



Kokemuksia mielisairaalasta

Muistoihin kaivertuneet tilat

Toimittaneet

SAARA JÄNTTI, KIRSI HEIMONEN, SARI KUUVA,
KAROLIINA MAANMIELI JA ANU RISSANEN

Kokemuksia mielisairaalasta

Kokemuksia mielisairaalasta

Muistoihin kaivertuneet tilat

Toimittaneet

SAARA JÄNTTI, KIRSI HEIMONEN, SARI KUUVA,
KAROLIINA MAANMIELI JA ANU RISSANEN



SUOMALAISEN KIRJALLISUUDEN SEURAN TOIMITUKSIA 1483

Teos on Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran nimeämien asiantuntijoiden tarkastama.

© 2022 Saara Jäntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva, Karoliina Maanmieli, Anu Rissanen ja SKS

Lisenssi CC BY-NC-ND 4.0 International, ellei toisin mainita.

Kannen kuva: Jouko Väärälä
Kannen suunnittelu: Timo Numminen
Taitto: Maija Räisänen
EPUB: Tero Salmén

ISBN 978-951-858-562-9 (nid.)
ISBN 978-951-858-563-6 (EPUB)
ISBN 978-951-858-564-3 (PDF)

ISSN 0355-1768 (nid.)
ISSN 2670-2401 (verkkojulkaisut)

DOI <https://doi.org/10.21435/skst.1483>

Teos on lisensoitu Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 International -lisenssillä. Tutustu lisenssiin osoitteessa <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fi>.



Teos on avoimesti saatavissa osoitteessa <https://doi.org/10.21435/skst.1483> tai lukemalla tämä QR-koodi mobiililaitteella.



Hansaprint Oy, Turenki 2022

Sisällys

Esipuhe 7

MIELISAIRAALAMUISTOT NYKYKULTTUURISSA 11

Saara Jäntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva, Karoliina Maanmieli ja Anu Rissanen

MUISTOJA KERÄÄMÄSSÄ JA TUTKIMASSA 32

Saara Jäntti

SUOMALAISEN LAITOSPSYKIATRIAN HISTORIAA 65

Anu Rissanen

RISTIINVALOTUKSIA – MIELISAIRAALA MUISTOJEN KUVITELTUNA JA ELETTYNÄ TILANA 87

Saara Jäntti ja Karoliina Maanmieli

LIIKKEEN, TILALLISUUDEN JA KIRJOITUKSEN ATMOSFÄÄRIT
MIELISAIRAALAMUISTOJEN RUUMIILLISESSA TUTKIMISESSA 140

Kirsi Heimonen

HELVETISTÄ PÖLLÖLÄÄN –
MIELISAIRAALAPOTILAANA 1930-LUVULLA 190

Anu Rissanen

”ME ALISTUTAAN, KOSKA SE ON MEIJÄN ASEMA
SAIRAALAOLOSUHTEISSA” –
POTILAIDEN MUISTOJA PAKKOKEINOISTA, VÄKIVALLASTA JA
KALTOINKOHELUSTA 241

Karoliina Maanmieli

LEIKKIÄ JA LIKETTÄ MIELISAIRAALAYMPÄRISTÖISSÄ –
TURVALLISUUS JA PELKO MIELISAIRAALOIDEN HENKILÖKUNNAN
LASTEN MUISTOISSA 287

Sari Kuuva

KOTONA, SAIRAALASSA –
KODIN JA MIELISAIRAALAN JÄNNITTEISIÄ SUHTEITA
MIELISAIRAALAMUISTOISSA 332

Saara Jäntti

TULKINTOJEN TIHEIKÖSSÄ –

TILOJEN JA IHMISTEN KAIKUJA MIELISAIRAALAMUISTOISSA 389

Saara Jääntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva, Karoliina Maanmieli ja Anu Rissanen

Kirjoittajat 405

Abstract 407

Asiahakemisto 408

Esipuhe

Tämä teos pohjaa Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkiston kanssa yhteistyössä järjestetyn Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta -muistokeruun aineistoon. Lämpimin kiitoksemme kuuluukin kaikille 92 kirjoittajalle, jotka jakoivat muistonsa kanssamme. Ilman teitä tätä kirjaa ei olisi. Kaikki muistot eivät valitettavasti mahtuneet kirjaan, mutta kaikki ovat vaikuttaneet meihin niin tutkijoina kuin ihmisinä. Olemme tutkijoina pyrkinneet olemaan luottamuksenne arvoisia.

Ajatus keruusta syntyi Jyväskylän yliopiston kulttuurisen mielen-terveystutkimuksen verkostossa, joka perustettiin vuonna 2013 silloiseen humanistiseen tiedekuntaan. Verkoston eri tieteenalojen tutkijoiden yhteisenä kiinnostuksen kohteena oli mielenterveys ja sen kulttuurisesti ja historiallisesti muuttuvat määritelmät sekä tavat esittää mielenterveyden ongelmia ja niiden hoitoa ja kohtaamista esimerkiksi taiteessa ja kirjallisuudessa. Muun muassa Seminaarinmäen kampuksen keskellä sijaitsevassa Puutarhurin talossa pidetyissä tapaamisissa pohdimme, millaisia muistoja suomalaisilla on mielisairaaloista. Millaisiin paikkoihin, tilanteisiin, tunteisiin ja kohtaamisiin muistot liittyvät? Ketkä ja miten mielisairaaloita haluaisivat muistella? Kysymysten herääminen liittyi Suomessa 2000-luvun taitteesta saakka lisääntyneeseen kiinnostukseen mielenterveyden, mielen sairauksien ja niiden hoidon historiaa ja kulttuurisidonnaisuutta kohtaan, mikä näkyi sekä tutkimuksessa että kulttuurituotannossa. Kysymysten ympärille syntyi keruu ja siitä saatuun aineistoon perehtynyt viiden tutkijan tutkimushanke ”Muistoihin

kaivertuneet tilat”. Rahoitusta saimme Koneen säätiöltä, jolle lämmin kiitoksemme.

Tässä teoksessa tarkastelemamme aihe on niin yhteiskunnallisesti, sosiaalisesti, eettisesti, kulttuurisesti kuin lääketieteellisesti monisyinen ja haastava. Tutkimuskohteina mielisairaalat ja niissä eletty elämä ovat arkaluontoisia muun muassa mielenterveysongelmiin liittyvän stigmatoinnin vuoksi. Aineisto sisälsi ristiriitaista ja vaiettua tietoa sekä kokemuksia häpeästä, hoivasta ja pakosta sairaaloissa, jotka arkisena elinympäristönä ovat tarjonneet niin suojaa, työtä, asuntoja kuin uramahdollisuuksiakin.

Kirjassamme olemme kuvanneet viisivuotiseksi venyneen tutkimusmatkamme tuloksia. Prosessissa muuttujina olimme myös me tutkijat itse: omat tapamme toimia hioutuivat ja tarkentuivat monitieteellisessä ja -taiteellisessa ryhmässä. Kuten Juha Varto (1992) on todennut, tutkimus ja tieteellinen työ ovat tapoja ymmärtää maailmaa ja se, mitä valitsemme tutkittavaksi, liittyy aina, erityisesti ihmistieteissä, myös tutkijoiden omaan elämään. Tutkimuksessamme kuvaa mielisairaaloiden ja mielisairaanhoidon kulttuurisista merkityksistä monipuolistavat paitsi tutkijoiden teoreettisten ja tutkimusalakohtaisten erot myös tutkijoiden erilaiset tiedolliset ja kokemukselliset suhteet teemaan. Osa tuntee mielisairaanhoidon läheisesti oman työnsä ja elämänsä, kuten hoito- ja läheissuhteittensa kautta, osalle mielisairaalat ovat tutkimuskohteina etäisempiä eikä heillä ole niistä arjen kokemusta. Erilaiset tilalliset, ruumiilliset ja kokemukselliset etäisyydet heijastelevat muistelijoiden erilaisia positioita suhteessa mielisairaaloihin. Hankkeen aikana myös omat tiedolliset ja kokemukselliset eromme ovat herättäneet tärkeää keskustelua.

Tutkimushankkeen aikana olemme tehneet myös vierailuja mielisairaala-alueille, sairaaloihin ja museoihin. Vierailut ovat suuntautuneet jo suljettuihin tai sulkeutumassa olleisiin sairaaloihin – esimerkiksi Moisioon, Nikkilään, Kellokoskelle, Lapinlahteen – joihin myös suuri osa muistoista sijoittuu. Nämä ovat häipyviä, pirstoutuvia ja pirstoutuneita instituutioita ja yhteisöjä sekä tyhjentyviä ja vuorostaan uusilla toiminoilla täyttyviä tiloja. Sairaalavierailut olivat eri tavoin tärkeitä hankkeen tutkijoille. Kaikille ne valaisivat sairaala-arkkitehtuuria, sairaaloiden si-

jaintia ja suhdetta ympäristöön. Ne myös auttoivat kiinnittämään muistoja paikkoihin. Oli tärkeää ruumiillisesti kokea välimatkat ja tilat: astua sisään ovista, nähdä lääkekaappien ovet ja kirjoitukset, astella käytäviä pitkin. Materiaaliset tilat resonoivat kirjoitettujen muistojen kanssa. Etenkin taiteessa tutkimiselle tämä oli myös metodisesti merkittävää.

Keruu ja tutkimus osoittavat, miten tärkeää muisteleminen on. Tulevaisuuden kannalta merkittävää on myös, miten vanhoja sairaalamiljöitä muistetaan ja miten niissä eläneiden, työskennelleiden ja potilaina olleiden muistoa kunnioitetaan. Tulevaisuuden psykiatrialle muistot kertovat osaltaan, mikä sairaalahoidossa on ollut tärkeää, toipumista tukevaa tai sitä haittaavaa.

Muistelijoiden lisäksi haluamme kiittää myös Suomalaisen Kirjallisuuden Seuraa. Lämmin kiitos kansanrunousarkistolle eli nykyisen perinne- ja nykykulttuurin kokoelman henkilöstölle ja erityisesti arkistonhoitaja Juha Nirkolle, jonka apu keruukutsun laatimisessa ja keruun toteutuksessa oli korvaamaton. Kiitos myös nimettömiksi jääneille arvioitsijoille rakentavista kommenteista ja kustannustoimittaja Kati Hitruhinille tarkoista huomioista ja hyvin sujuneesta yhteistyöstä. Suurkiitos myös hankkeessa eri vaiheissa tutkimusavustajina toimineille Jenni Mäkelälle, Janne Loisalle ja Pauliina Puraselle. Erityisesti Jennin apu aineiston analyysissä ja Pauliinan panos kirjan oikolukuvaiheessa olivat hyvin tärkeitä. Kiitos myös meitä sairaalavierailuilla opastaneille Moision museon oppaille ja Kellokosken sairaalamuseoiden toimijoille, Timo Laaksoselle ja Harri Nymanille sekä Lapinlahden Lähteelle, Mental Health Arts Weekin järjestäjille Katja Liuksialalle ja Tuomas Karistolle. Kiitos yhteistyöstä lisäksi Suomen Kirjallisuusterapiayhdistys ry:lle sekä työpajojen ja yleisötilaisuuksien osallistujille ja muistojaan eri yhteyksissä meidän kanssamme jakaneille, jotka ovat osaltaan rikastuttaneet ja syventäneet ymmärrystä mielisairaaloiden merkityksestä ja niihin liittyvistä kokemuksista. Erityiskiitos nimimerkki ”Pirkolle” laajasta muistelukstistä, kokemusten jakamisesta ja arvokkaista kommenteista tähän kirjaan, erillisiin artikkeleihin ja yleisötilaisuuksiin liittyen.

Rahallisesti tutkimus on saanut tukea myös Jyväskylän yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan strategisesta rahoituksesta. Kulttuurisen mielenterveystutkimuksen verkostolle myönnetty

siemenraha mahdollisti yhteisen ajattelun ja kysymysten muodostamisen sekä sairaalavierailuja. Tutkijoiden työskentelyä ovat rahoittaneet myös Jyväskylän yliopiston Kieli- ja viestintätieteiden laitos sekä Taideyliopiston Taiteellisen tutkimuksen keskus (CfAR). Kiitoksemme tuesta ja inspiraatiosta Marja-Liisa Honkasalolle, Vilma Hänniselle, Taina Pitkänen-Kolille, Heini Hakosalolle, Leena Rouhiaiselle, Kirsi Tuohelalle ja Petteri Pietikäiselle.

Jyväskylässä, Vantaalla ja Helsingissä 14.4.2022

Tekijät

Mielisairaalamuistot nykykulttuurissa

Saara Jäntti

 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>


Kirsi Heimonen

 <https://orcid.org/0000-0003-4665-5136>

Sari Kuuva

 <https://orcid.org/0000-0001-9494-5838>

Karoliina Maanmieli

 <https://orcid.org/0000-0002-5157-6750>

Anu Rissanen

 <https://orcid.org/0000-0003-4849-8752>

”Ei yksin minun poikaani varten ole rakennettu suuria sairaaloita.”
(MKM 427–439)

Mielisairaalat ovat erottamaton osa suomalaista (mielen)maisemaa. Mielisairaalahoito on ollut täällä kansainvälisesti vertailtuna hyvin yleistä, ja viime vuosikymmeninä psykiatrisissa sairaaloissa on hoidettu kymmeniä tuhansia potilaita. Alussa potilaiden hoitajaksot kestivät pidempään, vuosia, jopa vuosikymmeniä. Tultaessa kohti nykypäivää hoitajaksot ovat lyhentyneet, mutta niitä voi potilasta kohti olla useam-

pia.¹ Välillisesti mielisairaalat ovat olleet mukana satojen tuhansien ihmisten elämässä perheenjäsenten, ystävien, sairaaloiden henkilökunnan ja heidän omaistensa kautta. Mielisairaalat ja niiden perustaminen 1800-luvulla, rakentaminen ja rakentamisen kiihtyminen sodanjälkeisessä Suomessa sekä viimeaikainen purkaminen ja uudisrakentaminen ovat vaiheita psykiatrian historiassa ja sen hoitoideologioiden ja -muotojen kehityksessä. Samalla ne ovat osa koko yhteiskunnan – kulttuurin, talouden, asumisen, lapsuuden ja tunteiden – historiaa.

Vaikka mielisairaalat ovat koskettaneet valtavaa määrää ihmisiä ja olleet keskeinen osa monien paikkakuntien elämää, mielisairaalakokemuksia tuntuu aivan viime aikoihin saakka ympäröineen moninkertainen hiljaisuus, johon liittyy niin vaikenemista ja häpeää kuin halua ja velvollisuutta suojella itseä ja toisia. Erityisesti mielisairaalakokemuksia ympäröi edelleen omanlaisensa häpeän leimaama vaikenemisen kulttuuri. Näin siitäkin huolimatta, että mielenterveyteen liittyvistä ongelmista puhutaan yhä enemmän myös julkisuudessa ja vaikka Suomessa toimii useita mielenterveystyötä tukevia järjestöjä ja yhdistyksiä, jotka aktiivisesti pyrkivät purkamaan mielenterveyteen liittyviä ennakkoluuloja ja tukemaan kuntoutujia.² Lähtökohtana tälle tutkimukselle oli, että mielisairaalakokemuksia jakamalla ja tarkastelemalla voidaan edelleen purkaa niihin liittyviä yksinäisyyden ja eristäytymisen kokemuksia. Muistelu on tapa jäsentää, jakaa ja siten luoda uutta ymmärrystä itseä, lähimmäisiä ja ympäristöä kohtaan (ks. esim. Malinen 2019). Tällaista kulttuurista tilaa mielisairaaloihin liittyvien muistojen jakamiselle haluttiin luoda myös tämän kirjan taustalla olevalla vuosina 2014–2015 järjestetyllä aineistokeruulla, johon monitieteinen tutkimuksemme perustuu.

Tämä teos pohjautuu Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkiston kanssa kerättyyn Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta -keruuaineistoon ympärille. Keruu tuotti yhteensä noin 600 sivua muistelutekstejä

- 1 Psykiatristen sairaansijojen määrä oli suurimmillaan vuonna 1972, jolloin hoitopaikkoja oli lähes 19 500. Potilaita paikoille kirjattiin yli 42 000. Vuonna 2013 Suomessa oli hieman yli 3 400 psykiatrista sairaanhoitosijaa. Psykiatriseen laitoshoitoon kirjattiin yli 26 500 potilasta, joille kertyi yli 38 300 hoitopäivää. (Suomen tilastollinen vuosikirja 1900–2020.)
- 2 Mielenterveyden keskusliiton ja Mieli ry:n (aiemmin Mielenterveysseura) lisäksi Suomessa toimii lukuisia mielenterveysyhdistyksiä sekä omaisjärjestö FinFami (aiemmin Omaiset mielenterveystyön tukena).

92 kirjoittajalta: potilailta, omaisilta, sairaaloiden hoitajilta, apulaisilta ja psykiatreilta sekä sairaalatyöntekijöiden lapsilta eri puolilta Suomea. Muistot ulottuvat 1930-luvulta 2010-luvulle, eli ne kattavat ajanjakson mielisairaalalaitoksen rakentamisajoista aina viime vuosikymmeneen ajoittuvaan psykiatristen sairaalapaikkojen nopeaan vähentämiseen saakka. Keruuaineisto on ainutlaatuinen. Kirjoittajien erilaisten näkökulmien ja kirjoittamisen tapojen moninaisuus antaa mahdollisuuden tarkastella sitä, millaisena nyt jo pitkälti purettu mielisairaalalaitos on piirtynyt nykypäivän muistelijoiden mieliin. Miten sairaala on liittynyt muistelijoiden elämään, miten he kertovat kokemuksistaan ja miten muistot sairaaloista edelleen vaikuttavat mielenterveyden ongelmiin liittyviin mielikuviin ja käytänteisiin?

Me kirjan kirjoittajat lähestymme yhteistä keruuaineistoa omista (tutkimus)taustoistamme käsin. Taustamme ovat historian lisäksi kielen, kirjallisuuden, taiteen ja kirjallisuusterapian tutkimuksessa sekä taiteellisessa tutkimuksessa. Osalla on kokemusta myös työskentelystä hoitolaitoksissa ja kuntoutumisen parissa. Muistoissa tarkastelemme kieltä ja kerrontaa, psykiatrian historiaa, sairaaloihin ja muistamiseen liittyviä tunteita sekä fyysisiin ja sosiaalisiin sairaalaympäristöihin liittyviä kokemuksia. Tutkimuksemme on lähtökohtaisesti monitieteistä ja hahmottaa ilmiöitä pikemminkin käsitteellisten keskustelujen ja niiden avaamien tulkintahorisonttien kuin tiukkojen tieteenalakohtaisten rajanvetojen kautta. Kunkin tutkijan näkökulmat ovat tarkentuneet lähes viisivuotisen tutkimusmatkan varrella³ ja avautuvat seuraavissa luvuissa. Tutkimuksemme osoittaa, miten erilaiset tiedonmuodostuksen tavat ja menetelmälliset valinnat vaikuttavat kuvauksiin ja merkitysten luomiseen.

Aihevalintoihin ovat vaikuttaneet myös aiemman tutkimuksen katvealueet. Teoksemme nostaa esiin aiemmassa tutkimuksessa vähäisiksi ja kuulumattomiin jääneitä potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia ja luo niille kulttuurista tilaa. Myös henkilökunnan ja heidän lapsiensa muistot luovat uusia näkökulmia mielisairaaloitten historiaan. Tutki-

3 Ks. Jäntti 2015; 2018; Jäntti ja muut 2021; Heimonen 2019a; 2020; 2021a; 2021b; 2022; Heimonen & Kuuva 2020; Kuuva 2018a; 2018b; Maanmieli 2018a; 2018b; 2019a; 2019b; 2019c.

muksemme ei tuota ehyttä kuvaa aineistosta, saati menneisyydestä, vaan eri tutkimusalat ja näkökulmat erilaisista kokemuksista kumpuaaviin muistoihin valottavat mielisairaaloiden merkitystä sosiaalisina ja fyysisinä tiloina sekä asuinympäristönä ja -yhteisönä. Pohdimme myös, miten ja millaisena kertominen mahdollistuu ja miten eri tavoin kertojat hahmottavat sairaalaa tilana muistoissaan.

Lähestymällä moniäänistä aineistoa monitieteisesti halusimme luoda uudenlaisia näkökulmia mielisairaaloiden kulttuurisiin merkityksiin. Aineisto mahdollistaa sen tutkimisen, millaisina mielisairaalat elävät suomalaisten mielissä ja ruumiissa paikkaan kiinnittyvinä, tilallisina (tunne)kokemuksina. Muistot mielisairaaloista ovat ”nykyisyyden historiaa” (Foucault 2014) ja siten menneisyyden läsnäoloa kulttuurissamme jäsentäen sitä (Silvonen 2006, 10). Niissä kuvastuu psykiatrisen hoidon ja mielisairaalalaitoksen historiallinen kehitys, siirtymä mielisairaalakeskeisyydestä avohoitoon ja viime vuosikymmeninä tapahtunut terapeutin ajattelun esiinmarssi itseymmärryksen ja hoidon välineenä. Samoin muistot valottavat sitä, miten kulttuuriset esitykset, mielisairaaloihin ja sairauksiin liittyvä tutkimus, taide ja erilaiset kulttuuriset representaatiot voivat saada tärkeän roolin muistojen herättäjänä, työstämisen välineenä ja sairauksien yksilökeskeisyyden purkajana ja avata keskustelumahdollisuuksia vaikeiden yksittäisten kokemusten käsittelyyn. Monissa muistoissa mainitaan muun muassa Kellokosken Prinsessa.

Tässä teoksessa lähestymme mielisairaalamuistoja kulttuurisen mielen terveystutkimuksen näkökulmista (Jäntti ja muut 2019). Kulttuurisessa mielen terveystutkimuksessa tavat nimetä, kategorisoida, kohdata ja hoitaa mielen terveysongelmia nähdään kulttuurisesti ja historiallisesti muotoutuvina osina muuta yhteiskuntaa. Näin myös psykiatria ja mielisairaaloita lähestytään erilaisten sosiokulttuurisesti ja historiallisesti muotoutuvien hoitokäytänteiden ja -käsitysten risteymänä sekä erilaisissa hierarkkisissa asemassa toimivien ihmisten kohtaamispaikkana. Siksi on tärkeää tutkia niille annettavia merkityksiä.

Mielisairaalat ovat psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten hoitoon ja säilyttämiseen rakennettuja paikkoja, joten kysymys tilasta on niihin liittyvien kokemusten kannalta keskeinen. Mielisairaaloissa ja psykiatrisessa hoidossa tilan käyttöä sekä siinä olemista ja liikkumista

säädellään eksplisiittisin säännöin, sopimuksin ja jopa lainsäädännöllä esimerkiksi pakkohoitoon määräämisen, eristyksen ja lepositeiden käytön kohdalla. Tällainen puuttuminen fyysiseen itsemääräämisoikeuteen on yhteiskunnassa poikkeuksellista, ja mielikuvat näistä keinoista leviävät muun muassa kulttuurituotteiden välityksellä vaikuttaen vahvasti ihmisten suhtautumiseen niin hoitoa kuin potilaitakin kohtaan. Potilaiden kotiuttaminen pohjaa myös lääkärin tekemään asiantuntija-arvioon; kotiuttamista tuetaan ja siihen käytetään paljon myös henkilökunnan aikaa ja resursseja. Eri tiloissa oleminen ja eri paikkoihin siirtyminen ja sopeutuminen ovat keskeisiä kysymyksiä potilaiden muistoissa ja hoitoa suunniteltaessa.

Mielisairaalamuistojen tarkastelun lähtökohdaksi otimme alun perin ajatuksen mielisairaaloista elettyinä tiloina, joiden merkitys muovautuu tilassa kohtaavien ihmisten ja rakennetun ympäristön vuorovaikutuksessa ja näissä näennäisen suljetuissa tiloissa eläneiden ja niissä liikkuvien ihmisten reiteistä ja suhteista. Tässä kirjassa lähtökohta laajentuu keskusteluksi eri tieteenalojen paikkaa, aisteja, ruumiillisuutta, tilallisuutta, kokemusta, psykiatrian hoitokäytänteitä ja historiaa koskevan tutkimuksen kanssa. Lähestymme mielisairaalamuistoja moniaistisina, tilaan kiertoutuvina kokemuksina, jotka kytkeytyvät sairaaloiden arkeen ja hoitokäytänteisiin. Keskeisiä käsitteitä muistamisen lisäksi ovat ruumiillisuus, tilallisuus, kokemus, tunteet ja affektit eli erilaiset tuntemukset, joita ei voi tarkasti kielellisesti ilmaista.

Mielisairaalamuistot kulttuurisen mielenterveystutkimuksen kentällä

Tutkimuksemme kytkeytyy laajemmin viime vuosina heränneeseen kiinnostukseen mielisairauksien hoitoa, kokemuksia ja historiaa kohtaan. Menetelmällisesti teos avaa uusia näkökulmia muistitietoaineiston tutkimiseen ja tuottaa näin uudenlaista tietoa ja tietoisuutta muistista, muistamisesta ja tulkinnoista. Muistitietoaineistomme mielisairaaloihin liittyvistä kokemuksista tuo esiin sellaisten kirjoittajien kokemuksia, jotka eivät ole osallistuneet historiikkien, muistelmateosten, potilas-

kertomusten, omaelämäkertojen, kaunokirjallisuuden tai psykiatrian historian kirjoittamiseen. Näin se rikastuttaa jo olemassa olevaa tietoa ja tutkimuksen luomaa kuvaa mielisairaanhoidosta ja osallistuu ajankohtaiseen keskusteluun psykiatrisesta hoidosta ja sen kulttuurisesta merkityksestä.

Tutkimus alalla on ollut viime aikoina vilkasta. Historiantutkimuksessa uraa ovat uurtaneet muun muassa Minna Uimosen neurooseja suomalaisessa lääketieteessä 1800- ja 1900-lukujen taitteessa (1999) sekä Jutta Ahlbeck-Rehniin (2006) Seilin sairaalan naispotilaita käsittelevät väitöstutkimukset⁴. Suomalaisen psykiatrian historian suuria linjoja on pyritty hahmottamaan väitöstutkimuksissa (Hirvonen 2014; Hyvönen 2008), joissa tutkimuksen keskiössä on hoitomuotojen ja -järjestelmän sekä psykiatriatieteen kehitys. Myös lukuisissa mielisairalahistoriikkeissa korostuvat hoidon järjestäjien näkemykset niiden keskittyessä usein sairaalan rakentamiseen, hallintoon ja merkittäviin henkilökunnan jäseniin⁵ (ks. koontia esim. Kuuva 2018b).

Potilaiden kokemusten ja psykiatrisen hoidon ja sairauskäsitysten yhteyttymistä laajemmin yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin diskursseihin ja historian vaiheisiin on käsitelty aatehistorian (Pietikäinen 2013, 2020; Pietikäinen & Myllykangas 2017), sotahistorian (Kivimäki 2013; 2015), sodan jälkeisen mikrohistorian (esim. Malinen 2019) sekä kulttuurihistorian alalla (Tuohela 2008; 2015a; 2015b; 2019a; 2019b; 2020). Tärkeänä kansainvälisenä suunnannäyttäjänä tällaiselle tutkimukselle on ollut jo edesmennyt Roy Porter (esim. Bynum, Porter & Shepherd 1985–1988; Porter 1987; 2002; 1987/2006; Porter & Wright 2003). Kulttuurintutkimus on tärkeällä tavalla osoittanut, miten eri aikoina vallalla olevat eri tahoilla syntyneet käsitykset mielisairauksista ja niiden syistä ker-

- 4 Uimosen tutkimuksen vaikutus on nähtävissä esimerkiksi uudessa Minna Canthia koskevissa tutkimuksissa (Maijala 2014) ja tämän henkilökuvan tuottamisesta kaunokirjallisuudessa (Rytisalo 2018). Ahlbeck-Rehniin tutkimuksen pohjalta puolestaan esimerkiksi Yle on tehnyt useita mielisairauksien ja mielisairaanhoidon historiaa käsitteleviä dokumentteja ja ohjelmasarjoja. Vuonna 2017 Otavalta ilmestyi myös kaksi Seilin saaren naispotilaita fiktiivisesti käsitellyttä romaania, Johanna Holmströmin *Sielujen saari* ja Katja Kallion *Yön kantaja*.
- 5 Fingerroosin mukaan muistitietotutkimuksen erottaa historiikeista ja muistelmateoksista se, ettei historiikeilta ja muistelmateoksilta edellytetä sellaista käytettyjen lähteiden, aineistojen rajausten, menetelmien, teorioiden ja käsitteiden auki kirjoittamista kuin tutkimukselta (Fingerroos 2010, 73).

rostuvat ja elävät kulttuurissa rinnakkain (esim. Kinnunen 2020). Tämä näky vahvasti myös aineistossamme.

Historiantutkijoille tyypillistä on ollut potilaan äänen ja kokemuksen etsiminen ja konstruointi potilaskertomusten avulla, jolloin ongelmana on kuitenkin nähty se, että näistä saatu tieto on usein henkilökunnan kirjaamaa ja siten heidän näkemystensä kautta suodattunutta. (Ahlbeck-Rehn 2006; Kivimäki 2013; Rissanen 2018, 2019; Parhi 2018b; Pietikäinen 2020). Potilaiden itsensä kirjaamina kokemuksista on saatu tietoa muun muassa potilaiden sairauskertomuksiin liitetyistä takavarioiduista kirjeistä (Ahlbeck-Rehn 2006; Parhi 2018b, 2019), erilaisista omaelämäkerrallisista teksteistä ja jopa sattuman kaupalla löytyneistä lasipulloista (Heikkinen 2020⁶). Tutkimuskohteiksi on otettu myös erilaisten diagnoosien historialliset juuret ja niiden muovautuminen lääketieteen kategorioiksi, psykologien ja sairaanhoidon ammattilaisten työkaluiksi sekä osaksi jokapäiväistä kielenkäyttöä (Hautamäki 2016, kaksisuuntainen mielialahäiriö; Parhi 2018a, 2018b, 2019, psykopatia ja Mäkilä 2019, masennus).

Suhteessa historiantutkimukseen tämän tutkimuksen aineisto tuokin merkittäväällä tavalla esiin muistoja, jotka eivät ole suodattuneet niitä muistiin kirjanneiden sairaanhoidon ammattilaisten kertojäänien kautta, vaan tulevat suoraan ihmisiltä, joilla on omakohtaisia kokemuksia mielisairaaloista. Kerätyt muistot tuovat tarkasteluun myös kokemuksesta näkökulmaa ja kertovat ennen kaikkea siitä, *miten* mielisairaaloihin kytkeytyvää menneisyyttä muistetaan. Huomionarvoista on, että kun muistelun lähtökohdaksi otetaan paikka, kerronnan keskiöön nousevat diagnoosien sijaan tunteet, tunnelmat, aistikokemukset ja suhteet toisiin ihmisiin ja ympäristöön. Diagnoosit näyttelevät monissa muistoissa vain pientä osaa; monissa niitä ei mainita lainkaan.

Nykypäivän potilaiden kokemuksista on oltu kiinnostuneita erityisesti hoitotieteissä (tutkimuskoonti ks. Nissi 2019) ja heidän asemaansa on

6 Susan Heikkisen *Pullopastia Seilin saarelta* -tietokirjassa (2020) jäljitetään Seilin mielisairaalaosaan kallionkoloon kätkettyjen, lasipulloista löytyneiden katkelmien avulla yhden pitkäaikaispotilaan tarina. Kirjoittajaksi paljastui Saima Rahkonen. Mielen järkkyminen onkin innoittanut kirjailijoita ja omaelämäkertureita halki vuosisatojen: ensimmäinen tunnettu englanninkielinen elämäkertateos, Margery Kempen (2003) omaelämäkerta vuodelta 1436 kertoo nimenomaan mielen järkkymisestä.

tutkittu ja kartoitettu myös yhteiskuntatieteissä mielenterveyspolitiikkaa ruotivan tutkimuksen alalla (Ahonen 2019; Helén 2011; Rissanen 2007; 2015; Salo 1996) sekä Mielenterveyden keskusliiton tuottamassa ja julkaisemassa kokemustutkimuksessa (esim. Hyväri ja Salo 2009; Kapanen ja muut 2014). Näissä tutkimuksissa on keskitytty erityisesti 1970-luvulta lähtien asteittain tapahtuneen mielisairaalalaitoksen alasajon jälkeiseen aikaan, siirtymiin hoito- ja kuntoutuspaikoissa sekä asumisessa, ja näiden vaikutuksiin kuntoutujien asemaan (Salo 2019). Suhteessa näihin tutkimuksiin muistokeruu antoi kaikille muistelijaille vapauden valita, mistä ja miten he sairaalakokemuksiin liittyen halusivat kirjoittaa ja mitä he pitivät olennaisena. Lisäksi sosiologian ja sosiaalipsykologian aloilla on tarkasteltu mielenterveysongelmia niiden sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa sekä sitä, miten sairauskertomukset muodostuvat eri yhteyksissä ja millaisiin tarinamalleihin sairauksista kerrottaessa tukeudutaan (esim. Frank 1995; Hänninen & Turunen 2014; Yli-Länttä 2016).

Tutkimamme mielisairaalamuistoaineiston voi nähdä liittyvän myös rikkaaseen kirjalliseen traditioon mielisairauksista, niiden kokemisesta ja hoidosta. Yhden tärkeän tarinavarannon tarjoavat kaunokirjalliset, omaelämäkerralliset ja autofiktiiviset kuvaukset, joita kulttuurihistorioitsija ja kirjallisuuden tutkija Elaine Showalter (2010) pitää yhtenä tärkeimmistä paikoista, joissa potilaat ovat voineet jakaa kokemuksiaan. Kansainvälisesti mielisairaaloita ja mielisairaanhoidoa käsittelevää omaelämäkerrallista kirjallisuutta on runsaasti (ks. Hornstein 2011). Suomessa on viimeisen vuosisadan aikana julkaistu useita mielenterveysongelmiin liittyviä omaelämäkertoja, joista monissa käsitellään myös mielisairaaloita.⁷ Lisäksi omaisten ja läheisten kirjoittama mielenterveyden häiriöitä käsittelevä kirjallisuus avaa tärkeitä näkökulmia mie-

7 Näistä mainittakoon esimerkiksi ensimmäinen suomenkielinen potilaan näkökulmasta kirjoitettu autobiografinen teos, Aino Mannerin *Viesti yöstä* vuodelta 1935, Maria Vaaran *Likaiset legendat* (1974) ja Vesa Huovion *Särkyneen toiveen katu* (1980), jota kuvataan raporttina mielisairaalasta. Viimeisen parin vuosikymmenen aikana omaelämäkertojen julkaisutahti on kiihtynyt – esimerkiksi Jukka Kompan *Minä olen* (2001), Esajuhani Seppäsen *Huppumies. Skitsofreenikon tarina* (2010), Rauha Honkasen *Vaiennettu potilas* (2011), Juha Hurmeen *Hullu* (2012) sekä Päivi Storgårdin *Keinulaudalla* (2013) kuvaavat mielisairaalaan potilaan näkökulmasta. Mielisairaalahaksoja kuvataan myös Anu Korvenniemen (2013) toimittamassa *Toisen maailman kartalla* -teoksessa, johon on koottu viisi psykoositarinaa.

lisairaaloihin, vaikka mielisairaala niissä usein muodostaa vain yhden – ja ehkä etäisenkin – paikan, joka liittyy läheisen sairastumiseen.⁸ Mielisairaalakokemuksia ovat käsitelleet kirjoissaan myös mielenterveystyön ammattilaiset.⁹

Mielisairaaloita käsittelevässä potilaskirjallisuudessa on joitain samoja piirteitä kuin tutkimissamme mielisairaalamuistoissa. Omaelämäkertoissa on usein psykiatrikriittinen ote: sairauden ja ns. hulluuden (ks. s. 57–58) käsitteitä ja rajoja problematisoidaan ja henkilökunnan edustajia kuvataan usein mustavalkoisesti hyvinä tai pahoina. Myös sairaalan ulkoisia olosuhteita kuvaillaan niissä usein tarkasti ja teoksissa on vahva tilallisuuden ja ruumiillisuuden tuntu. Monet kirjailijat haluavat tuoda julkisuuteen potilaiden kärsimyksen ja pyrkivät avaamaan potilaan kokemusta sairaalamaailmasta. Motiivina on usein julkilausuttukin pyrkimys herättää lukijassa ymmärrystä ja empatiaa mielisairaalapotilaiden kokemusmaailmaa kohtaan.

Vaikka mielenterveyden ongelmiin ja mielisairaaloihin liittyvää kirjallisuutta on julkaistu runsaasti, on siitä tehty tutkimus ollut viime aikoihin saakka yllättävän vähäistä. Kansainvälistä kirjallisuutta on jonkin verran käsitelty suomalaisessa tutkimuksessa (Tuohela 2008; Jäntti 2012; Ylä-Kapee 2014). Kulttuurihistorioitsija Kirsi Tuohela on tarkastellut tutkimuksissaan myös varhaisimpia kotimaisia kirjallisuudessa, lehdissä ja päiväkirjoissa esiintyviä omaelämäkerrallisia kirjoituksia, joissa sairastuneet kuvaavat kokemuksiaan sairastumisesta (Tuohela 2015a; 2015b; 2019; 2020). Tärkeä uusi avaus on myös Anna Ovaskan suoma-

- 8 Omaelämäkerrallisia teoksia omaisten näkökulmasta ovat julkaisseet esimerkiksi Anja Kauranen (*Syysprinssi*, 1996), Elina Hirvonen (*Että hän muistaisi saman*, 2007), Veikko Huovinen (*Pojan kuolema*, 2007) sekä kirjailija Maria Vaaran tytär Sarianna Vaara, jonka *Huomenkellotytössä* (2013) lapsi myös viettää aikaa äitinsä luona sairaalassa. Tällaista potilaan lapsen näkökulmasta kerrottua kokemusta ei aineistostamme löydy. Mielenterveyden keskusliiton julkaisema, Pentti Peltoniemen toimittama *Katsoin rohkeasti takaisin. Psykkisesti sairastuneiden omaiset kirjoittavat* (1996) pitää sisällään useita kymmeniä omaisten kokemuskertomuksia, joista osassa on kuvauksia myös sairaaloista.
- 9 Hoitajien työstä ovat kirjoittaneet muun muassa Signe Waenerberg (*Sairaala oli maailmani*, 1961) ja Marja-Liisa Vilhunen (*Hoitajan arkipäivä*, 2016). Jotkut, kuten psykiatri Claes Andersson teoksessaan *Jokainen sydämeni löynä* (2009), ovat kirjoittaneet sekä mielenterveyden ongelmia tarkastelevan ammattilaisen että omien vaikeiden elämäkokemustensa kanssa kamppailevan yksilön näkökulmasta. Runoissaan Andersson (esim. 1996) kuvasi mielisairaalapotilaita. Myös psykiatri Ilkka Taipale on julkaisut muistelmateoksen *Mielisairaalassa* (2019), jota hän tosin itse luonnehtii sosiaalipoliittiseksi ja -lääkietieteelliseksi ohjelmajulistukseksi ja toimintaohjeeksi pikemminkin kuin elämäkerraksi.

laista modernismia käsittelevä väitöskirja *Fictions of madness* (2020), joka pureutuu hulluuden kerronnallisuuteen modernistisessa kirjallisuudessa. Myös Ovaska tarkastelee sitä, miten mielen järkkymisen kuvaus kietoutuu ympäristön kokemiseen. Hänen lukutavassaan ruumiillisuus, tilallisuus ja suhteet inhimilliseen ja ei-inhimilliseen ympäristöön nähdään olennaisena osana minuutta. Näin myös mielen järkkymisen nähdään tapahtuvan suhteisina ja elimellisissä suhteissa ympäristön kanssa muotoutuvina kokemuksina. (Ovaska 2020; Fuchs 2019.)

Myös tässä tutkimuksessa mielen järkkymisen kokemuksia tarkastellaan niiden historiallisen, kerronnallisen kontekstin ja ruumiillisen kietoutuneisuuden näkökulmista. Tapojamme lähestyä muistoja yhdistää näkemys siitä, että ihminen ei lähtökohtaisesti ole ympäristöstään erillinen kokija ja toimija vaan olennaisesti kietoutunut ympäristöönsä. Tutkimuksemme kytkeytyy kaikkiin mainittuihin aloihin ja suuntauksiin, mutta moninaisen muistitietoaineiston tarkastelu eri tutkimusalojen avulla avaa erityisesti paikallisen, epäjatkuvan ja aukkoisen kokemuksellisuuden ja ruumiillisen tiedon merkityksiä tiedonmuodostuksessa. Näin se liittyy muun muassa ajankohtaiseen psykiatristen kulttuurien tutkimuksen (uus)materialistiseen käänteeseen (esim. Ankele & Majerus 2020).

Kirjan luvut

Kirjan ensimmäiset luvut toimivat johdantona muistitietoaineistoomme, tutkimuksen lähtökohtiin ja mielisairaalalaitoksen historiaan. Seuraavassa luvussa kuvataan yhteinen muistitietoaineisto, sen keruu sekä sen tutkimiseen, muistamiseen ja muistamisen ruumiillisuuteen liittyviä kysymyksiä. Tutkimusaiheemme sensitiivisyyden vuoksi tutkimuseettiset kysymykset ovat olennaisia, ja niistä on keskustelu koko tutkimushankkeen ajan. ”Suomalaisen laitopsykiatrian historiaa” -luku valaisee mielisairaalalaitoksen kehitystä ja muodostaa siten taustan muistoille. Se auttaa lukijoita kiinnittämään muistot psykiatrisen hoitojärjestelmän historian vaiheisiin ja osoittaa, millaisiin yhteiskunnallisiin ja ideologisiin muutoksiin sairaalalaitoksen kehitys kytkeytyy.

Varsinaiset aineiston tulkintaluvut muodostavat itsenäisiä kokonaisuuksia, ja ne voi lukea myös erikseen. Tämänkin vuoksi niissä on myös jonkin verran toistoa ja esimerkiksi samoja aineisto-otteita, jotka aukeavat eri tavoin eri tutkimuskonteksteissa. Luku ”Ristiinvalotuksia” avaa muistokirjoitusaineiston monimuotoisuutta ja rinnastaa eri muistelijaryhmien muistoja toisiinsa. Potilaiden lisäksi ääneen pääsevät myös omaiset ja sairaaloissa työskennelleet muistelijat, joiden näkökulmat muissa luvuissa jäävät vähemmälle huomiolle. Erityistä huomiota kiinnitetään myös sairaalakokemuksia edeltäviin mielikuviin ja siihen, miten kokemukset sairaalasta ovat näitä mielikuvia muokanneet.

Seuraavissa luvuissa liikutaan syvemmälle mielisairaaloihin liittyviin kokemuksiin: tilan tuntuun, rytmeihin, sosiaalisiin suhteisiin, pakkoon ja valtaan sekä mielisairaalan ja sen ympäristön tiloihin.

”Liikkeen, tilallisuuden ja kirjoituksen atmosfäärit mielisairaalamuistojen ruumiillisessa tutkimisessa” vie lukijan mukaan erityisesti potilaiden ja heidän muistojaan tutkivan taiteilija-tutkijan lähestymistapaan. Kirsi Heimonen tekee taiteellista tutkimusta, jossa taideteot, myös kirjoittaminen, ovat taiteellista prosessia, jossa tieto avautuu, vaikka se ei ole kokonaan sanallistettavissa (esim. Heimonen 2019a; 2021b; 2022). Taiteessa tutkien muistot avautuvat hänelle tilallisina kokemuksina. Tällainen lähestymistapa korostaa maailmassa olemisen ja kaiken kokemisen ruumiillisuutta. Taide voi tehdä näkyväksi kokemusten sanattomia ulottuvuuksia. Kielellisen ilmaisun varaan rakentuvassa sairaalatodellisuudessa tällaisen näkymättömän, katveeseen jäävän todellisuuden osoittaminen ja lähestyminen on myös yhteiskunnallinen ja poliittinen teko (Heimonen 2019b).

Heimonen kuvaa ruumiillisen tutkimisen menetelmäänsä tavaksi, jossa hän sallii ensisijaisen tutkimusmateriaalin eli kirjoitettujen muistojen vaikuttaa ruumiillisuuteen(sa). Tästä syntyy kirjoitusta. Muistojen tutkimisen ruumiin tilallisuuden avulla mahdollistaa Heimosen harjoittama somaattinen liikemenetelmä Skinner Releasing -tekniikka. Taiteellisessa tutkimuksessa korostuu kokemuksen ainutlaatuisuus ja tutkijan ammatillinen tausta taiteilijana (Mersch 2015, 26; Rouhiainen 2017; Varto 2017, 36 ja 67). Tällainen lähestymistapa poikkeaa täysin sellaisesta lääketieteen, diagnosoinnin ja hoidon lähestymistavasta, jossa

pyritään identifioimaan, diagnosoimaan ongelma ja hoitamaan se pois ja jossa ammatillisuuteen kuuluu pitää etäisyyttä asiakkaiden tilanteisiin ja kokemuksiin. Astuminen tutkijana ja taiteilijana muistojen ruumiillisuuteen vaatii luvussa altistumista muistoille. Näin muistojen kärsimys tai ahdistus elää tutkijan ruumiillisuudessa. Hän ei kuitenkaan samastu tai pyri muuttamaan niitä. Taiteilija-tutkijana Heimonen kuuntelee koko ruumiillisuudellaan. Hän ei pyri ihmisten parantamiseen, vaan antaa kokemuksille tilan ja muodon, jolla ne voivat tulla esiin. Kuuntelemalla ja taiteelliseen muotoon saattamalla taiteellinen tutkimus tarjoaa ihmisten kokemuksille merkityksen, joka ei kuitenkaan ole lopullinen (Harpin 2018, 24). Lukija osallistuu merkitysten muodostamiseen tai jättää ne avoimiksi. Tässä taiteellinen tutkimus pyrkii avaamaan merkityksiä ja näkee niin ihmiset kuin tulkinnot muuttuvina ja suhteisina.

Luku ”Helvetistä Pöllölään” vie lukijan 1930-luvun mielisairaalan arkeen. Historiantutkija Anu Rissanen tarkastelee siinä muistoa, jonka kirjoittaja, ”Pekka”, vietti Seinäjoen ja Hattelmalan piirimielisairaalaassa potilaana yhteensä 911 päivää (Maanmieli ja Rissanen 2018). Painettujen muistelmateosten ohella tämä yli satasivuinen muistelmateksti poikkeaa muusta saamastamme aineistosta siinä, ettei sitä ole kirjoitettu keruuta varten eivätkä keruukysymykset näin ole ohjanneet Pekan kirjoitusta. Koska potilaan näkökulmasta kirjoitetut muistot tuolta ajalta ovat harvinaisia, on sukulaisen Pekan jäämistöstä keruuseen toimittama kirjoitus suoranainen aarre. Käsikirjoituksenomaisessa muistelmatekstissä Pekka tekee sairaalaympäristöistä tarkkoja ja kriittisiä havaintoja, joita Rissanen historioitsijana tulkitsee psykiatrian historiaa ja aiemmin tutkimiaan potilaskertomuksia vasten. Tutkijan näkökulma on kontekstualisoiva ja mikrohistoriallinen; Pekan puolestaan lähes sosiologinen tämän tarkkaillessa, kommentoidessa ja arvostellessa muun muassa muita potilaita, hoitajien käytöstä, tilanhoitoa, hoidon puutetta ja ruoan laatua. Sairaalan arjen ja valtasuhteiden pikkutarkkana kuvauksena Pekan kirjoitus valaisee ainutlaatuisella tavalla potilaiden kokemia mielisairaanhoidon epäkohtia 1930-luvulla. On hämmäntävää, miten samankaltaisina ongelmat näyttäytyvät 2000-luvun muistoissa.

Pakon käyttö on ollut yksi hallitseva piirre suomalaisessa psykiatriassa hoidossa, ja monet muistot aineistossamme käsittelevät pakko-

toimenpiteitä. Psykiatri Ilkka Taipale (2017, 157) toteaa muistelmissaan, että siinä missä eräissä muissa länsimaissa vain noin kymmenen prosenttia potilaista joutui hoitoon vastoin tahtoaan 1990-luvun puolivälissä, oli vastaava luku Suomessa 40 prosenttia. Pakon käyttöä on viime vuosikymmeninä aktiivisesti pyritty vähentämään, mutta edelleen sitä käytetään: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2018) raportin mukaan Suomessa yli kymmentuhatta vuonna 2016 päättäneistä tai kesken olleista hoitajaksoista oli alkanut tahdosta riippumattomina. Lisäksi hoidon aikana turvaudutaan erilaisiin pakkokeinoihin, kuten eristämiseen ja sitomiseen, kiinnipitämiseen ja pakkoinjektioihin. Liikkumisvapauden rajoittaminen on yksi keskeisistä psykiatrisessa osastohoidossa käytetyistä keinoista. Raportoitaviin pakkokeinoihin se kuitenkin lisättiin vasta vuonna 2017.¹⁰

Luvussa ”Me alistutaan, koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa” Karoliina Maanmieli tarkastelee potilaiden muistoja pakkokeinoista, väkivallasta ja vallankäytöstä. Tämä suuntaa huomiota sellaisiin kohtauksiin, jotka ovat rajuja konflikteja eri mielipiteiden, roolien ja näkökulmien välillä ja joihin liittyy vahvoja tunteita, kuten pelkoa, vihaa ja häpeää. Muistot pakosta – pakon käytöstä, uhasta ja pakkohoitoimenpiteiden kohteena olemisesta – ovat ruumiillisia ja heijastuvat esimerkiksi potilaiden käyttämässä kielikuvissa eli metaforissa. (Ks. myös Maanmieli 2018a.) Maanmieli tarkastelee mielisairaalamuistoissa esiintyviä totaalisien laitoksen (Goffman 1961) piirteitä ja kiinnittää erityistä huomiota symbolisiin ja metaforisiin ilmauksiin ja kerronnan aukkoisuuteen. Aineiston analyysissä Maanmieli nojaa pakkokeinotilastoihin, 2000-luvulla tehtyihin potilaskokemuksia käsitteleviin hoitotieteen tutkimuksiin, Goffmanin (1961) ja Cullbergin (1999) esittämään mielisairaalakritiikkiin.

10 Yhteensä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2016 lähes 177 839 potilasta, joista vuodeosastohoidossa oli noin 23 000 ja avohoidossa noin 174 000 potilasta. Samana vuonna päättäneitä vuodeosastohoitajaksoja oli yhteensä yli 36 000. Avohoidon puolella käyntejä oli yli kaksi miljoonaa. Vuosien 2006 ja 2017 välillä vuodehoitajaksojen määrä on vähentynyt ja avohoidon määrä lisääntynyt. Vuonna 2016 pakkokeinoja käytettiin 2 779 päättyneellä hoitajaksoilla yhteensä 4 245 kertaa. Määrä lisääntyi hieman edellisestä vuodesta. Yleisimpiä pakkokeinoja olivat eristäminen (1 855), lepositeet (1 052), tahdonvastainen injektiohoito (799) ja fyysinen kiinnipitäminen (438). Vuoden 2017 alusta liikkumisvapauden rajoittaminen lisättiin raportoitaviin pakkotoimiin. (THL Tilastoraportti 6/2018.)

kiin sekä Lakoffin ja Johnsonin (1980) kognitiiviseen metaforateoriaan. Mielenterveystyön ammattilaisena hän pohtii myös ratkaisuja aineistos-
sa esiintyviin psykiatrisen sairaanhoidon ongelma-kohtiin.

Tunteet ovat vahvasti esillä myös mielisairaala-alueilla kasvaneiden henkilökunnan lasten muistoissa, joita Sari Kuuva käsittelee luvussa ”Leikkiä ja liikettä mielisairaalaympäristöissä”. Hän tarkastelee mielisairaaloita emotionaalisina yhteisinä (Rosenwein 2006) keskittyen etenkin lasten kokemuksiin. Erityisesti toisen maailmansodan jälkeen kasvava mielisairaalalaitos tarjosi töitä ja asumismahdollisuuksia, ja mielisairaala-alueille muutti paljon lapsiperheitä. Monet sairaaloiden liepeillä kasvaneet lapset ovat vanhemmalla iällä havahtuneet muistelemaan omalataatuista kasvuympäristöään ja myös koonneet muistojaan (ks. esim. Toivola 2005; Nieminen 2015). Kuuva tarkastelee lasten muistoissa ilmeneviä tunteita kuten pelkoa, nostalgiaa ja häpeää sekä lasten leikkiä ja liikkumista sairaala-alueilla. Hän hyödyntää käsiteanalyysiiä ja tutkii tunnesanojen käyttöä ja tunteiden ilmaisua muistoissa. Luku piirtää kuvaa mielisairaaloista lapsuuden, tunteiden ja tilallisen liikkeen kautta moniaistisesti elettyinä, emotionaalisesti latautuneina tiloina kytkeytyen näin muistin ja lapsuuden tutkimukseen (esim. Korkiakangas 1996; Arbaeus 1993).

Kysymys siitä, missä psyykkisten sairauksien kanssa elävien ja heitä hoitavien ihmisten tulisi asua, on (ollut) yksi keskeisistä kysymyksistä psykiatriassa. Saara Jäntin luku ”Kotona, sairaalassa” käsittelee sitä, miten kodin ja sairaalan merkitykset ja suhteet rakentuvat muistoissa ja miten ne ilmentävät mielisairanhoidon ja asumisen historiallista kehitystä ja muutoksia erityisesti potilaiden asemassa. Jos mielisairaalat viime vuosisadan alkupuolella miellettiinkin potilaiden kodeiksi (Neuman-Rahn 1924), pyritään heidät nykyisin kuntouttamaan ja kotiuttamaan mahdollisimman nopeasti. Henkilökunta puolestaan oli 1960-luvulle saakka usein jopa velvoitettu asumaan sairaala-alueella. Asumisjärjestelyihin vaikutti ennen kaikkea asema sairaalahierarkiassa, sukupuoli, aviosäätö ja perheellisyys (Ahola 2015). Työntekijät alkoivat muuttaa pois sairaala-alueilta 1960-luvulla yhteiskunnan yleisen vaurastumiskehityksen myötä. Henkilökunnan muistoissa näkyy myös se, miten 1970-luvulle tultaessa sairaalat ryhtyivät aiempaa aktiivisemmin

tukemaan myös potilaiden perhesuhteiden ylläpitoa ja (uudelleen)muodostamista. Kun käsitys mielisairauksista muuttui, alettiin kyseenalaistaa sairaaloita potilaiden koteina ja keskustelu potilaiden laitostumisesta kiihtyi. Potilaiden poismuutto kiihtyi 1990-luvulla, jolloin sekä sairaaloiden laitostavaan vaikutukseen kohdistunut kritiikki että yhteiskuntaa koetellut taloudellinen lama johtivat siihen, että mielisairaalalaitosta alettiin toden teolla purkaa. Tätä murrosvaihetta tarkastellaan erityisesti kahden potilaan muistojen valossa, sillä ne kuvaavat ja heijastelevat laajemmin muutosta mielisairaalapotilaiden ja mielenterveyskuntoutujien asemassa. Luku esittää kodin ja sairaalan suhteen monimerkityksisenä ja jännitteisenä.

Kirjan päätännössä palaamme kysymyksiin siitä, mitä mielisairaaloita koskeva muistitieto ja sairaaloiden monitieteinen tarkastelu voi tuoda keskusteluun psykiatrisesta hoidosta ja sen tutkimuksesta. Olemme kaikki kirjan toimittajia, koska läpi hankkeen olemme paneutuneet yhdessä aineistoon, kirjoittaneet yhdessä, kommentoineet toistemme tekstejä ja muokanneet niitä yhdessä.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015.

MKM 427–439.

JULKAISTUT LÄHTEET

Suomen tilastollinen vuosikirja 1900–2020. Tilastokeskus, Helsinki.

KIRJALLISUUS

Ahlbeck-Rehn, Jutta 2006: *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vainsinne på Självö hospital 1889–1944*. Åbo Akademi, Åbo.

Ahola, Teija 2015: Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle [verkkoaineisto]. Saatavilla: https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvintoivi/TEHO_Terveystalot_Ahola_VALMIS_2014.pdf. Viitattu 5.8.2019.

- Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielen-terveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Arbaeus, Kerstin 1993: Att berättas sin barndom. Teoksessa: Arvidsson, Alf (toim.) *Muntligt berättande. Verklighetskonstruktion och samhällsspegel*. Umeå universität, Umeå, 47–60.
- Andersson, Claes 1996: *Runoja meren pohjalta*. Ruotsista kääntänyt Pentti Saaritsa. WSOY, Helsinki.
- Andersson, Claes 2009: *Jokainen sydämeni lönti*. Ruotsista kääntänyt Liisa Ryömä. WSOY, Helsinki.
- Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) 2020: *Material cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld.
- Bynum, W. F. – Porter, Roy – Shepherd, Michael 1985a: *The anatomy of madness. Essays in the history of psychiatry. 1, People and ideas*. Tavistock, Lontoo.
- Bynum, W. F. – Porter, Roy – Shepherd, Michael 1985b: *The anatomy of madness. Essays in the history of psychiatry. 2, Institutions and society*. Tavistock, Lontoo.
- Bynum, W. F. – Porter, Roy – Shepherd, Michael 1988: *The anatomy of madness: Essays in the history of psychiatry. 3, The asylum and its psychiatry*. Routledge, Lontoo.
- Cullberg, Johan 1999: Psykoosihoidon parantavia ja parantamista estäviä tekijöitä. Teoksessa: Seikkula, Jaakko - Haarakangas, Kauko (toim.). *Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Fingeroos, Outi 2010: Muisti, kertomus ja Oral History-liike. Teoksessa: Grönholm, Pertti –Sivula, Anna (toim.) *Medeiasta pronssisoturiin. Kuka tekee menneestä historiaa?* Turun historiallinen yhdistys, Turku, 60–81.
- Frank, Arthur 1995: *The wounded story-teller. Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press, Chicago.
- Foucault, Michel 2014: *Tarkkailla ja rangaista*. Kääntänyt Eevi Nivanka. Otava, Helsinki. Ranskankielinen alkuteos 1975.
- Fuchs, Thomas 2019: Ruumiin muisti ja tiedostamaton. Kääntäneet Laura Oulanne ja Anna Ovaska. *niin&näin* 26: 3, 15–22. Alun perin julkaistu englanniksi 2018.
- Goffman, Erving 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.
- Harpin, Anna 2018: *Madness, art, and society. Beyond illness*. Routledge, Abingdon.
- Hautamäki, Lotta 2016: *Movements of moods. Interplay between science, clinical practice and patient in psychiatry*. University of Helsinki, Helsinki.
- Heikkinen, Susan 2020: *Pullopastia Seilin saarelta. Potilas numero 43*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Heimonen, Kirsi 2019a: *Kävelyhäkki*-teos Lapinlahden sairaalan alueella Helsingissä 19.5.–25.5.2019
- Heimonen, Kirsi 2019b: Huojunta hulluuden ja outouden rajoilla. Tanssiminen julkisilla paikoilla. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 255–280. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Heimonen, Kirsi 2020: Lost in intervals. Falling in between spaces and tenses. *RIACT Journal of artistic research, creation and technology*, 1, 27–50. Saatavissa:

- http://riact.belasartes.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2020/11/RIACT_1.pdf. Viitattu 16.12.2020.
- Heimonen, Kirsi 2021a: *Täällä, jotenkin*. Lyhytelokuva. Ohjaus & käsikirjoitus Kirsi Heimonen, esiintyjä & koreografi Kirsi Heimonen, kuvaus Raimo Uunila, puhe Seppo Jarva & Ria Kataja, musiikki Ulf Krokfors, editointi Kirsi Heimonen & Raimo Uunila, äänisuunnittelu Marko Kataja, käännös David Hackston.
- Heimonen, Kirsi 2021b: Walking in a cage. Attuning to atmospheric intensities through corporeality. *Choreographic practices*, 12:1, 47–66. https://doi.org/10.1386/chor_00028_1
- Heimonen, Kirsi 2022: The touch of words. Obscure spatial encounters. *Scriptum. Creative writing research journal*. 9 (1), 1–30. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/79612>
- Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353.
- Helén, Ilpo (toim.) 2011: *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino, Tampere.
- Hirvonen, Elina 2007: *Että hän muistaisi saman*. Avain/Loisto, Helsinki.
- Hirvonen, Helena 2014: *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930*. Itä-Suomen yliopisto, Joensuu.
- Holmström, Johanna 2017: *Sielujen saari*. Suomentanut Jaana Nikula. Otava, Helsinki. Ruotsinkielinen alkuteos 2017.
- Honkanen, Rauha 2011: *Vaiennettu potilas. Pieni pahan olon kirja*. Books on Demand, Helsinki.
- Hornstein, Gail 2011: Bibliography of first-person narratives of madness in English [verkkoaineisto]. Saatavissa: https://www.gailhornstein.com/attachments/Bibliography_of_First_Person_Narratives_of_Madness_5th_edition.pdf. Viitattu 7.10.2019
- Huovinen, Veikko 2007: *Pojan kuolema*. WSOY, Helsinki.
- Huovio, Vesa 1980: *Särkyneen toiveen katu. Raportti mielisairaalaista*. Herättäjä-Yhdistys, Lapua.
- Hurme, Juha 2012. *Hullu*. Teos, Helsinki.
- Hyväri, Susanna – Salo, Markku (toim.) 2009: *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Hyvönen, Juha 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Hänninen, Vilma – Turunen, Anne-Maarit 2014: Naiseusideaali ja masennus. *Sukupuolentutkimus* 27: 3, 5–18.
- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jäntti, Saara 2015: Apua, kipua, kohtaamisia ja kärsimystä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, tiedote 12.10.2015. Saatavissa: <https://www.finlit.fi/fi/ajankohtaista/uutiset/apua-kipua-kohtaamisia-ja-karsimysta>. Viitattu 10.6.2022.
- Jäntti, Saara 2018: Muistoihin kaivertuneet tilat. Tutkimushanke mielisairaalamuistoista. *Poutapilvi* 8: 2, 29–32.

- Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Maanmieli, Karoliina – Rissanen, Anu 2021: Engraved in the body. Finnish people's memories of mental hospital. Teoksessa Borcsa, Maria – Willig, Carla (toim.) *Qualitative research methods in mental health. Innovative and collaborative approaches*. Springer, Cham, 219–249.
- Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina 2019: Hulluus kulttuurisena kysymyksenä. Teoksessa: Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 9–45. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kallio, Katja 2017: *Yön kantaja*. Otava, Helsinki.
- Kapanen, Heini – Leinonen, Anne – Kallio, Tomi – Kempainen, Ritva – Lindroos, Anna – Mauno, Tiina – Peltola, Nina – Vihavainen, Ilona 2014: *Kokemusarviointi. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen akuuttipsykiatrian osasto APS7. Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Kauranen, Anja 1996. *Syysprinsi*. WSOY, Helsinki.
- Kempe, Margery 2003: The Book of Margery Kempe. Teoksessa Shannonhouse, Rebecca (toim.) *Out of her mind. Women writing on madness*. Random House, New York. Alkuperäisjulkaisu 1436.
- Kinnunen, Anna 2020: *Johtolankoja hulluuteen. Tutkimus mielen sairastamiseen kytkeytyvistä kulttuurisista käsityksistä*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Joensuu.
- Kivimäki, Ville 2013: *Battled nerves. Finnish soldiers' war experience, trauma, and military psychiatry, 1941–44*. Åbo Akademi, Åbo.
- Kivimäki, Ville 2015: *Murtuneet mielet. Taistelu suomalaissotilaiden hermoista 1939–1945*. WSOY, Helsinki.
- Komppa, Jukka 2001: *Minä olen*. Atena, Jyväskylä.
- Korkiakangas, Pirjo 1996: *Muistoista rakentuva lapsuus. Agraarinen perintö lapsuuden työntöön ja leikkien muistelussa*. Suomen muinaismuistoyhdistys, Helsinki.
- Korvenniemi, Anu (toim.) *Toisen maailman kartalla: Kirjoituksia psykoosista*. Nntamo, Helsinki.
- Kuuva, Sari 2018a: Mielisairaalan varjoista. Nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueella asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia* 16: 31, 12–40.
- Kuuva, Sari 2018b: Ruumiillinen tieto sairaalaympäristöissä. Valokuvia suomalaisista mielisairaalahistoriikeista. *Ennen ja nyt* 4.
- Lakoff, George – Johnson, Mark 1980: *Metaphors we live by*. University of Chicago Press, Chicago.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2017: Psykoosi. Sosiaalinen destruktionismi. *Psyko-terapia* 36: 1, 2–11.
- Maanmieli, Karoliina 2018a: Suomalaiset käenpesät. Väkivallan metaforat ja traumakoemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psyko-terapia* 37: 1, 37–48.
- Maanmieli, Karoliina 2018b: Luovat terapiat ja empaattisen kohtaamisen kaipuu suomalaisen mielisairaalamuistojen valossa. *Kirjallisuusterapia* 26: 1–2, 4–9.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: "Sain kirjoittaa runoja eräässä huoneessa ja se vapautti mieleni." Hulluuden ja luovuuden risteämiä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Scriptum Creative Writing Research Journal* 6: 2, 58–95.

- Maanmieli, Karoliina 2019b: Häpeä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. Katsaus. *Elore* 26: 1, 29–41.
- Maanmieli, Karoliina 2019c: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Maanmieli, Karoliina – Rissanen, Anu 2018: 911 päivää 1930-luvun mielisairaalassa [verkkoaineisto]. Vammaisuuden vaiettu historia -hankkeen blogi. <https://www.vammaisuuden-historia.fi/911-paivaa-1930-luvun-mielisairaalassa/>. Viitattu 25.2.2021.
- Majjala, Minna 2014: *Herkkä, hellä, hehkuvainen. Minna Canth*. Otava, Helsinki.
- Malinen, Antti 2019: Järkkyvä arki. Aikuisten psyykinen oireilu lapsuuden tunnemuistoissa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 183–205. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Helsinki.
- Mersch, Dieter 2015: *Epistemologies of aesthetics*. Kääntänyt Laura Radosh. Diaphanes, Zürich.
- Mäkilä, Annastiina 2019: Käsitäksiä masennuksesta ja itseen kohdistuvasta negatiivisuudesta 1900-luvun lopun psykologian opinnoissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 283–304. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Neuman-Rahn, Karin 1924: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.
- Nieminen, Anna 2015: *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla*. Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys, Seinäjoki.
- Nissi, Kaisa 2019: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 107–130. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Ovaska, Anna 2020: *Fictions of madness. Shattering minds and worlds in modernist Finnish literature*. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Parhi, Katariina 2018a: Boyish mannerisms and womanly coquetry. Patients with the diagnosis of transvestitism in the Helsinki psychiatric clinic in Finland, 1954-68. *Medical history*, 62: 1, 50. <https://doi.org/10.1017/mdh.2017.73>
- Parhi, Katariina 2018b: *Born to be deviant. Histories of the diagnosis of psychopathy in Finland*. Oulun yliopisto, Oulu.
- Parhi, Katariina 2019: *Sopeutumattomat. Psykopatian historia Suomessa*. Siltala, Helsinki.
- Peltoniemi, Pertti (toim.) 1996: *Katson rohkeasti takaisin*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2020: *Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri – Myllykangas, Mikko 2017: Hullun monta nimeä. Mielisairauksen nimeäminen muuttuvassa yhteiskunnassa. Teoksessa: Myllykangas, Mikko – Pietikäinen, Petteri (toim.) *Ajatusten lähteillä. Aatteiden ja oppien historiaa*. Gaudeamus, Helsinki, 329–362.
- Porter, Roy 1987: *A social history of madness. The world through the eyes of the insane*. Weidenfeld & Nicolson, New York.

- Porter, Roy 1987 *Madmen. A social history of madhouses, mad-doctors & lunatics*. Tempus, Stroud.
- Porter, Roy 2002: *Madness. A brief history*. Oxford University Press, Oxford.
- Porter, Roy – Wright, David 2003: *Confinement of the insane. International perspectives, 1800–1965*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rissanen, Anu 2018: Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia*, 16: 31, 41–66.
- Rissanen, Anu 2019: Treatment and rehabilitation. Patients at work in Finnish mental institutions. Teoksessa: Laine-Frigren, Tuomas – Eilila, Jari – Hokkanen, Markku (toim.) *Encountering crises of the mind. Madness, culture and society, 1200s–1900s*. Brill, Leiden, 196–221.
- Rissanen, Päivi 2007: *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Rissanen, Päivi 2015: *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Rosenwein, Barbara 2006: *Emotional communities in the early Middle Ages*. Cornell University Press, Ithaca.
- Rouhiainen, Leena 2017: On the singular and knowledge in artistic research. Teoksessa: Kaila, Jan – Seppä, Anita – Salger, Henk (toim.) *Futures of artistic research. At the intersection of utopia, academia and power*. Academy of Fine Arts, Uniarts, Helsinki, 143–154.
- Rytisalo, Minna 2018: *Rouva C. Gummerus*, Helsinki.
- Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalaareformit Suomessa*. Vastapaino, Tampere.
- Salo, Markku 2019: *Hullut mielenterveysmarkkinat. Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut?* Vastapaino, Tampere.
- Seppänen, Esajuhani 2010: *Huppumies. Skitsofreenikon tarina*. Kustannusliike Anneli, Lappajärvi.
- Silvonen, Jussi 2006: Psykologian uuden historian näkökulmia. Teoksessa: Komulainen, Katri – Rätty, Hannu – Silvonen, Jussi (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psykikkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Joensuun yliopisto, Joensuu.
- Storgård, Päivi 2013: *Keinulaudalla. Romaani*. Schildts & Söderströms, Helsinki.
- Taipale, Ilkka 2017: *Mielisairaalassa. Lääkärin muistelmat*. Into, Helsinki.
- THL Tilastoraportti 6/2018. Vainio, Suvi – Järvelin, Jutta – Passoja, Sirpa: *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2016*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136732/Tro6_18.pdf. Viitattu 23.11.2020.
- Toivola, Ritva 2005: *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä*. Ritva Toivola, Helsinki.
- Tuohela, Kirsi 2008: *Huhtikuun tekstit. Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Tuohela, Kirsi 2015a: Sielun ja mielen sairaus. Varhaiset psyykkisen sairastamisen omaelämäkerrat Suomessa. Teoksessa: Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi – Westerlund, Jasmine (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituvaa Suomi*. Utukirjat, Turku, 195–232.

- Tuohela, Kirsi 2015b: The ordeal of the soul. Ordinary people's autobiographies of mental illness in Finland 1870–1935. Teoksessa: Shands, Kerstin W. – Mikrut, Giulia Grillo – Pattanaik, Dipti R., – Ferreira-Meyers, Karen (toim.) *Writing the self. Essays on autobiography and autofiction*. Södertörn University Press, Södertörn, 219–230.
- Tuohela 2019a: Hospitalized patients' voices in 19th-century Finnish newspapers. Teoksessa: Laine-Frigren, Tuomas – Eilola, Jari – Hokkanen, Markku (toim.) *Encountering crises of the mind. Madness, culture and society, 1200s–1900s*. Brill, Leiden, 115–138.
- Tuohela, Kirsi 2019b: Sammanbrott och tillfrisknanden. Kvinnors livsbärettelser om psykiska kriser. *Historiska och litteraturhistoriska studier* 94, 77–102.
- Tuohela, Kirsi 2020: "Elämän takapihat." Mielisairaalapäiväkirjat ja historia. Teoksessa: Leskelä-Kärki, Maarit – Sjö, Karoliina – Lalu, Liisa – Artukka, Topi (toim.) *Päiväkirjojen jäljillä. Historiantutkimus ja omasta elämästä kirjoittaminen*. Vastapaino, Tampere.
- Uimonen, Minna 1999: *Hermotumisen aikakausi. Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Vaara, Maria 1974: *Likaiset legendat*. Gummerus, Jyväskylä.
- Vaara, Sarianna 2013: *Huomenkellotyttö*. Like, Helsinki.
- Varto, Juha 2017: *Taiteellinen tutkimus. Mitä se on? Kuka sitä tekee? Miksi?* Aalto-yliopiston taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu, Helsinki.
- Vilhunen, Marja-Liisa 2016: *Hoitajan arkipäivä*. Reuna, Tuusula.
- Waenerberg, Signe 1961: *Sairaala oli maailmani*. Otava, Helsinki.
- Yli-Länttä, Heta 2016: Sosiaalisia tilanteita pelkäävien käsityksiä ongelman luonteesta ja sen hoidosta. *Psykologia: tiedepoliittinen aikakauslehti*, 51: 2, 95–109.
- Ylä-Kapee, Annina 2014: *Telling madness. Narrative, diagnosis, power, and literary theory*. Tampere University Press, Tampere.

LUENNOT JA ESITELMÄT

- Showalter, Elaine 2010: "Grand delusions." Keynote lecture in 1st International Health Humanities Conference. University of Nottingham, 7.8.2010.

