagnos ingår inte i materialet, eftersom alla de kriminalpatienter som placerades på Själo hospital hade betraktats som otillräkneliga.

Detta aktualiserar betydelsen av den kontext i vilken texten är författad: till vem eller vad riktar sig författarna och varför? Utlåtandet är givetvis situerat i ett givet rum, producerat under en given tidsperiod av ett givet subjekt. Det mikrohistoriska, och genealogiska, kravet på detaljerade beskrivningar gör det möjligt att synliggöra och beakta den specifika kontext i vilken händelsen – mötet mellan läkaren och patienten – äger rum. I en undersökning som omfattar några få fallstudier är det viktigt att varje enskilt fall kontextualiseras och dokumenteras noggrant. Det är möjligt att resultatet blir att fallen de facto inte har något gemensamt, att innebörderna varierar från ett fall till ett annat och att det inte går att dra några generella slutsatser utgående från fallen. Det är emellertid av intresse att jämföra de olika dokumenten och undersöka deras interna relationer, samt att se hurudana bilder av kvinnorna texterna skapar. Själökvinnorna har åtminstone en sak gemensam: de har alla betraktats som mentalt sjuka och placerats på samma sjukhus.

Den andra läsningen handlar uttryckligen om att finna ”sprickorna”; att synliggöra motstridigheterna, fragmenteringarna och motsägelserna som finns i texterna, liksom i de olika diskurserna. Den genealogiska diskursiva läsningen fick mig att se *ett* enda dokument som en samling av olika texter med varierande betydelser. Kathleens Cannings (1999) tanke om konkurrerande diskurser och fragmenteringen i diskursiva domäner var vägledande i min läsning. En fråga som jag ställer är hur textförfattaren handskas med motstridiga uppgifter om patienten, inlämnade av övriga informanter? Såväl det mikrohistoriska som det genealogiska perspektivet möjliggjorde synliggörandet av olika, men även konkurrerande maktrelationer. Samtidigt blev konstruktionen av kön urskiljbar.

“SVÅR ATT KOMMA TILL RÄTTA MED” – INSKRIVNINGSHANDLINGAR OCH ANDRA DOKUMENT

Inledning

Själöarkivet på Åbo landsarkiv är mycket omfattande, detaljerat och välbevarat. Det omfattar utförliga uppgifter om patienter, bokföring, personal, sjukhusbyggnader, matlistor, dagböcker, korrespondens mellan olika instanser. Det finns material från 1700-talet (ett fåtal handlingar från 1600-talet finns bevarade) fram till år 1962, sjukhusets sista verksamhetsår. Själö-arkivet är strukturerat enligt olika kategorier som är numrerade, av vilka jag granskat två större helheter: dokument som berör patienterna *och* handlingar som gäller sjukhusets administration. Materialet insamlades åren 1997-1998 (se även Ahlbeck-Rehn 1998). Dokumenten som berör patienterna är de mest omfattande och är grupperade i olika underkategorier. Alla arkivkategorier är namngivna på finska. Schematiskt är de olika dokumenten i arkivet kategoriserade enligt följande:

Handlingar som berör administrationen (1. Hallintoa koskevat asiakirjat)
Sjukhusets årsberättelser 1898-1962 (1.5. Sairaalan vuosikertomukset/*SV*)
Sjukhusets månadsberättelser 1946-1958 (1.6. Sairaalan kuukausiraportit/*SKR*)

- innehåller en mängd information om patienter (diagnoser, härkomst, civilstånd, intagna/avlidna/utskrivna osv.), personal, olika formulär m.m.

Handlingar som berör patienterna (3. Potilaita koskevat asiakirjat)
Vårdordineringshandlingar (Hoitoon määrääminen/*HM*), dvs. inskrivningshandlingar mellan åren
1841-1889 (3.2.2.)
1890-1921 (3.2.3.)
1922-1944 (3.2.4.)

- innehåller fyra officiella inskrivningshandlingar per patient: 1) läkarintyg, 2) kommunalbilaga, 3) betalningsförbindelse och 4) ämbetsbetyg.
- innehåller en mängd andra dokument som berör patienterna: brevkorrespondens mellan myndigheter gällande patienterna, rättspsykiatriska undersökningar och rättegångsprotokoll (för kriminalpatienterna), olika intyg, anamneser, och Sjalö hospitals egna patientdagböcker (särskilda tryckta blanketter) och formulär.

Patienterna (3.6. Potilaat)
Patientjournaler (Potilaspäiväkirjat/*PPK*) mellan åren
1774-1930 (3.6.1)
1931-1932 (3.6.2.)

Från sjukhuset befriade och avlidna (3.7. Sairaalasta vapautetut ja kuolleet)
De avlägsnades dagböcker (3.7.2. Poistettujen päiväkirjat/*PP*)

- innehåller inskrivningshandlingar och liknande dokument som i "Vårdordinerings" (*HM*). I denna kategori ingår utslutande patienter som utskrivits eller dött på sjukhuset (därför "avlägsnade").

Patienternas vård (3.8. Potilaiden hoito)
Direktiv och vård 1726-1962 (3.8.1. Ohjeita ja hoitaminen/*OH*)
Läkarens besöksdagbok 1900-1962 (3.8.2. Lääkärintyöntekijä/*LKK*)

Förmyndarprotokoll (3.10. Holhouspöytäkirjat)

Brev som berör patienterna 1859-1962 (3.11. Potilaita koskevat kirjeet/PK)

Undersökningens fokus ligger på patienternas *inskrivningshandlingar* ("vårdordinerings"/HM), dvs. dokument, intyg och ansökningar som behövdes för att inta en person på offentlig anstalt för sinnessjuka. Dessa sträcker sig från 1889 fram till 1944, och utgör stommen för undersökningen. Inskrivningshandlingar finns även i kategorin "*från sjukhuset befriade och avlidna*" som innehåller uppgifter om inskrivna patienter som under tidsperioden 1942-1946 antingen dött på hospitalet eller blivit utskrivna (PP). För det andra har jag gått igenom sjukhusets alla *årsredovisningar* från 1898 fram till 1962 (SV). Före år 1898 finns inga utförliga årsberättelser. Därtill har jag utgått från den *brevkorrespondens* ("brev som berör patienterna") mellan anhöriga och hospitalet som finns bevarad (PK). Jag har även nyttjat spridda handlingar över "*patientjournaler*" (PPK). Dessa är främst uppteckningar över de inskrivna patienternas födelseår, yrken, diagnoser, huruvida de är betalande patienter eller på friplats, huruvida utackorderade i Nagu socken och så vidare. På samma sätt granskas enstaka handlingar över "*direktiv och vård*" som består av statliga direktiv över sinnessjukvården (OH). Här ingår även ett antal klagomål på Självö hospitals verksamhet.

Av materialet utgör inskrivningshandlingarna – innehållande en mängd olika dokument, korrespondens och formulär – och årsberättelserna de viktigaste texterna för undersökningen. De kriminella patienternas *rättspsykiatriska undersökningar*/utlåtanden och rättegångsprotokoll återfinns bland kvinnornas övriga inskrivningshandlingar. I synnerhet de rättspsykiatriska texterna är långa och utförliga. Inskrivningshandlingarna utgör undersökningens största empiriska material. Totala antalet inskrivna kvinnor, som jag funnit dokumenterade under perioden 1889-1944, utgör 192. Alla 192 patienter har inte återfunnits bland inskrivningshandlingarna, men största delen av dem. De övriga har jag funnit i årsberättelserna och i andra handlingar. Antalet patienter är ungefärligt, vissa dokument är bristfälliga och uppgifter saknas. Uppgifter i inskrivningshandlingarna och årsredogörelserna kan gå isär: för något år finner man i årsredogörelsen fem inskrivna kvinnor, bland intagninghandlingarna finns endast tre kvinnors handlingar.

Den största delen av dokumenten är skrivna på finska.⁹⁴ Min översättning av finska utsagor kan dölja den terminologi, den specifika tidsanda, de dialektala, officiella och personliga uttrycksformer som texterna innefattar. Därför kan en översättning alltid betraktas som en form av tolkning, eftersom originalspråkets nyanser ofrånkomligen slätas ut. Jag har därför

⁹⁴ Översättningar av citat anges i fotnoterna i parentes efter hänvisningen till källan, t.ex. A-bilagan, Helsingfors, 6.6.1919 (övers.). HM 3.2.3. (1919).

valt att lägga längre citat i bilaga 1, däremot inte kortare citat som återges inne i texten. Patienterna, deras anhöriga och andra personer (grannar, vittnen, kommunalnämndens medlemmar, sjuksköterskor) som figurerar i källorna är *anonymiserade*. Patienternas namn är pseudonymer, övriga personer är inte namngivna. Även om Sjalökvinnorna inte längre är vid liv finns det fortfarande ett behov att skydda deras integritet. Samtidigt är inte de minnen, känslor och eventuella stigmas som var relaterade till intagning på Sjalö endast begränsade till dem som direkt vidrördes av sjukhustillvaron. Anhöriga till patienterna finns kvar, och berörs av min studie. En anonymisering är därför även motiverad utifrån önskan att beskydda de människor som står i relation till Sjalökvinnorna (jfr Juvonen 2002, 63). Detsamma gäller andra personer som på ett eller annat sätt var involverade i patienternas intagning på sjukhuset. Eftersom materialet är känsligt återger jag inte heller läkarnas eller andra skribenters namn. Läkarna presenteras enligt sin position: överläkare på Pitkäniemi sjukhus, kommunalläkare i Orivesi, läkare i Björneborg, rättspsykiater på Lappvikens sjukhus osv., eller endast med hänvisning till A-bilagan (läkarintyg). I min analys är det läkarnas texter och skribenternas *position* i det diskursiva nätverket som ligger i fokus, inte läkarna som personer. I kapitlen fyra och fem presenteras emellertid några finländska psykiatrer då jag diskuterar den psykiatriska disciplinens framväxt, däremot omnämns inte läkarna med namn då det gäller enskilda patienters dokument.

En definition och intagning sker – fyra inskrivningsdokument

Det krävdes särskilda intyg över en person för vilken man ville ansöka om plats på ett sinnessjukhus. Ansökningarna kunde göras av ett sjukhus (som ville överföra patienter till Sjalö), en kommun eller privatperson, vanligtvis patientens far eller make. I *”utdrag ur hans Kejsrerliga Majestäts Nädiga Kungörelse, omfattande närmare föreskrifter beträffande vården om sinnessjuka. Gifven i Helsingfors den 28 Maj 1889”*, stadgades i den 20 paragrafen att ansökan skulle riktas till medicinalstyrelsen, ifall man sökte plats åt en patient på en asylinrättning. Ansökan skulle innehålla följande intyg eller bilagor:

”uppgift å den betalningsklass, i hvilken plats för den sjuke ästundas, samt vara följd av nedannämnda bilagor: 1:0) prestbevis angående den sjuke; 2: 0) legitimerad, vid anstalten icke anställd läkares, efter undersökning af den sjuke, inom trettio dagar före ansökningens ingifvande utfärdade intyg, affattadt i enlighet med anvisningarna i bilagan A till denna kungörelse; 3:0) utlåtande af vederbörande kommunalnämndsorförande och prest eller i den senares ställe, domare eller kronobetjent angående den sjukes förhållanden, innefattande såvidt ske kan, svar på de i bilagan B upptagna frågor; och 4:0) till anstalten utfärdad betalningsförbindelse, affattad i öfverensstämmelse med bilagan C.”⁹⁵

⁹⁵ Utdraget finns nedtecknat i såväl A- (läkarutlåtandet) som i B-bilagorna (kommunens utlåtande/ansökan).

De fyra intygen som skulle bifogas till ansökan var: ett *läkarintyg*, ett utlåtande som *kommunen* hade utfärdat, en *betalningsförbindelse*, som oftast var utfärdad av patientens hemkommun, ibland av en privatperson, samt ett *ämbetsbetyg*. Med dessa intyg kunde kommun, sjukhus eller familjemedlem ansöka om plats för en person på sinnessjukhus. Även om kvinnorna oftast förflyttades till Själo från andra sjukhus, var kommunens insats central i ansökningsförfarandet. Kommunens tillåtelse behövdes för överflyttning av en patient till annat sjukhus, eftersom kommunen i de allra flesta fall ansvarade för patientens vårdkostnader på sjukhuset. I de fall kvinnans vård vid asylen betalades av någon familjemedlem (laglig målsman) eller någon annan person som förbundit sig att stå för vårdkostnaderna, bad man om denne persons tillåtelse vid förflyttning till annan anstalt. Det var dock inte ovanligt att patienten endast hade sin hemkommun som laglig målsman. I början av den undersökta tidsperioden fanns oftast alla fyra bilagor med bland kvinnornas intagningshandlingar. Undantaget utgjordes av de allra första åren, då A- och B-bilagorna ännu inte var i bruk. Både läkarintyget (A-bilagan) och kommunens utlåtande (B-bilagan) var frågeformulär. Det fanns stora skillnader mellan handlingarna. Läkarintygen varierade från att innehålla detaljerade, långa svar till att vara mycket fåordiga och inte innehålla särskilt många uppgifter. Detsamma gällde kommunbilagorna. Både A- och B-bilagan var uppbyggda som narrativer, med klara indelningar av frågor i olika kategorier. Bägge intyg bar på en egen intern logik och följde ett särskilt schema.

Jag presenterar härnäst de fyra intyg som behövdes för sjukhusintagningen. Därefter presenterar jag i korthet övriga handlingar som återfanns bland inskrivningshandlingarna; de rättspsykiatriska undersökningarna och rättegångsprotokollen som endast berörde de brottsliga patienterna, samt Själo hospitals egna *patientformulär* och *patientdagböcker*. Årsberättelserna utgör en egen kategori. Jag redogör rätt utförligt för de undersökta källorna, eftersom dokumenten *i sig själva* är betydelsebärande. Patienternas intagning baserades på dessa dokument, och därför är det av vikt att granska de frågor som läkarna, kommunens representanter och familjemedlemmar skulle ta ställning till. Hurudana frågor var av betydelse för fastställandet att en person skulle betraktas som sinnessjuk och i behov av anstaltsvård? De givna alternativen i frågeformulären – tryckta svarsalternativ som skulle vägleda svararen – säger något om vad den finländska sinnessjukvården betraktade som sannolika skäl. Med andra ord bar dessa frågeformulär på idéer, bilder och föreställningar om sinnessjukdomarnas tänkbara uttrycksformer. Därför var frågorna den medicinska diskursens *diagnostiska* verktyg.

Läkarintygen var den medicinska diagnostikens terräng och skapade kunskap om sjukdom, kommunbilagan skapade kunskap om "den sjukes" tidigare liv och leverne. Därför ger jag i detta kapitel exempel på hur formulären kunde besvaras. I min presentation av frågorna i både

läkarutlåtandet och kommunalbilagan använder jag som exempel den 36-åriga sågbokhållarehustrun Saras intyg.⁹⁶ Sara inskrevs på Sjalö år 1907.

Läkarintyget

Bilaga A, eller läkarintyget, var utfärdat av en läkare som inte arbetade vid den asyl där plats för patienten ifråga ansöktes. Intyget var i de allra flesta fall utfärdat av den ansvariga läkaren på det sinnessjukhus där kvinnan vårdades före sin intagning på Sjalö asyl. Majoriteten av A-bilagorna är utfärdade av läkare på Lappvikens eller Pitkäniemi sjukhus⁹⁷, men även av läkare på andra anstalter runtomkring landet. För de patienter som skickades till Sjalö från sina hemkommuner genomfördes läkarundersökningen av kommunens eller distriktets provinsialläkare eller av någon annan allmänläkare. Utfärdandet av A-bilagan förutsatte en noggrann kroppslig undersökning för utredandet av patientens fysiska hälsa, samt en psykologisk evaluering av kvinnans sinnestillstånd. Intyget avspeglade synen på sinnessjukdom som en kombination av själsliga och fysiska störningar. Läkarutlåtandet var det viktigaste av intygen vad gällde intagningen av patienten, och utifrån detta dokument definierades kvinnorna som sinnessjuka. A-bilagan bestod av 15 frågor som läkaren, efter utförd undersökning, skulle besvara så noggrant som möjligt.

Den allra första frågan utredde patientens namn, ålder, yrke eller samhällsställning. Patientens samhälleliga ställning var av stor vikt, och kvinnorna benämndes utgående från makarnas eller fädernas yrkestillhörighet. Patienterna definierades som torparedöttrar, bondhustrur, polismästareänkor m.fl. Makens eller faderns yrkesbeteckning (samhällsklass) avgjorde kvinnornas ständs- eller klasstillhörighet. Gifta kvinnor stod under makens förmynderskap och maken var den lagliga målsmannen. Beteckningar som "inhysing", "tjänstehjon" eller "arbeterska" användes för ensamstående, ogifta kvinnor som saknade nära manliga familjemedlemmar.⁹⁸ Kvinnor som inte relaterades till manliga familjemedlemmar hörde vanligtvis till de lägsta samhällsklasserna. Dessa patienter *kunde* ha såväl far som bror i livet, men på grund av bristande ekonomiska försörjningsresurser hade inte dessa möjligheter att fungera som kvinnornas lagliga målsmän. Ofta hade de ensamstående kvinnorna endast kommunen som sin lagliga målsman. Ogifta stadskvinnor hade självständigare yrkesbeteckningar och definierades utan manliga epitet.

De följande sju frågorna i läkarutlåtandet kartlade patientens fysiska hälsa: kroppsutveckling, rörelser, talorgan osv. Läkaren undersökte patientens kroppsutveckling, huruvida den var "normal, missbildad, särskild å hufvudet och hjernskålen, spenslig eller groft bygd, försenad".

⁹⁶ A-bilagan utfärdad av överläkaren på Lappvikens sjukhus, 20.11.1889. B-bilagan undertecknad av maken i Helsingfors, 5.12.1889. HM 3.2.3. (1907).

⁹⁷ Lappvikens sjukhus i Helsingfors hade grundats år 1840, Pitkäniemi sjukhus i Tammerfors grundades år 1900.

⁹⁸ Detta gäller ofta för fattiga kvinnor som lämnat föräldrahemmet och flyttat till städerna för att arbeta.

För de allra flesta kvinnor konstaterades att de var normalt utvecklade och ingenting speciellt omnämndes. Kroppsutvecklingen bar på konnotationer till kvinnans sinnestillstånd. Patienter som beskrevs som "outvecklade", eller ifall deras kroppsutveckling betecknades som "försenad", åtföljdes vanligtvis av ett antagande om en möjlig koppling till hjärnans eller själslivets funktioner. Patienternas över- eller undervikt omnämndes ibland under denna punkt, liksom hälta, dövstumhet eller andra fysiska åkommor.

"Af normal, något sjukdomlig kroppsbyggnad, regelbunden hufvudskål och ansigtsbildning".

Den tredje frågan i läkarutlåtandet handlade om patientens utseende och uppförande, huruvida "ansigtsuttrycket [är] lugnt, spändt, dystert, oroligt, ängsligt, glädtigt, slappt, antydande, antydande slöhet; renlighet, arbetsamhet". Renlighet, ordentlighet och arbetslust var centrala frågor såväl i A-bilagan som i kommunens utlåtande. Dessa var frågor som noggrannt dokumenterades. Vanliga omnämmanden var att patienten "saknar arbetslust" eller att hon var "arbetsoförmögen". Anmärkningar som "osnygg" eller "orenlig" hänvisade till avsaknaden av kroppslig hygien eller bristande kontroll av kroppsliga utsöndringar. Samtidigt kunde patienter "osnygga" med urin, avföring eller menstruationsblod. Med andra ord kunde beteckningen "osnygg" hänvisa till både passivitet (slöhet, oförmåga) och aktivitet (besvärande handlingar).

"Uttrycket allvarsamt något spändt, mimiken något högdragen och satirisk, annars naturlig; förhåller sig lugnt och ordentligt, har ej lust för egentlig sysselsättning".

Evalueringen av patientens fysiska hälsotillstånd innefattade också frågor kring "det allmänna hälsotillståndet, blodbrist, temperatur, puls, sömn: sinnesorganernas, andningsorganernas, blodomloppets, rörelseorganernas tillstånd, matlusten, tarmkanalens verksamhet, urinafgång, menstruation och andra afsöndringar; hafvandeskap, missfall". Könskillnader etablerades redan i frågorna. I de avgivna svaren synliggjordes sedan läkarkårens stora intresse för kvinnokroppen och dess reproduktiva funktioner. Menstruationen, eller avsaknaden av den, dokumenterades utförligt. Det samma gällde havandeskap och missfall. I detaljerade skildringar av "störningar" i kvinnokroppens funktioner skapades ett samband med "störningar" i patienternas mentala förmågor. Patientens tarmfunktioner (trög mage, diarré, matlust m.fl.) hörde utöver reproduktionsfunktionerna till ofta förekommande utsagor.

"Nutritionen medelmåttig; anaemisk habitus; inga merkbara somatiska störningar; p. 85 jämn, aptit ojämn, magen trög. Menstruationen uppgifves hafva varit ganska regelbunden, ehuru knapp."

Sjukdomens karaktär utgjorde följande fråga i A-bilagan. Strävan var att utreda huruvida patientens sjukdom var "akut eller kronisk [...], smittosam

eller icke; förtgången sinnessjukdom, nervsjukdom, svindel, kramp, lamhet; yttre skador, särskildt å hufvudskålen". Patienternas sjukdomar uppgavs i de allra flesta fall vara "kroniska" och av icke smittsam karaktär. Ibland konstaterade läkar-skrifvaren att kvinnan hade varit "besynnerlig" ända sedan barndomen, en annan patient kunde beskrivas som "små tassig".

"Uppgifves hafva haft koppor i barndomen, ehuru inga koppar-kvarstå; uppgifver sjelf att hon vid 10 års ålder haft visioner och hörselvillor, men att dessa sedermera upphört".

Läkaren undersökte därtill patientens talorgan och rörelseförmåga. Den vanligaste utsagan var "Från talorganen intet att anmärka". Vad rörelserna anbelangade, hade läkaren att välja mellan "långsamma, tröga, lifliga, snabba, uthålliga, osäkra, svaga, automatiska; darrning, kramp, förflamning; tvångsrörelse, pupillernas storlek, form och rörlighet"

"Motiliteten normal; pupillerna normala; inga tvångsrörelser".

De åtta sista frågorna i läkarformuläret utgjorde tillsammans en kartläggning av patientens själsliga hälsa. Här utreddes patienternas mentala kapaciteter; lynne, sinnesstämning och uppfattningsförmåga. Patientens sinnesstämning kunde antecknas som "lugn eller orolig; nedstämd eller upprymd; gläddig eller svärmodig; nedtryckt eller stegrad sjelfkänsla; sjelfmordsdrift; retlig eller likgiltig, slö; omvexlande eller stadigvarande; jemte tidpunkten, då förändring häri först inträffade." Genomgången av patienternas läkarintyg visade på en stor variation i svaren. Detta var en fråga som alltid besvarades. Detsamma gällde frågan om patientens lynne, huruvida det var "fögligt, lätt retligt, häftigt, misstänksam, våldsamt; med drift att förstöra, anfalla." Dessa två frågor var av stor vikt. Frågorna kartlade för den medicinska blicken synliga företeelser, det vill säga lynnet och sinnesstämningen som var gripbara och bevisbara uttrycksformer av sinnesrubbnig. Förändringar i lynnet och sinnesstämningen hade föranlett läkarbesöket och följaktligen den annalkande dårhusansökningen. I min kategorisering av hur kvinnornas beteende definierades i läkarintygen, som jag presenterar i kapitlet *Förvisade på livstid*, utgick jag i de flesta fall från frågan gällande lynnet. För en del patienter var "beteendekategorin" en kombination av frågorna gällande sinnesstämning och lynne. Frågorna i läkarformuläret (sinnesstämning och lynne) besvarades ibland som ett gemensamt längre svar. Så var fallet också för Sara:

"Skoftals ytterligt häftig utan yttre anledning grolar[?otydligt] och skriker då för sig sjelf; kastar omkring möbler; dessa skof skola räcka någon timme; däremellan lugn och stillsam; har likväl ej förgätt sig mot någon person; misstänksam, tror att det sättes gift i hennes mat; att hennes man vill komma åt hennes lif; att i vissa butiker i Helsingfors, som har svarta bokstäfver på skylten finns gift; de med hvita bokstäfver skola vara giftfria; mycket högmödig; tror sig vara

beslägtadt med Kejslerliga huset; tillbringar ofta långa stunder med att betrakta Kejs. husets fotografier, som finnes i hennes album”.

Den tionde undersökningspunkten handlade om patientens uppfattningsförmåga och tankeverksamhet. Här var avsikten är att utreda kvinnornas verklighetsuppfattning, om de uppvisade ”sinnesvillor (hallucinationer eller illusioner)”, om de var medvetna om tid och rum. I Saras intyg konstaterades endast att ”uppfattning och minne normala”. Tankeverksamheten kategoriserades i alternativen ”långsam, trög, liflig, påskyndad; löpande idéer, delirium, falska föreställningar (fixa idéer); allmän förvirring” samt ”tiden då sådan förändring först inträffade”.

”Tankeverksamheten liflig; uttrycker sig med särdeles ledighet och flytande och med sammanhang; haft hörselvillor: hört starkt buller, kanonskall, men så vidt är känt ej artikulerade ljud; har synillusioner: tycker att de öfriga personerna som bo i gården äro maskerade”.

En viktig aspekt i A-bilagan var frågan om sjukdomens uppkomst och förlopp. I synnerhet tiden för insjuknandet var central. Med tanke på att sinnessjukhusen kategoriserade patienterna i antingen akuta eller kroniska var det viktigt att klarlägga vilkendera patientgruppen den undersökta personen skulle tillhöra.

”Skall redan i 2 års tid varit besynnerlig, öfverdrivet högmodig, omotiverat svartsjuk på sin man och misstänksam. Svår att komma till rätta med. I sistlidne Maj (1889) skola tydliga tecken till sinnesrubbnig visat sig och har psykosen sedan dess varit småningom i tilltagande”.

Orsakerna till patientens sinnessjukdom indelades i ”predisponerade och närmast framkallande”, men läkarna kunde sällan besvara denna fråga. Ofta angav läkaren endast ett frågetecken eller ett streck vid denna fråga. Orsaker som nämndes var ärftlighet, graviditet, förlossning, fattigdom, sorg över förlorat barn, överdriven religiositet.

”Inga yttre orsaker bekanta; psykosen idiopatisk; familjen lefvat i lyckliga ekonomiska förhållanden; har ett barn, flicka 7 à 8 år gammal, frisk.”

Den näst sista frågan i läkarintyget gällde behandlingen – ”vård, tvångsmedel” – av patienten. Här angav läkarna huruvida patienten uppsökt läkarvård, varit intagen på sjukhus, ordinerats mediciner, hållits inlåst (i bur, rum) eller ifall andra tvångsmedel (t.ex. tvångströja) hade nyttjats i vården av patienten.

”Vårdats i hemmet; har å följt af sin misstro mot allt ej förmåtts att begagna några läkemedel”.

Den allra sista frågan i A-bilagan var sällan ifylld: ”Hvad i öfrigt är känt, som kan sprida ljus öfver sjukdomen?” Det sista stycket i i intyget utgjorde en sammanfattning av läkarens undersökning. ”Detta intyg bör innehålla läkarens förklaring huruvida den ifrågavarande personen lider

af sinnessjukdom, samt i sådant fall, om sjukdomens beskaffenhet fordrar hans eller hennes intagning å anstalt för sinnessjuka”. Överläkarens intyg över Sara lyder följande:

”På grund af ofvanstående intygas härmed att Sara Nieminen lider af sinnessjukdom, yttrande sig under form af Förföljelsevansinne (Monomania persecutionis) samt att hon i följd deraf bör vårdas inom anstalt för sinnessjuka.”

Skillnaden mellan läkare skolade i psykiatri, ”specialisterna” med tjänster på sinnessjukhusen, och provinsial- eller kommunalläkare som befann sig mera i periferin, var synlig i läkarintygen. Kommunalläkare gav sällan explicit medicinsk diagnos, medan läkarna på Lappviken, Pitkäniemi eller Nickby⁹⁹ kunde diagnostisera patienter med specifika diagnoser. Noteras bör att det emellertid överlag snarare var ett undantag att läkaren tilldelade *explicit* psykiatrisk diagnos i A-bilagan. Överläkaren på Lappvikens sjukhus, hörde därför till de få läkare som gav en medicinsk diagnos. De flesta intyg avslutades med ett konstaterande i stil med att patienten bör betraktas som obotligt sinnessjuk och att denna kräver vård i anstalt för sinnessjuka. Dessa utsagor betraktar jag emellertid som en del av det diagnostiska språket, även om en explicit stämpel – såsom ”schizofreni” – inte tilldelades. Uttryck såsom ”obotlighet”, ”kronisk sinnessjukdom”, ”ärfelig sjukdom” var också diagnoser, men jag gör en åtskillnad mellan å ena sidan diagnostik som hänvisade till symptom *och* å andra sidan ”läroboksdagnoser” (schizofreni, idioti osv.). Mer om detta i kapitlet *Förvisade på livstid*. I kartläggningen av patienternas sjukdomsdiagnoser har jag därför använt mig av Sjalö hospitals egna patientformulär som återfinns bland inskrivningshandlingarna, årsberättelserna och sjukhusets dagböcker (”patientdagböcker”) i vilka patienterna är kategoriserade med diagnoser.

Kommunens utlåtande om patienten

För att hos medicinalstyrelsen kunna ansöka om plats vid ”offentlig anstalt för sinnessjuka” behövdes förutom läkarintyget, ett utlåtande från kommunen. Kommunens intyg, eller B-bilagan, skulle utfärdas ”af vederbörande kommunalnämndsordförande och prest, eller i den senares ställe, domare eller kronobetjent; i stad af vederb. prest och polismästare, eller ock, der polismästare icke finnes anstald, af prest och borgmästare eller ordningsman.”¹⁰⁰ I sitt utlåtande informerade kommunen om patientens hemförhållanden, dennas tidigare hälsotillstånd och ”föregående lif”, huruvida sinnessjukdom förekommit i släkten osv. B-bilagan var oftast undertecknad av kommunens två viktiga män: kyrkoherden och kommunalnämndsordföranden. Prästernas och kyrkoherdarnas roll var central i detta sammanhang, något som visade på kyrkans fortsatta starka

⁹⁹ Nickby sjukhus i Sibbo utanför Helsingfors grundades år 1914.

¹⁰⁰ Ur den kejsrerliga kungörelsen (K.K. 28/V 1889, 14/I 1890) såsom citerad i B-bilagorna.

ställning i lokalsamhället när det gällde viktiga beslut i kommunen. Den religiösa diskursen var en makt/kunskapsinstans och sanningsbärare, och var en del av den diskursiva helhet som skapade ett kontrollbehov av kvinnor som uppfattades mentalt avvikande.

För ett antal patienter, i synnerhet för kvinnor som nyligen hade flyttat från en annan kommun till en ny ort (ofta från landsbygden till Helsingfors för att söka arbete), var uppgifterna i kommunbilagan knapphändiga. Kommunen eller staden visste inte mycket om dessa kvinnor och "Här vet man inte mycket om henne" var ett vanligt svar i B-bilagan. För andra kvinnors del var kommunens uppgifter mycket utförliga och lokalsamhället hade en god kännedom om kvinnornas bakgrund, deras familje- och släktförhållanden. I synnerhet för kvinnor som kom från mindre bysamhällen hade kommunens intresserade och vakande öga noterat deras liv och leverne. Avvikelser från det ordinära hade iakttagits. Vissa B-bilagor gav en känsla av att kommunens herrar, kommunalnämndsordföranden och prästen, nästan "gottade sig" i kvinnans öde, men likväl gav andra B-bilagor ett intryck av att kommunen kände empati för kvinnan och försökte hjälpa henne. Uppgifterna var då omsorgsfullt nedskrivna och visade omtanke.

Trots att uppgifterna i B-bilagan, enligt reglementet, skulle vara antecknade av ortens kommunalnämndsordförande och präst, fanns det fall där intyget var undertecknat av patientens målsman eller av någon som stod henne nära. Uppgifterna om kvinnan var förmodligen oftast givna av till exempel fadern, brodern, maken eller någon annan familjemedlem. Detta syntes emellertid sällan i formuläret, eftersom utlåtandet var undertecknat av kommunalnämndsordföranden och prästen. På liknande sätt som läkaren, skulle kommunen i sitt utlåtande besvara sammanlagt fjorton frågor av varierande slag. Den första upplysningen gällde – i likhet med läkarintyget – personuppgifter; namn, födelseår, födelseort, boningsort, stånd och yrke, religionsbekännelse, civilstånd, huruvida kvinnan hade fött barn eller inte, samt barnens hälsotillstånd. Därefter frågades efter patientens föräldrar, deras "stånd eller yrke", samt huruvida de var besläktade sinsemellan. Svaren på frågan om kvinnornas familjebakgrund var fåordiga för de ensamstående, från landsbygden till staden inflyttade anonyma kvinnorna.

Dokumentationen av ärftlig belastning var även i B-bilagan av stor vikt, och patientens släktbakgrund utreddes i den tredje frågan: "Om fall af sinnessjukdom, fallandesot, hypokondri, hysteri, själfmord, egenheter i lynne, uppförande eller lefnadsvanor, benägenhet för dryckenskap, brott förekommit hos föräldrarne eller hos någon af den sjukens syskon, om sådana finnas?"

"Så vitt jag vet har dessa sjukdomar inte förekommit. Modren lär dock vara en aning enfaldig till sin natur."

Kommunen skulle också informera om den sjukens hälsotillstånd "före sinnessjukdomens utbrott", om hon haft god eller svag hälsa, lidit av

svårare sjukdomar, varit utsatt för kroppsskada, febersjukdom, hur många barnsängar, huruvida modern själv ammat sina barn. På samma sätt som i läkarintyget strävade kommunen efter att besvara frågan om patienternas fysiska hälsa. Även här diskuterades och definierades patientens reproduktiva system. Vanliga svar var att den sjukas graviditet och förlossning hade försvagat dennas hälsa och själsliv. Många kvinnor uppgavs ha varit långa tider kroppsligt försvagade efter svåra graviditeter och förlossningar.

”Den sjuka haft svag hälsa. Har lidit av livmodersjuka (Prolapsus uteri), hufvudvärk, svindel, sömnlöshet [oläsligt] och kanske även febersjuka, liksom koppor. Tre barnsängar, den senaste för 7 år 7 mån sedan. Har inte själv ammat. Den sjuka alltid haft trög mage, som hon alltid har behövt medicin för. Menstruationen har ofta varit i olag.”

Läkaren och kommunen skulle således besvara liknande frågor, men dessa var formulerade på olika sätt. Även den undersökta personen benämndes olika. I A-bilagan kallades personen ”*patient*”, i B-bilagan handlade frågorna om ”*den sjuke*”. Detta reflekterade en skiftning i kvinnans subjektposition: hon var ”den sjuka” i kommunen, men blev ”patient” i den medicinska kursen. Denna förändring var också tidsbunden: kommunen trädde oftast in före läkarvetenskapen inkallades. Beskrivningen av kvinnans lynne och själsförmögenheter var i B-bilagan en fråga om dessa egenskaper *före sjukdomens utbrott*: ”om den sjuke varit saktlig eller häftig, långsint, misstänksam eller lättrogen, fallen att taga sina yttre omständigheter lätt eller tungt; om den sjuke under barndoms- och utvecklingsåren visat några besynnerligheter, egt förståndets fulla bruk, haft goda eller svaga fattningsgåfvor, varit liflig eller trög; anlag?”.

”Den sjuka varit häftig, för minsta sak irriterad, misstänksam och även långsint (i vissa fall) tagit sina yttre förhållanden tungt, svartsjuk. Uppvisat något besynnerliga vanor men är vid fullt förstånd och har noggranna fattningsgåvor.”

Följande fråga handlade om den sjukas föregående liv och utforskar dennes moraliska karaktär. Hade den sjuka fått en ”god eller vanvårdad uppfostran, skolgång, konfirmation (skriftskolegång), sysselsättning, ekonomiska ställning, familjeförhållanden lyckliga eller olyckliga; om den sjuke fört ett oregelbundet och utsvävande lefnadsätt, haft skadliga vanor, varit begifven på starka drycker”. Därtill omnämndes armod, överansträngning i kropps- eller själsarbete och olycklig kärlek.

”Uppfostran och skolgång inte nämnvärt. Konfirmation som sig bör. Före äktenskapet arbetat som hushållskvinna i en finare familj; efter äktenskapet levit utan armod men trots sig vara olycklig, varav givetvis sorgar m.fl. varit en följd.”

En intressant fråga i kommunens formulär gällde ”religionsgrubbel”: ”Om den sjuke före sinnessjukdomens utbrott varit fallen för religionsgrubbel och i sådant fall huru länge?” För en del kvinnor uppges att de hade läst

Bibeln mycket och hur de ”pratar om synd och helvetet”. Att grubbla ”onaturligt” mycket över religiösa spörsmål ansågs vara avvikande.

”Jag misstänker att hon tänkt för mycket på religiösa saker, eftersom hon från och med ifjol började gå till kyrkan och bönehuset alltför ofta.”

Den åttonde frågan gällde om kommunen kände till någon orsak ”som kunnat framkalla sjukdomen”.

”Omöjligt att säga.”

Huruvida patienten förut lidit av sinnessjukdom utgjorde en fråga. För de flesta kvinnor löd svaret att de inte tidigare visat tecken på sinnesrubbing, men några patienter sades ha varit sinnessjuka ”hela sitt liv”.

”Har inte tidigare lidit av sinnesrubbing.”

En viktig aspekt låg i sjukdomens tidsdimension; hur länge hade den sjuka uppvisat tecken på sinnessvagheter och -förvirring. Samtidigt efterfrågades ”tiden, då de första tecknen till den nuvarande sjukdomen visade sig; då förändring i sinnesstämning och lynne först iaktogs; då den sjuke blef oförmögen att taga vård om sig sjelf”

”Förra våren i början av juni kanske redan under loppet av förra året märktes vissa förändringar i hennes sinnesstämning, som man ändå inte kunde dra slutsatser av.”

Därefter skulle kommunen informera om sjukdomens ”förhållande efter utbrottet”. Alternativen i formuläret inkluderade: ”ängslig, nedstämd, misstänksam, retlig, upprymd, glädlig, högmodig, glömsk, frånvarande, likgiltig, slö, våldsam; om den sjuke försökt skada sig eller andra; om den sjukes föreställningar och uppsåt; om han ansett sig vara förföljd under sjukdomen”. I början av den undersökta tidsperioden var det vanligare att sjukdomens kroniska karaktär lyftes fram. Senare ”behövde” inte sjukdomens långvariga karaktär betonas i samma utsträckning. Detta gällde i synnerhet läkarintygen, men även i kommunens utlåtande poängterades kvinnornas obotlighet mera sällan ju senare i tidsperioden dokumenten var utfärdade.

”Den sjuka misstänksam, irriterad och högmodig”. Den sjuka har inte försökt skada någon annan än ibland med ord, men jag hörde att hon försökt gå ner sig i vattnet förra våren. Tror att gift sattes i hennes mat och mediciner; är rädd för mediciner och läkare.”

En punkt i B-bilagan utredde eventuell sjukhusvistelse eller vistelse i eget hem, om patienten besökt läkare eller fått mediciner. Här frågades efter vilka åtgärder som vidtagits ”för den sjukes återställande”.

”Bott i Kotka på sommaren, på vintern här [i Hfors]. Råd har frågats av Doktor [namn], senare av Profess. [överläkaren på Lappviken som utfärdat Saras A-bilaga].”

Den nästsista frågan i bilagan handlade om huruvida patienten hade laglig målsman och vem denne målsman var.

”Hennes make undertecknat.”

Den sista frågan var sällan ifyllt: “Om i öfrigt något är känt, som kan lända till upplysning om sjukdomen och tjena till ledning för behandlingen”

”Den sjuka haft underliga synvillor och också hörselvillor. Får ibland fel uppfattning om det skrivna, och tror att det innehåller osedligheter och olämpligheter. Tror sig inte vara sin mans, utan någon främmande maskerads. Ånsåg sig inte vara gift om inte blef vigd på nytt. Dessa besynnerligheter uppträda ibland, så den sjuka är ibland såsom frisk, isynnerhet om hennes tankar leds i annan riktning.”
Sålunda uppgifvet, Helsingfors 5.12.1889.
[Undertecknat av Saras man.]

Ämbetsbetyget och betalningsförbindelsen

De två övriga bilagorna som skulle finnas med i ansökan till medicinalstyrelsen var ett ämbetsbetyg och en betalningsförbindelse, C-bilagan. Saras tryckta ämbetsbetyg, eller “Prestbetyg” som det kallades i början av perioden, såg ut såhär (översättning):

”Fru Sara Nieminen, född 14/4 1853, till sitt uppförande klanderfri, hör till denna Evangelisk-Lutherska församlingen och är nattvardsgången. I Helsingfors, den 3. december 1889. [underskrift]”

Endel ”prestbetyg” var skrivna för hand och försedda med sigill (Borgå stift):

”Tjenarinnan Hulda Maria Granberg, född 16/5 1870 i Leppävirta och derifrån 1888 hitflyttad, är nattvardsgången och välfräjdad men födde 22/8 1892 oäkta barnet Maria Helena, som dog 4/12 1892.
Helsingfors, 17.6.1896”
[kyrkoherdens/prästens namn].¹⁰¹

I början av den undersökta tidsperioden var ämbetsbetygen utförligare och innehöll anteckningar kring lägersmål (olagligt konsumgänge), oäkta barn, nattvardsgång, skriftskolegång osv. Kyrkans roll som övervakare och reglerare var ytterst synlig i handlingarna från sekelskiftet, något som avspeglades i de utförliga ämbetsbetygen i vilka patienternas (o)moraliska karaktär kartlades. Under 1930-talet saknades ofta ämbetsbetyg bland kvinnornas handlingar, samtidigt som de medicinska texterna blev utförligare. Illegitim kvinnlig sexualitet omformulerades och ikläddes nu en medicinsk retorik.

¹⁰¹ Det 26-åriga tjänstehjonet Hulda inskrevs 1896 med diagnosen “paranoia secundaria”. HM 3.2.3. (1896).

Betalningsförbindelsen eller C-bilagan var ett färdigt tryckt formulär:

”I händelse frånskilda Prokuristhustrun Sara Nieminen, f.14/4 1853, intages till vård i någon statens anstalt för sinnessjuka, ansvarar (undertecknad) Helsingfors stads fattigvård från och med 1 januari 1904 såsom för egen skuld, för betalningen i föreskrifven ordning af den afgift, 1 mark per dag som rör bemälda Sara Nieminen till anstalten erläggas. Helsingfors den 21 December 1903.
För Fattiggården:
(namn)
yrke, hemvist: verkst. direktör.

Bevittna:

yrke, hemvist: yrke, hemvist”

Det understrukna var ifyllt för hand av den verkställande direktören vid Fattiggården, det övriga var färdigt tryckt text i C-bilagan. Här hade direktören strukit över “undertecknad” och skrivit “Helsingfors stads fattigvård från och med 1 januari 1904” samt efter “afgift” skrivit in “1 mark per dag”. Denna C-bilaga var inte bevittnad, men hade Fattigvårdsstyrelsens sigill. Genom detta dokument framgår att Saras make tagit ut skilsmässa efter att hon blev intagen på sinnessjukhus.

Patienternas betalningsförbindelser var oftast undertecknade av kommunens kommunalnämndsordförande eller fattigvårdsstyrelsens ordförande. I de fall där kvinnan hade privat betalning av vården var betalningsförbindelsen undertecknad av den betalande privatpersonen (vanligen far, make). Denne persons förmögenhetsförhållanden intygades av två personer från makens/faderns/broderns hemkommun, något som bestyrkte att mannen var ekonomiskt tillförlitlig att ansvara för patientens vårdkostnader. Bland patienterna fanns kvinnor som var på så kallad friplats, i början av tidsperioden kallades de “gratialister”, samt kvinnor som betalade ett nedsatt belopp. Även för dessa kvinnor och deras anhöriga var kommunen tvungen att utreda deras förmögenhetsförhållanden.

Med dessa fyra dokument – läkarintyget, kommunbilagan, betalningsförbindelsen och ämbetsbetyget – intogs Sara på Sjalö asylinrättning år 1907. Hon bodde i 17 års tid på Sjalö och förflyttades i mars 1924 till Nickby därvårdsanstalt, som sjukhuset kallades vid denna tid.

Övriga inskrivningshandlingar

Bland inskrivningshandlingarna – texterna som berörde patienternas intagning – fanns även andra dokument förutom de fyra ovan nämnda. Inskrivningshandlingarna omfattade en betydande korrespondens som gällde patientens intagning på asylinrättningen: brev från andra sjukhus som överförde patienter till Sjalö, brev från medicinalstyrelsen och andra statliga instanser såsom inrikesministeriet, utförliga rättspsykiatriska undersökningar och rättegångsprotokoll över de kriminella kvinnorna, samt Sjalö hospitals egna formulär över patienterna och de dagliga anteckningar över patienterna som jag kallat patientdagböcker. Bland

inskrivningshandlingarna har jag också funnit konfiskerade patientbrev (som presenteras i kapitlet *Glömda röster*). Av totalt 192 patienter var 25 kvinnor s.k. kriminalpatienter, dvs. personer som utfört ett brott, men som befunnits vara otillräkneliga vid brottets utförande. Den rättspsykiatriska undersökningen innebar straffrörelseförklaring och resultatet blev sluten anstaltsvård (se kapitlet *Från brottslighet till sjukdom*).

Själö hospital använde sig av två tryckta formulär i sin dokumentation över patienterna. Det ena var ett formulär – som jag kallar *Själö-formulär* – med frågor kring patientens personuppgifter (namn, yrke, adress, anhöriga, ”släktbelastning”, yttre omständigheter (potus, trauma, lues/syfilis, infektionssjukdomar), sjukdomsorsaker (patogenetiska eller patoplastiska faktorer), huruvida patienten tidigare varit sjuk och tiden då sjukdomen utbrutit samt diagnos. I formuläret antecknades tiden för inskrivning, utskrivning eller bortgång samt dödsorsak. Därtill innehöll dokumentet sammanfattande utsagor – avskrifter – från A- och B-bilagorna, rättspsykiatriska undersökningar, men också dagboksanteckningar över patienternas ageranden och hälsoundersökningar på Själö. Det första formuläret som jag påträffade bland inskrivningshandlingarna gällde en patient som hade inskrivits redan år 1897, även om Själö-formuläret började användas först under 1930-talet. Förklaringen ligger i att barnmorskan Cecilia dog år 1933-36 år efter sin intagning – och de gamla inskrivningshandlingarna uppdaterades i samband med hennes död. Hon var också den första patienten vars uppförande, blödningar och medicinintag på Själö fanns dokumenterad i de formaliserade *patientdagböckerna* som var det andra tryckta formuläret som sjukhuset använde i sin dokumentation.¹⁰² I dessa patientdagböcker antecknades dagligen olika ”tecken” eller symboler i ett färdigtryckt schema som visade bl.a. huruvida patienten gråtit, skrikit, varit isolerad, menstruerat, söndrat fönster. Patientdagböckerna var utöver Själö-formuläret texter som dokumenterade patienternas vistelse på Själö i motsats till inskrivningshandlingarna som kartlade patienternas liv och sinnestillstånd *före* intagningen på sjukhus. Jag återkommer till patientdagböckerna och Själö formuläret i den empiriska delen.

Årsberättelserna

Själö hospitals årsberättelser sträcker sig från 1898 fram till det sista verksamhetsåret 1962. Här presenteras detaljerade uppgifter om antalet patienter (interner respektive utackorderade), hur många av dem som var ”inlösta för lifstiden”, dagbetalande eller gratialister, varifrån patienterna härstammade (länsvis), civilstånd, yrke, hälsotillståndet vid asylen, vilka som skrivits in till asylen ifrågakande år vilka som utskrivits eller dött (dödsorsak anges) på sjukhuset. I årsberättelserna uppges därtill patienternas diagnoser; eventuella rymningar eller självmord. Mot slutet

¹⁰² Den ogifta barnmorskan Cecilia intogs vid en ålder av 41 år med diagnosen schizofreni från Lappvikens sjukhus. HM 3.2.3. (1897).

av den undersökta tidsperioden ingår uppgifter om vårdarna, bl.a. deras anställningsförhållanden. Årsberättelserna är skrivna av hospitalets läkare. Sjärlö hospitals första ordinarie läkare Arthur Dahl tillträdde sin tjänst år 1899 och innehade den ända fram till år 1929, då han gick i pension. Under hans tid var årsberättelserna mycket noggranna och innehöll bl.a. egen statistik över hospitalets klientel vad gällde t.ex. patienternas åldersspridning, civilstånd och sjukdomsdiagnoser. Från och med år 1930 blev årsberättelserna otydligare och svårtolkade med en mängd olika färdigt tryckta blanketter som sjukhuset skulle ifylla. I dessa ingick patienternas diagnoser, när sjukdomen utbrutit, varifrån patienterna kom, huruvida de var kriminella eller inte etc. Eftersom patienterna i dessa blanketter inte nämndes med namn utan enbart med diagnos och boningslän, är det så gott som omöjligt att följa med dessa olika formulär, då det inte fanns ett enhetligt system som skulle klargöra vilken patient det handlade om. En årsblankett kunde innehålla uppgifter om patienternas härkomst (enligt län), en annan vilka diagnoser patienterna hade osv. Patienterna nämndes inte heller med namn i de tidiga årsberättelserna, med undantag av några enstaka fall, men systemet är enhetligt och lätt att följa med.

Årsberättelserna ger en ganska överskådlig bild av hospitalets verksamhet. 1900 års årsberättelse inleddes så här:

”Vid ingången af år 1900 voro vid Sjärlö Asyl inskrifna 61 patienter, af hvilka 53 voro internerade å asylen och 8 utackorderade hos enskilda personer inom Nagu socken. Bland internerna har under årets lopp ingen afidit ej heller har någon hvarken ut- eller inskrifvits. Af de utackorderade har en f.d. Skeppare från Nagu med Diagnosen Melancholia chronica utskrifvits såsom förbättrad. Sålunda kvarstå den 31 December 1900 vid inrättningen 53 interner och 7 utackorderade eller tillsammans 60 patienter. Hela antalet under årets lopp vid inrättningen värdade utgör 62. Internerna hafva samtliga varit af kvinnligt kön, de utackorderade deremot alla män.”

Kartläggning av patienterna

I kapitlet *Förvisade på livstid* granskas *alla* de kvinnliga patienter som åren 1889-1944 intagits på Sjärlö hospital. Undersökningen inkluderar såväl kvinnor vars handlingar återfinns i arkivet, som kvinnor vars intagningshandlingar är ofullständiga. För en del patienter fanns endast namnet och inskrivningsåret dokumenterat. Den totala mängden patienter under den givna tidsperioden var 192. Eftersom det handlar om gamla dokument, en del handlingar är bristfälliga och uppgifter saknas, är antalet patienter ungefärligt och skall inte ses som ett absolut tal. Även om jag presenterar enkla frekvenstabeller och korstabeller skall siffrorna betraktas som beskrivande. Uppgifter om antalet patienter kan skilja sig mellan de olika arkivkategorierna. Något år uppges t.ex. i sjukhusets årsberättelse att fem kvinnor inskrivits ifrågarvarande år, men bland intagningshandlingarna återfinns endast tre kvinnors handlingar. Arkivstudier förutsätter känslighet inför materialets historicitet; material saknas, är felplacerat,

den mänskliga faktorn liksom tidens gång sätter sina spår i källorna (jfr Deacon 2003, 22).

I Åbo landsarkivs forskarsal samlade jag in, dokumenterade och skrev ner uppgifter om kvinnornas personuppgifter, svaren från läkarintygen och kommunens frågeformulär, information om de kriminella kvinnornas rättegångsprotokoll, brev som skickats till och från hospitalet, i princip allt som jag ansåg vara av betydelse och intresse. Också här kan inkonsekvenser ha uppstått. Fram till 1920-talet gick det relativt snabbt att plöja sig igenom materialet, även om en del av de handskrivna dokumenten tog tid att tyda och skriva ner. Från och med 1920-talet är inskrivningshandlingarna utförligare, många dokument är maskinskrivna (jfr Dörries & Beddies 2003). Genomgången av kriminalpatienternas rättegångsprotokoll och de rättspsykiatriska texterna från 1930-40-talen var tidskrävande, eftersom några kriminalpatienter hade handlingar på över 100 sidor. Att läsa sig igenom de sista årtiondena var mest tidskrävande, men samtidigt fascinerande. Den exakta mängden genomlästa sidor är svår att uppskatta, men det rör sig kring flera tusen sidor.

Uppgörandet av kategorier

Efter en första genomläsning och genomgång av dokumenten som gjordes i tidsmässig kronologisk ordning – från 1889 års inskrivningshandlingar fram till år 1944 – började jag få idéer om vilka kategorier som kunde vara av intresse för undersökningen. Dokumenten visade på betydelsen av sexualitet, klasstillhörighet och civilstånd. Med tanke på forskningsläget var dessa aspekter därtill av teoretisk vikt. Det övergripande syftet med att uppgöra kategorier var att utreda ifall patienterna hade något gemensamt, och i så fall vad, utöver kronikerstämpeln. En kartläggning skulle dessutom ge en möjlighet att säga något om *hurudana* kvinnor det var som ansågs vara mentalt avvikande under sent 1800-tal fram till mitten av 1940-talet (jfr Dörries & Beddies 2003). Efter att ha läst igenom källorna visste jag att de flesta av patienterna var unga och ogifta. Därför kom civilstånd och ålder att utgöra huvudkategorier. Jag var även intresserad av huruvida kvinnorna kom från landsbygden eller staden, vilken samhällsklass de tillhörde, hur stor andel av dem som var kriminella, vem som ansvarade för kvinnans intagning till hospitalet, vem som stod för vårdkostnaderna, hur läkaren definierade kvinnans beteende, och så vidare.

Utöver patienternas "sociala profil" var jag intresserad av att granska patienternas intagningsprocesser. Jag ville studera de instanser, diskurser, aktörer och strukturer som var med om att konstruera ett "problem" – en avvikande kvinna. Hur gick intagningarna till och på vilket sätt kom kvinnorna att representeras i olika diskurser? Fanns det skillnader i förhållningssättet gentemot patienterna och handskades olika instanser på olikartade sätt? Med hjälp av de olika texterna – framför allt A- och B-bilagorna – lyfter jag också i kartläggningen fram olika diskurser som benämner och kontrollerar kvinnors galenskap.

För kartläggningen av patienterna uppgjorde jag tolv kategorier:

- födelseår: kvinnans ålder vid intagningsåret
- civilstånd: gift, ogift, fränskild, änka
- har kvinnan fött barn
- yrke (enkel klasskategorisering)
- urban/agrar bakgrund
- initiativtagare till intagning till hospitalet
- intagningsår till hospitalet
- utskrivnen från/dött på Sjalö hospital
- privat/kommunal betalning av vården
- kriminell/icke-kriminell
- beteende som beskrivs i läkarintyget
- sjukdomsdiagnos

Med hjälp av programmet SPSS (Statistical Package for Social Sciences) uppgjorde jag en databas med information om patienterna enligt ovan nämnda kategorier. Bland kategorierna var yrkeskategorin, eller rättare sagt klasskategoriseringen, mitt största huvudbry. Hur skulle jag på ett rimligt sätt klassificera kvinnornas yrken och klasstillhörighet? Beskrivningen av patienternas samhällsställning i källorna synliggjorde en gradvis utveckling från ståndssamhälle till klassamhälle. Att göra en tillförlitlig stånds- eller klasskategorisering blev svårt på grund av förändrade sociala definitioner. Eftersom de kvinnliga patienternas klasstillhörighet är av stor betydelse för undersökningen, var det viktigt att på något sätt kategorisera kvinnornas sociala ställning och yrkestillhörighet. Å andra sedan vill jag betona att mitt intresse trots allt främst ligger i hur *betydelsen av klass* konstrueras i relation till patienterna, snarare än klass i sig.

Eftersom kartläggningen av patienterna bland annat utreder huruvida patienten ifråga dött på Sjalö eller utskrivits, ville jag följa upp patienternas vistelse på Sjalö, men detta var ibland svårt att genomföra. Ett problem var att uppgifter om patienterna fanns i olika arkivkategorier. Därtill var inte kvinnorna nedtecknade med namn i årsberättelserna, annat än under vissa år i början av tidsperioden. Det har därför ofta varit svårt att få reda på vilken patient uppgifterna gäller framför allt i årsberättelserna. Som exempel, läser jag i årsberättelsen för 1916: "Dött 42 årig trädgårdsmästaredotter fr. Helsinge (Dementia praec. Tuberc. pulm & laryngis)."¹⁰³ Sedan har jag benat ut allting med hjälp av databasen där kvinnorna är införda. Vem av patienterna är det som har dött? Vem var 42 år gammal år 1916? Vilket år var patienten i så fall född? Vem av kvinnorna kom från Helsinge och var trädgårdsmästaredotter? Vilket år skrevs hon in? I detta exempel var det inte svårt att hitta rätt kvinna. Antalet trädgårdsmästaredöttrar från Helsinge som 1916 var 42 år gamla var begränsat. Betydligt svårare – rent av omöjligt – har det varit att utreda

¹⁰³ SV 1.5. (1916).

uppgifter i stil med: ”Dött 60 årig tjenarinna fr. Nylands län. Diagnos: Paranoia chronica.”¹⁰⁴ Den sistnämnda patienten har jag inte lyckats spåra, eftersom antalet tjänarinnor från Nylands län (oftast från Helsingfors) är stort och åldersuppgifter saknas för många av de tjänarinnor som intogs i slutet av 1800- och början av 1900-talet.

Det är med andra ord inte oproblematiskt att uppgöra kategorier utgående från källmaterial, eftersom detta avspeglar förändringar, trender och riktlinjer invävda i den föränderliga tiden. Sättet att skriva om patienterna förändras; olika uppgifter om kvinnorna prioriteras under olika tider, fattigvårdspolitik varvas med psykiatriska synsätt, ständsbeteckningar får ge vika för mera klassbetonade definitioner. Kategorierna omskapas i tid och rum, de är på samma sätt som beskrivningarna av patienterna flyktiga och föränderliga. Undersökningens kategorier kan därför ses som en kompromiss och de är beskrivande, inte faktiska. Samtidigt var mitt syfte att dekonstruera kategorierna, dvs. visa på de interna skillnader som skapades inom varje kategori. Den undersökta tidsperioden omfattade stora samhälleliga förändringar som återspeglades i källorna. Storstrejken år 1905, Finlands självständighet, inbördes-, vinter- och fortsättningskrig flimrar förbi, liksom kvinnors förändrade arbets-, familje- och levnadsvillkor. Jag ville ändå granska hur patientklientelet förändrades över tid. Jag gjorde därför en periodisering och indelade åren 1889-1944 i tre tidsperioder och studerade källorna utifrån ungefär 20 års intervaller (jfr Björkman 2001). Trots att dylika klassificeringar är behäftade med problem, ger indelningen trots allt en överskådlig bild av vilka slags kvinnor det var som intogs på Själo hospital.

SAMMANFATTNING

I detta kapitel har jag behandlat metodologiska aspekter kring min läsning av historiska dokument och presenterat Själo hospitals arkivmaterial. Jag har diskuterat min tvärvetenskapliga strävan att kombinera ett flertal perspektiv och diskuterat hur skildring, dekonstruktion och tolkning kan betraktas som oskiljaktiga i det vetenskapliga kunskapsbygget. I min läsning av dokumenten nyttjar jag en mikrohistorisk ansats med en foucaultsk förståelse av makt och diskurser för att närma mig det könade vansinnet. Detta kan samtidigt ses som att jag gör diskursanalys, använder mig av dekonstruktion och analyserar ett mikrohistoriskt material. Jag argumenterade för att kön kunde vara den analytiska kategori som sammanbinder olika teoretiska och metodologiska perspektiv. Min syn på sociologi och dess relation till historia härrör sig från Kai Eriksons (1966) och C. Wright Mills (1959) tankar om att strikta gränsdragningar mellan disciplinerna inte är eftersträvansvärda, även om det kan finnas skillnader i tyngdpunkter samt i sättet att närma sig den historiska kontexten. Denna

¹⁰⁴ SV 1.5. (1907).

gränsöverskridande syn illustreras väl av den feministiska forskningen som framhåller tolkningens betydelse och forskarens kunskapssyn i förståelsen av ett socialt fenomen (Liljeström 2004). Den feministiska metodologin problematiserar även forskarens maktposition i förhållande till de studerade individerna. Frågan kring respekt för de människors liv vi forskare väljer att studera och sättet på vilket vi porträtterar våra "undersökningsobjekt" är centrala aspekter i all samhällsvetenskapligt orienterad forskning. För Sjalöpatienternas del framhöll jag behovet att lyssna, dokumentera, ta på allvar och förhålla sig empatiskt till kvinnornas "röster".

IV

FRÅN LEPROSARIUM TILL SJUKHUS – SJÄLÖ HOSPITAL I CENTRUM OCH I MARGINALEN AV DEN FINLÄNDSKA SINNESSJUKVÅRDEN

MILSTOLPAR I DEN FINLÄNDSKA MENTALVÅRDENS HISTORIA 1619-1937

Detta kapitel avser att positionera Själo hospital i det nationella psykiatriska landskapet. Detta görs genom att i korthet lyfta fram vissa händelser och förordningar som varit av stor betydelse för mentalvårdens/psykiatriens utveckling och etablering i Finland. Det handlar om beslut och omorganiseringar som i hög grad påverkade Själo hospital och dess verksamhetsvillkor. I denna förenklade översikt diskuterar jag bland annat leprosariernas omvandling till dårhus under 1700-talet och de kejserliga förordningarna av år 1840 och 1889. Jag presenterar även kortfattat förändringar inom sjukhusväsendet under 1900-talets första årtionden. Till slut problematiserar jag sättet på vilket Själo hospital har representerats. Kapitlet kan läsas som en introduktion till den empiriska undersökningen.

Ett sjukhus afsjides

När lepran eller spetälskan under 1600-talet började flamma upp i sydvästra Finland, på Åland och Gotland, medan den i det närmaste försvunnit från Danmark, Sverige och Mellaneuropa, ledde det till att de spetälska strövade runt i landet och överförde smittan. Utvecklingen ledde till att spetälskehospital grundades i Finland, bland annat i Helsingfors, Kronoby, Gloskär på Föglö (Åland) och Själo för att undvika att smittan skulle spridas. Redan från första början emottog leprosarierna även fattiga, handikappade, gamlingar, sjuklingar och andra som hade svårt att ta hand om sig själva eller som var utstötta av samhället.



Sjölö hospital porträtterat i litografi av Johan Knutson år 1847. Ur Zacharias Topelius (1845-1852): "Finland framställt i teckningar".

Ön Sjalö¹⁰⁵ ligger ca 30-40 kilometer sydväst om Åbo, i Nagu skärgård, och är ungefär tre kilometer lång och en kilometer bred. Hospitalet grundades på konung Gustaf II Adolfs patent från den 15 juli 1619 då han påbjöd att ett hospital skulle byggas på en lämplig ö – *"efter hon afsijdes är belägen"* – för dem som insjuknat i lepra. Kravet var att det skulle vara "någon ö, som låge afsijdes een mijl eller två ifrån Åboo, hvarest någon eng wore att holla boskap och der förordne att en spetelsk hospital blewe opbygdt, så stor att en hundrade man kunde der blifwa underholdne." (Haltia 1963, 1-2). Påbudet gällde landets alla spetälska som skulle flyttas över till de sjukstugor på Sjalö som på konungens befallning blivit byggda på holmen "för det hon [spetälskan] av Gudhi ett syndastraff är" (Neuman-Rahn 1955, 29). Uppfattningen om sjukdom som Guds bestraffning återspeglades i intagningen till hospitalet som blev en förvisning på livstid. "Hjonen" skulle ha med sig sin egen likkista och köpte in sig till hospitalet med pengar och varor.

Liksom i övriga Europa hade man i Finland sedan slutet av medeltiden grundat sjukhus som kallades helgeandsrum. Genom Gustaf II Adolfs påbud flyttades verksamheten från St. Görans hospital och helgeandshuset, bägge belägna i Åbo, till Sjalö. År 1624 skickades patienterna från helgeandsrummet i Åbo till Sjalö och tillsammans med dem de första vansinniga (Sarvilinna 1938). Patientpopulationen indelades redan från början i två grupper; de spetälska som placerades på "Sjukholmen" och "Helge Ands personerna" som bodde på huvudön och som låg åtskild från Sjukholmen med ett litet sund. Till helgeandspersoner hörde vanföra, ålderstigna och kroniskt sjuka. Redan år 1689 omnämndes på Sjalö ett därhus "med 4 rum och 3 hänglås före." Något senare anskaffades "ett fotjärn med 2:ne bojor, ett par handkläfvor med 2:ne lås samt ett fjilar att brukas när dbe fängslade lössläppas." (Haltia 1963, 4). På Sjalö bodde patienterna i celler på 2x2 meter och de flesta gick omkring nakna. Cellerna varken vädrades eller tvättades, stanken lär ha varit olidlig. Helgeandspersonernas antal fortsatte ständigt att öka och Sjalö blev landets största därhus (Haltia 1963).

Så småningom när spetälskan under 1700-talet började ge vika i Finland, omvandlades leprosarierna till därhus, vilket även var fallet i övriga Europa (Salo 1992). Som Foucault (1967) noterat, övertog en ny avvikande grupp – dårarna – de spetälskas roll i det europeiska samhället. År 1755 blev Sjalö Finlands första statliga sinnessjukhus. Sjalös förvaltning avspeglade utvecklingen inom sjukhusförvaltningen i hela riket. Den högsta ledningen innehades till en början av länets landshövding och biskopen i Åbo. Det ankom även på kyrkoherden i Nagu att alltid då och då göra inspektioner på Sjalö, men för övrigt handhades den dagliga övervakningen av en egen lokal chef, titulerad syssloman, som i huvudsak fungerade som ekonom för anstalten. Kyrkans position låg i harmoni med den rådande uppfattningen om sjukdom som synd och Guds straff. I synnerhet de vansinniga

¹⁰⁵ Ön har under olika tider varierande benämnts "Skjalö", "Sjahlö", "Sjahlö" och "Sjalö".

antogs kunna botas endast med böner och ångerövningar (Achté & Turunen 1976, 1983). Från och med år 1756 underlydde Själo "riksen ständers hospitals deputation" och dess efterträdare "öfverstyrelsen för hospitalerna och barnhusen i riket", som Serafimerordensgillet förvaltade. Efter det finska kriget (1808-1809) övertogs den högsta övervakningen av den "kejsrerliga regeringskanseljens kansliexpedition". Från och med år 1840 sköttes övervakningen av "direktionen för dårvården" och fr.o.m. 1878 av medicinalstyrelsen, fram till sista verksamhetsåret 1962 (Haltia 1963; Achté & Turunen 1976). Framväxten av dårhuset kan ses som ett resultat av administrativ organisering och var inte i detta begynnelsekede avhängig läkarvetenskapens etablering (Eriksson 1989, 270).

De obotliga särskiljs

Under andra hälften av 1700-talet inrättade man vid länslasaretten speciella avdelningar för "dårar" och år 1811 fick Finland sin första "sinnessjukläkare" till Kronoby hospital (Neuman-Rahn 1955). Under första hälften av 1800-talet betraktades alla sinnessjuka utan åtskillnad vara obotliga, och de vansinniga skulle isoleras från det övriga samhället. Antagandet om de sinnessjuka som obotliga var kopplat till synen på vansinne som synd och Guds bestraffning (Turner 1987). Under 1820-talet var det fortfarande prästerna i Finland som bar huvudansvaret för de sinnessvaga, eftersom läkarna i huvudsak koncentrerade sig på fysiska åkommor. Kyrkan övervakade ofta hospitalens verksamhet, trots att en läkare kunde finnas i ledningen på många anstalter. Läkarna hade ingen särskild skolning eller erfarenhet vad gällde psykiatrisk vård, eftersom psykiatrisk undervisning för läkarstuderande under första hälften av 1800-talet var sällsynt (Achté 1974, 35). Med andra ord hade den psykiatriska diskursen ännu inte uppkommit och inställningen till vansinne formades utifrån den andliga diskursen.

Ett nytt skede i sjukvårdens utveckling i Finland inföll emellertid efter Åbo stads brand år 1827 då Åbo Akademi och därmed den medicinska fakulteten överflyttades till Helsingfors. Vid denna tid, under 1820-talet, började tanken om att en del av de sinnessjuka kunde botas växa fram, och denna grupp skulle därför åtskiljas från de obotliga. Således indelades de vansinniga i dem som hade hopp om att tillfriskna, och dem som ansågs vara obotliga kroniker (Achté 1974; Eriksson 1989). Denna differentiering och utvidgning av själva sinnessjukdomsbegreppet har tolkats som en följd av att sinnessjukdomarnas medicinska behandling i Finland hade fått sin egentliga början under 1800-talets första årtionden (Harjula 1996). Jag betraktar den införda kategoriseringen av patienter som en effekt av att den psykiatriska diskursens kunskapsfält hade *identifierats*, om än inte etablerats. Något senare, i april år 1840, påbjöd kejsar Nikolai II att ett tidsenligt hospital skulle byggas för att vårda och bota sinnessjuka och i synnerhet akut insjuknade från hela landet. Därför skulle ett "dårhus" uppföras i närheten av Helsingfors, samtidigt som Själo hospital skulle förändras till asyl (vårdanstalt) och Kronoby hospitals verksamhet skulle

därmed läggas ned. Vården av de sinnessjuka blev nu en angelägenhet för staten och övervakades av medicinska myndigheter. Sinnessjukvården åtskildes åtminstone *principiellt* från fattigvården och kopplades till utvecklandet av sjukhusväsendet (Harjula 1996, 102).

I förbindelse med länslasaretten skulle inrättas kuranstalter där fattiga sinnessjuka skulle genomgå en s.k. provkur innan de sändes till hospitalen för fortsatt vård. Förmögna sinnessjuka behövde inte genomgå kuren, och fattiga sinnessjuka kontrollerades följaktligen striktare än de förmögna. Orsaken till detta var att kommunerna ansvarade för de fattigas vård, medan de förmögna själva skulle beskosta vården. Kring år 1840 fanns länslasarett bland annat i Uleåborg, Åbo, Vasa och Kuopio. Provkuren skulle räkna två månader och om patienten därefter hade tillfrisknat kunde denna skickas tillbaka till sin hemort, men om patienten inte visade tecken på förbättring skulle han/hon skickas till ett sinnessjukhus. Ifall läkaren under provkuren märkte att patienten visade tecken till obotlighet, skulle han anmäla detta till medicinalstyrelsen, som sedan fattade beslut om att skicka den obotligt sinnessjuka patienten till Sjalö (Sarvilinna 1938). Inlösningen av obotligt sinnessjuka på livstid var indelad i tre kategorier beroende på betalningsförmåga. I 1840 års förordning stadgades det även att församlingens präst skulle informeras inom loppet av åtta dagar om någon i församlingen insjuknade i akut sinnessjukdom. Prästen skulle därefter skrida till åtgärder för att ordna vård åt personen ifråga (Eskola 1983, 204).

Man hade länge planerat en anstalt för akut insjuknade vid Lappviken som på den tiden låg utanför Helsingfors, men numera i centrum av huvudstaden, och i juni 1841 togs de första patienterna in på sjukhuset.¹⁰⁶ Antalet patienter ökade ständigt och en del patienter som betraktades som obotliga skickades från Lappviken till Sjalö: "Där [Sjalö] voro förhållandena vid denna tid eländiga. De sjuka fingo varken läkarhjälp eller kyrklig omvårdnad, ej heller läkemedel eller ordentliga kläder" (Neuman-Rahn 1955, 35). Sjalö hospital hade under största delen av sin verksamhet ingen läkartjänst. Läkarfrågan togs upp på allvar först i förordningen av år 1840 rörande sinnessjukvården i Finland. Den kejsrerliga förordningen var en vändpunkt i förhållandena på Sjalö. Som en följd av denna, blev Sjalö hospital en "förvaringsanstalt" för sådana dårar "*whilkas olyckliga tillstånd icke medgifver hopp om förbättring*" (Dahl 1915, 66).

I förordningen stadgades det noggrant hur denna "obotlighet" skulle konstateras: patientens första vård skulle handhas av det närmaste länssjukhuset, den fortsatta vården skulle ske på det snart färdiga Lappvikens sjukhus i Helsingfors, och om patienten därefter fortfarande inte hade blivit i sådant skick att han/hon kunde klara sig i sin hembygd, skulle denne skickas till Sjalö (Achté & Turunen 1976). Sjalö blev således den vansinnigas sista anhalt. Vederbörande provinsialläkare skulle från och

¹⁰⁶ Till dem som behandlat den finländska mentalvårdens *utveckling*, i synnerhet med hänvisning till Lappvikens sjukhus hör Kalle Achté (1974, 1991), Bertel von Bonsdorff (1978), Liisa Jarva-Hakala (1995) och Eeva Pyörälä (1998).

med år 1840 besöka hospitalet vid behov på sysslomans kallelse. Samtidigt avskaffade Sjalö hospital prästämbetet (Achté & Turunen 1976). Anstaltens egendom och inkomster överläts till den nya s.k. dårhusfonden som lydte under "direktionen för dårvården". Sjalö hospital började få statliga budgetmedel som dess verksamhet därefter helt och hållet grundades på. Prästämbetet indrogs och personalen skulle förutom sysslomannen bestå av två manliga och två kvinnliga "dårvaktare", samt två övriga avlönade personer. Det fanns plats för 46 patienter och personalen utökades så småningom. År 1858 bestämdes det att provinsialläkaren i Rimito distrikt skulle besöka hospitalet en gång i månaden under den varma årstiden och mera sällan vintertid (Sarvilinna 1938).

Förordningen av år 1840 medförde en inre differentiering av det psykiatriska sjukhusväsendet i Finland, en uppdelning som gällde både anstalter och dem som placerades innanför dem (jfr Johannisson 1990). Det nybyggda Lappvikens sjukhus utanför Helsingfors kom att handha akut insjuknade, vilka representerade hopp om tillfrisknande. Sjalö hospital ute vid havsbandet kom att representera förfall; intet hopp om tillfrisknande. De obotligas hospital hade sålunda etablerats i det finländska sjukvårdssystemet.

Från och med år 1842 skulle läkarstuderande under tre månaders tid sätta sig in i vården av de sinnessjuka (Sarvilinna 1938; Salo 1992). Psykiatrins utveckling i Mellaneuropa vad gällde till exempel vårdmetoder kom att influera även den finländska psykiatrin. Den första överläkaren Leonhard Fahlander vid Lappvikens sjukhus försökte utveckla vårdmetoderna i en mera "human riktning". Fahlander ansåg det vara olämpligt att man delade in de sinnessjuka i två grupper: obotliga och botliga och ogillade att dessa två placerades på skilda anstalter långt från varandra (Pesonen 1980, 280). Fahlanders efterträdare Theodolf Saelan fick något senare, år 1894, i uppdrag att ge psykiatrisk undervisning för medicinstuderande vid Kejslerliga Alexanders Universitetet (numera Helsingfors universitet). Lappvikens sjukhus blev således även en psykiatrisk undervisningsenhet (von Bonsdorff 1978).

Ytterligare differentiering av de vansinniga

Trycket att öka på antalet vårdplatser ökade och under 1860-70-talen tillsattes tre kommittéer som hade som uppgift att planera en omorganisering av sinnessjukvården. 1872 års kommitté konstaterade att det fanns 3000 "dårar" i landet, men endast 178 vårdplatser. Till slut beslöt man att grunda två nya akut- och långtidsanstalter: Niuvanniemi sjukhus i Kuopio inledde sin verksamhet 1885 och omhändertog akut insjuknade, och Pitkäniemi centralanstalt i Tammerfors något senare, år 1900, med platser för både kroniker och akut insjuknade (Eskola 1983, 205; se även Kaarninen & Kaarninen 1990). I den kejslerliga förordningen av år 1840 hade påbjudits att staten ensam skulle ansvara för sinnessjukvården i landet. I maj år 1889 genom en ny kejslerlig förordning beviljades kommun, förening eller privatperson rätt att öppna och handha sinnessjukhus.

Kommunerna ålades dessutom att i samband med sina kommunalhem/fattighus inrätta minst tre vårdplatser för medellösa sinnessjuka. Dessa sinnessjukavdelningar började avvecklas först under 1950-60-talen (Achte & Kivalo 1989). Detta var ett sätt att kombinera den kommunala fattigvården och sjukvården till gemensam försörjningsverksamhet (Sarvilinna 1938, 546). Således utsträcktes kommunens ansvar att gälla såväl fattiga som sinnessjuka.

Förordningen förpliktade kommunerna att ansvara för alla sådana sinnessjuka som saknade anhöriga vilka kunde ta hand om dem. Detta ledde till att fattighusen/kommunalhemmen fick ta emot långt fler sinnessjuka än vad de klarade av, eftersom väntetiden till de statliga sinnessjukhusen på grund av utrymmesbrist kunde dröja flera månader eller till och med år (Sarvilinna 1938, 546-547). Antalet sinnessjuka i fattighusen fortsatte att öka, och fattigvårdsmyndigheterna upplevde detta som ett missförhållande. Som en lösning på kommunernas trängda situation erbjöds statliga bidrag för att grunda kommunala sinnessjukinrättningar. Det statliga bidraget var dock så snålt tilltaget att endast ett sjukhus grundades. Därtill rådde en allmän uppfattning om att de sinnessjuka var statens ansvar, eftersom kommunerna upplevde dem som – utöver ekonomisk belastning – även som ett hot mot den allmänna ordningen och säkerheten (Vauhkonen 1992, 258).

Indelningen mellan de akut insjuknade (med hopp om bot) och de obotligt sinnessjuka (kronikerna) kvarhölls i 1889 års kejserliga förordning, och ersattes först år 1937 med den nya sinnessjuklagen (Harjula 1996). Även de fallandesjuka (epileptikerna) omnämndes i 1889 års förordning. Redan tidigare hade de fallandesjuka ansetts höra till hospitalen, men nu skulle endast en specifik grupp av de fallandesjuka lyda under sinnessjukförordningen. Det handlade om epileptiker som på grund av sin sinnesrubbing utgjorde en fara för sig själva eller andra, och som därför inte kunde få ändamålsenlig vård utanför anstalt (Harjula 1996, 107). Förordningen av år 1889 indelade samtidigt landets anstalter i tre olika grupper. För det första fanns det centralanstalter som skulle omhänderta patienter med kortvarig vård. Vid dessa kunde dock finnas särskilda asyl- eller förvaringsavdelningar för långvarigt sjuka patienter. Lappvikens sjukhus och Niuvanniemi sjukhus hörde till denna kategori. För det andra fanns det asyler (förvaringsanstalter) för kroniskt obotliga patienter. Sjalö och Kexholm – som grundades år 1889 – var dylika asyler. Den tredje gruppen sjukhus var länssjukhusens upptagningsanstalter som fanns bland annat i Åbo, Björneborg, Viborg, Uleåborg och St. Michel (Pesonen 1980). Samma år, 1889, blev Sjalö ett kvinnosjukhus, då de manliga patienterna förflyttades till Kexholms sjukhus på Karelska näset.

Sjalö hospital fick sin läkartjänst i samband med att Arthur Dahl tillträdde som Nagu kommunalläkare år 1899. Till tjänsten hörde den medicinska bevakningen av Sjalö hospital. Dahl bodde i Nagu kyrkby, besökte asylen ungefär en gång i veckan och skötte läkartjänsten i 30 års tid fram till hösten 1929. Vanligtvis besökte läkaren asylen med 3-10 dagar

mellanrum¹⁰⁷, men vissa vårar (oftast april-månad) kunde det gå tre veckor mellan läkarbesöken, förmodligen på grund av svaga isar. Läkarbesöken blev följaktligen 3-5 per månad. Jarl Calonius efterträdde Dahl år 1931 och 1946 övertogs tjänsten av Torsten Sourander, men läkartjänsten sköttes även av tillfälliga vikariat på 1930-40-talen. Sysslomannatjänsten sköttes under perioden 1889-1944 till en början av Johan Fredrik Holländer, P.A. Holländer, därefter av Armas Holländer. Sysslomannen var synlig i korrespondens till och från sjukhuset samt i Arthur Dahls korrespondens med sysslomannen. Framför allt i början av den undersökta tidsperioden var breven i huvudsak riktade till Sysslomannen, som även titulerades "ekonomen". Sysslomannen bodde på sjukhusområdet, liksom sköterskorna samt den övriga personalen (bl.a. tvätterska, kokerska, hushållerska). I årsberättelserna ligger fokus på patienterna och först på 1930-talet framkommer närmare uppgifterna om sköterskorna, vars antal varierade. År 1931 omnämns utöver översköterskan sex andra sköterskor. Många sköterskor arbetade endast kortare perioder på sjukhuset och begärde sedan avsked. Omväxlingen av sköterskor verkar ha varit relativt stor.

Nya sjukhus grundas för dem som skall botas – ökad professionalisering

Den psykiatriska diskursens vetenskapliga etablering skedde sent i Finland i förhållande till övriga Europa. Den första lärostolen i psykiatri grundades år 1906 (ordinarie professor år 1921) och innehades av överläkaren vid Lappvikens sjukhus (Uimonen 1999, 37). Finlands Psykiatriska Förening grundades år 1913 och vid det konstituerande mötet var åtta läkarenärvarande, vilket avspeglar det ringa antalet psykiatrer i landet vid denna tid (Achté et al 1983, 15).¹⁰⁸ Psykiatrin som medicinskt specialområde var sammankopplad med neurologin ända fram till 1960-talet, en utveckling som gav upphov till neuropsykiatrin. Universitetens lärostolar var gemensamma för dessa bägge medicinska delområden. I Finland åtskildes psykiatrins och neurologins professorstjänster från varandra först i slutet av 1960-talet (Achté 1990, 19). Den psykiatriska forskningens tyngdpunkt låg följaktligen på neurologi och neuropsykiatri, dvs. på psykiatriska störningar som antogs ha organiska orsaker (Alanen et al. 1983).¹⁰⁹

Under 1920- och -30-talen började den psykiatriska diskursens kunskapsfält etableras och dess position befästas. Jag tolkar denna institutionalisering utgående från ett ökande antal psykiatriska avhandlingar (Alanen et al 1983) och ett ökat antal rättspsykiatriska under-

¹⁰⁷ LKK 3.8.2.

¹⁰⁸ Till den den provisoriska styrelsen hörde överläkaren vid Pitkänieni centralanstalt (Albert Björkman), professorn i psykiatri (Christian Sibelius) och underläkaren vid Lappvikens centralanstalt (Ernst Therman) (Achté et al. 1983, 16). Alla dessa män figurerar i källorna: i brevväxling, läkarintyg, anamneser, dvs. i dokument som berör Själpäatienterna.

¹⁰⁹ Tysken Wilhelm Griesinger skrev den första moderna läroboken i psykiatri år 1845, och blev känd för sin slogan "sinnessjukdomarna är hjärnsjukdomar" (Achté 1990, 19).

sökningar (Huttunen 1993). Influenserna kom från Tyskland som blev den ledande nationen i de medicinska professionaliseringssträvandena. En sjukdom som psykiatrin riktade sitt intresse mot på 1920-talet var syfilis och de psykoser sjukdomen kunde framkalla. Vid samma tid närmade sig psykiatrerna schizofrenin ur ett biovetenskapligt och neurologiskt perspektiv (Alanen et al. 1983, 49–50).¹¹⁰ På Finlands Psykiatriska Förenings möten på 1930-talet behandlades bl.a. rättspsykiatriska undersökningar, alkoholrelaterade störningar och insulinchockvård. Vård kom upp på den psykiatriska forskningsagendan först efter andra världskriget (Achté et al 1983, 26).

Industrialiseringen och urbaniseringen började ta fart i Finland kring sekelskiftet, även om Finland i jämförelse med övriga europeiska länder ända till 1950-talet förblev ett agrarland. Samhällsomvandlingen kring sekelskiftet 1800–1900 ledde till att människor började flytta in till städerna och kvinnorna började förvärvsarbeta. Det blev svårare att ta hand om de sinnessjuka i hemmen, eftersom det i huvudsak hade varit på kvinnornas ansvar att ta hand om äldre och sinnessvaga familjemedlemmar. Samtidigt blev antalet utstötta personer större i och med uppkomsten av en ny fattig arbetarklass. Dessutom var kommunernas överbelastade med vården av de sinnessjuka och kommunalhemmen hade utrymmesbrist på sina sinnessjukavdelningar. Behovet för nya sjukhus växte och de tre första interkommunala distriktssjukhusen i Finland inrättades i början av seklet: Harjavalta distriktssjukhus år 1903, Mariefors/Kellokoski sjukhus år 1916, och Nystads sinnessjukhus likaså år 1916 (Neuman-Rahn 1955, 37). Under 1920-talet grundade ytterligare tio nya distriktssinnessjukhus i landet, bland annat i Seinäjoki, Ekenäs, Tyrvis, Uleåborg och Halikko (Achté & Kivalo 1989). År 1880 fanns det två sinnessjukhus (Själö och Lappviken), år 1920 hade antalet stigit till 15. Nio av dessa ägdes av kommunerna, fyra av staten, och två var privata sjukhus (Vauhkonen 1992, 239). Grundandet av sinnessjukhus var ytterligare en befästning av den psykiatriska disciplinen.

År 1923 tillsattes en kommitté för att planera sinnessjukvården, som rekommenderade att kroniker och långtidssjuka skulle vårdas i kommunala sjukhus, medan akut insjuknade och sinnessjuka som uppfattades som en fara för den allmänna säkerheten, främst kriminalpatienter, skulle vårdas i de statliga sinnessjukhusen (Vauhkonen 1992, 258). Sinnessjuklagen av år 1937 (286/37) stadgade att de sinnessjuka skulle omhändertas i statliga, kommunala eller privata mentalsjukhus, på kommunalhemmens sinnessjukavdelningar samt i familjevård hos privatpersoner. Endast hälften av landets mentalsjuka, vilka sammanlagt uppskattades till 20 000 personer, ansågs få skäligen vård och år 1939 stadgades det att ”den allmänna rashälsovårdens verksamhet måste åstadkommas med hjälp av staten”

¹¹⁰ Den starka organiska inriktningen inom psykiatrin var kopplad till naturvetenskaperna, närmare bestämt till en strävan efter naturvetenskaplig objektivitet (jfr Johannisson 1994). I denna diskurs betraktades människan som en fysisk organism som kunde behandlas – och botas – med naturvetenskapliga metoder.

(KB 9/1939, ref. i Achte & Kivalo 1989, 14). Sinnessjukdom definierades nu som ett rashygieniskt problem som nationen måste ta itu med.

Sinnessjuklagen från år 1937 omfattade bestämmelser om individens skyldighet att underkasta sig sinnessjukvård och sinnesundersökning. Med andra ord skapade den rättsliga diskursen ett juridiskt krav på foglighet och underkastelse från patientens sida. Den sjuke var även i princip skyldig att bekosta sin egen vård, ifall denne hade medel därtill. För de medellösa var kommunerna enligt fattigvårdslagen ansvariga. En tvist som uppkom i samband med beredningen av lagen gällde regeringens förslag att kommunerna skulle ansvara även för kriminalpatienternas vårdkostnader, men ansvaret för dessa utgifter blev kvar hos staten (Vauhkonen 260-261). Vad gällde patienternas rättsskydd ändrades det inte mycket under perioden 1937-1977. Patienten kunde tas in på sjukhus utan dennes tillåtelse, ifall han/hon var "farlig antingen för den allmänna säkerheten eller för sig själv eller uppenbart i behov av akut vård" (Achte & Kivalo 1989, 17).

REPRESENTATIONER AV ETT SJUKHUS – OLIKA SÄTT ATT GE BETYDELSE ÅT DET FÖRFLUTNA

"...Få resande nalkas det ensliga Skjälö, utan att känna en beklämning, som icke upphör, innan man åter vändt ryggen åt detta hemvist för den fruktansvärdaste av alla olyckor. Det är samma rysning, som genomgår vandraren, när han på Venedigs fängelseportrar läser det hemskt ryktbara 'lasciati ogni speranza!' Äfven från Skjälös murar ljuder samma jernhårda dom: 'I som hären inträden, lämnen bakom eder allt hopp!'" (Zacharias Topelius, ref. I Haltia 1963, 8)

Så skrev Zacharias Topelius på 1840-talet efter att ha besökt den lilla holmen ute i Nagu skärgård. År 1619 grundades där hospitalet som verkade oavbrutet fram till den sista december år 1962. Hospitalets placering på en ö vittnar om önskan om total isolering av den avvikande gruppen, eftersom hospitalet inte enbart låg avskilt utan även svåråtkomligt. Sjukhuset omgärdades av en port, eller av murar som Topelius talar om i *Boken om vårt land*. På ett mycket konkret sätt markerade – och symboliserade – dessa murar gränsen mellan två världar: mellan det bekanta och det okända, mellan det önskade och det oönskade, mellan det sedda och det osedda, samt mellan det friska och det osunda (jfr Douglas 1966; Gittins 1998).

Som landets första statliga sinnessjukhus var Sjalö en viktig del i det institutionella ramverk som omhändertog och övervakade individer som kom att definieras som sinnessjuka. Trots sin plats i marginalen – placerat på en ö i Åbolands skärgård – hade Sjalö en central position när den finländska mentalvården byggdes upp. Sjalö hospitals tidigare historia har följaktligen behandlats i ett antal undersökningar och översikter (Fagerlund 1886; Sarvilinna 1938; Neuman-Rahn 1955; Haltia 1963; Achte

& Turunen 1976, 1983; Sandholm 1973; Pesonen 1980; Jarttu 1988; Achté & Kivalo 1989; Österberg 2000). Däremot har den sista verksamhetsperioden – slutet av 1800-tal fram till sjukhusets avskaffning – med andra ord tiden som kvinnosjukhus, förblivit outforskad (se dock Ahlbeck-Rehn 1998). Den bild av Själo hospital som varit synlig i finländska psykiatriska institutioners historieskrivning kan huvudsakligen spåras till psykiatrerna Kalle Achtés och Sakari Turunens (1976) utförliga artikel *Seilin hospitaali 1619-1962* som behandlar sjukhusets 340 år långa historia (se även Achté & Turunen 1983).¹¹¹ I sin artikel använder sig Achté och Turunen av Själo hospitals arkiv, men hänvisar inte till vilka arkivkategorier eller källor som använts i studien. Artikelnen är en detaljerad, beskrivande genomgång av sjukhusets olika faser och en presentation av institutionen Själo. Trots sina förtjänster kan Achtés och Turunens artikel problematiseras. I Åbo landsarkiv finns artikeln som en introduktion till Själo hospitals arkivmaterial.

När jag år 1997 påbörjade mitt arbete med min avhandling pro gradu, var det framför allt Achtés och Turunens redogörelse över hospitalets sista verksamhetsår som väckte mitt intresse (Ahlbeck-Rehn 1998). Sjukhusets könssegrering 1889 – året då de manliga patienterna skickades till Kexholms nybyggda sjukhus och Själo blev asyl för endast kvinnliga kroniker – omnämns med en enda mening. Trots att övriga beslut rörande sjukhusets verksamhet diskuteras i detalj, råder det tystnad kring detta viktiga beslut. Achté och Turunen ger inga förklaringar till, eller spekuleringar kring, orsaken till hospitalets omvandling till kvinnosjukhus. I artikeln är avsnittet om Själo som långtidssjukhus (de 70 sista verksamhetsåren) det kortaste och mest intetsägande av sjukhusets olika historiska utvecklingsfaser. Perioden 1785-1840 kallar författarna Själo för "sinnessjukhus", åren 1841-1899 för "asyl", och åren 1899-1962 för "kronikersjukhus". De olika definitionerna av sjukhuset är visserligen beteckningar som användes i det förflutna, men dessa kan förtydligas och historiseras.

Trots att skribenterna gör åtskillnad mellan sinnessjukhus, asyl och långtidssjukhus utreds inte benämningarna desto närmare. Författarna har valt att kalla hospitalet för sinnessjukhus från och med år 1785, då den "sista" spetälskepatienten dog på ön, fram till år 1840 då sjukhuset omvandlades till förvaringsplats för obotligt sinnessjuka patienter. Med tanke på att Själo blev landets första statliga sinnessjukhus redan år 1755, kunde det ha varit motiverat att kalla hospitalet för sinnessjukhus från och med det, om man vill följa officiella beteckningar. Själo kallas för asyl – sinnessjukhus för kroniker – från år 1841 fram till år 1899. Själo fick sin första ordinarie läkare samma år (1899), i samband med att Nagu fick sin första kommunalläkare, något som kan tolkas som ökat medicinskt inflytande. I korrespondens som ingår i arkivet kallades Själo

¹¹¹ Achtés och Turunens artikel från år 1983 är en förkortad version av den längre artikeln från år 1976.

emellertid för asyl och asylinrättning ännu in på 1900-talet (t.ex. i brev från medicinalstyrelsen), och det förblir oklart i artikeln varför Sjalö från och med år 1899 skulle ha blivit ett långtidssjukhus. Skulle man benämna sjukhuset efter dess vårdprinciper kan Sjalö kallas långtidssjukhus under hela sin 340 år långa verksamhetsperiod. Utskrivning av patienter var ovanlig och de flesta vårdades på sjukhuset långa tider, många resten av sina liv.

Den sista perioden (1899-1962) beskrivs av författarna som en lugn, nästan harmonisk tid för hospitalet, där åren ”gick sin stilla gång” (Achté & Turunen 1983, 99). Patienterna fick plocka bär och vandra i skogen. Hospitalets första ordinarie läkare, Arthur Dahl, beskrivs som ”en av den gamla stammens arbetande läkare, som höll sig borta från offentligheten, men som patienterna minns med värme ännu årtionden senare” (Achté & Turunen 1983, 99). I bilden som målas upp ser läsaren framför sig den lilla pittoreska ön, de rara kvinnliga patienterna som plockar bär och är ute i friska luften vid havsbandet.

Den svårlösta läkarfrågan hade varit den främsta orsaken till att man redan i början av 1800-talet övervägde att flytta Sjalö hospital till en mera lättillgänglig plats, konstaterar både Achté & Turunen (1976, 1983) och Matti Haltia (1963), som i nästa andetag konstaterar att Sjalö från och med år 1889 endast tog emot kvinnliga kroniker. Bakgrunden till beslutet förblir oklar i den litteratur som granskat Sjalö hospitals tidigare historia (se även Sarvilinna 1938). Flyttningen av hospitalet blev aldrig av och istället fortsatte verksamheten oavbrutet fram till år 1962.

SAMMANFATTNING

Den historiska översikten ovan visar hur sjukhusväsendets utveckling i landet under 1800-talet differentierade såväl det psykiatriska sjukhusväsendet som själva sjukdomsbegreppet. Den psykiatriska diskursens etablering i Finland var kopplad till den rättsliga diskursen. Det var genom lagstiftning som den psykiatriska diskursens makt/kunskapsfält möjliggjordes: sjukhus grundades, olika kategorier av patienter skapades och ny medicinsk specialkunskap inrättades. Samtidigt var både den psykiatriska och rättsliga diskursen kopplade till kommunala diskurser. Med detta avser jag det faktum att kommunerna bar ansvar över vården av de sinnessjuka, såsom fastställt i den rättsliga diskursen (förordningen av år 1889).

Förordningen av år 1840 ledde till en differentiering av de finländska sjukhusen med Sjalö hospital och Lappvikens sjukhus som varandras motbilder. Sjalö, det gamla leprosariet, blev förvaringsanstalt för de kroniskt (obotligt) sjuka patienterna. Lappvikens sjukhus kopplades däremot till universitetet och tog emot akut insjuknade patienter som ansågs ha möjligheter att tillfriskna. Skillnaden i status mellan Lappviken och Sjalö var synlig även i läkartjänsterna. Sjalö hospital fick sin första

ordinarie läkartjänst först år 1899, medan Lappviken fick det redan samma år som sjukhuset grundades, dvs. år 1841. Indelningen mellan de bägge anstalterna illustrerar hur vården och patienterna på Lappvikens sjukhus uppfattades som viktigare, medan Sjalöpatienterna betraktades som hopplösa fall och var följaktligen medicinskt ointressanta (jfr McCallum 1997). Förordningen av år 1889 ledde till ytterligare en differentiering då Sjalö omvandlades till ett kvinnosjukhus.

V

FÖRVISADE PÅ LIVSTID – SJÄLÖKVINNORNA OCH DEN OBOTLIGA SJUKDOMEN, 1889-1944

”Fångpass.

Kriminalsinnessjuka Fredrika Jansson förpassas härmed med hänvisning till beslut givet av landshövdingen i Åbo och Björneborgs län 24/9-30 nr 23840, med m/s Åland till Sjalö asylinrättning för vård. På resan, som inte får fördröjas, annat än om den insjuknade fångens hälsa skulle råka i fara om resan fortsätts, skall fången ges högst 5 marks dagskost, men till intagande av starkdrycker skall fången inte ges tillfälle. I Åbo länskansli 2 oktober 1930. Direktör.”¹¹²

INLEDNING

När Sjalö år 1889 omvandlades till ett sinnessjukhus för kvinnor, vårdades sammanlagt 91 patienter (både män och kvinnor) på hospitalet. Sammanlagt 29 män förflyttades till det nybyggda Kexholms asyl i Ladogakarelen, men en del blev kvar under hospitalets uppsikt och utackorderades hos bönder i Nagu socken.¹¹³ Trots diskussioner om att förflytta Sjalö hospital till en mera lättillgänglig plats, fortsatte verksamheten fram till år 1962. Vilka var egentligen dessa kvinnor som placerades på de obotligas hospital? I denna del ger jag en översikt av de sammanlagt 192 kvinnor som åren 1889-1944 skickades till sinnessjukhuset på Sjalö. Jag presenterar patienterna utgående från vissa sociala kategorier såsom civilstånd, ålder, yrkestillhörighet, uppförande, och granskar på vilket sätt patienternas sinnessjukdom konstruerades i relation till dessa kategorier.

Eftersom kategoriernas innebörder förändras och patientklientelet ser annorlunda ut vid sekelskiftet 1900, än vad det gör under 1940-talet, har jag delat in materialet i tre tidsperioder med ungefär 20 års mellanrum. Hela tidsperioden 1889-1944 omfattar således tre delperioder. Den första

¹¹² Fredrika var en 35-årig bondedotter utan explicit diagnos som inskrevs år 1930. Hon var straffriförklarad för barnamord (citatet övers.). HM 3.2.4. (1930).

¹¹³ PPK 3.6.1. (1889). Under den undersökta tidsperioden inskrevs 13 män (1907, 1913, 1915, 1917) på hospitalet, men männen inskrevs såsom utackorderade. Männen vårdades således aldrig på sjukhuset utan utackorderades under hospitalets tillsyn hos allmogefamiljer i Nagu med omgivning.



Själo hospital såsom sjukhuset såg ut under hela den undersökta tidsperioden. Av de stenbyggnader som fortfarande står kvar byggdes köket och den sydliga sidans avdelning för 20 patienter åren 1801-1803. Huvudbyggnaden med 50 vårdplatser och dess fristående västra flygel uppfördes år 1851 enligt Åbo stadsarkitekt P.J. Gylichs ritningar. År 1904 sammanfördes huvudbyggnaden, köket och den västra flygeln under samma tak, och sjukhuset fick sitt nuvarande utseende. Sjukhusbyggnaderna är uppförda kring en kvadratisk innergård. Lägg märke till staketet som kringgärdar sjukhusområdet. Det forna hospitalet utgör en anmärkningsvärd nyklassisk byggnadshelhet, ovanlig i skärgårdsmiljö. Sedan Själo hospitals avskaffande år 1962 nyttjas fastigheten av Åbo universitet (Skärgårdshavets forskningsinstitut). Fotot är från Niilo Pesonens (1964) "Sjukhus i Finland". Borgå: Werner Söderström.

perioden sträcker sig från år 1889 fram till år 1910, den andra från år 1911 till år 1930 och den sista perioden från år 1931 till 1944. Den sista perioden är kortare, endast tretton år p.g.a. "ojämnt" antal år. 1930-40-talen är en viktig period för Själö, eftersom majoriteten av kriminalpatienterna skrivs in under denna period, samtidigt som de medicinska utlåtandena blir mer utförliga och elaborerade. Undersökningen visar att patientklientelet varierar under perioden 1889-1944, även om vissa fenomen förblir de samma oberoende av tid (jfr Dörries & Beddies 2003). Skiftningarna och förändringarna i till exempel diagnoserna och i sättet att skriva om patienterna avspeglar hur definitioner av kvinnors galenskap förändras över tid, och samtidigt hur sociala företeelser (fattigvårdsproblematik, rashygieniska tankegångar, krigshändelserna) påverkar orsaker – och motiveringar – till intagning.

Samhällsvetenskaplig och historisk forskning kring mentalpatienter har visat hur särskilda grupper av kvinnor och män intogs på sinnessjukhus och hur patienternas sociala profiler var avhängiga av klass och etnicitet (t.ex. Ripa 1990; Porter & Wright 2003). Forskningen har dock mera sällan granskat diagnostik eller patienters intagningar i detalj, och inte heller lyft fram patienternas egna berättelser om att leva på ett mentalsjukhus (se dock Gittins 1998; Framme 1997; Svedberg 2002). I Finland, men även i Norden överlag, saknas sociologisk forskning kring mentalpatienter och kring anstalter för sinnessjuka (för undantag se Sjöström 1992; Harjula 1996, 2003). Finländska undersökningar som tangerar föreliggande avhandlingens tematik inkluderar framför allt historikern Minna Uimonens (1999) doktorsavhandling om det förra sekelskiftets könade nervositet, och Ilpo Heléns (1997) sociologiska doktorsavhandling om utformningen av sexualpolitik och -etik under slutet av 1800-talet fram till början av 1960-talet. Även konsthistorikern Anna Kortelainens (2003) undersökning om kvinnopsyket och 1800-tals psykiatri ligger tematiskt sett nära.

Sociologen Minna Harjulas (1996) doktorsavhandling om synen på de funktionshindrade (inklusive de sinnesslöa) rör sig tidsmässigt och kontextuellt på ett liknande plan. Harjulas ansats är dock på den mera strukturella nivån. Det gäller även för den finländska forskningen kring rashygien, i huvudsak representerad av historikern Markku Mattilas (1996, 1999, 2003) studier (se även Helén & Jauho 2003). Harjulas och Mattilas undersökningar saknar könsteoretisk problematisering av konstruktioner av sociala avvikelser. En finländsk sociologisk studie som tillämpat den mikrohistoriska ansatsen på ett innovativt sätt är Pälvi Rantalas (2002) avhandling pro gradu *Kyläbullut kertomuksissa* (Byfånarna i berättelser). Rantala visar dels på könade bilder av "byfånen", dels granskar hon hur detta avvikande subjekt konstruerades såsom befinnande sig samtidigt både i samhällets yttre marginaler och innanför samfundets gränser (jfr Erikson 1966).

I Sverige har det funnits en längre tradition av feministisk forskning kring vansinne, kön och sjukhus. Studierna är huvudsakligen inom humaniora. En av mina inspirationskällor är den svenska idéhistorikern

Karin Johannissons forskning (1990, 1994, 1997, 2001, 2004). Johannissons bidrag på det nordiska forskningsfältet är betydande gällande konstruktioner av kvinnlighet och sjuklighet samt den medicinska maktens praktiker (se kapitlet *Om kön, makt och avvikelser*). En annan svensk undersökning som har beröringspunkter med min studie är historikern Kristina Engwalls (2000) avhandling om de kvinnliga ”sinnesslöa” patienterna på Västra Mark under perioden 1931-1967. Även Engwall granskar en specifik institution och de kvinnor – definierade som ”asociala och imbecilla” – som intogs på sjukhuset (se även Framme 1997). Svenska avhandlingar som behandlar eugeniken ur ett könsperspektiv och som analyserar konstruktioner av avvikande kvinnlighet inkluderar bl.a. historikern Maija Runcis (1998) studie om steriliseringar i det svenska folkhemmet under 1930-40-talet. Runcis (1998) analyserar sinnesslöhetsbegreppet, framför allt med utgångspunkt i de konsekvenser denna beteckning hade för synen på kvinnor som placerades i denna kategori. Även historikern Jenny Björkmans (2001) doktorsavhandling om tvångsvårdsdebatten i svensk lagstiftning 1850-1970 är relevant, men den rör sig på en statlig makronivå. Studier kring kön och illegitim kvinnlig sexualitet inkluderar framför allt etnologen Rebecka Lennartssons (2001) foucaultska doktorsavhandling om prostitutionen i det förra sekelskiftets Stockholm (se även Taussi Sjöberg 1986; Petersen 2001; Jansdotter 2002). På liknande sätt som Lennartssons studie har sociologen Margaretha Järvinens (1987, 1990, 1993) feministiska forskning kring prostitution, missbruk, hemlöshet och tvångsvård många teoretiska och tematiska beröringspunkter med min undersökning.

Vad gäller svensk sinnessjukvård mera specifikt, kan etnologerna Lars-Eric Jönssons (1998) *Det terapeutiska rummet* och Mikael Eivergård (2003) *Fribetens milda disciplin* nämnas.¹¹⁴ Bägge är Foucault-inspirerade, såsom redan titlarna antyder. Jönsson (1998) studerar svensk anstaltsbunden sinnessjukvård under åren 1850-1970 och visar på den rumsliga och kroppsliga disciplineringen av mentalpatienter. På liknande sätt granskar Mikael Eivergård (2003) svensk sinnessjukvård under perioden 1850-1970 i termer av normalisering och social styrning. Såväl Jönsson (1998) som Eivergård (2003) är diskursivt orienterade i sina analyser. Även den norska historikern Svein Atle Skålevågs (2002) avhandling om sinnessjukdomsbegreppets konstituering under perioden 1870-1920 är relevant (se även Qvarsell 1982). Vad gäller studiet av rättspsykiatri kan Mats Börjessons (1994), Roger Qvarsells (1993) och Sverker Björks (1997) undersökningar nämnas. Ingen av de ovan nämnda studierna

¹¹⁴ För en mera generell analys av den svenska psykiatriens framväxt under 1900-talets första hälft, se Bengt Sjöström (1992). Om psykiatriens omvårdnadstraditioner, framför allt med hänvisning till sinnessjukvårdens korn i början av 1900-talet, se Gunnel Svedberg (2002). Se även Gunilla Framme (1997) som utforskar ett sjukhem för ”lättskötta sinnessjuka” från 1940-talet fram till avvecklingen på 1980-talet. Framme (1997), som analyserar institutionsideologi och praktik, lyfter liksom Svedberg (2002), också fram individuella patientberättelser. Om den svenska offentliga vårdens sociala organisering, idéstruktur och byggnader under 1800- och 1900-talen, se Anders Åman (1976).

av sinnessjukvård och psykiatri teoretiserar konstruktioner av kön i medicinska diskurser.

Diskursiva möten – rashygien, psykiatri och samhällspolitik

Själö hospital och dess patienter måste förstås i relation till det samhällsklimat, de sociala ideologier och föreställningar som präglade det finländska samhället vid denna tid. I detta kapitel placerar jag Själö hospital i ett socialt och historiskt sammanhang genom att diskutera rashygiens relation till synen på sinnessjukdom. Slutet av 1800-talet och början av 1900-talet karaktäriserades av ärftlighetslärans, socialdarwinismens och senare rashygiens frammarsch på det medicinska fältet.¹⁵ Något förenklat kunde rashygiens (eugeniken) sammanfattas som tron på "arvsanlagens makt". Minna Harjula (1996, 2003), Minna Uimonen (1999), Markku Mattila (1999, 2003) och Ilpo Helén (1997) har förtjänstfullt visat hur läkare, hygienister och experter i ärftlighetslära var involverade i den finländska samhällsdebatten och använde sin expertkunskap för att konstruera sociala problem.¹⁶ Trots sin plats i den geografiska marginalen var Själö en inte obetydlig del av det psykiatriska kunskapsfältet.

Såväl socialdarwinismen som rashygiens tankandet bottnade i antaganden om skillnader mellan sociala klasser (raser). Skillnaden mellan de högre och lägre samhällsklasserna ansågs vara biologiskt förankrad, en följd av ärftliga betingelser, och därför omöjlig att påverka genom utbildning eller förändrad miljö (Wikander 1991). Ett exempel på uppdelning ger Marjatta Hietala (1996, 203) som föreslår att den finländska rashygiens uppkomst kring sekelskiftet 1900 kan härledas till den svenskspråkiga elitens strävan efter att bibehålla sin (sär)ställning i relation till den finskspråkiga majoriteten. Hietala visar hur den rashygieniska diskursen konstruerade två "raser": germanska svenskar och mongoliska finnar. Vissa läkare hävdade t.ex. att neuroser och "socialism" var vanligare bland den finskspråkiga befolkningen (för kritik se Uimonen 1999, 167-169; Mattila 1999).

Sociala problem, fattigdom, vansinne, men även synen på kvinnlighet och manlighet, idéer om sundhet och osundhet definierades utgående från den skillnad som konstruerades mellan den omoraliska arbetarklassen och den högre utvecklade, civiliserade medelklassen (Broberg & Tydén 1992; Ekenstam 1993; Björkman 2001). Jag diskuterade i teorikapitlet hur synen på medelklasskvinnan som inneboende svag, bräcklig och oförmögen

¹⁵ Om rashygien i Norden, se Anssi Halmesvirta (1996); Gunnar Broberg & Mattias Tydén (1992); Lene Koch (1996); Maciej Zaremba (1999), Markku Mattila (1999, 2003), Jenny Björkman (2001) och Ilpo Helén & Mikko Jauho, red. (2003). Om 1900-talets mentalhygieniska diskurser och deras inflytande på svensk välfärdspolitik, se Katarina Piuva (2005).

¹⁶ En av de första finländska psykiatrerna, Gustaf Winqvist, definierade år 1914 rashygiens som en strävan efter att förbättra "hela rasens" livsvillkor och utvecklingsmöjligheter. "Dess mål är ett bättre människosläkte" (Uimonen 1999, 169). Winqvist har undertecknat flera Själokvinnors läkarintyg då han arbetade som läkare på Åbo stads sinnessjukhus och på fångelsesinnessjukhuset (Kakola) i Åbo.

till rationellt tänkande konstruerades i relation – och i motsats – till den robusta och manhaftiga arbetarklasskvinnan (Wikander 1991; Johannisson 1994). Denna kvinnliga svaghet som kännetecknade medelklasskvinnor betraktades som ett tecken på en större grad av utveckling (civilisation), eftersom kvinnor och män allteftersom ”utvecklingen” hade sin gång blev allt mer olika varandra (Wikander 1991). Man kan därför säga att arbetarklasskvinnor (som till både klädsel och arbete ansågs påminna om män) – och den skillnad mellan kvinnor som skapades genom ett avståndstagande från arbetarklasskvinnlighet – nyttjades i detta särskiljande för att påvisa klassernas inneboende skillnader.

Samhället indelas således i (sambälls)nyttiga och -onyttiga element. Den enskilda medborgarens värde eller icke-värde kom att definieras utifrån samhällets helhetsnytta (Harjula 1996, 135; se även Satka 1995). Särskilda grupper, såsom de kriminella, sinnessjuka, sinnesslöa och andra arbetsoförmögna, utpekades som onyttiga, men framför allt som farliga. Farligheten låg i sjukdomarnas, omoralens och den svaga karaktärens ärftlighet. Det var inte bara själsliga och fysiska sjukdomar som nedärvedes, även fattigdomen var ett tecken på ”svaga gener”. Biologiska, medicinska, statistiska och ärftlighetsdiskurser skapade kunskap som gjorde en åtskillnad mellan den onyttiga och den nyttiga kategorin. Inom medicinen framtogs särskilda vetenskapliga sorteringsmetoder såsom intelligensmätningar samt ärftlighets- och släktundersökningar för att urskilja de degenererade elementen (Mattila 1996, 1999; Uimonen 1999). De lägrestående och degenererade klasserna ansågs mera benägna till sinnessvaghet, dryckenskap och kriminalitet. Därtill förökade sig dessa människogrupper i en skrämmande hastighet, vilket skulle försnabba landets degenerering. De degenererades okontrollerade och oansvariga sexuella aptit hade inga gränser (Helén 1997). Det gällde särskilt kvinnor från de lägre klasserna, vilket bevisades av antalet oäkta barn och könssjukdomar (Johannisson 1994). De mångfasetterade kopplingarna mellan den rashygieniska, medicinska och samhällspolitiska diskursen blev tydliga i detta skillnadsskapande.¹¹⁷

Konstruktionen av samhällets ”problemgrupper” eller ”riskgrupper” (Helén 1997) såsom de sinnesslöa, de sinnessjuka, brottslingarna och epileptikerna, innefattade statistiska räkningar av antalet avvikare. Statens önskan var att spåra de avvikande grupperna, dels för att uppnå kontroll och vetskap över den skadliga ”spridningen” av omoral, dels och som en följd av detta, för att kunna skrida till (kontroll)åtgärder; till disciplinering av de avvikande. Minna Harjula (1996, 2003) har studerat de funktionshinderade – förstätt som en bred kategori – historia och kartlagt den statistikföring som uppgjordes över dessa. De sinnesslöa och de sinnessjuka hänvisades i beräkningarna till gruppen handikappade. År 1880 uppskattades antalet sinnessjuka – inklusive de sinnesslöa – vara

¹¹⁷ Kring samhälle, medicin och moral, se även Karin Johannisson (1990), Eva Palmblad (1990) och Roger Qvaresell (1997).

4287 personer, och gruppen utgjorde 0,21 procent av befolkningen. Tio år senare (1890), vid tiden för Själös begynnelse som kvinnosjukhus, hade antalet dårar (sinnessjuka, sinnesslöa) stigit till 6455 personer, och den procentuella andelen var 0,27 av hela befolkningen. Männerna var i majoritet (Harjula 2003).¹¹⁸

Av de sinnessjuka vårdades den överväldigande majoriteten privata hem, en liten andel på sinnessjukhus och återstoden på fattiggårdar/kommunalhem (Vauhkonen 1992, 250). Något senare, år 1906 var den procentuella andelen sinnessjuka 0,41 procent, de sinnesslöa räknades nu skilt för sig. I ett kommittébetänkande från 1908 gällande sinnessjukvården, indelades de sinnessjuka i tre grupper: den första gruppen bestod av sinnessjuka som var ofarliga för sin omgivning, den andra av sinnessjuka som var mer eller mindre störande för sin omgivning, samt den tredje gruppen som "ur samhällets synvinkel" utgjorde den farligaste kategorin av sinnessjuka.¹¹⁹ Farligheten låg inte i att dessa sinnessjuka skulle ha hotat "sin omgivnings liv och egendom", utan på grund av att dessa individer utgjorde "ett ständigt hot mot kommande generationers själsliga hälsa". Orsaken till detta var att dessa sinnessjuka – som antogs utgöra ett stort antal – hade en skadlig "egenskap": "en ohämmad böjelse för könsungämba". Isolering som åstadkoms med hjälp av anstaltsvård skulle fungera som prevention av skadlig fortplantning (Uimonen 1999, 157-158; jfr Mattila 1999, 126-127). Detta kommittébetänkande kan betraktas som ett diskursivt möte mellan diagnostik och disciplinering, där den statliga och psykiatriska expertisen sammanvävdes till ett gemensamt fält av maktutövning.

De statistiska beräkningarna av år 1920 visade att andelen kvinnliga sinnessjuka hade ökat och fördelningen mellan de kvinnliga och manliga sinnessjuka var jämnare (3875 män, 3637 kvinnor). Det sammanlagda antalet uppgick till 7512 personer, och av dessa vårdades fortfarande majoriteten i privata hem, medan fördelningen mellan fattiggårdarna och

¹¹⁸ Vauhkonen (1992) anger något olika uppgifter gällande antalet sinnessjuka. Av 5947 sinnessjuka personer år 1890 var 3225 män och 2722 kvinnor. År 1890 uppskattades antalet sinnessjuka vara sammanlagt 5 947 personer av vilka männen var i majoritet (3225 män, 2722 kvinnor). Av dessa vårdades den överväldigande majoriteten i privata hem (5072), en liten andel på sinnessjukhus (456) och resten på fattiggård/kommunalhem (419). År 1920 var fördelningen mellan de kvinnliga och manliga sinnessjuka jämnare (3875 män, 3637 kvinnor). Det sammanlagda antalet uppgick till 7512 personer och av dessa vårdades fortfarande majoriteten i privata hem (4807), och fördelningen mellan sinnessjukhusen (1338) och fattighemmen (1367) var jämn (Vauhkonen 1992, 250). Det hade skett en gradvis ansvarsökning – från hemmen till anstalterna – men fortfarande vårdades de flesta i privathem år 1920. Antalet sinnessjuka fortsatte alltjämnt att öka, och år 1939 uppskattades antalet till 20 000 personer, av vilka endast hälften fick "adekvat vård" (Achte & Kivalo 1989, 14).

¹¹⁹ Noteras bör att sinnessjukvårdskommittén som verkade mellan åren 1906-1908 leddes av två ledande psykiatrer: Albert Björkman (ordförande i kommittén) som var överläkare vid Pitkäniemi centralanstalt och Christian Sibelius (läkarmedlem i kommittén), överläkare vid Lappvikens sjukhus (Uimonen 1999). Såväl Björkman som Sibelius ansvarade för utfärdandet av många Sjärlökvinnors läkarintyg.

sinnessjukhusen var jämn (Vauhkonen 1992, 250). Det hade skett en gradvis ansvarsökning – från hemmen till anstalterna – men fortfarande vårdades de flesta sinnessjuka i hemmet år 1920. År 1936 beräknades de sinnessjuka uppgå till 25 390 personer, av vilka de schizofrena och epileptikerna utgjorde de största grupperna (Harjula 1996, 140). Den procentuella andelen hade enligt räkningarna stigit till 0,62 procent. Även andelen sinnesslöa ökade: från 0,13 procent år 1900 till 0,44 procent år 1936 (Harjula 2003, 130). De sinnesslöa var enligt 1936 års beräkning sammanlagt 15 550 personer. Till de sinnesslöa räknades idioterna (vars intelligens beräknades vara under en 6-årsnivå) och imbecillerna (vars intelligensålder rörde sig mellan 6 till 12 åringars nivå) (Harjula 1996, 140).¹²⁰

Vad gäller epileptikerna var deras antal 2294 (0,07 %) personer år 1923. Något senare, 1936, var 0,10 procent (3580 personer) av befolkningen epileptiker (Harjula 2003, 130).¹²¹ Vid sekelskiftet var det totala antalet sinnessjukplatser (bäddplatser) ungefär 1500¹²², och vid slutet av 1930-talet hade antalet stigit till ungefär 8500 platser, men Minna Harjula (2003, 136) påpekar att även uppfattningarna om vem som var i behov av vård ökade i samband med introducerandet av detaljerade statistiska utredningar.¹²³ Därtill var de ekonomiska resurserna begränsade vilket ledde till att endast en liten del av dem som klassificerats som sinnessjuka fick vårdplats (se även Harjula 1996). Eftersom de statliga instanserna förnyade sig långsamt och förändringar i den statliga sinnessjukvården var kostsamma, uppkom en separat kommunal vårdorganisation. Den kommunala organiseringen av sinnessjukvården inkluderade fattighusens sinnessjukavdelningar, de kommunala sinnessjukhusen samt kommunernas gemensamma distriktssjukhus, vilkas omfattning översteg de statliga sinnessjukhusens bäddplatser (antalet) på 1920-talet (Harjula 1996, 117).

Svulster och sociala parasiter – hotet mot samhällskroppen

Oron över att antalet sinnesslöa och sinnessjuka ständigt ökade växte sig allt starkare i 1920-talets Finland, och degenerationens samhälleliga hotbilder utmålades av de medicinska experterna som därigenom skapade en kunskapsposition åt sig själva. De mentalt avvikande porträtterades som svulster och förruttnelse på (samhälls-) organismen; som parasiter som sög kraften ur samhällskroppen. Längst ner på samhällsbotten genomsyrade och förpestade de hela samhället (Halmesvirta 1996;

¹²⁰ Trots förfogandet över intelligenstest i 1936 års beräkning, föll debilerna – vars intelligensålder antogs ligga mellan 12–16 år – bort ur beräkningarna. Orsaken till detta låg i att "vanligt folk" inte betraktade dessa personer som avvikande (Harjula 1996, 140).

¹²¹ Minna Harjulas (1996, 2003) uppgifter baserar sig på bl.a. statistik från den finländska statistikcentralen.

¹²² Onni Vauhkonen (Vauhkonen 1992, 240) anger 1272 vårdplatser år 1900, men detta visar främst att de statistiska uppgifterna är ungefärliga.

¹²³ Som en jämförelse, se Bengt Sjöström (1992) som diskuterar den omfattande ökningen av antalet vårdplatser inom den svenska psykiatriska vården. Under 1900-talet hade Sverige i relation till folkmängden det största antalet vårdplatser i västvärlden.

Harjula 1996). Enligt psykiatern Albert Björkman (1926) kunde andelen degenererade uppgå till hela tio procent av landets befolkning och han hänvisade till uppskattningar gjorda av rashygieniker. En annan läkare, Edvin Hedman, befarade redan år 1913 att finländarna så småningom skulle komma att leva i ett stort "dårhus", ifall "de sinnessvagas armé" tilläts föröka sig på grund av de statliga medlens otillräcklighet (Harjula 1996, 137). Snart skulle landet och dess befolkning försvagas, urvattnas för att till sist överbefolkas av dessa parasiter. Följden av detta var degeneration, urartning av nationen och medborgarna. Ilpo Helén (1997, 209) anser att skildringarna av samhällskroppen som en levande organism vars livskraft kunde förutspås och beräknas medförde att själva nationen "förkroppsligades". Samtidigt blev hälsa en av måttstocken på medborgarskap och nationalitet (Halmesvirta 1996; Helén 1997; Uimonen 1999; Helén & Jauho 2003; Tuomaala 2003, 2004).

Produktionen av dessa avvikare skedde med hjälp av detaljerade statistiska beräkningar, samtidigt som psykiatriska (diagnostiska) och rashygieniska diskurser inlindades i varandra. Detta illustrerar det finländska samhällets sätt att uppfatta och konstruera mental avvikelse. Vilka var de personer som inkluderades i gruppen sinnessjuka, och utifrån vilka kriterier? Varför ökade de sinnessjuka kontinuerligt, handlade det om en epidemi? Eller handlade det om nya urskilningskriterier, diagnoser, som möjliggjorde att problem – avvikelse – som tidigare kategoriserats som fattigdom och sedeslöshet nu kunde placeras i kategorin "sinnessjukdom"? I enlighet med Kai Erikson (1966) kunde man hävda att samhällets "utrustning" för att upptäcka och handskas med avvikare, dvs. mängden fängelseceller, psykiatriska bäddplatser, poliser och domstolar, *påverkade* andelen avvikare samhället uppmärksammade. Andelen sinnesslöa och sinnessjuka – eller avvikare överlag – blev därför delvis en funktion av samhällets sociala kontrollapparat (jfr Erikson 1966, 24). I dessa statistiska räkningar av dårarna – samhällets försök att uppskatta den avvikande populationens storlek – mätte man (om vi följer Eriksons argument) i själva verket den egna sociala kontrollapparatens kapacitet, snarare än samhällsmedlemmarnas avvikartendenser. Med andra ord reflekterade antalet dårar de rådande diskursiva praktikerna och blev därför maktens effekter. Den ständiga "ökningen" kan snarare ses som en kategorisering som möjliggjordes och blev allt bredare i samband med den rashygieniska diskursen.

INTAGNINGEN – FRÅN ETT SJUKHUS TILL ETT ANNAT

Placeringen av en kvinnlig mentalpatient på Själö asylinrättning föregicks av ett institutionellt samarbete mellan olika instanser. Detta omfattade korrespondens och förhandlingar mellan de involverade institutionerna samt en mängd erforderliga intyg som skulle utfärdas. Medicinalstyrelsen,

grundad år 1878, fungerade som den administrativa koordinatören mellan kommuner, landshövdingar, rättsinstanser och sjukhus.¹²⁴ Beslut om intagningar och förflyttningar av patienter från ett sjukhus till ett annat förmedlades till ifrågavarande sjukhus av medicinalstyrelsen. Sjalö var en del av detta institutionella nätverk, trots att sjukhusets roll i själva intagningarna var marginell. Sjukhusets påverkningsmöjligheter låg enbart i möjligheten att informera medicinalstyrelsen om antalet lediga bäddplatser, dvs. huruvida sjukhuset hade möjlighet att ta emot patienten ifråga.

Hurudant var då det liv som kvinnorna lämnade bakom sig när de anlände till det gamla leprosariet på Sjalö? Sjalö var sällan den första institutionen som patienterna konfronterades med. De flesta av kvinnorna hade redan före sin placering på Sjalö levt ett institutionaliserat liv och "bollats" mellan olika institutioner, förflyttats från kommunalhem till kommunalsjukhus, sedan möjligen till Lappvikens sjukhus för att slutligen hamna på Sjalö. Många patienter hade i årtal vårdats på något sinnessjukhus. De allra flesta kvinnor som intogs på Sjalö asyl överfördes därför direkt från ett annat sjukhus. Sjalö fungerade som den "sista anhalten" för kvinnor vilkas vård till en början hade ordnats på andra sjukhus och därefter, ifall inget hopp om tillfrisknande kunde skönjas, skulle skickas till Sjalö hospital.

Ansökan om intagning för vård på sinnessjukhus kunde enligt 1937 års sinnessjuklag göras av "den sjuke själv, dennes make eller maka, anförvant eller förmyndare eller annan vårdpliktig, så ock av ordföranden i hälsovårds- eller vårdnämnd." Det vanligaste förfarandet var att det sjukhus på vilket den ifrågavarande kvinnliga patienten vårdades, hos medicinalstyrelsen ansökte om förflyttning av kvinnan. Medicinalstyrelsen beviljade ansökan, förutsatt att det tänkta mottagande sjukhuset och den som ansvarade för vårdkostnaderna samtyckte. Därför var det sjukhusen – i praktiken överläkarna – som oftast var huvudinitiativtagare till patienternas inskrivning på Sjalö. Den "ursprungliga" ansökan hade i de allra flesta fall gjorts av patientens hemkommun. Eftersom de flesta kvinnors vård på sjukhuset bekostades av hemkommunen, behövdes kommunens tillåtelse för överflyttning av patienten från ett sjukhus till ett annat.

Fördelningen på sjukhus, övriga instanser samt personer som initierat de 192 patienternas placering på Sjalö sjukhus framgår av tabell 1.

¹²⁴ Medicinalstyrelsen var ett kollegialt ämbete. Som ordförande fungerade generaldirektören och som medlemmar två medicinalråd, samt en assessor som framförde apoteksärenden. Utöver dessa kunde medicinalstyrelsen använda sig av ytterligare fem läkare för specialbehov och övrig personal (Vauhkonen 1992, 219).

INITIATIVTAGARE TILL INTAGNING	ANTAL
Lappvikens sjukhus	64
kommunen, fattighuset	27
Pitkäniemi sjukhus	25
Kellokoski sjukhus	10
manlig familjemedlem	9
Roparnäs sjukhus	9
staten	9
Viborgs sjukhus	6
Niuvanniemi sjukhus	5
Nickby sjukhus	4
Uleåborgs sjukhus	4
Åbo stadssjukhus	3
Fagnäs sjukhus	2
fängelse	2
kvinnlig familjemedlem	1
övrig privatperson	1
uppgift saknas	11
TOTALT	192

Tabell 1. Fördelning av initiativtagare till kvinnornas intagning på Sjalö 1889-1944

De flesta patienter (64 kvinnor) förflyttades från Lappvikens sjukhus till Sjalö, och Lappviken var därmed den viktigaste initiativtagaren. Kommunen, vilket i detta sammanhang avser kommunens kommunalnämnd eller fattigvårdsstyrelsen, stod även för en stor andel av intagningarna (27 kvinnor). Kvinnor som intogs på kommunens ansökan hade oftast bott på kommunalhemmet eller fattiggården före förflyttningen till Sjalö. Pitkäniemi sjukhus i Tammerfors var tillsammans med Lappviken det sjukhus som överförde flest patienter till Sjalö, och stod för tretton procent av intagningarna. Från och med år 1945 fungerade överläkaren på Pitkäniemi som ansvarig övervakare av Sjalös medicinska verksamhet (Achté & Turunen 1976, 1983; Pesonen 1980). Även Sjalö skickade patienter till Pitkäniemi. I juni 1946 förflyttades ett stort antal patienter till Pitkäniemi. Kellokoski sjukhus i Tusby, Nyland stod för tio kvinnors

intagningsansökningar, och det handlade här om karelska evakuerade som under kriget överfördes från Kellokoski till Sjalö på 1940-talet.

Även manliga familjemedlemmar, oftast fäder eller makar, men även bröder, kunde ansöka om plats på sinnessjukhus för kvinnlig familjemedlem. Familjens roll i intagningarna var större än vad som framgår i tabellerna, för läkare snarare bekräftade en sjukdomsstämpel som redan hade getts av grannar, familjemedlemmar och andra icke-medicinska auktoriteter (jfr Tomes 1990; Prestwich 2003a). Nio patienter hade ansökningar gjorda av sina fäder, makar eller bröder. Jämför man med antalet ansökningar som gjordes av kvinnliga familjemedlemmar fanns det endast en patient vars ansökan om intagning var undertecknad av modern. En kvinnas ansökan var skriven av en övrig privatperson. Roparnäs sjukhus i Vasa och den kategori som är benämnd ”staten” stod för en lika stor andel (nio) som de manliga familjemedlemmarna. Liksom Kellokoski överförde Roparnäs sjukhus karelska evakuerade kvinnor till Sjalö under 1940-talet. Till ”staten” räknas inrikesministeriet, utrikesministeriet och statens flyktingcentral. I de fall medicinalstyrelsen ensam gjort ansökan om att få en kvinna intagen till Sjalö räknas den här till ”staten”.

Av de 192 patienterna förflyttades 69 procent (132 kvinnor) från sjukhus, i 20 procent av fallen (38 kvinnor) initierades intagning av staten eller kommunen (fängelset medräknat), intagning ansöktes av familj eller privatperson i 5,5 procent av fallen (11 kvinnor) och för de övriga (5,5 procent, 11 kvinnor) saknades uppgifter.

– *På kommunens bekostnad... och begäran*

”Till medicinalstyrelsen. Sedan när överläkaren på Stengårds sjukhus i sitt brev till fattigvårdsstyrelsen har ansökt om att på grund av den stora utrymmesbrist som råder på sjukhuset få utskriva och därifrån sända någon annanstans för vård, bl.a. den ryska medborgaren Irina Popova, som från och med den 8 november 1922 har vårdats på nämnda sjukhus, får fattigvårdsstyrelsen bifoga [patientens] läkarintyg, och härmed vördsamt anhålla om att hon skulle beviljas plats på något av statens sjukhus. Å fattigvårdstyrelsens vägnar [namnunderteckning].”¹²⁵

Betalningen av kvinnornas vård på sjukhuset sköttes i de allra flesta fall, till 70 procent, av kommunen, eftersom hemkommunerna var förpliktade att ansvara för kostnaderna. Procenttalen är liksom för andra kategorier ungefärliga, och särskilt i detta fall eftersom det senare i tidsperioden saknades information om vem som stod för vårdkostnaderna. Ifall inget speciellt omnämndes utgår jag ifrån att hemkommunen ansvarade för vårdavgifterna. Fattiga kommuner kunde uppfatta vårdkostnaderna som betungande, och det förekom tvister mellan olika kommuner gällande *var* kvinnan egentligen var mantalsskriven. Med andra ord handlade det om

¹²⁵ 40-årig rysk tjänarinna, diagnos schizofreni, inskriven 1926. Brev från Helsingfors stads fattigvårdsstyrelse till medicinalstyrelsen, 7.7.1924 (övers.). PP 3.7.2. (1942).

att avgöra vilken kommun som skulle betala patientens vård. Det fanns en viss inre motsättning i kommunernas förhållningssätt. Å ena sidan *ville* kommunerna avlastas vad gällde vården av patienten och *ansökte* om plats på ett statligt sinnessjukhus. Å andra sidan upplevde kommunerna vården, när de väl fått patienten förflyttad till ett sjukhus, som ekonomiskt betungande, eftersom de blev tvungna att ansvara för vårdkostnaderna.

Privatpersoner som för sina anhöriga ansökte om plats på statligt sinnessjukhus ansvarade för vårdkostnaderna (30 kvinnor).¹²⁶ Av internerna var 22 kvinnor på så kallad friplats. De ryska och baltiska undersåtarna eller flyktingarna samt de kriminella patienterna var vanligen på friplats vid asylen. Detta betydde att staten stod för deras vårdkostnader. Medellösa anhöriga kunde ansöka hos medicinalstyrelsen om friplats för familjemedlemmar som vårdades på statligt sinnessjukhus. Patienter, eller de som lagligen var skyldiga att ansvara för deras försörjning, skulle bevisa att de saknade ekonomiska möjligheter att bekosta vården. Medicinalstyrelsen kunde bevilja friplats för:

”högst 3 år, räknat från den 1 juli 1926, med villkor likväl, att årligen före januari månads utgång hos vederbörande sjukhusförvaltning styrkes, att patienten eller de, vilka lagligen äro skyldiga att ansvara för hennes underhåll, fortfarande sakna tillgång att bekosta patientens vård i anstalt samt under förutsättning att den sinnessjukdom, varav patienten lider, icke tillåter att hon vårdas utom anstalt för sinnessjuka.”¹²⁷

Att finna en förvaringsplats

Intagningarna till asylen skedde i en jämn ström. Så gott som varje år inskrevs åtminstone en patient på asylen, men variationerna var stora. Intagningarna följde utskrivningar och dödsfall på hospitalet. Ifall det något år utskrevs en kvinna och två kvinnor dog på Själo, intogs samma år tre kvinnor. Antalet patienter hölls således konstant, kring 50-60 kvinnor, så gott som under hela den undersökta tidsperioden. Genomströmningen av patienter var emellertid mycket långsam, och jämfört med de större sinnessjukhusen var det lilla Själos andel liten vad gällde patientantal. Som jämförelse kan nämnas Pitkäniemi sjukhus som i början av 1900-talet årligen mottog i medeltal 220 patienter, för att på 1920-talet minska till att inskriva 150 patienter per år (Kaarninen & Kaarninen 1990). Vissa år inskrevs ovanligt många kvinnor på Själo, men frågan är i hur stor utsträckning variationen i antalet intagna avspeglade olika samhällsfenomen och -utvecklingsriktningar i Finland.

¹²⁶ Vanligen fäder, makar eller bröder. I några fall fungerade en annan privatperson som kvinnans målsman, om fadern eller maken saknade ekonomiska resurser för att bekosta vårdutgifterna.

¹²⁷ Gäller ett fall där en inhysesänka ansöker om friplats för sin dotter som vårdas på Själo. Dottern hade intagits på Själo år 1922. Resolution från Medicinalstyrelsen till läkaren vid Själo asylinrättning, Helsingfors, 6.6.1926. HM 3.2.4. (1922).

Intagningen av de tjugo ryska och baltiska patienterna (1920-tal), de tjugofem brottslingarna (1930-40-tal) och de tjugo karelska evakuerade (1940-tal) var relaterad till särskilda samhällsfenomen som Finlands självständighet år 1917, den allmänna ökningen av brottslighet på 1930- och -40-talen, och kriget. I övrigt fungerade Sjalö i huvudsak utgående från praktiska arrangemang och förutsättningar. Vårdköerna till de större sjukhusen såsom Pitkäniemi, Niuvanniemi och Lappviken var långa. Patienter som väntade på förflyttning till ett annat sjukhus kunde få vänta i uppemot två års tid. Vårdköerna bidrog till att Sjalö också kom att inta patienter som inte var diagnostiserade uttryckligen som kroniker. Intagningarna till Sjalö avspeglade främst antalet bäddplatser som blivit lediga i samband med dödsfall vid asyl. Strävan var att Sjalö hospitals patientantal skulle hållas någorlunda jämnt, detsamma gällde de övriga statliga sinnessjukhusen.

Brevkorrespondensen mellan medicinalstyrelsen, sjukhusen och kommunalnämnderna visar hur överföringen av patienterna mellan olika sjukhus var ett konststycke att få att gå ihop. Än var det utrymmesbrist på ett sjukhus, än uppgavs patienten vara för våldsam för att vårdas på kommunalhemmets sinnessjukavdelning eller så fanns det inte plats på fattiggården, än var föräldrarna till patienten oförmögna att vårda denna i hemmet.

”På grund av vad vid undersökningen framkommit, så lider Aino Hämäläinen av sinnessjukdom vilken fordrar hennes intagning å större anstalt snarast möjligt. Detta i synnerhet så mycket mera önskvärdt, som det ej i Pyttis finnes någon avdelning för sinnessjuka å fattiggården.”¹²⁸

Till syvende och sist var det fattiggården som bar huvudansvaret för de sinnessjuka och sinnesslöa. Uppgivna kommunalnämnder, men även anhöriga, bad medicinalstyrelsen att så snabbt som möjligt ordna vårdplats för kvinnan i fråga: ”vägar jag än en gång anhålla att medicinalstyrelsen skulle bevilja en plats åt den sjuka på någon annan asyl under medicinalstyrelsens försorg. Alltjämt har jag modet att anmärka, att om inte den sjuka kan placeras på någon anstalt för vård, kan jag på intet sätt sköta mina åligganden i statens tjänst” skriver den äkta maken till en patient år 1919.¹²⁹ Såväl familjemedlemmars som patienters möjligheter till arbete angavs som orsak för intagning, men också som orsak för utskrivning. Föräldrarna till en patient anger som orsak ”när vi är sjukliga och inte själva förmår att sköta våra ekonomiska åligganden,

¹²⁸ Intyget gäller en 35-årig arbetarhustru som inskrevs år 1915. I inskrivningshandlingarna saknar hon diagnos, men i 1930-tals handlingar anges schizofreni som sjukdomsdiagnos. I A-bilagan diskuteras orsaken till hennes sinnesrubbing: ”Måhända sista barnsängen, då tvillingar föddes.” A-bilagan, Karhula, 9.12.1914. HM 3.2.3. (1915).

¹²⁹ Ur poliskonstapelmakers brev framkommer det att han försökt få vårdplats åt hustrun på Kellokoski sjukhus, men eftersom sjukhuset var överlåtet till militären och inte tog emot patienter bad mannen Medicinalstyrelsen om hjälp. Hustrun inskrevs samma år på Sjalö. Brev till Medicinalstyrelsen, Pihtipudas, 5.4.1919. HM 3.2.3. (1919).

blir vården av en så här slösint sinnessjuk i hemmet mycket betungande, därför ber vi allra ödmjukast att min dotter, Hanna Mattsson skulle beviljas en plats snarast möjligt”.¹³⁰ Ett halvt år senare kontaktar fadern på nytt medicinalstyrelsen: ”den sjuka har fått plötsliga raserianfall. Vården av henne blir då besvärlig, då det inte finns ett lämpligt rum och det finns barn och två sjuka äldre i hemmet”.¹³¹ Dottern intogs på Sjalö året därpå, 1924.¹³²

Ibland ansökte kommunerna och de anhöriga specifikt om att patienten skulle intas på Sjalö asylinrättning:

”Får härmed vördsamt anhålla om att till Sjalö asylinrättning få intagen härifrån, under fattigvårdens omvårdnad, varande Julia Josefine Söderholm, vid första möjliga tillfelle, och bifogas för detta ändamål: prestbevis, betalningsförbindelse samt läkarintyg, utfärdad av läkaren vid Seinäjoki sinnessjukhus, där flickan varit intagen 13/3-26/4 1924. På kommunalnämndens vägnar [namn] ordf”.¹³³

I många fall landade patienten på Sjalö som en följd av svårigheter med övervakning på andra sjukhus eller fängelser. Den 57-åriga kriminella inhysesänkan Karolina förflyttades från fängelset i Nikolajstad (idag: Vasa) till Sjalö på grund av problem som hon förorsakade fängelset, eller snarare problem i övervakningen av henne. Karolina, som satt häktad för mordbrand, väntade i fängelset på överflyttning till sinnessjukhus. I ett brev från direktören för länsfängelset i Nikolajstad till Fångsvårdsstyrelsen i Finland, framkommer att det främsta trångmålet låg i badningen av den kvinnliga brottslingen. Orsaken, såsom den angavs, var att det inte fanns något badrum på damsidan (i fängelset), endast i den manliga flygeln. Kön blev här motivet till förflyttning. Fängelsedirektören använde inhysesänkans våldsamt och hennes behov av lugnande långa, varma bad, som argument för hennes förflyttning. Därtill konstaterade direktören:

”Då [fången] dessutom genom sitt oljud stör hela fängelsets nattro kan jag ej finna annat än att [hon] måste öfverflyttas till annan plats. I sådant afseende kan jag tänka mig att [initialen på efternamnet] möjligen kunde för interims förvaring öfversändas till tukthuset i Tavastehus hvarest svårigheter med bad, öfvervakning af annan fånge samt isolering mot ofredande af andra icke torde förefinnas.”¹³⁴

¹³⁰ Lammi, 18.1.1923 (övers.). HM 3.2.4. (1924).

¹³¹ Lammi, 25.8.1923 (övers.). HM 3.2.4. (1924).

¹³² Vid intagningen till Sjalö var dottern 30 år gammal, men hade varit på Pitkäniemi sedan år 1916, då hon insjuknade. År 1922 hade hon utskrivits från Pitkäniemi och hon vårdades i föräldrahemmet vid tiden för faderns brev. HM 3.2.4. (1924).

¹³³ Patienten ifråga är en 15-årig flicka. Jag presenterar henne närmare i kapitlet *Starka begär – tonårsflickan Julia*. Brev från kommunalnämndsordföranden i Sideby till Medicinalstyrelsen, 13.1.1925. HM 3.2.4. (1925).

¹³⁴ Nikolajstad, 16.2.1909. HM 3.2.3. (1909).

Medicinalstyrelsen skred snabbt till åtgärder. Bara en månad senare intogs änkan på Sjalö. Året var 1909.

Hierarkier i en disciplinär regim – patienten som spelbricka

Patienternas sociala bakgrund och deras intagning illustrerade hur fattigdomsproblematik och placeringsstrategier var sammanvävda och ömsesidigt beroende. ”Transaktionerna” av de avvikande subjekten krävde samarbete mellan de olika instanserna som var och en fungerade enligt sina egna regler. Övertramp och intrång på andra instansers domäner framkallade irritation. I korrespondensen förekom det interna stridigheter mellan kommun, sjukhus och medicinalstyrelsen gällande patienternas placering. Ett av många exempel var den 29-åriga tjänarinnan Vilhelmiina som inskrevs på Sjalö år 1934. Den ogifta och barnlösa kvinnan hade getts diagnosen schizofreni. Placeringen av Vilhelmiina på Sjalö asyl föregicks av brevväxling mellan ordföranden för fattigvårdsstyrelsen i hemkommunen och överläkaren vid Niuvanniemi sjukhus. Patienten hade redan plats på Niuvanniemi sjukhus, men hemkommunen hade kontaktat medicinalstyrelsen i ärendet. I ett irriterat och nedsättande brev till ordföranden för Lehtimäki fattigvårdsstyrelse, meddelar överläkaren vid Niuvanniemi, att hemkommunen ”i onödan” besvärat medicinalstyrelsen. I sitt brev uppmanar överläkaren kommunen att hos medicinalstyrelsen ansöka om plats på Sjalö:

”Med anledning av ert brev från den 23 denna månad, får jag uttala att det var mycket onödigt att besvära medicinalstyrelsen i Vilhelmiina Mäkinens ärende. Om medicinalstyrelsen verkar såsom hittills, beblandar den sig inte i de frågor vars lösning enligt förordningen hör till överläkaren. Det enda sättet att vända sig till medicinalstyrelsen skulle vara en ansökan i vilken man omber om plats för Vilhelmiina Mäkinen på Sjalö asylinrättning, dit patienter antas enligt medicinalstyrelsens beslut. Jag uppmanar ånyo, att ni ansöker om plats på Sjalö då medicinalstyrelsens beslut har anlät. Jag skriver själv ett privatbrev till medicinalstyrelsen i vilket jag förordar ärendet. Om det lovas en plats för Vilhelmiina Mäkinen [på Sjalö], får hon stanna här tills dess. Ni kan i er ansökan till medicinalstyrelsen säga, att ni ansöker om plats på Sjalö asylinrättning på min inrådan. Jag väntar nu på vetskap om hur ni förhåller er till detta förslag.”¹³⁵

Kommunordföranden gjorde som han blivit uppmanad. Det handskrivna brevet lyder: ”Jag ansöker vördsamt hos medicinalstyrelsen på uppmaning av läkaren vid Niuvanniemi, att Vilhelmiina Mäkinen skulle beviljas plats på Sjalö asylinrättning, då vi inte lyckats få henne någon annanstans. Jag bifogar en kopia av läkarundersökningen, betalningsförbindelsen och brevet från överläkaren på Niuvanniemi”.¹³⁶ I kommunens bilaga uppges att hon varit ”stillsam”. I barndomen förekom inga besynnerligheter och hon hade varit utrustad med fullt förstånd, och fått en god uppfostran.

¹³⁵ Brev från överläkaren vid Niuvanniemi sjukhus i Kuopio till ordföranden för fattigvårdsstyrelsen i Lehtimäki, 26.10.1934 (övers.). HM 3.2.4. (1934).

¹³⁶ Lehtimäki, 1.11.1934 (övers.). HM 3.2.4. (1934).

Hennes ”tidigare lif” beskrivs som vanligt – ”inga skadliga vanor” – och hemmet som medellöst. ”Om kärleksrelationer vet vi inget”. På frågan om vem som är hennes lagliga målsman svarar kommunalnämndsordföranden: ”Fadern död, Modern lever och brodern, men förmår inte hjälpa henne”.¹³⁷

Det var inte enbart i relationen mellan patient och läkare, eller mellan patient och kommun, som klass- och statusskillnaderna blev tydliga. I kommunrepresentanters handskrivna utlåtanden och brev, skrivna på talspråk eller i dialektal form, blev skillnaden och maktrelationen till de ”högrestående” instanserna påtaglig. Medicinalstyrelsens och överläkarnas förhållningssätt gentemot fattiggårdarna visar på, inte bara en konkret, utan även på en symbolisk hierarki mellan instanser som ansvarade för vården av de sinnessjuka. Skillnaderna mellan myndigheterna reflekterades av deras påverkningmöjligheter och position i vårdstrukturen. Trots att dessa olika institutioner var med om att skapa avvikande subjekt var de även rangordnade i denna disciplinära regim. Makten genomsyrade alla dessa diskurser, men subjekten var olika positionerade i maktens nätverk. Högst uppe i hierarkin fanns medicinalstyrelsen. Kommunen och dess representanter – kommunalnämndsordföranden och prästen – må ha haft en viktig maktposition i relation till avvikarna i synnerhet under 1890-20-talen, men i relation till medicinalstyrelsen var kommunens inflytande betydligt mindre. Detta innebar inte att kommunens makt jämfört med medicinalstyrelsens dito skulle ha varit mindre betydelsefull. Tvärtom var inflytandet i relation till den person som kommunen ville ha placerad på sjukhusstort, och på sätt och vis mera påtagligt än relationen mellan avvikaren och den statliga enheten (medicinalstyrelsen). I medicinalstyrelsens ögon utgjorde kommunerna emellertid undersåtar som måste tillsägas, förebrås och kontrolleras. Om kommunalnämndsordföranden var ”kung” i lokalsamhället var han en ”dräng” i det statliga maskineriet. Därtill skilde sig diskursernas språk från varandra. Där medicinalstyrelsen talade den psykiatriska diskursens och kunskapens språk, talade kommunerna erfarenhetens och det dagliga livets språk. Bägge språk blev delaktiga i den disciplinära regimen och formade en diagnostisk gemenskap.

Patienterna själva hade ingen talan i de beslut som gällde deras intagning eller förflyttning från ett sjukhus till ett annat. Lösningarna på kommunernas och de statliga sinnessjukhusens problem om vem som kan omhänderta patienten erbjöds av medicinalstyrelsen. Detta visar att placeringen av en patient på Själo asyl inte nödvändigtvis var en strategi för att finna den mest lämpade platsen för patienten ifråga. Det handlade snarare om att finna en plats. Kategorin ”obotlig” – det ursprungliga kriteriet för intagning på Själo – var tånjbar och togs inte alltför högtidligt av de medicinska instanserna. Överföringarna och transaktionerna av patienterna – som i detta disciplinära nätverk främst betraktades som svårhanterligt avfall – visar att det huvudsakligen handlade om att få alla pusselbitarna på plats så att systemet kunde fungera

¹³⁷ B-bilagan, Lehtimäki, 20.11.1934 (övers.). HM 3.2.4. (1934).

någorlunda smidigt. Samtidigt fungerade patienterna som ett medel för instanserna att positionera sig, definiera sin plats och sin funktion i maktens nätverk. Diskursernas – representerade av kommun (prästerskap, fattigvård), läkare, fängelse, medicinalstyrelse – gemensamma resultat var den kvinnliga avvikelserna, detta var ett kunskapsobjekt som skapades i diskurserna. *Patienten* blev till genom organiseringen, administreringen och hanteringen av de avvikande subjekten.

Men vad hände med Vilhelmiina, patienten som fungerade som spelbricka i de olika instansernas interna angelägenheter?

Hon uppgavs vara nedstämd och apatisk.

”Ansiktsuttrycket: något spänt, uppvisar slöhet. Sinnesstämning: lugn och nedstämd och slö. Uppförande: stillsamt. Uppfattning: bristfällig. Troligtvis inga hallucinationer. Minnet är inte pålitligt. Tankeverksamhet: oredig. Inga tydliga vanföreställningar kan observeras. Svar: undvikande. Patientens uppförande på avdelningen: Pat. är ofta motsträvig och ligger då orörlig en tid. Hon ber ofta att få slippa bort (dö) och har då vägrat att äta, men har ätit då hon matats med sked. Ibland är hon orenlig. Hon har inte arbetat.”¹³⁸

Vilhelmiinas önskan uppfylldes. Hon dog redan två år senare på Själo, 1936, men dödsorsaken är inte angiven. Hon vägde till sist 34 kg. Lyckades hon genom självsvalt ta livet av sig?

DIAGNOSER I FÖRÄNDRING

Granskningen av patienternas inskrivningshandlingar visar på diagnostikens varierande betydelse. Förflyttningen från ett sjukhus till ett annat förutsatte samarbete mellan de olika instanserna, men intagningen till Själo krävde inte *specificerade* psykiatriska stämplat såsom ”schizofreni”, ”mani” eller ”idioti”. Läkartygen (A-bilagorna) resulterade sällan i explicita diagnoser. Detta innebar dock *inte* att dessa kroniker skulle ha förblivit odiagnostiserade i den medicinska diskursen. Tvärtom fungerade medicinska utsagor kring ”obotlighet”, ”omoral”, ”ärftlighet”, ”fattigdom”, ”menstruation” eller ”utomäktenskaplig sexualitet” som komponenter i det diagnostiska språket och kan följaktligen betraktas som diagnoser. I intygen kan läkarna konstatera att patienten ”lider av kronisk sinnessjukdom som fordrar hennes intagning å asyl för sinnessjuka”. I denna utsaga konstateras sjukdom (kronisk sinnessjukdom), diagnos och behandlingsimplikation. Jag gör trots allt en åtskillnad mellan diagnostisering som hänvisar till bakomliggande orsaker/symptom *och* psykiatriska ”läroboksdagnoser”, såsom schizofreni. I tabell nummer 2 har jag listat de explicita psykiatriska diagnoser som förekom under perioden 1889-1944.

¹³⁸ Datum och plats saknas. Nedtecknat i Själo-formuläret, troligtvis uppgifter från Niuvanniemi sjukhus (övers.). HM 3.2.4. (1934).

Både för patienter som inte hade tilldelats en expertdiagnos, och för dem som var kategoriserade som t.ex. schizofrena, konstruerades deras vansinne utifrån ett flertal "symptom" som diagnostiserades som tecken på sinnessjukdom. Den gemensamma nämnaren hos patienterna var att de uppvisade *störningar i den själsliga funktionsverksamheten*, dvs. sjukliga förändringar i själsförmågorna. Ur kvinnornas läkarintyg finner vi att sjukdomen ansågs ge utslag på vetandets, viljans och känslans område (jfr Qvarsell 1993). Typiska symtom hos de intagna patienterna inkluderade vanföreställningar, hallucinationer, tvångstankar, och handlingar, förföljelseidéer, minnesförlust, nedsatt omdömesförmåga, sinnesförvirring, oförmåga att uppfatta tid och rum. Det diagnostiska språket omformulerade dessa symptom till sinnessjukdom.

Ett stort antal kvinnor som intogs på kronikersjukhuset tilldelades en explicit psykiatrisk stämpel – diagnos – *efter* själva intagningen. Även om patienter saknade sjukdomsdiagnos i inskrivningshandlingarna, dvs. i de handlingar som krävdes för intagning på ett statligt sinnessjukhus, infördes och kategoriserades många kvinnor under specificerade diagnoser på Sjalö hospital. Det fanns således en paradox i sjukdomsdiagnosernas betydelse. Dels var diagnoserna en viktig del i den kunskap om patienternas liv och leverne som asylpraktiken skapade och dokumenterade. Denna diagnostisering och kartläggning skedde *på* vårdinrättningen. Dels krävdes inte specificerade diagnoser för *intagning* på asylinrättningen, och många var de patienter som med enbart kommunens betalningsförbindelse och några enstaka rader på A- och B-bilagan placerades på asylinrättningen.¹³⁹ För ett stort antal patienter formulerades diagnoserna i samband med intagningen – då patientprofilen skapades och då patienten infördes i sjukhusets arkiv. Diagnosen "osedligt leverne" som angetts som bakomliggande sjukdomsorsak i ett läkarintyg, ibland tjugo år före patienten intogs på Sjalö, kunde på sjukhuset omdefinieras till schizofreni. Ofta uppdaterades – förändrades eller rent av introducerades – diagnoserna i samband med nya formulär som sjukhuset började använda (t.ex. Sjalö sjukhusformulär på 1930-talet).¹⁴⁰

Asylens diagnostisering skilde sig från den mera explicita formen av psykiatrisk diagnostisering som var synlig i framför allt rättspsykiatriska utlåtanden (se kapitlet *Från brottslighet till sjukdom*). Där experterna i rättspsykiatri använde sig av olika mätinstrument och specifika undersökningar som diagnostiska redskap, handlade asylens diagnostisering i främsta hand om sjukhusets behov av kartläggning och

¹³⁹ Man kunde emellertid hävda att diagnoser inte var nödvändiga, eftersom det oftast handlade om patienter som redan var intagna på ett sinnessjukhus, och att deras mentala tillstånd därför *redan bevisligen* konstaterats vara defekta. Å andra sidan kunde man anta att förflyttningen av en patient från ett "vanligt" sinnessjukhus till ett kronikersjukhus hade krävt större motiveringar. I vilket fall som helst bevisar detta främst det faktum att intagningar till sjukhusen handlade om kompromisser. Framför allt avspeglar detta samarbetet mellan de involverade instanserna för att finna plats på *något* sjukhus – oberoende av diagnos eller sjukkaraktär.

¹⁴⁰ Kvinnornas diagnoser återfanns vanligen i Sjalö hospitals egna patientformulär.

dokumentering. Insamlandet av kunskap över de avvikande subjekten – vilka och hurudana dessa avvikare var – formade asylpraktiken (jfr Foucault 1977). Den enskilda anstaltens statistik och bokföring var även en nödvändig statlig angelägenhet som övervakades av medicinalstyrelsen.

Bakomliggande orsaker

– ärftlighet, kropp, sexualitet och ”dåligt leverne”

Mellan åren 1880–1929 indelades sjukdomsorsakerna för patienter som intagits i de finländska statliga sinnessjukhusen i moraliska, somatiska (kroppsliga), sensuella, intellektuella, ärftliga och okända. Årftlig belastning angavs som sjukdomsorsak för hela 40 procent av patienterna under denna tidsperiod. Förklaringen till detta ligger i ärftlighetslärans snabba framväxt som i sin tur var relaterad till rashygienens betonde av ärftlighetens betydelse (Harjula 1996, 106). I Själo hospitals ”patient-journaler” (potilaspäiväkirjat/PPK) kartlades patienternas sjukdomsorsaker. Till exempel i 1931 års patientjournal fanns patienternas bakomliggande sjukdomsorsaker nedtecknade. Ifrågavarande är vårdades 68 patienter på Själo. För de allra flesta, 27 kvinnor, uppgavs orsaken vara ”okänd”. Härefter följde ”ärftlighet” för tio patienter, betecknat något olika: ”ärftlig belastning, farfadern sinnessjuk”, ”ärftlig belastning, modern sinnessjuk”, ”ärftlighet, två kusiner sinnessjuka”, ”troligen ärftlighet”, ”fadern sinnessjuk”. För två patienter angavs ”ekonomiska bekymmer” som bakomliggande sjukdomsorsak. Övriga orsaker som nämndes var ”överansträngning?”, ”skrämsel”, ”sinnesorörelse”, ”olycklig kärlek”, ”fångenskap?”, ”graviditet”, ”arterioskleros (dementia senilis)”, ”det föregående sköra livet, lues [syfilis]”.¹⁴¹

Ärftlighetens betydelse för sjukdomens utbrott förblev den viktigaste förklarande faktorn under hela den undersökta tidsperioden. Diagnostiska slutsatser om ärftlighet gjordes med hänvisning till det jämförelsematerial som patientens släktingar utgjorde. Läkarna kunde konstatera ärftlig belastning om patientens föräldrar eller nära släktingar hade lidit av vissa sjukdomar såsom epilepsi, hysteri, nervsvaghet, men också om nära släktingar hade uppvisat särskilda karaktärsdrag – hätskhet, besynnerlighet, nervositet – eller vanor såsom alkoholbruk (jfr Uimonen 1999, 94; Skålevåg 2002). Degenerationstankarnas genomslagskraft var som starkast efter 1920-talet, och sinnesslöhet och sinnessjukdom kom att ses som ett resultat av degeneration som fördes över till kommande generationer. Arvsanlagens predestinerade konsekvenser för kvinnornas sinnessjukdomar dryftades inte bara av läkarvetenskapens representanter, utan även av kommunrepresentanter och präster. I detaljerade redovisningar över far- och morföräldrars, syskons, kusiners och sysslingars nervösa anlag eller benägenhet till dryckenskap, konstruerades ärftlig belastning som bakomliggande sjukdomsorsaker.

¹⁴¹ PPK 3.6.2. (1931).

”Modern [patientens] varit hysterisk under 1 månads tid för 20 år sedan. Fadern brukat alkohol.”¹⁴²

”Farfadern lär ha varit sinnessjuk. Kusin på faderns sida sinnessjuk. Kusin på faderns sida mycket nervös. Smäkusiner (på faderns sida) lär vara sinnessjuka.”¹⁴³

”Fadern brukat alkohol i rikliga mängder. Modern sinnessjuk i många års tid, även en bror och en syster sinnessjuka.”¹⁴⁴

För de kvinnliga kronikerna blev ärftlighet ett öde, en biologiskt predestinerad väg mot det obotliga vansinnet. Samtidigt var ärftlighetens betydelser könade. Alkoholmissbruk som ett ärftligt karaktärsdrag var förbehållet manliga släktingar (jfr Svedberg 2002). Även om manliga släktingar omnämndes som sinnessjuka, var det vanligare att patientens far, bror eller farfar omnämndes som ”vanliga suputer”; ”fadern var en ”vanlig suput”. Mödrar, systrar och kvinnliga släktingar uppgavs lida av nervositet, religiositet, hysteriska anfall, åldersrelaterad svaghet och förvirring. Vanligtvis var även utsagor om ”besynnerligt” beteende förknippat med kvinnliga släktingar. Mäns avvikelser konstruerades således i termer av bristande självkontroll, på sätt och vis som en naturlig konsekvens av social missanpassning, medan kvinnors avvikelser konstruerades i termer av sjukdom (jfr Chesler 1972; Busfield 1996).¹⁴⁵

Om tron på den ärftliga belastningen delades av lokalsamhället och läkarkåren, utgjorde hjärnans funktioner och defekter ett specialområde som hörde till den medicinska expertisen. Den psykiatriska disciplinens samhörighet med neurologin syntes i hypoteser om grova hjärnskador eller allmänna störningar i hjärnans funktion som bakomliggande sjukdomsorsaker. Skrämsel var en annan ofta förekommande förklaring till sinnesrubbingen. Annat som kännetecknade läkarintygen var antaganden om koppling mellan patienternas kroppar och deras själsliv. Olika slags infektioner och problem med ämnesomsättningen var några av de fysiska orsaker som antogs ha gett upphov till kvinnornas sinnesstörningar och sjukdomsanfall. Kvinnokroppens specifika ”tillstånd” eller ”egenskaper”, såsom menstruation, graviditet och förlossning, dokumenterades i detalj och gavs stor vikt vid diagnostiseringen. Även

¹⁴² 33-årig kommunalnämndsordförandehustru, diagnos schizofreni, inskriven 1933. Självformuläret (övers.). HM 3.2.4. (1933).

¹⁴³ 50-årig bondedotter, diagnos schizofreni, inskriven 1912. Själv-formuläret (övers.). PP 3.7.2. (1942).

¹⁴⁴ 34-årig skräddarehustru, saknar explicit diagnos, inskriven 1919. A-bilagan, Helsingfors, 6.6.1919 (övers.). HM 3.2.3. (1919).

¹⁴⁵ Som en jämförelse, se Kirsi Tuohela (2001) och Karin Johannisson (2001) som visar hur även män kunde framställas som nervsvaga och sjukliga, snarare än socialt missanpassade och dekadenta. Konvalescens, melankoli (Tuohela) och nostalgi (Johannisson) utgjorde i vissa sammanhang legitim manlig svaghet. Noteras bör att detta gällde i huvudsak de bildade klasserna och sjukligheten/svagheten förknippades med *känslor* och inte sinnessjukdom.

den kommunala diskursen, representerad av kommunens utlåtande, gav betydelse åt den reproduktiva kvinnokroppen. Kommunen hänvisade till svåra barnsängar och havandeskap i sina förklaringar till kvinnornas sinnesrubbing.

Trots att fysiska orsaker i många fall ansågs ligga bakom sjukdomen var moraliska orsaker, olika former av osedlighet, minst lika vägande i diagnostiseringen. Omoralen betraktades i många fall som ett resultat av degeneration, ett bevis på vissa familjers och släkters urartning. Även här konstruerades ärftligheten som det bakomliggande upphovet. Om fadern varit suput, eller en av kusinerna varit nervös, användes släktbelastningen som ett argument i fastställandet av sjukdomen. Sjukdomsorsaken sammanfattades ofta som "dåligt leverne" som angavs i A-bilagorna. Alkohol användning, promiskuitet, "överdrivet" religiöst eller litterärt intresse, onani, egoism och högmod var också "karaktärsdrag" som kännetecknade de sinnessjuka. Läkarvetenskapen kunde även uppge sociala bakgrundsfaktorer – ogynnsamma förhållanden, plågsamma erfarenheter och lidanden, ekonomiska svårigheter – som sjukdomsorsaker (jfr Kaila 1935; Levine-Clark 2000). Emellertid var det i huvudsak lekmän och kommunens representanter som i B-bilagan hänvisade till sociala orsaker bakom patientens sjukdomsutbrott.

Status somaticus och status psychicus – kropp och psyke i diagnostisering

En viktig del av diagnostiseringen var den kroppsliga undersökningen och den psykiska evalueringen. Såväl kroppens yttre som inre yta var av betydelse för den psykiatriska diagnostiseringen (jfr Johannisson 2004). A-bilagorna inleddes med en beskrivning av kroppens yttre skal (näringstillstånd, hud, kroppsställning) och fysionomin framstod som en nästan lika central kategori som kön, klass och ålder i skapandet av sinnessjukdom. Ansiktsuttryck, gester, rörelser, kroppsställning, ansiktets och kroppens fysionomi, skallens form och storlek fungerade som diagnostiska redskap med vars hjälp olika patologier kunde urskiljas och definieras (jfr Helén 1997, 265). På sinnessjukhuset var patienterna tvungna att svara på frågor om sina kroppsliga funktioner och sexuella förehavanden. Därtill utfördes noggranna kroppsundersökningar, inklusive gynekologiska granskningar. Framför läkarens inspekterande blick skulle kvinnorna klä av sig, lägga sig på undersökningsbordet och låta sig utforskas av undersökningsinstrument och utforskande händer. Kroppens håligheter, ytor och skrymslen penetrerades av ögon, händer och medicinska redskap (jfr Johannisson 2004). De prostituerade kroppar och könsorgan var av särskilt stort medicinskt intresse, och rädslan för de veneriska smittorna – gonorré och syfilis – var stor (jfr Gilman 1993; Helén 1997; Lennartsson 2001). För patienternas del gällde det att kapitulera. Motstånd och protester från patienternas sida kuvades med tvångsmedel (injektioner, tvångströja eller bestraffning i form av isolering), antecknades

i läkarintyget och fungerade som ytterligare ett sjukdomsbevis som befäste läkarens diagnos och beslutet om hospitalisering.

Undersökningarna, som återgavs i Själo hospitals egna formulär, vare sig undersökningarna hade utförts på det sjukhus där patienten tidigare hade vårdats eller på Själo, var en viktig del av den kartläggning av patienterna som sjukhuset uppgjorde. Läkareundersökningen – *status praesens* – var tvådelad: *status somaticus* var den fysiologiska undersökningen där bl.a. kroppsbyggnad, näringstillstånd, hud, puls, reflexer och urinprov granskades; *status psychicus* var den psykologiska evalueringen av patientens själsliv; hennes orientering till tid och rum, eventuella vanföreställningar och uppförande. Ibland var status *psychicus* sammankopplad med patientens egen berättelse av sitt liv, den s.k. *autoanamnesen* (eller *anamnesen*). Nedan följer beskrivningarna – nedtecknade på Själo – av den 32-åriga bondehustrun Matilda. Patienten saknade explicit diagnos, men hon diagnostiserades som ”våldsam”, ”farlig” och ”irrationell” i utförliga medicinska redogörelser.

”*Status somaticus*:

Kroppsbyggnaden stadig. Längd 161 cm. Vikt 65 kg. Näringstillståndet gott. Hudfärgen frisk, mot det mörkare hållet. Hudens fuktighet och glans normala. Striae gravidarum. Pubes av kvinnlig typ. Hår, pubes- och armhålsår bruna; håret tunnt. Huvudets omkrets 55 cm. Irides gråblå, runt pupillerna bruna fläckar. Ögonbrynen mötas ej vid näsroten. Tändernas ställning normal, tänderna dåliga. På halsen några små fibromer. Gl. Thyr. inte förstörade. Inga förstörade lymfkörtlar. Hjärtat på normalt område. Hjärtljuden rena. Puls regelbunden, av normal storlek, 78/min, mjuk. Lungorna har inte undersökts p.g.a. patientens motstånd. Ingen hosta. Magen putande, ingen tryckömhet, eller abnorm resistens. Urin: rent, alb -. Nyl-Ögonens ställning och rörelser regelbundna. Pupillerna av mellanstorlek, runda, lika stora, minskar av ljus och anpassning. Reflexer: Triceps +, radius +, maghinnorna +, patellaris +, achilles +, plantaris +, alla likadana på bägge sidor. [...] Romberg -. Dermografism oklar. Händerna och fötterna en aning fuktiga. Utspridda fingrar och tungspets darrar ej. Smärt- och beröringskänsla: svag.”

”*Status psychicus och autoanamnesis*:

Vid undersökningen klar pat. inte av sig även om hon befalls därtill flera gånger, utan hon hämtar en stol och befäller de närvarande att sätta sig. Hon sitter sedan och talar oavbrutet, snabbt och otidligt, men med relativt hög röst osammanhängande ord, samtidigt som hon tittar på de närvarande med plägsam blick. Efter ca ¼ timme går hon med på att klå av sig, men öppnar kläderna så att magen och låren blir bara, även om man befällt henne att ta av sig kjolen och skjortan. Då tillfrågad svarar patienten, att hon inte kommer ihåg hur gammal hon är, att hon har 3 pojkar och 2 flickor och att den andra flickan är ”hos gudfadern”. Hon berättar, att hennes man bor på stranden i närheten av (Själo) kyrkan. En annan gång säger hon, att [hennes make, namn] bor tillsammans med översköterskan. Hon säger att hon nu är i doktors sal, och att hon bor i samma hus. -2 x 2 är ”substraktion”; en vecka är ”5 dvs. 6 dagar”; året har ”160 dagar”. Finlands President är ”någon krigsherre”. I övrigt svarar hon inte på frågor. Pat. som så småningom börjat le säger då hon går ett flertal gånger ”Adjö [otydligt]”.

På avdelningen har patienten varit orolig och motsträvig, pratsam och högljudd. Ofta är hon i rörelse hela natten och bultar i väggarna och dörren. Ofta har hon söndrat fönster och rivit kläder. Då man frågar pat., säger hon att hon blivit befalld att göra detta. Ibland tar hon fast någon av de närvarande och håller hårt fast dem. Om man börjar gråta lugnar hon genast ner sig och säger att hon inget illa menar. Pat. är orenlig. Hon har varit i utarbete. Sjukdomskänsla åtminstone emellanåt.”¹⁴⁶

Även om status psychicus var central för fastställandet av patientens oförnuft var den fysiologiska undersökningen likväl av stor betydelse. För det första tjänade undersökningen till att kartlägga alla de intagna patienternas hälsotillstånd, framför allt med tanke på lungsot, tuberkulos och andra smittsamma sjukdomar. Patienterna levde trångt och under bristfälliga förhållanden, något som ökade smittorisken. Detta kan ses som den preventiva aspekten av undersökningen som hänvisade till patienterna som ett kollektiv. Patienterna utgjorde här en grupp vars kroppar skulle hållas friska och rena för att skydda patientklientelet, men också vårdarna. För det andra var kroppsundersökningen relaterad till den psykologiska evalueringen av den enskilda patienten, så att avvikelser i det fysiska hälsotillståndet betraktades som potentiella riskfaktorer för patientens själsliga välbefinnande. Detta var den den individuella riskbedömningen. Kroppsskildringarna var således inte bara beskrivningar av patientens fysionomi, utan utgjorde en central del i patologiseringen av patientens sinne. Patienters besvärliga och irrationella föreställningar kunde ofta redan utläsas ur den somatiska undersökningen. I Matildas fall nämns hennes motsträvighet eller motstånd – hon låter inte läkaren undersöka hennes lungor – för att sedan specificeras i den psykiatriska evalueringen. Status somaticus och status psychicus varierade från att vara korta telegramliknande utlåtanden på några rader till längre skildringar som i exemplet ovan. Matildas våldsamt, irrationalitet och trilskande uppförande, som också dokumenterades i patientdagböckerna, var förmodligen en orsak till asylens noggranna beskrivningar (både av kropp och psyke). Hennes agerande befäste samtidigt sjukhusets praktiker.

Sinnesslö eller sinnessjuk? Några förtydliganden

Före jag presenterar patienternas diagnoser, diskuterar jag i korthet sinnesslöhet, sinnessjukdom samt deras olika underkategorier. Jag utgår här i främsta hand från den finländska psykiatern Martti Kailas (1935) lärobok *Mielitaudit (Sinnessjukdomarna)*.

Under 1800-talet användes huvudsakligen fyra diagnoser i sinnessjukvården. Dessa var *melankoli* (tungsinne), *mani* (ursinne), *dementi* (slösinne) och *idioti* (medfödd fänighet) (Qvarsell 1993, 29; jfr Harjula

¹⁴⁶ Själo-formuläret, troligen antecknat på 1930-talet (övers.). Patienten inskrevs dock redan år 1914. Maken tar ut skilsmässa tre år efter hustruns intagning. Matilda flyttades till St Michels kommunalhem år 1940 såsom ”obotad”. HM 3.2.3. (1914).

1996).¹⁴⁷ Sjukdomsbegreppet monomani formulerades något senare och avsåg sjukdomar som drabbade en del av människans förnuft eller själsliv, men lämnade andra helt oberörda (Qvarsell 1993, 30). Även *paranoia* (förryckthet) var i slutet av 1800-talet en vanlig diagnos, men liksom de övriga tidiga diagnoserna omformulerades de i början av 1900-talet. I början av 1900-talet gick den största skiljelinjen¹⁴⁸ mellan de *sinesslöa* och de *sinessjuka* patienterna. Detta skedde dock i högre grad i teori än i praxis. De olika sjukdomskategorierna sammanblandades ofta i läkarnas diagnoser, men särskiljandet mellan de olika formerna av sinnesslöhet och sinnessjukdom var av särskild vikt vad gällde Sjalö hospitals kriminalpatienter (25 kvinnor). Kriminalpatienternas intagning på psykiatrivården baserades på tillräknelighetsgrunder som för deras del – som en följd av psykiatrisk diagnos (vanligen fastställandet av sinnesslöhet) – ledde till straffrörelse.

Såväl de sinnesslöa och de sinnessjuka intogs på liknande grunder på Sjalö hospital. Tidigare forskning har framhållit att medicinska auktoriteter inte skulle ha gjort någon större distinktion mellan patientgrupperna vare sig i diagnostik eller i intagningskriterier (jfr Eggeby 1996; Harjula 1996; Björkman 2001). Detta skulle ha gällt även om man från medicinskt håll betonade vikten av att den s.k. sinnesslövarlden skulle hållas skilt från sinnessjukvarlden (Kaila 1935; se även Harjula 1996).¹⁴⁹ Medicinskt sett låg skillnaden mellan de sinnesslöa och de sinnessjuka i den antagna intelligensåldern, som för de sinnesslöas del motsvarade ett barns intellektuella utveckling. Sinnesslöhet, eller *oligofreni* (fi. vajamielisyys), hänvisade till bristande intellektuell utveckling. Bland Sjalöpatienterna uppgjordes skillnader mellan de sinnesslöa och de sinnessjuka. Skillnaden låg inte bara i att de sinnesslöa presenterades som infantila (den låga intelligensåldern), utan även som moraliskt underutvecklade. Beteckningen sinnesslöhet rymde både patienter som var förståndshandikappade och kvinnor som av olika anledningar betraktades som socialt eller moraliskt avvikande (jfr Engwall 2000;

¹⁴⁷ Indelningen härstammade från den franske sinnessjukhusläkaren Philippe Pinel (1745-1816), som i *Traité médico-philosophique* från år 1801, presenterade en sjukdomsindelning som kom att bli mycket inflytelserik under hela 1800-talet. Enligt Pinel kunde det mänskliga vansinnet grupperas i fyra sjukdomar: melankoli, mani, demens och idioti (Qvarsell 1993, 29).

¹⁴⁸ Här avser jag diagnostiken. Även andra karaktäristiska åtskilde patientgrupperna från varandra, såsom civilstånd, stånd/klass, våldsamhet, kriminalitet osv.

¹⁴⁹ De sinnesslöa ansågs behöva tillsyn genom livet och skulle därför vårdas på särskilda sinnesslöanstalter, eftersom "många faror lura på honom, faror vilka han med sitt klena intellekt ej är i stånd att bemästra. Det är brottslighet, prostitution, lösdriveri som kunna nämnas som vanliga sådana" (Neuman-Rahn 1955, 140).

Runcis 1998).¹⁵⁰ Däremot ansågs de sinnessjukas avvikelse vara av själslig snarare än intellektuell natur.

De sinnesslöas intellektuella undermålighet antogs bero på en bristande utveckling av hjärnan som antingen var medfödd eller som uppkommit i den tidiga barndomen. De oligofrena grupperades i *idioter*, *imbeciller* och *debiler* enligt förmågan att ”infoga sig i det sociala samhället”, förmågan att inhämta kunskaper, och slutligen enligt intelligenskvoten (Neuman-Rahn 1955, 137; Kaila 1935).¹⁵¹ Sinnesslöhetsbegreppet genomgick en diskursiv förändring: diagnosen idioti betecknade de sinnesslöa i slutet av 1800- och början av 1900-talet, medan diagnosen ”oligofreni” uppkom i diagnostiken bland patienter intagna under 1920-40-talen. I början av 1900-talet gick skiljelinjen mellan de olika grupperna av sinnesslöa mellan ”bildbara” och ”obildbara”. De s.k. bildbara kunde vara samhällsdugliga och utföra något slags arbete, medan de s.k. obildbara (obotliga) ansågs vara värdelösa för samhället. Mera specifikt gällde distinktionen de bildbara och de obildbara idioterna, men den användes för att beteckna sinnesslöa mera generellt.

Kring 1920-talet började olika intelligenstest vinna mark och intelligenskvoten, eller snarare intelligensåldern, blev måttstock på graden av sinnesslöhet. I kapitel sex diskuterar och illustrerar jag hur intelligens mättes med olika test (se framför allt *Emilia – horan som blev benådad*). I *Mielitaudit* grupperade Kaila (1935, 52-54) de sinnesslöa enligt följande: *idioterna* (fi. tylsämieliset) var hjälplösa individer vars intelligensålder motsvarade ett 0-6 år gammalt barns intellektuella nivå. Idioterna kunde vara fullständigt handikappade, inte lära sig prata eller ens förstå tal (obildbara), medan andra idioter kunde lära sig enkla uppgifter (bildbara). *Imbecillernas* (fi. vähämieliset) intelligensålder motsvarade ett 6-14 årigt barns intelligens och deras avvikelse märktes ofta först i samband med skolgången. Imbecillerna kunde ha ett gott minne (som dock var ”mekaniskt”) och klarade av att forma begrepp. Imbecillerna klarade emellertid inte av att uppfatta eller förstå moraliska, själsliga (andliga) ting. Begrepp såsom ”last, brottslighet, lag, rätt osv.” förblev obegripliga för imbecillen (Kaila 1935, 54). *Debilerna* (fi. heikkomieliiset) utgjorde den tredje gruppen av sinnesslöa och var svagsinta individer vars intellekt i mindre utsträckning var undermåligt, så att det inte kunde uppnå en

¹⁵⁰ Ibland antas begreppet sinnesslö motsvara dagens begrepp ”intellektuell funktionsnedsättning” (tidigare ”utvecklingsstörd”), men detta är en för grov förenkling och döljer mycket av den problematik som ligger i sinnesslöbegreppet (Engwall 2000; se även Broberg & Tydén 1991; Harjula 1996; Runcis 1998). Kristina Engwall (2000, 38) vänder på resonemanget och säger att personer som idag betecknas som ”utvecklingsstörda” skulle ha definierats som sinnesslöa också vid sekelskiftet 1900.

¹⁵¹ För imbecillitas användes även beteckningen ”medfött svagsinne” och för idioti ”medfödd fänighet” (Harjula 1996).

medelmåttig persons intelligensnivå (Kaila 1935, 52).¹⁵² Debilerna kunde lära sig ett enkelt yrke och under gynnsamma omständigheter dra försorg om sig själva.

Det var framför allt imbecillerna som konstruerades som en särskild riskgrupp: för enfaldiga för att förstå konsekvenserna av sitt handlande, men tillräckligt fiffiga för att klara av att åstadkomma skada genom sina handlingar. I läroboken *Mielitaudit* framställs imbecillen som en person med "onaturligt stark sexualdrift eller benägenhet till brottslighet" (Kaila 1935, 54). Därtill ansågs imbecillen besitta utpräglade avvikande "skadliga" karaktärsdrag såsom rastlöshet, känslökyla, egoism, brist på medkänsla, retlighet eller omkastningar i lynnet.

Organiska, själsliga och ärftliga sjukdomar

Sinnessjukdom i egentlig bemärkelse innebar inte intellektuell undermålighet. De sinnessjuka var normalt begåvade, men uppvisade andra själsliga störningar som försvårade deras tillvaro och orsakade skada för omgivningen. Kaila (1935) delade in sinnessjukdomarna i exogena och endogena, senare användes kategoriseringen psykogena, exogena och organiska sinnessjukdomar (Kaila 1957). Dessa kategoriseringar används också i Själpatienternas journaler. Till yttre, exogena/organiska, sinnessjukdomar räknades alla tillstånd av sinnessjukdom, där sjukdomen orsakades av någon yttre hjärnskada eller -defekt. Hjärnskadan kunde ha uppkommit av olika orsaker, såsom av direkt våld mot hjärnan, hjärnblödning eller hjärntumör. Den exogena sinnessjukdomen kunde även vara en följd av en allmän infektion som orsakade "sjukdomsgifter" ("toxiner") som skadade hjärnans normala verksamhet, och avlägsnade hjärnvävnad. Till exogena sinnessjukdomar räknades även själsliga störningar framkallade av alkoholförgiftning och – missbruk (Kaila 1935, 63-71). Syfilis, ett gissel vid denna tid, hörde till de exogena sinnessjukdomarna, eftersom den förorsakade olika slags inflammationsartade förändringar i hjärnan eller hjärnhinnorna. Den allvarligaste psykiska sjukdomen som förorsakades av syfilis var paralyse (dementia paralytica), som vanligtvis bröt ut först 8-12 år efter smittan (Kaila 1935, 65-66).¹⁵³ Fram till 1920-talet ledde paralyse inom några år till döden, men introducerandet av malariavården – patienten injicerades med malaria – på 1920-talet bidrog till att man i bästa fall kunde förmå sjukdomen att avstanna (Kaila 1935, 1957).

¹⁵² I den svenska översättningen *Sinnessjukdomarna* (den femte upplagan) från år 1957 används, utöver intelligensaldern, även intelligenskvoten som klassifikationskriterium. Idioternas intelligenskvot ligger mellan 0 och 30 (högst 35); imbecillernas mellan 30 och 50 (i undantagsfall 55) och debilernas mellan 0,55-0,70 (högst 0,75) (Kaila 1957, 80-83).

¹⁵³ Årtionden kunde förflyta innan paralyse framträdde som psykos. När paralyse uppnådde sin dementa form blev "minnesstörningarna allt svårare, talet och tankegången allt trögare, omdömeslösheten, bristen på initiativ samt störningarna i lynnet allt mer iögonenfallande" (Kaila 1957, 147).

Schizofreni – från en organisk till en själslig sjukdom?

De endogena (inre) sinnessjukdomarna orsakades av en ärftlig disposition för åkomman samt en fysisk och psykisk konstitution som främjade sjukdomen (Kaila 1935, 73-74). De viktigaste endogena sinnessjukdomarna var *manodepressivitet* och *schizofreni*, som bägge ansågs ha en stor ärftlig belastning. Den manodepressiva sjukdomen uppträdde i periodiska sjukdomsskov, och symtomen var varandras motsatser: depressiva och maniska. I Finland började manodepressivitet användas som en egen diagnos i början av 1900-talet, men bland Själopatienterna var sjukdomen inkorporerad under andra diagnoser och förekom inte som en självständig psykiatrisk diagnos. Schizofrenibegreppets historia kan härledas från en av den kliniska psykiatrins förgrundsgestalter, tysken Emil Kraepelin, som år 1899 utgav den sjätte upplagan av sin psykiatriska lärobok där han gjorde åtskillnad mellan manodepressiv psykos och *dementia praecox* (ungdomsslösinne) – senare kallad schizofreni – utifrån symptom och prognoser. Uppdelningen mellan manodepressivitet och *dementia praecox* gällde psykotiska, icke-organiska sjukdomar och i fokus för kategoriseringen låg ”affekt”⁵⁴; sjukdomar som med affektkomponent (manodepressivitet) och sjukdomar som saknande affektkomponent (*dementia praecox*). Enligt Kraepelin var alla former av periodiska och cirkulära psykoser samt mani, en manifestation av en enda sjukdom: manodepressiv psykos (*das manisch-depressive Irrsein*).

Edward Shorter (1997, 107) diskuterar hur denna indelning av vansinnet i två stora grupper ledde till att diagnostisering ”blev lättare”. Patienter som var ”melankoliska eller euforiska, grät hela tiden, alltid var trötta utan orsak, eller uppvisade något av de andra tecknen för depression eller mani” kunde klassificeras som manodepressiva. Däremot blev psykotiska patienter som inte uppvisade affekt diagnostiserade med *dementia praecox*. Skillnaden mellan dessa två grupper låg också i sjukdomsprognosen: patienter som var manisk-depressiva skulle troligtvis bli bättre, patienter med *dementia praecox* skulle inte bli det, och sjukdomen riskerade att utvecklas till *dementia* (Shorter 1997, 107). Diagnosen *dementia* hänvisade till ett tillstånd som utvecklades mot ständig förändring i en form av känslomässig och intellektuell demens. Liksom idiotin kännetecknades demensen av avsaknad av själslig energi, men skillnaden låg i att idiotin betraktades vara medfödd (Harjula 1996, 103).

Dementia förekom som en egen diagnos på Själo. Schizofrenin antogs uppkomma i ung ålder (därav namnet ungdomsslösinne), prognosen var dålig och sjukdomen karakteriserades av splittrad tankeverksamhet, hallucinationer, olika villfarelser och förföljelseidéer, likgiltighet och motoriska störningar (jfr Harjula 1996, 104). Orsaken till sjukdomen var organisk, möjligen en störning i ämnesomsättningen (Alanen 1990, 330). Den schizofrena personens sjukdomstecken kunde ofta spåras redan

⁵⁴ Affekt hänvisade till humör oberoende av huruvida patienten var deprimerad, manisk eller ängestfylld (Shorter 1997, 107).

i barndomen. Det "schizotyma temperamentet" hade ofta gett sig till känna redan under ungdomsåren och patienterna beskrevs som "enslingar som isolerat sig, lätt kränkta, blyga och ängsliga, antingen alltför spända, kantiga och nyckfulla eller kallt likgiltiga och liknöjda" (Kaila 1957, 125; jfr 1935, 79). Spårandet av schizoida drag, besynnerligheter i patienternas barndom och uppväxtår, var en viktig del i diagnostiseringen.

År 1921 omdöptes dementia praecox till schizofreni (personlighetsklyvning) i den finländska medicinska statistikföreningen. Själva termen "schizofreni" härstammar från den schweiziska psykiatern Eugen Bleulers monografi från år 1911 *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Bleuler påpekade att sjukdomen inte alltid uppkom i ung ålder och att prognosen inte nödvändigtvis var så dålig som Kraepelin hade hävdad. Den schizofrena patienten blev inte nödvändigtvis dement, även om patientens tankeprocesser var desorienterade (Shorter 1997, 107). Det typiska för schizofrenin var, enligt Bleuler, patientens autism: patienten drog sig undan mänsklig kontakt (Alanen 1990, 330). Denna historiska förändring i benämningar och antaganden tyder på att schizofrenins organiska diskurs ersattes av en själigt orienterad diskurs med fokus på psyket, själen och personligheten.

Särskilda sjukliga karaktärer och medfödda avvikelser

Utöver manodepression och schizofreni (dementia praecox) räknades *epilepsin* (fallandesjuka, fallandesot) till de endogena (inre) sinnessjukdomarna. Epilepsins koppling till sinnessjukdom är mångfasetterad. Enligt psykiatern Martti Kaila (1935) kunde endast en bråkdel av de fallandesjuka betraktas som sinnessjuka, men sjukdomsanfallen utgjorde riskfaktorer. Hos vissa epileptiker kunde nämligen "allt svårare själsliga symptom" uppkomma i samband med anfallen (Kaila 1935, 91). Minna Harjula (1996) visar att förhållningssättet gentemot epilepsin kännetecknades av rädsla. Harjula (1996) förklarar detta med att man inte i slutet av 1800-talet kände till sjukdomens orsaker, annat än genom dess symptom som kännetecknades av våldsamma, plötsliga krampanfall och djupa tillstånd av medvetslöshet. Även tanken om epilepsins smittsamhet bidrog enligt Harjula (1996, 108) till sjukdomens "hemlighetsfulla" beskaffenhet. Därtill rådde en allmän uppfattning om att de fallandesjuka var av en särskild "epileptisk natur", i likhet med hysterikan som hade en "hysterisk personlighet" (Harjula 1996; jfr Smith-Rosenberg 1985). Epileptikern ansågs snartstucken, irriterad, häftig, egoistisk, med fallenhet för avund, våldsamhet, skenhelighet och dryckenskap (Harjula 1996, 108; Kaila 1935, 92-93). På liknande sätt som den erotiska hysterikan var epileptikerns moral och karaktär föremål för intresse.

En grupp som låg mellan de sinnesslöa och de sinnessjuka var *psykopaterna*. Även för denna grupp konstruerades den sjukliga avvikelserna såsom befinnande sig *inne i* karaktären. Tidigare talade man om moralisk sinnessjukdom (*insania moralis*). Psykopatin kom att ersätta begreppet "moralisk sinnessjukdom" i mitten av 1800-talet. Med

moralisk sinnessjukdom (psykopati) avsågs sinnessjukdomar som inte drabbade förnuftet, utan den känslomässiga sidan av personligheten (Qvarsell 1993, 30, 66). Personligheten och själen sammanlindades således till ett sjukdomstillstånd. Psykopatin ansågs inte höra hemma bland sinnessjukdomarna, utan liknade snarare den psykiska utvecklingsstörningen (sinnesslöhet). Psykopaterna skilde sig från friska individer i det hänseendet ”att deras karaktär på ett skadligt sätt avviker från en frisk människas” (Kaila 1957, 84; jfr Kaila 1935, 55). Psykopaterna var individer som på grund av nedärvda eller medfödda böjelser ”antingen själva led eller åsamkade omgivningen lidande. Den psykopatiska karaktärens avvikelser uppträder i känslö- och viljelivet” (Kaila 1935, 55-56). Psykopatin ansågs således vara ärftligt betingad och äsyftade en konstitutionell personlighetstyp som utmärktes av ett stort känsloliv, egocentrism och ett amoraliskt sinnelag. Till detta hörde en ökad brottsbenägenhet och ett osedligt handlande. Psykopatin betraktades således som ett konstitutionellt tillstånd, inte som sjukdom (Qvarsell 1993, 66). Ärftlighetens diskurs sammanlindades med individualiserande föreställningar om patientens karaktär och personlighet.

Psykopatin kunde enligt Martti Kaila (1935) anta olika former beroende på symptom. Kaila (1935, 57-58) nämner den hysteriska karaktären, den sensitiva karaktären, den hypertyma eller explosiva psykopaten, den paranoida psykopaten och den viljesvaga eller hållningslösa psykopaten. Diagnosen *hysteri* räknades således till det psykopatiska sjukdomstillståndet.¹⁵⁵ Även paranoia och vissa former av manisk-depressiva sjukdomar ansågs i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet ha sin grund i ett psykopatiskt tillstånd. Bland psykopaterna återfanns även de ”födda förbrytarna” som Emil Kraepelin (1883) diskuterade i sin stora och inflytelserika lärobok i psykiatri. I senare upplagor av läroboken kallade Kraepelin de ”födda förbrytarna” för ”samhällsfiender” eller ”anti-sociala” psykopater (Qvarsell 1993, 66-67).¹⁵⁶ Om kvinnliga psykopater skrev Karin Neuman-Rahn i sin psykiatriska lärobok (1955, 142) följande: ”Ansvarslöst och lättvindigt hänge de sig åt sexuella utsävningar och våldsdåd, alkohol och narkotika. Av de kvinnliga psykopaterna hamnar en stor procentsats förr eller senare i prostitutionen.” Även om Martti Kaila (1935) påpekade att psykopater utgjorde en relativt stor andel bland alkoholister, brottslingar, lösdrivare och prostituerade, menade han att det endast var en bråkdel av dem som på grund av sin psykopatiska karaktär hamnade på sinnessjukhus. Om psykopaten intogs på sinnessjukhus

¹⁵⁵ Hysteridiagnosens svårplacerighet och ständiga föränderlighet illustreras väl av de olika upplagorna av Martti Kailas läroböcker. I den svenskspråkiga översättningen av den femte upplagan placerar Kaila (1957, 96-106) hysterin under gruppen ”neuroser”, tillsammans med neurasteni (nervsvaghet), ångest-, tvångs-, organ- och karaktärsneuroser samt sömnlöshet.

¹⁵⁶ Begreppet ”anti-social” bar på intressanta konnotationer. Den viktorianska psykiatern Henry Maudsley (1884) likställde begreppen ”anti-social” med omoral. Detta medförde att inte endast individer, utan hela samhällsklasser, raser och nationer kunde bli utsatta för degenerativa tendenser (Rimke & Hunt 2002, 74-75).

berodde det oftast på en starkare och långvarigare patologisk reaktion (Kaila 1935, 58).¹⁵⁷

Från monomani till schizofreni

För många Själopatienters del var det Lappvikens sjukhus som ansvarade för deras diagnostisering. Detta eftersom sjukhuset alltsedan sitt grundande (1841) överförde patienter till Själo och majoriteten av kvinnorna förflyttades till Själo från Lappviken. Själopatienternas sjukdomsdiagnoser avspeglade således förfarandet på de större sjukhusen, oftast Lappviken eller Pitkäniemi. Vid Lappviken hade de första sjukdomsdiagnoserna tagits i bruk år 1850. Dementi, melankoli, mani och idioti var de första som togs i användning (Achté 1991; Jarva-Hakala 1995). Följaktligen var det samma diagnoser som förekom bland Själopatienterna kring sekelskiftet 1900. I Själo hospitals årsberättelse av år 1898 hade antalet diagnoser stigit till åtta: *mani, dementi, paranoia, melankoli, monomani, epilepsi, insania moralis och idioti*. Av de 59 kvinnor¹⁵⁸ som detta år vårdades på inrättningen hade 20 patienter diagnosen mani, som kring sekelskiftet var den vanligaste diagnosen bland patienterna.

Under perioden 1889-1944 förekom tolv "diagnoser" bland patienterna samt en grupp som saknade explicita psykiatriska diagnoser (tabell 2). Dessa olika kategorier av mentala problem utgjorde inte alla självständiga "diagnoser" och en del av diagnoskategorierna sammanföll med en övergripande diagnos (t.ex. schizofreni). I min gruppering har jag följt de begrepp, termer och sjukdomsbeteckningar som angavs i kvinnornas handlingar. Utöver de få diagnoser som angavs i läkarintygen, återfanns resten i Själo hospitals egna formulär över kvinnorna, samt i årsberättelserna.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Patologiska reaktioner innebar enligt Kaila (1935, 61-62) själsliga störningar eller funktionella nervstörningar som orsakades av kraftiga själsliga upplevelser. Dessa patologiska reaktioner kunde indelas i fyra olika grupper: reaktivt oredighetstillstånd, depressivt reaktionstillstånd (melankoli), paranoida reaktioner och neurasteniska reaktioner.

¹⁵⁸ Tio män, i egenskap av utackorderade, fanns även inskrivna på hospitalet år 1898. Fyra av männen hade diagnosen paranoia, tre av männen dementi, två var idioter, en man melankoliker. SV 1.5. (1898).

¹⁵⁹ För ett fåtal kvinnor kunde den diagnos som getts i inskrivningshandlingarna skilja sig från den sjukdomsbeteckning som fanns i sjukhusformuläret. I dessa fall har jag utgått från den diagnos som har getts i de tidigare dokumenten, dvs. då man ansökte om plats för patienten på ett sinnessjukhus, eller den diagnos som det forna sjukhuset uppgjort.

SJUKDOMSDIAGNOS	ANTAL
schizofreni	61
dementi	24
paranoia	17
idioti, imbecillitas	10
mani	7
psykos	6
oligofreni	5
melankoli	4
monomani	3
degeneratio	1
constitutio psychopathica	1
insania epileptica menstrualis	1
explicit psykiatrisk diagnos saknas	52
TOTALT	192

Tabell 2. Fördelning av kvinnorna enligt explicit sjukdomsdiagnos 1889-1944

Av de olika sjukdomsdiagnoserna var *schizofreni* den överlägset vanligaste (32 %). Det fanns även en stor andel patienter som *saknade explicit diagnos* (27 %). Diagnoserna *schizofreni* och *dementi*¹⁶⁰ (bl.a. *dementia praecox*) kan i detta sammanhang förenas, vilket ytterligare ökar andelen kvinnor diagnostiserade som schizofrena. Sammanlagt 24 kvinnor (12 %) hade diagnosen *dementi* i olika former, och det totala antalet "schizofrena" (förstått som en större kategori) uppgick således till 85 patienter eller 44 procent. Det stora antalet schizofrena på Själo hospital var inte en unik företeelse, utan avspeglade ett generellt fenomen. Av landets mentalpatienter uppgick de schizofrena till hela 65 procent år 1908, och trettio år senare, 1939, var andelen schizofrena fortfarande 59 procent (Harjula 1996, 104). En rimlig förklaring till varför schizofrenin var den oftast förekommande diagnosen bland patienterna ligger i synen på schizofrenin som en obotlig, nedärvd sjukdom, vars botningsmöjligheter

¹⁶⁰ Till dementigruppen räknar jag *dementia praecox*, *dementia secundaria* samt *dementia paralytica*, dvs. förlamande slöhet orsakad av syfilis.

ansågs marginella.¹⁶¹ Att bota de schizofrena var inte högsta prioritet, eftersom läkarvetenskapen i många fall antog att sjukdomen skulle degenerera till en allt svårare dementi, ett tillstånd som i sin tur innebar fullständig alienering och världsfrånvändhet. ”Vården” av de schizofrena handlade således om disciplinering, förvaring eller snarare isolering på anstalter.

Omhändertagandet av de schizofrena motiverades *både* med argument som handlade om att skydda de schizofrena ”från sig själva”, och med hänvisningar till det omgivande samhället som måste ”värnas om”. Utsagan om att patienten ”utgjorde en fara för sig själv och sin omgivning” förekom ofta hos schizofrena patienter. Antagandet om fara för omgivningen var inlindat i synen på patienten som en fara för sig själv. Patientens våldsamhet, lust att anfalla, fascination för eld, rymningar eller rymningsförsök från kommunalhem eller sjukhus konstruerades både som en social risk – en tänkbar skadlig effekt för lokalsamhället – och som en individuell fara för kvinnan själv. Ibland kunde även mera ”harmlösa” handlingar som hänvisade till problem *för* lokalsamhället, användas som motivering. För den 28-åriga schizofrena bondedottern Eva, skriver läkaren att hon ”lider av drift att springa omkring och är ytterst svår att övervaka i hemmet, fordrar hennes intagning och vård i anstalt för sinnessjuka.”¹⁶² Däremot motiverades intagningen av stillsammare schizofrena patienter som hade försjunkit in i sin egen autistiska värld och som var fullständigt oförmögna att ta hand om sig själva, nästan utslutande med hänvisning till patientens egen hjälplöshet: ”De första tecknen i midten av januari; förändring i sinnesstämning den 3 febr. Ungefär samtidigt blef oförmögen att taga vård om sig själv”, skrivs om en 40-årig skraddaredotter.¹⁶³

På Själo var de flesta schizofrenipatienter unga kvinnor. Dessa uppvisade förföljelseidéer, vanföreställningar och hallucinationer. Schizofrenidiagnosen var ett vidsträckt sjukdomsbegrepp som innefattade ett stort spektrum av beteendemönster och -störningar. Aggressivitet, osedlighet, opålitlighet, tvångsrörelser och hallucinationer kunde diagnostiseras som uttryck för schizofreni.

Patienter som saknade explicit sjukdomsdiagnos (27 %) inkluderade även kvinnor vars övriga uppgifter var bristfälliga. De flesta av dem intogs under den första tidsperioden. En av dem var Matilda vars status somaticus och status psychicus undersökningar jag presenterade ovan. En

¹⁶¹ I sin studie av patienterna på sinnessjukhuset Wittenauer Heilstätten i Berlin mellan åren 1919-1960, visar Andrea Dörries och Thomas Beddies (2003, 161) att de kvinnliga schizofrena patienterna var fler till antalet än de schizofrena männen. Därtill stannade kvinnorna på anstalten dubbelt så lång tid som männen. De kvinnliga schizofrena patienterna utsattes ytterligare för en större mängd terapeutiska behandlingar (såsom t.ex. elchocker) än vad som var fallet med manliga schizofrena (Dörries & Beddies 2003, 168).

¹⁶² Eva inskrevs år 1916. Citatet är ur A-bilagan, utfärdad av läkare i Mariehamn, 26.4.1915. I samma intyg beskrivs kvinnans utseende och uppförande såsom ”ganska glädligt, renlig, arbetar icke, håller sig med barnen i gården och driver omkring.” HM 3.2.3. (1916).

¹⁶³ B-bilagan, Föglö, 28.2.1909. Kvinnan inskrevs år 1922. HM 3.2.3. (1922).

annan var den 34-åriga skomakarhustrun och fabriksarbeterskan Jenny som inskrevs år 1904. I fåordiga utsagor fås knapphändig information om henne. I B-formuläret framgår att hon försökt dränka sig och ansett sig förföljd. Några år tidigare hade hon gjort abort. Det äkta paret relation uppges vara god. Skälet till sinnesrubbningsen förklaras så här i kommunbilagan: "Orsaken till sinnesrubbningsen antar jag vara den, att Jenny Leskinen i relation till den oregerliga och fria fabriksbefolkningen har fått lida för sina religiösa intressen, så att detta försvagat henne och lett till sinnesrubbningsen".¹⁶⁴ I läkarintyget uppges hon vara redig och hennes uppfattningsförmåga är klar. Minnet är gott och hon uppvisar inga hallucinationer. Däremot beskrivs lynnet vara "vresigt och häftigt, ibland våldsamt. Lust att förstöra och anfälla. Mordhot och försök." Den diagnostiska slutsatsen i läkarintyget lyder: "Jenny Leskinen är sinnessjuk och farlig, både för sig själv och för sin omgivning, varför hon borde intagas på anstalt för sinnessjuka".¹⁶⁵

Paranoiker, maniker, melankoliker, epileptiker

Diagnoserna paranoia, mani, melankoli och monomani förekom endast under den första tidsperioden 1889-1910. Senare kom patienters handlingsmönster och utsagor som under slutet av 1800-talet diagnostiserats som t.ex. monomani, att kategoriseras som schizofreni. Eftersom dessa fyra diagnoser endast förekom i början av den undersökta tidsperioden då inskrivningshandlingar ofta saknas, och informationen om patienterna är summarisk, finns det inga detaljerade beskrivningar av dessa patienters beteendemönster. Bland Själopatienterna hade 17 kvinnor diagnosen *paranoia*. Denna innefattade olika former såsom "paranoia chronica", "paranoia secundaria" (sekundär förryckthet) eller "paranoia totalis" (allmän förryckthet). Sju patienter hade diagnosen *mani* (ursinne) i olika former, såsom t.ex. "mania chronica". *Melankoli* (tungsinne) stod för fyra kvinnor, medan diagnosen *monomani* (motsvarande primär förryckthet) hade getts tre patienter (tabell 2). Till monomani diagnosen hörde förföljelsevansinnet (monomania persecutionis).

De utsagor som finns att tillgå, visar att mani vanligen hänvisade till orolighet, hetsighet och våldsamhet. "Lynnet häftigt, nu i en veckas tid rasande"¹⁶⁶. Uttryck som "osnygg" – hänvisande till både kropp, utseende och uppförande – och "bullersam" användes för att beskriva både patienter med paranoia och de med mani. Även melankolikerna beskrivs som våldsamma, trots att själva diagnosen – etymologiskt sett – hänvisade till ett sinnestillstånd som karaktäriserades av tungsinthet, introversion och svärmod. "Lider af Tungsinne (Melancholia) med Epilepsi, hvarvid hon skoftals öfverfalles af en ytterlig våldsamhet, då hon visat sig

¹⁶⁴ B-bilagan, Orivesi, 6.2.1901 (övers.). HM 3.2.3. (1904).

¹⁶⁵ A-bilagan, Orivesi, 6.2.1901 (övers.). HM 3.2.3. (1904).

¹⁶⁶ 60-årig inhysesänka, inskriven 1905. A-bilagan, Viborg, 6.8.1904 (övers.). HM 3.2.3. (1905).

farlig för omgifningen”¹⁶⁷ Vad gäller monomanikerna fanns det knappt någon information, annat än för en kokerska med förföljelsevansinne (monomania persecutionis), vars lynne beskrevs som ”ytterst häftigt och våldsamt”, därtill uppgavs hon vara ”absolverad för lägersmål.”¹⁶⁸

De sinnesslöa – idioter och imbeciller

Själö kom att inta ett relativt stort antal sinnesslöa, i motsats till t.ex. Pitkäniemi sjukhus där andelen sinnesslöa var liten (Kaarninen & Kaarninen 1990, 44-47). Troligen på grund av sin funktion som ett kronikersjukhus placerades sinnesslöa, som inte platsade på de övriga sjukhusen, på de obotligas sjukhus. Patienter som – utifrån sin sjukdomsdiagnos – hörde till de sinnesslöa uppgick till sammanlagt 16 kvinnor. I tabell 2 har jag kategoriserat diagnoserna *imbecillitas* (medfött svagsinne) och *idioti* (medfödd fånighet) i samma grupp. Tio patienter hade *idioti* eller *imbecillitas* som diagnos. Under 1930- och 40-talen användes diagnosen *oligofreni* (sinnesslöhet) som en övergripande beteckning för idioter, imbeciller och debiler. Fem av patienterna hade *oligofreni* som diagnos. Därtill kan den patient som hade den flerfaldiga diagnosen *Degeneratio psychopathica. Imbecillitas, Hysteria*¹⁶⁹ – en 49-årig kriminell kvinna (åtalad för mordbrand) – räknas till gruppen sinnesslöa.

Av patienterna hade sex kvinnor *psykos* som huvuddiagnos (tabell 2). Kategorin omfattade manisk-depressiva och psykopaterna (inklusive kvinnor som efter någon infektionssjukdom, t.ex. sömnsjuka blivit mentalt sjuka). Som jag diskuterade ovan hänvisade psykopatin till personer som till sitt känslö- och viljeliv varit onormala sedan födseln. Vad gäller diagnosen *hysteri* var det var det endast en av patienterna (se *Om hur lösdrivaren blev hysteriska*) som hade *hysteri* (psychosis hystera) som huvuddiagnos, trots att *hysteri* var ett omdebatterat sjukdomstillstånd under 1800-talet och ännu i början av 1900-talet.¹⁷⁰ Som en jämförelse kan nämnas den inre medicinska avdelningen på Helsingfors allmänna sjukhus där 20-30 patienter per år diagnostiserades med *hysteri* kring sekelskiftet 1900 (Uimonen 1999, 141). Diagnoser som var jämförbara med *hysteri*diagnosen var ”*insania epileptica menstrualis*”, men även de regelrätta psykopatdiagnoserna var kopplade till föreställningar om kroppslighet och kvinnlig sexualitet.

Under perioden 1889-1944 intogs *sju* epileptiker, men epilepsi angavs inte som huvuddiagnos, även om den kunde vara kopplad till den

¹⁶⁷ 31-årig inhysesdotter, inskriven 1890. Läkarintyg av överläkaren på Lappvikens sjukhus, datum saknas. HM 3.2.3. (1890).

¹⁶⁸ 62-årig kokerska, inskriven 1890. Läkarintyg av överläkaren på Lappvikens sjukhus, datum saknas. HM 3.2.3. (1890).

¹⁶⁹ I tabell 2 ingår *degeneratio psychopathica* inte i ”*idioti, imbecillitas*”-gruppen (trots att ”*imbecill*” ingår i diagnosen) eftersom ”*degenererad psykopati*” anges som huvuddiagnos.

¹⁷⁰ Detsamma gäller det statliga sinnessjukhuset i Paris Sainte-Anne vars kvinnliga patienter – under perioden 1873-1913 – ytterst sällan hade *hysteri* som huvuddiagnos vid intagningen (Prestwich 2003b, 326).

egentliga diagnosen (jfr Deacon 2003, 34). Ofta framkom det att patienten var epileptiker som en aspekt i sjukberättelsen. Synen på epileptikerna som särskilt besvärliga – snarstuckna, opålitliga, våldsamma, irriterbara, benägna till dryckenskap och osedlighet – var genomgående under hela den undersökta tidsperioden.

UNGA OCH OGIFTA

Vilka var då de kvinnor som skickades till Själo? En fråga som jag ställde var ifall kvinnor i en viss ålder var mer benägna att definieras som sinnessjuka. Jag delade därför in åldersfördelningen i fem kategorier: patienter under 20 år, 21-35, 36-50, 51-65 och 66-80.¹⁷¹ Kvinnor under 20 år var tonåringar och unga kvinnor som vanligtvis fortfarande bodde kvar hos föräldrarna. Ålderskategorin 21-35 representerade unga kvinnor i "giftasmogen", fertil och arbetande ålder. Kvinnorna i åldern 36-50 kan sägas vara arbetsföra kvinnor i medelåldern. Gruppen 51-65 år var kvinnor som kunde antas vara i, eller passerat klimakteriet. Många av dem arbetade fortfarande. Kvinnorna i åldern 66-80 kan räknas till äldre som inte längre förutsattes vara aktiva i arbetslivet.

ÅLDERSGRUPP	ANTAL	PROCENT
20 år under	6	3 %
21-35 år	66	34 %
36-50 år	60	31 %
51-65 år	28	15 %
66-80 år	12	6 %
uppgift saknas	20	10 %
TOTALT	192	100 %

Tabell 3. Fördelning av kvinnorna enligt ålder vid intagningen på sjukhuset 1889-1944

Trots att kvinnornas ålder varierade ganska mycket, det fanns gamla kvinnor och det fanns till och med barn, var det trots allt en viss åldersgrupps kvinnor som var mera representerade än övriga. Det var unga kvinnor i fertil ålder som utgjorde hospitalets största klientel, och de flesta patienter var under 35 år gamla. Denna kategori utgjorde 34 procent

¹⁷¹ Till exempel Jane Fielding (1993) använder sig av en likadan åldersklassificering.

av patienterna.¹⁷² Åldersgruppen 36-50 år var emellertid nästan lika stor med sina 31 procent.

Den allra yngsta patienten var den endast nio år gamla flickan Elsa. Hon intogs 1890 och kom från Kotka stad, som ansvarade för hennes vårdkostnader vid asylen. Hon var arbetardotter och hade epilepsi. Flickan hade diagnosen "idioti med epilepsi" och hon skickades till Själo från Lappvikens sjukhus, där man skrev om henne: "i följd af sitt ostyriga och oefterrättliga lynne ej kan vårdas utom anstalt".¹⁷³ Elsa dog på Själo endast 17 år gammal, "dödsorsak okänd."¹⁷⁴ Den äldsta patienten var den 80-åriga backstugusittaränkan Josefina, som kom till Själo år 1925. Hon sändes från Kumlinge, Åland och hennes man hade dött samma år. Det framgår att hon hade levt under fattiga förhållanden – "armodet dock alltid stort" – och det var fattigvårdsstyrelsen i Kumlinge som hade gjort ansökan om hennes intagande. Vården av änkan hade före hospitaliseringen besörjts av socknen: "Den sjuke har t.v. vistats i eget hem, vårdats av sockenbor i tur och ordning", meddelade kyrkoherden i Kumlinge.¹⁷⁵ För Josefinas del konstruerades diagnosen i termer av fattigdom. En läkare i Godby ansåg att hon led "av en kronisk obotlig sinnessjukdom som fordrar hennes intagning å asyl för sinnessjuka". Den gamla kvinnan uppges ha varit "orolig mest nedstämd".¹⁷⁶ Endast tre månader efter sin ankomst dör Josefina på Själo. Hon begravdes på Själo kyrkogård.

ÅLDERSGRUPP	ANTAL	PROCENT
ogift	111	58 %
gift	42	22 %
änka	23	12 %
frånskild	4	2 %
uppgift saknas	12	6 %
TOTALT	192	100 %

Tabell 4. Fördelning av kvinnorna enligt civilstånd 1889-1944

¹⁷² Liknande resultat presenterar Mervi och Pekka Kaarninen (1990) vad gäller Pitkänienpatienternas ålder: två tredjedelar av de intagna patienterna på 1910-talet var mellan 21 och 40 år gamla. Studier av andra sinnessjukhus i västvärlden visar likadana resultat, dvs. mentalpatienter var vanligen i 20-40 års ålder (t.ex. Wright, Moran & Gouglass 2003).

¹⁷³ Datum saknas. HM 3.2.3. (1890).

¹⁷⁴ SV 1.5. (1898).

¹⁷⁵ B-bilagan, Kumlinge, 28.7.1925. HM 3.2.4. (1925).

¹⁷⁶ A-bilagan, Godby, 24.7.1925. HM 3.2.4. (1925).

Majoriteten av kvinnorna som skickades till Sjalö var unga och ogifta. Över hälften av kvinnorna, nästan 60 procent, var ogifta medan de gifta kvinnornas andel utgjorde 22 procent. Undersökningar av västerländska sinnessjukhus vid samma tid visar samma mönster, nämligen att majoriteten av de intagna mentalpatienterna var ogifta (Digby 1985; Ripa 1990; se även Framme 1997). Även änkor och fränskilda fanns representerade. En del av de gifta kvinnornas makar ansökte om skilsmässa efter att kvinnorna intagits på hospitalet. Männerna beviljades skilsmässa med hänvisning till kvinnornas sinnessjukdom. De ogifta patienterna befann sig inte bara i socialt, ekonomiskt eller moraliskt hänseende i en annan position än de gifta kvinnorna. Även juridiskt sett (i lagstiftningen) hade en åtskillnad gjorts mellan ogifta och gifta kvinnor som hade konsekvenser för kvinnors försörjningsmöjligheter och sociala ställning i samhället.¹⁷⁷ I Norden förblev många kvinnor födda på 1870-talet ogifta (Ohlander 2003a, 158). Finlands rashygieniska politik genomsyrade 1929 års äktenskapslag och sterilisationslagen från 1935. Äktenskapslagen innehöll en mängd stadganden beträffande de sinnessjuka. Giftermål och barnanskaffning förbjöds mellan nära släktingar, de sinnesslöa och de sinnessjuka.¹⁷⁸ Villkorligt förbud gällde för bland annat epileptiker och medfödda dövstumma på grund av rädsla för nedärvning av anlagen. Dispens kunde beviljas och förutsatte i sådana fall sterilisering (Mattila 2003, 111)¹⁷⁹. Om en person på grund av sinnessjukdom vårdats på ett sinnessjukhus, var denna tvungen att med stöd av läkarintyg visa att han/hon tillfrisknat före ingående av äktenskap. I lagen stadgades även att sinnessjukdom kunde vara en anledning till äktenskapsskillnad.¹⁸⁰

Rösträtten – ”den allmänna och lika” – hade införts på riksnivå år 1906, men var ingalunda en rösträtt som inkluderade alla medborgare. De som saknade rösträtt var bl.a. lösdrivare som befann sig på tukthus (1906-1972), personer som stod under förmynderskap (1906-1972) och individer som fick socialhjälp (1906-1944) (Mattila 2003, 112). De flesta Sjalökvinnor tillhörde denna kategori: de var beroende av fattigvård och/eller stod under

¹⁷⁷ Gifta kvinnor var beroende av sina makar som förmyndare. Ogifta kvinnor blev myndiga vid 25 års ålder år 1864. Förmyndarlagen från 1899 innebar att både män och kvinnor blev myndiga vid 21 års ålder. I praktiken förde lagen med sig att ogifta kvinnor kunde försörja sig självständigt utan målsmans övervakning. Äktenskapet lösgjordes från kyrkans kontroll 1917 då obligatorisk kyrklig vigsel avskaffades, samtidigt som civiläktenskap godkändes. Vad gällde gifta kvinnor var den äkta mannen kvinnans förmyndare eller målsman ända fram till 1930 då den nya äktenskapslagen trädde i kraft (Mustakallio 1988, 38, 75).

¹⁷⁸ ”Ej må den träda i äktenskap som är sinnessjuk eller sinnesslö” (Äktenskapslagen 1929, § 11).

¹⁷⁹ Äktenskapslagen ändrades år 1969 så att dövstumhet och epilepsi inte längre utgjorde hinder för ingående av äktenskap. Samtidigt ”lindrades” äktenskapsförbudet mellan de sinnessjuka och de sinnesslöa genom att äktenskap tilläts med presidentens tillstånd (Mattila 2003, 126).

¹⁸⁰ ”Har make under äktenskapet blivit sinnessjuk eller sinnesslö, have andra maken rätt till äktenskapsskillnad, om sjukdomen fortfarande tre år och skäligen förhoppning om den sjukas varaktiga återställande till hälsa icke finnes” (Äktenskapslagen 1929, §75).

förmyndarskap. Följaktligen saknade kvinnorna allmänna medborgerliga rättigheter. I lagstiftningen hade de blivande patienterna konstruerats som "de Andra", en grupp i marginalen, något som bekräftade behovet av övervakning och disciplinering. Mot denna bakgrund var det kanske inte förvånande att patientklientelet till största delen bestod av ogifta unga kvinnor.

De flesta patienter var barnlösa, trots att en betydande andel av kvinnorna var mödrar. Det intressantaste här är kanske frågan kring de ogifta kvinnornas utomäktenskapliga graviditeter och barn. Det saknas uppgifter för en stor andel av patienterna. Om patientens övriga handlingar var utförliga, men uppgifter om barn saknades, utgår jag från att kvinnan inte fött barn. Detta på grund av att kvinnor som fött barn hade en anteckning över det; information om graviditeter och förlossningar var vanligtvis noggrant dokumenterade i såväl A- som B-bilagan. Av de 111 ogifta patienterna hade endast 14 fött utomäktenskapliga barn (13 %). Uppgifter om huruvida kvinnorna fött barn saknades för 16 av de ogifta patienterna. Majoriteten av de gifta kvinnorna hade fött barn (64 %), vilket inte är förvånande. Barnlösa var endast fyra och tillförlitliga uppgifter saknades för elva av de gifta kvinnorna. Av de fränskilda patienterna hade tre fött barn, medan uppgifter saknades för en av de fränskilda. De flesta änkor hade barn, de barnlösa änkorna var tre till antalet (Ahlbeck-Rehn 1998, 76). Eftersom de flesta av änkorna var äldre och inte längre fertila, var det medicinska intresset för deras graviditeter och kroppar inte längre lika stort som det var för patienter i fertil ålder. Änkornas sexualitet och kroppslighet diskuterades eller dokumenterades ytterst sällan.

KVINNOR FRÅN STAD OCH LAND

Patienterna kom från hela Finland: från Hangö i söder till Enare i norr. Därför var alla länen representerade bland patienterna. De flesta kvinnor var hemma från Nylands län, vilket berodde på att majoriteten av Själöpatienterna skickades från Lappvikens sjukhus i Helsingfors. En stor del av kvinnorna kom också från Tavastehus län, av vilka många förflyttades från Pitkäniemi sjukhus i Tammerfors. Vid denna tid fanns dessutom en stor fattig obesutten agrarbefolkning i länet (Markkola 1989).

		RURAL	URBAN	UPPGIFT SAKNAS	TOTALT
ogift	antal	73	34	4	III
	procent	59,3%	61,8%	28,6%	57,8%
gift	antal	33	8	I	42
	procent	26,8%	14,5%	7,1%	21,9%
frånskild	antal	2	2		4
	procent	1,6%	3,6%		2,1%
änka	antal	11	10	2	23
	procent	8,9%	18,2%	14,3%	12%
uppgift saknas	antal	4	I	7	12
	procent	3,3%	1,8%	50%	6,3%
TOTALT	antal	123	55	14	192
	procent	100%	100%	100%	100%

Tabell 5. Fördelning av kvinnorna enligt rural/
urban härkomst och civilstånd 1889-1944

Kvinnor som kom från landsbygden utgjorde 64 procent medan stadskvinnornas andel var 29 procent. Gifta patienter kom oftare från landsbygden, medan de ogiftas andel var så gott som lika stor i staden och på landsbygden. De urbana patienterna var i de flesta fall ogifta. Vid första anblicken ter sig internerna huvudsakligen vara agrara, fattiga, ensamstående kvinnor. Finland var fortfarande ett agrarland långt in på 1900-talet, trots att industrialiseringen långsamt hade kommit igång under slutet av 1800-talet. Vid sekelskiftet bodde hela 87 procent av Finlands befolkning på landsbygden (Markkola 1989, 39). Om man betänker hur liten andel som bodde i städerna, kan man säga att Själopatienterna förvånansvärt ofta var urbana kvinnor, även om kvinnorna från landsbygden till antalet var fler. Andra finländska studier bekräftar liknande trend, nämligen stadspatienternas relativt stora andel (Kaarninen & Kaarninen 1990, 46-47).¹⁸¹

¹⁸¹ År 1900 kom drygt en fjärdedel av Pitkäniemis patienter från städerna, trots att stadsbefolkningens andel vid denna tid endast var 12,6 procent av landets hela befolkning. Av stadspatienterna var andelen helsingforsare och tammerforsare nästan lika stor, nästan 30 procent vardera (Kaarninen & Kaarninen 1990, 46-47). Pitkäniemi sjukhus emottog på samma sätt som Själo patienter från hela landet.

Kategorisering av patienternas yrkestillhörighet

Som jag redan diskuterade i metodkapitlet är en yrkeskategorisering problematisk på grund av den historiskt föränderliga tiden som gör en stånd- eller klasskategorisering svår. Det agrara Finlands långsamma förändring från stånd- till klassamhälle samt skillnaderna mellan stad och landsbygd är fenomen som komplicerar en dylik klassificering. Jag har därför nöjt mig med en förenklad kategorisering av kvinnornas yrkestillhörighet. Patienternas klasstillhörighet är viktig för förståelsen av rashygienretoriken, framförallt på grund av de särskilda betydelse eugeniken tillskrev kvinnliga patienter – deras kroppar och sexualitet – något som jag återkommer till. Självkvinnornas sociala bakgrund illustrerar hur vansinnet som ett socialt och könat fenomen är bundet till kategorin klass.

Eftersom kvinnors arbetsvillkor och -position och deras möjligheter till försörjning skiljde sig mellan till exempel ett bysamhälle i mellersta Finland och storstaden Helsingfors, har fördelningen av patienternas yrkesfördelning gjorts enligt *stad – land* uppdelning. Landsbygden och staden har tre yrkesklasser vardera. Uppgörandet av de agrara kvinnornas yrkeskategorier har sin utgångspunkt i jordägoförhållanden som definierade kvinnors ställning i det finländska agrarsamhället (Markkola 1989; Östman 2000a). Även om det fanns inbördes skillnader mellan de obesuttnas arbetsförhållanden och möjligheter att bruka jord, handlade det i sista hand om kapital: jorden. Skillnaden låg i vem som ägde jord – de besuttna: bönder, fiskare – och vem som inte ägde – de obesuttna: inhysingar, pigor, torpare, backstugusittare. Agrara kvinnors yrkestillhörighet och ställning i lokalsamhället definierades av faderns eller makens jordägo eller icke-ägo. Kvinnorna definierades som männens döttrar, hustrur eller änkor, och deras samhällsposition var knuten till mannens yrke. Patienterna benämndes följaktligen som inhysesdöttrar, torparhustrur, bondeänkor, drängdöttrar, fiskarhustrur osv.

De agrara Självkvinnorna är således kategoriserade enligt huruvida de tillhörde den besuttna (*bönder, fiskare*) eller den obesuttna (*obesuttna, arbetare och tjänarinnor*) landsbygdsbefolkningen. Till den besuttna gruppen räknas fiskarna (deras hustrur, döttrar, änkor), eftersom de ofta var jordägande. Det fanns givetvis undantag, men i denna förenklade kategorisering räknas fiskare till de besuttna. Till de obesuttna hör torpardöttrar, pigor, inhysingar, dränghustrur, backstugusittare och övriga obesuttna. Arbeterskor och tjänarinnor inkluderas här i samma kategori, eftersom de på samma sätt som landsbygdens obesuttna "proletariat" befann sig i samhällets sociala och ekonomiska marginal.¹⁸² Den tredje kategorin för landsbygdspatienterna omfattar de som jag rätt och slätt benämnt *yrkesutövare*. I denna kategori – både för stad och land – ingick sömmerskor, barnmorskor, lärarinnor samt döttrar eller hustrur

¹⁸² Därtill kunde t.ex. inhysingar i vissa handlingar definieras som tjänarinnor och arbetsuppgifterna kunde vara de samma. Det gemensamma för denna grupp var låg social och ekonomisk status.

till skomakare, sågbokhållare, poliser och övriga yrkesutövare eller hantverkare. De yrkesutövande patienterna hade alltså inte beteckningen ”arbetare”, utan hade specifika yrkesbenämningar (t.ex. sjuksköterska).¹⁸³ De urbana yrkesutövarna hade oftare, än vad som var fallet med yrkesutövarna från landsbygden, självständigare yrkesbeteckningar, dvs. de härrördes inte lika ofta från mannens yrkestillhörighet. Detta gällde urbana patienter *överlag*. Undantaget utgjordes av medelklasskvinnorna som alla definierades utifrån sina män eller fäder.

Stadskvinnorna är även de indelade i tre grupper: *yrkesutövare, icke arbetande kvinnor* samt *tjänarinnor och arbeterskor*. De *icke arbetande stadskvinnorna* hörde till den urbana medelklassen. Jag är medveten om att ”medelklass” kanske inte är det mest lämpade begreppet för att beskriva de bildade klasserna eller finländsk urban miljö under denna tidsperiod. Å andra sidan har forskare beskrivit 1920-30-talen som en period under vilken en medelklassideologi växte fram i Finland, i vilken (ut)bildning blev den nya klassens kännetecken (t.ex. Satka 1995). Skillnaden till de övriga patientkategorierna beträffande social och ekonomisk status var anmärkningsvärd, och därför betraktar jag benämningen som motiverad. Medelklasspatienterna var läkardöttrar, ingenjörshustrur, kommunalnämnsordförandehustrur, majorsdöttrar osv. Ifall patienten var definierad utifrån makens eller faderns ställning, var det i vissa fall svårt att avgöra huruvida kvinnan skulle räknas till medelklass eller till gruppen yrkesutövare. Den största skillnaden mellan de urbana yrkesarbetande kvinnorna och medelklasskvinnorna var dock den, att medelklasspatienterna *inte* förvärsarbetat före sin intagning på sjukhuset. Medelklasskvinnorna var uteslutande definierade enligt sina fäder eller makar. Denna patientkategori representerade (ut)bildning, ekonomiskt och kulturellt kapital och följaktligen hög samhällelig status. Denna kategori bör inte förväxlas med kategorin ”*yrke saknas*” (tabell 6) som bestod av arbetslösa kvinnor, kommunalhemshysingar eller kvinnor som saknade uppgifter angående yrke. Gruppen är heterogen och antalet samt klassificeringen är något missvisande. Detta eftersom denna grupp inkluderar *både* kvinnor som saknade yrke – kvinnor som levt på kommunalhem eller fattighus i många års tid – *och* kvinnor vars övriga uppgifter var oklara och därför saknade information om yrkestillhörighet.

I nästan diametralt motsatt statusposition till medelklasspatienterna stod gruppen ”tjänarinnor och arbeterskor” från städerna. Dessa var ofta kvinnor från landsbygden som flyttat till städerna för att finna arbete, och i stadsmiljön var det arbetets art och nivån på utbildning – inte jordägförhållanden – som definierade den sociala ställningen. Dessa patienter hade vanligtvis arbetat i medelklasshushåll med allehanda hushållssysslor. Arbeterskornas arbetsuppgifter var rätt sällan specificerade

¹⁸³ Majoriteten av de agrara yrkesutövarna definierades dock i handlingarna som döttrar, hustrur eller änkor till någon manlig yrkesutövare, ofta hantverkare av något slag.

i dokumenten, men ofta handlade det om fabriks- eller industriarbete av olika slag.

Obesuttna från landsbygden och yrkesutövare från städerna

I tabell 6 framkommer fördelningen av de kvinnliga patienterna enligt yrke/sysselsättning.

YRKESTILLHÖRIGHET	CIVILSTÅND					TOTALT
	OGIFT	GIFT	SKILD	ÄNKA	UPPGIFT SAKNAS	
landsbygd: arbeterska, tjänarinna, obesutten	36	22		7		65 34 %
landsbygd: bönder, fiskare	15	5	1	2		23 12 %
landsbygd: yrkesutövare	14	4	1		1	20 10 %
stad: yrkesutövare	15	3	1	5	2	26 14 %
stad: tjänarinna, arbeterska	16	4		1		21 11 %
stad: icke arbetande kvinnor	6	2		4		12 6 %
yrke saknas	9	2	1	4	9	25 13 %
TOTALT	111	42	4	23	12	192 100 %

Tabell 6. Fördelning av kvinnornas härkomst och yrkestillhörighet enligt civilstånd 1889-1944

De flesta patienter, 45 procent, hörde till gruppen av *obesuttna* (34 %) samt *arbeterskor och tjänarinnor* (11 %), ifall stadens och landsbygdens grupper sammanslås. År 1910 förtjänade kring 40 procent av den finländska landsbygdsbefolkningen sitt uppehälle av egna odlingar, medan ungefär 20 procent fick sina inkomster från hyresodlingar och de resterande 40 procent förtjänade sitt levebröd i egenskap av (*obesuttna*) jordbruksarbetare åt *besuttna* (Markkola 1989, 39). Att många patienter hörde till den fattiga, *obesuttna* landsbygdsbefolkningen är föga överraskande, och avspeglar ett agrarland med en stor, fattig icke-jordägande befolkning. Av tjänarinnorna och arbeterskorna i städerna var majoriteten ogifta (16 av 21), endast fyra var gifta.

Till den näst största kategorin hörde stads- och landsbygdspatienter som var *yrkesutöväre* som utgjorde 24 procent (47 patienter). Majoriteten av de yrkesarbetande kvinnorna var ogifta, men i staden var andelen änkor lika stor som andelen gifta yrkesutöväre på landsbygden. Efter sekelskiftet hade andelen förvärvsarbetande kvinnor i städerna ökat. År 1910 hade undervisningsarbete, hälsovård, café- och restaurangverksamhet, andra serviceyrken, blandarbete och kontorsarbete blivit allt vanligare kvinnoyrken. De vanligaste kvinnoyrkena var dock fortfarande tjänarinnearbete och arbete i fabrik eller hantverksbodas, något som kan ses som en följd av industriernas och hantverkets ökade betydelse i städerna efter sekelskiftet (Vattula 1989, 15).

År 1910 fick 27 procent av de förvärvsarbetande – oftast ogifta – kvinnorna sin inkomst från dessa. Inom sömnadsindustrin ökade dock andelen gifta kvinnor och änkor under 1910 och -20-talen. Även de gifta kvinnorna började så småningom förvärvsarbete och år 1934 hade 43 procent av de industriarbetande gifta kvinnorna förvärvsarbetat under hela sitt äktenskap, förutom korta tidsperioder i samband med förlossningar. Även andelen förvärvsarbetande kvinnor över 64 år var anmärkningsvärd (Vattula 1989, 17, 24; se även Lähteenmäki 1995, 29-30). År 1930 hörde redan något över hälften av de myndiga kvinnorna i städerna till den yrkesarbetande befolkningen (Vattula 1989, 16-17; se även Lähteenmäki 1995). Därför kan den relativt stora andelen yrkesutövande patienter, framför allt från städerna, ses mot bakgrunden av det överlag ökade antalet urbana förvärvsarbetande kvinnor (t.ex. Vattula 1989). Det är symptomatiskt att de två patientgrupper som representerade större ekonomisk trygghet och en högre samhällelig status – landsbygdens besuttna och stadens medelklass – var företrädna i en rätt marginell utsträckning.

I sjukhusets årsberättelser kartlades patienterna enligt yrkes- eller ståndbeteckning, civilstånd, diagnos och ålder, beroende på vilka uppgifter som gällde. I till exempel 1908 års årsberättelse uppräknades de 60 patienterna, som detta år vårdades på hospitalet, i en hierarkisk ordning enligt stånd och civilstånd:

- 1 Presthustru
- 1 Kaptenska
- 1 Skeppareenka
- 1 Läkaredotter
- 3 Handladedöttrar
- 1 Klockaredotter
- 1 Bokhållarehustru
- 1 Frånskild hustru
- 1 Matvaruhandlerska
- 1 Lärarinna
- 1 Barnmorska
- 1 Soldathustru

- 1 Skomakarehustru
- 1 Trädgårdsmästaredotter
- 1 Maskinistdotter
- 2 Sömmerskor
- 12 Tjenstekvinnor
- 14 ogifta Allmogekvinnor
- 10 gifta allmogekvinnor
- 2 Allmogeenkor
- 2 Korrektionshjon

Högst uppe på listan fanns prästhustrun och lägst ner återfanns de två korrektionshjonen, dvs. brottslingar som placerats på sinnessjukhus. Patienter som tillhörde landsbygdsbefolkningen placerades här i en och samma kategori, allmogen, till skillnad från inskrivningshandlingarna där patienternas specifika stånd/klasstillhörighet framgick. Patienternas sociala status var således inte bara av vikt för intagningen, utan gavs nya betydelser på sjukhuset. En ny hierarkisering och omdefiniering av kvinnorna uppgjordes på sjukhuset som därigenom skapade sin egen patienthierarki och -logik.

OLIKA TIDER, OLIKA PATIENTGRUPPER

Trots att intagningarna av patienterna – och här avser jag antalet patienter per år – reflekterade sjukhusets praktiska förutsättningar, betyder det inte att intagningarna skulle ha saknat samhällelig anknytning eller förblivit oberoende av rådande samhällsstämningar. En utmaning i en historisk undersökning som omspannar drygt 40 årtionden är att studera varaktighet och förändring (Dörries & Beddies 2003, 160). Vilka företeelser gällande patientklientelet och beskrivningar av kvinnliga patienter förblev oförändrade och vilka förändrades? Bar Själopatienten på samma karakteristika år 1899 som år 1944? Konstruerades kvinnornas mentala avvikelser på samma sätt? Genomgången av källmaterialet och kategoriseringen av de intagna patienterna visade att det fanns tre brytningspunkter under perioden 1889-1944. Kring sekelskiftet 1900 kännetecknades Själo av unga, fattiga tjänarinnor från städerna. Det utmärkande för dokumenten var att uppgifterna var knapphändiga och fattigdomens betydelse uttalad. En förändring skedde på 1920-talet då den medicinska diskursen bredde ut sig; de medicinska dokumenten blev utförligare, många formulär var ifyllda med skrivmaskin (det första maskinskrivna formuläret 1922) (jfr Dörries & Beddies 2003). 1920-30-talen var viktiga – inte bara i Finland utan överlag – för den psykiatriska diskursens frammarsch med allt mer specialiserad diagnostik och metoder (malariaterapi, insulinshocker, ECT, mediciner, intelligenstest) (jfr Danziger 1990; Shorter 1997; Horwitz 2002).