Muistoja keräämässä ja tutkimassa

Saara Jännti

 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista -keruu järjestettiin Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran (SKS) arkiston kanssa yhteistyössä vuosina 2014–2015. Vastaavaa aineistoa ei ole aikaisemmin kerätty, mutta muutamia hajanaisia mielisairaaloihin liittyviä muistoja on sisällynyt joihinkin arkiston aiempiin keruisiin.¹ Keruukutsun (ks. kuva 1) kysymykset laadittiin pääosin kulttuurisen mielenterveystutkimuksen verkoston keskusteluissa. Meitä kiinnostivat nykyajan muistot siitä, millaista mielisairaaloissa on ollut asua, työskennellä, vieraila, hoitaa ja tulla hoidetuksi. Millaisia ja kenen muistoja mielisairaaloista on mahdollista kertoa ja ketkä niitä haluavat kertoa? Miten muistot vaikuttavat siihen, millaisina mielenterveysongelmat ja niiden hoito Suomessa tänä päivänä nähdään? Myös SKS:n henkilökunta osallistui kutsun työstämiseen, ja mallia kirjoituskutsun muotoiluun otettiin muun muassa varuskun-

1 Hoitotyön muistot- ja Lääkärintyö-keruuaineistoissa on joitakin mielisairaaloihin sijoittuvia henkilökunnan kirjoituksia, ja potilasnäkökulmasta aihetta oli muisteltu muun muassa Pro Hoitajat -yhdistyksen Sitä hoitajaa en unohda -keruun ja Eläköön mies -elämäkertakeruun (1992–1993) muistoissa. Samoin kirjallisuuden ja kulttuurihistorian kokoelmasta löytyi muun muassa Seiliin, Nikkilään ja Lapinlahteen liittyvää aineistoa useampien kirjailijoiden arkistoista. Kirjailijoiden tuotannoissa mielisairaaloihin liittyviä kokemuksia oli kuitenkin käsitelty yllättävänkin vähän. Vielä vähemmän tuntui löytyvän aiheesta tehtyä humanistista tutkimusta. Mielisairaaloihin liittyviä elämäntarinoita tosin oli julkaistu muun muassa Mielenterveyden keskusliiton julkaisuissa, esim. Hyväri ja Salo 2009.

ta-alueita koskeneesta keruusta. Mielenterveyden keskusliiton toiveesta kutsuun lisättiin muun muassa kysymykset siitä, millaisena kirjoittajat olivat kokeneet osastonsa, oliko siellä kuntouttavaa toimintaa, tunsivatko kirjoittajat, että heitä oli kuultu sairaalassa vai oliko sairaala lähinnä säilytyspaikka ja mikä oli heidän merkittävin kohtaamisensa sairaalassa. Keruukysymyksissä korostuivat sairaalatilat ja sairaala paikkana, sillä esimerkiksi aikaisemman, psykiatrista hoitoa potilaiden näkökulmasta hahmottaneiden tutkimusten valossa hoitoympäristö vaikuttaa keskeisesti sairauksien kokemiseen (esim. Goffman 1961; Jäntti 2012; Wood 2013). Keruun avulla halusimme kartoittaa, millaista kulttuuria sairaalat loivat ja millaisia kokemuksia ne tuottivat. Lisäksi ajattelimme, että itse paikan muistelu voisi helpottaa sinne sijoittuvien kokemusten muistamista (ks. esim. Saarikangas 2006).

Keruukutsulla pyrimme tavoittamaan mahdollisimman monenlaisia ihmisiä: potilaita, omaisia, henkilökuntaa, ystäviä tai muutoin mielisairaaloitten kanssa tekemisissä olleita ihmisiä. Ohjeistuksessa kirjoittajia pyydettiin kuvaamaan esimerkiksi hoitoa, henkilökuntaa, potilaita, sairaalan arkea ja juhlaa, sairaalaympäristöä, kohtaamisia sairaalassa, sairaala-ajan merkitystä ja vaikutusta elämään sekä sairaalarakennusta ympäristöineen. Lisäksi pyydettiin havaintoja pitkän aikavälin muutoksista sairaalahoidossa. Ohjeistus laadittiin tarkoituksella väljäksi, koska kirjoittajia haluttiin rohkaista valitsemaan itse oma tapansa kertoa ja lähestyä muistojaan. Painotimme sitä, että kaikenlaiset muistot ovat arvokkaita ja ettei tekstien tarvitsisi olla hiottuja kokonaisuuksia. Tiesimme, että lähestyimme kokemuksia, joihin liittyy paljon kipua ja vaikenemista, ja halusimme näin rohkaista mahdollisimman monia ihmisiä muistelemaan kokemuksiaan sairaaloista. Ajattelimme, että juuri sanallistamisen tavat ja ehkä vaikeus voisivat kertoa kokemuksista ja niiden muistamisesta jotain olennaista.²

2 Aikuisten lapsuusmuistoja psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa elämisestä tutkinut Jähi pohtii kokemuksen tutkimusta väitöskirjassaan *Työstää, tarinoida, selviytyä* (2004). Omassa tutkimuksessaan haastatteluaineistoa käyttänyt Jähi arvelee, että pyyntö saada kirjoitettuja kertomuksia olisi karsinut vastaajista sellaisia, joilla ei ollut valmista tarinaa ja että haastatteluun "on helpompi tulla hahmotomankin kokemuksen tai 'keskeneräisen' tarinan kanssa." (Jähi 2004, 65.) Tämän vuoksi omissa keruukutsussamme rohkaisimme vastaajia valitsemaan vapaasti kirjoituksen muodon, eikä kokemuskertomuksen keskeneräisyys näyttänyt estävän kirjoittajia vastaamasta.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista

www.finlit.fi/keruu

Muistitiedon keruu 10.10.2014–31.5.2015

Mielisairaalat ovat tavalla tai toisella kuuluneet monen suomalaisen elämään. Tuhannet ovat olleet niissä hoidettavana. Moni on niissä työskennellyt, ja monet ovat vierailleet niissä ystävää tai omaista tapaamassa. Mielisairaaloiden potilaat ja henkilökunta ovat myös saattaneet liittyä monella lailla paikkakuntalaisten elämään.

Keräämme nyt mielisairaaloihin liittyviä muistoja. Ensimmäinen kosketus mielisairaalaan on usein vahva kokemus. Potilaille ja hoitohenkilökunnalle mielisairaala voi kuitenkin olla arkinen elinympäristö, josta myös toivomme kuvia. Lisäksi meitä kiinnostavat sairaalapaikkakuntien asukkaiden muistot ja kokemukset mielisairaaloista ja niiden toiminnasta.

Kirjoita kokemuksistasi! Voit käyttää apuna seuraavia kysymyksiä:

- Oletko ollut hoidettavana mielisairaalaissa? Millaisia muistoja sinulla on tästä ajasta, hoidoista, henkilökunnasta, toisista potilaista tai paikkakunnasta, jolla mielisairaala sijaitsi? Kerro muistoistasi.
- Millaisena koit osaston jolla olit? Millaista hoitoa sait? Millaista kuntouttavaa toimintaa oli? Tulitko kuulluksi? Mikä oli merkittävin kohtaamisesi sairaalassa?
- Millaista arki sairaalassa oli? Entä juhla? Millaista yhteydenpito perheeseen, ystäviin tai sukulaisiin oli? Kävikö sinulla vieraita? Miltä tuntui vastaanottaa heitä?
- Oletko kuullut mielisairaalan henkilökuntaan tai työskennellyt mielisairaalaissa? Kerro kokemuksistasi.
- Onko perhejäsenesi (esim. puoliso, vanhempi, lapsesi tai sisaruskesi), sukulaisesi, tyttö- tai poikaystäväsi, ystäväsi tai tuttavasi ollut hoidettavana mielisairaalaissa tai työskennellyt mielisairaalaissa? Kirjoita muistoista.
- Millaista oli asua mielisairaalaissa tai sen lähistöllä? Kuinka mielisairaala on vaikuttanut omaan elämäsi tai ympäristön ja paikkakunnan elämään?
- Miten henkilökohtaiset kokemuksesi mielisairaaloista ovat muuttaneet aiempia mielikuvasi mielisairaaloista ja niiden toiminnasta?
- Oletko havainnut muutoksia mielisairaalan toiminnassa pitkällä aikavälillä? Millaisina olet nämä muutokset kokenut? Kerro havainnoistasi ja kokemuksistasi.
- Voit myös kuvailla mielisairaala fyysisenä ympäristönä. Millainen rakennus sairaala oli? Miltä sisällä näytti? Millainen ympäristö oli? Miltä tuntui matkustaa sairaalaan tai käydä siellä? Miltä tuntui lähteä sairaalasta?
- Mitä mielisairaala on sinulle merkinnyt? Juuri sinun kokemuksesi on tärkeä.

Keruuun järjestävät tutkija Saara Jäntti ja Kulttuurisen mielenterveys-tutkimuksen verkosto Jyväskylän yliopistosta sekä SKS.

Kirjoitukset tallennetaan tutkijoiden käyttöön SKS:n arkistoon. Voit lähettää myös mielisairaaloihin tai mielisairaalan elämään liittyviä valokuvia ja äänitteitä tai käyttää niitä muiston virkistämiseksi.



Kuva: J.M. Eriksson, Keski-Suomen museo

Vastausohjeet

Kirjoita omalla kielelläsi ja tyylilläsi. Voit myös äänittää muistosi tai haastatella ihmistä, jolla on mielisairaalaan liittyviä tarinoita, muistoja tai kokemuksia. Kirjoita vastaukseksi oma ja mahdollisen haastateltavan suostumus siihen, että lähetämäsi aineisto arkistoidaan nimelläsi tai nimimerkilläsi SKS:n arkistoon.

Tutustu SKS:n arkistojen keruuohjeisiin www.finlit.fi/luovutus_ja_keruuohjeet.

Lähetä kirjoituksesi 31.5.2015 mennessä

- verkkolomakkeella osoitteessa www.finlit.fi/mielisairaalat tai
- postitse osoitteeseen Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, kirjallisuusarkisto, PL 259, 00171 Helsinki, merkitse kuoreen tunnus "Mielisairaalat" tai
- sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen keruu@finlit.fi, merkitse aihekenttään tunnus "Mielisairaalat".

Vastajien kesken arvomme kirjapalkintoja.



Lisätietoja:
SKS:n kansainrunousarkisto, p. 0201 131 240, keruu@finlit.fi
Saara Jäntti, saara.jantti@jyu.fi

Kuva 1. Keruukutsu. Kutsussa mainitut yhteystiedot ovat vanhentuneet.

*Muistoja ja kokemuksia mielisairaala-*keruu alkoi Maailman mielen-terveyspäivänä 10.10.2014. Keruukutsu levisi Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran vastaajaverkoston kautta. Lisäksi se julkaistiin Mielenterveyden keskusliiton jäsenlehdessä *Revanssissa* (22.10.2014), omaisjärjestö FinFamin kautta sekä joissakin paikallislehdissä³. Yhteydenottoja keruun tiimoilta tuli niin yksittäisiltä ihmisiltä, psykiatriyhdistykseltä kuin Lapinlahden lakkautetun sairaalan tiloissa muun muassa kulttuuri-toimintaa järjestävältä Lapinlahden Lähteeltä. Lisäksi mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten verkostoista ja yhdistyksistä oltiin yhteydessä. Lapinlahden Lähteellä ja kuntoutujille tarkoitettussa asumispalveluyksikössä järjestettiin kirjoitustyöpajat, joissa kirjoitettiin muistoja yhdessä. Jälkimmäisen organisoivat hankkeen tutkija Karoliina Maanmieli. Yhtä keruusta kiinnostunutta henkilöä, joka halusi jakaa muistonsa vanhempiensa työpaikasta ja omasta kasvuympäristöstään, käytiin haastattelemassa (SKSÄ 233).⁴

Heti keruun alussa arkistoon saapui yksi vihainen puhelinsoitto, jossa soittaja moitti tutkijoita kipeiden asioiden tonkimisesta. Soittaja penäsi tutkijoiden oikeutta penkoa toisten kipeitä kokemuksia. Näin hän nosti esiin ihmisten oikeuden ja halun vaieta kokemuksista, jotka ovat liian kipeitä jaettaviksi (ks. esim. Kivimäki 2018). Tärkeällä tavalla soitto muistutti, miten vaikeista ja henkilökohtaisista asioista mielisairaalakokemuksissa on kysymys. Suurin osa keruuseen osallistuneista piti kuitenkin tärkeänä sitä, että heidän muistoistaan oltiin kiinnostuneita. Monet ohjasivat ottamaan yhteyttä ja levittämään kutsua uusille tahoille.⁵ Heille, kuten meille muistoista kiinnostuneille tutkijoille, oli tärkeää, että mielisairaalamuistoja ja -kokemuksia tallennettiin arkistoon, osaksi kansakunnan virallista muistia ja historiaa.

Keruun oli tarkoitus loppua toukokuun 2015 lopussa. Keväällä keruuseen liittyvät yhteydenotot kuitenkin tihentyivät. Monet yhteydenottajat

3 Sitä, missä lehdissä kutsu julkaistiin, arkistolla ei ole tietoa.

4 Keruukutsussa oli mainittu, että muistoja voi myös äänittää tai keruuta varten voi haastatella ihmistä, jolla on mielisairaalaan liittyviä tarinoita, muistoja tai kokemuksia. Tarkoituksemme ei ollut itse haastatella ihmisiä, mutta yksi verkoston jäsen oli valmis tarttumaan tähän tilaisuuteen.

5 Monet myös kertoivat aikaisemmin julkaisemistaan kirjoituksista ja ohjasivat näin meitä tutkijoita lisälukemistojen pariin. Yksi muisto lisättiin kirjoittajan pyynnöstä aineistoon jälkikäteen.

olivat heränneet keruuseen vasta tuolloin ja pahoittelivat ajanpuutetta. Osan tieto keruusta taas saavutti vasta tuolloin. Myös keruuseen liittyvät eettiset, sosiaaliset ja psykologiset kysymykset pohdituttivat vastaajia: Eräs yhteydenottaja aprikoi, oliko sopivaa toimittaa kauan sitten kuolleen sukulaisen kirjoittamaa muistoaineistoa keruuseen. Häntä huolestuttivat muun muassa tieto- ja yksityisyydensuojaan liittyvät kysymykset. Lisäksi monesta muistosta käy ilmi, että muistelu oli raskasta ja vaati aikaa. Kesän lähestyessä alkoi joka tapauksessa näyttää siltä, että keruu-aikaa olisi syytä jatkaa. Näin tehtiin, ja lisääjällä keruukirjoitusten määrä kaksinkertaistui. Keruu päättyi syyskuun lopussa 2015 ja kesti siis kaiken kaikkiaan vuoden.

Sairaalamuistojen satoa

Keruun tulos on arvokas aineisto, pala suomalaista kulttuurihistoriaa, joka on nyt tallennettu Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkistoon. Jokainen muisto tarjoaa tärkeitä näkökulmia mielisairaaloihin liittyviin kokemuksiin. Yhdessä ne paljastavat kokemusten moninaisuuden ja ristiriitaisuuden: mielisairaala voi olla yhdelle paikka, johon liittyy läheisiä ja rakkaita lapsuusmuistoja (esim. MKM 234) ja toiselle järkyttävä ja traumaattinen paikka, johon kaapataan pakkohoitoon (MKM 413). Muistot sijoittuvat moniin eri sairaaloihin eri puolella Suomea. Useilla kirjoittajilla on kokemuksia useammasta kuin yhdestä sairaalasta. Kaikissa muistoissa ei kuitenkaan mainita sairaalaa, johon ne liittyvät. Osa erityisesti potilaiden ja omaisten muistoista liittyy poliklinikoihin, yleissairaaloiden yhteydessä sijaitseviin psykiatriisiin osastoihin tai kuntoutuspaikkoihin. Se, että kirjoittajat kuitenkin vastasivat juuri mielisairaaloita koskevaan keruukutsuun näihin paikkoihin sijoituvilla muistoilla, osoittaa, että heille nämä paikat edustavat jatkumoa mielisairaalalaitokselle.

Muistokeruuseen lähettivät tekstejään hyvin eri-ikäiset suomalaiset. Nuorimmat muistelijoina olivat sairaalaan joutuessaan olleet teini-ikäisiä, vanhimmat muistelijat 70–80-vuotiaita. Joillakin muisto sijoittuu vuosikymmenien päähän menneisyyteen ja tuoreimmillaan muisto

on kirjoitettu vielä saman sairaalajakson aikana. Monista muistoista kuitenkin puuttuu tieto niiden tarkasta ajankohdasta. Kirjoittajissa on sekä potilaita, omaisia, sairaalan työntekijöitä, työntekijöiden lapsia että satunnaisia ohikulkijoita. Monet muistelijat olivat elämänsä aikana kohdanneet sairaaloita useissa eri rooleissa.

Muistelijoista potilaat muodostavat selkeästi suurimman ryhmän⁶ ja suurin osa tämän kirjan luvuista käsittelee heidän muistojaan. Aineistossa on yhteensä 45 potilaiden muistoa, jotka sijoittuvat eri vuosikymmenille useisiin eri sairaaloihin ympäri Suomea. Potilaskokemuksiaan muistelevista kirjoittajista suurin osa on naisia, miehiä on kymmenen. Osa ei kerro sukupuoltaan eikä se käy ilmi heidän kirjoituksestaan. Kirjoittajat ovat aikuisia: nuorimmat, jotka ikänsä mainitsevat, ovat kaksikymppisiä. Heidän sairaalassa viettämänsä aika vaihtelee muutamasta päivästä useaan vuoteen. Suurin osa muistoista sijoittuu 1990- ja 2000-luvuille, osan muistot kattavat useamman vuosikymmenen. Valtaosa on ollut hoidossa aikuisena, mutta kirjoittajien joukossa on muutamia, jotka ovat olleet psykiatrisessa hoidossa varhaisesta teini-ikästä saakka. Kahdessa tapauksessa muiston on lähettänyt keräykseen joku muu kuin potilas itse.

Muistokirjoitusten pituus vaihtelee yhdestä liuskasta 130 liuskaan.⁷ Suurin osa teksteistä on proosamuotoisia, mutta joukossa on neljä kokonaan runomuotoista tekstiä. Yhtä runomuotoista muistoa on täydennetty runosymboleita selittävällä tekstillä. Joihinkin muistoihin on liitetty valokuvia ja piirroksia. Muutamissa teksteissä mielisairaalakokemustaan muisteleva potilas kertoo lisäksi muistojaan myös jostain muusta näkökulmasta. Yksi on toiminut hoitajana, toiset potilaat ovat itse myös mielenterveyspotilaan omaisia. Eräs muistelija lähetti kolme tarinaa: siskonsa, veljenpoikansa sekä omansa. Kirjoitustaan varten hän haastatteli myös äitiään, joten keruuseen lähetetyt kirjoitukset muodostuvat

6 Potilaiden muistot ovat peräisin Valkealan, Mikkelin Moision, Kuusankosken, Hämeenlinnan Hattelmalan, Helsingin Hesperian, Auroran ja Lapinlahden, Nokian Pitkäniemen, Turun, Vaasan, Joutsenon Rauhan, Rovaniemen, Seinäjoen, Oulun, Tammiharjun, Jyväskylän Kangasvuoren, Peijaksen, Tuusulan Kellokosken, Kuopion, Suolahden Sisä-Suomen ja Laajasalon sairaaloista, Hämeen piirimielisairaalasta ja Veikkolan parantolasta.

7 Muistoja arkistoidaessa muistelukirjoitusten kaikki sivut on numeroitu. Viitatessamme monisivuisiin muistoihin olemme viitanneet usempiin sivuihin.

useamman ihmisen tarinoista, näkökulmista ja fragmenteista, äänistä ja kokemuksista. Muistitiedolle tyypillistä onkin, että muistoihin kerrostuu useampien ihmisten muistoja (Fingerroos 2010, 70).

Potilaskokemuksista kirjoitettiin usein nimettömänä tai nimimerkillä. Tämä kertoo siitä, miten leimaaviksi mielen sairaudet ja niiden sairaalahoito edelleen koetaan. Monilla mielen sairauksiin ja mielisairaaloihin liittyy kokemus yksin jäämisestä: perhe tai osa perheenjäsenistä vieroksuu sairastunutta tai sairaalaa eikä tule käymään, ja ystävät hylkäävät kuullessaan diagnoosin. Joissain muistoissa myös henkilökunta jättää potilaat oman onnensa nojaan. Mielisairaalakokemusten aiheuttama eristyneisyyden tunne ja niiden ympärille muodostunut vaikenemisen kulttuuri ovatkin myös syitä sille, miksi muistoja mielisairaaloista alun perin lähdettiin keräämään.

Omaisten muistoja aineistossa on kaiken kaikkiaan kuusitoista. Potilaan lähiomaisiksi katsotaan yleensä puoliso, lapset, vanhemmat ja sisarukset (Jähi 2004, 13). Tässä tutkimuksessa olemme kuitenkin määritelleet omaiset laajasti niin, että omaisiksi on laskettu kaikki läheisistään huolehtivat ystävät ja sukulaiset. Omaisten kertomuksissa näkyy, miten mielenterveysongelmat vaikuttavat sairastuneen sosiaalisiin suhteisiin ja koko ympäröivään yhteisöön. Omaisten muistoja keskeisesti määrittävä seikka onkin, millainen on muistelijan suhde sairastuneeseen läheiseensä. Omaisen kokemus muodostuu hyvin erilaiseksi riippuen jo siitä, onko hän sairastuneen lapsi, vanhempi, puoliso vai sisarus ja onko hän itse läheisen sairastuessa lapsi vai aikuinen. Jotkut kirjoittajista muistelevat useamman kuin yhden läheisensä mielisairaalakokemuksia ja mielenterveyden haasteita.

Myös omaisten muistot sijoittuvat eri sairaaloihin ympäri Suomea ja kattavat usean vuosikymmenen. Tässä muistelijaryhmässä ikähaitari on laaja: kirjoittajia on nuorista aikuisista eläkeikäisiin. Omaisten kirjoitukset avaavat tärkeitä näkökulmia niin psykiatriseen sairaanhoitoon, sairauskäsityksiin kuin mielisairaaloihin liittyviin mielikuviin ja kokemuksiinkin – siis koko siihen sosiokulttuuriseen psyykkiseen sairastamisen maisemaan (Jähi 2004), johon omainen läheisensä sairastumisen myötä astuu ikään kuin sivuhenkilönä toisen ihmisen tarinassa.

Henkilökunnan muistoja aineistossa on kolmetoista.⁸ Ammattinimikkeikseen he mainitsevat osastonhoitajan (2), mielisairaanhoitajan, sairaanhoitajan, lääkärin (2), hoitajan ja mielenterveyshoitajan. Mukana on myös sairaanhoitajaoppilas ja psykologiharjoittelija sekä kaksi kesätyöntekijää eli vipparia, joilla ei ole ollut mielisairaanhoitajan tai mielenterveyshoitajan ammattipätevyyttä. Henkilökuntaan kuuluneet muistelijat ovat pääosin melko iäkkäitä. Henkilökunnan muistoista varhaisimmat sijoittuvat 1950- ja 1960-luvuille, viimeisimmät 1990-luvulle ja vuosituhannen taitteeseen, jolloin pitkän uran tehneet, mielisairaanhoitajina aloittaneet työntekijät ovat eläköityneet.

Henkilökuntamuistelijoiden määrää on voinut rajoittaa se, etteivät nykyisin psykiatrisilla osastoilla työskentelevät ole välttämättä mieltäneet mielisairaalamuistojen kirjoituskutsun koskeneen itseään. Samaten ammattietiikka, potilastietojen luottamuksellisuus, potilassuoja ja mahdollisesti työnantajan vaatima vaitiololupaus ovat voineet vaikuttaa muisteluhalukkuuteen (ks. Vilhunen 2016). Eläköityminen on osaltaan voinut vapauttaa työnantajan vaatimuksesta vaieta työtään koskevista epäkohdista. Lisäksi eläkkeellä on ehkä ollut enemmän aikaa kirjoittaa ja muistella hektistä ja vaativaa työuraa. Monet hoitajista kuvaavat työn raskautta sekä henkilökunnan ja muiden resurssien riittämättömyyttä. Merkillepantavaa on, että henkilökuntaan kuuluneissa muistelijoissa on myös niitä, jotka ovat todenneet psykiatrisen sairaanhoitajan työn, mielisairaalan tai psykiatrisen osaston työilmapiiriin tai työssä kohdatun kärsimyksen olleen syy hakeutua muihin tehtäviin. Henkilökuntaan kuuluneiden muistelijoiden joukossa on myös omaisia ja yksi entinen potilas.

Yksi merkittävä muistelijaryhmä ovat sairaalayhteisöissä kasvaneet työntekijöiden lapset, joiden elämään omalaatuinen kasvuympäristö on jättänyt lähtemättömät, usein positiiviset jäljet. Henkilökunnan mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot käsittävät yhden äänitteen (SKSÄ 233) sekä yhteensä yhdeksäntoista tekstiä ja tekstikokoelmaa, joista jälkimmäisiin sisältyy kaksi aikaisempaa mielisairaalan lasten

8 Henkilökunnan muistot ovat Harjamäen, Paiholan, Sipoon Nikkilän, Rauhan ja Seinäjoen sairaaloista, Oulun keskusmielisairaalaista, Törnävän sairaalasta, Tammiharjun psykiatrisesta sairaalasta, Moisioista, Rovaniemen Muurolasta, Mäntsälän Ohkolasta ja Kellokosken sairaalasta.

muistelmajulkaisua – Ritva Toivolan *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä* (2005) ja Anna Niemisen toimittama *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla* (2015), jotka lähetettiin keruuseen. Toivola (2005, 1) kertoo saaneensa tekstiinsä aineistoa kuudelta muulta-kin muistelijalta. Törnävän sairaalaan keskittyneeseen kirjahankeeseen puolestaan lähetettiin kymmeniä kirjoituksia (Nieminen 2015, 7).

Keruuseen osallistuneet mielisairaalan henkilökunnan lapset ovat syntyneet vuosina 1943–1983, suurin osa 1940–1960-luvuilla, ja heidän joukossaan on suunnilleen yhtä paljon naisia ja miehiä. Muistelijat ovat eläneet kolmentoista eri sairaalan alueella.⁹ Suurin osa muistelun kohteena olleista sairaaloista sijoittuu Suomen eteläiseen osaan. Suhteellisesti eniten muistelijoita on asunut Törnävällä, Moisiossa ja Hattelmalla. Muissa mainituissa sairaaloissa on elänyt vain yksi tai kaksi kirjoittajaa, ja kolme muistelmakirjoittajaa asui lapsuudessaan jonkin sairaala-alueen lähistöllä.

Aineistossa nyt jo aikuiset mielisairaalan lapset näyttäytyvät muita muistelijaryhmiä kulttuurisesti yhtenäisempänä ryhmänä. Potilailla, omaisilla ja sairaaloiden henkilökunnalla on usein erilaisia taustoja. Mielisairaanhoidajat, joiden lapsia suurin osa sairaala-alueella asuneista lapsista oli, tulivat usein sairaalatyöhön melko vähävaraisista, monilapsisista perheistä (ks. esim. Toivola 2005, 4). Suurin osa muistelijoiden vanhemmista työskenteli mielisairaalassa hoitajina, mutta vanhempien joukossa oli myös lääkäreitä ja hallintohenkilökuntaa, kuten psykiatri, osastonlääkäri, ylilääkäri, kirjanpitäjä ja talouspäällikkö.

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmat ovat enimmäkseen suoranaista kerrontaa, joka sisältää kuvauksia leikeistä, peleistä, harrastustoiminnasta, sairaalan juhlista, vanhempien työstä, asunnoista, sairaalaympäristöstä, sairaalan arjesta, kohtaamisista potilaiden kanssa ja ulkopuolisten asenteista mielisairaalaelämää kohtaan. Pääosin sairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot ovat valoisia, ja moni kirjoittaja katsoo lapsuuden sairaala-alueella olleen turvallista ja siellä asumisen lisän-

9 Henkilökunnan lasten muistot ovat Auroran, Harjavallan, Hattelmalan, Kellokosken, Moision, Nikkilän, Kuopion Niuvanniemen, Pitkäniemen, Rauhan, Vaasan Roparnäsin, Sisä-Suomen, Taipalsaaren ja Törnävän sairaaloista.

neen heidän suvaitsevaisuuttaan erilaisuutta kohtaan myöhemmässä elämässä. Kuvuan analysoimissa lasten muistoissa mielisairaala-alue näyttäytyy leikin ja yhteisöllisyyden näyttämönä ja kasvuympäristönä, jota tarkastellaan myöhempien elämäkokemusten valossa.

Potilaiden ja omaisten muistot ovat ikävä kyllä usein synkempiä. Jo itse sairastumiseen liittyy usein hätää ja pelkoa. Pelkoa ovat herättäneet myös synkeät mielikuvat ja kokemukset sairaaloista ja historian saatossa muuttuneista hoitomuodoista sekä toiset potilaat. Paradoksaalista on, että myös monet sairauksien oireiden lievittämiseen tarkoitettujen hoitomuodot ovat lisänneet potilaiden kärsimystä. Mielisairaalaan on viety väkisin ja lääkitystä on annettu pakolla. Monet sairaalat ovat tuntuneet ankeilta: potilaat ovat kokeneet olevansa säilössä. Toisaalta sairaaloiden ollessa täynnä sairaalaan pääsyä on myös vaadittu, ja jotkut potilaat ovat hoitoon päästäkseen saattaneet jopa vahingoittaa itseään (MKM 338).

Vaikka itse hoitoon, hoitoon pääsyyn ja kotiutumiseen liittyy usein ongelmia, omaisten kokemuksissa läheisen sairaalaan pääsy voi helpottaa huolta ja vastuuta läheisestä. Kuten yksi muistelijä kertoo: itsetuhoisen ystävän mielisairaalaan joutuminen oli ”samaa aikaan sekä pieni maailmanloppu että suunnaton helpotus” (MKM 337). Monien kokemuksiin mielisairaalaan kuuluukin tietty ambivalenssi ja tunteiden ristiriitaisuus, joka määrittää suhdetta psykiatrisiin hoitoihin: hoitoa tarvitaan, mutta usein siinä nähdään parannettavaa. Sairastuminen ja sairaalaan joutuminen ovat monille kamalia kokemuksia, mutta usein omaiset kokevat läheisen olevan sairaalassa edes jollain tapaa turvassa. Turvan ja rauhoittumisen kokemuksista kertovat myös ne potilaat, joita hoito on auttanut ja jotka ovat sairaalassa kokeneet tullessaan kuulluiksi, kohdatuiksi ja ymmärretyiksi. Vierailut ovat olleet monille tärkeitä ja joskus läheisen sairaalajakson aikana on pystytty auttamaan koko perhettä. Usein potilaat ja omaiset ovat kuitenkin kokeneet jäävänsä ilman apua ja ajautuneet sairaalakierteisiin, joissa samankin ihmisen kokemukset voivat hoitopaikasta, -tavasta tai hoitavasta henkilöstä riippuen muodostua täysin erilaisiksi.

Vaikka mielikuviin sairaaloista liittyy usein suuria tunteita ja draamatiikkaa, toisille sairaala on ollut arkinen osa elämää: työpaikka tai väliaikainen asuin- tai hoitopaikka, josta elämälle on haettu uutta suuntaa.

Sairaaloissa on koettu tärkeitä kohtaamisia, rakastuttukin, ja jatkohoito on voinut johtaa pitkäaikaisiin ja elämässä kiinni pitäviin hoitosuhteisiin. Kaikkiin merkittäviin kohtaamisiin liittyy välittäminen: tunne siitä, että on arvokas ja merkityksellinen.

Sivullisille ohikiitävätkin kohtaamiset potilaiden kanssa voivat olla tärkeitä ja purkaa mielensterveyskuntoutujiin liitettyjä ennakkoluuloja. Keruuseen saapui muutama muisto, joissa mielisairaalassa oli vain käväisty katsomassa joulunäytelmää tai mielisairaala oli osunut arkisen kulkureitin varrelle. Kun omat mielikuvat törmäsivät todellisiin ihmisiin, ennakkoluulot usein osoittautuivat turhiksi. Nämä sairaaloihin liittyvät stereotypiat olivatkin yksi syy lähteä kokoamaan muistitietoa aineistoa sairaaloista osana niin sanotusti tavallisten ihmisten muistoja ja elämää. Merkittävää on, että saamamme aineisto valottaa mielisairaaloita useasta eri näkökulmasta.

Mielisairaalamuistot teksteinä

Muistitietoa aineistoa voidaan tarkastella tekstikokoelmana, jossa kirjoittajat erilaisiin diskursseihin eli kerronnan tapoihin tukeutuen luovat käsitystä siitä, mikä muistelun kohteena oleva mielisairaala itse asiassa on. Mielisairaalamuistokeruuseen lähetetyt tekstit ovat keskenään erilaisia muun muassa kieliasultaan, laajuudeltaan ja käsittelytavaltaan. Joissain muistoissa varsinaiset mielisairaalakokemukset ovat vain pieni osa tarinaa, joka taustoittaa sairaalakokemuksia kuvailemalla laajasti kirjoittajan omaa elämänhistoriaa, elämänfilosofiaa tai sukulaisten mielensterveysongelmia. Jotkut kuvaavat mielisairaalan arkea seikkaperäisen tarkasti. Toisissa teksteissä taas sairaalajakso ohitetaan muutamalla lauseella eikä joistain sairaalakokemuksen kannalta usein keskeisinä pidetyistä teki-joistä, kuten sairaalaan joutumiseen johtuvista syistä, sairaalan arjesta tai sairauden oireista, kerrota lainkaan. Jokainen kirjoittaja on itse määrittänyt, mitä pitää mielisairaalakokemuksessa tärkeänä ja kertomisen arvoisena ja mitä haluaa kertoa.

Toisin kuin monissa muissa keruissa, tämän aineiston pääasiallinen kertomustyyppi ei ole elämäntarina, jolla olisi selkeä päämäärä ja

suunta tai joissa satunnaisista tapahtumista rakentuisi yhtenäinen juoni (vrt. Pöysä 2015). Osa kaikkien muistelijaryhmien muistoista on lyhyitä ja anekdoottimaisia tuokiokuvia. Tämä voi johtua siitä, että mielisairaala-kokemukset näyttäytyvät irrallisina muusta elämästä tai siitä, että kertoja on halunnut suojella itseään tai muita asianosaisia. Potilaiden ja omaisten kohdalla muistojen katkonaisuutta voi selittää sairauskokemukseen ja sairaalaan joutumiseen liittyvä traumaattisuus. Esimerkiksi pakkohoitoon joutumista tai psykoosia voi olla vaikea hahmottaa tai sovittaa elämän jatkumoon (esim. Holma 1999, 213; Maanmieli 2018). Aineistomme muistojen valossa on ilmeistä, että äkillinen eristäminen vieraaseen ja monille pelottavaan paikkaan tuottaa fragmentaarisuutta ympäristön havainnoinnissa ja kokemuksesta kertomisessa. Potilaiden kohdalla muistojen pirstaleisuutta voivat osaltaan aiheuttaa myös psykoottisuus ja vakava masennus, jotka ovat tilastollisesti katsoen tärkeimpiä sairaalahoidon syitä (THL 2015, 4) ja esiintyvät myös teksteissä. Psykoositarinat eivät yleensäkään noudata sosiaalisia tai kerronnallisia konventioita. Narratiivisen psykiatrian lähtökohdista psyykkiset oireet voidaan nähdä kerronnallisen toimijuuden ongelmana: ihminen ei pysty kuvaamaan elämäänsä tarinana. (Holma 1999, 213–214; Maanmieli & Maanmieli 2017.) Myös aineiston kerääminen nimenomaan kirjoituskutsulla on eittämättä vaikuttanut siihen, millaisen aineiston olemme saaneet. Monien muistot jäivät kertomatta. Esimerkiksi psykoottisista elämyksistä puhutaan toipuneen näkökulmasta. Ne, joille kirjoittaminen ei ole luonteva tai edes mahdollinen tapa ilmaista itseään, eivät tässä keruussa saaneet ääntään kuuluviin.

Myös häpeä voi selittää monien potilaiden muistelutekstejä leimaavaa sanallistamisen vaikeutta ja muistojen aukkoisuutta (ks. esim. Suokas-Cunliffe 2006). Muistamisen ja kokemusten sanallistamisen vaikeus on liitetty myös psyykelääkkeiden käyttöön (Jamison 1995). Kuten Mary E. Wood (2013, 267 ja 271) huomauttaa, kerronnan katkeilevaisuus voi johtua myös siitä, ettei kertoja luota kuulijaan. Esimerkiksi psykoosin kaltaiset tilat ovat hyvin henkilökohtaisia, stigmatisoivia ja uhkaavat kertojan minuutta ja turvallisuudentunnetta. Ilman luottamusta kuulijaan niitä on mahdotonta jakaa. Onkin muistettava, että kokemuksissa ja niiden tulkinnassa on aina kyse myös vuorovaikutuksesta ja valtasuhteista (Saresma 2010, 63).

Mielenterveyden ongelmiin liittyvistä kokemuksista kertomiseen kytkeytyvä problematiikka on tärkeä muistaa myös pohdittaessa muistojen kulttuurista arvoa ja tutkimusetiikkaa (Wood 2013). Muistelukirjoittaminen voidaan nähdä toimijuuden muotona (Pöysä 2015), ja tällöin on hyvä kiinnittää huomio siihen, miten sairaudet, sairaalakokemukset ja asema sairaalayhteisössä voivat sitä rajoittaa. Kuitenkin myös pienten tarinoiden ja tuokiokuvien kertominen tuottaa narratiivista toimijuutta, ja on kuulijan eettinen ja moraalinen tehtävä suhteuttaa se kontekstiin ja muihin kulttuurisiin narratiiveihin ja tulkintakehyksiin (Baldwin 2005, 1024).

Esimerkiksi sitä, että useissa kirjoituksissa on hyödynnetty keruukutsun rohkaisemaa taiteellista vapautta, voi tulkita terapeuttisena ja/ tai poliittisena tekona. Omien tunteiden purkaminen runoina, aforismeina, valokuvina ja piirroksina on voitu kokea terapeuttisena (ks. Kähmi 2015), sillä esimerkiksi runossa kirjoittaja voi sekä purkaa että jäsentää itseään (Mertanen 2009, 252–255). Väljästi laadittu keruukutsu mahdollistaa omien kokemusten reflektoinnin kirjoittajan itsensä tarpeelliseksi kokemalla tasolla, millä voi olla terapeutista merkitystä (Pöysä 2015). Toisaalta, jos muistelukirjoitukset kuitenkin mielletään pelkästään terapeuttisiksi, voidaan hukata niiden kulttuurihistoriallinen arvo sekä niiden sairaalakulttuureja ja psykiatria kohtaan esittämä, rakenteiden ja käytäntöjen uudistamista vaativa kritiikki. Puhtaasti terapeutin tulkinta palauttaa kirjoittamisen yksilön tarpeeseen jäsentää elämäänsä, kun taas muistojen ymmärtäminen toimintana, jolla kirjoittajat tuottavat tarinoita tai tuokiokuvia elämästään osaksi arkistojen edustamaa virallista historiaa ja akateemista tutkimusta, asemoi kirjoittamiseen liittyvän toimijuuden julkisen ja yhteisen, kulttuurisen muistin tuottamisen alueelle (Ricoeur 2004; Wood 2013). Jotkut, erityisesti potilaskokemuksista kirjoittavat, kertovatkin suoraan haluavansa rikkoa mielisairaalaan ja mielenterveysongelmiin liittyviä hiljaisuuksia ja tuoda esiin niihin liittyviä ongelmia. Tällöin ne voidaan mieltää kulttuurisiksi vastakirjoituksiksi (Foucault 2014, ks. Rissanen, luku ”Helvetistä Pöllölään” tässä teoksessa), jotka suuntaavat yhtä lailla niin tulevaan kuin menneeseenkin.

Erityisesti mielisairaaloita ja psykiatrasta sairaanhoitoa kriittisesti käsitteleviä tekstejä (esim. 1930-luvun muisto, MKM 019–147) voi pitää eräänlaisina testimonioina (Honkasalo 2017, 29), todistuksina psykiatri-

sen sairaanhoidon epäkohdista. Tyypillistä näille on tarkka päivämäärien ja yksityiskohtien kuvaus ja esimerkiksi se, että osastot ja ihmiset nimitään. Yksi muistelijä kertoo viimeisen pakkohoitojaksonsa aikana kirjoittaneensa ”yli 20 vastinetta pakkohoitopäätöksiin aina korkeimpaan hallinto-oikeuteen asti” (MKM 273). Keruuseen lähetetty kirjoitus on laadittu kuin vastauksena kuulustelupöytäkirjaan: ”Kirjoitan tarinani teille ja yritän vastata kysymyksiinne.” Kirjoittaja kokee vahvasti tulleen väärin perustein tuomituksi ja lääkityksi vastoin tahtoaan. Potilaana hän on alakynnessä. ”Lääkärin kirjeitä uskottiin enemmän ja jouduin hengenvaaraan vaarallisten psyykehoitojen johdosta.” (MKM 273.)

Näitä testimonioita muistelmakirjoituksissa on suhteellisen vähän, mutta ne liittyvät vahvaan, kriittiseen kansainväliseen mielisairaalamuistelmakirjallisuuden traditioon. Kriittistä omaelämäkerrallista mielisairaalamuistelmakirjallisuutta on paljon (ks. mm. Hornstein 2011). Tärkeää tietoa ja tutkimusta psykiatrisen hoidon epäkohdista ovat tuottaneet monet kansalaisliikkeet ja -järjestöt kuten Mielenterveyden keskusliitto sekä Mad Studies ja Survivors’ Movement, joiden juuret löytyvät antipsykiatrisesta liikkeestä. Hoidon piirissä olevien hoidosta, kuten lääkkeistä, laitossuudesta, purkamattomista eristyskokemuksista kumpuavat negatiiviset kokemukset ja hätä kuitenkin tulevat helposti tulkituksi oireina sairaudesta (ks. Nissi 2019). Nämä kriittiset puheenvuorot voidaan kuitenkin nähdä myös kokemuskertomuksina hoitokulttuurista. Vastakirjoituksina ne haastavat psykiatrian suurta kertomusta hoidon kehittymisestä. Toisaalta suuri osa kirjoittajista on ymmärtäväisiä hoidon hankaluutta ja esimerkiksi oikeanlaisen lääkityksen löytämisen pitkäikäisyyttä kohtaan. Tällöin psykiatria näyttäytyy jonkinlaisena oman kehittymättömyytensä uhrina: vaivat ovat kerta kaikkiaan niin hankalia, ettei niihin löydy olemassa olevista keinoista apua.

Kokemus, kerronta ja muistaminen

Aineiston keruutapa liittyy sen muistitietotutkimuksen kenttään. Muistitieto on muisteluhetken tulkintaa menneisyydestä (Fingerroos & Haanpää 2006, 32–36) ja Outi Fingerroosin (2010, 60) mukaan sen tutki-

muksessa tärkeämpää kuin kysymys absoluuttisesta historiallisesta totuudesta on se, kenen näkökulmasta jokin asia on totta. Muistitieto koostuu kertomuksista, ja muistitietoaineistossa kokemus, kertomus ja muisti kietoutuvatkin yhteen tavalla, joka vaatii hieman purkamista. Kertomukset ja niiden tarkasteleminen voivat auttaa hahmottamaan kokemusten ajallisuutta, hallitsemaan ja ymmärtämään menneisyyttä, rakentamaan identiteettiä ja jäsentämään eettistä suhdettamme maailmaan. Kertomus on myös tietämisen muoto ja vuorovaikutuksen väline: kertomuksilla voidaan luoda luottamusta ja ylläpitää ryhmiä. (Fingerroos 2010, 67; Hyvärinen 2014.) Muisteluaineistoa voikin tarkastella sen valossa *mitä* siinä kerrotaan (sisältö), *kenelle* (vuorovaikutus) ja *miten* (tekstin piirteet) (Latvala 2005). Lisäksi on kuitenkin muistettava, että kokemus itsessään on sekä tulkinta että jotain, mitä on tulkittava, kuten historiallisen kontekstualisoinnin merkitystä painottava Joan Scott (1991, 797) toteaa. Kokemuksen valikointi, tulkinta ja merkityksellistäminen alkaa jo kokemishetkellä. (Kirmayer 1996, 6; Hänninen 2002.) Muistitietoaineisto onkin heterogeenistä, muistinvaraista, tarinoitunutta sekä osittaista. Samalla se tarjoaa tärkeitä näkökulmia ja havaintoja menneisyyden usein piiloon jääneistä kokemuksista, sillä kertojat nostavat elämänsä virrasta esiin paikantuneita ja paikallisia yksityiskohtia, tunteita ja asenteita.

Osa muistelukirjoituksista on hyvin pitkälle muokattuja ja editoituja. Tekstien hioutuneisuuden voi nähdä pyrkimyksenä tavoittaa kielen avulla kokemukseen kietoutuneet tunteet mahdollisimman tarkkaan, mikä yhdysvaltalaisen psykologi Lauren Slaterin mukaan vaatii suuria ponnisteluja ja ”mielikuvituksen ankaraa venyttämistä” (Slater 1998, 5). Hiljaisuuden rikkomiseen tarvittavien sanojen luominen ja löytäminen edellyttävät kovia ponnistuksia. Niin kuin eräs muistelija kirjoittaa, muistaminen voi olla myös ylivoimaisen raskasta: ”Olisihan tuota kerrottavaa, mutta aihe on vieläkin koko lailla rankka! / Tuosta kotiutuksesta koitan vielä saada paperille – –” (MKM 005.) Muistaminen ja kirjoittaminen käy työstä. Moni kirjoittaja onkin jakanut kirjoittamisen monelle päivälle, viikolle, kuukausillekin. Osa kirjoituksista on lähetetty osissa, ja tällöin tutkijoille osoitetuissa saatesanoissa saattaa näkyä myös muistelutyön lomaan pujahtanut arki:

Heippa!

Kone taas temppuili tai olinko se minä?

-- muisti'tauti' taas edennyt, joten nyt ei kaikki mene leikiten.

--

Mutta on taas kivaa syventyä tähän kirjoitushommaan – häiriöitä tulee, kun aviomieheni tuppaa juuri silloin kysellä omia asioitaan. (MKM 236.)

Tällaiset teksteihin ja saatekirjeisiin pujahtaneet välähdykset muistojen syntykonteksteista muistuttavat siitä, että niin muistaminen kuin kokemukset mielisairaaloistakin tapahtuvat eletyn elämän, sosiaalisten kontaktien ja suhteiden muodostamisessa, ruumiillisesti ja tilallisesti koetuissa, ajallisissa konteksteissa.

Kuten yllä on kuvattu, kerrontahetki värittää kokemuksesta kertomista. Tähänkin keruuseen on voitu vastata muiden kiireiden keskeltä nopeasti sähköpostilla erilaisten häiriötekijöiden keskellä; toiset taas ovat saattaneet käyttää vastauksensa laatimiseen useita viikkoja, jopa kuukausia ja hioa tekstiä useita kertoja ja tavoitella kaunokirjallista tyyliä tai eheää kertomusta. Ajan myötä hankalina ja kamalinakin koetut tilanteet voivat myöhemmin näyttäytyä positiivisina. Kertojan elämänhistoria ja sen kirjaamisen konteksti muodostavat kerronnallisen kokonaisuuden, jonka kaikki osatekijät vaikuttavat toisiinsa ja siihen, millaisena muisto tulee kerrotuksi (Fingerroos 2010, 68; Kalela 1986, 40–41). Tärkeää on kuitenkin huomioida, että tekstien tutkijoina meillä on pääsy vain siihen, mitä on kirjoitettu, eikä muiston muodon tai tyylin voi olettaa kertovan suoraan kirjoittajasta. Toisaalta juuri kertojan ääni ja tapa ilmaista asioita voi luoda vahvoja mielikuvia kertojasta, kuten tässä ystävänsä sairaalareissua kuvailevassa katkelmassa:

Ihan perus sairaalakerros, minne nyt ei pääse kuka vaan vapaasti kulkemaan, et sen verran jengi lukkojen takana ja hoitajavartijat paikalla ja ikkunoissa kalterit, mutta muuten löytyi omien kolkkojen huoneiden lisäksi yhteiset olohuoneet, telkkarit ja rөөkikoppi ja kahviakin sai. Siellä ne kai rauhottavia napsivat päivästä toiseen, että pysyy psyykensä menettäneillä kupoli kasassa, sen verran lungia porukkaa. (MKM 401 mies, ystävä, ajankohtaa ei mainittu.)

Kontrasti on suuri, kun edellisen lainauksen rinnalle nostaa vaikkapa seuraavan, hyvin lyhyen kirjoituksen aloituksen: ”Olen ollut kaksi kertaa elämäni aikana mielisairaalassa. Ensimmäinen kerta oli vuonna 2013, toinen vuonna 2014. – – Opin sen seurauksena ymmärtämään mielisairautta ihmiseen syvästi vaikuttavana tekijänä.” (MKM 487, nainen, potilas, 2010-luku.) Kertojan ääni, sävy, tyyli ja tapa, jolla he kertovat sairaaloista ja niihin liittyvistä kokemuksistaan, voi kertoa myös heidän asemastaan ja suhteestaan sairaalaan. Esimerkiksi johtavan lääkärin tuottama narratiivi tukeutuu hyvin erilaiseen ilmaisuun ja tapaan tarkastella mielisairaala: ”Lapin keskusmielisairaalan (Muurolan sairaala) toiminnasta ei voi kertoa ilman, että kerrotaan samalla Lapin Mielisairaanhoidon historiasta” (MKM 330). Mielisairaalat ovat vahvan hierarkkisia paikkoja, joissa ihmisen asema sanelee pitkälti sen, mistä voi kertoa. Osaltaan se riippuu myös siitä, miten kipeitä ja vaiettuja sairaalaan liittyvät kokemukset ovat olleet. Osa muistoista, joihin liittyy vahvoja tunnekokemuksia, on säilyttäen hyvin toteavia. Osassa taas käytetään hyvinkin vahvoja tunnesanoja.

Muistelemisen ajankohta ja laajempi kulttuurinen konteksti voivat vaikuttaa kokemusten tulkintoihin (ks. Pöysä 2015, 20, 24, 79–85 ja 135). Mielisairaalamuistojen erilaisiin painotuksiin on voinut vaikuttaa esimerkiksi mielisairaanhoidon epäkohtiin kohdistunut mediahuomio, mikä yhtäältä voinut rohkaista kriittisten näkökantojen ja kokemusten esiin tuomiseen. Toisaalta se on voinut tuoda muisteluteksteihin tietynlaista varovaisuutta ja puolustautumista kritiikkiä vastaan niiden kohdalla, jotka kokevat mielisairaanhoidon arvostelun kohdistuvan itseensä tai kasvuympäristöönsä, kuten voi olla mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistoissa. (Kuuva 2018, 19.) Kyse on kaikkien muistelijoiden kohdalla siitä, millaisena menneisyys muistetaan ja millaisena se kerrottavaksi tuotetaan. Meille muistitiedon tutkijoina keskeistä on juuri se, mitä on muistettu, miten siitä on mahdollista kertoa ja kuinka tuota kerrottua voidaan eri lähestymistapojen avulla tulkita niin, että sekä kokemus että sen kertomusluonne otetaan todesta.

Kertomukset ovat siis inhimillisen tulkinnan, valinnan ja merkityksen antamisen tulos – eivät ”valmis varasto, jossa menneisyys sijaitsisi” (Hyvärinen 2014, 33 mukaillen Brockmeier 2008.) Kerronnan konven-

tiot ohjaavat muistiamme, merkityksenantoa ja muistojen rakentumista, ja myös sosiaalinen hyväksyntä riippuu osin kerronnan konventioiden noudattamisesta, sillä ne ohjaavat sitä, mitä pidetään luotettavana, uskottavana, koherenttina, kiinnostavana, liikuttavana, eheänä ja moraalisesti hyväksyttävänä. Kertominen usein muokkaa muistoja niin, että ne sopivat paremmin kulttuurisiin konventioihin. (Kirmayer 1996; 2000.) Esimerkiksi aineistoon liitetyt, toimitetut ja julkaistut mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistelmakirjat esittävät lapsuuden mielisairaala-alueella valoisampana kuin toimittamattomat, keruuseen suoraan lähetetyt muistot (ks. Kuuva tässä teoksessa). Toisaalta tässä aineistossa monet kirjoittajat rikkovat perinteisten kertomusten kaavoja.

Mielisairaalamuistoissa olennaista ei ole se, kuinka paljon tai ”hyvin” muistetaan, vaan se, miten ja mitä kirjoittajat muistavat. Aineistosamme lauseet ”en muista” tai ”en muista varmasti” ovat yhtä yleisiä kuin ne, joissa muistelija painottaa muistavansa jotakin. Etenkin ne, joiden muistot kytkeytyvät useisiin sairaalajaksoihin, kertovat vaikeudesta ajoittaa muistoja tarkasti: ”Sairaalakerrat ovat hieman sekoittuneet toisiinsa enkä ole varma, kenet tapasin kunakin kertana” (MKM 372). Mielisairaalamuistoaineistossa potilaiden kohdalla itse sairaus, hoito ja hoitoon liittyvät traumat saattavat vaikuttaa keskeisesti siihen, mitä ja miten muistetaan. Muistitietotutkimuksen kannalta oleellista onkin juuri se, miten sairaaloita muistetaan. Jos muistot sairaalasta ja hoidosta tuntuvat ja näyttäytyvät jälkikäteen lähinnä traumaattisina, on tarpeen kysyä, mitä se silloin kertoo hoidosta? Voitaisiinko muistitiedon avulla myös kehittää hoitoa?

Lähestyessämme kirjoittajien muistoja olemme ottaneet ohjenuoraksemme sen, että tarkastelemme arkistoon lähetettyjä tekstejä tosina kertomuksina kokemuksista. Otamme kertomukset siis vakavasti tavalla, jota Marja-Liisa Honkasalo kuvaa Kaarina Kosken kanssa toimittamassaan teoksessa *Mielen rajoilla* (2017). Vakavasti ottaminen tarkoittaa, että pyrimme tarkastelussamme avaamaan pikemmin kuin arvottamaan kirjoittajien kokemuksia ja rakennamme monitieteistä aikalaisanalyysiä siitä, miten ja millaisina mielisairaalat ja psykiatrinen hoito ihmisten mielissä elävät. Olemme ottaneet aineiston lähtökohdaksi tutkimukselle ja keskitymme siihen, miten kirjoittajat kuvaavat kokemuksiaan ja mitä

näistä kokemuksista seuraa. Tärkeää muistoja lukiessa ja jäsentäessä onkin nähdä, millaisten kokemusten pohjalta ihmiset muodostavat käsityksiään sairaaloista ja hoitojärjestelmästä, miten erilaiset muistamisen tavat ja muistelijapositiot suhteutuvat niihin. Samalla olemme tietoisia kertomusten vaaroista: tarina on vahva vaikuttamisen väline, joka voi houkutella lukijaa hylkäämään kaiken objektiivisuuden (Mäkelä ja muut 2020; Lueg & Wolff Lundholt 2020). Tämän vuoksi onkin ollut tärkeää tarkastella aineistoa kokonaisuutena ja huomioida se, miten kokemukset psykiatrisesta hoidosta ja sen järjestämisestä asettuvat osaksi kulttuuria. Muistojen vakavasti ottaminen on tarkoittanut myös, että olemme halunneet tuoda erilaisia humanistisesta perinteestä ja taiteellisesta tutkimuksesta kumpuavia lähestymistapoja yhteen niin, että jokainen niistä avaa erilaisen ja uudenlaisen tulkintahorisontin muistoihin.

Monialainen tutkimushanke mielisairaalamuistoista

Keruuaineiston ympärille muodostetussa monitieteisessä tutkimushankkeessa ja tässä teoksessa olemme tarkastelleet muun muassa seuraavia kysymyksiä: Millaisina potilaat, omaiset, sairaaloiden työntekijät ja heidän lapsensa muistavat mielisairaalat? Millaista tietoa muistelijoiden mielisairaalakertomukset tarjoavat hoidosta, työstä, asumisesta ja vallankäytöstä, ja millaisia etiikkaan ja valtaan kytkeytyviä merkityksiä historialliset mielisairaalayhteisöt tarjoavat nykypäivän tulkinnoille ja päätöksenteolle? Millaisena ruumiillinen tieto näyttäytyy mielisairaala-kokemuksissa, ja miten sen merkityksiä voidaan valottaa erilaisilla tutkimustavoilla ja taiteen menetelmillä?

Ajatuksenamme oli, että tutkijoiden erilaiset lähtökohdat ja tutkimusalat täydentäisivät toisiaan ja tarjoaisivat moninaisia avauksia mielisairaalamuistojen luentaan. Esimerkiksi historiantutkimus (Rissanen tässä teoksessa) yhtäältä paikantaa mielisairaalalaitoksen syntymisen ja purkamisen psykiatrian ja mielenterveyspolitiikan historian ajalliseen jatkumoon. Toisaalta se rakentaa historiallista, aikaan ja paikkaan sidottua kontekstia yksittäisille muistoille ja osoittaa, miten henkilökohtaiset tarinat asettuvat osaksi oman aikansa todellisuutta. Historiallinen ulot-

tuvuus tuo näkyviin muutokset ja jatkumot, joita muistoihin ja hoitokulttuuriin sisältyy: näitä ovat muun muassa potilaiden muuttuminen potilaskertomusten kerronnan kohteista omien kokemustensa kertojiksi, lääkehoidon hoitoon tuomat muutokset sekä potilaiden aseman ja oikeuksien kehittyminen suhteessa esimerkiksi asumiseen ja omaan ruumiiseensa. Muisteluteksteissä näkyy myös se, että lääkehoidoista ja diagnooseista on tullut keskeisempi osa potilaiden tarinoita. Huolimatta viimeaikaisesta kritiikistä ja pyrkimyksistä vähentää pakon käyttöä, kuuluu se ikävä kyllä edelleen psykiatrisen hoidon historiallisiin jatkumoihin. Historialliset ulottuvuudet ovat läsnä kautta teoksen.

Yhteiseksi menetelmälliseksi lähtökohdaksi valikoitui lähiluku. Lähiluvussa tutkimuskysymykset muodostetaan aineistoon läheisesti perehtymällä toistuvien lukukertojen pohjalta. Lähiluvussa jokainen lukukerta syventää ja muodostaa ikään kuin uuden tulkinnallisen kerroksen edellisen lukukierroksen ja siinä muistiin kirjoitetun tulkinnan päälle vahvistaen tai kiistäen edellisen lukukerran tulkintoja, kuten kirjoitetun muistelukerronnan tutkimuksen metodologiaa kehittänyt ja analysoinut Jyrki Pöysä (2015, 30) kirjoittaa. Lähiluku muodostuu tekstin yksityiskohtien ja kokonaisuuden vuoropuhelusta, alkuperäisen tekstin ja tutkija-lukijan tulkinnosta ja paluista tekstin ääreen sekä lukiessa lisääntyvästä reflektiosta ja teemojen asteittaisesta hahmottumisesta. Prosessin myötä lähiluvun ja temaattisen analyysin välinen raja liukenee. Lähiluennassa tulkinta ankkuroituu sekä tekstiin että toisaalta näkökulmaan, josta tekstiä tarkastellaan. (Pöysä 2015, 30–33.) Tutkijoiden erilaiset taustat ovatkin osaltaan vaikuttaneet aihevalintoihin ja siihen, mihin muihin teoreettis-metodologisiin keskusteluihin muistitiedon lähilukeminen eri luvuissa kytkeytyy.

Kuten teoksemme osoittaa, yksi ja samakin aineisto voi tarjota monta mahdollista tarkastelukulmaa. Meille keskeistä on ollut muistojen kytkeytyminen sairaaloihin tiloina sekä sairaalassa olemiseen, elämiseen ja tilojen kokemiseen liittyneet tunteet ja ruumiilliset tuntemukset, affektit. Tärkeää on ollut myös tunnistaa eri muistelijaryhmien – potilaiden, omaisten, henkilökunnan ja mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten – erilaiset muistelijapositionit ja heidän välisensä suhteet, jotka sairaalaympäristössä usein määräytyvät tietyn roolin tai aseman kautta. Erityi-

sen tärkeää on ollut nostaa esiin potilaiden kokemukset, jotka kytkeytyvät mielisairaanhoidon erityispiirteisiin, kuten vastentahtoiseen hoitoon ja pakon käyttöön (esim. Rissanen, luku ”Helvetistä Pöllölään”, sekä Maanmieli tässä teoksessa).

Yhteiseksi käsitteelliseksi lähtökohdaksi mielisairaalamuistojen tarkasteluun otimme ajatuksen mielisairaaloista elettyinä tiloina. Eletyn tilan käsite liittyy humanistisissa tieteissä 1900-luvun jälkipuolella syntyneeseen niin sanottuun tilalliseen tai spatiaaliseen käänteeseen, jossa alettiin kiinnittää huomiota siihen, miten rakennettu ja rakentamaton tila itsessään tuottavat tietynlaista käyttäytymistä ja miten käyttäjät omalla toiminnallaan – päivittäisillä rutiineilla ja esimerkiksi liikkumisellaan – luovat tilaa. Keskeisiä teoreetikkoja tässä käänteessä olivat Michel de Certeau (1984) ja Henri Lefebvre (1991; 2004) sekä Michel Foucault (2014) ja fenomenologi Maurice Merleau-Ponty (1989), jotka kaikki hahmottivat tilaa omilla tavoillaan: arjen käytäntöjen muovaamana (de Certeau 1984), moninaisten rytmien läpäisemänä (Lefebvre 2004) sekä ruumiillisesti koettuna ja hahmotettuna (Merleau-Ponty 1989) tilana, jossa tilajärjestelyt sekä tuottavat että käyttävät valtaa suhteessa siinä oleviin ihmisiin (Foucault 1986, 2014). Suomeen tämä keskustelu rantautui erityisesti taidehistorioitsija Kirsi Saarikankaan (1993; 1998; 2006) tutkimusten myötä, ja 2000-luvun alkupuolella eletyn tilan käsitettä on sovellettu vilkkaasti niin taidehistoriassa kuin etnologian ja folkloristiikan aloillakin (Syrjämaa & Tunturi 2006; Kortelainen 2008; Pöysä 2015). Mielisairaaloihin tätä tarkastelukulmaa ei aiemmin ole liitetty, mutta mielisairaaloita ja niihin liittyviä muistoja tutkittaessa eletyn tilan käsite avaa mahdollisuuden tarkastella niitä kulttuurisen muistin paikkoina (Nora 1989) eli paikkoina, joihin yksityinen tai kollektiivinen muisti kiteytyy.

Eletyn tilan käsitteessä lähtökohtana on, että paikkojen merkitys muodostuu niissä kohtaavien ihmisten ja ympäristön keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Saarikankaan (2006, 9) mukaan ”Jokapäiväinen, rakennettu elinympäristö jäsentää keskeisellä tavalla ihmisten arkea ja toimintaa ja määrittää ajatuksia siitä, keitä ja missä he ovat”. Mielisairaaloita elettyinä tiloina rakentavat niin henkilökunnan, potilaiden ja omaisten väliset suhteet kuin rakennukset tilajärjestelyineen, sallittuine ja kiellettyine

tiloineenkin. Sairaalahierarkia ja siihen liittyvä valta sekä sukupuoli ovat vaikuttaneet keskeisesti siihen, miten sairaaloissa on voinut liikkua ja miten niissä olevat tilat on voitu kokea. Ympäristö ja asuinpaikka muovaavat ihmisten käsitystä itsestään ja toisistaan. Samoin fyysisen ympäristön – esineiden, luontokappaleiden ja vaikkapa teiden – merkitykset muovautuvat tiloja käytettäessä. Tärkeitä ovat myös aistikokemukset: hajut, maut ja kosketukset. Samoin tunteet ja suhteet toisiin ihmisiin muovaavat kokemusta siitä, millaista jossain tietyssä paikassa on olla ja elää. Kuitenkin myös käyttäjät itse jatkuvasti uudelleenmuotoilevat rakenteita, joilla he jäsentävät kulttuuria ja antavat tiloille kokemustensa kautta uusia merkityksiä. Yhteisöt muotoutuvat tilassa ja hetkellisestikin jaetun tilan merkitykset muotoutuvat tilan käyttäjien ja itse tilan välisissä suhteissa. Samoin ihmiset itse muovautuvat tilan materiaalisuudessa (Heimonen tässä teoksessa). Kuten Sari Kuuva (2018b, 33) on todennut: ”Mielisairaalassa vietetyn ajan voi ajatella muokanneen siellä eläneiden ihmisten ruumiillisuutta esimerkiksi tietynlaisten tilaratkaisujen, hoitokäytäntöjen ja päivärytmien kautta.”

Myös muistaminen on ruumiillista. Edward Casey (2000, 147) mukaan ruumiin huomiotta jättäminen merkitsisi jopa muistin hävittämistä kokonaisuudessaan. Tapaamme lähestyä muistoja onkin syvästi vaikuttanut aiempi tutkimus, joka on korostunut sitä, miten vaikeaa kipeitä kokemuksia on sanallistaa (ks. esim. Kristeva 1998; Holma 1999; Stone 2004; Jäntti 2012; Kähmi 2015). Casey mukaan ruumiilla on oma tapansa muistaa: muistamme esimerkiksi, miten johonkin tuttuun tilaan asettaudutaan ja miltä tietyt esineet, reitit tai paikat tuntuvat (ks. myös Bachelard 2003). Muisti on ruumiissa, sen tavoissa olla ja liittyä ympäristöön (Merleau-Ponty 1989; Ahmed 2006; Parviainen 1998). Ruumis on muistamisen keskus (Casey 2000, 148) ja tiedon lähde.

Ruumiillisen tiedon käsitteellä viitataan yhtäältä ruumiista tietämiseen ja toisaalta ruumiin kautta tietämiseen, tietoisuuteen ja aisteihin (Parviainen 1998, 51; Uotinen 2010, 86). Ruumiillinen tieto perustuu ajatukseen siitä, että kaikki kokemukset, ajatukset ja toimet, tietoisuus ja yhteydet maailmaan – ja siten myös tietäminen – tapahtuvat ruumiin välityksellä. Yhteys ei kuitenkaan ole yksisuuntainen vaan maailma myös vaikuttaa ja tuottaa ruumista monin eri tavoin. Tietoisuus, ruumis ja

maailma ovat siis erottamattomia. Ruumiillinen tietäminen voi kuitenkin olla myös tiedostamatonta ja ikään kuin uinua ruumiissa, kunnes se jonkin ärsykkeen, kuten hajujen tai kertomusten, voimasta herää. Niistä voidaan nähdä jälkiä myös teksteissä ja kuvissa. Myös tutkijan ruumiillisuus voi olla tärkeä osa muistojen tulkintaa. Mielisairaalamuistojen affektiivisuus ja niistä vaikuttumisen avaamat tulkintamahdollisuudet ja ei-tietäminen korostuvat erityisesti Kirsi Heimosen lähestymistavassa.

Ruumiillisuuden lisäksi mielisairaaloihin liittyy usein vahvoja tunne-
muistoja. Muistitietoaineistossa keskeisinä tunteina näyttäytyvät häpeä (Maanmieli 2019a ja 2019b), nostalgia ja melankolia (Kuuva 2018) sekä pelko (Kuuva tässä teoksessa). Erityisesti häpeä ja pelko vaikeuttavat mielenterveysongelmista puhumista. Varsinkin vastentahtoiseen sairaalahoitoon joutumiseen sekä pakkokeinojen kohteena olemiseen liittyy kokemus omien fyysisten rajojen ylittämisestä, kelpaamattomuudesta ja toiseudesta. Sairastumiskokemukseen liittyvän itsen hallinnan menettämisen ohella ne rikkovat suomalaiselle kulttuurille tyypillistä autonomiaa, itsenäisyyttä painottavaa ja ihannoivaakin käsitystä minuudesta (ks. myös Jäntti 2019). Läpi kirjan tutkimuksemme tarkasteleekin käytäntöjä, tunteita, tilanteita ja merkityksiä, jotka yhtäältä aiheuttavat ja toisaalta hälventävät pelkoa ja häpeää. Niiden lisäksi tarkastelemme myös muiden tunteiden syntyä ja toimintamekanismeja mielisairaalahoidon yhteydessä. Näemme tunteet sekä yksilöllisinä kokemuksina että kulttuurisesti tuotettuina.

Eettisiä pohdintoja

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkiston perinteen ja nykykulttuurin kokoelman aineistot on perinteisesti talletettu mikrofilmeille, joita tutkijat voivat arkistossa selata. Mikrofilmejä selatessa tutkijoiden on käytettävä valkoisia puuvillahanskoja ja noudatettava suurta varovaisuutta, jotta aineisto ei tuhoudu. Tutkijoille annettavissa kirjallisissa ohjeissa painotetaan, että kyseessä on mittamattoman arvokas aineisto, jota tulee kohdella varoen. Vastaavasti mielisairaalamuistoissa on kyse hyvin henkilökohtaisista asioista ja niihin sisältyy paljon arkaluonto-

sia, kipeitä ja vaikeasti kohdattavia aineksia. Vaikka muistoja ei tarvitsekaan lukea mikrofilmeiltä, vaatii niiden käsittely myös tutkijoilta hienovaraista ja ymmärtävää otetta sekä syvällistä tutkimuseettistä pohdintaa (ks. esim. Kuuva 2018; Kallinen, Pirskanen & Rautio 2015; Häkkinen & Salasuo 2015).

Kaikkea tutkimustoimintaa ohjaa eettisyys ja lainmukaisuus. Keskeistä muistitiedon kohdalla on muistelijoiden oikeus tulla kohdelluiksi tasavertaisina kansalaisina ja toisaalta yksityisyyden suoja. Eettisiä kysymyksiä liittyy niin keruun ohjeistukseen kuin aineiston käsittelyynkin. Mielisairaalamuistoissa on lähtökohtaisesti kyse kulttuurissamme yksityisyyden ja sen suojan piiriin kuuluvista terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Onkin tärkeää, että keruuseen osallistujat ovat voineet itse määrittää, millaisia muistoja he ovat halunneet jakaa: miten henkilökohtaisia, millaisessa muodossa ja miten kontekstualisoiden. Suuri osa potilasmuistelijoista on halunnut arkistoida muistonsa nimettömänä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkiston käytäntöihin kuuluu, että jokainen muistelukirjoituksen luovuttaja antaa luvan kirjoituksensa tutkimuskäyttöön joko nimellä tai nimettömänä.

Aineistosta kirjoittaessamme olemme tutkijoina pääsääntöisesti pseudonymisoineet aineiston, eli muistelijoihin ei yhdenmukaisuuden nimissä viitata heidän omilla nimillään. Myöskään sairaaloita, joita muistot koskevat, ei pääsääntöisesti nimitä. Ensinnäkin muistot liittyvät usein yksittäisiin osastoihin sekä menneisiin ajanjaksoihin ja voisivat siten perusteettakin leimata koko sairaalan. Aineistomme on lisäksi liian pieni, jotta siitä voisi vetää johtopäätöksiä jonkin tietyn sairaalan toiminnasta. Toisekseen muistoissa on kysymys subjektiivisista kokemuksista, ja tutkijoina meitä kiinnostavat sairaaloihin liittyvät tunteet, muistot ja kokemukset laajempänä kulttuurisena ilmiönä. Yksittäisistä sairaaloista on kirjoitettu historiikkeja, mutta niistä tehty yksityiskohtaisempi, esimerkiksi tämän tutkimuksen lähestymistapoja soveltava tutkimus vaatisi toisenlaisen, tarkemmin yhteen tiettyyn sairaalaan liittyvän muisteluaineiston.

Poikkeuksen tästä pseudonymisointikäytännöstä tekevät jotkin yksittäiset positiiviset kuvaukset sairaalamiljöistä sekä Anu Rissasen mikrohistoriallinen tutkimus ”Pekan” vaiheista Hattelmalan ja Seinäjoen sai-

raaloissa 1930-luvulla. Tässä tapauksessa sairaaloiden nimet on historiantutkimuksen konventioiden mukaisesti säilytetty, vaikka henkilön nimi onkin vaihdettu ja tunnistettavuutta muutoinkin hävytetty. Myöskin aineistoomme sisältyviä, jo julkaistuja muistelmateoksia, kuten Anna Niemisen (2015) toimittamaa *Piirin lapset kertovat* -teosta (MKM 552–554) ja Ritva Toivolan (2005) toimittamaa Moision lasten muistoja sisältävää omakustannetta (MKM 503–538) siteeratessamme olemme käyttäneet julkaisuissa jo käytettyjä nimiä. Samoin joidenkin kirjoittajien itselleen antamia nimimerkkejä on käytetty. Jotkut keruuseen kirjoittaneet olisivat ehkä halunneet esiintyä omalla nimellään, mutta tässä teoksessa on pitäydytty otteiden nimettömyydessä – yhtäältä yhtenäisyyden vuoksi, toisaalta siksi, että tekstit liittyvät muidenkin kuin kirjoittajiansa elämään ja niistä olisi kirjoittajan nimen perusteella helppo tunnistaa myös muita ihmisiä.

Tunnistettavuuteen on viime vuosina alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota ihmistieteellisessä tutkimuksessa, ja tunnistetina toimivat monet muutkin seikat kuin nimet ja asuinpaikat ((EU) 2016/679; TENK 2012; 2018; 2019). Koska eettiset kysymykset ovat harvoin yksiselitteisiä ja niihin liittyy monia metodologisia, teoreettisia, tutkimusalakohdaisia ja poliittisiakin kysymyksiä, tutkijoiden kesken näistä ohjeistuksista on käyty vilkasta keskustelua niin omassa tutkimusryhmässämme kuin yleisemmin tutkijayhteisöissä. Tässä tutkimuksessa näistä on tarpeen vaatiessa keskusteltu myös muistelijoiden kanssa (Jäntti, luku ”Kotona, sairaalassa” tässä teoksessa).

Eettiset kysymykset liittyvät myös muistotekstien kerronnallisuuteen (ks. Pöysä 2015). Osalle kirjoittajista motiivina osallistua keruuseen on halu tallentaa ja jakaa kollektiivisesti tärkeäksi katsomansa muistot, osa taas haluaa tuoda näkyviin sairaaloiden toimintaan liittyviä epäkohtia. Konstruktivisen ja valikoituneen muistitiedon tulkitseminen edellyttääkin tutkijalta herkkyyttä ja omien motiivien tunnistamista (Fingerroos & Haanpää 2006, 30–40). Koko tutkimusta motivoi niin sanottujen tavallisten ihmisten ja erityisesti potilaiden kokemusten tuominen keskusteluun ja erityisesti potilaiden kokemustiedon saattaminen näkyväksi. Muistitietoaineiston ja siitä saadun tutkimustiedon pohjalta voidaan mahdollisesti korjata psykiatrisen sairaanhoidon epäkohtia.