De medicinska handlingarna från 1920-30-talen genomsyras av den rashygieniska diskursen, liksom även situationen med ryssarna som hade flytt undan den ryska revolutionen till Finland. Under denna period tog Sjalö emot ryska undersåtar och flyktingar. Samtidigt ökade andelen gifta patienter. På 1930-talet när kriminaliteten ökade i Finland, bl.a. som en återverkning av förbudslagen, samtidigt som man i Finland aktivt började diskutera den ökade kriminaliteten och på vilka sätt man skulle ta sig an det nationella problemet (Satka 1995; Nätkin 1997), tog Sjalö emot ett större antal kvinnliga kriminalpatienter. Vinter- och fortsättningskriget hade också konsekvenser för Sjalö, framför allt i samband med evakueringen av Karelen 1942 och 1944, då karelska evakuerade intogs på hospitalet.

Trots att det främst var ogifta, ensamstående kvinnor som skickades till Sjalö, ökade de gifta patienternas andel under den mellersta tidsperioden 1911-1930 (tabell 7).

		1889-1910	1911-1930	1931-1944
ogift	antal	46	30	35
	procent	60,5%	47,6%	66%
gift	antal	14	20	8
	procent	18,4%	31,7%	15,1%
frånskild	antal	3	1	
	procent	3,9%	1,6%	
änka	antal	8	9	6
	procent	10,5%	14,3%	11,3%
uppgift saknas	antal	5	3	4
	procent	6,6%	4,8%	7,5%
TOTALT	antal	76	63	53
	procent	100%	100%	100%

Tabell 7. Fördelning av kvinnorna enligt civilstånd och tidsperiod

Den första tidsperioden hade det största antalet inskrivna och av de 76 patienter som intogs var över hälften (46) ogifta. De flesta urbana tjänarinnor och arbeterskor inskrevs under den första tidsperioden, men deras antal fortsatte därefter att minska. Därför var även andelen patienter mellan 21-35 år som störst under åren 1889-1910.¹⁸⁴ Däremot inskrevs inga gamla patienter (66-80 år) under dessa år. Medelklasskvinnorna intogs på hospitalet under den första tidsperioden, men deras andel av patientklientelet var marginell. Gruppen av obesuttna kvinnor från

¹⁸⁴ 32 kvinnor i åldern 21-35 år intogs mellan åren 1889-1944. Under den sista tidsperioden 1931-1944 inskrevs endast 15 patienter i denna ålderskategori.

landsbygden var som störst under den första tidsperioden, men minskade sedan drastiskt under de följande åren 1911-1930.

Under den andra tidsperioden ökade intagningen av gifta kvinnor markant och dessa var nästan lika många till antalet som de ogifta. Med tanke på att det totala antalet gifta kvinnor var mindre än det totala antalet ogifta kvinnor, kännetecknades den mellersta tidsperioden av gifta interner. De gifta kvinnorna var ofta besuttna, vilket ökade de besuttna patienternas antal – framför allt efter inbördeskriget – för att sedan minska lika kraftigt under den sista tidsperioden. Efter år 1911 började också antalet gamla patienter (66-80 år) stiga och fortsatte att öka under de sista åren (jfr Gittins 1998; Zavarsek 2000; Dörries & Beddies 2003; Gasser & Heller 2003).¹⁸⁵ Ökningen av antalet äldre kvinnor var en följd av de intagna änkorna och de gifta patienterna som intogs år 1918 och efter detta. Inbördeskrigets sociala och ekonomiska följder syns i dokumenten där försörjningssvårigheter, förändrade levnadsvillkor samt sorg över söner och makar anges som bakomliggande sjukdomsorsaker. Intagningen av de ryska och baltiska patienterna bidrog till ökningen av andelen gifta interner. Under denna period ökade även andelen yrkesutövande kvinnor från landsbygden (Ahlbeck-Rehn 1998, 88).

Det totala antalet inskrivna fortsatte kontinuerligt att minska. Den sista tidsperioden kännetecknades, liksom den första, av ogifta patienter och de gifta kvinnornas andel minskade märkbart. Majoriteten av kriminalpatienterna inskrevs på sjukhuset under 1930-40-talen (se *Från brottslighet till sjukdom*). Samtidigt var andelen kvinnor från kommunalhem – och andra som saknade yrke – som störst under perioden 1931-1944. Sysslösa och kommunalhems- eller fattiggårdshysingar av vilka de flesta var diagnostiserade som sinnesslöa intogs på Sjalö under tid. Gruppen av karelska evakuerade ingick här (Ahlbeck-Rehn 1998, 88). Många av de karelska patienterna hade levt årtal på Viborgs sinnessjukhus eller på något kommunalhem. Följaktligen saknade patienterna yrkesbeteckningar. Skillnaden till varför patienter i den första tidsperioden saknade uppgifter om yrkestillhörighet låg främst i att kvinnornas övriga handlingar var bristfälliga. Därför fanns inga uppgifter om deras yrke, civilstånd eller uppförande. Mot slutet av den undersökta tidsperioden hade sjukhuset gått dels mot ett våldsammare patientklientel (kriminalpatienterna), dels mot ett åldringshem för sinnesslöa.

¹⁸⁵ Richard W. Foxs (1978) studie visar att kvinnor över 65 år var överrepresenterade i relation till män på amerikanska sinnessjukhus i början av 1900-talet (Kalifornien). Kvinnliga patienter vårdades på anstalt längre perioder än män och hade vanligtvis även tidigare vårdats på inrättning. Enligt Fox (1978, 131) kan detta ha berott på att fattighusen blev specialiserade institutioner ämnade för att omhänderta gamla och utfattiga män.

VÅLDSAMMA HISTRUR OCH PASSIVERADE DÖTTRAR

En intressant aspekt i intagningen av kvinnorna handlar om att granska hur patienterna framställdes i läkarintyget. Skapade den medicinska diskursen bilder av våldsamhet eller av passivitet, av sexuell osedlighet eller av foglighet? Ur läkarintygen gick det att urskilja fyra olika sätt att benämna patienterna, deras karaktär, personlighet, uppförande och sjukdom. Dessa patientkategorier var: "aggressiv", "lugn", "nedstämd" "erotisk".

		AGGRESSIV	LUGN	NED- STÄMD	EROTISK	UPPGIFT SAKNAS
ogift	antal	22	35	6	24	24
	procent	19,8%	31,5%	5,4%	21,6%	21,6%
gift	antal	22	6	2		12
	procent	52,4%	14,3%	4,8%		28,6%
fränskild	antal	2		1		1
	procent	50%		25%		25%
änka	antal	4	9	4		6
	procent	17,4%	39,1%	17,4%		26,1%
uppgift saknas	antal	1	2			9
	procent	8,3%	16,7%			75%
TOTALT	antal	51	52	13	24	52
	procent	26,6%	27,1%	6,8%	12,5%	27,1%

Tabell 8. Fördelning av kvinnorna enligt civilstånd och beteendemönster 1889-1944

Patienter som betraktades och beskrevs som lugna var 52 till antalet, men en lika stor andel, 51 kvinnor, betecknades som aggressiva. Bägge kategorier utgjorde 27 procent var. Således framställdes Sjalöinternerna som aggressiva och lugna i samma utsträckning i den medicinska diskursen. För lika många kvinnor (52) saknades dock uppgifter om deras "lynne" och uppförande, vilket är en stor andel. Patienter som i läkarintygen definierades som erotiska utgjorde sammanlagt tolv procent av patientpopulationen (12 kvinnor). Endast 13 kvinnor (7 %) beskrevs som nedstämda. Kategoriseringen av patienternas uppförande var inte alltid given. Kvinnor kunde i kommunens bilaga konstrueras som fogliga, medan läkarkåren betraktade patienterna som våldsamma, eller vice versa. Detta är i sig en viktig aspekt som jag skall återkomma till senare. Detta innebär inte att kommunens utlåtande skulle vara av mindre vikt; skillnaden ligger i kunskapshierarkin, makten och diagnostiseringen.

Det fanns dock fall där läkarintyget inte gav särskilt mycket för handen – till exempel saknades beskrivningar av lynnet – men däremot fanns utförligare uppgifter i kommunens utlåtande. I dessa fall har jag utgått från kommunens utlåtande.

De medicinska beskrivningarna och definitionerna av de kvinnliga patienternas uppförande markerade tydliga skillnader mellan gifta och ogifta kvinnor. Skillnaden var markant i kategorierna ”aggressiv” och ”erotisk”. Över hälften av de gifta patienterna karaktäriserades som aggressiva (22 av de 30 som *hade* uppgifter om beteende), medan ingen av de gifta kvinnorna beskrevs i sexuella termer.¹⁸⁶ Ogifta patienter framställdes oftast som lugna eller erotiska i den medicinska kursen. Vad gällde änkorna ansågs de mera sällan orsaka problem, men gav inte heller upphov till något större medicinskt intresse. Utsagor och utlåtanden om änkor var sällan utförliga.

Kvinnor som inte sades uppvisa lust att anfalla eller söndra föremål, samt de som omnämndes som fogliga till humöret, hörde till den ”lugna” patientkategorin. Denna grupp omfattade även patienter som förhöll sig likgiltigt till sin omgivning, de som beskrevs som passiva eller passiverade, de som vägrade tala, samt de fullständigt alierade katatonikerna. Kvinnor vars temperament eller lynne beskrevs som ”retligt” återfanns också i denna kategori. Det är möjligt att ytterligare en kategori (t.ex. retligt beteende) hade varit användbar, men eftersom de retliga patienterna inte ansågs uppvisa lust att anfalla, förstöra eller söndra saker, är de placerade i den ”lugna” kategorin. Därför går skiljelinjen mellan aggressivt och lugnt beteende vid utlåtanden om patientens våldsamhet och lust att anfalla. Utsagor i stil med: ”Stillsam och beskedlig ehuru slö och stundom osnygg” (tjänstehjon, 22 år, inskriven 1892) och ”glad; har inte försökt skada någon; vill alltid springa till byn” (”dövstum” bondedotter, 27 år, inskriven 1913) är exempel på beskrivningar av ett ”lugnt” uppförande.

Om patienten beskrevs som våldsam, aggressiv eller angripande, om hon sades uppvisa ”lust att förstöra och anfalla” eller på andra sätt omnämndes som ”farlig” och som svår att kontrollera på grund av häftigt uppförande, är hon kategoriserad som ”aggressiv”. Våldsamhet var en vanlig motivering till intagning på sinnessjukhus (jfr Moran 2003).¹⁸⁷ Läkarintygen var därför explicita i utsagor kring kvinnornas våldsamhet: ”under raseriskov varit fastbunden” (bondehustru, 32 år, inskriven 1914); ”klär sig naken, är osnygg och har t.o.m. anfallit” (arbetarhustru, 35 år inskriven 1915); ”de senaste tio åren i hemmet inlåst i ett kyffe” (bondedotter, 37 år,

¹⁸⁶ Undantaget kunde vara den gifta kvinnan Elin som presenteras i kapitlet *Gifta kvinnor – en nödvändig aggressivite?* Eftersom fokus i läkarintyget trots allt låg på hennes våldsamma uppförande placerade jag henne i kategorin ”aggressiv”.

¹⁸⁷ I James E. Morans (2003, 287) studie av lekmannabeskrivningar av – och motiveringar till – att någon släkting eller granne skulle intas på dårhus (1790-1867, New Jersey) utgjorde utsagor om våldsamhet 45 procent. Moran (2003, 287) påpekar dock att våldsamhet endast angavs som en delorsak till sinnesrubbnigen, men antar att aggressiviteten kunde utgöra ”den sista droppen” som fick familjemedlemmarna att reagera och ansöka om intagning.

inskriven 1916); ”emellanåt benägen att förstöra och anfalla, lovar ta livet av alla som kommer nära” (bondedotter, 32 år, inskriven 1924) eller ”sista tiden hållits på fattighuset i en enskild cell” (bondehustru, 35 år, inskriven 1907) är exempel på hur kvinnornas våldsamt kunde framställas.

Patienter som beskrevs som melankoliska, sorgsna, betryckta eller förstämde är följaktligen kategoriserade som ”*nedstämda*”. Patienter sörjde över krigshändelser, sitt fattiga liv, sina döda barn eller makar. Andra kunde inte ge uttryck för sin sorg eller nedstämdhet, utan försjönk in i en tyst värld. En del matvägrade, andra hade försökt begå självmord: ”Försökt beröva sig livet [...] Ansträngd av att vårda sin sjuka man. Antagligen dessutom grubblat över krigets härjningar” (torparänka, 57 år, inskriven 1916).

Kategorin ”*erotisk*” hänvisar till de Själopatienter som definierades i sexuella termer och vars kroppar och sexualitet diskuterades i dokumenten. De erotiska kvinnornas sjukdomsformuleringar innehöll utlåtanden om sexuell osedlighet, sexualliv eller -karaktär. Till denna grupp hörde kvinnor som gjort sig skyldiga till lägersmål (olagligt könsungä¹⁸⁸), som fött oäkta barn, kvinnor som ansågs ha ett ”överdrivet” intresse för det manliga könet, patienter som varit (utomäktenskapligt) sexuellt aktiva och prostituerade. Beskrivningar av könssjukdomar var också ett uttryck för en sexualisering av de kvinnliga patienterna. Även kvinnor som blivit våldtagna kunde porträtterades som sexuellt osedliga (jfr Ahlbeck-Rehn 2001; Engwall 2001). Sexualiserade patienter kunde *även* beskrivas som aggressiva, lugna eller nedstämda i läkarintygen (oftast aggressiva), såsom den 41-åriga farmaceuten som sades vara både besatt av tanken på att gifta sig *och* därtill våldsam:

”Det sexuella har starkt kommit i förgrunden, numera är hon ej förlovad utan skall gifta sig efter några dagar. Synnerligen aggressiv gentemot omgivningen och anfaller om hon blir emotsagd [...] Visar nu sjuklig efterhängsenhet gentemot en på orten bosatt läkare.”¹⁸⁹

Kvinnor som hade explicita utsagor kring sexualitet och kroppslighet (utomäktenskapligt havandeskap och förlösning) placerade jag i den ”erotiska” patientkategorin. Utsagor i stil med: ”hon har på senare tider visat stegrad drift från könsområdet. [...] Vi [Lappvikens sjukhus] varit tvungna att i en ganska betydlig mån inskränka hennes frihet.” (25 årig kvinna, född på Lappvikens sjukhus, inskriven 1892), eller ”fött en oäkting, varefter hon ännu inte blivit absolverad för lägersmål på grund av sin sjukdom” (tjänarinna, 21 år, inskriven 1898) är exempel på hur patienters sexualitet kunde uttryckas.

¹⁸⁸ Den ogifta mannen och kvinnans könsungä (lägersmål) var straffbart ända fram till år 1926 (Nieminen 1993, 75). Några kvinnor som intogs på Själo i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet hade anmärkning i sina ämbetsbevis (”prestbevis”) om att de blivit absolverade för lägersmål.

¹⁸⁹ Patienten hade getts diagnosen schizofreni och hon inskrevs år 1943. A-bilagan, Gamla Karleby, 25.11.1940. HM 3.2.4. (1943).

KVINNLIGHET, KLASS OCH VANSINNE

Inledning

Hur skall de ovan presenterade siffrorna och tabellerna tolkas? Inspärningen av de kvinnliga patienterna måste granskas utifrån den finländska sociala och historiska kontext som formade kvinnors liv under perioden 1889-1944. Kvinnorna och deras intagning handlade om olika samhälleliga aspekter som knöts ihop och var ömsesidigt beroende. Frågan är huruvida det egentligen handlade om olika aspekter eller om det var variationer av ett övergripande fenomen. Något som förändrades var sättet på vilket man skrev om patienterna. Retoriken kring fördomandet av sysslösheten (jfr Foucault 1967) förvandlades under årens gång till att handla om medborgarskap och vad det innebar att vara duglig, nyttig, finländsk samhällsmedborgare. Likaså omvandlades sedlighetsdiskussionen till rashygientankar. I den medicinska diskursen blev sedlighet mera *uttalat* en fråga kring kroppslighet, och fattigdom en fråga kring självkontroll, eller snarare brist på självkontroll.

Där bristande sedlighet ofta bara *antytts* i de äldre dokumenten, artikulerades utsagor kring sexuell lössläpplighet och kroppslig omoral i läkarintygen från 1930-talet. En förklaring till detta ligger i den övergripande fattigdomsproblematiken som kring sekelskiftet engagerade instanserna i en större utsträckning än individuella patienters sedeslösa snedsprång. Senare blev dessa sjukdomsmönster mera hotfulla, inte på grund av förvaringssvårigheter eller ett kommunalt fattigvårdsdilemma, utan på grund av den fara som patienten med sin bristande självkontroll utgjorde för nationen. Trots att kvinnors farlighet använts som motivering i tidiga inskrivningshandlingar förändrades farlighetens betydelse. När medborgarnas fysiska och själsliga hälsa blev en måttstock på nationens allmänna tillstånd och dess framtid, utkristalliserades hotbilderna (jfr Helén 1997; Halmesvirta 1996; Rivera-Garza 2003). I kapitlet *Från brottslighet till sjukdom* analyserar jag i detalj hur man med medicinsk retorik konstruerade sociala hot representerade i kvinnokropp och sexualitet.

I denna del studerar jag vilka innebörder de sociala kategorierna gavs i medicinska och kommunala diskurser, samt därigenom på vilket sätt kategorierna konstruerade olika kvinnligheter. En dekonstruktion av dokumenten visar hur konstruktionerna av kvinnlighet samtidigt formade olika kategorier av avvikande subjekt samt olika kroppsligheter. Av kategorierna är *civilstånd*, *klass* och härkomst – *stad/landsbygd* – de centrala. Utgående från dessa skillnadsskapande kategorier studerar jag vilka patienter som upplevdes som harmlösa, fogliga och ofarliga, och vilka kvinnor som framställdes som farliga och opålitliga.

Att uppgöra skillnader – olika kvinnliga avvikare, i olika kroppar

Foucault kallade genealogin för en historieskrivning som kan förklara hur diskurser och former av kunskap skapas, utan att man utgår från ett subjekt som är transcendentalt i förhållande till händelser eller som skulle förbli oförändrat under historiens gång (Foucault 1980b, 117). En genealogisk läsning med noggranna återgivning av händelser och utsagor illustrerar på vilket sätt Sjalökvinnorna konstituerades i ett specifikt rum, format av historiska och sociala förhållanden. I den kommunala, den medicinska och den rashygieniska diskursen, med sina intrasslade maktrelationer, skapades olika bilder av galenskap och subjektivitet. Således definierades och benämndes skilda patientgrupper på olika sätt. De kvinnliga avvikelserna var relaterade (utöver kön) till fattigdom, ärftlighet, klass och kroppslighet. I den ovan presenterade kartläggningen av kvinnorna visade jag hur patientklientelet såg ut under den 50 åriga undersökta tidsperioden. Även om jag diskuterade patienterna utgående från vissa "karaktistiska" (civilstånd, ålder, beteende, klasstillhörighet osv.), skall dessa inte förstås som essentiella eller inneboende egenskaper hos kvinnorna. Min strävan har varit att genom att uppgöra kategorier samtidigt dekonstruera dem, genom att visa hur var och en av dessa kategorier – såsom "civilstånd" – är indelad i en mängd betydelser.

Civilstånd och vainsinne

De ogifta – fattigdom på landsbygden, utsatthet i städerna

Patienternas sociala profiler säger något om hur statliga instanser, kommuner, läkarkåren och familjemedlemmar uppfattade sociala problem och hur de – under olika tidsperioder – förhandlade sig fram till olika lösningar. Därför isolerades vissa patientgrupper i början av tidsperioden och andra patientgrupper senare. Trots skillnader mellan patienterna fanns ett övergripande kännetecken: *civilståndet* som förblev en markör för Sjalös patientklientel under hela den undersökta tidsperioden. Sjalöpatienterna var ofta ensamstående kvinnor. En viktig orsak till detta ligger i de ensammas utsatthet som blev ytterst synlig i dokumenten. Kvinnornas bakgrund som ogifta, änkor eller fränkskilda hade i många fall medfört försörjningssvårigheter, och de hade för andra – familj, kommun, stad – blivit svåra att försörja. Ur ankornas sjukhushandlingar framkommer tydligt hur intagningen av dem är sammanbunden med rent ekonomiska orsaker (jfr Gittins 1998). Andra orsaker eller förklaringar ges sällan. I synnerhet i kommunens handlingar kan man läsa om hur ankorna hade haft svårigheter att försörja sig själva, vilket ofta hade lett till att barnen antingen inte ville eller kunde ta hand om modern.

Civilståndet dikterade i stor utsträckning kvinnornas sysselsättning och arbetsvillkor. På landsbygden var ogifta kvinnors betalda arbete utanför hemmet, ofta som pigor, en "mellanfas" som markerade tiden

mellan ungdomsår och äktenskap. Ogifta kvinnor hade varit nyttiga arbeterskor inom jordbruket hos sina familjer eller släktingar, men under 1800-talet förändrades situationen för de ogifta kvinnorna i samband med att landsbygden överbefolkades. Samtidigt ökade antalet ogifta kvinnor i slutet av 1800-talet i städerna, i synnerhet i Helsingfors. Det blev svårt för kvinnornas släktingar som enligt lagen var ansvariga för deras försörjning att försörja dem, och de ogifta kvinnorna riskerade att bli en försörjningsbörd (Mustakallio 1988, 38). Situationen på landsbygden för de jordlösa och för den växande lantarbetar- och torparklassen var svår, och de obesuttna patienternas andel på Sjalö var den största. Det framkom redan i början av detta kapitel att många familjer, främst i egenskap av far eller bror, saknade ekonomiska förutsättningar att ta hand om kvinnan i fråga. Det handlade ofta om att kvinnan inte var "arbetsduglig" ("duger ej till arbete", "saknar arbetslust") och därför inte kunde försörja sig själv. Fattigvården ansvarade för dessa individer som utgjorde ett ekonomiskt problem för familjen (ifall sådan fanns), för lokalsamhället och för kvinnorna själva (jfr Deacon 2003).

Korrespondensen mellan de olika instanserna och patienternas handlingar avspeglade en förändringsprocess: från att kvinnan hade upplevts som besvärlig eller problematisk kunde förhållningssättet gentemot den kvinnliga avvikaren förändras, ifall kvinnan – utöver sysslolösheten (som i sig var normbrytande) – började uppvisa ett i kommunens ögon misstänksamt beteende. Förändringar i kvinnornas beteendemönster satte samfundet i gungning. Tankar om eventuell sinnesrubbling ledde till att kommunens fattiggård eller kommunalhemmet kontaktades i första hand. Ifall fattighuset inte kunde hysa kvinnan då huset saknade sinnessjukavdelning, det rådde brist på utrymme eller fattiggården helt enkelt inte klarade av att övervaka henne ifall hon var våldsamt eller djupt förvirrad, kontaktades läkare eller sinnessjukhus.

En förklaring till varför så många patienter – relativt sett – var urbana *ogifta* kvinnor låg dels i stadens utelämnande miljö, dels i synen på tjänarinnor och arbeterskor som degenererade och osedliga, något som jag visar tydligare i nästa kapitel (*Från brottslighet till sjukdom*). De urbana patienternas andel var som störst i början av tidsperioden men sjönk därefter kontinuerligt. Förändringar i de agrara kvinnornas andel var inte lika betydande, utan hölls relativt jämn under hela tidsperioden. Sekelskiftet har karaktäriserats som en brytningstid för Helsingfors i och med att stadens invånarantal ökade kraftigt samtidigt som en urban arbetarklass växte fram (Häkkinen 1995, 222). De urbana patienterna var unga ogifta landsbygdskvinnor från hela Finland som hade sökt sig till Helsingfors på jakt efter arbete. De hamnade ofta i medelklasshushåll i egenskap av tjänarinnor eller barnflickor (jfr Häkkinen 1995).¹⁹⁰ Deras position var

¹⁹⁰ I sin studie av sinnessjukhusen i Hamilton och Toronto, lägger David Wright, James E. Moran och Sean Gouglas (2003) fram samma resultat av de kvinnliga patienternas sociala profil, nämligen den stora andelen ogifta tjänarinnor och hushållsarbetare.

bräcklig: uppvisandet av mentala avvikelser, ovilja eller oförmögenhet till arbete var otänkbart och bestraffades i form av uppsägning.

I källorna framgår hur ofrivillig graviditet, depression, passivitet eller förtärande av alkohol hade registrerats av patienternas tidigare arbetsgivare. Det stora antalet yrkesutövande kvinnor bland internerna på Sjalö hospital reflekterade den allmänna trenden med allt fler förvärvsarbetande kvinnor i städerna, såväl gifta som ogifta, under 1900-talets första årtionden (Vattula 1989; Lähteenmäki 1995). En deprimerad sömmerska som inte utförde sitt dagsverke i den takt som var avsedd, eller sjuksköterskan som visade aggressiva skov under arbetsdagen, noterades. Omgivningen förhöll sig inte förstående till kvinnor som misskötte sina arbetsuppgifter. Ofta var detta "sjukdomstecken" något som diskuterades i patienternas medicinska anamneser och intyg. En kvinna utan arbete och familj, kanske med ett oäkta barn att försörja och svårigheter att bli anställd på grund av egenheter i lynne, gjorde att hon kastades ut för att i nästa stund fångas av kommunala myndigheter, såsom fattigvårdsstyrelse eller kommunalnämnd. I kommunbilagor – ofta undertecknade av representanter för Helsingfors stads fattigvårdsstyrelse – målades bilder av patienternas sociala uteslutning, arbetslöshet och ekonomiska utslagning.

Staden saknade landsbygdens möjligheter att inom ramen för bysamhället ordna vård för sinnessvaga eller annars fattiga ensamstående individer. Patienter från landsbygden hade ibland i sin hemkommun blivit hysta av sockenbor i tur och ordning. Det handlade om ett slags gemensamt ansvar inom kommunen och även om detta system så småningom blev mera ovanligt, kunde traditionen i vissa byar leva kvar. I städerna var fattighusen ofta överbefolkade och staden hade få möjligheter att omhänderta avvikare. Staden var mer anonym; här fanns ingen som brydde sig om eller kände plikt att hysa ensamstående sysslolösa kvinnor.

Ålder och vansinne – horor eller offer?

Forskningen om kvinnors galenskap har inte bara lyft fram civilståndet och klass, utan också betydelsen av patienternas ålder. Yannick Ripa (1990) gör detta genom att hänvisa till den innebörd kvinnokroppen tillskrevs kvinnliga patienter som intogs på Salpêtrière, sinnessjukhuset för kvinnor i Paris. Ripa (1990, 49) visar hur kvinnors intagningar på sjukhuset under första hälften av 1800-talet följde kvinnors reproduktiva cykel. Intagningarna till Salpêtrière visade en ökning vid tre åldrar: vid en ålder av 15, mellan 30 och 35 år, samt patienter i 50 årsåldern. De intagna tillhörde således tre ålderskategorier: unga flickor i puberteten, unga mödrar och kvinnor som genomgått menopausen. Enligt Ripa tenderade kvinnor lättare att bli diagnostiserade som vansinniga under särskilt dessa livsfaser. I Ripas (1990) analys är betydelsen av kvinnornas pubertet och menopaus det centrala. På Sjalö var andelen flickpatienter marginell och de flesta patienter var unga kvinnor i åldern 21-35 år. För Sjalöpatienternas del var åldern dock underordnad betydelsen av civilstånd, men jag skall härnäst granska några fall där åldern hade en viss betydelse.

”Starka begär” – tonårsflickan Julia

Unga patienters sexualitet och kroppslighet konstruerades på varierande sätt. Kategorin ”erotisk” var liksom de övriga kategorierna rörlig och dess betydelser skiftande. Det fanns en skillnad mellan kvinnor/flickor som framställdes som aktiva i sexuellt hänseende och kvinnor som betraktades som offer för sina ”kärlekskänslor”. I de medicinska och kommunala diskurserna var passivitet och ”oskyldighet” mindre förkastligt än aktivitet och delaktighet i sexuella handlingar. Laura S. Abrams och Laura Curran (2000) diskuterar uppkomsten av ungdom som en specifik utvecklingskategori vid sekelskiftet 1900 i Förenta staterna. De visar hur diskursiva konstruktioner av ungdom stämplade alla ungdomar som en sårbar grupp, men särskilt unga kvinnor betraktades vara svagare och skörare än manliga ungdomar (jfr Vehkalahti 2002). Abrams och Curran (2000, 51) visar hur synen på den oberäkneliga flickan (wayward girl) uppkom som en kulturell representation för kvinnligt oortodoxt beteende – i min förståelse ”okvinnlighet” – och följaktligen för avvikelser. Folkliga fantasier skapade bilder av den oberäkneliga flickan som oskyldig, men samtidigt omoralisk.

Även om Sjalö hospital inte karaktäriserades av flickor i puberteten, fanns det en ung flicka vars intagningshandlingar är intressanta med tanke på Ripas (1990) antaganden om pubertet och vansinne. En av de unga patienterna som konstruerades som ett aktivt, men förkastligt, subjekt var den 17 åriga Julia från Sideby i Österbotten. Genom motstridiga och konkurrerande utsagor förflyttades flickan från hemkommunen via uppfostringsanstalt till Sjalö. I dokumenten framkommer det att Julia uppvisade ett i kommunens och läkarnas ögon avvikande beteende. Julia var oäkta barn, fadern okänd, modern uppgavs vara gift men ”ytterst klen begåfvad”.¹⁹¹ År 1925 sändes Julia från sin hemkommun till Sjalö med diagnosen ”dementia praecox:”, med ett frågetecken. I dokumenten framgår att flickan för fyra år sedan hade haft ”sömsjuka” och att hon sedan dess betett sig besynnerligt. Kommunalnämndens ordförande och kyrkoherden beskriver henne som ”orolig och rörlig (löper omkring i byn i gårdarna)” och påpekar att hon ”är icke konfirmerad, har besökt skriftskola omkring halfva tiden, men blef bortvisad för upprepade stölder”. Därtill sägs hon ha ”varit snål efter snask och sötsaker”, ”tiggat och snattat” samt att ”hon anses hafva anlag till lättsinne.” I den kommunala diskursen ges följande orsaker till hennes beteende: ”Dålig uppfostran, starka begär, hennes sömsjuka, som i någon mån förslöat hennes omdömesförmåga. Märkas bör att hon går fritt, är ej sjuk, och då hon gjort något illa och kommit fast så kan hon ådagalägga stor klyftighet ja skarpsinne i att ljuga och försvara sig.” Kommunen skapar en bild av ett olydigt barn som betar sig illa, men i denna diskurs uppfattas hon inte som en sjuk individ. Julia

¹⁹¹ B-bilagan, Sideby, 25.4.1925. HM 3.2.4. (1925).

fråntas inte heller ansvar; hon beskrivs som fiffig, även om det så gäller ett oönskat beteende som att ljuga.

Trots att Julia tidvis varit på uppfostringsanstalter har kommunen alltid tagit henne tillbaka efter en kort tid. År 1924 skickades hon från uppfostringsanstalten i Wuorela¹⁹² till Seinäjoki distriktssjukhus. Här undersöktes hennes sinnestillstånd och hon observerades i en dryg månads tid på sjukhuset. Hennes vistelse på sjukhuset resulterade i ett expertutlåtande:

”visade sig ovannämnda Julia Söderholm till den grad sinnesslö/imbecill/, att det torde vara mycket svårt kanske rentav omöjligt att få henne att ta sig för något organiserat arbete eller studier [...] uppvisade hon (J.S.) i härv. anstalt i stor utsträckning erotiska /köns-/ böjelser, att hon åtminstone på en sådan uppfostringsanstalt, kan i sedlighetsrelationer bli farlig för sin omgivning på sådan uppfostringsanstalt där det andra könet också finns, eftersom hon pga sitt nästan mani-liknande livliga temperament inte förmår behärska sina drifter.”¹⁹³

Läkaren (i Seinäjoki) drar slutsatsen att det vore bäst att Julia omhändertogs, men poängterar: ”men inte alls i en sådan uppfostringsanstalt där hon kan orsaka svårigheter och störningar för sin omgivning”. Den medicinska texten skapar en bild av en sexuellt okontrollerbar person som utgör ett potentiellt hot för sin omgivning. Den degenererande sinnessjukdomen skapas i relation till osedligheten, obildbarheten och arbetsförmågan som gör henne samhällsnyttig. I nordisk kontext blir betydelsen av arbete och skolning avgörande (jfr Vehkalahti 2003, 2004). Flickan definieras som maniker, såsom oförmögen att kontrollera sina lustar. Ett behov av övervakning skapas, därtill skall förvaringen av henne ske på ett ställe där hon inte ”stör” eller skapar svårigheter för sin omgivning. Själö blir lösningen, ett ställe utan det andra könet, en trygghet som skapas ur ett heteronormativt perspektiv. Bilden av flickan skiftade således från kommunens representation av henne som besvärlig och lögnaktig till ett medicinskt problem som ansågs kräva medicinsk intervention.

Vistelsen på Själö blev kort för Julias del. Redan följande år, 1926, finns anteckning om att hon utskrivits. Möjligen tog hemkommunen tillbaka flickan, men närmare uppgifter om detta saknas.

Kärlekens offer

Trånande unga kvinnor som blivit besvikna i sina förhoppningar utgjorde en kategori bland de unga patienterna. Ogifta kvinnors besvikelser i kärlekslivet angavs förhållandevis ofta som orsak till att sinnessjukdomen hade brutit ut. Såväl i den medicinska som i den kommunala diskursen

¹⁹² Se Kaisa Vehkalahtis (2002, 2003, 2004) forskning om uppfostringsanstalten Vuorela, avsedd för ”missanpassade” flickor. Vehkalahti studerar framför allt de på Vuorela intagna flickornas livsberättelser, men också kulturella bilder av flickskap och könad social avvikelse. Se även Päivi Honkatukias (1998) avhandling om flickor, kriminalitet och könad social avvikelse som en nutida jämförelse.

¹⁹³ Läkarutlåtande, Seinäjoki distriktssjukhus, 3.7.1924 (övers.). HM 3.2.4. (1925).

påtalades olycklig kärlek, men det var framför allt i kommunens intyg som kvinnornas miserabla kärleksliv dryftades. När kommunalnämndens representanter sökte efter tänkbara förklaringar till de unga kvinnornas sinnesförvirring gjordes det ofta ur ett heteronormativt perspektiv, så att kvinnor som "misslyckats" i att äkta en man eller som blivit svikna av män, ansågs dras ner i en bottenlös melankoli. Dessa patienter beskrevs då som djupt olyckliga och nedstämda. En del av dem hade fött utomäktenskapliga barn, ibland kunde det ha skett för 20-30 år sedan. För andra hade sorgen fördubblats på grund av att fadern till barnet svikit kvinnan – inte gift sig med henne – och därtill hade barnet avlidit.

För den 48-åriga Gustava anges "olycklig kärlek och besvikna förhoppningar" i A-bilagan som sjukdomsorsak.¹⁹⁴ Det framkommer att patienten för 20 år sedan hade fött ett oäkta barn och blivit sviken i löftet om giftermål. För andra, såsom den 21-åriga Lydia, nämndes olycklig kärlek utan att desto mera information.

"Hon är till lynnet livlig och glättig, har goda fattningsgåvor. Har ej under utvecklingsåren visat några besynnerligheter. Har genomgått folkskola och skriftskola, sysslat med sömnaid, icke fört oregelbundet liv eller haft skadliga vanor, har lidit av olycklig kärlek."¹⁹⁵

En ung kvinna, den 25-åriga Lisa, intas på Sjalö uttryckligen – såsom orsaken formulerades – på grund av sin "drift från könsområdet". Hon är dotter till "den sinnessvaga qvinnan" och hennes far

"skall vara den svåra krim. pat. [efternamn], som i tiden sändes härifr. [Lappviken] till Sjalö. [...] Här har hon förut fått gå fritt och syssla med allehanda små saker, mjölkning, städning, skötsel af andra pat. m.m. men på senare tider har hon blifvit betagen i en kriminalpat. (gift karl) att vi varit tvungna att i en ganska betydlig mån inskränka hennes frihet. Hon är själf mycket nöjd med att få komma till Sjalö, där hon hoppas få större frihet, som ju nog är bra."¹⁹⁶

Även medelålderskvinnor kunde beskrivas som kärlekens offer. Andelen "medelålderskvinnor" bland patienterna uppgick tillsammans till hela 46 procent. En "typisk" omhändertagning under de första årtiondena av 1900-talet kunde se ut såhär: År 1912 inskrevs den 50-åriga ogifta bondedottern Augusta. Hennes intagningshandlingar är kortfattade. Patienten beskrivs som nedstämd, hon sägs sakna arbetslust och hon har getts diagnosen schizofreni. För närmare tjuugo år sedan födde hon tvillingar som båda dog som nyfödda. Kommunalläkaren konstaterar lakoniskt att Augusta varit sinnessjuk i tjuugo års tid.¹⁹⁷ Kommunalnämndens ordförande och

¹⁹⁴ Gustava saknade explicit diagnos. A-bilagan, Tervola, 18.5.1908 (övers.). HM 3.2.3. (1908).

¹⁹⁵ B-bilagan, Sjundeå, 2.4.1921. HM 3.2.3. (1924).

¹⁹⁶ Brev från överläkaren vid Lappvikens sjukhus till sysslomannen på Sjalö, 12.8.1892. HM 3.2.3 (1892).

¹⁹⁷ A-bilagan, Kemijärvi, 4.9.1912. PP 3.7.2. (1942).

prästen anger som orsaker till hennes sjukdom: ”Inget annat än hennes barnsängar och svikna äktenskapsförhoppningar”.¹⁹⁸ År 1942 avlider hon på Sjalö.

Skillnaden mellan kärlekens offer och de kvinnor som framställdes som sexuellt aggressiva och påstridiga (exemplet Julia) låg i hur kroppsligheten och sexualiteten konstruerades. För kärlekens offer kunde kroppsligheten handla om barnafödande – ofta förknippat med att barnet dött eller att fadern till barnet övergett kvinnan – men det var *känslorna och sorgen* som frammanade vansinnet. Därtill hade kärlekens offer inte på andra sätt agerat osedligt eller riktat sin uppmärksamhet mot män (annat än mot ”den ende rätte” som sedan svikit). Lisa som intogs på Sjalö på grund av sin ”drift från könsområdet” tolkar jag också utgående från offer- eller oskyldighetsaspekten, eftersom avsikten med hennes intagning handlar om att beskydda henne själv från sina ohälsosamma känslor. För de sexuellt ”aktiva” var situationen dock en annan. Där de nedstämde övergivna kvinnorna vände sina känslor inåt, agerade de sexuellt osedliga ”utåt”. Läkarvetenskapen talade om ”drifter” och ”kroppsliga begär” som orsakade besvär för omgivningen. Inte sällan konstruerades dessa böjelser som samhällsfarliga.

Skrämda kvinnor

Tanken om unga flickor som lättpåverkade av starka känslor var emellertid inte endast förbehållet kärleksting (jfr Erikson 1966). Det fanns en grupp unga patienter vars kroppar förblev utanför den medicinska diskursens intresse. För dessa handlade vansinnet om häftig förskräckelse eller andra starka upplevelser som orsakat sinnesrubbnigen. År 1895 intas den 21-åriga inhysesdottern Natalia. Hennes inskrivningshandlingar utgörs endast av en anamnes, ämbetsintyg och C-intyget (utfärdat av kommunalnämnden i Loppis). Under diagnosen *dementia secundaria* förflyttas hon från Lappviken till Sjalö. Föräldrarna sägs vara friska, men ”modren varit då hon var 18 år gammal lindrigt sinnessjuk”. Med andra ord fungerade även ärftlighetsdiskursen som förklaring till Natalias vansinne. Till sitt lynne uppges inhysesdottern vara ”saklig och lättrogen”. Hennes problem antas ha fått sin början då hon som 17 år gammal blev djupt skakad av en pjäs på nykterhetsällskapet:

”Den 31. Maj 1891 utbröt hennes sinnessjukdom då hon tills. med sina vänner gått på en fest ordnad av nykterhetsällskapet där man förevisade scen ur Turmiolan Tommis’ liv. Detta hade gripit pat. till den grad att hon blef sjuk. Hennes sjukdom antog form af en mani och hon vårdades å Lappviks sjukhus ända till 31 mars 1892 då hon utskrefs frisk.”¹⁹⁹

Efter sin utskrivning vistades hon i sitt hem fram tills att hon i september 1892 kom till Helsingfors för att ”lära sig sy” och fick tjänst i staden. I

¹⁹⁸ B-bilagan, Kemijärvi, 31.9.1912 (övers.). PP 3.7.2. (1942).

¹⁹⁹ Alla citerade utsagor över Natalia är från hennes anamnes från Lappviken som saknar datum. HM 3.2.3. (1895).

anamnesen meddelas att hon hade fått arbeta hårt och vakat om nätterna. I oktober samma år utbröt åter hennes sjukdom och antog ”samma form”.

”Hon intogs för andra gången å Lappviks sjukhus den 16 Nov. 1892 och har sedan dess vårdats här. Hennes sjukdom har småningom öfvergått till en allmän slösinthet och är hon mera osnygg och visar ofta lust att klä av sig kläderna, samt är tidtals häftig. Patientens nuvarande sjukdomsdiagnos: Dementia secundaria.²⁰⁰”

Natalia dör redan följande år, den 24 april 1896. Dödsorsaken finns inte angiven.

För den 34-åriga Olga uppgavs i B-bilagan ”säges hafva blifvit skrämrd i följd af att hon blifvit biten av en häst och att hon ensam hemma sett karlar stå utanför boningsfönstren och knackat på dörren för att få komma in.”²⁰¹ Skrämsel uppgavs ofta, framför allt i början av den undersökta tidsperioden, för yngre kvinnor som förklaring till varför sinnessjukdomen utbrutit. Inte sällan var skrämseln sammankopplad med imaginära män som ofredade de känsliga kvinnorna. Möjligen kunde detta tolkas som inbillade sexuella närmanden och därmed som ett uttryck för osunda tankar.

Fattigdom och vansinne – olyckliga omständigheter eller självförvållat?

Resultaten visar att en av Själo hospitals funktioner var att fungera som ett fattighus, en förvaringsanstalt för fattiga ensamma kvinnor som inte hade någon annanstans att ta vägen. Fattigdom handlade inte enbart om brist på pengar och bröd, utan också om brist på valmöjligheter och handlingsutrymme (jfr Hüchtker 2001, 335). Betydelsen av fattigdom kan ytterligare problematiseras. På samma sätt som patienters sexualitet och kroppslighet representerades på olika sätt, konstruerades patienternas fattigdom på varierande sätt. Fattigdom kunde representeras olika i olika diskurser: som något farligt, omoraliskt eller kriminellt, men ofta var dessa betydelser sammankopplade. Mirja Satka (1995) diskuterar representationer av finländsk fattigdom i slutet av 1800- och början av 1900-talet. Satka (1995, 45-46) visar hur de fattiga vid denna tid definierades på två olika sätt och placerades i två sociala kategorier. Till den första kategorin hörde den gudfruktiga och hårt arbetande fattiga individen. Den andra kategorin bestod av den nonchalanta fattiga som saknade viljan att ta hand om sig själv och lät samhället bekosta dennes levebröd.²⁰² De lata

²⁰⁰ Ur Natalias anamnes som saknar datum (se fotnot ovan).

²⁰¹ Inhysesdotter, diagnos schizofreni, inskriven 1922. B-bilagan, Helsinge 28.3.1906. HM 3.2.4. (1922).

²⁰² ”Man kan skilja emellan tvenne olika slag af fattiga, nämligen: sådana fattiga hvilka försaka och lida, men trygga sin utkomst vid Guds hjälp och idogt arbete, samt sådana, hvilka sakna lust och viljekraft till själsförvärv och därför i lättja utsräcka sin hand mot allmosans nådebröd”, skrev Gustav Helsingius (1899, 2) i sin *Handbok i fattigvård* (ur Satka 1995, 45).

och omoraliska fattiga ansågs därtill vara mera benägna till dryckenskap och utomäktenskaplig sexualitet. Lösdrivarna uppfattades överlag som lata och placerades i den onyttiga medborgarkategorin (jfr Nygård 1998).

Själökvinnornas fattigdom definierades olika beroende på deras övriga moraliska dygder eller laster. Kommunalnämndsdiskursen kunde konstruera patientens fattigdom som något problematiskt eller omoraliskt, i den medicinska diskursen kunde fokus ligga på det sjukliga, som ett bevis på sinnessrubningen. En innebörd av fattigdom som var gemensam i de olika diskurserna var tanken om att bakgrunden, dvs. orsaken till sinnessjukdomen, låg i patientens ”dåliga ekonomiska förhållanden”.²⁰³ Skillnaden låg i hur orsaken till dessa dåliga ekonomiska förhållanden och den efterföljande diagnosen konstruerades. Vissa av patienterna framställdes som ”goda fattiga”, som individer som inte kunde rå för sin utsatta position, som hade arbetat hårt och varit dygdiga (övergivna mödrar, änkor).

Änkorna beskrevs ofta som lugna och ”harmlösa.” Intagningen av änkorna motiverades av kommun och läkare med kvinnornas ekonomiska misär och utsatthet.

”Till sitt 19 år har pat. bott hemma och gifte sig sedan med lokomotivföraren [efternamn] i Petersburg och flyttade till Finland, bosatt i Wiborg, T-fors etc. Mannen snäll, men drinkare. [Efter att mannen dött och] då hon ej kunnat livnära sig mera blev hon intagen å komm.hemmet”²⁰⁴

Änkor, liksom ogifta, var ensamstående kvinnor, men gestaltades sällan i moraliserande eller nedsättande utsagor. En förklaring kan vara att den manliga förankringen fanns (eller hade funnits) och därmed uppfattades inte dessa kvinnor som osedliga. Däremot kunde änkorna definieras som besvärliga ur ett försörjningsperspektiv. Den 71-åriga änkan Aina var en av dessa. Polismästarsektionen ansöker om sin mors intagning på sinnessjukhus år 1921.²⁰⁵ I kommunens utlåtande nämns att änkan efter sin mans död hade haft det ekonomiskt och emotionellt tungt: ”stor sorg genom mannens död genom olyckshändelse samt därigenom ekonomiska svårigheter.”²⁰⁶ Under år 1920 hade Aina varit på upptagningsanstalten i Åbo, ”där hon hela tiden varit lugn och foglig, hjälpsam.”²⁰⁷ Det framkommer att hon har fött tolv barn, av vilka sex är vid livet. I sonens brev framställs Aina däremot som svårskött och han framhåller att det är svårt att vårda modern hemma: ”och det för oss är omöjligt att hålla henne i vårt hem allra helst som vi hava små barn i vårt hem och de

²⁰³ Detta är en ofta förekommande utsaga i källorna. Till exempel anges detta som sjukdomsorsak hos en 37-årig barnsköterska med diagnosen schizofreni, intagen år 1922. B-bilagan, Helsinge, 8.4.1913. HM 3.2.4. (1922).

²⁰⁴ 65-årig tågföraränka, diagnos dementia senilis, inskriven 1927. Anamnes, förmodligen utförd av Nickby sjukhus. Datum och plats saknas. HM 3.2.4. (1927).

²⁰⁵ Brev från polismästarsektionen till medicinalstyrelsen, Åbo, 9.5.1921. HM 3.2.3. (1921).

²⁰⁶ B-bilagan, Åbo, 2.5.1921. HM 3.2.3. (1921).

²⁰⁷ A-bilagan, Åbo, 3.5.1920. HM 3.2.3. (1921).

lida utav hennes uppträdande.”²⁰⁸ Aina anses vara i behov av anstaltsvård och medicinalstyrelsen fattar beslut om att placera henne på Själo. Utan sjukdomsdiagnos intogs gjutmästareänkan från Åbo på Själo år 1921.

Ainas och de ”goda fattiga” patienternas fattigdom definierades som en ”naturlig konsekvens” av förhållandena (jfr Satka 1995, 46), och den var inte självförvålad. Även kriget kunde vara en sådan naturlig konsekvens:

”hon har en längre tid varit likgiltig och hon har inte kunnat försörja sig. Efter att mannen förts ut i krig märkbar försämring”.²⁰⁹

För gifta kvinnors del omnämndes ibland att männen inte tagit sitt ansvar för försörjningen. Även gifta kvinnor var ensamstående på grund av krig och emigration. För den 34-åriga ”förra bondhustrun, numera fattighjonet”, inskriven år 1890 uppgavs att maken ”löse karlen [för- och efternamn] allt fortfarande vistas i Amerika utan att just alls bry sig om sina härvarande minderåriga medellösa barn”.²¹⁰

Fattigdomen kunde då förklaras med olyckliga omständigheter och kvinnorna framställdes i en oskyldig dager, som offer. Som en följd av detta var även den medicinska diagnostiseringen mera ”välvillig” och mindre stämplande än hos yngre kvinnor från de lägre samhällsklasserna (jfr Dörries & Beddies 2003). Detta var även relaterat till den antagna sjukdomens bakomliggande orsaker. Det var inte bara de goda fattigas fattigdom som konstruerades som en ”naturlig” följd av omständigheterna. Även deras sinnesrubbnig var ett resultat av olyckliga omständigheter (jfr Laffey 2003).

En kvinna som ur samfundets perspektiv endast var onyttig kunde ändå tolereras. Intagningen av ogifta arbetsoförmögna kvinnor kan därför inte *endast* reduceras till ekonomiska förklaringar. Källorna vittnar om hur bysamhällen hade visat den kvinnliga avvikaren omtanke, förbarmat sig över henne och haft medlidande med hennes utsatta belägenhet. En del av kvinnorna hade före sin placering på anstalten hysts av sockenbor. En parallell kan här dras till Pälvi Rantals (2002) studie av ”byfänen” som ett socialt fenomen, där hon visar hur bysamhället uppvisade både tolerans och fördömande av sociala avvikelser. Samtidigt konstaterar Rantala (2002, 48) att där hennes ”material upphör, där gränsen för människors tolerans dras, börjar Ahlbeck-Rehns (1998) material och forskningsområde”. Rantals (2002) antagande belyser den sociala avvikelens toleransgränser, dvs. då avvikelserna inte längre kan accepteras, vidtar samhället åtgärder. I Själopatienternas fall förändrades inställningen till kvinnorna om man antog att de kunde vara en fara, inte bara för samhället, utan också för sin avkomma genom arvsanlagen (jfr Nygård 1998, 87).

²⁰⁸ Ur sonens brev., Åbo, 9.5.1921. HM 3.2.3. (1921).

²⁰⁹ 47-årig rysk undersäte (”hustru åt rysk arbetare”), saknar explicit diagnos, inskriven 1922. A-bilagan, Viborg, 7.II.1919 (övers.). HM 3.2.4. (1922).

²¹⁰ ”Fattighjonet” saknar explicit diagnos. Pastorsembetet, Kronoby, 12.I.1900. HM 3.2.3. (1890).

Själökvinnor som beskrevs i karaktärlösa termer konstruerades ofta som "omoraliskt fattiga". Dessa onda fattiga uppvisade bristande självkontroll – och en svag karaktär – något som bevisades inte bara av deras fattigdom, utan av deras osedliga leverne. Synen på de onda och lättsinniga fattiga kan jämföras med Karl Marxs (1852) beskrivning av tras- eller slumproletariatet (*Lumpenproletariat*), som var en "odefinierad, lastfull [...] massa" som bestod av: "vagabonds, dismissed soldiers, discharged convicts, runaway galley slaves, sharpers, jugglers, lazzaroni, pickpockets, sleigh-of-hand performers, gamblers, procurers, keepers of disorderly houses, porters, literati, organ grinders, ragpickers, scissors grinders, tinkers, beggars". Marxs slumproletariat beskrivs emellertid helt i manliga termer. Fattiga, yngre kvinnor som diagnostiserades med oligofreni eller schizofreni kunde räknas till den "besvärligare" patientkategorin. Dessa kvinnors liv upplevdes inte vara lika "rent" och sedesamt som de äldre patienternas dito. Deras sjukdomar hade existerat sedan födseln (idioti, imbecillitas) eller uppkommit i ung ålder (schizofreni), vilket i sin tur ledde till svårigheter vad gällde möjligheter till äktenskap och sysselsättning (jfr Dörries & Beddies 2003, 169). Lättja, kriminalitet och sexuell osedlighet bidrog till att patienternas fattigdom definierades som moraliskt förkastligt.

"Den sjukes liv har enligt de uppgifter som fåtts före sinnessjukdomen varit liderligt och oregelbundet".²¹¹

Dessa patienter bar själva skulden för sin fattigdom, som var ett straff eller en "naturlig konsekvens" av det övriga omoraliska levernet. Följaktligen definierades även deras sinnessjukdom på ett annat sätt än de goda fattigas. Diagnostiseringen gjordes med hänvisning till osedligheten, vanligtvis med hänvisningar till kroppsligheten och den sexuella lössläppligheten (närmare om detta i kapitlet *Från brottslighet till sjukdom*).

Kommun och läkarvetenskap – kvinnlighet i två diskurser

På samma sätt som patienterna utgjorde en splittrad grupp, var inte heller de myndigheter eller de diskurser som konstruerade kvinnlig galenskap uniforma. Även om de olika instanserna samarbetade och var beroende av varandras utsagor kring den kvinnliga patienten, fanns det olikheter i retorik och betydelser. Jag syftar här främst på två diskurser – den *medicinska* och den *kommunala eller ekonomiska*. Det handlade å ena sidan om hur kvinnorna representerades i B-bilagan, eller i andra dokument i vilka kommunen medverkat, och å andra sidan hur patienterna framställdes i A-bilagan, eller motsvarande läkartexter, samt i korrespondensen mellan dessa. Det gemensamma i den kommunala och den medicinska diskursen var synen på kvinnan som avvikande, som ett problem. Men

²¹¹ 25-årig tjänarinna, saknar explicit diagnos, inskriven 1913. B-bilagan, Merimasku 1913. Exakt datum saknas (övers.). HM 3.2.3. (1913). Kvinnan levde på Sjalö i 43 års tid, hon dog 1956.

vari låg problemet och hur definierades behovet av omhändertagning? Skillnaden mellan de bägge diskurserna kom till uttryck i hur de kvinnliga avvikelserna definierades, men också i hur de normbrytande kvinnorna representerades. Det handlade om olika intressen vad gällde intagningen på ett sinnessjukhus och olika – ibland motstridiga – definitioner av kvinnornas mentala tillstånd, men även av kön eller kvinnlighet.

I texter utfärdade av kommunens representanter konstruerades den kvinnliga avvikaren som ett socialt eller ekonomiskt problem. I denna diskurs kom problemet att förknippas med försörjnings- och omhändertagningssvårigheter, något som snarare avspeglade kommunens begränsningar eller kommunens problem (jfr Erikson 1966). Kommunen hänvisade ofta till fattigdom (angavs i kommunens intyg som sjukdomsorsak), kvinnans våldsamhet eller passivitet. Som jag redan visat var det inte ovanligt att kommunen motiverade sin ansökan med att det rädde utrymmesbrist på fattiggården eller att ”den sjuka” saknade anhöriga eller andra förmyndare. Kommunaldiskursen skapade med sina utsagor en *beroende kvinnlighet*, en problematisk kvinnlighet som krävde åtgärder bl.a. i form av intervention och övervakning. Denna representation hänvisade emellertid inte enbart till ekonomiska omständigheter. Kommunen påtalade likväl kvinnornas osedlighet; deras utomäktenskapliga sexuella relationer, oäkta barn eller brottsbenägenhet. Ett exempel på detta gäller den 43-åriga tjänarinnan Emilia – åtalad för barnamord, men straffriförklarad – som inskrevs år 1944. I rättegångsprotokollet konstateras ”att svaranden är känd att vara mycket erotisk till sin natur, det var på orten allmänt känt att svaranden var beredd att hänge sig åt könsumgänge när som helst och med vem som helst.”

När kommunen hade fastställt problemet, märkt ut avvikelserna och fattat beslut om att för kvinnan söka plats på sinnessjukhus, förflyttades problemet – förkroppsligat i den kvinnliga avvikaren – över till den medicinska diskursen. Här blev den beroende och missanpassade ett medicinskt problem, och de sociala avvikelserna omdefinierades nu med den medicinska diskursens språk. Kommunalläkaren eller sjukhuset kunde lösa kommunens dilemma genom att sjukförklara, psykiatrisera, avvikelserna. Lösningen erbjöds i formen av en medicinsk diagnos – eller utsagor kring en sjukdom som krävde vård på anstalt – som omformulerade kvinnlig osedlighet eller fattigdom till mental störning. Det sociala vetenskapliggjordes och diagnosen blev sanning. Detta medförde i sin tur en möjlighet till omhändertagning på sjukhus. I den medicinska diskursen blev den kvinnliga avvikaren en patient. Samtidigt skapade de medicinska utsagorna en medikaliserad eller *sjukförklarad kvinnlighet*.

Att vansinneskonstruktioner omfattar flera aktörer, institutioner och diskurser innebär att en analys av marginella grupper inte kan reduceras till dikotoma förklaringsmodeller som förtryckare-förtryckt eller manlig expert-kvinnlig patient, tolkningar som den tidigare feministiska och sociologiska medikaliseringskritiken presenterade (bl.a. Zola 1972; Chesler 1972). Dokumenten illustrerar hur makt kan förstås som ett

skapande nätverk och genom närläsning av dokumenten kan vi se hur makten produceras på flera plan, omfattande flera nätverk (jfr Foucault 1984a, 61). Kvinnorna positioneras i olika arenor eller nätverk – kommun, läkare, grannar, fattighus – i vilka kvinnorna definieras som avvikande, trots att språket gällande avvikelsen skiljer sig något mellan de olika diskurserna. Stämplingsprocessen innefattar således flera nätverk och börjar antagligen i lokalsamhället där rykten om kvinnans osedliga eller problematiska beteende börjar sprida sig. Kommunalläkaren (misstankar om sinnesrubbing) eller i vissa fall polisväsendet (t.ex. brott mot lösdrivarförordningen) kopplas in i det skedet när situationen kräver någon form av åtgärd; då ett kontroll- och disciplineringsbehov uppstår.

Nätverken samarbetar, trots konkurrerande idéer. Läkaren som skriver det medicinska utlåtandet knyter sedan samman dessa ”ledtrådar” till en sjukdomsdiagnos. Läkaren fungerar som en länk i ett nätverk av maktrelationer (Foucault 1984c, 247), dvs. han manifesterar, vetenskapliggör den makt och kontroll som redan etablerats i andra relationer. Den undersökande läkaren är därför en makteffekt – ett uttryck för sanning och kunskap – snarare än maktens ursprung. Processen som skapar ett avvikande kvinnligt subjekt rör sig således från stämpling till disciplinering, därefter till diagnostisering, och till sist intagning på sinnessjukhus. I nästa kapitel (*Från brottslighet till sjukdom*) visar jag närmare på vilket sätt diskurserna konkurrerar om att benämna och definiera det avvikande subjektet.

I detta nätverk av maktrelationer betraktar jag kvinnornas intagningar som ett uttryck för de sätt på vilka olika instanser försökte lösa en mängd problem. I denna kontext var betydelsen av det individuella mentala problemet – det enskilda avvikande subjektet – underordnat en större social helhet som i varierande utsträckning involverade lokalsamhället och familjeenheten. Den medicinska diskursen med sitt makt-, sannings- och vetenskapsspråk var dock nödvändig för själva hospitaliseringen. Många patienters sjukbeskrivningar avspeglade såväl lekman- som medicinska föreställningar kring omoral, fattigdom eller avsaknad av arbetslust snarare än obotlig sinnessjukdom. I detta sammanhang kunde till exempel en schizofrenidiagnos, en legitim medicinsk förklaring, möjliggöra omhändertagandet och inspärningen på sjukhus. Sociala problem löstes med medicinska ingripanden, något som aktualiserar frågan kring medicinsk makt, dess utövning och position. Det institutionella nätverket visar hur kommuner och familjer bidrog till att skapa medicinsk auktoritet. I kommunaldiskursen blev medikalisering en lösning på ett socialt dilemma (jfr Lupton 1997).

Klass och vansinne

Sexualiserade arbeterskor, våldsamma medelklasskvinnor

Vissa feministiska forskare har lyft fram kvinnliga patienter som aktiva deltagare i medikaliseringen av kvinnlighet på 1800-talet, och bl.a. visat hur kvinnor själva hänvisade till kroppsliga företeelser när de sökte medicinsk hjälp för sina mentala problem (Theriot 1993, Marland 2003). Med tanke på en nordisk kontext, men även ur ett bredare perspektiv, är två aspekter här av vikt. Den första handlar om aktörsperspektivet, i detta fall om själva möjligheten att *söka hjälp* – och att *få hjälp* – för mentala problem. De patienter som bl.a. Nancy Theriot (1993) lyfter fram är amerikanska medelklasspatienter, ett faktum som jag ser som avgörande för möjligheten att påverka den egna hälsan. Detta kan ses som ett medelklassens privilegium som bl.a. kunde hålla sig med egna husläkare och undvika stämplande hospitalisering. Att diskutera synen på kvinnors vansinne ur ett perspektiv som fokuserar på valmöjligheter kan dock kritiseras för att negligera de subjekt som saknar sådana. Samtidigt ställer jag mig kritisk till att teoretisera avvikelse och kön i termer av individuella val och resurser. I forskningen har det också funnits en rädsla för att betrakta kvinnliga patienter uteslutande som offer, något som lett till en överbetoning av patienters möjligheter till påverkan och delaktighet, såsom till exempel hos Theriot (1993) och Hilary Marland (2003). Denna aspekt innefattar en individualistisk syn på aktörskap som ur ett feministiskt perspektiv ter sig problematisk, eftersom fokus riktas mot kvinnors ”egenskaper” och möjligheter (jfr Jungar & Oinas 2006). Konstruktionen av en autonom aktör leder analysen in på en individualiserande nivå där betydelsen av det sociala sammanhanget möjligen omnämns, men underdrivs (McNay 2000).

Den andra aspekten som relaterar till Nancy Theriots (1993) – och i viss mån Hilary Marlands (2003) – analys handlar om skillnaden i *förhållningssättet* till å ena sidan arbetarklasskvinnors mentala problem och medelklasskvinnors dito å den andra. Såväl möjligheten att söka hjälp som de medicinska representationerna av olika kategoriers kvinnor visar hur samhällsklass var kopplad till diagnostik, kroppslighet och sexualitet. Bland Själppatienterna blev skillnaderna tydliga. Arbeterskor och tjänarinnor, både från städerna och från landsbygden, beskrevs oftare än andra patienter i sexualiserade termer. Eftersom dessa kvinnor arbetade med självständiga arbetsuppgifter utanför hemmet och familjen, saknade de manliga familjemedlemmar (far, bror) som sina nära övervakare. Avsaknaden av ”manlig kontroll” bidrog till synen på tjänarinnorna som sexuella (och tillgängliga). Sedlighetsdiskussionen under 1900-talets första årtionden lyfte fram tjänarinnorna som potentiellt osedliga (Helén 1997; Nätkin 1997). Även om utomäktenskaplig sexualitet – lägersmål – inte längre var straffbart efter år 1926, växte sig hotbilderna och rädslan för den fallna kvinnan allt starkare under eugenikens tid (jfr Lennartsson 2001; Björkman 2001).

Feministisk forskning som behandlat synen på kvinnors sexualitet och studerat sexualitetens olika diskurser har visat hur synen på kvinnors sexualitet var kopplad till klasstillhörighet (Johannisson 1994; Russell 1995; Skeggs 1997). Prostituerade, lösdrivare och andra sexuellt opålitliga kvinnor med svaga gener ansågs bära den moraliska degenerationssmittan som nedärvdes. Dessa kvinnor skulle inte tillåtas reproducera sig, eftersom deras liv definierades som ”ett liv utan mening”, skriver Diana Gittins (1998, 19). Ärfthlighetsdiskursen sammankopplades härigenom med sexualitetsdiskurser.

Tidigare forskning har påpekat att medelklassens kvinnor inte uppfattades som sexuella. Det var arbetarklassen, och i synnerhet arbetarkvinnorna som representerade ohämmad och farlig sexualitet (Ehrenreich & English 1973, 1978; Showalter 1987, 1997; Ripa 1990; Johannisson 1994; Russell 1995; Zavarsek 2000). Det fanns emellertid ett stort medicinskt intresse för medelklasskvinnors själsliga åkommor. Läkarkärens intresse vändes mot medelklasskvinnors ”förfinade” symptom och önskvärda kvinnliga (nerv)svaghet, något som den europeiska, amerikanska, och även i viss mån den nordiska forskningen lyft fram (Ehrenreich & English 1973; Ussher 1991; Johannisson 1994; Strange 2000). Nervositet eller nervsvaghet (neurasteni) hörde till de psykiska åkommor som inte var stämplande på samma sätt som t.ex. sinnesslöhet, psykopati eller schizofreni.²¹² Därför ansågs melankoli och neurasteni vara medelklassens diagnoser, eftersom dessa kännetecknas av introversion: sjukdomsfall riktades ”inåt” – inte ”utåt” (Johannisson 1994; Uimonen 1999; Deacon 2003). Nervsvagheten eller neurastenin som kulturellt fenomen bar på starka konnotationer till kvinnlighet och kvinnopsyke.²¹³ Nervsvagheten konstruerade emellertid en kvinnlighet som var sammanbunden med de högre bildade klasserna. Sjukdomen ansågs främst drabba yngre människor från de högre samhällsklasserna, och beskrivningen bar på en metaforik av sensibilitet och förfining. ”Talanger och genier kan bli nervsvaga”, men inte ”de sorglösa lättingarna, de ansvarslösa, pliktförgätna och arbetsskygga” skrev den svenske läkaren Johannes Alvéén på 1920-talet (Johannisson 1994, 141-142). På detta sätt

²¹² Med hjälp av ett självbiografiskt källmaterial visar Kai Häggman (1994) hur nervsjukdomar diskuterades av det finländska borgarskapet på 1800-talet, men dessa sjukdomstillstånd ansågs inte vara likställda med mentalsjukdomar. Enligt Häggman (1994, 77-78) betraktades nervsvaghet hos medelklasskvinnor som ett accepterat sätt att reagera på problem. Jag förmodar att en av orsakerna till detta ligger i nervsjukdomarnas mindre stigmatiserande anseende jämfört med sinnessjukdomarna.

²¹³ Trots att neurasteni drabbade bägge könen kom neurastenin att betraktas som en kvinnosjukdom, och blev en av de ledande kvinnodiagnoserna kring sekelskiftet 1900 (Johannisson 1994; Uimonen 1999). På Helsingfors allmänna sjukhus var 75 % av neurastenikerna kvinnor under perioden 1860-1920 (Uimonen 1999, 8). Hos kvinnor ansågs orsakerna till neurasteni ligga i underlivet. Karin Johannisson visar på en kamp mellan tre nya specialiteter – neurologin, gynekologin och psykiatrien – om att få ensamrätt till sjukdomsdefinitionerna. Till exempel Sigmund Freud ville koppla neurasteni till sexuell frustration (Johannisson 1994, 146). Minna Uimonen (1999, 147) visar också hur gränsen mellan diagnoserna neurasteni och hysteri var flytande.

konstruerades nervsvaghet till en kvinnlig egenskap genom kategorin klass.

Det har påvisats att medelklasskvinnor mera sällan spärrades in på dårhus på grund av bättre ekonomiska resurser och högre social status (Showalter 1987, 1997; Ripa 1990; Zavirsek 2000; Deacon 2003; Dörries & Beddies 2003). Inspärningen på Själo var, i likhet med andra liknande inrättningar, ett underklassens fenomen, inte medelklassens. De egentliga neurastenikerna vårdades inte på sinnessjukhus och ingen av Själopatienterna hade neurasteni som huvuddiagnos. Ett fåtal patienter omnämndes som neurasteniska i samband med överansträngning av kropp- och själsförågor. Andra benämndes inte explicit som neurasteniska (se det andra citatet nedan), men orsaken till sinnesrubbingen framställdes som ett resultat av hårt arbete.

”Varit anställd som ambulatorisk folkskolelärarinna; haft mycket arbete och sedan flera år tillbaka visat sig mycket nervös (nevraštenisk); hvarför öfveransträngning i själsarbete anses vara orsaken till pat.s sinnessjukdom.”²¹⁴

”Den sjuke haft god uppfostran, genomgått skräddareyrkesskolan för sex år sedan, och ansträngde sig för mycket och antagligen gaf anledningen till den första sinnesförvirringen. Konfirmerad med goda vitsord. [...] Regelbunden i sitt lefnadssätt. Inga vanor och nykter. Har ej vetligt haft några anmärkningsvärda motgångar, sorger etc. Har varit utsatt för öfveransträngning i kropp och själsarbete (genom skolgången).”²¹⁵

Dessa patienter hade vanligtvis levt ”ett regelbundet lif”, varit arbetsamma och flitiga. Arbetsidealets uppfyllande resulterade i mer positiva yttringar om patienterna. De överansträngda patienterna saknade således utsagor om sexualitet, kroppslighet eller övrig omoral.

Gifta kvinnor – en nödvändig aggressivitet?

På liknande sätt som medelklasspatienterna betraktade de medicinska instanserna gifta kvinnor på ett annat sätt än ogifta eller frånskilda kvinnor. Kvinnornas civilstånd gav dem en social och ekonomisk status som ensamstående kvinnor saknade, samtidigt som mentala rubbningar ansågs vara mer sällsynta hos gifta kvinnor, då äktenskapet bedömdes ge kvinnorna psykologisk trygghet och en social funktion (Ripa 1990; Russell 1995; Uimonen 1999). I egenskap av husmödrar ansvarade de för hushållet, barnen och deras uppfostran, och hade således en viktig ställning i familjen. Moderskapets betydelse för samhället som helhet illustrerades av hur kvinnomedborgarskapet kopplades till moderskapet. Finländsk forskning har visat på mödrarna som väktare av samhällets dygd och välstånd (Helén 1997; Nätkin 1997; Uimonen 1999). Varken medelklasspatienterna

²¹⁴ 34-årig barnskolelärarinna, diagnos paranoia secundaria, inskriven 1896. Anamnes, Lappvikens sjukhus, datum saknas. HM 3.2.3. (1896).

²¹⁵ 40-årig sömmerska, diagnos schizofreni, inskriven 1922. B-bilagan, Föglö, 28.2.1909. HM 3.2.3. (1922).

eller de gifta kvinnorna sexualiserades. Erotiseringen – och tillhörande moralisering – av de kvinnliga patienterna var förbunden med de ogifta kvinnorna, vars kroppar och (avvikande) sexuella leverne intresserade läkarkåren i en större utsträckning. Detta innebär dock inte kopplingen mellan kropp, kvinnlighet och själsliga problem inte skulle ha gjorts för gifta kvinnor. Bakgrunden till de gifta kvinnornas sinnessjukdomar uppgavs ofta ha varit havandeskap, svåra förlossningar och täta barnsängar (jfr Marland 2003). Skillnaden låg i sexualiseringen av de ogifta patienternas kroppar i utsagor om osedlighet. Deras kroppar formades på ett kunskapsfält där sexualiteten stod i centrum.

Kanske var det på grund av förbrytelser mot nyss nämnda kvinnoideal – en normativ kvinnlighet som konstruerades som ett samhällsideal – som de gifta Sjalöpatienterna beskrevs som särskilt våldsamma? De gifta Sjalöpatienterna framställdes – mycket oftare än de ogifta – som aggressiva. Av de 30 gifta kvinnor som det fanns uppgifter om beteende, sades 22 patienter vara våldsamma. En av dessa våldsamma hustrur var den 48-åriga inhysheshustrun Elin. Hon överfördes från Lappvikens sjukhus till Sjalö år 1907. Hon porträtterades dock även som sexuellt tvivelaktig, och jag kunde kanske ha placerat henne i kategorin ”erotisk”. Kvinnan saknade explicit diagnos, men hon ”skall ända fr. barndomen varit något besynnerlig ‘envis och elak’.”²¹⁶

Till en början betalade maken för hennes vård, men från och med år 1916 stod Sibbo kommun för hennes vårdkostnader. Möjligen hade mannen dött eller tagit ut skilsmässa, uppgifter om detta saknas. Elin hade ett tidigare äktenskap bakom sig, hon gifte om sig efter att ha levt som änka i 14 års tid. I läkarintyget uppges problemen ha börjat i samband med äktenskapet: ”Ett par veckor efter bröllopet började pat. misstänka och beskylla sin man för otrohet; blef grälsjuk, krånglig”. Hon sägs även ha ”hotat sin man (att slå honom med yxan i hufvudet)”. På Lappvikens sjukhus betar hon sig opassande vilket läkaren anmärker: ”Ville härstädes alltid anfalla den ena af anstaltens läkare (hugg o. sparkar) så snart hon såg honom.”²¹⁷ Läkaren skriver att ”under senaste tider uppstod hos henne vanidéer beträffande den ena af anstaltens läkare, hvilken hon ursinnigt anföll, och måste på grund häraf vid ronderna isoleras.” Vidare upprepar läkaren att ”den senaste ihållande ideen är att hon hålles å härv. anstalt för att tillfredsställa den ena läkarens sinnliga behof”.²¹⁸

Elin hotade sin man, var ”grälsjuk”, misstrodde honom (anklagade honom för otrohet), var aggressiv mot en läkare och anklagade honom för att ha sexuellt intresse för henne. Hon nöjde sig inte med att kritisera sin man, hon sträckte sin kritik – och aggression – ut över den manliga auktoriteten – läkaren. Det faktum att hon hade idéer om sexuella företeelser, sin mans otrohet, läkarens ”sinnliga behof”, skapade en bild

²¹⁶ A-bilagan, Lappvikens sjukhus, 15.12.1903. HM 3.2.3. (1907).

²¹⁷ Se fotnot ovan.

²¹⁸ Läkarutlåtande, Lappvikens sjukhus, 12.8.1907. HM 3.2.3. (1907).

av henne som erotisk och farlig. På Själö asylinrättning betedde Elin sig emellertid lugnt, hon arbetade flitigt, ja så flitigt att hon hörde till de få mera lyckligt lottade som utackorderas som billig arbetskraft i Nagu socken. Hon dog 25 år senare på hospitalet, år 1932 i hjärtfel.

Ur dokumenten framgår att gifta kvinnors aggressiva beteende hotade familjeinstitutionen, irriterade den äkta mannen och försvårade hans försörjningsmöjligheter. I början av detta kapitel gav jag exempel på makar som ansökte om plats för sina hustrur på sinnessjukhus och som hänvisade till sitt arbete, genom att påpeka att hustruns sjukdom – och vården av henne – medförde svårigheter för makens yrkesarbete. Maken var då ofta den som tagit det första steget till att få sin fru hospitaliserad. Intagningen av de gifta kvinnorna handlade därför inte i lika stor utsträckning om fattigdom, utan var mer ett sätt att handskas med ”problem” inom familjen.

Där intagning av ogifta kvinnor på sinnessjukhus var ”lättare” att underbygga, eftersom det vanligtvis inte fanns några barn som behövde sin mor och kvinnorna många gånger befann sig i familjens eller lokalsamhällets utkant, krävde intagning av gifta kvinnor starkare motiveringar. Jag antar därför att gifta kvinnors moderskap ledde till att utsagor kring våldsamhet – produktionen av aggressivitet – kunde vara det enda sättet att legitimera inspärning på sinnessjukhus. Även om sorg över barns dödsfall och täta barnsängar som försvagat kvinnorna uppgavs som orsaker till sinnessjukdomen, vändes fokus mot de gifta kvinnornas våldsamma uppförande. Aggressivitet i kombination med hustru-/modersrollen uppfattades som normbrytande, krävde tillrättavisning och slutligen även medicinsk vård. Våldsamma kvinnor bedömdes per definition som sjukliga både i den kommunala och i den medicinska diskursen, eftersom deras agerande bröt mot det normativa moderskapet. Enligt Ilpo Helén (1997) var detta ett kvinnoideal som definierades i termer av samhällsansvar. Helén (1997, 115) visar hur moderns samhällsansvar låg i att garantera familjens och familjemedlemmarnas normalitet och nytthet. Sett ur detta perspektiv var en patologisk mor inte bara avvikande i sig själv (”gentemot sig själv”), utan riskerade att frammana avvikelse i familjen och därigenom även i hela samhällskroppen.

Man kunde därför säga att konstruktionen av en *aggressiv ”gift kvinnlighet”* skapade en omöjlighet för ett tillfredsställande (samhälls)moderskap – svårigheter att vårda sina barn och frammanandet av avvikelser inom familj/samhälle – men också för uppfyllandet av hustruns pliktelser. Moderskap, omsorg och empati som kvinnlighetens normerande ideal formade en farlig motbild i den aggressiva gifta kvinnligheten. Genom denna representation skapades ett utrymme för medicinska åtgärder.

Härkomst och vansinne

Idioter och onaniöster – karelska evakuerade

”Hämtad i samband med evakueringen av Karelen från Viborgs stadssjukhus, där hon varit i årtal. Slö, likgiltig, talar inte, oförmögen till arbete, ibland högljudd, behöver inga mediciner.”²¹⁹

I samband med att Karelen evakuerades åren 1942 och 1944 tömdes även sinnessjukhusen varigenom evakuerade patienter placerades på inrättningar runtomkring landet. Tio karelska evakuerade patienter placerades på Själo år 1942 och ytterligare tio kom till Själo år 1944 i samband med att Karelen evakuerades för andra gången. Den första evakuerade gruppen hade först transporterats till Roparnäs sjukhus i Vasa och därifrån sändes kvinnorna till Själo. År 1944 hade de tio patienterna först förflyttats till Kellokoski sjukhus i Tusby för att sedan överföras till Själo.

De karelska evakuerade beskrevs i de medicinska dokumenten som gravt sinnesslöa, dementa eller svårt schizofrena. Därtill var några epileptiker. Enligt de beskrivningar som fanns utgjorde de ett tungskött ”patientmaterial”. Utlåtandena om de karelska evakuerade var ofta nedsättande och skapade bilder av snusk, smuts och dårskap.

”Dvärgväxt [...] Sitter ihopkrupen med stirrande blick, fånigt grin. Svarar ej på frågor. Ej orienterad till tid, rum. Plockar i små bitar allt hon får tag i. Hjälplos, måste även matas. Ofta svårartade epileptiska anfall till 10 min per gång. Di: imbecill. Epileps. Te: luminal.”²²⁰

Många av de karelska patienterna hade vårdats årtal på kommunalhems sinnessjukavdelningar och sinnessjukhus. En stor del av patienternas bakgrund var oklar och det saknades uppgifter om föräldrar och syskon, information som vanligtvis upplevdes som viktig. Det är rimligt att anta att evakueringen skulle skötas snabbt och patienternas handlingar från Karelen möjligen uteblev. Vissa patienter kom inte ihåg, eller kunde inte uppge, föräldrarnas namn. ”Modern i livet, gift för andra gången, ingen vetskap om moderns namn, eller adress. Fadern död, sjukdom okänd” meddelas för den 39-åriga Kaisa som sedan födseln uppges vara idiot.²²¹ Därtill är hon epileptiker. Hennes släktbelastning bestod av tre syskon som alla uppgavs vara sinnesslöa och intagna på anstalt.

”Pat. rör sig krypande kan inte gå annat än genom att hålla fast sig i väggen, berättaren [hennes sköterska] har i alla fall försökt lära patienten att gå och pat. har i någon mån lärt sig det. Kan inte tala, endast ordet

²¹⁹ 31-årig tjänarinna, diagnos schizofreni, inskriven 1942. Läkarutlåtande, Roparnäs sjukhus, 20.2.1942 (övers.). PP 3.7.2. (1946).

²²⁰ 30-årig kommunalhemshysing, diagnos imbecillitas, epilepsia, inskriven 1944. Själo-formuläret, Själo, 18.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

²²¹ Kaisa inskrevs år 1942. Själo-formuläret (övers.). PP 3.7.2. (1946).

mamma har hon lärt sig. Pat. förstår ändå tal [...] Inte orenlig. Lugn. Epileptiska anfall. [...] Har emellanåt fått luminal som medicin.²²²

Beskrivningen av Kaisas fysiska utseende eller konstitution lyder: ”Pat. är medellång. Håret gulbrunt, står upp, ca. 4 cm långt. Bakhuvudet platt. Ögonen djupt nere i ögonhålorna. I bakhuvudet ett ca.7 cm rätlinjigt ärr.”²²³ Orsaken till ärrret omnämns inte, men det är möjligt att ärrret antyder hjärnskada. På Sjalö beskrivs hon år 1946 som blek, mager och med stegrade reflexer.

”St. psych. Vid talförsök blott onaturliga ljud. Sitter å stol, framåtlutad, stirrar blott på en punkt. Kallar alla sjuksköterskor till ’äiti’ [mamma] utan åtskillnad. Ingen orientering varken till tid eller rum. Åter själv. På avdelning ofta lindriga anfall ibland svårare. Di: Idiotia. Epileps. Te: luminal regel.”²²⁴

Den endast 15-år gamla Martta med diagnosen idioti anlände till Sjalö tillsammans med de andra evakuerade en vinterdag den 25 februari 1942. Sex år tidigare då hennes mor hade dött hamnade den då nioåriga dottern på kommunalhemmet. Beskrivningarna av flickan då hon vårdades på Roparnäs sjukhus var förklenande. Hennes kropp beskrevs i termer av ”brösten outvecklade [...] huvudet oproportionerligt stort [...] kroppen snarare fet än mager”. Vid undersökningstillfället ”gråter och ylar hela tiden” och för ett ”redlöst vettlöst bölande”.²²⁵

På Sjalö uppger teckenblanketten att hon gråter nästan dagligen, är högljudd, väter ner sig, blir matad och väger kring 28 kilogram. Den ”feta” kroppen är nu avmagrad. Fyra år efter sin intagning beskrivs hon som

”Mager. blek. Rassel från bägge lungorna. Vrålar, gråter, river sönder allt hon får tag i. Måste hållas i Tvångströja. Duger ej till arbete. Dräglar och annars i högsta grad snuskig.”²²⁶

Även den 29-åriga ogifta tjänarinnan Katri med diagnosen schizofreni framställdes som snuskig, framför allt med hänvisning till sitt onanerande. I handlingarna framgick att Katri gått folkskolan och skriftskolan ”med god framgång”. Efter sin skolgång hade hon arbetat som hembiträde i flera familjer, men i 18-års ålder märktes en förändring. Hon var ”utan att tala en lång tid, på uppmaning att arbeta ej börjat, emellanåt långa tider helt klar.”²²⁷ År 1933 intogs hon på sinnessjukavdelningen på Kurkijoki kommunalhem. På Roparnäs sjukhus skrev man om Katri:

²²² Se fotnot ovan.

²²³ Roparnäs sjukhus, 24.7.1940 (övers.). Avskrift i Sjalö-formuläret. PP 3.7.2. (1946).

²²⁴ Sjalö, 4.2.1946. Sjalö-formuläret. PP 3.7.2. (1946).

²²⁵ Anamnes från Roparnäs sjukhus (datum saknas), avskrift i Sjalö-formuläret (övers.). PP 3.7.2. (1946).

²²⁶ Sjalö, 4.2.1946. Sjalö-formuläret. PP 3.7.2. (1946).

²²⁷ Katri inskrevs år 1942. Läkarutlåtande, Kurkijoki, 4.7.1939 (övers.). PP 3.7.2. (1946).

”Pat. ibland orenlig, gör sina behov på golvet. Onanist, gräver sig själv, en gång stuckit in hela handen så illa och rivit sig själv, så att hon var sjuk en lång tid, kunde inte gå och det blev varigt, det har skötts om och nu läkt. Rikliga menses. Pat. pratar för sig själv, svär, är inte våldsam, vanligtvis lugn.”²²⁸

Anteckningarna som finns över henne på Sjalö berättar att

”Patienten talar aldrig, men sjunger ibland. Vid undersökningen följer hon uppmaningen att vända sig på stolen. Sträcker fram handen till adjö, men säger ingenting. Mycket mager.”²²⁹

”St. som. Avmagrad, blek. Hud skrynklig. [...] St. psych. Sitter hela tiden framåtlutad med stirrande blick, händer å knä. Reagerar ej vid tilltal. Följer ej med omgivning. Snuskig, petar i faeces, onaniserar. River kläder och räddar med dem i faeces.”²³⁰

År 1946 förflyttades de flesta evakuerade till Pitkäniemi sjukhus, med undantag av de patienter som dog på Sjalö.

De främmande – ryska undersåtar

En speciell patientgrupp var de ryska och baltiska kvinnorna som under 1920- och 1930-talen skickades till Sjalö. Den första ryska undersåten inskrevs på sjukhuset år 1922, och mot slutet av detta år var även antalet ryska flyktingar i landet som högst.²³¹ De ryska och baltiska patienterna uppgick till sammanlagt tio procent (20 kvinnor) av det totala antalet interner och de var på friplats på sjukhuset. Gruppen inkluderade även en kvinna från Litauen, en från Lettland och en östkarorsk flykting. Denna patientgrupp skiljde sig från de övriga patienterna åtminstone på två sätt. För det första hade de flesta – för vilka det fanns uppgifter – levit i äktenskap, fem var änkor och fyra var gifta. Dessa var, eller hade varit, gifta med läkare, generaler, köpmän eller andra yrkesutövare. Av de ogifta patienterna (6 kvinnor) var tre lärarinnor. Man kunde därför säga att många av dem representerade ett något högre samhällsskikt än gemene Sjalöpatient. För det andra hade många av dem varit utackorderade under tidigare sjukhusvistelser (på Nickby sjukhus), men också under sin tid på Sjalö. Detta skulle tyda på att patienterna upplevdes som fredliga, arbetsamma och fogliga. Av patienterna hade nio getts explicit sjukdomsdiagnos, sex

²²⁸ Anamnes från Roparnäs sjukhus, avskrift i Sjalö-formuläret (övers.). PP 3.7.2. (1946).

²²⁹ Sjalö, 29.6.1944. Sjalö-formuläret. PP 3.7.2. (1946).

²³⁰ Sjalö, 4.2.1946. Sjalö-formuläret. PP 3.7.2. (1946).

²³¹ År 1922 fanns det kring 33 000 ryssar i landet, av vilka drygt 11 000 var från Östkarolen. Därefter sjönk flyktingarnas antal snabbt (Nygård 1998, 129). Andelen kvinnor och barn samt äldre (över 60 år) utgjorde ungefär två tredjedelar av de ryska flyktingarna. De flesta ryssar i landet var petersburgiska handelsmän, utövare av fria yrken eller tjänstemän med familjer (Nygård 1998, 126).

patienter saknade diagnos och för fem kvinnor saknades uppgifter och inskrivningshandlingar.²³²

Det var inrikesministeriet som bar huvudansvaret för de utländska undersåtarnas vård på de finländska sinessjukhusen. Medicinalstyrelsen framförde förslag om överflyttning/intagning av patienter som sedan inrikesministeriet antingen godkände eller förkastade. När sedan inrikesministeriet hade fattat beslut om undersåtarnas intagning eller överflyttning, informerades medicinalstyrelsen som i sin tur underrättade ifrågavarande sjukhus om inrikesministeriets beslut. I samband med tillkännagivandet bad medicinalstyrelsen sjukhusets läkare meddela ifrågavarande anstalt, kommun eller fattigvårdsstyrelse som för tillfället ansvarade för den ryska/baltiska patienten, om när denna kunde intas på till exempel Sjalö. För Sjalös del föll detta ansvar huvudsakligen på sysslomannen som handhade hospitalets administration och korrespondens. Efter att man från Sjalö underrättat vederbörande myndighet, följde ytterligare brevväxling angående vilken båt patienten skulle anlända med. Tanken – såsom den formulerades av inrikesministeriet – var att de ryska och baltiska patienterna skulle vårdas i Finland fram tills dess att de kunde sändas tillbaka till sitt hemland. Beslut om att sända en patient tillbaka till hemlandet skulle ges av utrikesministeriet som fått besked av ifrågavarande hemlands regering. Detta var givetvis önsketänkande från de finländska myndigheternas sida, ty i praktiken blev de ryska och baltiska kronikerpatienternas vistelse på sjukhusen ofta livstida.²³³

I sin bok om ”de annorlundas historia” (*Eri-laisten historiaa*), diskuterar Toivo Nygård (1998) ”ryssproblematiken” i relation till Finlands självständighet och inbördeskriget. Enligt Nygård var finländarnas förhållningssätt till både de ryssar som fanns kvar i landet sedan ryska tiden, och till de flyktingar som kommit till landet efter den ryska revolutionen²³⁴, beroende av de föreställningar finländarna hade format utifrån sina tidigare erfarenheter (Nygård 1998, 118). Ryssarna blev en politisk tvistefråga, och efter självständighetsdeklarationen betraktades ryssarna även officiellt som en främmande nations medborgare. De vitas mål var att befria nationen från alla ryssar (Nygård 1998, 118-119). I politiskt syfte presenterades de ryska flyktingarna i vissa tidningar som ett hot mot den finländska självständigheten. Dessutom ansågs en del ryssar utgöra ett hot mot folkhälsan, framför allt ville man undvika spridningen av smittkoppor och difteri. Enligt Nygård var inställningen till ryssarna på många håll i landet mycket negativ, och man ville placera dem på orter

²³² Kvinnorna som saknade inskrivningshandlingar var upptecknade som inskrivna och bland inskrivningshandlingarna fanns brevkorrespondens mellan myndigheter samt beslut om förflyttning av kvinnorna till Sjalö.

²³³ Av de sammanlagt 20 ryska och baltiska kvinnorna dog 11 på Sjalö, tre utskrevs och för sex patienter saknades uppgifter.

²³⁴ Mot slutet av år 1918 anlände åtminstone 2500 flyktingar av vilka en fjärdedel (635) var ryssar. Av dem var en knapp majoritet män (52 %), men nästan 60 % av flyktingarna var kvinnor, barn och äldre (Nygård 1998, 127).

där deras övervakning var lättare, såsom på landsbygden (Nygård 1998, 119-123).

De medicinska beskrivningarna av de ryska och baltiska patienterna varierade. Dessa patienter var en statlig angelägenhet på ett helt annat sätt än de övriga patientgrupperna. Den *enhetliga* negativa hållningen gentemot ryssarna som Nygård (1998) dokumenterar, ser jag inte i mitt material. Vad gällde de karelska evakuerade fanns det en mycket större enhetlighet gällande konstruktionen av denna patientgrupp som enfaldig och snuskig. Jag visade ovan hur de karelska patienterna, framför allt de med diagnosen idioti, framställdes i nedsättande utsagor. Av de ryska patienterna var två idioter, men dessa skildrades snarare som harmlösa och envisa, än rent oanständiga. Den 28-åriga ryska undersåten Tania – ”obildbar idiot” – var före sin intagning på Sjalö (1927) utackorderad först från Stengårds sjukhus och sedan Nickby sjukhus. ”Har vårdats i familjevård [utackordering] och har klarat sig bra! Talar svenska” konstateras i läkarintyget från Nickby sjukhus.²³⁵ I anamnesen framgår att:

”Vid besök i utackorderingshemmet är hon ständigt borta. Har bekanta och vänner i byn. Städar hos folkskolelärarinnan, hjälper till vid mangling och tvätt hos grannarna, gör täta visiter. Är stillsam och föglig, bara hon får ha sin fulla frihet. Hemma arbetar hon obetydligt och motvilligt, därtill uppmanad lyder hon sällan, temligen envis. Tvättar och kammar sig, men måste påminnas. Torde betraktas s.s. obildbar idiot, då hon utackorderades, men har under tiden utvecklats, och reder sig för närvarande ganska bra utom sjukhus.”²³⁶

Patienternas (främmande) språk omnämndes ofta i bemärkelsen att det var svårt att tala med patienten, och då handlade problemen om patientens bristande språkkännedom och inte skribentens, läkarens.

”Svår att resonera med enär hon endast kan uttrycka sig på ryska – rådbråkar något svenska och finska.”²³⁷

”Kom till Finland i flykt undan nödären [...] Talar ryska trots att man förklarar för henne att man inte förstår det.”²³⁸

”Pat. är mycket vänlig och mycket precis. Gråter när man talat en stund med henne, gör som man säger, men förstår och behärskar finska ganska skralt. Men svarar gärna och utlägger räddigt om sina besvär.”²³⁹

²³⁵ Nickby sjukhus, 18.1.1926. HM 3.2.3. (1927).

²³⁶ Datum och plats saknas, troligtvis skrivet på Nickby sjukhus. HM 3.2.3. (1927).

²³⁷ 42-årig tjänarinna, diagnos schizofreni, inskriven 1926. A-bilagan, Stengårds sjukhus (Kivelä) i Helsingfors, 4.7.1924. PP 3.7.2. (1942).

²³⁸ 37-årig kontorist, diagnos schizofreni, inskriven 1932. Anamnes från Pitkäniemi sjukhus, avskrift i Sjalö-formuläret (övers.). PP 3.7.2. (1946).

²³⁹ 44-årig arbetarhustru, diagnos schizofreni (1940-tal)/dementia secundaria (1920-tal), inskriven 1928. PP 3.7.2. (1944).

En del av patienterna beskrevs som fåfånga och överlägsna. Möjligen motsvarade de inte förhandsuppfattningen om den fattiga sinnessjuka, utan snarare den högre samhällsklassens ”pråligheter”. Kanske detta kunde tolkas som en krock mellan den främmande kulturens övre klassideal och den nationella bilden av de främmande, men också synen på mentalpatienter. Skrytsamhet och överlägsenhet konstruerades i den medicinska diskursen *överlag* som tecken på sjuklig (kvinno)karaktär.

”förhöjd självkänsla, håller sig själv för en rik och förnäm person, i sin klädsel prålig. Före hon hamnade på sjukhuset orsakade hon störningar med sina extravaganta dräkter och genom att hon gick i banker och talade om sina penningaffärer.”²⁴⁰

”Har sagts alltid ha varit något nervös – Lär ha haft två barn [...] Emellanåt mycket retlig, drar sig då litet undan och domderar mycket. Utgjuter sig över att man kantänka inte betalar lön åt henne och räknar upp allt arbete som hon gjort. [...] Är inte våldsam – Hälsar artigt och tackar för förfrågningar. [...] Ingen sjukdomskänsla, sitt eget tillstånd kan hon inte riktigt värdera.”²⁴¹

På samma sätt som för andra Sjalöpatienter fanns olika omdömen om de ryska/baltiska kvinnorna på basis av deras uppförande, utsagor, diagnoser och kroppslighet. En intressant aspekt som var annorlunda för denna patientgrupp var att sexualiseringen och erotiseringen saknades.

SLUTSATSER – DEN MOTSÄGELSEFULLA MAKTEN

Inneboende svaghet eller arbetsideal?

En stor del av forskningen kring kvinnors vansinne har nästan uteslutande utgått från läkarvetenskapens texter (Showalter 1987; Theriot 1993; Johannisson 1994). De medicinska skribenterna skrev å sin sida till en vetenskaplig publik – till varandra och till de bildade klasserna – och riktade sitt intresse mot den ”egna klassens” kvinnosjukdomar (jfr Strange 2000; Zavirsek 2000). Därför har forskningen tenderat att fokusera på konstruktioner av kvinnlighet utgående från ett medelklassperspektiv, ur ett borgerskapets kvinnoideal (t.ex. Kortelainen 2003). En följd av detta har varit att de förklaringar som har getts till den psykiatriska synen på kvinnors galenskap har ofta sökts i en medelklassideologi. Ett exempel på detta är hur det sena 1800-talets och det tidiga 1900-talets kvinnorörelse har setts som en tänkbar förklaring till medikaliseringen av kvinnlighet och den medicinska omyndigförklaringen av kvinnor (Ussher 1991; Johannisson 1994).

²⁴⁰ 40-årig lärarinna, saknar explicit diagnos, inskriven 1922. A-bilagan, Viborg, 15.7.1922 (övers.). HM 3.2.4. (1922).

²⁴¹ 40-årig tjänarinna, diagnos schizofreni, inskriven 1926. A-bilagan, Pitkaniemi sjukhus, 28.1.1926 (övers.). PP 3.7.2. (1942).

För Finlands del har Minna Uimonen (1999; 2003)²⁴² förtjänstfullt visar hur läkare engagerade sig i kvinnofrågan, dvs. den diskussion som vid sekelskiftet 1800–1900 gällde kvinnors ställning i samhället.²⁴³ Forskare har ansett att det inte var en slump att intresset för kvinnokroppen och antagandet om kvinnors större benägenhet till sinnesrubning blev som starkast då kvinnor började utmana den patriarkala könsordningen – när kvinnor gav sig in på ”manliga domäner” såsom utbildning och arbetsliv (Uimonen 1999, 2003; se även Showalter 1993). Det växande antalet ogifta yrkesarbetande stadskvinnor under 1900-talets första årtionden befarades leda till en ”feminisering” av stadslivet som i sin tur skulle medföra både sociala och moraliska problem (Helén 1997, 219). Från medicinskt håll befarade man att dessa kvinnor – oftast ogifta – skulle glömma sin viktigaste uppgift i samhället, nämligen att föda och fostra barn (Uimonen 1999). Ogifta yrkesarbetande kvinnor kom därför att representera ett potentiellt hot mot familjeinstitutionen och den reproduktiva kvinnokroppen (jfr Helén 1997; Abrams & Curran 2000). Könsskillnader rationaliserades och cementerades med vetenskapliga argument – medicinska och biologiska – såsom inneboende ”naturliga”. Som en följd av detta riskerade kvinnor som överskred ”sin natur” att drabbas av mentala hälsoproblem (jfr Smith-Rosenberg & Rosenberg 1993). Kvinnors menstruation tolkades också av läkarna som ett bevis på kvinnors olämplighet i den offentliga sfären, eftersom kvinnor regelbundet var ”handikappade” (Strange 2000).

Feministisk forskning har också diskuterat kvinnors klimakterium som en avvikelse från en önskvärd kvinnlighet och därmed som något patologiskt (Martin 1997; se även Esseveld & Eldén 2002). Julie Marie Strange (2000) visar hur brittiska läkare kring sekelskiftet 1900 betraktade klimakteriet som en riskfylld händelse för kvinnor. ”Klimakteriskt vansinne” eller ”ett förändrat liv” (change of life) inträdde i det diagnostiska språket och angavs som sjukdomsorsak (Strange 2000, 621). Yannick Ripa (1990) förklarar det stora antalet patienter i 50-års ålder som intogs på la Salpêtrière utifrån klimakteriet. Något förenklat föreslår Ripa att kvinnors existensberättigande kunde ifrågasättas då de inte längre uppfyllde rollen av barnafödarska (se även Smith-Rosenberg 1985). Ripas tolkningar är emellertid otillräckliga för att förklara intagningen av Själos medelålderspatienter, och ”klimakteriskt vansinne” eller liknande diagnoser existerar inte bland patienterna. Överhuvudtaget omnämns

²⁴² Uimonen (2003) tolkar både kvinno- och arbetarfrågan som en effekt av sociala och ekonomiska förändringar kopplade till det så småningom avtynande 1800-talets ståndsamhälle.

²⁴³ Den finländska kvinnorörelsen har bl.a. studerats av Aino Saarinen (1992) som visar hur borgerliga kvinnor började organiseras redan på 1830-40-talen i s.k. fruntimmersföreningar som ofta fungerade som syföreningar, varifrån man grundade skolor runtomkring landet avsedda för ”fattiga barn”. Efter 1860-talet utökades aktiviteten och kvinnor organiserade sig i olika religiösa föreningar och i nykterhets- och sedlighetsförbund, av vilka många var uteslutande kvinnoförbund eller föreningar som grundats av kvinnor (Saarinen 1992, 156–157; se även Markkola 2002). Se även Ilpo Helén (1997) som diskuterar kvinnorörelsen, dess argument och samhälleliga mottagande.

inte klimakterium som ett tillstånd, annat än för en kriminalpatient. Att patienter genomgått menopaus framgår av information om att patienten inte längre menstruerar, men detta omnämns ofta i en bisats i samband med de övriga obligatoriska fysiologiska svaren som finns i läkarintyget. Eftersom läkarvetenskapen i Finland i en större utsträckning uppmärksammade de yngre patienternas kroppar, kan en förklaring ligga i att klimakteriet för kvinnornas del befriade dem från tunga graviditeter och ständiga barnsångar, och därmed blev medicinskt ointressanta. Samtidigt kunde man förmoda att en del kvinnor blev mer arbetsdugliga, nyttiga och därmed mindre ”problematiska”. Klimakterium kan liksom vansinnet inte betraktas som ett givet fenomen *i sig*, utan dess betydelser kan konstrueras och användas på olika sätt i olika tider.

Granskningen av Sjalö hospitals patienter har gjort utifrån medicinska texter, men också med utgångspunkt i texter författade av lekmän som var involverade i patienternas intagning. Detta medför att mina resultat ger en något annan bild av det kvinnliga vansinnet som socialt fenomen än de undersökningar jag ovan diskuterat. Det medicinska antagandet om kvinnokroppens inneboende patologi förblir ett centralt tema, men min uppfattning av hur normativ kvinnlighet konstruerades skiljer sig från den tidigare forskningen. Idén om att kvinnors arbete och deras inträde i den maskulina, offentliga sfären ledde till en sjukförklaring av kvinnlighet, har utgått från en passiv medelklasskvinnlighet som norm. Med passiv avser jag ett icke-arbetande kvinnoideal, där den normala och önskvärda kvinnligheten konstruerades som (hus)moderlighet, såsom ypperligt illustrerats i en mängd undersökningar (Ehrenreich & English 1973; Johannisson 1994, 1997; Helén 1997). I denna diskurs belönades kvinnors familjecentrering, medan aktivitet i formen av yrkesarbete misskrediterades.

I Norden har ett stillasittande – borgerligt – kvinnoliv varit ett marginellt fenomen, och patienternas medborgerliga dygdighet och duglighet förknippades i stället med deras flit och arbetsförmåga. Detta var något som blev ytterst centralt i fattigdomsdiskursen som jag diskuterade ovan. Jag betraktar därför *arbetsidealet* som inflytelserikare än svaghetsidealet i konstruktionen av den normativa och normala kvinnligheten (jfr Markkola 1990; Anttonen 1994; Rantalaiho 1994; Sommestad 1997). Framför allt hos de agrara patienterna visade dokumenten på en tydlig uppdelning mellan de ekonomiskt nyttiga och de onyttiga (jfr Foucault 1967). Positiva omdömen om patienter var att de hade varit duktiga arbeterskor, bra på att handarbete eller ta hand om kreatur, att de alltid varit flitiga och därtill fått en god uppfostran i barndomshemmet. Patienternas passivitet – oförmåga att arbeta – var klart problematisk, men ofta harmlös.

”I huvudsak gladlynt. Ingen arbetslust. Ligger eller sitter dagatal i sängen; emellanåt görande besynnerliga prydnader [...] Efter sitt insjuknande barnslig, men inte abnorm.”²⁴⁴

”Slött glad. Ingen arbetslust. Ibland orenlig, på nätterna väter hon emellanåt ner sin säng.”²⁴⁵

Patienter som uppgavs vara oförmögna till arbete kunde vara kvinnor som helt enkelt inte förmådde arbeta på grund av sjukdom, men också kvinnor som flyttat runt, haft många arbetsgivare, men som inte lyckats hålla sig kvar. Detta tolkades som rastlöshet och opålitlighet med arbetsidealet i centrum för avvikelserna. För dessa kvinnors del lades också deras utomäktenskapliga sexualitet ofta i förgrunden för diagnostiseringen. Aktivitet belönades så länge det handlade om samhällsnytta såsom arbete, medan aktivitet som inte räknades som anständigt arbete bestraffades. Enligt Foucault (1978, 121) var den sysslösa kvinnan ”en av de första som sexualiserades”. Sexualitetens diskurser skapade bilder av klass, och klass skapade bilder av sexualitet. Själopatienternas dokument tyder på att indelningen mellan de ekonomiskt nyttiga och de onyttiga inte bara var könad (så att kvinnor oftare blev försörjningsbördna), utan även sexualiserad.

Att isolera de onyttiga och önskade

Intagningen av arbetarklass- och obesutna kvinnor handlade inte bara om förvaring, utan i allra högsta grad även om *isolering* av de önskade. Orsaken till varför fattiga, ensamstående och sexualiserade kvinnor intogs på sinnessjukhus låg i den skillnad den medicinska diskursen skapade mellan underklass- och medelklasskvinnlighet. Underklasskvinnor konstruerades i den medicinska diskursen som ”mera avvikande”, något som innebar allvarligare, och mer degraderande, former av diagnoser (idioti, psykopati, schizofreni). Samtidigt framställdes underklasskvinnorna symboliskt sett som förorenade och förorenande, något som krävde isolering. Tidigare studier har framhållit att medelklasskvinnorna oftare konstruerades som de botliga – de med hopp, de med ”mildare” diagnoser – och som kunde övervakas av urbana hälsopraktiker (jfr Zavirsek 2000, 184). För Själös del skilde sig inte medelklassens diagnoser från de övriga patienternas, men eftersom antalet medelklasspatienterna är så få är det svårt att dra några slutsatser om skillnad i *diagnostik*. Även om medelklasspatienter inte finns representerade bland sjukhusklientelet annat än i en marginell utsträckning, innebär det inte att medelklasskvinnors mentala avvikelser, kroppslighet och sexualitet *inte* skulle ha kontrollerats. Bevakningen skedde emellertid på andra villkor. Jag antar, i likhet med Darja Zavirsek

²⁴⁴ 59-årig arbetarehustru, saknar explicit diagnos, inskriven 1922. A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 8.5.1922 (övers.). HM 3.2.4. (1922).

²⁴⁵ 34-årig torparedotter, saknar explicit diagnos, inskriven 1920. A-bilagan, Lappvikens sjukhus, 30.4.1920 (övers.). HM 3.2.3. (1920).

(2000), att regleringen av medelklasspatienter låg i den symboliska kontrollen och disciplineringen genom psykiatrisk diagnostisering.

Den rumsliga segregeringen, fördrivningen från hemmet och moraliseringen gällde däremot kvinnliga patienter från de lägre samhällsklasserna. Mina resultat är entydiga: isoleringen på dårhuset var ett underklassens fenomen. Det kunde vara rimligt att anta att andelen medelklasspatienter på Lappvikens sjukhus – det modernare, mer sofistikerade, i centrum för psykiatrisk vård – var större än på Sjalö. Jag förmodar att tröskeln att sända kvinnor från bättre ställda familjer till det ensliga och mer stämplande hospitalet troligen var högre än att låta dem intas på Lappviken under professorernas tillsyn. Eftersom medelklassens representanter – förkroppsligade i de läkare som undersökte Sjalökvinnorna – dikterade villkoren för det normativt accepterade beteendet, kan man även säga att medelklassen bekräftade sina egna klassgränser genom att uppställa ideal (eller regler t.ex. i egenskap av intelligenstag) som underklassen inte kunde uppfylla (jfr Bourdieu 1998). Lugna medelklasskvinnor med mentala problem kunde vårdas hemma eller kortare tider på sjukhus, men sannolikheten att de skulle ha definierats som "obotliga" var förmodligen rätt liten.

Mot bakgrunden av den forskning som antar att medelklassens symptom konstruerades i termer av svaghet och förfining, är det kanske inte förvånande att de medelklasspatienter som inte uppfyllde kraven sändes till Sjalö. Kanske var de aggressiva medelklasskvinnorna såpass våldsamma att familjen och samhället varken kunde eller ville ta hand om dem, trots ekonomiska resurser? Eller gav de galna kvinnorna familjen ett dåligt rykte? De var normbrytande på samma sätt som arbetarklasskvinnornas utagerande bröt mot kvinnlighetens normer. Där arbetarkvinnorna bröt mot de regler som gällde klasserna emellan, bröt medelklasspatienterna de klassinterna reglerna. Konstruerandet av medelklasskvinnor som aggressiva tyder på att deras galenskap blev en effekt av normförbrytelser mot en tillskriven (kvinno)passivitet. I nästan en diametralt motsatt position befann sig landsbygdens allmogekvinnor som däremot bestraffades för sin passivitet; för sin sysslolöshet och lättja.

En ordning av kvinnor

Maktrelationerna som skapade Sjalökvinnornas avvikelser var sammanflätade, men frammanade olika betydelser av de subjekt som konstituerades i den medicinska och kommunala diskursen. Jag har i detta slutkapitel visat hur patienterna placerades i en hierarki där vissa kvinnor upplevdes som offer för olyckliga omständigheter, medan andra endast ansågs ha sig själva att skylla för sin belägenhet. Man kunde säga att den sociala disciplineringen aktiverades då självdisciplineringen var otillräcklig, medan "lyckad" självkontroll medförde mindre stämplade utsagor och diagnoser. Oskyldigheten eller det egna ansvaret konstruerades både i relation till sexualitet, kroppslighet och fattigdom. I denna (rang)ordning av kvinnor fungerade klass och civilstånd som centrala skillnadsskapande

relationer, men patienthierarkin var emellertid inte enkelspårig eller entydig. Den produktiva makten var motstridig och motsägelsefull. För vissa subjekt eftersträvade makten att underkuva aktivitet (sexualitet, passivering) eller belöna passivitet, samtidigt som den för andra försökte uppmuntra och belöna aktivitet genom att styra arbete (produktivitet). Makten blev en väv av makteffekter, en samling motstridiga strävanden, som knuffade Själokvinnorna i olika riktningar (jfr Deleuze & Guattari 1987).

Kvinnorna på Sjalö var inlåsta av diametralt olika orsaker. Vissa, medelklasskvinnor, placerades på Sjalö för att de varit för "aktiva" (våldsamma, utagerande). Andra, arbetarklass- eller obesuttna kvinnor intogs på sjukhuset för att de inte varit tillräckligt aktiva, för att de varit för "passiva" (inte arbetat tillräckligt). Eller för att de varit aktiva i fel riktning (sexualitet, utomäktenskaplig graviditet). Den produktiva makten strävade inte efter att skapa *ett* avvikande kvinnligt subjekt, utan en ordning av kvinnor, en där Sjalö bildade en negation av den ordning man ville skapa "där ute". För varje flitig arbetarkvinna behövdes en lat (opassande, översexualiserad) arbetska, för varje passiv medelklasskvinna, en aktiv (våldsam, okontrollerad) dito. Sjalö blev en antites, kvinnlighetens negativa ordning.

VI

FRÅN BROTTSLIGHET TILL SJUKDOM – OPÅLITLIGA KROPPAR OCH IRRATIONELLA HANDLINGAR

INLEDNING

”Gärning som begås av den, hvilken är avita; eller av ålderdomssvaghet, eller annan sådan orsak saknar förståndets bruk, vare strafflös. Har någon råkat i sådan tillfällig sinnesförvirring, att han ej vet till sig; vare ock gärning, som han i det medvetlösa tillstånd föröfvar, strafflös” (Strafflagen 19.12.1889 kap. 3. § 3). I samma kapitels 4:de § förordnas: ”Prövas någon, som begått brott, hava därvid saknat förståndets fulla bruk, fastän han ej enligt 3 § anses för otillräckelig; vare straff i allmänt straffart såsom i 2 § sägs.”

Bland de 192 kvinnorna som intogs på Själo fanns en patientkategori som skilde sig från de övriga, nämligen de tjugofem kriminalpatienterna. Dessa var kvinnor som begått ett brott och åtalats för det, men straffriförklarats med hänvisning till avsaknad av fullt förstånd vid brottets utförande.²⁴⁶ I rättspsykiatrisk undersökning konstaterades att brottslingen varit otillräckelig vid gärningens utförande, och domstolen som åtalat kvinnan beslöt befria henne från fängelsestraff i enlighet med utlåtandet och med hänvisning till ovan citerade 1889 års strafflag. I det rättspsykiatriska utlåtandet möttes således två diskurser; den *rättsliga* – domstolen som åtalade kvinnan och som begärde om ett medicinskt expertutlåtande – och den *psykiatriska* – som evaluerade både domstolens handlingar, brottet och brottslingen. Detta kapitel handlar om kriminalpatienterna och jag granskar här framför allt på vilket sätt brottslingen *blir* mentalpatient i den rättspsykiatriska diskursen. Kapitlet är upplagt så att jag till en början presenterar hur intagningsprocessen såg ut för kriminalpatienterna och

²⁴⁶ Det fanns en juridisk skillnad mellan ”avsaknad av fullt förstånd” och ”i avsaknad av förståndets fulla bruk” men jag kommer inte att ta fasta på denna skillnad i analysen, eftersom slutresultatet blev det samma för kriminalpatienterna, dvs. de intogs alla på Själo hospital. En handling begången i avsaknad av fullt förstånd innebar i allmänhet att förövaren varit sinnessjuk vid förövandet av brottet eller var djupt sinnesslö. Sådana sjuka var straffria. I avsaknad av förståndets fulla bruk var i allmänhet ”sådana individer, att ett delmotiv vid brottet varit lättare grad av sinnesslöhet eller psykopatisk karaktär” (Kaila 1957, 163).

därefter visar jag fördelningen mellan de olika typerna av brott som kriminalpatienterna stått åtalade för. Jag visar hur kvinnor som stått åtalade för barnamord, mordbrand, mord och lösdriveri framställdes i den rättspsykiatriska diskursen. De olika brottslingarna (re)presenterades något olika beroende på brottet, trots många likheter. Kapitlet avslutas med en granskning av tre kriminalpatienters rättspsykiatriska utlåtanden.

Från och med år 1901 skulle kvinnliga kriminalpatienter överföras till Själo asyl (Dahl 1915). Själo hade dock redan innan dess omhändertagit kriminalpatienter och den första kriminalpatienten påträffade jag bland inskrivningshandlingarna år 1891²⁴⁷, men det var under 1930- och 40-talen som andelen kriminalpatienter bland internerna var som störst. År 1937 inskrevs fem kriminalpatienter (två som stått åtalade för mordbrand, två för mord och en för barnamord). År 1943 var ett annat år då sammanlagt fyra brottslingar (två som stått åtalade för mord, en för mordbrand och en för stöld) inskrevs. Den isolerade ön var en lämplig plats att förvara farliga kvinnor på, eftersom möjligheterna att rymma från ön var så gott som obefintliga.²⁴⁸ Därtill hade medicinska experter framfört tankar om att sinnessjukhusens funktion – isolering – skulle förhindra fortplantningen av sedeslösa, degenererade individer (Mattila 1999; Uimonen 1999). Andelen kriminella bland Själokvinnorna var 13 procent under tidsperioden 1889-1944, och tjugofem kvinnor hörde till denna grupp som av myndigheter och sjukhuspersonal uppfattades som särskilt krävande och besvärlig. Många kriminalpatienter beskrevs som svårhanterliga, deras förvaring i fängelset som problematisk och deras uppförande på sinnessjukhusen som svårövervakat. De flesta kriminalpatienter, 11 kvinnor, inskrevs på hospitalet under 1930-talet, under en tid då både kriminaliteten och antalet personer som definierades som sinnessjuka eller sinnesslöa ökade (Pösö 1986; Harjula 1996, 2003).²⁴⁹

Kvinnors brottslighet ökade i synnerhet mellan åren 1935-1945 (Pösö 1986).²⁵⁰ Strax före kriget, år 1939, fanns det i landet 413 kriminalpatienter, av vilka 19 var placerade på Själo hospital (Virkkunen et al 1983). År 1940 var det sammanlagda antalet kriminalpatienter 419 och av dessa var 59

²⁴⁷ Detta gäller den undersökta tidsperioden 1889-1944. Redan tidigare hade Själo omhändertagit brottslingar som hade betraktats vara i behov av mentalvård. År 1891 inskrevs två kriminalpatienter: Amanda, åtalad för lösdriveri och Augusta, åtalad för dråp. Där Amanda hade utförliga läkarintyg, saknade Augusta sedvanliga inskrivningshandlingar, och det enda dokumentet som bevisade hennes intagning var ett brev, daterat den 18 juli 1891, från medicinalstyrelsen till sjukhusets syssloman om att Augusta skulle förflyttas från Lappviken till Själo. HM 3.2.3. (1891).

²⁴⁸ En intressant jämförelse möjliggör det koloniala sinnessjukhuset Robben Island Lunatic Asylum, placerat på en ö utanför Kapstaden i Sydafrika. Sjukhuset omhändertog huvudsakligen "farliga" dårar. I början av 1900-talet var fyra femtedelar av patienterna svarta män och en tredjedel brottslingar (Deacon 2003, 22).

²⁴⁹ För forskning kring finländsk (våld)s brottslighet se t.ex. Heikki Ylikangas (1998, 1999).

²⁵⁰ Andelen åtalade kvinnor av alla åtalade personer har varit som störst under åren 1885, 1905, 1915 och 1940-1945, dvs. huvudsakligen under särskilda samhälleliga undantagstillstånd (Pösö 1986, 81).

kvinnor (14,1 %). Något senare, år 1945, var andelen kvinnliga brottslingar som ordinerades mentalvård runt fjorton procent av alla kriminalpatienter (Pösö 1986, 85). Kvinnliga brottslingar straffröklarades och placerades på sinnessjukhus oftare än manliga förbrytare (Pösö 1986). Således var andelen kvinnor bland kriminalpatienterna större än andelen kvinnor bland fängelseinternerna, vilket tyder på att rättspsykiatri och domstolsväsendet snarare betraktat orsakerna till kvinnors brott som en följd av mental störning än som ett resultat av medvetet handlande (Pösö 1986).

PROCESSEN – EN LÅNG VÄNTAN

Placeringen av kriminalpatienterna på Sjalö var en kompromiss mellan de olika instanserna som krävde noggrann planering. Den omfattande brevkorrespondensen mellan landshövdingar, domstolar, medicinalstyrelsen, vederbörande sjukhus och fängvårdsinrättningar visade på en process som var både utdragen och besvärlig. Kvinnornas dokument – rättegångsprotokoll och rättspsykiatriska handlingar – förflyttades tillsammans med kvinnorna från anstalt till anstalt. Kriminalpatienterna omplacerades i en ännu större utsträckning än de övriga patienterna, och vanligtvis anlände kriminalpatienterna till Sjalö flera år efter att de begått sitt brott. Deras institutionaliserade liv började vanligtvis på fängelset – ibland redan på fattighuset – därefter sinnesundersöktes de på sjukhus (Lappviken, Pitkäniemi, Niuvanniemi), förflyttades sedan till ett annat sjukhus för att till sist landa på Sjalö. De flesta kriminalpatienter förflyttades från Pitkäniemi sjukhus till Sjalö.²⁵¹

Processen såg ut enligt följande för brottslingarna:

- 1) Kvinnan har begått ett brott som har uppdragats. Hon blir arresterad av lokala polismyndigheter och polisförhör med henne inleds.
- 2) Kvinnan hålls i fångenskap i länsfängelset eller på någon annan fängvårdsinrättning, samtidigt som rättsväsendet kopplas in på fallet.
- 3) Domstolen (tings- eller rådstuvurätten) inleder rättegång, kvinnan förhörs, vittnen hörs och kvinnan förpassas tillbaka till fängelset.
- 4) Rätten sammanträder flera gånger. Kvinnan hålls i fängelset, och eskorteras till rättegången av fängvaktare.
- 5) Rätten anser det vara nödvändigt att få ett expertutlåtande om gärningskvinnans sinnesbeskaffenhet och fattar beslut om att

²⁵¹ Pitkäniemi och Sjalö "roterade" patienter, och de kriminalpatienter som inte dog på hospitalet förflyttades oftast senare tillbaka till Pitkäniemi sjukhus.

anhålla att den åtalade intas på något av statens sinnessjukhus för läkarundersökning. Domstolen kontakter landshövdingen som i sin tur vidtar åtgärder för att förflytta kvinnan från fängelset till något av de statliga sinnessjukhusen för rättspsykiatrisk undersökning. Rättegångsprotokollen sänds till den utsedda läkaren.

- 6) Kvinnan sinnesundersöks på sinnessjukhuset i 3-7 månaders tid.
- 7) Den undersökande läkaren skriver ett utlåtande i vilket kvinnan i Sjalöfallen straffröfklarar: kvinnan har enligt den rättspsykiatriska undersökningen konstaterats vara i avsaknad av fullt förstånd vid brottets utförande, och kan inte hållas ansvarig för sina brottsliga handlingar. Överläkaren på ifrågavarande sjukhus sänder den undersökande läkarens expertutlåtande till medicinalstyrelsen, bifogar sin egen uppfattning och meddelar samtidigt att han instämmer i utlåtandet. Domstolen är inte nödsakad att rätta sig efter läkarutlåtandet.
- 8) Det rättspsykiatriska utlåtandet granskas av medicinalstyrelsen som avger det officiella medicinska utlåtandet. Medicinalstyrelsen kontakter vederbörande landshövding och meddelar att kvinnan har varit i avsaknad av fullt förstånd vid brottets utförande, och att hon tillsvidare borde vårdas på sinnessjukhus. Samtidigt uppmanar medicinalstyrelsen landshövdingen att vidarebefordra medicinalstyrelsens utlåtande till vederbörande domstol, och ber landshövdingen åtgärda att kvinnan avhämtas från det undersökande sjukhuset. Kvinnan skickas tillbaka till fängelset.
- 9) Domstolen tar ställning till rättspsykiaterns utlåtande och fattar beslut om att kvinnan i dessa fall inte skall dömas för sitt brott. Istället beslutar domstolen att kvinnan skall placeras på slutet sinnessjukhus.
- 10) Domstolens beslut kan överklagas till högre rättsinstans. I några av fallen har ärendet överklagats till Högsta domstolen.
- 11) Vederbörande rättsinstans förpassar sedan fallet till landshövdingen med uppmaning om att landshövdingen vidtar åtgärder för att få kvinnan placerad på sinnessjukhus. Motiveringen till sjukhusplaceringen anges vara att (Sjalö)kvinnan lider av en sådan sinnessjukdom som gör att hon kan betraktas som "farlig för den allmänna säkerheten".
- 12) I fängelset avvaktar kvinnan landshövdingens beslut om vilket sjukhus hon skall intas på.

- 13) Kvinnan förflyttas från fängelset till sinnessjukhus och vistas där i allt från några månaders tid till flera år.
- 14) Korrespondens mellan medicinalstyrelsen, vederbörande sjukhus och Sjalö asylinrättning inleds gällande eventuell förflyttning av kvinnan till Sjalö.
- 15) Medicinalstyrelsen fattar beslut om att kvinnan överförs till Sjalö och meddelar sitt beslut till läkaren på Sjalö asylinrättning.
- 16) Kvinnan intas på Sjalö asylinrättning.

Domstolarna konfronterades med två viktiga beslut i samband med den anklagade. För det första skulle domstolen avgöra huruvida det fanns orsak att sända den åtalade till sinnessjukhus för sinnesundersökning. Det andra beslutet gällde att ta ställning till det förslaget om otillräknelighet som på basis av sinnesundersökningen lades fram. De finländska domstolarna avvek emellertid sällan från den undersökande läkarens/medicinalstyrelsens förslag (Huttunen 1993, 28). De olika diskursiva maktsätena (polisväsendet, kommun, domstol, landshövding, fängelse, medicinalstyrelse) syns och ger inslag i den rättspsykiatriska diskursen. Instansernas utsagor, beslut, skildringar och förhör citeras i det rättspsykiatriska utlåtandet. Kriminalpatientens obotlighet nämns inte som kriterium för intagning på Sjalö. Däremot rekommenderar rättspsykiatern sluten anstaltsvård.

Avbrottsliga handlingar som ledde till sinnesundersökningar i Finland var brott mot liv den största kategorin och utgjorde hela 44 procent av alla sinnesundersökningar år 1925 (Pajuoja 1995, 78). Samma år utgjordes den näst största gruppen av personer som hade åtalats för egendomsbrott (31 %), därefter kom mordbrand (13 %) och övriga våldsbrott (6 %). Sexualbrott utgjorde tre procent, liksom kategorin ”övriga brott”. Tio år senare, år 1935, var brottskategorierna brott mot liv och egendomsbrott lika stora med 35 procent vardera. Personer som gjort sig skyldiga till sexualbrott sändes nu oftare till rättspsykiatrisk undersökning och stod år 1935 för 11 procent, medan mordbrännarna hade minskat till nio procent. Övriga våldsbrott och ”övriga brott” var lika stora med fem procent vardera (Pajuoja 1995, 78). År 1940 var andelen brott mot liv (33 %) och egendomsbrott (33 %) fortfarande lika stora, medan kategorin ”övriga brott” hade stigit till 19 procent, sexualbrotten (9 %) och mordbränderna (6 %) hade minskat något bland de utförda sinnesundersökningarna (Keisu & Wagner-Prenner 1987, 62, 87).²⁵²

²⁵² De statistiska uppgifterna om fördelningen av brottsformer som lett till sinnesundersökning varierar något beroende på källa.

KONSTRUKTIONER AV HÅLLNINGSLÖS KARAKTÄR OCH SJUKDOM

Bland kriminalpatienterna på Själo fanns sju brottskategorier: *barnamord, mord/dråp, mordbrand, lösdriveri/dryckenskap/liderligt leverne, misshandel, rån* och *stöld* (tabell 9). Rån och stöld är kategoriserade som skilda brottstyper, eftersom rån i dokumenten behandlades som ett allvarligare brott än stöld. Däremot har jag placerat mord och dråp i en och samma kategori, även om de juridiskt sett är skilda brottstyper. Orsaken till detta är att det inte framgick några större skillnader mellan dessa två brottstyper i rättegångsprotokollen och slutresultatet för Sjalökvinnorna som begått mord och dråp blev detsamma. Därtill fokuserar min granskning inte på den rättsliga diskursen, utan på den medicinska diskursens bilder av kriminalpatienterna.

KRIMINALITET	ANTAL	PROCENT
Kriminella	25	13 %
<i>barnamord</i>	7	
<i>mord eller dråp</i>	6	
<i>mordbrand</i>	6	
<i>lösdriveri, dryckenskap eller liderligt leverne</i>	3	
<i>misshandel</i>	1	
<i>rån</i>	1	
<i>stöld</i>	1	
Icke kriminella	167	87 %
TOTALT	192	100 %

Tabell 9. Fördelning av kvinnorna enligt typ av kriminalitet 1889-1944

En granskning av de kriminella kvinnornas civilstånd visar att majoriteten av dem var ogifta, vilket avspeglar den generella trenden på Själo. De ogifta kriminella kvinnorna var 17 till antalet, tre kriminalpatienter var gifta och tre var änkor. En kriminalpatient var fränskild och hon hade varit åtalad för barnamord. Uppgifter saknades för en kvinna som stått åtalad för dråp. Av de sammanlagt sju barnamörderskorna var fyra ogifta, två var gifta och en var fränskild. Av de sex mörderskorna var hälften ogifta, en var gift, en var änka och för en kvinna saknades uppgifter om civilstånd. Mordbrännarna var ogifta kvinnor (5), förutom en som var änka. De tre lösdrivarna var alla gifta, likaså de två patienter som var

åtalade för misshandel respektive rån. Brottet stöld representerades av en änka (se även Ahlbeck-Rehn 1998, 103). Som jag redan diskuterat tidigare blir patienternas civilstånd intressantare då det relateras till andra sociala kategorier och till de psykiatriska beskrivningarna av kvinnorna. Därför ville jag studera hur dessa brottslingar definierades och konstruerades som särskilda avvikande subjekt i maktens nätverk. Var avvikelsen en fråga om kriminalitet eller konstruerade den rättspsykiatriska diskursen andra betydelser? En kartläggning av hur kriminalpatienternas beteende definierades i dokumenten visar att brottslingarna beskrevs i sexualiserade eller aggressiva termer (tabell 10).

	AGG- RESSIV	LUGN	NED- STÄMD	EROTISK	UPPGIFT SAKNAS	TOTALT
mord eller dråp	3		1		2	6
barnamord	2	1	1	3		7
mordbrand	2	1		3		6
misshandel			1			1
rån				1		1
stöld		1				1
lösdriveri, dryckenskap eller liderligt leverne				3		3
TOTALT	7	3	3	10	2	25

Tabell 10. Fördelning av kvinnorna enligt typ av kriminalitet och beteendemönster 1889-1944

Av de kriminella patienterna beskrevs hela fyrtio procent (10 kvinnor) som erotiska och 28 procent som våldsamma (7 kvinnor). De gifta kriminella kvinnorna beskrevs som aggressiva och farliga, de ogifta kvinnorna som sexuellt tvivelaktiga. Således följde framställningen av kriminalpatienternas beteende samma logik som för de övriga patientkategorierna, nämligen att gifta patienter oftare beskrevs som våldsamma, medan ogifta kvinnor sexualiserades. Ogifta brottslingar som framställdes

som osedligt sexuella kunde dock även beskrivas som våldsamma, på samma sätt som andra Själopatienter (se *Förvisade på livstid*). Skillnaden mellan aggressivitet och sexualitet konstruerades i relation till *gifta* kriminalpatienter: dessa sexualiserades inte. För de ogifta brottslingarnas del konstruerades våldsamheten som en effekt av den erotisering av deras liv som gjordes i den rättspsykiatriska diskursen. Detta innebar att utsagor om kvinnornas utomäktenskapliga sexualitet, att de levtt tillsammans med män utan att vara gifta med dem, att de levtt som prostituerade eller att de hängett sig åt sexuellt umgänge utan betänkligheter stod i förgrunden för diagnostiseringen. Våldsamheten – såsom kvinnornas beteende beskrevs på sinnessjukhuset under den rättspsykiatriska undersökningen – presenterades här som en ”naturlig konsekvens” av övrig osedlighet, medan de gifta brottslingarna saknade utsagor om sitt sexuella leverne och definierades som allmänt aggressiva. De kriminalpatienter för vilka anspelningar på sexualitet och osedlighet blev det centrala placerade jag i kategorin ”erotisk”.

Innan jag presenterar Johanna, Sofia och Emilia presenterar jag kriminalpatienterna enligt brottskategori och ger exempel på hur kvinnorna och deras brott framställdes i rättegångsprotokoll och rättspsykiatriska utlåtanden.

Barnamord – ekonomisk utslagning, skam, vansinnesdåd?

De sju patienter som stått åtalade för barnamord var kvinnor som direkt eller några dagar efter förlossningen tagit livet av sitt nyfödda barn. Några av kvinnorna hade dräpt barnet då det redan var litet äldre, kring ett år gammalt. Det stora antalet kvinnliga fångar i början av 1900-talet var till stora delar beroende av antalet barnamord och brott mot det ofödda fostret som kvinnor åtalades för (Pösö 1986, 93). Barnamordens antal var som störst under slutet av 1800-talet och fram till början av 1900-talet, en tid under vilken också antalet oäkta barn var som störst (Ervasti 1994, 115).²⁵³ Den första kvinnan som stått åtalad för barnamord (under perioden 1889-1944) inskrevs på Själo år 1898. Mellan åren 1931 och 1940 var det absoluta antalet barnamord högt (Pösö 1986, 90).²⁵⁴ Det var under denna tidsperiod som majoriteten av barnamörderskorna intogs på Själo, och de återstående sex barnamörderskor inskrevs mellan åren 1929-1944.

Barnamord var ett kvinnobrott och män kunde enligt lagen inte åtalas för brottet. I Strafflagen 22 kapitel stadgades: *”Har kvinna, som af oloflig bebildelse blifvit havande, vid födseln eller strax därefter uppsåtligen dödat sitt foster genom handaverkan, fostrets utsättande, eller uraktlåtenhet af hvad för dess bibehållande vid lif var nödigt; straffes för barnamord med tukthus i högst åtta år eller fängelse ej under tre månader. Försök är straffbart”* (1§ 21/1914). Män kunde göra sig skyldiga till brott som kunde jämföras med

²⁵³ Åren 1890-1910 behandlades årligen 70-90 barnamordsfall i Finland. Sammanlagt dömdes 1738 kvinnor för barnamordsbrott under dessa år (Ervasti 1994, 115).

²⁵⁴ Tarja Pösö (1986, 89-90) använder sig av statistik över kvinnor som dömts till tukthusstraff och granskar de olika brottskategoriernas (barnamord, mord, dråp och stöld) fördelning.

barnamord, men i rätten behandlades dessa som dråp eller mord. Brotten var könskonstituerande – de reflekterade rådande föreställningar om kvinnors och mäns brottslighet – men samtidigt skapade brottskategoriseringarna bilder av kvinnlighet och manlighet (jfr Petersen 2001; Meskus 2001, 2003). Enligt Riitta Suhonen (1996, 219) blev brottens könade karaktär synlig i gärningarnas straffbarhet. Suhonen (1996) lyfter fram lägersmål (olagligt könsumgänge mellan ogifta kvinnor och män) som exempel (se även Suhonen 1994). Även om lägersmål var ett straffbart brott för både män och kvinnor, var det kvinnor som hade fött oäkta barn som oftare än männen fasttogs och dömdes.

Forskare har i huvudsak angett två möjliga förklaringar till varför kvinnor dödade sina nyfödda barn. För det första har de påtalat den negativa inställningen till ogifta mödrar, och för det andra har den ogifta moderns ekonomiska svårigheter lyfts fram som bakomliggande orsak (t.ex. Taussi Sjöberg 1986; Ward 1999). Oron och rädslan för hur de egna föräldrarna eller värdfolket skulle förhålla sig till den ogifta modern och bekymret över den ovissa framtiden har betraktats som drivande krafter bakom barnamord. I sin undersökning om barnamord lyfter Kaijus Ervasti (1994) fram den ogifta moderns skam över att ha blivit olovligt gravid som en tänkbar förklaring till barnamord.²⁵⁵ Skammen var enligt Ervasti inte bara personlig, inte endast den havande ogifta kvinnans personliga angelägenhet, utan det handlade samtidigt om den skam som kvinnans familj utsattes för i samband med den olovliga graviditeten, något som kastade en skugga över familjens moraliska karaktär. En kvinna som blivit olovligt gravid väckte lokalsamhällets kollektiva anstöt på ett helt annat sätt än män som gjort sig skyldiga till lägersmål. Många agrarhistoriker har visat att skulden för utomäktenskaplig samvaro och eventuell graviditet nästan uteslutande lades på den ogifta kvinnan (Frykman 1977; Ohlander 1986; Taussi Sjöberg 1986; Lövkrona 2004/1999).²⁵⁶ Rädslan över fattigdom kunde vara kopplad till rädslan för skammen. Ogifta mödrar som sökte försörjare åt sina oäkta barn i tingsrätten fick ofta höra att de var horor som "gav till alla" (Pohjola-Vilkuna 1995a, 52). Betraktat ur detta perspektiv var det kvinnans rädsla över den outhärdliga skammen som drev henne till sitt brott.

²⁵⁵ Även Veli Verkko (1933, 1949), moralstatistikern och Finlands första kriminolog, som under 1930-40-talen publicerade en mängd undersökningar om brottslighet lyfte fram skam – kopplad till sträng sexualmoral – som en förklaring till barnamord. Enligt Verkko (1949, 33-45) kunde en "för sträng" sexualmoral ha en "kriminogen" effekt, dvs. föda kriminalitet. Verkko använde som exempel Österbotten där nativiteten av oäkta barn var lägre än i övriga landet, men detta till trots var barnamordens andel relativt sett högre än i de övriga länen. Verkko (1949, 33-45) förklarar detta med en strängare (sexual)moral som hade en kriminogen effekt. Se även Risto Jaakkola (1986).

²⁵⁶ Noteras bör att de presenterade forskarna analyserat olika tidsperioder, från 1700- till 1900-tal, men också olika samhällen (Finland, Sverige), varvid generella slutsatser gällande inställningen till barnamord inte kan dras. Jag använder den tidigare forskningens tolkningar främst som illustrativa exempel på hur barnamord analyserats.

Även om mitt syfte inte är att spekulera kring orsakerna bakom Sjalökvinnornas barnamord, anser jag att skammen är otillräcklig för att förklara barnamord. Många av Sjalökvinnorna som åtalades för barnamord hade oäkta barn sedan tidigare. Kanske hade det varit möjligt att försörja ett barn, men inte ett till? Eller hade erfarenheterna av att ha ett oäkta barn "avskräckande" effekter, så att den ogifta kvinnan inte ville genomlida samma förnedring en gång till (jfr Pohjola-Vilkuna 1995b, 118)? I rättegångsprotokollen och de rättspsykiatriska utlåtandena uppgav barnamörderskorna olika orsaker till sina gärningar och motiven varierade (jfr Ervasti 1994, 102). Min avsikt är inte att förklara *varför* barnamörderskorna begick brottet, det är knappast vare sig möjligt eller önskvärt att försöka rekonstruera kvinnornas bakomliggande intentioner. Jag vill snarare lyfta fram olika beskrivningar av det händelseförlopp som hade långtgående konsekvenser för kvinnorna och deras liv. Genom att läsa dokumenten diskursivt analyserar jag hur kvinnorna förklarade sina gärningar, men framför allt hur dessa kvinnor porträtterades i den psykiatriska diskursen (jfr Bergenlöv 2004; Lövkrona 2004)²⁵⁷?

Den vanligaste förklaringen som kvinnorna uppgav handlade om försörjningssituationen. Många motiverade sitt dåd med ekonomiskt trångmål; att deras lön inte skulle räcka till för att försörja barnet. Kvinnorna var beroende av lönearbete, något som innebar att spädbarnet skulle omhändertas av någon annan vilket i sin tur skulle ha medfört ytterligare utgifter. I många berättelser meddelar kvinnorna sina löneinkomster och relaterar dem till sina utgifter, något som illustrerar den ekonomiska verklighet kvinnorna levde i. En del kvinnor försörjde inte bara sig själva, utan också sina (utomäktenskapliga) barn och sina mödrar.

Mjölñarhustrun Stinas förklaring till sitt brott, och beskrivningen av hennes sinnesstämning, återgavs enligt följande:

"Sinnesstämningen vanligtvis färglös. Affekten som uppträder då man förebrår pat. är mycket ytlig, ytliga är även hennes nu och då förekommande gråtattacker. Om detaljerna kring sitt brott talar hon utan sinnesrörelse, hon berättar att hon mördat sitt barn så att hon kunde börja förtjäna sitt uppehälle."²⁵⁸

²⁵⁷ Historikern Eva Bergenlöv (2004) granskar konstruktioner av skuld och oskuld i den *rättsliga* diskursen gällande barnamord i 1600-1800-talens Sverige. Bergenlöv (2004) visar hur dessa skuld/oskuldskonstruktioner å ena sidan skapade en idealbild av den oskyldiga barnkväverskan (gift, ärbär kvinna) och å andra sidan en motbild av den skyldiga barnamörderskan (ogift, odygdig kvinna).

²⁵⁸ 55-årig mjölñarhustru, diagnos schizofreni, inskriven 1929. Barnet hade hon dödat år 1911. A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 13.2.1928 (övers.). HM 3.2.4. (1929).

Tjänarinnan Emilia uppgav att hon gjorde sitt död ”på grund av att hon inte orkar försörja sig själv, sin mor och därtill ett barn.”²⁵⁹

Känslolöshet inför barnets död och konstruktionen av den egoistiska kvinnan som föredrog arbete framom moderskap (såsom i fallet mjölnarhustrun ovan) var en illa ansedd kombination (jfr Bergenlöv 2004; Lövkrona 2004). Däremot var inställningen skonsammare ifall barnamörderskan – trots hänvisning till behovet av lönearbete – uppvisade ånger och affekt, dvs. att kvinnan innerst inne sörjde över sitt död. Tjänarinnan Alma, med diagnosen imbecillitas, dödade sitt ettåriga barn och förklarade sin gärning med att hennes löneintäkter inte räckte till barnets vårdkostnader.

”Hon hade tjänst på olika ställen i sammanlagt 14 års tid, och det verkar som om hon hållits för en normal person, även om man uppfattat henne som mindre begåvad, som ’enkel’, ’oföretagsam’, ’dum’ [...] I.V 1918 förde patienten sitt barn till en hustru för att skötas, och betalade för detta 30 mk per månad. I.VI 1919 på kvällen 8 snåret var hon på väg från sin tjänsteplats med båt för att hämta barnet. På vägen hem funderade [patienten] på ett sätt på vilket hon skulle kunna bli av med barnets vård och vårdkostnader. Hennes löneintäkter räckte nämligen inte till barnets vårdkostnader. Efter att ha övervägt saken bestämde hon sig [...] för att tappa barnet i vattnet. [...] uppmanad och lockad därtill erkände hon sitt död – Senare har pat. sagt att hon inte vet vad som fick henne att göra sitt död, som hon nog efteråt ångrat.”²⁶⁰

Alma förklarar att hon var väldigt sjuk efter förlossningen ”så att jag trodde jag skulle dö – och bättre hade det också varit (Rösten darrar och ögonen tåras)”. Förlossningen anges också – vid sidan av ”medfödd utvecklingsstörning” – som sjukdomsorsak i läkarintyget.²⁶¹ Alma berättar att familjen som skötte om den 1,5 år gamla pojken talade om att

”det var ett krassligt barn, - Betalade 40; för det – åtminstone 40; mk i månaden – Nog var det ett trevligt barn. Jag skulle nog ha hållit det själv (ler och blygs). Det var ännu is i vattnet då hon kastade barnet i sjön. Jag vet inte vad som gick åt mig, då jag kastade det. Jag minns inte hur det var. Nog ångrade jag mig efteråt, men vad kan man mera åt det (gråter). Nog såg hon barnets kropp sedan – på tinget – kände igen det på kläderna”.

Barnamordet hade Alma begått då hon var 34 år gammal år 1919, men hon inskrevs på Sjölo först 1933 och dog redan fyra år senare i livmodercancer vid en ålder av 52 år.

Strävan att förklara barnamordens/kvinnornas bakomliggande motiv inbegriper en outtalad önskan att rationalisera eller förstå ett

²⁵⁹ 43-årig tjänarinna, diagnos imbecillitas, epilepsia, inskriven 1944. Barnet hade hon dödat år 1933. Se kapitlet *Emilia – hovan som blev benådad*. Polisprotokoll, utfärdat av överkonstapeln i Pirkkala länsmansdistrikt efter hållet polisförhör 14.9.1933 (övers.). PP 3.7.2. (1946).

²⁶⁰ 48-årig tjänarinna, diagnos oligophrenia, imbecillitas, inskriven 1933. Barnet hade hon dödat år 1919. Avskrift av rättshandlingar i anamnes (övers.). HM 3.2.4. (1933).

²⁶¹ A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 12.6.1933 (övers.). HM 3.2.4. (1933).

brott som av många uppfattas som ett irrationellt och fasansfullt dåd. Självkvinnornas dokument tyder på att vissa handlingar och händelser inte kan rationaliseras, utan måste snarare betraktas som en konsekvens av irrationella föreställningar, tvångstankar och hallucinationer. En av de fogliga barnamörderskornas utsagor visar hur brottet var en handling som motiverades med religiösa idéer; med tankar om synd, änglar och den heliga anden.

”1. Juni svarar hon på frågan hvarför hon gjorde illa sitt barn: nå det var nu ett sådant barn, nog vet doktorn, mitt ena bröst blef alldeles sjukt deraf också. 3 Juli är hon något mera meddelsam, säger sig ha fått barn med den heliga ande, hennes man är en ’engel i menniskoskepnad’, sjelf har hon sjunkit så lågt och blifvit så syndfull att hennes barn icke hade någon själ, att hon ’därför ej kunde låta det lefva’ [...] att [patienten] redan sedan en längre tid, ungefär 2 år före barnamordet, lidit af sinnessjukdom, som under graviditetens och amningsperiodens försvagande inverkan antagit formen af en Melankoli, och att hon under inflytande däraf begått mordet på sitt barn och sålunda icke är tillräknelig för denna handling.”²⁶²

Hos andra, såsom hos den 35-åriga bondedottern Fredrika, framgick inte orsakerna, och hon intogs på Själo år 1930. Trots att hon var kriminalpatient saknade hon explicit diagnos. Däremot diagnostiserade den medicinska kursen en särskild form av avvikande kvinnlighet; en kroppslig och mental patologi. I den medicinska texten presenterades Fredrika som ett trögt förnuft i en manhaftig kropp. Tidigare forskning har också visat att kvinnliga brottslingar, i synnerhet underklasskvinnor, ofta av läkarna beskrevs som mycket maskulina till utseendet (jfr Johannisson 1994; Shapiro 1996). Den maskulina okvinnliga kroppen relaterades därtill till en sexuell framfusighet:

”Mördat barnet som hon fött i oktober 1925. Blivit åtalad för detta. I januari 1926 blev hon tungsint, senare mycket rastlös. Hörselhallucinationer började uppträda. För sitt sinnestillstånd varit på Niuvanniemi centralanstalt för undersökning sommaren 1926. Befriades från åtal [...] Kroppsbyggnaden spenslig, ryggradens höft deformerad till sin form bakåt och till vänster en utbuktande pucker. Axlarna breda, höften smal och hög. Ansiktsdragen grova, något manliga [...] Hållningen slapp. Uppsynen tidvis alldeles färglös, ibland tomt leende [...] Till sin natur varit häftig och blivvit arg lätt, till sitt förstånd långsam och stel. I sexuella ärenden frispråkig och ogenerad.”²⁶³

Sexuell osedlighet kopplades för många kriminalpatienters del inte bara till ett lättsinnigt, utan också till ett rastlöst sinnelag. Rastlösheten och därmed en oansvarig karaktär hade ofta uppdragats redan i tonåren. I kriminalpatienternas handlingar framhölls ofta hur kvinnorna flyttat runt, att de ofta bytt arbetsplatser och att de haft svårigheter att hålla sin

²⁶² Barnet hade torparhustrun dödad år 1894. Kvinnan inskrevs på Själo först år 1937, vid en ålder av 74 år. År 1894 hade hon diagnosen melankoli, på Själo (1930-tal) diagnostiserades hon som schizofren. Läkarutlåtande, Åbo, 21.10.1895. HM 3.2.4. (1937).

²⁶³ A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 25.8.1930 (övers.). HM 3.2.4. (1930).

arbetsplats. Beskrivningarna av de geografiska förflyttningarna var ofta detaljerade, som i den 25-åriga Maires fall:

”Om sina livsskeden berättade hon att hon som 15-åring lämnat hemmet för att tjäna [som tjänarinna], varvid hon var 6 år i Kangasniemi. För ungefär 4 år sedan for hon från Kangasniemi till Ojakkala, Laukila folkskola [otydligt], sedan till Pyöli i Ojakkala, Kataja i Selkki, Haima, till Suonta i Vichtis, till Naukkuri i Ojakkala, varifrån hon i början av oktober 1935 blev sysslöslös varvid hon vistades i Kahri Jokikunta, i Pyöli i Ojakkala och i Helsingfors hos sin syster [namn], där hon sällskapade med män så att hon blev gravid.”²⁶⁴

För Maire och andra kvinnor som blivit olovligt havande, framställdes deras illegitima umgänge med det andra könet i pluralis. Kvinnorna hade umgåtts med *män* eller gett sig i könsumgänge med *vem som helst*, med antydning om kvinnan levtt ett promiskuöst liv. Även för kvinnor som fallit offer för våldtäkt var det oäkta barnet ett resultat av sedeslöst leverne, men framför allt en konsekvens av bristande självkontroll och hållningslös karaktär (Ahlbeck-Rehn 2001).

För de flesta kvinnor – både barnamörderskor och andra patienter – som fött utomäktenskapliga barn fanns uppgifter om vem som var far till barnet. Detta gällde även för Maires del:

”Den åtalade [...] upprepade allt som antecknats i hennes berättelse i polisförhørsprotokollen, dock korrigerande sin berättelse såtillvida, att barnets far var slaktaren [namn] som den åtalade träffat i oktober 1935. [Mannen], som den åtalade hade umgåtts med sedan nämnda tidpunkt, hade den åtalade träffat senast i juli, då de varit tillsammans på kommunalhuset i Vichtis. Den åtalade hävdade att [mannen] varit medveten om barnets födelse, något som det ofta hade varit tal om med [mannen] och [mannen] hade lovat ta hand om barnet så fort det föddes. Då tillfrågad hävdade den åtalade därutöver, att hon inte hade den minsta avsikt att dräpa sitt barn då hon lämnade Vichtis kommunalsjukhus. Det antecknades i protokollet att den åtalade uppträdde mycket lugnt och svarade på de ställda frågorna klart och fullständigt.”²⁶⁵

Kunde barnmordet vara ett ”barmhärtighetsdåd”?²⁶⁶ Maires barnmord motiverades inte med ekonomiska eller sociala omständigheter, ej heller fungerade den ogifta kvinnans skam som den drivande kraften bakom brottet. Så här framställdes bakgrunden och upploppet till barnmordet

²⁶⁴ Rättshandlingar, 26.8.1936 (övers.) PP 3.7.2. (1942).

²⁶⁵ Rättshandlingar, 31.8.1936 (övers.) PP 3.7.2. (1942).

²⁶⁶ Jämför Hilary Marland (2003, 313) som visar hur förlossningsvansinnet användes som försvarsgrund i barnmordsfall i Storbritannien på 1800-talet. Detta gällde främst ogifta kvinnor, men även gifta kvinnor. Enligt Marland accepterades förlossningsvansinnet av många som en förklaring till förkastandet av moderskapet. Marland visar att många kvinnor utskrevs, eftersom deras sinnesstörning hade avtagit då de kom till domstolen, eller behandlades endast kortare perioder på sinnessjukhus. Enligt Marland (2003, 313) förhöll man sig välvilligt till barnamörderskorna på därhusen och ger som exempel en gift kvinna (1876) som slagit ihjäl sitt barn. Enligt Marland (2003, 314) kritiserade läkarna mycket sällan dessa patienter.

såsom återgett av Maire själv (år 1936): hon födde ett fullgånget oäkta flickebarn som redan på sjukhuset nöddöptes, eftersom den nyfödda var svag och illa däran. Efter en vecka på sjukhuset var barnet uppenbarligen i bättre skick eftersom mor och barn utskrevs från sjukhuset. Maire skulle ta dottern med sig hem till föräldrarna som bodde i S:t Michel. De satte sig på tåget. Barnet grät oupphörligt och det började komma blod ur dess mun. När tåget stannade i Hyvinge, beslöt sig Maire för att avbryta sin resa och söka härbärge eftersom barnet var i så dåligt skick. Hon hittade inget övernattningsställe (ingen ville släppa in henne och den nyfödda), återvände till järnvägsstationen, förde sina saker till förvaringsutrymmet och lämnade barnet under tiden vid spåret. Sedan återvände hon till flickan.

”Barnet hade då gråtit sig så trött att det inte längre orkade gråta. Efter att hon fört sakerna till stationen, återvände berättaren tillbaka till barnet, som inte då heller grät. Berättaren satt sedan vid spåret ca 20 minuter, varpå hon märkte att barnet var så sjukt att det snart skulle dö. Det orkade inte ens gråta längre. När hon märkte att barnet led mycket och öppnade munnen, varpå det kom blod ur munnen, drog berättaren, för att barnets lidanden snabbare skulle sluta, till snöret som fanns i klänningen så att barnet inte kunde andas. Snöret som fanns i klänningen var ett kantband, som var i rosett på bröstet på klänningen. Berättaren öppnade rosetten och vred snöret kring barnets hals och drog till snöret. Efter att [hon] dragit till ett litet tag rätade barnet sig rakt, varpå berättaren märkte att barnet dött. Sedan lindade berättaren in barnet i ett klädesplagg och började gå mot kärret med barnet i famnen. Vid roten av en gran klädde hon av barnets kläder och lindade in kroppen i en duk och en trasa och satte det vid trädets rot och ovanpå satte hon tre grankvistar och ovanpå dem mossa. Efter detta gick hon tillbaka mot köpingen, där hon slapp in i en stuga över natten.”²⁶⁷

Två år efter barnamordet, år 1938, steriliserades Maire på Tammerfors allmänna sjukhus. Steriliseringen handlade med största sannolikhet om tvångssterilisering, eftersom Maire hörde till den kategori – schizofren och brottsling – som enligt 1935 års sterilisationslag kunde steriliseras om medicinalstyrelsen såg behov därtill (Mattila 2003). År 1940 inskrevs hon på Sjalö, men utskrevs ”på prov” redan 1942 hem till sin bror. För Maires del var fängelse- och sjukhustillvaron förbi.

Varför valde myndigheterna att inte lyssna på kvinnornas utsagor, utan framställde kvinnorna hellre som promiskuösa och ansvarslösa? Maire som gavs diagnosen schizofreni omnämndes emellertid också som saklig och lugn, vilket visar att texterna kan läsas på olika sätt. I den medicinska diskursen räckte dock *en* illegitim sexuell handling med *en* man för att stämpla kvinnan som osedlig. Kriminalpatienterna kunde inte framställas som kärlekens offer (se föregående kapitel *Förvisade på livstid*), eftersom de agerat på ett sätt som inte gav möjlighet till förståelse. De brottsliga kvinnorna bar själva ansvaret för sin irrationella gärning och betraktades följaktligen inte som offer. Jag återkommer senare i kapitlet till den paradoxala representationen av straffrihet och irrationella handlingar.

²⁶⁷ Rättshandlingar, 31.8.1936 (övers.). PP 3.7.2. (1942).

Jag har visat att de orsaker och förklaringar som gavs till barnamord varierande. De rättsliga och psykiatriska texterna kombinerades, då rättsens handlingar citerades och återgavs i den rättspsykiatriska texten. Den rättsliga diskursens språk – såsom tydligt explicerat i beskrivningen av ”barmhärtighetsdådet” – översattes till den psykiatriska diskursen genom diagnostisering. I både rättsliga och psykiatriska texter konstruerades betydelser kring ekonomiskt trångmål, skam, barmhärtighet, religiösa föreställningar, sjukdom och osedlighet. Det gemensamma i alla dessa fall var att Sjalö-barnamörderskorna straffriförklarades – till skillnad från andra som dömdes för sitt brott och hamnade i fängelse. Straffrihet *krävde* vansinne, otillräknelighet, därför måste ekonomin/skammen/religionen/barmhärtigheten konstitueras som – och *bli* – sinnessjukdom. Eftersom barnamord var ett specifikt kvinnligt brott blir resultatet att olika aspekter på kvinnlighet – förlossning, amning, ekonomisk utsatthet, illegitim sexualitet – konstituerade vansinnet.

Mordbrand – sinnesslöhet och degeneration

”Hvar, som uppsåtligen sätter i brand hus, byggnad, fartyg eller annat, som tjenar menniskor till boning, eller der menniskor å tid, då gerningen begås, pläga uppehålla sig eller der honom veterligen någon finnes, straffes för mordbrand med tukthus från och med två till tio år samt förlust af medborgerligt förtroende. Försök är straffbart” (Strafflagens 34., Kap. 1§).²⁶⁸

De kriminalpatienter som stått åtalade för mordbrand var sammanlagt sex till antalet, dvs. lika många som de kvinnor som åtalats för mord. Den första kvinnan som straffriförklarats för mordbrand inskrevs år 1909, de återstående fem kvinnorna under åren 1932-1943. I Finland har mordbrand eller mordbrandsförsök varit ett brott som kvinnor utför oftare än andra brottsformer. Det är också ett brott som oftare än andra förbrytelser resulterat i straffriförklaring (Pösö 1986). Kvinnorna som intogs på Sjalö hade anlagt eld på hus, några av dem hade anlagt eld på det kommunalhem eller fattighus där de hade bott. Pyromaners fascination för eld har ofta förklarats med att elden och lågorna framkallar sexuell upphetsning hos personen i fråga (Repo 1997). Kanske var det därför dessa mordbrännerskor konstruerades som *särskilt* sexuellt avvikande och opålitliga. Bland kriminalpatienterna på Sjalö var mordbrännarna lägst i rang. De beskrevs inte bara som sinnesslöa (imbeciller, oligofreniker och debiler), degenererade och erotiskt pådrivna, utan skamligheten låg framför allt i avsaknaden av ånger över det utförda dådet (jfr Szasz 1961; Foucault 1988c).

Bristande ånger och oförmåga att känna skuld konstruerades som känslokyla, något som i sin tur bekräftade den sjukliga och omoraliska karaktären. Den 19-åriga kommunalhemshysingen Saima ångrar inte att

²⁶⁸ Om brott, vilka innebära allmän fara, Strafflagens 34 kap, 1§,.

hon antände kommunalhemmet där hon bodde. Därtill beskrivs hon som upprorisk och hånfull i rätten.

”Förklarade att hon gjort ovanbemälda bränder med avsikten att slippa in på kåken så att hon inte skulle behöva vara på kommunalhemmet. Känner ingen ånger över sitt dåd [...] och påpekade att för henne kvittar det ifall hon fördes till ’kåken’, och tillade ’för mig fast till svinstian, samma sak är det alltihop’ [...] att svaranden hade farit iväg från kommunalhemmet, då ’inte iddes man nu alltid vara där’; att svaranden hade antänt [en bondes] lada ’annars bara’, då det inte skadade svaranden. [Senare bad hon] att man ’skulle sätta en kula i skallen på henne, att man inte hela tiden skulle behöva kuskas till tingen.”²⁶⁹

För en annan patient, Maria, med den speciella diagnosen *Degeneratio psychopathica. Imbecillitas. Hysteria*, inskriven år 1937, beskrevs brottet som en hämndaktion som avspeglade kvinnans okontrollerade humör. Även Maria hade varit med om att anlägga eld på fattighuset där hon bodde och handlingen beskrevs i termer av hämnd och bristande omdömesförmåga. Före sin intagning på Sjalö vårdades hon på Pitkäniemi sjukhus sedan år 1921. Ur anamnesen från Pitkäniemi framkommer det att hon

”födde ett oäkta barn vid 19 års ålder och senare två, av vilka det yngre är 5 år. Åtalad för mordbrand å Luopiois fattiggård, där hon var internerad. Var missnöjd med sin vistelse där och ville bort, men fick ej tillstånd. Påverkad av en kamrats (utanför fattiggården) kraftiga suggestion, var hon denna behjälplig vid brandens anläggande.”²⁷⁰

Fattiggården brann ner helt och hållet. På Pitkäniemi konstaterade man att patienten ”har i livet visat brist på omdöme och självständighet”. I anamnesen ingick även ”patientens berättelse” som var en kort sammanfattning och lydde såhär:

”Svårigheter i skolan, särsk. för matematik. – Menses vid 12 år. I partus vid 13 år. Tjänarinna på olika ställen under kortare tider. Till Luopiois fattiggård emedan hon hade värk i benen. Förargad på föreståndarinnan emedan hon ej tilläts gå ut i utarbete med männen. Dessutom stimulerad till tvist av sin medbrottsling. Hjälpte till vid förberedelserna till mordbranden och var närvarande när branden anlades. I fängelset [Tavastehus länsfängelse] sett ständigt för sig branden och sin medbrottsling vid sängen och hört henne tala något om den ifrågasvarande händelsen, ehuru hon ej kan återge ordalydelsen. Kommit hit [Pitkäniemi sjukhus] för att bli frisk.”

Enligt ovanstående skulle första förlossningen ha skett då Maria endast var 13 år gammal, en uppgift som inte nämns någon annanstans i handlingarna. Däremot uppges hon ha fött sitt första barn vid 19 års ålder. Marias förargelse på föreståndarinnan sägs handla om att hon, hysingen,

²⁶⁹ Saima saknar explicit diagnos, hon inskrevs år 1932. Rättshandlingar, 28.10.1931 (övers.). HM 3.2.4. (1932).

²⁷⁰ Anamnes och avskrift i Sjalö-formuläret. Mordbranden hade skett år 1920. HM 3.2.4. (1937).

hade velat arbeta tillsammans med männen. Vad gäller mordbranden åtalades Maria för medhjälp, medan medbrottslingen, en polisänka, åtalades för själva brottet. I rättegångsprotokollen berättade Maria hur polisänkan planerade branden och lovat henne ersättning om hon hjälpte till. Om hur själva dådet gick till berättade Maria hur hon överrättat tändsticksasken åt änkan

”som började antända branden. [...] Efter att elden anlagts gick [änkan] ut, och då hon gick varnade hon ännu berättaren, såsom hon även tidigare hade varnat, att denna bara inte skulle tala något med någon, utan låta brinna sköterskan och allt. [...] Veckan innan eldsvådan gav [änkan] berättaren pengar 9 mark och 50 penni och sade, ’om huset nu far ger jag mera’. Pengarna gav berättaren åt sköterskan efter att hon blivit fasttagen.”²⁷¹

I motsats till Maria förnekade polisänkan allt. Resultatet var att änkan dömdes till straff²⁷², medan Maria intogs på sinnessjukhus. I dokumenten konstrueras Maria som ”lättledd”; som en barnslig person som inte själv kunde förstå brottets allvar eller de konsekvenser mordbranden skulle leda till. Polisänkan framställs, trots att hon nekade till anklagelserna, däremot som ”hjärnan” bakom dådet och som huvudaktör och döms till straff, medan kommunalhemshysingen straffriförklarar.²⁷³ I A-formuläret uppges Marias uppfattningsförmåga vara ”klar, men ofullständig. Patientens intelligensnivå motsvarar ett 8-årigt barns”. Patientens tankeverksamhet beskrivs som ”livlig, men inkorrekt. Barnslig. Förhåller sig vanligtvis tillmötesgående gentemot omgivningen. Ibland något erotisk.” Enligt läkaren har hon ”sedan barndomen varit imbecill med psykopatiska drag.” Patientens tre oäkta barn lyfts fram i detta sammanhang, och används för att bekräfta den psykopatiska, hållningslösa karaktären.

Den låga intelligensen konstruerades i relation till den sexuella framfusigheten, och för kvinnors del kännetecknades sinnesslöheten uttryckligen av en ”onaturlig” erotisk fräckhet och ansvarslöshet (Neuman-Rahn 1955; jfr Runcis 1998; Engwall 2000). Diagnosen (”degeneratio psychopathica, imbecillitas, hystera”) och sättet att skriva om patienten var ett uttryck för den rashygieniska diskursens föreställningar som skapade specifika bilder av degenererade psykopater och imbeciller – i detta fall inbyggt i en mångtydig diagnos. Inte bara patientens karaktär/*själ* – vem hon *var* – visade på degenerationens urholkande, amoraliserande konsekvenser. Även patientens *kropp*, som beskrevs som ”fet och infantilt dysplastisk”, uppvisade imbecilla och infantila drag.

²⁷¹ Rättegångsprotokoll, 24.4.1920 (övers.) HM 3.2.4. (1937).

²⁷² Änkan dömdes till 9 års tukthusstraff och tolv år utan medborgerligt förtroende efter tiden för frihetsstraffet.

²⁷³ A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 19.5.1937 (övers.). På Pitkäniemi hade Maria varit ”frigångare” (”vapaakulkija”) och fått röra sig fritt, men på Själo beskrivs hon som högljudd och motsträvig. I början av sin tid var hon ofta isolerad, men blev sedan lugnare. Sju år efter sin ankomst dör hon, men dödsorsaken är inte angiven. Sex dagar före dödsdatumet finns det en anteckning skriven med oläslig handstil: ”tumören tillvuxit [...] nekros, ibland svåra blödningar”. Den tolfte december 1944 avlider hon.

Mörderskor – våldsambhet och irrationalitet

Sex kriminalpatienter hade åtalats för mord, men inte ansetts vara tillräkneliga och befriats från fängelsestraff. Kvinnorna hade tagit livet av sina makar, syskon eller andra familjemedlemmar. Den första kvinnan som stått åtalad för dråp inskrevs år 1891, de återstående fem som varit åtalade för mord under åren 1930-1943. Skillnaden mellan kriminalpatienter som begått barnamord, mordbrand och mord, låg främst i synen på mörderskorna som aggressiva och farliga, medan barnamords- och mordbrandspatienter framställdes som osedliga i sexuellt och kroppsligt hänseende. I motsats till barnamords- och mordbrandskvinnornas långa och utförliga dokument var de mordåtalade kvinnornas handlingar – även om de givetvis var längre än för ”vanliga” patienter – inte lika detaljerade och innehållsrika. För en del saknades rättspsykiatriska undersökningar bland inskrivningshandlingarna, för andra saknades explicita diagnoser. Det synes som om kvinnor som begått mord var mindre intressanta i den medicinska diskursen, och för några av brottslingarna saknades uppgifter om motiv. Däremot fanns information om våldsamt lynne, som för den 59-åriga torparhustrun som stod åtalad för mordet på sin make:

”Dödat sin make [namn] i januari 1924 genom att misshandla och strypa. Befriades som sinnessjuk från bestraffning, men dömdes som farlig för den allmänna säkerheten till vård på sinnessjukhus. [...] Då hon blir förgad kan hon anfälla andra genom att skuffa och lugga dem.”²⁷⁴

För andra var mordet – liksom många andra kriminalpatienters brottsliga handlingar – ett oförklarligt, irrationellt dåd som motiverades med religiösa föreställningar, tvångstankar och hallucinationer. För bondedottern Hilda, inskriven år 1937, uppgavs mordet på systemn vara orsakat av religiös påverkan, bl.a. påpekades i kommunalbilagan att ”fadern är sjundedagsadventist och försökt uppfostra den sjuka i enlighet med den tron”.²⁷⁵ I A-bilagan uppgavs orsaken till sjukdomen och brottet – liksom hos de flesta kriminalpatienter – vara: ”ärftlighet: farfadern svagsint, fadern sinnessjuk och suput, systemn sinnessjuk”²⁷⁶ [som patienten mördade]. Den kommunala diskursens fokus på familjens religiösa tillhörighet och framhållandet av faderns religiösa uppfostran kan också ses som kommunens fördomar mot religiösa sekter. I kommunens beskrivning skjuts ansvaret för gärningen över på fadern som uppfostat dottern i en riktning som visade sig ha ödesdigra följder för familjen. Mordet på systemn beskrevs som en våldsam och irrationell gärning, men också en konsekvens av den nedärvda sinnessjukdomen. Informationen

²⁷⁴ Torparhustrun saknar explicit diagnos, inskriven år 1930. Pitkäniemi sjukhus, 25.8.1930 (övers.) PP 3.7.2. (1943).

²⁷⁵ B-bilagan, Antrea, 15.12.1920 (övers.). HM 3.2.4. (1937).

²⁷⁶ A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 19.5.1937 (övers.). HM 3.2.4. (1937).

om patientens känslökyla och våldsamma motstånd mot auktoriteter (både polismyndigheter och sjukhuspersonal) visade på sinnessjukdom.

”Den 9 december 1920 på morgonen då de anhöriga satt och sysslade i stugan i tron att patienten sov i de tre systrarnas gemensamma sovrum bredvid stugan sågs patienten komma ut ur sitt rum och från tröskeln slå sin äldsta syster i huvudet, som spann garn i stugan nära dörren till systrarnas rum. Av slagen nådde två sitt mål, det tredje missade och träffade faderns finger. Systemen dog omedelbart. Vapnet var en yxa, som patienten i förväg gömt i sin säng. Patienten sade sig ha dödat systemen för att släppa henne från sitt lidande, systemen som kantänka fick ta del av bybornas hän på grund av sitt [springande/oklart] i byn. Patienten visade på inget sätt ånger. Med polisstyrka fördes patienten till kommunalhemmet i Antrea; under resan måste hon med våld hållas på karran på grund av sina rymningsförsök, sade sig vilja stanna en vecka kvar hemma, arbetet förblev ofullbordat: huvudet skulle lösgöras från kroppen (så var det bestämt).”²⁷⁷

På Pitkäniemi sjukhus fortsatte bondedottern sitt otyglade och oberäkneliga beteende. Diagnosen som gavs var schizofreni. Hennes överlägsenhet och förakt mot sjukhuspersonalen illustrerades av rymningsförsök och protester mot diverse undersökningar.

”Då hon kom från promenadgården slog hon sönder fönstret i korridoren. Försökte rymma hem som hon förklarade. Med samma avsikt hoppade hon ut på gräsplanen genom avdelningens köksfönster som lämnats öppet, ingen förändring i uppförandet efter att hon blivit fasttagen. [...] Då man skall göra Rombergs test vägrar patienten överlägset lekfullt och egensinnigt och förklarar att ett barn kan man befalla på det sättet, men inte en vuxen, inte blir hon ändå någon soldat. [...] Hennes första förfrågan gäller utskrivning [när hon skall slippa bort]. Efter att hon fått svaret återvänder den tidigare slappa nedstämda uppsynen [...] Ögonbrynen möts i mittlinjen. Axillhår och pubes normala. Inga särskilda degenerationstecken.”²⁷⁸

På Sjalö levde Hilda i sex års tid och enligt patientdagböckerna var hon en lugn patient. Tjugotre år efter att hon begått sitt brott, dog hon 47 år gammal i tuberkulos och lunginflammation. Året var 1943.

Lösdrivarna – osedlighet och oordning

Vad gällde kategorin ”lösdriveri, dryckenskap och liderlig lefnad” baserades straffet på lösdrivarförordningen från år 1883. De tre lösdrivarkvinnorna Amanda, Johanna och Hilja var alla urbana, ogifta kvinnor. Amanda inskrevs år 1891, Johanna år 1915 och Hilja år 1931. K.J. Ståhlberg konstaterade i sin avhandling om lösdriveri (1893) att tre kriterier samtidigt skulle vara uppfyllda för att en person skulle betraktas som lösdrivare. De tre kriterierna var: ”ett kringströfvande, sysslöst och osedligt leverne”. En person gjorde sig skyldig till ett ”kringströfvande leverne” om han/hon saknade fast adress, ständigt förflyttade sig från by

²⁷⁷ Sammandrag ur rättshandlingar, avskrift i Sjalö-formuläret (övers.). HM 3.2.4. (1937).

²⁷⁸ Utdrag ur status psychicus och status somaticus på Pitkäniemi, avskrift i Sjalö-formuläret (övers.). HM 3.2.4. (1937).

till by, eller i städerna rörde sig i parker, på gator eller på andra offentliga platser i osedligt eller olagligt syfte (Ståhlberg 1893, 122). Om personen i fråga därutöver var ”sysslolös” och inte kunde utpeka någon legal försörjningskälla betraktades personen som samhällsfarlig, eftersom ”en medellös person som inte försörjer sig genom arbete, sannolikt försörjer sig illegalt” (Ståhlberg 1893, 124). För att bli betraktad som lösdrivare måste han/hon föra ett ”osedligt lefverne, som till vana öfvergått.” Detta osedliga leverne handlade i praktiken om yrkesmässig prostitution och/eller vanemässig dryckenskap (Ståhlberg 1893, 148-150). En lösdrivare, som inte ”låt it sig rättas av varning” sändes först till länsfängelset, varpå guvernören avgjorde om personen i fråga skulle frikännas, sändas till sin hemort eller dömas till allmänt arbete, första gången tre månader till ett år och därpå följande gånger från sex månader till tre år (1883 års lösdrivarförordning § 5). År 1936 ersattes 1883 års lösdrivarförordning, men eftersom de tre kvinnorna som finns i lösdrivarkategorin inskrevs före år 1936, presenterar jag inte den nya lösdrivarlagen.

Lösdriveri var ett vanligt kvinnobrott i början av 1900-talet (1890-1910). Det stora antalet kvinnliga brottslingar kring sekelskiftet 1900 var delvis en följd av lösdrivarlagstiftningen och bland kvinnliga fångar var lösdrivarna i majoritet (Suhonen 1996). Åren 1885-1920 arresterades i medeltal 650-800 lösdrivarkvinnor per år, vilket utgjorde en femtedel eller fjärdedel av totala antalet arresterade (Nygård 1998, 46). Lösdrivarförordningen var inte enbart bunden till fattigdom och umbäranden utan i all synnerhet även till sedlighet. Lösdrivarlagstiftningen fungerade som fortsättning på sedlighetslagstiftningen och gav myndigheterna redskap att övervaka framför allt kvinnors osedliga gärningar.²⁷⁹ Eftersom brottets gränser var diffusa kunde andra brott, såsom dryckenskaps- och egendomsbrott placeras i lösdrivarkategorin (Suhonen 1996, 218). I t.ex. Kuopio länsfängelse utgjorde de kvinnliga lösdrivarna vid denna tid över 40 procent av de kvinnliga fångarna, men få av dem uppfyllde de kriterier som hade getts i 1883 års lösdrivarförordning. Bland dem som hamnat i fängelset på grund av lösdriveri fanns fattiga, sjuka, sinnesslöa, sysslolösa, sinnessjuka och andra kvinnor i marginalen. Därtill behandlades lösdrivarbrotten utanför domstolsväsendet, något som Riitta Suhonen (1996, 218) tolkar som ett tecken på kvinnors svaga rättsskydd.²⁸⁰ Kvinnornas brott var

²⁷⁹ Som en intressant jämförelse, se Antu Sorainen (2005) som problematiserar sedlighetslagstiftningen ur ett heteronormativt och queer perspektiv. Sorainen analyserar rättsfall i vilka kvinnor åtalades för otukt (fi. haureus) för sina sociala och sexuella relationer med andra kvinnor under 1950-talet (jfr Lofström 1999).

²⁸⁰ Det stora antalet lösdrivare belyses också av det faktum att kvinnor som begått det näst vanligaste kvinnobrottet – brännvinsbrott – var endast 400 till antalet av sammanlagt 3417 kvinnofångar. Riitta Suhonens (1996) undersökning av Kuopio länsfängelse omspannar tidsperioden 1890-1910. Under denna tid hörde inte mörderskor till fängelseklientelet och deras eventuella vistelse i fängelset betraktades som exceptionell och temporär. Antalet barnamörderskor var mindre än de övriga brottskategorierna, trots att dess betydelse som ett specifikt kvinnobrott ytterligare befastes av dess kopplingar till fosterfördrivnings- och lägersmålsbrott (Suhonen 1996, 214; Meskus 2001).

kopplade till moraluppfattningar, liksom även männens kriminella handlingar, men sedlighetslagstiftningen bar på andra konnotationer för kvinnor och medförde särskilda konsekvenser för kvinnliga brottslingar. Sedlighetslagstiftningens moralkodex gav medel att kontrollera kvinnors sexualitet och bidrog därmed indirekt till det stora antalet kvinnliga fångar (bl.a. Aho 1981).

I denna del granskar jag tre lösdrivarkvinnors – Amandas, Johannas och Hiljas – medicinska utlåtanden. Johanna analyseras i detalj i ett eget kapitel. Lösdrivarkvinnorna utgör en fängslande kategori framför allt på grund av motstridigheter i synen på dem. Skulle en lösdrivare betraktas som förbryterska och sändas till tukthus eller, som i Sjalökvinnornas fall, betraktas som sinnessjuk och intas på sjukhus, och i så fall för hur lång tid? Genom noggranna, detaljerade medicinska undersökningar med sanningsanspråk konstruerades lösdrivarkvinnornas vansinne. Jämfört med de andra kriminalpatienterna var lösdriveri en brottskategori som sällan ledde till anstaltsvård, något som gör de tre lösdrivarna intressanta. Både Hilja och Johanna skrevs ut från Sjalö. Amanda dog på asylinrättningen. Hennes lilla oansenliga och nötta gravsten finns på Sjalö gravgård.

Hilja – ”ett dåligt liv”

I motsats till Amanda och Johanna hade den något äldre arbeterskan Hilja – inskriven år 1931 vid en ålder av 42 år och diagnostiserad som schizofren – endast A- och B-bilagor, och hade inte som Amanda och Johanna ett separat utförligt medicinskt utlåtande. Hilja hade stått åtalad för lösdriveri och dryckenskap. I A-bilagan uppgavs orsaken till sinnesrubningen vara ”det tidigare dåliga livet. Syfilis för ca 20 år sedan.” Vidare nämns att Alma själv ”talar mycket om hur människor retar henne och klandrar hennes tidigare liv.”²⁸¹

Kommunens utlåtande var inte särdeles nådigt och påtalade upprepade gånger lösdrivarkvinnans ”dåliga liv”:

”till sin kroppsbyggnad svag, så att hon inte kunnat utföra tungt arbete; ibland svindel och ögonen svaga sedan barndomen; har ett flertal gånger suttit i fängelse för lösdriveri och dryckenskap; sommaren 1929 en långvarig näsblödning; har inte fött barn; ofta nervös och sömlös [...] Svaga fattnings- och själsförmågor; har gått i folkskolan 1 månad [...] Uppfostran i [föräldra]hemmet värdslös och uppehållet bristfälligt; gick skriftskolan i Eurajoki; sedan 17 års ålder tjänstgjort främst hos arbetarfamiljer i Nystad, Åbo och Helsingfors; från 23 års ålder fört ett dåligt liv i Helsingfors, druckit och levt osedligt (lider av syfilis). [På frågan om religionsgrubbel:] Nej, de ringa goda instryck hon fått hemifrån har glömts 'ute i världen'. [...] Den sjuka ger emellanåt ett normat intryck, emellanåt pratar hon 'strunt'; tror att hon hålls i 'sedlighetsavdelningens elektriska stol' och att man klandrar hennes dåliga liv; ibland ropar hon som en vanvettig, ibland skrattar hon högt.”²⁸²

²⁸¹ A-bilagan, länsfängelset i St Michel, 25.11.1930 (övers.). HM 3.2.4. (1931).

²⁸² B-bilagan, St Michel, 26.11.1930 (övers.). HM 3.2.4. (1931).

Jämfört med Amanda och Johanna saknade Hilja dokumentering av utförda noggranna kroppsliga undersökningar i samband med intagningen på Själo, även om hennes liv som 23-åring i Helsingfors framställdes som en tid av liderligt liv och dryckenskap. En tolkning kan vara, att den ur ett medicinskt perspektiv kroppsligt intressanta tiden för Hiljas del var förbi och att hon inte längre var i en särskilt fertil ålder då hon intogs på sinnessjukhus. Däremot befann sig Amanda och Johanna *vid tiden för* interventionen i prostitutions- och lösdrivartillvaron. Även om Hilja var i samma ålder som de två övriga lösdrivarna då hon levde sitt ”dåliga liv” var det polis- och fängelsemyndigheter som utförde interventionen, medan den medicinska diskursen kopplades in först då Hilja var i 40-årsåldern.

Efter en sex års vistelse på Själo utskrevs Hilja år 1937. I patientdagböckerna framgår det att hon i början var aggressiv och motsträvig; rev, slet och söndrade samt var tidvis isolerad. I slutet av år 1934 lugnade hon ner sig och de två sista åren gavs hon inga mediciner. I min genomgång av en annan arkivkategori stötte jag på ett dokument som gällde Hilja. Ur detta framgick att den forna patienten, efter att hon utskrivits, kontaktat medicinalstyrelsen och klagat över hur hon blivit behandlad på Själo.²⁸³ Det var emellertid inte Hiljas egen skrift som fanns i arkivet, utan medicinalstyrelsens brev till läkaren på Själo hospital. Brevet var daterat en månad efter att Hilja utskrivits, den 12 juli 1937 och löd:

”Hilja Seppälä från Helsingfors som vårdats på Själo hospital, har klagat hos medicinalstyrelsen över den behandling och brist på vård som patienterna på Själo hospital får, i vilket ärende Ni har avgett ert utlåtande. Vid sin behandling av detta ärende idag har medicinalstyrelsen kommit fram till resultatet, att saken inte förorsakar vidare åtgärder, vilket härmed meddelas Er.”²⁸⁴

Ord stod mot ord och en lösdrivares, syfilitikers och schizofrenikers ord vägde knappast lika tungt som läkarens. Att Hilja hade modet, kapaciteten och viljan att kontakta myndigheter för att klaga över den behandling som gavs på Själo tolkar jag som ett tecken på företagsamhet. Fallet visar på den skillnad i hierarki som rådde mellan en f.d. mentalpatient och högre instanser, men illustrerar samtidigt hur maktens nätverk kunde fungera omvänt. Här sattes maktens maskineri igång ”nerifrån”; genom den obotligas utsagor berördes den statliga diskursen (medicinalstyrelsen) som därefter kontaktade asylen. Den produktiva makten skapade sitt eget motstånd och systemet vändes upp och ner.

²⁸³ Jämför Wenche Blomberg (1993) som granskar en kvinnas försök att få upprättelse efter att ha varit tvångsintagen på ett sinnessjukhus i Oslo kring sekelskiftet 1900. Kvinnan ansåg tvångsintagningen vara oriktig och bedrev en tröstlös kamp mot en rad myndigheter.

²⁸⁴ OH 3.8.1. (övers.).

"Insania epileptica menstrualis" – det kroppsliga vansinnet

Amanda och Johanna hade påfallande många likheter. Bägge var unga, 26 (Amanda) respektive 25 år (Johanna) gamla. Bägge hade långa medicinska redogörelser över sin sinnesrubbnig som motiverade intagningen av dem på sinnessjukhus. Samtidigt innehöll dessa utlåtanden citat från andra läkare, enligt vilka kvinnorna *inte* uppvisade tecken på sinnesrubbnig. "Något spår af sinnesrubbnig hos bemälda [Amanda] har under hennes vistelse härstädes icke förmärkts", skrev direktören för straff- och arbetsfängelset i Tavastehus.²⁸⁵ För Johanna (som behandlas i kapitlet nedan) konstaterade två läkare att hon inte var sinnessjuk. Därtill var dessa bägge kvinnors sjukdomsdiagnoser konstruerade med hänvisning till illegitim sexualitet och kvinnokropp (menstruation, livmoder). Amanda hade diagnosen *insania epileptica menstrualis* och Johanna sjukdomsbeteckningen *psychosis hysterica*, dvs. hysteri. Bägges diagnoser konstruerades som moraliska sjukdomar, som en konsekvens av, eller som ett uttryck för deras sociala avvikelse.

Intagningen av Amanda hade sin grund i en 10,5 sidor lång handskriven redogörelse över hennes sinnestillstånd, utfärdad av professorn, t.f. lasarettsläkaren i Åbo den 13 mars 1891.²⁸⁶ Utlåtandet var skrivet på svenska. I stället för att citera kortare utdrag, återger jag långa texturval ur Amandas medicinska utlåtande för att i detalj visa hur hon framställdes i den medicinska diskursen, och samtidigt åskådliggöra hur det diagnostiska språket såg ut under slutet av 1800-talet. Fallet illustrerar tydligt kopplingen mellan diagnos, disciplin och kropp. Den diagnostiska texten är ett uttryck för medicinsk maktutövning bunden till kvinnokroppens specifika organ och funktioner – menstruationen. Noteras bör att Amandas utlåtande är exceptionellt utförligt. Inga andra Själopatienter som intogs under slutet av 1800- och i början av 1900-talet hade lika långa dokumentationer som Amanda. Inte förrän den andra lösdrivaren Johanna intogs, år 1915, stötte jag på lika omfattande inskrivningshandlingar.

Berättelsen om Amanda med beskrivningar av hennes allehanda förbrytelser och skildringar av (kvinno)kroppsliga företeelser illustrerar på ett mycket konkret sätt vilka slags bilder av kvinnliga förbryterskor och kvinnlighet som skapades i sekelskiftets medicinska diskurs. Redan diagnosen "epileptiskt menstrualvansinne" illustrerar menstruationens koppling till det kvinnliga vansinnet. Det medicinska expertutlåtandet var en oändlig uppräknig av den unga kvinnans lögner, övermod och diverse omoraliska utsvävningar:

"Patientens moder, som numera är gift med en slottsnekst; meddelar, att Amanda Johansson, som föddes utom äktenskapet den 14 juli 1864 i St. Marie socken, med korta afbrott vistats derstädes till sitt 15de lefnadsår; att fadren och 2 farbröder i hög grad varit begifna på dryckenskap, vildsinta

²⁸⁵ Brev till guvernören över Åbo och Björneborgs län, 14.11.1890. HM 3.2.3. (1891).

²⁸⁶ HM 3.2.3. (1891).

och tidsal besynnerliga; att inom hennes slägt förekommit ett fall af sinnessjukdom; att Amanda som barn åtnjutit en god helsa, men haft föga häg för läsning och arbete; att hon varit mycket egensinnig, missnöjd och obeständig; att drag af moral-insanity icke felades så till vida att Johansson var fallen för snatteri, bedrägeri i handel ochandel samt att hon städe urskuldade sitt obehöriga beteende med svepskäl; att hon öfverraskade sin omgifning ömsom genom sitt kringirrande lif, hvarunder hon sönderslet sina kläder, skänkte eller bytte bort dem, ömsom genom att på ett öfvermodigt sätt maskera och försköna sina felsteg; att hon vid 13 års ålder strök omkring icke allenast i närliggande socknar, utan utsträckte sina färder till Helsingfors, Wiborg m.fl. städer; att hon (modren) till följd af dottrens obändiga lynne ofta hade svårt att få åt sig bostad ihyrd lokal; att Amanda i Raunistula by af St Marie allmänt benämndes "hassu Amanda" [tokiga Amanda], hvaröfver barnet var mycket uppbragt; att alla försök att medelst goda ord och aga imponera på henne, voro förgäfves; att patienten vid 15 års ålder gick i skriftskola i Åbo och sedan denna tid föga besökte hemmet, der polisen ofta spanat efter henne och, till förekommande oreda vid marknader, preventivt fängslat henne på par dygn. Af handlingarna framgår, att Amanda Johansson varit begifven på dryckenskap och fört ett liderligt lif minst 10 år; att hon den 4/8 1880 blifvit fälld för 1 resans tjufnad; den 1/8 1883 fälld för 2 resans stöld, innefattande 1 resans ficktjufnad"; att hon från 16 års ålder ofta varit intagen i länsfängelset, såväl för olofligt tillgrepp som för en sysslöslö och liderlig lefnad; alltid visat ett svårt och snarretligt sinnelag, hvarigenom kif och slagsmål emellan henne och andra fängsliga qvinnor uppstått; att hon varit mycket benägen för att tala osanning och alltid velat framstå såsom egande mer förstånd än hennes vordna medfängsliga, ehuru hon ej erhållit någon högre skolbildning."

Ärftlighet, störningar i de själsliga funktionerna och den sociala omgivningens förhållningssätt gentemot hennes avvikelser lyfts fram i den medicinska texten. Amanda utsträckte sina färder inte bara till närliggande socknar. För att vara en ung finländsk kvinna i 1800-talets Finland var hon berest och hade

"såsom concubin åt en luftballong-farare har hon besökt Hamburg, London och Paris; å sistnämnda ort har hon blifvit med framgång hypnotiserad för sömnlöshet. I St. Petersburg har hon varit 4 gånger, en gång under 9 månader, hvarunder hon tagit lektioner i hvarjehanda handarbeten. – I Tavastehus har hon upprepade gånger behandlats med mereurialia och jodkalium, af hvilka hon städe känt stort obehag, men vidgår ej att hon haft säkra syfilitiska symptom."

Regelbrotten tog inte slut och listan på förbrytelser och svaga karaktärsdrag var lång. På fängelset beskrevs hon som våldsam och manisk:

"I intyg af den 6 och 17. sistlidne Oktober framhåller t.f. läkaren vid härvarande länehäkte [namn], att Johansson i fängelset öfverfallit vaktare, skriker och väsnas ofta hela dygnet, ständigt missnöjd; att lugna perioder efterträdes af en irritabilitet, som liknar maniakaliska anfall, hvarföre Johansson bör vårdas och behandlas som en sinnessjuk; att Johansson lidit af syfilis."

Injektioner och tvångsmedel – maktutövning knuten till kroppens funktioner

I datumanteckningar från år 1890 som nedtecknades på lasarettet i Åbo härleddes Amandas förvirrade och våldsamma uppförande till den blödande, irrationella och oregelbundna kroppen. På lasarettet där hon observerades, utsattes hennes kropp för en mängd interventioner och injektioner. Själv framhåller Amanda att hon "ej är galen" och att hon kan arbeta. Läkarens text lyfter emellertid fram patientens hallucinationer och vanföreställningar som kuvas med morfinets hjälp.

"Den 18-25 Oktober. Patienten af stark kropps-konstitution, anemisk; ansigtsuttrycket ångsligt: förtviflad löper hon planlöst omkring i cellen; hufvudskålen af normala dimensioner; ett ärr å hjessan af 2,5 cent. metrs längd, döf å högra örat, trumhinnan perforerad. Pupillerna kontraherade, reagera trögt för ljus. Pulsen af varierande freqvens, mestadels 80 slag i minuten; extremiteterna kännas kalla. Sensibiliteten normal. Tarmens verksamhet ojemn, afföringarna ofta lösa; å sätet synas tre bruna pigmenteringar efter slag. I ryggläge befinnes lifmodern retroverterad; högra farnix ömmande, fylligare än å venstra sidan. Lifmodern 7.cent. met. lång, lätt blödande. Menses oregelbundna; inträdde första gången här kort efter hennes hitkomst. Någon dag efter deras upphörande träffades patienten nattetid af ett vanmagtsanfäll med kramp, relativ amnesia af detsamma. Blodtingeradt slem å linnets öfre främre del fäste läkarens uppmärksamhet. Patienten klagar dagligen öfver hufvudvärk, öronsusning och smärtor i buken, lokaliserade merendels i trakten af högra ovariet. Då hon skall insomna väckes hon af bekanta, skymfande röster, hvilkas innehåll hon vägrar meddela, emedan hon i annat fall lätt kunde dömas till ännu strängare straff. Patienten inser ej att hon nu är intagen å ett sinnessjukhus: "De säga att jag är galen, men jag funderar endast. Jag arme fånge som är dömd till 4½ års fängelse."

Den 26. Oktober. Ångeststadiet, den dystra sinnessämningen och sömnlösheten fortfara. Patienten plågas af förskräckliga hallucinationer. Under föregående natt har hon sönderrifvit bolstret och gömt sig ibland halmen för att undgå sina imaginära plågoandar. Sjunger vemodiga sånger. Therapie: morfin subkutant [injektion under huden, min kommentar].

Den 27. Oktober. Patienten lugnare efter morfininjektionen. Sysslar med halmflätning. Säger vid rondan åt läkaren: "Se huru jag kan arbeta. Jag är ej galen". Lider af hörselhallucinationer: gråshoppor och kråkor störa hennes nattro. Vägrar att intaga chloral och annan medicin (columbe + bromkalium), emedan dessa äro gifter.

Den 3. November. Sömmen fortsättningsvis dålig; patienten klagar öfver tryck å hjessan, praecordial ångest och beklämning. Matlusten ringa.

Den 8. November. Patienten har sjungit under hela föregående natt och befriat sig från alla kläder, hvarefter hon krupit in i det uppsprättade, delvis tömda halmbolstret. När hon vill insomna, nypa gamla ovänner henne öfverallt, skymfande henne med tillmälen sådana som "markatta" m.m. Therap: morfin subcutant.

Den 11 November. Efter flere genomvakade nätter mimiskt och psykiskt djupt altererad, likväl vid samtal tillgänglig för intryck. Hon står under inflytande af en imaginär svart karl, hvilken uppskrämt

henne genom sina berättelser om eldsvåda ofvan och under hennes stormcell. Skofvis häftig fluxion åt hufvudet; hon fördrager icke vin.

Kräkor, svarta män och andar jagar henne, men hon vägrar ta sina mediciner som hon kallar ”gifter”. Som ett svar på hennes trilskande uppförande – representerat av hennes ovilja att inta sin medicin – injiceras inte bara huden, utan nu även slidan med en varm vätska.

Den 18 November. Patienten i en beständig rörelse; gör sitt tarf å golfvet sedan 2 dygn. Gråter och jemrar sig, emedan hon knuffas och mörbultas af osynliga andar, hvilka derefter flyga ut genom fönstret. Till en regelbunden brom medikation kan man icke förmå henne; varma insprutningar i slidan.

Vad denna vätska består av förblir oklart, men utlåtandet visar tydligt hur upphovsmakaren till sjukdomen konstrueras såsom befinnande sig *inne* i kroppen; i skötet, ovarierna och livmodern. Med hjälp av dessa ”varma insprutningar” botas kroppen och *därigenom* patientens sinne. Vätskan som sprutas in genom slidan representerar en kontroll och en maktutövning knuten till kroppens funktioner och materiella realiteter (jfr Foucault 1978). Några dagar efter insprutningen börjar patienten menstruera.

Den 21 November. Under gråt och omfamning refererar patienten sin senaste vision: 2 korpar, som uppradat hennes syndaregister, hvarefter de flögo till Hangö, der patienten sedan gammalt har en manlig vän. Sin hufvudbonad och tröja har hon smyckat med allehanda grannlåt af papper. – Under dagens lopp infunno sig menses.

Mot slutet av dagboksanteckningarna blir Amanda mera lydlig och följsam, och lovar att inta bromkalium. Belöningen blir dagcellen och hon får lämna isolationscellen, stormcellen.

Den 1 December. Förhållit sig lugnare öfver hufvud senaste dygn och lofvar intaga bromkalium om hon får lemna stormcellen; hon ”blir tokig” om hon måste dröja der längre tid. Skänker åt läkaren en liten halmkrona, åt sköterskan en af sina afklippta hårlockar. Flyttas i dagcell.

Den 27 December. Menstruala blödningar upphörde julafton. Sedan dess irriterad, blekare, ser ängsligt förstörd ut.

Den 2 Februari. Menses upphörde igår. Patienten jungler, är ytterst nedstämd, önskar dö.

I den återgivna ”kroppsdagboken” ovan som sjukhuset uppgjorde över Amanda, och som sträckte sig över en ungefär tre månader lång tidsperiod, blev Amandas blödningar intimt sammanbundna med hennes sinne, själ och humör. Även om den medicinska texten lyfter fram kvinnans mani och vanföreställningar också *utan* hänvisningar till menstruation, nämns blödningen aldrig utan en koppling till själ och sinne. Menstruationen strukturerar det diagnostiska språket. Undersökningen inleds med en gynekologisk undersökning och avslutas med information om patientens menstruation. Utsagor om knappa blödningar, smärta i trakten av

ovarierna, blod på linnet omnämns i samband med sinnesstämning och hallucinationer. Den medicinska diskursen skapar specifik kunskap om menstruation som något patologiskt. Menstruation artikuleras som en negativ aspekt av kvinnlighet, ett syndrom som skapar rastlöshet, oro och maniska anfall.

Patologisk menstruation och könssjukdomar

Jag tolkar medicinens strävan att bota den förorenade kroppen inte bara i relation till den patologiska menstruationen som ansågs skapa vansinnet, utan i all synnerhet också i förhållande till patientens könssjukdom, syfilis. Inte bara Amanda, utan även de två övriga lösdrivarpatienterna sades bära på könssjukdomar (syfilis), eller åtminstone *misstänktes* bära på veneriska sjukdomar. Vid sekelskiftet 1900 var det framför allt prostitutionens samhällseliga och demoraliserande konsekvenser – könssjukdomarna – som upplevdes som det stora problemet, snarare än prostitutionen i sig (Lennartsson 2001; jfr Helén 1997). Syfilis och dess följsjukdom paralyse var en fråga som engagerade läkarkåren i början av 1900-talet (Kaila 1935). I synnerhet Amandas och Johannas (se mer nedan) berättelser illustrerar läkarkårens strävan att märka ut vansinnet på både de ”yttre” och de ”inre” genitalierna (jfr Gilman 1993; Zavirsek 2000).

Toivo Nygård (1998, 69) anser att förhållningssättet gentemot könssjukdomarna i Finland varierade från kyrkans moralism och religiösa uppfattningar, folkets fatalistiska inställning och lokala tjänstemäns folkliga juridiska stränghet till den allmänna skuldkänslan frammanad av vidskepelse. Det var en sjukdom som orsakades av synd, omoral och kriminalitet, ett straff för ett brott. Likheterna till spetälskan är många. Även spetälskan var en sjukdom som uppfattades som ett straff (Turner 1987). Nygård (1998) försummar dock den könade aspekten av könssjukdomar och lösdriveri samt deras interna kopplingar. Synen på prostitution som odisciplinerad och farlig sexualitet i förbindelse med den veneriska smittan förkroppsligades i de kvinnliga lösdrivarna.²⁸⁷ Manliga lösdrivare placerades i en annan kategori: de fängslades för dryckenskap, inte för illegitima sexuella handlingar. Trots att lösdrivarkvinnors och -mäns gärningar var de samma – de söp, flyttade runt och levde sedeslöst – åtalades och dömdes de för olika brott (Suhonen 1996, 219). Thomas Söderblom (1992) som studerat prostitution och prostituerade kvinnor i Sverige under den första hälften av 1900-talet, visar att skillnaden mellan mäns och kvinnors dryckenskap låg i sexualiseringen av kvinnors alkoholanvändning, något som var tydligt i alla de tre lösdrivarkvinnornas, men även andra ”drinkarpatienters”, medicinska texter. Även om mäns alkoholanvändning uppfattades som ett större samhällseligt problem, sexualiserades inte män som söp (jfr Presttjan 2004).

²⁸⁷ Här fokuserar jag på de kvinnliga lösdrivarna, och synen på dem. Se även Ilpo Helén (1997, 158-159) som granskar de veneriska sjukdomarna (syfilis), osedlighet och prostitutionens smitta med utgångspunkt i hotet mot *moderskroppen* (som det normativa och önskvärda) och därigenom mot familjelivet och barnens hälsa.

Lösdrivarkvinnorna placerades i en kategori som inte bara inkluderade förbrytelser mot sysselsättning och hemort, utan framför allt illegitim sexualitet – promiskuitet och prostitution. Läkarvetenskapens fokus på lösdrivarkvinnornas och de prostituerades (eventuella) könssjukdomar frammanade en avvikande kvinnlighet som konstruerades inte bara i relation till osedlighet, utan också oordning. Oordningen representerades av att kvinnorna inte hölls på sin plats, flyttade runt och var svårövervakade (jfr Järvinen 1987, 1990; Thörn 2004). Samtidigt representerade deras kroppar oordning och orenhet, något som deras veneriska sjukdomar bevisade.

TRE BERÄTTELSE – JOHANNA, SOFIA OCH EMILIA

Inledning

I denna del analyserar jag tre kvinnors rättspsykiatriska utlåtanden och visar i detalj hur psykiatrisk diagnostisering kunde gå till. På vilket sätt skapades en psykiatrisk diagnos, en psykiatrisk sanning om ett avvikande subjekt, med vilka argument och hur kom avvikaren att representeras i den psykiatriska diskursen? Med hjälp av dessa exempel visar jag hur mitt teoretiska intresse för kön, avvikelse och produktiv makt fungerar i min dekonstruerande läsning. Den första berättelsen handlar om lösdrivaren Johanna som inskrevs år 1915. Därefter analyserar jag de texter som låg bakom Sofias inskrivning år 1937. Sofia hade stått åtalad för mordbrand. Till sist analyserar jag dokumenten kring Emilia som hade begått barnmord och som inskrevs år 1944. Dessa tre kvinnor är valda på grund av de teoretiska möjligheter som deras dokument erbjuder (jfr Mitchell 1983; Liljeström 2004). De rättspsykiatriska texterna gav en möjlighet till läsningar om klass, kroppslighet och sexualitet och deras interna relationer. Dessa rättspsykiatriska texter hade både likheter men också olikheter mellan sig, vilket gjorde texterna intressanta.

Eftersom fokus i kapitlet ligger på rättspsykiatriska undersökningar vill jag inledningsvis säga några allmänna ord om sinnesundersökningar. I 1889 års sinnessjukförordning stadgades om sinnesundersökningar i den femte paragrafen, men varken 1889 års strafflag eller sinnessjukförordningen medförde ett ökat antal sinnesundersökningar (Huttunen 1993, 14).²⁸⁸ Vid sekelskiftet 1900 var antalet utförda sinnesundersökningar under 10 per år, men straffanstalterna överförde kontinuerligt fångar som uppvisade mentala störningar till Lappviken, Niuvanniemi och Sjalö (Pajuoja 1995, 74). Efter att en läkartjänst specialiserad på sinnesundersökningar grundades

²⁸⁸ De första sinnesundersökningarna av brottslingar utfördes av fängelseläkare redan på 1830-talet, men den första rättspsykiatriska undersökningen som gjordes på ett sjukhus var år 1841 på Lappviken, dvs. samma år som sjukhuset grundades (Keisu & Wagner-Prenner 1987). I sinnessjukförordningen från år 1840 omnämndes inte sinnesundersökningar som således fick sin början utan laglig reglering (Huttunen 1993, 14).

år 1918 vid Lappvikens sjukhus ökade antalet sinnesundersökningar i snabb takt. Den psykiatriska diskursens inträde i den rättsliga medförde en differentiering av kriminella handlingar, men även av brottslingar. Brottslingar kunde betraktas som antingen ansvariga för sina handlingar och då skulle de placeras i fängelse, eller som icke ansvariga, dvs. som otillräkneliga på grund av sinnessjukdom, och övervakningen skulle då handhas av ett mentalsjukhus. År 1925 förstärktes rättspsykiatrins position då medicinalstyrelsen började kontrollera de rättspsykiatriska utlåtandenas kommensurabilitet och arkivera utlåtandena. Härmed blev medicinalstyrelsen den egentliga avgivaren av rättspsykiatriska utlåtanden (sinnesundersökningar), och den undersökande läkarens tillräknelighetsbedömning blev ett *förslag* till utlåtande (Huttunen 1993, 16). Medicinalstyrelsen som statlig instans fungerade därmed som den psykiatriska diskursens maktcentrum. Vid mitten av 1930-talet utfördes årligen kring 100 undersökningar, efter det andra världskriget var antalet redan uppe i 200 sinnesundersökningar per år (Pajuoja 1995, 75).²⁸⁹

1937 års sinnessjuklag ersatte 1889 års förordning och den nya lagen legitimerade närmast den utveckling som redan i praktiken hade skett. Detta innebar att medicinalstyrelsens roll som avgivare av utlåtanden etablerades på förordningsnivå. Under 1940-talet ökade antalet sinnesundersökningar drastiskt, och i synnerhet åren 1943-1949 utfördes ovanligt många rättspsykiatriska undersökningar (Huttunen 1993, 18-20)²⁹⁰. Denna utveckling motsvarade det ökade antalet sinnessjukplatser, så att mellan åren 1920 och 1950 tredubblades det totala antalet sinnessjukplatser (Pajuoja 1995, 75).²⁹¹ Ökningen hade flera orsaker. En av orsakerna låg i den psykiatriska diskursens expansion: nya distriktssjukhus hade grundats och med dessa ökade antalet sinnessjukplatser (Huttunen 1993; Pajuoja 1995). Till detta hörde etablerandet och vetenskapliggörandet av den psykiatriska diskursen som kom att utsträcka sin expertkunskap till att omfatta brottslighet, och skapade därmed nya makt/kunskapsområden. Definitionskriterierna för själsliga störningar omformulerades och omförhandlades i samband med kunskapsfältets utvidgning. Som exempel kan nämnas den differentiering som gjordes mellan de sinnessjuka och de sinnesslöa i början av 1900-talet som före det hade kategoriserats i en och samma grupp, men som därefter åtskildes noggrannare i statistiska beräkningar (Harjula 1996). Det var *diagnostiken* – mätningar som uppger skillnader mellan olika kategorier av de själsligt sjuka – som möjliggjorde psykiatrins diskursiva expansion.

En annan orsak till ökningen av antalet sinnessjukplatser och den allt större mängden utförda sinnesundersökningar låg i att kriminaliteten

²⁸⁹ Det ökade antalet sinnesundersökningar baserar sig på material från S Erkkiläs (1938) rättspsykiatriska doktorsavhandling (Huttunen 1993; Pajuoja 1995).

²⁹⁰ Som exempel nämner Mikko Huttunen (1993, 20) ökningen av antalet sinnesundersökta personer som stod åtalade för stöldbrott. År 1940 sinnesundersöktes 29 personer (stöldbrott) och antalet steg till 72 personer (stöldbrott) år 1945.

²⁹¹ Från 3000 till ungefär 9000 bäddplatser (Pajuoja 1995, 75).

hade ökat efter inbördeskriget. Antalet sinnesundersökningar växte emellertid långsammare än antalet åtalade brott (Huttunen 1993, 18). Efter vinter- och fortsättningskriget tilltog brottsligheten ytterligare, till exempel fördubblades antalet åtalade för stöldbrott och brott mot liv genast efter kriget (Huttunen 1993, 20).²⁹² Som jag nämnde ovan ökade framför allt kvinnors brottslighet under krigsåren (Pösö 1986). Krigens betydelse i detta sammanhang skall inte underskattas. Kriget och dess följder omstrukturerade finländarnas liv; skakade om människors arbets- och utkomstmöjligheter, framkallade traumatiska erfarenheter som påverkade människors fysiska och psykiska hälsa. Möjligen kan man tänka sig att då männen var borta (ute i krig) ”måste” även kvinnorna göra brott som män vanligtvis gjorde. Det är inte förvånande att de speciella omständigheter som var rådande efter krigen ledde till ökad brottslighet. Den ökade brottsligheten skapade samtidigt ett underlag för den psykiatriska diskursens expansion.

Ett nytt kunskapsfält – psykiatisering av kriminalitet

I kapitlet *Svulster och sociala parasiter – hotet mot samhällskroppen* (i *Förvisade på livstid*) diskuterade jag de offentliga framställningarna av degenererade brottslingar och sinnessjuka, där en skräckvision utmålades i vilken nationen bokstavligen gestaltades såsom översvämmad av oönskade individer. Istället för att betrakta den statistik som visade denna ökning som en spegelbild av samhällssituationen, tolkade jag denna moralpanik som samhällets sätt att *uppfatta* och konstruera avvikelse – kriminalitet, vansinne och degeneration (jfr Erikson 1966). Med andra ord illustrerar fenomenet de redskap samhället använder sig av för att identifiera, särskilja och kontrollera avvikande element. Element – specifika sociala grupper och kategorier – som först måste definieras och specificeras för att samhället sedan kan skapa kontroll- och disciplinerings tekniker. Psykiatrin fick ökad legitimitet då dess praktiker kom att inkluderas i rättsväsendet, samtidigt som förordningar och lagar legitimerade dess status. De analytiska kunskapsverktyg som rättspsykiatrin med dess ökade professionaliserings- och legitimeringsbehov utformade, bidrog förmodligen till denna ”ökning” av straffrifyklarade brottslingar. Flera beteendeformer och handlingar kunde nu inordnas psykiatrisk diagnosering.

När samarbetet mellan rättsväsendet och den psykiatriska professionen blev mera etablerat under de första årtiondena av 1900-talet i Finland – åtminstone beträffande det ökade antalet rättspsykiatriska undersökningar som utfördes på brottslingar – blev det möjligt att definiera brottsliga gärningar enligt ett allt bredare psykiatriskt register, långsamt expanderande diskursivt fält. Bevis från västerländska samhällens domstolar indikerar en förändring i disciplinära tekniker kring sekelskiftet 1800-1900, så att därhus kom att föredras framom fångelser (McCallum 1997, 55). Denna

²⁹² Mera specifikt mellan åren 1944-1948 (Huttunen 1993, 20).

period har även betraktats som den sociala kontrollens brytningspunkt; problem som tidigare kategoriserades som moraliska eller kriminella kom att behandlas som medicinska problem (Freidson 1970; Zola 1972; Conrad & Schneider 1980). Psykiatrin omdefinierade farligheten till sjukdom, eller som Michel Foucault (1988c) uttryckte sig, den kriminella faran "psykiatriserades". Detta medförde samtidigt att fokus skiftade från den kriminella handlingen till den kriminella individen (Foucault 1988c; Björk 1997; Helén 1997). Där många sociologer (bl.a. Scull 1979, 1983; Conrad & Schneider 1980) har tolkat detta som en utvidgning av social kontroll, anser Nikolas Rose (1986, 83-84) att det inte handlade om en utökad social kontroll, utan snarare om att nya problem psykiatriserades och att det psykiatriska klientelet differentierades. Jag vill däremot hävda att den psykiatriska diskursen expanderade genom differentiering, något som i sin tur medförde större sanningsanspråk gällande avvikelser och samtidigt en större möjlighet till maktutövning.

Ett dokumenterat möte – den rättspsykiatriska texten

En mikrohistorisk läsning

En sinnesundersökning kan analyseras som en mikrohistoria, en berättelse, en dialog eller som ett möte mellan en läkare och en patient. Detta möte formar uppfattningar om avvikelse och normalitet, och konstruerar även kön och makt. I denna undersökning av patienten skapas samtidigt olika diskurser. Ramen för detta möte, händelsernas centrum, är mentalsjukhuset, "sanningsarenan", som är en könsformerande praktik – ett rum i vilket kön görs och reproduceras (jfr Butler 1990). På sjukhuset formas och omformas betydelser kring kön och det könade vansinnet. På samma sätt är makt något som görs, opererar och formas i detta rum. Med hjälp av några mikrohistorier granskar jag hur kön produceras och hur makt utövas samt vilka maktrelationer som skapas i en specifik kontext (jfr Foucault 1988a, 103). Genom att analysera undersökningen av den brottsliga kvinnans kropp och sinne med dess resultat, den medicinska texten, synliggör jag olika diskurser samt den definitionsprocess i vilken den kriminella kvinnan diagnostiseras som mentalt störd. Denna typ av dekonstruktion av (mikro)historiska dokument handlar om att granska texter som möjliggjorde straffrörelse och därmed intagning på sinnessjukhus. Denna närläsning erbjuder därför ett metodologiskt och teoretiskt perspektiv på studiet av kvinnlig avvikelse, eftersom fokus ligger på att studera särskilda medicinska argument i det diagnostiska språket som inte bara konstruerade sjukdom, utan också skapade kunskap som gjorde isolering av önskade subjekt genomförbar.

Alla rättspsykiatriska utlåtanden följer ett visst mönster.²⁹³ Utlåtandet börjar med utdrag ur rättsens handlingar som citeras ordagrant, även om den undersökande läkaren kan inflika sina egna kommentarer i samband med presentationen. Vanligtvis återges dock rättsens egna handlingar som avskrifter och läkaren kommenterar rättsens dokument först senare i sitt utlåtande. Det rättspsykiatriska utlåtandet utgör därför ett sammandrag av rättsens dokumentation och presentation av såväl brottet som brottslingen. Läkaren väljer att citera de delar ur rättsens handlingar som han anser vara av vikt för diagnostiseringen. I samband med rättsens handlingar uppges eventuella tidigare förbrytelser med utdrag ur straffregistret. Den rättsliga diskursens auktoritet är en central komponent i utformningen av den rättspsykiatriska diskursen.

Därefter presenterar psykiatern den information han samlat in av informanter, dvs. personer som per brev – på läkarens begäran – gett upplysningar om den undersökta. Som informanter fungerar föräldrar, släktingar, läkare, lärare, fängelsedirektörer och andra personer som tidigare haft något att göra med brottslingen. Dessa kan betraktas som representanter för det kommunala, som ett uttryck för ”samfundsberättelser” om brottslingen, på motsvarande sätt som kommunalbilagorna som jag diskuterade i kapitel fem. Ur informanternas texter framgår att läkaren i sin anmodan om att få upplysningar ställt vissa frågor till informanterna som de förväntas besvara. Frågorna gäller den undersökta barndom, tidigare sjukdomar, uppförande i skolan och skolframgång, familje- och släktförhållanden. Läkarens frågor syns emellertid inte i läkarutlåtandet, endast de svar informanterna gett. Dessa informanter ger således den undersökande läkaren en inblick i patientens tidigare liv och släkthistoria, samtidigt som vittnena uttalar sig om den undersökta moraliska karaktär. På detta sätt insamlas lokalsamhällets sociala stämplingar av avvikaren. Denna bakgrundsinformation om den undersökta uppfattas som nödvändig, eftersom informanternas upplysningar vägleder psykiatern i sin diagnostisering.

Det psykiatriska narrativet fortsätter genom att etablera den medicinska diskursens kunskap om kropp och sinne. En central del i utlåtandet handlar därför om patientens uppförande på sjukhuset där hon observeras. Läkarna diskuterar patientens foglighet, våldsamhet, huruvida hon lyder sköterskorna, sättet på vilket hon talar om sitt brott osv. På sjukhuset utför läkarna olika intelligenstag som mäter patientens ”intelligensålder”. Framför allt för de kriminalpatienter som ansågs vara sinnesslöa – med diagnoser som imbecillitas och oligofreni – används intelligensåldern för att avgöra vilken grad eller form av sinnesslöhet patienten har. En annan viktig del i evalueringen av brottslingens sinnesbeskaffenhet är den kroppsliga undersökningen. Kroppens inre och

²⁹³ Som en jämförelse, se Anna-Maria Viljanens (1994) kulturantropologiska undersökning av nutida rättspsykiatrisk argumentation. Viljanen visar på skillnader i rättspsykiatriska argument gällande å ena sidan romer och representanter för majoritetsbefolkningen å den andra (se även Viljanen 1997).

yttre yta blir av betydelse för straffrifyrklingen. Kroppens innebörder är flera. En orsak till psykiatrins fokus på kroppen ligger i antagandet att fysiologiska orsaker kunde ligga bakom mentala störningar (jfr Achte 1974). Därför syftar dessa kontroller till att spåra tecken på latent sjukligt sinnelag (jfr Börjesson 1994, 69).

Själva undersökningsobjektet citeras också i utlåtandet. Patientens egen berättelse om orsakerna till brottet och hennes skildring av sitt liv, sin familj och sina sjukdomskänslor dokumenteras. Denna auto-anamnes – den undersökta egen berättelse – relateras och jämförs med de uppgifter som läkaren fått av informanter och vittnesutsagor (i rättshandlingarna), för att till sist utmytna i läkarens egen tolkning. Det är vanligt att brev som patienten skriver till sina anhöriga under sin sjukhusvistelse inkluderas i det psykiatriska utlåtandet (jfr Börjesson 1994). Dessa brev är avskrifter, inte original, men presenteras med skribentens skrivfel och ordval. Att lyfta fram patienternas ”egna röster” är svårt, då deras utsagor och brev är filtrerade, återgivna av myndighetspersoner. I kvinnornas brev ser jag trots allt en möjlighet att få en viktig inblick i deras tankevärld och språk.

Alla dessa olika aspekter som den rättspsykiatriska texten består av är centrala i diagnosen. De rättspsykiatriska texterna avslutas med ett slutanförande som är en sammanfattning, och framför allt en analys, av den information som redan presenterats. Slututförandet fullbordas med läkarens slutklämningar i vilka han ställer sin diagnos. Rättsläkarens position i detta diskursiva nätverk är en fråga om att det är han som väljer vilka utsagor som citeras; han avgör vad som får sägas och vem som får uttala sig. De utsagor som citeras finns där i syfte att producera en helhet, ett narrativ. Informanternas utsagor hierarkiseras genom att vissa informanter anses vara mer tillförlitliga än andra. Informanternas trovärdighet i den rättspsykiatriska diskursen är beroende av huruvida deras utsagor bestyrker eller omkullkastar läkarens uppfattning – ifall de är nyttiga för diagnosen – men också av vilken position eller status informanten har i kunskaphierarkin. Utbildade lärare och läkare betraktas t.ex. ofta som mer pålitliga informationskällor än nära släktingar till patienten. Läkarens *gripbara* eller konkreta makt ligger i hans möjlighet att synliggöra vissa tolkningar och osynliggöra andra. I min dekonstruerande läsning synliggör jag denna textuella praktik. I de fall som jag presenterar blir det tydligt att den undersökande läkaren genomgående förhåller sig med en viss distans till de övriga informanterna. I det psykiatriska utlåtandet finns därför olika berättelser om och tolkningar av kriminalpatienten. Lokalsamhället, läkare och den undersökta själv finns representerade och bilden av patienten/brottslingen är inte enhetlig.

Med hjälp av Johannas, Sofias och Emilias rättspsykiatriska texter visar jag hur kvinnornas sjukdomar skapas genom en process som kunde kallas för en ”dokumentens kamp”, i vilken olika utsagor om brottslingarna tävlar om att definiera dem. Denna kamp om definitioner sker i det psykiatriska utlåtandet, där den undersökande läkaren citerar andra

diskurser som kan ha en *annan syn* på den brottsliga kvinnan än han själv. Slutresultatet av "kampen" är emellertid rättsläkarens seger; det är hans utsaga som avgör huruvida den kvinnliga brottslingen skall hospitaliseras eller fängslas. För dessa kvinnors del ledde utlåtandet till intagning på sinnessjukhus. I min granskning av de medicinska texterna ser vi hur den kliniska blicken observerar, diagnostiserar och därmed klassificerar de kvinnliga förbrytarna som avvikande, tillhörande en kategori som fordrar medicinskt ingripande och disciplinering. Processen som leder till att t.ex. Johanna *blir* hysteriska visar hur expertkunskapen i själva verket producerar avvikelse genom sina specifika klassificeringsmetoder, så att kunskapen och vansinnet möts i den vetenskapliga sanning som den psykiatriska diskursens makt vilar på (jfr Danziger 1990; McCallum 1997). Fallstudierna visar även att den psykiatriska synen på kvinnokroppen, dvs. antagandet om sambandet mellan sinnestillstånd och de reproduktiva organen såsom dokumenterat av många kvinnoforskare (Smith-Rosenberg 1985; Martin 1987; Showalter 1987; Ussher 1991; Zavirsek 2000), fortfarande var en gängse medicinsk förklaringsmodell av kvinnors vansinne i finländsk psykiatri i början av 1900-talet.

Text på text på text – en dekonstruerande läsning

Den genealogiska metoden, som Foucault bland annat diskuterar i artikeln *Nietzsche, Genealogy and History* (1984b), lyfter fram hur texter läses om och om igen, hur dokument kopieras och skrapas över, och hur historieskrivningen består av en kamp mellan olika dokument, snarare än en kontinuerlig utvecklingsprocess. Arkivmaterial, och framför allt ett sjukhusarkiv, där handlingar har förflyttats från en institution till en annan, lästs och evaluerats av olika auktoriteter – rättsens och läkarvetenskapens representanter, statliga instanser (medicinalstyrelsen, landshövdingar), lokala myndigheter (kommunalnämndsordföranden, präster, fattigvårdsstyrelser) – omfattar avtryck av dessa olika läsningar, förflyttningar och ställningstaganden. Instanser som läst och begrundat de dokument som behandlar Sjalökvinnorna har således satt spår i källorna och vissa patienters handlingar omfattar fler än andra. De medicinska institutionerna – för kriminalpatienternas del medicinalstyrelsen, vanligtvis Pitkäniemi eller Lappvikens sjukhus och Sjalö hospital – tar ställning till de övrigas utsagor om patienten och den brottsliga gärningen. Vissa dokument har förmodligen lästs med en viss skepsis och läsaren av texten kan ha varit av annan åsikt än skribenten.

I dessa olika texter blir de andra läsningarna, misstron och de konkurrerande åsikterna om patienten *synliga*. I kommentarer i marginalerna, i frågetecken eller i utropstecken som inflikats vid vissa utsagor i kanterna eller i meningar som är understreckade. I fallet Emilia är spåren efter olika tolkningar särskilt märkbara. Eftersom Emilia är en kriminalpatient där medicinalstyrelsen till slut fattar ett beslut som strider mot tidigare givna utsagor om henne, tillskrivs dessa texter flera år senare nya betydelser och läses på ett annat sätt. I samband med att hon friskförklarats och

utskrivits har hennes handlingar luslästs och begrundats. Nu blir vissa tidigare utsagor av större vikt än tidigare. Vid rättsläkarens diagnos där han konstaterar att patienten varit ”i avsaknad av fullt förstånd” har någon strukit under det och satt ett stort frågetecken. I kanten står skrivet: ”men hon har bra kunnat förklara orsakerna till sitt död” och ett stort frågetecken. Någon som har läst dokumenten (kanske en annan läkare) har således ifrågasatt rättspsykiaterns utlåtande om att Emilia skulle ha varit sinnesrubbad då hon kvävde sitt barn.

De tre berättelserna inleds med lösdrivaren Johanna som tidsmässigt är den första av de tre kriminalpatienterna.

*Om hur lösdrivaren blev en hysterika – cyklisk sinnesstämning och medicinsk sanning*²⁹⁴

På Åbo upptagningsanstalt år 1914 befinner sig en ung kvinna vid namn Johanna. Här möter hon, den 25-åriga ogifta lösdrivarkvinnan, den etablerade rättspsykiatern. Orsaken till mötet mellan dessa två är att Johanna skall sinnesundersökas, och rättsläkaren är mannen som skall utföra undersökningen. Johanna Wilhelmina Mattsson har bakom sig ett liv av upprepade arresteringar för lösdriveri och dryckenskap. Hon har även tidvis suttit häktad i fängelse och har tidigare blivit dömd till ett års allmänt arbete. Nu står hon åtalad för lösdriveri och hon befinner sig på upptagningsanstalten för att en expert skall kunna avgöra huruvida hon är sinnessjuk eller inte. Myndigheterna vill därmed utreda ifall hon kan avtjäna sitt straff på mentalsjukhus i stället för i fängelse. Den utvalda experten är en av pionjärerna och aktivisterna inom den finländska psykiatrin.²⁹⁵ Han är den första läkaren på fängelsementalsjukhuset i Åbo under perioden 1911–1916 (Virkkunen et al. 1983, 307). Under sju månaders tid underställs Johanna läkarens vaksamma, inspekterande blick. Allt hon gör observeras, evalueras och dokumenteras. Den 25 augusti 1914 har läkaren fattat sitt beslut och han skriver ett 18 sidor långt utlåtande.²⁹⁶ Utlåtandet är skrivet för hand på finska, men de citat som inbegrips i rättspsykiaterns text – de *övriga* läkarnas utsagor – är skrivna på svenska. I utlåtandet diagnostiseras Johanna som sinnessjuk. Följande är skrivs hon in på Själo hospital.

Johanna – brottsling, mentalpatient eller sambällets olycksbarn?

Läkaren börjar sin kartläggning av Johannas sinnesbeskaffenhet med att ge en inblick i Johannas beteende medan hon befann sig i fängelset i Åbo. Läkaren uppger sig själv vara ett ”vittne” till Johannas uppförande i fängelset, eftersom han vid den tiden arbetade som fängelseläkare. I fängelset var Johanna ”mycket ilsken, orolig och våldsam, utan att

²⁹⁴ En version av detta kapitel har publicerats tidigare (Ahlbeck-Rehn 2002).

²⁹⁵ Rättsläkaren var bl.a. med om att grunda Finlands psykiatriska förening år 1913 (Achté, Suominen, Tamminen 1983).

²⁹⁶ HM 3.2.3. (1915).

ordningsstraffen som tilldelades henne hade någon inverkan på henne”. Det är således inte bara det aggressiva beteendet som läkaren uppfattar som besvärligt. Det sjukliga i beteendet ligger snarare i att Johanna förblev opåverkad av de straff, av den disciplinering som tillmättes henne. Det finns således en implicit önskan om att Johanna borde ha uppvisat ånger och skam över det hon gjort. Under fängelsevistelsen blev det ”uppenbart” för psykiatern att Johanna inte var ”vid sina sinnens fulla bruk” och hon skickades till Kexholms mentalsjukhus, där hon intogs med diagnosen ”imbecillitas”. Läkarna på Kexholm, och även kommunalläkaren i Pemar, har en annan syn på Johanna än rättsläkaren, då de anser att Johanna inte lider av sinnessjukdom.

Den första läkaren som citeras är fattighusets läkare i Pemar som under juni och juli månad 1913 har observerat Johanna på fattighuset, och som skriver: ”Dock har vid inget af dessa tillfällen sinnesförvirring hos henne iakttagits, men väl har det framgått att hon är rå och häftig samt enligt egen uppgift sedan en längre tid prostituerad.” Läkaren betonar att han tycker det är ”af stor vikt att meddela att hon icke heller under sin omkring nio (9) månader långa vistelse i asylrättningen i Kexholm visade tecken till sinnessjukdom”, och hänvisar till ett brev skrivet av läkaren vid Kexholms asyl. Denna läkare skriver att han inte heller observerat tecken på sinnessjukdom hos Johanna, men anser dock att hon ”i hög grad [är] en degenererad person med rå karaktär och ett häftigt lynne och är hennes rätta plats [oläsligt] i ett fängelse och icke i ett sjukhus”.

Företrädare för en expertinstitution på mentalsjukdom – Kexholms asyl – anser alltså inte att Johanna lider av sinnessjukdom. Vi skall granska hur rättspsykiatern handskas med denna – ur hans synvinkel – något problematiska information. De två läkarna betraktar visserligen Johanna som aggressiv och degenererad, och läkaren på Kexholm betonar ytterligare att Johanna borde spärras in på fängelse och inte på sjukhus, men dessa uttalanden konstruerar Johanna som socialt avvikande i egenskap av *brottsling*, inte som mentalpatient.

Efter sin nio månader långa vistelse på Kexholm förflyttades Johanna tillbaka till kommunens fattighus. Den undersökande psykiatern fortsätter sitt utlåtande genom att presentera kommunalläkarens syn på patienten. Denna del i narrativet fokuserar på lokalsamhällets syn på Johanna. Kommunalläkaren som citeras anser att Johanna lider av ”drift att förstöra och anfalla” och hon är, enligt läkaren, av ”rå, obändig och sinnlig natur”. Enligt denna läkare började Johanna ”bete sig som sinnessjuk då hon hösten 1913 inspärrades i cell å Paimio fattiggård”. Läkaren framhåller att Johanna lider av ”debilität och hysteri samt åtminstone tidtals af sinnessjukdom samt att hon försatt på fri fot förfaller till lösdriveri, dryckenskap och osedligt lif och inspärrad i cell återigen blir oregerlig, våldsam och osnygg samt att hon således lämpligast borde behandlas å slutan anstalt för sinnessjuka”.

Johannas aggressivitet och utomäktenskapliga sexualitet ses här som tecken på omoral och osedlighet, något som kommunalläkaren

påtar. Hennes okontrollerade beteende anges också som orsaken till hennes inspärning på fattighuset, och hon rymde ofta därifrån. Under sina rymmarstråtar drack hon och var sexuellt aktiv. Hon hade även ett flertal gånger hotat med att tända på fattighuset "blott hon blir fri". Dessa gränsöverskridningar och utsvävningar leder till att hennes moraliska karaktär måste ifrågasättas. Eftersom osedlighet under denna tid ansågs vara sammanlänkad med sinnessjukdom (bl.a. Achte 1974), kan Johannas beteende inte anses "normalt". Johanna utgör ett hot mot lokalsamhället, en reell fara för fattighuset som hon hotar antända. Hon är därför omöjlig att ha kvar i kommunen och kommunalläkaren erbjuder en bättre lösning, dvs. inspärning på sinnessjukhus. Disciplineringen av avvikaren erbjuds i form av en sjukdomsdiagnos som utgör en legitim orsak att placera Johanna på mentalsjukhus.

Det rättspsykiatriska utlåtandet citerar inte längre andra auktoriteter utan börjar bygga på egna observationer av patienten under hennes sju månader långa vistelse på Åbo upptagningsanstalt. Undersökningen inleds med avklädandet, den fysiologiska examinationen. Johannas kroppskonstitution, näringstillstånd, puls, syn samt reflexer undersöks. Läkaren anmärker att Johanna inte bär på "yttre degenerationsmärken", vilket i detta sammanhang kan innebära att hennes ögonbryn inte är fastvuxna eller att hon inte har maskulina ansiktsdrag (t.ex. stor käke, skäggväxt). Patientens förmåga eller oförmåga att känna smärta undersöks genom att läkaren sticker Johanna med en nål. Läkaren undersöker även de reproduktiva organen genom att trycka på äggstockarna som ömmar.

Efter kroppsvisiteringen dokumenterar läkaren sin psykologiska evaluering av Johannas sinnestillstånd. Läkaren diskuterar Johannas uppförande på upptagningsanstalten. Han skriver att Johanna i början av sin vistelse var lugn och "lydig", men påpekar att hennes sinnestillstånd förändrades i samband med att hennes menstruation inföll, då hon blev nedstämd och orolig. Några dagar efter menstruationen blev hon olydig; hon "hålls inte i sängen", sjunger och "förolämpar sin omgivning". Läkaren anser även att Johanna försöker "uppvigla de andra patienterna" med sitt uppförande. Efter denna rastlösa period betar hon sig återigen "normalt", sover lugnt och "uppför sig väl". Denna lugna period varar en månad tills hennes menstruation börjar, då hon åter blir orolig och nervös. Några dagar efter att menstruationen har upphört, river hon sönder sina lakan och kläder, svär mot sköterskorna och "blir arg för allt". Efter en vecka lugnar Johanna ner sig och detta "*bättre tillstånd*" varar nästan hela följande månad. På detta sätt fortsätter den medicinska texten, rytmiskt, följande kvinnokroppens cykliska gång. Texten formas i denna växelverkan mellan kropp och sinne; den söker särskilda tecken, kopplar samman specifika element, "vaknar till" när den ser en möjlighet att sammanbinda beteende och menstruation, för att tystna då dessa kopplingar inte kan göras. Johanna reduceras helt och hållet till sin kropp. Sättet att använda kvinnokroppen som förklaringsmodell avspeglar härvid den biologiska

reduktionism som var rådande i den medicinska disciplinen även i Finland (Uimonen 1999, 2003).

Utöver Johannas kropp diskuterar läkaren även hennes sexuella beteende. ”Störningar” i den kvinnliga sexualiteten – såsom promiskuitet, onani, lesbiskhet – antogs påverka kvinnors mentala kapaciteter och betraktades följaktligen som riskfaktorer (jfr Ussher 1991). Kvinnors moraliskt förkastliga sexualitet betraktades som sjukdomsframkallande och närmade sig vansinnets farliga brant. Läkaren skriver att Johanna i andra utlåtanden har beskrivits som ”mycket sinnlig” i sexuellt hänseende, men att han själv inte har märkt något sådant hos henne under sjukhusvistelsen. Han bestyrker sin avvikande åsikt genom att citera Johanna som på hans begäran skrivit ner händelser ur sitt liv. Om sitt förhållande till män och prostitution, skriver Johanna: ”och de trodde att jag riktigt tyckte om ett sådant liv och så svårt var det för mig, att jag inte gick till män så länge jag hade ens några pennin i fickan.”

Läkaren ställer sig således först på Johannas sida. Läkarens ställningstagande tolkar jag som argumentationstaktik, dvs. som ett sätt att redan i detta skede av utlåtandet lägga fram sin expertsyn som en motsats till de övriga citerade auktoriteterna. Efter detta fortsätter läkaren sin evaluering med att citera stycken ur Johannas egna nedtecknade berättelser.

Johanna – med egna ord

Det psykiatriska utlåtandet över Johanna är anmärkningsvärt i och med den stora mängd utdrag ur stycken som patienten själv skrivit eller dikterat (se bilaga 1 med Johannas finska utsagor i original). Dessa stycken är emellertid avskrifter, det är läkaren – eller den som renskrivit läkarens utlåtande – som nedtecknat Johannas ord. ”Hennes ord” återges med skrivfel och utan grammatikalisk korrektur. De rättspsykiatriska utlåtandena över de kriminella Själökvinnorna innehåller alltid en auto-anamnes, där brottslingen berättar om sitt eget liv och sin bakgrund, men dessa är sällan speciellt långa. Vad berättar då Johanna? Vi får till en början veta att modern dog då hon var tretton år gammal och att fadern gifte om sig strax därefter. Familjen bodde i Björneborg vid denna tid.

Läkaren vill få information om eventuella sjukdomssymptom och på hans fråga om sina egna sjukdomskänslor skriver Johanna:

”att när jag gick blev mina fötter sådana att jag inte kunde stiga och mina händer blev sådana att då jag gjorde något blev de sådär döda och kraftlösa men då det sticker i min kropp som något levande skulle springa där och vill hållas kvar och jag känner mig orolig och det är dåligt med sömnen då det kommer något i ögonen som om det skulle röra sig och då man får lite tag i sömnen så blir jag rädd och det är så svårt, huvudet är så tungt och plötsligt försvinner det och i bröstet känns det så tungt att då jag tänker på mitt liv så börjar det banka och det vill bli misstag i mitt arbete och då man någon gång går iväg och borde ta med sig något och just då man är på väg minns man det men då man gått så minns man ändå inte.”

De känslor Johanna beskriver passar väl in i hysterins sjukdomsdiagnostik där olika kramper, sendrag och andnöd karaktäriserade hysteriska symptom (Smith-Rosenberg 1985, 202; Uimonen 1999, 142-145). Johanna har även skrivit om sitt olyckliga liv, och läkaren menar att följande utdrag är ”betecknande för hennes sinnesstämning såsom den observerats även här” [på upptagningsanstalten i Åbo]:

”om det skulle finnas i världen en sådan människa åt vilken man kunde berätta för de gör nog narr ja mitt liv har varit så dystert och svart att man inte riktigt kan förstå och på grund av att det är så motvilligt för mig att vara sådan och oj om det ännu skulle ljusna att man skulle bli lycklig och skulle få mitt liv ännu tillbaka som jag hade då min mor levde och det fanns arbete att man fick försörja sig själv med arbete, men med egna krafter kan jag inte då det hänt [otydligt] i mitt liv sådanahär anfall och med de pappren får jag inget arbete och människorna är så hjälplösa och jag har bett så mycket i mina dagar men jag har inte berättat åt någon om något jag har varit tvungen till det då man inte kan lita eller tro på någon människa då denna värld är så svekfull. – jag kan aldrig glömma den människa genom vilken mitt liv förändrades nog har jag många gånger tänkt sluta detta jordeliv men har inte förmått.”

Den person som förändrade Johannas hela tillvaro var hennes blivande fästman som grundlurade henne då hon var sjuutton år gammal. Fadern hade redan gett sin tillåtelse till förlovningen då fästmannen sade sig vilja presentera Johanna för sina föräldrar som bodde i Vasa. Väl framme i Vasa övernattade paret på ett härbärke, men på morgonen då Johanna vaknade var fästmannen försvunnen och med honom alla hennes ägodelar. Det enda som fanns kvar var kläderna:

”som jag klädde på mig och började gå och jag visste inte vad jag skulle göra, jag gick där i staden och det var svårt att vara då allt var så konstigt men det minns jag inte hur jag hamnade i poliskammaren men det minns jag att jag var i Vasa fängelse 1 vecka och jag bad om att få bli förflyttad till Norrmark och länsman talade med mig men jag kunde inte prata något eller förklara och sedan släppte han iväg mig och byborna var så förundrade och jag stack till Björneborg, var en natt och en dag i en hölada och tänkte vad skall jag göra då jag var hungrig och inte hade krafter att tala med någon människa då jag skämdes.”