Pöysän mukaan väljästi ohjeistetun keruuaineiston tutkimuksessa tulisi pyrkiä tavoittamaan teksteistä kumpuava ”elämäntuntu” suojelel kirjoittajien yksityisyyttä ja tehden oikeutta heidän erityislaaduilleen (Pöysä 2015, 19–20). Olemme pyrkineet huomioimaan tämän ottamalla analyysitekstiin runsaasti otteita aineistosta. Oteissa käytettyä kieltä ei ole juurikaan muokattu vaan pelkästään selkeitä kirjoitusvirheitä on korjattu. Olemme kuitenkin tietoisia siitä, ettei tällainen ”äänen antaminen” kirjoittajille ole mitenkään automaattisesti emansipovaa tai poliittisesti neutraalia. Muistelukirjoitusten kirjo sekä aineistoon sisältyvät hauraat ja katkonaiset tekstit kertovat omalta osaltaan joidenkin potilaiden mahdollisuuksista osallistua yhteisen kielellisen todellisuuden tuottamiseen. Tämä tuo esiin mielenterveysongelmiin ja niihin liittyviin kokemuksiin sisältyvän kielellisen eriarvoisuuden. Meille tutkijoille kaikki saamamme kirjoitukset ovat arvokkaita. Jokainen kirjoittaja tuo oman äänensä muistojen moninaisuuteen ja luo osaltaan kuvaa psykiatrisen sairaanhoidon ja mielisairaalalaitoksen ristiriitaisesta, tunteiden täyttämästä ja monen elämässä elintärkeää roolia näytelleestä instituutiosta. Erilaiset kirjoitukset tuottavat tietoa tuosta todellisuudesta ja niistä positioista, joista eri ihmisten on mahdollista tämän todellisuuden tuottamiseen osallistua. Olemme pitäneet tärkeänä tarkastella erilaisia kuulemisen ja tulkitsemisen tapoja sekä mielisairaaloiden elettyihin ja muistettuihin tiloihin kytkeytyviä ulottuvuuksia.

Joissain muistelmateksteissä on käytetty melko tiheästi sanaa *hullu*, joka nykykäytössä saattaa tuntua loukkaavalta. Termiä käytetäänkin teksteissä lähinnä kriittisesti kuvaamaan ulkopuolisten asenteita. Tekstien sanavalintoja ei kuitenkaan ole muutettu, sillä näitä ilmaisuja käyttävät kirjoittajat, kuten mielisairaala lapsuudessaan asuneet henkilökunnan lapset, pyrkivät yleensä kuvaamaan muistellun aikakauden yleistä asenneilmastoa mielisairaaloita ja niiden asukkaita kohtaan (ks. Kuuva 2018). Myös jotkut potilaina olleet kirjoittavat *hulluista* joko toisiin tai itseensä viitatessaan. Tällöin voidaan katsoa kyseen olevan identiteettityöstä joko niin, että tehdään eroa toisiin tai niin, että liitetään tietoisesti oma itse marginalisoitujen ja kulttuurisesti toisiksi katsottuihin marginalisoitujen ihmisten joukkoon, jolloin kyse on kriittisestä identiteettipolitiikasta (ks. esim. Jäntti ja muut 2019). Tutkijoina saatamme viitata *hulluustut-*

kimukseen, jolloin hulluudella ei missään tapauksessa viitata mielen-terveysongelmista kärsiviin ihmisiin vaan pikemminkin niihin hulluuksiin, joita näiden vaivojen hoitamisessa, nimeämisessä ja kohtaamisessa on historian aikana ilmennyt. Potilaan näkökulmasta kirjoittavista kertojista käytämme sanaa *potilas* tai *mielenterveyskuntoutuja*, millä viittaamme heidän rooliinsa psykiatrisessa hoidossa.

Tutkimusetiikkaan kytkeytyy myös oleellisesti se, millaisia tulkintoja tutkitusta aineistosta tuotetaan. Kuten Fingerroos (2010) toteaa, ”aineistolähtöinen tulkinta ei synny aineistoja seulomalla vaan se pitää keksiä” (Fingerroos 2010, 73; Töttö 2000, 42–45). Vaikka muistitieto on aina osittaista ja valikoivaa, tutkijoina olemme vastuussa siitä, millaisen kuvan mielisairaaloista omilla tulkinnoillamme luomme, ja että käsittelytapamme tekee oikeutta eri muistelijaryhmille ja aineistolle kokonaisuutena. Olemme käsittelyssä pyrkineet tasapuolisuuteen mutta myös tietoisesti nostaneet esiin potilaat, joiden muistoille, kokemuksille ja näkemyksille on yhteiskunnassa ollut vähemmän tilaa ja mahdollisuuksia huolimatta siitä, että sairaalat on rakennettu heitä varten.

Jorma Kalela on penänyyt tutkijoita vastaamaan lähteiden lukemisessa kysymykseen: ”Millä edellytyksellä minulla on oikeus esittää ne kysymykset, jotka minun näkemyksestäni on tärkeä esittää?” (Sit. Fingerroos 2010, 72.) Koko aineistonkeruuta ajatellen voisimme tässä kysyä: millä oikeudella olisimme jättäneet esittämättä ne kysymykset, jotka olemme esittäneet? Psykiatrinen hoito vaikuttaa arjen, sosiaalisten suhteiden, tilan ja paikkajärjestelyiden sekä hoitokulttuuristen käytänteittensä, lääkityksen vaikutusten ja sivuvaikutusten kautta kymmenien tuhansien ihmisten elämään ja muovaa näin arkitodellisuuttamme. Pidämme lähtökohtaisesti tärkeänä tutkia arjen, muistojen ja maallikkomuistelijoiden näkökulmasta sitä, millaista kulttuuria psykiatria ympärilleen luo. Potilaskokemusten tutkimuksessa on käynyt ilmi, että esimerkiksi pakkokeinot vaikuttavat syvästi ja jopa traumatisoivasti ihmisiin, joihin ne kohdistuvat. Laitoshoidon väheneminen taas vaikuttaa siihen, että mielenterveysongelmista kärsivät elävät arkeaan kodeissaan. Siihen, pidetäänkö tätä kehitystä hyvänä vai pahana, vaikuttaa esimerkiksi se, millaisina hoitopaikkoina (eri) mielisairaalat ihmisten mielissä näyttäytyvät: tuovatko ne turvaa ja luovatko ne yhteisöllisyyttä vai voivatko ne

jopa uhata mielenterveyttä laitospotilaina? Mielisairaanhoidon ja psykiatrisen hoidon tilalliset ratkaisut vaikuttavat keskeisesti siihen, miten potilaiden ja heidän läheistensä arki hoidon ympärillä rakentuu.

Mielisairaalamuistojen kulttuurisesta merkityksestä

Mielikuvat psykiatrisista sairauksista ja hoitomuodoista ovat usein negatiivisia, mikä vaikuttaa siihen, miten sairastuneisiin ja heitä hoitaviin suhtaudutaan. Kokemuskertomukset ja muistitieto avaavat millaisiin, usein ristiriitaisiin kokemuksiin potilaiden, henkilökunnan ja läheisten suhteet eri hoitomuotoihin pohjautuvat. Muistitietokeruun avulla halusimme hahmottaa sitä, miten ja millaisina mielisairaalat ja mielisairaanhoido ovat piirtyneet niiden mieliin, joiden elämän sairastuminen mullistaa. Näin voimme nähdä psykiatrian ja mielisairaalat yhtenä kulttuurissa merkittävää roolia näyttelevänä tahona niin osana rakennuskulttuuria kuin ajan, tilan ja arjen reittien järjestäjänäkin.

Kuten psykologi-tutkija Jaakko Seikkula (1999, 69–70) toteaa, kun potilas otetaan sisään sairaalaan, ”potilas ja sitä myötä koko hänen perheensä on ikään kuin luovuttanut osan elämänsä ohjauksesta hoitavalle laitokselle, jolloin kaikki hoitavan tahon toimet ovat merkityksellisiä potilaan ja perheen elämässä”. Muistitieto puolestaan on erityistä tietoa, joka kertoo enemmän menneisyyden moniäänisistä tulkinnoista kuin siitä, mitä menneisyydessä todella tapahtui (Fingerroos 2010, 75) ja muistelemalla keräykseen osallistuneet potilaat, omaiset ja jopa satunnaiset vierailijat ja ohikulkijat tuottavat sitä kulttuurista katsetta, joka ohjaa käsityksiä sairaalasta ja sairaalaan joutuvista ja pääsevistä. Näin näkökulma kääntyy kohti sairaaloita. Siinä missä psykiatrian katse suuntautuu kohti potilasta ja hänen sisäisyyttään ja käytöstään pyrkien diagnosoimaan, hallitsemaan ja parantamaan sairauksia ja sairaaloihin pääseviä tai joutuvia, muistitietotutkimus tuottaa ymmärrystä siitä, miten psykiatrian ja mielisairaalahoidon piiriin joutuneet ovat sen kokeneet ja sen muistavat.

Muistot ja kokemukset mielisairaaloista muokkaavat suhtautumista mielenterveysongelmiin, mielenterveyskuntoutujiin ja psykiatriaan. Ne

kulkevat ihmisten mukana ja vaikuttavat edelleen siihen, miten mielen-terveyden horjumiseen suhtaudutaan ja siihen, millaisen hoidon ja tuen ajatellaan eniten auttavan mielenterveyskuntoutujia. Kokemukset ja mielikuvat sairaalahoidosta vaikuttavat hoitoon suhtautumiseen ja päätöksiin siitä, millaista hoitoa rakennetaan ja tuetaan. Siksi ajattelemme, että on tärkeää valottaa muistojen kirjoa useasta eri näkökulmasta. Näin eri ihmiset ja ihmisryhmät, joiden elämään mielisairaala on kuulunut, saavat äänensä kuuluviin ja voivat jakaa muistojaan. Mielisairaalamuistoihin liittyy kuitenkin usein asioita, joita on vaikeaa ja tuskallistakin muistaa. Puhumattomat muistot kulkevat ihmisten mukana ja ihmisissä itsessään: ruumiillisesti ja emotionaalisesti muistoihin kaivertuneina. Kulttuurisen mielenterveystutkimuksen avulla onkin mahdollista nostaa esiin käytänteitä ja ajattelutapoja, joiden kautta mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa tuotetaan ja uusinnetaan – ja joilla niitä voidaan purkaa (Kinnunen & Hänninen 2016; Jäntti ja muut 2019).

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta. Muistitiedon keruu 2014–2015. (MKM)

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran äänitearkisto.

SKSÄ 233. Haastattelijana Johanna Koivisto, 2015.

KIRJALLISUUS

Ahmed, Sara 2006: *Queer phenomenology. Orientations, objects, others*. Duke University Press Books, Durham.

Baldwin, Clive 2005: Narrative, ethics and people with severe mental illness. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 39: 11–12, 1022–1029.

Bachelard, Gaston 1957/2003: *Tilan poeetiikka*. Ranskasta kääntänyt Tarja Roinila. Nemo, Helsinki. Ranskankielinen alkuteos 1957.

Brockmeier, Jens 2008: Austerlitz's memory. *Partial Answers* 6, 347–367.

Casey, Edward S. 2000: *Remembering. A phenomenological study*. Second edition. Indiana University Press, Bloomington.

- Certeau, Michel de 1984: *The practice of everyday life*. Ranskasta kääntänyt Steven Rendall. University of California Press, Berkeley. Ranskankielinen alkuteos 1980.
- Fingerroos, Outi 2010: Muisti, kertomus ja Oral History-liike. Teoksessa: Grönholm, Pertti – Sivula, Anna (toim.) *Medeiasta pronssisoturiin. Kuka tekee menneestä historiaa?* Turun historiallinen yhdistys, Turku, 60–81.
- Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina 2006: Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 25–48.
- Foucault, Michel 2014: *Tarkkailla ja rangaista*. Ranskasta kääntänyt Eevi Nivanka. Otava, Helsinki. Ranskankielinen alkuteos 1975.
- Foucault, Michel 1986: Of other spaces. Utopias and heterotopias. *Diacritics* 16: 1, 22–27.
- Goffman, Erving 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.
- Holma, Juha M. 1999: Psykoosi narratiivina. Teoksessa: Seikkula, Jaakko – Haarakangas, Kauko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Honkasalo, Marja-Liisa 2017: Kirjoituksia elämästä. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa – Koski, Kaarina (toim.) *Mielen rajoilla. Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 11–84.
- Honkasalo, Marja-Liisa – Koski, Kaarina (toim.) 2017: *Mielen rajoilla. Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Hornstein, Gail 2011: *Bibliography of first-person narratives of madness in English* [verkkoaineisto]. Saatavissa: https://www.gailhornstein.com/attachments/Bibliography_of_First_Person_Narratives_of_Madness_5th_edition.pdf. Viitattu 11.7.2022.
- Hyväri, Susanna – Salo, Markku (toim.) 2009: *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Hyvärinen, Matti 2014: Muisti, kertomus ja kerronnallisuus. Teoksessa: Hakkarainen, Jani – Hartima, Mirja – Virta, Jaana (toim.) *Muisti*. Tampere University Press, Tampere, 31–41.
- Häkkinen, Antti – Salasuo, Mikko 2015: *Salattu, hävetty, vaiettu. Miten tutkia piilossa olevia ilmiöitä*. Vastapaino, Tampere.
- Hänninen, Vilma 2002: *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Jamison, Kay Redfield 1995: *An unquiet mind. Memoirs of moods and madness*. Picador, Basingstoke.
- Jähi, Rita 2004: *Työstää, tarinoita, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jäntti, Saara 2019: Kodin merkitysten rakentuminen *Koti! Paikka maailmassa* -esityksessä. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääsikälahti, Nina (toim.) *Kuulumisen reittejä taiteessa*. Eetos, Turku, 9–27.
- Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) 2019: *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>

- Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina 2019: Hulluus kulttuurisena kysymyksenä. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 9–45. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kalela, Jorma 1986: *Näkökulmia tulevaisuuteen. Paperiliiton historia 1944–1986*. Paperiliitto ry, Tampere.
- Kallinen, Kati – Pirskanen, Henna – Rautio, Susanna 2015: *Sensitiivinen tutkimuksessa. Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet*. United Press Global, Tallinna.
- Kinnunen, Anna – Hänninen, Kirsi 2016: Hulluus kulttuurisena ilmiönä ja tutkimuskohteenä. *Elore*, 23: 1. <https://doi.org/10.30666/elore.79239>
- Kirmayer, Laurence J. 1996: Landscapes of memory. Trauma, narrative and dissociation. Teoksessa: Antze, Paul – Lambek, Michael (toim.) *Tense past. Cultural essays on memory and trauma*. Routledge, Abingdon.
- Kirmayer, Laurence J. 2000: Broken narratives. Clinical encounters and the poetics of illness experience. Teoksessa: Mattingly, Cheryl – Garro, Linda C. (toim.) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California Press, Berkeley, 153–180.
- Kivimäki, Ville 2018: Sodanjälkeisiä hiljaisuuksia. Kokemusten, tunteiden ja trauman historiaa. Teoksessa: Tuominen, Marja – Löfgren, Mervi (toim.) *Lappi palaa sodasta. Mielen hiljainen jälleerakennus*. Vastapaino, Tampere, 34–57.
- Kortelainen, Kaisu 2008: *Penttilän sahayhteisö ja työläisyys. Muistitietotutkimus*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Kristeva, Julia 1998: *Musta aurinko. Masennus ja Melankolia*. Suomentaneet. Mika Siimes & Pia Sivenius. Helsinki: Nemo. Alkuperäisteos 1987.
- Kuuva, Sari 2018: Mielisairaalan varjoista. Nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueella asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia* 16 (31), 12–40.
- Kähmi, Karoliina 2015: "Kirjoittaminen on tie minuun, minusta sinuun". *Ryhmäuotoinen kirjoittaminen ja metaforien merkitys psykoosia sairastavien kirjallisuusterapiassa*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Latvala, Pauliina 2005: *Katse menneisyyteen. Folkloristinen tutkimus suvun muistitiedosta*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Lefebvre, Henri 1991: *The production of space*. Blackwell, Oxford.
- Lefebvre, Henri 2004: *Rhythmanalysis. Space, time and everyday life*. Continuum, London.
- Lueg, Klarissa – Wolff Lundholt, Marianne: 2020. *Routledge handbook of counter-narratives*. Routledge, Abingdon.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2017: Psykoosi. Sosiaalinen destruktionismi. *Psyko-terapia* 36: 1, 2–11.
- Maanmieli, Karoliina 2018: Luovat terapiat ja empaattisen kohtaamisen kaipuu suomalaisen mielisairaalamuistojen valossa. *Kirjallisuusterapia* 26: 1–2, 4–9.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: Häpeä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. Katsaus. *Elore* 26: 1, 29–41.
- Maanmieli, Karoliina 2019b: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Merleau-Ponty, Maurice 1989: *The phenomenology of perception*. Kääntänyt Donald A. Landes. Routledge, Abingdon. Ranskan-kielinen alkuteos 1945.

- Mertanen, Heli 2009: Poeettinen ja metaforinen kieli terapiatyössä. Teoksessa: Ihanus, Juhani (toim.) 2009: *Sanat että hoitaisimme. Terapeuttinen kirjoittaminen*. Duodecim, Helsinki.
- Mäkelä, Maria – Björninen, Samuli – Hämäläinen, Ville – Karttunen, Laura – Nurminen, Matias – Raipola, Juha – Rantanen, Tytti (toim.) 2020: *Kertomuksen vaarat. Kriittisiä ääniä tarinataloudessa*. Vastapaino, Tampere.
- Nieminen, Anna 2015: *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla*. Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys, Seinäjoki.
- Nissi, Kaisa 2019: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) 2019: *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 107–130. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Nora, Pierre 1989: Between Memory and History. Les lieux de mémoire. *Representations* 26, 7–24.
- Parviainen, Jaana 1998: *Bodies moving and moved. A phenomenological analysis of the dancing subject and the cognitive and ethical values of dance art*. Tampere University Press, Tampere.
- Pöytä, Jyrki 2015: *Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Helsinki.
- Ricoeur, Paul 2004: *Memory, history, forgetting*. University of Chicago Press, Chicago.
- Saarikangas, Kirsi, 1993: *Model houses for model families. Gender, ideology and the modern dwelling. The type-planned houses of the 1940s in Finland*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Saarikangas, Kirsi 1998: Tila, konteksti, käyttäjä. Teoksessa Saarikangas, Kirsi (toim.) 1998: *Kuvasta tilaan. Taidehistoria tänään*. Vastapaino, Tampere.
- Saarikangas, Kirsi 2006: *Eleyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Saresma, Tuija 2010: Kokemuksen houkutus. Teoksessa: Juvonen, Tuula – Rossi, Leena-Maija – Saresma, Tuija (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Vastapaino, Tampere, 59–74.
- Scott, Joan 1991: The evidence of experience. *Critical Inquiry* 17:3, 773–797.
- Seikkula, Jaakko 1999: Kun laitoksesta tulee koti. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 66–70.
- Slater, Lauren 1998: *Prozac diary*. Random House, New York.
- Stone, Brendan 2004: Towards a Writing without Power: Notes on the Narration of Madness. *Auto/Biography* 12, 16–32.
- Suokas-Cunliffe, Anne 2006: Trauma. Omaan elämäntarinaa yhdistymätön mielen loinen. *Yleislääkäri* 21: 5, 19–23.
- Syrjämaa, Taina – Tunturi, Janne 2002: *Eletty ja muistettu tila*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.
- TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018: *Tieteellisten julkaisujen tekijyydestä sopiminen*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.

- TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019: *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen arviointi Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.
- THL 2015: Rainio, Juha – Rätty Tarja: *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013* [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/125570>. Viitattu 23.11.2020.
- Toivola, Ritva 2005: *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä*. Ritva Toivola, Helsinki.
- Töttö, Pertti 2000: *Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua*. Vastapaino, Tampere.
- Uotinen, Johanna 2010: Aistimuksellisuus, autoetnografia ja ruumiillinen tietäminen. *Elore*, 17: 1, 86–95.
- Vilhunen, Marja-Liisa 2016: *Hoitajan arkipäivä*. Reuna, Tuusula.
- Wood, Mary Elene 2013: *Life writing and schizophrenia. Encounters at the edge of meaning*. Rodopi, Amsterdam.

Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa

Anu Rissanen

 <https://orcid.org/0000-0003-4849-8752>

Mielisairaalamuistot kiinnittyvät konkreettisiin rakennuksiin, mielisairaaloihin, joiden rakentamisen historia puolestaan kytkeytyy psykiatristen hoitodeologioiden ja mielisairaanhoidon järjestämistä koskevaan mielenterveyspolitiikkaan ja lainsäädäntöön. Mielisairaalarakennukset heijastavat kulloinkin vallalla olevaa käsitystä mielisairauksien syistä, olemuksesta sekä hoitodeologioista ja -käytänteistä. Kirsi Saarikankaan mukaan rakennus on tilallinen polttopiste, jossa arkkitehtuuri, kulttuurinen konteksti, itse rakennus, käyttäjät ja aiemmin koetut tilalliset kokemukset kohtaavat ja muovaavat toisiaan. Eleyissä tiloissa kohtaavat mielisairaalarakennusten ja niiden käyttäjien menneisyys, nykyisyys ja joskus tulevaisuuskin. (Saarikangas 2002, 9–32; Enges ja muut 2015, 138–139.) Tämä luku valottaa sen vuosikymmenien aikana kehittyneen mielisairaalalaitoksen rakentumista, johon aineiston muistot kiinnittyvät.

Suomalaisen mielisairauden ja mielenterveyden hoitamisen historia nojaa länsimaisen psykiatrian perinteeseen. 1800-luvulta alkaen siirryttiin yhteisön tarjoamasta huollosta laitoshoitoon, josta vastasivat joko kunnat tai valtio. Samalla laitospotilaat jaettiin parantuviin ja parantumattomiin. Tätä jakoa vahvisti parantumattomasti sairaiksi katsotuille potilaille tarkoitetun B-sairaalaketjun syntyminen 1950-luvulla. Jako oli

voimassa 1970-luvun loppupuolelle saakka, jolloin B-sairaalat asteittain lakkautettiin. Hoitoideologiat ja -tavat omaksuttiin Keski-Euroopasta, jonne suomalaiset psykiatrit tekivät lukuisia opintomatkoja. Suuntautuminen kohti avohoitoa alkoi kansainvälisesti myöhään. Lainsäädäntöön se tuli 1950-luvulla, mutta käytännössä avopalveluiden määrä kasvoi vasta 1970-luvulla. Mielenterveystyötä ovat 1990-luvulta lähtien koetelleet muun muassa kansantalouden taantumat. Hoitoajatuksen painopisteen siirtyä laitoshoidosta avohoitoon on myös aiheuttanut ongelmia hoitomahdollisuuksien mitoittamisessa niitä eritasoisesti tarvitseville. Avohoidossa on pula työntekijöistä ja psykiatristen osastopaikkojen niukkuus aiheuttaa sen, että vakavasti sairastuneidenkaan on vaikea päästä nopeasti tarpeeksi pitkälle osastohoitojaksolle (ks. esim. Ahonen 2019).

Myös mielisairaalarakennusten esikuvat löytyivät Euroopasta ja Venäjältä. Laitosrakennukset, kuten sairaalat, kuvasivat sosiaalista järjestystä, ja niiden tehtävänä oli hallita, kuntouttaa ja parantaa potilaita. 1800-luvun alussa Euroopassa alettiin rakentaa uudisrakennuksia, jotka suunniteltiin mielisairaaloimintaa varten ja niin kutsutun sellijärjestelmän pohjalle, jossa käytävän varteen sijoitettiin pieniä yhden hengen koppeja. (Soininen 1934; Achté 1991, 24–25.) 1920- ja 1930-luvuilla rakennetut suomalaiset mielisairaalaosastot koostuivat vähintään kahden, yleensä neljän ja suurimmillaan jopa kymmenen potilaan huoneista (ks. esim. HSA, Hg:1–2.sairaalan rakennuspiirustukset).

Laitospsykiatrian ja mielisairaalarakennusten ensiaskeleet

Suomen ensimmäistä mielisairaalaa, Lapinlahtea, alettiin suunnitella 1830-luvun alkuvuosina Helsinkiin. Lääkintöylihallituksen vt. ylijohantajana toiminut Carl Daniel von Haartman otti esikuvaksi Pietarissa sijainneen ”kaikkien kärsivien sairaalan”, jonka suunnittelussa oli kiinnitetty erityistä huomiota sijaintipaikan luonnonkauneuteen, potilaiden ulkoilumahdollisuuksiin sekä osastointiin, jossa erilaisista oireista kärsivät potilaat oli sijoitettu omiin osastoihinsa. (Rosén 1991, 27.) Sairaalan suunnitteli intendenttikonttorin (myöhemmin rakennushallitus) johtaja,

arkkitehti Carl Ludvig Engel. Engel laati piirustukset kaksikerroksisesta sairaalarakennuksesta, joka rakentui H-kirjaimen muotoisesti julkisivun kaksikerroksisesta päärakennuksesta sekä siihen liittyvistä yksikerroksisista talousrakennuksista. Arkkitehtuurin yleisilme oli piirustuksissa askeettinen. Toiminnot oli sijoitettu omiin yksiköihinsä. Alun perin potilassiivet jaettiin levottomien ja rauhallisen osastoihin, mutta lopullisessa ratkaisussa noudatettiin sukupuolijakoa, jossa naiset ja miehet eristettiin toisistaan eri siipiin. (Rosén 1991, 27–30; Achte 1991, 43–44.) Vastoin sairaalan ensimmäiseksi ylilääkäriksi jo vuonna 1837 valitun Leonard Fahlanderin (ylilääkärinä 1841–1868) toiveita, sairaala rakennettiin sellijärjestelmän mukaiseksi. (Achte 1991, 45–46.) Aikojen saatossa Lapinlahden sairaalan ympärille muodostui kaunis puutarha, jonka raivaamisesta vastasivat pääasiassa miespotilaat. Sairaalan toinen ylilääkäri Anders Thiodolf Saelan (ylilääkärinä 1868–1904) oli innokas kasvitieteilijä, joka painotti puutarhan ja puutarhatyön merkitystä potilaille. Sairaalan taimitarhassa kasvatettiin muun muassa jalopuita ja -pensaita. Lapinlahden sairaala-alueella onkin edelleen mielenkiintoinen ja arvokas kasvisto. (Achte 1991, 59–60, 65; Harenko 2000, 78.)

Helmikuussa 1840 keisari Nikolai I antoi asetuksen ”heikkomielisten holhouksesta ja paremmista laitoksista heidän parantamiseksi”, jossa mielisairaiden laitoshoido määriteltiin valtion tehtäväksi. Mielisairaatt luokiteltiin parantumattomiin ja parantuviin, ja akuutti- ja pitkäaikaishoito jaettiin toteutettavaksi eri hoitolaitoksissa. (Keisarillinen asetus 1840; Hyvönen 2008, 89.)¹ Vuoden 1840 asetus oli Hyvösen mukaan (2008, 206–207) tarkoituksenmukainen ja kattava, mutta sen käytännön toteutus osoittautui mahdottomaksi. Pitkäaikaisesti tai parantumattomasti sairaiden suuri määrä esti akuutisti sairastuneiden pääsyn lääninsairaaloiden mielisairasosastoille. Vuonna 1841 valmistunut Lapinlahti täyttyi parantumattomista potilaista, vaikka sen sairaansija-

1 Asetuksen mukaan jokaiseen lääninsairaalaan oli perustettava neljä sairaansijaa akuutisti sairastuneiden koehoidoa varten. Mikäli potilas ei parantunut, hänet piti lunastaa houruinhuoneeseen. Mahdollisesti parantuvat tuli lähettää vuonna 1841 toimintansa 53-paikkaisena aloittaneeseen Lapinlahden sairaalaan ja parantumattomat Seilin hospitaaliin, jossa oli 46 sairaansijaa. (Keisarillinen asetus 1840; Sarvilinna 1938, 148–165; Achte 1974, 15–27; Ahlbeck-Rehn 2006, 105–114; 1800-luvun mielisairaanhoidosta yleensä ks. Pietikäinen 2020, 26–41.)

määrää oli nostettu yhdeksäänkymmeneen (Pesonen 1980, 235). Asetus ei myöskään muuttanut lähiyhteisön asenteita, vaan omaiset ja seurakunnat lähettivät hoitoon vain kaikkein vaikeimmin oirehtivat. Perhe, suku ja kyläyhteisö yrittivät pitää huolen omistaan. Jos sairastunutta ei koettu vaaralliseksi eikä hän rikkonut seksuaalinormistoa tai ollut väkivaltainen ja arvaamaton, oli sietäminen helpompaa ja mielenvikainen – kuten silloin sanottiin – sai elää esimerkiksi ruotuhoitolaisena kyläläisten joukossa. Raivokasta sairasta saatettiin pitää lukkojen takana ja kahleissa, millä estettiin ”mielipuolta” loukkaamista itseään tai muita. (Pulma 1991, 146–147; Vilkuna 2010, 100; Pietikäinen 2013, 52, 146 ja 160; Alaja 2013, 14–15.)

Laitohoito olikin Suomessa kansainvälisesti verrattuna pitkään vähäistä: 1880-luvun alussa Suomessa noin kymmenesosa sairastuneista sai hoitoa laitoksissa. Ruotsissa laitoshoidossa oli yli neljännes sairastuneista, Norjassa kolmannes, Tanskassa yli puolet ja Skotlannissa jopa kolme neljäsosaa. (Sarvilinna 1938, 312–329.) Vaivais- eli köyhäinhoidon varassa huollettujen mielisairaiden määrä kasvoi 1800-luvun jälkipuoliskolla. Ruotuhoidossa olleiden määrä vähentyi, mutta elätehoidon piiriin annettujen määrä kasvoi.² Vaivaisten ja mielisairaiden julma kohtelu ja huutokauppaaminen nousivat 1880-luvulla julkisuuteen muun muassa Juhani Ahon ja Minna Canthin teosten myötä. Vaikka huutokaupat virallisesti kiellettiin, jatkuivat ne pitkälle 1900-luvulle saakka. (Jaakkola 1994; Hirvonen 2008.)

Toukokuussa 1889 keisari Aleksanteri III antoi uuden mielisairasasetuksen, jossa valtiolle jäi edelleen suuri vastuu mielisairaiden hoidon rahoituksesta ja laitoksista. Asetus jakoi valtion laitokset keskus- eli parannuslaitoksiin (Lapinlahti 1841, Niuvanniemi 1885, Pitkäniemi 1900), turvalaitoksiin (Seili ja Käkisalmi 1889) sekä vuonna 1882 laajennettuihin Turun, Vaasan, Viipurin, Mikkelin ja Oulun lääninsairaaloiden vas-

2 Ruotuhoidossa mielisairaana huoltamisesta vastasivat yleensä hänen kotikylänsä talot. Ruotulainen sai talosta vaatteet ja ruuan, mutta vastapainoksi hänen tuli osallistua talon töihin. Yleensä ruotulainen kiersi talosta toiseen, mutta joskus ruodun talot saattoivat kustantaa hänet asumaan joko yhteen ruodun taloista, vaivaistaloon tai omaan kotimökkiin. Elätehoidossa seurakunta ja myöhemmin kunta antoi mielisairaana elätettäväksi niille, jotka suostuivat hänet halvimmalla ottamaan. Elätteelle anto tapahtui pitkään huutokaupalla. (Ks. esim. Pulma 1994; Jaakkola 1994; Harjula 1996; Hirvonen 2008.)

taanottolaitoksiin. Keskus- ja vastaanottolaitokset ottivat vastaan akuuttisti sairastuneita ja muille vaarallisia potilaita sekä oikeuspsykiatrisia mielentilatutkimuspotilaita. Turvalaitokset oli tarkoitettu parantumattomille potilaille. (Keisarillinen asetus 23/1889; Hyvönen 2008, 95; Vuorio 2010, 18–19.)

1800-luvun lopussa Suomeen rakennettiin kaksi mielisairaala: Niuvanniemi Kuopioon (1885) ja Pitkäniemi nykyisen Tampereen alueelle (1900). Molemmat rakennettiin maailmalla yleistyneen paviljonkijärjestelmän mukaisesti. Järjestelmässä kukin osasto muodosti oman paviljonkinsa, jotka yhdistettiin toisiinsa käytävillä. Sairaaloiden ympärille muodostui puutarha. (Kaarinen & Kaarninen 1990, 14–18; Harenko 2000, 82–86; Vuorio 2010, 22–29.)

Monissa muistoissa vanhoja sairaalarakennuksia kuvataan kodikkaiksi ja jopa terapeuttisiksi. Yksi potilaista luonnehti Lapinlahtea ”vanhaksi ja sokkeloiseksi”, mutta samalla kuitenkin ”viihtyisän ja kodikkaan oloiseksi” (MKM 013). Niin omaiset, henkilökunta kuin heidän lapsensa ja potilaatkin mainitsevat luonnon rauhoittavan läheisyyden (ks. esim. MKM 224; MKM 339; MKM 348). Eräs keruuseen kirjoittanut potilas koki Pitkäniemen kauneuden ja Pyhäjärven rannan auttaneen häntä toipumaan: ”Myös päivittäin tekemäni kävelylenkit olivat kivoja tuossa upeassa maisemassa. Pitkäniemen sairaalan on todella kauniilla paikalla, luonnon äärellä ja Pyhäjärven läheisyys houkutti minut kävelemään päivittäin järven rantaan ja toipumaan sairaudestani.” (MKM 353–354.)

Kuntien omistamat sairaalat syntyvät

Siinä missä vuoden 1840 keisarillinen asetus oli luonut Suomeen valtion vastuulle kuuluvan hoitojärjestelmän, vuoden 1889 asetus määräsi myös kunnat ja kaupungit ottamaan vastuuta mielisairaanhoidosta. Uusiin vaivaistaloihin oli rakennettava vähintään kolme sairaansijaa kroonisia potilaita varten, mutta akuuttipotilaiden saaminen valtion sairaaloihin vei kuitenkin yhä kuukausia ja köyhäntalojen mielisairasosastoille jouduttiin ottamaan myös akuuttipotilaita. Käytännössä akuuttihoito taantui, sillä mielisairasosastot jäivät kuntien köyhäinlaitoskuntien

alaisiksi ja lääketieteellinen valvonta puuttui niiltä lähes kokonaan. Vaivaistalojen mielisairasosastot yleistyivät nopeasti, sillä 1800-luvun loppupuolella mennessä niissä oli hoidettavana jo miltei 800 potilasta. (Keisarillinen asetus 23/1889; Sarvilinna 1938, 543–546; Hirvonen 2008, 166; Hyvönen 2008, 95–96.) Suurimmista kaupungeista ensimmäisenä oman mielisairaalsensa perusti Turku, ja pian perässä seurasiivat myös Viipuri, Helsinki ja Tampere. Kaupunkien mielisairaaloitten toiminnan käynnistymisessä oli merkittävää, että ensimmäistä kertaa niissä erotettiin ainakin käsitteellisellä tasolla toisistaan köyhäinhuolto ja mielisairaanhoido. (Keisarillinen asetus 23/1889; Sarvilinna 1938, 548–571; Törrönen 1978, 14–15.)

Vuonna 1900 Suomen mielisairaaloissa oli noin 1100 sairaansijaa. Mielisairashoito-komitean (Komiteanmietintö 6/1908) kunnallisille viranomaisille lähettämän kyselyn mukaan mielisairaita oli vuonna 1905 kuitenkin yli 8000. Suomessa käytiinkin ankaraa keskustelua siitä, tulisiko valtion vai kuntien vastata mielisairaanhoidosta. Valtiolla ei ollut tähän taloudellisia edellytyksiä, mutta kuntien kohdalla pelättiin, että hoito jäisi retuperälle, huonosti resursoiduksi osaksi köyhäinhuoltoa. Ennen kaikkea lääkärit vastustivat kuntien omistamien piirimielisairaaloitten perustamista, mutta taloudelliset realiteetit ja kuntien aktiivisuus ajoivat siihen, että 1930-luvun loppuun mennessä Suomeen syntyi kaikkiaan 15 piirimielisairaala, joissa oli noin 5000 potilaspaikkaa. Ensimmäiset rakennettiin Harjavaltaan (1903), Kellokoskelle (1916) ja Uuteenkaupunkiin (1917). (Therman 1924, 384–396; Törrönen 1978, 18–20 ja 26–28; Pesonen 1980, 515.) Piirimielisairaaloihin otettiin hoidettaviksi ensisijaisesti varattomia, vaarattomia ja parantumattomia mielisairaita, jotka eivät sopineet vapaammissa oloissa hoidettavaksi. Lääkäriin harkinnan mukaan sairaalaan voitiin ottaa myös potilaita, jotka olivat sairastuneet akuutisti.

Päätös piirimielisairaaloista johti lukuisten uusien mielisairaaloitten rakentamiseen Suomeen. Sosiaalihuollon arkkitehti Alex Mörne piirsi ja suunnitteli yhtä lukuun ottamatta (Grelsbyn sairaala Ahvenanmaalla) kaikki uudet piirimielisairaalat. Lisäksi hän suunnitteli uudis- ja lisärakennuksia muun muassa Harjavallan ja Oulun piirimielisairaaloihin. Sairaalat edustavat 1900-luvun alussa syntynyttä blokkisairaalaratkaisua,

jossa vuodeosastot sekä tutkimus- ja toimenpidehuoneet sijaitsivat yhdessä rakennuksessa useassa kerroksessa. (Palmgren 1999, 12–13; Paatelainen, Havu & Häkli 2003, 42–49.) Sairaalat olivat suurehkoja, yleensä 2–4 kerroksisia, symmetrisiä rakennuksia, jotka rapattiin vaaleiksi. Rakennusten sisäänkäynnit olivat keskellä ja suurehkot potilashuoneet sijaitsivat kahdeksankulmaisten valvomojen ympärillä. Osassa sairaaloita ensimmäisessä kerroksessa vastapäätä ylilääkärin huonetta sijaitsivat niin sanotut vastaanotto-osastot. Mörnen sairaaloissa ei ollut keskikäytäviä, vaan huoneiden välillä liikuttiin kulkemalla toisten huoneiden läpi. (HSA, Hg:1–2, Siilinjärven piirimielisairaalan rakennuspiirustus 1924; Kotilainen 2000, 107.)

Keruuseen osallistuneiden muistelijoiden positiiviset sairaalamuistot liittyvät usein vanhempiin, 1900-luvun alussa rakennettuihin sairaaloihin, joille tyypillisiä olivat korkeat katot ja huoneet sekä ikkunat, joissa riippui pitkät verhot. Niiden pitkien ja leveiden käytävien hallitseva väri oli valkoinen, joka usein mainitaan mielisairaalamuistoissa. Potilashuoneissa oli rautaisten sänkyjen lisäksi pieniä pöytiä ja tuoleja sekä huonekasveja (Neuman-Rahn 1924: 255, 348–349; Kuuva 2018; Heimonen & Kuuva 2020.) Sänkyjen määrä vaihteli sairaaloittain ja huoneittain, mutta kehityksen voi katsoa menneen suurista 6–10 hengen potilassaleista (ks. esim. Manner 1935; Saarikangas 2006) pienempiin, kahden tai useamman hengen jakamiin huoneisiin.

Mörnen piirtämät mielisairaalat muodostivat verstaas-, maatalous- ja talousrakennuksineen omia kyliään. Sairaala-alueet sijaitsivat yleensä muutaman kilometrin päässä rakennuskuntiansa keskustoista. Mörnen suunnittelemat sairaalat olivat melko massiivisia ja laitosmaisia, mutta ne sijoitettiin usein luonnonkauniille paikoille vesistöjen läheisyyteen tai maaseutumaiseen ympäristöön. 2000-luvun alussa niiden katsottiin kuitenkin Harengon (2000, 80) sanoin sijaitsevan ”liian korvessa”.

Keruumuistoissa usein idylliseksi mainittu Kellokosken sairaala-alue muodostui 1910-luvulla Kellokosken kartanon alueelle. 1930-luvulla vanhoja potilasarakennuksia saneerattiin ylilääkäri Arne Soinisen Ruotsista, Saksasta ja Sveitsistä tuomilla opeilla. Sairaalassa aktiivisesti toteutetun työterapian tiloja sekä potilaiden oleskelutiloja lisättiin. Sairaala sijaitsi poikkeuksellisesti Kellokosken keskustan lähellä, joten jotkut muisteli-

jat kokevat sairaala-alueen ja kylän olleen yhtä ja samaa aluetta. (Esim. MKM 394; Tuovinen 1990.)

Piirimielisairaaloiden rakentaminen perustui vapaaehtoisuuteen, joten osa kunnista jättäytyi järjestelmän ulkopuolelle, ja esimerkiksi Lappi kuului aina vuoteen 1973 saakka Oulun piirimielisairaalan (myöhemmin Oulun mielisairaanhuoltopiiri) vastuualueeseen. (MKM 329–336; Hyvönen 2008, 101 ja 212.) Piirimielisairaalat erosivat toisistaan merkittävästi kokonsa ja toimintatasonsa suhteen, ja aktiivisimmat seurasivat psykiatrian kehitystä uusien hoitomuotojen käyttöönotossa. Työhoito oli laajalti käytössä kaikissa sairaaloissa, malariahoito tuli osaan sairaaloista 1920-luvulla ja seuraavalla vuosikymmenellä käyttöön otettiin cardiazoli- ja insuliinisokkihoito. Sähkösoikkihoito tuli sairaaloihin 1940-luvulla ja toimintaterapioiden aktiivinen kehittäminen käynnistyi viimeistään 1950-luvun lopusta osin uusien psyykenlääkkeiden käyttöönoton seurauksena. (Hyvönen 2008, 101; Pietikäinen 2013 ja 2020; Rissanen 2018.)

Kuntainliittojen perustamisen myötä mielisairaanhoidon järjestämistä vastuu siirtyi yhä enemmän kuntien vastuulle. Valtion sairaaloiden potilaspaikkaluku ei itsenäisyyden ensimmäisinä vuosikymmeninä kasvanut ja lääninsairaaloiden vastaanotto-osastot lakkautettiin vähitellen. Niiden korvaajiksi tulivat kunnalliskotien mielisairasosastot. Vuonna 1935 kunnalliskodeissa oli jopa yli 4 500 mielisairasta. (Eskola 1983, 207–208.) Itsenäisen Suomen ensimmäinen, vuonna 1937 säädetty mielisairaslaki ja -asetus jakoivat edelleen vastuun mielisairauksien ehkäisemisestä ja hoidosta valtion ja kuntien kesken (Mielisairaslaki 286/1937; Mielisairasasetus 455/1937.)

Piirimielisairaalaverkoston rakentuminen on osa suomalaisen yhteiskunnan 1900-luvulla nopeutunutta modernisaatioprosessia. Mielisairaita alettiin pitää taakkana yhteiskunnalle jo 1900-luvun alussa, ensin kaupungeissa ja vähitellen myös maaseudulla. Teollistuminen, maataloustyön koneellistuminen, palkkatyön yleistyminen ja kirkon köyhäinhuollon siirtyminen kunnan vastuulle mursivat ja hajottivat aiemmin yhteisöissä ja yhteiskunnassa koettua yhteisöllisyyttä. Katsottiin, että kunnan kansalaisen tuli kantaa vastuu itsestään ja mahdollisuuksien mukaan myös muista perheensä jäsenistä. Ne, jotka työkyvyttömyyden,

käytöksen, usein myös siveettömyyden ja perimän johdosta katsottiin mielisairaiksi, alettiin eristää ja sulkea yhteisöjen ulkopuolelle. (Salo 1996, 56–60; Ahlbeck ja muut 2013.)

Sotavuosien aikana mielisairaaloissa kuoli merkittävä määrä potilaita tartuntatauteihin, kuten kurkkumätään ja punatautiin. Elintarvikkeista ja vaatteista oli huutava pula. Ari-Pekka Blombergin (1991) tutkimuksen mukaan kuolleisuudella mitattuna sairaalassa oli vaarallisempaa kuin rintamalla. Ennen sotaa 1930-luvulla mielisairaalassa kuolleiden potilaiden määrä oli ollut noin 500 vuodessa, mutta vuonna 1942 peräti 1400 potilasta menehtyi ollessaan kirjoilla sairaalassa. Tilanahtautta pahensi Karjalan sairaaloiden evakuointi Rauhan ja Kellokosken sairaaloihin ja muiden mielisairaaloitten osastotilojen ottaminen sotasairaaloitten käyttöön. (Hyvönen 2008, 104–105.)

Mielisairaanhoidon aika

Vuoden 1937 laki ei ratkaissut mielisairaanhoidon ongelmia. Mielisairaanhoidon järjestämistä ja taloudellisia kysymyksiä pohjittanut Pilppulan komitea totesi mietinnössään vuonna 1943, ettei pelkkä sairaaloille annettava valtionapu riittänyt, vaan mielisairaanhoidon järjestelmälle oli luotava yhtenäiset perusteet. Hoito tuli siirtää lääkintöhallituksen valvontaan ja maa jakaa mielisairaanhoidon piireihin, jotka vastaisivat hoidon kehittämisestä alueellaan yhtenäisen hoitojärjestelmän mukaisesti. Komitea korosti myös avo- ja perhehoidon kehittämistä ja ehdotti piiritoimistojen perustamista huolto- ja hoitopiireihin. Kunnalliskotien mielisairasosastot tulisi muuttaa rauhallisten mielisairaiden asuntoloiksi. Komitean esityksen pohjalta valmisteltiin uusi laki, joka hyväksyttiin vuonna 1952. (Komiteamietintö 7/1943; Hyvönen 2008, 104–106.)

Vuoden 1952 mielisairaslain ja -asetuksen mukaan mielisairaanhoidon siirtyi kuntien vastuulle ja valvonta lääkintöhallitukselle. Maa jaettiin mielisairaanhoidon piireihin, joissa jokaisessa oli keskusmielisairaala (entinen piirimielisairaala) eli A-sairaala akuuteille potilaille sekä huolto- ja hoitoyksiköt (myöhemmin mielenterveystoimisto) avohoitoa varten. Laki mahdollisti myös kunnalliskotien mielisairaalaosastoja korvaavien,

helppohoitoisia kroonikkoja varten suunnattujen B-sairaaloiden perustamisen. Psykiatrit vastustivat tätä lainkohtaa voimakkaasti, sillä jako A- ja B-sairaaloihin ylläpiti potilaiden jakoa aktiivista hoitoa tarvitseviin parannettaviin ja perustason hoidon piiriin kuuluviin parantumattomiin potilaisiin. Valtion omistamien keskuslaitosten harteille jäivät kriminaalipsykiatriset potilaat, jotka nykyäänkin hoidetaan valtion sairaaloissa. (Mielisairaslaki 187/1952; Mielisairasasetus 448/1952; Kaila 1966, 180–181; Pesonen 1980, 516–520; Hyvönen 2008, 105–108 ja 213).

Vuodesta 1955 alkaen B-sairaaloiden perustamiskustannuksiin annettu valtionapu johti siihen, että kunnat alkoivat nopeasti rakentaa uusia hoitopaikkoja ja kunnalliskotien mielisairasosastoja lopetettiin. Alkoi Suomen toinen kiivas mielisairaaloiden rakentamisaikakausi, jonka aikana Suomeen syntyi kaikkiaan 53 B-mielisairaala. (Ahola 2015.) Petteri Pietikäinen (2013, 164) kuvaakin 1900-lukua ja varsinkin sodan jälkeistä aikaa suureksi säilöönoton kaudeksi suomalaisen mielisairaanhoidon historiassa.³

Alkuvaiheessa B-sairaloita sijoitettiin vanhoihin ja kunnostettuihin, pääasiassa terveyden tai sosiaalihuollon käytössä olleisiin rakennuksiin. Tällaisia olivat esimerkiksi Iitin B-mielisairaala ja Piritan B-mielisairaala Salossa. Valtionavun varmistumisen jälkeen alkoi uudisrakentaminen joko omalle rakennuspaikalle tai keskusmielisairaalan tai kunnalliskotien läheisyyteen. Kaksikymmentä B-sairaala aloitti toimintansa uudisrakennuksessa. Koska sairaaloissa pyrittiin omavaraisuuteen ja työtä pidettiin hoitona, sairaalat pyrittiin sijoittamaan maaseudulle peltojen läheisyyteen. Esimerkkinä tällaisesta rakentamisesta on Suolahteen vuonna 1953 rakennettu Sisä-Suomen B-sairaala. Kymmenkunta B-sairaala, esimerkiksi Halikon, Seinäjoen ja Kevättömän sairaala Siilinjärvellä, rakennettiin lakiuudistuksessa A-sairaaloiksi muuttuneiden piirimielisairaaloiden yhteyteen. Loput rakennettiin kunnalliskotien yhteyteen. (Ahola 2015.)

3 1960-luvun lopulla Suomen mielisairaaloissa oli miltei 20 000 sairaansijaa, joista noin 10 500 oli A-sairaaloissa ja yli 8 800 B-sairaaloissa. Valtion sairaaloiden paikkaluku oli 590. Mielisairaanhoidonpiirejä maahamme muodostettiin kaikkiaan 19. (Kärkkäinen 2004; Hyvönen 2008, 105–108.)

1950- ja 1960-luvulla Suomeen rakennettiin lukuisia sairaaloita. Kii-vaan sairaalarakentamisen vuoksi Suomeen syntyi sairaalasuunnitteluun erikoistuneiden, kansainväliseen sairaala-arkkitehtuuriin perehtyneiden arkkitehtien joukko. Tämä näkyi niin yleis- kuin mielisairaaloiden ulkoi-sena samankaltaisuutena. (Kotilainen 2000.) Lukumääräisesti eniten eli kahdeksan uutta B-sairaalarakennusta suunnittelivat Helsingissä sijain-neen Arkkitehtitoimisto Cedercreutz & Railon arkkitehdit. Suunnittelua ei ohjattu mallipiirustuksilla. (Ahola 2015.)

B-sairaalan koko määräytyi kuntainliiton jäsenkuntien väestöpohjan mukaan. Vuodeosaston keskimääräinen koko oli noin neljäkymmentä sairaansijaa ja potilashuoneiden koko vaihteli yhden hengen huoneista kuuden potilaan huoneisiin. Koska sairaalat oli tarkoitettu pitkäaikais-sairaille, olivat ne tyypillisesti matalahkoja siipiin jaettuina vuodeosasto-blokkeja, jolloin potilaiden liikkuminen sekä liikuttaminen esimerkiksi pyörötuolissa tai sairaalasängyssä oli helpompaa. Tavallisin käytävärat-kaisu oli keskikäytävä, johon valoa saatiin esimerkiksi käytävän päätyi-hin sekä huoneiden ovien yläpuolelle sijoitetuista ikkunoista. Ulospäin B-sairaaloiden julkisivuja luonnehtivat ikkunanauhat, joita voitiin koros-taa esimerkiksi värein. (Ahola 2015.)

Potilas-, talous- ja maatalousrakennusten sekä teknisten rakennusten lisäksi mielisairaala-alueen täydensivät henkilökunnan asuntolat, joiden rakentaminen ajoittui varsinkin 1950- ja 1960-luvuille. Ylilääkäri asui yleensä isohkossa omakotitalossa ja muiden lääkäreiden asunnoiksi ra-kennettiin rivitaloja. Usein myös sairaalan talouspäällikkö asui sairaala-alueella. Vähitellen myös hoitohenkilökunnan oli mahdollista vuokrata rivitaloista perheasuntoja varsinkin, jos molemmat vanhemmat työsken-telivät sairaalan palveluksessa. Aviottomat hoitajat saattoivat jakaa pie-nen huoneen toisen hoitajan kanssa. Yksi sairaaloiden kilpailuvalteista 1950-luvun asuntopulan sekä mielisairaala- ja sairaanhoitajapulan aika-na oli, että ne pystyivät tarjoamaan henkilökunnalle edullisia ja ainakin saneerattuja asuntoja. (MKM 224–230; MKM, 246–248; asuntotilan-teesta ks. esim. Vuorio 2011.)

Avohoidon kehittyminen lähti liikkeelle vasta 1960-luvun puolella. Vuosikymmenen puolivälissä huoltotoimistoja oli 39. Kymmenen vuotta myöhemmin toimistoja oli 106, ja niissä kirjattiin 425 000 potilaskäyn-

tiä. Aluksi huoltotoimistojen painopiste oli sairaalasta kotiutettujen potilaiden jälkihoidossa, mutta vähitellen ne laajensivat tehtävänsä akuuttihoiton puolelle ja myöhemmin myös psykiatriseen kuntoutukseen. Ehkäisevä mielenterveystyö pääsi käyntiin vasta 1980-luvulla. Ongelmana suomalaisessa psykiatriassa, niin laitoksissa kuin avohoidossakin, oli vakava pula erikoislääkäreistä. (Anttinen 1983, 225; Hyvönen 2008, 107–108; Alanko 2017.)

1960-luku oli psykiatriassa niin kuin muussakin terveydenhoidossa muutoksien sekä murrosten aikaa. Mielisairaanhoidon vanhat käsitykset ja hoitomallit sekä -järjestelmät joutuivat voimakkaan kritiikin kohteeksi. Laitoshoidon kroonistavaa ja eristävää vaikutusta arvosteltiin voimakkaasti antipsykiatrisessa liikkeessä, joka kyseenalaisti viralliset psykiatrian oppirakenteet ja hoitojärjestelmät. Liikkeen edustajien mielestä psykiatria ei voinut enää pohjata vain luonnontieteelliselle tieteenkäsitykselle, vaan sen oli lähdettävä humanistisesta ja ymmärtäväisestä ajattelusta. Itsekin suomalaisessa Marraskuun liikkeessä⁴ toiminut psykiatri Claes Andersson on käyttänyt liikehinnästä nimitystä kriittinen psykiatria. (Hyvönen 2008, 112–113; Honkala 2010.)

Kohti avohoitoa ja mielenterveyden hoitoa

1970-luvun alkuvuosina psykiatristen laitospaikkojen tiheys oli Suomessa maailman korkeampia. Vuonna 1975 paikkoja oli 4,2 suhteutettuna tuhanteen asukkaaseen. Hoitojärjestelmä oli erittäin laitospainotteinen eivätkä avohoitopalvelut ja sairaalan ulkopuoliset hoitomuodot kehittyneet. Niiden osuus oli vain viisi prosenttia koko mielisairaanhoidon järjestelmän menoista. Suomen mielisairaanhoidon politiikan kehitys sodan jälkeen kulki ajan valtavirtaa vastaan, sillä Länsi-Euroopan maissa psykiatristen sairaanhoitosijojen määrä oli lähtenyt jatkuvaan laskuun jo 1950-luvun puolivälissä. (Salo 1996; Kärkkäinen 2004, 36–37; Lönnqvist ja muut 2013.)

4 Marraskuun liike keskittyi paitsi psykiatristen sairaalapotilaiden myös muiden laitosasukkien, kuten vankien, aseman parantamiseen. Ks. Honkala 2010.

Yhdysvalloissa useat psykiatrit kiinnittivät huomiota mielenterveyden ja sosiaalisen ympäristön väliseen yhteyteen. Varsinaisesti sosiaalipsykiatrinen lähestymistapa yleistyi toisen maailmansodan jälkeen. Suomessakin psykiatrit kiinnostuivat sosiaalitieteisiin perustuvasta tutkimuksesta ja ajattelutavoista 1960-luvulta lähtien. Psykiatria jakaantui toimintatapojen ja tutkimuksen suhteen kolmeen erilaiseen suuntaukseen: biologiseen⁵, psykoterapeuttiseen⁶ ja sosiaaliseen. 1970-lukua luonnehditaan suomalaisen psykiatrian historiassa sosiaalipsykiatrian vuosikymmeneksi. Sosiaalipsykiatria korosti yhteisön ja ympäristön vuorovaikutuksen merkitystä yksilön mielenterveydellisissä häiriöissä. Tämä ajattelutapa voimisti myös suomalaisessa psykiatriassa pyrkimystä kokonaisvaltaisuuteen ja siihen, että mielenterveyspalvelut tuotaisiin lähemmäksi niiden tarvitsijoita. Sosiaalipsykiatrian myötä erilaiset toimintaterapiat yleistyivät sairaaloissa ja avohoidossa. (Lehtinen ja muut 1989; Hyvönen 2008, 112; Helén ja muut 2011, 49–50; Ahonen 2019, 74–75.)

Sosiaalipsykiatria vaikutti omalta osaltaan siihen, että mielisairaalalainsäädännön uudistaminen ja hoidon painopisteen siirtäminen avohoitoon koettiin välttämättömäksi. Tätä suuntausta tuki myös 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, jonka myötä kansanterveydessä alettiin erikoissairaanhoidon sijaan painottaa perusterveydenhuoltoa. Lainsäädäntöä muutettiin osittain vuonna 1978, jolloin mielisairalain osauudistuksessa vahvistettiin psykiatrisen avohoidon asemaa tuomalla valtionavun piiriin kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö. Huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi, joiden tehtäväkenttä laajeni ehkäisevään mielenterveystyöhön. B-sairaalakategoriasta luovuttiin, ja jako paraneviin ja parantumattomiin jäi viimein historiaan. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä tiukennettiin. Lähtettävän esteettömän lääkärin lisäksi sairaalassa vähintään kolmen lääkärin tuli todeta tahdosta riippumaton hoito tarpeelliseksi. Omasta tahdostaan hoitoon tulleet määritettiin samaan asemaan yleissairaalapotilaiden kanssa.

5 Biologinen psykiatria on kiinnostunut mielenterveyteen vaikuttavista biologisista mekanismeista. Mielenterveyden häiriöiden katsotaan pohjaavan aivojen toiminnan poikkeavuuksiin. Pääasiallinen hoitomuoto piirissä on lääkehoito.

6 Psykoterapeuttisessa lähestymistavassa ihmisen mieli ja käyttäytyminen nähdään avaintekijöinä mielenterveyshäiriöiden ymmärtämisessä ja hoitamisessa.

Uudistus edisti myös psykiatrisen kuntoutuksen asemaa, mutta vasta 1987 mielenterveyspotilaiden asema tuli yhtäläiseksi muiden vammaisryhmien kanssa. (Laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1978; Eskola 1983, 211–212; Salo 1996, 202–203; Hyvönen 2008, 113; Ahonen 2019, 73.)

1980-luvulla Suomessa elettiin nousukautta, mikä heijastui mielenterveystyöhön optimistisinä näkemyksinä julkisten palvelujen – myös terveydenhuollon – jatkuvasta kasvusta. Psykiatria suuntautui yhä vahvasti kohti avohoitoa, mitä mielenterveystyön eri osa-alueita edustavat komiteat myös painottivat. Yleissairaaloihin alettiin perustaa psykiatrisia klinikoita ja pieniä osastoja. Hoitojärjestelmä oli voimakkaassa rakennemuutoksessa, mikä näkyi laitoshoitopaikkojen nopeana vähenemisenä. Kun psykiatristen sairaanhoitosijojen määrä vuonna 1980 oli ollut noin 20 000, oli se vuonna 1999 noin 6 200. (Hyvönen 2008, 116–119 ja 136–137; Alanko 2017.) Mielenterveystyön komitean vuonna 1984 julkaisema komiteamietintö loi suuntaviivoja tulevaisuuden psykiatriselle hoitoajatukselle, jonka mukaan mielenterveystyötä tuli monipuolistaa ja avohoitopalveluja kehittää. Mietinnössä todettiin, että hoidon lisäksi mielenterveystyö kattaa myös ehkäisevän toiminnan. (Mielenterveystyön komitean mietintö 17/1984, osa II; ks. myös Ahonen 2019, 88.)

Uusi mielenterveyslaki ja -asetus astuivat voimaan 1991. Laissa puhuttiin ensi kertaa *mielisairaanhoidon* sijaan *mielenterveystyöstä*, jolla tarkoitettiin ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lieventämistä ja parantamista” (Mielenterveyslaki 116/1990). Mielenterveys nähtiin ensimmäistä kertaa voimavarana, jota edistettäisiin mielenterveyspalveluilla sekä väestön elinolosuhteita kehittämällä. Palvelujen järjestämisestä huolehtivat kunnat kansanterveyslain ja sairaanhoitopiirit erikoissairaanhoidon säännösten mukaan. Erikoissairaanhoitolaki astui sekin voimaan 1991. Se yhdisti erilleen kehittyneen psykiatrisen hoitojärjestelmän hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon ja teki ainakin nimellisesti psykiatriasta tasavertaisen muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa. Mielisairaanhuoltopiirit lakkautettiin ja ne sulautuivat 21 sairaanhoitopiiriin, joissa erikoissairaanhoito toteutettiin. Psykiatriassa otettiin käyttöön

aluepsykiatriamalli, jossa tavoitteena oli tarvittavien palvelujen tuottaminen sairaanhoitopiirin alueella, ja väestövastuu, jonka mukaisesti sama henkilökunta vastasi esimerkiksi tietyiltä alueilta kotoisin olevien potilaiden hoitamisesta. (Mielenterveyslaki 116/1990; Mielenterveysasetus 1247/1990; Kärkkäinen 2004, 46–53; Hyvönen 2008, 130–186.)

Edellä mainitut uudistukset kuitenkin kariutuivat alkuunsa kansantalouden laman myötä. Terveydenhuollon kustannukset olivat kasvaneet yhtäjaksoisesti 1960-luvun alkuvuosista lähtien, mutta vuodesta 1992 julkinen rahoitus alkoi vähentyä. Useat kunnat karsivat sairaanhoitopiireiltä ostamiaan terveydenhuoltopalveluja. Supistusten kohteeksi joutuivat erityisesti päihdehuollon, mielenterveystyön, vammaishuollon ja kuntoutuksen asiakkaiden palvelut. Avohoidon kehitys joutui 1990-luvulla voimakkaaseen epätasapainoon. Sairaansijoja purettiin nopeammin kuin avohoittoa rakennettiin. Puoliavoimen ja avohoittoa tukevien toimintojen kehittyminen jäi laadituista suunnitelmista kaikkein eniten. Vaikka kansantalous lähti 1990-luvun puolivälissä uudelleen nousuun, olivat erot kuntien talouskehityksessä suuria ja vuosikymmenen loppupuolella useissa kunnissa jouduttiin yhä säästämään sosiaali- ja terveydenhuollosta. (Kärkkäinen 2004, 55–56; Hyvönen 2008, 136–149.) Tosin Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri (2011) tuovat esille, että käsitys psykiatristen palvelujen taantumisesta nousee psykiatrian sisällyttä, ja että keskustelu suomalaisen psykiatrian taloudellisten voimavarojen puutteesta ja avohoitopalvelujen riittämättömyydestä käynnistyi jo 1980-luvun puolivälissä. Mielenterveystyön supistuminen ei myöskään näkynyt mielenterveystoimistokäyntien kohdalla: ne lisääntyivät vuosina 1994–2004 peräti 61 prosenttia. Lisäksi psykiatria erikoistuneita sairaanhoitajia valmistui vuosittain yli 6000 ja erikoislääkäreitä 50–70. (Helén ja muut 2011.)

Helén ja muut (2011, 43–47) luonnehtivat suomalaista mielenterveystyötä 1990-luvulta lähtien jakaantuneeksi ja hajanaiseksi. Psykiatrinen erikoissairaanhoito on keskittynyt sairaalahoiton uudistamiseen, pitkäaikais- eli laitospotilaiden hoitoon sekä kroonisten mielisairauksien avohoidon järjestämiseen. Terapiapalveluita on saatavilla vain vähän, joten avohoidettavat potilaat eriytyvät taloudellisen asemansa mukaan. Karoliina Ahonen (2019) katsoo, että mielisairaaloiden lakkauttamisen

jälkeen suomalaisen mielenterveyspolitiikan painopisteen siirtyminen ennaltaehkäisyyn ja työikäisten mielenterveyden edistämiseen tapahtui vakavasti sairastuneiden hoidon ja ihmisoikeuksien kustannuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmä laati 2010-luvun mielenterveystyön kehittämiseksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009). Suunnitelmassa tavoitteeksi asetettiin asiakkaan aseman parantaminen sekä perus- ja avohoitopalvelujen vahvistaminen. Toimintaperiaatteeksi määriteltiin yhden oven ja matalan kynnyksen malli. Potilaan itsemääräämisoikeuksien kirjaamisen tuli sisältyä esimerkiksi pakkohoitoa ja tahdosta riippumatonta hoitoa määritteleviin säädöksiin niin mielenterveyslain uudistuksissa kuin rajoituksia säätelvässä puitelaisissa. Suunnitelman myötä käynnistettiin Käypä hoito -suositusten toteutumisen seuraaminen. Suunnitelma ei saavuttanut kaikkia tavoitteitaan, mutta sen myötä onnistuttiin toteuttamaan esimerkiksi säädösuudistuksia, jotka vaikuttavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien toimeentuloon, kuntoisuusetuuksiin sekä asumistukeen. Toisaalta muun muassa asumispalvelujen saatavuus ja niiden määrällisyys tuottavat edelleen ongelmia kuntoutumisessa. (Raitakari & Günther 2015; Jäntti 2019a ja 2019b; Ahonen 2019, 162–205.)

Vuonna 2020 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja sosiaali- ja terveysministeriö julkaisivat kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2020–2030. Strategian tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus kehittämällä asiakkaille suunnattuja palveluja. Sen lähtökohtana on ajatus, että mielenterveys on pääoma, joka liittyy kokonaisvaltaisesti ihmisten terveyteen sekä sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Strategia sisältää myös itsemurhien ehkäisyohjelman, joka jatkaa vuosina 1986–1996 toteutetun valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin työtä. (Vorma ja muut 2020.)

2000-luvulla psykiatrisia osastoja ja sairaaloita rakennetaan kaupunkikeihin. Potilaat ovat poistuneet monista vanhoista sairaalamiljöistä, kuten Nikkilästä, Lapinlahdelta ja Kellokoskelta. Sairaala-alueet ja -rakennukset ovat siirtyneet uusiokäyttöön. Nikkilän alueelle peruskorjattiin asuntoja, Hattelmalan sairaalan rakennuksissa toimii koulutustiloja ja teknologiakeskus ja Tyrvään sairaalan vanhasta päärakennuksesta tuli

kunnantalo. Rauhan sairaala Lappeenrannassa palautui alkuperäiseen käyttöönsä: alun perin palossa tuhoutuneen kylpylän perustuksille rakennetun sairaalan alueella toimii nyt kylpylähotelli. Lapinlahti tyhjjeni 2008 ja sen tulevaisuudesta käydään Helsingissä kiivasta keskustelua yksityisten rakentajien ja mielenterveystyötä tekevien kansalaisjärjestöjen kesken. Myös Kellokosken sairaala-alueen tilanne on avoin: psykiatrinen osastotoiminta loppui kesällä 2019 ja sairaala-alue rakennuksineen on myytävänä. (Sommar 2016; Hämeenlinnan Lydia 2020; Koivuranta 2020; Bäckgren 2020).

Nykyisin psykiatriset sairaansijat pyritään sijoittamaan somaattisten sairaalatielöjen yhteyteen. Tavoitteena on psykiatriisiin sairaaloihin liittyneen häpeän tunteen poistaminen sekä potilaiden perusterveydenhuollon helpottuminen. Uudet sairaalatiilat ovat rakenteilla esimerkiksi Turussa ja Mikkelissä. On kuitenkin selvää, ettei pelkkä uusi somaattisen hoidon yhteydessä poista potilaiden kokemaa häpeää, jos tiloissa tarjottava hoito on potilaan mielestä alistavaa ja huonoa. Parhaita vastavoimiamia häpeälle ovat toivoa ylläpitävät hoitosuhteet, terapia ja ympäristön ymmärtävä ja vastaanottava suhtautuminen (ks. esim. Maanmieli 2019, 189).

Kun tarkastelee psykiatrian kehitystä hoitopaikkojen historian kannalta, lienee oikeutettua puhua tietynlaisesta jatkumosta ja kehästä. Jatku-mo on parhaimmillaan tuonut uusia hoitoajatuksiam ja -mallejam sekä keinojam, joiden myötä psyykkisistä sairauksiam kärsivien ihmisten elämää pyritään helpottamaan inhimillisesti potilaiden mielipiteitä kuunnellen. Myös kanssaihmissen mielipiteet ja asennoituminen ovat parhaimmillaan avartuneet. Kehä puolestaan osoittaa sen, että muut kuin potilaiden tarpeista lähtevät syyt kuitenkin usein määrittävät hoitoon käytössä oleviam resurssejam: moni mielenterveyskuntoutujam ei saa tarvitsemiaman hoito- ja tukipalvelujam eikä tarvittavaa tukeam asumiseen. (Ks. esim. Aho-nen 2019.) Asumispalvelut ovat viime vuosiam siirtyneet yhä enemmän suuryritysten omistamiin yksiköihin, joiden henkilökunnan vaihtuvuus on usein suurta eikä pysyviä hoitosuhteitam henkilökunnan ja asukkaiden välille synny. Markku Salon (2019) mukaan taloudellinen ja toiminnallinen tuloksellisuus on sotkettu toisiinsa, jolloin palvelut mitoitetaan kustannusten säästämisen, ei toiminnallisen tuloksellisuuden mittareilla.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista 2014–2015. (MKM)

Harjamäen sairaalan arkisto. (HSA)

Hg:1–2 Sairaalan rakentamista koskevat asiakirjat 1922–1929.

LAIT JA ASETUKSET

Asetuskokoelma

Keisarillinen asetus 1840: Hans kejserliga majestäts rådiga förordning, angående sennesjukte personers vård och förbättrade anstalter till deras botande, den 4 februari.

4.2.1840.

Keisarillinen asetus 23/1889: Keisarillisen majesteetin armollinen asetus sairasmielisten hoidosta, 28.5.1889.

Mielisairaslaki 286/1937, 18.6.1937.

Mielisairasasetus 455/1937, 22.12.1937.

Mielisairaslaki 187/1952, 2.5.1952.

Mielisairasasetus 448/1952, 23.12.1952.

Laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1977, 23.6.1978.

Mielenterveyslaki 1116/1990, 14.12.1990.

Mielenterveysasetus 1247/1990, 21.12.1990.

KOMITEAMIIETINNÖT

Komiteamietintö 6/1908: Varsinaisten mielisairasten hoito I.

Komiteamietintö 7/1943: Kunnallisten mielisairalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustusten järjestämisestä.

Mielenterveystyön komitean mietintö 17/1984, osa II.

KIRJALLISUUS

Achté, Kalle 1974: *Satakolmekymmentä vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaala 1841–1971*. Otava, Helsinki.

Achté, Kalle 1991: *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Klaukkala.

Ahlbeck-Rehn, Jutta 2006: *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själo hospital 1889–1944*. Åbo Akademi, Åbo.

Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi 2013: *Degeneraatio ja modernisoituva Suomi. Sairausten kulttuuristen merkitysten äärellä. Kulttuurintutkimus*

- 20: 2, 3–15. Saatavissa: https://kulttuurintutkimus.fi/artikkelit-pdf/KT_2-2013_3-15_Degeneraatio_ja_modernisoituva_Suomi.pdf. Viitattu 2.8.2019.
- Ahola, Teija 2015: Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle [verkkoaineisto]. Museovirasto, Helsinki. Saatavissa: https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VALMIS_2015.pdf. Viitattu 5.8.2019.
- Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielen-terveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Helsingin yliopisto, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5671-6>.
- Alaja, Paavo 2013: *Suomen maalaisseurakuntien köyhäinhoito luterilaisen ortodoksian aikana (1571–1686)*. Suomen kirkkohistoriallinen seura, Helsinki.
- Alanko, Anna Maija 2017: *Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation*. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Anttinen, Erik E. 1983: Avohoidon ideologian kehitys. Teoksessa: Achté, Kalle – Suominen, Jaakko – Tamminen, Tapani (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki, 217–228.
- Blomberg, Ari-Pekka 1991: Mielisairaalan aseman sodan aikana. Teoksessa: Salo, Jyrki – Taipale, Ilkka (toim.) *Mielisairaalan sosiaalinen asema*. Kellokosken sairaala, Tuusula, 156–161.
- Bäckgren, Noora 2020: Hus myy kulttuurihistoriallisesti merkittävän Kellokosken sairaalan – ”Tämä paikka on helmi” [verkkoaineisto]. *Helsingin Sanomat* 11.10.2020. Saatavissa: <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000006665974.html>. Viitattu 30.3.2022.
- Enges, Pasi – Heimo, Anne – Mahlamäki, Tiina – Virtanen, Timo J. 2015: Tila, paikka ja ympäristö. Teoksessa: Kouri, Jaana (toim.) *Askel kulttuurien tutkimiseen*. Turun yliopisto, Turku, 133–150.
- Eskola, Jarkko 1983: Psykiatrin terveydenhuolto. Lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Teoksessa: Achté, Kalle – Suominen, Jaakko – Tamminen, Tapani (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki, 203–216.
- Harenko, Aarno 2000: Mielisairaaloitten puistojen historiaa. Teoksessa: Kaarninen, Pekka (toim.) *Pitkäniemen vuosisata*. Pitkäniemen sairaalan kuntayhtymä, Tampere, 78–86.
- Harjula, Minna 1996: *Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material and immaterial cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353. Saatavissa: <https://www.transcript-publishing.com/978-3-8376-4788-4/material-cultures-of-psychiatry/>. Viitattu 13.1.2021.
- Helén, Ilpo – Hämäläinen, Pertti – Metteri, Anna 2011: Komplekseja ja katkoksia. Psykiatrin hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltion. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino, Tampere, 11–69.
- Hirvonen, Helena 2008: *Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi. Suomalaisen mielisairaanhoidon ja psykiatrin kehityslinjat 1800-luvulta 1910-luvulle*. Historian lisensiaatintyö. Joensuu yliopisto, Joensuu.