Väl framme i Björneborg vågade hon inte gå hem och medan hon vandrade runt i staden mötte hon en ”bekant kvinna”. Kvinnan tog Johanna med sig ”till män”: ”och jag mädde så illa och inte visste jag att man kunde få pengar på det sättet”. Denna händelse uppges vara Johannas första erfarenhet som prostituerad, men enligt Johanna även hennes första sexuella upplevelse någonsin. Läkaren poängterar att Johanna ”försäkrar” att hon inte tidigare varit i ”kontakt med män”.

Efter denna händelse var Johannas liv lösdrivarens. Hon fick inget arbete och att vara arbetslös innebar att hon kunde bli arresterad som lösdrivare. Att söka arbete på andra orter var svårt, eftersom lösdrivarrestriktionerna gjorde det så gott som omöjligt att flytta från

en ort till en annan.²⁹⁷ Det var en ond cirkel. Johanna vandrade runt, arresterades och dömdes så många gånger att hon tillbringade största delen av tiden i fängelse.

Johannas berättelse belyser tydligt den klassrelation som är rådande mellan den bildade läkaren och fattighushjonet. Johannas kunskap om meningsuppbyggnad och grammatik är begränsad och texten presenteras i talad form, som en ström av ord. Läkarens frågor och omdömen är däremot korrekt stavade. Även om Johannas skrivelser inte *explicit* används som måttstock på hennes intelligens, tolkar jag läkarens återgivning av patientens sätt att skriva som ett medicinskt bevis på bristande mentala kapaciteter, och som något som bestyrker den diagnos han fastställer. Framställningen av patientens utsagor – läkaren sätt att framställa ”patientens sätt att skriva” – i relation till det medicinska språket avspeglar ett visst bildningsideal, där skillnaden mellan patient och läkare blir markant. Mats Börjesson (1994, 73) menar att rättspsykiatriska undersökningar även syftade till att gradera brottslingens kulturella nivå och detta illustrerades ofta med att den undersökte citerades ”på dialekt” och i talspråksform, medan läkarens uttalanden var skrivna på skriftspråk. Standarden för rättspsykiatriska undersökningar, intelligenstag och olika slags psykologiska test utvecklades och skapades av män som tillhörde den urbana bildade medelklassen. Detta innebar att den mansdominerade psykiatriska professionen tillämpade normer och måttskalor framvuxna ur en medelklassideologi på fattiga arbetarkvinnor från de lägre klasserna.²⁹⁸ Köns- och klasskillnaden, tydlig i Johannas fall, är även synlig i ett större sammanhang: majoriteten av de europeiska dårhuskvinnorna tillhörde de lägre samhällsklasserna (Showalter 1987; Ripa 1990; Dörries & Beddies 2003). Sjölä hospital utgjorde inget undantag: de flesta patienter var fattiga kvinnor från både stad och land.

Expertdiagnosen

Nu har läkaren presenterat alla ”fakta” som han har haft till hands, gjort ett urval, citerat andra läkare och Johanna. Presentationen av de insamlade uppgifterna har gjorts med en viss skepsis och misstro, och den har varvats med läkarens egna medicinska omdömen. Läkarens förhållningssätt till informatörerna har genomgående kännetecknats av en viss vetenskaplig distans som avspeglar hans sätt att positionera och definiera sig själv som professionell auktoritet. Läkaren börjar den egna psykiatriska sammanfattningen med att konstatera att Johannas ”egendomligheter” hör samman med hennes emotionella liv. Läkaren anser att Johannas ”misstänksamhet” gentemot andra människor ”har i henne orsakat allehanda anklagelser gentemot omgivningen i den grad att man

²⁹⁷ Om lösdrivarlagen, se närmare K.J. Ståhlberg (1893).

²⁹⁸ Bildning eller kultivering fungerade som ett kulturellt kapital (Bourdieu 1998) – som en tillgång som representerar för den finländska medelklassen (läkare, politiker, tjänstemän) kunde definiera som ”sitt eget”, något som just de ägde, och sålunda markera sin överlägsenhet gentemot de lågrestående klasserna.

kan benämna det *pseudologia phantastica*". Psykiatern Martti Kaila (1956) beskrev "pseudologia phantastica" enligt följande i sin lärobok:

"Hos de *självhävdande psykopaterna* är det mest karakteristiska draget egocentricitet och lust att väcka uppseende. Denna lust tar ibland formen av skrytsamhet, ibland av ett behov att väcka uppmärksamhet genom klädsel eller åsikter. I ytterlighetsfall är dessa psykopater 'födda lögnare' (*pseudologia phantastica*) som *inte* ens själva kan göra skillnad mellan *sanning och fantasi* i det de talar om. Denna grupp av psykopater uppvisar ofta hysteriska drag" (Kaila 1957, 89, min kursiv).

Johannas rädsla eller snarare hennes misstro mot andra människor medikaliseras och diagnostiseras. Frågan kring *vems verklighet* och *vems berättelse* som tas för den sanna blir synlig i diagnostiken. Johannas berättelse är fantasi, verklighet är något annat, något som den psykiatriska diskursen *vet*. Diagnosen används för att skapa sanning om verkligheten, återställa samhällets rationalitet, trots att Johanna vittnat om att verkligheten är irrationell.

Hysteri, lögnaktighet och egocentrism sammankopplas här till ett karaktärsdrag som betecknas som psykopati. Johannas beteende och utsagor blir i den psykiatriska diskursen patologiska symptom. Psykiatern fortsätter med att analysera Johannas moraliska, eller snarare omoraliska, karaktär och skriver att Johanna är en degenererad individ, vilket bevisas av hennes olydiga beteende: "alla straff oberoende hurudana tyder på att vi i psykiskt hänseende har att göra med en i viss mån degenererad person." Läkaren betraktar således hennes olydnad – en misslyckad disciplinering – som ett bevis på degenerering. Här fäster han uppmärksamhet vid Johannas kropp och kopplar den både till degenerationsantagandet och till ytterligare en diagnos – hysteri:

"En sådan sjukdom är i synnerhet hos kvinnor hysterin, vars kännetecken också till en del sammanstrålar med degeneration. Såsom redan namnet antyder uppkommer hysterin (från det grekiska ordet för livmoder) överhuvudtaget i samband med sexuallivet och är beroende av de störningar och inverkningar som däri sker."

Läkaren antar att Johannas hysteri fick sin början i samband med fästmannens svek (*schvek*), i synnerhet då detta skedde "under en tid då sexuallivet just höll på att väckas inom henne". De sexuella känslorna antas ha gett upphov till hennes hysteri (jfr Russell 1995; Zavirsek 2000). Johannas sjukdomsattacker infaller enligt läkaren cykliskt, ett fenomen han benämner "cyclothomia".²⁹⁹ Johannas sjukdom finns inbyggd i hennes kropp då sjukdomssymtomen är beroende av menstruationscykelns periodicitet. Läkaren ger en gynekologisk definition av Johannas vansinne (jfr Theriot 1993; se även Digby 1989). Läkaren betonar dessutom att denna sjukdomsform är "farlig i socialt hänseende". Således har det medicinska

²⁹⁹ År 1898 publicerade den tyske psykiatern Ewald Hecker en artikel om *cyclothymia* som en form av manodepression. Sjukdomen kännetecknades av humörsvägningar med perioder av depression och hypomani (Baethge, Salvatore & Baldessarani 2003, 378).

ögat konstruerat en farlig kvinnokropp och därmed en farlig kvinna som bör disciplineras.

Hysterikan konstrueras även som en individ med en specifik personlighet och karaktär. Psykiatern skriver att den hysteriska personen "ur ett psykologiskt perspektiv" är "mycket egoistisk" och "uppvisar brister i etiken" (jfr Smith-Rosenberg 1985, 202). Med andra ord är hysterikan Johannas avvikelser av moralisk karaktär, men behandlas som medicinska problem. Lösdriveri, avsaknad av arbete, olydnad, aggressivitet och utomäktenskaplig sexualitet placeras här i en sjukdomskategori. I ytterst vetenskaplig ton framför läkaren allmänna teoretiska förklaringar till hysterin och kopplar dessa till Johannas fall. Han markerar sin professionella träffsäkerhet med att konstatera: "utan desto längre förklaringar råder det inget tvivel om att Mattsson lider av hysterisk sinnessjukdom." Genom att använda uttryck som att det "inte råder något tvivel om" samt genom att poängtera att inga "längre förklaringar" är nödvändiga, konstruerar läkaren sin diagnos i en aura av självklarhet. I slutet av sitt utlåtande citerar psykiatern på tyska kriminalpsykiatern Hübner som befäster att hysterin *är* en sjukdom, och därför kan ingå i det diagnostiska språket (förkortad översättning från tyskan): "Hysterin är en av de sjukdomar om vilken det i lekmannakretsar råder många felaktiga uppfattningar. För många lekmän, ja även för somliga läkare [...] är hysterin alltså inte en sjukdom utan ett svagt karaktärsdrag."³⁰⁰

Med detta citat markerar läkaren en tydlig distinktion mellan, å ena sidan, de lekmän och de läkare som inte betraktar hysterin som en sjukdom, och, å andra sidan, de expertläkare som *verkligt förstår* hysterins innersta väsen. De två tidigare citerade läkarnas åsikter om att Johanna inte är sinnessjuk utan "endast" en rå och häftig person (dvs. ett karaktärsdrag), tillhör således den grupp som har felaktiga uppfattningar. Med stöd av en auktoritet på området, ansluter sig rättsläkaren till den upplysta gruppen av professionella psykiatrer, vilkas kunskap och expertis åtskiljer dem från lekmän, men även från "somliga läkare".

Psykiaterns skiljedragning mellan karaktär och sjukdom ser jag som en konstruerad motsättning, främst en retorisk åtskillnad. Rättspsykiatern påtalar själv Johannas (svaga) karaktär i sin diagnostisering då han lyfter fram hennes olydnad och egoism.³⁰¹ Skillnaden ligger i att det mera allmänna karaktärsbegreppet byts ut mot en mera sofistikerad terminologi, en medicinsk begreppsapparat, ett diagnostiskt språk som använder kvinnokroppen, kvinnligheten, som ett redskap i det psykiatriska

³⁰⁰ "Die Hysterie ist eine derjenigen Krankheiten, über welche in Laienkreisen vielfach die unzutreffendsten Anschauungen herrschen. Für viele Lauen, ja auch für einzelne Ärzte, decken sich die Begriffe Hysterie "Simulation", "Verstellung", "sich aufspielen wollen" mehr oder minder vollkommen. Für sie ist die Hysterie also keine Krankheit, sondern eine schlechte Charakterveranlagung gegen sie mit Schimfen und Schlägen vorgehen."

³⁰¹ Syndromet *pseudologia phantastica* konstrueras i första hand uttryckligen som ett karaktärsdrag. Det samma gäller hysterin och den "hysteriska personligheten".

sanningsskapandet. Med hjälp av kroppen befästs sanningen om Johanna (jfr Börjesson 1994). Rättsläkaren kan nu lägga fram sitt slutanförande:

”Stödande på det som jag ovan framfört får jag uttala att Johanna Wilhelmina Mattsson lider av sinnessjukdom och att hon behöver få vård på ett mentalsjukhus samt på grund av att hon, för sin sjukdoms art, är farlig i socialt hänseende och att hennes sjukdom under olämpliga förhållanden endast förvärras; detta intygar jag både vid min tidigare svurna läkared och så sant Gud hjälpe mig, i ande och själ.”

I sitt utlåtande över lösdrivaren Johanna strävar läkaren efter att övertyga läsaren, medicinalstyrelsen, om att Johanna lider av sinnessjukdom. I och med att straffet för lösdrivare vanligen handlade om allmänt arbete, fängelse eller tukthus (Ståhlberg 1893), kan man betrakta detta noggranna läkarutlåtande som nödvändigt för att legitimera intagning på mentalsjukhus. I detta utlåtande finner vi olika berättelser om lösdrivaren Johanna. Utöver rättsläkaren, den psykiatriska sanningsskapsaren, finner vi den medicinska arenan som representeras av de två läkarna som citeras i utlåtandet samt den lokala arenan som representeras av Johannas hemkommun Pemar. Johanna själv, fokus för hela interventionen, ges även utrymme i den medicinska texten. Dessa olika arenor med tävlande åsikter skapar något olika representationer av Johanna. Den medicinska arenan – läkarna på Kexholm – konstruerar Johanna som brottsling, medan lokalsamhället³⁰² snarare konstruerar en farlig kvinna som utgör ett hot mot samhället. Johanna själv berättar om sitt liv och vi får en inblick i ett mycket tragiskt kvinnoöde.

Den undersökande läkaren, den *vetenskapliga*, psykiatriska sanningsskapsaren, måste i sin evaluering av patienten ta de övriga diskursernas utsagor i betraktande. Han måste ta ställning till sina kollegors avvikande åsikt om patienten, eftersom de inte finner belägg för obotlig sinnessjukdom. Som en följd av detta måste han definiera den medicinska arenan som medicinskt inkorrekt. Denna pågående kamp om sanningsskapsauktoriteten illustreras väl av psykiaterns sätt att konstruera och positionera sig själv som expert, genom att använda sig av ett vetenskapligt språk med sofistikerade termer (pseudologia phantastica, cyclothomia, hysterisk sinnessjukdom) och utländska referenser. Genom texten blir problemet – Johanna – en medicinsk angelägenhet och Johanna inskrivs på Själo följande år, 1915. Hon tillbringade endast ett år på sjukhuset och utskrevs redan år 1916.³⁰³

³⁰² Lokalsamhällets representant är dock också en läkare och därför är det något missvisande att tala om "lokalsamhällets syn" då det egentligen handlar om en enskild auktoritets utsaga. Å andra sidan ger kommunalläkarens citat en viss uppfattning om Johanna som ett besvärligt fattighushjon, och därför ser jag det motiverat att tala om lokalsamhället.

³⁰³ Läkaren på Själo hospital skriver i ett brev daterat den 16 april 1916 riktat till BB [bästa bror]: "Då af bilagda intyg tydligt framgår att Mattssons strafftid sedan för några år sedan utgått och hon sedan dess icke blifvit ånyo dömd, är det klart att komm.nämnden i hennes hemort bör anmodas afhemta henne vid första öppet vatten. Handlingarna anser jag dock böra kvarhållas i härvarande arkiv." HM 3.2.3. (1915).

Sofia – en svår psychopath

Den 32-åriga arbetarkvinnan Sofia anländer till Sjalö den sjunde juli 1937. Hon är den farliga mordbrännerskan som stått åtalad för två mordbränder och fyra mordbrandsförsök i Björneborg stads rådstuvurätt. Bränderna var anlagda på Räfsö utanför Björneborg. Händelserna som beskrivs i rättegångsprotokollen utspelar sig i Räfsös arbetarkvarter och industriområden. Sofias sjukdomsdiagnos som anges i Sjalö-formuläret är "psychosis ex. infectione", dvs. hennes sjukdom (psykos) var orsakad av ett infektionstillstånd, närmare bestämt *sömnssjuka* (encephalitis lethargica).³⁰⁴

Den konstaterade sjukdomen som fastställdes i det rättspsykiatriska utlåtandet medförde att Sofia betraktades som otillräknelig vid tiden för brottet. Domstolen valde därför att straffriförklara henne och beslöt att hon måtte placeras på slutan anstalt för sinnessjuka. Sofias rättshandlingar är ett myller av olika dokument: polisförhör, vittnesförhör, brottsanmälningar, brev mellan olika instanser, försäkringskrav, egendomsförteckningar, ritade kartor över bostadsområden och anlagda lägenheter osv. Eftersom Sofia gjort sig skyldig till sammanlagt sex brott med stora egendomsskador – flera hus totalförstördes i de anlagda bränderna – är antalet involverade personer, förhör och mängden rättsprotokoll omfattande. Den sammanlagda materialmängden av Sofias handlingar uppgår till över 150 sidor.³⁰⁵

I rättsprotokollen skildras *skeenden* i detalj. Vad var det som hände, var, när och med vilka konsekvenser? Den rättsliga diskursens fokus riktas mot frågan om "vad", dvs. *bränderna*. Detaljerade skildringar av de anlagda husen, med kartor som visar var bränderna anlagts och vad skadegörelsen åstadkommit, vad brottslingen gjort, vilka vägar hon rört sig, vad hon haft med sig (alltid med tändstickor i fickan), vem hon mött, vilken tid på dygnet, vad hon sagt, men också vittnesutsagor och berörda parters utsagor illustrerar domstolens strävan att kartlägga en brottslig händelsekedja. Den åtalades version eller berättelse av det skedda återges noggrant, men används för att bestyrka *vad* som skett, snarare än för att bevisa vem hon är.

Den rättspsykiatriska diskursen – frågan om "vem"

Sofia sinnesundersöktes på Lappvikens sjukhus och det rättspsykiatriska utlåtandet utfärdades av landets förste rättspsykiater. Utlåtandet är skrivet på finska och daterat den 26 februari 1937. Rättspsykiatern arbetade på Lappviken från år 1918, då den första tjänsten i rättspsykiatri grundades, fram till år 1951. Han utförde rättspsykiatriska undersökningar och undervisade medicinestuderande i rättspsykiatri vid Helsingfors

³⁰⁴ I början av 1920-talet i samband med den spanska sjukans andra våg insjuknade många i denna virusbaserade sjukdom som skadade hjärnan, och var fjärde insjuknade avled. De överlevande fick olika graders skador på nervsystemet (se t.ex. Kolata 2000).

³⁰⁵ HM 3.2.4. (1937).

universitet. Vid tiden för Sofias rättspsykiatriska utlåtande var han en av de mest inflytelserika psykiatrerna i landet och verkade även som riksdagsman (Virkkunen, Hakola & Tuovinen 1983). Läkaren har även skrivit andra Själopatienters rättspsykiatriska utlåtanden (se Ahlbeck-Rehn 2001).

Den rättspsykiatriska texten börjar med utdrag ur rättegångsprotokollen och Sofias brottsregister. Här presenteras alla de brott (stölder, mordbränder, mordbrandsförsök) Sofia gjort sig skyldig till. Första anteckningen i Sofias brottsregister är från år 1925, då hon stått åtalad för stöld. Hon var då 20 år gammal. Läkaren lyfter fram fyra uttalanden från rättshandlingarna i vilka "svarandens sinness tillstånd" omnämns. Det första yttrandet är från ett polisförhör då Sofia berättade att hon insjuknat i sömnsjuka sommaren 1920, varvid hon i sju veckors tid legat i koma, varefter hon varit mycket svag och synen blivit försvagad.³⁰⁶ Efter sömnsjukan hade hon lidit av "svår nervsjukdom, som emellanåt framkallade sådana nervanfall som fick berättaren att begå brott, tidigare stölder och nu senare bränder." I samma förhör berättade modern om det turberkelsår dottern hade haft på halsen som barn, om dotterns sömnsjuka och nervsjukdom. Modern berättade att dotterns tillstånd under de senaste åren försämrats. "Svaranden hade varit så nervös att hon för minsta lilla orsak kunde bli mycket arg och få ett svårt nervanfall".

Det andra omnämmandet om Sofias sinness tillstånd gäller ett annat polisförhör.³⁰⁷ Under förhöret berättade ett av vittnena att han träffat Sofia vid tiden för brottet, och att hon då slagit honom i sidan och frågat: "vem eller vad är du?" Sofia hade enligt vittnesutsagan varit "nervös och talat osammanhängande utan att kunna förklara vad hon gjorde där." Ett annat vittne berättade att Sofia hade verkat "lite nervös", bland annat hade hon "två gånger frågat vittnet om samma sak, även om berättaren redan en gång svarat." Den tredje utsagan var också ett vittnesmål som uttalats under rättegången då ett annat vittne berättade att han/hon känt Sofia sedan barndomen och att vittnet "alltid hållit henne [Sofia] för en något nervös och till förståndet svagsint person".³⁰⁸ Sofias svagsinhet bekräftades också av ytterligare ett vittne som "hade känt svaranden i många år, att hon [Sofia] enligt vittnet hade gett ett sjukligt och nervöst intryck, därutöver tillade berättaren, att han inte hållit svaranden för en klok människa". Det fjärde och sista utlåtandet var Björneborg-läkarens utlåtande som fanns bland rättshandlingarna.³⁰⁹ I sitt utlåtande skriver läkaren att den undersökta är en "svår psychopat och en person i avsaknad av fullt förstånd." I den rättspsykiatriska texten blir citatens narrativa ordning synlig: från den rättsliga diskursen till samfundsberättelserna (lokalsamhället) till andra läkare.

³⁰⁶ 12.12.1936, Björneborg (övers.). HM 3.2.4. (1937).

³⁰⁷ 23.11.1936, Björneborg (övers.). HM 3.2.4. (1937).

³⁰⁸ 2.12.1936, Björneborg (övers.). HM 3.2.4. (1937).

³⁰⁹ 14.12.1936, Björneborg (övers.). HM 3.2.4. (1937).

Nervositet, tjuvnad och missfall – informanternas utsagor

Efter presentationen av vittnesutsagor i vilka Sofias avvikelser från det normala tydligt framkommit, är följande del av utlåtandet ett sammandrag av den information informanterna inkommit med. Eftersom citat från informanterna varvas med läkarens egna beskrivningar och tolkningar, är det ibland oklart *vem* det är som talar i texten. Ord eller uttryck som läkaren har märkt med citationstecken är troligen direkt citat från informantens skriftliga framställning. Eftersom jag använder citationstecken för direkta citat, markerar de enkla citationstecknen (t.ex. 'söndrade och rev möbler') de citat läkaren själv anger och som hänvisar till *informanternas* utsagor, dvs. till tillfällena i texten då andra diskurser citeras. Den första informanten är Sofias *mor*.

”Den undersöktas mor [namn, adress] [...] har på begäran skriftligt gett följande information till detta sjukhus:

”Fadern dött i lungdot; tystlåten, kunde ibland vara t.o.m. en vecka utan att tala; störrig; häftigt temperament; besynnerlig; som yngre en svår suput, som berusad hetlevrad 'söndrade och rev möbler'; i faderns släkt 'nästan alla' något sinnesslöa; farfar svår suput.”

Modern uppger läkaren vara frisk, men ”något nervös”. Utsagan förblir oklar: är framställningen av patientens mor som ”något nervös” läkarens tolkning av moderns sinnessällstånd, eller har moderns (på läkarens fråga) själv uppgett att hon är nervös? Modern informerar läkaren om att Sofia har tre syskon som alla har dött som små, tre syskon som varit dödfödda, samt en bror som är vid livet. Brodern betecknas som ”emellanåt något nervös, suput.” Modern beskriver dotterns utveckling som i övrigt normal och att skolgången gått bra. Dottern hade emellertid insjuknat i sömnsjuka som 18-åring och

”efter det varit något 'egendomlig, emellanåt glad, emellanåt ledsen och nedstämd, ibland blir hon fullständigt förryckt, då hon gör vad som helst, vet inte själv vad hon har gjort och när hon sedan får höra [om det] blir hon mycket nervös av det; emellanåt blir hon så arg att hon kan anfalla, men då hon får vara ifred går anfallet om och hon är åter helt vanlig.”

Sofias mor berättar vidare att dottern före brotten ofta hade klagat på svår huvudvärk och yrsel. Ungefär två veckor före brottet ”var hon nervösare än vanligt och klagade på svår huvudvärk.”

Efter moderns vittnesmål citeras Sofias sambo, ”*arbetaren [namn] har på begäran gett följande information per brev*”. I motsats till modern, återges mannens brev i sin helhet i det psykiatriska utlåtandet:

”Sofia Kronqvist har nog bott hos mig och lät mig yttra att hennes nervsystem är fullständigt förstört, emellanåt var hon som andra människor men ibland blev hon obehärskat nervös [...] och vad Kronqvists sjukdom beträffar så får jag yttra att hon nog alltid var svag, i sömnen jämrade hon sig alltid. Till sin natur var hon livlig, ren godlynt och allt skulle

vara som hon själv bestämde och då hon fick vara som hon själv ville var hon mycket glad och ingen sinnesrubbnig kunde märkas hos henne och dessutom var hon inte så nervös att man inte skulle ha kommit överens med henne. Men ibland då hon överfölls av det där raseriet gjorde hon vad som helst och inte förstod hon det själv heller och kom inte alltid ihåg det och då det gick över blev hon så vek och ömsint att hon började gråta. [...] [Efter sömnsjukan] har hennes nervsystem varit förstört och vad hennes släktingar beträffar är jag okunnig. Jag var 12 på natten på arbete då den sista branden skedde så jag kan inget säga om hennes sinnestillstånd vid den tidpunkten. Men vad grannarna säger så var hon lite sluten dvs. mällös och klagade på svår huvudvärk och svindel.”

Trots att fästmannen påtalar Sofias nervositet och anfall, framhåller han att ”hon inte var så nervös att man inte skulle ha kommit överens med henne”. Han skriver också att hon till sin natur var godlynt, livlig och glad, men säger att sömnsjukan förstört hennes nervsystem.

Efter fästmannens/sambons brev följer *läkaren* från Björneborg som i sitt brev till rättspsykiatern avgett följande information:

”Hon har ett flertal gånger besökt mig för olika besvär, såvitt jag kommer ihåg främst gyneecologiska. Vanligen har jag till tillskrivit besvären hennes neuros. Det är för mig känt att hennes omgivning håller henne för en psychopatisk person. Om inte alla saker går som hon vill, kan hon bli kolossalt rasande för det. Jag har alltid ansett henne vara debil, eventuellt är det frågan om en allvarligare sinnessjukdom.”

En intressant aspekt i ovancerade stycke ligger i att läkaren inte bara återger sin egen medicinska syn på Sofia, utan även hänvisar till lokalsamhällets bild av kvinnan. Detta var i sig inte ovanligt i läkarintyg, men visar på de samband som etablerades mellan den medicinska och den kommunala diskursen.

Rättsläkaren har begärt information om Sofia av ytterligare en läkare, nämligen *distriktsläkaren* från Räfsö som uppger följande:

”Om släkten vet jag inget särskilt. År 1935 var Sofia K i tjänst hos mina föräldrar 5-7 dagar, men avskedades på grund av tjuvnad. Hon stal allt, oberoende av om föremålet hade någon nytta för henne eller inte. Bland annat kunde hon medan hon arbetade med hemsysslor försvinna för några minuter och komma tillbaka med en stulen t.ex. jacka under armen. [...] Det typiska för hennes tjuvnad är, som en härvarande affärsföreståndare en gång sade, ’allt duger, från blomkrukor till galoscher”. [Nämner att modern berättat om sömnsjukan]. Hon har ett barn och hon har även haft missfall. Av de symptom att döma som Räfsös hälsovårdare berättat för mig om bl.a. just innan hon blev arresterad för mordbränderna. I december -35 skickade jag henne till Björneborgs stadssjukhus för operation av äggleddarcysta (operationsdiagn. var Cysta ovarii). Vad S.K:s sedlighet i övrigt beträffar, har hon tidvis bött med någon hamnarbetare, och deras samlevnad var mycket trätgirig. En gång då jag var på sjukbesök i det hus där de bodde, hörde jag dem gråla på gården, hotandes och skällandes oanständigt på varandra, och på våren -36 kom S.K. till mig för att bli undersökt då ifrågavarande man hade misshandlat henne.”

Ur distriktsläkarens skrift framgår att Sofia har ett barn, att hon haft flera missfall, och att hon troligtvis hade haft ett missfall vid tiden för brottet. Läkaren lyfter också fram Sofias benägenhet till tjuvnad som framställs som sjuklig; hon sägs stjäla allt hon kommer över – ”allt duger, från blomkrukor till galoscher”. En viktig upplysning är fästmannens misshandel av patienten. Uppgifter om mäns våld mot kvinnor är ovanliga bland patienternas dokument och det att läkaren informerar om fästmannens misshandel av Sofia är exceptionellt. Mannens våld är samtidigt kopplat till parets samlevnad som sägs ha varit trätgirig. Intressant i detta sammanhang gäller omnämmandet om att bägge parter hotat och skällt på varandra varvid även den manliga partnern konstrueras som osedlig, inte bara kvinnan. Trots att Sofia uppfattas som delaktig i parets våldsamhet, befrias inte mannen från misshandeln som läkaren bevitnat i samband med att han undersökte Sofia.

Den femte, och sista, informanten som på rättsläkarens begäran har skickat in uppgifter om Sofia är den ledande *läraren* vid Råfsö folkskola. I likhet med moderns utlåtande, men i motsats till fästmannens och de två läkarnas brev, återges inte folkskollärarens brev i sin helhet. Läraren meddelar att Sofia inte hade avlagt skolans alla lärokurser, utan avgått i början av vårterminen 1917. ”På orten har man hållit henne för en något underlig person”, men detta är läkarens utsaga och inte ett citat av informanten. Läkaren skriver: ”Uppgiftslämnaren har tyckt att hon verkat ’abnorm’”. Om skolgången står det: ”I vitsordsavskriften från femte klassens hösttermin är uppförandet 10, ordning och uppmärksamhet 4 samt framstegets medeltal 5,6 och har varit frånvarande 114 timmar.” Med andra ord gjorde Sofia ingen större succé i skolan. Den rättspsykiatriska diskursen formar en konsensusbild av patienten som avvikande, genom uttryck som ”hon sägs vara”, ”på orten” har man hållit henne som underlig osv., på ett sätt som tyder på att ”alla” betraktat henne som onormal.

Uppförandet på anstalten – produktion av sjukliga karaktärsdrag

Efter genomgång av rättshandlingar och vittnesutsagor följer den kroppsliga undersökningen. Läkaren konstaterar att Sofia är liten (157 cm lång) och späd (väger 52 kg). Vad gäller kroppens hälsotillstånd är det reproduktionsorganen som inte är friska: ”I äggstockarna (undersökningen utförd på kvinnosjukhus) på bägge sidor inflammation.” Därtill omnämns att ”menstruationen var riklig och [patienten] har vitblödning”. Sofias syn är avsevärt nedsatt och ”det vänstra ögat skevar utåt”. Ansiktsuttrycket beskrivs som ”stelt och livlöst” och hennes sömn konstateras ha varit dålig under hela sjukhusvistelsen ”trots regelbunden sömnmedicin”. Sofias tarmfunktion uppges vara regelbunden och aptiten normal. Läkaren påpekar att Sofias vikt ”som då hon kom till sjukhuset var 52 kg steg till 53,5 kg”, en utsaga som vittnar om att patientens näringstillstånd blivit bättre under sjukhusvistelsen. Möjligen med viss irritation skriver läkaren att:

”patienten ständigt klagar över allehanda smärtor. Ofta har hon talat om sin huvudvärk, ber hon t.o.m. läkaren ibland att undersöka hennes hjässa där det i mitten finns en i genomsnitt ungefär ett par centimeters rund insjukning i benet. Emellanåt klagar hon på tandvärk eller värk i fingret. Ofta talar hon också om att hon inte länge kan titta åt samma håll, och inte läsa någon längre stund, eftersom ögonen tröttnar och bokstäverna börjar hoppa framför ögonen [...]. Ibland klagar hon på trötthet och en gång föll hon plötsligt ner i korridoren, men steg själv upp ganska snabbt och gick till sin säng.”

I texten berättas att Sofia på avdelningen ”i någon mån” hjälper sköterskorna med städningen och handarbetar. ”Ibland läser hon tidningen. Ibland skriver hon brev.” Enligt rättspsykiatern ger dock Sofia ”i allmänhet ett rastlöst intryck.”

”Med sin sjukhusvistelse är hon nog tillfreds och säger, att dagarna och veckorna går bra, alla behandlar henne vänligt, hon till och med berömmar sköterskorna och läkarna. Ibland är hon mycket nyckfyll och kan då vägra att ta t.ex. kvällsmedicinen, sägande att hon hellre dör. Hon har alltid något att säga eller att fråga, när läkaren går förbi, frågar hon emellanåt att läkaren skulle prata trevliga saker med henne. Hon söker alltid sällskap och pratar gärna om sig själv. Talets innehåll är ytterst enformigt, hon upprepar samma ord många gånger och pratar mycket.”

Till patienternas viktigaste förpliktelser på sjukhuset var att inta de mediciner som ordinerats dem samt uppvisa en vilja att tillfriskna. Med andra ord förväntades patienten underkasta sig sjukhusets disciplineringsmetoder och samtidigt arbeta för sitt eget tillfrisknande (jfr Parsons 1951; Gerhardt 1989). Om tillfrisknande inte var möjligt – om patienten var alltför sjuk – skulle patienten åtminstone förstå att följa sjukhusets regler och inte ställa till med besvär för vårdarna. Patienters vägran att ta sina mediciner nedtecknades och för Sofias del tolkades detta som ett uttryck av hennes nyckfullhet. Läkaren nämner också Sofias självupptagenhet (att hon gärna pratar om sig själv) och över att patienten till råga på allt *kräver* extra uppmärksamhet från läkaren (ber att läkaren skulle tala trevliga saker med henne). Ett annat sjukligt karaktärsdrag hos patienten är hennes nyfikenhet (”ytterst nyfiken är hon också”). Hon ”frågar ofta om läkaren fått några uppgifter om henne och vad dessa innehåller, likaså frågar hon ofta om hon har fått brev, och blir vanligen sårad om hon får ett nekande svar”. Även här visar Sofia inte den respekt som läkaren förväntar sig.

Läkaren cementerar bilden av patienten som egocentrisk och fortsätter med samma argumentation då han i nedlåtande ton skriver att Sofia ”är benägen till skryt, hon skryter på sig själv och sin goda natur, och berättar njutningsfullt att hon som ung fått sex olika priser i löptävlingar, att hon har idrottat mycket och tillhört en idrottsklubb. I talet har hon en märkbar barnslig ton, och i hela varelsen finns mycket barnsligt.” Hos Sofia kommer det barnsliga till uttryck, enligt läkaren, i Sofias tal, men även i hela Sofias *väsen* (”varelsen”) andas av denna barnslighet. Också Sofias

känsloliv, som läkaren konstaterar vara ”ytterst känsligt”, genomsyras av barnslighetsdiskursen. Rättspsykiatern skriver att:

”hon gråter i allmänhet titt som tätt och av synnerligen obetydliga orsaker. Gråtattackerna går emellertid snabbt om och hon lugnar ner sig relativt snabbt. Hon har stark hemlängtan och allt som oftast frågar hon av läkaren om hon redan skall få slippa hem. Då hon tänker på sin mor börjar hon gråta. En annan dag är hon åter mycket glad då hon fått ett brev av sin mor; då hon läst en bit in i brevet börjar hon gråta, men lugnar dock snabbt ner sig. [...] En gång berättade hon för läkaren att hon gråtit hela föregående kväll när andra [patienter] hade besökare men inte hon. [...] Hon tackar läkarna barnsligt glatt då hon fått höra, att brevet till fästmannen förts till posten.”

De ”obetydliga”, dvs. onödiga, orsakerna som Sofia gråter över, är hemlängtan, önskan att få komma hem, saknaden efter sina anhöriga och känslan av ensamhet. Sofias uttalade känsla av utsatthet blir i läkarens tolkning ett sjukdomssymptom. Hon är också rädd för att åter placeras i fängelset.

”Hon är mycket bekymrad över att hon måste tillbaka till fängelset, och ber många gånger om att få slippa direkt hem, som om hon inte fullständigt skulle förstå formaliteternas betydelse i behandlingen av ärendet. Mot slutet [av sin vistelse] hotade hon med att begå självmord om hon hamnar i fängelse och även i övrigt känns livet emellanåt så eländigt att man borde ta livet av sig själv.”

Läkaren framhåller Sofias ”benägenhet för rädsla” och återger hennes reaktion till den medicinska behandlingen med hennes fråga: ”blir jag stucken nu igen?”

Vad gäller patientens verklighetsuppfattning sägs hon vara orienterad i rum, men hennes tidsuppfattning anser läkaren vara ofullständig, och hon vet t.ex. inte exakt hur länge hon varit på sjukhuset. Sofias brev till de anhöriga som hon skrivit under sin sjukhusvistelse och som läkaren läst, beskrivs som ”innehållsligt ordnade, men i synnerhet ställvis mycket barnsliga, men visar i alla fall hängivenhet gentemot de anhöriga.” I motsats till andra kriminalpatienter är inte Sofias brev inkluderade i utlåtandet. Brevet är enligt psykiatern ”ordnade”, dvs. vettiga och rationella, men ”barnsliga”. Samtidigt uppvisar hon rätt grad av tillgivenhet gentemot sina närmaste. Barnsligheten som ett karaktärsdrag får här en paradoxal betydelse. Å ena sidan fördöms barnsligheten i förhållande till hur patienten tilltalar läkaren och kräver hans uppmärksamhet som ett litet barn. Å andra sidan har barnsligheten en positiv dimension i den lojalitet, hängivenhet och respekt Sofia – barnet – uppvisar gentemot sin familj.

Efter att ha evaluerat Sofias känsloliv, mäts hennes intelligens. Ett av de test som utförs går ut på att patienten skall utprepa sifferserier som läkaren räknar upp. Detta minnestest omfattar utöver siffror, även ord som patienten skall komma ihåg efter ett visst antal minuter.

”Av sifferserierna upprepar hon oftast de tre- och fyrsiffriga [serierna] rätt, men gör fel i femsiffriga [serier]; t.ex. 81649 upprepar ’864 - - 8649’, 72531, upprepar ’72- - 53’. [...] Då man ber henne komma ihåg orden: höstör, bibel och hare, upprepar hon efter två fulla minuter ’bibel och - - hare, men vad var det första - - höstör’; orden: gråt, bal och idealism upprepar hon efter tre fulla minuter ’gråt - - men inte kommer jag ihåg dess mera - - idealism - - och bal.”

Även om Sofia inte klarar av att upprepa sifferserierna rätt och inte heller kommer ihåg den exakta ordningsföljden på de tre ord som läkaren ber henne memorera, nämner hon alla de ord läkaren räknar upp. Det att hon inte nämner dem i rätt ordningsföljd nollställer resultatet och hon underkänds i minnestestet. Därefter skall Sofia återge en berättelse som hon läst, vilket hon enligt läkaren gör ”förhållandevis knapphändig och fåordigt om detaljerna”. Hon klarar dock av att peka ut de delar som saknas i bristfälliga bilder, men då läkaren visar ”färglagda bilder, som föreställer specifik handling, visar sig observations- och uppfattningsförmågan vara nedsatt.” Skillnaden mellan misstag och lögn förklarar hon korrekt och hon kan forma en mening av tre ord.

Patientens uppförande och känsloliv på sjukhuset förklaras med hänvisning till hennes karaktärsdrag – egocentrism, skrytsamhet och barnslighet – som konstrueras som sjukliga.

Medicinsk kunskap om individen

Efter testen följer ett kort avsnitt som presenterar information som Sofia själv uppger ”om sin släkt och sina tidigare skeden”. Sofia berättar att modern är frisk och att hon

”inte är nervös”. [Fadern, som dött i lungshot för 28 år sedan, var] ”sägerbetare, inte nervös, inga starkdrycker, troende, ’hihhulit’³¹⁰. I släkten känner inte berättaren [Sofia] till att det skulle ha förekommit nervsjukdomar. Patienten har en bror, frisk, inte starkdrycker i någon större utsträckning, samt en styvbror, som också är frisk.”

Sofias yttrande motsäger den tidigare givna informationen i vilken modern konstaterades vara nervös, fadern och brodern suputer. Sofia berättar vidare att hon gått folkskolan och varit en ”god elev; inga bestraffningar” och att hon klarade skriftskolan på första försöket. Sedan berättar hon om sömnsjukan då hon hade legat i feber i sju veckors tid och varit i dvala, varefter hon varit mycket svag och haft försämrad syn. Ett par år efter detta var synen så nedsatt att hon inte klarade av att arbeta. Sofia ”fick då och då ’sånadär’ nervattacker’ utan att kunna förklara på vilket sätt de kom till uttryck.”

Den rättspsykiatriska texten fortsätter med ett litet stycke som ger läsaren en uppfattning om Sofias sedlighet och kropp. Om de gynekologiska besvär, som stadsläkaren i Björneborg påtalade ovan, skriver rättsläkaren att Sofia själv ”förnekar könssjukdomarna”.

³¹⁰ På finska ”hihhuli”, dvs. lestadian.

”När tuberkulosläkaren med röntgenmaskinen undersökte [patienten] för över ett år sedan sade han att [patienten] hade tuberkulosorsakad ärrbildning på högra lungans spets. Vi samma tid var [hon] gravid, men läkarna betraktade henne därför som svag så att man avbröt havandeskapet. Patienten har en dotter, som nu är sju år gammal. Två gånger har graviditeten avbrutits av sig själv före den ovannämnda läkarens utförda avbrytande [av havandeskap].”

Sofias barn som nämndes tidigare i texten visar sig vara en sjuårig flicka, därtill upprepas informationen om abort och missfall. Upptäckten av tuberkulosärrbildningen ledde således till att tuberkulosläkaren avbröt havandeskapet. Huruvida Sofia godkände eller informerades om aborten får vi inte veta, och det förblir även oklart huruvida det var frågan om pågående tuberkulosinflammation eller om ärrbildningen var från en tidigare inflammation. Frågan som trots allt infinner sig är om aborten kanske genomfördes på grund av Sofias osedlighetsregister bestående av gynekologiska besvär och utomäktenskapliga graviditeter. Sofias dotter förblir en hemlighet, var finns flickan? Dottern omnämns ingen annanstans. Uppenbarligen har flickan inte bott tillsammans med Sofia och fästmannen, eftersom det inte finns något omnämnande om henne. Troligen är hon fosterbarn någon annanstans. Fadern till barnet förblir också oklart. Sofias fästman verkar inte vara barnets far. Föräldraskap och släktskap är nämligen något som noggrant rapporteras i dessa utlåtanden.

En hierarki i berättelser

Efter att den psykiatriska diskursen citerat den rättsliga diskursen, vardagslivets kunskap, dvs. informanternas utsagor, mätt patientens intelligensstest och producerat en psykiatrisk evaluering av patientens beteende, följer slutanförandet med diagnosen. Citat från andra diskurser som är av betydelse för diagnostiken upprepas för att ger tyngd åt läkarens slutsats om patientens mentala tillstånd.

Läkaren börjar med att ge en inblick i Sofias familjebakgrund och hänvisar till den information modern avgett till sjukhuset. Om Sofias far skriver läkaren – med hänvisning till modern – att han ”som yngre var suput”, även farfadern beskrivs som suput. Sofias mor hade åt läkaren berättat att fadern var stirrig och underlig, och kunde ibland vara utan att tala i en veckas tid. Vidare har modern nämnt att ”nästan alla var sinnesslöa” i faderns släkt. Även Sofias bror uppges vara ”suput och tidvis nervös” och även informanten själv, modern, beskrivs som ”något nervös”. Som jag nämnde ovan förblir det oklart huruvida modern själv uppgett sig vara nervös eller om det är läkarens tolkning av modern. Patientens släktträd är härmed utstakat bestående av drickande män och nervösa kvinnor. Släktträdet är genomsyrat av ”vansinnesanlag”. Patientens släkt fastställs därmed som moraliskt undermålig och degenererad. Ärftlighets- och rashygiendiskursens kunskap inlindas i den rättspsykiatriska sanningen. I den rättspsykiatriska texten tydliggörs en klar dikotomi mellan manliga

versus kvinnliga avvikelser (jfr Chesler 1972; se även Petersen 2001). För männens del handlar den mentala avvikelsen om alkoholbruk, medan kvinnors mentala avvikelser konstrueras i termer av nervositet, svindel och huvudvärk.

Sofias barndom och skolgång behandlas också med hänvisning till moderns utsaga. Modern berättar att Sofia utvecklades normalt och "modern tyckte även att flickans skolgång gick bra, *men* folkskolläraren nämner [...] att patienten inte slutfört alla lärokurser" och vidare att ordning och uppmärksamhet i vitsordsavskriften är underkänt och framstegens medeltal lågt. Därutöver skriver läkaren att patienten enligt informanten (läraren) hade verkat "abnorm" och att man "på orten ansett henne vara litet underlig". Moderns version av Sofias skolframgång får ge vika för lärarens mera "professionella" syn på Sofia. Läraren blir således en mera trovärdig auktoritet, samtidigt som patientens mor definierats som "något nervös". Den information Sofia själv uppgett om sin skolgång – dvs. att hon varit en "god elev" – nämns överhuvudtaget inte i detta sammanhang. Det rättspsykiatriska utlåtandet skapar en hierarki mellan berättelserna, utsagorna, om den undersökta. På samma sätt som i fallet Johanna, handlar det således om vems berättelse och vems kunskap som ges större legitimitet i skapandet av sanningen om Sofia (jfr Börjesson 1994). Det är den rättspsykiatriska diskursen som på grund av sin tillskrivna position i det diskursiva nätverket väljer vilka utsagor som skall prioriteras.

Efter att ha visat hur Sofia redan i skolan gett intrycket av att vara "abnorm" och hur svaga hennes skolframgångar varit, återkommer texten till Sofias sömnsjuka som beskrivs som "en svår febersjukdom med hjärnsymptom". Såväl modern som fästmannen vittnar om att Sofia emellanåt får raseriutbrott, och enligt modern ligger sömnsjukan bakom dotterns tillstånd. I de tidigare citerade styckena – informantutsagorna – lyfter dock både modern och fästmannen fram den "normala", vanliga Sofia. Mannen skriver: "*dessutom var hon inte så nervös att man inte skulle ha kommit överens med henne*" och modern påpekar att: "*då hon får vara ifred går utbrottet om och hon är åter helt vanlig*". Dessa utsagor nämns emellertid inte i slutanförendet. Det som däremot är av större intresse i den psykiatriska diskursen är Sofias kriminella bakgrund, eller snarare den kriminella *karaktären*.

"Enligt straffregistret fick patienten sitt första fängelsestraff för stöld; efter att ha sonat detta var hon fri ungefär i ett års tid då hon åter fick tukthusstraff även denna gång för stöld, varefter hon ytterligare tre olika gånger dömts till straff, två av dem för stöld och en gång för bedrägerier, så att de fria perioderna växlat mellan under ett år och under tre år."

Den rättspsykiatriska diskursens kunskapsobjekt är patienten; hennes individuella egenskaper, hennes känslor, tankar och handlingar. För att ytterligare finna belägg för den svaga och sjukliga *karaktären* hänvisar läkaren nu till domstolshandlingarna endast i form av två vittnesutsagor. Ett vittne, "som har känt patienten sedan hon var barn", nämner att Sofia

”alltid varit något nervös och till förståndet svagsint”. Ett annat vittne som ”känt henne [patienten] flera år” nämnde att hon “inte är klok, utan gör ett sjukligt och nervöst intryck.”

En kroppslig drift och ett irrationellt infall

En genomgång av Sofias rättshandlingar ger vid handen att det inte råder konsensus om Sofias sinnesbeskaffenhet. Läkaren citerar två vittnen från rättshandlingarna som framhåller att Sofia verkat nervös och besynnerlig, men utelämnar vittnesmål som är av annan åsikt. Ett vittne säger att hon ”känt den åtalade i tretton års tid och att hon [den åtalade] hade verkat något nervös, utan att vittnet skulle ha märkt att den åtalade skulle ha varit desto mera säregen eller underlig.” Ett annat vittne, en granne till Sofia, säger i ett förhör, att hon under den tid som hon bott i samma hus som Sofia inte hade ”märkt att den åtalade skulle ha varit sjuk eller på något annat sätt säregen”.

Den undersökande läkaren tar i stället fasta på gynekologiska förklaringar av Sofias handlingar och sinnestillstånd när han hänvisar till de två läkarna som undersökt Sofia före hon begick sina brott. En av läkarna som rättspsykiatern bitt ett utlåtande av, meddelar att Sofia ”ett flertal gånger” besökt honom ”för olika besvär, såvitt [läkaren] kommer ihåg främst gynekologiska. Vanligen har [läkaren] tillskrivit besvären hennes neuros”. Den andra tillfrågade läkaren informerar att han skickat patienten ”till Björneborgs stadssjukhus för operation av äggedarcysta” och att ”att döma av de symptom hälsosystemen uppger, antar informanten att patienten just innan hon blev arresterad för ifrågavarande brott skulle ha haft ett missfall.” Även information från patientens mor och fästman där de uppgett att Sofia ”vid tiden för brottens begående klagade på huvudvärk och svindel” används av läkaren för att stöda missfallsmisstankarna. Sofias förklaring som hon uppgav i rättegångsprotokollet om att hon antänt moderns hus för att kunna lösa ut försäkringspengarna nämns inte. Sofias illegala handlingar förklaras således huvudsakligen utgående från hennes kropp: ett missfall dagen då bränderna anlades. Hennes förklaring ”ett plötsligt infall” tas fasta på och bekräftar irrationalitet som i sin tur motiverar straffriförklaring.

Den blödande kroppen blir en viktig förklaringsmodell, men också patientens sömnsjuka som orsakade ett ”ytterst allvarligt själsligt sjukdomstillstånd” ses som brottsframkallande. Detta tillstånd har

”som ofta hos unga personer svårast fördärvat [patientens] känsloliv och viljeakt, men delvis redan intellektuella funktioner, samtidigt som det i henne alltjämt har uppträtt allvarliga samhällsfientliga³¹¹ drag. Eftersom det rör sig om en hjärnsjukdom som långsamt förvärras måste patienten betraktas som en person i avsaknad av fullt förstånd vid utförandet av ifrågavarande brott.³¹² På grund av patientens

³¹¹ Även termen ”antisocial” används för att beteckna att en kriminalpatient är ”samhällsfientlig.”

³¹² På finska i pluralis; *flera* brott (”kysymyksessä olevat rikokset.”)

sjukdomsart och de svåra samhällsfientliga böjelser som uppträder hos henne, borde hon tillsvidare vårdas på ett slutet sjukhus.”

Det rättspsykiatriska utlåtandet avslutas med två diagnostiska konstruktioner av vilka den första slår fast att Sofia lider av ”en organisk hjärnsjukdom som endast förvärras”, och den andra att patienten varit i avsaknad av fullt förstånd, vilket rättsläkaren undertecknar och intygar på heder och samvete.

I den rättspsykiatriska diskursen blir Sofias kriminella handlingar av underordnat intresse. Där frågan om ”vad” (de anlagda bränderna) är viktig i den rättsliga diskursen övergår frågan i den rättspsykiatriska diskursen till att handla om ”vem”, dvs. avvikaren som *individ*. Detta subjekt blir den rättspsykiatriska diskursens kunskapsobjekt. De upprepade brotten – poängterandet av att de ”fria perioderna” varit korta (i citatet ovan) – används för att fastställa en brottslig karaktär. Den brottsliga karaktären – Sofia som individ – konstrueras i denna diskurs som en sjuklig karaktär.

Själö, den sista anhalten

Sofias irrfärder med tändstickorna åtföljdes av resor mellan anstalterna. Före intagningen på Lappviken satt hon fängslad i Åbo länsfängelse. Efter den utförda sinnesundersökningen och efter att Björneborgs rådstuvurätt beslutat att befria Sofia från straff, skickades Sofia från fängelset till Pitkäniemi sjukhus där hon vårdades i tre månaders tid. Till sist placerades hon på Själö. På Pitkäniemi undersöktes hon av en annan av landets psykiatriska experter och pionjärer: överläkaren på Pitkäniemi sjukhus. I den av honom utfärdade A-bilagan, kort innan Sofia lämnade Pitkäniemi, upprepades mycket av det som Lappvikens rättsläkare redan framhållit. Överläkaren noterar att patienten är liten och ”åt det magrare hållet”. Om hennes ”utseende och uppförande” skriver han att Sofia är ”något spänd”, ”renlig” och att hon arbetar. Sömnjukan omnämns, dvs. att hon mellan åren 1920-1921 då hon var i folkskoleåldern, hade insjuknat i den.³³ A-bilagan lyfter fram Sofias oäkta barn och hennes flera missfall. I detta sammanhang nämns att hon år 1935 opererades för äggstockscysta. Sofias moraliska karaktär konstrueras i termer av hur ”patienten är sedligt hållningslös” och hur hon är ”benägen till ett oregelbundet liv och snatteri”. Överläkaren anser att Sofia ”på härvarande sjukhus i övrigt visat sig vara lätt att styra, men hon har gjort flera rymningsförsök”. Annars finner inte läkaren hos Sofia ”några större intellektuella defekter”, och kommer till samma bedömning som Lappviken, dvs. att orsaken till patientens sjukdom är ”sömnjukans följd tillstånd”. Överläkaren anger ingen psykiatrisk sjukdomsdiagnos utan konstaterar i slutet av utlåtandet att ”Sofia Kronqvist är sinnessjuk och i behov av vård på ett mentalsjukhus.”

En sommardag i juli 1937 anländer arbetarkvinnan Sofia till Själö asylinrättning. Vistelsen på Själö börjar dramatiskt. På sin ankomstdag den sjunde juli försöker hon rymma, och under sin flykt tog hon ”från

³³ A-bilagan, Pitkäniemi sjukhus, 16.6.1937 (övers.). HM 3.2.4. (1937).

sysslomannens farstu en sommarpaletå (kvinno-) och en hatt". Hon blev fasttagen och bestraffades med isolering. I fyra dagar satt hon isolerad och i teckenblanketterna kan man läsa att hon grät och var sängliggande. Nästa sommar, nästan exakt ett år senare den 14 juli år 1938 gör Sofia ett nytt rymningsförsök. Straffet för olydnaden blev även denna gång isolering och hon förblev isolerad i två veckors tid. De första dagarna i isoleringscellen grät hon, men blev sedan högljudd och våldsam. I teckenblanketten (patientdagböckerna) framgår det också att Sofia var sängliggande, möjligen fastbunden i sängen. Endast ett par dagar efter att hon blev utsläppt från isolationscellen, hamnade hon dit på nytt. Denna gång var hon isolerad från den 1 augusti ända fram tills den 8 september. I teckenblanketterna fanns nedtecknat att hon varit högljudd, orolig, motsträvig, aggressiv och att hon grät. I protest och av ilska lyckades Sofia söndra ett fönster den 15 augusti, efter att ha suttit isolerad i 14 dagars tid. Under sin isoleringsperiod gavs hon inga mediciner, men i oktober och november samma år (1938) gavs hon lugnande medicin i form av bromkalium.

Tidigare samma år hade Sofias mor och Sofias fästman skrivit till Själo sjukhus, adresserat till "Herr Doktorn", skrivet på svenska och daterat den 8 mars 1938 på Råfsö. Fästmannen som i tiderna, i rättegångsprotokollen, anklagat sin fästmö för bedrägeri, skriver nu tillsammans med modern:

"Undertecknad vore mycket tacksam, om det vore möjligt att veta litet om patientin Sofia Kronqvists tillstånd, blir hon aldrig, eller är hon bättre, eller är det någon möjlighet för hennes hälsa fortfarande. Sen hon har möjlighet att någongång tidigare eller senare slippa bort så är hon nog emotagen hemma, ty detta är ju endast Herr Doktorn som kan befalla detta anbud angående hennes tillstånd."³¹⁴

Det lilla korta brevet uttrycker osäkerhet, bekymmer och rädsla över vad som hänt och vad som kommer att hända Sofia. Ovissheten är stor. Modern och fästmannen önskar få veta hur Sofia mår, ifall hon blivit bättre och ifall det finns en möjlighet för Sofia att få komma hem. I brevet finns en önskan om att få Sofia hemskickad.

Året därpå, 1939, hade Sofias vikt sjunkit till 47 kg. I teckenblanketten fanns anteckningar om att hon varit högljudd och motsträvig, att hon tidvis hållits isolerad, samt att hon söndrat fönster och menstruerat. Hon led tydligen av anemi för hon gavs extra järn. I januari 1942 diagnostiserades hon med tuberkulos, och blev sängliggande i februari. Sofia vägde nu endast 35 kg. Den sista viktanteckningen var från den första september då hon vägde 34 kg. Efter en fem års vistelse på Själo hospital, dör Sofia kvart före sju på morgonen den 15 september 1942. Hon blev 37 år gammal.

Fick hon någonsin veta att hon var saknad?

³¹⁴ PK 3.II.

Fallet Ida – menstruation som orsak, men förmildrande omständighet

Jag har synliggjort betydelsen av den blödande kroppen i texterna om Amanda, Johanna och Sofia. För Amanda och Johanna handlade menstruationsblödningen om dess påverkan på kvinnornas sinnesstämning under deras vistelse på sjukhuset. Även om Sofias sömnsjukdom betraktades som orsaken till brottet, var hennes blödningar centrala i konstruktionen av hennes irrationalitet. Här handlade blödningen om ett eventuellt missfall. Sofias fall kan jämföras med en annan mordbrandspatient, den 46-åriga Ida, som intogs på Själo år 1944. På liknande sätt som för Sofia skapade den medicinska diskursen ett samband mellan Idas (menstruations)blödningar och hennes brott. Ida hade år 1938 stått åtalad för mordbrand, då hon tände eld på kommunalhemmet där hon bodde. Domstolen ansåg att hon skulle sinnesundersökas och för detta ändamål intogs hon på Lappvikens sjukhus. Den undersökande läkaren – som var den samma som för Sofia – fastslog att Ida varit otillräcklig vid brottets utförande, och hon diagnostiserades som ”imbecill och psykopat”.³⁵

I texten om Ida får man en viss inblick i hennes sociala levnadssituation. Det framkommer till exempel att en gammal man som efter att ha ”gjort” Ida gravid krävt att hon skulle flytta hem till honom (”även om Ida själv inte ville det”), vilket vittnar om ett sexuellt övergrepp, att hennes tredje barn var resultatet av en (annan) våldtäkt, samt att hon blev sexuellt trakasserad av de manliga hysingarna på kommunalhemmet. Våldtäkten återges så här: Ida arbetade i skogen då en man från samma kommun kom ”och våldförde sig på henne och sedan skrattande avlägsnade sig och lämnade patienten liggande på marken.” Situationen på kommunalhemmet beskrivs enligt följande: På kommunalhemmet betraktades Ida som ”besvärlig” p.g.a. sitt häftiga humör, men hon var en flitig och ansedd arbeterska. Hon blev emellertid ”retad av de manliga kommunalhemshysingarna, en del av dem ofredade henne sexuellt. Ida irriterade sig i synnerhet på en man vid namn [förnamn].”

I den medicinska texten ligger dock fokus på brottslingens/patientens menstruation och hennes enfald. Idas menstruation diskuteras i åtminstone i tre olika sammanhang. Den första gången patientens menstruation nämns är i samband med beskrivningen av hennes barndom. Närmare bestämt handlar det om hur Idas sinnestillstånd förändrades vid fjorton års ålder: ”Den stora förändringen i hennes sinnestillstånd observerades efter att hon hade fått sin menstruation, varvid hon blev mer besynnerlig. På grund av hennes sinnestillstånd fräntogs även hennes barn.” Menstruationen eller snarare dess konsekvens – besynnerligheten – anges som orsak till varför hennes barn fräntogs henne. Berättelsen förtäljer inte vad som hände med barnen eller varför de fräntogs henne (annat än den vaga hänvisningen till hennes sinnestillstånd).

Det andra sammanhanget där Idas menstruation blir av betydelse är under hennes vistelse på Lappvikens sjukhus. Läkaren beskriver

³⁵ Rättspsykiatriskt utlåtande, Lappvikens sjukhus, 16.5.1938 (övers.). HM 3.2.4. (1944).

henne som mera lättretlig och irriterad under menstruationen: ”på förra menstruationens begynnelse dag slog hon en annan patient som hon tidigare hade grälat med”. I samband med denna utsaga omnämns Ida som ”barnslig”; hon är bl.a. avundsjuk på andra patienter som får mera uppmärksamhet. Ida presenteras här som ett trilskande barn i en instabil kvinnokropp (Ahlbeck-Rehn 2001).

Den tredje kontexten i vilken den blödande kroppen lyfts fram är själva brottshandlingen, och psykiatern påpekar att Idas menstruation nyss hade börjat vid tiden för brottets utförande: ”Patienten har berättat att hon alltid under menstruationen varit mera irriterad och nervös än normalt. Bland annat hade menstruationen varit på väg att börja vid tiden för brottets utförande.” Uptakten till brottet beskrivs i korthet så här: Ida städade i kommunalhemmet, men blev ”retad” av en manlig hysing (samma som nämndes ovan). Hon grät och beklagade sig, men föreståndarinnan sände iväg Ida till sitt rum. Ida blev sårad och arg, varpå hon ”tog en sax eller en kniv och en tändsticksask, gick till rummet bredvid där madrasserna förvarades, klippte ett hål i en av madrasserna och tände på.” Hon blev rädd när elden flammade upp och sprang till föreståndarinnan för att berätta vad hon gjort. Brottet beskrivs här som en hämndaktion. Under rättegången vittnade föreståndarinnan att patienten var ”omöjlig att tygla då hon blev arg.” Denna kommentar kunde läsas som en förklaring till brottet, m.a.o. Idas okontrollerade och otyglade humör (Ahlbeck-Rehn 2001).

I den medicinska diskursen är det Idas – men också Sofias – irrationella menstruerande kropp som styr över hennes handlingar. Den viktorianska reproduktionsteorin lever kvar i den finländska psykiatrin på 1930-40-talen. Idas brott – som benämns som den ”fasansfulla gärningen” – framställs som en onaturlig, sjuklig handling och därmed som ett bevis på hennes mentala störning. Å andra sidan är detta en handling som är framtvungen av hennes kropp som förknippas med kvinnlighet. Menstruationen konstrueras både som *orsaken* till brottet och som en *förmildrande omständighet*. Brottet förklaras, men även ursäktas med blödnigen, eftersom Ida betraktas såsom ”fångad” i sin kropp och därför oförmögen att stå emot sin ”natur”. Idas irrationella sinnestillstånd – och brottet – reducerades till livmoder, utan att andra aspekter tagits i beaktande (jfr Strange 2000). Medan patriarkala sociala förhållanden (sexuellt våld i termer av påtvingat samboende med och övergrepp av en gammal man, våldtäkt och sexuella trakasserier på kommunalhemmet) inte ses som problem, söks orsakerna hos kvinnan själv, i hennes kropp. Biologiska förklaringar av de brottsliga kvinnornas beteende är i harmoni med rådande psykiatriska och lekmanndiskurser om kvinnors vansinne. Sammanfattningen i utlåtandet lyder:

”Om man utöver det ovan presenterade tar i betraktande den erfarenhet vi har av patienten då hon varit i samhälls- eller omvårdnad, vet vi att hon under friare vårdformer är svår att vårda och kontrollera. Därför torde det

vara sakenligast att hon rättsligt betraktas som i avsaknad av fullt förstånd och att hon därför för tillfället borde omvårdas på ett sinnessjukhus.”

På Sjalö ges Ida ytterligare en medicinsk diagnos: ”klimakterium”. På sjukhuset beskrivs hon som aggressiv och mycket missnöjd. Hon försöker även rymma ett par gånger, men misslyckas. Ida flyttades till Pitkaniemi sjukhus år 1946.

Emilia – horan som blev benådad

Berättelsen om barnamörderskan Emilia är en resa som sträcker sig från armod och mord, genom anstaltlivets vedermödor till frihet och revansch. Genom vissa strategier och med sitt handlande visar berättelsen om Emilia hur kvinnligt motstånd mot disciplinära maktformer kan ta sitt uttryck och hur en mentalpatient kan betraktas som ett subjekt, för vilket vissa förhållanden möjliggör ett utrymme för motstånd. Det är en annorlunda berättelse och Emilias öde skiljer sig från de flesta andra Sjalöinterners dito. Där både Johanna och Sofia snarast fungerade som redskap för auktoriteterna att befästa sina makt- och kunskapspositioner, möjliggjordes en förändring av Emilias subjektposition. Emilias levnadsöde kunde nästan betraktas som en slags framgångsberättelse, åtminstone i relation till de övriga patienternas möjligheter att förändra de subjektiviteter som tillskrivits dem. Emilias mikrohistoria är också vald på grund av de utförliga *intelligenstest* som ingår i den rättspsykiatriska undersökningen.

Den 8 maj 1944 anländer den 43-åriga tjänarinnan Emilia till Sjalö. Med diagnosen ”imbecillitas och epilepsi” har hon blivit straffriförklarad för mordet på sin 2½ dygn gamla dotter som hon kvävt till döds den 6 september 1933. Emilia räknas enligt diagnosen (imbecillitas) till kategorin sinnesslöa, dvs. förståndshandikappade. Fyra år före barnamordet, år 1929, hade hon också stått åtalad för barnamord och blev då dömd till ett års fängelsestraff.³¹⁶ Utöver de bägge mördade barnen har Emilia en 8-årig utomäktenskaplig son som inte bor hos henne, utan är fosterbarn hos en torpare.

Brottet

Det föreliggande brottets händelseförlopp beskrivs i korthet så här i polisprotokollet: Den 14 september 1933 hade poliskonstapeln i Nokia polisbevakningskontor fått ett anonymt brev i vilket det meddelades att arbetarkvinnan Emilia Aaltonen hade fött ett fullgånget barn i sitt hem för en vecka sedan och att hon troligtvis dödat barnet. När hon arresterades erkände hon att hon fött ett fullgånget flickebarn den 4 september som hade dött två dagar senare:

³¹⁶ Emilia hade fött barnet ensam i en skog och mördat det omedelbart. Hon avtjänade ett år i fängelset i Tavastehus. PP 3.7.2. (1946).

“Onsdagen den 6 september kring klockan 16 när modern hade gått hemifrån, beslöt berättaren att ta livet av sitt barn och fullbordade sitt beslut omedelbart genom att stiga upp ur sängen och gå till den andra sängen i samma rum där barnet låg och kvävde det genom att trycka täcket mot dess mun och näsa, varefter hon gick tillbaka till sin egen säng och lade sig ner. Barnet hölls inomhus till följande dag då berättaren lade liket i en papplåda och förde lådan till lidrets tvättbalja och täckte över lådan med brädstuppar. Hennes mor visste inget om det skedda utan trodde när hon kom hem från byn, att barnet hade dött en naturlig död. Berättaren skulle redan ha begravt barnets kropp, men hade inte råd därtill. Sitt dåd gjorde berättaren för att hon inte orkar försörja sig själv, sin mor och ytterligare ett barn.”³¹⁷

Det ekonomiska trångmålet som Emilia uppgav som orsak till barnmordet specificeras i domstolsprotokollen:

“Som orsak till sin gärning uttalade svaranden, att då svaranden för ackordsarbete på Siuru såg fick 16-18 mark om dagen, såg hon sig inte med dessa inkomster kunna försörja sig själv, sin 61-åriga mor, som svaranden försörjde, samt det vederbörande barnet. Svaranden vågade inte heller gifta sig med barnets far, arbetskarlen [namn], eftersom denne var en suput och svaranden var övertygad om att livet med honom skulle ha blivit outhärdligt.”³¹⁸

I sitt uppskovsbeslut av den 29 september 1933 beslöt tinget att arbeterskan Emilias sinnestillstånd och tillräknelighet skulle undersökas på någon allmän anstalt. För detta ändamål sändes hon den 3 januari 1934 till Pitkäniemi sjukhus, där hon undersöktes och evaluerades i drygt tre månaders tid.

Insamlandet av kunskap – i ett objektivt rum

Det rättspsykiatriska utlåtandet över Emilias sinnestillstånd är skrivet på finska av IV underläkaren på Pitkäniemi sjukhus. Utlåtandet är daterat den 13 mars 1934 och är riktat till tinget.³¹⁹ Den rättspsykiatriska texten är ovanligt långt med sina 34 sidor, vilket är beroende av det stora antalet intelligenstest. Psykiaterutlåtandet börjar som vanligt med ett kort sammandrag av rättens protokoll. Presentationen av patienten inleds med den angivna orsaken till barnmordet och läkaren upprepar Emilias förklaring, dvs. att hon inte trodde att hennes inkomster skulle räcka till att försörja tre personer. Hennes epilepsi nämns i detta sammanhang, bland annat hade hon efter förlossningen fått ett anfall, ”under vilket hon varit fullständigt medvetlös”. Därefter hänvisar läkaren till den allmänna åklagarens utlåtande om att ”patienten till sin natur är mycket erotisk, och det var känt på orten att svaranden var redo att hänge sig åt sexuellt umgänge när som helst och med vem som helst”. Emilia själv anser att den

³¹⁷ Polisprotokoll, utfärdat av överkonstapeln i Birkala länsmansdistrikt efter hållet polisförhör, 14.9.1933, dagen då liket påträffades (övers.). PP 3.7.2. (1946).

³¹⁸ Rättshandlingar, Birkala, 27.9 och 29.9.1933 (övers.). PP 3.7.2. (1946).

³¹⁹ PP 3.7.2. (1946).

allmänna åklagarens åsikt om hennes osedlighet är överdriven; ”Inte har hon sällskapat med så många. Den senaste mannen skulle hon egentligen ha gift sig med, men han var så svår på att dricka.”

Insamlandet och redogörelserna över brottslingens/patientens forna liv och leverne leder läkaren fram till de uppgifter han konstaterar vara ”objektiva”.³²⁰ Synen på sjukhuset som ett rum där sanningen om brottslingen/patienten uppnås, skapas med hjälp av de ordval och utsagor som läkaren brukar i sin presentation av patienten. Sjukhusmiljön konstrueras som ett rum där objektiva, värderingsfria och korrekta kunskaper om patienten insamlas. Läkaren har samlat in uppgifter från olika håll i kommunen och redogörelsen börjar med en introduktion av patientens föräldrar. Bilden som ges av Emilias far och mor är föga smickrande. Fadern beskrivs som en ”kringstrykande man [...] en hemsk suput och arbetade knappt alls”. Modern sägs ha varit ”mycket nervös hela sitt liv” och till sitt uppförande ”besynnerlig samt ytterst hämndlysten”. Därtill omnämns att hon ”springer till hälften när hon går”. Vad gäller patienten, konstaterar läkaren att informanterna (vem som uttalat detta specificeras ännu inte här) har betecknat henne som

”ombyttlig; hon var en bra kreatursskötare, men mycket snarstucken, så att hon blev nervös utan förklarlig orsak och kunde då slå djuren med vad hon råkade ha i handen. De anhöriga har nog tidigare ansett henne äga fullt förstånd, men inte längre då hon blev äldre. Hon har varit lätt förförd av omgivningen, lika redo till gott som ont”.

Ett positivt omdöme om Emilia är att hon ”har tagit hand om [sin mor] och alltid fört även lönen till henne och också då hon arbetade som tjänarinna ville hon hellre bo hemma [med modern]”. De epileptiska anfällen uppges ha börjat ”efter att hon fick sitt andra barn (som hon också dödade)” och hon ”började få svimningsattacker och föll till marken, då hon liggande bet sig i tungan och knöt händerna och det kom fradga ur munnen”.

Omgivningens bilder av patienten

Liksom i fallet Sofia hade inte omgivningen – åtminstone inte alla – noterat några större besynnerligheter hos Emilia. Sinnesslöheten, vanligtvis förknippad med enfald och infantilism, var inte något som informanterna poängterade i sina utlåtanden. Den första informanten som inkommit med skriftlig redogörelse, och som framhåller att patienten *är* avvikande, är hennes gamle folkskollärare. Läraren skriver att Emilia hållits såsom varande vid sina sinnens fulla bruk under skoltiden, även om hon ibland uppträdde ”vilt och besvärligt (taktlöst)”. Till sina själsförmågor var hon dock enligt läraren under medelnivån, och han anger vitsorden i hennes avgångsbetyg: medelvärdet var 6,7, uppförande 10, uppmärksamhet och noggrannhet ”nöjaktiga 8”. Läraren presenterar den forna elevens avvikelse i sexuella termer: ”Under sin skolgång har min hustru (skolans kvinnliga lärare) tillrättavisat henne för olämpligt försök till sexuellt umgänge

³²⁰ Originallet: ”Sairaalasta käsin on tutkittavasta hankittu seuraavat objektiiviset tiedot:”

med en pojkelev och även för andra obsceniteter”. Emilia presenteras här som den aktiva osedliga parten, som initiativtagaren till eventuellt sexuellt umgänge. Den kvinnliga avvikaren framstår som förförerskan, pojken som ”offret”, och den kvinnliga lärarinnan som hjältinnan som förhindrar oanständigheten. Ett positivt omnämnande ger folkskolläraren då han skriver att Emilia nog ”gentemot sitt första barn (-som lever-) uppvisat moderligt medlidande och kärlek”. Brevet avslutas emellertid med konstaterandet ”Hela släkten är enligt min bedömning tämligen enfaldig”.

Följande informationskälla är kommunalläkaren i Siura som meddelar att patienten besökt honom två gånger och vid dessa tillfällen klagat över medvetlöshetsattacker. Kommunalläkaren ansåg att det psykiskt sett inte fanns något att anmärka om patienten. ”Anfallen höll [kommunal]läkaren för epileptiska och ordinerade brom och luminal.” Under det andra besöket ”diagnostiserades graviditet i tredje månaden”.

Den undersökande rättspsykiatern använder sig också av två kvinnors utsagor om patienten. Bägge kvinnorna arbetar på Pitkäniemi sjukhus, den ena som städerska och den andra som föreståndarinna för sjukhusets tvättinrättning. Det framgår att Emilia arbetade som tvätterska på sjukhuset under några månaders tid år 1925. Städerskan uppger att hon känt Emilia i sexton års tid, och att hon ”på [patientens] begäran” ordnat en arbetsplats åt henne på sjukhusets tvättinrättning. Väninnan berättar att Emilia ”utförde sitt arbete flitigt”, och att Emilia ”varit som en vanlig människa, hon har inte ens verkat enfaldig.” Väninnan beskriver patienten som ”tystlåten, lugn och vänlig, inte hetlevrad”, som ”mest hållit sig för sig själv”. Föreståndarinnan för sjukhusets tvättinrättning minns att patienten arbetat där en kort tid. Enligt informanten var Emilia ”en underlig människa, grät ofta utan orsak, men om fallandesjukan visste man då inget.” Berättaren uppger också att Emilia hade varit ”mycket rädd för patienterna.”

Av släktingarna har Emilias morbror, arbetskarlen A, på läkarens begäran inkommit med ett utlåtande, där han på läkarens förfrågan om Emilias sinnestillstånd svarar så här: ”jag har inte märkt någon skillnad i hennes sinnestillstånd vare sig som yngre eller äldre”. Även bonden P konstaterar att ”Emilia Aaltonen inte dess mera ansågs vara svagsint eller mindre begävad”. Lokalsamhället stämplar inte Emilia som sinnesslö eller avvikande, en uppfattning som bekräftas av fängelseläkaren Tavaststjerna vid Tavastehus fängelse, som skriver: ”Hos Emilia Maria Aaltonen märktes inga symptom av sinnessjukdom under fängelsevistelsen, men hon led av epilepsi”.

Patientens brev som medicinska bevis

Efter att flera personer som känner patienten väl vittnar om att hon inte har hållits för sjuk eller avvikande, blir läkarens bevisföring svårare och han kan inte förlita sig på informanternas yttranden. Diagnostiseringen måste göras på rent medicinska grunder. När den undersökande läkaren

nu övergår till att presentera sina egna observationer av patienten inleder han med den fysiska kroppsliga undersökningen. Läkaren konstaterar att Emilia är stadigt byggd och att hennes kropps-konstitution motsvarar "Kretschmers atletiska typ". Hon är 165 cm lång och väger 82,6 kilogram. Patienten har därtill syfilis, ett synbart kroppsligt märke på bristande självkontroll. Beskrivningen av Emilias uppförande på avdelningen är dock tillmötesgående:

"[Hon] har hela tiden hållits på övervakningsavdelningen, på de lugnares sida. Hon uppför sig organiserat och behärskat, är ödmjuk, foglig, initiativförmågig och hjälpsam, gör flitigt allehanda hand- och städarbete, tar hand om sin renlighet. Talet städat. Hon är sällskaplig och umgås med patienter och vårdpersonal. Ibland har man märkt, att hon blivit sårad, rent av gråtit, men inte hetsat upp sig desto mer."

Emilia beskrivs som artig; hon "kommer till alla undersöknings- och syfilisbehandlingstillfällena utan att protestera", hon gör inget motstånd och hon uppvisar enligt läkaren "passande blygsel". I läkarens beskrivning förefaller Emilia vara en idealpatient som lyder auktoriteterna, underkastar sig behandlingsmetoderna och är ödmjuk. Med andra ord exemplifierar Emilia en lyckad disciplinering som belönas med mera välvilliga medicinska yttranden. Det som påtalas är hennes fem epileptiska anfall som hon haft på Pitkäniemi, under vilka hon fallit ner till marken, tuggat fradga, bitit sig i tungan och vätt ner sig.

I Johannas medicinska utlåtande fanns utdrag ur stycken som hon själv skrivit och som användes som bevis på hennes instabila och irrationella sinnestillstånd. I utlåtandet om Emilias sinnestillstånd finns två avskrivna brev som hon skrivit till sin mor och morbroder (se bilaga 1 för originalbrev). Läkaren skriver att "handstilen är tämligen prydlig och välvärdad." Det första brevet som finns nedtecknat är till modern:

"Pitkäniemi, 15/1 34.

Bästa mor!

Mina varma hälsningar härifrån hem. Jag är nu här på Pitkäniemi sjukhus, jag hamnade hit den 3 januari i år på grund av mitt svimmande och är troligen en sådan disträ av livets tunga bekymmer, men jag har så hoppats att om jag ännu klarar mig ur det här, då här finns bra doktorer och jag har också bett till Gud om hjälp, om att mina stora brott ännu skulle ges förlåtelse. Jag vet inte hur det blir med domaren vad jag sedan döms till när Doktors utlåtande kommer om jag blir frisk. Jag fick mors brev till Tavastehus, vem manne det var som hade skrivit det då jag inte riktigt kände igen handstilen, nog väntade jag så på det. Hur mår mor där nu, har ni varit frisk eller hur, nog är det säkert tråkigt att vara ensam och hur står det nu annars till där. Kom morbror hem till Julen eller hur [var det], nog vet han väl också hur det ligger till med mig jag har inte fått något annat brev än det som jag fick dit till Tavastehus. Jag tänkte att nu då jag är så nära hemma, att om mor vore frisk om ni kunde komma hit och hälsa på mig eller i alla fall skriva. Nog har jag här så ledsamt och konstigt, men allt måste man stå ut med vad som faller på ens lott, för detta liv går igenom så många lidanden och stigarna är förrådiska. Nog blev jag tröstad där i Tavastehus av vaktfröknarna och övervaktaren att jag kommer att bli frisk och det hoppas jag själv också. Jag fick gå i

kyrkan förra söndagen och det råkade vara en så tröstande predikotext den söndagen. Jag skall väl ta och avsluta detta brev och tillägger igen, att mor skall nu inte sörja så mycket över mitt öde, kanske vi ännu överlever allt det här och om mor kunde förlåta mig för alla mina misstag, så många hälsningar och god hälsa önskar jag mor. Min adress hit är nu Pitkäniemi pp. Pitkäniemi sjukhus. avdelning 6.”

Det andra brevet är till morbrodern och skrivet en månad senare, den sextonde februari 1934.

”Bästa morbror!

Min varma hälsningar härifrån efter en lång tid. Hur har ni nu mått där, nog har väl mor hemifrån berättat för er, eller hur. Jag fick nog ert sista brev och pengarna också, stort tack. Jag är nu då inte hemma, eller nog har ni väl redan hört om mitt snedsteg. Jag är här på Pitkäniemi sjukhus på grund av mitt svimmande och nog lever jag i hoppet att det botas här, för här finns skickliga och bra doktorer, jag har det bra här, bara de andra sakerna nu skulle reda upp sig, nog är jag ett barn av olyckliga öden. Döm mig nu bäste morbror inte alltför hårt, ty jag har även annars sörjt över denna tid att jag nästan håller på att bli halvt tassig. Inte har mor heller besökt mig alls hon lär ha varit lite sjuk, även sakerna där hemma grämer mig. [otydlig mening]. Nog är det dåligt för mor jag vet inte om [morborderns familj] har varit och hälsat på henne. Nog ordnar ju morbror så att ni på Påsken kan åka hem och se hur det ligger till och skriv till mig redan före det så att jag får höra hur ni själv mår. Jag hamnade här den tredje januari i år alltså är jag här redan andra månaden. Min adress hit är: Pitkäniemi pp.

Pitkäniemi sjukhus avd. 6.

Jag tar väl och avslutar mitt brev och tillägger ännu, att jag önskar er god hälsa och varma hälsningar önskar Emilia Aaltonen”.

I bägge breven anger Emilia svimmandet som orsak till sin intagning på Pitkäniemi. Troligen avser hon det epileptiska anfall som senare i utlåtandet framstår som orsaken till barnamordet, dvs. att patienten under ett epileptiskt anfall ”i misstag” hade kvävt barnet till döds. I bägge breven uttrycker hon ånger och bekymrar sig över modern som nu lämnats ensam.

Att mäta

– *intelligens*

Den utförligaste delen i Emilias rättspsykiatriska utlåtande är de olika intelligenstesten – “test som i detalj undersöker själsförmågorna” och som jag här presenterar ingående. Intelligenstestet som sorteringsredskap började vinna mark under 1920-talet, och intelligenskvoten blev måttstock på graden av sinnessjukdom (Neuman-Rahn 1955; Achté 1974). Emilias sinnesundersökning är ovanligt utförlig och omfattar fler test än vad som vanligtvis ingår i de kriminella kvinnornas rättspsykiatriska undersökningar. Testen som ingår i utvärderingen av själsförmågor och intelligens är i detta fall minnestest, Kraepelins additionstest, Bourdons bokstavstest, associationstest, formandet av begrepp och definierandet

av dessa, uppfattnings- och kombinationsförmåga, bedömningsförmåga samt kunskapsförråd.

Det första testet mäter patientens minnesförmåga och här handlar det om att kunna räkna upp siffer- och ordserier. En sätt att undersöka patientens minne är att läkaren läser upp tio ord för patienten, som patienten efter tio minuter skall upprepa. Antalet ord som patienten kommer ihåg nedtecknas. Under dessa tio minuter talar läkaren och patienten om andra saker. Emilia ”kom olika gånger ihåg 4, 6, 7, 7, 8, 7, 8, 9, 6, 6 och efter tio minuter 5 ord”. Efter att läkaren har läst upp en kort berättelse skall patienten omedelbart återge den. Emilia ”kom ihåg en stor del av den[berättelsen], men utelämnade även viktiga beståndsdelar.” Även patientens matematikförmåga undersöks, och patientens förmåga att addera, dividera och multiplicera mäts i tid:

”(2+5) ”7” (4 sek.)
(25-7) ”18” (12 ”)
(4x6) ”24” (4 ”)
(5x12) ”70” (10 ”)
[...]
(Hur många pennin är $\frac{3}{4}$ mark?) ”12” (7 sek.)
(samma fråga) ”16” (2 ”)
(samma fråga) ”12” (40 ”)
(Hur många pennin är $\frac{1}{5}$ mark?) ”25” (18 ”)

För undersökning av noggrannhetens koncentrationsförmåga skall Emilia addera parvis ensiffriga tal (Kraepelins additionstest). Detta test klarar Emilia bra: ”på 20 minuter 227 dvs. i medeltal 11,4 additioner i minuten. Felen var 9 dvs. 4%.” Efter räknetesten skall Emilia genomföra Bourdons bokstavsstickprov i vilket patienten skall radera bokstäverna L och N från bokstavsraden. ”Sammanlagt förekom dessa bokstäver 259 gånger och 2 gånger förblev de ouppmärksammade, felprocenten var således 0,8. Testet räckte 19 minuter.”

– moral

Följande evalueringsmetod är ett associationstest i vilket läkaren kontrollerar hurudana associationer vissa incitamentsord väcker hos patienten (jfr Uimonen 1999, 159-160). Läkaren meddelar att

”i det utförda associationstestet framkallade inte incitamentsorden riktigt snabba och omedelbara associationer, utan åtminstone en del av svaren gavs efter övervägande, eftersom patienten ansåg att ett svar krävdes av henne: (Jag är mycket lycklig.) ’Då jag är såhärlig frisk’. (Jag skulle vilja dansa.) ’Inte är jag nu så hemskt villig _ _ _ _ _’. (Jag är en stor syndare.) ’Ja, nog är jag ju det på sätt och vis, då jag har beblandat mig med sådanadär brott’. (Jag skulle vilja dö.) ’Nog kommer det ju också inom tid och på rätt sätt, så att inget självmord eller något värre’. (Självmord säger patienten att hon kommit att tänka på då en viss patient ofta pratar om det.) (Jag har det bra.) ’Nä, nog har jag ju haft det bra här, inte har jag något att klagat över, jag har varit riktigt nöjd.’”

Det finns ett starkt moraliserande element i de meningar som patienten bör ta ställning till. Utsagan ”jag är en stor syndare” förutsätter ett givet, önskat svar, dvs. patienten borde medge att hon *är* syndig i och med det brott som hon utfört. Att känna skuld och ånger var ett tecken på tillfrisknande, men det var samtidigt ett sätt att humanisera, och framför allt normalisera brottslingen. Patienter som uttalade ånger, skam och skuld betraktades med blidare ögon än patienter som inte uppvisade skam eller som inte ångrade sitt brott. Å andra sidan förstods ånger som en bekräftelse på att patienten var medveten om sin gärning och hade förstånd att ångra sig. Meningen ”jag skulle vilja dö” är också intressant med tanke på att det handlar om djupt olyckliga människor som förmodligen gärna vill dö. Läkarna kunde med hjälp av denna mening kontrollera patienternas eventuella självmordsbenägenhet. Utsagorna ”jag skulle vilja dansa”, ”jag är mycket lycklig” och ”jag har det bra” måste för patienten i detta sammanhang te sig mycket svåra – om inte omöjliga – att ta ställning till. Emilia säger sig ha det bra på sjukhuset, hon är lycklig över att hon inte är alltför sjuk, men någon större lust till att dansa har hon dock inte.

Efter associationstestet som enligt psykiatern inte var särdeles framgångsrikt, skall Emilia forma och definiera begrepp:

”(Vad menas med morbror?) ’Det är bror från moderns sida.’
 (Vad menas med ås?) ’Ett högt ställe.’
 (Vad menas med ö?) ’En ö är fastland som finns mitt i sjön.’
 (Vad är skillnaden mellan en ö och en udde?) ’Udden är fast vid stranden och en ö är helt lösgjord mitt i sjön.’
 (Vad är skillnaden mellan en fågel och en fjärl?) ’Fjärilen är liten, hör till insekterna, fågeln är däremot större.’
 (Beskriv hurudant socker är!) ’Socker är stärkelse och så är det sött. Det finns olika sorter: toppsocker, bitsocker, fint socker.’
 (Vilka lövträd känner ni till?) ’Björk och hägg, asp, rönn, lönn, sälg och pil, syren, hagtorn, lönn.’
 (Vad kallas med ett gemensamt namn bord, stol, skåp?) ’Möbler.’
 (Vad är rock, skor, sockor?) ’De hör till klädseln.’
 (Vad menas med medlidande?) ’En sådan känsla gentemot någon person, eller på det sättet.’
 (Vad menas med avund?) ’Då man avundas sin medmänniska något. Avundas förmögenhet eller tjänst(arbete) eller något.’
 (Vad menas med oförrätt?) ’Då man sviker ett löfte eller på så sätt, att man gör någon sak fel.’”

Begreppstestet mäter allmänbildning och vardagskunskap. Testningen av hur Emilia förstår och bildar begrepp kan relateras till läroboken om sinnessjukdomar, där psykiatern Martti Kaila (1957) redogör för hur en imbecill förstår och förklarar begrepp:

”Vi frågar en imbecill: ’Vilken gemensam benämning kan vi ge en stol, ett bord och ett skåp?’ Han svarar: ’Det är möbler.’ Den imbecilla har kunnat hitta på överbegreppet möbler. Men då han borde hitta på en gemensam benämning på ’maskros, potatis och enrisbuske’, blir han rädlös. Han kan inte hitta på överbegreppet ’växt’. Det påstås att det i australnegrernas

språk inte finns något verb som heter 'att röra sig'. Det finns gott om ord som uttrycker rörelser, sådana som 'att gå långsamt', 'att gå fort', 'att lunka iväg' och 'att kila iväg', men det finns inte något gemensamt namn på alla dessa begrepp. Överbegreppet saknas. Primitiva folk och imbeciller tänker också i det hänseendet på ett likartat sätt, att deras språk är mycket fattigt på abstrakta begrepp. De har inga sådana begrepp som 'rättvisa', 'last', 'tanke', o.s.v. En imbecill kan inte heller definiera begreppet 'rättvisa' annat än med hjälp som bygger på någon bestämd erfarenhet. 'Rättvisa' är enligt den imbecilla t.ex. det, att man inte får stjäla. – Ju högre en människas tankeförmåga är utvecklad, dess precisare är hans begrepp och dess lättare har han att använda dem" (Kaila 1957, 28,29).

I den psykiatriska läroboken likställs aboriginer och imbeciller med hänvisning till att bägge kategorier befinner sig på en lägre utvecklingsnivå.

Den sjätte själsförmågan som testas är patientens uppfattnings- och kombinationsförmåga som läkaren undersöker med flera test. För detta ändamål visar läkaren Simon-Binets bilder:

"[...] II bilden, en pojke som slagit sönder ett fönster med en snöboll gömmer sig bakom staketet och en oskyldig pojke blir agad: 'Det här är som om ogärningsmannen skulle göra en sådan här skolpojke illa, skulle misshandla honom. Och sedan skrattar den här andra pojken elakt, och kommer inte och hjälper honom.' (Annat?) 'Det här fönstret är ju också sönderslaget. – Om den som gömmer sig har slagit sönder fönstret och sedan agas den andra felaktigt, så skulle jag tro.' III bilden, en herreman som hälsar på kvinnor i fönstret märker inte barnet som fallit framför honom, utan är nära att snubbla på det: 'Här är det lite som om man skulle gråla lite och – Eller om det [barnet] har fallit av misstag. De här personerna har kommit till honom.' Enligt denna uppfattning räknar patienten upp olika personer, men vet inte varför barnet har fallit; det kanske är sjukt."

Den psykiatriska utgångspunkten är att det finns ett enda rätt svar till hur bilderna skall uppfattas. Läkaren visar också ofullständiga bilder som så småningom kompletteras. Patientens uppgift är att gissa vad bildserierna föreställer:

"Fiskbild: 1) - 2) Det ser litet ut som en fisk. Inte är jag helt säker. 3) Fisköga. Fisk? Jag vågar nu inte säga något, att jag inte går och säger fel. 4) Det ser ut som fiskens ryggfena. 5) Där finns mera fiskfenor. Nä, inte kan jag kalla det för något annat heller."

Av bildserien framgår att Emilia inte svarade när den första bilden (av fisken) visades, men hon ser att det är en fisk när den andra bilden förtydligar. Rädslan för att "svara fel" ökar hennes osäkerhet inför läkaren. Hon är medveten om att hon testas, evalueras och att hennes svar kommer att påverka undersökningens resultat. Hennes svar kommer också att påverka hurudant straff tinget kommer att fälla utgående från sinnesundersökningen. Detta nämnde Emilia i brevet till modern, och hon är med andra ord medveten om läkarutlåtandets konsekvenser.

Därefter skall patienten ordna ord som är nedskrivna på olika papperslappar i rätt ordning, till exempel: "Gödsla, plöja, harva, så, klippa, tröska, mala, baka, äta." Hon skall också förklara betydelsen av några ordspråk (Ficks test). Ordspråket "morgonstund har guld i mund" förklarar Emilia med "till exempel också i livet, så att början av livet är mera dyrbart." Läkaren bedömer härnäst Emilias omdömesförmåga genom att patienten skall ta ställning till vissa utsagor.

"(Vad skall man göra om man har haft sönder någon annans sak?) 'Man måste be om förlåtelse, komma överens om saken.'
(Vad skulle ni göra om ni hittade 500 mk?) 'Jag skulle sätta en annons för att fråga vem som tappat dem.'
(Vilka skyldigheter har människan mot sina medmänniskor?) 'Behandla dem väl, så att man inte sårar sina närmaste.' [...]
(Varför bestraffas brott?) 'Därför att man skulle sluta upp att göra sådant, att människorna märker att det är av ondo.' [...]
(Om Kotka är större än Lahtis och Lahtis är större än Sordavala, villkendera är större, Kotka eller Sordavala?) 'Sordavala.' (Ganska osäkert.)
(Varför då?) 'Inte kan jag riktigt säga varför.'
(Gissar ni helt och hållet?) 'Ja, för jag har aldrig varit på någotdera [ställe].'"

Utsagorna som används kunde kallas för "moraliska fallgropar" som väntar på att sluka patienten – vilseleda patienten ner i en moraliskt förkastlig avgrund. Skulle Emilia ha svarat att hon själv skulle behålla pengarna eller sagt att hon inte vet varför brottslingar bestraffas för sina brott, eller om hon inte hade svarat rätt på frågan om att man bör be om förlåtelse om man hade haft sönder någon annans sak kunde hon ha råkat i svårigheter.

– och att klassificera avvikarna

För undersökning av patientens "etiska omdömesförmåga" ger läkaren sju brottsberättelser åt Emilia som hon skall "ordna enligt brotten, räknat från det lindrigaste och avslutande med det grävsta". Som det lindrigaste brottet betraktade Emilia: "1) 10-årig pojke, vars mamma var hela dagen borta, snattade utsvulten 2 vetebröd i butiken. 'Då det här var en mindre stöld.'" Medan det grävsta brottet ansåg hon vara: "12-årig pojke slösade 5 mark på godis, som han skulle utträta ett ärende för på posten. 'Då han stal den här lilla summan av postpengarna.' (Grovt?) 'Därför nog, att detta var en så ung pojke och börjar som så ung stjäla.'"

Emilia kunskapsförråd testas med en mängd frågor, såsom hur många dagar, veckor och månader det finns i året, vad skottår innebär, Finlands styrelseskick (på vilken Emilia svarar "president"), hon vet inte hur många invånare som bor i Finland, känner till Finlands huvudstad, men inte grannländernas, av partierna känner hon till "samlingspartiet, ungfinska partiet, socialdemokraterna och, inte kommer jag ihåg dem alla", vilka religioner hon känner till, varför man firar påsk och midsommar, hur många kilometer det är från Nokia till Tammerfors. "Patienten uppmanades längs en papperskant visa 10 cm; hon visade nästan 17 cm."

Psykiatern utreder patientens intelligensålder och skriver ”då man försöker avgöra patientens begåvning enligt Simon-Binét-Bobertags metod, blir resultatet i de olika åldersklasserna: 7 år 5/5, 8 år/ 5/5, 9 år 4/5, 10 år 4/5, 11-12 år 5/8, enligt vilket intelligensåldern är 10,85 år.” Detta är alltså den ålder som svarar mot intelligenstestens poängberäkning. Detta innebär att Emilia kunnat besvara de frågor som är avsedda för en 11-åring eller yngre, men inte klarat av frågor avsedda för äldre barn. Hennes intelligensålder blir därför 11 år (jfr Kaila 1957, 35).

I den rättspsykiatriska diskursen består ”intelligens” av matematik, språkförmåga, abstrakt tänkande, rationalitet och moral. Alla intelligenstest som utfördes på kriminalpatienterna kan ses som moraliska kartläggningar som mätte bildning, sedlighet, allmänkunskap, inställning till brottslighet och olydnad. Intelligenstesten växte i huvudsak fram ur den psykologiska disciplinen och tjänade utbildningssyften (Danziger 1990; McCallum 1997). Intelligenstest mätte nivån av, eller snarare bristen på, (ut)bildning hos patienterna. Jag betraktar intelligenstesten som ytterligare ett sätt att expandera och vetenskapliggöra den psykiatriska diskursen. Medelklassens kulturella kapital (Bourdieu 1998) användes för att sortera, klassificera och producera avvikare som inte levde upp till intelligenstestens krav. Klassifikationssystemet som fanns inbyggt i intelligensmätningen producerade således olika kategorier av avvikare. Framför allt sinnesslöhetens olika ”grader” fastställdes inte endast i relation till patientens ”intelligens” (kunskap, förstånd, bildning, rationalitet, verklighetsuppfattning), utan också med hänvisning till patientens moraliska karaktär. Bägge mättes med sjukhusets ”objektiva” vetenskapliga verktyg, med de specifika evalueringsredskap rättspsykiatrin lade fram.

Barnets död – medvetet eller omedvetet handlande?

Efter att läkaren har fastslagit att Emilias intelligensnivå motsvarar ett knappt 11 år gammalt barns intelligens, följer ett stycke som behandlar Emilias ”levnadsfaser” som hon själv uppgett på Pitkäniemi. Denna text återger inte bara en livshistoria, utan den skapar ett liv som presenteras genom patientens ord, men formad och framförd med den psykiatriska diskursens retoriska begreppsapparatur. Genomgången av Emilias liv börjar med ett bildligt gestaltande av patientens familjetråd. I trädets grenar finns modern som aldrig varit gift och Emilia, det enda barnet. Modern äger tillsammans med den ena morbrodern en jordlott som de ärvt efter sina föräldrar. Faderns – Emilias – gren är suddig i konturerna: ”Om sin far har patienten av hänsynsskäl inte tagit reda på.” Emilias mor beskrivs som ”emellanåt nervös”, morbrodern som ”tystlåten, han har även skrivit till patienten till fängelset.” Den andre morbrodern som fungerade som informant uppges vara ”normal, jämn” till sin natur. Grenarna i familjetrådet utökas med den sistnämnde morbroderns fem barn ”om vilkas karaktär inget särskilt finns att nämnas”. Även mostern, som sägs vara ”lugn”, och hennes tre barn finns i det bildliga familjetrådets

förgreningar. Om dessa kusiner har den undersökande läkaren inget att anmärka.

Patientens menstruation uppges ha "börjat då patienten var 19 år gammal, den är regelbunden och räcker 3 dygn". Hennes olika arbetsplatser nämns. "En gång hade hon för avsikt att börja i kreatursskötselskola, men det blev inte av, av barnslighet eller hur det nu sedan inte blev av." Här ges också en annan bild av hur det ifrågavarande barnmordet gick till, och ett annorlunda händelseförlopp presenteras. Efter att ha arbetat på Pitkäniemi sjukhus en kort tid, började hon sällskapa "med en viss [man, namn] och blev gravid. Barnet, [namn] föddes där [ort] 4.II. 27." Emilia vågade inte resa hem eftersom modern skulle ha blivit så nervös, därför åkte hon i stället till sin moster i Kangasala "och råkade få tjänst [på nämnda ort] där hon fick vara med sitt barn". Bakgrunden till den andra graviditeten och det därpåföljande barnmordet beskrivs enligt följande: När hon på hösten reste hem till modern med barnet blev det kärvt ekonomiskt.

"Försörjningen var svår. Genom tidningen hittade hon fosterföräldrar åt barnet. [En torpare, namn] tog barnet till sitt eget. Han är nu 8 år gammal. Efter att hon följande år blev de ja i Knuutila blev patienten åter gravid, något som harmade henne mycket. 29.V. var hon på väg hem längs tågbanan (3 km sträcka). Då fick hon plötsligt värkar. Patientens skulle på intet sätt ha kunnat ta sig hem, var lite rädd för sin mor också och var så nervös och rädd, att hon inte heller vågade gå någon annanstans, utan hon födde barnet i skogen, dödade det genast efter att det fötts och gömde det i skogen. Hon vistades natten i skogen och gick sedan till sitt tjänsteställe. På morgonen märkte man hur det låg till och hon fick värkar också, varför hon hamnade på sjukhus i Nokia. För detta var hon ett år i fångelse i Tavastehus."

År 1931 fick Emilia sitt första epileptiska anfall, men anfällen började därefter inträffa allt oftare. Hennes minne sägs ha blivit sämre efter anfällen. Själv säger hon: "Jag har blivit så väldigt tankspridd, då jag har så sörjt över mitt liv." Det framhålls samtidigt att "minnet har försämrats ända sedan anfällen började, i synnerhet från och med hösten 1933."

Den rättspsykiatriska texten tar en ny vändning när barnets död och orsaken till det, presenteras *på ett annat sätt* än tidigare. I rättsens handlingar framstod mordet på barnet vara en (medveten) strategi att lösa ett ekonomiskt dilemma som patienten befann sig i. Nu, i den psykiatriska texten anges orsaken vara ett epileptiskt anfall som ledde till att patienten "av misstag" kvävde barnet. Läkaren skriver:

"flickebarnet föddes hemma natten till måndagen 5.IX.1933. I förlossningen hjälpte patientens mor, inga andra fanns på plats. Nästa dag klockan 11-tiden på förmiddagen dog barnet odöpt på så sätt, att patienten hade fått ett anfall och hennes mor gick till sin bror för att hämta kamferdroppar. Under tiden började barnet gråta, patienten gick för att stoppa om och stoppade förstås för hårt. Modern kom hem efter en halv timme, och då märkte man att flickan hade dött. 'Jag var väl lite underlig.' Ändå erkänner patienten att hon kommer ihåg händelserna på det stora hela. Eftersom patienten måste få sin lön, hade hon tänkt informera om saken först därpåföljande vecka."

Trots att händelsekedjan beskrivs som en olyckshändelse, är försörjningssituationen likväl av stor vikt i den psykiatriska berättelsen. Här handlar det emellertid om att patienten var i behov av sin lön och därför inte ville berätta vad som hade skett, snarare än att det ekonomiska trångmålet skulle ha varit den bakomliggande orsaken till dådet. Psykiatern fortsätter:

”när vi [patienten och psykiatern] diskuterade saken senare, eftersom händelsen beskrivs på ett annat sätt i rättsens dokument, meddelade patienten att hon nog hade funderat på att döda barnet, men hade inte bestämt något. Anfallet hade verkligen inträffat före denna gärning, och patienten hade varit, som hon brukar vara efter anfällen, litet disträ, men barnets död var inte helt och hållet en olyckshändelse. Sitt dåd bedömer hon såhär: 'Nog ångrar jag mig riktigt mycket. För att dölja den skammen har jag också handlat såhär.' Hon antar, att ifall hon hade varit fullständigt klar, hade hon inte för sitt samvetes skull fått det gjort, då det är så hemskt gjort.”

Här uppger Emilia skammen som ett motiv, och säger att barnets död ”inte helt och hållet” var en olyckshändelse. Samtidigt framhåller hon att hon inte skulle ha begått sitt dåd ifall hon hade varit fullständigt ”klar”. De angivna orsakerna till brottet förblir således motstridiga. I texten finns en möjlighet att betrakta brottet antingen som ett resultat av omedvetet handlade, som ett misstag i samband med ett epileptiskt anfall, *eller* som ett medvetet val för att komma undan en ekonomiskt trängd situation.

En legitim inspärning – frammanad av en hotbild

Den långa rättspsykiatriska texten lider mot sitt slut och läkaren har nu kommit fram till den avslutande sammanfattande delen. Läkaren börjar med att konstatera att patienten ”allt sedan hon var liten har man hos henne märkt diverse själsliga säregenheter”, något som är hans tolkning eller konstruktion av informanternas utsagor. Närläsningen av informanternas egna texter tyder inte på att Emilia av sina närmaste, ej heller av fängelseläkaren eller kommunalläkaren, betraktades som mentalt avvikande. I den begynnande psykiatriska konstruktionsprocessen lyfter läkaren fram att patienten i skolan befunnits vara ”under medelnivån” och att hon varit mycket snartstucken. Trots att patientens eget genmäle till den påstådda bilden av henne som sexuellt ohämmad gavs utrymme i den psykiatriska texten, förlitar sig läkaren på folkskollärarens och den allmänna åklagarens syn på patienten. Han konstaterar: ”Vad hennes sexualdrift anbelangar har den synbarligen väckts relativt tidigt och har sedermera varit synnerligen stark. Redan under skoltiden hade hon försökt hänge sig åt sexuella relationer och senare har det i hennes omgivning varit känt, att hon var redo att hänge sig åt vem som helst och när som helst.” Patientens ”omgivning” representeras således av två manliga auktoriteter: folkskolläraren och den allmänna åklagaren.

Evalueringen och resultaten av alla de intelligenstest som utfördes på Pitkäniemi sjukhus presenteras enligt följande:

”På detta sjukhus har det konstaterats, att patienten lider av särskilt anmärkningsvärda intellektuella defekter. Hennes minnes- och inlärningsförmåga är sämre än det normala. Hennes tankeverksamhet är långsam (Bourdons test, Kraepelins additionstest). Utredandet av enkla konkreta begrepp klarar hon av, men jämförelsevis vanliga abstrakta begrepp är diffusa för henne. Uppfattnings- och kombinationsförmågan är bristfällig (förklaringarna av bilder föreställande handling) och den självständiga omdömesförmågan särskilt gällande etiska förhållanden (ordnandet av brottsberättelserna) är mycket svag. Hennes intelligensnivå motsvarar ett 10,85-årigt barns utvecklingsnivå.”

De psykiatriska testen och de ”uppgifter om patientens tidigare [livs]faser som man erhållit” indikerar, enligt den undersökande läkaren ”att patientens intellektuella undermålighet beror på en medfödd utvecklingsstörning och att hon därför måste anses vara en sinnesslö person (imbecillitas).” Emilias epilepsi omnämns här för att styrka diagnosen. Den diagnos – imbecillitas – som i detta sammanhang ges har konsekvenser för vilka betydelse brottet *härefter* ges, hur det definieras och förklaras i den psykiatriska texten. Som jag redan visat karaktäriseras det rättspsykiatriska narrativet av ett repetitivt språk: samma yttringar upprepas men kan tillskrivas andra betydelse beroende på var i texten utsagan nyttjas och för vilket ändamål. Där informanternas utsagor refereras i början av utlåtandet ibland utan att läkaren tar ställning till vad som sägs, kan samma citat upprepas senare i texten och få ny betydelse. Skillnaden till de tidigare utsagorna ligger i den psykiatriska diskursens *tolkning* och *omtolkning* av dem. Brottet framställs nu enligt följande:

”[brottet] har delvis sin grund i hennes outvecklade känsloliv, delvis i hennes bristande omdömesförmåga. När det för henne har verkat svårt att ta hand om sitt barn, har hon tagit den enklaste utvägen och dödat det utan att desto mera tänka på gärningens brottslighet eller dess konsekvenser. Patientens själsliga undermålighet är i detta hänseende så stor, att hon måste betraktas vara i avsaknad av förstånd då hon begick sitt brott.”

Emilias gärning förklaras med hennes bristande omdömesförmåga som lett henne till ”den enklaste utvägen”, dvs. att döda barnet. Härefter återstår avslutningen i vilken Emilia straffriförklaras:

”Patienten står andra gången inom en relativt kort tid åtalad för samma brott. Detta visar, att risken att upprepa brottet är mycket stor och att hennes liv i framtiden noggrant måste övervakas, så att brottsåterfall kunde förhindras. Underordnad sådan övervakning vore hon bäst på ett sinnessjukhus, där hon således åtminstone tillsviðare bör placeras. Jag koncentrerar mitt utlåtande på följande slutklämningar:

- 1) Den undersökta Emilia Maria Aaltonen är en svagsint person (imbecillitas), som sedan år 1931 dessutom lider av fallande-sjuka (epilepsi).
- 2) Utifrån sin sinnesslöhet har hon då hon begick sitt brott, för vilket

hon står åtalad, varit i avsaknad av fullt förstånd, något som jag intygar på all min heder och mitt samvete. [IV underläkaren på Pitkäniemi sjukhus].”

I slutklämmarna ingår frammanandet av ett skräckscenario, en hotbild som styrker och legitimerar narrativet, diagnosen och dess resultat: inspärningen på ett sinnessjukhus (jfr Börjesson 1994; Björkman 2001). Det handlar om att visa på de risker som föreligger om patienten försätts på fri fot. Vanligtvis nämns brottsbenägenheten, det vill säga att det föreligger en risk att patienten – om icke-hospitaliserad – upprepar sitt brott och utgör en fara för sig själv och samhället. Denna hotbild kräver och framkallar kontroll- och övervakningsåtgärder. I Emilias fall finns kontrollen av hennes illegitima sexualitet, en sexualitet som i sin tur framkallar specifika brottsliga handlingar, inbyggd i skräckscenariot. Brottsåterfall kan förhindras om patientens lössläppta leverne – som ökar risken för utomäktenskaplig graviditet – omöjliggörs genom anstaltsvård, isolering och övervakning.

Från imbecill till frisk

Den 8 maj år 1944 förpassas Emilia från Pitkäniemi sjukhus till Själo hospital. Emilias treåriga vistelse på Själo finns dokumenterad i de formaliserade patientdagböckerna (teckenblanketterna) och i spridda datumanteckningar. Teckenblanketterna kan nästan sägas vara rofylld läsning. Enligt dem har Emilia betett sig monstergillt: hon har arbetat hela tiden och uppfört sig väl. Anteckningarna som finns i patientdagböckerna visar att hon menstruerat, varit uppe samt att hon ökat i kroppsvikt under sin tid på sjukhuset. Hon har inte varit isolerad en enda dag. Mediciner har hon inte heller behövt. Från och med oktobermånad 1945 arbetar hon, först i utearbete och sedan som tvätterska på sjukhuset. I en anteckning från den sjätte februari 1946 konstateras i status somaticus att Emilia är ”väl utvecklad” och att ”fettv. riklig”.³²¹ Om hjärta, lungor och buk finns inget att anmärka. Det psykiska hälsotillståndet uppges enligt följande: ”Upptredande lugnt, följer med sin omgivning, uppfattar alla frågor. Gott minne, väl orienterad till rum och tid. – Egocentrisk, i arbetet med de andra och ofta ilsken och hotar ’dem med slag, bl.a.’ hotat tvätterskan till livet (sommar 1945).”³²² Anteckningarna som följer ser ut såhär:

10/4-46. Uppträda lugnt. Uppfattar alla frågor svarar hyfsat, sansat.

– Senaste månaden varit ordnad och lugn även i arbetet. Uppträtt vänligt mot sina medarbeterskor, inga hot numera mot de andra observerats. Gör ett gott arbete som städerska. Lyda sköterskorna fint.

16/V-47 Pat. Har uppträtt monstergillt och därför anhåller om hennes fullständiga befriande.

³²¹ I patientdagboken uppges hennes kroppsvikt den 15 februari 1946 vara 80,5 kg. PP 3,7.2. (1946).

³²² Av dessa beskrivna utfall syns inget i patientdagböckerna, dvs. anmärkningar om våldsamhet saknas i teckenblanketterna.

10/VI 47. Då ingenting kroppsligt eller psykiskt kan påvisas, giver medicinalstyrelsen sitt godkännande till att pat. försätts på fri fot och förklaras härmed som frisk. Se medföljande dokument! Pat. utskrivs härmed.

[Namnet], t.f. sjukhusläkare [understreckningen i original]

Enligt patientdagböckerna flyttas Emilia till provofrihet i sjukhusets regi den 16 maj 1947. I ett brev från medicinalstyrelsen till Själöläkaren daterat den sjätte maj 1946 ger medicinalstyrelsen sitt medgivande till att kriminalpatienten försätts i provofrihet under översköterskans omhändertagande under villkoret att

”Aaltonen arbetar som tvätterska i sjukhusets tvätteri under den tid som provotiden räcker, som fastställs till ett år, samt att, om det förekommer allvarliga störningar hos henne, såsom sömnlöshet, rädsla, misstänksamhet, dryckenskap osv., förflyttar Ni henne omedelbart tillbaka till sjukhusvård, något som medicinalstyrelsen härmed tillkännager och som ni bör följa samt meddela de berörda. Samtidigt uppmanas Ni efter att den nämnda provotiden utgår ge en redogörelse över patientens tid i frihet samt utlåta er åsikt huruvida kontrolltiden möjligen borde förlängas”.³²³

Beslutet om Emilias ”fullständiga befriande” – för att använda läkarens egna ord – ges den fjärde juni 1947 i ett brev från medicinalstyrelsen till läkaren vid Själo sjukhus. Hos Emilia – som för 13 år sedan diagnostiserats som imbecill – kan ”ingenting kroppsligt eller psykiskt” påvisas.

Glidande subjektpositioner och frihet genom underkastelse

Närläsningen av de dokument som behandlar barnamörderskan Emilia illustrerar hur en subjektposition är glidande och föränderlig (jfr Fahy & Smith 1999). De äldre sociologiska deterministiska idéerna om att avvikaridentiteten ofta blir bestående (Goffman 1961; Erikson 1966; Scheff 1966) är inte nödvändigtvis det mest fruktbara närmandesättet. Å andra sidan visar Själokvinnornas berättelser att det diskursiva fält där avvikelserna producerades sällan gav utrymme till omdefiniering av subjektiviteter eller sjukdomsstämplor. Även om kvinnorna och deras avvikelser kunde framställas på skilda sätt, blev slutresultatet för de allra flesta ett anstaltsbundet liv. Texten om Emilia visar dock på potentialer till förändring. Från att ha uppfattats en ”vanlig människa” av arbetskamrater och familjemedlemmar, blir Emilia ett avvikande medicinskt och moraliskt subjekt i samband med barnmordet, för att till slut konstrueras som fullständigt frisk. Även om Emilia utgör ett undantag i och med sin utskrivning och friskförklaring, visar hennes fall hur motstridigheter och kamp mellan olika diskurser ger en möjlighet till handlingsutrymme och till omdefinition av subjektiviteter. De olika förklaringarna till brottet som ges i texterna – dålig ekonomi, skam, olyckshändelse (epileptiskt anfall) – fungerar som sprickor i den officiella sanningen.

³²³ Brev från Medicinalstyrelsen, Helsingfors, 6.5.1946 (övers.). PP 3.7.2. (1946).

I de två sista delarna av *Sexualitetens historia* betraktade Foucault inte längre subjektet enbart som en effekt av makt/kunskap, utan även som kapabelt till moralisk självreflektion och därför även som kapabelt till motstånd mot normativa praktiker (se även McNay 1992, 3-4; Oksala 2002). Här förstås "vårdandet av jaget" (care for the self) – som en avsiktlig frihetspraktik. Subjektet utövar frihet då det kritiskt reflekterar över sig självt och sitt beteende, över sina värderingar och över det sociala fältet det utgör en del av. I samband med att Foucault ändrade fokus från kroppen till jaget, tillskrev han individens handlade mera självständighet, även om den socio-kulturella kontexten var avgörande (McNay 1992; Oksala 2002). Kunde man tolka att Emilia utövade frihet genom att hon kritiskt granskade sina handlingar och reflekterade över sig själv? Var hennes ångerfullhet och bekännelser, som hon gav uttryck för i sina brev, medvetna strategier för att ge en "bättre bild" av sig själv och därigenom undgå sinnessjukhuset? Det ter sig klart att hennes beteende på sjukhuset uppfyllde anstaltens önskan om lydnad, flit och foglighet – till den grad att den f.d. imbecillen friskförklarades. Kanske låg friheten i underkastelsen, i den lyckade självdisciplineringen, så att den diskursiva disciplineringen blev obehövlig.

En annan tolkning av Emilias utskrivning ligger i avsexualiseringen, "neutraliseringen" av hennes kropp. Vid sin utskrivning var Emilia en 46-årig kvinna. Sannolikheten att Emilia efter sin sjukhusvistelse skulle ha börjat alstra barn var mindre än då hon var yngre. Den fertila kroppen, som på sätt och vis utgjorde orsaken till hennes brottsliga gärningar och som frammanade hotbilden om upprepad kriminalitet, bar inte längre på samma reproduktiva opålitlighet.

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Inledning

Med utgångspunkt i mötet mellan en förbrytarkvinna och en expert har jag visat hur psykiatriska sanningar skapades genom konkurrerande definitioner av vad eller vem brottslingen *var*. I texterna formades därför olika positioner av makt och kunskap. Dessa fall gav en möjlighet att analysera skilda aspekter av den produktiva makten och illustrerade hur kön blev en produkt av vansinnesdiskursen. I alla dessa fall fungerade kvinnokroppsliga fenomen – blödningar, havandeskap, missfall – och sexualitet som centrala komponenter i diagnostiseringen samt i förklaringarna till det utförda brottet. Den medicinska diskursens fokus på kroppslighet synliggör hur den produktiva maktens utövning var kopplad till kroppens funktioner. Med hjälp av texterna har jag pekat på subjektivitetens begränsningar och möjligheter, om hur motstånd bestraffades, medan foglighet och undergivenhet belönades. Fallet Emilia tolkade jag som frihetens möjligheter genom underkastelse.

Varje psykiatriskt utlåtande – som ett uttryck för medicinsk kunskap – konstruerade såväl expert som patient. Denna kamp om definitioner tyder på att det ingalunda rådde konsensus om kvinnors vansinne inom läkarvetenskapen, vilket många tidigare kvinnoforskare antytt (Showalter 1987; Ussher 1991). Dokumentens kamp – diskursernas utsagor om kriminalpatienterna – representerade olika syner på sjukdom, omoral och osedlighet, vilket vittnar om en pågående diskussion om dessa fenomen i början av 1900-talet i Finland (jfr Uimonen 1999). De medicinska aktörernas olika opinioner – tydliga i fallet Johanna – visar att den medicinska diskursen debatterade och tvistade om sjukdomsorsaker och -behandling. De analyserade fallen visar att det inom den psykiatriska professionen fanns tävlande åsikter om såväl kön som kunskap (jfr Theriot 1993). Tidigare forskning har pekat på att detta reflekterades av att den gynekologiska förklaringsmodellen av kvinnors vansinne inte accepterades av alla representanter inom läkarkåren (jfr McCandless 1999).