- Honkala, Kaisa 2010: ”YK:n ihmisoikeudet vankiloihin!” Marraskuun liikkeen suomalaisen kontrollipolitiikankritiikki 1967—1972. Poliittisen historian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201703271781>
- Hyvönen, Juha 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Hämeenlinnan Lydia 2020: Hämeenlinna – piirimielisairaala [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://lydia.hameenlinna.fi/items/show/974>. Viitattu 15.1.2020.
- Jaakkola, Jouko 1994: Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko – Pulma, Panu – Satka, Mirja – Urponen, Kyösti (toim.) *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki, 71–162.
- Jäntti, Saara 2019a: Kodittomuuksia nuorten mielenterveyskuntoutujien draamaryhmässä. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 159–182. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>.
- Jäntti, Saara 2019b: Kodin merkitysten rakentuminen *Koti! Paikka maailmassa* -esityksessä. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääskilähti, Nina – Ahvenjärvi Kaisa (toim.) *Kuulumisen reitit taiteessa*. Eetos, Turku, 275–300.
- Kailla, Martti 1966: *Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurin historian valossa*. WSOY, Helsinki.
- Kaarinen, Mervi – Kaarninen, Pekka 1990: *Pitkänimen sairaala 1900–1990*. Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto, Tampere.
- Koivuranta, Esa 2020: Yllätyskäänne Helsingissä: Lapinlahden sairaalan ideakisassa on enää yksi osallistuja, toinen vetäytyi viime metreillä. *Ratkesiko sairaalan tulevaisuus?* [verkkoaineisto]. Ylen verkkouutiset 16.1.2020. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-11160487>. Viitattu 16.1.2020.
- Kotilainen, Helinä 2000: Rakentaminen Suomen terveydenhuollossa 1900-luvulla. *Hippokraties: Suomen Lääketieteen Historian Seuran Vuosikirja* 17, 102–121.
- Kuuva, Sari 2018: Ruumiillinen tieto sairaalaympäristöissä. Valokuvia suomalaisista mielisairaalahistoriikeista. *Ennen ja nyt*, 18: 4. Saatavissa: <https://journal.fi/ennenjanyt/article/view/108898/63890>. Viitattu 21.1.2020.
- Kärkkäinen, Jukka 2004: *Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta*. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Lehtinen, Ville – Alanen, Yrjö O. – Anttinen, Erik E. – Eerola, Kaija – Lönnqvist, Jouko – Pylkkänen, Kari – Taipale, Vappu 1989: *Sosiaalipsykiatria*. Tammi, Helsinki.
- Lönnqvist, Jouko – Moring, Juha – Pylkkänen, Kari – Vuorilehto, Maria 2013: Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. 9–10. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, 47–68.
- Maanmieli, Karoliina 2019: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Porvoo.
- Neuman-Rahn, Karin 1924: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.

- Paatela, Mikael – Havu, Petra – Häkli, Gillian 2003: *Sairaalarakennuksen kehitys. Development of the hospital building*. Arkkitehtitoimisto Paatela-Paatela & co, Espoo.
- Palmgren, Heikki 1999: *Piirimielisairaalaista kaupungintaloksi. Tyrvään piirimielisairaalan päärakennuksen, henkilökunnan ja sairaalaympäristön historiaa seitsemältä vuosikymmeneltä*. Tyrvään seudun kotiseutuyhdistys, Vammala.
- Pesonen, Niilo 1980: *Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. WSOY, Porvoo.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2020: *Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pulma, Panu 1991: Mielisairaalan sosiaalisesta asemasta 1700–1800-luvuilla. Teoksessa: Salo, Jyrki – Taipale, Ilkka (toim.) *Mielisairaalan sosiaalinen asema*. Kellokosken sairaala, Kellokoski, 144–150.
- Pulma, Panu 1994: *Vaivaisten valtakunta*. Teoksessa: Jaakkola, Jouko – Pulma, Panu – Satka, Mirja – Urponen, Kyösti: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki, 15–70.
- Raitakari, Suvi – Günther, Kirsi 2015: Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja asunto ensin -mallin asumispoluilla. *Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 23: 1, 66–82. Saatavissa: <https://journal.fi/janus/article/view/51243/15695>. Viitattu 4.2.2020.
- Rissanen, Anu 2018: Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia* 16: 31, 41–66. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201805302902>.
- Rosén, Helena 1991: Lapinlahden sairaalan rakennushistoriasta. Teoksessa: Achté, Kalle (toim.) *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Klaukka, 26–33.
- Saarikangas, Kirsi 2002: *Asumisen muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Saarikangas, Kirsi 2006: *Eleyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa*. Vastapaino, Tampere.
- Salo, Markku 2019: *Hullut mielenterveysmarkkinat. Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut?* Vastapaino, Tampere.
- Sarvilinna, Atso 1938: *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellinen historiallinen tutkielma*. A. Sarvilinna, Uusikaupunki.
- Soininen, Aarne 1934: Mielisairaalarakennuksen historiasta. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 4/1934, 79–90.
- Sommar, Heidi 2016: Lapinlahden sairaala. Hourujen hoidosta psyyken parantamiseen [verkkoaineisto]. *Yle Elävä arkisto*. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/09/27/lapinlahden-sairaala-hourujen-hoidosta-psyken-parantamiseen>. Viitattu 15.1.2020.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>.
- Therman, Ernst 1924: *Katsaus piirimielisairaaloitten syntyyn ja kehitykseen maassamme*.

- Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 8–9, 384–396. Duodecim, Helsinki. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1924_8-9_384-396.pdf. Viitattu 25.1.2020.
- Tuovinen, Sirkka Liisa 1990: *Kellokosken sairaala 1915–1990*. Kellokosken sairaala, Kellokoski.
- Törrönen, Sirkka 1978: *50 vuotta työtä mielenterveyden hyväksi*. Mielisairaanhuoltopiirien liitto, Papinsalmi.
- Vilkuna, Kustaa H. J. 2010: *Katse menneisyyden ihmiseen. Valta ja aineettomat elinolot 1500–1850*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Vorma, Helena – Rotko, Tuulia – Larivaara, Meri – Kosloff, Anu 2020: *Kansallinen mielen-terveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>. Viitattu 2.10.2021.
- Vuorio, Kaija 2010: *Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952*. Niuvanniemen sairaala, Kuopio.
- Vuorio, Kaija 2011: *Niuva. Niuvanniemen sairaala 1953–2010*. Niuvanniemen sairaala, Kuopio.

Ristiinvalotuksia – Mielisairaala muistojen kuviteltuna ja elettyinä tilana

Saara Jäntti

 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>

Karoliina Maanmieli

 <https://orcid.org/0000-0002-5157-6750>

”There’s always another side, always.” (Jean Rhys)

Mielisairaala on (ollut) paikka, jossa elämät risteävät eri tavoin. Ihmiset ovat tulleet – tai heidät on tuotu – sairaalaan eri syistä. Potilaat tulevat sairaalaan hoitoon, vapaaehtoisesti tai pakolla. Hoitajat, lääkärit, harjoittelijat ja muu henkilökunta askarteluohjaajista psykologeihin ja siivoojista keittäjiin saapuvat sinne töihin. Mielisairaaloitten alueilla kasvaneet lapset ovat päätyneet sairaala-alueelle vanhempiensa töiden perässä; ohikulkijat ovat nivoneet alueeseen liitetyt tarinat ja kohtaamiset osaksi omaa elämäntulkuaan ja -asenteitaan. Mielisairaalamuistoaineiston valossa mielisairaalat näyttävät jatkuvien saapumisten ja lähtöjen merkityksellistämisen tiloina, joissa kohtaavilla ihmisillä on hyvin vahvasti määritelty rooli. Tämä rooli asemoi sairaalassa eläviä, vierailevia ja työskenteleviä ihmisiä, ja määrittää sitä, mitä ja miten he ajastaan sairaalassa voivat kertoa.

Sairaaloista kerrotut tarinat, muistot ja kokemukset kirjoittavat elämän sairaaloiden tiloihin (Wood 2013). Kertomukset luovat eloa elottoomiin tiloihin: syntyy liikettä, rytmejä, näkyviin nousee reittejä, tilaan liittyviä valta-asetelmia, jopa -taisteluita. Hyvin keskeisesti tilan merkitykset muodostuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Samoin tilan kokemiseen ja siihen orientoitumiseen vaikuttavat tilaan ennalta kytkeytyvät mielikuvat sekä tilan kokijan mielentila. Tässä luvussa hahmottelemekin mielisairaalaä käyttäjien näkökulmasta kerrottuna kuviteltuna, muistettuna ja elettyinä tilana, jonka merkitykset muovautuvat tilan ja sen käyttäjien välisessä monisisisessä vuorovaikutuksessa (Saarikangas 1998; 2006).

Vaikka muistelijaryhmät ovat sisäisesti hajanaisia ja jokainen muisto on ainutlaatuinen, on aineistossa nähtävissä myös selvästi, miten henkilöiden asema sairaalayhteisössä määrittää sitä, miten he sairaaloista kertovat ja miten heidän suhteensa tilaan ja muihin siinä toimiviin muotoutuu. Analyysimme keskittyikin siihen, miten eri muistelijaryhmien ja muistelijoiden muistot ikään kuin ristiinvalottavat toisiaan tarjoten erilaisia näkökulmia sairaaloissa kohdattuihin ihmisiin ja tiloihin liittyviin kokemuksiin. Sairaala näyttäytyy tässä luvussa siis ennen kaikkea sosiaalisena tilana. Lähtökohtanamme on Henri Lefebvren (1991) esittämä ajatus sitä, että käyttäjän näkökulmasta riippuen yhdessä tilassa on aina monta tilaa. Muistot täydentävät ja paikoin myös haastavat toinen toisiaan. Osoitamme myös, miten käsitykset mielisairaaloista elävät ihmisten mielissä jo ennen kuin heillä itsellään on kokemusta mielisairaaloiden tiloista.

Muistelijoiden moninaiset näkökulmat sairaalaan sosiaalisena ja fyysisenä tilana

Eri muistelijaryhmät ovat läsnä toistensa kertomuksissa ja kertovat toisistaan eri tavoin. Siinä missä lääkärit kertovat hoidon järjestämisestä, työn vaatimuksista ja hallinnollisista ratkaisuista, henkilökunta kirjoittaa työstä ja potilaista, ja lukuisat potilaiden muistot valottavat sitä, miltä tuntuu olla hoidossa ja hoitotoimenpiteiden kohteena. Kaikki muisteli-

ryhmät mainitsevat potilaat. Potilaat kirjoittavat usein myös omaisistaan ja henkilökunnasta. Mielisairaala-alueilla kasvaneet lapset kertovat niin potilaista kuin vanhemmistaankin, toisistaan ja muusta henkilökunnasta, mutta potilaiden omaisista heidän kertomuksissaan on vain harvoja mainintoja. Yksikään muu muistelijaryhmistä ei kuitenkaan kerro mielisairaala-alueilla kasvaneista lapsista. Tämä selittyy osin muistojen eriaikaisuudella: potilaiden muistoja ei juurikaan ole toisen maailmansodan ja 1970-luvun väliseltä ajalta, jolloin henkilökuntaa asui mielisairaala-alueella perheineen eniten. Henkilökunnan muistoissa taas keskitytään mielisairaalaan työympäristönä, jolloin muistelun fokus on potilaissa ja toisissa työntekijöissä. Mielisairaala-alueilla kasvaneet lapset kuitenkin kertovat vanhemmistaan kasvattajina ja valaisevat heidän henkilökohtaista elämänsä ja piirteitään. Lapsuuttaan muistelevina aikuisina he tarkastelevat mennyttä nykyisyyden valossa. Sairaalan liepeillä kasvaneina, ikään kuin ulkopuolisina ja muita ryhmiä vapaampina tarkkailijoina heitä eivät myöskään kertojina sido sama vaitiolovelvollisuus kuin heidän vanhempiaan sairaalan henkilökuntana.

Sairaala rakennuksena ja sosiaalisena tilana näyttäytyy erilaisena potilaiden, omaisten ja henkilökunnan muistoissa. Sairaalan sisällä erilaiset paikka- ja tilajärjestelyt vaikuttavat siihen, miten ihmiset voivat kohdata toisiaan ja millaisia hierarkioita niihin liittyy (Saarikangas 1998; 2006; Lefebvre 1991). Tilat itsessään luovat valta-asetelmia, asemoivat ja positionoivat ihmisiä suhteessa toisiinsa: niiden suunnittelussa vallalla olleet ideologiat ja ajatukset ihmisten välisistä suhteista heijastuvat rakennusten tilajärjestelyistä (Foucault 1997; 2014). Sisällä sairaalassa osastojaot muodostavat keskeiset tilalliset puitteet ja erot ihmisten välille. Tärkeitä tiloja osastoilla ovat potilashuoneet, käytävät, sängyt, kansliat ja eristys-huoneet. Sairaalan sisällä ja sen ympärillä tärkeiksi muodostuvia tiloja käsitellään seikkaperäisesti tämän kirjan seuraavissa luvuissa. Tässä luvussa lähinnä hahmottelemme sairaalaan elettyä tilana liittyviä erilaisia teemoja ja ulottuvuuksia, joita seuraavat luvut syventävät. Näitä ovat tilojen kunto ja käyttö, tärkeät paikat, sosiaaliset suhteet, inhimilliset ja ei-inhimilliset toimijat kuten lääkkeet. Tarkastelemme muistoaineistoa eri muistelijaryhmien – potilaiden, omaisten, henkilökunnan ja mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten – näkökulmista ja pyrimme tuomaan

esille aineiston monipuolisuuden. Kuten Helena Saarikoski (2011, 131) kirjoittaa, muistitietoaineisto on kuin seula, jonka avulla voi eritellä, haravoida ja hahmottaa niitä tekijöitä, jotka liittyvät laajasti erilaisiin ilmiöihin, kokemuksiin, paikkoihin ja tapahtumiin.

Ympäristön merkitys muodostuu paitsi aistikokemusten ja sosiaalisten suhteiden kautta, myös ajassa. Luvussa eletyn tilan käsite laajentuu-kin ihmisissä eläväksi kuvitelluksi ja muistetuksi tilaksi. Ajallisuus on keskeinen osa muistelua ja kokemusta tilasta. Aika kietoutuu paikkaan rakennusten historiallisina kerrostumina sekä tiloja käyttävien ihmisten muistoina vastaavista tiloista tai toisenlaisista tilakokemuksista. Saarikankaan mukaan ”merkitykset muodostuvat ympäristön ja ihmisten kohtaamisissa ja näihin kohtaamisiin sisältyvässä liikkeessä nykyisyyden ja menneisyyden välillä”. (Saarikangas 2006, 9.) Tämä menneisyyden ja nykyisyyden vuoropuhelu on läsnä monissa muistoissa esimerkiksi viittauksina ja vertauksina toisiin tiloihin, ja kirjoitushetken ja muisteltavan ajanjakson kokemusten vertailuna. Toisaalta erityisesti kirjoittajien kertoessa ensikontakteistaan mielisairaaloihin, heidän teksteissään on vahvasti läsnä sairaalaan liittyneet ennako-odotukset. Sairaalassa oloon ja sen eri tiloihin – osastoihin, huoneisiin, käytäviin, sänkyihin, kanslioihin ja pihoihin – sekä sairaalassa kohdattuihin ihmisiin liittyvät kokemukset puolestaan muokkaavat kertojien käsityksiä sairaaloista ja niissä olevista ihmisistä. Muistoissa sairaaloihin liittyvät kuvitelmat ja kokemukset elävät rinnakkain, ja muistelijoiden erilaiset tavat kertoa mielisairaaloista luovat kuvaa siitä, mikä mielisairaala itse asiassa (heille) on. Moni myös pohtii niin psykiatrisen hoidon tulevaisuutta kuin omaa suhdettaan siihen. Menneisyys ja tulevaisuus ovat siis läsnä kirjoittajien kuvatessa kohtaamisiaan sairaalatilaa ja siinä olevien ihmisten kanssa.

Ajallisuus näyttäytyy luvussa kahdella tapaa: yhtäältä hoitokäytäntöiden ja muistelijaryhmien sijoittumisena historialliseen aikaan, toisaalta kertomusten ajallisuutena. Muistelijaryhmien kertomukset kirjoitukset ovat osin eriaikaisia: potilaiden muistot ovat pääosin läheltä nykyaikaa, jolloin sairaalassa on yleensä viivytty kohtuullisen lyhyitä aikoja. Hoitohenkilökunnan ja mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot taas ajoittuvat pääasiassa 1900-luvun loppupuoliskolle. Tosin myös historiallisia jatkumoa muodostuu. Toisaalta taas ajallisuus tulee esille siinä,

miten analyysi rakentuu: sairaalakertomuksille tyypilliseen tapaan saapumisen, viipymisen ja lähdön kautta (ks. myös Jönsson 2010).

Sairaalan rakentaminen

”Rakennettu tila on ihmisen rajaama ja tekemä” (Saarikangas 1998, 247). Tämä Kirsi Saarikankaan tekemä yksinkertainen huomio palauttaa muistiin sen, että mielisairaaloissa on kyse ihmisten suunnittelemista, rakentamista ja tiettyjä rakentamisen, yhteiskunnan, kulttuurin ja lääketieteen trendejä noudattelevista rakennuksista. Näkemys, että sairaalahoido on välttämättömän tärkeää juuri mielisairaanhoidossa, ohjasi viime vuosisadan puolella pitkään suomalaista mielenterveyspolitiikkaa ja selittää sitä, miksi sairaalalaitos rakentui Suomessa niin laajaksi. Tämän välttämättömyyden politiikan historia löytyy mielisairaanhoidon virallisesta, hallinnon ja lääketieteen vaiheista kertovasta historiasta (esim. Parpola 2013; Rissanen, luku ”Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa” tässä teoksessa), arkistoista ja esimerkiksi mielisairaaloiden historiikkeista, joissa mielisairaaloista yleensä kerrotaan lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista (ks. esim. Kuuva 2018b). Muistokeruuaineistossa lääkäreiden muistot asettuvat vähemmistöön.

Hoidon hallinnollisessa ja konkreettisessa järjestämisessä mukana oleen lääkärin muistokertomus kuitenkin muistuttaa, miten suuren työn takana hoidon järjestäminen tilojen ja henkilökunnan puutteen ja pitkällisten, jopa vuosikymmeniä kestäneiden neuvottelujen vuoksi ylipäättään on ollut. Entisen Lapin mielisairaanhoidopiirin ja sairaanhoidopiirin johtajan keruuseen lähettämä muisto avaa lyhyesti Muurolan sairaalan vaiheita (MKM 329–336). Kirjoitus valaisee sitä monimutkaista hallinnollista prosessia, jossa Lääkintöhallitus, valtioneuvosto, sairaanhoidopiirit, mielisairaanhoidopiiri ja kuntainliitot neuvottelevat siitä, miten, missä ja kenen toimesta hoito tulee järjestää, ja muodostaa yhtäältä jyrkän kontrastin potilaiden ja omaisten tavalle kertoa mielisairaalamuistoja. Samalla se toisaalta valaisee hyvin konkreettisella tavalla hoidon käytännön puitteiden rakentamista. Kun monet potilaat kertovat siitä, miltä on tuntunut saapua sairaalaan, asettua sinne ja olla hoitotoimenpiteiden

kohteena, lääkärin muisto valaisee niitä olosuhteita, joissa nuo rakenteelliset puitteet on luotu ja millaisia toimia siihen on vaadittu. Pysähtyään hetkeksi sen äärelle.

Kun mielisairaalan perustaminen oli katsottu tarpeelliseksi jo sodan aikana 1943, kesti kolmekymmentä vuotta ennen kuin ”STM kehotti lääninhallitusta selvittämään Muurolan parantolan muuttamista psykiatriseksi sairaalaksi” (MKM 331). Sairaala otettiin psykiatrisen hoidon käyttöön 1976 eli samoihin aikoihin, kun mielisairaanhoidossa alettiin jo yleisesti ajaa avohoitoon siirtymistä. Muurolan sairaala olikin viimeinen Suomeen perustettu B-mielisairaala.

Muisto tuo elävästi esille, millaisten visioiden varassa päätöksiä tehtiin ja sairaalaa perustettiin: ”Sairaalan suunnittelussa lähdettiin siitä, että siitä tulee edistysellinen psykiatrisen hoitolaitos” (MKM 332). Mietittiin osastojakoja, jotka haluttiin toteuttaa eri potilasryhmien hoitoa koskevan tietotaidon pikemminkin kuin maantieteellisen aluejaon mukaan, jolloin ratkaiseviksi osastoja erotteleviksi tekijöiksi nousivat akuutin tai pitkäaikaishoidon tarve sekä potilaan ikä: vanhukset ja nuoriso erotettiin omille osastoilleen. Lisäksi erikseen olivat kuntoutus- ja psykoterapeuttinen osasto sekä alkoholistien hoito-osasto. Osastojaossa päätettiin luopua jaosta sukupuolittain, sillä sekaosastojen ajateltiin rauhoittavan osastoja. Lisäksi mietittiin päivärytmiä: ajan käytäntöjen vastaisesti ruokailu järjestettiin yhteisessä ruokasalissa, millä haluttiin luoda liikettä ja vaihtelua yhtäjaksoiseen osastolla oleskeluun. Merkittävä ero nykyajaan verrattuna on, että hoitoaikoja ei pyritty minimoimaan (MKM 334).

Lapin mielisairaanhoidonpiiriin suunniteltiin 556 sairaansijaa. Virkoja piti olla 389 sairaalassa ja 71 avohoidossa. Kirjoitus osoittaa tässä rajun kontrastin toiveiden ja todellisuuden välillä, ja lääkärin muisto kuvaakin psykiatrian jatkuvaa resurssipulaa: ”Sairaalassa oli vuoden 74 alussa vain 3 psykiatria, virkoja oli 16. Pulaa oli myös psykiatrisista erikoissairaanhoidajista.” Huolta aiheutti myös tilanpuute: ”Kun määräys oli, että sairaalan tiloihin piti sijoittaa 556 ss, se asetti osastojen rakentamiselle omat tiukat puitteet ja ehdasta luonnollisesti oli.” Myös henkilökunta piti mahdollista johonkin: ”Sairaalaa perustettaessa oli myös henkilökunnan asunto-ongelma. Niinpä rakennettiin n. 180 asuntoa Muurolan kylään.” (MKM 332.)

Murolan sairaalan vaiheista kirjoittava muistelijä ei juurikaan kerro omista tunteistaan, mutta arvioi sitä, mitä tarvittiin, miten tarpeita pyrittiin täyttämään, mikä toimi ja mikä ei, missä oli onnistuttu, mitä oli toivottu ja mikä osuus toiveista toteutui. Kun tarvittiin sairaansijoja ja virkoja, niitä perustettiin. Kun hoitohenkilökunnasta oli pulaa, perustettiin opetussairaala. Kun henkilökunnalle tarvittiin asuntoja, niitä rakennettiin. Näin sairaalan perustaminen vaikutti ympäristöön luoden työpaikkoja, asuntoja ja koulutusmahdollisuuksia.

Kuitenkin jo muutaman vuoden päästä Murolan sairaalan perustamisesta ”alkoi muutosten ja supistusten aika” (MKM 334). Avohoitoa ja sosiaalihuoltoa kehitettiin. Osastopaikkoja vähennettiin vuoteen 1999 mennessä 556:sta 110:een. Muiston kirjoittamisen aikaan vuonna 2015 niitä oli 86. Tämä synnytti jälleen tarpeen uudentilaisille tiloille ja uudentilaiselle henkilökunnalle, josta edelleen oli pulaa. Tarvittiin tiloja mielen-terveystoimistoille ja kotiutettaville potilaille. Koska sosiaalitoimi ei toiminut ja potilaita kuitenkin haluttiin kotiuttaa, sairaala joutui itse vuokraamaan asuntoloita potilaille (MKM 335). Asuntolapaikkoja oli lähes 90. Myös sairaala-alueelle perustettiin asumiskäytöstä tyhjäksi jääneeseen rakennukseen kuntoutuskoti potilaille, jotka eivät vielä selvinneet kotipaikkakunnan tuetussa asumisessa tai omassa kodissa. Kaikki tämä kiinnittää huomion siihen, miten läheisesti mielisairaanhoidon historia on kytkeytynyt asumisen historiaan niin potilaiden kuin henkilökunnan osalta. (Ks. Kuuva sekä Jäntti, luku ”Kotona, sairaalassa” tässä teoksessa.) Muisto on kuin pikakelaus mielisairaaloiden historiasta.

Henkilökunnan muistoja potilaista ja sairaalataloista

Siinä missä hallintolääkärin muistot koskevat hoidon järjestämistä rakentamisen, talouden ja hallinnon osalta, ja sairaalat näyttäytyvät hänen muistossaan sairaansijojen lukumääränä sekä hoidon järjestämiseen ja henkilökunnan ja potilaiden asumiseen liittyvinä ratkaisuin, muun henkilökunnan muistoista piirtyy kuva hoidon kehityksestä vuosikymmenten saatossa: osastot siistiytyvät, ammattiryhmät ja niiden yhteistyö lisääntyvät sekä nimikkeet vaihtuvat. Henkilökunnan muistoista

suurin osa sijoittuu 1960–1990-luvuille eli mielisairaalapaikkojen rajun lisäyksen ajoilta sairaaloiden alasajoon 1990-luvun uuden mielenterveyslain ja laman myötä. Vaikka 1960-luvulla sairaaloissa työskennelleet hoitajat ja harjoittelijat kuvaavatkin monin tavoin positiivista muutosta mielenterveysongelmiin suhtautumisessa, niitä koskevan ymmärryksen lisääntymisessä ja hoidon parantumisessa ja monipuolistumisessa, ovat kiireettömyys ja jatkuvuus asioita, joita monet kaipaavat: ”Aina oli aikaa olla potilaan kanssa kahden”, kirjoittaa sairaalassa 1960-luvun puolivälissä psykologiharjoittelijana ollut (MKM 453).

Moni hoitaja on hakeutunut alalle halusta auttaa hädänalaisia, mihin mielisairaala on tarjonnut mahdollisuuden: ”Jouduin [ensimmäisellä työpaikallani diakonissana] ristiriitaan ihmisten hädän suuruuden ja omien mahdollisuuksieni riittämättömyyden apuun vastaamisen kanssa.” Osastonhoitajana 1960–1990-luvuilla työskennellyt kirjoittaja tuntee mielisairaalassa löytäneensä oman alansa ja mahdollisuuden auttaa: ”siellä tietää, että mistä ihmiset saavat lämpimän katon päänsä päälle, ruuan ja vaatetuksen sekä hoidon.” (MKM 163.) Hoitoon tulevat ovat olleet monella tapaa huono-osaisia: ”Sairaalaan tuli vanhainkodeista ja omista kodeistansa tosi sairaita ja likaisia potilaita. Ryysynyyttejä, pahvilaatikoita oli mukana. Tukka takussa. Pesu ja puhdasta vaatetta. Suuri muutos oli tulijallekin. Samasta perheestä saattoi tulla useampikin. Voi niitä aikoja...” (MKM 224, mielisairaanhoidaja/mielenterveyshoitaja, 1960–1990-luvut.)

Pitkään alalla toiminut hoitohenkilökunta näkee, että sairaaloiden toiminta on kehittynyt parempaan suuntaan, mikä näkyy sairaalaympäristön ja sisustuksen paranemisessa sitten uran alkamisen: ”Paljon on kehitystä tapahtunut. Ei ollut verhoja akkunoissa. Harmaat viltit oli peittona. Lakanat oli, mutta ei ollut vielä pussilakanoita. Koko henkilökunta oli nuorta. Kurssilta moni tuli ensimmäiseen työpaikkaansa. Vaihtuvuus oli aika suurta.” (MKM 224.)

Toisaalta hoitajien muistoissa korostuvat usein erot ja jopa ristiriidat eri osastojen välillä. Eräs muisto kuvaa, kuinka osastojen tilojen käytöstä käytiin valtakamppailuja henkilökunnan jäsenten välillä niin, että lopulta laitokseen palkattu psykologi joutui niitä selvittämään (MKM 224–230). Useimmiten osastoja kuvataan kuitenkin niiden levottomuu-

den mukaan: ”ilmapiiri oli levoton, ahdistunut, ajoittain väkivaltainen tappeluneen tai uhmainen” (MKM 162–165, osastonhoitaja, työssä 1967–1999). Erot osastojen välillä ovatkin usein suuria. 1960-luvulla kesäapulaisena eli vipparina ollut kirjoittaja muistelee:

Toimela oli viehättävä kaksikerroksinen vanha puutalo, jossa asusteli muutama kymmenen enimmäkseen melko iäkästä miestä. Jotkut kävivät töissä sairaalan ulkopuolella palatakseen aina illaksi ”kotiin”. Huoneissa oli tavallisesti useampikin asukas, mutta mitään monen sängyn saleja huoneet eivät olleet. Joku asui aivan omaa kamaria. (MKM 543–545.)

Seuraavan kesän kokemus oli sängen erilainen: kirjoittaja koki naisten suljetulla osastolla mielisairaanhoidajan sijaisena työskentelyn ahdistavaksi: makuusalit olivat suurempia ja potilaat levottomia. Työtehtäviin kuului petien sijaus, lääkkeiden antaminen, pulssin tarkastus, ruokailussa auttaminen, potilaiden kävelytys ja peseminen. Muistossa korostuu työn ruumiillisuus ja fyysinen kontakti potilaisiin sekä työn vaativuus.

Hoitohenkilökunnan muistoissa kuvataan usein henkilökunnan vähyyttä suhteessa potilaiden lukumäärään ja hoidettavuuteen. 1960–1970-lukujen vaihdetta muisteleva hoitaja kirjoittaa:

Osaston tilat olivat hyvin ränsistyneet ja huonekalut askeettiset. Kaikille potilaille ei ollut istumapaikkaa yleisissä tiloissa. Huoneiden ovet olivat lukitut päivällä lukuun ottamatta lounaanjälkeistä lyhyttä ruokalepoa. Osasto oli hyvin levoton, äänekäs, väkivaltainen, sotkuinen. Potilaat olivat hyvin harhaisia, tuskaisia, joivat virtsaansa ja söivät ulostettaan. (MKM 163.)

Hoitajien muistoissa näkyviksi tulevat myös huonokuntoisimmat potilaat ja sellainen käytös, kuten töhriminen, josta potilasmuistelijat harvoin kertovat ja joka on huomattavasti vähentynyt osastojen rauhoituttua 1950-luvulta alkaen. Tämän muiston kirjoittaja kuitenkin kuvaa elävästi erilaisia keinoja, joilla osaston ilmapiiriä parannettiin: kun sen ohjel-

maan otettiin esimerkiksi haitarimusiikin tahtiin tanssimista ja ulkoi-lua, osasto rauhoittui. Henkilökunnan muistoissa mainitaan myös, että psyykenlääkkeiden käyttöönoton myötä osastot rauhoittuivat ja potilaiden hoitaminen helpottui.

Pitkän uran hoitohenkilökunnassa tehneiden muistelijoiden kirjoituksissa näkyy vahva halu parantaa osastojen toimintaa ja tunnelmaa. Edellinen muistelija kirjoittaa, kuinka paikallinen tavaratalo saatiin paikalle esittelemään tuotteitaan: ”Se oli melkoista sutinaa, kun potilaat sovittivat mekkoja, hameita, puseroita ym. tuotteita ja tekivät kauppaa hoitajien avustuksella. – – Ilo oli vilpitön, kun he saivat jotain uutta ja omaa päälleen.” (MKM 164.) Vaatteilla on keskeinen rooli siinä, miten sosiaalisia hierarkioita sairaalaympäristössä luodaan. Hoitajan kuvaus siitä, kuinka potilaat sitten uusissa vaatteissaan suuntasivat läheiseen kaupunkiin syömään ravintolaan, suo lukijalle pienen väläyksen siitä, miten muutos sairaaloiden hoitokulttuureissa tapahtui ja kuinka ne alkoivat avautua kohti muuta yhteiskuntaa: ”Oli suuri kontrasti, kun potilas, joka osastolla oli syönyt omia eritteitään ja varastellut toisten lautasilta, osasi käyttäytyä hyvin ja arvokkaasti ja söi veitsellä ja haarukalla. Hän ihasteli, että isäni kotona oli tällaiset välineet.” (MKM 164.) Kaikille potilaille hoitokulttuurin muutos ja yhteisöhoitoajattelun juurruttaminen sairaalaan ei kuitenkaan ollut mieleen. Sama hoitaja muistelee, että kun erään suljetun osaston potilaan häiritsevään käytökseen kiinnitettiin huomiota, oli tämä tokaissut: ”Eikö mielisairaalassakaan saa enää huutaa ja riehua” (MKM 165).

Muistelijoiden joukossa on jonkin verran myös niitä, joille harjoittelu mielisairaalassa on tehnyt selväksi, ettei ala sovellu heille. Syynä tähän on usein työn raskaus ja ahdistuminen potilaiden tilasta. Eräs työkokeilussa avoyksikössä ollut muistelija kertoo ahdistuneensa potilaiden harhoista, esimerkiksi vaimon äänellä puhuneesta tupakasta. Myös väkival-lan uhka ja seurailevat potilaat ahdistivat: ”En viihtynyt työympäristössä, jossa koskaan ei saa kääntää selkää asukkaille, ei koskaan saa kulkea rapusia edellä, ei koskaan saa jäädä tiloihin ilman hälytintä.” (MKM 370.) Myöskään työilmapiiiri ei aina ole ollut paras mahdollinen: ”henkilökunta oli väsynyttä ja jo hieman kyynistynyttä” (MKM 370). Osastolla ja sairaalassa vallitseva työ- ja hoitokulttuuri ovat merkittävä tekijä hoita-

jien työssä jaksamiselle ja viihtymiselle. Työssä uupunut ja alalta pois jäänyt kertoo työkulttuurista:

Tuntui käsittämättömältä, miten hoitajat mieluemmin istuvat kansliassa keskenään pelailemassa koneella kuin olla päiväsalissa potilaiden seurana. Mietin myös niitä osastoja, missä piti joka työvuoron ajalta kirjoittaa potilaasta jotain, että mistä he tietävät miten kenenkin vastuupotilaan päivä on mennyt, kun eivät he edes keskustele tai ole läsnä potilaan arjessa. Jotkut sentään kysyivät vastuupotilailtaan, että mitä kuuluu, jolloin potilas vastasi yleensä vain ”ihan ok” ja sitten hoitaja kirjoittaa, että potilaan päivä on mennyt hyvin ja saattaa lisätä sen, oliko katsekontaktissa vai ei. Tämä tuntui pahalta, mutta päätin, että keskityn vain omaan työhöni ja suren sitten, jos minusta tulee samanlainen tympääntynyt hoitaja kuin enimmät. Toisaalta myös työyhteisön paine laiskuuteen ja koneella olemiseen vaikutti, sillä jos teki työnsä liian potilaslähtöisesti, joutui syrjityksi ja työpaikkakiusatuksi. (MKM 384.)

Ristiriidat henkilökunnan käsityksissä siitä, miten työtä tulisi tehdä, heijastuvat muistoissa. Myös eri mielisairaaloiden toimintakulttuurit ovat eronneet toisistaan huomattavasti. Niiden muodostuminen on riippunut paitsi hoitoideologiasta myös siitä, millaista osaamista henkilökunnalta on löytynyt ja minkälaisia resursseja toiminnan järjestämiseen sairaala on tarjonnut (esim. Vilhunen 2016). Erityisesti henkilökunnan muistoissa ja sairaaloiden historiikeissa kuvataan, miten sairaaloissa on perustettu urheilujoukkueita, palkattu liikunnanohjaajia ja järjestetty toimintaterapiaa sekä käsityötoimintaa. Tätä tapahtui erityisesti silloin, kun sairaaloissa vielä vietettiin pitkiä aikoja ja niistä tietoisesti rakennettiin toimintayhteisöjä. Tältä ajalta ei ole paljoakaan potilaiden muistoja, mutta myös 1990-luvulle ulottuvissa potilaiden muistoissa mainitaan monenlaista toimintaa.

Henkilökunnan muistoissa kokemukset sairaalatyöstä nähdään usein kasvattavina:

Kaksi kesääni Kellokoskella olivat rankkoja, sillä en voinut olla eläytymättä potilaiden asemaan, vaikken heidän elostaan ja olostaan nähnytkään kuin ripauksen. Joskus sairaiden maailma näytti tuskaiselta ja vaikealta, joskus se leppoisuudestaan huolimatta joka tapauksessa muistutti kapenemisesta, jäämisestä monella tapaa elämän ulkopuolelle. – vuosien vierieissä kokemukseni alkoi tuntua yhä arvokkaammalta. Se on auttanut minua panemaan oman elämäni asioita tärkeysjärjestykseen. Se on muistuttanut terveen ja sairaan hiuksenhienosta rajasta. Se on johdatellut myötätuntoon niitä kohtaan, jotka eivät saa elää ns. normaalia elämää – mitä se normaali nyt sitten onkaan. (MKM 543–545, vippiari, 1965 ja 1966.)

Varsinkin pitkän työuran tehneille mielisairaalalaitos näyttäytyy usein tietynlaisen kehityshistorian valossa, jota kuvaa osastojen rauhoittuminen, mielenterveysongelmiin liittyvien stigmojen lieventyminen, siirtyminen avoimpiin ja potilaslähtöisempiin työskentelytapoihin sekä potilaiden palauttaminen ulkomaailmaan, omaisten huomaan ja avohoidon piiriin (ks. myös Jäntti, luku ”Kotona, sairaalassa” tässä teoksessa). Alalle jääneiden kokemuksissa muutos on ollut huomattava, ja muutosta on tapahtunut myös asenteissa: ”Onneksi psykiatriset sairaalat luokitellaan jo eri tavalla kuin ennen ja sairaus ei ole enää hävettävä, kuten lapsuuteni ja nuoruuteni aikaan” (MKM 427–439).

Kuviteltu sairaala

Mielisairaaloihin liittyy paljon pelkoa herättäviä mielikuvia, mikä näkyy niin henkilökunnan, potilaiden kuin omaistenkin muistoissa. Kuten Jyrki Pöysä on todennut: ”Paikat ovat sekä reaalisia että kuviteltuja. Kuvitteelliset paikat ovat tuttuja esimerkiksi kirjallisista ja elokuvallisista fiktioista.” (Pöysä 2015, 38.) Mielikuvat sairaaloista siis vaikuttavat kulttuurissa ja orientoivat, suuntaavat ihmisten käytöstä jo ennen kuin niihin saavutaan. Hospitaalien ajoista saakka mielisairaaloista kiertävät kauhukuvat ja -kertomukset ovat ruokkineet haluttomuutta osallistua hoitoon. (Sarvilinna 1938, 74; Vilkkuna 2010, 101.) Kuten jo mielisairaalan-

hoitajille tarkoitetun ensimmäinen oppikirjan, *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*, kirjoittanut Karin Neuman-Rahn (1924) huomautti, sairaaloiden huono maine on osaltaan ollut myös hoidon onnistumisen esteenä ja negatiiviset mielikuvat tuottavat kauhua ja vastenmielisyyttä sairaalahoitoa kohtaan silloinkin, kun hoidon lähtökohtana on tarjota suojaa ja tukea. Keskeistä on, että mielikuvat sairaaloista ja muista julkisista rakennuksista ovat yhdistelmä todellisuutta ja kuvitelmaa, kulttuurisen kuvaston ja kertomusten sekä henkilökohtaisten kokemusten muodostama rakennelma (Heimonen & Kuuva 2020; Wood 2013). Lisäksi siihen yhdistyy mielikuvia muista julkisista rakennuksista, laitoksista ja instituutioista, kuten vankiloista ja keskityslaireistä (ks. esim. Maanmieli 2018a; Kuuva 2018b; Heimonen & Kuuva 2020).

Myös henkilökunnan jäsenet kuvaavat muistoissaan sairaaloihin liittyviä kauhukuvia. Niiden syntymiseen saattoi riittää myös tutustuminen alan oppikirjaan, kuten seuraavassa nuoren kesäharjoittelijan muistossa:

Olin lukiota lopetteleva keskisuomalainen tyttö. Sain kuulla, että mielisairaalassa kesäapulainen ansaitsee paremmin kuin vaikkapa kesätoistä kioskilta. Sinne siis talvitakkirahaa hankkimaan! Siivoamisesta, sairaala-apulaisen päätyöstä, en ollut kovin hyvin perillä, mutta uskoin neuvottua oppivani.

Enemmän minua askarrutti mielisairaala miljöönä. Tietämykseni mieleltään sairaista oli kapoinen. Tunsin omasta kylästä pari ystävällistä höpsöä, jotka selviytyivät arjessaan mainiosti. Toisaalta olin lukenut – varmaan etenkin romaaneista – raivopäisistä ja ympäristöilleen vaarallisista mielipuolista.

Siispä valmistauduin: Lainasin kirjastosta Lyyli Kinnusen ”Mielisairaanhoidon”, alan hoitotyöhön ohjaavan oppikirjan. Tiesin myös, että Kinnunen oli tehnyt elämäntyönsä nimenomaan Kellokoskella, ylihoitajana. Ahdisti, joutuisinko todistamaan kirjassa kuvattuja hoitomenetelmiä, esimerkiksi sähköshokkia. Enkä oikein ymmärtänyt mitä lobotomialla tarkemmin tavoiteltiin, jo menettely tuntui keskenkasvuiseista maallikosta pelottavalta. (MKM 543–545, vippiari, 1960-luku.)

Nuorelle harjoittelijalle matka sairaalaan on kuin seikkailu toiseen maailmaan, johon valmistaudutaan esimerkiksi hankkimalla tarvittavat vaatteet ja asusteet ja lukemalla. Toisaalta nuorelle hoitajalle sairaala on saatanut tarjota turvaa: ”Nuorena hoitajana oli turvallista tulla suljettuun, ympäristöltään kauniiseen sairaalamiljööseen, se työ oli ’turvasatama’ nuoren levottoman hoitajan elämässä.” (MKM 366, hoitaja, 1989–.) Saapuminen sairaalaan voi myös kumota synkät ennakkokäsitykset: ”Ensisilmäys kesäiseen sairaala-alueeseen olikin valoisa ja kaunis!” (MKM 543–545, vippiari, 1960-luku.)

Monissa muissakin muistelukirjoituksissa ensikokemusta mielisairaalaasta verrattiin aiempiin mielikuviin sairaaloista, ja mitä voimakkaampia mielikuvia sairaaloihin liittyi, sitä rajumpi kokemus sairaalaan joutuminen usein oli potilaille ja läheisille. Monista potilaiden muistoista huokuu sairaalaan toimittamiseen liittyvä epävarmuuden ja pelon tunne. Varsinkin ambulanssimatka mielisairaalaan on ollut hämmäntävä, usein kaoottinen ja pelottava kokemus. Monet mainitsevat, etteivät tienneet, minne heitä oltiin viemässä (MKM 502), eikä hoitoon joutumisen syy ole aina selvinnyt myöhemminkään: ”Jouduin kotoonta ambulanssilla – – sairaalaan. Itkin koko matkan sillä en vielä matkalla tienny mihin jouduin. Sillä en kokenut olevani sairas. En tiedä miksi sairastuin ja jouduin hoitoon.” (MKM 478–481, potilas, nainen, 2010-luku.)

Toisaalta tieto sairaalaan pääsemisestä voi olla myös lupaus paremmasta, Sairaalan edustama rinnakkaistodellisuus voi edustaa myös todellisuutta, jossa ulkomaailmassa vaiennetut tarinat ja kokemukset yhteisöissä häpeällisiksi katsotuista tabuista saavat luvan tulla sanoitetuiksi: ”Matkalla jo tiesin, että olen menossa ’maailmaan’ jossa kehtaan kertoa lapsuudestani —” (MKM 357, potilas, nainen, 2000-luku.) Tällaisissa muistoissa sairaalan parantava vaikutus liittyy juuri siihen, etteivät sairaalassa päde ulkomaailman säännöt soveliaisuudesta, vaan on lupa olla sairas, kertoa kärsimyksestä ja purkaa sosiaaliin tabuihin liittyviä traumaattisia kokemuksia. Monista potilaiden muistoista kuitenkin käy ilmi, ettei tällaista keskustelumahdollisuutta ole sairaalassa ollut.

Potilaiden muistot sairaalajaksoa edeltävästä ajasta ja sairaalaan saapuminen

Monet potilaana olleet kuvaavat sairaalaan joutumista edeltävää aikaa ja sairaalahoidon tarpeeseen johtaneita tapahtumia tai syitä. Mielentila ja tilan kokeminen liittyvät läheisesti yhteen, ja kuten monissa mielen sairastumisesta kertovissa elämäkerroissa ja romaaneissa (ks. esim. Frame 1961; Head 1974; Millett 2000; Jäntti 2012) myös muistoissa sairastumista kuvataan muun muassa tilallisenä irtautumisena ja etäännyksenä maailmasta, arjen rytmeistä ja materiaalisesta ympäristöstä. Monet kirjoittajat mainitseva kärsineensä esimerkiksi unirytmien häiriöistä ja unettomuudesta. Toisilla syynä on itsetuhoisuus, masennus, ahdistus tai maanisuus. Toiset kertovat sairastuneensa psykoosiin; jotkut ovat saaneet tietää tämän vasta jälkikäteen. Huomionarvoista on, että potilaina olleet kuvaavat nimenomaan sisäistä tilaansa tai sosiaalisia suhteita, jotka liittyvät sairaalaan joutumiseen tai pääsemiseen. Heidän muistoiinsa sairaalaan menoon ei yleensä liity kuvausta sairaalarakennuksesta, vaan kuvaus keskittyy omaan oloon ja siihen, miten sairaalaan on jouduttu tai hakeuduttu. Usein oman kokemuksen tulkinta ei tapahdu psykiatristen diagnoosien mukaan vaan esimerkiksi tilan tunnun muuttumisen (ks. Heimonen tässä teoksessa) ja arjen hallinnan menettämisen kautta:

Kirjoitin kirjaa, kirjoitin päivin kirjoitin öin, kirjoitin silloin kun huvitti, yht’äkkiä ympäristöni alkoi muuttua, uneni – – kirjoitin niistäkin, sulivat osaksi tarinaa, lopulta elin tarinaa enkä päässyt siitä pois, todellisuus haihtui, oli hyvin konstikasta löytää apua tai edes bussipysäkillä saatika oliko asianmukainen lippu myös ojentaa, ratkaisun tehtyäni hakea apua mielisairaalaan aloin pakata välttämättömät tavarat ja yhden kirjan. (MKM 272, potilas, mies.)

Tässä kertomuksessa psyykinen kriisi liittyy taiteelliseen luovuuspuuskaan, joka on hämärtänyt ulkoisen ja sisäisen maailman rajaa. Havahduttaminen omaan tilaan ja avun tarpeeseen tapahtuu usein ympäristön avulla, ja monet ovat hakeutuneet sairaalaan terveyskeskuksen kautta

tai ystävien avustuksella. Toiset ovat paenneet sairaalaan kodin yksinäisyyttä tai väkivaltaa. Useissa muistoissa mielisairaalaan joutumisen taustalla kuvataan olleen somaattinen sairaus tai ongelmia perheessä. Joissain kuvataan voinnin huonontumista yksinäisten juhlapyhien aikaan. Monet yhtäaikaiset stressitekijät voivat käydä liian raskaiksi, kuten seuraavassa muistossa:

Olen ollut kaksi kertaa potilaana mielisairaalassa. – – Molemmilla kerroilla syynä oli masennus ja siihen liittynyt unettomuus. Ensimmäistä sairaalajaksoa edelsi pitkäaikainen stressi ja uupumus. Olin silloin vielä työelämässä. Jouduin sairaslomalle. – – Toisen jakson olin psykiatrisessa sairaalassa vuodenvaihteessa – –. Syyskuussa minulle oli tehty polven tekonivelleikkaus. Minut oli kotiutettu nopeasti. Olin yksin kotona heikossa kunnossa. Minulle tuotiin ateriat kotiin. Oli sateista ja pimeää. Minulla oli kipuja. Olin jättänyt masennuslääkkeen pois, koska otin vahvoja kipulääkkeitä. Masennuin. – – Pelkäsin syövän leviävän. Pelkäsin lähestyvää joulua ja yksinäisyyttä – – Otin yliannoksen unilääkkeitä. Itse hälytin ambulanssin. Pääsin sisälle sairaalaan – – Sain olla sairaalassa pyhien yli, noin kuukauden. (MKM 550–551, potilas, 1980- ja 2000-luvut.)

Yllä kirjoittaja kuvaa kodin yksinäisyyttä, unettomuutta ja fyysiseen sairauteen liittyviä pelkoja sairaalaan hakeutumisen syyksi. Monille sairaala onkin paikka, johon pyritään, kun oma todellisuus ja elämänpiiri käyvät liian ahdistaviksi. Eräs kirjoittaja kuvaa perheväkivaltatilannetta, jonka johdosta hän soitti poliisit paikalle. Poliisin saavuttua kirjoittaja on tilannut itselleen taksin päästäkseen terveyskeskukseen ja sieltä sairaalaan: ”Se tuntui ainoalta mahdolliselta paikalta, jossa voisin olla.” (MKM 266.)

Toisille sairaalaan joutuminen merkitsee pakkoa ja voi tulla yllätyksenä: ”Sairastuin noin vain yhtäkkiä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön.” (MKM 327.) Mielenterveyden järkkymistä ei ole tunnistettu eikä tunnus-tettu – tai muistikin voi pätkiä: ”No, kun nyt vähän tarkemmin muistelen, olin käynyt edellisellä viikolla entisen työkaverini – – viemänä [mielenterveystoimistossa]. Ehkäpä hulluus ei sittenkään niin yhtäkkiä iskenyt.” (MKM 327.)

Monien potilaiden muistoissa sairaalaan joutuminen kuvataan pelottavana ja jopa traumatisoivana kokemuksena. Näin on erityisesti silloin, kun potilas on toimitettu sairaalahoitoon vastentahtoisesti. Erityisen haavoittavalta sairaalaan joutuminen on tuntunut, kun potilaalle ei sairaalahoidon aikanakaan ole selvinnyt, miksi lähiomaiset ovat toimittaneet hänet sairaalaan. Toimenpiteenä pakkohoito merkitsee rajua puuttumista itsemääräämisoikeuteen ja selvittämättöminä tällaiset kokemukset voivat rikkoa perhesuhteet pysyvästi:

Se oli kuin kauhuelokuvasta, mutta paljon pelottavampaa. En ollut koskaan, tietääkseni, sairastanut ja yhtäkkiä – – äitini paukkasi kotiini jonkin kanssa, jonka nimi tuntui olevan ”lääkäri” – – Sairaala oli ahdistavinta mitä tähänkään asti tiedän. Siellä ei ollut mitään eikä ketään kivaa, enkä törmännyt mihinkään kuntouttavaan – –. Minua raastoi kuolettava pelko, että nyt äiti on jättänyt minut ika-ajoiksi sairaalaan enkä ikinä enää näe päivänvaloa. Olin sairaalassa kai noin viikon, pääsin ulos, mutta pelko jäi pysyväksi. Pysyvästi muuttui myös suhteeni äitiin, ja siitä linkin kautta isääinkin. Me olimme olleet perhe. (MKM 385–386, potilas, mies.)

Tässä kauhukuvat syntyvät sairaalaan joutumisen kokemuksesta. Kirjoittaja hakee sairaalalle vertailukohtaa ja jopa kauhuelokuva tuntuu liian laimealta. Sairaalakokemus vertautuu ikuisen pimeyteen; kirjoittaja pelkää, ettei enää näe päivänvaloa. Epätietoisuus ajankulusta ja tulevaisuudesta leimaa potilaiden ja omaisten kokemusta sairaalaan joutumisesta ja sairaalahoidon alusta yleisemminkin. Osalla pelko sairaalaa kohtaan jää pysyväksi. Toisaalta, kuten yllä olevan kirjoittajan kohdalla, monilla uusi sairaalakokemus muodostuu huomattavasti ensimmäistä paremmaksi, ja he oppivat hyväksymään sairautensa ja tulemaan toimeen sen kanssa (MKM 478–481). Varsinkin ensimmäiseen psykoosiin liittyvissä muistoissa sairaalakokemus on kuitenkin usein kauhunsekainen ja kaoottinen: kamalaan kokemukseen liittyy tunne kuulematta ja tiedotta jäämisestä, yksinäisyyden lisääntyminen ja hätä (esim. MKM 480).

Monissa muistoissa kuvataan sairaalaan saapumista. Sairaalan portti, ulko-ovi ja vastaanotto muodostavat rajapinnan ulko- ja sisäpuolen välil-

le. Erving Goffman nimittää sosiologian klassikkoteoksessa, etnografi-
sessa tutkimuksessaan amerikkalaisesta mielisairaalaista (1961) sairaala-
lan ulkopuolista maailmaa *kotimaailmaksi*, jolle sairaalan *laitosmaailma*
muodostaa vastakohtan. Kirjailija Susanne Kaysen (1993/2000) taas on
kuvannut sairaalaa rinnakkaistodellisuudeksi (ks. myös Wood 2013, 65).
Susan Sontag (1990) puolestaan on hahmottanut sairauden ja terveyden
kahdeksi toisistaan erilliseksi valtakunnaksi. Siirtymän kotimaailmasta
laitosmaailmaan voikin ymmärtää metaforisena matkana, joka kuiten-
kin tarkoittaa myös konkreettista tilallista ja maantieteellistä siirtymää
(ks. myös Jäntti 2012). Niin potilaiden kuin omaisten elämässä sairaala-
aan joutuminen merkitsee usein eräänlaista katkosta, ja ensikosketus
sairaalaan on usein ratkaiseva hoidon jatkon kannalta.

Potilaiden kohdalla on keskeistä, kuinka sairaalaan joudutaan tai
päästään¹, ja kaiken kaikkiaan muistojen pohjalta vaikuttaa siltä, että
sairaalaan saapumisen olosuhteet määrittävät usein kokemusta koko
sairaalajaksosta. Potilaille ja omaisille turvallinen ilmapiiri ja empaattinen
kohtelu sairaalaan saapuessa mahdollistavat sen, että hoito koetaan
hyväksi ja tehokkaaksi. Tällöin myös toipuminen nopeutuu ja apua us-
kalletaan hakea jatkossa ajoissa, mikäli elämässä kohdataan uusia kriise-
jä. Kun sairaalaan on hakeuduttu vapaaehtoisesti sietämättömän ahdis-
tuksen tai pelon vuoksi, on sairaalaan saapumiseen liittynyt helpotusta.
Tätä on kuvattu muutamassa potilaan muistossa:

Kun pääsin osasto 6 ovesta sisään, ahdistus ja kauhu hellitti. Pää-
sin välittömästi myös sänkyyn pitkälleni. Kauhu yritti tulla takaisin,
mutta ei kuitenkaan vallannut mieltäni niin totaalisesti kuin olles-
sani lääkärin luona. Koin heti sairaalaan päästyäni sen turvallisen
ilmapiirin. Nuori hoitaja tuli heti katsomaan minua ja kysymään
vointiani. (MKM 404, potilas, nainen, 1970-luku.)

Usein aluksi pelottavana näyttäytynyt sairaala alkaa kuitenkin tuntua
turvallisemmalta psykoottisuuden tai lääketokkurun hävennyttyä: ”To-

1 Sairaalahoitoa ajatellen on merkittävää, ettei suomen kielessä ole neutraalia ilmaisua, joka kuvaisi sairaalaan menemistä. Sekä sairaalaan *pääseminen* että sinne *joutuminen* ovat arvolutautuneita ilmaisuja.

dellisuudentajuni oli siis häiriintynyt, ja kun minut vietiin sisään punatiiliseinäistä käytävää pitkin, oli ensireaktioni ajatus 'nyt tultiin keskitysleirille'. Ahdistusta vielä lisäsi melko taajaan kuuluva pärinä. Luulin että se tulee jostain sähköllä kiduttamisesta. Sitten selvisi, että ovikellohan se vaan on." (MKM 417, potilas, 1990-luku.) Sairaalan näyttäytymisen potilaalle keskitysleirinä ja pärinän assosioitumisen sähköllä kiduttamiseen voi kertojan tapaan nähdä ja sivuuttaa harhana. Toisaalta se kertoo siitä, miten pelottavana muisteliija on kokenut sairaalaan joutumisen. Sähköllä kiduttaminen voi myös juontua mielisairaalakuvastosta, jossa avuttomina makaavia potilaita hoidetaan sähköshokeilla.

Useissa potilaiden muistoissa mainitaan, kuinka monta kertaa muisteliija on ollut sairaalassa. Monissa myös kuvataan toistuvia sairaalajaksoja. Jos ensikertalaiselle astuminen sairaalaan usein onkin ensimmäinen konkreettinen kosketus psykiatrian ja mielisairaaloiden todellisuuteen ja maailmaan, joidenkin kirjoittajien tai heidän läheistensä kohdalla elämä on saattanut olla vuosien ajan kiertoliikettä kodin ja vaihtuvien sairaaloiden välillä (MKM 001–011; MKM 013–014). Tyypillisesti toiset sairaalat ovat piirtyneet mieleen vahvan negatiivisina ja toiset taas erityisen positiivisina (ks. myös Maanmieli 2019c). Seuraava sairaalajakso näyttäytyi muistelijalle hyvin erilaisena aiempiin verrattuna:

Kokemukset X:n sairaalasta olivat ikään kuin olisin ollut taivaassa. Mutta kokemus [toisesta sairaalasta], vaikka se kesti vain kaksi viikkoa, oli kammottava. Ajattelin, että jos ei ollut hullu, kun sinne meni, niin siellä ainakin tehtiin hulluksi. Ajattelin silloin, että koko höskä pitäisi räjäyttää ja nythän sitä koko – sairaalaa ei ole olemassakaan. (MKM 404–413, potilas, nainen, 1970–1980-luvut.)

Muut potilaat potilaiden muistoissa

Potilaiden muistoissa käsitellään paljon sairaalan muita potilaita ja vuorovaikutusta heidän kanssaan. Sairaaloiden kohdalla on muistettava, että ne ovat eräänlaisia pakottavia yhteisöjä myös siinä mielessä, ettei niissä voi valita asuinkumppaneitaan. Joskus muita potilaita, varsinkin huu-

meriippuvaisia, myös pelätään. Pelko muita potilaita kohtaan näkyy niin potilaiden, omaisten, henkilökunnan kuin mielisairaala-alueilla kasvanneiden lastenkin muistoissa (ks. myös Heimonen sekä Kuuva tässä teoksessa). Potilaiden kokemuksta toisistaan määrittää usein se, että muut potilaat nähdään toisina: erilaisina ja usein huonokuntoisempina kuin itse. Sairaalaan ja mielenterveysongelmiin liittyvät stereotyypit ja ennakkoluulot seuraavat potilaaksi tulevia sairaalaan. Uudet potilaat peilaavat saapuessaan erityisesti huonokuntoisempia potilaita omaa identiteettiään ja kuntoaan, ihmisyyttäänkin vasten, ja heidän asenteensa sairaalaa ja muita potilaita kohtaan heijastelevat vahvasti ulkopuolisten asenteita (ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Usein oikeasti sairaksi mielletään vain toiset potilaat. Woodin (2013) mukaan mielisairaalamuistelmissa erityisesti potilaat, joilla on skitsofrenia, edustavat toiseutta ja sitä, mitä kertojalle itselleen pahimmillaan voi tapahtua; toisaalta skitsofreniaa sairastavat ovat empatian ja myötätunnon kohteita. Tämän vuoksi onkin arvokasta, että aineistossamme on myös psykoosin ja skitsofrenian itse sairastaneiden kirjoituksia, jolloin mielisairaloita, muita potilaita ja henkilökuntaa voidaan tarkastella myös heidän näkökulmastaan. Aineistossa vieraimpina tosin usein koetaan skitsofrenia- ja psykoosipotilaiden sijaan huumeidenkäyttäjät, joiden näkökulmaa ei tästä aineistosta löydy.

Monissa muistoissa kerrotaan toisia potilaita kohtaan tunnettujen ennakkoluulojen karisseen, kun potilaat tutustuivat toisiinsa. Toisinaan sairaalassa syntyneet ystävyysuhteet ovat säilyneet hoitajakson jälkeenkin:

Päällimmäisenä mieleen jäi eräs kanssapotilas, jonka kanssa kirjoittemme vielä nykyään. Sairaalajakso ei tietenkään kuulu niihin elämäni positiivisimpiin muistoihin, valoa toivat lähinnä muut asukkaat, joihin tutustuminen oli mukavaa ja näin jälkikäteen myös rikastava kokemus – Jotkut potilaista olivat hieman pelottaviaakin, mutta suurin osa ihan tavallisia ihmisiä. (MKM 372, potilas, nainen.)

Useissa muistoissa mainitaan muut potilaat ja heiltä saatu vertaistuki positiivisena asiana: ”Tulimme hyvin toimeen keskenämme. Illat ennen nukahtamista sujuivat elämäkokemuksia kertoessa. Meistä tuli pidempiaikaisia ystäviä.” (MKM 348.) Sairaalassa on ollut jopa hauskaa ja toisista potilaista on saanut seuraa ja tukea (MKM 482–486). Osalle kirjoittajista sairaala onkin voinut olla positiivinen paikka, jos osastolta on löytynyt toisista potilaista tai henkilökunnasta juttukavereita, joiden kanssa jakaa elämän tärkeitä asioita ja vaikeita vaiheita. Kuten yksi potilas kiteyttää: ”Tutustuin siellä mukaviin ja mielenkiintoisiin ihmisiin” (MKM 249). Niille, joita toisten ongelmat tai epätavallinen käytös eivät ole ahdistaneet tai häirinneet, sairaala on ainakin tarjonnut ympäristön, jossa on voinut seurata ihmisten suuria tunteita ja elämän raskaitakin käännekohtia: ”Muita hulluja oli todella mukava seurata! Eräs mummu oli rakastunut mieshoitajaan. Eräs nainen oli pamahtanut paksuksi ja mietti, mitä tehdä, kun ei voinut pitää itse lasta.” (MKM 327, nainen, potilas, 1990-luku.) Suhtautuminen toisiin potilaisiin ei siis aina ole ollut kovin empaattista.

Omaiset vierailulla

Suuri muutos mielisairaaloissa on tapahtunut siinä, millaisena perhesuhteiden ja omaisten merkitys nähdään. Jos – karkeasti ottaen – ennen 1960-lukua sairastunut omainen usein ”unohdettiin” sairaalaan, 1960- ja 1970-luvuilta alkaen perhesuhteita on pyritty tukemaan ja ottamaan perheet mukaan hoitoon. Tämä vaati ajan ja paikan järjestämistä tapauksille, ja mielisairaaloissa alettiinkin järjestää muun muassa omaisten päiviä, joiden avulla perhesuhteita pyrittiin vahvistamaan. Omaisten päivinä potilaiden läheisiä kutsuttiin tutustumaan sairaalaan ja heille järjestettiin usein ohjelmaa.

Muistoista välittyy se tunteiden kirjo, joita läheisen sairaalaan joutuminen voi aiheuttaa. Toisille mielen sairastuminen on luonnollinen asia ja sairaalaympäristö on luonteva paikka käydä tapaamassa toipuvaa omaista. Toisille läheisen sairastuminen aiheuttaa ylitsepääsemättömän vaikeita tunteita ja hämmennystä. Monissa muistoissa korostuu suru

siitä, etteivät tärkeät ihmiset käyneet lainkaan katsomassa: ”Minulle on jäänyt ikäväksi muistoksi se, etteivät vanhempani käyneet minua sairaalassa katsomassa. Olisin kaivannut heitä, mutta en halua syyttää heitä siitä. Ymmärrän, että tilanne oli heille vaikea.” (MKM 242–243, potilas, 1990-luku.)

Useimmissa muistoissa kuitenkin kerrotaan omaisten tulleen sairaalaan läheistään tapaamaan, vaikkei se aina ollut helppoa; tapaamiselle ei löytynyt rauhallista tilaa (MKM 349) tai läheisen tapaaminen oli hankalaa ja raskasta: ”Kotoa tultiin katsomaan minua. Tyttäreni oli kuitenkin hyvin kielteinen, eikä halunnut nähdä minua. Hän oli juuri murrosiässä ja kapinoi, miksi olin sairaalassa. Meille järjestettiin yhteinen tapaaminen, eräänlainen terapiaistunto, jossa oli läsnä sairaalan henkilökuntaa. Mitään en siitä muista.” (MKM 242–243, potilas, 1990-luku.)

Perheen mukana olo hoidossa näyttäytyy muistoissa pääosin positiivisena asiana ja yhteisillä tapaamisilla on voinut olla ratkaiseva merkitys koko perheen hyvinvoinnille. Niillekin, joille ei järjestetty erityisiä perhetapaamisia, vierailut toivat piristystä yksitoikkoiseen arkeen. Useimmiten vierailijoiden koettiin virkistävän ja tuovan turvaa ja toivoa potilaille sairaalan arjessa. Monia käytiin katsomassa päivittäin. Myös tuodut tuliaisets ovat jääneet mieleen, tavallisimmin karamellit, kahvi ja tupakka: ”Isäni kävi minua katsomassa ja toi karkkia. Hänelle tyttären mielisairaus ei ollut niin kova pala kuin äidilleni. Äiti toi minulle pihalla kasvatetun auringonkukan. Se jäi mieleen. Ja äidin hämmennys.” (MKM 327–328, potilas, 1990-luku.) Monille omaisten vierailut kuitenkin toivat turvallisuuden tunnetta. Yksi muistelijoista koki omaisten aktiivisuuden varmistavan hyvän kohtelun sairaalassa: ”Turvallisuuden tunteeni sain mieheltäni ja kolmelta aikuiselta lapselta. Tiesin että minua kohdellaan hyvin, he puuttuvat asiaan, jos ei. Mieheni kanssa käytiin päivittäin kahvilla ja myös ystäviä kävi.” (MKM 265, potilas, 2000-luku.)

Jotkut potilasmuistelijoista eivät kuitenkaan pitäneet vierailijoista. Toisilla syynä tähän olivat häpeän tunteet, toiset olisivat halunneet keskittyä omaan toipumiseensa. Tämä kuvaa sitä, että potilailla voi olla tarve myös suojata yksityisyyttään sairaalassa suhteessa omaisiin ja näin omalta osaltaan hallita sairaalaa sosiaalisena tilana. Monille sairaala on paikka, josta tullaan hakemaan suojaa, turvaa, lepoa ja voimia ulkopuoli-

sen maailman kohtaamiseen, jonka sosiaalisesti ehkä vaativiltakin suhteilta heillä on tarve olla rauhassa. Sairaala hahmottuu näin tilaksi, joka suojaa potilaan yksityisyyttä ja mahdollistaa elämän uuden suunnan etsimisen, kuten eräs potilas kuvaa alla:

En erityisesti pitänyt siitä, että äitini ja kaksi siskoani kävivät katsomassa minua, koska halusin täysin keskittyä omaan elämään ja tulevaisuuteeni suunnitteluun sairastamisen jälkeen. Vierailut vain toivat muistoja ja tulevaisuuteen liittyviä ajatuksia, niistä sairaalan ulkopuolisista paineista ja vaatimuksista ja kun olin sairaalassa, en näitä olisi halunnut kokea tai muistella. (MKM 353–356, potilas, mies, 1980–2000-luvut.)

Jotkut kirjoittajat mainitsevat myös mielenterveystoimiston tai seurakunnan työntekijöiden vierailleen sairaalassa. Vierailu ei kuitenkaan aina tarjonnut toivottua lohtua: ”No kirkkoherra tulikin tapaamaan, lausui lohduttavat sanat: ’Kyllä sinä olet niin sekaisin, että parempi pysyä täällä’, todella lohduttavaa!” (MKM 002–011, potilas, mies, 1980-luku.)

Sairaalan arjen sosiaalinen kanssakäyminen muodostuu luonnollisesti potilaiden ja henkilökunnan jäsenten välillä heidän jakamassaan yhteisessä tilassa. Hoitosuhde muodostaa valtasuhteen hoitohenkilökunnan ja hoidettavien välille: ”Hoitaminen on sairaan hoitoa: ihminen on sairaan kirjoissa aina kun hän astuu hoidon piiriin. Hoitokäytänteissä syntyvät arkea tahdittavat ajan ja tilan rakenteet. – Hoitaminen on tukea, auttamista, kontrollia, kuntouttamista ja toimenpiteitä, joita hoidettava ottaa vastaan.” (Hyväri 2011, 237.) Sairaala keskeisimmin määrittävä piirre onkin, että siellä potilaat yritetään kuntouttaa ja parantaa. Keskeistä potilaskokemuksessa on, millaiseksi suhde hoitohenkilökuntaan muodostuu: kokevatko potilaat saavansa tukea kuntoutumiseen, olevansa hoidon kohteina vai jäävänsä hoidotta.

Potilaat kuvaavat hoitohenkilökuntaa useissa muistoissa ystävällisenä, toisissa taas korostetaan suuria eroja eri hoitajien ja lääkäreiden välillä.

Hoitajat olivat yleensä mukavia. Eräs nuori hoitaja oli vähän koppava. Kaksi ensimmäistä yötä huonetoverinani oli nainen, joka oli

menettänyt täysin lähimuistinsa. Hän oli levoton. Toisena yönä hoitaja istui hänen vieressään, hyräili ja silliteli naisen uneen. Toisena yönä hoitaja pani tämän naisen lepositeisiin. Ajattelin, että hoitajat ovat erilaisia. (MKM 550–551, potilas, nainen, 1980- ja 2000-luvut.)

Negatiivisissa muistoissa joidenkin osastojen henkilökunta nähdään potilaiden seuraa välttelevänä ja kontrolloivana; jotkut kokevat olleensa sairaalassa vain säilössä: ”Mitään apua en sairaalasta saanut – Säilössä me nuoret siellä olimme, kuka enempi sekaisin kuka vähempi.” (MKM 383, nainen, potilas, ajankohtaa ei mainittu.) Ajatus säilössä olemisesta mainittiin myös keruukutsussa ja mielenterveystyössä sillä on viitattu nimenomaan kuntoutuksen puutteeseen.²

Yksi usein mainittu toipumisen ja kuntoutumisen edellytys on luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan. Hoitosuhteen muodostuminen ei ole mitenkään itsestään selvä asia, vaan vaatii aikaa ja luottamuksen syntymistä. Näin ei aina tapahdu: ”Hoitonani oli lääkkeiden lisäksi keskusteluja omahoitajan kanssa. Vastasin kysymyksiin, mutta en avautunut” (MKM 550–551, potilas, nainen, 1980- ja 2000-luvut). Aikaisempi tutkimus osoittaa, että jo yhdenkin hoitotahon edustajan empaattinen ja kuunteleva asenne voi mahdollistaa toipumisen käynnistymisen (esim. Kokkinen 2019). Potilaat myös kaipaavat ympärilleen ihmisiä, jotka ymmärtävät vaikeita tunteita ja sairauden mukanaan tuomia vaikeita kokemuksia kuten muiden ihmisten ennakkoluuloja ja syrjintää (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004). Tutkimus onkin korostanut potilaslähtöisyyden ja dialogisuuden merkitystä hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä (esim. Honkonen ja muut 2008; Latvala & Janhonen 1998). Jotkut muistoista painottavat, että asiantunteva ja empaattinen henkilökunta sairaalassa on mahdollistanut menneisyyden kipeiden kokemusten käsittelyn ja häpeän lievenemisen (Maanmieli 2019b). Joskus sairaalahoito on auttanut kokonaisia perheitä käsittelemään vaikeita,

2 Toive tämän kysymyksen liittämistä keruukutsuun tuli Mielenterveyden keskusliitosta (MTKL), josta keruukutsua kommentoitiin. Suomessa 1971 perustetulla MTKL:llä on ollut keskeinen rooli mielen-terveyskuntoutujien aseman parantamisessa, toimijuuden tukemisessa niin hoidossa kuin yhteiskunnassa ylipäättään.

vaiettuja ja salattuja kokemuksia, kuten seksuaalista hyväksikäyttöä: ”Olin hoidossa kuusi viikkoa. Tämän jakson aikana kerroin siskoilleni ja vanhemmilleni hyväksikäytöstä. Sisarukset olivat kokeneet saman. Samoin äiti. Kaikki – – lukivat kirjoittamansa kirjeen hyväksikäyttäjälle. Vihdoin näin sisaruksissani surua, katkeruutta, vihaa. Saimme murretua salaisuuden osastojakson aikana.” (MKM 357, potilas, nainen, 2000-luku; ks. myös Maanmieli 2019b; 2019c.)

Sairaalatilat potilaiden muistoissa

Suhteessa sairaalaan tilana eri muistelijat keskittyvät eri asioihin. Yhdessä muistossa kirjoittaja esimerkiksi kuvailee tarkkaan osastojen ja huoneiden sijaintia suhteessa toisiinsa ja hahmottaa sairaalaa arkkitehtonisten massojen ja suuntien mukaan (MKM 284–326; vrt. Arnheim 1997) Toiset kertojat kuvaavat erityisesti muita ihmisiä ja suhdettaan heihin, toiset taas käsittelevät kokemustaan sairaalarakennusten ja sairaalan tilojen kautta. Toiset taas pitävät kerrontansa keskiössä oman itsensä ja oman olonsa. Eri kertojat antavat kerronnassaan erilaisen painoarvon elettyyn tilaan liittyville aspekteille: rakennetulle ympäristölle, pinnoille, väreille, ruumiillisille kokemuksille, asennoille, kohtaamisille ja ihmisille. Kaikessa koetussa kaikki nämä ulottuvuudet ovat läsnä, mutta niitä painotetaan ja niistä kerrotaan eri tavoin.