I den rättspsykiatriska diskursen fick retoriken kring kvinnokroppen en större legitimitet och större förklaringskraft än i de övriga diskurserna i skapandet av en sjukdomsdiagnos. I min granskning av dokumenten har jag synliggjort hur det i *en och samma text* fanns olika sinsemellan konkurrerande diskurser, men även diskurser som sammanföll, som var situerade i olika sociala rum (lokalsamhället, andra läkare, domstolsväsendet) och strukturerade av ett eget specifikt språk med sina distinkta retoriska strategier (jfr Canning 1999, 54). Vissa instanser betonade avvikarens brottslighet, andra hennes sjuklighet. Jag visade hur den rättspsykiatriska diskursen inte bara citerade andra diskurser, utan hur detta gjordes i en särskild ordning som skapade en textuell logik. De olika utsagorna formade en diskursiv domän som trots olika strategier och antaganden hade ett gemensamt mål: de ville alla lösa "problemet" med avvikaren.

Produktion av sanning

Benämningens makt

Kriminalpatienternas handlingar och deras utsagor som *antecknades* i den medicinska texten var betydelsebärande. Varför var det uttryckligen osedlighet, nyfikenhet, skrytsamhet och egocentrism som påtalades? Att ge ord för, benämna och understryka vissa handlingar synliggör de gränsöverskridningar kvinnorna gjorde sig skyldiga till. Det att rättsläkarna yttrade sig om, och klandrade dessa handlingar, visar att dessa inte accepterades i den medicinska kontext där det rådde tydliga regler för patientens och läkarens uppträdande. Patienters egocentrism var ett illa omtyckt karaktärsdrag, och illustrerade de normer som omgärdade de kvinnliga patienterna. Det moraliserande draget i läkarnas framställningar av patienternas uppförande var inlindat i tankar om sjukdom, något som illustrerade läkarvetenskapens fokus på patientens

(moraliska) karaktär. Där lydnad och underkastelse premierades var självcentrering och självhävdelse illa ansedda. I fallet Sofia inskränkte hennes skrytsamhet och egocentrism hennes handlingsutrymme. Sofia var inte ett unikt fall, den sjukliga egocentrismen lyftes fram även i andra patienternas rättspsykiatriska dokument. Det gemensamma i dessa var det starka fördömandet av patientens sätt att lyfta fram sig själv som *aktör*, dvs. som en kompetent individ, ett handlande subjekt. Med andra ord handlade det om individen, representerat av hennes karaktärsdrag som konstruerades som sjuka. I Sofias fall var det "skrytet" om de idrottsliga framgångarna som sågs ett tecken på avvikelse och sinnessjukdom. Samtidigt kan detta ses som patientens motstånd mot diagnostisering, som ett sätt för patienten att visa "jag kan", "jag klarar mig", "jag behöver inte er". I den psykiatriska diskursen sammankopplades emellertid patienters självhävdelse ofta med barnslighet, ett annat sätt att begränsa och disciplinera kvinnors handlingsutrymme.

Patienter benämndes oftast som "den undersökta", "patient", "berättare" i de medicinska texterna. Ibland *omnämndes inte* patienten, även om texten handlade om henne. Utlåtandena var då skrivna i passiv form, utan att vare sig patientens namn eller ens ordet "patient" användes. Läkaren skriver t.ex. inte att *Sofia* (efternamn) eller *patienten* (den undersökta individen) skulle förneka könssjukdomar, utan han skriver helt enkelt: "(tomt) förnekar könssjukdomar", "(tomt) var gravid", "(tomt) hade tuberkulosorsakad ärrbildning." Formen och strukturen i de medicinska texterna tillåter och möjliggör ett dylikt "neutralt", passivt språkbruk. En förklaring ligger i läkarnas behov av förkortningar för tidsbesparing. Detta språk osynliggör Sofia och hennes erfarenheter. Det är kanske just denna konstellation – beskrivningen av ett kvinnoliv i marginalen på ett vetenskapligt³²⁴ opersonligt sett – som berör mig mest. Läkarens distans till sitt forskningsobjekt verkar kräva ett avskalat professionellt språk, något som fortfarande idag kännetecknar medicinska utlåtanden över individers liv.

Osynliggörandet av patienten konstruerar en bild av en objektiv expert som behandlar sitt forskningsobjekt som vilken annan vetenskapsman skulle behandla sina bakterier, sina växter eller sina kemikaliska reaktioner. Benämningens makt ligger således inte bara i frammanandet av ett avvikande subjekt, utan även i osynliggörandet av detsamma. I denna kunskapsprocess eller vetenskapsdiskurs blir Sofia "den Andra", hon objektifieras och blir ett forskningsobjekt i den psykiatriska diskursen. Samtidigt är Sofia den psykiatriska diskursens *subjekt*; den som skapas i diskursen genom den medicinska professionens kliniska blick, genom ett ständigt benämning, diagnostiserande och disciplinerande.

³²⁴ Med "vetenskapligt" avser jag här den psykiatriska diskurs inom vilken de psykiatriska texterna produceras. Det vetenskapliga avser även tolkningsföretaget: läkarens position som expert i det diskursiva maktnätverket.

Den subtila makten

Patienternas brev var en viktig del av diagnostiseringen. Det var ett sätt för psykiatern att få en inblick i patientens själsliv och nå en förståelse av patientens tankevärld, men samtidigt kan dessa brev – som möjligen även avkrävdes patienterna – ses som ett uttryck för en subtil maktutövning. Rättspsykiatrin och den individualiserade synen på brottslingen har ofta betraktats som tecken på mänsklig utveckling och framsteg. Den moderna psykiatris representanter såg sig själva som en motpol till straffsystemet: att rekommendera psykiatrisk *vård* i stället för fängelsestraff betraktades som en human handling, och den rättspsykiatriska interventionen ansågs reducera den stränga omänskliga bestraffningen som fängelseinstitutionen representerade (Ingleby 1983; Scull 1989). Den synligaste företeelsen var den patologisering – psykiatisering – av brottslingen som rättspsykiatrin medförde. Kan dock inte detta sjukdomsförklarande ses som en form av subtil maktutövning? Enligt Foucault (1977) har maktrelationerna och maktutövningen skiftat karaktär, inte försvunnit, under historiens gång. Den råa makten som var utmärkande för bl.a. officiella avrättningar av brottslingar, ersattes av individuellt korrigerande tekniker som blev kännetecknande för den moderna makten. Makten som tidigare var direkt och brutal blev indirekt och strategisk (Björk 1997).

Johanna, Sofia och Emilia illustrerar hur individen – subjektet/*vem* – och dennas karaktär fungerade som den (rätts)psykiatriska diskursens kunskapsobjekt (jfr Foucault 1988c). Den subtila makten handlade här om *kunskapsinhämtandet* om brottslingen/patienten, hennes känslor och ”innersta väsen”. Patienternas brev fungerade i den rättspsykiatriska diskursen som ett sätt att dechiffrera patientens hemliga tankevärld. Genom dokumenteringar³²⁵ – med hjälp av diagnoser och prognoser – samt genom patienters biografier (levnadshistorier), eftersträvade rättspsykiatrin en disciplinering av individen som skedde via normalisering. Denna normalisering skedde med hjälp av de texter som skrevs *om* och *av* patienten, som inordnade patienten i normalitetens diskurs. Sverker Björk (1997, 175) menar att relationen mellan makt och kunskap, liksom sambandet mellan kunskap och disciplinering blir ytterst tydlig i den rättspsykiatriska diskursen, eftersom psykiatrin som vetenskaplig disciplin ställer sig explicit i straffandets tjänst. För kvinnors del handlade psykiatiseringen också om ett omyndigförklarande, eftersom kvinnor oftare än män betraktades som otillräkneliga (Pösö 1986).

Den slutgiltiga sanningen

Om det fanns 25 kriminalpatienter som placerades på Själo, fanns det andra kvinnliga brottslingar som hade gjort samma sak, som uppvisade samma

³²⁵ Dokumenterandet av – och därmed kunskapen om – individen kännetecknar inte bara straffsystemet och rättspsykiatrin, utan även övriga vetenskapsdiscipliner som har individen som sitt kunskapsobjekt (psykologi, pedagogik etc). Uppgörandet av diagnoser och prognoser utgör en viktig del av denna dokumentering, något som kännetecknar framför allt psykiatrin (Björk 1997).

symptom eller som hade uppgett liknande förklaringar till sitt brott, men som *inte* intogs på Sjalö. Någon sattes kanske i fängelse eller togs om hand av sin familj, andra kanske tynade bort på fattighuset. Förklaringen till varför vissa kvinnor placerades på Sjalö låg i den rättspsykiatriska undersökningen vars resultat togs som objektiv och sann kunskap om den undersökta. Makt kan i ett foucaultskt perspektiv endast utövas genom skapandet av sanningar (Foucault 1980b). Samtidigt ger de olika texterna om kriminalpatienterna olika "verkligheter". Vilken berättelse som är mera "verklighetstrogen" är dels inte relevant, dels går det inte att komma underfund med och dels är frågan materialberoende, dvs. vem väljer man att lyssna på.³²⁶ Det som däremot går att studera är texterna som sanningsskapande praktiker, och i det diskursiva nätverk som omringar patienterna är vissa diskurser mäktigare och mer dominerande än andra. Med andra ord är det endast vissa diskurser som kan skapa sanning som *tas för sådan*, och i kriminalpatienternas fall handlar det om rättsväsendet och läkarvetenskapen – i andra hand kommun, familj som behövs för att den rättsliga och den psykiatriska diskursen skall bli det de blir. Kvinnorna befinner sig emellertid utom räckhåll för en position varifrån de kan tala eller få sina röster hörda.

Patienternas förklaringar till sina brott – försörjningssvårigheter, rädsla för skam, att få försäkringspengar, epileptiska anfall, ånger – utgjorde inte tillräckligt legitim information eller valid kunskap i den psykiatriska diskursen. Det fanns en hierarkisk relation inbyggd i hela det undersökta materialet. Även om olika verkligheter konstruerades, måste *mer giltiga* former av sanning produceras av den rättsliga och den medicinska diskursen, och på deras kunskapsfält fanns respektive regler för hur detta skulle ske. Det gällde *form* – språk, hur framställa – och *innehåll* – vilka saker som måste sägas, kunde sägas och fick sägas, respektive vad som *inte* måste, kunde eller fick sägas. Dessa diskurser var mycket formbundna och regelstyrda, något som jag visat i min analys av de tre kriminalpatienternas texter. När sedan dessa två diskurser etablerade sanningen skedde detta i kamp med andra (läkare mot domare eller tvärtom, läkare mot läkare) och då krävdes särskild skicklighet. Den kliniska blickens kunskap blev den slutgiltiga och inbegrep då de "objektiva" uppgifter informanterna gett. Av särskild vikt var då den kunskap om brottslingen som den rättsliga diskursen producerade, men denna kunskap omförhandlades i den rättspsykiatriska diskursen.

Produktionen av sanning om det avvikande subjektet var en kraftmätning som skedde i dokumentet. Jag har lyft fram utsagor som innehöll alternativa och konkurrerande representationer av kvinnorna. I den rättspsykiatriska texten blev benämningens makt synlig. Den dekonstruerande läsningen synliggjorde den professionella expertens sätt att sälla ut de utsagor som befäste hans egen syn på patienten. Utsagor

³²⁶ Margaretha Järvinen (1996) talar om problemet med att "verklighetstesta", dvs. om att tillskriva vissa dokument större "verklighetsvärde" än andra.

som den undersökande läkaren inte höll med om konstruerades som inkorrekt. I t.ex. Johannas fall var den undersökande läkaren tvungen att *misstänkliggöra* sina medicinska kollegers sanningsanspråk. I Sofias fall var situationen den motsatta, och den undersökande läkaren kunde förlita sig på två medicinska experter som kommit fram till samma resultat som han själv. I detta fall användes utsagorna för att *befästa* den undersökande läkarens resultat. Den psykiatriska diskursen omformulerade och omdefinierade, men framför allt kullkastade vissa utsagor i produktionen av sitt specifika makt/kunskapsområde. I kampen om sanningen fann den rättspsykiatriska diskursen ett sätt att avgränsa, specificera sin egen domän och definiera vad den talade om, genom att skapa sitt eget kunskapsobjekt – vansinnet (jfr Foucault 1972, 41-43). Den psykiatriska texten – psykiaterns utsaga – blev den officiella berättelsen om patienten, eftersom detta dokument vägde tyngst. I den psykiatriska diskursen blev kunskapen om vansinnet en vetenskaplig sanning.

I kriminalpatienternas dokument konstruerades tankar kring rasens urvattning och degenerering i en (ännu) större utsträckning än vad som är fallet med övriga Själv-patienters medicinska texter. De bildliga släkträden med långtgående rötter djupt ner i den nedärvda oreña myllan gestaltades med explicita beskrivningar av familjemedlemmars sinness tillstånd och vansinnesanlag. Degenerationantagandet – idén om ett inneboende hot – bidrog till rättspsykiatriens fokus på individ (egenskaper), snarare än handling (brott). Johannas, Sofias och Emilias dokument visar hur rättspsykiatrien riktade sitt intresse mot kriminalpatienternas karaktär, egenskaper, kroppar och liv, medan deras agerande – vad de gjort (brottet) förblev den rättsliga diskursens kunskapsobjekt (jfr Foucault 1988c, 137; Björk 1997, 38). I den psykiatriska diskursen endast bekräftades kriminalpatienternas själ/karaktär/identitet av det de hade *gjort*. Genom noggranna kartläggningar och undersökningar skapade den medicinska diskursen ett subjekt, en sjuk individ, som var i behov av disciplinering, i detta fall slutet anstaltsvård.

De rättspsykiatriska texterna representerade en individualisering styrd av rashygieniska föreställningar. I egenskap av brottslingar – en del av dem därtill prostituerade – representerade de omoral, degenerering, smitta och orenhet. Dessa kategorier var inte bara könade, utan i all synnerhet klassrelaterade. Farligheten låg i att dessa *underklass*kvinnor kunde föra degenerationen vidare till kommande generationer. Det var ärftligheten – sammanbunden med deras klasstillhörighet – som förseglade den deterministiska bilden av dessa kvinnor. Kriminalpatienternas osedliga ageranden – dryckenskap, aggressivt beteende, förbrytelser, utomäktenskaplig sexualitet, könssjukdomar, olydnad – betraktades därför som ett bevis på ett svagt karaktärsdrag och på att de var degenererade individer.

Blödande kroppar – disciplinering av irrationalitet och fara

Menstruationens betydelse i psykiatrisk diagnostik

Kriminalpatienternas menstruation utgjorde en central aspekt i den psykiatriska diagnostiseringen. I min analys av de rättspsykiatriska texterna har jag visat hur de kvinnliga brottslingarnas kroppar blev av särskild betydelse för konstruktionen av vansinne. Specifika kroppsliga funktioner – menstruation, förlossning, missfall – konstruerades i relation till föreställningar kring fara, irrationalitet och kvinnlighet (jfr Martin 1987). Detta skedde framför allt genom att läkarna hänvisade till patienternas blödningar – menstruation, missfall – i sina otillräknelighetsdefinitioner. Den opålitliga och menstruerande kroppen fungerade som den medicinska diskursens makt/kunskapsfält, men också som ett sätt att definiera kvinnlighet. Menstruation förstods genom idéer om vad kvinnlighet var eller borde vara, och blev härigenom normativt.

Menstruation kan tolkas genom Mary Douglas (1966) idé om symboliska, kulturella regler om smuts och förorening. Douglas (1966) visar hur olika kulturers föreställningar om vad som är rent/orent återspeglar samhällets fundamentala föreställningar om den sociala ordningen. Enligt Mary Douglas (1966, 4) kan ett sken av ordning skapas endast då ”skillnaden mellan innanför och utanför, ovanför och under, man och kvinna, för och emot” överdrivs. Joan Scotts (1988) könsförståelse fokuserar också på skillnad, närmare bestämt kunskap om skillnad. Enligt Scott (1988, 42) är kön ”ett konstituerande element för sociala relationer som baseras på föreställda skillnader mellan könen, och kön är ett sätt att ge betydelse åt maktrelationer”. Menstruation som ett uteslutande kvinnligt fenomen kan placeras i en dikotom förståelse av mans- versus kvinnokroppen, som ett fenomen som konstituerar skillnaden mellan kvinnlighet och manlighet. Den blödande kroppen och de regler och tabun som omringar menstruationen används för att framställa kvinnor som ”de Andra”, som annorlunda (Lupton 1994, 141; se även Oinas 2001). Bryan S. Turner (2003, 5) visar med en mängd historiska exempel hur kroppsvätskor som flyter ut ur kroppen inifrån har betraktats som farliga och förorenande, eftersom inre vätskor utanpå kroppen ifrågasätter vår uppfattning om ordning och regelbundenhet.³²⁷ Menstruationsblodet kunde enligt denna tolkning betraktas som något avvikande, eftersom det överskrider den normativa (manliga) kroppens gränser, dvs. en kropp som blöder endast om den skadats (jfr Buckley & Gottlieb 1988, 26).

Den psykiatriska diskursens fascination för kvinnliga mentalpatienters menstruation är ett fenomen som förtjänar särskild uppmärksamhet. Medicinska konstruktioner av kvinnokroppen och reproduktionsorganen – inklusive menstruation – har varit av intresse i feministiskt orienterade historiska studier (Martin 1987; Delaney, Lupton, Toth 1988; Jordanova

³²⁷ Antagandet bestyrker emellertid idén om den normativa kroppen som en manlig kropp, eftersom menstruation för kvinnokroppen vanligen innebär en ”naturlig” regelbundenhet/cykliskhet.

1989; Ussher 1991; Strange 2000). Däremot har menstruationens betydelse för psykiatrisk diagnostik ofta förblivit en del av den allmänna diskussionen kring medikalisering av kvinnlighet, snarare än ett eget forskningsområde. I medicinska dokument som berörde kvinnliga mentalpatienter åren 1889-1944 var informationen om patientens menstruation och dess "karaktär" – avsaknad, knappa blödningar, oregelbundenhet, smärta, hur länge blödningarna varade – en till synes lika viktig kategori som patientens namn, stånd och ålder i skapandet av en sjukkaraktär.

Brottslingarnas straffrörelser motiverades i termer av *fara* – samhällsfientliga böjelser, situationen/sjukdomen förvärras om patienten förblir "ute i det fria" – och *irrationalitet* – kroppsliga drifter, missfall, plötsliga infall, hämndaktioner. Samhällsfientligheten var sällan specificerad, men uppgavs i läkarens slutklämmor som motivering till inspärning på sinnessjukhus. Rättsläkarens utsaga om mordbrännerskan Sofias samhällsfientlighet tolkar jag som ett uttryck för den benägenhet att antända hus, orsakad av hennes "hjärnsjukdom" (sömnssjukan), dvs. hennes odisciplinerade handlande som texten lade fram. För Emilia fanns en koppling mellan hennes epileptiska anfall och vansinnet, men framför allt handlade samhällsfaran om hennes reproduktiva kropp som indirekt orsakade hennes brottslighet (barnamord). Därför skulle kroppen disciplineras genom inspärning på anstalt. Även för Johanna tolkades den kroppsliga hysterin – sammankopplad med sexualitet – som det samhällsfientliga.

Sambanden mellan bägge representationer (fara och irrationalitet) är intressanta. För Sofias och Idas del var faran och irrationaliteten – *brott och blödning* – intimt sammanlänkade, för Johanna och Amanda var den menstruerande kroppen främst en fara för dem själva, deras mentala hälsa. Sofia och Ida riktade sin sjukdom "utåt" – tände eld på hus, protesterade och gjorde motstånd – och beskrevs också på Sjölo som ytterst våldsamma, medan Johanna och Amanda vände sina sjukdomssymptom "inåt". För Amandas del strävade medicinen efter att läka livmodern genom "varma insprutningar", varigenom patientens sinnesstämning skulle botas. Det gemensamma hos dessa patienter var att deras blödningar associerades med störning – både mental och kroppslig – som pekade på avsaknad av (själv)kontroll. Den motsägelsefulla makten (se kapitlet *Förvisade på livstid*) strävade efter olika former av kontroll. Därför konstruerades även den kropp vars sjukdomssymptom vändes inåt som farlig "utåt sett". När den kliniska blicken gjorde en koppling mellan patientens menstruerande opålitliga kropp och hennes oberäknliga humör – dvs. sjukdomssymptomen – konstruerades blicken en farlig kropp. Inbyggt i psykiaterns utlåtande i fallet Johanna att hennes sjukdom var farlig fanns även konstruktionen av illegitim kvinnlig sexualitet. Johannas sexuella beteende skapades som något riskfyllt i och med att de beskrivna sexuella känslorna härstammade från kroppen. Kroppen angavs i sin tur som upphovsmakare till sjukdomsanfallen. På detta sätt förkvinligades, men även naturliggjordes vansinnet.

Det specifika för den psykiatriska diskursen handlade om maktens, diagnostiseringens och disciplinerings oskiljaktiga samhörighet. Diagnosen hysteri legitimerade den moraliska stämplingen av utomäktenskaplig sexualitet som något farligt och därmed som något sjukligt. Inte bara Johannas brottsliga handlingar, utan även de andra Sjalökvinnornas kriminalitet blev starkt sammankopplad med deras sexualitet (jfr Smart 1977; O'Brien 1982). Patienternas (avvikande) sexualitet kom härigenom – på samma sätt som deras karaktärer och sjukdomar – att betraktas som en inneboende egenskap (jfr Helén 1997). Sjalöbrottslingarnas isolering på anstalt motiverades därför inte endast utifrån en psykiatrisering av den kriminella faran (Foucault 1988c), utan snarare med utgångspunkt i en *sexualisering* av det avvikande subjektet.

Biologisering och straffriförklaring – tillbaka till den kvinnliga sfären

I den medicinska diskursen förklarades inte bara kvinnornas galenskap utan också deras brott i biologiska termer. I sin studie av 1800-tals franska fångelser, visar Patricia O'Brien (1982) att det fanns tydliga skillnader i hur kvinnliga och manliga brottslingar framställdes.³²⁸ Kvinnors kriminalitet sammankopplades explicit med deras biologiska konstitution – en tolkning som bekräftar Foucaults (1978) analys av hysteriseringen av kvinnokroppen som en form av social kontroll (jfr Sydie 1997). O'Brien (1982, 68) visar att det fanns brott som stämplades som "menstruella störningar", andra såsom självmord och mord betraktades som "livmoderns organiska sjukdomar". I en annan studie av kvinnors brottslighet i Frankrike kring sekelskiftet 1900, pekar Ann-Louise Shapiro (1996) på att förståelsen av kvinnliga förbryterskor baserades på en idé om den "kvinnligen naturen". Också Anja Petersen (2001) som studerat könskonstruktioner i 1800-talets svenska fångelser, visar att förståelsen av kriminella kvinnor var essentiell, på samma sätt som mäns brottslighet förklarades utifrån en förståelse av det essentiella hos män. Petersen som undersökt riksdagsdebatter, fångelserullor, fångelsepredikanter rapporter osv. menar att kvinnors brottslighet, oberoende av hur de framställdes – onda, svekfulla, osedliga – förklarades med en utgångspunkt i den "naturligen kvinnan". Således beskrevs kriminella kvinnor som kvinnor i gemen: "the criminal woman was like all women, *only more so*: she was suggestible, weak in the face of temptation, deceitful, prone to excess, intellectually limited, and morally stunted" (Shapiro 1996, 66, min kursiv).

Även brotten konstruerades som mans- respektive kvinnobrott, vilket bekräftade och reproducerade den dominerande könsförståelsen. Detta medförde att även om kriminella kvinnor hade betett sig "som män" – genom att supa, mörda, slåss, vara sexuellt aktiva, svära – förblev detta beteende "kvinnligen" i kriminologiska och psykiatriska texter (jfr Petersen

³²⁸ Foucault har från feministiskt håll blivit kritiserad för sin fullständigen könsblindhet då det gäller fångars eller andra disciplinerades subjekts kroppar. Hos Foucault, antas fångens kropp, eller den disciplinerade kroppen, ofta implicit vara en manskropp (jfr Bartky 1988; McNay 1992; Grosz 1994).

2001, 204). Människor som inte handlade på ett sätt som förväntades av dem, krävde en korrigerings, inte av förståelsen kvinnligt/manligt eftersom denna vokabulär inte användes, utan av förståelsen kvinnor och män. I 1800-tals diskussioner fanns inga andra möjliga könstolkningar än man och kvinna (Petersen 2001, 204-205). Vissa experter ansåg att kvinnors "sanna natur" innebar laglydighet och moral, och att brottsliga kvinnor därför bröt mot sin natur (Smart 1995, 19; se även Taussi Sjöberg 1986; Lennartsson 2001). Andra betraktade kvinnans natur såsom inbegripande inneboende listighet och svekfullhet, och därför bekräftade kvinnors kriminella handlingar denna syn på dem (Shapiro 1996; Petersen 2001).

Själöpsykopaterna och de andra kriminella representerade en överträdelse av både lagens och könets gränser (jfr Taussi Sjöberg 1986; Petersen 2001).³²⁹ Kriminalpatienterna var inte bara benägna till sexuell lösläppthet, utan också till kriminalitet. Brottsligheten konstruerades emellertid som en *konsekvens*, eller effekt, av den oönskade sexualiteten och kroppsligheten. De kriminella kvinnorna som placerades på Sjölo bröt mot sin natur, därför måste de återinföras i den kvinnliga sfären genom biologisering och sexualisering. Deras okvinnliga handlingar feminiserades genom att fokus lades på specifika kroppsliga fenomen som könades (jfr Oudshoorn 1994; se även Cussins 1996). Ett exempel på detta var förhållningssättet till kvinnors alkoholbruk. Eftersom dryckenskap var könat som ett manligt beteende tolkar jag den medicinska diskursens sexualisering av kvinnliga suputer som ett sätt att "naturalisera" de okvinnliga tillbaka till den sfär som definierade kvinnlighet. Normaliseringen av dessa kvinnor handlade inte om deras brott – dessa var klart avvikande – inte heller handlade det om patienterna som individer – dessa var också klart sjuka. Däremot ledde särskilda handlingar som uppfattades som "okvinnliga" till starkare biologiska konstruktioner av avvikelse.

Trots att kriminalpatienterna hade agerat på samma sätt som män – varit aggressiva, supit och begått allvarliga brott – var åtminstone deras kroppar kvinnliga. Kvinnokroppen blev betydelsefull då handlingar var *irrationella och oförklarliga* – samtidigt som kroppen konstruerades som något patologiskt. Kroppslighet användes för att återställa en könsordning som rubbats genom felaktiga handlingar. Dessa handlingar som bröt könsordningens logik förklarades paradoxalt nog med hänvisning till "det naturliga könet" och dess inneboende egenskaper.

Den medicinska diskursens sätt att använda menstruation i otilräknelighetsdefinitioner illustrerar hur kvinnlighet kunde kontrolleras genom att kroppen representerades som inneboende oberäknelig. Michel Foucault (1978, 104) skriver om hur kvinnokroppen kom att representeras såsom "indränkt i sexualitet" i samband med den medicinska hysteriseringen,

³²⁹ Marja Taussi Sjöberg (1986) granskar kvinnors brottslighet och fängelsevistelser i Västernorrland under 1800-talet. I fokus för studien ligger de unga kvinnor och män (under 25 år gamla) som spärrades in på "Dufvan", cellfängelset i Härnösand, vid 1800-talets mitt. Var sjätte fånge var en kvinna (Taussi Sjöberg 1986, 92). Taussi Sjöberg lyfter fram de unga individernas fattigdom och utsatthet som centrala förklaringar till deras brottslighet.

men man kunde även fråga sig om inte kvinnokroppen därtill konstruerades såsom indränkt i (menstruations)blod – en kroppslig utsöndring som inte bara påverkade kvinnors kroppsliga tillstånd, utan i allra högsta grad även deras mentala tillstånd. Mordbrännarna Sofia och Ida beskrevs bägge som drivna av sina blödande kroppar, vilka ofrånkomligt ledde dem mot brottslighet. Den psykiatriska diagnostiseringen – straffrifyrklingen och oberäknelighetsdefinitionen – innebar en disciplinering av ”irrationalitet” och ”fara” som representerades av kvinnokropp och sexualitet. Det var en begränsning av kvinnors handlande genom patologisering. Var det omöjligt att betrakta Sofia och Ida som ansvariga för sina handlingar p.g.a. blödningarna som konstruerats som irrationella, kroppsliga fenomen? På sätt och vis blev straffrifyrklingen motiverad – och brottet kunde ursäktas ”lättare” – då kvinnorna inte kunde hållas ansvariga, ”de kunde ju inte hjälpa det”. Jag tolkar medicinens starka fokus på menstruationen som ett sätt att normalisera och bekräfta kvinnlighet (begränsat handlingsutrymme), då kvinnlighetens gränser hotats i samband med gränsöverskridande handlingar, såsom aggressivitet, illegitim sexualitet och dryckenskap (jfr Chesler 1972).

De biologiska, eller snarare gynekologiska, förklaringsmodellerna kan betraktas som den skillnadsskapande kunskap om avvikelser (brottslighet och vansinne) som skapade föreställda skillnader mellan könen (jfr Scott 1988). Den feministiska forskningen har visat hur dessa skillnader – mellan hur manliga och kvinnliga avvikelser definierades – var oskiljbara från diskursiva konstruktioner av kvinnlighet och manlighet (Jordanova 1989; Strange 2000). De psykiatriska definitionerna av menstruation var historiskt rörliga och i de medicinska dokumenten framgår att läkare förhöll sig varierande till gynekologiska förklaringsmodeller (jfr Uimonen 1999). Vissa idéer om kvinnokroppen bekräftades, andra utmanades och omkullkastades. Det som emellertid förblev konstant under tidsperioden 1889-1944 var beslagtagandet av kvinnokroppen som ett fält för normativa definitioner av ”skillnad” och maktutövning (jfr Strange 2000, 625).

VII

ETT RUM FÖR DE AVVIKANDE

– I DE OBOTLIGAS LANDSKAP

RUMMET

I de tidigare kapitlen har jag visat hur intagningen av patienterna gick till, vilka kvinnor det var som diagnostiserades som obotligt sinnessjuka, hur denna diagnostisering var kopplad till kön och kropp samt hur den gick till. Resultatet av alla dessa definitionsprocesser var för kvinnornas del ett liv på en sluten anstalt. I detta kapitel diskuterar jag Själo hospital som levnadsplats dels utifrån de dokument som kartlade patienternas uppförande och kroppsliga företeelser på anstalten, dels presenterar jag konfiskerade patientbrev i vilka kvinnorna berättar om sin tillvaro på sjukhuset. Själo hospitals funktion som rum i bemärkelsen arkitektur, infrastruktur och panoptikon,³³⁰ vidrörs endast lätt, även om detta i sig vore värt en egen studie med tanke på den litteratur om slutna anstalters övervakningsteknologier som finns på området (Goffman 1961; Foucault 1977; Åman 1976; Qvarsell 1982; Eivergård & Jönsson 1997; Jönsson 1998; Eivergård 2003). Mikael Eivergård (2003, 53-54, min kursivering) beskriver anstaltens fyra grundprinciper enligt följande: *kategorisering* (1), *kontroll* och ständig övervakning (2), *kontinuerlig dokumentation* och kunskapsproduktion på basis av observation (3), samt utformandet av en dagsstruktur och *organisering* av anstaltens vardagsliv, så att det blev möjligt att samtidigt behandla och disciplinera (4). I fokus för detta kapitel ligger de texter som sjukhuset uppgjorde över patienterna, framför allt de kroppshistorier som de formaliserade, färdigtryckta patientdagböckerna (teckenblanketterna) dokumenterade. I det förra kapitlet pekade jag på kopplingen mellan diagnostisering och disciplinering. I detta kapitel visar jag hur *rummet* blev en viktig disciplineringsmekanism som fortsatte att vara kopplad till det diagnostiska språket *och* kroppen.

³³⁰ Jeremy Bentham, politisk filosof på 1800-talet, skapade idén kring panoptikon och började konstruera det ideala fängelset – det allseende ögat. Det handlade inte bara om att skapa en materiell byggnad som tillät total övervakning, Benthams utopi låg i möjligheten att forma, omforma och reglera människor (t.ex. Rosen 1974).

Sjukhusets verksamhet och infrastruktur formade ett rum som rent konkret stängde in, övervakade och kontrollerade kvinnornas vansinne.³³¹ Vid behov kunde patienterna låsas in i ensamceller, isoleras och på detta sätt bestraffas för olämpligt beteende. Dagrummet, den stora salen med järnlås, tillät med sin obevekliga synlighet en minutiös övervakning av internerna, om de så handarbetade eller bara satt i katatonisk position. Utlåtanden som *“Sitter stel, slö på stolen svarar ej på frågor. Höjes bägge armar stanna de i denna ställning”* är exempel på hur katatoniska patienter kunde beskrivas.³³² Här handlar det om en 54-årig bondedotter som intogs på Sjalö redan år 1924. Efter 22 år på Sjalö är hon fullständigt passiverad, trots att hon 20 år tidigare uppgavs vara aggressiv. Dessa kortfattade utlåtanden om patienterna på Sjalö är utan undantag skrivna på svenska i Sjalö-formuläret. På samma sätt som patientdagböckerna var Sjalö-formuläret ett tryckt formulär som innehöll olika uppgifter om patienten (intagningsår, diagnos, ärftlig belastning, sammanfattningar från A-, B-bilagor eller rättshandlingar osv.), främst information som redan getts i andra dokument. I formuläret fanns därtill även korta anteckningar om patienterna, av vilka de flesta är nedtecknade på 1940-talet, många år 1944 och år 1946, då ett stort antal patienter utskrevs från sjukhuset. Anteckningarna är inte signerade, skribenten förblir osynlig. Troligtvis är det läkaren som under sina besök – vanligtvis en gång i veckan – på asylinrättningen skrev ner några rader om de patienter han hann undersöka.

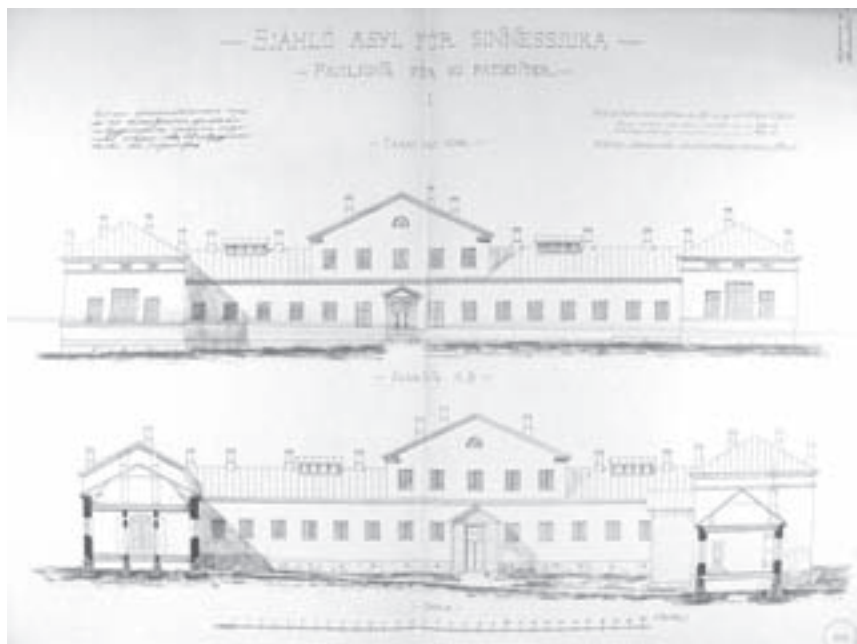
När arbetarhustrun Olga inskrevs år 1908 saknade hon explicit diagnos, men på Sjalö var hon diagnostiserad med schizofreni. Efter 38 år på asylinrättningen förflyttas hon till Pitkäniemi år 1946, eftersom hon inte längre – vid en ålder av 69 år – kan fungera som arbetspatient. På Sjalö skriver man om henne:

”15/1-46 St. om. mager. blek. skrynklig hud. Hjärta – Lungor - Buk – Alla reflexer stegrade. St. psych. Uppträdande oroligt med vred blick. Svarar vem hon är, anser att hon befinner sig å [oläsligt] och förd hit av ’en skurk’”. År 1948: ”Får raseriskov, slänger med armen och oartikulerade ljud; men anfaller ej omgivning. Gör intet arbete. Te: medinal. Ibland till natt (parald).” och ”5/4-46 [patienten] något lugnare, mera sluten [...] Vid frågan varför hon är orolig, anser sig förföljd av alla, och gift sättes i hennes mat. Litar dock på sköterskorna och lyder personalen [...] svarar ologiskt på alla frågor [...] anser sig hållas ’fängen’ av ’skurkar’ (läkarn tillhör dem) men är hon en ’förnäm’ dam och skall snart ’befrias’ av ’folket’. Lugnar sig dock snart, och svarar icke vidare på frågor. [...] År osnygg, dricker egen urin (vikt 54). [...] 16/6-49 ”Har haft en lugnare period. Svarar logiskt på lättare frågor. Anser sig fortfarande i fängelse” samt ”Skriver ej, läser ej. Då pat ej är arbetspat bytes ut mot Pitkäniemi”.³³³

³³¹ För en ypperlig studie av mentalsjukhuset som ett specifikt rum, se Lars-Eric Jönsson (1998).

³³² Sjalö, 4.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

³³³ PP 3.7.2. (1946).



“Sjämlö asyl för sinnessjuka – paviljong för 50 patienter. Fasad mot norr.” Fasadritning från år 1906. Sjämlö hospitals arkiv, 5.4.1.

Med tanke på hur många kvinnor på Själo som var ålderssvaga, skröpliga och inte arbetsföra behövdes även arbetsdugliga patienter för sjukhusets verksamhet.

Sjukhusets innergård som var omgärdad med staket fungerade också som ett panoptikon som möjliggjorde fullständig bevakning av kvinnorna (jfr Foucault 1977). Själo var således både ett geografiskt och symboliskt rum som disciplinerade sina interner med hjälp av specifika praktiker, vilkas syfte var att inordna patienterna i en sjukhusmiljö, få dem att lyda och uppföra sig väl. Fråntagandet av personliga ägodelar såsom ”vanliga” kläder och iklädandet i patientuniformen samt den eventuella rakningen av de kvinnliga patienternas huvuden medförde ett utplånande av den individuella identiteten till förmån för den institutionaliserade patientidentiteten. Förlusten av den individuella identiteten beskrivs väl av Goffman (1961), som talar om en rollförlust orsakad av den totala institutionens förödmjukande processer.³³⁴ Bakom järngaller, portar och låsta celler inordnades vansinnet. Där fanns skriken, ledan och vanmakten. Trots förändringar i sjukhusbyggnader, sjukhusets personal, administration, rutiner, klientel och regler, förblev hospitalets infrastruktur så gott som oförändrad från 1889 till 1944 och omfattande ett specifikt område och rum (jfr Gittins 1998, 5).

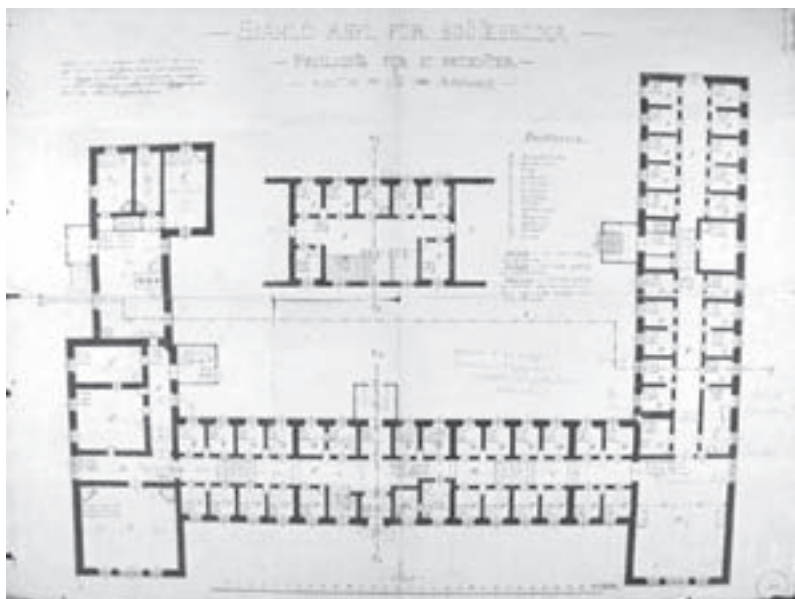
Rummets symboliska aspekt var representationen av vansinnet, bilderna av det som krävde övervakning och inspärning, föreställningar som sjukhuset skapade. Själo hospital representerade vansinnet på många plan: för omgivningen, för internerna själva och för de anställda på hospitalet. Genom denna representation definierades, konstruerades och befästes även internernas identitet som *patienter*. Deras uppfattningar om identitet och jaget formades av den position och roll som sjukhuset påtvingade och tillskrev dem (Goffman 1961). Det materiella rummet var styrt och organiserat av auktoriteter, men de vansinnigas rum var också en domän som fylldes av patienternas egna visioner, fantasier, vansinnesutbrott, sjukdomserfarenheter, lidande och epileptiska anfall.³³⁵ Det var patienternas landskap som innefattade deras erfarenheter (jfr Gittins 1998; Crossley & Crossley 2001).

ATT SE, KÄNNA OCH LYSSNA – ÖVERVAKNING OCH DOKUMENTERING

“That we should have so many remarkable pictures of Victorian madwomen, and so few of their words, remind us how strongly the power of definition rested with the male observer. In the photographs of Victorian madwomen...

³³⁴ Den engelska termen Goffman använder är ”processes of mortification” (se i synnerhet Goffman 1961, 47–51).

³³⁵ Gaston Bachelard (1964) talar om ett poetiskt rum (”poetic space”). Anti-psykiatern R.D. Laing (1967) betraktade schizofrenin som ett poetiskt och visionärt tillstånd.



“Sjärlö asyl för sinnessjuka – paviljong för 50 patienter.
Plan af 1sta och 2dra våningarna.” Planritning från år
1906. Utöver de femtio små patientcellerna omfattar asylen
matsal, sjuksal, kök, dagrum, badrum, klosett, kontor samt
rum för läkare och sköterskor. Sjärlö hospitals arkiv, 5.4.1.

we are made to *see* the moral management of female insanity, as well as its reduction...to visual conventions. All sit at the doctor's bidding; they surrender to his lens; they are at his service" (Showalter 1987, 97).

Patienternas dagliga sjukhusliv var noggrant övervakat, kontrollerat *och* dokumenterat. Kunskapsinhämtandet som skedde med anteckningar över patienternas uppförande och hälsotillstånd innebar samtidigt en moralisk evaluering av patienten. Man kan säga att det var Själo hospitals apparatur *i sin helhet* som skapade en disciplinerande makt, inbyggd i det diagnostiska språket, de medicinska handlingarna och teknikerna (jfr Harrisson & Aranda 1999, 158). Detta maktsystem omfattade ett informationsarkiv – ett förråd av uppgifter och upplysningar – som dokumenterade patienternas dagliga liv på anstalten.

Kategorisering av kroppar

På 1930-talet började Själo använda sig av ett färdigtryckt schema som jag kallat för *patientdagböcker*, i vilka patienternas beteende och kroppsfunktioner, men även sjukhusets egen aktivitet i skötseln av patienterna, kartlades. Jag läser dessa blanketter som sjukhusets sätt att producera, definiera och kategorisera kroppar. Karin Johannisson (2004, 13), influerad av Foucault (1973), diskuterar hur särskiljandet mellan symptom och tecken var centralt på sjukhuset, och hur detta samtidigt var en grundläggande praktik för den moderna medicinen. Skillnaden mellan dessa två låg i att *symptom* definierades som sjukdomen såsom den upplevdes av patienten själv (t.ex. hosta vid lunginflammation, patientens ångestkänslor som en följd av hennes rädsla för förgiftning), medan *tecknet* var sjukdomens uttryck såsom läkaren registrerade det. För att identifiera kvinnornas sjukdomar och för att förstå varför de betedde sig som de gjorde, måste sjukhuset omdefiniera symptomen till särskilda tecken. Denna omdefiniering och omformulering skedde genom den kliniska blicken som tolkade, kategoriserade och skapade ny kunskap om patienterna (jfr Johannisson 2004, 13; Foucault 1973, 93). Därför betraktar jag patientdagböckerna som tecken.

Vilka var då de tecken som Själo asylinrättning dokumenterade? Sjukhuset nedtecknade temperatur- och pulsmätningar, viktkontroller, tvångsmatning, mediciner och menstruationsdagar. För varje dag – dygnet indelades i dag och natt med skilda rutor – skulle något av de sammanlagt tjugotre valbara tecknen införas i blanketten. Även medicinintag inskrevs i de små rutorna. Alternativen som angavs högst uppe på schemat inkluderade uppgifter om patienten hade *gråtit*, varit *motsträvig*, *högljudd*, *pratsam*, *orolig*, *rivit eller söndrat*, *söndrat fönster*, varit *våldsam* eller *kastat upp*. Därtill utreddes huruvida patienten *ätit* 0, 1 eller 2 måltider, huruvida *sömn*en varat kortare än sex timmar (vilket skulle anges i antalet timmar) eller om den varit fragmentarisk, huruvida patienten *vänt ner* alternativt *sölat ner* sängen eller smetat ner sig med avföring samt huruvida patienten *förtärt* avföring eller urin. "Nedsmetandet" eller "osnyggandet" kunde

handla om att smeta ner – inte bara sig själv – utan även väggar, golv, lakan eller kläder med avföring. Utöver dessa kroppsutsöndringar antecknades *menstruationsdagar* och *sjukdomsanfall* med röd penna.

Symboliken med den röda pennan och det röda blodet är påfallande. Menstruationens betydelse var således inte bara viktig i diagnostiseringen av patienterna, den var även central i behandlingen av patienterna. Det röda markerade utöver representationen av menstruationsblod, även en varning om att detta var något utöver det ordinära. Den röda färgen – sinnebilderna för patienternas blödningar – utmärkte en kroppslig periodisering av patienternas sjukhusliv. Inte sällan förändrades behandlingen av patienterna under månadsregleringarna. Många av kvinnornas isolationsperioder inföll under menstruationen, vilket betydde att sjukhuset betraktade blödningen som en riskfylld händelse som krävde styrning. Även det faktum att sjukdomsanfall och menstruationsdagar likställdes och placerades i samma kategori visar hur centralt det var för asylpraktiken att skapa specifika medicinska problem som förkvinningades. Såväl blödningen som anfallet prioriterades, gavs större betydelse än de övriga kategorierna, bägge var händelser som krävde starkare markeringar. Vad gällde sjukdomsanfallen handlade det oftast om epilepsianfall. Några patienter hade epileptiska anfall dagligen.

Patienternas *rörlighet* eller icke-rörlighet fanns som kategorier i patientdagboken, teckenblanketten. Sjukhuset dokumenterade huruvida kvinnorna var ”uppe på benen”, dvs. inte sängbundna, eller om de låg till sängs. Under tider av isolering hade många patienter anteckning om att de låg till sängs, troligtvis fastbundna. Bäddvård eller sänglägesbehandling (fi. vuodehoito) var en vanlig behandlingsmetod och kunde antecknas för patienter som var för svaga för att arbeta, men behandlingen innebar också konkreta åtgärder såsom att binda fast våldsamma och besvärliga patienter. Kvinnor som insjuknade – oftast i lunginflammation eller tuberkulos – kunde ligga till sängs i månatal fram till sin död. Till kategorier som hade omedelbar anknytning till själva vården och skötseln av patienterna hörde uppgifter om *helomslag* eller *halvomslag* (inpackning), *vilobad* (långbad) och *isolation*. Dessa hade utöver behandlingsaspekten en bestraffande dimension, eftersom metoderna kunde användas i ett disciplinerande och tillrättavisande syfte ifall patienten varit motsträvig, orolig eller våldsam (jfr Svedberg 2002).

”Inpackningen”³³⁶ av patienterna gick till så här: På sängen placerades två filttäcken på vilka man på längden och på tvären satte två lakan som hade blötts i svalt vatten. När patienten hade lagt sig på lakanen lindades

³³⁶ På finska ”kääreet” (koko/puolikääreet, hel- och halvomslag). Om olika behandlingsmetoder såsom långbad, inpacknings- och sänglägesmetoden i svensk sinnessjukvård under 1900-talets första hälft, se Gunnel Svedberg (2002). Svedberg lyfter även fram patienters och vårdpersonalens erfarenheter av behandlingsmetoderna. I mitt material finns inte anteckningar om hur patienterna själva upplevde t.ex. inpackningen, annat än vad som framgår av läkarnas nedteckningar om hur patienter ”skrek och härjade” då de varit inpackade. Dessa utsagor gäller emellertid patienters vistelser på de övriga sjukhusen (Lappviken, Pitkäniemi).

det lakan som varit på tvären runt henne under armhålorna och runt bägge benen. Med det andra lakanet band man fast patientens axlar, armbågar och fötter i lindan. Patientlindan inlindades med filtar vars kanter fastspändes med säkerhetsnålar. Till sist sattes ett kallt omslag på huvudet och pannan. Förfarandet kunde upprepas vid behov två tre gånger om dagen (Kaarninen & Kaarninen 1990, 58). Anteckningar om omslag eller tvångströja var dock relativt ovanliga, däremot var isoleringen av patienterna en vanlig disciplineringsmetod. Under tider av våldsamma skov och protester, eller om personalen ville tillrättvisa patienter som brutit mot ordningsreglerna, till exempel försökt rymma eller söndrat fönster, var isolering en ofta förekommande bestraffningsmetod. Bestraffningsaspekten fanns inbyggd i själva isoleringsidén. Genom att patienten uteslöts från den för alla patienter gemensamma patientverkligheten, förlorade patienten den redan existerande patientidentiteten. Det var ytterligare en förnedring i patientverkligheten.³³⁷

Hur länge kvinnorna var isolerade varierade, men det var inte ovanligt med långa isoleringsperioder som kunde sträcka sig över flera veckor, ibland flera månader. Sömmerskan och butiksbiträdesfrun Hulda var under år 1936 nästan fyra månader isolerad. Under sin isoleringsperiod vägde hon kring 45 kg. Hulda inskrevs år 1929, saknade explicit diagnos och var vid intagningen 38 år gammal. Enligt teckenblanketten var hon överlag orolig på Själo: aggressiv, högljudd, söndrade fönster och var ofta isolerad. När hon dog i cancer den 21 mars år 1942 vägde hon endast 26 kilogram.

Kvinnornas *födointag*, närmare bestämt huruvida patienterna behövde matas utgjorde kategorier i teckenblanketten. Även i de korta utsagor – status somaticus och status psychicus – som fanns nedtecknade om kvinnorna i Själo-formulären från 1930-40-talen var ofta relaterade till huruvida patienten kunde äta själv. Slangmatningen handlade om tvångsmatning, medan patienter som var för sjuka, trötta, orkeslösa eller för passiverade för att själva kunna äta matades med sked. Givetvis var också skedmatningen påtvingad ätning, men saknade slangmatningens våldsamma prägel. Samtidigt var skedmatningen nödvändig för många patienters överlevnad. För patienterna kunde matvägran vara ren protest mot institutionens tvingande handlingar, ett försök till att återerövra kontrollen över sitt eget liv och sin egen kropp. Att vägra äta innebar att vägra lyda, vilket var en av de få motståndsstrategierna patienterna kunde använda. Sjukdomar, förtvivlan och nedstämdhet försämrade kvinnornas aptit, men självsvälten kunde också vara en drastisk strategi för att få ett

³³⁷ Michele och Nick Crossley (2001, 1481-1482) analyserar två undersökningar – den ena från 1957, den andra från 1996 – i vilka forna mentalpatienter berättar om sina sjukhuserfarenheter. Crossley & Crossley visar hur avpersonifiering och objektifiering fungerar som ett återkommande tema i patientberättelserna från 1957. Patienterna nämner fräntagandet av individuella kläder, iklädandet av patientuniformen, badandet av patienterna i samma badvatten, luggandet av deras hår, sköterskor som inte talade direkt till dem. Objektifieringen gällde både i relation till sköterskorna och till läkarkåren.

slut på det outhärdliga jordliga livet. För en del avmagrade patienter som dog på sjukhuset fanns inte dödsorsaken angiven. ”Hon ber ofta om att få slippa bort (dö) och har då vägrat att äta, men har ätit då hon matats med sked” skriver man om den 29-åriga tjänarinnan Vilhelmiina år 1934.³³⁸ Hennes önskan uppfylls, då hon två år senare dör på Sjalö. Dödsorsaken finns inte angiven, men hon väger 34 kg vid sin död.

Patienternas tarmfunktioner och deras näringstillstånd var av medicinskt intresse och antogs vara kopplade till psykiska funktioner, något som framkom såväl i läkarutlåtanden som i Sjalö asyls dokument. Många sinnessjukdomars bakomliggande orsaker betraktades som ”organiska” och därför var kroppens inre funktioner av betydelse för diagnostisering. Ett av tecknen i blanketten gällde *lavemang*. Utöver tarmrening eller –sköljning som ansågs ha en lugnande inverkan på patienterna, kunde lavemanget likaså vara ett slags tvångsmatning, ifall patienten inte kunde – eller inte ville – inta föda genom munnen. I lavemanget kunde även ges medicin, såsom lugnande och sömngivande medel (t.ex. kloral). Direkt relaterad till tvångsmatning, patienternas ätvanor och tarmfunktioner var deras *kroppsvikt* som skulle antecknas med röd penna i schemat. De månatliga vägningarna av patienterna – vanligtvis utförda den sextonde varje månad – var en kroppslig kontroll, samtidigt som det var en dokumentation över de kvinnliga patienternas ”kroppshistoria” på sjukhuset.

Genomgången av patienternas viktuppgifter visade drastiska viktminskningar. De allra flesta patienter gick ner i vikt, och kroppsvikter kring 30 kg var inte ovanliga. Det fanns även patienter för vilka vikten sjönk under 30 kg. ”Pat. ser ut som en plockad kyckling, ryggen mycket krokig [...]. Svarar inte på frågor, men följer med ett par pigga ögon i ett litet rynkigt ansikte, med vad som sker [och har] mycket dunkel uppfattning om skeendet omkring henne”, skrivs för den 74-åriga tjänarinnan som vägde endast 27 kg den 29 juni 1944.³³⁹ Året därpå avled hon efter en 56 år lång vistelse på Sjalö hospital.

Stora viktminskningar gällde i synnerhet för de kvinnor som insjuknade i tuberkulos och lunginflammation. ”Kärlekens offer”, statar-drängsdottern Lydia, som jag även presenterade i kapitel fem, var en av de patienter vars vikt rasade på sjukhuset. Hon inskrevs på Sjalö år 1924 vid en ålder av 24 år, och dog 19 år senare (1943). Under en fyra årsperiod gick hon ner i vikt sammanlagt 32 kg. När hon insjuknade i tuberkulos i februari år 1939 vägde hon 70 kg, men gick kontinuerligt ner i vikt från och med år 1940. När hon dog den tolfte februari 1943 vägde hon 38 kg. Utöver febermätningar, ger teckenblanketten för handen att hon smetat och kletat, att hon varit motsträvig och tidtals isolerad. Hon har några anteckningar om våldsamt uppförande. På det hela taget verkar hon enligt teckenblanketten ha varit relativt lugn – i relation till vissa andra patienter

³³⁸ Datum och plats saknas. Nedtecknat i Sjalö-formuläret, troligtvis uppgifter från Niuvanniemi sjukhus (övers.). HM 3.2.4. (1934).

³³⁹ PP 3.7.2 (1945).

– under sin 20 år långa vistelse på asylen. Den 21-åriga ogifta Sjundeåflickan som ”lidit av olycklig kärlek” och haft ”goda fattningsgävor”³⁴⁰ dog som svag, avmagrad och sjuk 43-åring. Anteckningarna i patientdagböckerna avslutades ofta med ”Exitus” (död), datum och exakt klockslag.

Patienternas låga kroppsvikter kan ha olika orsaker, men under krigsåren var mattillförseln till landets sjukhus försvårad (Blomberg 1991). Kvinnornas viktminskningar får mig att anta att patienterna kanske t.o.m. svalt ihjäl. Om detta berodde på att sjukhuset, och därmed patienterna, inte hade tillräckligt med mat, att patienterna inte kunde äta eller om det berodde på okunskap från personalens sida framkommer inte. Jag återkommer till patienternas sjukdomar och svaga näringsstillstånd i kapitlet *Från Sjölo återvände få*.

Maktens kropp och kroppens makt

Teckenblanketterna visar på att maktens utövningar är direkt kopplade till kroppens materiella funktioner; dess fysiologiska processer, njutningar och smärta (jfr Foucault 1978). Genom dagböckerna skapade sjukhuset historiska berättelser, kodifierade livshistorier över sina interner. Det var en historieskrivning som kartlade de individuella patienternas anstaltliv. De medicinska anteckningarna var dokumentära tekniker som omformulerade individuella subjekt till interner, samt definierade specifika tecken av olika symptom (jfr Foucault 1977, 186; Foucault 1973, 93). Dessa dokument med dagliga anteckningar skapade typologier och klassifikationer där all information om kvinnornas kroppsliga funktioner i minsta detalj samlades, bevakades och kontrollerades. Ur ett foucaultskt perspektiv kan den dagliga kunskapsinhämtningen om patienterna ses som ett uttryck för maktutövande. Jag diskuterade i det föregående kapitlet *Tre berättelser* hur kunskapen eller vetandet om individen – med hjälp av prognoser, diagnoser och bedömningar – kan ses som en av den moderna maktens viktigaste mekanismer (Foucault 1977). Undersökningarna med sina dokumentära tekniker formade särskilda subjekt, gjorde varje patient till ett fall och synliggjorde deras avvikelser. Att få kännedom, dokumentera, observera, mäta och jämföra patienterna med etablerade normer kännetecknade Sjölo hospitals disciplinära makt (jfr Lupton 1997, 99).

DISCIPLINERING OCH NORMALISERING AV PATIENTEN GENOM ARBETE

Sjölo asylinrättning omfattade och skapade specifika rutiner, av vilka teckenblanketterna utgjorde en central praktik. Sjukhuset var en regim som dels styrdes av dess egna praktiker – dess grundläggande raison

³⁴⁰ B-bilagan, Sjundeå, 2.4.1921. Orsaken till Lydias sinnessjukdom uppgavs vara ”olycklig kärlek”. Hon intogs på Lappviken samma år, tre år senare skickades hon till Sjölo. HM 3.2.3. (1924).

d'être – dels styrdes och påverkades sjukhuset av det omgivande samhället i sina möjligheter att skapa sysselsättning för patienterna såsom arbete av olika slag (jfr Gittins 1998). Krigen, fattigdom, brist på mediciner och näringsfattig mat, medicinalstyrelsens direktiv, det psykiatriska kunskapsfältets expansion med nya testmetoder och introduktionen av nya psykofarmaka satte sina spår i sjukhusets verksamhet. Kanske precis *på grund av* sin isolerade lokalisering fungerade sjukhuset i stor utsträckning utgående från omgivningens premisser med de krav, direktiv och möjligheter som existerade.

Den medicinska vården av de sinnessjuka baserades på idén om att sjukdomen orsakades av patienternas själsliga oordning och obalans. Som jag redan visat antogs starka känslor och passioner, ekonomiska bekymmer, ärftlig belastning och osedlig sexualitet ligga bakom kvinnornas sinnessjukdomar. Sjukhusets funktion handlade främst om förvaring av kronikerna, men patienternas själsliga ordning skulle återupprättas genom att minska möjligheterna till affekt. Detta gjordes med hjälp av noggranna, detaljerade rutiner till vilka hörde vila, utevistelse, lugnande bad, mat som var lättsmält och arbete (jfr Qvarsell 1982; Harjula 1996). På sjukhuset skulle arbetet hindra patienternas ohälsosamma tankar, hålla känslolivet och drifterna i styr (jfr Harjula 1996). Arbetsidealet och fördömandet av sysslolösheten som för en del Själopatienter utgjorde en intagningsorsak, eller åtminstone motivering för hospitalisering, fick en fortsättning på asylinrättningen. I disciplineringen av de kvinnliga patienterna och i genomförandet av sjukhusets disciplinära praktiker var idén om den nyttiga mentalpatienten som genom utfört arbete tillfrisknar central.

Ur ett foucaultskt perspektiv kan sjukhusets praktiker för att underkva patienternas starka känslor och sjukdomsanfall genom det normativa arbetet betraktas som ett sätt att normalisera de avvikande. Den disciplinära makten skulle enligt denna förståelse inte fokusera på yttre våld eller tvång – även om jag vill hävda att denna aspekt var central i verksamheten på Själo och på sinnessjukhus överlag – utan makten utförs framför allt genom att organisera kroppar i ett slutet rum med hjälp av minutiöst noggranna regler, konstant övervakning, ständiga undersökningar och kontroller (jfr Foucault 1977). I den organisering av kroppar som Själo asylinrättning realiserade och övervakade fungerade tvånget som ordningsmekanism. Tvånget innebar dels fysiska restriktioner (tvångströja, inspärning, isolering), dels avkrävdes patienterna specifika handlingar såsom arbete och underkastelse av sjukhusets behandlings- och disciplineringsmetoder. På detta sätt producerade tvånget en inre ordning för såväl hospitalet som patienten (jfr Jönsson 1998; Eivergård 2003). Ett konkret exempel på patientens inre ordning och självkontroll var hennes arbetskapacitet och -villighet. Härigenom var arbetet en normaliseringspraktik som inordnade patienten i en normalitetsdiskurs. Arbetet som ett medborgarideal kan inte poängteras nog. Jag har visat hur frågan i A-bilagan, läkarintyget, gällande förmågan eller oförmågan

till arbete var viktig och hänvisat till ekonomiska och sociala orsaker, samtidigt som jag har diskuterat hur arbetet var ett moraliskt kännetecken, något som definierade det "normala" subjektet. Genom arbetet uppfyllde medborgarna sin samhällsliga plikt och enligt klassisk sociologi gav arbetet därtill samhällsmedlemmarna en känsla av tillhörighet, nytta och tillfredsställelse.

I 1937 års Sinnessjuklag N:o 286, 6 kap. 26§ fastställdes att patienternas arbete på sinnessjukhuset verkställs för sjukhusets räkning, men den sjuke kunde tillåtas arbeta för egen (eller för sin familjs) räkning om "sådan ur sjukvårdssynpunkt anses fördelaktigt". Indirekt innehöll lagen en tanke om arbetsterapi baserat på ett belöningsystem: "Såsom uppmantran för arbete, som utförts för sjukhusets räkning, må den sjuke, därest sådant är ägnat att främja hans tillfrisknande, tilldelas flitpenningar enligt av medicinalstyrelsen fastställda grunder". Tanken på arbetet som en terapeutisk funktion förekom i ett tidigt skede på Själo och det gällde utackorderingssystemet. Fogliga patienter kunde utackorderas hos allmogefamiljer i Nagu socken och togs tillbaka till sjukhuset då de blev sjuka, gamla och "trötta" eller om värdfamiljerna inte längre ville eller inte kunde hysa dem. På sjukhuset rådde idén om att organiserat effektivt arbete samtidigt leder till organiserat effektivt uppförande (jfr Qvarsell 1982; Harjula 1996; Jönsson 1998; Eivergård 2003).

Innanför sjukhusets väggar plågades kvinnorna av tristessen, de trånga utrymmena och de ensidiga rutinerna. Många av de sjukare patienterna låg största delen av tiden i sängen. En del patienter orsakade besvär genom sina maniska anfall, andra matvägrade. De friskare och piggare med få symptom saknade ofta sysselsättning. Vissa av patienterna benämndes "arbetspatienter". Andra däremot var oförmögna till arbete. Efter år av institutionaliserat liv och sysslolöshet drog sig många kvinnor tillbaka till en stum värld; till tysthet, fullständig apati och passivitet.

"St. psych. Alldeles slö. Svarar ej på frågor. Ej orienterad till tid och rum. – Sitter orolig – hörselhallucinationer, sitter och mumlar svar på röster som hon ideligen hör. Äter själv, för övrigt hjälplös".³⁴¹

"St. psych. Sitter hela tiden i samma ställning med ansikte mot höger hand och vänster å knä. Knastrar med tänderna. Svarar ej på tilltal. Å avdelning, kan ej klä på sig själv, ofta perioder då pat. river sönder lakan och filtar samt äter dessa. Äter själv."³⁴²

"St. som. Mager [*i teckenblanketten uppges 32–40 kg*]. Alla reflex. stegrade. [...] Sitter hela tiden i samma ställning, framåtlutad, stirrar.

³⁴¹ 46-årig trädgårdsskolelev, rysk undersåte, diagnos schizofreni, inskriven 19 år tidigare (1927). Själo, 27.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

³⁴² 51-årig bondedotter, diagnos schizofreni, katatoni, inskriven 23 år tidigare (1921). Själo, 13.7.1944. PP 3.7.2. (1946).

Hör hela tiden röster som hon osammanhängande svarar. Svarar ej på tilltal, reagerar ej för omgivning. Måste tvångsmatas.³⁴³

Trots att de flesta kvinnor beskrevs som passiva och såsom "ej orienterade" i tid och rum, var arbetet något som patienterna försökte uppmuntras och motiveras till. Idén om arbete blev härigenom normativ.

"Mager och skräpig [...] (vilket är?) "vet ej" [...] (vilken dag?) "vet ej". (Har du arbetat?) "Nej". (Vad skulle vara roligt arbete?) "Vet ej" (Utarbete?) "Nej" – Pat. sitter utan att göra arbete, men är ej slö, orolig ibland nästan varje dag, skriker då [...] Snäll och snygg, ordentlig. Ovanligt mager [*i teckenblanketten uppges 36 kg*]. St.psych. Sitter och stirrar framför sig med oroliga rörelser. Plötsliga anfall av skrik och raseriskov, hör röster som envist förfölja henne. Vet sitt namn. Följer ej med omgivning. Är ej orienterad till tid eller rum. Kan ej förklara bild."³⁴⁴

Andra däremot tilläts inte och kunde inte arbeta på grund av sjukdomens art:

"St.psych. Rasande, begagnar de mest råa ordförråd, svär, domderar. Försöker gripa tag i omgivande personer. På avdelningen slö, sitter blott och stirrar med händerna mot ansikte. St.som. Mager [*i teckenblanketten uppges 40-46 kg*]."³⁴⁵

En del patienter tilläts arbeta, eller snarare avkrävdes nyttighet, trots att sjukhuset ansåg dem vara mycket aggressiva. Den 45-åriga kriminalpatienten Aino – straffrifyklarad för mordbrand – beskrevs som våldsam, därtill omnämndes hennes intresse för det motsatta könet:

"Tidvis retlig, slåss med alla patienter begagnande olika tillhyggen. Ofta fullkomligt raseriskov. Männen i stor gunst. Svarar på frågor. Orienterad till tid och rum. Inga hallucinationer. Arbetspatient."³⁴⁶

Det korta omnämmandet att männen står "i stor gunst" förtäljer inte om detta endast handlade om att hon *talade* mycket om män, eller om hon kommit i kontakt med män då hon arbetat på sjukhusets mark och vid dessa tillfällen visat dem ett stort intresse. Oberoende var hennes välvilliga inställning till män något som dokumenterades i den korta dagboksanteckningen.

Utöver kategorierna "slöa" och "rasande" patienter kunde vissa kvinnor beskrivas som samtidigt både fogliga och aggressiva:

³⁴³ 37-årig torparedotter, diagnos schizofreni, inskriven 14 år tidigare (1932). Själo, 4.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

³⁴⁴ 59-årig barnsköterska, diagnos schizofreni, inskriven 22 år tidigare (1922). Själo, 6.7.1944. PP 3.7.2. (1946).

³⁴⁵ 58-årig massörska, karelsk evakuerad, diagnos schizofreni, amanosis (blindhet), inskriven fyra år tidigare (1942). Själo, 4.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

³⁴⁶ 41-årig kommunalhemshysing, diagnos oligofreni, sömnsjuka, inskriven tre år tidigare (1943). Själo, 2.4.1946. PP 3.7.2. (1946).

”St. psych. Uppträder för tillfälligt lugnt fogligt. Följer med sin omgivning, uppfattar och svarar på alla frågor. Inga hallucinationer. Kommer ihåg allt. Men kan ofta efter minsta orsak få fruktansvärda raseriskov, skriker, vrålar, slår omkring sig, hackar i sin cell sitt huvud mot sängkant tills sår uppstår. Efteråt stark ånger.”³⁴⁷

”St.som. Mager [i teckenblanketten uppges 45–60 kg. År 1939 vägde hon 100 kg], blek skrynklig hud, andnöd. Klagar över synstörningar, buksmärtor. [...] Verkar vid undersökningen lugn, följer med omgivning, svarar logiskt på frågor, orienterad till tid och rum. – Ofta anfall av häftighet mot pat[ienter], skriker åt dem och håller häftigt hummande. På nätterna ibland anfall med störande vrålkonserer.”³⁴⁸

I dessa korta beskrivningar från åren 1944–1946 var två aspekter av vikt. För det första innehöll anteckningarna en evaluering av patientens *uppförande*, oftast relaterad till arbetsförmåga eller -oförmåga. Denna aspekt härrörde sig från status *psychicus* undersökningen. För det andra inbegrep beskrivningarna en evaluering av kroppens/patientens *utseende*, oftast förknippad med magerhet, men även andra omdömen såsom ”skräpig”, ”ser ut som en plockad kyckling” eller mera positiva attribut såsom ”ordentlig” och ”snygg”. Dessa skildringar hörde till den fysiska undersökningen, status *somaticus*. Både den somatiska och den psykologiska undersökningen moraliserade kring patienternas uppförande och utseende.

Nyttan med den arbetande patienten var tudelad: nyttan gällde såväl patienternas välbefinnande som sjukhusets ekonomiska resurser (jfr Sjöström 1992; McCandless 2003). Om inte samhället kunde dra nytta av de sinnessvaga, kunde sjukhuset det. Arbetet som utfördes i sjukhusets regi benämndes terapi och blev från 1930-talet framåt den viktigaste terapiformen vid sidan av läkemedelsbehandling. Närmare 90 procent av de finländska mentalpatienterna deltog i anstaltarnas arbete på 1930-talet (Harjula 1996, 119; jfr Dörries & Beddies 2003). Där arbetet kunde betraktas som belöning för att patienten varit tillräckligt foglig, fungerade isoleringen främst som straff eller tvångsmedel för patienter som orsakat besvär för personalen och de övriga internerna genom till exempel slagsmål och anfall. Arbetspatienterna städade, tvättade, hjälpte till i köket och vissa gick i utarbete hos bondfolk på Sjalö. Hospitalet hade även egen jord som patienterna brukade.

År 1941 kategoriserades arbetsmöjligheterna i utarbete, hushållsarbete och handarbete. I januari 1946 nedtecknades arbetsalternativen i jordbruksarbete, arbete i trädgården och parken, i köket, i tvättstugan, i olika verkstäder, ”beställningsarbete utanför avdelningen”, handarbete eller städning på avdelningen.³⁴⁹ Den första januari 1946 arbetade 14 patienter,

³⁴⁷ 46-årig kommunalhemshysing och kriminalpatient, diagnos imbecillitas och psykopati, inskriven två år tidigare (1944). Sjalö, 6.2.1946. HM 3.2.4. (1944).

³⁴⁸ 47-årig rysk arbetarhustru, saknar explicit diagnos, inskriven 24 år tidigare (1922). Sjalö, 11.2.1946. PP 3.7.2. (1946).

³⁴⁹ SKR 1.6. (1946).

men under sommarmånaderna steg antalet till 30 kvinnor. I januari samma år var dagligen 3-4 patienter sängliggande på grund av kroppsliga orsaker.³⁵⁰ Arbetet var säsongbetonat, så att vinterarbetet utgjordes av inarbete (vanligtvis handarbete), medan utarbetet sommartid bestod av jordbruksarbete. Arbetet som patienterna utförde var ”typiska” kvinnosysslor (jfr Eivergård 2003). I årsberättelserna framgår t.ex. att de kvinnliga internerna sydde sina egna sjukhuskläder, borddukar och gardiner. Sjukhusets könade praktiker med sömnadsarbete, städning och tvätt kan betraktas som inskolning i en normativ och konventionell kvinnlighet (jfr Showalter 1987, 82). Med andra ord var normaliseringen könad. Samtidigt avspeglades även sjukhusets och det omgivande samhällets krassa verklighet. Till exempel under kriget år 1943 uppgavs i årsberättelsen att handarbetet, p.g.a. bristen på material som en följd av krigstiden, minskades ”till nästan ingenting.” År 1949 står det däremot att internerna vävde närmare 40 par gardiner, ”även patientkläderna har alla sytts med patient- och sköterskearbetskraft, liksom även underkläder”. På 1940-talet blev också hälsotänkandet centralt i vården av patienterna och utöver arbetet, skulle patienterna motionera, röra på sig ute den friska havsluften (jfr Johannisson 1997). Promenader i skogen och simning under sommarmånaderna infördes.

Begränsningen av kvinnornas motstånd och handlingsutrymme var given, men kunde sjukhuset även frigöra? För en del patienter kunde Själo asylinrättning fungera som en *asy* i ordets ursprungliga bemärkelse, som en tillflyktsort från fattigdom, sjukdom, utsatthet, tärande arbete och misär. För kvinnor som blivit sexuellt utnyttjade, trakasserade i sin hemkommun eller på fattighuset, kvinnor som varit tvungna att prostituera sig själva, eller för kvinnor som var fysiskt och psykiskt slutkörda efter ändlösa graviditeter, blev Själo kanske en fristad, ett ställe som kunde erbjuda vila, mat och husrum (jfr Marland 2003, 317). Diana Gittins (1998) fascinerande studie av Severalls mentalsjukhus i Storbritannien under perioden 1913-1997 visar även att mentalsjukhuset kan betraktas ur ett befrielseperspektiv. För vissa kvinnliga patienter fungerade sjukhuset som en fristad. I en intervju med en kvinnlig patient som hade varit intagen på Severalls, frågade Gittins vad patienten hade ansett vara den största hjälpen i hennes tillfrisknande. Svaret löd: ”Getting lost in the lovely grounds. There was plenty of places to look and come to terms with one’s feelings [...] It was an *asylum*, so that in the grounds, you know, you were safe. It was an *asylum*, and yet you were free” (Gittins 1998, 9).³⁵¹

³⁵⁰ SKR I.6. (1946).

³⁵¹ Kring såväl patienters som vårdpersonals minnen och berättelser från vistelser på sinnessjukhus, se även Gunilla Framme (1997), Crossley & Crossley (2001) och Gunnel Svedberg (2002).

”INTET HOPP OM HENNES TILLFRISKNANDE”

”anser jag att intet hopp om hennes fullständiga tillfrisknande mera finnes, hvilket att jag får intyga icke blott på grund af förut aflagd läkared utan och med denna min edeliga förpligtelse så sant mig Gud hjelpe till lif och själ”³⁵²

Jag har diskuterat var och hur kvinnornas anstaltstillvaro började och hur livet på anstalten gestaltade sig, men hur slutade dessa kvinnors berättelser? Oberoende av om patienterna hade specificerade obotlighetsintyg, utförliga diagnoser, ordknappa dokument eller saknade intyg blev de flesta kvinnors vistelse på Själo livstida. Grundandet av sjukhus som skulle omhänderta de akut insjuknade (såsom Lappviken) – differentieringen av de vansinniga – medförde att de kroniska och hopplösa fallen placerades på institutioner ute i periferin. Själo låg i periferin och ansvarade för den utsiktslösa patientkategorin. Där experterna på Lappviken kunde experimentera med nya behandlingsmetoder, utgjorde de kroniska och hopplösa fallen en grupp som inte var medicinskt intressant, eftersom det inte fanns särskilt mycket att göra för dem (jfr McCallum 1997, 65). Lappviken, den finländska psykiatrins fader, men även de andra sinnessjukhusen, förpassade de hopplösa fallen till Själo.

Från Själo återvände få

David McCallum (1997, 65), som diskuterar dikotomin mellan de akuta och kroniska sinnessjukhusen i Australien, anser att det också fanns en ekonomisk aspekt i separationen mellan patientgrupperna.³⁵³ De kroniska patienterna var mindre värdefulla även i ekonomiskt hänseende, då många var arbetsoförmögna och sjukhuset skulle ha behövt deras arbetskraft. Eftersom patienterna upplevdes som obotliga med obefintliga chanser att tillfriskna var ”vård” eller bot inte första prioritet. Intagningen på Själo hospital handlade om övervakning och kontroll, men framför allt handlade det om förvaring.

Synen på kronikerna som samhällsnyttiga (obildbara) eller rent av farliga skapade ett behov av långvarig tillsyn och förvaring. Utskrivning av de obotliga patienterna var därför ovanlig och kvinnornas färd till hospitalet blev i allmänhet deras sista resa. Närmare hälften av kvinnorna tillbringade återstoden av sina liv på den lilla ön: 92 kvinnor – vilket

³⁵² Gäller en 32-årig torparhustru och barnamörderska (1895) som inskrevs på Själo först år 1937, vid en ålder av 74 år och dog på Själo fem år senare. Läkarutlåtande, Åbo, 21.10.1895. HM 3.2.4. (1937).

³⁵³ David McCallum (1997) diskuterar mera specifikt hur det blev möjligt att med särskilda redskap göra en åtskillnad mellan kategorin imbeciller, övriga avvikande eller defekta från kategorin *sinnessjuka*. Enligt McCallum (1997) erbjöds kunskapen av andra discipliners tekniker – tekniker som var åtskilda från medicinen – såsom den uppvaknande psykologin. Differentieringen skedde i utbildnings/skolningens namn.

innebär 64 procent av dem som det finns uppgift om (totalt 144 kvinnor) – dog på Själo.³⁵⁴ Varje år avled mellan 0-6 kvinnor, vanligtvis två till tre patienter per år. De vanligaste dödsorsakerna bland patienterna var tuberkulos, lungsot, lunginflammation (eller kombinationer av dessa), cancer, hjärtfel, undernäring, blodförgiftning, ålderdomskrämpor. Som mediciner använde sig sjukhuset av kamferdroppar, medinal, luminal, jod(kalium), hyoscin, bromkalium, trional samt andra barbiturater, även morfin och kokain användes som smärtlindring och i lugnande syfte. Patienter fick även hostmedicin, aspirin och kunde ordineras extra järn, smör och mjölk. Även om många patienter (framför allt yngre kvinnor) dog i tuberkulos och lungsot fanns det patienter som levde årtionden på hospitalet (jfr Framme 1997).

Under vinter- och fortsättningskrigen steg dödligheten på Själo, och detsamma gällde de övriga finländska mentalsjukhusen (Blomberg 1991). Ari-Pekka Blombergs (1991, 157) genomgång av sammanlagt 23 finländska sinnessjukhus under perioden 1935-1949 visar att medan 7-8 patienter per 100 bäddplatser dog före krigen, var antalet uppe i 16 döda per 100 bäddplatser år 1942 (jfr Dörries & Beddies 2003, 166). På Själo dog sammanlagt nio patienter år 1942, vilket är den högsta årliga dödsiffran. Blomberg (1991) konstaterar att det under krigen var farligare att vara patient på sinnessjukhus än att vara soldat på fronten (se även Salo 1996). Enligt Blomberg (1991) var krigstidens orsaker till den höga dödligheten hunger (brist på mat och dess svaga kvalitet), den svarta börsen nådde inte institutionerna, sjukhusens lantarbetare inkallades till kriget, jordbruksproduktionen minskade, och matransonering på sjukhusen blev knappare. Kriget medförde även att läkare och manlig vårdpersonal inkallades. Dessutom härjade infektionerna på sjukhusen, framför allt tuberkulos som var den vanligaste dödsorsaken på Själo under krigsåren. Infektionerna och patienternas svaga hälsa var ett resultat av de rådande levnadsvillkoren, vilket inkluderade förflyttningen av patienter från anstalt till anstalt. Blomberg (1991, 158-159) nämner evakueringen av de karelska mentalpatienterna, omvandlingen av vissa sinnessjukhus till krigssjukhus och den allmänna trängseln på sjukhusen som i sin tur ökade smittorisken. Alla dessa aspekter kan relateras till Själopatienterna, och torde åtminstone delvis förklara patienternas drastiska vikminskningar och dödsfall under krigsåren.

Utskrivning eller endast förflyttning till annan förvaringsplats?

Sinnessjuklagen från år 1937 tillät att den sjukes förmyndare eller om sådan inte fanns, den på vars ansökan patienten intagits, eller den som ansvarade för betalningen, att ansöka om patientens utskrivande (§8). Läkaren var dock enligt lagen inte tvungen att bifalla en ansökan: ”Anser

³⁵⁴ Liknande resultat framlägger Akihito Suzuki (2003, 357) i sin studie av ett japanskt ”hjärnsjukhus” (Ohji Brain Hospital) mellan åren 1926-45: 51 % av patienterna dog på sjukhuset. Detsamma gäller de intagna patienterna på det tyska sinnessjukhuset Wittenauer Heilstätten i Berlin (Dörries & Beddies 2003, 153).

likväl läkaren utskrivningen kunna medföra fara för den allmänna säkerheten eller för den sjuke själv och finnes icke säkerhet för att den sjuke överflyttas till vård till annat sinnessjukhus, skall läkaren hänskjuta frågan om den sjukas utskrivning till medicinalstyrelsens avgörande" (§8). Eventuell utskrivning av kriminalpatienter ("för vård intagen fånge, som befunnits lida av varaktig sinnessjukdom") skulle hänskjutas till medicinalstyrelsens avgörande. En mindre drastisk variant av utskrivning var "försöksutskrivning". I sinnessjukförordningen från år 1937 stadgades det att den ansvarige läkaren kunde "där han prövar det vara den sjuke till gagn och eljest lämpligen kunna ske på försök utskriva sjuk person från sinnessjukhus för viss tid, högst ett år i sänder". "Försöksutskrivning" innebar att den utskrivna patienten ålades att iakttä läkarens föreskrifter. Att försumma dem, eller ifall det ansågs finnas behov för fortsatt vård, medförde att den sjuka återintogs på sinnessjukhuset.

Bland Sjalöpatienterna fanns det några som utskrevs på försök och som fått komma hem på en provotid av ett år i taget. Under provotiden skulle uppgifter om den (försöks)utskrivna patientens tillstånd lämnas in månatligen. Dessa rapporter kunde se ut som följer:

"Skriftlig redogörelse över Katarina Maria Karlssons sinnessillstånd och uppförande under tiden 11.11-10.12.1943

1. Har det skett förändringar i sinnessillståndet? *Nej.*
2. Har det skett förändringar i uppförandet? *Nej.*
3. Känner hon sig själv frisk? *Ja.*
4. Uppträder sömnlöshet, rädsla, misstänksamhet eller dryckenskap hos henne? *Nej.*
5. Är hon i regelbundet arbete och var? *Hon arbetar regelbundet i Jousis portförlifabrik.*
6. Hur tillbringar hon sin fritid? *Med att handarbeta. Med hushållssysslor.*³⁵⁵

Betydelsen av ett regelbundet arbete för upprätthållandet av den själsliga hälsan var en central aspekt även *efter* utskrivning från sinnessjukhuset.

För Sjalöpatienterna innebar "utskrivning" främst förflyttning till ett annat sjukhus, inte "frigivning". De utskrivna, förflyttade, patienterna var 52 till antalet (27 %). Trenden var den – med utgångspunkt i de kvinnor som jag funnit anteckningar om huruvida de utskrevs eller dog på Sjalö – att ju senare under tidsperioden patienten inskrivits, desto större var möjligheten till förflyttning (utskrivning). Däremot riskerade kvinnor som hamnat på Sjalö i början av den undersökta tidsperioden att aldrig lämna asylen. För ett stort antal kvinnor – 48 patienter – saknades uppgifter om huruvida de dött eller blivit utskrivna. De flesta av dem var intagna i början av tidsperioden. Jag kan därför med stor sannolikhet anta att de flesta av dem dog på Sjalö, och därför kan antalet döda vara större än 92. De patienter som dog på Sjalö levde i medeltal 15 år på ön,

³⁵⁵ Översättning. Ur rapporten från perioden 1.7.-31.7.1945, uppges på fråga nummer 6: "i huvudsak med att handarbeta och med att sköta sin yngre brors ekonomi" (övers.). PP 3:7.2. (1943, 1945).

men spridningen är stor. Alina var den kvinna som levde längst på Sjalö. Hon bodde 62 år på anstalten. När hon skrevs in år 1895 var hon en 30-årig ogift torpardotter från Tenala.³⁵⁶ När hon dog år 1957 var hon 92 år gammal. Alina är liksom de flesta andra begravnen på Sjalö kyrkogård.

Få av de utskrivna fick återvända till sina hem, om de ens längre hade något hem att komma tillbaka till. De allra flesta förflyttades till Pitkäniemi sjukhus eller till något distriktssjukhus. Orsakerna till varför patienterna utskrevs/förflyttades framkommer ytterst sällan. För några omnämns att de inte längre kan fungera som arbetspatienter och därför skall de överföras till Pitkäniemi. Man kan säga att kvinnorna var dömda till en livslång hospitaliserad tillvaro. De utskrivna vistades i medeltal nio år på hospitalet, även om en av de utskrivna patienterna levde 38 år på Sjalö, vilket var den längsta tiden för de utskrivna.³⁵⁷ Många av de patienter som utskrevs blev det inom en tid av fyra år efter intagningen.³⁵⁸ Giftna och betalande patienter hade större chans att bli utskrivna från Sjalö eller förflyttade till sjukhus på fastlandet än vad som var fallet med ogifta patienter med kommunal eller statlig betalning (jfr Deacon 2003, 50; jfr Framme 1997, 132).³⁵⁹ Att placera patienten i familjevård – utackordering – hos allmogefamiljer i socknen räknades inte som utskrivning, eftersom patienten förblev inskriven på sjukhuset och familjevården stod under sjukhusets uppsikt.

Patienter vars familjer engagerat sig i intagningen utskrevs (förflyttades) från Sjalö i större utsträckning än patienter utan familjeanknytning. Familjen hade överlag kontakt med sjukhuset. De flesta av de utskrivna kvinnorna hade kommit till Sjalö under 1940-talet, vilket främst avspeglade en omorganisering och -strukturering av sjukhusets verksamhet, snarare än en "humanisering" av sinnessjukvården eller intagningsgrunderna. År 1946 förflyttades sammanlagt 15 kvinnor till Pitkäniemi sedan Sjalö från och med 1945 administrativt stått under Pitkäniemi sjukhus.

³⁵⁶ Det kan naturligtvis finnas någon annan patient som levtt på Sjalö ännu längre, men denna patients vistelse på Sjalö har jag kunnat spåra och dokumentera. I Alinas fall var det gravstenen på Sjalö kyrkogård som gav mig dödsåret. Alina saknade explicit diagnos. I ämbetsbetyget 26.11.1894 konstaterades att hon sedan "fem år lidit av oafbruten sinnesrubbnng" HM 3.2.3 (1895).

³⁵⁷ Den barnlösa arbetarhustrun Olga, inskriven år 1908 och förflyttad till Pitkäniemi år 1946. Vid tiden för sin intagning var hon 31 år gammal. I läkarutlåtandet (Lappviken) från 1908 saknade hon explicit sjukdomsdiagnos, men i Sjalös eget patientformulär uppgavs hon vara schizofren. PP 3.7.2. (1946).

³⁵⁸ I sin undersökning av sinnessjukhuset på Robben Island utanför Kapstaden (Sydafrika), bekräftar Harriet Deacon (2003, 47) samma tendens, nämligen att utskrivning var ovanligt efter fyra års vistelse på sjukhuset.

³⁵⁹ En intressant jämförelse utgör den svenska socionomen Gunilla Frammes (1997) undersökning av sinnessjuka som definierades som "lättskötta" och fogliga, som mellan 1940- och 1980-talen placerades på särskilda vårdhem i landstingens regi, dvs. utanför de egentliga sinnessjukhusen. Dessa "lättskötta" bar på många liknande karaktäristika som Sjalöpatienterna: de var ogifta, "oförsörjda", schizofrena och de vårdades på vårdhemmen i decennier.

Patienter som *utskrevs* från Sjalö (inte förflyttade till annat sjukhus) hade någon familjemedlem som var villig att ta omhändertata dem, och som lovade att sörja för kvinnorna i hemkommunen. Det handlade således om patienter vars familjer hade, eller åtminstone kunde bevisa, någon form av social eller ekonomisk status i hemkommunen. Med andra ord skulle de anhöriga anses tillförlitliga att omhändertata den utskrivna kvinnan. Ansökan om att få en patient hemskriven skulle göras till medicinalstyrelsen och den anhörige var tvungen att intyga för medicinalstyrelsen om att han/hon var en ansvarsfull och tillräknelig person. På en förfrågan från sonen till en patient huruvida det vore möjligt att få hem modern svarar översköterskan:

”Jag ber er göra en skriftlig ansökan om [utskrivning] och adressera den till Medicinalstyrelsen, Helsingfors, men sända den till Herr Doktor. Nagu, Sjalö sjukhus. Ur ansökan bör framgå hurudan er ekonomiska ställning är och hurudant arbete er mor hos er hamnar att utföra och att Ni tar hand om er mor, samt också er hemorts vårdnämndsordförandes utlåtande om er lämplighet som målsman [försörjare] till er mor.”³⁶⁰

En del anhöriga som hörde till det högre samhällsskiktet kunde ta sig bestämdare toner och skriva:

”Avser härmed meddela att jag äntligen är i tillfälle att förflytta min moder från Sjalö till Åbo och då hon allt av döma även förefaller bättre vill jag försöka mitt bästa att ordna det så bra som möjligt för henne, i all synnerhet som jag förmodar att hon kan röra sig fritt och ej är så farligt sjuk att någon risk föreligger att låta henne hava fullkomlig frihet. Det har mycket smärtat mig att min moder varit tvungen så länge vistats där, men är jag självfallet även tackskyldig för den vård hon där erhållit. Då jag emellertid nu skall försöka göra ett sista försök för hennes frihet anhöller jag härmed hövligast om Herr [Syssemans] ordnande och medgivande att så får ske. Tillika vore jag tacksam för meddelande huruvida hon kan slippa tillbaka ifall hennes tillstånd skulle försämrats; och det på sätt eller annat vore omöjligt att hålla henne fri. Jag är i tillfälle att taga emot henne med sista bätförbindelsen.”³⁶¹

Ibland ansökte kommunen om att få placera kvinnan på det egna kommunalhemmet. Detta beviljades vanligen eftersom arrangemanget garanterade patientens fortsatta vård, övervakning och förvaring. Det fanns några kvinnor som på föräldrarnas eller sina barns begäran fick komma hem. Med tanke på att de flesta kvinnor kom från ytterst fattiga förhållanden och saknade familjemedlemmar med ekonomiska resurser är det inte förvånande att det handlade om ett så fåtal kvinnor som kunde ombesörjas av sina familjer. De utskrivna fick en anmärkning om hurudant deras mentala tillstånd var i utskrivningsskedet; ”obotad”: situationen oförändrad, patienten i samma sinness tillstånd som vid intagningen;

³⁶⁰ Sjalö, 22.5.1947 (övers.). PK 3.II.

³⁶¹ Åbo, 11.12.1924. PK 3.II.

“förbättrad” eller “bättre”: patienten tillfrisknat något och “frisk”: som endast några kvinnor utskrivits som.

STERILISERING SOM KRAV FÖR UTSKRIVNING – KVINNOKROPPENS ”NEUTRALISERING”

För en av patienterna blev (tvångs)sterilisering villkoret för utskrivning. Det handlade om den unga ogifta kriminalpatienten, maskinmästardottern och tjänarinnan Katarina. Det var hennes försöksutskrivningsrapport som jag presenterade i föregående kapitel. På sin 26-årsdag, den 21 september 1940, intogs hon på Sjalö. Sex år tidigare (1934) hade hon stått åtalad för ett rån i Viborg, då hon tillsammans med sin manlige vän ”genom våldsamt fasthållande utan laglig rätt” rånat en man på ”300 mk, en rakkniv och 9 blyertspennor”.³⁶² Vid brottets utförande var Katarina 19 år gammal. Den 11 januari 1935 dömde Viborgs hovrätt Katarina till ett och ett halvt års tukthusstraff och att efter frihetsstraffet vara fyra år utan medborgerligt förtroende. Ett halvt år senare hävde dock Högsta domstolen hovrättens beslut med hänvisning till den utförda sinnessundersökningen. Eftersom Katarina ansågs lida av en sådan sinnessjukdom att ”hon måste betraktas som farlig för den allmänna säkerheten” underställdes hon landshövdingen i Viborg län som skulle skrida till åtgärder såsom stadgat i 1889 års förordning gällande vården av de sinnessjuka. Åtgärderna handlade om att få kriminalpatienten Katarina placerad på sinnessjukhus. Efter förhandlingar och samarbete – brevkorrespondens – mellan landshövdingen, medicinalstyrelsen och de involverade sjukhusen (överläkarna) följde en färd mellan fängelse och sjukhus. Katarinas resa mellan anstalterna började på Viborgs länsfängelse, varifrån hon förflyttades till Niuvanniemi sjukhus i Kuopio där den rättspsykiatriska sinnessundersökningen utfördes år 1935, för att sedan sändas till Pitkäniemi sjukhus i Tammerfors där hon vårdades i fem års tid (1935-40). År 1940 landade hon på Sjalö.

”En oanpassningsbar psykopat”

Det rättspsykiatriska utlåtandet över Katarinas sinnessillstånd var utfärdat den 18 maj år 1935 av överläkaren vid Niuvanniemi sjukhus.³⁶³ Den psykiatriska texten lyfter fram patientens pubertet, sexualitet och veneriska sjukdomar: ”i pubertetsåldern, började allvarliga själsliga symptom uppenbara sig hos henne. Vid denna tid hamnade hon i klorna på en förförare [som våldtog Katarina då hon var fjorton år gammal] och samtidigt uppträdde inbundenhet och slutenhet”. Hon hade svårt att få arbete och ”hamnade i sällskap med spritsmugglare och prostituerade”. Sin första veneriska sjukdom fick hon som 17-åring. Under sin fångenskap

³⁶² Ur rättegångsprotokollen, HD:s beslut 1.6.1935 (övers.) HM 3.2.4. (1940).

³⁶³ Citaten från den rättspsykiatriska undersökningen är översättningar. HM 3.2.4. (1940).

i fängelset i Viborg ”utlöstes såsom vanligt hos psykopatiska personer ett s.k. psykogent reaktionstillstånd, i detta fall dess ovanliga form, som kallas fängelsepsykos”. Katarina måste betraktas som otillräknelig, trots att den egentliga sinnessjukdomen utbröt först efter brottets utförande:

”Som särskilt svår psykopat sedan sin ungdom har hon genom sin levnad visat, att hon fullständigt saknar möjligheter att ordna sitt liv på ett hederligt sätt och att hon inte har den minsta förmåga att motstå frestelser och dåliga böjelser, som allt beror på medfödd svaghet i nervkrafter. Således saknar hon trots sin hyfsade intelligens de medel, med vilka en själsligt frisk människa förmår ordna sitt liv i enlighet med samhällets krav. Hon är en svår asocial psykopat. Och då hon försvagad av brister och missbruk av alkohol har hamnat i lockelsen att begå ett brott, har hon inte förmått göra motstånd utan handlat som en person utan fullt förstånd. Eftersom patienten med all sannolikhet, ifall hon befrias från straff, knappast skulle förmå ordna sitt liv dess bättre än tidigare, utan med stor sannolikhet skulle fortsätta på samma sätt som hittills, torde det vara skäl, att hon tillsvidare som en samhällsligt oanpassningsbar psykopat placeras på något slutet sinnessjukhus för vård.”

I psykiaterns slutanförande upprepas ”*psykopat*” hela tre gånger. Katarina diagnostiseras som ”särskilt svår psykopat”, ”svår asocial psykopat” och som ”oanpassningsbar psykopat”. Det psykopatiska karaktärsdraget bevisas av Katarinas oförmåga att ”motstå frestelser och dåliga böjelser”, något som hennes alkoholanvändning och prostitution illustrerar. Därtill är detta tillstånd medfött. Psykopaters avvikelse handlar snarast om bristen på moralisk omdömesfråga än om bristande intellekt (jfr Kaila 1935; jfr Rimke & Hunt 2002). Den hållningslösa karaktären medför samtidigt att patienten är oförmögen att ändra sitt liv, något som vittnar om psykiaterns deterministiska syn på sinnessjukdom.

Resultatet av den rättspsykiatriska undersökningen var att Katarina intogs på Pitkäniemi sjukhus. Bland avskriften från Pitkäniemi fanns några dagboksanteckningar som innehöll följande information:

22/9 36 Har 6 gånger varit i könsamgång med pat. [efternamn].
Enligt patientens uppgift hade hon menstruation senast i juni 18/9 36 [?]. Fostret avlägsnas efter att cervixkanalen utvidgats med hargari [otydligt] och laminariesticka.

Det finns inga andra uppgifter om den utförda aborten på Pitkäniemi än den korta notisen ovan. År 1940 sändes hon till Sjalö där risken för att de kvinnliga patienterna skulle bli utomäktenskapligt gravida var nästan obefintlig.

Till Sjalö och sedan hem – men till ett högt pris

I motsats till många andra patienter engagerade sig Katarinas föräldrar i dotterns hospitalisering. Redan år 1940, då Katarina fortfarande vårdades på Pitkäniemi sjukhus i Tammerfors, hade föräldrarna börjat sin kamp för att få hem dottern. Den 29 augusti 1940 informerade överläkaren vid Pitkäniemi sjukhus medicinalstyrelsen om att föräldrarna önskade få

hem dottern eller om detta inte var möjligt, att dottern skulle placeras på Sjalö hospital som låg närmare hemmet. Föräldrarna hade flyttat från Viborg till Åbo. Medicinalstyrelsen gick med på att flytta Katarina till Sjalö, men anmärkte i sitt brev till Sjalöläkaren ”att Katarina Karlsson på grund av sin kriminalsjuklighet inte får utskrivas från Sjalö sjukhus utan medicinalstyrelsens medgivande”.³⁶⁴ Efter endast tre månaders vistelse på Sjalö ansökte hospitalet hos medicinalstyrelsen om utskrivning.³⁶⁵ Detta tolkar jag som ett tecken på att Katarina betett sig väl på sjukhuset och inte uppvisat några större mentala problem. Med tanke på att utskrivning var sällsynt måste Katarina de facto ha uppfört sig i det närmaste exemplariskt.

Samma dag som läkaren på Sjalö hospital ansökte om utskrivning, skrev man om henne såhär i Sjalö-formuläret: ”Patienten har under hela sin vistelse här varit lugn och uppfört sig väl och handarbetat flitigt och väl.” Medicinalstyrelsen förkastade dock Sjalös ansökan den 13 januari 1941. Bland Katarinas handlingar fanns ett brev skrivet av föräldrarna i vilket de gav sitt tillstånd till ett ingrepp, men själva operationen var inte specificerad. Brevet som var daterat den 4 mars 1941 löd: *”Härmed godkänner vi, att på vår dotter Katarina Karlsson, med vårt tillstånd får göras den lagstadgade operationen. (Läkaren är väl medveten om vad vi avser). Om detta är hindret för hennes utskrivning, hem, från Sjalö sjukhus.”*

Brevet var undertecknat av fadern och modern, samt innehöll två vittnens underskrifter. Jag anade vad denna ”lagstadgade operation” handlade om, men först när jag hittade det andra brevet visste jag med säkerhet. Det specificerade brev där det framkom att det handlade om sterilisering fanns inte bland Katarinas övriga handlingar. Brevet eller fullmakten hittade jag närmast av en slump i min genomgång av korrespondensen mellan sjukhuset och de anhöriga.³⁶⁶ Det andra brevet var daterat exakt två månader efter det första (4.5.1941):

”Ärade Doktor.

Vi sänder Er denna Fullmakt. Och hoppas att detta är ett giltigt tillstånd för att utföra den där operationen, som sades vara hindret för vår dotter Katarina Karlssons utskrivning från Sjalö sinnessjukhus. Vi har redan många gånger försökt få hem vår dotter. Men därifrån har meddelats, att hindret har varit just det. Att vi förvägrat den lagstadgade operationen. För att förhindra släktens fortbestånd. Nu ger vi härmed vår tillåtelse till den där operationen. Och vi önskar att Herr Doktorn godkänner denna. Och om detta tillstånd inte uppfyller lagens föreskrifter. Så ber vi Doktorn meddela orsaken därtill. [bägge föräldrars hela namn].”

Det andra brevet var också bevittnat och bestyrkt av två personer. Katarinas föräldrar gav alltså sin tillåtelse två gånger till tvångssterilisering av dottern. I det första brevet ville inte föräldrarna skriva ut vad ”operationen”

³⁶⁴ 10.9.1940 (övers.). HM 3.2.4. (1940).

³⁶⁵ 19.12.1940. HM 3.2.4. (1940).

³⁶⁶ Översättning. PK 3.11.

innebar utan hänvisade till att läkaren nog förstod vad de avsåg. I det andra brevet märker man en viss frustration hos föräldrarna, de kanske började tröttna på att ständigt få nekande svar på sina försök att få dottern utskrivna och formulerade sig nu tydligare. Här får vi veta att föräldrarna till en början hade motsatt sig tvångssterilisering, men eftersom det nu inte fanns någon annan utväg, och då *villkoret* för dotterns utskrivning var sterilisering, gav föräldrarna sin tillåtelse. Katarina skrevs ut drygt ett år senare, den 11 oktober 1942, ”förflyttad hem”. Inga andra officiella dokument finns om denna sterilisering som jag antar utfördes. Det finns inga brev från medicinalstyrelsen där detta diskuterades, ej heller sjukhusdokument gällande själva operationen. Ingreppet omgavs av tystnad. Det enda som fanns var föräldrarnas brev och information om att Katarina utskrevs från sjukhuset. Det är möjligt att ingreppet gjordes på Åbo stadssjukhus som låg närmast till hands. Sjalö hade inte kapacitet eller redskap till dylika medicinska ingrepp.

Hur var detta möjligt? Sterilisationslagen och de Andra

Katarinas kropp neutraliserades, eller avköndades, i samband med steriliseringen. Samtidigt möjliggjorde den hennes utskrivning. Frågan som bör ställas är, hur var detta möjligt? Vilka var de diskursivt formade historiska och sociala villkor som skapade ett kontrollbehov av den reproduktiva kvinnokroppen? Fallet Katarina illustrerar den rashygieniska ideologins tekniker som var förhärskande på 1930-40-talen. Eugeniken som utmynnade i sterilisationslagen år 1935 utgjorde det diskursiva fält som möjliggjorde sterilisering av de subjekt som förde smittan – samhällsfaran – vidare till kommande generationer (jfr Helén 1997). Psykiatrin skapade här en möjlighet för statliga åtgärder genom sin expertkunskap om sjukdom och hälsa. Sterilisationslagen från 1935 möjliggjorde inte bara sterilisation på ansökan, utan även tvångssterilisering. Avsikten med sterilisationslagen var åtminstone delvis ett försök att minska på onödiga statliga utgifter och minska antalet barn som befann sig under statlig försorg (Pulma 1987, 55). Målgruppen för lagen var personer som samhället var tvunget att omhänderta: sinnesslöa, potentiella brottslingar och asociala personer. Enligt lagen var en person sinnesslös, vars intellektuella utveckling låg under en 14-årigs intellektuella nivå (SA 228/1935, 1§). Sinnessjukdomar som lydde under sterilisationslagen var schizofreni, manodepressivitet och andra sinnessjukdomar som ansågs ärftliga. Katarina hörde till lagens målgrupp.

Lagens syfte var förebyggande: åtgärder skulle sättas in före ”olyckan var skedd”. Det var en åtgärd *mot* osedlighetens samhälleliga konsekvenser och *för* tryggheten av samhällets fortstånd (jfr Björkman 2001, 11). Medicinalstyrelsen kunde beordra sterilisering av sinnesslöa och mentalsjuka. Motiveringen låg i den ärftliga belastningen samt oron över att de sinnessvagas barn kunde bli utan omsorg och omvårdnad (Mattila 2003, 111, SA 227/1935, 1§). Därtill tilläts sterilisation av epileptiker med hänvisning till rashygieniska orsaker (Lindberg 1996, 71). Enligt

sterilisationslagstiftningen skulle beslutet om tvångssterilisering fattas av medicinalstyrelsen. Att man hävde rätten att överklaga var enligt Markku Mattila (2003, 124) en medveten strategi för att effektivera lagen. Enligt 1935 års lag kunde beslutet om tvångssterilisering emellertid överklagas till Högsta Domstolen (Mattila 2003, 123).

Fräntagandet av de sinnessvagas politiska medborgarskap – att de inte fick rösträtt – var en symbolisk rensning som var ihopkopplad med rashygienens krav på en konkret rening av nationen eller ”rasen” (jfr Mattila 2003, 117). Att se till att dessa odugliga element avlägsnades från samhällskroppen betraktades som en samhällelig plikt. I sterilisationskommittébetänkandet från 1929 framställdes i synnerhet de ”själsligt undermåliga” som farliga och kriminella individer som ”ute i det fria” utgjorde en ständig fara för det övriga samhället. Männerna var potentiella sedlighetsförbrytare (våldtäktsmän), och kvinnorna skulle förr eller senare bli prostituerade (Mattila 2003, 118; jfr Björkman 1925; Kaila 1935; Neuman-Rahn 1955; Runcis 1998). Bakom sterilisationslagen låg utöver ”reningsprojektet” även en oro över de stegrade kostnader som den nya sociallagstiftningens skulle medföra. Antalet personer i behov av samhällelig omsorg (fattigvård) ökade, vilka i sin tur krävde anstaltsvård eller kommunalhem, något som i sin tur medförde ytterligare kostnader (Mattila 2003, 118). Av hela befolkningen var 4-5 procent årligen tvungen att ty sig till fattighjälpen, men för de psykiskt sjuka uppgick andelen som var i behov av fattigvård till nästan 50 procent under 1930-talet (Harjula 2003, 131). Utbyggnaden av sociallagstiftningen och sterilisationspolitikens utveckling var således inbördes relaterade fenomen.

Åren 1935-1955 behandlade medicinalstyrelsen sammanlagt 2286 sterilisationsansökningar. Av dessa förordades 2087³⁶⁷ och 199 förkastades. Kvinnornas andel av de steriliserade uppgick till 85,5 procent, och för 1263 kvinnors del handlade det om ett ingrepp som skedde utan deras medgivande. Endast 69 kvinnor ville själva genomgå sterilisation (Lindberg 1996, 72). Antalet män som steriliserades var 198, och av dem sökte sig 78 män själva till ingreppet. Orsaker som angavs i ansökningarna inkluderade störande sexuellt beteende³⁶⁸ (54 %), utskrivning från anstalt (13 % – Katarina hörde således till denna kategori), och oförmåga att omhänderta redan existerande barn (9 %). Av de steriliserade hade endast 104 personer anmärkningar i straffregistret, brotten varierade från snatteri till barnmord (Lindberg 1996, 72).

Med tanke på rashygienens konstruktioner av de lägre samhällsklasserna som latenta förbrytare och omoralens spridare är det inte förvånande att de personer som steriliserades kom från socialt och

³⁶⁷ De ”utvecklingsstörda” utgjorde den största gruppen av de steriliserade med sammanlagt 1119 personer. Av de steriliserade var 276 personer diagnostiserade med schizofreni. Epileptikernas andel uppgick till 169 personer. Majoriteten av de ”utvecklingsstörda” och schizofrena tvångssteriliserades, medan 85 procent av epileptikerna själva önskade sterilisation (Lindberg 1996, 72).

³⁶⁸ Detta gällde framförallt unga personer (Lindberg 1996, 72).

ekonomiskt utsatta förhållanden. Personerna som blev sterilisationslagens målgrupp tillhörde redan den medborgarkategori som lämnats utanför den allmänna rösträtten år 1906. Markku Mattila (2003, 114) antar att orsaken till varför sterilisationslagen godkändes så lätt år 1935 berodde på att lagstiftningen gällde marginella grupper – ”de Andra”. Det gällde individer som redan stod utanför samhället och som inte hade egna representanter i riksdagen (eftersom de saknade rösträtt). Frågan som Mattila (2003) dock glömmet att ställa är om inte det även berodde på att det var kvinnor som utgjorde den största målgruppen. Det gällde asociala, sjuka och ensamstående kvinnor (många med oäkta barn) som var beroende av fattigvård eller anstaltsvård – kvinnor som befann sig i den yttersta marginalen. Kriminaliseringen av kvinnlig sexualitet nådde sin kulmen i samband med tvångssteriliseringen (jfr Runcis 1998; Abrams & Curran 2000). Synen på kvinnorna som ansvariga för barn och nation – väktare av familjens, barnens *och* samhällets moral – skapade ett kontrollbehov av kvinnors sexualitet och reproduktion (jfr Foucault 1978; Helén 1997; Zavirsek 2000). Kvinnorna kunde alstra degenererade barn som skulle belasta nationens ekonomi, urvattna befolkningens kvalitet, men framför allt urvattna den nationella moralen. Sjalökvinnornas intagning visar hur detta hade en stor betydelse för hur kvinnors mentala problem diagnostiserades, benämndes och bemöttes.

GLÖMDA RÖSTER – DE ALDRIG IVÄGSÄNDA BREVEN

”Det är tvåtimmars båtresa från Åbo. En enslig ö med endast denna anstalt, de obotligt sinnessjukas vårdplats. [...] Där [Nagu] finns läkaren som kommer hit en gång i veckan, det är ungefär ½ timmes resa dit. Posten kommer tre gånger i veckan. Idag lördag fick jag ditt kort och Lis paket som också gjorde en omväg. Jag skriver detta i min säng ty här har alla en egen cell med en pall, säng och ett litet skåp. Efter att vi ätit middag får vi gå dit. På dagen är vi i den stora salen bakom läs, matsalen är skild för sig. Jag får promenera på gården en timme varje dag, men ut genom porten får man inte gå. Det är så hemskt ledsamt, man ser inga andra människor än patienter och sköterskor som är 6 [till antalet], världen är långt borta, runtomkring finns endast havet. Besökare kommer inte hit. Julen var bra, både vad gäller serveringen och annars [...] Jag orkade inte ens äta av alla håvor, så rikligt fanns det av dem [...] Brev får man inte stänga utan översköterskan läser dem. Den här översköterskan sade att nu får det [brevet?] säkert [iväg], hon är en fin människa. Jag var mycket orolig när det inte kom brev från Dig” [...] (Emmas brev, 30.12.1946).³⁶⁹

”*Världen är långt borta, runtomkring finns endast havet*”. Själö hospital var ett symboliskt och materiellt rum. Detta rum var samtidigt patienternas landskap, fyllt av deras drömmar, rädslor och föreställningar. På den lilla ön, instängda bakom sjukhusets järnportar och lås, längtade patienterna

³⁶⁹ Översättning. PK 3.11.

till världen utanför. Kvinnorna saknade sina barn, sina familjer och sitt tidigare liv. Vissa fogade sig i och anpassade sig till sjukhustillvaron, medan andra rasade över sitt öde. En del var för sjuka, omedvetna om tid och rum för att förstå vad som pågick, och stängde in sig i en egen tyst, alieerad värld. Den psykiatriska diskursen med sin dokumentation har redan gett en viss inblick i patienternas tankevärld, bland annat genom att läkarna citerar brev som patienterna hade skrivit till sina anhöriga.

I min genomgång av arkivmaterialet hittade jag emellertid sammanlagt 7 *original*/brev skrivna av Sjalökvinnorna som aldrig sändes från Sjalö. Det fanns inga motiveringar till varför breven inte sänds. Att patienterna var tvungna att lämna sina brev i öppna kuvert så att personalen kunde kontrolläsa dem innan de sändes iväg (alternativt konfiskerades), bekräftas i ett brev från översköterskan på 1950-talet, riktat till en man vars hustru är intagen på Sjalö. I brevet framkommer denna brevkontroll i förbigående: ”Det dåvarande brevet skrev hon [hustrun, patienten] på eget initiativ, och gav det till mig öppnat såsom brukligt är.”³⁷⁰ I Sinnessjuklagen av år 1937 stadgades att sinnessjukhuset var berättigat att granska brev till och av patienter:

”Ansvarig läkare vid sinnessjukhus så ock läkare vid sinnessjukavdelning i kommunalhem är berättigad att granska brev och andra försändelser, som avsändas av person, vilken intagits för vård å sjukhuset eller avdelningen, eller som till honom ankommit, samt att, där sådant i vårdens, ordningens eller säkerhetens intresse anses nödvändigt, innehålla desamma. Brev från den intagne, ställda till hans förmyndare eller tillsynsmyndigheterna, samt brev från dessa myndigheter till den sjuke böra likväl städse frambefordras.”³⁷¹

Emmas brev ovan och de sex andra var inte avskrifter, de var inte återgivna eller kopierade av personalen, breven var skrivna av Sjalökvinnorna för egen hand. Det var en besynnerlig känsla att *se* och *läsa* brev skrivna av de subjekt som auktoriteterna omyndigförklarat. Patienter som i den medicinska diskursen diagnostiserats som imbeciller, farliga och som oförmögna till rationellt tänkande. Breven var inte placerade på ett särskilt ställe i arkivet, syftet hade tydligen inte varit att inordna dem under någon särskild kategori såsom ”patientskrifter” eller något liknande. Ändå fanns de sparade. Breven var instuckna bland patienternas övriga handlingar. Där låg de som ett bevis på kvinnornas materiella existens; som ett synligt, gripbart minne av deras liv på Sjalö hospital. Jag presenterar fyra brev: Hannas, Veras samt Emmas två brev (se bilaga 1 för breven i original).

³⁷⁰ Brevet är daterat 12.12.1958 (övers.). I ett annat brev (22.5.1958) från sköterskan till en anhörig omnämns praktiken att inte sända iväg ”obestämda” patientbrev. PK 3.11.

³⁷¹ 1937 års Sinnessjuklag, N:o 286, 4§.

”*Detta är endast ett gömställe maskerat bakom ordet (sjukhus)*”³⁷²

Ett av de konfiskerade breven var mycket välformulerat och insiktsfullt skrivet om tillvaron på Själo. I brevet lyfts till exempel fram hur Finland gärna kritiserar andra länders orättvisor, medan man är beredd att blunda för det egna landets ”räheter”. Med dessa ”räheter” avsåg skribenten den inhumana behandlingen som patienterna på Själo utsattes för. Brevet fanns i ett frankerat och adresserat kuvert, med anmärkningen ”*Patientens brev till sin syster kunde inte sändas*” skrivet på kuvertet (sköterskan?).³⁷³ Brevet löd:

”Själo, 16/5-45

Käraste Syster.

Många hälsningar härifrån övärlden. Du förmodar givetvis, att jag tillbringar min tid på något (Sjukhus) – men du får lov att bli besviken och höra sanningen. Stället där jag är, är nog vackert vad gäller naturen, men om det är frågan om ett (Sjukhus) är detta endast ett gömställe [en härd] maskerat bakom ordet (Sjukhus). Där man strävar efter att föränta oss patienters såväl själsliga som kroppsliga krafter här bakom världens rygg. Vanligtvis pratar man nog med hög röst i Finland om andra länders räheter – men man är beredd att blunda för de egna räheter. För efter att ha följt med livet på denna anstalt i redan ett och ett halvt års tid, kan jag bara erkänna att detta är en anstalt utan någon som helst medmänsklighet. Det ser verkligen ut som om vi patienter står fullständigt utanför lagens beskydd. Ty de raa slag och sparkar som jag ständigt utsätts för, utöver den svaga näring som denna anstalt erbjuder, visar just på stor brist på medmänsklighet gentemot oss patienter – som slängs, som vinden slänger tiggaren, från ett ställe till ett annat. För att bli anfäktade av alla möjliga slags problemsökare [fi. pulmuri]. Och ändå borde man orka föra ett sådant här rätt och träkigt [enformigt] liv år ut och år in. Redan för länge sedan skrev jag till Biskopinnan [efternamn] att även ett sådant här bo finns i Finland – och inte är det alls upplyftande att tillbringa livets kväll på ett ställe där man inte ens har nattro, för att inte tala om något annat bättre. Jag läste i dagstidningen Uusi Aura att din son [förnamn] seglat in i äktenskapets hamn. Eftersom det fanns annons under Förlovade med.kand. [hela namnet] och Student [hela namnet] från [byn], alltså fann kanske också [sonens förnamn] sin käreasta från Tammerforstrakten. I de trakterna har det ju hänt mycket då också de goda vännerna ställde till det så att hela Norden hamnade i stort trångmål. Släng mig ett brev någon gång. Hälsn. Hanna”

Brevet var skrivet av den 53-åriga plåtsmedsänkan, kriminalpatienten Hanna som stått åtalad för stöld och som var diagnostiserad som sinnesslö (oligofreni), dvs. som förståndshandikappad. Hon inskrevs på Själo år 1943, förflyttades från Pitkäniemi sjukhus och hennes brev återfanns bland inskrivningshandlingarna. I sinnesundersökningen på Lappvikens sjukhus år 1941 konstaterades att ”enligt Simon-Binets intelligenste stulle patientens själsliga utveckling motsvara 10-12 åringars intellektuella nivå”.