Potilaiden muistoissa keskeisiä tiloja osastoilla ovat potilashuoneet, kanslia, eristyshuone, oma sänky, käytävät, yhteiset tilat ja ympäristö. Vaikka potilashuoneet kuvataan usein sisustukseltaan ankeiksi ja persoonattomiksi, ne antavat potilaalle mahdollisuuden yksinoloon ja omaan rauhaan. Jaettuina ne taas mahdollistavat seurustelun ja tutustumisen toisiin potilaisiin. Potilashuoneet ovat myös levon paikkoja – tosin levollisuus riippuu huonetoverista. Kanslia on osastolla tila, joka selkeimmin erottaa potilaat ja hoitohenkilökunnan toisistaan. Se muodostaa tavallaan vastaparin tupakkakopille, osaston ”hermokeskukselle” (MKM 465), jossa sairaalahierarkiat tasoittuvat ja henkilökunta voi asemoitua kuunteluoppilaan asemaan. Jos kanslian ovi piirtää rajan potilaiden ja hoitohenkilökunnan sallittujen ja kiellettyjen tilojen välille, tu-

pakkahuone, joka mainitaan monissa muistoissa, tasoittaa hierarkioita ja mahdollistaa henkilökunnan ja potilaiden kohtaamiset ihmisinä. Tupakkakoppi on tietyllä tapaa potilaiden hallitsema alue, jossa sairaalan sisäiset sosiaaliset roolit unohdetaan ja sairaalan ulkopuolinen maailma ja elämä ovat läsnä. Se on hierarkioista vapaa alue, jossa ”kuulee parhaat jutut” (MKM 327) ja solmitaan ystävyksiä (MKM 441): ”Tupakkahuone tuli tutuksi pian ja siellä taisi olla kaikki muukin. Siellä käytiin kaikki merkittävä sosiaalinen kanssakäyminen, muualla osaston tiloissa ei juuri keskustelua käynyt kukaan. Hoitohenkilökuntakin kävi toisinaan kuunteluoppilaina tupakalla.” (MKM 551, potilas.) Moni potilas oppiikin tupakoimaan juuri sairaalassa, mikä ei tietenkään edistä fyysistä terveyttä. Mielenterveydelle tupakoinnin mahdollistamat sosiaaliset kontaktit voivat kuitenkin olla mitä parhaita lääkettä.

Jos tupakkahuone tasaa hierarkioita, eristyshuone kärjistää ne äärimilleen. Kuten psykiatri Ilkka Taipale on todennut, ”Eristyssellit kuuluvat ehdottomasti ihmisten ajatuksiin mielisairaaloista. Eristämistä ja potilaan sitomista sänkyyn remmeillä eli hihnoilla eli kaunistellen sanottuna lepositeilla on perusteltu sekä hoidolla että potilaan omalla tai toisten turvallisuudella. Se on ollut osa hoitokulttuuria ja -perinnettä myös Suomessa, jossa myös näitä keinoja on käytetty enemmän kuin monissa muissa maissa.” (Taipale 2017, 157.) Pakkokeinojen käyttöä, niiden käyttöön kytkeytyviä tunteita ja vaikutusta ruumiillisuuteen käsitellään kattavasti tässä teoksessa Kirsi Heimosen ja Karoliina Maanmielen luvuissa.

Ajallisuus – arjen rytmi ja vuodenkierto

Yksi laitaselämää määrittävä piirre on rytmi, jota tarkastellaan myös Karoliina Maanmielen ja Kirsi Heimosen luvuissa. Tilan teoreetikoista paikkojen rytmeihin ovat kiinnittäneet huomiota erityisesti Henri Lefebvre (2004) ja Doreen Massey (2005), joille ihmisten ja tavaroiden liike sekä vuorokauden aikojen vaihtelu esimerkiksi kaupungissa muuttavat koko tilan: heräävä kaupunki ei ole sama kuin ruuhka-aikaan. Masseyn mukaan sieltä aamulla lähtenyt ei illalla enää palaakaan sa-

maan paikkaan. Myös sairaalassa ihmiset liikkuvat tietyissä tiloissa tiettyihin kellonaikoihin; tilat täyttyvät ja hiljenevät vuorokauden ja vuoden kierron tahdissa. Monien mukaan juuri toistuva rytmi tekee sairaaloista laitoksen: ”Sairaalan arki oli puuduttavaa ruokataukojen odottelua ja sängyssä makoilua.” (MKM 487, potilas, 2010-luku.) Osastojen arjesta kertovissa muistoissa kuvataan potilaan vähäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa ajankäyttöön tai vuorokausirytmiiinsä. Saman havainnon ovat tehneet monet potilaiden kokemuksia selvittäneet tutkijat (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004; Kontio ja muut 2012; Soininen ja muut 2013). Sairaaloitten aikataulut määräytyvät henkilökunnan työvuorojen, ruoka-aikojen ja lääkärintertojen mukaan. Monille potilaille tämä näyttäytyy alistavana, autonomiaa rajoittavana ja laitostavana käytäntönä, jolloin potilaita vaivaa tekemisen puute ja siitä syntyvä turhautuminen ja ahdistus (Kontio ja muut 2012; Latvala & Janhonen 1998). Monotonista arkea voidaan perustella maanisten tai sekavien potilaiden rauhoittamisella, mutta tutkimusten perusteella potilaat itse eivät kokeneet toimitomuuden parantaneen oloaan (Latvala & Janhonen 1998). Myös useissa muisteluteksteissä viitattiin sairaalan arjen yksitoikkoisuuteen ja ajan hukkaan kulumiseen:

Odotin ikävöiden seuraavaa / ruokailua, nukkumaanmenoa... /
Lääkäarinaika saattaisi antaa toivoa. / Olisipa vessahätä, niin olisi/
jotain tekemistä.

On aika yksitoikkoista / nähdä, kun / ihminen katsoo / päivästä
toiseen /televisiota ja laahustaa joskus / tupakkahuoneeseen.

Sille on keksitty nimikin. / Sitä kutsutaan laitostumiseksi.
(MKM 455–469, potilas, mies, 2010-luku.)

Runokatkelmien kirjoittajan kuvaama laitostuminen ja tunne oman autonomian katoamisesta eivät edistä kokonaisvaltaista ja pitkäkestoista toipumista. Myös tutkimukset tukevat ajatusta siitä, että kotiutuminen ja paluu normaalielämään sujuvat paremmin, kun itsemääräämisoikeutta, päivittäistä aktiivisuutta ja itsenäistä päätöksentekoa tuetaan jo hoidon aikana (Kontio ja muut 2012, 271–272; Latvala & Janhonen 1998). Toiset taas kokevat selkeän rytmin turvallisenä: ”Pakko todeta, että osaston ryt-

mit ja säännöt todellakin lisäsivät minun potilasturvallisuuden tunteita ja saivat rytmiä elämäni.” (MKM 242–243, potilas, nainen, 1990-luku.)

Vanhemmissa ja pitemmissä muistoissa, joissa sairaalaelämää kuvataan pitkältä ajalta, on näkyvissä myös vuodenkierto ja siihen liittyvät juhlapyhät, erityisesti joulukuukausi. Joulukuukausi mainitaan monissa muistoissa ja siihen liittyy monilla kipeitä tunteita. Toisaalta joulukuukausi on voinut olla aikaa, joka tuo ihmisiä yhteen ja hälventää ennakkoluuloja sairaalan asukkaiden ja ulkopuolisten välillä. Monissa sairaaloissa on järjestetty joulumyyjäisiä tai -näytöksiä. Eräs muistelijä kertoo olleensa ystävänsä mukana sairaalan joulujuhlassa ja pelänneensä: ”Miten suhtaudun, jos joku hullu käy kimppuun? – – / Istuimme salissa, ja potilaat esittivät näytelmän. Siinä oli yksi repliikki, joka on jäänyt mieleeni. Esittäjä juoksi lavalle ja huusi: ’Olenko tullut hullujen huoneeseen?’ Yleisö nauro.” (MKM 547.) Kertojan pelko haihtui. Usein tällaiset pienetkin kohtaamiset ovat saaneet muistelijoiden ennakkoluulot hälvenemään.

Toiminta

Se, millaiseksi mielisairaalakokemus potilaille muodostuu, riippuu usein siitä, millaista tekemistä, olemista ja kanssakäymistä sairaala ja osasto mahdollistavat sekä siitä, millaisena nämä mahdollisuudet tai niiden puute koetaan.

Yksi vaihe sairaaloiden historiassa ovat retket, jotka olivat yksi tapa purkaa sairaalan ja ulkopuolisen maailman raja-aitoja. Aktiivisen retkeilyn vaihe sijoittuu 1960- ja 1970-luvuille, kun sairaalajaksot olivat vielä pitkiä, mutta potilaita alettiin yhä aktiivisemmin kotiuttaa ja kuntouttaa. Yhteiskunnallisen murroksen, kaupungistumisen, teollistumisen ja liikennevälineiden yleistymisen myötä matkailu ja vapaa-aika lisääntyivät, ja sairaalatkin alkoivat avautua yhteiskuntaan. Retkiin viitataan muutamissa kirjoituksissa. Monille retket olivat tärkeitä, toipumisen mahdollistavia käännekohtia hoidossa.

Monissa muistoissa käsityöt, luovat terapiat ja muu luova toiminta koettiin tärkeinä ja monilla ne ovat olleet tärkeässä roolissa voimien kohentamisessa sairaalahoidon aikana (ks. Maanmieli 2019a). Useimmiten

mainitaan kirjoittaminen ja musiikkiterapia, jotka voivat olla toimivia tapoja käsitellä ja jäsentää vaikeita kokemuksia sairaalahoidon aikana: ”Musiikkiterapia auttoi, sain pitää kitaran mukana ja musiikkiterapeutin kanssa äänitettiin omia kappaleitani. Yhdessä huoneessa oli kirjoituskone, jolla sain kirjoittaa runoja.” (MKM 241–243, potilas, nainen, 1990-luku.) Toinen, 2000-luvulla hoidossa ollut potilas kirjoittaa: ”Meidän osastolla järjestettiin mm. musiikki- ja piirustusterapiaa. Koin ne hyödyllisinä vaikka olivat raskaita.” (MKM 357, potilas, nainen, 2000-luku.) Myös toimintaterapian, maalaamisen, luonnossa liikkumisen ja ohjatun liikunnan mainittiin monissa muistoissa auttaneen toipumisessa: ”Käsillä tekeminen auttoi. Kävin toimintaterapiassa. Se oli mieluista.” (MKM 419–420, potilas, nainen, 1960-luku.)

Potilaiden negatiivisissa muistoissa taas korostuu usein toiminnan ja tekemisen puute osastolla. Siinä missä hoitohenkilökunnan muistoja hallitsee usein kiire, potilaita vaivaa toimettomuus. Sairaalaympäristöt poikkeavatkin toisistaan paljon siinä, millaista toimintaa ne tarjoavat. Joissain muistoissa on positiivisia mainintoja muun muassa leivontailloista, pelaamisesta ja juhlahetkestä, joihin on sisältynyt myös pieniä vastuutehtäviä. Monille nämä ovat luoneet mahdollisuuden luoda ja kokea yhteyttä toisiin potilaisiin; toiset taas ovat kokeneet tällaisen puuhastelun turhauttavana. Jos esimerkiksi on odottanut pääsevänsä sairaalassa keskustelemaan ongelmistaan, voi toimintaterapian nähdä keskustelun välttelemisenä ja hoidon puutteena. Työterapian piristävästä vaikutuksesta aineistossa oli muutamia mainintoja, mutta yhtä usein myös kielteisesti silloin kun työtehtävät eivät tuntuneet mielekkäiltä tai työhön pakotettiin osallistumaan liian huonokuntoisena. Jotkut potilaat kokivat osallistumispakon ahdistavana, koska he olisivat halunneet levätä (MKM 274).

Lääkkeet

Monissa muistoissa huomio kiinnittyy myös siihen, miten muistelijoiden sisäinen mielentila ja potilaiden kohdalla erityisesti lääkkeet vaikuttavat tilojen kokemiseen. Siinä missä mieltäkin, lääkkeet muovaavat

konkreettisesti kehoa, jolla tilaa aistitaan, ja vaikuttavat näin keskeisesti siihen, miten tilassa voi liikkua (ks. Heimonen sekä Maanmieli tässä teoksessa.) Koska lääkkeiden merkitys psykiatristen sairauksien hoitamisessa on kasvanut koko muistitietoaineistomme kattaman ajan, on niillä merkittävä rooli myös muistoissa. Monet potilaat kuvaavat lääkkeitten ottamiseen ja antamiseen liittyviä käytänteitä sekä lääkkeiden aloittamiseen ja lopettamiseen liittyviä sivuvaikutuksia sekä lääkkeitten ottamiseen ja antamiseen kytkeytyviä valtasuhteita ja voimakkaita tunteita kuten pelkoa, joka heijastuu myös sosiaalisiin suhteisiin:

Psykykenlääkkeet ja niiden sivuvaikutukset aiheuttivat voimakkaita kehon ja aistien muutoksia. Oli pelottavaa huomata, kuinka oma keho muuntui jähmeäksi ja hitaaksi ja puhe kuin humalaisen sammallukseksi. Rankinta oli vaihe, jolloin – joko sopimattoman tai liian suuren lääkityksen takia – käteni käpristyivät toimintakyvyttömiksi ja leukani väännyi melkein sijoiltaan. Oli pelottavaa tulla vieraaksi itselleen, varsinkin kun ymmärsin sen johtuvan lääkkeistä, joita tuntemattomat ihmiset pakottivat ottamaan joko tabletteina tai injektioina, joita kammosin. (MKM 558, 1990-luku.)

Lääkkeet sivuvaikutuksineen vaikuttavat keskeisesti siihen, miten ihminen tilassa liikkuu, kommunikoi ja kokee ympäristönsä (ks. Heimonen sekä Maanmieli tässä teoksessa). Myös lääkkeitten lopettaminen voi aiheuttaa voimakkaita sivuvaikutuksia:

Se alkoi äkillisesti ja yllättäen. Makasin sängyllä ja yhtäkkiä menetin täysin kontrollin kehooni ja mieleeni. Pääni sisällä myllersi jottain painajaismaisen sekavaa, muistan äärimmäisen voimakkaan pelon tunteen. Aloin tärisemään kuin horkassa, raajani alkoivat nykimään hallitsemattomasti ja hysteeriseksi käynyt itkuni täytti koko ympäröivän tilan. (MKM 482, 2010-luku.)

Tapa, jolla potilasmuistelijat ja omaiset kuvaavat lääketieteessä sivuvaikutuksiksi nimettyjä muutoksia itsessään ja suhteessa toisiin resonoii

Minna Ruckensteinin (2019)³ esittämän näkemyksen kanssa lääkkeiden elämävaikutuksista (*life-effects*). Sivuvaikutusten nimeäminen *elämävaikutuksiksi* saa huomion kiinnittymään siihen, miten kokonaisvaltaisesti lääkkeiden aiheuttamat muutokset vaikuttavat ihmisten kykyyn havainnoida ympäristöä, hallita kehoaan ja mieltään ja elää elämäänsä. Ne muokkaavat lääkkeenottajan habitusta, kehollista muistia ja historiaa sekä mielisairauksien kulttuurisia representaatioita ja vaikuttavat siihen, miten potilaisiin suhtaudutaan. Sairaaloissa sekä potilaiden ja omaisten elämässä lääkkeet voi nähdä ei-inhimillisiä toimijoina, jotka merkittävällä tavalla vaikuttavat siihen, miten ja missä potilaat voivat elää. Sivuvaikutusten uudelleennimeämisellä elämävaikutuksiksi on siten tärkeä sosiaalinen ja poliittinen ulottuvuus. Lääkkeet sekä lamauttavat että mahdollistavat toimintaa. Ne sysäyvät tapahtumia liikkeelle ja muovaavat ihmisten välisiä suhteita, heidän kokemuksiaan itsestään ja suhdetta tiloihin, joissa he elävät (ks. Heimonen tässä teoksessa; Bennett 2010; Latour 2005.) Lääkitys vaikuttaa vahvasti sekä potilaiden ruumiin ja mielen liikkeisiin että niiden rytmeihin ja toimintaan. Ne voivat mahdollistaa elämän sairaalan ulkopuolella tai lamauttaa potilaan toimintakyvyn kokonaan. Kamppailu oikeanlaisen lääkityksen löytämiseksi voi ajaa ihmiset vuosikausien ja jopa vuosikymmenien sairaalakierteeseen:

Olen joutunut kokemaan väärin psyykenlääkkeiden vaikeita sivuvaikutuksia melkein kahden vuosikymmenen ajan. Vasta kolmisen vuotta sitten löytyi sellaiset lääkkeet, joiden kanssa eläminen sujuu aika vaivattomasti eli päiväaikaan en välttämättä edes huomaa, että minulla on aika vahva psyykenlääkitys. Vanhan ajan neuroleptit kun taasen aiheuttivat ongelmia päiväsaikaan. Eli olen todella kiitollinen siitä, että minullekin löytyi sopiva lääkitys. (MKM 390–398, potilas, nainen 1970–2010-luvut.)

3 Ruckenstein (2019) on tutkinut masennuslääkkeiden käyttöä ja lääkkeiden käytöstä käytyä keskustelua Suomiz4-keskustelupalstoilla nykypäivänä, mutta hänen lähestymistapansa sopii myös mielisairaalamuistojen tarkasteluun. Ruckenstein nimittäin käsittelee artikkelissaan mielialalääkkeiden toimijuutta eli niiden kykyä vaikuttaa ihmisen ajatteluun ja toimintaan ennalta-arvaamattomasti ja tavoilla, joita lääkkeiden määräämisessä ei tavoitella.

Monia potilaita lääkkeet ovat auttaneet. Toisaalta monien teksteistä saa käsityksen, että monet sairaalan tervehdyttävät piirteet liittyivät pitkälti muuhun kuin varsinaiseen psykiatriseen perushoittoon. Vain muutamissa muistoissa hoitomenetelmiä itsessään ja hoitohenkilökunnan kanssa käytyjä keskusteluja kuvattiin terapeuttisina kokemuksina. Joissain muistoissa lääkitys mainittiin keskeisenä toipumisen mahdollistajana, tosin usein muistoissa myös viitattiin siihen, että toipuminen mahdollistui vasta kun lääkitystä oli vähennetty.

Potilaat ja taakse jäänyt sairaala

Ne potilaiden muistot, joissa kuvataan vain yhtä sairaalajaksoa, yleensä rajoittuvat kuvaamaan sairaalassa vietettyä aikaa. Jotkut muistelijat kuitenkin kertovat toipumisestaan ja hoitajakson jälkeen saavuttamastaan paremmasta elämänlaadusta pidemmän ajan kuluessa. Moni mainitsee lääkehoidon olleen tässä välttämättömänä tukena: ”Jonkun aikaa olin aivan ilman lääkkeitä, mutta sitten aloin tuntea masennusoireita. Hakeuduin mielenterveystoimistoon. Siitä lähtien minulla on ollut jatkuva pieni masennuslääkitys. Se parantaa unen laatua. Joskus turvaudun nukauttamistablettiin.” (MKM 550–551, potilas, 1980- ja 2000-luvut.) Historian valossa juuri lääkehoidon kehittyminen on ollut tärkeä edellytys sairaalajärjestelmän asteittaiselle purkamiselle.

Sairaalahoidon jälkeisistä elämänvaiheista kertovat kirjoittajat usein korostavat psyykkisen kriisin tehneen heistä vahvempia, syvemmin kokevia ja suvaitsevaisempia. Usein he ovat myös hyväksyneet sairauden ja lääkehoidon osaksi itseään ja identiteettiään. Pysyvä lääkitys ja riski sairastua uudelleen ja joutua uudelleen sairaalaan ovat osa tätä uutta minäkuvaa. Monet kirjoittajat näkevät sairaalahoidon olleen ainoa vaihtoehto elämäkriisinsä hoitamisessa:

Mielisairaala-aika oli yksi osa elämäni. Se oli minulle tarpeellinen ja kaikille sellaisille ihmisille, joiden elämässä ei ole kaikki mennyt kohdalleen. Me potilaat saimme tarvitsemamme avun. Ilman hoitoa emme varmasti olisi selvinneet. Mielisairaala on minun men-

neisyyteni, toivottavasti ei enää tulevaisuuteni. Pidän nyt vahvasti itsestäni kiinni! (MKM 241–243, potilas, nainen, 1990-luku.)

Tällainen mielenterveysongelmista selvinneen näkökulmasta kerrottu toipumistarina on yksi kulttuurisista sairauskertomusten valtanarratiiveista (Frank 1995; Tuohela 2019). Potilaat kuitenkin arvioivat sairaus- ja sairaalakokemuksia eri tavoin. Toisille sairaalakokemukset ovat jättäneet niin syvät arvet, että he eivät aio enää toistamiseen turvautua sairaalaan syvässäkin kriisissä: ”Päätin kotona, että tulen ennemmin hulluksi kotona, kuin menen sairaalaan. En tiedä ovatko menetelmät parantuneet niistä ajoista, toivon niin.” (MKM 151, potilas, nainen, 1990-luku.) Toisille sairaala taas on ollut hyvä ja tarpeellinen kokemus (MKM 480), mutta toisaalta ikäväkin kokemus voidaan nähdä tarpeellisena: ”Onneksi pääsin hoitoon sairaalaan. Tarvitsin juuri silloin sen ympäristön päätökseni ulos psykoosista.” (MKM 501, potilas, ajankohtaa ei mainittu.)

Myös silloin, kun sairaalajakso kokonaisuutena onkin piirtynyt kirjoittajan mieleen negatiivisena kokemuksena, useimmat muistelijat ajattelevat sairaalahoidon olleen omalla kohdallaan välttämätöntä kriisin hetkellä. ”Sairaala on hyvä paikka silloin, kun voimat ovat pois ja ahdistuksen tuomat oireet ovat voimakkaita. Siellä saa hoitoa oireisiinsa, mutta mitään keskustelumahdollisuutta siellä ei ole. Terapian tuomaa tukea sieltä ei saa, ei aina edes kovin empaattista kohtelua.” (MKM 347–349, potilas, nainen.) Monet kirjoittajat kokivat, että sairaalahoito kaikessa epätäydellisyydessään tarjosi turvapaikan tilanteessa, jossa läheiset tai yhteiskunnan tukiverkostot eivät pystyneet tarjoamaan riittävä turvaa. Lähes kaikki kirjoittajat myös mainitsivat joitakin positiivisia muistoja sairaala-ajaltaan. Yksi muistelija kertoo syyksi viihtymiselleen: ”Taisin olla kiltti potilas ja lääkkeet purivat.” (MKM 327, potilas, nainen 1990-luku.)

Omaisten näkökulmia läheisen sairaalaan joutumiseen

Sairaaloihin liittyvät mielikuvat muokkaavat voimakkaasti myös omaisten kokemusta läheisen sairastumisesta ja sairaalaan joutumisesta.

Omaisnäkökulmasta kerrottuun tarinaan kietoutuu usein myös perheen muiden jäsenten kokemuksia. Läheisen sairastuminen ja sitä seuraavat tapahtumat vaikuttavat koko yhteisöön:

Muistan, miten jännittynyt ilmapiiri meillä vallitsi sinä viikonlopuna kun Elli [nimi muutettu] sekosi. En muista, havaitsinko itse Ellin outoa käytöstä, mutta muistan, kuinka jännittyneenä odotin äitiä pois puhelimesta. Ehkä olin hänet sieltä navetalta sinne pyytänytkin, en muista. Mutta sen muistan, kuinka sydän jähmeänä odotin, mitä äiti sanoisi puhelimesta tullessaan. Oli kovin pelokas ja yksinäinen olo, koska kukaan ei siinä hässäkässä huomannut tai ymmärtänyt rauhoitella 12-vuotiasta kuopusta.” (MKM 560–571, omainen.)

Läheisen sairastuessa moni omainen kohtaa psyykkisen sairauden ja psykiatrian maailman ensimmäistä kertaa (Jähi 2004, 13). Heille läheisen sairaalaan pääseminen saattaa olla sekä kauhistus että helpotus: ”Olin helpottunut siitä, että ystäväni olivat päässeet hoitoon” (MKM 337). Kotiin jääville läheisen sairaalaan joutuminen näyttäytyy hänen poissaolonaan ja päällimmäisinä tunteina ovat usein epävarmuus ja epätietoisuus. Seuraavassa muistossa tytär kertoo reaktiostaan kuultuaan, että hänen äitinsä on joutunut tahdonvastaiseen hoitoon:

Kun kuulin äitini joutuneen psykiatriselle, ensimmäinen reaktioni oli aloittaa siivoamaan kotona. Ehkä jollain tasolla ajattelin, että talon naisen tehtävät kuuluvat nyt mulle – siitä huolimatta, että äitini ei koskaan ollut mikään talon hengetär, ja pääasiallisesti meillä oli aina verrattain sotkuista. Eteisen lattiaita jynssätessä tajusin tilanteen ja aloin ensimmäistä kertaa itkemään. Kukaan ei ollut tässä vaiheessa kertonut kuinka kauan äiti olisi [sairaalassa]. Puhuttiinko päivistä, viikoista, kuukausista, vuosista? Epätietoisuus oli kaikkein pahinta. (MKM 339, lapsiomainen, 2000-luku.)

Myös omaisten muistoissa pahinta on usein ajallisen horisontin katoaminen ja epätietoisuus siitä, miten kauan läheisen sairaalassa olo ja

sairaus tulevat kestämaan. Läheisen sairaalaan joutuminen katkaisee tavallisen elämänkulun. Muisto kuvaa, miten läheisen sairastuminen ja sairastumisen todentuminen sairaalaan joutumisen myötä alkaa välittömästi vaikuttaa perheen jäsenten rooleihin ja heidän välisiinsä suhteisiin. Kun äiti on poissa, siirtynyt elämään sairaalan tilassa, nuori pyrkii ottamaan kodin tilaa ja tilannetta haltuun ryhtymällä siivoamaan ja ottamalla näin aikuisen roolin ja ”talon naisen” paikan. Myös nimimerkki ”Pirkko” on ollut lapsi sisarensa sairastuessa ja myös hänelle sisaren sairastuminen oli hetki, jolloin hänestä tuli aikuinen:

Muistan, kuinka puhelun jälkeen äiti tuli naama kalpeana keittiöön, jossa istuin yksinäni kaakaolla. Elli on joutunut [mielisairaalaan], sanoi äiti, kuin itsekseni, katse jäähmettyneenä jonnekin kauas. Punavalkoinen kaakaomuki pysähtyi huulilleni, ensimmäinen ohikiitävä ajatus aivojeni läpi oli hämmästys siitä, että äiti puhui minulle kuin vertaiselleen. Seuraavaksi tajuntaan jysähti, että siskoni on hullu, ja ymmärsin sen tiedon myötä siirtyneeni lapsuudesta aikuisten maailmaan. (MKM 560–571, omainen.)

Pirkon muistossa tiivistyvät ensinnäkin sisaren sairaalaan joutumiseen liittyvät moninaiset tunteet, jotka koetaan suhteessa läsnä olevan perheenjäsenen reaktioihin. Olo on pelokas ja hämmentynyt, yksinäinenkin, sillä äitikin käyttäytyy oudosti. Toisaalta kirjoittaja on hämmentynyt siitä, että äiti puhuu hänelle kuin vertaiselleen; kokemus tarkoittaa lapsuuden loppua ja siirtymistä aikuisten maailmaan. Jälkikäteen kirjoittaja kuitenkin ymmärtää olleensa kovin nuori, vasta kaksitoistavuotias, joka olisi itsekin kaivannut tukea ja lohdutusta. ”Kun äiti kertoi, että Elli on viety – – pelättyyn hullujenhuoneeseen, pelko ja ahdistus varmaan olivat päällimmäiset tunteeni, tai oikeastaan hämmennys. Ei oikein tiennyt, mitä tästä lähin tapahtuisi ja miten perhe muuttuisi.” (MKM 560–571, omainen.)

Pirkon muistossa omaiskokemukseen liittyy sekin, että yhden lapsen sairastuessa muut sisarukset jäävät ikään kuin taustalle. Yhteisö keskittyy siihen, jolla on akuutein hätä. Psykologian professori Jaakko Seikkula (1999) onkin todennut, että mielisairaalaan joutuneet ihmiset ovat omissa suvuissaan tavallaan tärkeimpiä suvun jäseniä. Seikkula yhdistää

tämän piirteen pitkäaikaispotilaisiin ja siihen, että mielisairauksiin liittyvän häpeän ja vaikenemisen vuoksi heihin liittyy eniten puhumattomuutta. (Seikkula 1999, 62.) Rita Jähin mukaan (2004) sairaalaan joutuminen tarkoittaakin omaisille sitä, ettei sairauden olemassaolo voi enää kieltää (ks. myös Rose 1983; Riebschleger 1991.) Sairaalat symboloivat sairautta ja sairaalaan lähettäminen tarkoittaa, että läheinen ei toivu tai parane ilman ammattiapua. Omaisiet alkavat määritellä läheisensä käyttäytymistä sairauden oireina ja odottaa, että sairaala alkaisi nyt ratkoa heidän ongelmaansa. Jähi kutsuu *psykkisen sairauden kulttuuriseksi ja sosiaaliseksi maisemaksi* niitä psykkiseen sairauteen liittyviä merkityksiä, ilmiöitä ja prosesseja, jossa sairastuneiden omaiset liikkuvat ja johon heidän kokemuksensa kiinnittyvät. Mielisairaalarakennukset ovat konkreettinen, materiaallinen osa tätä maisemaa.

Toisille läheisen sairastuminen voi olla kauhistus ja psykiatriset ongelmat voivat laukaista läheisissä hyvin kielteisiä tunteita. Eräs muistelijä toteaa, että hänen sairastumisensa on ollut hänen miehelleen kuin ”punainen viitta härälle” (MKM 396) ja laukaissut väkivaltaisen käyttäytymisen. Toisaalta yksi äitinsä sairastumista muisteleva tytär keikauttaa pääläelleen mielisairaalamuistojen enemmistön tuottaman ajatuksen mielisairauksista ja -sairaaloista hävettävänä, pelottavana ja yksinomaan raskaina. Hän kertoo tunteneensa jopa hienoista pettymystä siitä, että äidin sairaalajakso kesti vain kuukauden: ”Tarina mielisairaalassa olevasta äidistä tuntui 15-vuotiaan mielessäni jopa jollain tasolla jännittävältä ja ehkä ajattelin, että se olisi jollain tasolla tehnyt myös musta jotenkin ihmisenä kiinnostavan” (MKM, lapsiomainen, 2000-luku). Rippileirille lähtevän nuoren ajatusmaailmassa sairaalassa oleva äiti on jännittävä tarina. Siihen sisältyy tietynlaista hohtoa, jonka hän toivoo säteilevän itseensä. Juuri lasten näkökulma tuokin mielisairaalamuistoihin sävyjä, joita ulkopuolinen ei välttämättä osaa odottaa.

Vieraillessaan sairaalassa omaiset kiinnittävät usein potilaita enemmän huomiota sairaalaan rakennuksena ja tilana jo ensivisiitillä. Jos monien potilaiden sairaalaan tuloa leimaa oman sairastumisen ja hoitoon joutumisen tuoma järkytys, omaisille sairaalarakennus ja sen ympäristö voivat tarjota heijastelupinnan ja vertailukohdan hoidon laadulle ja paranemisen mahdollisuudelle. Mielikuvat sairaalasta värjättävät myös omais-

ten ensikohtaamista sairaalan kanssa. Äitinsä luona sairaalassa vierailut kirjoittaja muistelee sairaalan viehättävää pihaa: ympäristö on kaunis, viihtyisä ja rauhoittava. Toisaalta sairaalan sisäpuoli taas vastaa ja vahvistaa aiempia mielikuvia: sisällä on valkoista ja elotonta mikä muodostaa kontrastin puutarhan viihtyisyydelle. Vanha nainen harhailee käytävällä alasti. Muistelija kirjoittaa: ”Muistan ajatelleeni, että juuri tällaiseksi olen mielisairaalan aina kuvitellut, juuri tällaiseksi mielisairaalan potilaat” (MKM, lapsiomainen, 2000-luku). Eräs muistelija puolestaan kertoo vierailuistaan kahden eri ystävän luona eri sairaaloissa muutaman vuoden välein. Toinen sairaaloista oli yleissairaala, jonka yhteydessä sijaitsi psykiatrinen osasto; toinen sijaitsi kauniissa vanhassa rakennuksessa. Molemmat sairaalat ovat kuitenkin yleisilmeeltään ankeita ja kirjoittaja ihmettelee, ”miten kenenkään psyykkistä hyvinvointia voi tukea ympäristössä, joka jo itsessään on niin ankea” (MKM 337). Hän toteaa: ”Vaikka minulla ei ole varsinaista sairaalakammosa, niin koko paikka lähinnä ällötti.” Ystävä jakaa toisen potilaan kanssa huoneen, jossa ”kaikki oli persoonatonta ja rumaa”. ”Kaikki näytti vanhanaikaiselta ja surulliselta. Jos mielenterveysosaston visuaalista ilmettä pitäisi verrata johonkin, vertaisin sitä harmaaseen päivään.” (MKM 337–338.)

Myös saman kirjoittajan kuvailemassa toisessa sairaalassa sisustus on ”ahdistava ja ankea”. ”Kolkot sairaalasängyt, kauhtuneet viltit ja potilaiden likaiset vaatteet tekivät taas ympäristöstä paikan, joka tuntui epäterveeltä ja ahdistavalta.” Erityisesti kertojaa vaivaa ja ihmetyttää yksityisyyden puute ja tilojen persoonattomuus. Monissa muistoissa kertojat vertaavat ensivaikutelmaa sairaalasta ensinnäkin omiin mielikuviinsa ja toisaalta omaan tunnetilaansa. Oma ahdistus, huoli ja hätä vertautuvat paikan tuntuun ja tilan kokemiseen (ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Toisaalta juuri läheisen kanssa jaettu kokemus sairaalan ympäristön ankeudesta mahdollistaa myös empaattisen ja ymmärtävän suhteen muodostumisen ystävän ja potilaan välille: ”sairaalassa vierailtuani ymmärsin hyvin miksi he puhuivat sairaalasta pahana ja ahdistavana paikkana, jossa olo ei ainakaan helpota.” (MKM 337.) Kirjoittaja toteaa lopuksi, että ”ainakin 2000-luvun alussa mielisairaalat olivat ahdistavia ja surullisia paikkoja. Sana ankea kuvaa omaa käsitystäni mielisairaaloista. Ankea mutta joskus välttämätön”. (MKM 337.)

Toistuvat sairaalajaksot omaisten ja potilaiden kertomuksissa

Kun sairaalajaksoja on useita ja sairaalaan joutuminen toistuvaa, myös omaisten elämä sairaalan ulkopuolella kietoutuu läheisen sairaalaan toimittamisten ja sairaalahoidon tarpeen arvioinnin ympärille. Sairaalaan joutuminen on konkreettisenä mahdollisuutena jatkuvasti läsnä. Läheisen toistuvia sairaalajaksoja kuvaa muun muassa äiti, jonka keruuseen lähettämä lyhyehkö teksti kattaa kolme vuosikymmentä ja yli puolenkymmentä sairaalaa, kuntoutuskotia ja parantolaa, joissa hänen poikansa on ollut hoidettavana. Ensimmäinen kokemus sairaalasta on, että se on ”vanha ja sokkeloinen, mutta viihtyisän ja kodikkaan oloinen”. Poika kuitenkin kotiutetaan liian nopeasti ja pian on edessä uusi hoitajakso sairaalassa:

Ei kulunut pitkää aikaa, kun olin saattamassa eksynnyttä lastani vastentahtoisesti [toiseen] sairaalaan. Olin itsekin niin shokissa, että sairaalasta jäi kolkko ja ikävä muisto, vaikka ympäristö oli viehättävä. Muistan pitkän ja kalsean käytävän ja sen päässä lasikopin, jossa hoitajat istuivat. Ympärillä hortoili eksyneen näköisiä potilaita ja olin kauhuissani, että tännekö minun pitää jättää kiltti ja sympaattinen lapseni. Itkin koko kotimatkan. (MKM 013, potilaan äiti.)

Pojan lääkitys ei kuitenkaan toimi vaan aiheuttaa pahoja kramppeja, ja äiti joutuu viemään hänet takaisin sairaalaan. Tästä alkaa kierre sairaaloissa ja kuntoutuskodeissa: ”diagnoosi oli väärä, lääkkeet sopimattomia eikä avohoito toiminut. Hoitoajat sairaaloissa olivat lyhyitä, sillä poikamme selvisi aina nopeasti psykoosista ja lähetettiin kotiin. Kun toimivaa avohoitoa ei ollut, oli poikamme yli kaksikymmentä vuotta vakituinen vieras eri mielisairaloissa.” (MKM 013.) Suurinta osaa sairaaloista äiti muistaa hyvällä, mutta toteaa, että väärän lääkityksen ja pahojen sivuoireiden vuoksi poika oli lopettanut lääkityksen aina päästyään kotiin. Äiti kertoo toistuvasti vedonneensa lääkäreihin lääkityksen ja diagnoosin vaihtamiseksi ja kertoneensa, että hänen poikansa ajautuu psykoosiin manian kautta. Häntä ei kuitenkaan ollut kuultu, ja vasta useiden sairaal-

loiden, vaihtuvien asuinpaikkojen ja avioliiton hajoamisen jälkeen pojan lääkitys oli vaihdettu. Poika oli myös saanut psykologin apua, ja vasta nyt, kun lääkitys vihdoinkin tuntuu toimivan, poika on sitoutunut siihen ja elämä kuntoutuskodissa sujuu lääkärin antamien ohjeiden avulla. Äidin kertomuksen yhteyteen on liitetty pojan kirjoittama runo, jossa valkotakkiset vievät hänet kidutuskammioihinsa. Mielisairaala kuvataan ”kidutusmajojen kammioiksi” ja ”pelon huoneiksi” (MKM 015). Pelkoon ja siihen, ettei Jumalakaan auta, poika näkee viime kädessä syyksi sen, että hän on hän: ”Syy on se, että minä olen minä. / Voiko minulla olla / oikeutta olla minä?/ Ei, ei tietenkään voi, / minähän olen / minä.” (MKM 015, mies, potilas 1980–2010-luvut.) Pojan runo kertoo kokemuksesta, jonka mukaan häneltä on riistetty oikeus olla hän itse. Sairaalaan joutuminen ja valkotakkisten tulo yhdistyvät pojan tuskaan ei-toivotusta minuudesta.

Yllä kuvattu sairaalajaksojen lyhentämispyrkimykseen liittyvä ”pyöröoviongelma” on yleinen. Tuolloin lyhentyneet sairaalajaksot johtavat siihen, että potilaat toistuvasti palaavat sairaalaan avohoidon epäonnistuksessa. Toistuvia sairaalajaksoja onkin yleisesti pidetty merkinä hoidon epäonnistumisesta. Toisaalta toistuvat sairaalakäynnit voivat olla myös osa suunnitelmallista sairaalahoidtoa. Yksi muistelijä kertoo, kuinka laitostumisen ongelma oli vältetty intervallihoidolla, ja toimintakykyisyyden säilyttyä sairaalan säännötkin olivat näyttäneet turvallisuutta tuovana elementtinä:

Olen viimeksi ollut psykiatrisessa hoidossa 2011, jolloin kärsin maniasta ja unettomuudesta. Niin todellakin tuolloin hoitoni tuntui tosi voimauttavalta. Olin silloin intervallihoidossa, mikä on hyvä tapa estää laitostumista. Kävin aina välillä kotona hoitamassa asioitani – –. Se, että olin toistuvasti intervallihoidoissa, piti minut toimintakykyisenä laitoshoidosta riippumatta. (MKM 242–243, potilas, nainen, 1990-luku.)

Jotkut potilaat myös kokevat, että toistuva sairaalaan hakeutuminen on osoitus siitä, että he ovat oppineet tunnistamaan alkavan oireilun ja hakeutuvat hyvissä ajoin sairaalaan saamaan hoitoa ja tarvittavaa lepoa

(Davidson 2003, 177–179). Edesmenneestä, useita kertoja vapaaehtoisesti hoidossa olleesta ystävästään kertova nainen esimerkiksi kirjoittaa pohtineensa ystävänsä kanssa, että ”yhdelta jos toiselle jakso mielisairaala (ainakin omaehtoisesti) tekisi hyvää”. Kyseiselle ystäväälle ”sana mielisairaala kuulosti positiiviselta paikalta. Siis MIELIsairaala, vähän kuin mielitietty. Siellä sai ystäväni mielestä hyvää hoitoa ja apua, kun sitä tarvitsi. Hänen mielestään useimmat potilaat olivat tosi viisaita, ja juuri viisaat masentuvat helposti, kun ymmärtävät toisinaan liikaa”. (MKM 369 omainen, ystävä, ajankohtaa ei mainittu.) Keskeistä tässäkin muistossa kuitenkin on, että kertojan ystävä on hakeutunut sairaalaan itse, saanut siellä tukea ja ystävällistä kohtelua. Myös muiston lähettäjä kertoo sairaalavierailuiden tehneen hänelle hyvää. Sairaalakokemusten ja -muistojen valottaminen potilaiden näkökulmasta voikin tuottaa aivan päinvastaisen näkökulman pyöröoviongelmiaan kuin miltä se hallinnolliseen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta näyttää.

Aineistossa on myös potilaskertojia, jotka ovat kokeneet hoidon hyödylliseksi ja pyrkineet sairaalaan, mutta eivät ole sinne päässeet. Yksi erityisen lämpimästi lyhyttä sairaalajaksoaan muisteleva henkilö kirjoittaa: ”Olen siitä harvinainen ihminen, että viihdyn sairaalassa. Olisin halunnut palata piirille monta kertaa. – – Olisin halunnut sairaalaan lepäämään.” Potilaiden ja omaisten kirjoituksissa on kuitenkin myös mainintoja siitä, miten vaikea hoitoon on päästä ajoissa ja miten epätoivoisiin, jopa itsetuhoisiin tekoihin hoitoon pääsemättömyys voi johtaa. Yhden nuoren potilaan ystävä kirjoittaa: ”Muistan sen itkun ja hädän kun itsetuhoisen nuoren ystäville kerrottiin, ettei ystävä pääse sairaalaan, koska siellä ei ole tilaa. Sinne pääsi lopulta vain viiltämällä ranteet auki.” (MKM 337–338.)

Lääkäri portinvartijana

Koska sairaalapaikkoja on rajoitetusti, lääkäreiden tehtäviin kuuluu erotella sairaalaan pyrkivistä kipeimmin hoitoa tarvitsevat. Lääkärit toimivatkin eräänlaisina portinvartijoina. Toinen keruuseen kirjoittaneista lääkäreistä, jota oli alalle ajanut halu kuunnella ja ymmärtää hoi-

toon hakeutuvien ihmisten elämätarinoita muistelee joulupäivystystä 1990-luvulla. Nuorena, vastavalmistuneena lääkärinä hänelle lankesi ilmeisen hankalana ja vaativana koettu sairaalan etupäivystys, jossa hänen oli määrä määrittää potilaiksi tuotujen tai pyrkivien sairaalahoidon tarve:

Tuohon aikaan päivystys toimi avoimet ovet -periaatteella eli jokainen tarvetta tunteva saattoi kävellä ovesta sisään apua hakemaan, lähetettä ei tarvinnut. Lisäksi ovesta tuotiin vaihtelevaan tahtiin niitä, jotka eivät itse halunneet hoitoa, mutta jotka kuitenkin oli terveyskeskuslääkärin toimesta arvioitu olevan hoidon tarpeessa. (MKM 381.)

Tehtävään joutuessaan nuorella lääkäriellä oli kahden kuukauden kokemus ja selvä käsitys siitä, mitä lääkärrien keskuudessa arvostettiin: ”Aamukierrolla puhutun perusteella olin ymmärtänyt, että turhat sisäänkirjoitukset olivat amatööriutta ja suorastaan noloa” (MKM 381). Kirjoituksesta välittyvät sairaalan hierarkiat ja hyvän ja pätevän lääkärin ideaalit: hyvä lääkäri oli erehtymätön, nopea ja tarkka. Pätevyyttä oli välttää turhat sisäänkirjaukset. Nuoren lääkärin tarina kuvaa valaisevasti lääkäriksi sosiaalistumista ja työyhteisöstä tulevaa painetta asioiden rivakkaan, nopeaan ja tehokkaaseen hoitamiseen. Kirjoittaja kuvaa elävästi myös tunteitaan: aloittelevan lääkärin epävarmuutta ja jännitystä tulevan työn edessä. Päivystyspolille mennessä ”[o]li epävarma, melkein epätoivoinen ja kurkussa oli pala”. Tehtävästä kunnialla suoriutuminen kuitenkin tuotti suorastaan ”voittajafiliksen”, kun voi vuoronsa lopuksi kirjoittaa: ”Mielestäni olin suoriutunut sairaalan portinvartijan tehtävästä kohtuullisen hyvin, sisäänkirjattuja oli alle 15.” (MKM 382.) Lääkärin näkökulmasta sairaalan sisäänotto ja hoitoonohjaus näyttävätkin hyvin erilaiselta kuin potilaiden muistoissa. Se näyttäytyy käytänteinä ja prosesseina. Vastentahtoiseen hoitoon tulevat tulivat ”aina ambulanssilla, joskus myös virka-avun eli poliisipartion saattamana ’tarkkailulähetteellä’ eli ’M-ykkösellä’. Mielisairaanhoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja esihaastatteli potilaan, minkä jälkeen lääkäri vielä tapasi potilaan ja teki päivystysajan hoitosuunnitelman”. (MKM 381.)

Lisäksi nuoren lääkärin muisto valaisee neuvotteluja, joita sairaalaan ottamiseen liittyy. Hän kertoo havahtuneensa siihen, millaisia ristiriitoja joulu voi nostaa esiin perheissä: ”Aaton aikana kävi selväksi miten latautunutta ja riitaisaa juhlapyhän vietto voi olla. Ehdin istua useammasakin perhetapaamisessa selvittelemässä kuka sanoi mitä ja miksi ja onko joku perheessä todella psykiatrisen hoidon tarpeessa.” (MKM 382.) Muisto osoittaa, miten psykiatrisia ongelmia ratkotaan ja neuvotellaan sosiaalisesti, ja että psykiatrisen hoidon tarvetta voidaan käyttää myös riidan välineenä. Aaton aikana lääkäri kertoo selvittelleensä muun muassa perheriidan johdosta yliannoksen ottaneen potilaan tilannetta, jossa potilas ei kuitenkaan suostunut jäämään osastolle odottamaan tilanteen rauhoittumista eikä jättämään lääkepussiaan sairaalaan. Koska tahdonvastaisen hoidon perusteita ei kuitenkaan ollut ja potilas vetosi siihen, ettei hänellä ollut kotonaan enempää lääkkeitä eikä hän jouluna niitä mistään saisikaan, lääkäri joutui päästämään potilaan kotiin. Silti vielä viidentoista vuoden jälkeenkin tapaus vaivaa häntä.

Mielisairaala-alueilla kasvaneet henkilökunnan lapset

Mielisairaalan lasten muistot valottavat mielisairaala-aluetta lähinnä heidän kotinaan ja kasvuympäristönään. Niissä elettyjä tiloja ovat asuinrakennukset ja pääosaa näyttelevät sairaalan piha-alue ja lähiympäristö ulkotilat, sillä asuintiloissa ei niinkään ollut tilaa leikeille. Vaikka myös mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistoissa on tummia sävyjä ja niissä kuvataan järkyttäviäkin asioita, voi heidän muistonsa käsittää eräänlaisiksi vastakertomuksiksi potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnankin muistoille. Lasten muistot eivät useinkaan liity sairaaloiden sisätiloihin, joihin pääsy heiltä monissa sairaaloissa kiellettiin. Lasten muistojen kautta välittyvät, etteivät mielisairaaloiden kulttuuriset ja tunne-elämän vaikutukset rajoittuneet aikuisten työpaikoille ja potilaiden kohteihin, vaan vanhempien työ näkyi myös heidän kodeissaan (Kuva tässä teoksessa). Joissain muistoissa kuitenkin kuvataan vanhempia myös työroolissa. Lapset valottavat henkilökunnan jäsenten inhimillisiä puolia tärkeällä tavalla. Näin eräs muistelija kuvaa äitiään vastaanotto-osastolla:

Äitini oli miesten vastaanotto-osaston osastonhoitajana, ja toisinaan poliisit toivat jonkun potilaan, joka oli pannut hanttiin. Tämä saattoi olla nenä veressä ja käsiraudoissa. Äitini, joka usein tunsu potilaan vanhastaan, käski irrottamaan käsiraudat ja tarttui ystävällisesti potilasta käteen. Tämä seurasi äitiäni ihan rauhallisena sisälle osastolle. (MKM 472.)

Äidin lämpö ja ystävällisyys vertautuvat virkavallan kovakätisyyteen. Mielisairaala näyttäytyy sen ansiosta turvapaikkana. Monet mielisairaalan lapset muistelevatkin lapsuuttaan hyvänä ja yhteisöllisenä aikana ja kokevat sen antaneet ymmärrystä ja hyväksyntää erilaisuutta kohtaan. Yksi heistä kertoo myös palaavansa sinne toistuvasti unissaan: ”Unissa olen ollut tähän saakka (nyt olen 71 v.) jatkuvasti sairaalan lapsuusmaiseissa, milloin lapsena, milloin aikuisena. Nuo unet ovat aina leppoisia, keskittyen erityisesti joihinkin sairaalarakennusten kohtiin, omaan asuntoomme tai puistoihin.” (MKM 471.) Niin aikana kuin paikkanakin taakse jäänyt kasvuympäristö jatkaa eloaan muistelijan unimaailmassa, jota värittää mielisairaalan lasten muistoissa usein esiintyvät nostalgia ja melankolia (ks. myös Kuuva 2018a ja tässä teoksessa). Mielisairaala-alueilla kasvaneet lapset korostivat kasvuympäristönsä vaikuttaneen siihen, että he näkevät mielenterveysongelmat ja erilaisuuden osana ihmisyyttä. Monet mielisairaala-alueilla kasvaneet henkilökunnan lapset katsovatkin hieman erikoisen kasvuympäristönsä lisänneen heidän suvaitsevaisuuttaan ja ymmärrystään elämän monimuotoisuutta ja vastoinkäymisiä kohtaan.

Vaikka lapset eivät varsinaisesti osallistuneet hoitoon ja heidät usein suljettiin ulos sairaalan sisätiloista, katsoo yksi kirjoittaja heillä olleen potilaisiin ehkä hyvinkin tervehdyttävä tai ainakin potilaiden hyvinvointia lisännyt vaikutus:

Me lapset emme osallistuneet millään tavoin sairaalan potilaitten hoitoon (tietoisesti). Tänä päivänä väitän meidän olleen siihen osallisena, koska ilmeisesti suurin osa meistä välitti heistä useimmiten myönteisesti. – – Asia on henkilön toipumisen kannalta varmasti erityisen tärkeä. Välittäminenhän on ASENNE, ei välttämättä VAIN

JOTAIN, mitä tehdään. Se on eräs mielenkiinnon muoto toista ihmistä kohtaan. (MKM 188.)

Vaikka potilaat eivät mainitsekaan henkilökunnan lapsia, ovat aito kiinnostus ja välittäminen tekijöitä, joita kaikki mielisairaaloita positiivisesti muistelevat arvostavat eniten hoidossaan. Mielisairaaloiden henkilökunnan lasten ja potilaiden kohtaamiset tapahtuivat yleensä sairaalan pihapiirissä, ja mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistoissa korostuu erityisesti sairaalan pihapiiriin merkitys. Kuten toisen maailmansodan jälkeen rakennetusta B-mielisairaalaverkostosta selvitystyön tehnyt Teija Ahola toteaa, mielisairaalan sijoituspaikan valintaa ohjasivat kunnissa muun muassa ”taloudelliset ja paikalliset realiteetit, valtion suunnitteluohjaus, sairaanhoidollinen näkökulma sekä yleinen suhtautuminen mielisairauteen ja -sairaaloihin” (Ahola 2015, 30; ks. myös Rissanen tässä teoksessa). Tärkeää oli esimerkiksi rauhallinen sijainti, jottei sairaala häiritsisi muita eivätkä liikenne ja asutus häiritsisi sairaalan toimintaa. Metsä ja viljelyala turvasivat sairaaloiden omavaraisuuden ja mahdollistivat työnteon hoitomuotona. (Ahola 2015, 30)⁴. Rannan läheisyys vesihuollon järjestämistä varten oli myös suotavaa, samoin hyvät liikenneyhteydet.

Aholan yllä luettelemat tekijät vaikuttivat myös siihen, millaista mielisairaala-alueilla oli elää ja asua – ja millaisia kohtaamisia ne puolestaan synnyttivät esimerkiksi potilaiden ja mielisairaala-alueilla asuneiden lasten välillä. Jos potilaat, omaiset ja henkilökunta muistelevat pääasiassa sairaalan sisälle sijoitettuja asioita, mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot sijoittuvat sairaaloiden ympäristöön, pihaille ja lähimetsiin, heinälatoihin, liitereihin ja huoltorakennuksiin kuten leipomoon. (Kuuva 2018a ja tässä teoksessa). Ulkoalueiden käyttö ja niiden tarjoamat mahdollisuudet toimia myös jakoivat ja erottivat mielisairaalayhteisöjen eri ryhmiä ja siellä eläneitä ihmisiä. Esimerkiksi rannat tarjosivat virkistystä lapsille ja henkilökunnalle. Saunat ja rannat olivat paikoin myös eroteltu henkilökunnan ja potilaiden käyttöön.

4 Monet näistä valintaperusteista sisältyvät ns. Pilppulan komitean mietintöön vuodelta 1943, mutta samat periaatteet ohjasivat sairaalarakentamista jo aiemmin.

Joissain sairaaloissa lähivedet mahdollistivat virkistytymisen myös potilaille. Toisaalta jotkut potilaat hukuttautuivat lampiin ja rantoihin. Samoin rautatie tarjosi itsetuhoisille potilaille mahdollisuuden itsemurhaan: yksi mielisairaalan lapsi kertoo ruumiinkappaleiden keräämisen radalta olleen erään sodassa karaistuneen miehen tehtävä. (Toivola 2005.) Koko sairaalayhteisöä koetelleet ja järkyttäneet potilaiden itsemurhat mainitaan lasten muistoissa (ks. Kuuva tässä teoksessa). Niiden kohdalla kärjistyvät erot siinä, millaisia mahdollisuuksia ympäristössä nähdään ja miten noihin mahdollisuuksiin tartutaan riippuen siitä, millaisia havaitsijan mielentila ja toiminnan päämäärät ovat. Mielisairaaloiden toimintojen kannalta välttämättömiksi nähdyt ympäristötekijät voivat toisille olla yhdelle leikin, riemun ja yhdessäolon paikkoja, toisille ne mahdollistavat pääsyn pois ylitsepääsemättömän raskaaksi käyneestä elämästä⁵. Mielisairaalat tiloina muodostuvatkin hyvin erilaisista rinnakkaisista todellisuuksista (Massey 2008).

Mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistojen ajalta ei aineistosamme ole juurikaan potilaiden muistoja, mutta jotkut myöhemmiltä vuosikymmeniltä muistoja vanhoista sairaalamiljöistä kertovat potilaat kuvaavat niitä kauniina, lohdullisina ja hoitavina: ”Mielisairaala sijaitsi maalla, kaukana kaikesta. Rakennus oli vanha ja siellä oli paljon ikkunoita, joiden syvennyksissä saattoi istua ja katsella ikkunasta ympäröivää luontoa. Ympäriellä oli paljon metsää ja hiekkateitä, joissa vapaakävelyillä voi lenkkeillä.” (MKM 502, potilas, nainen.) Luonnon läheisyydellä on katsottu olevan myös toipumista edistävä vaikutus, ja monissa potilaiden muistoissa kauniin miljööseen katsotaan edistäneen toipumista (Heimonen & Kuuva 2020; Heimonen tässä teoksessa). Luonnon parantavasta ja hyvinvointia tukevasta vaikutuksesta on olemassa yhä enemmän myös viimeaikaista tutkimusnäyttöä (ks. esim. Tyrväinen, Bauer & O’Brien 2019). Tätä taustaa vasten voi olla sääli, että luonnonkauniilla paikoilla sijainneista mielisairaalarakennuksista on lähes kokonaan luovuttu. Kun laitoshoido nykyisin pyritään järjestämään kaupunkiympäristössä

5 Näitä ympäristön mahdollistamia toiminnan tapoja voi tarkastella Gibsonin (1950) tarjouman käsitteen valossa (ks. Jäntti, luku ”Kotona, sairaalassa” tässä teoksessa). (Veden käytöstä ja sen merkityksen muuttumisesta psykiatrian historian eri vaiheissa ks. Rissanen 2019.)

yleissairaaloiden yhteyteen sijoitetuissa hoitopaikoissa, jäävät esteettiseen sairaalaympäristön ja luonnon läheisyyden tervehdyttävä vaikutus monilta nykypotilailta kokematta. Toisaalta joissain muistoissa sairaalan syrjäinen sijainti vahvistaakin potilaan kokemusta siitä, että on maailman hylkäämä. Onkin varottava maalaisympäristöjen romantisoimista ja huomioitava, että myös luontosuhteessa paikkojen elvyttävä vaikutus kytkeytyy ihmisten aikaisempiin kokemuksiin, odotuksiin ja vuorovaiikutuksellisiin mahdollisuuksiin (Besson 2020).

Mielisairaala muistojen elettyinä tilana

Mielisairaalamuistojen tarkastelu eri muistelijaryhmien näkökulmista valaisee sitä Henri Lefebvren (1991) esittämää ajatusta, ettei yhdessäkään paikassa ole vain yhtä tilaa vaan yhdessä tilassa on aina useita sosiaalisia tiloja. Kokemus paikasta onkin vahvasti kytköksissä siinä muodostuviin ja sen mahdollistamiin sosiaalisiin suhteisiin (Saarikangas 1998). Erilaiset mielisairaalatilan kielellisen, ruumiillisen ja sosiaalisen hahmottamisen tavat tuottavat erilaisia diskursiivisia todellisuuksia eli käsityksiä ja ymmärryksiä siitä, mitä mielisairaalalla tarkoitetaan, millaisena sitä ajatellaan ja millaiseksi se puheessa tai kirjoituksessa tuotetaan.

Muistelijoiden moninaiset kertojapositionit, roolit mielisairanhoidossa ja tavat valottaa niin omia kokemuksiaan kuin näkemyksiään osoittavat, että sairastumisessa ja hoitoon joutumisessa tai pääsemisessä on aina kyse suhteista ihmisten ja tilojen välillä. Hoitohenkilökunnan muistot tarjoavat pitkienkin työurien varrelta sairaaelämän välähdyksiä, joissa nostetaan esiin mieleen painuneita tilanteita ja tuokiokuvia potilaista. Usein näihin hetkiin kiteytyy jotakin olennaista työhön oppimisesta, työn raskaudesta tai vaarallisuudesta sekä ilosta, joka usein liittyy asioiden ja potilaiden paranemiseen. Niin hoitohenkilökunta, potilaat kuin omaisetkin kuvaavat tiloja ja erityisesti sairaalan tai osaston tunnelmaa, joka usein välittyy aistien kautta: ääninä, melun asteena ja äänten ilmaisevana tunteina, aggressioina tai levollisuutena ja rauhana. Keskeistä kaikille ovat ihmisten väliset ja tilojen mahdollistamat suhteet ja olemi-

sen tavat: mahdollisuus rauhaan ja lepoon ja toisaalta yhdessäoloon ja mielekkääseen tekemiseen tilassa, johon harva haluaa jäädä.

Sairaala sosiaalisena ympäristönä ja sosiaalisia kohtaamisia muokkaavana, tuottavana, mahdollistavana ja estävänä ympäristönä on eletty tila. Lähtökohtaisesti se edustaa monille paikkaa, johon he eivät halua identifioitua – psykiatrisen potilaan, mielisairaana tai ”hullun” identiteetti on sellainen, jota monet suorastaan kammoksuvat ja hylkivät. Monille potilaille sairaalasta tulee eletävissä oleva tila, kun he tutustuvat toisiin potilaisiin, löytävät mielekästä, voimiensa ja kiinnostustensa mukaista tekemistä ja saavat mahdollisuuden lepoon.

Sairaala itsessään jakautuu hyvin erilaisiin, eri ryhmien jakamiin ja hallitsemiin alueisiin, ja sairaalahoidon järjestämiselle keskeistä ja erityistä onkin, että juuri tiloja hallitaan ja sallitaan tietyille ryhmille ja tietyissä rooleissa toimiville ihmisille. Eri tilat ja tilojen eriyttäminen toisistaan osastoiksi, joille ja joilta siirrytään arvioidun hoidontarpeen mukaan, myös viestittävät potilaalle ja hänen mahdollisille vierailijoilleen siitä, millaiseksi hoitava taho potilaan tilan arvioi. Monissa muistoissa potilaat paheksuvat hoitajien kahvinjuontia ja eristäytymistä omiin tiloihinsa. Tupakkakoppi taas on monessa muistossa tärkeä paikka, jossa potilaat saavat puhua vapaasti.

Lääkkeet ja eri tiloihin, kuten eristyshuoneisiin ja tupakkakoppeihin, kytkeytyvät valtasuhteet näyttelevät muistoissa keskeistä roolia. Nämä ei-inhimilliset toimijat vaikuttavat oleellisesti sairaalatilassa olevien ja siihen tulevien välisiin suhteisiin ja toimintaan (ks. myös Bennett 2010; Ruckenstein 2019). Esimerkiksi lääkkeet ja tavat, joilla ne annetaan, muokkaavat minuuksia ja valtasuhteita, ja vaikuttavat keskeisesti siihen, miten sairaala koetaan ja miten usein sinne palataan. Ei-inhimillisten toimijoiden huomioiminen osana mielisairaalamuistoissa valottuvaa elettyä tilaa jäsentää ja kannattelee seuraavien lukujen analyysejä erityisesti Kirsi Heimosen luvussa.

Myös tunteet liittyvät vahvasti tilojen kokemiseen ja mielisairaala-kokemuksiin. Sairaalatilat itsessään aiheuttavat esimerkiksi pelkoa tai tuovat turvaa. Ne määrittävät potilaan identiteettiä ja käsitystä itsestään tukien joko mitättömyyden tai arvokkuuden tunteita. Sairaala voi tarjota turvallisia vetäytymispaikkoja (ikkunalautoista luontoon ja omiin

huoneisiin), lohtua ja lepoa (Heimonen & Kuuva 2020). Se voi myös merkitä pakkoa ja väkivallan uhkaa (eristystä, hylkäämistä ja lepositeitä). Se, millaisina muistot piirtyvät kokijan mieleen ja kaivertuvat muistiin, vaikuttaa keskeisesti siihen, millaiseksi suhde mielisairaaloihin, psykiatriaan, psykiatriseen hoitoon ja hoidon ammattilaisiin muodostuu. Erityisen tärkeäksi potilaat kokevat sen, että sairaala tarjoaa tukea, kohtaamisia ja ymmärrystä. Näistä paitsi jääminen aiheuttaa hätää, pettymystä ja katkeruuttakin; niiden löytyminen voi johtaa kiitollisuuteen, paranemiseen ja toipumiseen.

Myös omaiset kaipaivat usein henkilökunnalta tukea läheisen sairauden kohtaamiseen ja ymmärtämiseen. Erityisesti puutteita nähdään sairaala- ja avohoidon nivelkohdassa, sairaala- ja kotimaailman välissä, missä omaiset useimmiten toimivat. Ongelmia on koettu niin hoitoon pääsystä kuin itse hoidossakin. Hankaluuksia ovat aiheuttaneet esimerkiksi hoitajaksojen lyhyys ja hoidon laatu, tiedon puute ja se, ettei omaista ja läheistä kuulla tarpeeksi hoitoa suunniteltaessa (MKM 013–014). Tämä asettaa omaiset ristiriitaiseen asemaan, jossa helpotus läheisen hoitoon pääsystä sekoittuu huoleen hoidon laadusta. Omaisen kannalta ratkaiseva seikka on, miten läheinen suhtautuu hoitoon ja sairaaloihin. Itse apua toivovaa ja sairaalahoitoon tyytyväistä läheistä on helpompi tukea hoidossa. Sen sijaan pakkokeinojen käyttö, vääränlainen ja läheisen tuntemattomaksi muuttava lääkitys, kuulluksi tulemattomuuden tunne ja läheisen oma kokemus puuttuvasta tai virheellisestä hoidosta aiheuttavat hätää ja huolta myös omaisissa ja kuormittavat yhtä lailla heidän elämäänsä.

Omaisille ja potilaille sairaala on usein uusi maailma, johon joutuminen voi olla vastentahtoista, pelottavaa ja nöyryyttävää. Monien mielikuvissa ja kokemuksissa mielisairaalat liittyvät epäonnistumisiin ja kaltoinkohteluun sairaalassa tai sen ulkopuolella. Potilaille sairaala voi aiheuttaa traumoja: se voi muodostua paikaksi, jossa valtasuhteet kärjistyvät ja minuus hajoaa. Toiset taas hakeutuvat sinne turvaan ja monille sinne joutuminen tai pääseminen mahdollistaa minuuden uudelleenjärjestämisen, levon ja toipumisen. Sairaala on paikka, joka asemoi potilaan uudelleen suhteessa muuhun maailmaan ja sen sosiaalisiin ja tilallisiin järjestyksiin. Potilaiden muistot kytkeytyvät usein tunteisiin ja sosiaali-

siin suhteisiin. Osalla sairaalajakso johtaa lähisuhteiden paranemiseen; osalla katkoo ja rikkoo niitä. Mukana onkin myös kirjoituksia, joissa potilaskertojat kokevat kotiuttamisen uhkana ja aktiivisesti vastustavat sitä.

Mielisairaalan ja ulkomaailman keskeinen raja piirtyy sairaalan ovelle tai portille. Tämä raja voidaan ylittää monella tapaa ja hoidon ja hoitoon suhtautumisen kannalta keskeistä onkin, miten tämä rajanylitys tapahtuu. Pakkohoitoon omasta todellisuudestaan riuhtaistujen kokemukset ovat traumaattisia. Toisaalta mukana on muistoja, joissa potilas on joutunut tietoisesti vahingoittamaan itseään päästäkseen hoitoon.

Lääkärin tehtäväksi jää hallinnoida, tunnistaa ja erotella hoitoa tarvitsevat ja heille uhkana voi näyttäytyä liian suureksi paisunut potilasmäärä. Lääkäreiden muistoissa – kuten myös tunnetun psykiatri Ilkka Taipaleen (2017) muistelmissa – onkin nähtävissä vahva hallinto- ja toimintaorientaatio. Vähäisten resurssien puitteissa lääkärin toiminnan eetoksena tuntuu olleen selviytyminen heille annetusta urakasta kunnialla. Resurssien puutteellisuus onkin ollut yksi pysyvä ominaisuus psykiatrian muuttuvassa historiassa. Hallintolääkärille mielisairaala on hallinnollisten neuvottelujen, taloudellisten ja poliittisten päätösten ja hoitoon liittyvien visioiden yhteensovittamista, onnistuneiden ja epäonnistuneiden arviointia, kehityskohde. Hoidon hallinnollisen järjestämisen pohdinta yhdistää monia henkilökunnan muistoja. Vaikka niiden yhtenä piirteenä onkin tunne riittämättömyydestä, mikä pahimmillaan johtaa uupumukseen ja jopa omaan sairastumiseen, ne, jotka sairaanhoidon kehitystä arvioivat, katsovat sen yleensä kehittyneen positiiviseen suuntaan. Joukossa – niin omאיםissa, potilaissa kuin henkilökunnassakin – on kuitenkin myös niitä, jotka avohoidon yleistyessä pelkäävät hoitoa tarvitsevien jäävän heitteille – ja hoidon, sairaalan suoman turvapaikan puutteen aiheuttavan väkivaltaa. Kuitenkin kaikki potilaat, jotka kertovat hoidon puutteen aiheuttaneen väkivaltaisuutta, kertovat sen kohdistuneen itseensä.

Toisaalta henkilökunnalle sairaala on arkinen ja rutiinien täyttämä työpaikka. Lääkäreiden, muun henkilökunnan ja potilaiden kertomukset asettuvat toisiaan vasten myös rytmiltään. Siinä missä lääkärit, hoitajat, psykologit ja muut työntekijät pistävät reippaasti hommat toimimaan ja kärsivät resurssien ja ajan puutteesta, potilaat kaipaavat usein lepoa

ja rauhaa sekä kärsivät tekemisen puutteesta. Sairaalat vastaavat tähän potilaiden tarpeeseen ”tehdä jotain” eri tavoin. Toisissa on toimintaa ja terapiaa, toisissa potilaat laahustavat käytävillä tai tuijottavat televisiota. Mutta siinä missä yksi nauttii käsitöistä ja toimintaterapian antamista mahdollisuuksista toteuttaa itseään, toiset kokevat osallistumisen ”askarteluun” turhana, turhauttavana, infantilisoivana ja ihmisarvoa alentavana. Siinä missä toiselle sairaalan selkeä päivärytmi tuo turvaa, on se toiselle ahdistavaa pakkoa. Erityisesti potilaiden muistojen moninaisuus rikkoo käsitystä mielenterveyskuntoutujista ja psykiatrian potilaista yhtenäisenä joukkona – samoin kuin ne rikkovat stereotyyppioita sairaaloista joko alistavina pakkolaitoksina tai hyväntahtoisina hoitopaikkoina.

Sairaalakokemukset muokkaavat ja luovat uusia mielikuvia mielisairaaloitten merkityksistä. Monet kirjoittajat pohtivat sairaalakokemusten merkitystä jälkepäin. Mielisairaalat jatkavat elämää muistoissa ja esimerkiksi unissa. Kokemuksistaan kertomalla muistelijat uudelleenkirjoittavat rakennuksen ja sen tilojen merkityksiä (Wood 2013, 42). Tulkinat niistä luovat uusia esityksiä ja ymmärryksiä mielisairaaloitten merkityksistä. Yksi tämän luvun tehtävistä on ollut osoittaa, että paikat elävät meissä – mielikuvissamme, kuvitelmissamme ja ajatuksissamme – jo ennen kuin me itse varsinaisesti alamme elää tai käymme niissä. Mielisairaaloihin liittyy vahvoja mielikuvia, jotka vaikuttavat tilan kokeamiseen. Yhtä lailla paikat, joissa olemme olleet tai eläneet, elävät meissä, muistoissamme ja kertomuksissamme. Kertomukset sairaaloista voivat yhtäältä ruokkia negatiivisia mielikuvia ja toisaalta inhimillistää niin paikkoja kuin ihmisiäkin. Aineistomme valossa molemmat näyttäytyvät epätäydellisinä ja merkityksiltään vuorovaikutuksessa muotoutuvina ja muuttuvina.

Muistojen kirjo on valtava ja tutkimuksemme ote niistä valikoiva. Muistojen välittämät kokemukset, toiveet ja tunteet luovat mielisairaaloista repaleisen tilkkutäkin kaltaisen kuvan. Ne nostavat myös esille suuret erot eri sairaaloitten ja sairaaloitten eri osastojen toimintakulttuureissa ja paikan tunnussa. Tätä on tärkeää ajatella rakennettaessa uusia sairaaloita ja hoitokulttuureita. Millaista kanssakäymistä sairaala mahdollistaa ja kenelle?

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

KIRJALLISUUS

Ahola, Teija 2015: Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle [verkkoaineisto]. Selvitystyö, Museovirasto. Saatavissa: https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VALMIS_2015.pdf. Viitattu 27.1.2021.

Arnheim, Rudolf 1997: *Visual thinking*. University of California Press, Berkeley. Alkuperäisteos 1969.

Bennett, Jane 2010: *Vibrant matter*. Duke University Press, Durham.

Besson, Anu 2020: *In defence of cities. Aesthetics of engagement in everyday environments*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Davidson, Larry 2003: *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press, New York.

Foucault, Michel 1997: Of other spaces. Utopias ja heterotopias. Teoksessa Neil Leach (toim.) *Rethinking architecture. A reader in cultural theory*. Routledge, Abingdon, 330–336. Alun perin julkaistu 1967.

Foucault, Michel 2014: *Tarkkailla ja rangaista*. Suomentanut Eevi Nivanka. Otava, Helsinki. Ranskankielinen alkuteos 1975.

Frame, Janet 1961: *Faces in the water*. Pegasus, Christchurch.

Frank, Arthur W. 1995: *The wounded story-teller. Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press, Chicago.

Gibson, J. J. 1950: *The perception of the visual world*. Houghton Mifflin, Boston.

Goffman, Erving 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.

Head, Bessie 1974: *A Question of power*. Heinemann, Lontoo.

Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353.

Honkonen, Heidi – Mattila, Aino K. – Lehtinen, Klaus – Elo, Teemu – Haataja, Riina – Joukamaa, Matti 2008: Mortality of Finnish acute psychiatric hospital patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 43: 8, 660–666.

Hyväri, Susanna 2011: Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeän*. Vastapaino, Tampere, 231–258.


Jähi, Rita 2004: *Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena*. Tampereen yliopisto, Tampere.

- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jönsson, Lars-Eric 2010: *Berättelser från insidan. En essä om personliga erfarenheter i psykiatriens historia*. Carlssons, Tukholma.
- Kaysen, Susanna 1993/2000: *Girl, interrupted*. Virago, Lontoo.
- Koivisto, Kaisa – Janhonen, Sirpa – Väisänen, Leena 2004: Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11, 268–275.
- Kokkinen, Jari 2019: Draama, katarsis ja kohtaaminen vainopsykooseista selviämisen kertomuksissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 133–158. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kontio, Raija – Joffe, Grigori – Putkonen, Hanna – Kuosmanen, Lauri – Hane, Kimmo – Holli, Matti – Välimäki, Maritta 2012: Seclusion and restraint in psychiatry. Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48, 16–24.
- Kuuva, Sari 2018a: Mielisairaalan varjoista. Nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueella asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia* 16: 31, 12–40.
- Kuuva, Sari 2018b: Ruumiillinen tieto sairaalaympäristöissä. Valokuvia suomalaisista mielisairaalahistoriikkeista. *Ennen ja nyt* 4.
- Latour, Bruno 2005: *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press, Oxford.
- Latvala, Eila – Janhonen, Sirpa 1998: Helping methods used by nurses in a psychiatric hospital environment. *International journal of nursing studies* 35, 346–352.
- Lefebvre, Henri 1991: *The production of space*. Ranskasta kääntänyt Donald Nicholson-Smith. Blackwell, Oxford.
- Lefebvre, Henri 2004: *Rhythmanalysis. Space, time and everyday life*. Continuum, Lontoo.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: "Sain kirjoittaa runoja eräässä huoneessa ja se vapautti mieleni." Hulluuden ja luovuuden risteämiä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Scriptum Creative Writing Research Journal* 6: 2, 58–95.
- Maanmieli, Karoliina 2019b: Häpeä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. Katsaus. *Elore* 26: 1, 29–41.
- Maanmieli, Karoliina 2019c: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Massey, Doreen 2008: *Samanaikainen tila*. Toimittaneet Lehtonen, Mikko – Rantanen, Pekka – Valkonen, Jarno. Suomentanut Janne Rovio. Vastapaino, Tampere.
- Millett, Kate 2000: *The looney-bin trip*. University of Illinois Press, Urbana. Alun perin julkaistu 1990.
- Neuman-Rahn, Karin 1927: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.
- Parpola, Antti, 2013: *Toivo ja häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen psykiatriayhdistys, Helsinki.
- Rissanen, Anu 2019: Veden merkitys mielisairaaloiden muuttuvissa hoitokulttuureissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hul-*

- luus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 83–106. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Ruckenstein, Minna 2019: Tracing medicinal agencies. Antidepressants and life-effects. *Social science & medicine* 235, 1–9.
- Saarikangas, Kirsi 1998: Tila, käyttäjä, konteksti. Arkkitehtonisen tilan, vallan ja sukupuolen suhteista. Teoksessa: Saarikangas, Kirsi (toim.) *Kuvasta tilaa. Taidehistoria tänään*. Vastapaino, Tampere, 247–298.
- Saarikangas, Kirsi 2006: *Eleyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Saarikoski, Helena 2011: Menneisyyden ruumiinkokemusten tutkiminen kirjoitetussa aineistossa. Teoksessa: Lakomäki, Sami – Latvala, Pauliina – Laurén, Kirsi (toim.) *Tekstien rajoilla. Monitieteisiä näkökulmia kirjoitettuihin aineistoihin*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 117–136.
- Sarvilinna, Atso 1938: *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellishistoriallinen tutkielma*. A. Sarvilinna, Uusikaupunki.
- Rose, Linda E. 1983: Understanding mental illness. The experience of families of psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing* 8: 6, 507–511.
- Riebschleger, Joanne 1991: Families of chronically mentally ill people. Siblings speak to social workers. *Health & social work* 16: 2, 94–103.
- Seikkula, Jaakko 1999: Kun laitoksesta tulee koti. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 62–70.
- Soininen, Päivi – Putkonen, Hanna – Joffe, Grigori – Korkeila, Jyrki – Puukka, Pauli – Pitkänen, Anneli – Välimäki, Maritta 2013: Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International Journal of Mental Health System* 7: 28, 1–10.
- Sontag, Susan 1990: *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Doubleday, New York.
- Taipale, Ilkka 2017: *Mielisairaalaissa. Lääkärien muistelmat*. Into, Helsinki.
- Toivola, Ritva 2005: *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä*. Ritva Toivola, Helsinki.
- Tuohela, Kirsi 2019: Sammanbrott och tillfrisknanden. Kvinnors livsbärettelser om psykisk kriser. *Historiska och litteraturhistoriska studier* 94, 77–102.
- Tyrväinen, Liisa – Bauer, Nicole – O'Brien, Liz 2019: Impacts of forests on human health and well-being. Teoksessa: Marušáková, Ludmila – Sallmannshofer, Markus (toim.) *Human health and sustainable forest management*. FORESTS EUROPE – Liaison Unit Bratislava, Zvolen, 30–57.
- Vilhunen, Marja-Liisa 2016: *Hoitajan arkipäivä*. Reuna, Tuusula.
- Vilkuna, Kustaa H. J. 2010: *Katse menneisyyden ihmiseen. Valta ja aineettomat elinolot 1500–1850*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Wood, Mary Elene 2013: *Life writing and schizophrenia. Encounters at the edge of meaning*. Rodopi, Amsterdam.

Liikkeen, tilallisuuden ja kirjoituksen atmosfäärit mielisairaalamuistojen ruumiillisessa tutkimisessä

Kirsi Heimonen

 <https://orcid.org/0000-0003-4665-5136>

Istun pöydän ääressä ja luen muistoja. Alleviivaan sanoja, lauseita, sanontoja. Huomaan hengitykseni syvenevän, painautuvan vatsanpohjaan raskaudeksi; jäseneni valuvat painavina kohti maata, on siirryttävä sohvalle makuuasentoon lukemaan. Jatkan. Käsinkirjoitetut koukeroiset katkelmat uppoavat hitaasti mutta varmuudella lihaan, kirjoituksen kaaret siirtyvät ruumiiseen, sen sisältö ahtautuu sinne samoin. Kylkiluiden kaaret, rintalastan takainen alue ja niskan uurre täyttyvät käytävistä, lääkkeiden nimistä, eristyksestä, ahdistuksesta, häpeästä. Uuvun. Lähden kävelylle, hengitys löytää omat reittinsä ruumiissa. Muistot kulkevat jokaisessa askeleessa, teksti palautuu vastaan heijastuksena talon seinästä, katukivetyksestä, liikennevalosta. Liike heijaa muistoja, ne etsiytyvät ruumiin koloihin, onkaloihin, osa valahtaa matkalla pois, toiset etsiytyvät pesäpaikkaansa, jotenkin, johonkin, juuri sinne: lantiomaljaan, selkänikamien väliin, kantapäihin. Osa lauseista kumajaa ruoka-kaupan kassalla, unen ja valveen rajamailla tai välähtää kesken lausetta puhuessani. Juuri nuo lauseet, jotka resonoiivat ensilukemalla, eivät jätä rauhaan. Ne muokkaavat ruumiin rajoja ja vaativat tekoja: liikettä, kirjoitusta.

Kuvauksessa, jossa muistelen mielisairaalamuistojen lukukokemusta, raottuu tutkimiseni läpäisevä piirre: koko ruumiillisuudella kuuntelu ja muistojen eläminen jokapäiväisessä liikkeessä. Tutkimusaineistossa¹ kuvatut kokemukset mielisairaalan tunnelmasta, esimerkiksi muistot huoneesta, valkeudesta, kolkkoudesta, kaikuvista käytävistä tai eristyskopista, vetivät puoleensa ja ympäröivät ruumiillisuuteni. Erityisesti potilaiden herkistyminen mielisairaalan materiaalisuudelle ja immateriaalisuudelle sekä heidän tapansa kutoutua osaksi fyysistä ympäristöä ja sen ilmapiiriä alkoivat oitis resonoida minussa. Nuo muistot ovat upottaneet piiriinsä, eivät päästä otteestaan vaan vaativat niihin pysähtymisen.

Valotan tässä luvussa tätä ruumiillisen lähestymisen prosessiani: miten muistot ovat muuntuneet taideteoksi, johon myös kirjoittaminen kuuluu. Kuvailen sitä prosessia, jossa taiteellinen tutkimus² syntyy mielisairaalamuistoista. Taiteilija-tutkijana, jonka tausta on tanssissa, koreografiassa ja somaattisissa liikemenetelmissä, tutkimiseni tapahtuu taiteessa, jolloin taiteen tekeminen on menetelmä ja taideteot muodostavat osaltaan tutkimuksen tulosta (Borgdorff 2012, 19). Taideteot ja kirjoittaminen kuuluvat taiteelliseen prosessiini, jossa teoria ja käytäntö asettuvat ilmentämään tutkimusta ja johon myös sanojen takana oleva ei-tietäminen kuuluu. Kirjoittaessa vaellan sekä muistelijoiden sanoissa että niissä, joita ne edelleen minussa synnyttävät. Kuuntelen sanojen tilallisuutta ja liikettä ja näin uskon, ettei kieli ole ainoastaan käsitteiden tai ideoiden kommunikaatiota tai representaatiota (Pylkkö 1998; Heimonen 2009, 36–38). Se, mitä ei voi sanallistaa, on saanut mahdollisuuden ilmetä taideteoissani, jotka perustuvat mielisairaalamuistoille: lihallistamisessa liikkeeksi lukuisissa taidetapahtumisissa ja konferensseissa, *Kävelyhäkki*-teoksessa (2019a)³ sekä lyhytelokuvassa

1 Kiitän kaikkia kirjoittajia. Jokainen muisto on vaikuttanut luvun muotoutumiseen, vaikka vain pieni osa niistä on esillä luvussa. Tutkimusaineisto on kuvattu teoksen toisessa luvussa.

2 Taiteellinen tutkimus muodostaa tutkimuksenalan, jossa taiteelliset käytännöt ja taideteokset sisältävät tietoa, joka samanaikaisesti muotoilee ja laajentaa olemassa olevan maailman horisontteja. Tämä ei tapahdu diskursiivisesti vaan eri aisteihin ja tunteisiin perustuen. Tällainen tieto on tutkimisen aihe ja osa tulosta. (Borgdorff 2012, 21.)

3 Osana kansainvälistä mielenterveysviikkoa (19.–25.5.2019) Lapinlahden sairaala-alueelle rakennettiin suunnittelemani *Kävelyhäkki*, pieni kanaverkolla aidattu alue, jossa tutkin eristetyn alueen vaikutusta

Täällä, jotenkin (2021a)⁴. Taideteot ovat olleet kytköksissä materiaaliin, mielisairaalakertomuksiin ja -rakennuksiin, ja se on sysännyt uusiin pohdintoihin. Tämänkaltainen taidetekojen ja materiaalin yhteys, joka synnyttää ajattelua, on tunnusomaista taiteellisessa tutkimuksessa (Rouhiainen 2017). Materiaalisuus on myös toimija, joka muokkaa liikettä, ajattelua ja ihmistä (Heimonen & Kuuva 2020). Toiminnassani taide elää ennakoimattomana, prosessimaisena tapahtumisena. Kiehnäys muistojen kanssa on ollut kaukana suoraviivaisuudesta. Se ei ole pysähtynyt tutkimiseen vaan on lainehtinut kaikkeen mitä teen tai ajattelen, sekä niiden yli.

Tämä luku tarjoaa yhden ehdotuksen sille, miten lukea mielisairaalamuistoja. Ruumiillisuuteni muodostaa menetelmää, tapaa, jolla asetun vastaanottamaan muistoja niitä lukiessani ja liikkuessani ja jolla kirjoitan niistä; elän niiden kanssa. Menetelmällisesti altistun muistoille ruumiillisuudessani, tutkin ”sen kanssa” mitä pidetään hulluutena, enkä tarkastele muistoja ulkopuolisena kohteena (Harpin 2018, 12–13). Näin taiteilija-tutkijana en eristä itseäni tutkimisesta, vaan olen sitoutunut muistoihin ja antanut niiden vaikuttaa läpi tutkimisen (tutkijan kuumumisesta tutkimukseen esim. Blackman 2015; Trivelli 2015). Tällainen tutkimustapa ei ole vain tietoisesti valittu menetelmä: ruumiillisuuteni on muokkaantunut harjoitettuani erilaisia tanssi- ja somaattisia tekniikoita, jotka ohjaavat toimintaani. Ruumiillisuus on valpastunut kirjoituksen ja tilojen atmosfääreille ja se on ollut mukana luomassa ja siirtämässä tunnelmia taiteen tekemisessä ja jakamisessa. Luku hahmottuu tapana, jossa sallin ensisijaisen tutkimusmateriaalin eli kirjoitettujen muistojen vaikuttaa ruumiillisuuteen(i)⁵, josta syntyy kirjoitusta.

ruumiillisuuteen kävelemällä siinä päivittäin usean tunnin ajan. Materiaalissa on maininta kävelyhäkistä, joka sysäsi tähän taidetekoon. Lisää tuosta kokemuksesta: *Walking in a cage. Attuning to atmospheric intensities through corporeality* (Heimonen 2021b).

- 4 Lyhytelokuvassa lihallistan liikkeeksi valittuja muistoja Lapinlahden sairaalan ulko- ja sisätiloissa. Luvussa on muutamia valokuvia kuvausmateriaalista. Pohdin lyhytelokuvan tekoprosessia artikkelissa *Lost in intervals. Falling in between spaces and tenses* (Heimonen 2020a).
- 5 Käytän välillä kirjoitusasua *ruumiin(i)* tai *ruumiillisuudessa(ni)* paikantaakseni tekijän itseeni, mutta samalla ilmentääkseni sitä, että kyse ei ole omistamisesta tai hallinnasta, koska ruumiskäsitykseeni liittyy vieraus.

Erityisesti ruumiillisuuden tilallisuuden suhde muistojen tilallisuuteen on yksi menetelmällinen kiinnostus ja oivallus, joka on paljastunut muistoja lukiessa suhteessa somaattisen liikemenetelmän, Skinner Releasing -tekniikan (SRT)⁶, harjoittamiseen. Tämä menetelmä tarjoaa keinon tarkastella sitä, millaista ruumiin ja ympäristön tilallisuutta muistot sisältävät (ruumiillisessa) luennassani ja miten vastaanotetut muistot asustavat ja liikehtivät ruumiin(i) tiloissa, kuten kylkiluiden kaarteissa tai selkänikamien ikkunamaisissa tiloissa. Muistojen tilallisuus ei näin tarkoita ainoastaan kuvausta fyysisistä tiloista ja suhteista inhimillisen ja ei-inhimillisen välillä vaan kirjoitetut muistot sisältävät myös tekstuaalisen tilan, joka muotoutuu kunkin kirjoittajan sanavallinnoista ja lauseiden rytmistä. Nuo tilallisuudet ovat resonoineet ruumiin(i) eletyssä tilallisuudessa vaikuttaen myös tämän kirjoituksen rytmiiin. Kaikki tämä tuo intensiteetin vaihteluita – toivottavasti lukija pääsee mukaan tekstin pyörteisiin – ja paikantaa esitetyt muistot suhteina, kuhunkin aikaan ja tilanteeseen liittyvinä.

Tilallisuus on ilmennyt esimerkiksi taidetapahtumisissa ja konferensseissa, kun olen lihallistanut muistoja liikkeeksi: liikkunut⁷ ja kuunnellut samalla valittuja tekstikatkelmia. Noissa tilanteissa en esitä hullua tai vierailijaa, vaan ruumiini toimii muistojen väylänä ja sallin hulluuteni⁸ tulla esiin (vrt. Heimonen 2019b). Olen sekä muuttunut vieraaksi itseleni että tunnistanut tuttuutta⁹, ja kaltaisuuden tunne tapaan kokea ympäristöä on paljastunut (vrt. Heimonen 2012). Tilanteessa on syntynyt ennakoimatonta liikettä ja puhetta, joka on sitoutunut kuhunkin fyysiseen ympäristöön. Näin aika ja tila – esityksessä ja muistoissa kuvattu – ovat olleet päällekkäiset, läsnäolevat ja pakenevat.

6 Käytän tästä lähtien lyhennettä SRT. Olen kouluttautunut tekniikan opettajaksi.

7 Käytän sanoja *liike* ja *liikkuminen tanssimisen* sijaan, koska *tanssi* viittaa enemmän valmiiseen teokseen ja representointiin.

8 Viittaan *hulluudella* tapaan olla maailmassa suhteessa kulttuurin luomiin normeihin. Näin hulluus on eräänlainen sairausdiagnoosien ulkopuolella oleva kattokäsite, johon kokemus, kulttuuri ja historia vaikuttavat (Jäntti ja muut 2019, 9–13).

9 Toimin 12 vuotta tanssitaiteilijana vakituudessa työsuhteessa sosiaali- ja terveysalan organisaatiossa, Helsingin Diakonissalaitoksella, jossa työskentelin mm. sellaisten ihmisten parissa, jotka elävät muistisairauksien ja mielenterveysongelmien kanssa.



Kuvat 2–4. Muistojen lihallistaminen MielenTilat-teatterifestivaaleilla 2018 Tampereella Lielahden kartanolla. Kuvaus Janne Loisa.

Liikemenetelmä SRT on keskeinen menetelmä tutkimisessäni, se on osa ruumiillisuuttani, sillä olen harjoittanut sitä yli lähes kaksikymmentä vuotta. Olennaista on ollut ruumiin huokoisuuden kultivointi, pehmeys, paljaus ja erityisesti lihaskireyksien sekä jumittuneiden ajatusmallien irti päästäminen. Irti päästämisen periaate, joka on jatkuva ja prosessinomainen, tukee ruumiin linjausta, joka mahdollistaa liikkuamisen vaivattomuuden, tehokkuuden, selkeyden ja vapauden (Skura 1990). SRT:n periaatteisiin kuuluu myös esimerkiksi eri ruumiinosien autonomia. Elettyinä periaatteet ovat poistaneet hallintaa ja kontrollia sekä palauttaneet ihmettelevän asenteen suhteessa ruumiiseeni, toiseen ja ympäristöön. SRT on tukenut taiteellisen toiminnan omalakisuuutta ja prosessiluonnetta, jossa tapahtumiselle altistuneena olen vain mukana muovaamassa teoksia. (Heimonen 2019c.)

Liiketekniikan tarjoama ruumiin huokoisuus on elettyä todellisuutta, jossa tilalliset mielikuvat ovat tarjonneet tarttumapinnan ruumiillisuudessa(ni) sekä yhteyden itsen ja toisen, ulkoisten ja sisäisten todellisuuksien välille. Kokemus ruumiin tilallisuudesta, sen äärellisistä tai äärettömistä tiloista, laaksoista, onkaloista ja kuiluista on muuttanut olennaisesti käsitystäni yksilön rajoista: ajatus yksilön erillisyydestä ja tämän autonomiasta ei enää kannu. Sitä vastoin eletty yhteys inhimilliseen ja ei-inhimilliseen kussakin tapahtumisessa – sekä mielisairaalakertomuksissa että taiteessa olemisessä – muodostaa ihmistä, joka on alati tulemisen tilassa (Heimonen 2019c). Tuo yhteys sisältää eettisyyden: sekä inhimillisen että ei-inhimillisen kunnioittamisen ja ottamisen vieraana. Samoin ruumiillisuuden kietoutuminen ympäristöön ei luenassani tarkoita, että ensin on olemassa ruumiillisuus, joka asettuu suhteeseen kuhunkin ympäristöön, vaan että se muotoutuu ja muuttuu samanaikaisesti kussakin tilanteessa. Näin oletus tarkkarajaisesta yksilöstä – itsestä ja muistelijoista – kyseenalaistuu. Tutkimiseni kivijalkana siis on, että en väitä tietäväni toisten mielisairaalakokemuksia, vaan tarjoan ruumiillisella lähestymisellä yhden mahdollisen tavan hahmottaa niitä.

Esitän luvussa mielisairaalamuistot affektiivisina atmosfääreinä, jotka vaikuttavat kirjoitetuissa muistoissa ja majailevat mielisairaalarakennuksissa ympäristöineen ja joissa piirtyy esiin kussakin tilanteessa muotoutuva kertoja. Atmosfääri on kaasumaista ja se verhoaa ympäröivää

maata.¹⁰ Se on näkymätön tilallinen tunnelma, jonka valtaan kokija joutuu, se on eletty (Böhme 2017, 2; 2014, 43). Affekti viittaa ruumiillisuuden kykyyn vaikuttaa ja vaikuttua (mm. Blackman 2008; 2012). Kuitenkaan affektiivinen atmosfääri tietyinä laatuna ei kuulu kohteeseen tai kokijalle, vaan sitä kuvataan persoonattomaksi tai intersubjektiiviseksi (Dufrenne 1973, 168 ja 178; Böhme 2017, 2). Tämä monitulkintainen sanapari on nykyisyyden ja menneen, kohteen ja tekijän välissä. Kuitenkin se mahdollistaa kohtaamisten affektiivisen laadun pohtimisen. (Anderson 2014, 137; Böhme 2017, 1–2.) Atmosfäärit, esimerkiksi hajujen, huu-tojen ja valkoisuuden kasaumat mielisairaalassa, painautuvat ihmisiin, jotka samalla vaikuttuvat niistä ja vaikuttavat niihin. He altistuvat tunnelmille, kokevat ne (Böhme 2014, 45). Sanapari affektiivinen atmosfääri vahvistaa sellaista ruumiillisuuden ja tilallisuuden kohtaamista, jossa molemmat liikehtivät ja muuttuvat. Tilallisuuden avautuessa ympärillä yksilön tarkat rajat hämärtyvät ja sekoittuvat osaksi tunnelmaa. Affektiivinen atmosfääri paikantaa muistelijoiden kirjoituksissa muotoutuvista tunnelmista jotain, mitä ei voi kuvata joksikin tietyksi mutta mikä liittyy mielisairaalan materiaaliseen ja immateriaaliseen todellisuuteen. Sitä ei kuitenkaan voi pelkistää niihin. (Anderson 2014, 159–160.) Atmosfäärien epämääräinen luonne tukee eettistä suhdettani muistoihin: niitä ei ole tarkoitus ottaa haltuun tai selittää tietynlaisiksi.

Affektit ovat tukeneet aineistolle virittymistä ja näin vaikuttaneet tekstikatkelmien valintaan. Ne muodostavat huokoisen siteen kirjoitusten ja liikkumiseni välille, sillä kyse ei ole muistojen representaatiosta vaan tavasta antautua kuulemaan muistoja ruumiillisuudessa, joka tuottaa liikettä. Affektit takertuvat ja säilyttävät yhteyden ideoiden, arvojen ja kohteiden välillä (Ahmed 2010). Ne muodostavat atmosfääriä eli kutakin tunnelmaa, joka vaeltelee mielisairaalan huoneissa, ihmisissä ja näiden olemisen tavoissa sekä instituution käytänteissä. Tutkimistavassani ruumiillisuus kytkeytyy affekteihin ja vaikuttaa ja vaikuttuu muistoista, tiloista ja ihmisistä läpi tutkimisen prosessin (mm. Blackman 2008;

¹⁰ Etymologisesti *atmosfääri* tulee kreikan kielen sanoista *atmos* 'höyry' ja *sphaira* 'alue, piiri' (Online Etymology Dictionary, s.v. *atmosphere*).

2012). Vierailimme tutkimusryhmän kanssa mielisairaala-alueilla¹¹ ja vierailut vaikuttavat osaltaan tapaani hahmottaa mielisairaalakokemuksia affektiivisina ja suhteessa olevina tapahtumisina.

Oletuksena on, että virittäytymällä muistoihin affektit liikkuvat ja ta- kertuvat, jotain muistojen tunnelmasta siirtyy ruumiillisuuteen, josta edelleen jotain siivilöityy sekä kirjoitukseen että taidetekoihin. Tutus- tuminen affekteihin on kannustanut minua heittäytymään muistoissa kuvattujen tilanteiden liikehtiviin intensiteetteihin sekä luottamaan ruu- miillisuuteen ja sanattomaan. Affektit tuovat esiin kirjoittajien, lähinnä potilaiden ja vierailijoiden, tarkan kyvyn virittäytyä ja aistia tunnelmia mielisairaalassa sekä vaikuttaa niihin ja vaikuttua niistä. Tunnelma muotoutuu muun muassa henkilökunnan asenteista ja toiminnasta, seinien väristä tai valon vaihteluista. Ne tuovat esiin sellaista, joka on häilyvää ja ruumiissa elettyä mutta pakenee rationaalisuutta.

Seuraava alaluku sisältää muutamia tarkennuksia affektien luontee- seen ja luvun tutkimustaustaan. Sen jälkeen esitän luentani valituista muistoista ja millaista ruumiillisuutta mielisairaalaympäristö tuottaa.

Tutkimisen maasto

Tutkimiseni, johon taiteelliset tapahtumiset ja kirjoittaminen kuuluvat, sisältää ristiriitaisuuksia ja epävarmuutta vastustaan ratkaisua, sulkeutu- mista. Tämä on ominaista tutkimiselle taiteellisena esityksenä, joka osoittaa ja esittelee samanaikaisesti ja joka ilmaantuu yksittäisenä vas- tustaen kääntämistä käsitteisiin ja propositionaaliseen tietoon (Mersch 2015, 170 ja 172). Tutkiminen koskee laajemmin taiteessa asustamista kuin yksittäiset taideteot, sillä se leimaa koko tutkimisen prosessiani ja ruumiillista altistumista mielisairaalamuistoille, -ympäristöille ja lähde- kirjallisuudelle. Ruumiillinen tietäminen saapuu liikkeessä, ja singulaarisen esittäminen kielessä niin, että se tulisi ymmärretyksi, on haasta- vaa (Varto 2017, 70–72). Luku tarjoaa ehdotuksen: mitä jos potilaiden

11 Olemme käyneet yhdessä Moision, Lapinlahden, Nikkilän ja Kellokosken sairaala-alueilla, yksin olen käynyt myös Törnävällä.

mielisairaalakokemuksia tarkastelee henkilökohtaisuuden ylittävänä, muotoutuvana affektiivisena atmosfäärinä, joka paljastaa jotain suhteessa inhimilliseen ja ei-inhimilliseen ympäristöön? Mitä jos -ajattelu (vrt. Hay 2000, xxiv)¹² kutsuu lukijan avoimuuteen ja vaihtoehtoiseen tapaan hahmottaa mielisairaalakokemuksia. Sairauden diagnooseja ei käsitellä, mutta yksilöllisyyden ylittävä lukutapa muuttaa myös niiden ymmärrystä ja merkitystä. Ihmisen – tässä potilaan ja vierailijan – kokemus otetaan vastaan arvottomatta. Olennaista on, että ihmiset nähdään muuttuvina ja suhteisina, kaukana diagnostisesti määritellyistä luokituksista. Näin he, kuten taiteelliset teot kirjoituksineen, ovat jatkuvassa prosessissa ja keskeneräisiä: niiltä puuttuu lopullinen merkitys. (Harpin 2018, 24.) Jokainen osallinen, lukija tai katsoja osallistuu merkitysten muodostamiseen tai jättää ne kokonaan avoimiksi.

Tässä luvussa affektit tarkentavat ruumiillisuutta suhteessa ympäristöön ja muotoutuvat siinä jatkuvasti. Affektiteoriat eivät muodosta yhtenäistä kenttää vaan affekteja on tarkasteltu eri tutkimusaloilla, kuten psykologiassa, psykiatriassa, etnografiassa, kulttuurintutkimuksessa ja postfenomenologiassa toisilleen ristiriitaisillakin tavoilla (Blackman 2012; Frykman & Povrzanovic Frykman 2016; Gregg & Seigworth 2010). Eri näkemykset sisältävät tiettyjä orientaatioita, käsityksiä ja ontologisia oletuksia siitä, mikä affekti on, mitä se tekee tai mikä siitä voi tulla. Tässä luvussa affektit näyttäytyvät moninaisina liittymisinä ja muovautumisena inhimilliseen ja ei-inhimilliseen, kuten rakennuksen seinään, ikkunasta avautuvaan maisemaan tai moniin kohtaamisiin; ne ovat myös ei-kuulumista tilaan tai tilanteisiin ihmisineen. Yksilön tai yksilöllisyyden rajat hämärtyvät, kun yhteys ympärillä oleviin tiloihin ja todellisuuksiin aukeaa ilman vastakkainasettelua sairaan tai terveen, normaalin tai epänormaalin luokituksissa.

Affektiiviset atmosfäärin luovat intensiteettejä, joiden tarkastelussa paljastuu ruumiillisuuden luonne ja mahdollisuudet. Affektien piirteisiin kuuluu, että ne ovat sitoutuneena prosessiin, liikkeeseen, tulemi-

12 Tanssija ja koreografi Deborah Hayn on esittänyt tanssin kutsun mitä jos -kysymyksillä, jotka ovat mahdollisia ja mahdottomuudessaan innostavia, kuten mitä jos ajattelisit kaikilla triljoonilla soluillasi liikkeessasi.

seen, suhteessa olemiseen ja epämääräisyyteen (Blackman 2014). Ne liikehtivät jossain tietoisien ja ei-tietoisien välimaastossa ja niiden tuntuma, tönäys tai imu vie johonkin, jota ei voi tarkasti paikantaa tai nimetä. Tämä affekteihin ja ruumiillisuuteen nojaava luenta asettuu etäälle lääketieteen määrittelyihin, hoitoon ja hallintaan tähtäävästä tulkinnasta. Pyrkimys ei ole ihmisten muuttamiseen tai parantamiseen vaan tutkiminen kohdentuu atmosfääreihin, noihin yksittäisiin intensiteetteihin, jotka tässä epämääräisyydestään huolimatta tarjoavat yhden perustan mielisairaalakokemusten luennalle.

Lähestyminen purkaa osaltaan potilaan toiseutta. Ensiksi kuvatut tapahtumat tunnelmineen nähdään tietyissä olosuhteissa suhteessa olevana toimintana ja affektien liikehdintänä. Esimerkiksi ahdistuksen tunteet eristyshuoneessa eivät liity hulluuteen. Toiseksi olotila, jonka vuoksi mielisairaalaan päädytään, muuttaa suhdetta ympäristöön, minkä voi nähdä kykynä vaikuttaa ja vaikuttua, herkkyytenä aistia myös sitä mikä pakenee kieltä ja havaintoa. Ympäristö piirtyy ihmiseen ja ihminen muotoutuu tuossa suhteessa jättäen jotain tilaan.

Ilmio eli muistojen atmosfääri on ainutlaatuinen, moninainen ja pakeneva, ja siksi se tarvitsee teoriataustakseen taiteelliselle tutkimukselle ominaisesti lukuisia tutkimuksenaloja. Tavoitteena on, että valitut tutkimuskentät fenomenologiasta posthumanismiin voisivat synnyttää ymmärrystä ilmiötä kohtaan. Fenomenologisessa lähestymisessä kysymys intentionaalisuudesta siirtyy syrjään, kun eri affektiteoriat ja niiden näkemykset suhteessa olemisesta syrjäyttävät yksilön tietoisien valinnan. Lisäksi jokainen taiteen tekemisen käytäntö sisältää käsitteitä ja käsityksiä – kuten liikemenetelmä Skinner Releasing -tekniikka tässä kirjoituksessa – jotka ovat teorian läpituokemia.

Kynnyksellä – valkoisuuden, kolkkouuden, tilallisuuden ja ikuisuuden atmosfäärit

Potilaat pääsevät, joutuvat tai heidät otetaan pakotettuina hoitoon. He elävät mielisairaalan tilallisuutta, käytänteitä, rakennusten historiallisia kerroksia ja niiden atmosfäärejä. Ruumis, kuten atmosfääri, on rajoil-

taan epäselvä ja huokoinen. Ruumis on vastaanottava, se kuuntelee. Jean-Luc Nancy kirjoittaa kuuntelemisesta, jossa tilallisuus avautuu hänessä ja hänen ympärillään. Se on samaan aikaan olemista sekä sisä- että ulkopuolella, ulko- ja sisäpuolen jakamista, jakoa ja osallistumista, tarttumista ja irtaantumista. Kuuntelemisessa ihmisestä tulee resonanssin paikka, kyse ei ole intentionaalisesta tekijästä. (Nancy 2007, 17 ja 21–22.) Ruumis toimii resonanssina, jonka muotoutuminen on yhteyttä, suhteessa olemista ympäristön kanssa. Näin ruumista ei voi erottaa sen elämänpiiristä (Manning 2013, 26).

Seuraavassa on ote potilaiden ja vierailijoiden ensimmäisistä tunnelmista mielisairaalassa: ”Perille päästyäni minulle on jäänyt ensimmäinen muistikuva, että sain sairaalan vaatteet ylleni ja kaikki ympärilläni oli korkeaa ja valkeaa.” (MKM 242, potilas.) Kuvauksessa paikan korkeus tuo tilallisuuden, jota valkeus lisää. Vaate, materia iholla kuuluu laitokseen, se liittää potilaan osaksi paikkaa. Tilallisuuden tunto saapuu hänelle heti ja tarkentuu myöhemmin kirjoituksessa mielisairaalan kokoon, kuinka hänen ”piti painaa mieleen reitti, että osasi takaisin [ruokalasta omaan huoneeseen]”. Mielisairaalaan saapuminen on siis ihmisten, hoitohenkilökunnan ja toisten potilaiden lisäksi paikan kohtaamista ja siihen tutustumista – tämä ei ole aina tietoista.

Seuraavat katkelmat kertovat mielisairaalan atmosfääristä, joka on eletty välittömästi.

Kun pääsin osasto 6 ovesta sisään, ahdistus ja kauhu hellitti. Pääsin välittömästi myös sänkyyn pitkälleni – –. Koin heti sairaalaan päästyäni sen turvallisen ilmapiirin. Nuori hoitaja tuli katsomaan minua ja kysymään vointiani. (MKM 404, potilas.)

Kun ensimmäistä kertaa kävin Törnävällä, muistan ajatelleeni, että tällä sairaalalla on varmasti Seinäjoen kaunein piha käytettävänä. Sairaala-alue oli rauhallinen ja viihtyisä ja sen keskellä oli vanhoja, kauniita taloja. Sisään tullessa muistan hämmästelleeni sitä, miten ahdistavan valkoista ja elotonta kaikkialla on. (MKM 339, omainen.)

Kummassakin kuvauksessa jokin siirtyy kertojaan. Ensimmäisessä siihen liittyy suhde toiseen ihmiseen, hoitajaan, toisessa ympäristöön, erityisesti sisä- ja ulkotilojen erilaiseen luonteeseen. Teresa Brennan avaa teoksensa *Transmission of Affect* (2004, 1) kysymällä onko ketään, joka ei olisi ainakin kerran astuessaan huoneeseen ”tuntenut atmosfääriä”. Hän tukeutuu psykoanalyttiseen teoriaan ja avaa affektien siirtymistä alun perin sosiaalisena tapahtumana, jolla on biologisia ja fyysisiä vaikutuksia. Affektit eivät ilmene ainoastaan kokijassa vaan syntyvät toisten ihmisten ja ympäristön keskinäisessä vaikutuksessa. Affektien siirtymisellä Brennan viittaa siihen, kuinka yhden ihmisen affektit – sisältäen voimistavia tai ahdistavia energioita – voivat siirtyä toiseen ihmiseen. (Brennan 2004, 1–3.) En viittaa affektien mahdollisuuteen muuttaa ihmisen biokemiaa ja niiden neurologista vaikutusta kuten Brennan, enkä korosta niiden siirtymistä ainoastaan ihmisestä toiseen, vaan tarkastelen niiden liikettä inhimillisen ja ei-inhimillisen välillä sekä niiden satunnaisuutta ja intensiteettiä paikkojen, tunnelmien ja ihmisten muovajina. Samoin affektit ovat mukana erilaisten tunteiden syntymisessä. Lisäksi pohdin affektien vaikutusta ruumiillisuuteen sekä sitä, kuinka ihminen kykenee muuttumaan ja vaikuttamaan tunnelmiin mielisairaaloissa. Tunnelma, jota ihminen kantaa saapuessaan mielisairaalaan, vaikuttaa muun muassa siihen, miten hän asennoituu hoitoon. Ihmisen kantama tunnelma ja mieliala voi kuitenkin muuttua hänen kohdattaessaan tilanteen tunnelman. (Ahmed 2010.)

Edellisen katkelman käsittelemän kolkkouden ja elottomuuden on aistinut myös toinen vierailija käydessään sairaalassa 2000-luvun alussa: ”Tapasin ystäväni sairaalan aulassa ja muistan lähinnä aulan kolkkouden ja rumuuden, jota oli yritetty hieman paikata muutamalla nurkassa nököttävällä viherkasvilla.” (MKM 337, vierailija.) Tässä muistossa tulee ilmi myös paikan suhteisuus, kuinka viherkasvit eivät lievennä paikan kolkkoutta, vaan saattavat jopa korostaa sitä.

Seuraavassa 1930-luvulta olevassa muistossa verrataan potilaan tarvetta ja mielisairaalan ulkoisia arvoja: ”Sen verran niissä paikoissa pidetään väliä potilaan viihtyisyydestä. Mutta kyllä akkunain verhot ulottuivat lattiaan asti, jotka sitten lattiaa vahatessa likaantuivat pahasti. Vähät potilaan viihtyvyydestä, kunhan laitos vaan ulkoisille näyttäisi hienolta

sairaalalta.” (MKM 123, potilas.) Kuvauksen kirjoittaja kohtaa ympärillä olevan materiaalisuuden ja käytännöt. Hän arvostelee valintoja: ulkoiset olosuhteet, ikkunaverhot, ovat sairaalalle tärkeämmät kuin viihtyvyyt, jolla hän viittaa aikaisemmin kirjoituksessaan yhden potilaan tarvitsemiin silmälasihin. Huoli on myös verhojen likaantumisen ja siitä aiheutuvasta työstä. Kirjoittaja arvioi verhojen taloudellisen arvon, joka olisi voitu käyttää toisen potilaan silmälasien hankintaan. Huomion kiinnittäminen verhojen (liialliseen) pituuteen kuvaa yhdenlaista kohtaamista ympäristön kanssa. Se sisältää affekteja, joiden merkitys on niiden rakentamassa intensiteetissä ja siinä, millaisia tekoja ajatuksineen ja tunteineen ne mahdollistavat (Stewart 2007, 3).

Seuraava mielisairaalaan saapuminen kertoo, millaisen jäljen ihmiset ja ympäristö muiston kirjoittajaan jättivät.

Ensimmäinen kertani mielisairaalassa oli minulle shokeeraava kokemus; olinhan silloin vasta 12, lapsi vielä. Potilaiden huoneiden ikkunoissa oli raskastekoiset kalterit ulkopuolella. Kun saavuin osastolle lääkärin läheteellä, en saanut poistua osaston tiloista minnekään ensimmäiseen kahteen viikkoon. Kerran pääsin käymään parvekkeella ja silloinkin vain 3 hoitajan läsnäollessa. (MKM 483, potilas)

Tekstikatkelma huokuu umpioitumista, sisätiloissa oleskelua ilman ulkoilmaa. Jako todellisuuteen mielisairaalan sisällä ja ulkomailmaan sen ympärillä on voimakas. Kalterit estävät ja suojaavat, ja jopa näkymä ikkunasta avautuu osittaisena, kun rautatangot määrittävät sen. Kuvauksessa voi lukea vertikaalisuuden: ikkunoissa on kalterit, kenties sellaiset ovat parvekkeellakin, ja ehkä hoitajat saattajina muodostavat pilarit vartioidessaan kirjoittajaa. Turva ja estäminen punoutuvat toisiinsa lukuisissa muistoissa eri vahvuuksilla ja kohtaamisten sävy piirtää mielisairaalan kirjavaa kokemisen kenttää.

Sama kirjoittaja paikantaa raskaan yhteyden palatessaan mielisairaalaan: ”Ensimmäisinä iltoina tyhjyyden tunne kalvoi sisintä. Täällä olen, taas täällä. Ne huoneet, käytävät, sairaala-tossut, lukkokaappi, aivan kaikki ympärillä tuntui ilkkuvan minulle, että taas olet epäonnistunut. Taas-



Kuva 5. Kuvakaappaus lyhytelokuvasta, *Täällä, jotenkin*, kuvaus Raimo Uunila.

kaan et pärjännyt omillasi, taas olet täällä muiden avun varassa.” (MKM 484, potilas.) Kirjoittajalle mielisairaalan materiaallinen ympäristö on elollistettu. Se on toimija, joka muistuttaa hänen paluustaan ikävällä tavalla. Ympäröivä materiaalisuus, jonka hän muistaa ja tunnistaa tarkasti, saartaa hänet. Se kertoo myös yksin pärjäämisen eetoksesta, joka on kaivertunut häneen.

Antropologi Kathleen Stewartin (2007) kuvaus atmosfääristä intensiteettinä ja voimien kenttänä, jossa ihmiset löytävät itsensä, tarjoaa heijastelupinnan mielisairaalakokemuksille, joiden atmosfäärit sekä mahdollistavat että rajaavat erilaisia olemisen tapoja. Kenties ihmiset myös ahdistuksen ja kadotuksen tunnelmissa löytävät uusia yhteyksiä elämäänsä; jokin muuttuu. Stewart kuvailee, kuinka eletty affekti on herkistymistä aistisuudelle, mielikuvitukselle ja aloituksille kohti mahdollisia tapoja elää asioita avaten nykyhetken mahdollisuuteen ja tapahtumiseen. (Stewart 2007, 1–6; 2011.) Stewart maalailee toiveikkaita näkymiä, mutta voivatko esimerkiksi ahdistuksen tunnot, jotka tuovat kokemishetkeen epävarmuutta, avata vaimennuttuaan jotain olennaista maailmassa olemisesta ja tarjota mahdollisuuden uudentlaiselle suhteisuudelle maailmassa?

Seuraavassa muistossa potilas valpastuu aistisuudelle ja hänen mielikuvituksensa herää materiaalisessa ympäristössä: ”Joillain osastolla kiinnitin huomiota leveisiin käytäviin jotka antoivat tilan tuntua niillä kävellessä... ja se antoi mielikuvitukselle kyytiä. Toisella osastolla oli taas upea erkkeritila jossa oli mukava vaikka lueskella lehtiä.” (MKM 395, potilas.) Tämä katkelma katkaisee mielisairaalan elottomuuden, säilömisen ja umpioitumisen mielikuvat. Käytävät tarjoavat tilaa liikkua, erkkeri taas mieluisan paikan lukea. Kenties katkelmassa voi aistia käytävällä hypähelyn, lähes juoksun sekä ilmapirran, joka liikkeestä syntyy.

Mielisairaalamuistot, kuten mielisairaalaan saapumisen kuvaukset, ovat affektiivisia, koska tunnelma on vanginnut tulijan äkisti. Koko tilanne on monille ikimuistoinen, sitä ei voi täysin määrittellä, mutta jopa kymmenien vuosin päästä sen tunnelma herää muistelijassa (vrt. Lontoon pommituksiin liittyvät ”atmosfääriset muistot” Closs Stephens ja muut 2017). Muistot ovat muuttuneet osaksi muistelijoina, aivan kuin eletyt tilat muotoutuisivat heissäkin toiseksi ihoksi, joka avautuu ruumiin laskoksissa (Ahmed 2006, 9).

Muutamissa muistoissa paljastuu lopullisuuden uhka: ”Ensimmäinen kosketus mielisairaalaan oli hyvin pelottava, koska minulla oli tuolloin ajatus, että joudun tänne koko loppuelämäkseni.” (MKM 353, potilas.) Lopullisuuden tunteeseen voi liittyä uhka oman tilanteen muuttumattomuudesta. Tätä uhkaa voi tarkastella suhteessa mielisairaalaalaitoksen historiaan, koska 1800-luvun alkupuolella mielisairaita pidettiin parantumattomina (Achté 1991, 50) ja näin mielisairaaloiden tehtävä oli säilyttää ihmisiä, ei parantaa heitä. Kirjoittaja pelkää pois pääsyn epäämistä vuonna 1988. Tuo pelko saattoi sekoittaa mielisairaaloiden historiallisiin tapahtumiin: esimerkiksi 1800-luvulla Lapinlahteen¹³ lähetettiin huutolaiset potilaiksi ”elinkautiseksi ajaksi” (Pietikäinen 2013, 162).

Muistojen lukutavassani ruumiillisuuteni tarkentuu tietynlaisena rakennelmana kokonaisuuden sijaan. Tällainen ruumiillisuus kokoelmana on tulemisen tilassa, joka suuntautuu kohti maailmaa ja maailma kohti sitä. Kyse ei ole hallinnasta tai suojasta. (Manning 2010, 2–3.) Myöskään

13 Lapinlahden sairaala (ent. houruinhuone) perustettiin vuonna 1841.

Lisa Blackman (2012; 2008), joka kirjoittaa ruumiillisuuden tutkimuksen sekä media- ja kulttuuritutkimuksen risteyskohdassa, ei näe ruumista itsenäisenä, suljettuna ja vakaana kokonaisuutena. Sitä vastoin ruumiillisuus on kokoelma, johon vaikuttavat inhimilliset ja ei-inhimilliset prosessit ja joka osallistuu affektiiviseen virtaukseen. Ruumiillisuus rakennelmana on ajallisesti tilapäinen ja siihen kuuluu jatkuva muutos. (Blackman 2012, 2; 2008, 122 ja 133.) Myös mielisairaalamuistojen kirjoittajien ruumiillisuus näyttyy valittujen katkelmien valossa rakennelmana. Vaikka he liittyvät yksilökeskeisyyden leimaamaan muistoista kirjoittamisen kaanoniin, luennassani heidän ruumiillisuutensa raja hämärtyy yhteydessä materiaaliseen ja immateriaaliseen.

Ruumiin kadotuksia

Seuraavaksi esitän muutamien potilaiden ruumiillisuuden kokemuksia, joissa he viittaavat sumuun, kuvaavat ruumista neliönä ja mikrobien universumina sekä suhdetta eristykseen ja lihavuuteen. Liitän keskusteluun muutamia kuvauksia ruumiillisesta lukutavastani.

SUMU

Eräs muistelija kertoo olostaan juuri ennen mielisairaalaan tuloa: ”Kaikki alkoi näyttää punertavalta, sametilta tai pastellilta. Koko huoneisto oli selittämätöntä uhkaavaa pahuutta täynnä. Harso oli minun ja todellisuuden välissä. Ahdisti ja pelotti.” (MKM 255, potilas.) Kuvaus suuntautuu tilallisuuteen ja ilmaan, joka on täyttynyt tietynlaisena laatuna, joka kuvataan sekä värisävynä että materiana, samettina. Se on uhka, joka eristää hänet. Atmosfääri ei pysy samana, vaan se on jatkuvassa muutoksessa. Myös muiston kertojan olotila muuttui sairaalaan tultuaan, kun hän sai lääkkeitä ja tunsi olevansa ”turvassa”. Affektit mahdollistavat tunteita – tässä kuvauksessa tunne on nimetty peloksi.

Atmosfääriä voi tarkastella kahdenlaisena tilallisuutena: sfäärinä, joka peittää, ympäröi tai lävistää ihmiset, asiat ja ympäristöt. Tämä muistuttaa edellistä kuvausta. Toisenlainen tilallisuus tarkoittaa kahdenvälisistä tilallista resonanssia, kun atmosfäärit ”säteilevät” ihmisestä toiseen.

(Anderson 2009.) Viimeksi mainittua voisi tarkastella erityisesti potilaiden ja henkilökunnan kohtaamisissa. Atmosfääri verhoavana tilallisuutena on sumun kaltainen: tarkka orientoituminen katoaa, sillä näkyvyys on poissa, mutta samalla kokija uppoutuu ja tulee imaistuksi siihen. Sumu on saapumisen ja lähtemisen käännekohdassa, häilyy kirkkauden ja sameuden välissä. Fenomenologi Gernot Böhme (1993) viittaa myös usvaan, kuinka affektiiviset atmosfäärit täyttävät tilan tietyllä tunnesävyllä kuten usva. Usva liikehtii ennakoimatta, ilmaantuu, katoaa. Maantieteilijä Craig Martin (2011) kuvailee ilmatilan ja sumun suhdetta, kuinka sumussa suunnat katoavat ja näin eksyminen mahdollistaa näkökyvyn ja etäisyyden suhteen syventämisen sekä ruumiillisen uppoutumisen ilmatilaan. Hän tarkentaa, että sumu ei vain eksytä tiivistyneellä läsnäolollaan vaan kerää yhteen tilallisuutta kuvaten tilan suhteisuutta. Hän korostaa, kuinka sumussa ihminen sotkeutuu tilaan materiaalisella tavalla. (Martin 2011.) Potilaan kuvaus jostakin samettisesta huoneesta viittaa materiaalisuuteen ja siihen kietoutumiseen samankaltaisella tavalla kuin mitä edellä Böhme (1993) ja Martin (2011) kuvaavat.

Kirjoittajan katoaminen uhkaavaan olotilaan estää hänen yhteytensä todellisuuteen tuossa kadottamisen hetkessä, läsnäolon poissaolossa. Orientaation menetys kuuluu ihmisenä olemiseen, ainakin hetkittäin, toteaa Sara Ahmed (2006). Hän kuvaa orientaation menetystä elintärkeäksi, se mahdollistaa maailmaan uudelleen orientoitumisen. Kuitenkin joskus siitä voi kehkeytyä kriisi, kuten kirjoittajalla, jolla mielisairaalaaan hakeutumiseen liittyy toive maailman hahmottamisesta vailla pelkoa. (Ahmed 2006, 157–158.) Orientaation kadottamisessa on kyse myös kulttuurisesta tulkinnasta: milloin se määrittellään mielenterveyden järkkymiseksi ja milloin elinvoimaksi, uudelleen hahmottamisen mahdollisuudeksi. Todellisuuden hahmottamisen hämärtyminen voi muodostua uhaksi ja lopulta kärsimykseksi, jos eri todellisuudet sulautuvat samankaltaiseen olotilaan, johon eksyy. Orientaation palautuminen eksymisen jälkeen tarvitsee ajan, viive tapahtuu uudestaan paikantumisessa ja muotoutumisessa. Seuraavassa pitkään jatkunut kirjoittamisprosessi hämärtää orientaation.

– yht’äkkiä ympäristöni alkoi muuttua, uneni,... kirjoitin niistäkin, sulivat osaksi tarinaa, lopulta elin tarinaa enkä päässyt siitä pois, todellisuus haihtui, oli hyvin konstikasta löytää apua tai edes bussipysäkille saatika oliko asianmukainen lippu myös ojentaa, ratkaisun tehtyäni hakea apua mielisairaalasta aloin pakata välttämättömimmät tavarat ja yhden kirjan. (MKM 272, potilas.)

Kuvauksessa mielisairaala tarkentuu mahdollisena uudelleen orientoitumisen paikkana kirjoittajan päättäessä hakea sairaalasta apua.

Seuraavassa katkelmassa korostuu orientaation kadottaminen utuun.

Muistini ei pysty enää erottamaan millä osastolla olin minäkin vuonna, mitkä asiat tapahtuivat milläkin kerralla, keitä ihmisiä milloinkin kohtasin. Ei edes sitä, mitkä asiat elämässäni milläkin kerralla olivat minut siihen ajaneet. Tuntuu kuin yksityiskohdat olisivat sekoittuneet pääni sisällä valtavaksi, utuiseksi myllerrykseksi, joista en enää itsekään pysty muistoissani saamaan selkeää otetta. (MKM 483, potilas.)

Orientaation menetys liittyy tässä muistossa oman sairaalahistorian unohtamiseen ja sen tuomaan hallinnan menetykseen. Siinä elää toive tapahtumien ajallisesta hahmottamisesta, joka sisältää lineaarisen ajakäsityksen tuoman tuttuuden ja hallinnan.

Kaikissa kolmessa edellisessä muistossa kirjoittajat ympäröi jokin usvankaltainen, he ovat orientoituneina siihen. Ahmed (2006) kuvaa kahdenlaista orientaatiota, joiden ero ei ole aina selkeä. Orientoituneena ympärillä olevaan ihminen on olemisensa tai toimintansa keskellä. Tällaisessa orientaatiossa ihminen saattaa tulla siksi, mikä on ympärillä. Yksittäiset muistot kuvaavat tapaa vaikuttua ympäristöstä, tulla siksi missä on. Usvassa olemisen kokemuksia voi tarkastella myös orientaationa kohti jotain tiettyä: ajan hahmotusta tai arjen toimintojen selkeyttä. Silloin kohde, tässä usva, on jotain vierasta, ei-itseä. Tämä ei tarkoita vain negaatiota, vaan asioiden outous mahdollistaa niiden kanssa toimimisen ja samalla ruumiin laajenemisen kohti uusien kykyjen ja suuntien hankintaa. (Ahmed 2006, 115–116.) Nämä kaksi orientaatiotapaa kietoutuvat

toisiinsa. Usva sisältää kuvauksissa molemmat mahdollisuudet: potilaat hengittävät ympärillään olevaa usvankaltaista ja saattavat muuttua siksi, ja samalla he voivat tunnistaa vierauden itsessään ja pyrkiä pois siitä, kenties löytääkseen uusia tapoja asuttaa todellisuutta.

Ruumiillisessa lukutavassani Ahmedin (2006) kuvaamat orientaatiot ovat läsnä: suuntaudun kohti muistoja ja olen somaattisen liikemenetelmän, SRT:n luoman orientaation lävistämä, ympäröimä. Orientaatio muokkaa sitä, mitä ruumis tekee ja ruumis on jo muotoutunut orientaatioittensa mukaan (Ahmed 2006, 58). Usva on yksi mielikuva, joka toistuu harjoittamassani tekniikassa eri muodoissa. Se kuvastaa osaltaan orientaatiota: ruumis kulkee kohti usvaa ja voi vähitellen muuttua usvaksi. Seuraava kirjoitus sisältää muistumiani lukuisilta SRT-tunneilta, joiden ytimessä on mielikuva usvasta.

Makaan lattialla silmät kiinni. Se saapuu heti, alkaa verkkaisen liikehtimisen. Hengitys alkaa muuttua valkeaksi usvaksi, se tiivistyy, näyttäytyy. Tunnistan hengittämisen, olen yhä tietoisempi siitä, kunnes usva vie ja hengitys kulkee omalakisesti: upottaudun usvaan. Nyt tuo vaalea liikehtivä pehmeä massa liikehtii ja kiertyy lähelle luiden pintaa, matkaa spiraalina käsivarsissa, reisi- ja sääri-luissa. Usva kuiskii luille, niissä, se tuo selkeyttä ruumiiseen ja jatkaa kulkuaan selkärangassa sekä kiemurtelee jokaisen selkänikaman ympärille; niiden unohdus lakkaa. Usvan kosketus kylkiluiden kaarissa on intiimi, ihailen niiden muotoa, kun sumu kierii niiden ympärillä ja luo tilan kunkin kylkiluun väliin, välit pudotautuvat tuntemattomaan syvyyteen. Liikkuessaan luiden pinnalla usva laittaa ruumiin pieneen liikkeeseen keveästi, vaivatta. Ja yhtä äkisti kuin se saapui, usva kiertyy vielä spiraaliksi raajoihin ja samalla poistuu niistä ulos. Sumun keveä ja tiivis kosketus jatkaa resonointiaan koko ruumiissa, muistona ruumiin kuohkeus ja tilallisuus. Silmien avaaminen ja siirtyminen ympäröivään todellisuuteen vaihtelee eri kerroilla; halu jäädä usvamaisemaan on välillä voimakas.

Liikkeessä eletty – vaikka lattialla maaten – kokemus usvasta on avannut ruumiin tilallisuutta sekä tehnyt ruumiista pehmeän, usvankaltaisen. Hengitin tuota todellisuutta taiteellisessa prosessissa, upottauduin siihen todellisuuteen, ja se on jatkanut elämäänsä mielikuvan jälkeen arjen toimissa. Potilaan kuvaus jostain punertavasta ja uhkaavasta on toisenlainen kuin kokemukseni usvasta, kuitenkin olemme molemmat kokeneet usvankaltaisen tunnelman ja se on saanut jotain aikaan. Potilas kuvaa harsoa hänen ja todellisuuden välissä. Usvan hengittäminen toi minulle tekniikassa kuvatun todellisuuden eletäväksi; kummassakin tapauksessa ruumiillisuus on tietynlaisen atmosfäärin kaltainen ja se vaikuttaa tunnelmista. Rinnakkaiset todellisuudet kuuluvat toimintaan(i) vailla ristiriitaa, liukuminen todellisuudesta toiseen on usein joustavaa ja yllättävää. Joskus ajan ja tilan koordinaatit ovat erityisesti SRT:n tunneilla hämärtyneet sellaisella tavalla, että paluu takaisin ei ole ollut helppo. Kuitenkin tekniikan rakenne – tietty aika, ryhmä ja ohjaajan ammattitaito – suojaavat liikkujaa, jottei hän katoa avautuviin todellisuuksiin tai pääsee ainakin palaamaan niistä turvallisesti. Ero muistonsa jakaneiden potilaiden kokemuksiin on selkeä: olen hakeutunut kyseessä oleviin tilanteisiin, potilaat eivät ole voineet valita.

Usva hälventää rajaa sisäisyyden ja ulkoisuuden välillä ja samalla tarkkarajainen kokija katoaa. Ihmisen kietoutuminen maailmaan ja läpäiseväisyys näkyy myös siinä, kuinka ihminen levittäytyy maailmaan ja maailma levittäytyy ihmiseen (Merleau-Ponty 2005, 166). Sumu on peittävä, se täyttää ympäristön mahdollisilla asioilla. Se häiritsee ontologiaa ja sumentaa jaon olemisen ja ulkomuodon välillä. Se muistuttaa sekä välinettä että kohdetta, sitä mikä peittää ja sitä mikä on peitetty. Kysymys kietoutuu asian tai harson, olemisen ja ei-olemisen väliin. (Serres 2008, 70.) Sumu ei ole tässä pelkästään abstrakti asia, vaan se on myös koettu. Muistojen kirjoittajat ja minä olemme sen kokeneet, kaikki omalla tavallamme kussakin tilanteessa. Usva poistaa erillisyyden. Näin ajattelu yksilön erillisyydestä, ulkoisuudesta ja sisäisyydestä tai suhde inhimilliseen ja ei-inhimilliseen, elää ja muuttuu mielisairaalan merkitysyhteydessä.

Usva kyseenalaistaa tutut asiat tai ilmiöt. Seuraavassa tupakansavu sumentaa hetkeksi auktoriteettiaseman hoitohenkilökunnan ja potilai-

den välillä: ”Tupakkahuone tuli tutuksi pian ja siellä taisi olla kaikki muutkin. Siellä käytiin kaikki merkittävä sosiaalinen kanssakäyminen, muualla osaston tiloissa ei juuri keskusteluja käynyt kukaan. Henkilökuntakin kävi toisinaan kuunteluoppilaina tupakalla.” (MKM 502, potilas.) Kenties tupakointi on luonut jonkinlaisen oman tilan hoitokulttuurin arjessa. Tässä kuvauksessa se on ollut yhdistävä tekijä potilaiden kesken. Henkilökunta paikantaa itsensä toisella tavalla kuin muualla sairaalassa; he ovat sivussa oppijan asemassa. Tupakkahuoneen vetovoimaan viittaa myös seuraava lainaus: ”En polta, mutta tupakkahuoneesahan ne parhaat jutut.” (MKM 327, potilas.)

Sitä vastoin Kellokosken sairaalan juhlakirjassa, jossa käsitellään tupakoinnin merkitystä mielisairaanhoidossa, todetaan tupakkahuoneiden olleen tärkeitä paikkoja, joissa ”potilas saa olla hoitajilta rauhassa” (Eskelinen 2015, 169). Aineistossa löytyy mainintoja tupakalla käynnistä parvekkeella tai verkotetulla parvekkeella, aulassa tai salaa bussipysäkillä, johon hoitajat eivät ikkunoista nähneet. Tupakointiseura on vaihdellut yksin, porukalla muiden potilaiden kanssa tai henkilökunnan kanssa. Mainintoja on myös siitä, kuinka tupakointi alkoi mielisairaalaista ”ja siitä se paha tapa jäi päälle” (MKM 482, potilas).

Sumu – elettyinä kokemuksena tai hengitettynä tupakansavuna – muodostaa monimerkityksellisen affektiivisen atmosfääriin, joka puolestaan muodostaa liikehtivän jännitteen läsnäolon ja poissaolon, määrätyn ja epämääräisen, yksittäisen ja yleisen välillä (Anderson 2009; Böhme 2017, 1–2). Se mahdollistaa sellaisen affektiivisen kokemuksen tarkastelun, joka muotoutuu henkilökohtaisen läpi. Sen atmosfäärinen luonne koskee sekä inhimillistä että ei-inhimillistä materiaa sekä sellaista, mikä on objektiivisuuden tai subjektiivisuuden välissä tai ylittää ne. (Anderson 2009; Anderson & Wylie 2009; McCormack 2008; Stewart 2007, 3.) Sumu ympäröi, peittää ja liikehtii eri materiasta toiseen, lävistää ja siirtyy niiden välillä.

Affektiiviset atmosfäärit voidaan kokea voimallisesti henkilökohtaisina, kuten esitetyissä katkelmissa, ja kuitenkin ne ylittävät henkilökohtaisen kuuluessaan kollektiivisiin tilanteisiin (Anderson 2009). Filosofi ja taiteilija Erin Manning (2009; 2010) liittää affektit kollektiiviseen ruumiiseen, joka näyttäytyy monimutkaisena välittömänä kollektiivi-

suutena ja resonoivana materiaalisuutena, johon kuuluu inhimillinen ja joka ylittää sen. Kollektiivisuus kytkeytyy samoin ruumiiseen(i), tuohon rakennelman kaltaiseen, joka kohtaa muistojen luennassani potilaiden ja vierailijoiden eletyt tapahtumat mielisairaalassa, siis heidän ruumiillisuutensa kollektiivisen resonanssin heidän kirjoituksissaan.

RUUMIS NELIÖNÄ JA MIKROBIEN UNIVERSUMI

Seuraava kirjoittaja kuvaa ruumiillisuuttaan, joihin liittyy häpeä ruumista ja sen toimintoja kohtaan.

Olin ymmärtänyt itse ajattelevani hullusti, mutta silti olin niin ajatellut. Ne ajatukset olivat työntyneet päähäni ja silloin olin myös havainnut, että mitä tahansa asiaa saattoi pelätä – vaikkapa kirjahyllyä tai katukivetystä. Olin roikkunut normaaliudessa, selittänyt itselleni, mitä ihmisen kuului tehdä, esimerkiksi käydä tarpeillaan ja syödä – vaikka se hävettävän ala-arvoista olikin. Koko ihmisruumis oli tuntunut sietämättömän alkeelliselta ja rumalta, en ollut ymmärtänyt miksi se ei ollut esimerkiksi neliön muotoinen. (MKM 252, potilas.)

Kysymys siitä, miksi ihminen ei voi olla neliön muotoinen, on mykistävä ja haastaa – niin, miksi ei? Veisikö se pois häpeän tunteen? Kirjoittaja ponnistelee ollakseen kuten muut, ”roikkuu normaaliudessa” ja tunnistaa silti olevansa maailmassa toisella tavalla kuin muut. Tämä muisto lähtökohtana olen liikkunut muun muassa yleisötilaisuuksissa, joissa koko tutkimushanketta on esitelty. Kukin kollega oli lukenut vuorollaan valitsemiani muistoja, joita olen lihallistanut liikkeeksi. Muistelen olemistani liikkeessä kyseisessä muistossa:

Ruumis etsiytyy suorakulmaksiin asentoihin, kyynärpää ja polvet antavat kiintopisteen raajojen kulumille. Ylävartalo taivuu helposti eteenpäin, lonkissa olevat laaksot antavat sille tilaa. Jähmetyn jatkuvasti asentoihin, jospa edes osaksi voisin olla neliön kaltainen, ainakin suorakaiteen. Mahdoton tehtävä. Yritykseni on naurettava, takapuoli ja rinnat, lantion kaari ja kallo eivät muutu, pyöreys,

koko kolmiulotteisuus uhmaa neliötä. Kenties pitäisi vain seisoa ja antaa linjauksen tapahtua suhteessa rakennuksen seiniin, kattoon, ulkopuolella oleviin puihin, ihmisiin, kaupunkiin. Vain seisoa ja hengittää, tajuta yhteys ja sen jatkuva muutos. Eikö neliössä ole kaunista sen yksinkertaisuus, jossa kaikki; aavistus aineellisuuden ylittämisestä kuten Malevitsin maalauksessa *Musta neliö*.

Potilas, joka haastoi pohdinnallaan ruumiin muodon, kuvaa tunnelmiaan suunnitellessaan itsemurhaa:

Lopulta luovutin. Tajusin, ettei kehoni halunnut hypätä. Vaikka psyyke oli totaalisesti sekaisin ja kuolemaan valmis, keho ei ollut. Se oli kiistämätön havainto. Ymmärsin että kehoni halusi olla ole-massa, vaikkei pää enää toiminut. Silloin päätin, ettei olisi väliä, vaikka viettäisin lopun elämäni mielisairaalassa, mutta kehoani ja sen sisältämää mikrobien ja pieneliöiden omaa universumia minä en tuhoaisi. Sanoin, että minulla oli oikeus olla hullu. (MKM 253, potilas.)

Kuvauksen kirjoittajan ruumis on ollut kahtiajakautunut, taistelukenttä mielen ja ruumiin välillä. Ruumis vastusti kuolemaa, hän kuuli ruumiillisuuttaan ja toimii ruumiin tahdon mukaan: hän suojelee mikrobeja, jotka ovat osa hänen ruumiillisuuttaan ja samalla muodostavat oman kokonaisuutensa siinä. Ruumis mikrobeineen tuo mieleen Stewartin (2007, 3–5) kuvailemat mahdolliset tietämisen ja suhteessa olemisen tavat. Tälle kirjoittajalle ruumiin sanoma on väkevä: valitse elämä, ole kenttä pieneliöille. Mikrobit kulkeutuvat, kohtaavat ympäristön, tässä ruumiillisuuden, ja niiden muutokset viittaavat samalla alati muutoksessa olevaan ruumiiseen. Ympäristö ei sijaitse kaukana toisaalla, vaan se on sitä samaa ainesta kuin mitä me olemme (Alaimo 2010, 4).

Luennassani osa muistoista on luiskahtanut ruumiin(i) läpi siihen kiinnittymättä, toiset ovat pesiytyneet ruumiin tiloihin vaatien pysähtymään: liikkumaan tai kirjoittamaan niistä. Paradoksaalisesti SRT:n tuoma tilallisuus, huokoisuus ja paljaus ovat suojelleet muistoihin sisältyvien ahdistavien kokemuksien siirtymiseltä (liiaksi) ruumiillisuuteeni.

Tuo eletty käytäntö on tuonut jonkinlaisen turvan, vaikka ne ovat jähdannet, puskeneet tekoihin. Samalla näkemys kokemuksen tarkastelusta ensisijaisesti suhteessa olevana, enemmän kuin osien summana, avaa perspektiivin pois rajatusta yksilöstä ja ruumiista säiliönä kohti ruumiista kollektiivisuutena ja resonoivana materiaalisuutena, jota aiemmin käsittelin. Mikrobit, ruumis suhteessa neliöön tai ruumis sumuna keskustelevat osaltaan ruumiin monimutkaisesta suhteisuudesta ja yhteydessä olemisesta.

Tässä esitetyissä muistoissa paljastuu, kuinka fenomenologinen lähestyminen liittyy myös materiaalisiin teorioihin. Ruumiillisuus kokemuksellisenä tilallisuutena ja mielentilojen rakennelmana kohtaa materiaalisuuden, joka tarkoittaa ruumiillisuutta materiana. Mikrobikokemuksessa ruumiillisuus on jotain samankaltaista: se pilkkoontuu pieneliöiksi, jolloin minän rajat liudentuvat ympäristöön. Materiaalla on myös tahto, edellisessä kuvauksessa elämisen ja säilyttämisen vimma, jolle ihminen on alisteinen. Näin kuvatussa ”hulluudessa” kiteytyy luonnontieteellinen näkemys ihmisestä aineena, pieneliöinä ja mikrobeina, mikä haastaa käsityksen ihmisestä selkeästi rajautuvana autonomisena kokonaisuutena.

ERISTYS JA LIHAVUUS

Mielisairaalassa eristyksissä olo muuttaa elettyä ruumiillisuutta. Seuraava potilaan muisto 1970-luvulta kertoo kaksinkertaisesta – huone ja lepositeet – eristyksestä.

Eristyssellissä oli vain pieni ikkuna sairaalan käytävälle. Oli tosi pelottavaa ja ahdistavaa maata lepositeissä yksin pakotettuna liikkumattomaan asentoon lepositeiden vuoksi. Mitä jos tulisi ulostamisen tai pissaamisen tarve. Olisi tosi nöyryyttävää laskea alleen – eihän siellä ollut edes mitään alusastiaa – ei vaippoja jos tulisi pakottava tarve laskea alleen. Eikä myöskään ollut mitään yhteyttä ulkomaailmaan, hoitajiin tai lääkäreihin. (MKM 390, potilas.)

Eristykseen ja liikkumattomuuteen sitominen katkaisee voimakkaasti yhteyttä ympäristöön, kaventaa sitä. Jos ruumiillisuuden ajattelee muotou-

tuvan ja muuttuvan yhteydessä kuhunkin ympäristöön, niin yhteyden katkaisu luo erillisyyttä. Eristys näyttäytyy näin rangaistuksena, toisten seurasta ulossulkemisena. Kuitenkin muiston kirjoittaja elää poissaolevaa yhteyttä kiinnittäessään huomion ruumiin toimintoihin tuoden ne sosiaalisen käyttäytymisen piiriin.

Eristysselliin liittyy myös kokemus ajan hämärtymisestä.

Pahinta tässä kokemuksessa oli se että tuntui että olin siirtynyt ajasta iättömyyteen johon tilaan on tosi ahdistava joutua koska tuntui siltä että loppua ei olisi ollenkaan näkyvissä. (MKM 390, potilas.)

En tiedä kuinka kauan siellä olin. Ehkä 5 minuuttia, ehkä 3 tuntia, mielentilani ja se kolkko huone ympärilläni kadotti minulta kokonaan ajantajun. (MKM 485, potilas.)

Ahdas, kolkko tila ja kestoltaan tuntematon aika monikertaistavat tunnelman eristyksessä ja koettu aika venyy loppumattomiin. Ajan hahmottomuus vaikuttaa materian hahmottamisen vaikeuteen, hallinnan menettämiseen ja mittasuhteiden muuttumiseen.

Lääkkeet vaikuttavat hahmottamisen hankaluuksiin sekä koko ruumiillisuuteen. Näin tabletti, tuo kooltaan pieni materia, muuttaa ihmistä. Tämä ei tarkoita ainoastaan sitä olotilaa tai tunnelmaa, jonka ne tuovat, vaan myös ruumiin koko ja ulkomuoto voivat muuttua äkisti.

Muistan osastoajat hyvin tylsinä, sillä mitään tekemistä ei ollut. Lihoin lääkityksen, ruuan ja toimeettomuuden vuoksi 1,5 vuoden aikana 20 kiloa, mikä oli minulle outoa, koska olin aina mieltänyt itseni hyvin hoikaksi. (MKM 375, potilas.)

Tuon ajan [1970-luvun] vanhat psykoosilääkkeet olivat niin ”vahvaa kamaa”, että lyhyessä ajassa olin lihonut melkein neljäkymmentä kiloa. Muutenkin lääkkeet vaikuttivat niin, että tuntui kuin sieluni olisi ollut vankilassa. Lääkkeitteni lopettamisen jälkeen painoni ja muukin elämäni normalisoitui. (MKM 391, potilas.)

Kuvauksissa kertojien ulkomuoto muuttui rajusti. Tämä ei johtunut vain lääketableteista, jotka toivat tietynlaisen ympäristön elettäväksi ruumiillisuudessa ilman vaihtoehtoja; myös tekemättömyys oli osa tuota kokonaisuutta. Ruumiin laajeneminen vaikuttaa kaikkeen liikkeeseen: kulku huonekalujen välistä voi olla hämmentävää, kun tila niiden ja ruumiin rajojen välillä on pienentynyt. Äkillinen lihominen – suurempi massa – vaikuttaa myös liikkumisen tempoon. Potilaat ovat alttiita tapahtumille: (hoito)käytänteille ja kaikelle ympäröivälle. He elävät noita tapahtumisia ja muotoutuvat osaksi niitä. Tietty huokoisuus elää kirjoittajien ruumiillisuudessa. Stacy Alaimo (2010), joka ammentaa posthumanismista, feministisestä teoriasta ja uusmateriaalisesta lähestymisestä, on luonut läpäisevän ruumiillisuuden käsitteen (*trans-corporeality*). Ruumiillisuus on kietoutuneena materiaaliseen maailmaan, joka läpäisee ja muuttaa sitä muuttuen samalla itse. Hän vie keskustelun ympäristön terveys- ja ympäristöoikeuskysymyksiin. (Alaimo 2010.) Tämä luku kohdentuu mielisairaalan tuottamaan ruumiillisuuteen: siihen, miten materiaalisuus ja immateriaalisuus mielisairaalassa läpäisevät potilaan ja muokkaavat häntä sekä hänen ulkomuotoaan suhteessa niihin. Jälki potilaiden oleskelusta mielisairaalassa on jäänyt rakennuksiin.

On olemassa selkeä ihanne terveen ihmisen ruumiinkoosta. Lihavuuden lisäksi myös liiallinen laihuus on koettu ongelmallisena: ”– – koska olin laihtunut melko paljon sairastumisen aikana, kävin sairaalan kahvilasta usein ostamassa suklaalevyn, jotta saisin painoani takaisin ja itseni terveemmän näköiseksi.” (MKM 354, potilas.) Muistossa etsitään sosiaalisesti sopivaa terveen ihmisen ulkonäköä ravitsemuksellisesti epäterveellisellä keinolla. Kenties haluttu ulkomuoto tukee solahtamista takaisin ”terveiden” pariin ja tasapainottaa ulkoisen ja sisäisen todellisuuden eroa. Mielenterveys tarkentuu tässä ruumiin painoon, tiettyyn sopusuhtaisuuteen, joka muistuttaa kirjoittajan ruumiin kokoa ennen sairastumista.

Seuraavaa kahta katkelmaa leimaa tilanteen odottamattomuus. Kummassakin lääke on ollut muovaamassa ruumiillisuutta ja tuonut vieroitusoireita.

Ketipinor oli muuten kelpo lääke, mutta kun sen 300 mg otti illalla, niin tunnin päästä se sai sydämen hakkaamaan ja kaikki voimat menivät. Oli kiirehdittävä sänkyyn, kun pystyssä ei meinannut pysyä. Kuitenkaan en välttämättä saanut pariin tuntiin unta. Sydän jyskytti ja mieleen tuli lohduttomia ajatuksia, kaikki mennyt elämä vaikutti suistuvan jonnekkin ikuiseen kadotukseen. (MKM 256, potilas.)

Se alkoi äkillisesti ja yllättäen. Makasin sängyllä ja yhtäkkiä menetin täysin kontrollin kehooni ja mieleeni. Pääni sisällä myllersi jotain painajaismaisen sekavaa, muistan äärimmäisen voimakkaan pelon tunteen. Aloin tärisemään kuin horkassa, raajani alkoivat nykimään hallitsemattomasti ja hysteeriseksi käynyt itkuni täytti koko ympäröivän tilan. Pyysin hoitajalta apua, uudestaan ja uudestaan. (MKM 485, potilas.)