³⁷² På finska: ”Tämä on vaan (Sairaala) nimen taakse naamioitu pesäke.” Finskans ”pesäke” kan översättas med härd, eldstad. HM 3.2.4. (1943).

³⁷³ Anmärkningen är inte daterad (övers.). HM 3.2.4. (1943).

Med det välskrivna patientbrevet i den ena handen och läkarutlåtandet i den andra, kan jag inte låta bli att ställa frågan: skulle ett 10-12 årigt barn kunna formulera och uttrycka sig på samma sätt som Hanna?

I Sjalö-formuläret anges diagnosen "oligophrenia?" med frågetecken, något som tyder på att Sjalö betraktade diagnosen som osäker. På Pitkäniemi sägs Hanna ha "trivts bra", varit lugn, städat, handarbetat och tagit helt och hållet hand om sig själv. År 1941 sinnesundersöktes hon på Lappvikens sjukhus, och även där var hon "lugn, vänlig, godmodig".³⁷⁴ Innan hon intogs på sinnessjukhus hade hon sammanlagt åtta gånger bestraffats för stöld. Som 18 åring födde hon ett oäkta barn och som tioåring fick hon syfilis i munnen. Systemen i hemkommunen, som var hennes förmyndare och som Hannas brev var riktat till, uppgav: "[Hanna] hade samtidigt med sin äldsta syster fått syfilissmittan efter att ha slickat på ett glas som var i allmänt bruk på Ylivieska station. Bägge hade fått sjukhusvård efter detta. Som 14-15 åring uppvisade hon symptom av samma sjukdom i ögonen, och var en tid blind, och samtidigt sprack gommen." Hannas tal blev då otydligt. Systemen har vidare berättat att Hanna "har haft som stor njutning att ta allt i smyg och i smyg bära andras kläder, även om hon själv har mer än nog" och att hon ljugit, "och inte har de anhöriga någonsin tagit [Hannas] tal på allvar." Därtill hade hon alltid varit "nervös och konstig", så att familjen "inte hållit henne för fullt klok". Rättspsykiatern på Lappviken slår fast att patienten är en "sinnesslös person som har insjuknat i en svår syfilissjukdom som barn, och som vuxen har hon uppvisat starka samhällsfientliga böjelser". Han konstaterar vidare att erfarenheterna av den undersökta

"visar mycket tydligt att bestraffningar inte påverkar henne i någon större utsträckning, ej heller kan hon klara sig självständigt i samhället. På grund av detta, och även när man tar i beaktande hennes förhållandevis djupa sinnesslöhet och hennes själsliga störningar vore det mest lämpligt att hon behandlas som en person i avsaknad av fullt förstånd och placeras tillsvidare på ett slutet sjukhus."³⁷⁵

På Sjalö stannade Hanna till den 4 juni 1946, då anteckningarna i patientdagböckerna upphörde. Det framkommer inte *vad* som hände med henne. Många patienter förflyttades till Pitkäniemi sjukhus den 5 juni 1946, högst sannolikt hörde Hanna till denna grupp. Under sin drygt två år långa vistelse på Sjalö – såsom dokumenterad i teckenblanketterna – var hon fridfull och vägde kring 50 kg. Ibland var hon högljudd, i övrigt var hon mycket lugn, vilket hon även uppgavs ha varit på Pitkäniemi och Lappviken. Emellertid fanns det en anteckning från den 12 februari år 1946 som motsäger detta:

"Ytterst orolig, sitter i stol [...]. Blicken irrar. Följer med sin omgivning, uppfattar alla frågor, läser, skriver, räknar. Gott minne.

³⁷⁴ Avskrift från Lappviken i Sjalö-formuläret (övers.). HM 3.2.4. (1943)

³⁷⁵ Avskrift från Lappviken i Sjalö-formuläret (övers.). HM 3.2.4. (1943).

Men nyckfull och retlig. Efter minsta orsak lätt rasande och bråkig. Orienterad till tid och rum. Arbetsspat., men väljer själv arbetet.”

I samband med denna notering ges Hanna en annan sjukdomsdiagnos än den som Lappvikens rättspsykiater gav fem år tidigare. Nu är diagnosen psychopati, därtill lider hon av hjärtmuskeldegeneration och framskriden syfilis (Lues III). Svårigheten att fastställa ”rätt” diagnos visar på diagnostikens föränderlighet, på hur olika diskurser (ärfthlighet, rashygien, fattigdom, kroppslighet, sexualitet, skrämnel) rörde sig i det diagnostiska språket och skapade olika föreställningar kring sinnessjukdom.

Känslor, sinne och nerver

Patienten Emma, vars brev inledde kapitlet, hade skrivit två brev som fanns i arkivet under ”brev som berör patienter”³⁷⁶. De båda breven var skrivna år 1946, men eftersom inskrivningshandlingarna sträcker sig fram till år 1944, saknar jag övriga uppgifter om henne. Jag vet således inte vem hon var, varifrån hon kom (annat än vad som framkommer i brevet att hon förflyttades från Pitkäniemi), hur gammal hon var, vad hon hade för diagnos osv. Hennes brev innehåller rätt mycket information om livet på ön. I båda breven skriver hon om sin ilska över att hon blivit förflyttad från Pitkäniemi sjukhus till Själo utan att någon informerat henne varför. Det första brevet är skrivet till en kvinna vid namn F. Emma skriver om sin besvikelse på överläkaren på Pitkäniemi (vid denna tid även överläkare för Själo, eftersom hospitalet stod under Pitkäniemi sjukhus) som hon litat på, men som hon nu anser att har svikit henne: ”Det gör mycket ont, eftersom jag litade gränslöst på honom [...] Man sade mig ingenting, doktorn frågade endast om min hälsa och jag sade själv att jag har försökt att ordna mig själv bort härifrån men jag får inget svar. Varför sade doktorn ingenting då, att jag flyttas hit” (från det första brevet). Det andra brevet är daterat samma dag (30.12.1946), ”detta skriver jag i min cell, jag fick tillstånd”. Brevet är riktat till en kvinna vid namn L. Liksom i det förra brevet handlar det huvudsakligen om skribentens besvikelse mot Pitkäniemi och överläkaren, men även en vädjan om hjälp:

”Kära L! Du har arbetat på de evakuerades byrå så kanske du känner någon som har ett varmt hjärta och den goda viljan att hjälpa mig, ordna mig bort härifrån till något lämpligt arbete, men inte till landsbygden eller Tammerfors. [...] Jag orkar inte vara här, jag kvävs här [...] Mina nerver är redan nu så trötta att jag inte orkar hålla ut, jag är rädd för att förnuftet verkligen far om jag inte kommer bort härifrån. Var snäll och skriv till mig om du kan hjälpa mig så att jag lugnt kan vänta och att detta brev kommit fram. Övissheten är så plågande, den förstör nerverna [...] Det var en olycklig dag när jag gick och frivilligt satte mitt huvud i fällan där hälsan var lockbetet. Om jag hade sluppit ut i slutet av förra sommaren skulle jag ha varit frisk och blivit glad. Så gick det inte.”

³⁷⁶ PK 3.II.

Upp och ner på brevet står det skrivet: ”Jag är vid fullt förstånd, fullständigt ärlig och hederlig och kräver att bli behandlad i enlighet med detta” – en utsaga som förmodligen främst är riktad till personalen, eftersom sköterskorna avgjorde ifall patienternas brev skulle sändas eller inte. Men uppmaningen kunde också vara avsedd för L, brevets mottagare.

Den 42-åriga ryska undersåten Vera, född i Estland, inskrevs år 1940 med diagnosen schizofreni. I ett brev till sin mor från den 16 juli 1941 ber hon om mat och pengar till frimärken. Brevet är skrivet på svenska, men är en blandning av tyska och svenska. Jag återger här min ”transkribering” och översättning av Veras brev till modern (se även bilaga 1 för ursprungstexten):

”Nagu, 16/7-1941

Bästa mor!

Jag skrev inga brev till dig det ena året, eftersom jag inte hade pengar till frimärken. Jag fick pengar endast för två brev i juni månad 1941 av W [Veras bror]. År 1940 hade jag två mark med vilka jag sände brev till bror, i det brevet bad jag honom att han måste sända pengar till frimärken och till kaffe, om han inte kommer genast, han måste föra hem mig, eftersom han har pengarna. Han skickade mig ingenting. Efter en månad kom bror till Pitkäniemi; han hämtade inte kaffe, han lämnade inte pengar till frimärken eller till kaffe, när han lämnade Pitkäniemi. Min mage är fast sedan sex månader. Det gamla kacket [bajset] kommer inte bort, inte heller det gamla kisset. Jag har hög feber; jag väger 38 kilo. Denna sjukdom kräver mycket starkt kaffe och mycket stark mat; rågbröd, mycket saltigt smör, salta korvar – eller fisk, sill, kokta ägg, bror måste sända pengar till kaffe och mat. Endast friska människor är här, de får mycket svag mat. Läkaren skickar mig inte till febersjukhuset. Med de två marken som jag fick av sjukhuset [detta hus?/”av dem desen hus?"] skickade jag det ena brevet till min tant [moster]; jag bad henne ta mig hem [?] och skicka pengar till frimärken. Hon besvarade inte mitt brev. Min chef fick också ett brev av mig. Han besvarade inte mitt brev. Mor måste gå till ämbetsmannen så att han söker [kräver] pengarna, 1300; eller 1200; från [av] fru L. Det finska folket måste ge de förlorade pengarna, för nio års arbete, eftersom de skickade mig till hjärnsjukhuset, utan de friska. Mor måste be om pengar till min resa och till mina klänningar av [?] konsulen, jag har skonummer 38. Jag är 43 år. De egna måste ta mig hem, jag är här det sjätte året och har en svår sjukdom, annars är jag frisk [?]. Bror måste sända mig en tidning på svenska och ett handarbete, spetsvirkning. Vera Moster kan skaffa mat åt mig; [räknar upp en massa namn].

Adressen är Nagu, Sjalö, hjärnsjukhuset.

Jag är redan den sjätte månaden i Nagu. Jag skickades från Pitkäniemi, Tammerfors till Sjalö, Nagu, i februari månad ½-1941”

Vera väger under 40 kilogram under hela sin sjukhusvistelse som sammanlagt varar i drygt tre års tid. Från och med slutet av år 1941 får hon magnesium dagligen. Följande år (1942) verkar hon ha lugnat ner sig (enligt tecknen i patientdagboken), i likhet med många andra patienter resignerar hon. De enda anteckningar som ges gäller magnesium, att hon går uppe, dvs. inte är sängliggande, samt de regelbundna vägningarna den 16:e varje månad (kring 34 kg). I november 1942 är vikten nere i 27 kilogram. I teckenblanketten framkommer det därtill att hon varit

pratsam. Hon menstruerar inte. Från och med den 12 december 1943 blir hon sängliggande fram till sin död (tuberkulos laryngit) i februari 1944.

MARGINALISERADE RÖSTER

”The history of madness would be the history of the Other – of that which, for a given culture, is at once interior and foreign, therefore to be excluded (so as to exorcize the interior danger) but by being shut away (in order to reduce its otherness); whereas the history of the order imposed on things would be the history of the Same – of that which, for a given culture, is both dispersed and related, therefore to be distinguished by kinds and to be collected together into identities” (Foucault 1970, xxvi).

Principen att lämna breven till översköterskan för granskning möjliggjorde censur av vad patienterna fick eller inte fick skriva. Ätminstone var det en kontroll av den information som sändes från sjukhuset ut till det övriga samhället. Ville sjukhuset kanske försäkra sig om att den bild av institutionen som patienterna gav utåt inte skulle försätta sjukhuset i en ogynnsam dager? Kanske fanns det också en tanke om att skydda de anhöriga från vansinnesutbrott, maniska brev och besvärliga utgjutelser. Betraktad ur institutionens perspektiv kunde övervakningen och censureringen av patienternas utåtgående korrespondens vara befogad. Sinnessjuklagen stadgade därtill att sjukhuset var berättigat att kontrollera patienternas brev. Därför var kontrollen av patienters skrivelser inte något som enbart kännetecknade Själo asyl, det var en lagstadgad och disciplinär praktik som sinnessjukhusen generellt använde sig av (jfr Börjesson 1994; Engwall 2001).

Varför sparade sjukhuset dessa brev? Skulle det inte ha varit ”enklare” att göra sig av med dem än att förvara dem? Troligen var avsikten uttryckligen att bevara breven som bevismaterial. På samma sätt som patienters brev kopierades in i de medicinska utlåtandena och användes som belägg för deras sinnesrubbing, utgjorde de undångömda breven en del av den kartläggning av patienterna som sjukhuset skapade. Även de konfiskerade breven var en del av den viktiga dokumentationen och den psykiatriska kursen. Samtidigt var breven kvinnornas personliga anteckningar och gav uttryck för deras erfarenheter. Mitt syfte var att lyfta fram patienternas utsagor och berättelser som alternativa tolkningar av det kvinnliga vansinnet. *Men är detta möjligt?* Avspeglar inte breven i huvudsak maktens mekanismer och tekniker? Vad blir möjligt att säga om kvinnornas erfarenheter, och hur skall vi förstå marginalisering?

I Själo-arkivet, men också i denna undersökning, intar dessa röster en marginaliserad plats. I motsats till de tusentals dokument som befäster makten, diagnostiken och disciplineringen – som jag så utförligt granskat och redogjort för – hamnar dessa patientröster i en undanskymd position. Medan de övriga kapitlen är långa är detta avsnitt kort. Även denna

avhandling kan därför beskyllas för att marginalisera kvinnornas utsagor. En påtaglig förklaring till denna snedvridning ligger i att textmaterialet är litet jämfört de officiella dokumenten. Det är föga överraskande att ett sjukhusarkiv som uppgjorts av myndighetspersoner i huvudsak består av auktoriteternas egna texter.

En annan mera komplicerad aspekt handlar om huruvida skrivandet av "tystnadens arkeologi" i sig är en omöjlighet, vilket Jacques Derrida (1978) hävdar i sin kritik av Foucault (1967). I *Vansinnets historia* sade sig Foucault (1967) vilja skriva tystnadens historia eller arkeologi. Han ville skriva om vansinnet *i sig självt* (of madness itself) genom att låta vansinnet tala för sig självt. Vansinnets historia skulle inte förstås i termer av psykiatrins historia *om* vansinnet, utan som en historia om själva vansinnet, dess sanning, essens och relation till förnuftet, dess motpol. Samtidigt hävdade Foucault att vansinnet endast kan förstås i relation till förnuftet och att det enda vansinnet kan säga om sig självt är förnuft, även om vansinnet i sig självt är förnuftets negation (Foucault 1967, 101). I förordet beskriver Foucault (1967, xii) hur vansinnet pekar på en "brusten dialog" mellan det rationella och det vansinniga. Stamningar, yttringar och ofullständiga ord utan bestämd syntax föll i en glömska vari åtskillnaden mellan vansinnet och förnuftet skapades (Foucault 1967, xii). Enligt Foucault kunde psykiatrins språk – som en förnuftsmonolog kring vansinnet – endast etableras på grund av denna tystnad. Därför var hans avsikt inte att skriva en historia om psykiatrins språk, utan en arkeologi av tystnaden.

Derridas (1978) språkfilosofiska kritik tar fasta på Foucaults argumentation gällande möjligheterna att fånga det "rena" vansinnet, samtidigt som de texter Foucault – och andra som skriver om vansinnets historia – hänvisar till främst är medicinska och juridiska dokument, dvs. förnuftets tekniker. Enligt Derrida kan det irrationella – vansinnet – inte förstås annat än inom och med rationalitetens språk. Vi är fångade i det västerländska förnuftets språk, hävdar Derrida, och därför är det en omöjlighet att skriva det irrationellas historia som någonting "utanför" det rationella. Förnuftets ordning (the order of reason) innebär, enligt Derrida (1978, 42), att inget subjekt kan tala emot det utan att vara för det, att inget subjekt kan protestera mot det annat än genom att befinna sig inne i den; inom förnuftets domän. Revolten mot förnuftet – de vansinnigas ageranden – kan endast göras inifrån.

Kritiken som Derrida (1978) framför är problematisk, eftersom den förenklar Foucaults argument. Även om mitt syfte inte har varit att göra en litteraturhistorisk läsning av Foucaults arbeten, kan man i bl.a. sekundärkällor (t.ex. Gordon 1992) finna en mera komplex förståelse hos Foucault av relationen mellan vansinne, förnuft och marginalisering än vad hans kritiker hävdar. I de äldre upplagorna av *Vansinnets historia* finns spår av Foucault som senare "tappats bort" i de engelska översättningarna, spår som visar på Foucaults medvetenhet om svårigheten att representera vansinnet och som explicit framhåller det omöjliga i att skriva en historia

av vansinnet självt. Tyvärr har många, Derrida medräknat, trots detta positionerat Foucaults projekt på ett specifikt sätt och därmed missat hans mera subtila strävan. Ser man till det ursprungliga förordet till *Folie et déraison* från 1961 (jag utnyttjar här översättningen i Gordon 1992, 35, min kursiv), framhåller Foucault: "To do the history of madness will therefore mean: to make a structural study of the historical ensemble – notions, institutions, juridical and police measures, scientific concepts – which hold captive a *madness whose wild state can never in itself be restored*; but, short of this inaccessible primitive purity, structural study must ascend back to the decision which at once joins and separates reason and madness; it must strive to discover the perpetual exchange, the obscure common root, the ordinary affrontment which gives meaning to the unity as much as to the opposition of sense and the senseless."

Här finns en uppenbar medvetenhet om marginaliteten, och om omöjligheten att någonsin kunna representera vansinnets "vilda tillstånd". Skrivandet av vansinnets historia blir dubbelt omöjligt, eftersom en sådan historia försöker rekonstruera ett lidande som endast kan spåras genom tystnader, och eftersom den med nödvändighet betraktar sina subjekt från det perspektiv som redan fångat dem. Tanken om denna dubbla omöjlighet är kanske det centralaste spåret i *Folie et déraison*, och det är beklagligt att man ofta måste gå till sekundärkällor för att se detta. På sätt och vis kunde man säga att även Foucault blir fångad av samma processer han beskriver; som en del av ett nätverk av kommentarer, halvt glömda texter, översättningar och böcker som gått ur tryck, där hans eget "vilda tillstånd" konstrueras via bibliografier och exegetik.

Derridas kritik av Foucault är emellertid en mycket mera komplicerad och omfattande diskussion än vad som framgår av min förenklade beskrivning. Delvis handlar det om att Derrida och Foucault vill föra fram olika frågor. Där Derridas filosofiska, ontologiska, poäng handlar om vilken representation av vansinnet, språket, arkeologin eller historieskrivningen som överhuvudtaget är möjlig, är Foucaults poäng mera av ett politiskt slag. Derridas nihilism visar på det omöjliga i Foucaults – och varför inte även i mitt eget – projekt att "ge röst" åt de vansinniga som alltid är fångade i förnuftets diskurs och därför saknar språk för sina erfarenheter. Samtidigt kunde man hävda att *även* Derrida kämpar om rätten att få föra de vansinnigas talan ("tala för" dem) och definiera dem som särskilda subjekt som saknar ett språk (jfr Spivak 1988). Därmed innesluts det irrationella i en tystnad, en omöjlighet som definieras av förnuftet. Foucault, men framför allt feministiska teoretiker som Elaine Showalter (1987) och Jane Ussher (1991, 1997), pekar på nödvändigheten att försöka ge utrymme åt det irrationella; åt de subjekt vars utsagor kringgärdats, bortdefinierats och fallit i glömska (jfr Cain 1993). På samma gång som dessa utsagor de facto *finns* i diskurserna.

Även om det, i enlighet med Derrida (1978), skulle vara omöjligt att på ett filosofiskt och ontologiskt plan representera kvinnorna utan att de marginaliseras, innebär det inte att man på ett *politiskt* plan skall sluta

försöka. En historieskrivning av de vansinnigas "egna röster" är i det närmaste omöjlig, men forskaren måste problematisera de röster som finns, göra dem hörda och ta dem på allvar, även om de marginaliseras i relation till de mäktigare texterna. Studiet av "de Andra" kan svårligen undgå en representation av dessa subjekt såsom befinnande sig i diskursernas utkanter. Därför kunde man hävda att patienternas brev av nödvändighet – såsom producerade och bevarade inom ramen för den medicinska diskursen – faller i skuggan av förnuftets tekniker. Jag vill hävda att även denna typ av representation har ett värde i sig, ett värde som överstiger den pessimism som redan kapitulerat inför de mäktigare diskurserna.

Patienterna som skrev sina brev kan inte längre tillfrågas, men breven finns kvar. Dessa enstaka texter bryter den tystnad som vanligtvis omger de vansinniga. Därför valde jag att låta kvinnornas brev tala för sig själva; jag undvek långa förklaringar och analyser varigenom jag hade riskerat att "överrösta" patienternas yttringar. Jag har i avhandlingen framhållit min genealogiska strävan att finna "sprickorna", motstridigheterna och fragmenteringarna i det diskursiva nätverk i vars marginaler – men samtidigt i vars centrum – patienterna befann sig. De glömda patientbrev kan betraktas som sprickor i den officiella sanningen om Själopatienterna; som en alternativ förståelse av kvinnorna, deras utsagor och handlingar. Breven avspeglar inte bara enskilda individers personliga erfarenheter av ensamhet, utsatthet och sjukdom, utan även mera generellt de realiteter och villkor under vilka de kvinnliga patienterna levde. Veras, Hannas och Emmas brev skapar sinnebilder av tillvaron och livet i det låsta kvinnorummet. I breven beskriver kvinnorna inte bara rummet och dess praktiker, utan också sina känslor, tankar och rädslor kring sin tillvaro som mentalpatienter. Genom breven får vi en inblick i de erfarenheter som auktoriteterna valde att tysta ner och glömma. Bristen på mångsidig kost, hunger, få läkarbesök, få möjligheter till sysselsättning, svårigheter att få pengar till frimärken, maktmissbruk och råheter, ovetskapen om sjukhusets strategier vad gällde den enskilda patientens vård (kommer man att bli utskriven och i så fall när?) är föreställningar av sjukhuset som kvinnornas brev frammanar. Dessa aspekter hade förblivit osynliga ifall jag inte hade tagit patienternas röster på allvar.

VIII

AVSLUTANDE DISKUSSION

DOKUMENT, DIAGNOS, DISCIPLIN

Parcellägaredottern Anna Lindström som för närmare hundra år sedan intogs på Sjalö asylinrättning inledde min undersökning. Varför är Anna, och sättet på vilket hon definierades som sinnessjuk, fortfarande av betydelse idag? Kunde inte hennes berättelse förpassas till det förflutna och förbli en historisk kuriositet? Dokumenten rörande Anna och de andra kvinnliga patienterna erbjuder emellertid ett flertal sociologiska infallsvinklar för att granska på vilket sätt handlingar, sjukdomar och utsagor definieras samt vilka innebörder de tillskrivs (jfr Scull 1989, 123). Samtidigt väcker Sjalöpatienternas berättelser frågor om vår egen samtids sätt att kategorisera och diagnostisera särskilda individer som annorlunda eller problematiska. Ett exempel är medikaliseringen och diagnostiseringen av PMS eller förlossningsrädsla som specifika kvinnliga (sjukdom)tillstånd (jfr Liljeroth 2006), men även den enorma diagnostiseringsglädje vi finner i de olika benämningar – ADHD och andra bokstavskombinationer – som barns (avvikande) sociala beteende tilldelas (jfr Clarke et al 2003). Dokumenten möjliggör även en analys av hur makt- och sanningsdiskurser är sammankopplade, dvs. hur maktrelationer skapar sanningar, i detta fall om det könade vansinnet. Med hjälp av dessa texter har jag studerat vilka handlingar som får benämnas ”vansinne”, hur diagnostik används i produktionen av sinnessjukdom, och på vilket sätt vansinnet könas, i detta fall till en kvinnlig sjukdom. Sjalökvinnornas inskrivningshandlingar (både medicinska och kommunala utlåtanden) pekar på dessa tillblivelseprocesser, med andra ord hur ett subjekt *blir* mentalpatient i diskursiva möten mellan kommun, medicin och samhällspolitik.

Även om många patienter saknade *explicit* psykiatrisk diagnos vid intagningen på Sjalö, diagnostiserades, bedömdes och kategoriserades kvinnorna som sinnessjuka. Jag har å ena sidan understrukt diagnostikens, det diagnostiska språkets olika aspekter: hur utsagor kring ärftlighet (”modern varit hysterisk under 1 månads tid”), skrämself (“blifvit biten av en häst”), olycklig kärlek (”olycklig kärlek och besvikna förhoppningar”) eller ”dåligt leverne” var ett uttryck för det diagnostiska språket på liknande sätt som stämpeln ”schizofreni”. Patienternas olika kroppsliga, själsliga och karaktärsmissiga ”symptom” omformulerades genom det diagnostiska språket till sinnessjukdom. Å andra sidan har jag gjort en åtskillnad mellan den rättspsykiatriska diskursens diagnostisering

och den diagnostik som kännetecknade de "vanliga" medicinska intygen. Eftersom rättspsykiatrien hade en annan funktion (evaluering av brottslingens sinnestillstånd), gällde endast en specifik patientgrupp (kriminalpatienter) och därtill både till form och till innehåll skilde sig markant från övriga diskurser, har jag hållit denna diagnostisering skild från de övriga. I avhandlingen har jag demonstrerat hur diagnoser var i ständig rörelse; hur handlingar som i början av 1900-talet kategoriserades som monomani, på 1930-talet diagnostiserades som schizofreni, och hur sömmerskan, som var själsligt överansträngd på 1910-talet, porträtterades som lat och onyttig på 1940-talet.

Diagnostiken var oskiljbar från intagningsprocessen och jag har illustrerat hur kvinnornas intagning på Sjölo hospital kunde motiveras med allt från ett enda brev från medicinalstyrelsen, ordknappa utsagor på några rader i ett läkarintyg och kommunutlåtande, anhörigas förtvivlade brev, till detaljerade tiotals sidor långa rättspsykiatriska beskrivningar av sinnessjukdomens uttrycksformer. Genom detta ville jag exemplifiera att vansinnet inte bara konstituerades i den medicinska diskursen, utan även i kommunala (fattigvårdsstyrelse, kommunalnämnd, fattighus), rättsliga (domstol), privata (familj, släkt) och religiösa (kyrkoherdar, präster) diskurser. I synnerhet samfundsberättelserna – framsprungna ur den kommunala diskursen – med sin vardags- och erfarenhetskunskap om patienten var centrala i konstruktionen av vansinne. Den medicinska diskursen med sitt makt-, sannings- och vetenskapsspråk var dock nödvändig för själva hospitaliseringen. Det rädde därför en hierarki i det diskursiva nätverket.

Denna studie utgör ett bidrag till förståelsen av hur kvinnors avvikande handlingar definieras, patologiseras och disciplineras. Jag har visat hur vansinnet förkvinligades och naturliggjordes genom att det kopplades till den reproduktiva kroppen. Därtill har jag demonstrerat hur konstruktioner av klass och vansinne var förbundna, oskiljaktiga i det diskursiva nätverket. För Sjölopatienterna handlade disciplineringen om diagnostisering, men även om fysisk kontroll genom isolering på sinnessjukhus. Undersökningen är i grunden en fallstudie av ett specifikt sjukhus – Sjölo hospital – och granskar en specifik grupp av kvinnliga mentalpatienter – kroniker. Med hjälp av Annas och andra patienters dokument har jag synliggjort både diskurserna för ett disciplineringsystem, och de som var föremål för dem, patienterna. Boken har sålunda rört sig tematiskt från bakgrunden till patienternas intagning, diagnostisering och intagning, de olika patientgrupperna, det disciplinära rummet, livet på anstalten samt till sist kvinnornas egna berättelser om livet i kvinnorummet. Jag har genom detta försökt visa på betydelsen av den dokumentation – ett arkiv – där de olika diskurserna möts. Det genomgående temat är disciplinering av kvinnlighet genom diagnostisering och dokumentering.

Min kritik av den tidigare sociologiska och feministiska forskningen handlar om att den alltför blint fokuserat på i huvudsak psykiatriska texter

och därför delvis försummat innebörden av ett större socialt sammanhang och andra sociala fenomen som möjliggjorde, och legitimerade, ett behov av medicinsk intervention. Den medicinska diskursens praktik behövde det sociala sammanhanget. Genom att granska en mångfald av dokument – ”vanliga” läkarintyg (stads-, kommunal-, provinsial- och distriktsläkare), expertintyg (rättspsykiatrer, psykiatrer), kommunala utlåtanden, familjemedlemmars och grannars intyg och brev, rättegångsprotokoll samt kvinnliga patienters egna brev – har jag framhållit att vansinne inte kan betraktas som uteslutande ett medicinskt fenomen, eller studeras enbart genom psykiatriska texter. Jag visar hur kvinnors galenskap konstitueras i en mängd olika diskurser, för att till sist legitimeras som ett medicinskt kunskapsobjekt som kräver medicinspecifika lösningar. Till skillnad från medikaliseringsteoretikerna betraktar jag den medicinska makten som en manifestation av redan etablerade maktrelationer, med andra ord sökte övriga diskurser efter medicinska lösningar (jfr Lupton 1997; Borch-Jacobsen 2001; Conrad 2005). Samtidigt använde den medicinska diskursen de övriga diskurserna i konstruktionen av vansinne.

Jag synliggör även hur olika samhällliga händelser, såsom krigen och den rashygieniska diskursens effekter, medförde förändringar både i det diagnostiska språket och i patientklientelet. Efter inbördeskriget på 1920-talet inskrevs gifta kvinnor och änkor, men även ryska undersåtar, på 1930-talet kriminalpatienter och under krigen på 1940-talet karelska evakuerade. Jag kan visa på kopplingar mellan psykiatriska, rashygieniska, kommunala, rättsliga och samhällspolitiska diskurser inte bara i konstruktionen av sinnessjukdom, utan också hur dessa användes för att skapa ett kontrollbehov av kvinnor.

I undersökningen har jag lyft fram fattigdomens betydelse i ett samhälle där den enskilda medborgarens värde definierades utifrån samhällets helhetsnytta (jfr Harjula 1996). Under hela den undersökta tidsperioden representerade lättja, sysslolöshet, kriminalitet, sinnessjukdom och övriga osedliga handlingar den onyttan, men även den samhällsfara, nationen ville reglera. Fattigdomens betydelse i denna kontext handlade inte bara om förvaringsproblem (vad göra med den fattiga ensamstående kvinnan) eller om moraliska fördömanden av sysslolöshet (medikalisering av låg arbetsmoral), utan också om diagnostikens koppling till fattigdom. Även om tidigare forskning påvisat att många kvinnor intogs på sinnessjukhus som en följd av fattigdom och utsatthet (Ripa 1990; Gittins 1998; Bosworth 2000; Zavirsek 2000), har få granskat hur fattigdom eller sysslolöshet användes i diagnostiseringen av sinnessjukdom. Kopplingen mellan fattigdom och medicin handlade således inte endast om att den medicinska diskursen kunde lösa ett fattigvårdsproblem. Det diagnostiska språket moraliserade kring fattigdomens olika betydelser (t.ex. kring olika typer av fattiga), använde dessa i de medicinska förklaringarna och tilldelade diagnoser som beroende på fattigdomens ”art” kunde vara degraderande eller välvilliga.

Mitt syfte med studien har varit att belysa hur vansinnet – som ett mångfacetterat socialt fenomen – kan tolkas ur en mängd olika perspektiv. Jag har diskuterat fattigdom, kroppslighet, sexualitet, irrationalitet, klass, moral, disciplinering och aktörskap. Min inspiration har jag hämtat från olika teoretiska och metodologiska perspektiv, samtidigt som jag hävdar att det sociologiska kunskapsbygget skapas i förgreningen mellan skildring och teori. Genom att kombinera sociologiska och dekonstruerande läsningar med kön som analytisk kategori har jag illustrerat det småskaligas mångfald. I kapitlet om kriminalpatienterna visade jag med hjälp av en enda text (per brottsling) hur en koppling mellan diskursiva och kontextualiserande, konkretiserande analysätt är ett fruktbart sätt att analysera hur kön, makt och avvikelse konstrueras. Med andra ord ville jag i min analys belysa hur en samhällelig kontext inte bara avspeglas i medicinska och kommunala texter, utan framför allt *skapas*, ges betydelser och tolkas genom dessa dokument. Studien visar hur den produktiva makten rör sig, motsäger sig själv och producerar sanningar om vansinnet. Dessa maktrelationer skapade och *könade* avvikande subjekt som formades i relation till klass, kropp och arv. Jag betraktar Sjölä hospitals arkiv som en avspegling av den moderna maktens mekanismer med sin kunskapsproduktion, klassifikation och dokumentation av patienterna; tekniker som konstruerade det vansinniga kvinnosubjektet. Texterna visade på språkets, benämningarnas och stämplingens betydelse och hur diskurser konstrueras till både form och innehåll.

I denna avslutande diskussion koncentrerar jag mig på fattigdomsdiskursen, uppgörandet av skillnader mellan patienterna i konstruktionen av både vansinne och kön, den psykiatriska diskursens expansion, det disciplinerande rummet (sjukhuset) samt frågan kring ”de Andras” möjligheter till motstånd.

KVINNLIGHET SOM EKONOMISKT, MEDICINSKT OCH KÖNAT PROBLEM

Patologisering av fattigdom

En av Sjölä hospitals funktioner var att fungera som förvaringsplats för fattiga ensamstående kvinnor. Inskrivningshandlingarnas fokus på ekonomiska förhållanden, armod och sysselsättningsvårigheter avspeglade ett agrarland med en stor fattig obesutten befolkning. Det var samtidigt dessa ogifta obesuttna kvinnor från landsbygden som flyttade till Helsingfors för att finna arbete som sedan blev de urbana tjänarinnor som intogs på Sjölä. Således kan man säga att det var ”samma” kvinnor som befann sig i den ekonomiska och sociala marginalen både i staden och på landsbygden. Betydelsen av kvinnornas, kommunernas och familjernas fattigdom förblev den centralaste intagningsorsaken under hela tidsperioden 1889-1944. Majoriteten av Sjöläpatienterna var

ogifta kvinnor, utan make, fast bostad eller arbete, och som stod under kommunens förmyndarskap. I kapitlet *Förvisade på livstid* har jag visat hur fattigdomen på landsbygden var en fråga om ogifta jordlösa kvinnor som var beroende av arbete på andras gårdar. I staden handlade det om en annan slags utsatthet – avsaknaden av lönearbete, oförmåga eller ovilja att arbeta – i en anonym värld där kollektivet varken ville eller hade möjlighet att inom ramen för lokalsamhället ordna vård för sinnessvaga. I städerna fanns därtill risken att bli arresterad som lösdrivare, samtidigt som många kvinnliga lösdrivare hamnade i prostitutionen. Lösdriveriet konstruerades därför som ett socialt, ekonomiskt och könat problem.

Fattigdomens betydelse var mångskiftande. Utöver den krassa ekonomiska aspekten konstruerades patienternas fattigdom i moraliska och patologiska termer. Den kommunala diskursens konstruktion av fattigdom och kvinnlighet som ett ekonomiskt problem omformulerades i den medicinska diskursen till en sjukförklarad kvinnlighet och ett medicinskt problem. Jag har visat hur fattigdom kunde framställas som smitta, arv, olycka, val eller som misstag och svaghet. I fokus för patologiseringen av fattigdom låg arbetsidealet och förbrytelser gentemot denna norm. Jag har därför kritiserat den tidigare feministiska forskningen för att ha utgått från ett passivt medelklasskvinnoideal (icke-arbetande). I avhandlingen har jag demonstrerat hur normativ kvinnlighet i Finland under perioden 1889-1944 konstruerades i termer av arbete och flit, inte passiv önskvärd kvinnlig sjuklighet. Betydelsen av klass i relation till vansinneskonstruktioner var central, framför allt vad gällde segregeringen, isoleringen, men även själva diagnostiseringen. Sjalö hospital var ett underklassens fenomen, något som illustrerar vansinnesdiskursens koppling till fattigdomspolitik och samhällspolitiska diskurser. Sambandet mellan armod, fattigvård och sinnessjukvård är inte alltför olikt den koppling som fortfarande idag etableras mellan utslagning, marginalisering och allvarliga mentala problem.

Produktion av kroppslighet och sexualitet – kriminalpatienterna som eugenikens symboler

Utöver fattigdomsproblematiken förblir sjukdomsförklarandet av kvinnlighet – i termer av kvinnokropp och sexualitet – ett genomgående fenomen under hela tidsperioden, något som bekräftar den tidigare forskningens resultat (Showalter 1987; Ussher 1991; Johannisson 1994, 1997; Zavirsek 2000). I dokumenten konstruerades kvinnors sexualitet som ett problem på grund av rörlighet: kvinnor börjar flytta runt, de urbana kvinnorna lösgörs från familj och lokalsamhälle, lösdrivarna håller sig inte i en och samma kommun, suputerna rör sig i suspekta sällskap. Denna rörlighet kännetecknade städerna (jfr Järvinen 1990; Thörn 2004), men även på landsbygden diskuterades kvinnors geografiska rörlighet, täta byten av arbetsplatser och kringirrande tillvaro. Denna rörlighet sammankopplades för de ogifta kvinnornas del både med rastlöshet, oansvarigt sinnelag (sjukliga karaktärsdrag) och med utomäktenskapliga

sexuella handlingar – i sin allra bevisligaste form med utomäktenskapliga graviditeter. När den rashygieniska diskursen sedan kulminerar som den medicinska diskursens specifika kunskap på 1930-och -40-talen, konstruerades sexualiteten – och den övriga osedligheten – som smitta, som en nedärvd sjukdom. I den medicinska diskursen blev sedlighet mera *uttalat* en fråga kring kroppslighet och fattigdom en fråga kring självkontroll, eller snarare brist på självkontroll.

Hororna, de prostituerade, de promiskuösa, de liderliga, de erotiska, de med könssjukdomar, de som fött oäkta barn, de som talar för mycket om män, de som inte kan hålla drifterna i styr – vanligtvis, men inte alltid, ”karaktärsdrag” hos ett och samma subjekt – representerade den orenhet nationen ville eliminera. Tidigare forskning har visat hur läkare i början av 1900-talet engagerade sig i rashygiendebatten och kvinnofrågan, som en konsekvens av att kvinnor började utmana den patriarkala ordningen genom att beträda manliga domäner (jfr Helén 1997; Uimonen 1999, 2003). Socialdarwinismens och senare eugenikens fokus på skillnader mellan samhällsklasser, ”raser” och samhällen nyttjade arbetarklasskvinnlighet för att påvisa den inneboende skillnaden mellan den lägrestående arbetarklassen och den civiliserade medelklassen. Arbetarkvinnornas rörlighet, förvärvsarbete, klädsel och sexualitet var ett uttryck för hotet mot könsordningen, men också mot den normativa kvinnligheten (jfr Wikander 1991; Johannisson 1994; Lennartsson 2001).

I den medicinska diskursen fungerade de kvinnliga patienterna både som medicinska undersökningsobjekt (sinnessjukdom) och som representanter för social avvikelse (lösdriveri, arbetslöshet, sexualitet). Genom dessa patienter kunde den psykiatriska diskursen presentera idéer om moralisk dekadens, social oordning och ärftlighetslära (jfr Scott 1988, 162). Jag vill hävda att kvinnorna *på grund av* den oordning som deras reproduktiva kroppar och sexualiteter representerade *blev* medicinska undersökningsobjekt. Samtidigt kunde psykiatrin fungera som en form av samhällshygien (jfr Foucault 1978).

Under hela den undersökta tidsperioden var biologiska och fysionomiska förklaringar till kvinnornas sjukdomar centrala, men rasläran utmynnade i detaljerade släktbeskrivningar och degenerativa kroppsskildringar. Både den kommunala och den medicinska diskursen nyttjade ärftligheten i konstruktionen av vainsinne, men kvinnokroppens betydelse skilde sig mellan diskurserna. Där den kommunala diskursen skapade kropp med hänvisning till osedlighet eller barnafödande, fokuserade den medicinska diskursen på organ och funktioner, så att kroppens inre och yttre yta inskrevs med innebörder (jfr Johannisson 2004). Kroppens vikt, längd, storlek, blödning, könsorgan och könshår, hud, bröst, utseende, typ (t.ex. enligt vissa kategoriseringar såsom astenisk eller atletisk) och de defekter som här kunde urskiljas, var en central del av den psykiatriska diagnostiken. I de rättspsykiatriska undersökningarna – med diagnostisering, mätning, evaluering – av kriminalpatienterna blev de medicinska antagandena om degeneration mest märkbara. Både den psykiatriska sexualiseringen av

kvinnokroppen och -psyket och eugeniken var sammanlänkade på ett intressant sätt. Bägge producerade specifik kunskap om sjukdom och kroppslighet som var relaterad till kön och klass. Fallen Johanna, Sofia och Emilia illustrerade hur kriminella och degenerativa karakteristika konstruerades såsom befinnande sig i kropparna, sexualiteten, arvsanlagen och personligheten. I den rättspsykiatriska diskursen blev degeneration en fråga kring *vem*, de avvikande handlingarna ("vad", dvs. brottet, sexualiteten, underklassens sedeslösa leverne) tjänade främst till att bekräfta vem det avvikande subjektet var (jfr Foucault 1988c).

I min analys av kriminalpatienterna diskuterar jag även hur en ny typ av medicinsk makt – den rättspsykiatriska – uppstod och förvetenskapligades (se kapitlet *Från brottslighet till sjukdom*). Samtidigt skapades skillnader mellan kvinnliga och manliga brottslingar i den rättsliga diskursen (lagstiftning), framför allt genom de särskilda kvinnobrotten, såsom barnamord, men i viss mån även genom lösdriveri som konstruerades utgående från kropp och kön. Genom den dekonstruerande och mikrohistoriska läsningen av de rättspsykiatriska texterna har jag demonstrerat hur den psykiatriska makten producerades i en kamp, eller åtminstone i en växelverkan, med andra diskurser. Jag lyfte här fram dokumentens textuella praktiker: hur andra diskurser citerades, hierarkiserades och evaluerades i den rättspsykiatriska diskursen. Den psykiatriska diskursen behövde inte bara de brottsliga kvinnornas avvikelser, utan även de övriga diskurserna, för att etablera sig som sanningsdiskurs. I Sjalökvinnornas fall segrade den psykiatriska diskursen med sin slutgiltiga sanning om kriminalpatienten, oberoende av ifall rättspsykiatrin var tvungen att misstänkliggöra eller bekräfta andra diskursers utsagor. Jag har visat hur produktionen av sanning i den rättspsykiatriska diskursen handlade om *benämmandets makt* – att understryka och benämna särskilda handlingar och karaktärsdrag som sjukliga – men också om den *subtila makten* – att genom patienternas brev nå kunskap om individens innersta känslor och tankar – och därigenom nå makten över själen (jfr Björk 1997). Dessa var expertdiagnostikens makttekniker, specifika för just denna diskurs.

Den slutgiltiga sanningen var själva psykiatiseringen av kvinnornas brott, utsagor, kroppar, handlingar men framför allt av kvinnorna som *individer*. Brottslingen blev patient i den psykiatriska diskursen genom individualisering, sexualisering och biologisering av de kvinnliga avvikarna. Ett exempel var den blödande kroppen som användes som diagnostiskt redskap i straffriförklaringen (se kapitlet *Blödande kroppar – disciplinering av irrationalitet och fara*). Kvinnokroppen blev betydelsefull då handlingar var irrationella och oförklarliga, samtidigt som denna kropp konstruerades som sjuklig. Kroppslighet användes för att återställa en könsordning som rubbats genom felaktiga handlingar (mord, rån, våldsamhet, sexuell omoral). Samtidigt fungerade detta bekräftande av (biologisk) kvinnlighet som ett sätt att begränsa kvinnors handlingsutrymme (jfr Chesler 1972; Busfield 1996; se även Oudshoorn 1994). Handlingar som uppfattades som

”okvinnliga” ledde till starkare biologiska konstruktioner av avvikelse. I den rättspsykiatriska diskursen blev biologisering ett sätt att naturalisera avvikelserna, och därmed återinföra avvikelserna tillbaka till den kvinnliga sfären.

SJÄLÖ, DE UPPGJORDA SKILLNADERNA OCH DEN PSYKIATRISKA DISKURSENS EXPANSION

Ett nödvändigt sjukhus

Min studie illustrerar hur den finländska psykiatriska diskursen etablerades på 1800-talet, vetenskapliggjordes och därmed professionaliserades i början av 1900-talet. Två viktiga diagnostiska kategoriseringar av de vansinniga på 1800-talet bidrog till den psykiatriska diskursens expansion. Den första psykiatriska uppdelningen handlade om att skapa två patientgrupper – de botliga och de obotliga – som skulle särskiljas: placeras på skilda anstalter och behandlas med skilda metoder. I samband med denna indelning år 1840 grundades Lappvikens sjukhus – kopplat till Helsingfors universitet – för att omhänderta de akut insjuknade, medan Själo omvandlades till ett kronikersjukhus som skulle omhänderta de obotliga, de som saknade hopp om tillfriskning. Detta medförde samtidigt en hierarkisk åtskillnad mellan centrum och periferi i den psykiatriska vårdens etablering. Patienterna i centrum – de botliga – var mera värdefulla för den psykiatriska disciplinen som med sin nya expertkunskap kunde bota, vårda och experimentera med nya behandlingsmetoder, använda patienterna i undervisningen samt skriva läroböcker och avhandlingar på basis av detta ”patientmaterial” (jfr McCallum 1997). På Lappviken, men senare även på de andra sjukhusen (Pitkäniemi, Niuvanniemi) blev kronikerna utsorterade och förflyttade till Själo. För kronikerna i periferin handlade behandlingen om förvaring och övervakning. Därtill ansvarade icke-psykiatrer, allmänpraktiserande kommunalläkare, över Själo hospital, något som bidrog till en lägre status på det psykiatriska kunskapsfältet.

Den andra psykiatriska sorteringen av de vansinniga var könad: kvinnliga och manliga patienter skiljdes åt. Även här var det Själo som symboliserade det könade särskiljandet, då hospitalet år 1889 blev ett slutet kvinnosjukhus för kvinnliga kroniker. Själo hade då gått från leprosarium till därhus, därefter till sinnessjukhus för obotliga, för att till sist bli ett kvinnohus. Allt detta skedde i periferin, *men* ständigt i centrum för den finländska sinnessjukvårdens och den psykiatriska diskursens etablering. Sjukhuset stod således i centrum för mötet mellan den rättsliga diskursen (sinnessjukförordningar, lagstiftning) och den psykiatriska diskursen. Själo hospital var nödvändigt för inrättandet av den nationella psykiatrin: sjukhuset behövdes för psykiatrins specialisering. Denna utvidgning av det psykiatriska kunskapsfältet och dess maktutövning blev synlig i

de *skillnader* som etablerades mellan olika patientgrupper med hjälp av diagnoser, bedömningar och utsagor.

Kvinnligheternas gränser och upprättandet av ordning

För patienter vars intagning inte motiverades med fattigdom, och som inte beskrevs i kroppsliga eller sexualiserade termer, fann den medicinska, men också den kommunala, diskursen andra sätt att köna och producera avvikelser. För de besuttna, gifta eller de fåtaliga medelklasskvinnorna uppgjordes diagnoserna mera sällan med hänvisning till ekonomi. Vad gällde t.ex. bonddöttrar, så befann de sig i en annan social och ekonomisk position än inhyseskvinnorna som arbetade för bondfamiljen. Till skillnad från kvinnor som stod under fattigvårdens försorg intogs bonddöttrar oftare på familjens – faderns – ansökan. Detsamma gällde gifta kvinnor vars makar var involverade i intagningsprocessen. Obesuttnas och tjänarinnors diagnoser hänvisade till både passivitet – nedstämdhet, slöhet, arbetsoförmåga – sexualitet och aggressivitet. Intagningen av gifta kvinnor (som oftast var besuttna) motiverades däremot i över hälften av fallen med utsagor kring våldsamhet. Trots att havandeskap och täta barnsängar – kroppsliga förklaringar – uppgavs som bakomliggande sjukdomsorsaker, hamnade dessa aspekter i skuggan vid produktionen av våldsamhet. Jag har argumenterat för att detta var ”nödvändigt” för att legitimera mödrarnas förvisning från hemmet. Konstruktionen av aggressiv ”gift kvinnlighet” skapade en omöjlighet för ett tillfredsställande moderskap, men också för uppfyllandet av hustruns förpliktelser. Härigenom möjliggjordes gifta kvinnors hospitalisering.

Det var genom dessa skillnadsskapande praktiker som Själopatienterna på olika sätt blev ”de Andra”, inte bara på grund av att avvikelserna konstruerades som något specifikt kvinnligt, utan genom processer där skillnader mellan olika kategorier uppgjordes. I kapitel fem, *Förvisade på livstid*, har jag dekonstruerat kategorierna kön, klass och civilstånd genom att visa hur de var inbördes relaterade fenomen, ömsesidigt konstituerande. Jag framhöll att kategorierna fungerade som skillnadsskapande kategorier genom att de legitimerade vissa subjekt, men avvisade andra. Jag har även påvisat hur kvinnornas avvikelser skuffades i olika riktningar och hur deras diagnostisering – deras avvikelser – kunde vara diametralt motsatta. Uppdelningar mellan kriminell – icke kriminell, sjuk – icke sjuk, nyttig – onyttig, ren – smutsig, medelklass – arbetarklass, gift – ogift skapade kunskap om olika former av könade avvikelser. Samtidigt genererades bilder av ett ”normalt” kvinnligt subjekt genom utpekandet av det önska, och genom den fysiska separationen mellan normala och onormala subjekt.

Kvinnornas galenskap konstituerades på olika sätt beroende på i vilken kategori patienten placerades. Kroppslighetens och sexualitetens betydelser var relaterade till klass och civilstånd. Ett sätt att konstruera skillnad mellan det normala och det patologiska inom kategorin ”kvinnor” var dokumentationen av patienternas kroppsliga och

sexualhistoria. Sexualitet, kropp, moderskap (legitimt – icke-legitimt) etablerade skillnader mellan olika kvinnor och olika kvinnligheter. Där ogifta patienter sexualiserades eller passiverades, benämndes medelklass- och gifta kvinnor som våldsamma. Där änkorna betraktades som offer för sin ekonomiska situation (goda mödrar), bar de förenade arbetarklasskvinnorna själva skulden för sin belägenhet. Bland patienterna fanns de ryska och baltiska kvinnorna som blev de främmande (men som inte sexualiserades), kriminalpatienterna som blev de farliga eller rentav de onda (som sexualiserades) samt de karelska evakuerade som porträtterades som snuskiga och enfaldiga (kroppsligt och själsligt). Av alla de olika patientgrupperna befann sig idioterna och onanisterna – de karelska evakuerade – och kriminalpatienterna lägst ner i den rangordning som uppjordes både i intagnings/diagnostiseringsprocessen *och* på sjukhuset.

I min analys av Sjalöpatienternas dokument har jag lyft fram hur moralisk-medicinska omdömen av patienterna konstruerades inte bara i relation till klass och civilstånd, utan även med hänseende till patienternas *uppförande*, symptom, föreställningar kring självkontroll och ansvar. Detta innebar att patienterna differentierades och följaktligen rangordnades i en pågående process: sinnesslöa – sinnessjuka, idioter – imbeciller, bildbara – obildbara, erotiska – icke-erotiska, aggressiva – lugna, offer – (själv)skyldiga, blödande – icke-blödande, snuskiga – rena, nyttiga – onyttiga, ångerfulla – skrytsamma, brottslingar – sjuka, osv. Detta ständiga uppgörande av skillnader mellan patienterna möjliggjordes av diagnoser och olika psykiatriska mätningar; specifika sorteringsverktyg av vilka intelligenstestet blev en ny källa på 1920-talet. Således formades även patienternas diagnoser på varierande sätt och inlindades i moraliska omdömen. De vansinniga kvinnorna – eller kategorin ”galen kvinna” – producerades av en mängd motstridigheter inom denna kategori. Patienterna konstruerades som samtidigt maktlösa och inflytelserika (farliga), som sexuella subjekt, men också som offer, som farliga, men i behov av beskydd (kontroll/vård) (jfr Smart 1992, 8).

Psykiatrin förvetenskapligades och professionaliserades ytterligare genom att lägga sexualitet till sitt expertområde. Jag nämnde redan ovan att detta kunskapsområde erövrades i en kamp om sanningen som utspelades mellan olika diskurser. Det var samtidigt i denna kamp som det avvikande kvinnosubjektets normativa motpol skapades, dvs. den goda, rena, icke-avvikande kvinnomedborgaren. Jag har visat hur diagnoser förkvinningades, konstruerades som specifikt kvinnliga (genom t.ex. menstruation), något som jag tolkar som ett uttryck för den moderna maktens tekniker. Med andra ord diagnostiseras och disciplineras kvinnlighet på specifika sätt som därigenom konstruerar kvinnligheternas gränser – genom att innesluta vissa och utesluta andra. Mina resultat stöder Elaine Showalters (1987) tolkning av vansinnet som symboliskt sett en kvinnlig sjukdom – med hänvisning till kropp och irrationalitet – men i min tolkning konstrueras kvinnlighet inte bara som något patologiskt.

De olika uppdelningar som gjordes mellan patienterna ledde till den könsordning – en inbördes ordning mellan kvinnor – som upprättades i dokumenten och på sjukhuset (se kapitlet *En ordning av kvinnor*). Detta ser jag som att den produktiva och motsägelsefulla makten inte strävade efter att skapa *ett* avvikande kvinnligt subjekt, utan en ordning av kvinnor, där Själo bildade en motsats till den ordning makten ville skapa ”ute” i samhället. Denna ordning bar på normer om den ”goda” och ”icke-vansinniga” kvinnan som i detta motsatsskapande konstruerades som sedlig, gift, men framför allt som *arbetande och nyttig*. Jag visade hur fattigdomskursen skapade bilder av klass, men även av sexualitet, då onyttiga, sysslolösa, kringdrivande kvinnor erotiserades. Därför betraktade jag indelningen mellan de ekonomiskt nyttiga och de onyttiga som inte bara könad (så att kvinnor oftare blev försörjningsbörd), utan även sexualiserad.

“Eriksonska” (nödvändiga) Sjalökvinnor – en funktionalistisk, diskursiv läsning

I min analys av Kai Eriksons (1966) klassiska studie *Wayward Puritans* har jag visat hur Erikson formade sin universella sociologiska teori om avvikelse utifrån ett material som uteslutande behandlade kvinnor (se kapitlet *“Wayward Puritans” – skapandet av kvinnlig avvikelse*). Eriksons val av material ledde till att den kontroll han påtalade inte gällde ”avvikare” i någon generell bemärkelse, utan handlade om disciplinering av kvinnliga förbrytare. Min tolkning av Eriksons studie är att avvikelserna konstrueras i termer av kvinnlighet – en önskad kvinnlighet – något som blev den ”gränskris” (boundary crise) det puritanska samfundet behövde för att befästa sitt moraliska territorium. Erikson kallade de urskiljningsmetoder som ett samhälle använde sig av för att definiera vissa subjekt som avvikare för kategoriseringsmönster, något som kan relateras till Michel Foucaults (1977, 1978) skillnadsskapande praktiker. Foucaults fokus ligger, i motsats till Eriksons, på kroppen som görs produktiv, vetande och foglig med hjälp av olika disciplinära tekniker. Sjalökvinnorna undersöktes, kategoriserades, övervakades och jämfördes med etablerade normer. Under själva benämnings-, intagnings- och diagnostiseringsprocessen – då kvinnan blev patient – och på asylinrättningen skapades de olika patientkategorierna utgående från de skillnader som etablerades mellan dem.

Ur ett funktionalistiskt perspektiv kan man säga att Sjalökvinnorna på flera sätt fyllde en social funktion. Dels var de obotliga patienterna nödvändiga för själva uppkomsten av psykiatrin, för skillnaden mellan botlig och obotlig som infördes år 1840 och för existensen av ett kronikersjukhus. Dels fyllde kvinnorna en funktion i lokalsamhället genom att de markerade gränserna för kvinnlighet, men också skiljelinjerna för normalitet som arbetande individer, genom ”gränskriser” (gränsoverskridningar). Härigenom befäste dessa subjekt bysamhällets könsordning. Dels var patienterna nödvändiga för den medicinska

maktutövningen. Deras existens och de problem de skapade för samhället utgjorde den funktion som den medicinska diskursen kunde fylla. Utan patienter ingen medicinsk diskurs, men även omvänt, utan medicinsk diskurs inga patienter. Kronikerkvinnorna var den medicinska diskursens kunskapsobjekt, i sin mest explicita form i den rättspsykiatriska diskursen, i vilken kvinnornas vansinne säkerställde och legitimerade ett specifikt maktområde (jfr Foucault 1978, 6).

En kamp om vem (vilken diskurs) som hade rätt diagnos av, uppfattning eller kunskap om brottslingen/patienten – dvs. skulle avvikaren betraktas som brottsling, som sinnessjuk eller sinnesslö, som hysterika eller schizofren – utspelade sig mellan domstolar och läkare. Dokumentens kamp, synlig i de rättspsykiatriska texterna, resulterade i den rättspsykiatriska diskursens expertkunskap som vetenskapliggjorde vansinnet. I denna diskurs producerades sanningen om vansinnet, men framför allt om den sinnessjuka *individ* (jfr Börjesson 1994; Björk 1997). Jag har visat hur den psykiatriska makten manifesterades *genom* kvinnokroppen och sexualiteten som blev psykiatrins kunskaps- och maktfält. Kriminalpatienternas kroppar fungerade som redskap när rättspsykiatern antingen befäste eller omkullkastade övriga diskursers utsagor. När rättspsykiatrin med sitt språk, sin praktik och sina kategoriseringar gjorde en koppling mellan kriminalpatientens kropp/sexualitet och den medicinska diagnosen blev kön en produkt av vansinnesdiskursen som konstituerade och upprätthöll maktrelationer.

Trots vikten av att visa att kvinnor och män inte var, eller är, relaterade till institutionella regimer på samma sätt – olika representationer av kön skapas genom olika maktformer – kan det ligga en fara i att alltför ensidigt betona de särskilda sätt på vilka kvinnors kroppar disciplineras och kontrolleras. Med andra ord är det problematiskt att tolka kvinnoförtryck utan att samtidigt dekonstruera kön. Lois McNay (1992) anser att detta medför en konstgjord polarisering mellan kvinnors och mäns erfarenheter. Enligt McNay (1992) formar och märker samma institutionella mekanismer kvinno- respektive manskroppen, och kroppar konstitueras utöver kön även av etnicitet, klass och ras (jfr Skeggs 1997; Lykke 2003). Kvinnokroppens historia är således inte helt och hållet åtskild från, utan även sammanlänkad med manskroppens historia. Att poängtera kvinnokroppens särdrag kan bidra till att skapa en separat och essentialistisk förtryckshistoria i vilken kvinnor placeras utanför, eller i en "oskuldens position" *vis-à-vis* den mansdefinierade sociala världen (McNay 1992, 36; se även Bailey 1993, 111). Kvinnors och mäns kroppar konstitueras och definieras på olika sätt, men det handlar om att granska hur kvinnokroppen bearbetas på socialt och historiskt specifika sätt, dock inte utgående från en oföränderlig, evig och odifferentierad motsättning mellan könen (McNay 1992, 36-38; se även Riley 1988, 107).

I min granskning av Själopatienternas dokument undgår inte männen moralisering och stämpling av degenerativa karaktärsdrag eller av socialt sett oönskat beteende. Kvinnornas manliga anhöriga eller

manliga partners kunde beskrivas som suputer, slarviga, våldsamma, oansvariga och opålitliga (lägre samhällsklasser). Skillnaden låg i att deras beteende betraktades som socialt missanpassat snarare än sjukligt, något som illustrerar vansinnets symboliska koppling till kvinnlighet då sjukdomsstämpeln låg lättare till hands för kvinnor (jfr Chesler 1972; Busfield 1996).

SJUKHUSET – DISCIPLINERING AV KVINNOKROPPAR

Trots de varierande sätten att köna och skapa kvinnliga avvikelser blev slutresultatet för patienterna gemensamt: de inspärrades på Sjalö hospital, det gamla leprosariet som hade grundats för att isolera (spetälske)smitta. Sjukhusets grundidé handlade om en separation mellan två världar, ett fysiskt särskiljande av inte bara de smittade och sjuka, utan även av de oönskade, onyttiga och farliga från den värld som skulle hållas obesmittad. Sjukhusets historia visar hur rädslan för smitta inte var förbehållen spetälskan. Även den mentala smittan betraktades som hotfull, något som illustreras av behovet av att även sinnessjukhusen skulle placeras på isolerade och svåråtkomliga platser. Den symboliska kopplingen mellan smitta, spetälska och vansinne belyses ytterligare av det faktum att gamla leprosarier omvandlades till därhus i 1700-talets Europa (jfr Foucault 1967; Turner 1987; Salo 1992). Redan existerande institutioner fylldes med nya betydelser och befolkades av ”nya” avvikare som inordnades i samma rum.

Sjalö hospital stod i centrum för de kvinnor som definierades som obotliga under perioden 1889-1944. Smittans symbolik i intagningen av fattiga, sysslolösa, onyttiga, smutsiga, snuskiga, farliga, främmande, onda, erotiskt pådrivna kvinnor med nedärvda sjukdomar är påtaglig. Den nationella kampen mot snusket, smutsen och omoralen kännetecknar den undersökta tidsperioden (jfr Helén 1997; Halmesvirta 1996). I den medicinska diskursen blev påföljden att snusket inte bara fördömdes, utan patologiserades. I denna reningsprocess kom Sjalö och de andra sinnessjukhusen att fungera som ”avfallshanterare” som fick överta fattigdomen, snusket, smutsen och osedligheten på sitt ansvar. Dessa oönskade element inordnades i det diagnostiska språket där de blev manifestationer av sinnessjukdomarnas uttrycksformer. På sjukhuset kunde sedan den snuskiga, den sexuella och den aggressiva kroppen – ibland förkroppsligade i ett och samma subjekt – disciplineras: omformas till en disciplinerad, ren och foglig kropp.

Jag har granskat sjukhuset utgående från de dokument som sjukhuset uppgjorde över patienterna och lyft fram anstaltens disciplinära makt (se kapitlet *Ett rum för de avvikande*). Ett uttryck för hur institutionens maktutövning formaliserades var de s.k. patientdagböckerna (teckenblanketterna) i vilka patienternas ”symptom” – kroppar och uppförande – omdefinierades till ”tecken” (jfr Foucault 1973; Johannisson

2004). Detta skedde i ett slutet rum som formade sina egna disciplinära praktiker vars syften var att disciplinera och underkuva, men också att aktivera sina interner. I fokus för asylpraktiken stod kroppen som formades, könades och disciplinerades. Kvinnornas kroppar vägdes, mättes, tvättades, injicerades, matades, medicinerades, evaluerades och kontrollerades. Samtidigt visade denna dokumentation på det armod, de bedrövliga resurser som rådde på sjukhuset. Framför allt blev detta synligt i patienternas kraftiga viktminskningar under krigsåren på 1940-talet.

De disciplinära praktikerna innefattade rent *fysiska* tekniker såsom isolering, tvångströja, inlindning eller rentav sterilisering (se kapitlet *Sterilisering som krav för utskrivning*), men även *subtilare* tekniker för maktutövning såsom konfiskering av patienters brev, dokumentation och kartläggning av kroppar. Kroppen och dess intima funktioner (blödningar, avföringar, puls, organiska sjukdomar) inskrevs med innebörder och bedömningar. En annan form av subtil disciplinering handlade om normalisering och uppmuntran till självdisciplinering som uttalades genom arbetsidealet (jfr Eivergård 2003). Sjukhuset strävade efter att aktivera och internalisera nyttighet, flit och sysselsättning.

Mina resultat stöder den tidigare sociologiska forskningen kring hur totala inrättningar fungerar, men i de äldre studierna saknades könsaspekten (t.ex. Goffman 1961). Nyare svenska, etnologiska studier som granskar slutna sinnessjukvård är ypperliga skildringar av slutna anstalters disciplinerande praktiker, men tenderar att vara könsteoretiskt otillräckliga (Jönsson 1998; Eivergård 2003). Den mikrohistoriska metoden har här gett analytiska redskap – genom nyttjandet av olika typer av arkivmaterial – för att i detalj granska disciplinära praktiker. Dessa praktiker utgjorde en kontroll av kvinnlighet som legitimerades i den medicinska diskursen, men framför allt nödvändiggjordes genom det diagnostiska språket. Denna legitimering skedde i samband med att de kvinnliga patienterna inskrevs på sjukhuset, men även efter intagningen, i anknytning till behandlingen och övervakningen av patienterna på sjukhuset.

DRÖMMEN OM MOTSTÅND – ATT RÄDDA DE ANDRA?

Individuella val eller sambällets begränsande tekniker?

Själöpatienterna som inte bara sjukförklarades, utan även isolerades på slutan anstalt – de flesta av dem på livstid – förkroppsligar en historieskrivning om underkuvade subjekt som befann sig i en särskild position: i det diskursiva nätverkets marginal (med få påverkningsmöjligheter), men samtidigt i centrum för detsamma, som diskursernas kunskapsobjekt. Kvinnorna observerades, beskrevs och definierades som avvikare i dessa kunskapsregimer (jfr Järvinen 1996, 21). Detta kan betraktas som den konstituerande process i vilken dessa kvinnor blev ”de Andra”,

varigenom de definierades i termer av avvikelse *i relation till* ”de Första”: till det normala, till det som samhället betraktade som normativt (jfr Ramazanoglu & Holland 2002, 108; Foucault 1970). ”Den första” och ”den andra” var ömsesidigt konstituerande, något som redan funktionalisterna så tydligt visade (jfr Durkheim 1895; Erikson 1966). I denna förståelse har inte den Andra – och därmed inte heller den Första – en autentisk eller fast identitet, utan annanheten är socialt konstruerad, en flytande relation (jfr Haraway 1991). Enligt Durkheim (1893, 1895) och Foucault (1967, 1970) kan inte det avvikande, irrationella existera utan att det normala, det rationella existerar samtidigt. Dessa kategorier är ömsesidigt konstituerande; oskiljaktigt sammanbundna, eftersom det normala kräver en tydlig skiljedragning till det avvikande, och tvärtom (jfr Erikson 1966). I avhandlingen har jag demonstrerat hur den medicinska diskursen, i vilken Sjalöpatienternas galenskap fastställdes, formade kön genom att skapa ett avvikande kvinnligt subjekt, där avvikelserna, annanheten, var kopplad till den reproduktiva kvinnokroppen.

I början av denna studie kritiserade jag såväl stämplingsteori, Foucault och delar av den feministiska forskningen för att anonymisera och homogenisera de vansinniga, och för att inte ge utrymme för patienters egna berättelser. Jag lyfte därför fram patienters utsagor, brev och egna förklaringar bl.a. till sina brott. Jag framhöll att fokus på stämplingens makt, det diskursiva och det kontextuella riskerar att dränka eller åtminstone åsidosätta de Andras röster. Emellertid har jag också understrukt det svåra i att representera dessa subjekt som alltid redan är fångade av förnufts tekniker, och ifrågasatt forskningens möjligheter att nå dessa underkuvade kunskaper. Jag vill dock hävda att den feministiska och samhällsvetenskapliga forskningen inte behöver kapitulera inför en nihilistisk position, *även om* de vansinnigas utsagor marginaliseras i relation till de mäktigare diskurserna (se kapitlet *Marginaliserade röster*). Ur ett feministiskt perspektiv är frågan kring aktörskap och motstånd viktig. Foucaults maktbegrepp kan erbjuda en möjlighet att analysera motstånd, eftersom den produktiva makten antas producera sitt eget motstånd. Samtidigt är det just denna aspekt i Foucaults tänkande som fått kritik av feministiska teoretiker som anser att hans motståndsbegrepp inte utvecklades teoretiskt och att han inte erbjuder en tillfredsställande tolkning av aktörskap (McNay 1992, 2000; Deveaux 1999).

Trots att den äldre sociologiska teoribildningen kring avvikande beteende ofta skapade en bild av avvikaren såsom snärjd i sin stämpling, visade Erving Goffman (1961) i *Asylums* hur fängelseinternerna skapade sin egen informella kultur och hur de därigenom formade ett motstånd mot den totala institutionen (se även Mathiesen 1965; Bosworth & Carrabine 2001). Nyare studier har – oftast influerade av Foucaults makt/motståndsbegrepp – poängterat internerade/stämplade individers möjligheter till motstånd (t.ex. Jönsson 1998). Thomas Söderblom (1992, 127) lyfter fram de på Landskrona-anstalten inspärrade kvinnornas förmåga att sluta upp kring gemensamma aktioner för att protestera

mot upplevda orättvisor. Genom sitt gemensamma agerande skapade kvinnorna ett handlingsutrymme (jfr Taussi Sjöberg 1986; Smart 1992; Hüchtker 2001). Rebecka Lennartsson (2001) analyserar i sin studie av prostitutionen i Stockholm kring 1900 olika möjligheter att tolka de prostituerades handlingar. Lennartsson föreslår att en ”fallen” kvinna som redan befann sig på samhällets botten, ingenting hade att förlora på att beträda de förmodat manliga domänerna av våld och fylleslag. Detta kunde, enligt Lennartsson, vara ett sätt för den prostituerade att utnyttja sin marginella ställning och sin tillskrivna farlighet för att leva ut ilska och förakt. Lennartsson (2001, 173) framhåller att utanförskapet i den meningen kunde bära fröet till upprorets gränsöverskridanden (jfr Petersen 2001).

Den äldre feministiska forskningen framhöll den patriarkala och misogynna medicinens konsekvenser för kvinnor (Chesler 1972; Showalter 1987; Ussher 1991). Som ett svar på denna genre har andra feministiska teoretiker valt att porträttera kvinnliga mentalpatienter som aktiva motståndare (bl.a Gilbert & Gubar 1979; Smith-Rosenberg 1985; Theriot 1993). Vansinnet – såsom hysteri – har här tolkats som ilska, som protest som representerar ”kvinnlig makt”, som ett uttryck för kvinnliga mentalpatienters revolt och protest mot förtryckande patriarkal maktformer (Showalter 1993). Att konstruera vansinne som motståndsstrategi kan dock kritiseras för att befästa essentialistiska antaganden som placerar kvinnor inom ramen för irrationalitet (Caminero-Santangelo 1998). Sedan början av 1990-talet har forskningsfältet kännetecknats av en rädsla för offerskap, något som kan ses som en motreaktion till de äldre sociologiska och feministiska ansatserna. Samtidigt är detta en följd av det foucaultska inflytandet i studier kring avvikelse, slutna institutioner och medicinsk makt. I feministisk forskning har det därtill framhållits att offerbegreppet implicerar att de förtryckta inte anklagas för sin situation (Høigaard 1993, 53).

Forskare har varit bekymrade över (re)presentationen av kvinnliga mentalpatienter och andra avvikare som passiva, maktlösa offer (jfr Lupton 1997). Detta har de försökt lösa med antaganden om att patienter själva medverkar i sin stämplingsprocess genom sitt utagerande eller sjukdomssymptom (Theriot 1993). Vissa poängterar hur 1800-talets kvinnliga mentalpatienter själva hänvisade till sina kroppsliga funktioner då de sökte hjälp för sina mentala problem (t.ex. Marland 2003). På detta sätt har det framhållits att patienter är med om att skapa och omskapa den medicinska diskursen (Conrad 1992, 2000, 2005; Borch-Jacobsen 2001; Horwitz 2002). Man kan därför säga att forskningen om normbrytare har förflyttat sig från offerarenan (stämplings-, medikaliseringsteori och tidig feministisk forskning) till aktörsarenan.

Individualiserande tolkningar av aktörskap är dock problematiska, eftersom fokus flyttas till enskilda subjekts handlingskapacitet, istället för att granska vad som kringgärdar och begränsar kvinnors liv (jfr McNay 2000; Jungar & Oinas 2006). Att lyfta fram individuella val och

handlingar riskerar att framhäva kvinnors "egenskaper" eller möjligheter, medan det sociala sammanhangets betydelse negligeras (se kapitlet *Klass och vansinne*). Frågan som bör ställas är: På vilket sätt och varför blir det möjligt att diagnostisera kvinnor som mentalt störda, placera dem på sinnessjukhus och därigenom reglera deras aktörskap? Att kvinnor agerar är i sig inget forskningsresultat, det intressanta är att granska vilka konsekvenser och bedömningar kvinnors handlingar får (Jungar & Oinas 2006). I både "offerteorin" och den forskning som presenterar kvinnliga patienter som aktiva motståndare tenderar kvinnlighet att bli en obestridlig essentiell förklaring som definierar och placerar kvinnor i en enhetlig grupp (jfr Hüchtker 2001). Om kvinnlighetens varierande betydelse inte problematiseras, fördunklas politiska, ekonomiska (klassrelaterade), sexuella och etniska skillnader mellan kvinnor. I avhandlingen har jag därför velat analysera dessa skillnader mellan olika patienter och visat hur könsrelationer är relaterade till andra sociala kategorier (jfr Riley 1988; Skeggs 1997). Varken kvinnligheter eller mentalpatienter kan inordnas i en homogen kategori, snarare handlar det om att visa hur patriarkala maktrelationer formar olika former av förtryck och disciplinering av olika subjekt.

Motståndet som blev vansinne

Kvinnohistorikern Kathleen Canning (1999, 65) föreslår att *fragmenteringen* i en domän av motstridiga diskurser kan möjliggöra motstånd, splittring och förändring. Att diskurserna kring Själopatienterna konkurrerar, dvs. att det inte råder klar konsensus om avvikarna (framför allt kriminalpatienterna) skulle enligt denna tolkning kunna skapa ett visst handlingsutrymme för de Andra. Jag betraktar de olika berättelserna om kvinnorna – framförda av kommun, läkare, domstol – som tävlande diskurser, formade av ett eget språk, omfattande olika strategier, och som tillsammans utgjorde en diskursiv domän. För kriminalpatienternas del har jag visat hur olika utsagor (informantuppgifter, vittnen) tävlade om att definiera brottslingen och hur detta skedde i det rättspsykiatriska utlåtandet. Texterna innefattar konkurrerande åsikter om patienterna: huruvida de var galna eller inte, handlat medvetet eller icke, varit sexuellt osedliga eller icke, huruvida fängelse eller mentalsjukhus vore att föredra, osv. Definieringen av vansinnet var inte en enhetlig, entydig process. Oenighet kring frågan om vem som skulle betraktas som sinnessjuk visar tydligt de sociala avvikelsernas flytande gränser (jfr Deacon 2003, 31), samtidigt som det visar kvinnlighetens flytande gränser, eller snarare hur denna goda kvinnlighet rörde sig.

Med hjälp av den genealogiska metoden och det mikrohistoriska perspektivet har jag försökt inrymma ogiltigförklarad kunskap genom att låta historiens marginaliserade och underordnade subjekt komma till tals – i den mån detta är möjligt. Med hjälp av brev som patienterna skrivit och deras utsagor som finns citerade i de undersökta texterna har jag antytt på sprickor i den officiella sanningen. Jag ville lyfta fram kvinnornas egna

berättelser, ta dem på allvar och citera deras ord (jfr Ohlander 2003b; Thörn 2004). Patienternas egna texter kunde betraktas som alternativa tolkningar av vansinnet, eftersom deras brev visade på aspekter i vansinnesdiskursen som hade förblivit osynliga ifall jag endast utgått från auktoriteternas texter. Kvinnorna som placerades på Sjalö hospital kan inte *enbart* betraktas som offer, men frågan är i hur stor utsträckning deras aktörskap skall betonas. Ett offer behöver inte nödvändigtvis betraktas som icke-aktör, något som tidigare forskning framhållit eller åtminstone antytt (Theriot 1993). Om aktörskap betraktas som en förmedlingsplats mellan diskurs och erfarenhet, såsom hos Kathleen Canning (1999, 51-52), möjliggörs ett subjekt som både formas av diskursen, men samtidigt är med om att förändra det diskursiva systemet. Vikten av patienternas egna utsagor får mig att betrakta diskurser – utöver deras specifika kunskap, språk, form och innehåll – såsom även formade av de subjekts erfarenheter som texterna representerar (Canning 1999, 52).

Källorna vittnar om agerande subjekt som med sina handlingar är med om att skapa sin egen avvikelse. Kvinnorna har varit sexuellt aktiva, vägrat att arbeta, antänt hus, mördat och slagits, spottat och svurit eller gjort något annat som lett till att familjen, lokalsamhället eller läkaren betraktat detta som något avvikande, omoraliskt eller vansinnigt. Dessa är handlingar som dokumenten skildrar – handlingar som den kommunala och medicinska diskursen diagnostiserar som sjukliga, handlingar som används för att bekräfta kvinnornas sinnesrubbnig. Vål inlåsta i kvinnorummet kom patienternas matvägran, rymningsförsök, hotelser, söndrandet av fönster, smetandet och kletandet av avföring på väggar och sängkläder att representera ett motstånd mot asylens disciplinära makt. Även här användes dessa handlingar – ifall vi vill betrakta dem som uttryck för motstånd – för att bevisa och cementera vansinnet. I de enstaka texter som patienterna *själva* skrivit framgår protest och ilska över behandlingen på sinnessjukhuset, kritik över bristen på mat och sysselsättning, men samtidigt frustration, vanmakt, marginalisering, utsatthet och längtan efter de anhöriga.

Kvinnornas motstånd mot auktoriteter eller mot rådande moralregler ledde inte till deras ”befrielse”, och de hade strängt taget ingen talan gällande sin inspärning eller behandling på dårhuset. Jag har presenterat ett undantag i min analys av barnamörderskan Emilia (se kapitlet *Emilia – horan som blev benådad*). Emilias berättelse visade på glidande subjektpositioner, då hon från att ha inskrivits som ”imbecill” utskrevs som frisk. I motsats till de flesta andra patienter för vilka den sociala disciplineringen aktiverades då självdisciplineringen var otillräcklig, ledde Emilias tillräckliga eller rentav lyckade självdisciplinering till frihet. Jag har tolkat hennes utskrivning och friskförklaring som ett resultat av motstånd genom underkastelse och lydnad. Utskrivningen var en belöning för hennes uttalade ånger och förståelse över auktoriteternas ingripande samt för hennes flitiga arbete på sjukhuset. Emilias lyckade självdisciplinering medförde härigenom ett avtynande disciplineringsbehov.

Att kvinnorna var handlande subjekt vars beteende gav upphov till misstänksamhet som i sin tur ledde till åtgärder från myndigheternas sida kan betraktas som att de *tänjde* på den diskursiva regimen gränser som omgav och definierade dem (jfr Petersen 2001). Genom sina handlingar var kvinnorna med om att omforma vansinnesdiskursen och även den kunskap som skapades om dem. Å andra sidan användes kvinnornas gränsöverskridningar för att legitimera behovet av medicinsk intervention. Kvinnornas egna utsagor och brev betraktades inte som legitim kunskap, inte som kunskap som de själva innehade, utan som kunskap som den medicinska diskursen övertog och omdefinierade. I den medicinska diskursen blev kvinnornas ”röster” medicinsk kunskap som manifesterade experternas antaganden om sinnessjukdom.

KÄLLFÖRTECKNING

OTRYCKTA KÄLLOR

Själö hospitals arkiv, Åbo landsarkiv, Finland

1. Hallintoa koskevat asiakirjat

- 1.5. Sairaalan vuosikertomukset 1898-1962 (*SV*)
- 1.6. Sairaalan kuukausiraportit 1946-1958 (*SKR*)

3. Potilaita koskevat asiakirjat

3.2.2. Hoitoon määrääminen 1841-1889 (*HM*)

- 3.2.3. Hoitoon määrääminen 1890-1921
- 3.2.4. Hoitoon määrääminen 1922-1944

3.6. Potilaat

- 3.6.1. Potilaspäiväkirjat 1774-1930 (*PPK*)
- 3.6.2. Potilaspäiväkirjat 1931-1932 (*PPK*)

3.7. Sairaalaista vapautetut ja kuolleet

- 3.7.2. Poistettujen päiväkirjat 1942-1946 (*PP*)

3.8. Potilaiden hoito

- 3.8.1. Ohjeita ja hoitaminen 1726-1962 (*OH*)
- 3.8.2. Lääkärin käyntikirja 1900-1962 (*LKK*)

3.10. Holhouspöytäkirjat

3.11. Potilaita koskevat kirjeet 1859-1962 (*PK*)

LITTERATUR

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press

Abrams, Laura S. & Curran, Laura (2000): Wayward Girls and Virtuous Women: Social Workers and Female Juvenile Delinquency in the Progressive Era. *Affilia*, 15:1, 49-64

Abrams, Philip (1982): *Historical Sociology*. London: Open Books

Achté, Kalle (1974): *Satakolmekymmentä vuotta psykiatria: Lapinlahden sairaalan historia 1841-1971*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava

Achté, Kalle (1990): Psykiatrian historiaa. Teoks. *Psykiatria 1*. Toim. Kalle Achté, Yrjö Alanen, Pekka Tienari. Juva: WSOY

Achté, Kalle (1991): *150 vuotta psykiatria: Lapinlahden sairaalan historia 1841-1991*. Jyväskylä: Gummerus

- Achté, Kalle & Kivalo, Erkki (1989): Mielenterveystyö terveyspolitiikan toteuttajana. Teoks. *Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä*. Toim. Kalle Achté et al. Helsinki: Suomen mielenterveysseura
- Achté, Kalle & Suominen, Jaakko & Tamminen, Tapani (1983): Suomen psykiatriyhdistys 1913 – 1983. Teoks. *Suomen psykiatriyhdistyksen historia*. Toim. Kalle Achté, Jaakko Suominen, Tapani Tamminen. Helsinki: Suomen psykiatriyhdistys r.y.
- Achté, Kalle & Turunen, Sakari (1976): Seilin hospitaali 1619 – 1962. *Käytännön lääkäri*, 1: 1-46
- Achté, Kalle & Turunen, Sakari (1983): Seilin hospitaali 1619 – 1962. Teoks. *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Toim. Kalle Achté, Jaakko Suominen, Tapani Tamminen. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Acker, Joan, Barry, Kate & Esseveld, Johanna (1991): Objectivity and Truth: Problems in Doing Feminist Research. In *Beyond Methodology: Feminist Scholarship as Lived Research*. Ed. by Mary Margaret Fonow & Judith A. Cook. Bloomington IN: Indiana University Press
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (1998) *Omoralens ansikte: En studie av de galna kvinnorna på Själo hospital 1889-1944*. Åbo: Meddelanden från Ekonomisk- statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi, Sociologiska institutionen. Serie A:492.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2001): Brottslingen med den opålitliga kroppen: Skapandet av en psykiatrisk diagnos. *Historisk Tidskrift för Finland*, 2, 238-258
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2002): Från lösdrivare till hysterika: Diagnostik som produktion av makt och avvikelse. *Naistutkimus/Kvinnoforskning*, 3, 4-17
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2005): Pienuuden suuruus – mikrohistorian ja diskurssianalyysin välimaastossa: Esimerkkinä yksittäinen dokumentti. Teoks. *Kahden muusan palveluksessa: Historiallisen sosiologian lähtökohdat ja läbestymistävät*. Toim. Marja Andersson, Anu-Hanna Anttila & Pekka Rantanen. Turku: Historia Mirabilis 4. Turun Historiallinen Yhdistys r.y.
- Aho, Timo (1981): Vankiluvun kehitykseen vuosina 1881-1978 vaikuttaneista tekijöistä. Teoks. *Suomen vankeinhoidon historiaa osa 1*. Toim. Elina Suominen. Helsinki: Valtion painatuskeskus
- Alanen, Yrjö & Lehtonen, Johannes & Tienari, Pekka (1983): Psykiatrinen tutkimus. Teoks. *Suomen psykiatriyhdistyksen historia*. Toim. Kalle Achté, Jaakko Suominen, Tapani Tamminen. Helsinki: Suomen psykiatriyhdistys r.y.
- Alanen, Yrjö (1990): Skitsofrenia. Teoks. *Psykiatria 1*. Toim. Kalle Achté, Yrjö Alanen, Pekka Tienari. Jyväskylä: WSOY
- Alapuro, Risto (1995): *Suomen synty paikallisena ilmiönä 1890 – 1933*. Helsinki: Hanki ja jää
- Alasuutari, Pertti (1989): *Erinomaista, rakas Watson: Johdatus yhteiskunta-tutkimukseen*. Helsinki: Hanki ja jää

- Aminzade, Ronald (1992): Historical Sociology and Time. *Sociological Methods and Research*, 20:4, 459-480
- Anttila, Anu-Hanna (2005): *Loma tehtaan varjossa: Teollisuustyöväestön loma- ja vapaa-ajan moraalisaattely Suomessa 1930–1960-luvuilla*. Helsinki: Bibliotheca Historica 93. SKS
- Anttonen, Anneli (1994): Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Teoks. *Naisten hyvinvointivaltio*. Toim. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin. Tampere: Vastapaino
- Armstrong, David (1983): *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bachelard, Gaston (1964): *The Poetics of Space*. Boston: Beacon Press
- Baethge, Christopher, Salvatore, Paola & Baldessarani, Ross J. (2003): Cyclothymia: A Circular Mood Disorder. *History of Psychiatry*, 14:3, 377-399
- Bailey, M.E. (1993): Foucauldian Feminism: Contesting Bodies, Sexuality and Identity. In *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. Ed. by Caroline Ramazanoglu. London: Routledge
- Bankey, Ruth (2001): La Donna é Mobile: Constructing the Irrational Woman. *Gender, Place and Culture*, 8:1, 37-54
- Bartky, Sandra Lee (1988): Foucault, Femininity and the Modernisation of Patriarchal Power. In *Feminism and Foucault: Reflections on Resistance*. Ed. by Irene Diamond and Lee Quinby. Boston: Northeastern University Press
- Bartky, Sandra Lee (1990): *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. London: Routledge
- Becker, Howard S. (1963): *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press
- Becker, Howard S. (1967): Whose Side Are We On? *Social Problems*, 14:3, 239-247
- Becker, Howard S. (1977): Social Observation and Case Studies. In *Sociological Work: Method and Substance*. Ed. by Howard S. Becker. New Brunswick: Transaction Books.
- Bergenlöv, Eva (2004): *Skuld och oskuld: Barnamord och barnkvävning i rättslig diskurs och praxis omkring 1680-1800*. Lund: Lunds universitet
- Berger, Peter & Luckman, Thomas (1966): *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY: Doubleday
- Björkman, Albert (1925): *Sterilisationsproblemet*. Föredrag hållet i Tammerfors läkarförening den 11 dec. 1925. Särtryck ur Finlands Läkareförbunds Tidskrift No:0 2-3
- Björk, Sverker (1997): Individualisering och patologisering: Rättspsykiatri ur ett historiskt maktperspektiv. I *Historisk sociologi*. Red. Ulf Drugge & Mats Johansson. Lund: Studentlitteratur

- Björkman, Jenny (2001): *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*. Stockholm: Carlssons bokförlag
- Blomberg, Ari-Pekka (1991): Mielisairaan asema sodan aikana. Teoks. *Mielisairaan sosiaalinen asema*. Toim. Jyrki Salo & Ilkka Taipale. Kellokoski: Kellokosken sairaala
- Blomberg, Wenche (1993): *Karoline og vitenskapen: Et psykiatrihistorisk eksempel*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Borch-Jacobsen, Mikkel (2001): Making Psychiatric History: Madness as folie à plusieurs. *History of the Human Sciences*, 14:2, 19-38
- Bordo, Susan (1989): The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault. In *Gender/Body/Knowledge*. Ed. by Alison M. Jaggar & Susan Bordo. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Bosworth, Mary (2000): Confining Femininity: A History of Gender, Power and Imprisonment. *Theoretical Criminology*, 4:3, 265-284
- Bosworth, Mary & Carrabine, Eamonn (2001): Reassessing Resistance: Race, Gender and Sexuality in Prison. *Punishment and Society*, 3:4, 501-515
- Bourdieu, Pierre (1998): *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge: Harvard University Press
- Braidotti, Rosi (1991): *Patterns of Dissonance: A Study of Women in Contemporary Philosophy*. Cambridge: Polity Press
- Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias (1991): *Oönskade i folkbemmet: Rasygien och sterilisering i Sverige*. Värnamo: Gidlunds Bokförlag
- Buckley, Thomas & Gottlieb, Alma (1988): A Critical Appraisal of Theories of Menstrual Symbolism. In *Blood Magic: The Anthropology of Menstruation*. Ed. by Thomas Buckley & Alma Gottlieb. Berkeley: University of California Press
- Busfield, Joan (1989): *Managing Madness: Changing Ideas and Practice*. London: Unwin Hyman
- Busfield, Joan (1994): The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain. *Sociology*, 28:1, 259-277
- Busfield, Joan (1996): *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: New York University Press
- Busfield, Joan (2000): Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health. *Sociology of Health and Illness*, 22:5, 543-558
- Busfield, Joan (2001): Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health. In *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Ed. by Joan Busfield. London: Blackwell Publishers
- Butler, Judith (1990): *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge

- Butler, Judith (1993): *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. New York: Routledge
- Butler, Judith (1995): For a Careful Reading. In *Feminist Contensions: A Philosophical Exchange*. Ed. by Seyla Benhabib, Judith Butler, Drucilla Cornell, Nancy Fraser. London: Routledge
- Börjesson, Mats (1994): *Sanningen om brottslingen: Rättpsykiatrin som kartläggning av livsöden i samhällets tjänst under 1900-talet*. Stockholm: Carlsson
- Cain, Maureen (1993): Foucault, Feminism and Feeling: What Foucault Can and Cannot Contribute to Feminist Epistemology. In *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. Ed. by Caroline Ramazanoglu. London: Routledge
- Calhoun, Craig (1998): Explanation in Historical Sociology: Narrative, General Theory, and Historically Specific Theory. *American Journal of Sociology*, 104:3, 846-871
- Caminero-Santangelo, Marta (1998): *The Madwoman Can't Speak: Or Why Insanity is not Subversive*. Ithaca: Cornell University Press
- Canning, Kathleen (1999): Feminist History After the Linguistic Turn: Historicizing Discourse and Experience. In *Feminist Approaches to Theory and Methodology. An Interdisciplinary Reader*. Ed. by Sharlene Hesse-Biber, Christina Gilmartin, Robin Lydenberg Robin. Oxford: Oxford University Press
- Castel, Robert (1988): *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France*. Oxford: Blackwell
- Chesler, Phyllis (1972): *Women and Madness*. New York: Avon Books
- Clarke, Adele E., Shim, Janet K., Mamo, Laura, Fosker, Jennifer Ruth, and Fishman Jennifer R (2003): Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68:2, 161-194
- Cochrane, Raymond (1983): *The Social Creation of Mental Illness*. New York: Longman Inc.
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. (1980): *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: C.V. Mosby
- Conrad, Peter (1992): Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232
- Conrad, Peter (2000): Medicalization, Genetics, and Human Problems. In *Handbook of Medical Sociology, 5th edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Conrad, Peter (2005): The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:1, 3-14
- Cooper, David (1967): *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock

- Cooperstock, Ruth (1971): Sex Differences in the Use of Mood-Modifying Drugs: An Explanatory Model. *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 238-244
- Cosgrove, Lisa (2000): Crying Out Loud: Understanding Women's Emotional Distress as both Lived Experience and Social Construction. *Feminism and Psychology*, 10:2, 247-267
- Crossley, Nick (1998): R.D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-Historical Analysis. *Social Science and Medicine*, 47:7, 877-889
- Crossley, Michele & Crossley, Nick (2001): Patient' Voices, Social Movements and the Habitus: How Psychiatric Survivors 'Speak Out'. *Social Science and Medicine*, 52:10, 1477-1489
- Cussins, Charis (1996): Ontological Choreography: Agency Through Objectification in Infertility Clinics. *Social Studies of Science*, 26:3, 575-610
- Dahl, Arthur (1915): Ur Sjämlö hospitals historia. I *Album 1*, Nagu ungdomsförening. Åbo: Åbo tryckeri och tidnings aktiebolag
- Danziger, Kurt (1990): *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*. Cambridge: Cambridge University Press
- Deacon, Harriet (2003): Insanity, Institutions and Society: The Case of the Robben Island Lunatic Asylum, 1846-1910. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Delaney, Janice, Lupton, Mary Jane & Toth, Emily (1988): *The Curse: A Cultural History of Menstruation*. Urbana: University of Illinois Press
- Deleuze, Gilles & Guattari, Félix (1987): *A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. Minnesota: The University of Minnesota Press
- de los Reyes, Paulina, Molina, Irene och Mulinari, Diana, red. (2003): *Maktens (o)lika förklädnader: Kön, klass och etnicitet i det postkoloniala Sverige*. Stockholm: Atlas.
- Deveaux, Monique (1999): Feminism and Empowerment: A Critical Reading of Foucault. In *Feminist Approaches to Theory and Methodology: An Interdisciplinary Reader*. Ed. by Sharlene Hesse-Biber, Christina Gilmartin, Robin Lydenberg. Oxford: Oxford University Press
- Digby, Anne (1985): *Madness, Morality, and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796-1914*. Cambridge: Cambridge University Press
- Digby, Anne (1989): Women's Biological Straitjacket. In *Sexuality and Subordination: Interdisciplinary Studies of Gender in the Nineteenth Century*. Ed. by Susan Mendus & Jane Rendall. London: Routledge
- Douglas, Mary (1966): *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge & Kegan Paul
- Drugge, Ulf (1997): Den källnära historiesociologin. I *Historisk sociologi*. Red. Ulf Drugge & Mats Johansson. Lund: Studentlitteratur

- Durkheim, Emile (1958/1895): *The Rules of Sociological Method*. New York: The Free Press
- Durkheim, Emile (1964/1893): *The Division of Labour in Society*. New York: Free Press
- Dörries, Andrea & Beddies, Thomas (2003): The Wittenauer Heilstätter in Berlin: A Case Record Study of Psychiatric Patients in Germany, 1919–1960. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800–1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Eggeby, Eva (1996): *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen: Vårdade, vård och ekonomi på Danvikens dårhus 1750 – 1861*. Stockholm: Almqvist & Wiksell international
- Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre (1973): *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. New York: The Feminist Press
- Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre (1978): *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Doubleday
- Eivergård, Mikael & Jönsson, Lars-Eric (1997): Anstaltens idé och praktik: Om sekelskiftets sinnessjukvård. I *Hur skall själen läkas? Den psykiatriska vårdens förändringar*. Red. Bengt Eriksson & Roger Qvarsell. Stockholm: Natur och kultur
- Eivergård, Mikael (2003): *Frihetens milda disciplin: Normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Institutionen för kultur och medier: Umeå Universitet
- Ekenstam, Claes (1993): *Kroppens idéhistoria: Disciplinering och karaktärsdaning i Sverige 1700–1950*. Hedemora: Gidlund
- Elias, Norbert (1939/1989): *Sedernas historia*. Stockholm: Atlantis
- Elias, Norbert (1987): The Retreat of Sociologists into the Present. *Theory, Culture and Society*, 4:2–3, 223–247
- Elias, Norbert (1991): *Från svärdet till plikten: Samhällets förändringar. Civilisations-teori del 2*. Stockholm: Atlantis
- Engwall, Kristina (2000): *”Asociala och imbecilla”: Kvinnorna på Västra Mark 1931–1967*. Örebro: Örebro universitet
- Erikson, Kai T. (1966): *Wayward Puritans: A Study in the Sociology of Deviance*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Eriksson, Bengt-Erik (1989): *Vägen till centralhospitalet: Två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*. Göteborg: Daidalos
- Ervasti, Kaijus (1994): *Lapsenmurhat Suomessa: Oikeushistoriallinen tutkimus lapsenmurharikoksisista Suomessa erityisesti autonomian aikana*. Oikeushistorian lisensiaattityö. Helsinki: Oikeuden yleistieteiden laitos, Helsingin yliopisto

- Esseveld, Johanna & Eldén, Sara (2002): Frånvarande kvinnliga subjekt: En analys av medicinska texter om klimakteriet. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, 2-3, 45-59
- Eskola, Jarkko (1983): Psykiatrin terveydenhuolto – lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Teoks. *Suomen psykiatriyhdistyksen historia*. Toim. Kalle Achté, Jaakko Suominen, Tapani Tamminen. Helsinki: Suomen psykiatriyhdistys r.y.
- Esterson, Aaron. (1972): *The Leaves of Spring: Schizophrenia, Family, and Sacrifice*. Harmondsworth: Penguin Books
- Ettorre, Elizabeth & Riska, Elianne (1995): *Gendered Moods: Psychotropics and Society*. London: Routledge & Kegan
- Ettorre, Elizabeth & Riska, Elianne (2001): Long-Term Users of Psychotropic Drugs: Embodying Masculinized Stress and Feminized Nerves. *Substance Use & Misuse*, 36:9-10, 1187-1211
- Fagerlund, L.W. (1886): *Finlands leprosorier*. Helsingfors: Finska litteratursällskapet
- Fahy, Kathleen & Smith, Philip (1999): From the Sick Role to Subject Positions: A New Approach to the Medical Encounter. *Health*, 3:1, 71-93
- Fielding, Jane (1993): Coding and Managing Data. In *Researching Social Life*. Ed. by Nigel Gilbert. London: Sage
- Foucault, Michel (1967): *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock
- Foucault, Michel (1970): *The Order of Things*. London: Tavistock
- Foucault, Michel (1972): *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock Publications
- Foucault, Michel (1973): *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books
- Foucault, Michel (1977): *Discipline and Punish*. London: Allen Lane
- Foucault, Michel (1978): *The History of Sexuality: An Introduction, Vol. I*. New York: Vintage Books
- Foucault, Michel (1980a): Two Lectures. In Michel Foucault. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Ed by Colin Gordon. Brighton: Harvester
- Foucault, Michel (1980b): Truth and Power. In Michel Foucault. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Ed. by Colin Gordon. Brighton: Harvester
- Foucault, Michel (1980c): The History of Sexuality. In Michel Foucault. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Ed. by Colin Gordon. Brighton: Harvester

- Foucault, Michel (1982): *The Subject and Power*. In *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Ed. by Hubert L. Dreyfus & Paul Rabinow. Brighton: The Harvester Press
- Foucault, Michel (1984a): *Truth and Power*. In *The Foucault Reader*. Ed. by Paul Rabinow. New York: Pantheon
- Foucault, Michel (1984b): *Nietzsche, Genealogy, History*. In *The Foucault Reader*. Ed. by Paul Rabinow. New York: Pantheon
- Foucault, Michel (1984c): *Space, Knowledge and Power*. In *The Foucault Reader*. Ed. by Paul Rabinow. New York: Pantheon
- Foucault, Michel (1985): *The Use of Pleasure: The History of Sexuality, Vol. II*. New York: Vintage Books
- Foucault, Michel (1986): *The Care of the Self: The History of Sexuality, Vol. III*. New York: Vintage Books
- Foucault, Michel (1987): *Mental Illness and Psychology*. Berkeley: University of California Press
- Foucault, Michel (1988a): *On Power*. In *Michel Foucault, Politics, Philosophy, Culture: Interviews and other writings 1977-1984*. Ed. by Lawrence D. Kritzman. New York: Routledge
- Foucault, Michel (1988b): *Power and Sex*. In *Michel Foucault, Politics, Philosophy, Culture: Interviews and other writings 1977-1984*. Ed. by Lawrence D. Kritzman. New York: Routledge
- Foucault, Michel (1988c): *The Dangerous Individual*. In *Michel Foucault, Politics, Philosophy, Culture: Interviews and other writings 1977-1984*. Ed. by Lawrence D. Kritzman. New York: Routledge
- Foucault, Michel (1988d): *The Concern for Truth*. In *Michel Foucault, Politics, Philosophy, Culture: Interviews and other writings 1977-1984*. Ed. by Lawrence D. Kritzman. New York: Routledge
- Foucault, Michel (1988e): *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*. Ed. by Luther H. Martin, Huck Gutman, Patrick H. Hutton. Amherst: The University of Massachusetts Press
- Foucault, Michel (2002): *Viljan att veta: Sexualitetens historia, del I*. Göteborg: Daidalos
- Fox, Richard W (1978): *So Far Disordered in Mind: Insanity in California, 1870-1930*. Berkeley: University of California Press
- Framme, Gunilla (1997): *Lättsköta och följsamma: Tidsbilder av ett sjukhem och dess patienter*. Umeå: Boréa Bokförlag
- Fraser, Nancy (1989): *Unruly Practices: Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press and Polity Press
- Freidson, Eliot (1970): *Profession of Medicine: A Study in the Applied Sociology of Knowledge*. New York: Dodd, Mead

- Frykman, Jonas (1977): *Horan i bondesamhället*. Lund: Liber läromedel
- Garfinkel, Harold (1967): Passing and the Managed Achievement of Sex Status in an Intersexed Person. In *Studies in Ethnomethodology*. Ed. by Harold Garfinkel. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Gasser, Jacques & Heller, Geneviève (2003): The Confinement of the Insane in Switzerland, 1900-1970: Cery (Vaud) and Bel-Air (Geneva) Asylums. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Geertz, Clifford (1973): *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Gerhardt, Uta (1989): *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Macmillan
- Giddens, Anthony (1979): *Central Problems in Social Theory*. London: Macmillan
- Gilbert, Sandra M. & Gubar, Susan (1979): *The Madwoman in the Attic: The Woman Writer and the Nineteenth-Century Literary Imagination*. New Haven: Yale University Press
- Gilman, Sander (1982): *Seeing the Insane*. New York: John Wiley and Sons
- Gilman, Sander L (1992): Black Bodies, White Bodies: Towards an Iconography of Female Sexuality in Late Nineteenth Century Art, Medicine and Literature. In *Race, Culture and Difference*. Ed. by James Donald & Ali Rattansi. London: Sage
- Gilman, Sander L. (1993): The Image of the Hysteric. In *Hysteria Beyond Freud*. Ed. by Sander L. Gilman, Helen Ling, Roy Porter, G.S. Rousseau, Elaine Showalter. Berkeley: University of California Press
- Ginzburg, Carlo (1983): *Osten och maskarna: En 1500-talsmjölnares tankar om skapelsen*. Stockholm: Ordfront
- Ginzburg, Carlo (1989): *Ledtrådar: Essäer om konst, förbjuden kunskap och dold historia*. Stockholm: Häften för kritiska studier
- Gittins, Diana (1998): *Madness in its Place: Narratives of Severalls Hospital, 1913-1997*. London: Routledge
- Gluckman, Max (1961): Ethnographic Data in British Social Anthropology. *Sociological Review* 9, 5-17
- Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, New York: Doubleday
- Goffman, Erving (1961): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday
- Goffman, Erving (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice Hall

- Goldthorpe, John (1991): The Uses of History in Sociology: Reflections on Some Recent Tendencies. *British Journal of Sociology*, 42:2, 211-230
- Goldthorpe, John (1994): The Uses of History in Sociology: A Reply. *British Journal of Sociology*, 45:1, 55-77
- Gordon, Colin (1992): Histoire de la folie: An Unknown Book by Michel Foucault. In *Rewriting the History of Madness: Studies in Foucault's Histoire de la Folie*. Ed. by Arthur Still & Irving Velody. Routledge: New York
- Grosz, Elizabeth (1994): *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press
- Habermas, Jürgen (1990): *The Philosophical Discourse of Modernity: Twelve Lectures*. Cambridge: Polity Press
- Hacking, Ian (1998): *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Virginia: University Press of Virginia
- Hacking, Ian (1999): *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press
- Hakosalo, Heini (1991): *Bio-Power and Pathology: Science and Power in the Foucauldian Histories of Medicine, Psychiatry and Sexuality*. Oulu: Oulun yliopiston historian laitoksen julkaisuja, No. 1
- Halmesvirta, Anssi (1996): Puhtaus on puoli ruokaa: Modernin eurooppalaisen mentaalihygienian oireilu tämän vuosisadan alussa. Teoks. *Siperiasta siirtoväkeen. Murrosaikoja ja käännekohtia Suomen historiassa*. Toim. Heikki Roiko-Jokela. Jyväskylä: Kopijyvä
- Haltia, Matti (1963): Själo hospital 1619-1962. I *Medicinhistorisk årsbok*. Stockholm: Lindströms boktryckeri
- Hammersley, Martyn (2001): Which Side was Becker on? Questioning Political and Epistemological Radicalism. *Qualitative Research*, 1:1, 91-110
- Haraway, Donna J. (1991): *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York and London: Routledge
- Harding, Sandra (1986): *The Science Question in Feminism*. Milton Keynes: Open University Press
- Harding, Sandra, ed. (1987): *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press
- Harjula, Minna (1996): *Vaillinaisuudella vaivatut: Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura
- Harjula, Minna (2003): Uhka vai uhri? Vammaisuus ja kansanterveys Suomessa 1880-1939. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Helsinki: Gaudeamus

- Harrison, Barbara & Aranda, Kay (1999): Photography, Power and Resistance: The Case of Health and Medicine. In *Consuming Cultures: Power and Resistance*. Ed. by Jeff Hearn & Sarah Roseneil. London: Macmillan
- Hart, Nicky (1994): John Goldthorpe and the Relics of Sociology. *The British Journal of Sociology*, 45:1, 21-30
- Hartsock, Nancy (1990): Foucault on Power: A Theory for Women? In *Feminism/Postmodernism*. Ed. by Linda Nicholson. New York: Routledge
- Heiskala, Risto (1994): Sosiaalinen konstruktionismi. Teoks. *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Toim. Risto Heiskala. Tampere: Gaudeamus
- Helén, Ilpo (1994): Michel Foucault'n valta-analytiikka. Teoks. *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Toim. Risto Heiskala. Helsinki: Gaudeamus
- Helén, Ilpo (1997): *Äidin elämän politiikka: Naissukupuolisuus, valta ja itsetuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle*. Tampere: Gaudeamus
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003): Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Gaudeamus: Helsinki
- Helén, Ilpo (2004): Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: Foucault'lainen hallinnan analytiikka. Teoks. *Sosiologian nykykeskusteluja*. Toim. Keijo Rahkonen. Gaudeamus: Helsinki
- Helén, Ilpo (2005): Genealogia kritiikkinä. *Sociologia*, 42:2, 93-109
- Hietala, Marjatta (1996): From Race Hygiene to Sterilization: The Eugenics Movement in Finland. In *Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. Ed. by Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. East Lansing: Michigan State University Press
- Hilte, Mats (1996): *Avvikande beteende: En sociologisk introduction*. Lund: Studentlitteratur, 1996
- Høigaard, Cecile (1993): The Victim as Expert: Active and Captive. *Nora*, 1:1, 51-64
- Honkanen, Katriina (2005): 'It is Historically Constituted': Historicism in Feminist Constructivist Arguments. *European Journal of Women's Studies*, 12:3, 281-295
- Honkatukia, Päivi (1998): *Sopeutuvat tytöt? Sukupuoli, sosiaalinen kontrolli ja rikokset*. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 152
- hooks, bell (1989): *Talking Back: Thinking Feminist, Thinking Black*. London: Sheba Feminist Publishers
- Horwitz, Allan V (2002): *Creating Mental Illness*. London: The University of Chicago Press
- Hüchtker, Dietlind (2001): Deconstruction of Gender and Women's Agency: A Proposal for Incorporating Concepts of Feminist Theory into Historical

- Research, Exemplified through Changes in Berlin's Poor Relief Policy, 1770-1850. *Feminist Studies*, 2:3, 328-348
- Huttunen, Mikko (1993): *Psykiatria ja syyntakeisuus*. Reports of Psychiatrica Fennica, Report 104. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö
- Häggman, Kai (1994): *Perheen ihanne ja sivistyneistön elämäntapa 1800-luvun Suomessa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura
- Häkkinen, Antti (1995): *Rahasta – vaan ei rakkaudesta: Prostituutio Helsingissä 1867-1939*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava
- Illich, Ivan (1977): *Limits to Medicine – Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Harmondsworth New York: Penguin
- Ingleby, David (1982): The Social Construction of Mental Illness. In *The Problem of Medical Knowledge*. Ed. by Peter Wright & Andrew Treacher. Edinburgh: Edinburgh University Press
- Ingleby, David (1983): Mental Health and Social Order. In *Social Control and the State: Historical and Comparative Essays*. Ed. by Stanley Cohen & Andrew Scull. Oxford: Robertson
- Jaakkola, Risto (1986): *Veli Verkko: moraalistatistikko ja Suomen ensimmäinen kriminologi*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos
- Jansdotter, Anna (2004): *Ansikte mot ansikte: Räddningsarbete bland prostituerade kvinnor i Sverige 1850-1920*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion
- Jarttu, Heljä (1988): *Seilin hospitaali ja sen potilaat 1785-1840*. Julkaisematon pro gradu tutkielma, Suomen historian laitos. Turku: Turun yliopisto
- Jarva-Hakala, Liisa (1995): *Psykiatrasta hoitotyötä Lapinlahden ja Rauhan sairaaloissa*. Lappeenranta: Lappeenrannan terveydenhuolto-oppilaitos
- Johannisson, Karin (1990): *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och sambälle: historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts Förlag AB
- Johannisson, Karin (1994): *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts Förlag AB
- Johannisson, Karin (1997): *Kroppens tunna skal: Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts Förlag AB
- Johannisson, Karin (2001): *Nostalgia: En känslas historia*. Stockholm: Bonnier
- Johannisson, Karin (2004): *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts Förlag
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993): *Diskursianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1999): *Diskursianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino

- Jordanova, Ljudmila (1989): *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf
- Jungar, Katarina & Oinas, Elina (forthcoming 2006): Agency, Empowerment and Victimhood in Feminist Writings on HIV and Gender. In *Writing African Women: Poetics and Politics of African Gender Research*. Ed. by Signe Arnfelt, Heike Becker, Desiree Lewis. Uppsala: Nordic Africa Institute
- Juvonen, Tuula (2002): *Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia*. Jyväskylä: Vastapaino
- Järvinen, Margaretha (1987): *Fallna kvinnor och hållna kvinnor: Polisen och prostitutionen i Helsingfors åren 1965, 1975 och 1980-85*. Åbo: Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi
- Järvinen, Margaretha (1990): *Prostitution i Helsingfors: En studie i kvinnokontroll*. Åbo: Åbo Akademis Förlag
- Järvinen, Margaretha (1993): *De nye hjemløse: Kvinder, fattigdom og vold*. Holte: Forlaget Socpol
- Järvinen, Margaretha (1996): Kön som text: Om den sociala konstruktivismens gränser. *Kvinder, kön & forskning*, 2:5, 18-28
- Järvinen, Margaretha & Bertilsson, Margareta (1998): *Socialkonstruktivisme: Bidrag til en kritisk diskussion*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag
- Jönsson, Lars-Eric (1998): *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Kaarinen, Pekka & Kaarinen, Mervi (1990): *Pitkäniemen sairaala 1900-1990*. Pitkäniemi: Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto
- Kaila, Martti (1935): *Mielitaudit*. Porvoo: WSOY
- Kaila, Martti (1957): *Sinnessjukdomarna*. Helsingfors: Söderström
- Kalela, Jorma (1993): *Aika, historia ja yleisö: Kirjoituksia historiantutkimuksen lähtökohdista*. Turku: Turun yliopisto, Poliittinen historia, Julkaisuja C:44
- Kauranen, Ralf & Rantanen, Pekka (2005): Foucault, genealogia, arkeologia. Teoks. *Kahden muusan palveluksessa: Historiallisen sosiologian lähtökohdat ja lähestymistavat*. Toim. Marja Andersson, Anu-Hanna Anttila & Pekka Rantanen. Turku: Historia Mirabilis 4. Turun Historiallinen Yhdistys r.y.
- Keisu, Pirjo & Wagner-Prenner, Marianne (1987): Syyntakeettomuus ja mielen-tilalausunnot vuosina 1925-1980. Teoks. *Syyntakeettomuuden määräytyminen ja kriminaalipotilaat*. Toim. Raimo Lahti, Pirjo Keisu, Marianne Wagner-Prenner, Panu Minkkinen. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja 97
- Keskinen, Suvi (2005): *Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielemalliset käytännöt*. Tampere: Tampere University Press
- Kiser, Edgar & Hechter, Michael (1991): The Role of General Theory in Comparative-Historical Sociology. *American Journal of Sociology*, 97:1, 1-30

- Koch, Lene (1996): *Racehygiejne i Danmark 1920-56*. København: Gyldendal
- Kolata, Gina (2000): *Spanska sjukan: Historien om den stora influensaepidemin 1918 och sökandet efter det virus som orsakade den*. Stockholm: Prisma
- Kortelainen, Anna (2003): *Levoton nainen: Hysterian kulttuuristoriaa*. Helsinki: Tammi
- Kromm, Jane E. (1994): The Feminization of Madness in Visual Representation. *Feminist Studies*, 20:3, 507-535
- Laffey, Paul (2003): Two Registers of Madness in Enlightenment Britain. Part 2. *History of Psychiatry*, 14:1, 63-81
- Laing, Ronald D. (1969): *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock
- Laing, Ronald D (1967): *The Politics of Experience*. Harmondsworth: Penguin
- Laqueur, Thomas (1987): Introduction. In *The Making of the Modern Body: Sexuality and Society in the Nineteenth Century*. Ed. By Catherine Gallagher & Thomas Laqueur. Berkeley: University of California Press
- Laqueur, Thomas (1994): *Om könens uppkomst: Hur kroppen blev kvinnlig och manlig*. Stockholm: Östlings
- Latour, Bruno (1999): *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Lennartsson, Rebecka (2001): *Malaria Urbana: Om byråffickan Anna Johannesdotter och prostitutionen i Stockholm kring 1900*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium
- Levine-Clark, Marjorie (2000): Dysfunctional Domesticity: Female Insanity and Family Relationships Among the West Riding Poor in the Mid-Nineteenth Century. *Journal of Family History*, 25:3, 341-361
- Levi, Giovanni (2001): On Microhistory. In *New Perspectives on Historical Writing (Second edition)*. Ed. By Peter Burke. Cambridge: Polity Press
- Liazos, Alexander (1972): The Poverty of the Sociology of Deviance: Nuts, Sluts, and Perverts. *Social Problems*, 20:1, 103-120
- Liljeroth, Pia (2006, forthcoming): "Förlossningsrädda kvinnor" – ett medicinskt problem? I *Underlivligheter: Könsteoretiska perspektiv på kvinnor, kropp och hälsa*. Red. Elina Oinas & Jutta Ahlbeck-Rehn.
- Liljeström, Marianne (1995): *Emanciperade till underordning: Det sovjetiska könssystemets uppkomst och diskursiva reproduction*. Åbo: Åbo Akademis förlag
- Liljeström, Marianne (2004): Feministinen metodologia – mitä se on? Teoks. *Feministinen tietäminen: Keskustelua metodologiasta*. Toim. Marianne Liljeström. Tampere: Vastapaino

- Lindberg, Nina (1996): Sterilointi mielisairauden ehkäisykeinona. Teoks. *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale. Tuusula: Kellokosken sairaala
- Lorber, Judith (1997). *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Luddy, Maria (1997): "Abandoned Women and Bad Characters": Prostitution in Nineteenth-Century Ireland. *Women's History Review*, 6:4, 485-504
- Lupton, Deborah (1994): *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage
- Lupton, Deborah (1997): Foucault and the Medicalisation Critique. In *Foucault, Health and Medicine*. Ed. by Alan Petersen & Robin Bunton. London: Routledge
- Lykke, Nina (2003): Intersektionalitet – ett användbart begrepp för genusforskningen. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, 23:1, 47-56
- Lähteenmäki, Maria (1995): *Mahdollisuuksien aika: Työläisnaiset ja yhteiskunnan muutos 1910-30-luvun Suomessa*. Helsinki: Suomen historiallinen seura
- Lövkrona, Inger (2004/1999): *Annika Larsdotter, barnamörderska: Kön, makt och sexualitet i 1700-talets Sverige*. Lund: Historiska media
- Löfström, Jan (1999) *Sukupuoliero agrariakulttuurissa: "Se nyt vaan on semmonen"*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
- Mathiesen, Thomas (1965): *The Defences of the Weak*. London: Tavistock
- McNay, Lois (1992): *Foucault and Feminism: Power, Gender and the Self*. Boston: Northeastern University Press
- McNay, Lois (2000): *Gender and Agency: Reconfiguring the Subject in Feminist and Social Theory*. Cambridge: Polity Press
- McNay, Lois (2003): Agency, Anticipation and Indeterminancy in Feminist Theory. *Feminist Theory*, 4:2, 139-148
- McCallum, David (1997): Mental Health, Criminality and the Human Sciences. In *Foucault, Health and Medicine*. Ed. by Alan Petersen & Robin Bunton. London: Routledge
- McCandless, Peter (1999): A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915. *Journal of the History of Medicine*, 54, 543-571
- McCandless, Peter (2003): Curative Asylum, Custodial Hospital: The South Carolina Lunatic Asylum and State Hospital, 1828-1920. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- McWhorter, Ladelle (2004): Sex, Race, and Biopower: A Foucauldian Genealogy. *Hypatia*, 19:3, 38-62

- Markkola, Pirjo (1989): Maaseudun työläisvaimot. Teoks. *Tuntematon työläinen nainen*. Toim. Pirjo Markkola & Leena Laine. Tampere: Vastapaino
- Markkola, Pirjo (1990): Women in Rural Society in the 19th and 20th Centuries. In *The Lady with the Bow: The Story of Finnish Women*. Ed. by Merja Manninen & Päivi Setälä. Helsinki: Otava
- Markkola, Pirjo (2002): *Synti ja siveys: Naiset, uskonto ja sosiaalinen työ Suomessa 1860-1920*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
- Marland, Hilary (2003): Disappointment and Desolation: Women, Doctors and Interpretations of Puerperal Insanity in the Nineteenth Century. *History of Psychiatry*, 14:3, 303-320
- Marshall, Barbara & Witz, Anne (2004): *Engendering the Social: Feminist Encounters with Sociological Theory*. McGraw-Hill: Open University Press
- Martin, Biddy (1988): Feminism, Criticism, and Foucault. In *Feminism and Foucault: Reflections on Resistance*. Ed. by Irene Diamond & Lee Quinby. Boston: Northeastern University Press
- Martin, Emily (1987): *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martin, Emily (1997): The Woman in the Menopausal Body. In *Reinterpreting Menopause: Cultural and Philosophical Issues*. Ed. by Paul A. Komesaroff, Philippa Rothfield, Jeanne Daly. London: Routledge
- Marx, Karl (1852): *The 18th Brumaire of Louis Bonaparte*. <http://www.marxists.org/archive/marx/works/1852/18th-brumaire/>
- Mattila, Markku (1996): Suomalaisten lääkärien suhtautuminen rotuhygieniaan ennen ensimmäistä maailmansotaa. Teoks. *Rasismi tieteessä ja politiikassa: Aate- ja oppihistoriallisia esseitä*. Toim. Jouko Jokisalo. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 1/1996. Helsinki: Edita
- Mattila, Markku (1999): *Kansamme parhaaksi: Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti*. Helsinki: Suomen historiallinen seura
- Mattila, Markku (2003): Rotuhygieniä ja kansalaisuus. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Gaudeamus: Helsinki
- Meskus, Mianna (2001): Sikiönlähdettämisen alakulttuuri 1900-luvun alun Suomessa. *Sosiologia*, 38:4, 287-299
- Meskus, Mianna (2003): Väestön elinvoima ja tahallinen keskenmeno: Raskauden keskeyttämisen politisoituminen 1900-luvun alun Suomessa. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Helsinki: Gaudeamus
- McCallum, David (1997): Mental Health, Criminality and the Human Sciences. In *Foucault, Health and Medicine*. Ed. by Alan Petersen & Robin Bunton. London: Routledge
- Mead, George Herbert (1934): *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press

- Merton, Robert (1951): *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press
- Miles, Agnes (1991): *Women, Health and Medicine*. Suffolk: Open University Press
- Miller, Peter (1986): Critiques of Psychiatry and Critical Sociologies of Madness. In *The Power of Psychiatry*. Ed. by Peter Miller & Nikolas Rose. Cambridge: Polity Press
- Mills, C. Wright (1943): The Professional Ideology of Social Pathologists. *American Journal of Sociology*, 49:2, 165-180
- Mills, C. Wright (1951): *White Collar: The American Middle Classes*. New York: Oxford University Press
- Mills, C. Wright (1959): *The Sociological Imagination*. Oxford: Oxford University Press
- Mills, Sara (1997): *Discourse*. London: Routledge
- Mitchell, J. Clyde (1983): Case and Situation Analysis. *The Sociological Review*, 31:2, 187-211
- Moore, Barrington Jr. (1966): *Social Origins of Dictatorship and Democracy: Lord and Peasant in The Making of the Modern World*. Harmondsworth: Penguin Books
- Moran, James E. (2003): The Signal and the Noise: The Historical Epidemiology of Insanity in Ante-Bellum New Jersey. *History of Psychiatry*, 14:3, 281-301
- Muir, Edward (1991): Observing Trifles. In *Microhistory and the Lost Peoples of Europe*. Ed. by Edward Muir & Guido Ruggiero. Baltimore: The John Hopkins University Press
- Mulvaney, Julie (2001): Disability, Impairment or Illness? The Relevance of Social Model of Disability to the Study of Mental Disorder. In *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Ed. by Joan Busfield. London: Blackwell Publishers
- Mustakallio, Sinikka (1988): *Naisten itsenäisyshistoriaa Suomessa*. Vantaa: Kansan Sivistystyön Liitto
- Neuman-Rahn, Karin (1955): *Den psykiskt sjuka människans vård*. Tammerfors: Söderström & C:o Förlagsaktiebolag
- Nilsson, Ulrika (2003): *Kampen om Kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860-1925*. Skrifter 31. Uppsala: Uppsala universitet
- Nygård, Toivo (1998): *Erilaisten historiaa: Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Atena
- Nätkin, Ritva (1997): *Kamppailu suomalaisesta äitiydestä: Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset*. Gaudeamus: Tampere

- Oakely, Ann (1984): *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell
- O'Brien, Patricia (1982): *The Promise of Punishment: Prisons in Nineteenth-Century France*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Ohlander, Ann-Sofie (1986): *Kärlek, död och frihet: Historiska uppsatser om människovärde och livsvillkor i Sverige*. Stockholm: Norstedts
- Ohlander, Ann-Sofie (2003a): Frihet, begränsningar och skyddslöshet i flickors historia från 1900 till nutid. I *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*. Red. Birgitta Meurling. Lund: Studentlitteratur
- Ohlander, Ann-Sofie (2003b): Varför inte fråga dem själva? Etiska reflektioner kring deltagande observation. I *Den censurerade verkligheten i reportage, bild och undersökningar*. Red. Anna Meeurwisse & Hans Svärd. Stockholm: Carlssons bokförlag
- Oinas, Elina (1998): Medicalization by Whom? Accounts of Menstruation Conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Advisory Columns. *Sociology of Health and Illness*, 20:1, 52-70
- Oinas, Elina (2000): Feministinen näkökulma terveystutkimukseen. Teoks. *Terveyssociologian suuntauksia*. Toim. Ilka Kangas, Säkari Karvonen, Annika Lillrank. Helsinki: Gaudeamus
- Oinas, Elina (2001): *Making Sense of the Teenage Body: Sociological Perspectives on Girls, Changing Bodies and Knowledge*. Åbo: Åbo Akademi University Press
- Oksala, Johanna (2002): *Freedom in the philosophy of Michel Foucault*. Helsinki: Helsingin yliopiston Filosofian laitos ja Käytännöllisen filosofian laitos
- Oksala, Johanna (2004): Anarchic Bodies: Foucault and the Feminist Question of Experience. *Hypatia*, 19:4, 97-119
- Ollila, Anne (1995): Mitä mikrohistoria on? Teoks. *Rakkautta, ihanteita ja todellisuutta: Retkiä suomalaisen mikrohistoriaan*. Toim. Katriina Mäkinen & Leena Rossi. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:42
- Olsson, Ulf (1999): *Drömmen om den hälsosamma medborgaren: Folkuppföstran och hälsoupplysning i folkhemmet*. Stockholm: Carlsson.
- Oudshoorn, Nelly (1994): *Beyond the Natural Body: Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge
- Pajuoja, Jussi (1995): *Väkivalta ja mielentila: Oikeussociologinen tutkimus syntakeisuussäännöksistä ja mielentilatutkimuksista*. Helsinki: Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 201
- Palmblad, Eva (1990): *Medicinen som samhällslära*. Göteborg: Daidalos
- Palmer, Derroll (2001): Identifying Delusional Discourse: Issues of Rationality, Reality and Power. In *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Ed. by Joan Busfield. London: Blackwell Publishers

- Parson, Talcott (1951): *The Social System*. New York: Free Press
- Peltonen, Matti (1999): *Mikrohistoriasta*. Helsinki: Gaudeamus
- Peltonen, Matti (2000): Ledtrådar, marginaler och monader: Förhållandet mellan mikro- och makronivå i historieforskningen. *Historisk Tidskrift för Finland* 3, 251-264
- Peltonen, Matti (2001): Clues, Margins, and Monads: The Micro-Macro Link in Historical Research. *History and Theory*, 40:3, 347-359
- Pesonen, Niilo (1980): *Terveyden puolesta – sairautta vastaan: Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. Helsinki: WSOY
- Petersen, Anja (2001): Kvinnor i marginalen: Könskonstruktioner i 1800-talets fängelse. I *Mord, misshandel och sexuella övergrepp: Historiska och kulturella perspektiv på kön och våld*. Red. Inger Lövkrona. Lund: Nordic Academic Press
- Piiva, Katarina (2005): *Normalitetens gränser: En studie om 1900-talets mentalhygieniska diskurser*. Stockholm: Stockholm university, Department of Social Work
- Pohjola-Vilkuna, Kirsi (1995a): *Eros kylässä: Maaseudun luvaton seksuaalisuus vuosisadan vaihteessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
- Pohjola-Vilkuna, Kirsi (1995b): Lapsenmurha: Avaamaton tarina. Teoks. *Sisä-Suomen tuomiokirjat tutkimuslähteinä ja elämän kuvaajina*. Toim. Heikki Roiko-Jokela & Timo Pitkänen. Jyväskylä: Jyväskylän historiallinen arkisto
- Porter, Roy (1987): *Mind-forg'd Manacles: A History of Madness in England from the Restoration to the Regency*. London: Athlone
- Porter, Roy (1992): Madness and its Institutions. In *Medicine in Society: Historical Essays*. Ed. by Andrew Wear. Cambridge: Cambridge University Press
- Porter, Roy & Wright, David, eds. (2003): *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Cambridge: Cambridge University Press
- Poovey, Mary (1987): Scenes of an Indelicate Character: The Medical "Treatment" of Victorian Women. In *The Making of the Modern Body: Sexuality and Society in the Nineteenth Century*. Ed. by Catherine Gallagher & Thomas Laqueur. Berkeley: University of California Press
- Presttjan, Anna (2004): *Att bota en drinkare: Idéer och praktik i svensk alkoholistvård 1885-1926*. Örebro: Örebro universitetsbibliotek
- Prestwich, Patricia E. (2003a): Family Strategies and Medical Power: 'Voluntary' Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Prestwich, Patricia E. (2003b): Female Alcoholism in Paris, 1870-1920: The Response of Psychiatrists and of Families. *History of Psychiatry*, 14:3, 321-336

- Pulkkinen, Tuija (2000): *The Postmodern and Political Agency*. Jyväskylä: SoPhi
- Pulma, Panu (1987): Kerjuuluvasta perhekuntoutukseen: Lapsuuden yhteiskunnallistuminen ja lastensuojelun kehitys Suomessa. Teoks. *Suomen lastensuojelun historia*. Toim. Panu Pulma & Oiva Turpeinen. Lastensuojeluliiton keskusliitto: Helsinki
- Pyörälä, Eeva (1998): Houriinhoodista mielisairaalaalaitokseen: Lapinlahden sairaalan synty. *Yhteiskuntapolitiikka* 63:2, 140-151
- Pösö, Tarja (1986): *Naisesta naisvanki? Tutkimus naisten rikollisuudesta*. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, tutkimuksia 83
- Qvarsell, Roger (1982): *Ordning och behandling: Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Umeå: Universitetet i Umeå
- Qvarsell, Roger (1993): *Utan vett och vilja: Om synen på brottslighet och sinnessjukdom*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Qvarsell, Roger (1997): Mentalhygien och psykisk hälsovård. I *Hur skall själen läkas? Om den psykiatriska vårdens förändringar*. Red. Bengt-Erik Eriksson & Roger Qvarsell. Stockholm: Natur och Kultur
- Radden, Jennifer (1985): *Madness and Reason*. London: George Allen & Unwin
- Ramazanoglu, Caroline, ed. (1993): *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. London: Routledge
- Ramazanoglu, Caroline & Holland, Janet (2002): *Feminist Methodology: Challenges and Choices*. London: Sage
- Ransom, Janet (1993): Feminism, Difference and Discourse: The Limits of Discursive Analysis for Feminism. In *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. Ed. by Caroline Ramazanoglu. London: Routledge
- Rantalaiho, Liisa (1994): Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Teoks. *Naisten hyvinvointivaltio*. Toim. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin. Tampere: Vastapaino
- Rantala, Päivi (2002): *Kylähullut kertomuksissa: Mikrohistoriallinen näkökulma 1800-1900-luvun vaihteen kylien erikoispersooniin*. Rovaniemi: Lapin yliopisto
- Raume, Geoffrey (2000): *Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*. Toronto: University of Toronto Press
- Reinharz, Shulamit (1992): *Feminist Methods in Social Research*. Oxford: Oxford University Press
- Repo, Eila (1997): *Finnish Pretrial Fire-Setting Offenders: Psychiatric Characteristics and Criminal Recidivism*. Helsinki: Helsingin yliopisto
- Riley, Denise (1988): *Am I That Name? Feminism and the Category of 'Women' in History*. London: Macmillan Press

- Rimke, Heidi & Hunt, Alan (2002): From Sinners to Degenerates: The Medicalization of Morality in the 19th Century. *History of the Human Sciences*, 15:1, 59-88
- Ripa, Yannick (1990): *The Incarceration of Women in Nineteenth-Century France*. Worcester: Polity Press
- Riska, Elianne (2000): Interaktionismin teoreettiset juuret ja kehitys terveystieteissä. Teoks. *Terveystieteiden suuntauksia*. Toim. Ilka Kangas, Sakari Karvonen, Annika Lillrank. Helsinki: Gaudeamus
- Riska, Elianne (2003): Gendering the Medicalization Thesis. In *Advances in Gender Research: Gender Perspectives on Health and Medicine*. Ed. by Marcia Segal & Vasiliki Demos. London: Elsevier
- Rivera-Garza, Cristina (2003): Becoming Mad in Revolutionary Mexico: Mentally Ill Patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Rose, Nikolas (1986): The Discipline of Mental Health. In *The Power of Psychiatry*. Ed. by Peter Miller & Nikolas Rose. Cambridge: Polity Press
- Rose, Nikolas (1999): *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self. 2nd Edition*. London: Free Association Books
- Rosen, George (1968): *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*. Chicago: The University of Chicago Press
- Rosen, George (1974): *From Medical Police to Social Medicine*. New York: Science History Publications
- Rosenbeck, Bente (1992): *Kroppens politik: Om køn, kultur og videnskab*. København: Museum Tusulanums forlag
- Rosenberg, Charles E. (1989): Body and Mind in Nineteenth-Century Medicine: Some Clinical Origins of the Neurosis Construct. *Bulletin of the History of Medicine*, 63, 185-197
- Rosenberg, Charles E. (1992): Introduction. In *Framing Diseases: Studies on Cultural History*. Ed. by Charles E. Rosenberg & Janet Golden. New Brunswick: Rutgers University Press
- Rothman, David (1971): *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston: Little, Brown
- Runcis, Maija (1998): *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront
- Ruonavaara, Hannu (1995): Teoria ja historia: Keskustelua historiallisen sosiologian dilemmasta. *Sosiologia*, 32:4, 253-262
- Ruonavaara, Hannu (2005): Historiallinen sosiologia – perinne ja renessanssi. Teoks. *Kahden muusan palveluksessa. Historiallisen sosiologian lähtökohdat ja lähestymistavat*. Toim. Marja Andersson, Anu-Hanna Anttila & Pekka Rantanen. Turku: Historia Mirabilis 4. Turun Historiallinen Yhdistys r.y.