Lääkkeen aiheuttamat äkilliset muutokset ja kontrollin menettäminen niiden voimasta kuljettavat kirjoittajia kadotuksen, lohduttomuuden ja pelon tunnelmiin. Muistelijoiden ruumiillisuus paljastuu edellisissä kuvauksissa yhteydessä ympäristöön, ihmisiin ja mielisairaalan käytänteisiin. Näissä kahdessa se keskittyy erityisesti lääkitykseen. Katkelmat osoittavat, kuinka voimallisesti lääkkeiden käyttö valtaa koko ruumiillisuuden.

Valituissa katkelmissa ruumiillisuus näyttäytyy rajoiltaan epätarkkana ja vieraana, uhkaavanakin, jonain, mitä ei voi koskaan kokonaan tietää tai hallita muotoutuen yhteydessä inhimilliseen ja ei-inhimilliseen. Manning (2016) kirjoittaa ruumiin ekologisuudesta: ruumis tulee joskin suhteessa muuttuvaan ympäristöön, ja se, mitä se tekee tuossa suhteessa, muodostaa ruumiin. Hän kuvailee ruumista suhteiden kenttänä, jossa tapahtuu, ja suhteet eivät ole ainoastaan inhimillisiä. (Manning 2016, 190–191.) Mielisairaala käytänteineen piirtää tietynlaista ruumiillisuutta, joka muotoutuu eristyksestä ja lääkkeiden tuomasta tilasta, jossa ruumiin hallinta katoaa. Näin ruumiista tulee itselle vieras hoidon vaikutuksesta.

Ruumiillistumisen prosessit eivät ole koskaan yksityinen tapahtuma – tämä koskee erityisesti mielisairaalan potilaita – sillä siihen vaikuttavat



Kuva 6. Kuvakaappaus lyhytelokuvasta, *Täällä, jotenkin*, kuvaus Raimo Uunila.

jokapäiväiset kohtaamiset inhimillisen ja ei-inhimillisen kanssa. Nuo kohtaamiset tarjoavat mahdollisuuden laajentaa sosiaalisia, poliittisia ja eettisiä horisontteja. (Weiss 1999, 5–6.) Mielisairaalassa ruumiillisuuden horisontit ovat hoitokäytänteiden, sosiaalisten suhteiden, fyysisen rakennuksen ja ympäristön muovaamia. Ruumiiseen vaikutetaan eristyksellä, lääkkeillä, liikkumattomuuden ja liikkeen heilunnalla sekä eleiden ja sanojen painotuksilla kussakin tilanteessa. Tuo kaikki ristiriitaisuuksineen luo toivottavaa ruumiillisuutta kohti niin sanottua terveyttä.

Luentani, ruumiillinen lähestyminen, sisältää jotain samankaltaista vierautta ja hallinnan menettämistä kuin mistä edellä esitetyt muistojen kuvaajat kertovat. Erityisesti liikemenetelmä SRT on muuttanut voimallisesti ruumiillisuuteni kokemista. Tämä tekniikka on tarjonnut minulle horisonttien laajentumisen, kuten Weiss edellä esittää: se on kutoutunut osaksi jokapäiväisiä liikkeitä, hengittämistä, havaitsemista ja ajattelua. Se on tuonut tilallisuuden, jossa lonkkien laaksot tai ruumiin onkalot tarjoavat tilallisuuden kokemuksen, mikä on osaltaan mahdollistanut yhteyden ympäristöön. Ruumiin tilallisuus on mahdollistanut sellaisen henkilökohtaisuuden hiipumisen, joka perustuu liialliseen omaan tahtoon ja kontrolliin. Yhteys ympäristöön tarkoittaa kohdallani sitä, että ruumiillisuus – ei oma tahto – etsii yhteyttä ympäristöön, jolloin liikku-

misessa kuulun siihen ja muutun samalla vieraaksi itselleni (Heimonen 2019c). Tapani heittäytyä SRT:n todellisuuteen on aina yksittäinen kuten ovat myös potilaiden kokemukset. Kuitenkin ruumiillisuus sisältää samankaltaisuutta kohtaamisissa inhimillisen ja ei-inhimillisen kanssa: ruumis muuntuu ympäristössä jopa niin paljon, että se muuttuu tuntemattomaksi itselle. On kuitenkin hyvä muistuttaa edelleen lähtökohtaisesta erosta: kokemani vierauden kokemukset ovat valittuja, sillä ne ovat ilmaantuneet taiteellisessa prosessissa. Mielisairaalassa potilaat ovat hoidon piirissä ja hakevat tasapainoa. Kuitenkin ruumiillisuutta järjestyttäneet tapahtumat mielisairaalassa ovat jättäneet tiiviin muiston potilaisiin ja samoin SRT on jättänyt jäljen minuun.

Liiketekniikan mahdollistama ruumiin tilallisuus, huokoisuus ja sen läpäisevyys ovat mahdollistaneet mielisairaalakokemusten upottautumisen ruumiiseeni, ja niiden liikehdintä ruumiin saleissa on avannut uusia yhteyksiä, suhteisuutta. Jokin on koskettanut, irtautunut ja jättänyt jäljen, joka vaikuttaa myös tulevissa toimissa. Somaattisten liiketekniikoiden pitkä harjoittaminen ei kuitenkaan ole auvoista. Se on vienyt minut tilaan, jossa ruumiillisuus on suojaton kaikelle elämässä. Haavoittuvuus kuuluu taiteeseen, on osa sitä. Potilaiden muistoissa on läsnä myös altistuminen ja haavoittuvuus, kun he ovat virittäytyneet monenlaisiin muuttuviin tunnelmiin mielisairaalassa.

Rytmit

Mielisairaalat noudattavat laitosmaista rytmiä, ne luovat suorittamisen ja odottelun ilmapiiriä. Tuo rytmi, liike ajassa¹⁴, painautuu ruumiillisuuteen, ohjaa ja muokkaa sitä. Seuraavan kuvauksen tunnelmasta hahmotuu, miten laitoksen rytmi ohjaa ruumiillisuutta.

Sairaalan arki oli todella vaativaa. Kuntoutusosastolla meitä vaadittiin jatkuvaa työntekoa ja viikko-ohjelmaan osallistumista. Lepo-

14 Etymologisesti *rytmi* on peräisin kreikan sanasta *rhythmos*. Latinaksi *rhythmus* tarkoittaa 'liikettä ajassa'. (Online Etymology Dictionary, s.v. *rhythm*).

aikaa oli todella vähän ja kellonajoista piti pitää tarkasti kiinni, muuten jäi ilman ruokaa, eikä kotiinpääsystä ollut tietoaakaan muuten. Päästäkseen kotiin, piti olla ehdottoman moitteeton, vaikka meillä kaikilla oli todella vaativa ja hengenvaarallinen lääkitys ja psykehoito käynnissä. (MKM 274, potilas 1990- ja 2000-luvuilla.)

Tämä kuvaus piirtää rutiinien rytmit mielisairaalaan kannattelevaksi määreeksi, joiden seassa potilas yrittää selviytyä. Se paikantaa potilaan päivän erilaisten toimien suorittamisen sarjaksi. Hengästyttävän tiukan aikataulun takana, suorittamisen ehtona, hämöttää mahdollinen kotiin-pääsy. Käytäntöjen ja toimintojen toisteisuuden tuoma kiire ja tarkkuus vaihtuvat seuraavissa kuvauksissa ajan matelemiseksi: ”Odotin ikävöiden seuraavaa/ruokailua, nukkumaanmenoa... / Lääkärinaika saattaisi antaa toivoa. / Olisipa vessahätä, niin olisi / jotain tekemistä.” (MKM 457, potilas.)

Päivittäinen odotus on raskasta, kun kaipaa toimintaa tai mitä tahnasa, joka kuluttaisi aikaa ja veisi potilaan pois epämääräisestä ajassa ajelehtimisestä: ”Arki sairaalassa oli rutiinien täyttämää ja aika kului sitä verkkaisemmin, mitä terveemmäksi tulin. Kuuntelin musiikkia ja kävin syömässä ruoka-aikaan.” (MKM 502, potilas.) Hitauden tunto korostuu toipumisen prosessissa, jossa valmius toimintaan on lisääntynyt. Kummassakin kuvauksessa kirjoittajat liudentuvat ajan epämääräisyyteen, jota sairaalan rytmit sekä murtavat että kannattelevat.

Sairaalan koettu arki vaihtelee paljon ajankohdasta, sairaalasta ja ihmisen kulloisestakin tilanteesta riippuen. Millainen ruumiillisuus syntyy rutiineissa? Siitä esitetään yksi kuvaus seuraavassa: ”Sairaalat ovat toisaalta turvallisia, mutta samalla lamaanuttavia, vihaa herättäviä paikkoja. Koin olevani kuin purkkiin säilötty ananas. Sairaalan arki oli puuduttavaa ruokataukojen odottelua ja sängyssä makoilua. Aivan tyhjää ajan hukkaa. En myöskään kokenut aina tulleeeni kuulluksi.” (MKM 487, potilas.) Ruumiillisuus ananaksena viittaa mehevyyteen, joskin lohkotuna ja säilöttynä. Purkissa on ahdasta ja pimeää. Yhteydet ovat poissa ja ihminen voi olla vain omassa liemessään, jolloin erillisuus korostuu. Metallin kovuus vahvistaa eroa ulkomaailmaan. Horisontaaliasento korostaa liikkumattomuutta. Se sisältää vallan käsitteen: joku toinen



Kuva 7. Kuvakaappaus lyhytelokuvasta, *Täällä, jotenkin*, kuvaus Raimo Uunila.

määrää ihmisen toimien rytmistä sekä tämän liikkeestä tilassa ja ajassa. Ananasmurska tai -renkaat peltitölkissä tuovat mielisairaalaympäristön ankaruuden esiin. Tilat, kuten mielisairaalat, eivät ole tausta jonkin taantumiselle, vaan ihmiset ja paikat muovautuvat jatkuvasti yhteydessä toisiinsa (McCormack 2013, 2; 2015).

Laitosten rytmillä on vankka perinne. Aino Manner (1935) on kuvannut omaelämäkerrassaan 1930-luvun mielisairaala-arjen järjestystä sanomattoman nurinkuriseksi, kun potilaat laitettiin viiden aikaan ilta-päivällä nukkumaan ja herätettiin parhaimpien unien aikaan. Potilaiden oli mukauduttava sairaalan tavoille. (Manner 1935, 125–126.) Tämä aika-taulu on muuttunut historian kulussa, kun rytmi on siirtynyt myöhemmäksi. Kuitenkin se edelleen ohjaa toimintaa.

Toisaalta laitosrytmin tuoma toiminta on myös tukenut yhteyttä ympäristöön. Rutiinit tuovat ennustettavuutta, ne rauhoittavat ruumiillisuuden muotoutumista, kun ympäristö käytänteineen on samankaltainen päivästä toiseen. Seuraavissa katkelmissa kuvataan näitä kokemuksia.

Sairaalan rutiineissa olivat parasta ruokailut ja kahvihetket. Aamulla hoitaja piti aamun avauksen ja kokoonnuimme kaikki yhdessä ruokalaan. Se oli hyvä hetki. (MKM 266, potilas.)

Pakko todeta että osaston rytmit ja säännöt todellakin lisäsivät miinuun potilasturvallisuuden tunteita ja saivat rytmiä elämääni. Vielä se, että olin toistuvasti intervallihoidoissa, piti minut toimintakykyisenä laitoshoidosta riippumatta. (MKM 398, potilas.)

Ensimmäisen muiston kirjoittaja maalailee rutiinit elämää pönkittäviksi pilareiksi, jotka estävät hänen luisumisensa liiaksi toisiin todellisuuksiin. Näin säännöt ja toistuvat toimet kiskaisevat hänet toimintaan. Toisessa muistoissa yhteys toisiin korostuu: kokoontuminen, yhdessä syöminen, aamun avaus. Toisteinen päivärytmi on tuonut turvan näille kahdelle kirjoittajalle, kun taas vertauksessa säilytystä ananaksesta ne ovat turruttaneet. Kukin tilanne, ruumiillisuuden aistisuus ja havaitseminen paljastavat suhteen rutiineihin¹⁵. Seuraavassa kirjoittajan kokemus laitosrutiineista on ainakin yhden elämänvaiheen, nuoruuden, mittainen: ”Sairaalassakin oli omat sääntönsä ja rutiininsa, johon oli sitouduttava, mutta totuttuani laitosten ankaraan kohteluun, pidin osastoja tavallaan turvapaikkana ja olin tavallaan vapaampi, vaikka koko nuoruus menikin joko laitoksissa, osastolla tai muuten huonovointisena.” (MKM 400, potilas.) Tämä kuvaus sisältää paradoksin, että rutiinien tiukkuus ja ankaruus tuovat samalla vapautta ja turvaa. Sana ”tavallaan” jää resonoimaan katkelmasta: olla jotenkin jollakin tavalla, mutta ei kuitenkaan aivan. Siinä heijataan ankaruuden olosuhteissa, joista syntyy turvankaltainen.

Mielisairaalassa laitoksen rytmit sisältävät toiston. Toisto ei ole neutraalia, vaan ohjaa ruumiillisuutta tietyllä tavalla (Ahmed 2006, 57). Toisto painautuu ruumiiseen, se muokkaa tapaa asustaa ruumiillisuutta. Henri Lefebvre (2016) korostaa rytmianalyysissään ihmisen ruumiillisuutta sekä tämän aistisuutta ja antautumista rytmille, sen toisteisuudelle. Lefebvre tuo analyysissään esiin tilan ja ajan merkityksen jokapäiväisessä elämässä ja sen, kuinka biologiset, psykologiset ja sosiaaliset

15 Rutiinien vaikutusta ihmisen oppimiseen, työhön ja suhteeseen toisen ihmiseen on pohdittu esimerkiksi 1700-luvulla: Diderot'n mielestä rutiinit tuovat mielenrauhan, kun taas Adam Smith kannatti vastakkaisista näkemystä, jonka mukaan rutiini turruttaa ihmisen ja myötätunnon osoitukset. (Sennett 2002, 30–36.)

rytmit kutoutuvat niiden ymmärtämiseen. Jopa hajut ovat osa rytmejä: auringonpaisteen, pimeyden tai sateen tuoksut. (Lefebvre 2016, 1–2, 6 ja 31.) Suhteessa mielisairaalaan rytmi saa tietyn sävyn, jopa ankaruuden, koska käytännöt pakottavat yhdenmukaiseen rytmiin. Vaikka hajuja ei mainita, esimerkiksi kahvin tai lattiavahan tuoksut ovat luettavissa kuvauksissa. Kokemusten kirjoittajat ovat lähes rytmianalyttikkoja, koska he kuvaavat ajallis-paikallisia suhteita antautuneina mielisairaalan rytmeille (mts. 33 ja 37). He tunnistavat tilanteita tarkasti, ja osa rytmien lukemisesta liittyy sopeutumiseen, jotta pääsy takaisin ”terveiden” pariin onnistuisi.

Käveleminen

Käveleminen on rytmin elämistä, askeltamista kussakin tilanteessa. Mielisairaalassa arvioidaan jokaisen potilaan kelpoisuus vapaakävelyyn eli valvomattomaan kävelyyn ulkona, kuten seuraava kirjoittaja muistelee.

Liikunnanohjaaja – kävi meittä ykkösen potilaita kävelyttämässä ja minäkin lähdin oikein mielelläni. Minulla ei ollut aluksi ykkösellä vapaakävelyä mutta pari viikkoa siihen taisi mennä. Lopulta sain vapaakävelyn eli mennä yksin ulos. Muistan sen jotenkin vielä sain sen iltapäivällä ja oli jo pimeä syysilta kun kävin – nimisen miehen kanssa kanttiinissa. (MKM 286, potilas.)

Siirtyminen makuuasennosta – lukuisat maininnat sängyllä makaamisesta – pystyasentoon ja siitä ulkoilmaan kävelemään on suuri muutos. Sänky on keskeinen paikka sairaalassa ja tilastoissa puhutaan edelleen sairaansijasta. Kielenkäytössä ihminen vertautuu materiaan, sänkyyn, ja se määrittää potilaan omaa reviiriä sairaalassa: ”Alku oli vaikeaa. Sairaalan säännöt estivät vapaan liikkumisen ensimmäisinä päivinä – Makasin päiväisinikin sängyssäni. Minua houkuteltiin sieltä ylös.” (MKM 550, potilas.)

Maailman hahmottaminen makuuasennossa, vasten sänkyä, patjaa ja petivaatteita, on hyvin toisenlaista kuin vertikaaliasennossa, joka vaatii

tasapainon ylläpitämisen ja jossa kulkemisen suuntaa on mahdollista vaihtaa. Makuuasennossa, horisontaalitasossa ihon kontaktipinta sänkyyn on laaja. Voi olla turvallista olla kiinnittyneenä materiaan ja tuntee se koko ruumiillisuudellaan. Makuuttamiseen on liittynyt myös pakko.¹⁶ Sairaalaympäristön käytännöt välittävät ristiriitaisen viestin: liikkuminen on toivottavaa, mutta vain tarkasti määritellyissä rajoissa. Liikkumisen rajaaminen määrittää ruumiillisuutta ja maailmassa oloa, kun liikkumisen avulla ihminen havaitsee ja on osa ympäristöään. Liikkumisen rajoittamiseen on liittynyt myös kylpyamme, kuten 1930-luvun muistossa todetaan: ”Siellä ne olivat kaiket päivät, niin kuin hylkeet meressä. Sinne ruokakin vietiin.” (MKM 96, potilas.)

Kävellessä ihon pinta ottaa tuulenvireen, auringon tai sateen vastaan, myös hengitysrytmi muuttuu. Kävelen liikkuminen edellyttää myös valintoja: reitin, rytmin sekä kävelyn yksin tai toisen kanssa. Muutos makuuasennosta pystyasentoon ja siitä kävelyyn on huimaava teko. Siirtyminen sängystä ja sisältä ulos voi olla liian suuri askel: ”Hoito-ohjelmaan olisi kuulunut puolen tunnin kävely, mutta en osallistunut siihen, koska pelkäsin talon ulkopuolella liikkuvia mielisairaita. Sairaalasta piti olla tietty aika poissa joka päivä viikonloppuisin, eikä sisälle päässyt takaisin, vaikka pelotti.” (MKM 416, potilas.) Tässä kävely asetetaan hoidoksi, mutta tilanne, toiset ihmiset ovat liian pelottavia. Kirjoittaja ei halua kohdata heitä. Näin kirjoitus paljastaa potilaan asenteen: osa luokitellaan toisiksi, jollaiseksi hän ei halua leimautua. Pelko toisia kohtaan määrittää liikkumista (pelosta lasten keskuudessa ks. Kuuva tässä teoksessa). Kävely näyttäytyy pakkona, kenties huoneet haluttiin siivota ja tuulettaa tyhjinä.

Kävelyn nimittäminen hoidoksi kaventaa sen mahdollisuuksia ja suh- tautuminen siihen lääkityksen tapaan (lähes) pakkona näivettää niitä mahdollisuuksia, jota se sellaisenaan voi tarjota. Seuraavissa kuvauksis- sa ympäristön merkitys korostuu.

¹⁶ Makuuttamisen pakosta on esimerkkinä pakkovuode, ruumisarkku muistuttava puusänky, jonka pääl- lä oli verkko. Sitä käytettiin Nikkilän sairaalassa 1910-luvulla. (Achté 1991, 55.) Makuuasento yhdistyy näin liikkumisen estämiseen ja kuolemaan.

Myös päivittäin tekemäni kävelylenkit olivat kivoja tuossa upeassa sairaalaympäristössä. Pitkäniemen sairaala on todella kauniilla paikalla, luonnon äärellä ja Pyhäjärven läheisyys houkutti minut kävelemään päivittäin joen rantaan ja toipumaan sairaudestani. (MKM 353–354, potilas.)

Pääsin pian vapaakävelyille. Silloin kävin kävelemässä lenkkipolkuja maalaismaisemassa. Sairaala oli tuolloin maalla, kuten oli tapana ennen, että mielisairaalat olivat kaukana asutuksesta. (MKM 502, potilas.)

Vietin paljon aikaa Moisionlammen rannassa ja se oli hyvä kokemus. (MKM 416, potilas.)

Näissä kuvauksissa ympäristö kutsuu kävelemään. Se eroaa kävelyllä määräämisestä hoitona tai henkilökunnan vaatimana aikana poissa sisätiloista. Tuo ympäristö, joka ylittää inhimillisen, kutsuu yhteyteensä: pelto, metsät, järvi, lampi ja joki elähdyttävät. Maantieteilijä Tim Edensor kuvaa, kuinka kävelemisen rytmit mahdollistavat tietynlaisen peräkkäisten hetkien kokemuksellisen virran. Siinä kiinnittyminen ja irtaantuminen, fyysinen uppoutuminen maisemaan ja mentaalinen vaeltelu, muistaminen sekä tunnistamisen ja outouden kokemukset hämärtävät rajaa representaation, aistimisen ja affektiivisen sitoutumisen välillä. (Edensor 2010.) Esitetyt muistojen kuvaukset sisältävät liittymisen ympäristöön, ja samalla se on ollut mielisairalaympäristöstä irrottautumista – toipuminen vie lopulta pois sairaalasta.

Kävelyyn liittyy irtaantuminen. Se on omistamisen antiteesi olettaen, että ihminen liikkuu tyhjin käsin ja että kokemus maasta on jaettavissa (Solnit 2002, 162). Samoin paimentolaisheimot ovat kulkeneet yli rajojen omaisuus mukaan ja pyhiinvaeltajat kilvoitelleet kulkiessaan tiettyjä reittejä. Myös Michel de Certeau (1984, 103), joka kirjoittaa kaupungissa kävelystä, kuvaa kävelyä poissaolon rajattomana prosessina, paikan puuttumisena ja varsinaisen paikan etsimisenä. Kaupungissa vaelteluun verrattuna mielisairaala-alueella liikkuminen on säädeltyä. Siellä käveleminen tarkentuu ruumiillisena koettelemisena, kun kävelyn rytmi

muodostaa ja luo sitä ihmistä, joka muotoutuu jokaisella askeleella yhteydessä säähän ja ympäristöön. Edelliset mielisairaalakuvaukset vahvistavat yhteyden kokemista, jolloin ihminen ei eristäydy omiin aatoksiinsa, vaan taivaltaminen pitää hänet kiinni muuttuvassa materiaalisessa ympäristössä.

Ympäröivää todellisuutta ja kävelyn aistisuutta korostaa luonnonfilosofi Henry David Thoreau (2008, 15) teoksessaan *Kävelemisen taito*: ”Mitä tekemistä minulla on metsässä, jos ajattelen jotain muuta kuin metsää?” Oheiset potilaiden kuvaukset kävelemisestä ylistävät sairaalaympäristöä, ne avaavat toisenlaisen todellisuuden koettavaksi suhteessa sisätilojen valkoisuuteen, kolkkouteen tai lukittuihin oviin. Ne herättävät pohtimaan mahdollisuutta, jossa sekä hoitohenkilökunta että potilaat vaalisivat ympäröivää maisemaa yhdessä, ja näin huomio ja huolehtiminen siirtyisi hetkeksi pois vastakkainasetteluista ja yksilön ongelmista kohti ympäristön vaalimista, joka tarjoaa huolenpitoa takaisin tavallaan. Hoitajia on moralisoitu siitä, etteivät he enää välitä tai että he ovat kadonneet kykynsä hoitaa, mutta samalla unohdetaan johtamisen käänne työolosuhteissa ja vallitseva kustannustehokkuuden periaate (Puig de la Bellacasa 2017, 227). Nykyinen järjestelmä, jossa on siirrytty mielisairaalarakennuksista ympäröivine puistoineen kohti psykiatrisia osastoja muiden osastojen rinnalla, kadottaa jotain, sillä muistoista voi lukea ilon ja lohdun yhteydestä ympäröivään maisemaan. Kasvit ja maa tarjoavat potilaille jotain arvokasta, huolenpitoa. Tämä sysää pohtimaan hoivaa laajana eettis-poliittisena käsitteenä suhteessa inhimilliseen ja ei-inhimilliseen. Kuinka sekä inhimillisestä että ei-inhimillisestä voisi huolehtia tukien samalla niiden eettistä suhteisuutta? (Vrt. Puig de la Bellacasa 2017.)

Maiseman kauneus saattaa olla hyvin vastakkainen omalle tunnelmalle: ”Teimme kävelylenkkejä Kellokosken maalaismaisessa idyllissä. Se teki hyvää, mutta mieleni oli usein haikea tai synkeä. Toivoa yritin ylläpitää.” (MKM 417, potilas.) Olotilan haikeus näyttäytyy tarkasti suhteessa maisemaan, hengitettäessä maisemaa. Syntyvätkö uudet näköalat kuitenkin ulkona kävellessä? Toivo asettuu suhteessa elettyyn aikaan mielisairaalassa ja toipumiseen. Ahmed (2018) asettaa toivon suhteessa nykyisyyteen, kuinka tekijöiden ruumiit ”värähtelevät sen odotuksesta,

että asiat ovat toisin” menneen avautuessa nykyhetkeen. Kun toivo vaikuttaa nykyhetkessä, se vaatii toimimaan eikä ainoastaan odottamaan tulevaisuutta. (Ahmed 2018, 241.) Ahmed kirjoittaa erityisesti suhteessa feminismiin ja poliittisuuteen. Hänen ajatuksiaan voi kuitenkin lukea myös suhteessa ihmisten kokemuksiin mielisairaalassa, varsinkin kun tarkastelee ihmisen ruumiillisuuden rajoja koko ajan muotoutuvina ja ihmistä suhteessa olevana, ei erillisenä. Toivon vastinparina pidetään pelkoa, ja vaikka molemmissa on jotain samankaltaista takertumista, niissä elää ruumiin uudelleen muotoutumisen mahdollisuus. Pelko kutistaa ruumista sen valmistautuessa mahdolliseen vahingoittumiseen, toivo taas laajentaa ruumiin rajoja, kun ihminen kurottautuu kohti mahdollista. (Ahmed 2018, 242.) Kenties juuri ulkona kävellessä toivo voimistuu ja mahdollistaa ruumiin rajojen avoimuuden, muotoutumisen kohti ulkomaailmaa sekä sairaalasta erkaantumisen. Toivoa voi tarkastella asenteena maailmaan: se ylläpitää liikkeessä ruumiin rajojen avoimuutta.

Martin Heidegger (2002, 31–68) kuvaa teoksessaan *Silleen jättäminen* kolmen keskustelijan taivalta, peltokeskustelua, jossa avoimuus tienoolle tapahtuu vähitellen matkan edetessä. Vaelluksen ajankohta on yö, paikka jossakin poissa ihmisten asutuksista. Tapahtuu silleen jättäminen, jossa luovutaan omasta tahdosta. Matkalla entiset ajatusmallit kyseenalaistuvat ja tapahtuu paluu kokemuksellisuuteen. Edellisissä kävelyä käsittelevissä potilaiden otteissa kuvataan maisemaa ja jonkin uuden paljastumista liikkeessä. Kun kanssakävelijät – toinen potilas, vierailija tai hoitaja – puuttuvat, eletyn ympäristön tärkeys voimistuu entisestään. Heideggerin peltokeskustelu jatkuu yöhön, pimeys mahdollistaa tuntemattomalle avoimena olemisen sekä vanhojen käsitysten hiipumisen. Kävely mielisairaalan alueella ei kuitenkaan ole ollut ainoastaan auvoista maisemasta nauttimista ja ulkona vaellusta, vaan se on ollut valvottua, rajallista tietyn alueen tamppaamista. Erilaiset kävelypihat, lauta-aidoilla tai tiilimuureilla rajatut alueet, joissa saattoi olla kanaverkoista tehty katto, ovat kuuluneet mielisairaalojen historiaan. Muuri saatettiin myös korvata kanaverkolla, kuten tapahtui Mustasaaren sairaalassa 1960-luvulla, kun viisi metriä korkea muuri vihdoin purettiin. Muutosta kuvattiin kertoen, kuinka ”avaimellisellakin” oli eri tunne paikasta kuin

ennen. (Uitto 1968.) Aineistossa on maininta kävelyhäkeistä¹⁷ (MKM 246) sekä kävelypihoista (MKM 57). Vapaakävelijä sai sitä vastoin kävellä missä halusi, ja potilas 1930-luvulta kuvaa seuraavassa tilannettaan:

Minä ainoastaan olin n.s. vapaakävelijä, sain kävellä yksin, sain mennä vapaa-aikanani ulos koska tahdoin ja tulla sisälle, kun oven avaajan sain. Minulla oli siis kissamainen asema. Eihän kissakaan itse ovea avaa, vaan kyttää lähellä koska avaaja tulee ja sanoo: ”Miaau.” Sitten äkkiä notkeana livahtaa ulos, tai sisälle, vaikka jalkain välistä. (MKM 51, potilas.)

Vapaakävelyluvan saaminen on askel pois laitoksesta: ihminen voi alkaa itse määrätä omaa rytmiaan. Se tarkoittaa askeltamista uudenaikaiseen olotilaan, jossa voi elää ruumiillisuuden muotoutumisen kuuntelu. Muistossa kissaan vertaaminen tuo esiin joustavuuden ja tilanteisiin mukautumisen, eläimen tapaa liikkua ylistetään. Se poikkeaa mielisairaalakertomuksista, joissa potilaat vertaavat itseään karpäseen, sairaaseen tai saastaiseen eläimeen, jolloin se viittaa ihmisten, lähinnä hoitajien ei-toivottuun käytökseen (ks. Maanmieli tässä teoksessa). Niissä potilas sijoittaa itsensä eläimen asemaan ja samalla hoitajan yliverainen asema korostuu. Tällaisissa vertauksissa kaiku historia, sillä mielisairautta ei pidetty 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alussa sairautena vaan eläimellisenä ilmiönä (Achte 1991, 21 ja 51).

Kuvauksessa kissan tietyt ominaisuudet kuvaavat selviytymistä laitoksessa ja siinä on humoristisia piirteitä. Kissan notkeus ja liikkumisen vapaus liittyvät toisiinsa, joustavuus ruumiissa ja toimissa. Liikemene- telmä SRT sisältää liikkumisen pehmeyttä ja suuntien moninaisuutta. Sen ensimmäisellä tunnilla tarjotaan idut ruumiin tietoisuuden laajentamiselle ja jo ensimmäinen ohje suuntaa jalkaterien pehmeeseen ja joustavuuteen – siinä mainitaan kissan tassut. Salissa askeltaminen,

17 Tämä maininta kävelyhäkeistä innosti minut toteuttamaan *Kävelyhäkki*-teoksen (2019a), kuten aikaisemmin mainitsin, entisen mielisairaalarakennuksen, Lapinlahden puistoalueelle. Siinä koettelin rajatulla, 3 x 3 metrin kanaverkolla aidatulla alueella (myös katto kanaverkosta) kävelyä ja pysähtelyä päivittäin usean tunnin ajan seitsemänä peräkkäisenä päivänä (ks. Heimonen 2021b).

painon siirtäminen jalalta toiselle äänettömästi, jalan pehmentyminen lattiaan tulee koettavaksi. Muistamani tämänkaltaisesta liikkumisesta:

Lattia upottaa, jalkaterä pehmenee lattiaan, luut sulavat henkäykseksi. Painon siirto jalalta toiselle, tuo jokapäiväinen teko kirkastaa ruumiin ja ympäristön yhteyttä: olen osa sitä, jalkojen tarkan muodon kokeminen hämärtyy, on vain yhteys, olla yhteyttä. Nopeasti pehmeys leviää polviin ja ylemmäksi. Liikkumisen valppaus syttyy, pehmeys tuo nopeuden, vauhti kiihtyy, suunnat vaihtuvat, ja olen osa massaa, joka etenee tilassa ennakoimattomasti, äänettömästi. Joustavuuden ihmeellinen voima tekee ruumiista aineettoman kaltaisen.

Esitetyissä kirjoittajien mielisairaalamuistoissa kävely on ollut yhteyden löytämistä ympäristöön ja se on ollut toivottua. Kävely on kuitenkin saatanut asettua myös kauaksi nautinnollista askelluksesta, kuten yksi potilas muistelee: ”Minulla oli ilmeisesti Peijaksen akuuttiosaston hevoskuurista johtuvaa pakkokävelyä.” (MKM 417.) Asennetta kävelyyhin voi myös tarkastella suhteessa kunkin ajan kulttuuriseen tapaan. Esimerkiksi Manner (1935) kirjoittaa 1930-luvun kokemuksistaan mielisairaalasta: hän ei lähtenyt kävelemään, koska ei pitänyt ”päämäärättömästä ja asiattomasta kävelystä”. Hän piti kävelyä herrastapana, jollaiseen maalla kasvaneena ei ollut tottunut. (Manner 1935, 72.)

Kirjoittamisen todellisuus ja tekstuaalinen tila

Luvussa olen altistunut mielisairaalan tunnelmille, niiden affektiivisille atmosfääreille. Kirjoittamisen ytimessä ovat tutkimusmateriaalin kuvaukset, viitekirjallisuus, omat eletyt ruumiin ja mielisairaalarakennusten tilallisuudet ja kukin hetki, joista kirjoitus syntyy. Stewart (2011) kuvaa, kuinka tällainen herkimyminen yllyttää kirjoittamisen tapaan, joka kiertyy kuvaileviin pyörteisiin ja pyrkii resonoimaan jotain siitä materiaalis-aistisesta, joka muotoutuu atmosfääriseksi. Kenties kirjoituksen toiston voi lukea spiraalimaisena pyörteenä, joka kulkee muuttuvan ja

pakenevan tunnelman matkassa. Pyörteessä saattaa kuulua jotain matkanteosta, kokemusten kerrostumien rispaantumisesta, toisiinsa sotkeutumisesta ja häilyvyydestä.

Kirjoittamalla yritän hahmottaa elettyä ruumiillista yhteyttäni mielisairaalakirjoituksiin ja -rakennuksiin. Se on yksi menetelmä (mm. Richardson 2000; Gibbs 2015; Heimonen 2014; 2009), jolla asetun kuuntelemaan muistojen atmosfäärejä. Silloin kirjoittamisen teossa selviää vähitellen, mitä tutkimisessa tapahtuu: se tuottaa tutkimusta. Tämä ei tapahdu jälkikäteisenä kirjaamisena, instrumentaalisenä selontekona, vaan kielelle annetaan tila. Sanat ottavat paikkansa, vaikuttavat ja synnyttävät myös sellaista, mikä pakenee merkityksiä. Sanat luovat varjoja, katkoksia, niiden rytmi luo omalakista tunnelmaa.

Muistojen tarkastelu on tapahtunut ruumiini huokoisuuden ja tilallisuuden avulla ja ne ovat paljastuneet suhteisina. Liike, kuten luvun alussa kuvaamani kävely tai esitykset, on todentanut ja tarkentanut tätä kirjoitusta, liikkeen rytmi on antanut tilaa oivalluksille ja mahdollistanut muistojen liikehännän ruumiini tiloissa. Jotain eletystä on siirtynyt kirjoituksen rytmiiin, seuraavassa kuvaus virittäytymisestä kirjoittamiseen.

Kirjoitan. Yritän. En pysty. Yritän uudestaan. Lopetan. Aloitan uudestaan. Kävelen. Seison. Käyn vessassa, juon kahvia, tuijotan ulos. Sanat kasaantuvat röykkiöksi, se mikä voisi tulla esiin, pakenee entisestään. Mykistyn. Menen ulos kävelemään. Askelten rytmi, hengityksen kulku läpi ruumiini tapahtuu, lehmuskuja, ranta, kivi ja aita. Ne ovat. Ovat itsenään ja yhteydessä toisiinsa. Ruumis valpas-tui. Palaan kotiin. Kirjoitan. En tiedä mitä kirjoitan, jokin ilmaantuu, en välitä minän rajoista, jotka muistuttavat kirjoittamisen mahdottomuudesta. Jättäydyn rajalle, jossa ainoastaan kuuntelen sanojen ilmaantumista, vastaanotan ja laitan kierimään eteenpäin. Olen ainoastaan osallisena tapahtumisessa, joka mahdollistaa minän vetäytymisen, tilan avautumisen, jonkin kuulemisen tiloissa, tilojen läpi. Mielisairaalamuistot kuiskivat ruumiissa, ne kumisevat, tärisyttävät. Vanhojen mielisairaalarakennusten käytävien kaiku, seinien maalikerrokset, kiviportaiden kulumat työntyvät mukaan lauseiden väliin. Nuo rakennukset ja muistelukirjoitukset

lävistävät minut, vaanivat, vainoavat ja niiden jäljet vaativat kirjoittamisen, ne ovat vaatineet liikkumisen, lihallistamisen. Että jokin, joka liikkuu ja pakenee, välittyisi. Edes hieman.

Antaudun kielelle¹⁸, kirjoitus etsiytyy (parhaimmillaan) hengityksen rytmiiin, sen levolliseen uomaan. Ruumiini resonanssi on ollut kompassi tutkimisessani, se on kulkenut kirjoittamisen lisäksi lukemisessa ja liikkumisessa (sanojen kosketuksesta Heimonen 2022). Se vaatii kuuntehua. Kirjoittamisessa mielisairaalakertomukset resonoivat ruumiillisuuden tiloissa, niiden lauseet, tauot sekä jopa yksittäiset sanat. Resonanssi muistuttaa, että tulee vaikutetuksi ja vaikuttaa ympäristöönsä. Mielisairaalan paikat atmosfääreineen ovat resonoineet potilaissa, kun he ovat kirjoittaneet niistä, ja heidän muistonsa resonoivat minussa. Anna Gibbs (2015) kuvaa affektiivista resonanssia kirjoittamisessa, kun muoto löytyy siihen, mitä kuvailee. Ennen sitä kirjoittaja virittyy affektiivisesti ja resonanssi ikään kuin tuo muodon esiin kirjoituksessa, jolloin siinä on tietty rytminen poljento. (Gibbs 2015.) Ruumiini kokemuksista kirjoittamisen haaste yhdistää minut mielisairaalakokemuksista kirjoittajiin, sillä jotkut muistelijat ovat kantaneet niin raskasta kokemuksen taakkaa, että se on estänyt kokonaan tai osittain kokemuksista kirjoittamisen. Luku ehdottelee, lähestyy ilmiötä kirjoittaen ja kirjoitusten tilallisuutta ruumiillisuudessa(ni) tunnustellen.

Kirjoittamisessani SRT on läsnä elettyinä vaikuttaen tapaani hahmottaa maailmaa (Heimonen 2020b). Yksi tekniikassa toistuvista sanoista on *jotenkin*, jollakin tavalla, joka liitetään useisiin kuvauksiin, joissa jotain odottamatonta, rationaalisuudesta poikkeavaa, tapahtuu. Toinen olennainen sana on *ehkä*, joten mikään ei tapahdu liikkujalle vääjäämättä, ainoastaan tapahtumisen mahdollisuus herää. Kirjoittamisessa yhteys toisiin on olennainen, se luo siltaa eri todellisuuksille sekä tunnustaa potilaiden ja vierailijoiden monenlaiset tuntemukset mielisairaalaista ja -sairaaloista. Olen osa tutkimusta, tapa jolla olen ruumiissani ja maailmassa luo tutkimusta. Kuitenkin kirjoittamiseni kaihtaa henkilö-

¹⁸ Esimerkiksi Maurice Blanchot (2003, 23–24) on kuvannut kirjoittajan asemaa: hän ei ole kirjoittamisen alkuperä, vaan on kielen vallassa, jolla ei ole keskusta ja joka ei paljasta mitään.

kohtaisuutta yksilön ominaisuuksina tai mieltymyksinä. Virittäytymällä tuohon maailmaan, mielisairaaloiden todellisuuteen, kirjoittaja vaarantaa itsensä, kadottaa, löytää ja uudelleen muokkaa, kuten Gibbs (2015) kuvailee kirjoittajan asemaa.

Mielisairaalamuistojen kirjoittajien sanojen valinta, niihin sisältyvä tila ja tilallisuus, joka on lauseiden rytmissä tai käsin kirjoitetussa tekstissä, luo tekstuaalista tilaa, joka resonoi ruumiissa(ni). Tuo jokin on avaruudellisuutta, etäisyyksiä, tihentymisiä ja katkoksia. Tuolla tilalla ei ole nimeä. Se on suhteisuutta, näkymätöntä. Kuinka jotain tuosta koetusta voisi siirtyä tähän kirjoittamiseen? Jännite kasvaa kirjoittamisessa: kuinka sallia jonkin epämääräisen ja nimeämättömän mutta ruumiissa resonoivan tilallisuuden tulla esiin, ja kuinka paljon perustelen sellaista, jonka perusta on katkoksissa ja pimeydessä. Rationaalisuuden paino-
lastin alla affektiiviset tilat, sanomaton ja keskeneräisyys luovat il-
man tuen. Ne piirteet kuuluvat ei-representaationaaliin lähestymisiin, jossa affektit vaeltavat ja joissa kohdetta ei oteta haltuun. (Blackman & Venn 2010; Vannini 2015, 14–15.) Moninainen viitekirjallisuus etsii siltaa monimutkaisen ilmiön ymmärtämiselle ja tarjoaa lukijalle erilaisia kiinnittymisen paikkoja.

Ruumiissani luetaan jonkinlainen tilallisuus jokaisessa muistossa, se liittyy sekä sisältöön että muotoon. Samoin se elää suhteessa kuhunkin paikkaan, pöydän ääreen tai rannalla kävelyyn, jossa muistot ovat valanneet minut. Mielisairaalakokemuksista kirjoittaneet ovat muistelleet, he ovat olleet samalla sisäkkäisissä tiloissa: kirjoittamisen ja kuvauksen paikoissa ja todellisuuksissa. Seuraavassa runomuotoisessa mielisairaalamuistossa avautuu ennakoimattomuus, tilallisuuden kivuliaisuus suhteessa aikaan, toimintaan ja ruumiiseen:

Hullujenhuone-elämä
ei oikein kuulunut
suunnitelmiini.

Kun joskus
olin nuori.

Hulluus katkoo
vuodet, opinnot, työt,
sormet
ja selkärangan. (MKM 467, potilas.)

Sama kirjoittaja katselee ulos, maisema kutoutuu osaksi ruumiin olo-tilaa, paikka ja kirjoitus ovat yhtä:

Ikkunassa vain
muutama koivu
ja peltoaukea.

Jopa tähän paikkaan,
alueeseen, tonttiin,
liittyy jotain outoa
synkkää lohduttomuutta. (MKM 466, potilas.)

Runomuoto tarjoaa itsessään tietynlaisen tekstuaalisen tilan. Seuraavassa tilallisuus on suoraviivaisempaa, siinä kaikuu myös yleisohjeet elämiseen: ”– tärkeää oli oppia erottamaan yö päivästä ja nukkua yöt, säännöllinen ruokailu ja hieman kommunikointia – –.” (MKM 272, potilas.) Ahdistuksen täyttämien muistojen lomassa potilas, joka itse hakeutui hoitoon useita kertoja ja sai sieltä apua, tuo sanoillaan toisenlaista todellisuutta esiin. Seuraavassa hänen ystävänsä muistelee heidän keskustelujaan: ”Hänelle sana mielisairaala kuullosti positiiviselta paikalta. Siis MIELIsairaala, vähän niin kuin mielitietty. Siellä sai ystäväni mielestä hyvää hoitoa ja apua, kun sitä tarvitsi.” (MKM 369, potilaan ystävä.) Mielisairaala, entinen houruinhuone, saa uuden sävyn, kun pohdiskellaan sanan merkitystä, jossa se vertautuu rakastettuun. Isoilla kirjaimilla kirjoitettuna sen tunnustaminen korostuu. Sanojen käyttö heijastaa ja levittää jotain suhteesta mielisairaalaan, luo osaltaan tilan-teen atmosfääriä.

Kirjoittamisessa tunnistan edellä mainitut Gibbsin (2015), Stewartin (2011) ja Vanninin (2015) tarjoamat lähtökohdat. Kuitenkin tämä, kuten jokainen luku, avaa sen yhteyksiä ja tapaa lähestyä tutkimusmateriaalia

tietyllä tavalla. Kirjoittamisen affektiivisuuteen liittyy mahdottomuus nimetä ilmiö – muistelijoiden kokemukset affektiivisista atmosfääreistä – tarkasti joksikin. Nimeämisen ongelmaa käsittelee Max van Manen (2014) kuvaillessaan fenomenologista kirjoittamista, jossa hän viittaa Ursula Le Guinin novelliin *She unnames them* (1985). Kertomuksen nainen pyytää Aatamia poistamaan antamansa nimet sekä itseltään että eläimiltä. Nimien poistaminen eläimiltä yllättää kirjoittajan, sillä ne tuntuvat paljon läheisemmiltä ilman nimiä. Nimet olivat olleet este heidän välissään, nyt hänessä heräsi kiinnostus ympärillä olevia eläimiä kohtaan. Nimeämällä jokin otetaan haltuun: novellissa Aatami käytti kieltä välineenä hallita maata ja sen asukkaita. Asioiden ja ilmiöiden nimeämättömyys mahdollistaa sen, että ilmiön kätkeyt piirteet pääsevät tarkasteluun. Nimeämisen pohtiminen auttaa tajuamaan kielen ja ajattelun tiiviin yhteyden ja sen, kuinka se vaikuttaa tapaan olla maailmassa. Nimeämisen kyseenalaistaminen voi estää jonkin ottamisen tiedettynä, mahdollistaa eletyn kokemuksen uudelleen pohtimisen. Kun nimi laitetaan syrjään, asiat ja ilmiöt tehdään läpinäkyviksi ja orientaatio maailmaan muuttuu. (van Manen 2014, 386–387.)

Kyse on siis ruumiillisuuden liikkeistä, atmosfääreistä, ja sen lähestymisestä, jota ei voi nimetä, jotta se säilyttäisi integriteettinsä ja ominaislaatusensa. Nimeämällä mielisairaalakokemukset joksikin tietyksi ilmiö jähmettyisi ja samalla kaikki muut mahdolliset tulkinnat katoaisivat. Määritelmien sijaan tämä kirjoitus etsiyty sanojen hämärään atmosfäärien kuvailussa ja pohdinnassa, se vaeltelee tilallisuudessa pysähtymättä. Maurice Blanchot on pohtinut hämärän kokemusta kirjallisuudessa, sitä sanomatonta ja ainutlaatuista, joka aina osin piiloutuu sanoilta. Kuinka hämäryydestä olisi mahdollista puhua kielellä, joka ei mittaisi kokemuksia aikaisemmin koetuin käsittein vaan jättäisi sen vierauden. (Alanko 2002, 163 ja 181.) Kuitenkin hämäryys kertoo, että jokin on, ja olen nimennyt, esittänyt tietynlaisia tunnelmia luennassani, muun muassa sumunkaltaisia. Kuten affektit ovat luonteeltaan monitulkintaisia, epä määräisiä ja määrityksiä pakenevia, tämäkin kirjoitus liikehtii, häilyy. Olen astunut muistojen atmosfäärisiin tiloihin, kietoutunut osaksi niitä ja luennalla tehnyt niille jotain. Nimeäminen voi kuitenkin olla osa kuvaamisen ja pohdinnan prosessia, jossa orientoidutaan kohti virtavaa

atmosfääriä ja havahdutaan sen erityisyyteen sekä vaikutuksen tapaan (Anderson & Ash 2015).

Onko tämä kirjoitus riisunut liikaa ihmisen määreitä, hajottanut esimerkiksi niin kutsutut sosiaaliset identiteetit tai selkeän ”minuuden”, kun se on korostanut suhteisuutta, yhteyttä ympäristöön ja ihmisen muotoutumista kussakin tilanteessa? Affektit luovat yksilöllisyyteen aukkoja (Manning 2010), jotka nimeämättömyyden ja hämäryyden tilojen kera tarjoavat yhden orientaation tarkastella mielisairaalakokemuksia. Kunkin ihmisen kokemus mielisairaalassa on erityinen. Atmosfäärit eivät poista sitä vaan tarjoavat läpäisevän pinnan tarkastella elettyä tilannetta ja sen mahdollisuuksia ihmisen ja ympäristön suhteen muotoutumisessa tilanteissa, joista jokainen on erityinen. Vaikka affektiiviset atmosfäärit tarjoavat maailman kokemisessa sellaista tilallisuutta, joka ohittaa henkilökohtaisuutta, haavoittuvuus ei kuitenkaan katoa, kenties se kuuluu elämisen ehtoihin. Määreet, kuten diagnoosit tai sosiaaliset luokittelut, eivät alista ihmistä valtaansa, vaan niiden avulla tarjoutuu tila siirtyä tilanteesta ja tunnelmasta toiseen: koetella ruumiillisuutta ympäristönä, joka on aina tulemisen tilassa.

Hajallaan

Ruumiillisuuden ja atmosfäärien tarkastelu on vienyt kaksinkertaiseen hämäryyteen ja kieli tarjoaa vain aavistuksen koetusta, päästää vain tietylle etäisyydelle. Affektiiviset atmosfäärit ovat tilallisia, sumuisia ja ne luovat katkoksia narratiiveihin ja loogisiin selitysmalleihin. Ne muodostuvat ja hajoavat, hämärtävät kaksijakoisia ajattelumalleja olemalla sekä sitä että tätä, ei koskaan joko tai. Kirjoittamisessa jokin ennakoimaton syntyy, tarkka raja erillisten tekijöiden väliltä puuttuu. Ruumiillisuus on osa materiaa, jossa heijastuu, lävistyy ja joka vastaanottaa ja lähettää affekteja. Jokin, affektien kasauma, on muotoutunut potilaissa, vierailijoissa ja heidän ympärillään ennen kuin se on tietoista ja se saa aikaan jotain jopa vuosien jälkeen. Ruumiillisuuteni on osallistunut muistojen luentaan tarjoamalla niille tilallisuuden majailta luiden katveessa, josta

kirjoitus ja taideteot ovat syntyneet. On tapahtunut hajoamisia, muokantumista, sattumanvaraisia yhdistymisiä.

Valitut muistot näyttävät kiertyvän yhdenlaisesta ruumiillisuuden vierauden kokemisesta toisenlaiseen ruumiilliseen vierauteen mielisairaalamuistossa. Niissä elää myös ruumiin uudelleen orientaatio. Se on osa prosessia, jonka päämäärä on tuntematon. Mielisairaalamuistojen – hoito, käytänteet, esineet, fyysiset tilat pihapiireineen, hoitohenkilökunta ja toiset potilaat ja vierailijat – tarkastelu suhteiden tilallisena aukiona, jännitteinä, jotka muokkaavat kokijaa ja joita hän muokkaa, kääntää kysymyksen potilaan vastuusta, muutoksesta ja paranemisesta toisenlaiseen asentoon. Voisiko myös häpeä hävetä mielisairaalamuistosta, jos tapahtumiset nähdään affektiivisina atmosfääreinä, jotka tuulettavat henkilökohtaisuuden taakkaa?

Tämän kirjoittaminen on ollut pysähtelyä, ihmettelyä, irti päästämistä. Kunkin potilaan tapa aistia tilannetta, muistaa ja kirjoittaa siitä, samoin kuin luentani on jatkuvaa liikettä ja muutosta, kun yksilö tarkkarajaisena on kadonnut ja yhteydet tilallisuuksineen avautuneet. Tämä kirjoitus, joka liikkuu, toistaa, muuntuu, keskustelee muistojen ja monialaisen kirjallisuuden kanssa, on kulkeutunut jonnekin laidalle. Kenties kyse on hulluudesta, joka ei tarkoita yksilön tilaa vaan prosessia, joka tuottaa asioita toisella tavalla kirjoituksessa ja maailman hahmottamisessa (Gale 2018).

Ruumiillinen lähestyminen tiivistämisen sijaan on tuonut avaruudellisuutta, materiaalisuuden ja immateriaalisuuden, inhimillisen ja ei-inhimillisen välisiä etäisyyksiä ja läheisyyksiä, joita ei saa niputetuksi yhteen. Hajaannus on suuntien, rajojen ja tilojen avautumista, irti päästämistä, hajoamista, luhistumista; maailmassa-olon paikantumista häilyvänä, harsomaisena ja voimakkaasti suhteisena ympärillä olevaan.

Entä miten päättää tämä luku, kun kaikki muuttuu koko ajan ja jokainen lukija luo omaa tulkintaansa? Yksi huudahduksen tapainen muistuu materiaalista, sillä se sisältää jotain olennaista, kun mielisairaalamuistilaiden eletty todellisuus on kulkenut tutkimisen matkassani.

Sitten hänen ajatuksensa karkasivat hajalleen! (MKM 239, omainen.)

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

KIRJALLISUUS

- Achté, Kalle 1991: *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Ahmed, Sara 2006: *Queer phenomenology. Orientations, objects, others*. Duke University Press, Durham.
- Ahmed, Sara 2010: Happy objects. Teoksessa: Gregg, Melissa – Seigworth, Gregory J. (toim.) *The affect theory reader*. Duke University Press, Durham, 29–51.
- Ahmed, Sara 2018: *Tunteiden kulttuuripolitiikka*. Suomentanut Elina Halttunen-Riikonen. Eurooppalaisen filosofian seura, Tampere. Englanninkielinen alkuteos 2004.
- Alaimo, Stacy 2010: *Bodily natures. Science, environment, and the material self*. Indiana University Press, Bloomington.
- Alanko, Outi 2002: Mitä Blanchot'n lukijalle tapahtuu? Teoksessa: Mehtonen, Päivi (toim.) *Kielen ja kirjallisuuden hämärä*. Tampere University Press, Tampere, 160–189.
- Anderson, Ben 2009: Affective atmospheres. *Emotion, space and society* 2: 2, 77–81.
- Anderson, Ben 2014: *Encountering affect. Capacities, apparatuses, conditions*. Ashgate, Surrey.
- Anderson, Ben – Ash, James 2015: Atmospheric methods. Teoksessa: Vannini, Phillip (toim.) *Non-representational methodologies. Re-envisioning research*. Routledge, Abingdon, 34–51.
- Anderson, Ben – Wylie, John 2009: On geography and materiality. *Environment and planning A* 41: 2, 318–335.
- Blackman, Lisa 2008: *The body. The key concepts*. Berg, Oxford.
- Blackman, Lisa 2012: *Immaterial bodies. Affect, embodiment, mediation*. Sage Publications, Lontoo.
- Blackman, Lisa 2014: Affect and automacity. Towards an analytics of experimentation. *Subjectivity* 7: 4, 362–284.
- Blackman, Lisa 2015: Researching affect and embodied hauntologies. Exploring an analytics of experimentation. Teoksessa: Knudsen, Britta Timm – Stage, Carsten (toim.) *Affective methodologies. Developing cultural research strategies for the study of affect*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, 25–44.
- Blackman, Lisa – Venn, Couze 2010: Affect. *Body & society* 16: 1, 7–28.
- Borgdorff, Henk 2012: *The conflict of the faculties. Perspectives on artistic research*. Leiden University Press, Leiden.
- Brennan, Teresa 2004: *The transmission of affect*. Cornell University Press, Ithaca.
- Böhme, Gernot 1993: Atmosphere as a fundamental concept of a new aesthetics. *Thesis eleven* 36: 113–126.
- Böhme, Gernot 2014: *Architectural atmospheres. On the experience and politics of architecture*. Toimittanut Christian Borch. Basel, Birkhäuser.

- Böhme, Gernot 2017: *The aesthetics of atmospheres*. Toimittanut Jean-Paul Thibaud. Routledge, Abingdon.
- Certeau, Michel de 1984: *The practice of everyday life*. Ranskasta kääntänyt Steven Rendall. University of California Press, Berkeley.
- Closs Stephens, Anghrad – Hughes, Sara M. – Schofield, Vanessa – Sumartojo, Shanti 2017: Atmospheric memories. Affect and minor politics at the ten-year anniversary of London's bombings. *Emotion, space and society* 23, 44–51.
- Dufrenne, Mikel 1973: *The phenomenology of aesthetic experience*. Kääntäneet Edward S. Casey, Alberta A. Anderson, Willis Domingo ja Leon Jacobson. Northwestern University Press, Evanston.
- Edensoor, Tim 2010: Walking in rhythms. Place, regulation, style and the flow of experience. *Visual studies* 25: 1, 69–79.
- Eskelinen, Saana 2015: Tupakoinnin merkitys mielisairaanhoidossa. Teoksessa: Vataja, Risto – Kontio, Raija – Laaksonen, Timo (toim.) *Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu 1915–2015 Sata vuotta*. Kellokosken sairaala, Kellokoski, 168–171.
- Frykman, Jonas – Povrzanovic Frykman, Maja 2016: *Sensitive objects. Affect and material culture*. Nordic Academic Press, Lund.
- Gale, Ken 2018: *Madness as methodology. Bringing concepts to life in contemporary theorising and inquiry*. Routledge, Abingdon.
- Gibbs, Anna 2015: Writing as Method: Attunement, resonance, and rhythm. Teoksessa: Knudsen, Britta Timm – Stage, Carsten (toim.) *Affective methodologies. Developing cultural research strategies for the study of affect*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, 222–236.
- Gregg, Melissa – Seigworth, Gregory J. 2010: *The affect theory reader*. Duke University Press, Durham.
- Harpin, Anna 2018: *Madness, art, and society. Beyond illness*. Routledge, Abingdon.
- Hay, Deborah 2000: *My body, the buddhist*. Wesleyan University Press, Hanover.
- Heidegger, Martin 2002: *Silleen jättäminen*. Suomentanut Reijo Kupiainen. niin & näin, Tampere. Saksankielinen alkuteos 1959.
- Heimonen, Kirsi 2009: *Sukellus liikkeeseen. Liikeimprovisaatio tanssimisen ja kirjoittamisen lähteenä*. Teatterikorkeakoulu, Helsinki.
- Heimonen, Kirsi 2014: Liike tuo outouden. Tutkiminen tanssille vieraisa ympäristöissä. Teoksessa: Järvinen, Hanna – Rouhiainen, Leena (toim.) *Tanssiva tutkimus. Tanssintutkimuksen menetelmiä ja lähestymistapoja*. Taideyliopiston Teatterikorkeakoulu, Helsinki, 159–173.
- Heimonen, Kirsi 2012: Koska olet. Taidetoiminta muistisairaiden hoitokodissa [verkkoaineisto]. Helsingin Diakonissalaitos, Helsinki. Saatavissa: <https://taju.uniarts.fi/bitstream/handle/10024/6030/Koskaolet.pdf>. Viitattu 11.8.2022.
- Heimonen, Kirsi 2019a: *Kävelyhäkki*-teos Lapinlahden sairaalan alueella Helsingissä 19.–25.5.2019.
- Heimonen, Kirsi 2019b: Huojunta hulluuden ja outouden rajoilla. Tanssiminen julkisilla paikoilla. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 255–280. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Heimonen, Kirsi 2019c: Tilallisuksien lävistys. Ruumiillisuuden kietoutuminen ympäris-

- töön tanssimisessä. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääsikiähti, Nina (toim.) *Kuulumisen reittejä taiteeseen*. Eetos, Turku, 301–322.
- Heimonen, Kirsi 2020a: Lost in intervals. Falling in between spaces and tenses. *RIACT Journal of artistic research, creation and technology* 1, 27–50. Saatavissa: http://riact.belasartes.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2020/11/RIACT_1.pdf
- Heimonen, Kirsi 2020b: Writing about the ungraspable. Silence as the spatiality of corporeality. *Research in art education* 1/2020, 56–73. Saatavissa: https://wiki.aalto.fi/download/attachments/168087084/Kirsi_Heimonen.pdf?version=1%09&modification-Date=1585601874596&api=v2
- Heimonen, Kirsi 2021a: *Täällä, jotenkin*. Lyhytelokuva. Ohjaus & käsikirjoitus Kirsi Heimonen, esiintyjä & koreografi Kirsi Heimonen, kuvaus Raimo Uunila, puhe Seppo Jarva & Ria Kataja, musiikki Ulf Krokfors, editointi Kirsi Heimonen & Raimo Uunila, äänisuunnittelu Marko Kataja, käännös David Hackston.
- Heimonen, Kirsi 2021b: Walking in a cage. Attuning to atmospheric intensities through corporeality. *Choreographic Practices*, 12:1, 47–66. https://doi.org/10.1386/chor_00028_1
- Heimonen, Kirsi 2022: The touch of words. Obscure spatial encounters. *Scriptum. Creative writing research journal*. 9: 1, 1–30. <https://doi.org/10.17011/scriptum/2022/1/1>
- Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material and immaterial cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353. <https://doi.org/10.14361/9783839447888-021>
- Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina 2019: Hulluus kulttuurisena kysymyksenä. Teoksessa: Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 9–45. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Lefebvre, Henri 2016: *Rhythmanalysis. Space, time and everyday life*. Kääntäneet Stuart Elden ja Gerald Moore. Bloomsbury, Lontoo. Ranskan- ja espanjankielinen alkuteos 1992.
- Le Guin, Ursula K. 1985: She unnames them. *The New Yorker*, 21.1.1985 [verkkoaineisto]. Saatavissa: http://lchc.ucsd.edu/mca/Mail/xmcamail.2013_01.dir/pdf4gQ1dofjTo.pdf. Viitattu 6.9.2019.
- van Manen, Max 2014: *Phenomenology of practice. Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge, Abingdon.
- Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Porvoo.
- Manning, Erin 2009: What if it didn't all begin and end with containment? Toward a leaky sense of self. *Body & society* 15: 3, 33–45.
- Manning, Erin 2010: Always more than one. The collectivity of a life. *Body & society* 16: 1, 117–127.
- Manning, Erin 2013: *Always more than one. Individuation's dance*. Duke University Press, Durham.
- Manning, Erin 2016: *The minor gesture*. Duke University Press, Durham.
- Martin, Craig 2011: Fog-bound. Aerial space and the elemental entanglements of body-with-world. *Environment and planning D. Society and space* 29: 3, 454–468.
- McCormack, Derek 2008: Thinking-spaces for research creation. *Inflexions* 1: 1, 1–16.
- McCormack, Derek P. 2013: *Refrains for moving bodies. Experience and experiment in affective spaces*. Duke University Press, Durham.

- McCormack, Derek P. 2015: Atmospheric choreographies and air-conditioned bodies. Teoksessa: Hunter, Victoria (toim.) *Moving sites. Investigating site-specific dance performance*. Routledge, Abingdon, 79–94.
- Merleau-Ponty, Maurice 2005: *Phenomenology of perception*. Ranskasta kääntänyt Colin Smith. Routledge, Abingdon. Ranskankielinen alkuteos 1945.
- Mersch, Dieter 2015: *Epistemologies of aesthetics*. Saksasta kääntänyt Laura Radosh. Diaphanes, Zürich.
- Nancy, Jean-Luc 2007: *Listening*. Ranskasta kääntänyt Charlotte Mandell. Fordham University Press, New York.
- Online Etymology Dictionary. [verkkoaineisto]. <https://www.etymonline.com>. Viitattu 5.4.2019.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Puig de la Bellacasa, María 2017: *Matters of care. Speculative ethics in more than human worlds*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Pyökkö, Pauli 1998: Suomen kieli on vetäytymässä ja jättämässä meidät rauhaan toisiltamme. *niin & näin* 1/1998, 44–49.
- Richardson, Laurel 2000: Writing. A method of inquiry. Teoksessa: Denzin, Norman – Lincoln, Yvonna S. (toim.) *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, California, 1411–1444.
- Rouhiainen, Leena 2017: On the singular and knowledge in artistic research. Teoksessa: Kaila, Jan – Seppä, Anita – Salger, Henk (toim.) *Futures of artistic research. At the intersection of utopia, academia and power*. Academy of Fine Arts, Uniarts, Helsinki, 143–154.
- Sennett, Richard 2002: *Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta*. Suomentaneet Eini Kivinen ja David Kivinen. Vastapaino, Tampere.
- Serres, Michael 2008: *The five senses. A philosophy of mingled bodies*. Kääntäneet Margareth Sankey ja Peter Cowley. Continuum, Lontoo. Ranskankielinen alkuteos 1985.
- Skura, Stephanie 1990: Releasing dance. Interview with Joan Skinner. *Contact Quarterly* 15: 3, 11–18.
- Solnit, Rebecca 2002: *Wanderlust. A history of walking*. Verso, Lontoo.
- Stewart, Kathleen 2007: *Ordinary affects*. Duke University Press, Durham.
- Stewart, Kathleen 2011: Atmospheric attunements. *Environment and planning D. Society and space* 29: 3, 445–453.
- Thoreau, Henry David 2008: *Kävelemisen taito*. Suomentanut Markku Envall. Basam Books, Helsinki. Englanninkielinen alkuteos 1862.
- Trivelli, Elena 2015: Exploring a 'remembering crisis'. 'Affective attuning' and 'assemblaged archive' as theoretical frameworks and research methodologies. Teoksessa: Knudsen, Britta Timm – Stage, Carsten (toim.) *Affective methodologies. Developing cultural research strategies for the study of affect*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, 119–139.
- Uitto, Teuvo 1968: Se kaatui sittenkin... *Mielisairaanhoidaja* 10/1968, 406.
- Vannini, Phillip 2015: Non-representational research methodologies. An introduction. Teoksessa: Vannini, Phillip (toim.) *Non-representational methodologies. Re-envisioning research*. Routledge, Abingdon, 1–18.
- Varto, Juha 2017: *Taiteellinen tutkimus. Mitä se on? Kuka sitä tekee? Miksi?* Aalto-yliopiston taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu, Aalto Arts Books, Helsinki.
- Weiss, Gail 1999: *Body images. Embodiment as intercorporeality*. Routledge, Abingdon.

Helvetistä Pöllölään – Mielisairaalapotilaana 1930-luvulla

Anu Rissanen

 <https://orcid.org/0000-0003-4849-8752>

Joulukuussa 1934 Pekan kotiin tuli mies, joka ilmeisesti sukulaisten avustuksella alkoi kiireesti hoputtaa vaatteita Pekan päälle, vei miehen autoonsa ja alkoi ”muiluttamaan” Pekkaa: ”Koko peli tuntui minusta siltä kuin – olisi pannut kriimun päähäni ja lähtenyt taluttamaan kuin sonnimullia markkinoille.” (MKM 019.) Matkan aikana Pekka arveli joutuvansa Tampereelle Pitkäniemen mielisairaalaan. Arvelu sairaalaan päättämisestä piti paikkansa, mutta Tampereelta matka jatkui iltaan asti, jolloin autokunta saapui Seinäjoella sijaitsevaan piirimielisairaalaan. (MKM 019–021.)

Tässä luvussa käsittelen historiantutkimuksen keinoin yhtä Muistoja ja kokemuksia mielisairaala -muistokeruuaineiston 123-sivuista muistelmatekstiä, jonka toimittivat keräykseen edesmenneen kirjoittajan sukulaiset. Tutkin, miten muiston kirjoittaja koki mielisairaalan elettynä tilana sekä millaista elämä hänen kertomansa mukaan mielisairaaloissa oli. Suojellakseni hänen yksityisyyttään olen pseudonymisoinut hänet ”Pekaksi” enkä mainitse hänen tarkkaa sairaala-aikaansa. Vaikka Pekan kuolemasta on kulunut miltei 70 vuotta, on tärkeää suojata myös hänen elossa olevien sukulaistensa yksityisyyttä. Hollantilainen historioitsija Antoon De Baets (2009, 117–126) on todennut, että historiantutkijoilla

on velvollisuus huolehtia siitä, että kuolleiden ihmisyyttä kunnioitetaan. Jari Eilola (2017, 224) kiteyttää saman ajatuksen todetessaan kuolleiden henkilöiden olleen iloineen ja suruineen olemassa olleita ihmisiä, joilla on oikeus samaan yksityisyyteen kuin elävilläkin.

Pekka oli potilaana kahdessa piirimielisairaalassa vuosina 1934–1937. Hän vaikuttaa kirjoituksensa perusteella olleen paitsi utelias usein myös suorasanainen, mikä käy ilmi hänen tavastaan havainnoida ja tulkita sairaalaympäristöä sekä potilaiden ja henkilökunnan käyttäytymistä. Pekan kirjoitukseen liitetyn, sukulaisen kirjoittaman saatekirjeen mukaan hän ”kirjoitti aina merkintöjä vihkoihin ja myös kirjeitä” (MKM 017). Ei ole tiedossa, millaisia merkintöjä Pekka vihkoihinsa kirjasi, mutta on luontevaa tulkita Pekan kirjaukset osaksi Suomessa 1800-luvun lopulta yleistyntä tapaa kirjata muistiin sään ja arkipäiväisten tapahtumien lisäksi myös yksityisiä tunteja sekä merkityksellisiä tapahtumia. Nämä sekä sairaalassa kirjatut merkinnät liittävät Pekan päiväkirjojen kirjoittamisen ja kansanomaisen muistelukirjoittamisen historiantutkimukseen. Historiantutkimuksen lähdeaineistona Pekan kirjoitus on myös egodokumentti. Kirsi Keravuoren mukaan (2007, 15) historiantutkija Rudolf Dekker on määritellyt egodokumentin tekstiksi, jossa kirjoittaja kertoo omista teoistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan. Egodokumenttien tutkimus kohdistuu usein laajojen kansankerrosten kirjoituksiin ja arjesta kertoviin teksteihin, joiden analysoinnin myötä syntyy uusia näkökulmia aiemman historiantutkimuksen rinnalle. (Kansanomaisen muistelukirjoituksen tutkimuksesta ks. esim. Stark 2006; päiväkirjojen historiasta ks. esim. Markkola 2008; Kauranen 2009; Sjö & Leskelä-Kärki 2020).

Sairaalan seinien sisäpuolella Pekka kirjoitti muutamia postikortteja, kymmeniä kirjeitä sekä jopa ”viisi pitkänpuoleista ainetta” Hattelmalan ylilääkärin luettavaksi. Koulutukseltaan Pekka oli maatalousopiston käynyt agrologi. Hän oli myös yhteiskunnallisesti valveutunut ja toimi muun muassa kunnanvaltuuston jäsenenä sekä muissa kunnallisissa luottamustoimissa. (MKM 017–147.)

Saatekirjeen taustoituksesta selviää, että syy Pekan joutumiseen sairaalaan liittyi hänen ja hänen sukulaisensa välille puhjenneeseen riitaan. Pekka myi sukulaiselleen omistamansa tilan ja sen pihapiirin

ilmeisesti tarkoituksenaan etsiä itselleen ja vaimolleen uusi tila. Tila-kaupat alkoivat kuitenkin kaduttaa niin ankarasti, että miehen terveys horjui. Oireilun myötä hän joutui muun muassa jättämään luottamus-toimensa. Myöhemmin tilakauppa purettiin, mutta se lienee tapahtunut liian myöhään, sillä sukulaisten välit jäivät vihamielisiksi. Ilmeisesti Pekan käyttäytyminen muuttui niin hankalaksi, että hänet toimitettiin mielisairaalaan. Pekan tekstin perusteella vaikuttaa siltä, ettei Pekka tuntenut itseään sairaaksi, vaan sairaalaan joutuminen oli hänestä väärä, mikä heijastuu kirjoituksesta katkeruutena niitä tahoja kohtaan, jotka toimittivat hänet sairaalaan. (MKM 017; 019; 035.)

Ensimmäisen sairaalajaksonsa Pekka oli Seinäjoen piirimielisairaalaan, jota hän kirjoituksessaan kutsuu Helvetiksi. Hän vietti sairaalassa noin kolme kuukautta 1930-luvun puolivälissä. Kaksi viikkoa sen jälkeen, kun Pekka oli päässyt Seinäjoelta, joutui hän uudestaan sairaalaan. Tällä kertaa hänet kyydittiin Hämeenlinnaan Hämeen piirimielisairaalaan, joka tunnetaan myös Hattelmalan sairaalana. Pekka tosin kutsuu sairaalaa ”Pöllöläksi” – nimitys, jota hän toteaa myös sairaalan ympäristön asukkaiden käyttäneen. Hattelmalassa Pekka oli yli kaksi vuotta. Kaikkiaan Pekka kertoo viettäneensä sairaaloissa 911 päivää. (MKM 017–147.)

Kunnallisten mielisairaaloiden, joihin Pekkakin joutui, rakentaminen 1900-luvun alkuvuosikymmeninä oli osa prosessia, joka käynnistyi Suomessa kaupungeissa ensimmäisen teollistumisen aallon myötä, ja joka maan itsenäistymisen myötä siirtyi maaseudulle 1920- ja 1930-luvuilla. Teollistumisen myötä yleistynyt palkkatyö sekä kirkon aiemmin huolehtiman sosiaaliavun siirtyminen kunnille muuttivat aikaisemmin yhteisöllisyyden varaan rakentuneita maalaisyhteisöjä ja niiden toimintatapoja. (Salo 1996, 56–60; Ahlbeck ja muut 2013; Pietikäinen 2019.) Yhteiskunta modernisoitui nopeasti, ja osana tätä prosessia käytiin kiivas-takin keskustelua kansalaisten terveydestä sekä sen merkityksestä valtiolle. Mielisairauksien ja mielisairaidenkohtelun historiaa tutkinut Petteri Pietikäinen kuvaa kehitystä yhteiskuntasuunnitteluna, jossa kansalaisia sopeutettiin teollistuvan yhteiskunnan tarpeisiin. Tämä hallinta- ja suunnittelupolitiikka heijastui myös suomalaisen mielisairaanhoidon ja psykiatrian kehitykseen. (Pietikäinen 2020, 42–51.) Kuten Minna

Harjula (2015, 116–127) toteaa, terveys ja puhdas perimä nähtiin yhtenä itsenäistyneen valtion kohtalonkysymyksenä, jolloin yhteiskunnan etu määräitti yksilöiden eli kansalaisten oikeuksia. Vuonna 1938 Suomeen oli rakennettu kaikkiaan 14 piirimielisairaala, joissa oli lähes 5 000 sairaansijaa (Hyvönen 2008, 97).