- Russell, Denise (1995): *Women, Madness and Medicine*. Cambridge: Polity Press
- Rydström, Jens (2001): *Sinners and Citizens: Bestiality and Homosexuality in Sweden 1880-1950*. Stockholm: Stockholms universitet
- Saarinen, Aino (1992): *Feminist Research – An Intellectual Adventure? A Research Autobiography and Reflections on the Development, State and Strategies of Change of Feminist Research*. Tampere: University of Tampere
- Salo, Markku (1992): *Luonnosta laitoksiin: Hulluuden muodonmuutokset ja mielisairaalalaitoksen vakiintuminen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 19
- Salo, Markku (1996): *Sietämisestä solidaarisuuteen: Mielisairaalaareformit Italiassa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino
- Sandholm, Åke (1973): *Kyrkan och hospitalshjonen: En undersökning rörande omsorgen om de sjuka och fattiga i välfärdsanstalterna i Finland*. Helsingfors: Finska kyrkohistoriska samfundet
- Sarvilinna, A. (1938): *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919*. Uusikaupunki: Vakka-Suomen Kirjapaino
- Satka, Mirja (1995): *Making Social Citizenship: Conceptual Practices from the Finnish Poor Law to Professional Social Work*. University of Jyväskylä: Publications of Social and Political Sciences and Philosophy
- Sawicki, Jana (1991): *Disciplining Foucault: Feminism, Power and the Body*. London: Routledge
- Scheff, Thomas (1984/1966): *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. New York: Aldline Publishing Company
- Schlichter, Annette (2003): Critical Madness, Enunciative Excess: The Figure of the Madwoman in Postmodern Feminist Texts. *Cultural Studies <=> Critical Methodologies*, 3:3, 308-329
- Scott, Joan W. (1986): Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, 91:5, 1053-75
- Scott, Joan W. (1988): *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press
- Scott, Joan W. (1992): Experience. In *Feminists Theorize the Political*. Ed. by Judith Butler & Joan W. Scott. London: Routledge
- Scull, Andrew (1979): *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England*. London: Allen Lane
- Scull, Andrew (1981): *Mad Houses, Mad Doctors and Madmen: The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*. London: Athlone
- Scull, Andrew (1983): Humanitarianism or Control? Some Observations of the Histiography of Anglo-American Psychiatry. In *Social Control and the State: Historical and Comparative Essays*. Ed. by Stanley Cohen & Andrew Scull. Oxford: Robertson

- Scull, Andrew (1989): *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. Berkeley: University of California Press
- Shapiro, Ann-Louise (1996): *Breaking the Codes: Female Criminality in Fin-de-Siècle Paris*. Stanford: Stanford University Press
- Shim, Janet K (2002): Understanding the Routinized Inclusion of Race, Socio-economic Status and Sex in Epistemology: The Utility of Concepts from Technoscience Studies. *Sociology of Health and Illness*, 24:2, 129-150
- Shorter, Edward (1997): *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Showalter, Elaine (1987): *The Female Malady*. London: Virago
- Showalter, Elaine (1991): *Sexual Anarchy: Gender and Culture at the Fin de Siècle*. London: Bloomsbury
- Showalter, Elaine (1993): Hysteria, Feminism and Gender. In *Hysteria Beyond Freud*. Ed. by Sander Gilman et al. Berkeley: University of California Press
- Showalter, Elaine (1997): *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media*. Columbia University Press: New York
- Silverman, David (1985): *Qualitative Methodology and Sociology: Describing the Social World*. Aldershot: Gower
- Sjöström, Bengt (1992): *Kliniken tar över dårskapen: Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Göteborg: Daidalos
- Skeggs, Beverley (1995): Theorising, Ethics and Representation in Feminist Ethnography. In *Feminist Cultural Theory: Process and Production*. Ed. by Beverley Skeggs. Manchester: Manchester University Press
- Skeggs, Beverley (1997): *Formations of Class and Gender: Becoming Respectable*. London: Sage
- Skocpol, Theda (1984): Sociology's Historical Imagination. In *Vision and Method in Historical Sociology*. Ed. by Theda Skocpol. Cambridge: Cambridge University Press
- Skålevåg, Svein Atle (2002): *Fra normalitetens historie: Sinnsykdom 1870-1920*. Bergen: Universitetet i Bergen
- Smart, Carol (1977): *Women, Crime and Criminology: A Feminist Critique*. London: Routledge and Kegan Paul
- Smart, Carol (1992): Disruptive Bodies and Unruly Sex: The Regulation of Reproduction and Sexuality in the Nineteenth Century. In *Regulating Womanhood: Historical Essays on Marriage, Motherhood and Sexuality*. Ed. by Carol Smart. London: Routledge
- Smart, Carol (1995): *Law, Crime and Sexuality: Essays in Feminism*. London: Sage

- Smith, Dorothy E. (1978): 'K is Mentally Ill': The Anatomy of a Factual Account. *Sociology*, 12:1, 23-53
- Smith, Dorothy E. (1979): A Sociology for Women. In *The Prism of Sex: Essays in the Sociology of Knowledge*. Ed. by Julia A. Sherman and Evelyn T. Beck. Madison: University of Wisconsin Press
- Smith, Dorothy E. (1987): *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press
- Smith, Dorothy E. (1999): *Writing the Social: Critique, Theory and Investigation*. Toronto: University of Toronto Press
- Smith-Rosenberg, Carroll (1974): Puberty to Menopause: The Cycle of Femininity in Nineteenth-Century America. In *Clio's Consciousness Raised: New Perspectives in the History of Women*. Ed. by Mary Hartmann & Lois Banner. New York: Harper & Row
- Smith-Rosenberg, Carroll (1985): *Disorderly Conduct: Visions of Gender in Victorian America*. New York: Oxford University Press
- Smith-Rosenberg, Carroll & Rosenberg, Charles (1993): The Female Animal: Medical and Biological Views of Women and Her Role in Nineteenth-Century America. In *History of Women in the United States: Historical Articles on Women's Lives and Activities (II)*. Ed. by Nancy F. Cott. München: KG Saur Verlag
- Spivak, Gayatri Chakravorty (1988): Can the Subaltern Speak? In *Marxism and the Interpretation of Culture*. Ed. by Cary Nelson & Larry Grossberg. Chicago: University of Illinois Press
- Sommestad, Lena (1997): Welfare State Attitudes to the Male Breadwinning System: The United States and Sweden in Comparative Perspective. *International Review of Social History*, 42:5, 153-174
- Soper, Kate (1993): Productive Contradictions. In *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. Ed. by Caroline Ramazanoglu. London: Routledge
- Sorainen, Antu (2005): *Rikollisia sattumalta? Naisten keskinäistä haureutta koskevat oikeudenkäynnit 1950-luvun Itä-Suomessa*. Helsinki: Yliopistopaino
- Stanley, Liz & Sue Wise (1983): *Breaking Out: Feminist Consciousness and Feminist Research*. London: Routledge & Kegan Paul
- Strange, Julie Marie (2000): Menstrual Fictions: Languages of Medicine and Menstruation, c. 1850-1930. *Women's History Review*, 9:3, 607-628
- Ståhlberg, K.J. (1893): *Irtolaisuus Suomen lain mukaan*. Helsinki: Päivälehdin kirjapaino
- Suhonen, Riitta (1994): *Rikollinen nainen vai pabantapainen tyttölapsi? Kupion lääninvankilan naisvangit ja heidän rikoksensa vuosina 1890-1910*. Suomen historian lisensiaattitutkielma. Joensuu: Joensuun yliopisto

- Suhonen, Riitta (1996): Rikollisia naisia vai pahantapaisia tyttölapsia? Kupion lääninvankilan naisvangit ja heidän rikoksensa vuosina 1890-1910. Teoks. *Laittomuuden laitatiellä: Rikos Suomessa 1500-luvulta nykypäiviin*. Toim. Sari Forsström. Helsinki: Studia Historica Helsingiensis/Helsingin yliopiston historian laitoksen julkaisuja 1
- Suoninen, Marja (2001): Mikrohistoria vastauksena historiallisen sosiologian dilemmaan. *Sosiologia*, 38:1, 14-26
- Suzuki, Akihito (2003): A Brain Hospital in Tokyo and its Private and Public Patients, 1926-45. *History of Psychiatry*, 14:3, 337-360
- Svedberg, Gunnel (1997): Sjuksköterskor på sinnessjukhus. I *Hur skall själen läkas? Den psykiatriska vårdens förändringar*. Red. Bengt Erik Eriksson & Roger Qvarsell. Stockholm: Natur och Kultur
- Svedberg, Gunnel (2002): *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Stockholm: Karolinska Institutet
- Svensson, Tommy (1990): *On the Notion of Mental Illness*. Linköpings Universitet, Department of Health and Society
- Swartz, Sally (1999): IV. Lost Lives: Gender, History and Mental Illness in the Cape, 1891-1910. *Feminism and Psychology*, 9:2, 152-158
- Sydie, R.A. (1987): *Natural Women, Cultured Men: A Feminist Perspective on Sociological Theory*. Milton Keynes: Open University Press
- Szasz, Thomas (1961): *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. London: Secker
- Szasz, Thomas (1971): *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. London: Routledge
- Szasz, Thomas (1974): *Ideology and Insanity*. Aylesbury: Penguin Books
- Szasz, Thomas (1991): *Insanity: The Idea and its Consequences*. New York: Wiley
- Söderblom, Tomas (1992): *Horan och batongen: Prostitution och repression i folkhemmet*. Stockholm: Gidlund
- Taussi Sjöberg, Marja (1986): *Dufvans fångar: Brottet, straffet och människan i 1800-talets Sverige*. Stockholm: Författarförlaget
- Theriot, Nancy (1993): Women's Voices in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Towards Deconstructing Science. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 1, 1-31
- Tomes, Nancy (1990): Historical Perspectives on Women and Mental Illness. In *Women, Health and Medicine in America: A Historical Handbook*. Ed. by Rima D. Apple. New York: Garland Publishing, Inc.
- Tuohela, Kirsi (2001): Miesten heikkoja kohtia: Sairastamisen sukupuolittuneisuus 1800-luvun lopun kulttuurissa. Teoks. *Tanssiva mies, pakinoiva nainen: Sukupuolten historiaa*. Toim. Anu Lahtinen. Turku: Turun historiallinen yhdistys

- Tuomaala, Saara (2003): Punaiset posket ja suorat polvet: Kansakoulun terveydenhoidon ihanteita ja käytäntöjä 1920-1930-luvulla. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Helsinki: Gaudeamus
- Tuomaala, Saara (2004): *Työväkivistä käsistä puhtaksi ja kirjoittaviksi: Suomalaisen oppi-velvollisuuskoulun ja maalaislasten kohtaaminen 1921-1939*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 417.
- Turner, Bryan S. (1987): *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage
- Turner, Bryan S. (2003): Social Fluids: Metaphors and Meanings of Society. *Body & Society*, 9:1, 1-10
- Thörn, Catharina (2004): *Kvinnans plats(er): Bilder av hemlöshet*. Stockholm: Egalité
- Törnqvist, Rolf (1995): Historiskt konkretiserande sociologi. I *Moderna samhällsteorier: Traditioner, riktningar, teoretiker*. Red. Per Månson. Smedjebacken: Rabén Prisma
- Uimonen, Minna (1999): *Hermotumisen aikakausi: Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura
- Uimonen, Minna (2003): Perheenäiti ja heikkohermoinen nainen: Hermosterveystieto naiskansalaisuuden tuottajana 1800-1900-lukujen vaihteessa. Teoks. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Helsinki: Gaudeamus
- Ussher, Jane (1991): *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf
- Ussher, Jane (1997): Introduction: Towards a Material-Discursive Analysis of Madness, Sexuality and Reproduction. In *Body Talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. Ed. by Jane M. Ussher. London: Routledge
- Vauhkonen, Onni (1992): *Terveydenhuollon historia*. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulussäätiö
- Vattula, Kaarina (1989): Lähtöviivallako? Naisten ammatissa: Toimivuudesta, tilastoista ja kotitaloudesta. Teoks. *Tuntematon työläisnainen*. Toim. Pirjo Markkola & Leena Laine. Tampere: Vastapaino
- Vehkalahti, Kaisa (2002): Vuorelan kasvatuslaitoksen tytöt ja pahantapaisuuden sukupuoli 1900-luvun alun Suomessa. Teoks. *Tulkintoja tytöistä*. Toim. Sanna Aaltonen & Päivi Honkatukia. Helsinki: SKS
- Vehkalahti, Kaisa (2003): *Portraits of Delinquency and Penitence: Telling Life-Stories in a Reform School Context*. *History of Education Researcher*, 71, 14-27
- Vehkalahti, Kaisa (2004): *Kissapäiviä ja koulunkäyntiä: 110 vuotta kasvatustyötä Vuorelan koulukodissa*. Nummela: Vuorelan koulukoti

- Verkko, Veli (1933): *Biologisluontoisten tekijäin vaikutuksesta henki- ja pahoinpitelyrikollisuuteen. Tilastollis-kriminologinen tutkimus*. Helsinki: Helsingin yliopisto
- Verkko, Veli (1949): *Lähimmäisen ja oma henki: Sosiaalipatologisia tutkimuksia Suomen kansasta*. Jyväskylä: K.J. Gummerus Osakeyhtiö
- von Bonsdorff, Bertel (1978): *Läkare och läkekonst i Finland under 300 år: 1640-1940*. Ekenäs: Ekenäs tryckeri aktiebolags förlag
- Viljanen, Anna Maria (1994): *Psykiatria ja kulttuuri: Tutkimus oikeuspsykiatrisesta argumentaatiosta*. Helsinki: STAKES, Tutkimuksia 37, Suomen Antropologinen Seura
- Viljanen, Anna Maria (1996): Mielentilatutkimuslausunto argumentaationa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, Laadullisen terveystutkimuksen erikoisnumero. 2, 158-162
- Virkkunen, Matti & Hakola, Panu & Tuovinen, Matti (1983): Oikeuspsykiatria. Teoks. *Suomen psykiatryhdistyksen historia*. Toim. Kalle Achté, Jaakko Suominen, Tapani Tamminen. Helsinki: Suomen psykiatryhdistys r.y.
- Walby, Sylvia (1990): *Theorizing Patriarchy*. Oxford: Blackwell
- Ward, Tony (1999): The Sad Subject of Infanticide: Law, Medicine and Child Murder, 1860-1938. *Social and Legal Studies*, 8:2, 163-180
- West, Candace & Zimmerman, Don (1987): Doing gender. *Gender & Society*, 1:2, 125-151
- Whyte, William Foote (1943): *Street Corner Society: The Social Structure of an Italian Slum*. Chicago, IL: University of Chicago Press
- Wickman, Jan (2001): *Transgender Politics: The Construction and Deconstruction of Binary Gender in the Finnish Transgender Community*. Åbo: Åbo Akademi University Press
- Widerberg, Karin (1995): *Kunskapens kön: Minnen, reflektioner och teori*. Stockholm: Norstedt
- Widerberg, Karin (1996): Women's Experiences – Text or Relation? Looking at Research Practices from a Sociological and Feminist Perspective. *Nora*, 2:4, 128 - 136
- Willadsen, Jytte (1984): *Depression ditt namn är kvinna – den påtvingade kvinnorollen*. Södertälje: Bokförlaget Trevi
- Williams, Simon J. (2001): Reason, Emotion and Embodiment: Is 'Mental' Health a Contradiction in Terms? In *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Ed. by Joan Busfield. London: Blackwell Publishers
- Wikander, Ulla (1991): *Delat arbete, delad makt: Om kvinnors underordning i och genom arbetet. En historisk essä*. Uppsala Papers in Economic History, Research Report No. 28. Uppsala: Department of Economic History

- Wikander, Ulla (1994): *Kvinnorna i den tidiga industrialiseringen. I Kvinnohistoria: Om kvinnors villkor från antiken till våra dagar*. Stockholm: Sveriges Utbildningsradio AB
- Witz, Anne (2000): Whose Body Matters? Feminist Sociology and the Corporeal Turn in Sociology and Feminism. *Body & Society*, 6:2, 1-24
- Wrede, Sirpa (2001): *Decentering Care for Mothers: The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo: Åbo Akademi University Press
- Wright, David, Moran, James & Douglas, Sean (2003): The Confinement of the Insane in Victorian Canada: The Hamilton and Toronto Asylums, c. 1861-1891. In *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*. Ed. by Roy Porter & David Wright. Cambridge: Cambridge University Press
- Wrong, Dennis H (1961): The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology. *American Sociological Review*, 26:2, 183-193
- Ylikangas, Heikki (1998): What Happened to Violence? An Analysis of the Development of Violence from Mediaeval Times to the Early Modern Era Based on Finnish Source Material. In *Five Centuries of Violence in Finland and the Baltic Area*. Ed. by Mirkka Lappalainen. Helsinki: Publications of the History of Criminality Research Project
- Ylikangas, Heikki (1999): *Väkivallasta sanan valtaan: Suomalaista menneisyyttä keskiajalta nykypäiviin*. Porvoo: WSOY
- Young, Iris Marion (1997): *Intersecting Voices: Dilemmas of Gender, Political Philosophy, and Policy*. New Jersey: Princeton University Press
- Zaremba, Maciej (1999): *De rena och de andra: Om tvångssteriliseringar, rashygien och arvssynd*. Stockholm: Bokförlaget DN
- Zavirsek, Darja (2000): A Historical Overview of Women's Hysteria in Slovenia. *The European Journal of Women's Studies*, 7:2, 169-188
- Zemon Davis, Natalie (1997): *Women on the Margins: Three Seventeenth-Century Lives*. London: Harvard University Press
- Zola, Irving Zola, Irving (1972): Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20:4, 487-504
- Åman, Anders (1976): *Om den offentliga vården: Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning*. Stockholm: LiberFörlag
- Österberg, Monica (2000): *En inblick i mentaivårdens historia genom Själo hospital*. Opulicerad avhandling pro gradu. Åbo: Åbo Akademi
- Östman, Ann-Catrin (2000a): *Mjök och jord: Om kvinnlighet, manlighet och arbete i ett österbottniskt jordbrukssambälle ca 1870-1940*. Åbo: Åbo Akademis förlag
- Östman, Ann-Catrin (2000b): Joan Scott ja feministinen historiankirjoitus. Teoks. *Feministejä – aikamme ajatteliijoita*. Toim. Anneli Anttonen, Kirsti Lempiäinen, Marianne Liljeström. Tampere: Vastapaino

Östman, Ann-Catrin (2001): Oenighet och äkta kärlek: Behandling av äktenskapliga "trätor" i ett agrarsamhälle på 1700-talet. I *Mord, misshandel och sexuella övergrepp. Historiska och kulturella perspektiv på kön och våld*. Red. Inger Lövkrona. Lund: Nordic Academic Press

BILAGA 1: FINSKA ORIGINALCITAT

III Dokumentens makt och texter som meningsskapande Kommunens utlåtande om patienten

Tietääkseni näitä tauteja ei ole ollut. Äitinsä lienee kumminkin hiukan yksitoikkoinen luonteeltaan.

Sairaalla ollut heikko terveys. Sairastanut kohtutautia (Prolapsus uteri), päänsärkyä, pyörriytyksiä, unettomuutta, [epäselvä] ja ehkä kuumetautiakin, samoin rokkotautia. Kolme lapsivuodetta, viimeinen 7 v. 7 kk sitte. Ei ole itse imettänyt. Sairaalla aina ollut kova vatsa, johon aina on pitänyt lääkkeitä käyttää. Menstruationi ollut usein epäkunnossa.

Sairas ollut kiivaanlainen, pienemmästäkin seikasta ärtyvä, epäluuloinen ja pitkävihainenkin (toisissa tapauksissa) pannen ulkonaisiin oloihinsa suurtaakin painoa, mustankipijä (svartsjuk). Näyttänyt hiukan omituisia tapoja vaan on täydellä järjellä ja käsityslahjoiltaan tarkka.

Kasvatusta ja koulunkäyntiä ei sanottavaksi. Konfirmationi kuten olla pitää. Ennen naimistaan hienommassa perheessä hushälli-naisena; naimisiin tultuaan elänyt puutteettomasti vaan luullut itsensä onnettomaksi, josta luonnollisesti surut y.m. ovat olleet seurauksena.

Epäilen että hän on liiaksi ajatellut uskonnollisia asioita, sillä hän viime vuodesta alkaen alkoi käydä liian usein kirkossa ja rukoushuoneessa.

Mahdoton sanoa.

Ei ole ennen sairastanut mielenvikaa.

Viime kevännä Kesäkuun alussa ehkä jo viime vuoden kuluessa huomattiin jotain muutoksia mielialassaan, josta ei kuitenkaan voitu mitään päättää.

Sairas luulevainen, 'ärtyisä ja ylpeä'. Sairas ei ole koettanut vahingoittaa muita muuten kun toisinaan sanoilla, vaan kuulin hänen koettaneen viime kevännä juosta veteen. Luulee että hänelle tarjotaan ruuassa ja lääkkeissä myrkkyä; pelkää lääkkeitä ja lääkäreitä.

Asunut kesällä Kotkassa, talvella täällä [Hki]. Neuvoja kysytty Tohtori [nimi], sittemmin Profess. [Lapinlahden ylilääkäri joka tutki Saran].

Hänen miehensä allekirjoittanut.

Sairaalla ollut eriskummallisia näköjä ja kuulojakin. Saa toisinaan luetusta kirjoituksesta väärän käsityksen, luullen niissä löytyvän saastaista ja epäsovivaa. Ei ollut [epäselvä] olevan oman miehensä vaan jonkun vieraan maskeeratun. Ei sanonut olevansa naimisissa muuten jos ei häntä vihittäisi uudestaan. Nämät kummallisuudet tulevat aika ajoin, joten sairas on välillä niinkuin terve, varsinkin jos hänen ajatuksensa johdetaan toiseen suuntaan.

Ämbetsbetyget och betalningsförbindelsen

Rouva Sara Nieminen, synt. 14/4 1853, käytöksensä
puolesta nuhteeton, kuuluu tähän Evankelis-Luterilaiseen
seurakuntaan ja on H.P. Ehtoollisella käynyt.
Helsingissä, 3. p. joulukuuta 1889 [underskrift]

V Förvisade på livstid – Sjalökvinnorna och den obotliga sjukdomen, 1889-1944

Vankipassi.

Kriminaalimielisairas Fredrika Jansson lähetetään täten Turun ja Porin läänin Maaherran päätöksen 24/9-30 Nro 23840 nojalla, s/s Åland'illa Seilin turvalaitokseen hoidettavaksi. Matkalla, jota ei ensinkään saa viivyttaa, paitsi kun sairastuneen vangin terveys matkaa jatkamalla joutuisi vaaraan, tulee vangille korkeintaan 5 markan päivämuona, mutta väkevien juomien nauttimiseen alköön annettako vangille tilaisuutta. Turun lääninvankilassa lokakuun 2 p:nä 1930. Johtaja.

På kommunens bekostnad... och begäran

Lääkintöhallitukselle. Sittenkun Kivelän sairaalan ylilääkari köyhäinhoitolautakunnalle lähettämässään kirjelmässä on pyytänyt, että sairaalassa vallitsevan suuren tilanahtauden vuoksi m.m. Venäjän kansalainen Irina Popova, joka 8 p:stä marraskuuta 1922 on ollut hoidettavana sanotussa sairaalassa, otettaisiin sieltä ja lähetettäisiin muualle hoidettavaksi, saa köyhäinhoitolautakunta oheenliittäen [potilasta] koskevan lääkärintodistuksen, täten kunnioittaen pyytää, että hänelle varattaisiin sija jossakin valtion mielisairaalassa. Köyhäinhoitolautakunnan puolesta [allekirjoitus].

Hierarkier i en disciplinär regim – patienten som spelbricka

Kirjeenne johdosta t.k. 23 p:ltä saan sanoa, että oli varsin turha vaivata lääkintöhallitusta Vilhelmiina Mäkisen asiassa. Jos lääkintöhallitus toimii kuten tähän asti, ei se sekaannu niihin kysymyksiin, joiden ratkaiseminen ohjesäännön mukaan kuuluu ylilääkärille. Ainoa muoto kääntä lääkintöhallituksen puoleen olisi hakemus, jossa pyydetään Vilhelmiina Mäkiselle paikka Seilin turvalaitokseen, johon otetaan potilaita lääkintöhallituksen päätöksen mukaan. Kehoitän nyt uudestaan, kun lääkintöhallituksen vastaus on saapunut, hakemaan Seilistä paikkaa. Kirjoitan itse puolestani yksityiskirjeen lääkintöhallitukseen puoltaen asiaa. Jos luvataan ottaa Vilhelmiina Mäkinen sinne [Seiliin], kun hänelle siellä voidaan järjestää paikka, saa hän olla täällä siihen asti. Voitte hakemuksessanne lääkintöhallitukselle sanoa, että haette paikan Seilin turvalaitoksesta minun neuvostani. Odotan nyt tietoa siitä, miten suhtaudutte tähän ehdotukseeni.

Kasvojen ilme: jonkunverran jännittynyt, tylsyyttä osoittava. Mieliala: Tyyni ja alakuloinen sekä tylsä. Käyttäytyminen: hiljainen. Käsitys: Vaillinainen. Todennäköisesti on aistinharhoja. Muisti ei ole luotettava. Ajatustoiminta: sekava. Mitään selviä harhaluuloja ei voida huomata. Vastaukset: Välttelevät. Sairaana käyttäytyminen

osastolla: Pot on usein vastahakoinen ja makaa silloin liikkumattomana jonkun aikaa. Hän pyytää usein päätä pois (kuolla) ja silloin hän on kieltäytynyt syömästä, mutta on syönyt kun häntä on syötetty lusikalla. Joskus hän on epäsiisti. Hän ei ole tehnyt työtä.

Diagnoser i förändring

Bakomliggande orsaker: ärftlighet, kropp, sexualitet och ”dåligt leverne”

Äiti [potilaan] ollut n. 20 v. sitten 1 kk:n ajan hysteerinen. Isä käyttänyt alkoholia.

Isän isä lienee ollut mielisairas. Serkku isän puolella on mielisairas. Sekku isän puolella suuresti hermostunut. Pikkuserkkuja (isän p) lienee mielisairaina.

Isä käyttänyt runsaasti alkoholia. Äiti useita vuosia mielisairas, samoin yksi veli ja sisar mieleltään sekavia.

Status somaticus och status psychicus – kropp och psyke i diagnostisering

Status somaticus:

Ruumiinrakenne vankka. Pituus 161 cm. Paino 65 kg. Ravitsemustila hyvä. Ihonväri terve, tummahko. Ihon kosteus ja kimmoisuus tavalliset. Striae gravidarum. Häpykarvat naistyyppiä. Hiukset, häpy- ja kainalokarvat ruskeat; tukka ohut. Pään ympäryys 55 cm. Irides harmaansiniset, pupillien ympäri ruskeita täpliä. Kulmakarvat eivät yhdy nenän tyvässä. Hampaiden asento tavallinen, hampaat huonot. Kaulassa muutamia pieniä fibromeja. Gl.thyr. ei suurent. Ei suurent. imurauhasia. Sydänpainumus tavallisella alueella. Sydänäännet puhtaat. Valtimo säännöllinen, tavallista kokoa, 78/min, pehmeä. Keuhkot eivät ole tutkittu pot. vastustuksen takia. Ei yskää. Vatsa pullistava, ei painoarkuutta, eikä abnormia resistenssiä. Virtsa: kirkas, alb-. Nyl. Silmien asento ja liikkeet säännölliset. Silmäterät keskikokoa, pyöreät, yhtäsuuret, supistuvat valolle ja mukautuessa. Heijastukset: Triceps+, radius +, vatsanpeitteet +, patellaris +, achilles +, plantaris +, kaikki samanlaiset molemmin puolin.[...] Romberg -. Dermografismi epäselvä. Kätet ja jalat hieman kosteat. Levitettyt sormet ja kielenkärki eivät vapise. Kivun ja kosketuksen tunto: heikko.

Status psychicus ja autoanamnesis:

Tutkittaessa pot. ei riisu vaikka käsketään useita kertoja vaan hakee itselleen tuolin ja käskee läsnä olevat istumaan. Hän istuu sitten puheen yhtämittäisesti, nopeasti ja epäselvästi, mutta verrattain kovalla äänellä hajanaisia sanoja, katsoen vuorotellen läsnä olevien päälle tuskallisena katseena. Noin ¼ tunnin päästä hän suostuu riisumaan, mutta ottaa nyt vaatteet auki niin että vatsa ja reidet tulevat paljaaksi, vaikka oli käsketty riisumaan hame ja paita. Kysyttäessä potilas vastaa, ettei muista kuinka vanha hän on, että hänellä on 3 poikaa ja 2 tyttöä ja että toinen tytöistä on ”jumaherran kanssa”. Hän kertoo, että hänen miehensä asuu rannalla kirkon (Seilin) läheisyydessä. Toinen kerta hän sanoo, että [hänen mies, nimi] asuu ylihoitajattaren kanssa. Hän sanoo että hän nyt on tohtorin salissa ja että hän asuu samassa talossa. – 2x2 on ”vähennyslasku”, viikossa on ”5 eli 6 päivää”; vuodessa ”160” päivää. Suomen Presidentti on ”joku sotaherra”.

Muuten hän ei vastaa kysymyksiin. Pot. joka vähitellen on ruvennut hymyilemään sanoo lähtiessään useampia kertoja ”Adjö [epäselvä]”. Osastolla potilas on ollut levoton ja vastahakoinen, puhelias ja kovaaääninen. Usein hän on liikkeellä koko yön ja hakkaa seinin ja oviin. Usein hän on särkenyt ikkunoita ja repinyt vaatteita. Kysyttäessä pot. sanoo, että häntä on käsketty sitä tekemään. Joskus hän yht’äkkiä ottaa jonkun läsnä olevista kiinni puristaen heitä. Jos rupee itkemään hän heti rauhoittuu ja sanoo ettei hän tarkoita mitään pahaa. Pot. on epäsiisti. Hän on tehnyt ulkotöitä. Sairaudentuntoa ainakin välillä.

Kvinnlighet, klass och vansinne **Ålder och vansinne – horor eller offer?** **”Starka begär” – tonårsflickan Julia**

osoittautui yllämainittu Julia Söderholm siihen määrään vähämieliseksi /imbesilliksi/, että lienee sängen vaikeaa ehkäpä melkein mahdotonta häntä saada ryhtymään minkäänlaiseen järjestettyyn työhön tai opiskeluun [...] osoitti hän (J.S.) täkäl laitoksessa siksi suuressa määrin eroottisia /sukupuoli-/ taipumuksia, että hän ainakin sellaisessa kasvatuslaitoksessa, jossa on myöskin toista sukupuolta, voi käydä siveys-suhteissakin vaaralliseksi ympäristölleen, olletikin kun hän melkein maniaa-muistuttavan vilkkaan temperamenttinsa tähden ei kykene kulloinkin heränneitä viettenjensä hillitsemään.

Fattigdom och vansinne – olyckliga omständigheter eller självförvallat?

On pitemmän aikaa ollut kotonaan välinpitämätön eikä ole ollut hänestä toimittajaa. Sen jälkeen kuin mies vietiin sotaan huomattavasti huonompi.

Sairaan elämä on saatujen tietojen mukaan edellä
mielisairautta ollut irstaista ja epäsiististä.

Härkomst och vansinne **De karelska evakuerade – idioter och onanister**

Tuotu Karjalan evakuoinnin yhteydessä Viipurin kaup. mielisairaalaista, jossa ollut vuosikautia. Tylsä, välinpitämätön, puhumaton, työhön pystymätön, joskus äänekäs, ei tarvitse lääkettä.

Pot. kulkee ryömien ei kykene kävelemään kuin seinästä kiinnipitäen, kertoja [potilaan hoitajatar] kuitenkin koettanut potilasta opettaa kävelemään ja on pot. jonkun verran siihen oppinut. Ei kykene puhumaan, ainoastaan äiti sanan on oppinut. Pot. ymmärtää kuitenkin puheen. [...] Ei epäsiisti. Rauhallinen. Kaatumatautikohtauksia. [...] Saanut joskus luminalia lääkkeeksi.

Pot. joskus epäsiisti, tekee lattialle. Onanisti, kaivaa itseään, kerran koko käden työntänyt niin pahoin ja repinyt itsensä, että pitkän ajan oli sairas, ei kyennyt kävelemään ja tuli mätää, sitä hoidettu ja nyt jo parantunut. Runsaat menses. Pot. puhelee itseksensä, kiroilee, ei väkivaltainen, yleensä rauhallinen.

De främmande – ryska undersåtar

Suomeen tuli nälkä-aikaan pakoon [...] Puhuu venäjää huolimatta siitä, että selitetään ei ymmärrettävän sitä.

itsetunto kohonnut, pitää itseään rikkaana ja ylhäisenä henkilönä, pukimissa koreileva. Ennen sairaalaan joutumistaan aiheutti häiriötä extravaganteilla puvuillaan sekä sen kautta että kulki pankeissa raha-asioistaan puhumassa.

Kerrottu olleen aina hieman hermostunut. – Lienee ollut kaksi lasta. [...] toisinaan on kovin ärtyinen, vetäytyy silloin vähän erikseen ja pauhaa kovasti. Pauhaa sitä, kun hänelle ei muka palkkaa makseta ja luettelee kaikkia töitä mitä on tehnyt. [...] Ei ole väkivaltainen. – Tervehtii kohteliaasti ja kiittää kyselyistä. [...] Sairaudentuntoa ei ole, omaa tilaansa ei osaa oikein arvostella.

Slutsatser: den motsägelsefulla makten Inneboende svaghet eller arbetsideal?

Pääasiassa iloinen. Ei työnhalua. Makaan tahi istuu päiväkaudet sängyssä; toisinaan tehden omituisia koristeja [...] sairastamisensa jälkeen lapsellinen, mutta ei abnormi.

Tylsän iloinen. Ei työnhalua. Toisinaan epäsiisti, öisin kastelee vuoteensa toisinaan.

VI Från brottslighet till sjukdom – opålitliga kroppar och irrationella handlingar Konstruktioner av hållningslös karaktär och sjukdom Barnamord – ekonomisk utslagning, skam, vansinnesdåd?

Mieliala yleensä väritön. Pot. toruessa esiintyvä affekti on kovin pinnallinen, pinnallisia ja pian ohimeneviä ovat myöskin hänen silloin tällöin esiintyvät itkukohtauksensa. Rikoksensa yksityiskohdista puhuu hän ilman mitään mielenliikutusta, hän kertoo tappaneensa lapsensa, jotta olisi päässyt ansaitsemaan.

Tekonsa teki kertoja sentähden ettei jaksa elättää itseään, äitiään ja lisäksi lasta.

Hän oli palveluksessa eri paikoissa yhteensä 14 vt., ja näky yhäntä pidetyn normaalisenä vaikka vähälähjaisena henkilönä, joka on 'yksinkertainen', 'saamaton', 'typerä'. [...] I.V 1918 vei potilas lapsensa erään vaimon hoidettavaksi, ja maksoi siitä 30 mk. Kuussa. I.VI 1919 illalla 8 seudussa hän tuli palveluspaikaltaan veneellä hakemaan lasta pois. Paluumatkalla ajatteli [potilas] keinoa millä päästä lapsen hoidosta ja kustannuksista. Hänen palkkatulonsa eivät nim. riittäneet lapsen hoitokustannuksiin. Harkittuaan asiaa hän päätti [...] pudottaa lapsensa järveen. [...] kehotettuna ja houkuteluna tunnustanut tekonsa – Myöhemmin pot. on sanonut ei tietävänsä mikä hänet oli saattanut tekemään tekonsa, jota hän kyllä jälestäpäin oli katunut.

se oli kitusa lapsi, - Maksoi siitä 40; - ainakin 40; mk kk:ssa
– Kyllä se oli mukava lapsi. Olisin sen itsekin pitänyt (hymyilee ja ujostelee). Oli vielä jäätä vedessä kun heitti sen lapsen järveen. En tiedä mikä minun tuli, kun heitin sen. En muista miten se oli. Kyllä kadutti jälkeen päin, mutta minkä sille enää voi (itkee). Kyllä näki sen lapsen ruumiinkin sitten – käräjillä – vaatteista tunsi.

Murhannut synnyttämänsä lapsen lokakuussa 1925. Joutunut tästä syytteeseen. Tammikuussa 1926 käynyt synkkämieliseksi, sittemmin hyvin levottomaksi. Kuuloharjoja alkanut ilmetä. Mielentilansa vuoksi tutkittavana Niuvanniemen keskuslaitoksessa kesällä 1926. Vapautettiin syytteestä[...] Ruumiinrakenne hintelä, selkärangan lantioseutu epämuodostunut muodoltaan taaksepäin ja vasemmalle pullistavan kyttyrän. Hartiat leveät, lantio kapea ja korkea. Kasvonpiirteet karkeat, jonkinverran miehekkäät [...] Ryhti veltto. Ilme ajoittain aivan väritön, toisinaan tyhjän hymyilevä.[...] Luonteeltaan ollut kiivas ja herkkä suuttumaan, järjeltään hidias ja kankea. Sukupuoliasioissa suorasuinen ja ujostelematon.

Elämän vaiheistaan kertoi että 15 vuotiaana lähti kotoaan palvelukseen ollen 6 vuoden ajan Kangasniemellä. Noin 4 vuotta sitten lähti Kangasniemeltä Ojakkalaan Laukilan [epäselvä] kansakoululle sitten Ojakkalan Pyöliin, Selkin Katajalle, Haimoseen, Vihdin Suontaalle, Ojakkalan Naukkarille, josta lokakuun alussa 1935 jäi toimeettomaksi oleskellen Jokikunnan Kahrilla, Ojakkalan Pyölissä ja Helsingissä sisarensa [nimi] luona, jossa seurusteli miesten kanssa niin että tuli raskaaksi.

Syytetty [...] toisti kaiken, mitä hänen kertomukseen oli poliisikuulustelupöytäkirjaan merkitty kertomustaan kuitenkin oikaisten sikäli, että lapsen isä on syytetyn Helsingissä lokakuussa 1935 tapaama teurastaja [nimi]. [Miehen], jonka kanssa syytetty oli seurustellut mainitusta ajankohdasta lähtien, oli syytetty tavannut viimeksi heinäkuussa, jolloin olivat olleet yhdessä Vihdin kunnantalolla. [Miehen] väitti syytetty olleen tietoisien lapsen syntymästä, josta usein oli ollut puhetta [miehen] kanssa ja oli [mies] luvannut pitää huolta lapsesta, heti kun se on syntynyt. Kysyttäessä väitti syytetty vielä, ettei hänellä Vihdin kunnan sairaalasta lähtiessään ollut pienintäkään aikomusta surmata lastansa. Merkittiin pöytäkirjaan, että syytetty esiintyi oikeudessa hyvin rauhallisesti sekä vastaisi tehtyihin kysymyksiin selvästi ja täydellisesti.

Lapsi oli silloin itkenyt itsensä niin väsyksiin ettei se jaksanut enää itkeä. Vietyään tavarat asemalle, tuli kertoja takaisin lapsen luo, joka silloinkaan ei itkenyt. Kertoja istui sitten radan varrella n. 20 minuutin ajan, jolloin huomasi että lapsi oli niin kipeä että se pian kuolisi. Se ei jaksanut enää itkeäkään. Kun huomasi että lapsi kärsi kovasti ja aukoi suutaan, jolloin suusta tuli verta, niin kertoja, jotta lapsen kärsimykset pikemmin loppuisivat kiristi mekossa ollutta narua niin että lapsi ei voinut hengittää. Mekossa ollut nauha oli kanttinauhaa, joka oli rusetilla mekon rinnalla. Kertoja avasi rusetin ja kiersi narun lapsen kaulan ympäri kiristäen narua. Vähän ajan kiristettyään oikaisi lapsi itsensä suoraksi, jolloin kertoja havaitsi että se oli kuollut. Sitten kertoja kääri lapsen vaatteeseen ja lähti kävelemään lapsi sylissä suolle päin. Erään kuusen juurella riisui lapselta vaatteet pois ja kääri ruumiin liinaan ja riepuun sekä asetti sen kuusen juurelle pannen päälle kolme kuusen oksaa ja niiden päälle sammaleita. Tämän jälkeen lähti takaisin kauppalaan päin, jossa pääsi yöksi erääseen mökkiin.

Mordbrand – sinnesslöhet och degeneration

Selitti edellämainitut poltot tehneensä siinä tarkoituksella että pääsisi linnaan eikä tarvitsisi olla kunnalliskodissa. Ei tunne mitään katumusta tekoonsa. [...] sekä huomautti, että hänestä oli yhden tekevää jos hänet vietiin 'linnaan' ja lisäsi 'viekää vaikka sikalättiin, yhtä maailmaa se on kaikki' [...] että vastaaja oli lähtenyt pois kunnalliskodista, kun 'ei siellä aina viitsinyt olla'; että vastaaja oli syyttänyt Kivelän ladon 'muuten vaan', kun ei siitä ollut vastaajalle mitään vahinkoa. [Myöhemmin hän] pyysi, että hänelle 'laskettaisi kuula kalloon, ettei tarvitsisi yhtenäen kuljettaa käräjille'.

joka alkoi syyttämään paloa. [...] Tulen syytettyä lähti [leski] ulos, lähtiessään vielä varoittaen kertojaa, kuten ennemminkin oli varoitannut, ettei vaan pitänyt puhua kenellekään mitään, vaan antaa palaa hoitajan ja kaikkien. [...] Tulipalon edellisellä viikolla antoi [leski] kertojalle rahaa yhdeksän markkaa 50 penniä sanoen, että 'jos talo nyt menee annan enemmänkin'. Rahan antoi kertoja kiinnijouduttuaan hoitajalle.

Mörderskor – våldsamhet och irrationalitet

Surmannut tammikuussa 1924 miehensä [nimi] pahoinpitelemällä ja kuristamalla. Vapautettiin mielisairaana rangaistuksesta, mutta määrättiin yleiselle turvallisuudelle vaarallisena hoidettavaksi mielisairaalassa. [...] Ärttyessään saattaa käydä toisten kimppuun tönäisten tai tukistaen heitä.

Joulukuun 9 pv. 1920 aamulla omaisten askaroidessa tuvassa ja luullessa pot. nukkuvan 3n sisaren yhteisessä makuuhuoneessa tuvan vieressä nähtiin p.n. tulevan huoneestaan ja kynnykseltä iskevän päähän vanhinta sisartaan, joka karttasi villuja sisarusten huoneeseen vievän oven lähettyvillä tuvassa. Iskuista sattui kaksi ensimmäistä maaliinsa, kolmas hipaisi väliin tulleen isän sormea. Sisar kuoli paikalla. Ase oli kirves, jonka p[otilas] oli edeltä käsin piilottanut vuoteeseensa. P. kertoi tappaneensa sisarensa päästääkseen tämän kärsimyksistä, sisar kun muka sai osakseen kyläläisten ivaa kylän [juoherrunsa?/epäselvä] takia. P. ei osoittanut millään tavalla katuvansa. Poliisivoimin vietiin p. Antrean kunnalliskotiin; matkalla oli väkisin pidettävä rattailla karkaamishalunsa takia, sanoi haluavansa vielä viikon olla kotona, työnsä jäi kesken: pää irrottamatta ruumiista, (niin oli määrätty).

Kävelypihasta tullessa rikkoi käytävän akkunan. Yritti karata kotiinsa niin kuin selitti. Samassa tarkoituksessa hyppäsi pihanurmella osaston keittiön auki jätetystä ikkunasta, ei muutosta tavoissa kiinni saatua. [...] Rombergin koetta tehtäessä kieltäytyy potilas ylimielisen leikkisesti ja itsepäisesti selittää lasta voivan käskää noin, mutta ei aikuista, ei hänestä kuitenkin sotamiestä tule. [...] Ensi kysely koskee pois pääsyä. Vastauksen saatua palaa entinen velto alakuloisuus ilmeisiin. [...] Kulmakarvat yhtyvät keskiviivassa. Axillakarvat ja pubes tavalliset. Ei erikoisempia degeneratiomerkkejä.

Lösdrivarna – osedlighet och oordning Hilja – ”ett dåligt liv”

ruumiinrakenteeltaan heikko, jotta ei ole voinut olla raskaissa töissä; joskus pyörrytystä ja silmät heikot lapsesta asti; ollut useita kertoja vankilassa irtolaisuudesta ja juopumuksesta; kesällä 1929 pitempiaikainen verenvuoto nenästä; ei ole synnyttänyt lapsia; usein hermostunut ja uneton. [...] Käsityslajhoiltaan ja sielunlunqvyviltään heikonlainen; käynyt kansakoulua r kk:n ajan. [...] Kasvatus [lapsuuden]kodissa leväperäinen ja toimeentulo puutteellinen; kävi rippikoulun Eurajoella; sitten 17 ikäisestä palveluksessa etup työläisperheissä Uudessakaupungissa, Turussa ja Helsingissä; 23 vuoden ikäisestä lähtien viettänyt Helsingissä huonoa elämää juopotellen ja eläen epäsiiveillisesti (sairastaa syfilistä). [Uskonnollisia mietiskelyjä?] Ei; vähäiset kotoa saadut hyvät vaikutelmat 'unohtuneet maailmalla' [...] Sairas väliin tekee normaalin vaikutuksen, väliin puhuu 'puuta heinää'; luulee itseään pidettävän 'siveyosaston sähkötuolissa' ja moittivan hänen huonoa elämänsä; väliin huutaa kuin mieletön, väliin nauraa ääneen.

Seilin sairaalassa hoidettavana ollut Hilja Seppälä, Helsingistä, on lääkintöhallitukselle kannellut potilaiden Seilin sairaalassa saamasta kohtelusta ja varsinaisen hoidon puutteesta, jossa asiassa Te olette antanut lausuntonne. Tämän asian lääkintöhallitus on tänään käsitellyt tullen tällöin siihen tulokseen, ettei asia anna aiheutta enempiin toimenpiteisiin, mistä Teille tiedoksi täten ilmoitetaan.

Tre berättelser – Johanna, Sofia och Emilia Om hur lösdrivaren blev en hysterika – cyklisk sinnesstämning och medicinsk sanning Johanna – med egna ord

että kun minä kävelin niin jalat tuli semmoseksi että en voinu astua ja käteni tuli semmoseksi että kun jotain tein niin net tuli sellaiseksi kuolleeksi ja voimattomaksi mutta on semmone pisteinen ruumissani niinko eläviä juoksis ja tahdo pysyä paikoilansa ja on niin levoton olo ja nukkuminen on ollut huonoa kun tulee silmiin sellaisia erityisiä ninko liikkus jotakin ja kun saa uneen vähäsen kiini niin pelästyn ja se on niin vaikeeta, pää on niin raskas ja yhtäkki ruppee katomaan ja rinnan alla on niin raskas paikka että kun ajattelen elämäni niin se rupee hakkamaan ja tahtoo tulla työssäni erehdyksiä ja kun lähtee jonkus ja pitää ottaa mukkansa jotakin ja juuri kun on lähdössä on kyllä mielessä mutta kun on lähtenyt niin ei muistakkaan.

jos löytys maailmas sellainen ihminen jollekka vois kertoa sillä net pistävät pilkkansa vaan kyllä minun elämäni on ollut niin synkkää ja mustaa että sitä ei voi oikein käsittää ja vallan sentähden kun se on niin vastahakoista minun olla sellainen ja voi jos se vielä valkenis että tulis onnelliseksi saisi sen elämäni vielä takaisin kun oli silloin kun äitini eli ja oli työpaikasta että sai työllensä itses elättää, mutta omilla voimillani en voi kun on papahtunut [epäselvä] elämäni tämälläisi kohtauksia ja niillä kirjoillani en saa mitään työpaikkaa ja ihmiset on niin avuttomia ja minä ole eläisäni niin paljon rukoillut mutta en ole kertonut kenellekkää mistään olen joutunut siihen kunei voi luottaa eikä uskoa kenenkään ihmiseen kun tämä maailma on niin kavalaa. – unhoittaa ei vois milloinkaa sitä ihmistä jonko kautta elämäni muutus kyllä minä olen monta kertaa meinanut lopettaa tämän maallisen elämäni mutta ei ole luonnonnut.

jotka puin ylleni ja lähdin kävelemään ja minä en tiennyt mitä minä olisin tehnyt, minä kävelin siellä kaupungissa ja oli vaikeaa olla kun oli kaikki niin outoa mutta sitä en muista että millä tavalla minä joutun polisiekkamariiniin mutta sen muistan että olin Waasan Vankilassa 1 viikon ja pyysin passittamaan Normarkkuun ja nimismies otti puheille mutta en osanut puhua mittään enkä selitellä sitten hän laski menemään ja kyläläiset olivat niin ihmeissä ja minä läksin Poriin, olin heinäladossa yösen ja päivän ja ajattelin että mitä tekisin kun on nälkä ja ei ole voimia että olisin puhunut kenellekään ihmiselle mitään kun häpesin.

Expertdiagnosen

Sellainen tauti on usein varsinkin naisilla hysteria, jonka tunto-merkit menevätkin osaksi yhteen degeneraation kanssa. Niinkuin nimi jo antaa ilmiin saa hysteria (emän kreikkalaisesta nimestä) alkuunsa ylipäänsä yhteydessä seksuaalielämän kanssa ja on riippuva siinä tapahtuneista häiritsemisistä ja vaikutuksista.

Nojaten siihen mitä täällä yllä olen tuonut esiin saan lausuntoa että Johanna Wilhelmina Mattssonin vaivaa mielitauti ja että hän tarvitsee saada hoitoa mielisairaalassa sekä syystä että hän, tautinsa laatu varten, on vaarallinen socialisessa suhteessa että hänen tautinsa sopimattomissa oloissa vaan tulee pahemmaksi; tämän todistan sekä ennen tekemälläni lääkärintuomalla että niin totta Jumala minua auttakoon hengen ja sielun puolesta.

Sofia – en svär psychopath Nervositet, tjvnad och missfall – informanternas utsagor

Tutkittavan äiti [nimi, osoite] on pyynnöstä tšekäläiseen sairaalaan kirjeellisesti antanut seuraavat tiedot: Isä kuollut keuhkotautiin; hiljainen, saattoi olla joskus viikonkin puhumatta; tuijottava; kiivas luonteinen; omituinen; nuorempana ollut kova juoppo, juovuksissa kiivas “rikkoi ja repi huonekalut”; isän suvussa vähän tylsämielisiä “melkein kaikki”; isänisä kova juoppo.

siitä saakka ollut vähän “eriskummallinen”, toisinaan iloinen, toisinaan surullinen ja alakuloinen, joskus tulee aivan sekapäiseksi, silloin tekee mitä vain, itse ei tiedä mitä on tehnyt ja kun sitten saa kuulla hermostuu siitä kovasti; toisinaan suuttuu niin, että saattaa hyökätä päälle, mutta kun saa olla rauhassa niin menee puuska ohi ja on taas aivan tavallinen.

Sofia Kronqvist on kyllä asunut luonani ja saan lausua että hänen hermostonsa on täysin pilalla, toisinaan hän oli niinkuin muutkin ihmiset mutta toisinaan hän hermostui pikkuasiasta silmittömästi [...] ja mitä tulee Kronqvistin sairastamiseen, niin saan lausua että hän kylläkin oli aina heikko yöllä hän aina unissaan valitti. Luonteeltaan hän oli vilkas, puhdas hyväluonteinen ja kaikki piti olla niinkuin hän itse sen määräsi ja kun hän sai olla niinkuin hän itse halusi oli hän kovin iloinen eikä hänessä havainnut mitään mielenhäiriötä ja siksi toiseksi ei hän niin kovin hermostunut ollut etteikö hänen kanssaan toimeen tullut. Mutta toisinaan kun tuli se raivo hänen päälleen niin hän teki mitä vaan eikä hän sitä itsekään ymmärtänyt eikä toisinaan muistanut ja kun se meni ohi niin hän tuli niin herkäksi ja sääliväksi että rupesi itkemään.

[Unitaudin jälkeen] on hänen hermostonsa olleet pilalla ja mitä tulee hänen sukuunsa niin siitä olen tietämätön. Olin silloin 12 yöllä töissä kun tämä viimeinen palo tapahtui niin en voi sanoa hänen mielentilastaan sillä hetkellä mitään. Mutta mitä sanoo naapurit niin oli hän vähän itseensä sulkeutuva eli puhumaton ja valitti kovaa päänsärkyä ja huimaamista.

Hän on useampaan otteeseen käynyt luonani erilaisista vaivoista, muistaakseni etupäässä gynecologisisista. Yleensä olen vaivat asettanut neurosin tiliin. Minulle on tunnettua, että hänen ympäristönsä pitää hänen psychopaattisena henkilönä. Jolleivat kaikki asiat mene niinkuin hän tahtoo, niin voi hän raivostua siitä aivan suunnattomasti. Olen aina pitänyt häntä debilinä, mahdollisesti voi olla kysymyksessä vaikeampikin mielisairaus.

Suvusta en tiedä mitään erikoista. 1935 on Sofia K ollut vanhempieni palveluksessa 5-7 päivää, mutta erotettiin varkauksien takia. Hän varasti kaikkea, huolimatta siitä voisiko esineestä olla hänelle hyötyä taikka ei. M.m. voi hän kotiaskareita tehdessään hävitä muutamaksi minuutiksi ja palata varastettu esim. takki kainalossa. [...] Tyypillistä hänen varastamiselleen on, niinkuin eräs tšekäläinen liikkeenjohtaja kerran sanoi, "että kaikki kelpaa, kukkaruukuista kalosseihin." [Mainitsee että äiti on kertonut unitaudista]. Hänellä on yksi lapsi ja on hänellä myös ollut keskenmenoja. Reposaaren terveydenhoitajattaren minulle kertomista oireista päättäen m.m. juuri ennenkuin hänet pidätettiin murhapolttojen takia. Joulukuussa -35 lähetin hänet Porin Kaupunginsairaalaan leikkattavaksi munasarjakasvaimen takia (leikkausdiag. oli Cysta ovarii). Mitä S.K.:n siveelliseen elämään muuten tulee, on hän ajoittain asunut jonkun satamatyöläisen kanssa, ollen heidän yhteiselämänsä hyvin riitaisaa. Kerran ollessani sairaskäynnillä siinä talossa, missä he asuivat, kuulin heidän pillalla riitelevän, uhkailen ja rivosti haukkuen toisiaan, ja keväällä -36 kävi S.K. tutkittavanani, kun mainittu mies oli häntä pahoinpidellyt.

Uppförandet på anstalten – produktion av sjukliga karaktärsdrag

Tutkittava valittelee alinomaa kaikenlaisia kipuja. Usein on hän puhunut päänsärystään, pyytääpä lääkärin joskus tarkastamaan hänen päälakensakin, missä on keskellä noin parin senttimetrin läpimittainen pyöreähkö sisäänpainuma luussa. Välistä taas valittaa hammassärkyä tai sormikipua. Usein puhuu hän myös siitä, ettei voi kauan katsoa samaan paikkaan, eikä pitempää aikaa lukea, sillä silmät väsyvät ja kirjaimet alkavat hyppiä silmissä [...] Toisinaan valittaa hän väsymystä ja kerran lysähti hän äkkiä käytävällä kasaan, nousten kuitenkin itse siitä verrattain pian ylös ja kävellen vuoteeseensa.

Sairaalassa oloonsa hän kyllä on tyytyväinen ja sanoo, että päivät ja viikot menevät hyvin, kaikki kohtelevat häntä ystävällisesti, vieläpä hän usein kehuukin hoitajia ja lääkäreitä. Välistä on hän hyvinkin oikullinen ja saattaa silloin kieltäytyä ottamasta esim. iltalääkettä, sanoen haluavansa mieluummin kuolla. Hänellä on aina jotain sanottavaa tai kysyttävää, kun lääkäri kulkee ohi, pyytääpä hän välistä, että lääkäri puhuisi hänelle jotain mukavia asioita. Hän etsii aina seuraa ja puhelee kernaasti itsestään. Puheen sisältö on yleensä varsin yksitoikkoista, hän toistaa samoja sanoja moneen kertaa ja puhelee runsaasti.

Hän itkee yleensä vähän päästä ja varsin mitättömistä aiheista. Itkukohtaukset menevät kuitenkin pian ohi ja hän rauhoittuu verrattain

nopeasti. Vahva koti-ikävä hänellä on ja vähän päästä tiedustelee hän lääkäriä, joko pääsee kotiin. Kun muistelee äitiänsä alkaa hän itkeä. Toisena päivänä on taas hyvin iloinen saatuaan äidiltään kirjeen; luettuaan kirjettä vähän matkaa alkaa hän itkeä, tyyntyen kuitenkin pian. [...] Kerran kertoi lääkärille itkeneensä koko edellisen illan, kun toisilla [potilailla] oli vieraita, mutta hänellä ei. [...] Hän kiittää lääkäriä lapsellisen iloisesti saatuaan kuulla, että kirje sulhaselle on toimitettu postiin.

Hän on siitä hyvin huolestunut, että pitää mennä takaisin vankilaan, pyytäen monta kertaa päästä suoraan kotiin, ikäänkuin ei täysin ymmärtäisi muodollisuuksien merkitystä asian käsittelyssä. Loppupuolella uhkasi hän tehdä itsemurhan, jos joutuu vankilaan ja muutenkin elämä tuntuu toisinaan niin kurjalta, että pitäisi lopettaa itsensä.

Numerosarjoista toistaa kolmi- ja nelinumeroiset useimmin oikein, mutta viisinumeroisissa [sarjoissa] tekee virheitä; esim. 81649 toistaa "864 - - 8649", 72531, toistaa "72 - - 53" [...]. Pyydettyä painamaan mieleensä sanat: heinäseiväs, raamattu ja jänis toistaa kahden täytetyn minuutin kuluttua "raamattu ja - - jänis, mutta mikä se ensimmäinen oli - - heinäseiväs"; sanat: itku, tanssiaiset ja aatteellisuus toistaa kolmen täytetyn minuutin kuluttua "itku - - mutta en minä sitten enempää muista - - aatteellisuus - - ja tanssiaiset".

Medicinsk kunskap om individen

ei hermostunut. [Tutkittavan isä, joka kuoli 28 v. sitten keuhkotautiin, oli] sahanvaimen, ei hermostunut, ei väkijuomia, uskova, "hiihdi". Suvussa ei kertoja [Sofia] tiedä olleen mitään hermostontauteja. Tutkittavalla yksi veli, terve, ei sanottavemmin väkijuomia, sekä yksi velipuoli, joka myös on terve.

Kun tuberkuloosilääkäri tutki [potilaan] röntgenkoneella toista vuotta takaperin sanoi hän [potilaan] oikean keuhkon kärjessä olevan tuberkuloosin aiheuttaman arpeutumaa. Samoihin aikoihin oli [hän] raskaana, mutta lääkärit pitivät hänet siksi heikkona, että raskaus keskeytettiin. Tutkittavalla on yksi tyttö, joka on nyt 7-vuotias. Kaksi kertaa on raskaus keskeytynyt itsestään ennen edellä mainittua lääkärin toimittavaa keskeytystä.

En hierarki i berättelser

Rikosrekisteriotteen mukaan sai tutkittava ensimmäisen vankeusrangaistuksensa varkaudesta; tämän sovitettuaan oli hän noin vuoden verran vapaudessa kunnes taas sai kuritushuonerangaistuksen myöskin varkauksista, minkä jälkeen hänet on vielä kolme eri kertaa tuomittu rangaistuksiin, niistä kaksi kertaa varkauksista ja yhden kerran petoksista, vapaiden väliaikojen vaihdelta alle yhden ja alle kolmen vuoden.

En kroppslig drift och ett irrationellt infall

joka, kuten usein nuorilla henkilöillä, pahimmin on turmellut [potilaan] tunne-elämää ja tahdontoimintaa, mutta osittain jo myös

älyllisiä toimintoja, samalla kuin hänessä on ilmennyt jatkuvasti vaikeita yhteiskuntavastaisia piirteitä. Koska kysymyksessä on hitaasti yhä pahempaan suuntaan kehittyvä aivosairaus on tutkittava nyt kysymyksessä olevat rikokset tehdessään katsottava ymmärrystä vailla olleeksi henkilöksi. Tutkittavan sairastaman taudin laatuun ja hänessä ilmenevien vaikeitten yhteiskuntavastaisten taipumusten vuoksi olisi hänet toistaiseksi hoidettava suljetussa sairaalassa.

Fallet Ida – menstruation som orsak, men för mildrande omständighet

Ottaen kaiken edellä esitetyn lisäksi vielä huomioon sen kokemuksen, joka hänestä yhteiskunnan huollossa ollessaan on saatu, että häntä on vapaampien huoltomuotojen avulla vaikea hoitaa ja hallita, lieenee asianmukaisinta, että häntä oikeudellisesti käsitellään ymmärrystä vailla olevana henkilönä ja hänet järjestetään toistaiseksi mielisairaalaan hoidettavaksi.

Emilia: Horan som blev benådad – frihet genom underkastelse? Brottet

Keskiviikkona 6 päivänä syyskuuta kello 16 seuduissa kun äitinsä oli poistunut kotoa päätti kertoja lopettaa lapsensa, pannen päätöksensä heti täytäntöön nouden ylös sängystä mennen samassa huoneessa toisessa sängyssä makaavan lapsen luo ja tukehdutti lapsen painamalla peittoa vasten sen suuta ja nenää, jonka jälkeen meni taas omaan sänkyynsä makaamaan. Lapsi pidettiin sisällä seuraavaan päivään jolloin kertoja pani sen ruumiin pahvilaatikkoon ja vei laatikon liiteriin pesupaljuun jonne peitti laatikon laudankappaleilla. Äitinsä ei tiennyt tapahtuneesta vaan luuli kylästä kotia tullessaan, että lapsi oli luonnollisella tavalla kuolemalla kuollut. Kertoja olisi lapsen ruumiin jo haudannut, vaan kun ei ollut siihen tarvittavia varoja. Tekonsa teki kertoja sentähden ettei jaksaa elättää itseään, äitiään ja lisäksi lasta..

Syyski tekoonsa lausui vastaaja, että kun vastaaja sai urakkatyössä Siuron sahalla 16-18 markkaa päivässä, ei hän ollut katsonut voitavansa näillä tuloilla elättää sekä itseään että 61 vuotiasta äitiänsä, joka oli vastaajan elätettävänä, että kyseessä olevaa lasta. Vastaaja ei myöskään uskaltanut mennä naimisiin lapsen isän, työmies [nimi] kanssa, koska tämä oli juoppo ja vastaaja oli vakuutettu siitä, että elämä hänen kanssaan olisi käynyt sietämättömäksi.

Insamlandet av kunskap – i ett objektivt rum

vaihtelevainen; oli hyvä karjanhoitaja, mutta kovin äkkikipikainen, niin että hermostui ilman ymmärrettävää syytä ja silloin voi lyödä eläimiä millä käteen sattui. Omaiset ovat aikaisemmin kyllä pitäneet häntä täysjärkisenä, mutta ei enää vanhempana. Hän on ollut hyvin ympäristönsä vieteltävä, yhtä valmis hyvään kuin pahaankin.

Patientens brev som medicinska bevis

[Häntä] on koko ajan pidetty valvontaosastolla, levollisempien puolella. Hän käyttäytyy järjestyneesti ja hillitysti, on nöyrä, alistuvainen,

aloitekykyinen ja avulias, tekee ahkerasti kaikenlaista käsi- ja siivoustyötä, huolehtii siisteydestään. Puhe siivoa. Hän on liittyvä ja seurustele potilaiden ja hoitokunnan kanssa. Joskus on huomattu, että hän on loukkaantunut, jopa itkennytkin, mutta ei sen enempää kiivastunut.

Pitkäniemi, 15/1 34.

Äiti hyvä!

Lämpimät terveiset nyt täältä sinne kotiin. Minä olen nyt täällä Pitkäniemen sairaalassa, jouduin tänne 3 päivää tätä tammikuuta siitä pyörtymisestä ja olen arvattavasti sellainen hajamielinenkin elämän raskaista huolista, mutta olen niin toivonut että jos vielä näistä selviäisiin, kun täällä on hyviä tohtoreita ja olen myöskin niin rukoillut Jumalalta tähän asiaan apua että, minun suuret rikokseni vielä annettaisiin anteeksi. En tiedä sitten miten sen tuomarin laita on mitä siitä mahtanen saada sitten kuin tulee Tohtorin lausunto jos paranen. Minä sain sen äidin kirjeen kyllä sinne Hämeenlinnaan kukahan sen oli kirjoittanut kun en oikein tuntenut sitä käsialaa, kyllä jo niin sitä odotinkin. Kuinka siellä nyt äiti on voinut oletteko olleet nyt tervennä vai miten, kyllä siellä nyt varmaan on ikävää yksinensä ja miten siellä nyt muutenkaan on. Kävikö eno Jouluna kotona vai miten kyllä, kai hänkin jo tietää miten minun asiani ovat en ole saanut häneltä muuta kirjettä kuin sen yhden sinne Hämeenlinnaan. Ajattelin että kuin olen nyt näinkin lähellä kotia, että jos äiti olisi terve niin että jos vois täällä minua käydä katsomassa tai kirjoittais kuitenkin. Kyllä minulla on täällä hirveen ikävää ja outoa, mutta kaikki sitä täytyy kestää mitä osalle on määrätty, sillä tämä maailman elämä kulkee niin monien kärsimyksien kautta ja polut ovat pettäviä. Kyllä minä siellä Hämeenlinnassa Wartia neidit ja yli vartiakin lohduttivat että minä tästä paranen ja sitä niin itsekin toivon. Pääsin täällä viime sunnuntaina kirkkoonkin ja sattui olemaan juuri niin lohduttava saarnateksti sille sunnuntaille. Kyllä kai minä lopetankin tämän kirjeeni ja toisten lisään, ei äiti nyt vaan kovasti huoli surra minun kohtaloani, ehkä näistä kaikista vielä selviydytään ja jos äiti vois antaa anteeksi minulle kaikki minun erehdykseni, siis paljon terveisiä ja hyvää vointia toivon äidille. Osoitteeni on tänne nyt Pitkäniemen pp. Pitkäniemen sairaala. osasto 6.

Eno hyvä!

Lämpimät terveiseni nyt taas isosta ajasta. Kuinka te olette nyt sitten siellä voineet, kyllä kai äiti on sieltä kotoa sinne teille kirjoittanut, vai miten. Kyllä minä sain sen teidän viimeisen kirjeenne ja sen rahankin, monet kiitokset vaan. Minä en ole nyt sitten kotona, tai kaippa sen minun kompastukseni jo olette kuulleetkin. Minä olen nyt täällä sitten Pitkäniemen sairaalassa siitä pyörtymisestääni ja kyllä olenkin hyvässä toivossa että se täällä paranee, sillä täällä on etevä ja hyviä tohtoreita, minun on täällä hyvä olla, kuin sitten vaan ne asiat muuten selviäis, kyllä minä olen sellainen kovien kohtaloiden lapsi. Alkää nyt vaan eno hyvä minua kovin tuomitko, sillä minä olen muutoinkin tätä aikaa niin kovin surrut että vallan tulemassa puoli höpsöksi. Ei äitikään ole yhtään käynyt minua katsomassa hän kuuluu olleen vähän sairaanakin siellä, harmittaa niin kotiasioidenkin tähden. [epäselvä lause] Kyllä siellä nyt on äidin huonoa en tiedä sitten miten sieltä [enon perhe] on siellä käyty häntä katsomassa. Kyllä eno järjestääkin niin että voitte sitten Pääsiäisenä siellä kotona käydä katsomassa miten siellä asiat on ja kirjoittakaa jo ennenkin tänne minulle että saan kuulla miten voitte itse. Minä jouduin tänne kolmas päivä viime Tammikuuta siis toista kuukautta olen jo täällä ollut. Tänne on sitten minun osoitteeni:

Pitkäniemen pp.

Pitkäniemen sairaala ost. 6

Kaippa minä lopetan nyt sitten tämän kirjeeni ja toisten lisään, toivotan vaan teille hyvää vointia ja lämpimät terveiset toivoo Emilia Aaltonen

Att mäta -intelligens

(2+5) ”7” (4 sek.)

(25-7) ”18” (12 ”)

(4x6) ”24” (4 ”)

(5x12) ”70” (10 ”)

[...]

(Montako penniä on $\frac{3}{4}$ markkaa?) ”12” (7 sek.)

(sama kysymys) ”16” (2 ”)

(sama kysymys) ”12” (40 ”)

(Montako penniä on $\frac{1}{5}$ markkaa?) ”25” (18 ”)

-moral

Suoritetussa assosiatiokekeessa eivät ärsykesanat synnyttäneet oikein nopeita ja välittömiä assosiatioita, vaan tuli ainakin osa vastauksista harkinnan jälkeen, koska tutkittava katsoi, että häneltä vaadittiin vastaus: (Olen hyvin onnellinen.) ”Kun minä olen näinkin terve”.

(Tahtoisin tanssia.) ”En minä nyt niin ole halukas kovin halukas - - - - -”

(Olen suuri syntinen.) ”Niin, kyllähän minä tavallaan se olenkin, kun olen sekaantunut tuommoisiin rikoksiin.”

(Haluaisin kuolla.) ”Kyllähän sekin sitten tulee määrättyllä ajallaan ja oikealla tavalla, ettei mitään itsemurhaa eikä mitään pahempaa.” (Itsemurhaa tutkittava sanoo

ajatelleensa siksi, että eräs potilas usein puhuu siitä.)

(Minun on hyvä olla.) ”No, kyllähän minun on täällä ollutkin hyvä olla, ei mitään moittimista ole, olen vallan tyytyväinen ollut.”

(Mitä ymmärretään enolla?) ”Se on äidin puolelta veli.”

(Mitä ymmärretään harjulla?) ”Korkea paikka.”

(Mitä ymmärretään saarella?) ”Saari on järven keskellä oleva mannermaa.”

(Mikä on saaren ja niemen ero?) ”Niemi on maan rannassa

kiinni ja saari on vallan irrallinen järven keskellä.”

(Mikä on linnun ja perhosen ero?) ”Perhonen on pieni,

kuuluu hyönteisiin, lintu on taas suurempi.”

(Kuvatkaa, minkälaista sokeri on!) ”Sokeri on tärkkelystä ja sitten se on makeata. On useampaa lajia: kekosokeria, palasokeria, hienoa sokeria.”

(Mitä lehtipuita tunnette?) ”Koivu ja tuomi, haapa, pihlaja,

vahtera, raita ja paju, sireeni, orapihlaja, vahtera.”

(Miksi sanotaan yhteisellä nimityksellä pöytää,

tuolia, kaappia?) ”Huonekaluiksi.”

(Mitä ovat takki, kengät, sukatz?) ”Ne kuuluvat pukuun.”

(Mitä ymmärretään säälillä?) ”Sellaista tunnetta

jotakuta henkilöä kohtaan, tai sillä tavalla.”

(Mitä ymmärretään kateudella?) ”Kun kadehtii jotain lähimmäistään

jostain. Kadehtii jostakin varallisuudesta tai toimesta tai jostakin.”

(Mitä ymmärretään vääryydellä?) ”Kun jotenkin väärin tekee

jonkun valan tai sillä tavalla, jonkun asian toimittaa väärin.”

[...] II kuva, ikkunan lumipallolla särkenyt poika piiloutuu aidan taakse ja syytön koulupoika saa kuritusta: ”Tämä on niinkuin tämmöiselle koulupojalle pahantekijä tekisi pahaa, pahoinpitelisi häntä. Ja sitten tämä toinen poika ilkeyttään nauraa, eikä tule auttamaan häntä.” (Muuta?) ”Tämä akkunakin on särjetty ja. – Jos tämä onkin särkenyt, joka piilossa on, tämän akkunaa ja sitten väärin kuritetaan edellistä, minun luullakseni.” III kuva, ikkunassa olevia naisia tervehtivä herrasmies ei huomaa eteensä kaatunutta lasta, vaan on kompastua tähän: ”Tässä vähän niinkuin riideltäisi ja – Tai jos se on mennyt vahingossa ja kaatunut. Nämä henkilöt ovat saapuneet hänen luoksensa.” Tämän käsityksen mukaisesti tutkittava luettelee eri henkilöt, mutta ei tiedä, miksi lapsi on kaatunut; se on ehkä sairas.

Kalakuva: 1) -, 2) Se kuvaa niinkuin kalaa vähän. En minä ihan varma ole. 3) Kalan silmä. Kala? En minä nyt uskalla sanoa, etten minä sano väärin. 4) Sehän on niinkuin kalan selkäevä. 5) Siinä on kalan uimuksia lisää. No, en minä sitä osaa miksikään muuksikaan sanoa.

(Mitä täytyy tehdä, jos on särkenyt toisen tavaraa?)
 ”Täytyy se pyytää anteeksi, sopia asia.”
 (Mitä tekisitte jos löytäisitte 500 mk?) ”Pistäisin lehteen ilmoituksen, että keneltä on hukkunut.”
 (Mitä velvollisuuksia ihmisellä on lähimmäisiään kohtaan?)
 ”Kohdella hyvin, ettei loukkaa lähimmäistä.” [...]
 (Miksi rikoksia rangaistaan?) ”Sen takia, että lakkaisi vähempään tekemästä, että henkilöt huomaisivat sen pahaksi.” [...]
 (Jos Kotka on suurempi kuin Lahti ja Lahti suurempi kuin Sortavala, niin kumpi on suurempi, Kotka vaiko Sortavala?) ”Sortavala.” (Aika epävarmasti.)
 (Minkätakia?) ”En minä osaa sitä niin sanoa.”
 (Ihanko Te arvaatte?) ”Niin, kun en minä ole kummassakaan koskaan käynyt.”

Barnets död – medvetet eller omedvetet handlande?

Toimeentulo oli raskasta. Sanomalehden kautta löysi hän lapselleen kasvattivanhemmat. [Torppari, nimi] otti lapsen omakseen. Se on nyt 8-vuotias. Mentyään seuraavana vuotena Knuutilaan navettapalvelijaksi tuli tutkittava siellä jälleen raskaaksi, mikä häntä kauheasti harmitti. 29. V. oli hän tulossa kotiin rataa pitkin (3 km matka). Silloin tuli äkkiä polttoja. Tutkittava ei mitenkään olisi voinut päästä kotiin, pelkäsi vähän äitiäkin ja oli niin hermostunut ja arka, ettei uskaltanut mennä muuallekaan, vaan synnytti lapsen metsässä, tappoi sen heti synnyttyä ja piilotti sen metsään. Hän oleskeli yön metsässä ja meni sitten palvelukseensa. Aamulla asia kyllä huomattiin ja hän sai polttojakin, minkä vuoksi joutui Nokian sairaalaan. Tästä hän oli vuoden vankilassa Hämeenlinnassa.

tyttölapsi syntyi kotona yöllä maanantaita vasten 5.IX.1933. Synnytyksessä avusti tutkittavan äiti, muita ei ollut. Seuraavana päivänä kello 11 ajoissa aamupäivällä kuoli lapsi kastamattomana siten, että tutkittava oli saanut kohtauksen ja hänen äitinsä meni veljeltään hakemaan kamferitippoja. Sillä aikaa rupesi lapsi huutamaan, tutkittava meni sinne peittämään ja peitti tietysti liian lujaan. Äiti tuli puolen tunnin päästä, ja silloin huomattiin, että tyttö oli kuollut. ”Olin

varmaankin semmoinen omituinen vähän.” Kuitenkin tutkittava myöntää muistavansa tapahtumat koko lailla. Koska tutkittavan piti saada tilinsä, aikoi hän ilmoittaa asiasta vasta seuraavalla viikolla.

Kun asiasta myöhemmin keskusteltiin [potilas ja lääkäri] sen johdosta, että oikeuden pöytäkirjoissa kuvataan tapahtumaa toisella tavalla, ilmoitti tutkittava, että hän kyllä oli ajatellut lapsen surmaamista, mutta ei ollut mitään päättänyt. Kohtaus oli todella sattunut ennen tätä tekoa, ja tutkittava oli, niinkuin hän kohtausten jälkeen on, vähän hajamielinen, mutta lapsen kuolema ei kuitenkaan ollut ihan tapaturma. Tekoansa tutkittava arvostelee näin: “Kadunhan minä oikein kovastikin. Sitä häpeää peittääkseni minä sillä tavalla olen menetellytkin sitten.” Hän otaksuu, että jos hän olisi ollut aivan selvä, ei hän omlatunnonltaan olisi saanut sitä tehtyä, kun se on sentään niin pahasti tehty.

En legitim inspärning – frammanad av en hotbild

Tässä sairaalassa on todettu, että tutkittavassa on sangen huomattavia älyllisiä vajavuuksia. Hänen mieleenpainamis- ja oppimiskykynsä on normaalia huonompi. Hänen ajatustoiminta on hidasta (Bourdonin koe, Kraepelinin yhteenlaskukoe). Yksinkertaisten konkreettisten käsitteiden selvittäminen onnistuu häneltä, mutta verrattain tavallisetkin abstraktiset käsitteet ovat hänelle hämääriä. Käsitys- ja kombinatiokyky on puutteellinen (toimintaa esittävien kuvien selitykset) ja itsenäinen arvostelukyky etenkin eetilisten seikkojen ollessa kysymyksessä (rikoskertomusten järjestämiskoe) perin heikko. Hänen älyllinen tasonsa vastaa 10,85 vuotiaan lapsen kehitystasoa.

pohjautuu se [rikos] osaksi hänen tunne-elämänsä kehittymättömyyteen, osaksi hänen arvostelukyvyyttömyyteen. Kun hänestä on näyttänyt vaikealta huolehtia lapsestaan, on hän ryhtynyt mielestään yksinkertaisimpaan keinoon ja surmannut sen teon rikollisuutta ja sen seurauksia ajattelematta. Tutkittavan sielullinen vajavaisuus on tässä suhteessa niin suuri, että hänen on rikoksensa tehdessään katsottava olleen ymmärrystä vailla.

Tutkittava on toistamiseen verrattain lyhyen ajan kuluessa samasta rikoksesta syytteessä. Tämä osoittaa, että rikoksen uusiutumismahdollisuus on varsin suuri ja että hänen elämänsä on tulevaisuudessa tarkoin valvottava, jotta rikosten uusiutuminen voitaisiin estää. Tällaisen valvonnan alaisena on hän paraiten mielisairaalassa, jonne hänet siis ainakin toistaiseksi on sijoitettava. Keskitän lauseeni seuraaviksi loppuoponsiksi: 1) Tutkittava Emilia Maria Aaltonen on vähämielinen henkilö, joka vuodesta 1931 sitäpaitsi sairastaa kaatumatautia (epilepsia). 2) Vähämielisyytensä perusteella on hän tehdessään sen rikoksen, josta hän on syytteessä, ollut ymmärrystä vailla, minkä kaiken kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan. [Pitkäniemen sairaalan IV alilääkäri].

Från imbecill till frisk?

Aaltonen toimii pesijänä sairaalanne pesulassa koeajan kestäessä, joka määrätään yhdeksi vuodeksi, sekä että, jos hänessä ilmenee vakavia häiriöitä, kuten unettomuutta, pelkoa, epäluuloisuutta, juoppoutta y.m., Te viipymättä siirräte hänet takaisin sairaalahoitoon, minkä

lääkintöhallitus ilmoittaa Teille tiedoksi ja noudatettavaksi sekä asianomaisten tietoon saatettavaksi. Samalla kehoitetaan Teitä mainitun koeajan loputtua lääkintöhallitukselle antamaan selvityksen potilaan vapaudessaolosta sekä lausumaan mielipiteenne siitä, olisiko tarkastusaikaa mahdollisesti pidennettävä.

**VII Ett rum för de avvikande – i de obotligas landskap
”Intet hopp om hennes tillfrisknande”
Utskrivning eller endast förflyttning till annan förvaringsplats?**

Kirjallinen selostus Katarina Maria Karlssonin mielentilasta ja esiintymisestä ajalla 11.11-10.12.1943:

1. Onko mielentilassa tapahtunut muutoksia? ei ole
2. Onko esiintymisessä tapahtunut muutoksia? ei ole
3. Tunteeko hän itsensä terveeksi? Tuntee
4. Ilmeneekö hänessä unettomuutta, pelkoa, epäluuloisuutta tai juoppoutta? ei ilmene
5. Onko hän säännöllisesti työssä ja missä? Työskentelee säännöllisesti Jousen salkkutehtaassa.
6. Miten viettää vapaa-aikansa? Käsitöissä. Koti askareissa

Pyydän Teitä siitä [poispääsystä] tekemään kirjallisen anomuksen, osoitettuna Lääkintöhallitus, Helsinki, mutta lähettämään Seilin sairaalan Herra Lääkärille, Nauvo, Seilin sairaala. Anomuksesta tulee käydä selville, minkälainen on taloudellinen asemanne ja minkälaista tai mitä työtä äitinne joutuu luonanne suorittamaan ja että Te huolehditte äidistänne, sekä myöskin paikkakuntanne huoltolautakunnan puheenjohtajan lausunto sopivaisuudestanne äitinne huoltajaksi.

Sterlisering som krav för utskrivning – kvinnokroppens ”neutralisering”

Erinomaisen vaikeana psykopaattina hän nuoruudestaan asti on elämänkulkunsa kautta osoittanut, että häneltä täydellisesti puuttuvat mahdollisuudet järjestää elämänsä kunnollisella tavalla ja ettei hänellä ole pienintäkään kykyä vastustaa kiusauksia ja huonoja taipumuksiaan, mikä kaikki riippuu synnynnäisestä hermoston pidättävien voimien heikkoudesta. Niin ollen häneltä kohtalaisen hyvästä älystä huolimatta puuttuvat ne keinot, jolla sielullisesti terve ihminen kykenee järjestämään elämänsä yhteiskunnan vaatimusten mukaisesti. Hän on vaikea asosiaalinen psykopaatti. Ja kun hän puutteiden ja alkoholin väärinkäytön heikentämänä on joutunut houkutukseen ryhtyä rikokseen, ei hän ole sitä kyennyt vastustamaan vaan on toiminut kuten ymmärrystä vailla oleva henkilö. Kun kaiken todennäköisyyden mukaan tutkittava, jos hänet vapauteen rangaistuksesta, tuskin kykenisi järjestämään elämänsä sen paremmin kuin aikaisemminkaan, vaan mitä suurimmalla todennäköisyydellä jatkaisi tähänastiseen tapaan, lienee syytä, että hänet toistaiseksi yhteiskuntaan sopeutumattomana psykopaattina sijoitetaan johonkin suljettuun mielisairaalaan hoidettavaksi.

22/9 36 Ollut pot[ilaan] [sukunimi] kanssa 6 kertaa sukupuoliyhteydessä. P-laan ilmoituksen mukaan oli hänellä kuukautiset viimeisen kerran kerran kesäkuussa 18/9 36 [?]. Sikiö poistetaan sen jälkeen kun cervikalikanava on laajennettu hargarilla [epäselvä] ja laminariepuikolla.

Till Sjalö och sedan hem – men till ett högt pris

Arv: Tohtori.

Lähetämme tämän Valtakirjan Teille. Ja toivomme että tämä on pätevä lupa tuon leikkauksen suorittamiseen, jonka sanottiin olevan esteenä tyttäreemme Katarina Karlssonin pois pääsulle, Seilin mielisairaalasta. Olemme yrittäneet saada tyttäremme kotia jo usein. Mutta sieltä on sanottu olevan, esteenä juuri se. Että olemme kieltäneet tuon lainmääräämän leikkauksen. Suvun jatkamisen estämiseksi. Nyt annamme täten lupamme tuohon leikkaukseen. Ja toivomme että Herra Tohtori hyväksyy tämän. Ja jos tämä lupa ei mielestänne täytä lain määräyksiä. Niin pyydämme Tohtoria ilmoittamaan siihen syyn. Kunnioittaen. [molempien vanhempien nimet].

Glömda röster – de aldrig ivägsända breven

Se on Turusta kahden tunnin laivamatka. Yksinäinen saari jossa on vain tämä laitos, parantumattomien mielisairaiden hoitopaikka. [...] Siellä [Nauvo] on tohtori joka käypi täällä kerta viikossa, sinne on noin ½ tuntia matkaa. Posti tulee kolmesti viikossa. Tänään lauantaina sain korttisi ja Lillin paketin joka teki myöskin kiertomatkan. Kirjoitan tätä vuoteessa sillä täällä on jokaisella oma koppi jossa on jakkara vuode ja pieni kaappi. Illallisen syötyä pääsemme siihen. Päivällä olemme isossa salissa lukkojen takana, ruokailu huone on erikseen. Minä saan kävellä pihalla tunnin joka päivä mutta portista ulos ei saa mennä. On niin hirveän ikävä, ei näe muita ihmisiä kun potilaita ja hoitajat joita on 6, maailma on kaukana, ympärillä vain meri. Vieraita ei täällä käy. Jouluihin oli hyvä, niin tarjoilun kun muutenkin. [...] Minä en jaksanut kaikkea antimia edes syödä niin runsaasti oli. [...] Kirjeitä ei saa sulkea vaan ylihoitaja lukee ne. Tämä ylihoitaja sanoi että nyt menee varmasti, hän on hyvä ihminen. Olin hyvin levoton kun ei kuulunut kirjettä Sinulta. [...]

”Detta är endast ett gömställe maskerat bakom ordet (sjukhus)”

Seli, 16/5-45

Kultainen Sisko.

Monet parhaimmat terveiseni täältä saarimailmasta. Sinä tietysti oletat, että kulutan aikaani jossain (Sairaalassa) - mutta saat luvan pettyä ja kuulla totuuden. Paikka missä olen on kyllä luonnon puolesta kaunis. Mutta jos on kysymys (Sairaalasta) niin tämä on vaan (Sairaala) nimen taakse naamioitu pesäke Jossa meidän potilaiden sekä sielun että ruumiin voimat pyritään täällä maailman selän takana, tuhoamaan. Yleensä Suomessakin pidetään, kyllä kovaa ääntä noista muiden maiden raakuksista – mutta omille raakuksille ollaan valmiit ummistamaan silmät. Sillä seuraten jo puolitoista vuotta tämän laitoksen elämää voin vaan myöntää että tämä kaikkea inhimillisyyttä vailla oleva laitos. Näyttääpä todella siltä, että me potilaat olemme aivan lain suojattomia. Sillä noi raakat iskut ja potkimiset joita saan jatkuvasti, vielä tämän heikon ravinnon jatkoksi, tämä laitos tarjoaa. - Osoittaa juuri suurta inhimillisyyden puutetta meitä potilaita kohtaan – joita heitellään, kuin tuuli kerjäläistä paikasta toiseen. Kaikenlaisten pulmurien kiusattavaksi. Ja kuitenkin tällaista raakaa ja tylsää elämää, täytyisi jaksaa seurata vuodesta toiseen.

Jo ajat sitten kirjoitin Piispatar [sukunimi] että tällainenkin pesä Suomessa löytyy – ettei kait suinkaan ole mitään kohottavaa kuluttaa tätä elämänsä iltapuolta, paikassa jossa ei ole edes yö-rauhaa puhumattakaan mistään muusta paremmasta. Luin sanomalehti Uudessa Aurassa jossa poikasi [etunimi] näköjään purjehtii sinne avioliiton satamaan. Koska oli ilmoitus Kihloissa Lääk. kant. [koko nimi] ja Ylioppilas [koko nimi] [kylästä], siis Tampereen liepeiltä löysi [pojan etunimi] ehkä omansa. Sielläpäinhän onkin paljon tapahtunut kuin ne hyvät ystävätkin pistivät hulinaksi ja laittoivat suureen ahdinkoon koko Pohjolaan. Paiskaapas joskus minua kirjeellä. Terv. Hanna

osoittaa varsin selvästi, että rangaistukset eivät häneen vaikuta ainakaan mainittavassa määrässä, eikä hän liioin kykene tulemaan itsenäisesti yhteiskunnassa toimeen. Tämän vuoksi ja ottaen huomioon hänen verraten syvän vähämielisyytensä ja sielulliset häiriönsä lienee asianmukaisinta, että häntä käsitellään ymmärrystä vailla olevana henkilönä ja sijoitetaan toistaiseksi suljettuun sairaalaan hoitoon.

Känslor, sinne och nerver

L kulta! Sinä olet ollut siirtoväen toimistossa, niin ehkä tunnet jonkun jolla olisi lämmin sydän ja hyvää tahtoa auttaa minua, hommata minut täältä pois jonnekin sopivaan työhön mutta ei maaseudulle eikä Tampereelle.[...] En jaksa olla täällä, tukehdun tänne.[...] Hermoni ovat jo niin väsyneet että en enää jaksa kestää, pelkään että järki todella menee ellen pois pääse. Ole kiltti ja kirjoita minulle voitko auttaa minua että tiedän rauhassa odottaa ja että tämä kirje on mennyt perille. Epätietoisuus on niin kидuttavaa se pilaa hermoja.[...] Se oli onneton päivä kun menin ja pistin pääni vapaaseksi loukkuun jossa syöttinä oli terveys. Kun olisin viime syyspuolella kesää päässyt pois olisin ollut terve ja tullut iloiseksi. Näin ei käynyt.

nagu, 16/7-1941.
det beste mod!

det jag skrev icke till dem dir de ingen breve im dem enen är, ener det jag hade icke de ingen pengare till de brevemerken. det jag fick de pengare endast till de tväen breve im dem månad-juni 1941 av w [Veras bror] im dem år 1940 det jag hade de tväen marken, med den vilken marken det jag sante den brev till dem brod, im dem vilken brev det jag bad ihn, dom han mäss senden till [”till” överstreckat] de pengare till de breve-merken ock till de kaffe, om dom han icke kommer genast, dom han mäss fören hem det jag, ener dom han har de pengare. dom han sante det inge ting dem mir. det efter dem enen månad dom brod kom in det pitkäniemi; dom han hemtade icke de kaffe. dom han lemnade icke de pengare till de breve-merken och till de kaffe dem mir, ner dom han lemnade det pitkäniemi. dom mine mag er gen fast in den seksen månaden. de tidigare kacke komen icke bort, också de tidigaren pisse. det jag har det höge feb; det jag veger de 38 kiloe. de desen sjukke-dome fodren de muck starken kaffe ock de muck starken mate; de rogen-bröde, de muck saltigen smöre, de saltigen kørve – heller fiske, sile, de kockten ege, dom brod mäss senden de pengare till de kaffe ock till de mate. de sundigen menske ero endast her; de hon fåen de muck svagen mate. de lekare senden icke in det feben-sjukke-hus det jag. med den tväen marken av dem desen hus det jag sante den enen brev till dom minen tante; det jag bad de hon mäss skaffen hem genast det jag ack senden de pengare till de breve-merken. de hon svarade icke till den minen brev. dom mine chef, heg, fick också den enen brev av dem mir. dom han svarade icke

till den minen brev. det mod mäss gåen till dem embets-mann dom han söcker de pengare, 1300:-heller 1200:-, bort från dom frue, [efternamn]. de finsken folke mässen given de förlorade pengare, till det arbete dom nioen [n överstruket]=åre, dem mir, ener de gjorden in det jernen-sjucke-hus det jag, utan de sunden. det mod mäss been de pengare till de mine rese ock till de minen kleninge av sem konsul, heg. de nöme 38 ero dom minen skoe. det mine åld- de 43=åre. de egne mässen skaffen hem genast det jag; det jag sitter her redan de sjetten [n överstruket]=åre. också har de svären sjucke-dome, annars de hon skolen sundig. dom brod mäss senden det ene jornal in dom svensken spräcke ock det ene handsarbet, det spetsen-virkning. vera.

de tante kan skaffen de mate till dem mir; [räknar upp en massa namn] det [t övestruket] adresse, nagu, seili, det jernen-sjucke-hus.

det jag var in nagu redan de sjetten=månade. de hon santen av dem pitkäniemi, tammerfors, in det seili, nagu, im dem månad-februari, ½-1941, det jag.”

ENGLISH SUMMARY

DIAGNOSTICS AND DISCIPLINE

Medical Discourse and Female Madness at Själo Asylum 1889–1944

The study explores constructions, representations and images of women's madness. More specifically it focuses on the female patients at Själo asylum during the period 1889–1944. During these years 192 women were committed to the hospital, most of them young, unmarried women from the lower classes. The study relies mainly on the patients' committal records from the Själo hospital archives, documents necessary for official committals to public mental hospitals. These include doctors' certificates, certificates issued by the women's home municipalities, extracts from the parish register and certificates issued by persons or municipalities liable for payment. I also examine the hospital's annual reports, medical records, patient journals and diaries, correspondence between different institutions and hospitals, and documents regarding methods of treatment. In the archives I even found a few letters written by the patients that the hospital had confiscated. The records pertaining specifically to the criminal women (13 percent of the patients, committed in the 1930–40s) include forensic psychiatric evaluations, documents of legal proceedings and court records. By analyzing the patient's committal documents my aim is to make visible both the discourses of a disciplinary regime, and the patients that were subjected to them.

As a case study, the asylum serves as a lens through which the patients are analyzed, and the hospital itself is explored in terms of its gendered and disciplinary practices. Placed on an island in the archipelago in the south-western part of Finland, the hospital first served as leprosy in the seventeenth century, but was gradually transformed into a mental institution. By the mid-eighteenth century (1755), Själo became the first public mental hospital in Finland, confining both men and women. In 1889 this practice came to an end, and from this date on the asylum committed only "incurable" female patients. Since these women were considered not to have any hope of recovery, discharges were rare. Most of the women died at the asylum. Although there had been discussions about moving the hospital to the mainland since the beginning of the nineteenth century, the hospital remained on the isolated island until it closed in 1962.

The analysis is conducted as a combination of discourse analysis, deconstruction and a micro-historical approach. The theoretical framework of the research is rooted in poststructuralist feminist notions of gender, power, the body and sexualities, but the study combines different theories (sociological, feminist and historical) in order to analyze women's madness from different angles. Michel Foucault's (e.g. 1984) notion of power as

productive and as a network that runs through the whole social body serves as the key concept theoretically and methodologically in the thesis. From this perspective madness is produced in and through the texts that deal with the patients' committal to the hospital. By using the notion of productive power my aim is to study how not only madness, but also gender is produced in different discourses. I draw on feminist theorists such as Elaine Showalter, Jane Ussher and Karin Johannisson, when I argue that a history on women's madness must analyze class, body and sexuality, since women's insanity is constructed through these categories.

I maintain that a combination of different theoretical and methodological approaches might be able to demonstrate the processes, practices and techniques that serve to categorize subjects as different and deviant, without depriving "the Others" subjectivity and possibilities to resistance. Care must be taken not to represent the patients as passive victims or merely as effects of power networks. One way to do this is by letting the women "speak": I am thus also citing their own words, letters and statements. There are difficulties with trying to represent the women's "own" voices, but I maintain that it is crucial to take them seriously and listen to the voices that are simultaneously in the margins and in the centre of the more powerful discourses. At the same time, I am critical towards certain tendencies within feminist theory that strive to present the "madwoman" as a rebel, fighting against patriarchal power structures. Thereby one may be placing too much focus on individual capacities, and ignoring or downplaying the social context, the practices restricting women's agency. Related to this discussion I reflect on the notions of resistance and agency in regard to the study of "Others".

In this study I focus on the patients – their social backgrounds, diagnoses, described symptoms etc – and the different ways they become defined as mentally disturbed. In what ways does the common vagrant *become* hysteric, and how does the unemployed seamstress end up at the mental hospital? I thus examine the microprocesses of definition, the dividing practices that construct labels (of both illness and female immorality) and specific diagnoses, but at the same time produce specific subjects. The study seeks to investigate the multi-faceted linkages between diagnostics and discipline, and between power and gender. Diagnostics is understood not only in terms of medical language, but also in terms of social labels and definitions stemming from municipal and lay discourses. Special attention is paid to the relations between different, at times competing, discourses in the shaping of women's insanity, with special focus on the role of the local community in defining and diagnosing madness. One important aspect lies in how women's poverty served several functions in committals and diagnostics. Poverty was not only a "pragmatic" reason for committal – poor women who basically had nowhere else to go – but also functioned as a diagnostic tool, shaping diagnoses that, depending on the type of poverty (good – bad, diligent – lazy) and the patient's moral character (irresponsible – responsible, legitimate – sexually dubious) could

be benevolent or degrading. Poverty was made into pathology, juxtaposed with a normal citizenship and a normative femininity that was articulated in terms of work, diligence and moderation.

Though the local community, the church and families were involved in the patients committal to the hospital, madness was brought into the medical sphere, where it was legitimated as a medical object of knowledge in need of solutions that the medical discourse, and only this discourse, could offer. I point to the importance of the reproductive body (childbirth, menstruation, menopause), and illegitimate sexualities (extramarital relationships, vagrancy, prostitution) in both medical and municipal discourse, but the body gained special interest in the psychiatric discourse. The reproductive theory of women's madness, mostly discussed in the context of the nineteenth century, was in Finnish psychiatry of the 1930s and 1940s linked to the notion of degeneration. Even though hereditary disposition served as a central explanation to the patients' mental disturbances during the whole period, the 1930s saw an increasing fear of the "dangerous classes", and the documents created hereditary scenarios of whole families, bodies and personalities being degenerated. In my analysis of the criminal patients, I argue that the patients – as representatives of the biologically underdeveloped lower social classes – serve as symbols of the eugenics movement, representing hereditary immorality and pollution.

I further discuss the struggle over definitions, the power of naming and the subtle power. I point to the process of illness/madness becoming a question of "*who*", as the psychiatric discourse increasingly focuses on the patients' characters and lives. I analyze differing views of illness, immorality and gender in the discursive network, which reflect an ongoing discussion about these phenomena in Finland at the beginning of the twentieth century. I further focus on the rhetoric concerning the female body, which in the psychiatric discourse is given greater credibility and validity than in the other discourses in creating a medical diagnosis. The specific feature of the psychiatric texts – compared to certificates issued by the court, the municipalities and general practitioners (non-psychiatrists) – lies in the medical terminology that uses the female body, femaleness, as a tool in the psychiatric production of truth. One example is the way the bleeding body is used as a means to naturalize and normalize the deviant actions (crime, drunkenness, and illegitimate sexuality) committed by the women. I demonstrate how gender is produced in the psychiatric discourse through the clinical gaze of the medical profession. In this discourse, gender is constructed by the formation of a deviant female subject, where deviance, "otherness", is connected to the female body – a body reduced to reproductive function. As the language, practices and categorisations of forensic psychiatry make a connection between the female criminal's body/sexuality *and* the criminal act, gender becomes the product of these actions and performances. Hence, the psychiatric discourse creates the truth about both madness *and* gender.

In my analysis of the disciplinary practices and techniques of the hospital I emphasize the significance of the body; how it served as the locus of categorization, normalization and social control. Another aspect of the connections between diagnostics, normalization and discipline was the notion of work. I argue that work as a citizen ideal continued to be of importance at the hospital, and it was linked not only to the patients' obedience and actions, but also to moral judgments of the patients' physical appearance. Själo asylum is also analyzed in terms of its function as an institution for the "mentally hopeless" concurrent with the rise of the psychiatric discourse. I argue that Finnish psychiatry needed the hospital in the margins and its incurable patients – as an opposite to the more "professional" hospital Lapinlahti, connected to the University of Helsinki – in order to differentiate between different groups of mental patients and forms of knowledge. This endeavour was a crucial part of the scientification and professionalization the psychiatric discourse.

Despite the fact that the majority of the patients belonged to a specific social category (young, unmarried working-class women), the hospital clientele was very diverse, including Russian refugees, workhouse inmates, peasant daughters, urban traders, elderly women and criminal patients. I point to the importance of the differences established between different groups of patients *and* femininities in the diagnostic language and in the disciplinary practices of the hospital. Class, sexuality and body served as dividing categories shaping diagnostics and moral judgements. Some patients were portrayed as more or less innocent victims, falling ill due to hardship and poverty, whereas women "acting out" (prostitutes, vagrants or otherwise being sexually dubious) only had themselves to blame for their condition. Their diagnoses were usually more degrading and the statements more disparaging. I study the movements of this contradictory productive power; how power relations created different forms of deviance for different subjects: how married women were defined as violent but not as sexual, unmarried women as sexually dubious or passive, criminal patients as evil and irrational, Russian refugees as strangers and Carelian evacuees as dirty and idiotic. The study deconstructs binary positions showing how diagnostics and discipline worked through notions of goodness – badness, innocence – responsibility, legitimate – non legitimate, pure – dirty. In conclusion, the book is not about madness per se, but rather about how madness reflects the way diagnostics and documentation serve to discipline different forms of femininities. These disciplinary techniques serve to maintain a societal gender order in which women's actions, statements, bodies and sexualities are placed in the category of irrationality and otherness.

Keywords: Madness, gender, power, diagnostics, discipline, body, sexuality, poverty, class, discursive regimes, differences

Vuosi ja kuukausi	1		2		3		4		5		6		7		8	
	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.	P.	Y.
1939.																
Huhtik.	60	70					0		0		#		0		0	
	62										#		0		0	

På Sjalö hospital – placerat på en ö i Åbolands skärgård – intogs under perioden 1889–1944 närmare 200 kvinnliga mentalpatienter. Vilka var dessa kvinnor och hur kom de att definieras som sinnessjuka? På vilket sätt blev den kringdrivande lösdrivaren hysteriska och hur hamnade den fattiga inhyesdottern på de obotliga sjukhus? Jutta Ahlbeck-Rehn granskar diagnostikens och disciplinerings kopplingar med utgångspunkt i hospitalets arkiv, och visar hur vansinnet könades i diskursiva möten mellan medicin, kommun och samhällspolitik. Boken rör sig tematiskt från bakgrunden till patienternas intagning, diagnostisering och intagning, de olika patientgrupperna, det disciplinära rummet, livet på anstalten samt till sist kvinnornas egna berättelser om livet i kvinnorummet.

ÅBO AKADEMI UNIVERSITY PRESS 2006
 ISBN 951-765-302-6

1940.	63															
Tammik.																
Helmik.	63								0		0		0		0	
Maaluk.	68								#		#		#		#	
Juhtik.	61															
Toukok.	60															
Lisäk.	60															