Historiantutkija muistin ja kokemuksen ääressä

Tutkimustaustani on historiantutkimuksessa. Valitsin keruuseen saapuneesta aineistosta tutkimuskohteekseni Pekan kirjoituksen, koska 1930-lukuun liittyvä, potilaan itsensä tuottama suomalainen lähdemateriaali on harvinaista. Sairaaloista ilmestyneissä laitoshistoriikeissa potilaat jäivät tyypillisesti marginaaliin (ks. esim. Kraatari & Vähä 1975; Vahvaselkä 1976.) Vasta 1990-luvulta lähtien laitosten historiasta kertovissa teoksissa potilaat ovat tulleet esille sairaalan arkipäivässä mukana olevina aktiivisina toimijoina esimerkiksi tekemänsä työn kautta (ks. esim. Tuovinen 1999; 2009; Virta 2021.) Myös kirjojen kuvituksessa alettiin käyttää enemmän potilaita sisältäviä valokuvia entisten staattisten ja elottomien osastojen päiväsaleja, sairaalarakennuksia ja tyhjiä sairaaläkäytäviä ja potilashuoneita kuvaavien valokuvien sijaan (Kuuva 2018).

Kirsi Tuohela tarkastelee artikkelissaan *Sielun ja mielen sairaus* (2015a) kolmea varhaista suomalaista psyykkisesti sairastuneen kirjoittamaa elämäkertaa. Myös Tuohelan artikkelissa sairastaminen kiinnittyy sairauden kokemiseen, mielisairaaloihin sekä niiden käytäntöihin potilaiden hoitamisessa. Tuohelan artikkelin potilastarinat ulottuvat 1870-luvulta 1930-luvulle. Yksi Tuohelan tutkimista elämäkertoista on Aino Mannerin teos *Viesti yöstä* (1935), joka on tiettävästi ensimmäinen julkaistu suomenkielinen mielisairaalapotilaan kertomus sairastamisesta ja mielisairaaloista.¹ Myös Pekka viittaa kirjoituksessaan Mannerin teokseen.

1 Manneria aikaisemmin kokemuksistaan 1800-luvun mielisairaalassa olivat lehdissä ruotsiksi kirjoittaneet toimittaja P. O. Husberg ja kirjailija Waldemar Churberg (Achté 1991) sekä Heinäveden kirkkoherra Karl Johan Lind, jonka kirja kuitenkin julkaistiin vasta vuonna 1911 (Tuohela 2015b). Myös unissasaarnaaja ja herätysliikkeenjohtaja Maria Åkerblom käsittelee vuonna 1920 ilmestyneessä omaelämäkerrassaan yksityisessä Kammion mielisairaalassa viettämänsä aikaa (Pietikäinen 2020.)

Hän näki kokemuksessaan paljon samaa, mutta halusi selvästi korostaa omien kokemustensa olevan kielteisempiä (MKM 142). Tuohelan analysoimia tekstejä yhdistää sairauden tarkastelu ja selittäminen uskonnollisen viitekehysten avulla. Pekan tekstissä uskontoa ei mainita, joten se tuo toisenlaisen näkökulman uskontoihin kytkeytyvien selitysmallien rinnalle. Tuohelan käsittelemiä potilastarinoita ja Pekan kirjoitusta sen sijaan yhdistää halu kirjoittaa omasta sairaala-ajasta ja niistä kokemuksista, jotka nousivat merkittäviksi.

Mielisairaalapotilaat siis kirjoittivat kokemuksistaan jo varhain. Osa näistä kirjoituksista on säilynyt mielisairaaloiden potilaskertomusarkistoon tallennetuissa kirjeissä, jotka eivät koskaan tavoittaneet kohteitaan. (Esim. HSA potilaskertomukset 1926–1989.) Osa potilaista myös kätki kirjeitään ja kirjoituksiaan sairaala-alueelle. Toimittaja Susan Heikkinen (2020) kertoo ja osin kuvittelee teoksessaan *Pullopastia Seilin saarelta* Lapinlahdessa, Pitkäniemessä ja Seilissä potilaana olleen Saima Rahkosen tarinan. Saima kuuluu molempiin edellä mainittuihin ryhmiin: hänen kirjeitään takavarikoitiin koskaan niitä postittamatta, minkä lisäksi Seilin saarelta löytyi lasipulloihin kätkettyinä lappuja, joille Saima oli tallentanut muistojaan elämästään, perheestään ja mielisairaala-ajastaan.

Tässä luvussa tarkastelemani aineisto koostuu yli 120:stä Pekan kirjoittamasta liuskasta sekä yhdestä aineiston luovuttaneen sukulaisen saatekirjeestä, joka taustoittaa Pekan tarinaa. Pekan teksti pohjautuu sairaala-aikaan liittyviin muistoihin sekä sairaalassa kirjoitettuihin muistiinpanoihin ja kirjeisiin. Lisäksi Pekka hyödyntää kirjoituksessaan sairaaloiden tuottamia virallisia asiakirjoja eli vuosikertomuksia sekä ohjesääntöjä, jotka hän hankki sairaala-ajan päätyttyä. Näin taustoitettu kirjoitus on keruuaineistossa poikkeuksellinen. Pekan teksti eroaa suurimmasta osasta keruuaineistoon saapuneista teksteistä siinä, että se on syntynyt hänen omista tarpeistaan ilman ohjaavia kysymyksiä (vrt.

Kansanedustajana ja opettajana toiminut Hilma Räsänen (1877–1955) julkaisi vuonna 1932 teoksen *Hermomme ja kohtalomme*, jossa hän kuvasi omakohtaisesti hermosairauttaan. Teoksessaan Räsänen painottaa mieli- ja hermosairauksien eroa ja hän peräänkuuluttaa omia sairaaloita neurooseista kärsiville: ”Hermosairaat pois mielisairaaloista, pois koko mielisairaala-alueen raskauttavasta ilmapiiristä! Sielullisesti sairaat terveeseen ympäristöön”. (Räsänen 1932, 236–260. Hermosairauksista ja neurooseista yleensä ja Suomessa ks. Pietikäinen 2007; Pietikäinen 2020.)

Portelli 2006, 59–62). Käytän Pekan tuottamasta aineistosta nimitystä muistelma, muistelukirjoitus tai käsikirjoitus (ks. Pöysä 2015, 13–18).

Seinäjoen sairaala-aikana Pekka ei pystynyt tekemään muistiinpanoja, sillä hänellä ei ollut paikkaa, missä hän olisi niitä säilyttänyt. Tältä ajalta kirjoitukset ovat muistinvaraisia. (MKM 003; 021; 112.) Hämeen piirimielisairaalassa Pekka sen sijaan teki muistiinpanoja muun muassa wc-paperille ja tavallisille kirjeliuskoiille. Lisäksi hän kirjoitti paljon kirjeitä, joista osan hän lähetti virallista tietä henkilökunnan kautta. Osan kirjeistä ja muistiinpanoista Pekan tyttäret salakuljettivat ulos sairaalasta. (MKM 021; 047; 048; 144.) Pekka itsekin yllättyi, kuinka paljon tekstiä kertyi: ”Sitten otin muistiinpanoni esille ja silloin minä hämmästyin. Vaikka suurimman osan muistiinpanoistani tein ohuille WC liuskoille, oli niitä karttunut kokonainen syyksillinen. Paljon kirjeitä oli avaamatta. Jos kaikista muistiinpanoistani olisi tähän ottanut, olisi tämä puolta pitempi rikosromaani kuin nyt.” (MKM 144.) Käsikirjoitus kuitenkin katosi ajan saatossa Pekan kuoltua 1950-luvun loppupuolella, kunnes se sattumalta löytyi ja sukulainen toimitti aineiston Muistoja ja kokemuksia mielisairaala -muistitietokeräykseen.

Moni asia kirjoituksessa viittaa siihen, että Pekka olisi halunnut julkaista ainakin osan tekstistään. Se vaikuttaa käsikirjoitukselta, ja varsinkin alkupuolella kirjoitus on niin jäsenneiltyä ja hiottua, että sitä lukiessa syntyy vaikutelma, että Pekka elätteli mielessään sen julkaisemista. Tekstiä hän editoitaneen useaan kertaan pitkän ajanjakson kuluessa. Pekka kirjoitti tai luultavammin kirjoitutti muistonsa puhtaaksi kirjoituskoneella nähtävästi 1940-luvulla. Viimeisin vuosiluku, joka osoittaa hänen palanneen muistelukirjoituksena pariin on 1948. (MKM 039; 056.) Se, palasiko hän tekstin pariin tämän jälkeen, jää epäselväksi. Ainakin viiden vuoden ajan hän kuitenkin muokkasi, toimitti ja jäseni tekstiä sekä kartutti tietoa sairaalan asiakirjoista. Myös konekirjoitusliuskoja on paikoin korjattu käsin kirjoitetuilla lisäyksillä (esimerkiksi MKM 022; 138).

Tarkastellessani Pekan muistelukirjoitusta keskityin niihin osiin tekstistä, joissa hän kirjoittaa sairaalasta paikkana sekä sairaalan arjesta niin kuin hän sen koki. Arki, myös mielisairaalassa, on useimmiten ennustettavaa ja jopa itsestään selvää. Arkinen mielletään vähempiarvoiseksi

ja se pysyi esimerkiksi historiankirjoituksessa pitkään huomaamattomana. Historiantutkimuksen kenttä laajeni arjen ja arkisen tutkimiseen 1970-luvulta alkaen niin kutsutun uuden historian ja mikrohistorian myötä (esim. Markkola 1996; Fingerroos & Peltonen 2006). Arki ei ole sama kaikille, vaan sitä määrittävät ja rajaavat monet reunaehdot. Yksi tärkeimmistä määrittävistä tekijöistä on arjen kokijan fyysinen ympäristö eli se paikka, missä arkea vietetään. Arjen kokemiseen vaikuttavat myös ikä, ammatti ja sosiaalinen tausta. (Enges, Mahlamäki & Virtanen 2015, 61–64.) Osastojen potilaille muodostui myös jaettua piiloarkea², joka sairaalassa usein rytmittyi työn mukaan. Mielisairaalan sisällä on eletty hyvin monenlaisia arkikokemuksia: lääkäreiden arki erosi muun henkilökunnan arjesta, mutta myös saman osaston sisällä potilaiden kokemukset arjesta vaihtelivat suuresti. Sairaalan arki rakentui arvoasteikoille, sillä luonnollisesti sekä henkilökunnan että potilaiden välillä mutta myös henkilökunnan ja potilaiden keskuudessa oli omat hierarkiansa.

Tarkastelen tässä luvussa sitä, millaiseksi Pekka kuvasi mielisairaalan arkisen elämän. Analysoin, millaisia havaintoja hän teki sairaalasta paikkana ja ympäristönä sekä miten hän kuvaa sairaalan arkea ja päivärhythmiä. Käsittelen myös sitä, millaisiksi Pekka kuvaa potilaiden ja henkilökunnan välisiä suhteita ja miten nämä suhteet vaikuttivat sairaalan arkeen. Lisäksi tarkastelen Pekan kuvauksia sairaaloissa käytetyistä hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista.

Analysikeinonani on kontekstualisoiva lähiluku sekä mikrohistoriallinen vertaileva tutkimus. Tulkitsen Pekan kirjoitusta historiassa ja etnologiassa paljon käytetyn antropologi Clifford Geertzin tiheän kuvaamisen (*thick description*) avulla, joka myös pyrkii ymmärtävään hermeneuttiseen kuvaukseen (Geertz 1973, 9–10). Lukiessani aineistoa kiinnitin huomiota siihen, miten tapa, jolla luin Pekan kirjoitusta, muuttui kerta kerran jälkeen yksityiskohtaisemmaksi ja analyttisemmaksi (ks. Pöysä 2010 ja 2015). Esimerkiksi Pekan kirjoittaessa sairaaloissa

2 Piiloarki määritellään arkielämäksi, joka on huomaamatonta ja usein pyritään pitämään henkilökoh-
taisena tai vain muutamien henkilöiden tietona. Sairaalassa potilaat usein jakaantuvat ryhmiin, joihin
kuuluvien ihmisten seurassa he yleensä pyrkivät viettämään työltä ja muilta askareilta jäänyttä va-
paa-aikaa. (Ks. Enges, Mahlamäki & Virtanen 2015, 63.)

annetuista hoidoista hänen esittämänsä kritiikki tarkentui eri hoitomuodoista niiden toteuttamiskäytänteisiin sekä henkilökunnan taitamattomuuteen tai julmuuteen. Kirjoittaessaan hoitotilanteissa näkemistään ja kuulemistaan julmuuksista Pekka satoi hoitokäytänteet potilaiden ja henkilökunnan sosiaalisiin suhteisiin. Laitoshistoriikeista ja potilaskertomuksista³ aiemmin omaksumani tieto nivoutui vähitellen vertailevan tutkimuksen myötä yhteen Pekan muistelukerronnan kanssa (Rissanen 2018; Rissanen 2019a; Rissanen 2019b).

Lähestymistapani liittyy muistitietotutkimukseen sekä viime aikoina lisääntyneeseen kokemuksen historian tutkimukseen. Historioitsija Reinhart Koselleckin tulkinnan mukaan kokemukset ovat nykyhetkessä läsnä olevaa menneisyyttä, jonka tapahtumista muodostuu uusi muisteltu kokemus (Koselleck 2004, 259–263). Aiemmat kokemukset muodostavat sekä yksilöllisiä että yhteisöllisiä tieto- ja merkitysvarantoja, joiden kautta nykyhetkeä tarkastellaan. Kokemukset ovat välittyneitä prosesseja, jotka muovaavat elämysmaailmaa esimerkiksi kielen, kulttuurijärjestelmien ja sosiaalisten suhteiden myötä. Yksittäinen kokemus on sekä yksilölle että yhteisölle osa jatkumoa, ja kun se liitetään aikaisempiin kokemuksiin, se määrittyy uudelleen. Vaikka Pekan kokemukset ovat henkilökohtaisia, ovat ne samalla sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneita kiinnittyen Pekan taustaan ja vallinneeseen historialliseen hetkeen (Esim. Seesmeri 2018, 13–14; Kivimäki 2019. Ks. myös Kotkavirta 2002.) Esimerkiksi Pekan kertomuksessa aiemmat positiiviset kokemukset Sanervan parantolasta, jossa hän koki saaneensa asianmukaista hoitoa, vaikuttavat hänen myöhempiin kielteisiin luonnehdintoihinsa mielisairaaloista.⁴

Kirsi Tuohelan (2008, 30) tavoin miellän kokemuksen prosessiksi, jonka kautta ihminen kiinnittyy sosiaalisena subjektina ympäröivään maailmaan, kulttuuriin ja kieleen. Kokemusta voi tutkia esimerkiksi

3 Tekeillä oleva väitöstutkimukseni keskittyy suomalaisessa laitospsykiatriassa 1900-luvulla käytettyihin hoitomuotoihin. Yhtenä arkistoaineistonani ovat aiemmin Siilinjärven piirimielisairaalan, myöhemmin Harjämäen sairaalan potilaskertomukset, joista hoitojen käytännön toteutusta on mahdollisuus tutkia.

4 Hermo- ja mielitautien erikoislääkäri Akseli Nikula perusti 1920-luvun lopussa Helsinkiin Sanervan nimisen yksityisen sairaalan, joka oli tarkoitettu lähinnä hermosairauksista eli neurooseista kärsiville potilaille. (Nikula-Baumann & Mäkelä 1983; Pietikäinen 2020, 54.)

muistitiedon, kirjoitusten, kertomusten ja haastatteluiden kautta. Se voi ilmetä myös niin kutsuttuna hiljaisena tietona⁵. Kuten Pekallakin, se perustuu usein visuaalisiin ja kuuloärsykkeisiin sekä ruumiillisiin tuntemuksiin. Tämä kokemus voidaan siirtää kertomuksen kautta muiden tiedettäväksi. Pekan painokas ja tyyliltään kärkevä kirjoitus tuo potilaan näkökulman 1930-luvun laitosmaailmaan, josta se kokemuksen, paikan-tuneisuuden, paljastavuuden sekä pohdiskelevuuden myötä luo toista, epävirallista tietoa, joka ei tule esille mielisairaanhoidon ja laitosten virallisissa historioissa. Michel Foucault'n mukaan tästä tiedosta voidaan käyttää myös nimitystä alistettujen tieto. (MKM 017–147; Foucault 1980; Hänninen, Karjalainen & Lahti 2006; Peltonen 2009, 11–17; ks. myös Launis & Tikka 2009.)

Historiantutkija Pirjo Markkola pohtii lähdekritiikkiä tarkastelevassa artikkelissaan (2008) kerrostuneen muistitiedon problematiikkaa. Hänen tutkimuskohteenaan ollut henkilö oli muokannut päiväkirjamerkintöjään niin, että muokkaus näyttäytyi niissä tapahtumien aikajanan muuntamisena: ajallisesti myöhemmin tapahtunut on kirjattu jo ennen sitä kirjoitettuihin ja päivättyihin merkintöihin. Markkola kuvaa tilannetta tutkijan kannalta historioitsija Nils Erik Villstrandia lainaten aineistona, ”joka on melkein mutta ei sitä mitä se väittää olevansa”. (Markkola 2008, 171.) Tämä näkyy myös Pekan muistelukirjoituksessa esimerkiksi tämän kirjoittaessa kohtaamisestaan Pöllölän taloudenhoitajan kanssa. Pekka kysyi taloudenhoitaja-agrologilta, tiesikö hän, oliko sairaalan entinen johtaja⁶ vielä elossa, ja sai vastaukseksi, että ”kuollut se on, enkä minä jouda keskustelemaan”. Pekan kirjoituksesta kuitenkin paljastuu, että hän tunsi entisen johtajan, sillä tämä oli vuonna 1947 kirjoittanut Pekalle kirjeen. Lisäksi Pekka kirjoittaa kyseisen henkilön viettäneen 80-vuotissyntymäpäiviään vuonna 1948. (MKM 056.) Nämä ohjaavat

5 Michael Polanyi kehitti käsitteen *hiljainen tieto*. Ihmisillä on paljon muun muassa toiminnallisen kokemuksen kautta kertynyttä tietämystä, jota he eivät osaa ilmaista tai artikuloida, mutta joka näkyy heidän toiminnassaan tapoina, käytäntöinä ja tuntemuksina. (Ks. Polanyi 1983.)

6 Pekka lienee tarkoittanut sairaalan johtokunnan puheenjohtajaa. Voimassa olleen lainsäädännön sekä lääkintöhallituksen vahvistaman piirimielisairaaloiden malliohjesääntöjen mukaisesti sairaalan johtaja oli (johtava) lääkäri. (HSA Cf.1–3 Harjamäen sairaalan säännöt; laki valtionavusta 269/1929; asetus valtionavusta 270/1929.)

pohtimaan, kuinka paljon Pekka on muokannut omaa tekstiään, mikä osa hänen kertomuksestaan pohjautuu muistiin ja kuinka myöhemmin havaittu ja koettu ohjaa kerrontaa. Kuten Markkola toteaa, aineiston kerrostumisen hahmottaminen on oleellinen osa sen käyttökelpoisuuden arviointia, tutkimuskysymysten muotoilua, aineiston tulkintaa ja lähdekritiikkiä. (Markkola 2008.)

Muistitieto on konstruktivista ja se rakentuu useista aikatasoista. Tämä ohjaa sen käytettävyyttä historian tutkimuksessa. Olennaista Pekan muistelurajoituksen kohdalla ei ole se, että sen avulla päästäisiin käsiksi eksakteihin faktoihin vaikkapa hoitomuotojen soveltamisesta. Tärkeämpää on pohtia sitä, miksi Pekka haluaa muistaa tietyt asiat sekä se, miten hän ne muistaa ja kertoo. (Cubitt 2007, 66–117 ja 231–241.) Pekan kirjoitukseen sisältyy valintoja ja se on muistelu- ja kirjoitushetken vaikutteiden läpi suodattunutta käsitystä jostain koetusta (ks. Hall 1997). Ville Kivimäki (2019, 23–24) toteaa, että muistin ja kokemuksen raja on lähtökohtaisesti häilyvä: kokemukset ja muistot liudentuvat ja sulautuvat toisiinsa, eikä niitä voi olemuksellisesti erottaa. Muistitietoon ja muistamiseen sisältyy aina muistelijan tulkinta. Pekan kirjoitus on siis paitsi hänen tiedostettua tulkintaansa myös hänen välittömiä havaintojaan mielisairaaloihin liittyvistä muistoista ja kokemuksista. Toisaalta tutkijana tarkastelen hänen tulkintaansa koetusta ja muodostan siitä oman näkemykseni.

Pekan potilaskertomus ei ole säilynyt Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän arkistossa, vaan se on hävitetty lainsäädännön ja määräysten mukaisesti (sähköpostitiedonanto 1.9.2021 arkistopäällikkö Hanna Toivoselta). Näin kirjoitukseni keskittyy pelkästään Pekan tuottamaan aineistoon, hänen tulkintaansa kokemuksistaan sekä siihen, miten hän tuo ne esille. Psykiatrian historiassa kiinnostuksen kohteeni ovat sekä mielisairaanhoidon rakenteellisella, institutionaalisella ja hoidon organisoinnin tasolla että yksilötasolla eli siinä, miten potilaat kokivat hoidot ja millaisena arki sairaalassa potilaille näkyi. Viimeksi mainittujen kysymysten tarkasteluun Pekan kirjoitus luo ainutlaatuisen mahdollisuuden. Tutkijana minua kiehtoo myös Pekan käsikirjoituksen kerrostuneisuus. Pekan kirjoittama teksti on varsinkin alkuosassa strukturoitua. Kirjoituksessa on lukuisia jäsenneltyjä kappaleita, jotka on ala-

otsikoitu ja niihin valittu teksti kuvaa tarkkaan niitä epäkohtia, joita Pekka kulloinkin haluaa nostaa esille. Kirjoituksen loppupuolella Pekan fokus ikään kuin hajoo ja mukaan tulee katkelmia, jotka eivät liity Pekan mielisairaalakokemuksiin vaan esimerkiksi hänen somaattisiin oireisiinsa. Vaikuttaa siltä, että nämä tekstit on kirjoitettu viimeiseksi. (Ks. esim. MKM 135; 144.)

Kun käytän Pekan kirjoitusta lähteenä, pyrin samalla hermeneuttiseen tulkintaan Pekalle merkityksellisistä mielisairaalaan liittyneistä tapahtumista ja kokemuksista. Haluan ymmärtää Pekan toimintaa mielisairaalassa sekä sitä, miksi ja mihin tarkoitukseen hän kirjoitti tekstinsä. Pekan kirjoituksen yksityiskohdat ohjaavat kokonaisuuden tulkintaan, jossa Pekan teksti laajentaa aikaisempaa, lähinnä virallisen arkisto- ja aineistomateriaalin myötä muodostunutta käsitystä mielisairaanhoidosta ja varsinkin potilaan asemasta 1930-luvulla. Pekan yksittäinen muisto on osa kokonaisuutta eli mielisairaanhoidon tulkintaa. Ensimmäistä tulkintaa seuraa toinen tulkinta, joka saa uusia merkityksiä, joita jälleen tulkitaan syntyneiden merkitysten kautta. Tätä kautta muodostunut hermeneuttinen kehä on vuoropuhelua kohteen ja tulkitsijan välillä. (Kalela 2002; Kalela 2012; Fingerroos & Haanpää 2006; hermeneutiikasta ja hermeneuttisesta tulkinnasta ks. esim. Gadamer 2004; Tontti 2004; Leppälahti 2004.) Pyrin tulkinnassani empaattiseen lähteiden lukutapaan (Vainio-Korhonen 2017, 42–43), jossa painottuu myötätunto kuvattuja ihmisiä, tässä tapauksessa Pekkaa ja muita potilaita kohtaan, mutta samalla myös mahdollisemman oikeudenmukainen tulkinta menneisyyden ilmiöstä eli 1930-luvun mielisairaanhoidosta.

Potilaiden mielisairaaloista kirjoittamien kertomusten ja tarinoiden sekä haastatteluissa esiintuomien muistojen erot näyttävät syntyvän muun muassa siitä, millaisia tarinoita ne ovat. Etnologi Pirjo Korkiakangas kirjoittaa muistojen sitovan ”muistelijan paikkoihin, jotka ovat osa hänen persoonallista historiaansa ja hänelle itselleen merkityksellisiä. Paikkojen yksilölliset muistot ovat eräänlaisia mentaalisia historioita, jotka avautuvat toisille vasta muistelijan kertomusten kautta”. (Korkiakangas 2006, 134.) Pekan muistelukertomus on haastava ja kriittinen pitkälti siksi, ettei hän kokenut olevansa sairas. Hän selvisi sairaalassa ja pääsi sieltä pois oman neuvokkaan ja uhmakkaan käyttäytymisensä

ansioista. Pekan kertomuksessa katkoksen hänen elämäänsä tuo sairaalaan joutuminen, ei sairastuminen.

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran keruuseen lähetetyt potilasmuistot sekä sairaaloista kirjoitetut muistokertomukset voidaan nähdä myös eri aikoina eri sairaaloissa olleiden potilaiden yhteisenä historiana, joista esimerkiksi mikrohistoriallisen⁷ tutkimuksen myötä rakentuu osa mielisairaanhoidon sosiaalista historiaa. Potilaiden muistot kertovat yhtäältä siitä, mikä potilaita yhdistää ja erottaa. Ne myös luotaavat instituution eli sairaaloiden ja yksilöistä muodostuvan ryhmän eli potilaiden arkista toimintaa ja kohtaamisia, jotka painuvat mieleen muistoina ja tarinoina. Historiallinen kokemus ja tunnemuisto paikantuvat yksilöllisiin ja yksityisiin muistoihin, mutta se voi ilmetä myös yhteisesti jaettuna kokemuksena. (Peltonen 2009, 22; ks. esim. Peltonen 1999; Hyväri 2001; Hyväri 2011; Walton, Brooks & DeCorse 2007.)

Usein, kuten Pekankin tapauksessa, muistot eivät ole miellyttäviä, vaan niihin kerrotaan negatiivisia tunteita sekä tapahtumien oikeutusta käsitteleviä pohdintoja. Pekan muistelukirjoitus ei kuitenkaan ole selkeä selviytymis- tai sairaustarina. Pekan kirjoituksen voi mieltää osittaiseksi omaelämäkerraksi hänen mielisairaalassa vietetyistä vuosistaan. Se on muistelman, jossa yleensä keskitytään tiettyyn merkitykselliseen vaiheeseen elämässä. (Ks. esim. Smith & Watson 2010; Jäntti 2012.) Kirjoituksessaan Pekka asemoi itsensä suhteessa toisiin potilaisiin, henkilökuntaan ja mielisairaalalaitokseen. Vaikuttaa siltä, että hän haluaa tuoda esille näkökulmia, jotka hänen mielestään eivät ole aiemmin tulleet julki mielisairaanhoidon käsittelevissä teoksissa ja kirjoituksissa. Kertomus on siis luonteeltaan myös eräänlainen todistus, *testimonio*, mielisairaanhoidon epäkohdista ja potilaiden, pääasiassa Pekan, kaltoinkohtelusta. Se on paikka paikoin yksityiskohtainen kuvaus, jossa tapahtuneen jokainen kohta piiryy lukijalle Pekan selittämänä. Usein hän esimerkiksi siteeraa omat sanansa ja henkilökunnan vastaukset sanasta sanaan. Pekka käyttääkin kirjoituksestaan sanaa *rikosromaani* ja antaa ymmärtää, että

7 Mikrohistoriallinen tutkimusote keskittyy esimerkiksi alueellisesti rajattujen tutkimuskohteiden sekä yksittäisten ihmisten tai rajattujen ryhmien tarkasteluun, jotta tutkimuskohteesta, tässä tapauksessa mielisairaalamailmasta, löydettäisiin uusia asiayhteyksiä (Peltonen 1999, 38; Fingerroos & Haanpää 2006, 30–32).

se on kirjoitus henkilökunnan varsinkin häntä mutta myös muita potilaita vastaan tekemistä rikoksista. (Esim. MKM 080–081; 144; Teräs 2011; Honkasalo 2017, 64–65 ja 228–229.) Pekalle sairaalajakson kuvaaminen ei myöskään merkitse kirjoittamista kuntoutumisen vuoksi, kuten nykyisessä terapiakirjoittamisen kontekstissa ajatellaan, vaan hän hakee oikeutusta kokemukselleen (esim. MKM 020). Pekan kirjoitus mahdollistaa sairaalalaitoksen sisään syntyneiden rakenteiden ja toimintatapojen tarkastelun. Osin käytänteet muuttuivat huomaamattomasti osaksi rakenteita ja siten vaikuttivat siihen, miten mielisairaanhoidtoa käytännössä toteutettiin.

”Tervetuloa” mielisairaalaan

Ensimmäinen aloite piirimielisairaalan perustamisesta Etelä-Pohjanmaalle tehtiin jo ennen ensimmäistä maailmansotaa. Sairaalan paikaksi valittiin, kuten Pekkakin kirjoituksessaan (MKM 023–024) kertoo, entinen Törnävän kartano ja sen viereiset maatilat, mutta hanke raukesi rakentamisen kallistuessa ensimmäisen maailmansodan vuoksi. Asiaan palattiin uudelleen olojen vakiinnuttua sodan jälkeen. Sairaalan rakentamisesta päätettiin heinäkuussa 1921 ja uudet sairaalapiirustukset laati sosiaalihallituksen arkkitehti Alex Mörne. Lääkintöhallitus vahvisti sairaalan paikkaluvuksi 106 sairaansijaa. Sairaalan vihittiin käyttöön maaliskuussa 1923 ja saman kuukauden lopussa ensimmäiset potilaat saapuivat sairaalaan. Vuoteen 1930 mennessä sairaalaa oli laajennettu useasti ja mielisairasosastoilla oli 600 paikkaa.⁸ Sairaala oli yhdessä Joutsenossa sijainneen Rauhan sairaalan kanssa Suomen suurimpia mielisairaaloita. Vuonna 1928 sairaalan nimeksi vaihdettiin Seinäjoen piirisairaalat. (KA Lääkintöhallitus Ebg:9; Teräksinen 1933; Rantoja 1948; Parpola 2013.)

Seinäjoen piirimielisairaalaan joutuessaan Pekka oli lähes 70-vuotias. Muistelukirjoituksesta käy ilmi, että hänen diagnoosikseen oli sairaalassa kirjattu *Psychosis ex involutione et senio* alaluokkanaan *dementia senilis*.

8 Seinäjoen sairaalassa oli mielisairasosastojen lisäksi osastot kaatumatautisille (epileptikot) ja tylsämielisille. Näiden paikkaluku oli 1930-luvulla noin 250.

(MKM 039; 135.) Diagnoosi suomennettiin yleensä vanhuuden tylsistymiseksi, ja 1930-luvun aikalaikirjoituksissa sitä kuvattiin vanhemmalla iällä alkavaksi sairaudeksi. Anna Kinnunen (2018) on tarkastellut omaisten esittämiä tulkintoja vastaavan diagnoosin saaneista Niuvanniemen sairaalassa 1930-luvulla hoidetuista potilaista. Niissä korostuvat fyysisen toimeliaisuuden eli työkyvyn ja toisaalta kognitiivisten toimintojen taantuminen sekä potilaan käyttäytymisen ”omituisuus”. Kinnunen tulkitsee molempien olevan tapoja, joilla omaiset käsittelivät esimerkiksi poikkeavaksi muuttuneen sukulaisen aiheuttamaa epäjärjestystä heidän omassa kokemusmaailmassaan. Samoja viitteitä on havaittavissa Pekan sukulaisten saatekirjeestä (MKM 017).

Sosiaaliministeriön toimesta Suomessa suoritettiin vuosina 1935–1936 mielisairaita ja vajaamielisiä koskeva selvitys, jossa esitellään lyhyesti tuolloin voimassa ollut lääkintöhallituksen vuositilastoissa käytetty tautiryhmitys. Selvityksessä *dementia seniliksestä* todetaan seuraavaa: ”Sen oireita ovat tavalliset vanhuuden oireet, vaikkakin hyvin paljon vaikeampana. Sen lisäksi tulee muistin asteittainen häviäminen, jolloin viimeiset asiat unohtuvat ensin.” (Sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII 1940, 16.)

1930-luvulla Lapinlahden sairaalan apulaislääkärinä ja Helsingin yliopiston psykiatrian apulaisopettajana työskennellyt Martti Kaila julkaisi vuonna 1935 mielisairaanhoidon oppikirjan, joka oli tarkoitettu sairaanhoitajille sekä mielisairaaloissa sairaanhoitajaoppilaita opettaville lääkäreille. Teos toimi oppikirjana aina 1960-luvun loppuun saakka, sillä sen viimeinen kahdeksas painos otettiin vuonna 1967. (Sarkio 2007.) Pekan onnistui Hattelmalan sairaalassa olleessaan saada teos lainaksi eräältä mielisairaanhoidataharjoittelijalta (MKM 095–096). Kailan oppikirjan mukaan vanhuuden mielisairauksissa oli kaksi muotoa, joista Pekalla annettu *dementia senilis* -diagnoosi kuvasi varsinaista vanhuuden höpöroitymistä. Kaila tulkitsi sen kuitenkin olleen lähellä aivoverisuonten kalkkeutumisesta (*psychosis asteriosclerotica*) johtuvaa sairautta, eikä niiden välille aina voitu tehdä selvää eroa. Jälkimmäiseen aladiagnoosiin liittyi levottomuutta, sekavuutta ja harhaluuloisuutta. Varsinaiseen vanhuuden tylsistymiseen kuului persoonallisuuden ja ajatuskyvyn tuntuva heikkeneminen. Henkilö oli puhelias, mutta puheista puuttui johdon-

mukaisuus, hän ei ollut selvillä ympäristöstään ja erehtyi henkilöistä. Mielialat vaihtelivat nopeasti ja jyrkästi kiihtymyksestä hyväntuulisuuteen. (Kaila 1935.) Myös Hämeenlinnan piirimielisairaalaan Pekka kirjattiin *dementia senilis* -diagnoosilla. Jossain vaiheessa diagnoosi kuitenkin muutettiin,⁹ sillä sinä vuonna, jolloin Pekka kotiutettiin sairaalasta, on kyseisellä diagnoosilla poistettu vain yksi miespotilas kuolleena. Ei ole tiedossa, mikä Pekan diagnoosiksi jäi. (KA Lääkintöhallitus Ebg:13.)

Pekan kirjoittama teksti on ristiriidassa hänen saamansa diagnoosin kriteerien kanssa. Pekan kirjoituksesta ei heijastu esimerkiksi se, että hänen ajattelukykynsä olisi taantunut. Myös muistin toiminta vaikuttaa erinomaiselta, sillä hän esittää hyvin tarkkoja ja yksityiskohtaisia kuvauksia esimerkiksi potilaiden ja henkilökunnan välisistä tapahtumista. Tämä tarkkuus nostaa esiin lähdekriittisen kysymyksen, tapahtuivatko tilanteet ja Pekan faktoina esittämät asiat todella sellaisina kuin hän ne muistaa ja esittää. Muistitiedon käyttämiseen liittyvä tematiikka nousee tekstin analysoinnissa keskiöön. Samalla on pohdittava, minkä verran Pekka toimitti kirjeidensä ja muistiinpanojensa pohjalta syntyynyttä muistelukirjoitusta.

Pekka joutui, mielisairaaloiden käytänteiden mukaisesti, ensin Seinäjoen sairaalan vastaanotto-osastolle. Vastaanotto-osastot olivat yleensä hyvin levottomia ja äänekkäitä, ja Pekka siirrettiinkin jo seuraavana päivänä rauhallisemmalle osastolle, koska sekä lääkäri että osastonhoitaja arvioivat osaston olleen liian rauhaton ”vanhalle miehelle”. Muutaman päivän jälkeen hänet siirrettiin jälleen uudelle osastolle, joka oli vielä edellistäkin rauhallisempi. Molemmilla osastoilla oli suuria kymmenen, jopa kahdentoista hengen huoneita ja vain pari yhden hengen huonetta. Myöhemmin Pekka siirrettiin osastolle, jossa hän asui kolmen hengen huoneessa. (MKM 019–021, 030.)

Pekka kotiutettiin kolmen kuukauden kuluttua Seinäjoen sairaalasta maaliskuun alkupuolella 1935. Hänet sairaalaan toimittanut sukulainen oli noutamassa Pekkaa, mutta kyyditsi hänet toiseen pitäjään ilmeisesti perheen hallussa olleelle tilalle. Pekka lähetti kirjeitä ja soitti kotiin,

9 Potilaiden diagnoosien muuttaminen oli harvinaista, mutta sitä tapahtui esimerkiksi oireiden tai potilaan käytöksen muuttuessa.

mutta kauna sukulaisten välillä jatkui. Lopulta sukulainen sai erään kauppiaan maaliskuun 1935 lopussa kuljettamaan Pekkaa. Hänelle ei tälläkään kertaa kerrottu määränpäättä, mutta luultavammin hän arvasi sen matkan edetessä. Pekan matka jatkui Hämeen piirimielisairaalaan. (MKM 034–035.)

Hämeen piirimielisairaalan rakentaminen Hämeenlinnaan Vanajan kylään varmistui vuonna 1929. Sairaalan rakennukset valmistuivat vuonna 1931, mutta ensimmäiset potilaat otettiin sisälle vasta seuraavan vuoden helmikuussa. Kaikkiaan sairaalassa oli Pekan siellä ollessa 234 petipaikkaa. (KA Lääkintöhallitus Ebg:13; Törrönen 1982, 22–48.) Hämeen piirimielisairaalassa Pekka oli noin kaksi ja puoli vuotta.

Suurin osa piirimielisairaaloiden potilaspaikoista oli tarkoitettu kuntien holhouksessa oleville helppohoitaisille kroonikkopotilaille, mutta sairaaloilla oli yleensä ainakin muutama omassa hallinnassaan oleva sairaansija. Niille voitiin sijoittaa akuutisti sairastuneita potilaita, joiden hoitokulut maksoi joko potilas tai hänen sukulaisensa. Näin oli myös Seinäjoella sekä Hämeen piirimielisairaalassa (KA Lääkintöhallitus Ebg:13; Rantoja 1948.) Pekka sijoitettiin tällaiselle potilaspaikalle, koska hän kertoo päivämaksunsa olleen 27 markkaa. Kuntien lähettämien potilaiden päivämaksu oli 10 markkaa.¹⁰ (MKM 136–138.)

Sairaanhoitajille ja mielisairaanhoitajille suunnatuissa oppikirjoissa (Neuman-Rahn & Therman 1927; Kaila 1935; Kinnunen 1939) painotettiin, että potilas on otettava vastaan ystävällisesti ja saapumiseen liittyvät toimenpiteet, esimerkiksi vaatteiden vaihtaminen sairaalan vaatteisiin ja mahdollinen esineiden takavarikointi, oli suoritettava hienotunteisesti. Erityisesti korostettiin potilaan puhdistuskylpyä, ensimmäistä ateriaa sekä oman vuoteen merkitystä. Vielä 1930-luvulla oli tavanomaista, että potilasta pidettiin sairaalaan tulon jälkeen vuoteessa jopa parisen viikkoa. Tavoitteena oli potilaan totuttaminen sairaalan rytmiin ja tapoihin sekä mahdollisesti herättää potilaan sairaudentuntoa. Hoitoideologian kulmakiviä oli, ettei kuntoutuminen voi alkaa, jollei potilas tunnustanut sairastumistaan. Aino Manner kuvaa teoksessaan puhdistuskylpyä ammeessa, jonne hän sai jopa ruuankin (Manner 1935). Pekan kirjoituksen

10 Vuoden 2021 rahan arvossa summat ovat 10,56 euroa ja 3,91 euroa.

mukaan mikään näistä ei hänen kohdallaan toteutunut. Hänellä ei ollut omaa petiä eikä ruokaa annettu – puhdistuskylvyistä puhumattakaan. Lähettävän lääkärin läheteestä, joka tuli liittää potilaan sairauskertomukseen, Pekka ei mainitse sanaakaan. (MKM 020.)

Sairaalaympäristön tarkkailija

Pekan sairaalaympäristön tarkkailua voidaan tulkita folkloristi ja uskontotieteilijä Lauri Hongon elämistilän tulkinnan avulla. Hän jakaa ihmisen ympäristön kokemisen totaaliseen, vaikuttavaan ja havaittuun ympäristöön. Totaalinen ympäristö tarkoittaa Hongon tulkinnassa fyysisistä kokonaisuutta, jossa ihmiset elävät, mutta josta vain jollakin osalla on suoraa vaikutusta heidän olemassaoloonsa. Todentajakseen tämä ympäristö vaatii ulkopuolisen tutkijan. Vaikuttava ympäristö koostuu niistä ympäristötekijöistä, jotka joko tietoisesti tai tiedostamatta vaikuttavat ihmiseen. Havaitussa ympäristössä ihminen on aktiivinen ja ottaa ympäristön haltuun esimerkiksi luokittelemalla ja sanoittamalla sitä. (Honko 2013, 173–177; ks. myös Enges ja muut 2015, erit. 135–137.) Pekan kirjoituksessa korostuvat varsinkin kaksi jälkimmäistä tapaa. Vaikuttava ympäristö koostui kahdesta mielisairaalasta ja havaittu ympäristö niistä osastoista, joilla hän kulloinkin oli.

Kävelyjensä yhteydessä Pekka teki havaintoja ympäristöstään ja siihen kuuluvista ihmisistä. Muistelukirjoituksessaan Pekka kuvaa Seinäjoen sairaala-aluetta ja rakennuksia useaan otteeseen. Itse sairaala-alue sijaitsi mäntymetsän keskellä Seinäjoen rannalla: ”Päärakennuksen editse, aivan sen lähellä, eteläisellä puolella virtaa Seinäjoki soukkana, korkea- ja jyrkkärantaisena. Päärakennuksen kohdalla on loiva koski ja vesi virtaa syvällä uomassaan.” (MKM 023.) Sairaalarakennuksia oli useita:

Seinäjoen helvetissä on monta kaksikerroksista rakennusta, on ainakin yksi kolmekerroksinenkin. Yhdennelätoista osastolla ollessani kuulin siellä pitemmän aikaa olleitten potilaitten, ylhäällä kahdennessatoista osastossa olleita potilaita nimitettävän taivaan asukeiksi. – –. Sitä kovasti ihmettelin, kun taivaankin eli kahdennessatoista osas-

ton vahakankainen pöytäliina oli yhtäpaljon paikattu ja pöytään naulattu kuin yhdennekintoista osaston. (MKM 024–025.)

Seinäjoella Pekka kävi myös kävelemässä hoitajan kanssa muiden ulkoillessa suurena, jopa kahden osaston suuruisena joukkona. Pekka käveli kahdesti suosikkihoitajansa – Pekan silloisen osaston osastonhoitajattaren – kanssa. Molempina kertoina he menivät läheisiin kauppoihin. Nämä kävelyt olivat Pekalle selvästi mieluisia. Niistä jäi silti katkera muisto, koska Pekan mielestä sairaalan lääkäri ei antanut hänelle tarpeeksi rahaa ostoksia varten. Tämän asian suhteen olot olivat Hattelmalassa paremmin, koska ”Pöllölässä ollessani sain rahaa ostoihini oman harkintani mukaan, joskus tuli miinustakin, mutta sain luottoakin” (MKM 030). Aikaisemmassa elämässään arvostetulle ja luotetulle tilanomistajalle tämä oli tärkeää: läpi Pekan kirjoitusten eräs mielisairaala-potilaan elämän taakoista oli henkilökunnan osoittama epäluottamus.

Hattelmalassa Pekka sijoitettiin heti rauhalliselle osastolle ja hän sai vapaakävelyoikeuden. Vapaa-aikanaan¹¹ mies sai tulla ja mennä sairaalassa miten tahtoi, kunhan löysi itselleen oven avaajan. Hän vertasikin itseään kissaan:

Minulla oli siis kissamainen asema. Eihän kissakaan itse ovea avaa, vaan kyttää lähellä koska avaja tulee ja sanoo: ’Miaau’. Sitten äkkiä notkeana livahtaa ulos, tai sisälle, vaikka jalkain välistä. Näin ollen oli minulla hyvä tilaisuus tarkastella niin potilaiden kuin hoitajienkin elämää. (MKM 051.)

Pekalla oli lopulta myös oma huone, jonka sisustus koostui sängystä, kahdesta tuolista, lipastosta, yöpöydästä ja jakkarasta. Pekka kuitenkin kuljetti raskaan ja kömpelösti tehdyn yöpöydän sekä jakkaran salaa muihin huoneisiin, koska koki niiden olevan pienessä huoneessa vain tiellä, sillä lattiaa kiillottaessa niitä täytyi siirrellä paikasta toiseen. (MKM 047.) Pekan saavuttama erikoisasema näkyi myös siinä, että hänellä oli usein

¹¹ Potilaiden vapaa-aika tarkoittaa aikaa, jolloin he eivät työskennelleet työhoidossa tai saaneet muita hoitomuotoja.

kesäisin osastonhoitajattaren luvalla oikeus kävellä sairaalan lähiympäristössä. Kävelyretkiltään hän usein toi kukkia osaston maljakoihin ympäröiviltä pelloilta. (MKM 048; 106.)

Vapaakävelynsä aikana Pekka yleensä kiersi Hattelmalan sairaalan päärakennusta. Kävelyretkillään hän löysi sairaalan hoitajien asuinhuoneista ja osastojen ikkunoista ulos heitettyjä esineitä. Yksi löydöistä oli viinalta haiseva pullo. Talon vierustalta löytyi myös ompelukoneiden neuvoja ja sukkapuikkoja – esineitä, jotka sairaalassa olisi tullut säilyttää lukitussa kaapissa. Pekka palautti osan esineistä osastolle tai ulkoilupihassa olleille hoitajille. Pekka vietti ulkona aikaa myös penkillä istuen ja kuunnellen osastoilta kantautuvia ääniä. Kuten muissakin sairaaloissa, alimmassa kerroksessa sijaitsivat rauhattomat osastot eli ykköset. Siilinjärvellä Harjamäen sairaalan osastolääkärinä toiminut Laura Latvala kirjoitti teokseensa *Tuulien talo. Sairaalapäiväkirja* (1964, 12–13) mielisairaalaista verraten sitä Danten Infernoon: ”Ja äänet sitten. Tulee mieleen Danten Inferno – Olen jakanut naisten vanhan sairaalarakennuksen eri kerrokset Danten mukaan: Inferno, Kiirastuli, Taivas.” Miesten rauhattomalta osastolta Pekka kuuli ”naurua, laulua, vihellystä, trallatusta, itkua ja kirouksia. Siellä tanssittiin, juostiin, hypittiin ja tappeluakin yritettiin.” (MKM 030; 051–055; 102; 130.) Naispotilaita Pekka tuntee jopa halveksineen. Hän kertoo naisten rauhattoman osaston kävelypihalla potilaiden laulaneen rivoja lauluja sekä elämöineen, hyppineen, tanssineen ja nostelleen helmojaan. Pihalla oli myös ”noloja”, jotka vain seisivat katsellen aidan raosta sairaalan ulkopuolista maailmaa. Sairaalan lääkäri katsoi tapahtumia ja Pekan mukaan totesi: ”Ei tuollaisille voi yhtään mitään.” Pekka itse kirjoittaa heti perään: ”Olisi parempi, jos sellaisille annatettaisiin sinihappoa, kun kerta parantamaan ei pystytä” (MKM 057.)

Pekan kävelyretket ulottuivat kesällä myös sairaalan maatilalle, joka sijaitsi noin puolen kilometrin päässä sairaalarakennuksesta. Ison tilan omistajana ja agrologikoulutuksen saaneena miehenä hän tarkkaili paitsi peltoja ja viljelyksiä myös sairaalan työntekijöitä. Kirjoituksessaan Pekka selkeästi antaa ymmärtää tietävänsä tilan hoitamisesta ja töiden tekemisestä enemmän kuin esimerkiksi sairaalan ulkotyönjohtaja. Hänen entinen identiteettinsä tilanomistajana säilyi myös sairaalassa.

(MKM 055–057; 081; 102; 130.) Pekan kävelyt ulottuivat myös kauemmas sairaalasta Hattelmalan harjua pitkin läheiselle tilalle, jonka taloa ja karjaa hän katseli (MKM 052). Koulutuksensa vuoksi hän myös koki eroavansa muista osaston potilaista, joita hän piti alempiarvoisena. Pekka tiedosti erikoisasemansa ja -kohtelunsa, mutta hänelle ne eivät olleet etuoikeuksia, vaan jotain, mikä kuuluihin hänelle. Pekan kokemus sairaalasta ja sen arjesta sekä hänen asemastaan yhteisössä peilautui hänen aiempaan elämäänsä.

Pekan tausta ison maatalon isäntänä oli sairaalan hoitohenkilökunnan tiedossa. Pekka epäili, että hänen sukulaisensa oli soittanut sairaalan yllälääkärille ja kertonut Pekan henkilöhistoriaan liittyviä tietoja. Lääkäri oli nimittäin udellut Pekalta, eikö tämä ollutkin kotipitäjässään oikein hakamies¹². (MKM 035.) Myös osastonhoitajatar oli kerran kysynyt Pekalta, haluaisiko hän entisenä isäntänä mennä asumaan ja työskentelemään sairaalan maatilalle. Tätä hän ei kuitenkaan halunnut. Maatilalla ei ollut yhden hengen huoneita, vierailta olisi ollut sinne hieman pitempi matka, kirjeiden saaminen oli hankalampaa ja sairaalan lääkäri kävi siellä harvoin. Lisäksi Pekka kirjoittaa: ”Enhän siellä olisi paljonkaan voinut Pöllölän elämää tutkia. Ainoastaan maatilalla elämää.” (MKM III.) Tämä kommentti osoittaa, millaisena Pekka koki roolinsa mielisairaalassa: hän vaikuttaa olleen muiden potilaiden ja valtaosin henkilökunnankin yläpuolella; ulkopuolinen tarkkailija, jonka tehtävänä oli huomioida, kommentoida ja kirjata tapahtumat ja vääryydet muistiin.

”Mielisairaalassa ollaan kuin vain mielisairaalassa”¹³

Pekka kuvaa kirjoituksessaan sairaalan arkea hyvin tarkasti. Päivät koostuivat rutiineista, joita itse asiassa korostettiin mielisairaanhoidon ideologiassa ja koulutuksessa. Päivärytmin merkitystä painotettiin sekä mielisairaaloiden sairaanhoitajille (Neuman-Rahn 1927) että mielisairaanhoidajille (Kinnunen 1939) kirjoitetuissa oppikirjoissa. Myöhem-

¹² *Haka* lienee tässä merkityksessä 'kyky [tehdä jotakin], olla mestari jollakin alalla' (Kielitoimiston sanakirja, s.v. *haka*).

¹³ MKM 032.

min pitkään Kellokosken piirimielisairaalan ylihoitajana toiminut Lyyli Kinnunen kirjoittaa: ”Tärkeintä on joka tapauksessa, että päiväjärjestys on säännöllistä, on pyrittävä noudattamaan määrättyjä ylösnousu-, ruokailu- ja työaikoja, jolloin potilaat tottuvat täsmällisyyteen” (Kinnunen 1939, 31).

Päivärytmi mielisairaaloissa oli hyvin muuttumaton ja staattinen. Varsinaisia sääntöjä sairaaloiden vuorokausirytmistä ei laadittu, mutta käytänteet muodostuivat sairaaloissa hyvin samankaltaisiksi.¹⁴ Lyyli Kinnusen teoksessa (1939, 31, 34) todetaan päiväjärjestysten eri sairaaloissa olevan erilaisia. Tämä johtui niiden luonteesta eli siitä, millaisia potilaita sairaala pääsääntöisesti vastaanotti. Piirimielisairaaloissa, joissa potilaiden hoito perustui työterapiaan, oli pyrittävä järjestämään yhtenäinen työpäivä. Hattelmalassa kaikkien potilaiden piti viimeistään puoli kuu-delta aamulla olla ylhäällä sängystä ja vaatteet puettuna (MKM 064). Aamu jatkui potilaiden suorittamalla aamusiivouksella ja pesulla. Kahdes-ti viikossa miespotilaiden parta ajeltiin. Aamun aterian jälkeen siivoukseen osallistuneet potilaat saivat aamutupakan. (MKM 028; 050; 099.)

”Tohtori K. tuli S.W:n kanssa tavalliselle kierrokselleen. Suurin osa potilaista oli poissa osastolta, mitkä olivat ulkona pelloilla, mitkä käsityöhuoneissa. Sisällä olevista suurin osa oli päiväsalissa, 4–5 oli sängyssä”, kirjoittaa Pekka osastonsa keväisestä päivärytmistä. (MKM 065.) Potilaiden päivät kuuluivat joko ulkotoissa, sisätoissa osastolla tai käsityöissä. Päiväsaleihin jäivät yleensä potilaat, jotka eivät osallistuneet töihin. Sängyssä olivat potilaat, joiden kunto oli huono esimerkiksi somaattisen sairauden seurauksena. Joskus potilas joutui vuoteeseen myös rangaistuksena huonosta käytöksestä tai niskoittelusta. Näin kävi myös Hattelmalassa, jossa Pekan kanssa riidellyt mies joutui vuorokaudeksi makuutukseen. Pekka tosin epäili, ettei se ollut miehelle mikään rangaistus, kun tämä sai lukea ja piirtää vuoteessa ollessaan. (MKM 079–080; osastojen rytmistä ja potilaiden päivän jaksotuksesta yleisesti ks. Kinnunen 1939, 31–40.)

14 Mielisairaaloiden ja tuberkuloosiparantoloiden käytänteet ovat hyvin verrattavissa toisiinsa. Molemmat olivat suljettuja ja hyvin hierarkkisia laitoksia, joissa vallitsi ankara kuri ja potilaiden elämää rajoitettiin. Päivärytmi toistui samanlaisena päivästä toiseen. Molemmissa kävelyretket muodostivat potilaille tärkeän kanssakäymisen muodon. (Hakosalo 2021; ks. myös Lähteenmäki 2000.)

Hattelmalassa ulkona aikaa viettäneet potilaat sekä työssä olleet potilaat tulivat takaisin sairaalaan kello 16, minkä jälkeen nautittiin illallinen. Potilaiden tuli olla vuoteessa sekä kesäisin että talvisin jo kello 17. Tämä oli Pekasta kauheaa. Varsinkin talvella se oli vaikeaa, sillä valot himmennettiin eikä vuoteissa nähnyt edes lukea. Lisäksi oli vaikeaa tietää, paljonko kello oli. Pekan huoneeseen ei talvisin paistanut aurinko, mutta kesällä hän pystyi tekemään huoneeseensa aurinkokellon. Pekka leikkasi ikkunapaperista pieniä liuskoja, jotka hän asetti huoneensa seinälle sille kohdalle, mihin aurinko kunakin kellonlyömänä paistoi. Liuskat hän värjäsi vihreiksi, jotta ne eivät erottuisi samanvärisestä seinästä. Tätä kelloa Pekka pystyi kesäiltaisain seuraamaan ja pysymään omien sanojensa mukaan suunnilleen selvillä ajoista. (MKM 075; 106.)

Pekka tuo esille myös sen, ettei Seinäjoella osastoilla ollut almanakkaa, josta potilaat olisivat voineet seurata päivien kulumista. Vaikka potilaiden ajanseuranta oli näin tehty täysin mahdottomaksi, saattoi lääkäri silti kysyä potilailta, mikä viikonpäivä oli. Ajan kulumisen ja viikonpäivien seuraaminen oli vaikeaa myös siksi, että osastoille ei myöskään tullut yhden yhtä sanomalehteä. Ruuastakaan ei voinut viikonpäiviä erottaa, sillä se Pekan mielestä oli samaa sekä arkena että pyhänä. Pekka ihmettelikin, pysyisivätkö lääkärit päivien tasalla, jos heillä ei olisi kalenteria, ja toteaa kyynisesti, eivätkö mielisairaalan lääkärit ymmärrä almanakkojen merkitystä: ”Jos tohtori – tai mikä tohtori tahansa olisi kuukaudenkin niin, ettei hänellä olisi minkäänlaista almanakkaa eikä tulisi mitään lehtiä, niin kyllä päivät menisivät sekaisin, niin tohtori kuin onkin. Eikö mielisairaalan lääkärit tätä ymmärrä?” Pekka käyttää tästä kirjoituksesta otsikkoa ”Tylsistytämispista”. (MKM 031.)

Puhtaus oli puoli ruokaa

Pekan kirjoituksessa mainitaan usein osastojen aamuinen siivoaminen, johon suurin osa potilaista osallistui. Myös tupakointi oli yhteistä jaettua aikaa, joka tosin oli sidottu työn tekemiseen (MKM 099). Usein sairaalan hoitajat polttivat työaikana:

Se kiireellinen aamusiivouksen aika oli hoitajille kaikkein vapaampaa aikaa, ei ollut pelkoa tohtorista, eikä osastonhoitajatarkaan ollut läsnä. Iltayöstä taas polttavat mieshoitajat polttelivat kovasti, mutta lakkasivat ajoissa ennenkuin kiertävä yölihoitajatar, se pitkä ja vanha tamma tuli osastolle. Ihmettelin monesti, ettei hän tunteenut tupakan hajua, vai eikö pitänyt väliä. (MKM 028.)

Myös ennen lääkärinkiertoa osastolla siivottiin kiireellä: ”Oli kierrosaika tulossa. Osastoa siivottiin hikipäässä ja kainalonalustat märkinä” (MKM 062). Osansa siivoamisesta saivat myös mielisairaalassa työskennelleet harjoittelijat. Pekka kertoo erään naispuolisen harjoittelijan sanoneen Pöllölässä: ”Kyllä minä siivoamaan muuallakin olisin oppinut, ei minun sitä varten olisi tarvinnut mielisairaalaan tulla, mutta en tiennyt mitä täällä opetetaan.” Pekka piti kyseistä harjoittelijaa luonteensa puolesta ”sairaanhoitajaksi sopivana”. (MKM 143.)

Kesällä 1935 Tampereen piispa Aleksi Lehtonen oli tulossa vierailulle Pöllölään. Arvovaltaisen vieraan saapuminen mullisti hetkeksi sairaalan arjen ja toi esille vieraskoreuden. Pekan mukaan viikolla siistittiin, kiillotettiin ja puhdistettiin sairaalan osastoja. Niillä osastoilla, jolla patjat ja tyynyt olivat täytetty rukiilla, laitettiin ohuiden patjojen päälle kaksi peitehuopaa, ja kun tyyny vielä kohenneltiin hyvin, näytti vuode ”komealta”. Pekan mielestä vuoteista ja paikkojen kiiltämisestä pidettiin suurempaa huolta kuin itse potilaista, jotta sairaalasta olisi ulkopuoliselle jäänyt hyvä kuva. Piispa ei kuitenkaan päässyt tulemaan sovittuna päivänä, joten kaikki saivat olla jännityksessä koko viikon. Potilaiden vaatteet vaihdettiin tavanomaisen kerran sijasta kahdesti viikossa ja ”piispan tultua ajettiin potilaat käsityöhuoneisiin ja pihalle, mikäli suinkin mahdollista, muka töihin, ja piispalle näytettiin komeita vuoteita ja kiillotettuja lattiaita”. (MKM 042–043.)

Pekan havainnot osastojen puunaamisesta ja puhtauden merkityksestä vaikuttavat olleen suomalaisen mielisairaala- ja muun laitoksen peruslähdekohta. Ymmärrettävästi puhtauden vaatimus korostui sairaaloissa, varsinkin, jos niissä oli hoidettavana tuberkuloosipotilaita. Toisaalta puhtaus ja siisteys vakiinnuttivat mielisairaalan hierarkkista arkea, jolloin ne voidaan nähdä osana mielisairaaloissa vaalittua hallinnan

kulttuuria. Sosiaaliantropologi Mary Douglasin (1966/2002) tulkinnan mukaan epäsiisteys oli normaalista poikkeava anomalia, joka voitiin poistaa ja järjestys palauttaa siivoamalla (Rissanen 2019b). Hygienenisyys tuli 1900-luvun alkuvuosikymmeninä osaksi suomalaista asumisihan-
netta. (Saarikangas 2002, 39–124.)

Mielisairaalaruokaa Pekka moittii varsinkin Seinäjoella ihmeteltävän huonoksi, vaikka sekä Neuman-Rahn (1927, 201–203) että Kinnunen (1939, 34–36) painottavat oppikirjoissaan sekä ravinnon että itse ruokailu-
hetken merkitystä mielisairaalassa. Ruuan tuli olla soveliasta, hyvin valmistettua ja sopivan lämpöistä, minkä lisäksi annoskokojen tuli olla riittävän suuria. Akuutisti sairastuneiden tuli saada ravitsevaa mutta helposti sulavaa ruokaa, joka ei saanut olla liian maustettua, jottei se kiihottaisi potilaiden elimistöä ja siten potilasta itseään. Kaikkien tuli saada runsaasti voita, maitoa, vihanneksia ja hedelmiä.

Näin ei ainakaan Pekan muistelukirjoituksen mukaan kummassa-
kaan sairaalassa ollut. Leipä haisi tunkkaantuneelta. Ruoka oli yksipuo-
lista, ja Hattelmalassa se oli lisäksi erittäin suolaista ja rasvaista. Seinä-
joella maitoa kuljetettiin ruostuneilla astioilla, joista maitoon tarttui raudan maku. Kun Pekka huomautti mausta, vastasi eräs hoitaja ruu-
miin tarvitsevan rautaa. Myöhemmin Pekka kuuli myös hoitajien ruuan olleen huonoa. Potilaat hakivat ruuan osastoille ja kuljettivat astiat ruo-
kailun päätyttyä keittiölle. Ruokaillessa käytettiin vain lusikkaa ja sor-
mia. (MKM 032–033; 106.) Tämä oli yleinen tapa mielisairaaloissa vielä 1950-luvulle saakka, sillä varsinkin levottomilla osastoilla haarukkaa ja veistä pidettiin turvallisuusriskinä.

Hattelmalassa ruoka oli kuitenkin hieman parempaa ja monipuoli-
sempaa kuin Seinäjoella. Aamiaiseksi oli aina kauraryynilientä, jossa tosin ei Pekan kertoman mukaan ollut paljonkaan ryynejä. Perunat puolestaan olivat laadultaan hyviä jopa entisen maanviljelijän mielestä. Silloin tällöin ruokana oli kalaa, mutta se oli aina hyvin suolaista. Kala-
ruuat koostuivat suolasilakoista, jotka välillä olivat joko keitettyjä tai hii-
lellä paahdettuja, tai lahnasta, joka kovan suolauksenkin jälkeen oli ”na-
han alla siintynyttä”. Myös ”hampuusimakkara” oli vahvasti suolattua. Syksyisin aterialla saattoi olla tomaattia ja kurkkua. Jälkiruuista Pekka mainitsee oman puutarhan hedelmät tai raparpereista keitetyn löysän

liemen sekä viinimarjoista keitetyn käyneeltä maistuneen viinimarja-keiton. (MKM 117.)

Pekka kuvaa Hattelmalan ruokailua seuraavasti:

Lautasella, jossa oli perunavoita alla, oli päällä toisinaan 5 – 10 – 15 keitettyä silakkaa ja kaiken päällimmäisenä oli jotain rasvaa runsaasti. Toisella lautasella oli usein marjamehuletkeä. Sellaisen aterian ollessa täytyikin pitää eri kiirettä. Ensin oli syötävä jälkiruoka. Sitten kiireesti, ennen kuin rasva ehti hyytyä, kaadoin toisen lautasen perunavoin ja silakain päältä enintä rasvaa tyhjäksi tulleele lautaselle. Sitten tartuin vasemmalla kädelläni silakkaa pääpuolesta (pää oli poistettu) kiinni ja oikean käteni sormien välitse vedin liikaa rasvaa pois ja silakka kiireesti sisään suuhuni. Kun ei ollut veistä eikä haarukkaa en voinut sitä paloittaa enkä ruotoja erotella eikä sellaiseen olisi ollut aikaakaan, kun aina oli sen tulimaisen kiire. Pidin aina WC-liuskoja lähellä, niihin pyyhin rasvaa sormistani ja välillä pistin lusikalla perunavoita. Kerran söin 16 silakkaa ja melkein kokonaisina ne meni, sillä hampaattomana en voinut niitä paljoakaan pienentää. Näin Pöllölässä syötiin ilman veistä ja haarukkaa. (MKM 118.)

Pöllölässä ruokasalin pöydät oli maalattu tummiksi ja ruoka-aikana niiden päälle asetettiin valkoiset liinat, jotka uusittiin viikon välein. Pekka veisteli osastonhoitajattarelle, ettei tällaisessa paikassa tarvitsisi pöytiä laittaa näin hienoksi ja sai vastauksen, että huonompikin ruoka maistuu hyvältä pöydän ollessa hieno. Päivähuoneen nurkassa ollut kovaääninen laitettiin melkein aina päivällisaikana ”rämisemään”. (MKM 045–046.)

Ylipäätään 1930-luvulta säilyneissä potilasmuistelmissa ruokaa pidetään ala-arvoisena. Myös Siilinjärven piirimielisairaalan potilas moitti ruokaa ”hirveen” huonoksi. Perunat olivat ”elukkaperunoita”, joita syötiin keitettyinä ”makariinikastikkeen” kanssa. Iltaisin sairaaloiden ruoka oli yleensä velliä. (Lepola 1976, 104.) Samoin Aino Manner kirjoittaa ruuasta kriittisesti. Hänen mukaansa ruoka oli kehnosti valmistettua ja sitä tarjoihtiin rumista ja likaisista astioista. Maitomukit olivat pintyneitä ja lusikat niin kuluneita, että ruoka maistui raudalta. Levottomien

osaston potilaat söivät kaikkien kehuimmista astioista. Kerran tarjoillut keitetty silakat näyttivät Mannerista tuijottavine silmineen jopa pelottavilta, mutta hoitajan kehoitettua Manneria syömään, koska äiti oli niin käskenyt, hän söi eivätkä silakat maistuneetkaan niin pahalle mitä ne näyttivät. (Manner 1935, 42–43.)

Kahvia ei potilaille Seinäjoella tarjottu, mutta sitä sai ostaa. Kahvi ja leipä maksoivat kaksi markkaa¹⁵. Kermaa tuotiin kahvin kanssa runsaasti ja se oli Pekan mielestä hyvää. Kahvin mukana tuli leipäpala, muutama korppu sekä runsaasti sokeria, jopa 20–30 palaa. Hattelmalassa potilaille kuului arkipäivisin päivällisen jälkeen mukillinen kahvia, johon oli jo keittiössä kaadettu kermaa. Hoitaja jakoi potilaille sokeripalat. Kahvi kuului myös juhlapyhien aterijärjestykseen. (MKM 033; 049; 106; 118.) Hattelmalassa Pekan onnistui päästä hyviin väleihin erään mielisairaanhoidajaharjoittelijan kanssa. Hänen seurassaan Pekka joi aamuisin kello 5 hyvää aamukahvia pikkuleipien kanssa. Keittiössä piti vain olla aivan ”hissun kissun”, etteivät muut potilaat tai sairaalan ylihoitajat heräisi. (MKM 064.)

1900-luvun alkuvuosikymmeninä suomalaisissa maalaisperheissä syötiin yksipuolista ruokaa, kirjoittaa Visa Heinonen (2007, 177) ja jatkaa, että perusraaka-aineita olivat tällöin vilja ja peruna. Ateriat koostuivat usein leivästä, perunasta ja maidosta. Vihanneksia, lihaa ja kalaa lautasilla oli vain vähän. Mitä köyhempi perhe oli, sitä yksipuolisempaa oli myös ruoka. On myös huomioitava, että 1930-luvun yleismaailmallinen lama vaikutti myös Suomessa, mikä näkyi paitsi kodeissa myös laitosten ruokatarjonnassa. Aikakauden kontekstiin sidottuna mielisairaalan ruoka siis vaikuttaa olleen maaseudun asukkaille tyypillistä, mutta Pekan taustan huomioiden hän lienee tottunut monipuolisempaan ja maistuvampaan ruokaan. (Ks. myös Virkkunen 2010, 74–91.)

Pekka oli lähinnä neuroosipotilaille tarkoitettussa Sanervan parantolassa ennen Seinäjoelle ja Hattelmalaan joutumistaan. Siellä potilaille määrättiin esimerkiksi ruokavaliohoitoa. Pekka kirjoittaa, että Sarvan parantolan johtavan lääkärin Aleksi Nikulan mukaan hänen ruokavalionsa tuli olla mahdollisimman vähäsuolaista ja vaihtelevaa sekä sisältää vain

15 Vuoden 2021 rahassa 0,78 euroa.

harvoin lihaa. Kalaa ja voita oli syötävä runsaasti, mutta muita rasvoja vain vähän. Lisäksi ruokavalio sisälsi kasvis-, marja- ja hedelmäruokia. Mausteita tuli käyttää mahdollisimman vähän. Muista Pekan parantolassa saamista hoidoista hän mainitsee männynhavukylvyt, neliammekylvyt, diatermiahoidot, alppiaurinkohoidon sekä erilaiset hieronnat.¹⁶ Sekä ruokavaliosta että saamistaan hoidosta Pekka toteaa kirjoituksessaan: ”Pöllölässä ja varsinkin Seinäjoella oli kaikki aivan päinvastaista.” (MKM 096; 145–147.)

Yhteydet ulkomaailmaan

Mielisairaalapotilaiden yhteydenpitoa kotiin rajoitettiin kieltämällä esimerkiksi kirjeiden kirjoittaminen ja tarkastamalla, sensuroimalla sekä tarvittaessa pidättämällä sekä tulevat että lähtevät kirjeet. Kirjeet tarkasti sairaalan lääkäri, mutta valvontaviranomaisille kuten poliisille, lähetettyjä kirjeitä ei saanut tarkistaa. (Kinnunen 1939, 42.) Takavarikoidut kirjeet olisi tullut tallettaa potilaskertomuksen väliin ja näin tehtiin esimerkiksi Seilin sairaalassa, jonka naispotilaiden sensuroituja kirjeitä Jutta Ahlbeck-Rehn käytti väitöskirjansa (2006) aineistona. Siilinjärven piirimielisairaalassa varsinkin ennen 1950-lukua potilaiden kirjeitä ei aina säilytetty (HSA potilaskertomukset 1926–1989). Läpi muistelukirjoituksensa Pekka kritisoi voimakkaasti kirjeiden sensurointia sekä näyttämistä lääkäreille. Potilaiden kirjeiden tai päiväkirjojen kirjoittaminen nähtiin ennen uusien terapiahoitomuotojen tuloa 1950-luvulla jopa haitaksi potilaalle. Kirjeet olivat kuitenkin osalle potilaista ainoa tapa pitää yhteyttä sukulaisiin tai ystäviin.

Sekä Seinäjoella että Hattelmalassa kirjeet oli kirjoitettava lyijykynällä eikä niiden säilyttämiseen Seinäjoella ollut mitään paikkaa:

16 Männynhavukylvypä käytettiin muun muassa reumaattisissa kivuissa sekä lii karasituksen oireista kärsiville potilaille. Neliälaskylpy on fysioterapiassa edelleen käytettävä elektroterapian muoto, joka on saanut nimensä siitä, että kuntoutettavan kaikki raajat ovat erillisissä vesialtaissa, joihin johdetaan pieniä määriä galvaanista virtaa. Diatermiahoidossa potilaan kudoksen lämpötilaa kohotetaan hetkellisellä suuritaajuisella vaihtovirralla. (Helsingin kaupunginkirjasto 2017; Roiha 1942.)

Jos kirjoitin kirjeen, sain sitäkin säilyttää povessani, kunnes sain sen annettua niiden osastojen lääkärille – –. Mustetta ei saanut olla, vain lyijykynällä kirjoitettiin ja avonaisena oli kirjeet annettava osastonhoitajattarelle, joka arvosteli, oliko kirje sellainen, että sen tohtorille voi antaa. Tohtori taas luki ne ja postitti, jos katsoi sopivaksi lähettää. (MKM 021.)

Hattelmalassa Pekalla oli lukoton lipasto, mutta Pekka antoi kotoa saamansa kirjeet yleensä takaisin sairaalassa vierailleille tyttärilleen. Lähtevät kirjeet hän pyrki antamaan heti ylilääkärille tai tyttärilleen, jotka kuljettivat ne ulos sairaalasta. (MKM 037–038; 046–047.)

Pekan mukaan lääkärit saattoivat pitää niin lähteviä kuin saapuviakin kirjeitä pitkään hallussaan ennen kuin antoivat ne potilaille. Kerran Hattelmalassa Pekka kyseli ylilääkäriltä, eikö hänelle ollut tullut kirjeitä, johon ylilääkäri vastasi sellaisen kyllä tulleen, mutta koskevan enemmän häntä kuin Pekkaa. Pekan mukaan kirjeessä oli yksi ainoa lause, joka aiheutti viikon kestäneen haltuunoton: ”En viitsi kotioloista kaikkea kertoa, kun vieras silmä kaikki sensuroi.” Sinetillä varustetut kirjeet Pekka sai tarkastamattomina. Tällainen sensuuri tuntui Pekasta potilaan ali-arvioimiselta. (MKM 037–038.)

Seinäjoen sairaalasta hän kirjoitti lääkärin avanneen kirjeet reilusti päästä ja antaneen sellaisenaan Pekalle (MKM 037). Hattelmalassa lääkäri avasi kirjeet, mutta yritti sulkea ne uudestaan ikään kuin avaamista ei olisi tapahtunut. Tämä ärsytti Pekkaa suunnattomasti. Hän järjestikin lääkärin kanssa muutamia tilanteita, joissa hän osoitti henkilökunnalle tietävänsä kirjesensuurista:

[Lääkäri] oli avannut kirjeen taitamattomasti ja taas sulkenut, minkä helposti totesin. Päätin sen uudelleen hänellä luetuttaa ja tutkia miten lukeminen onnistuu. [Lääkärin] tullessa kierrokselle huoneeseeni oli minulla kirje pöytälaatikossa valmiina otettavaksi, josta sen otin ja sanoin: ”lukekaapas Tekin tohtori tämä kirjeeni.” [Lääkäri] vastasi: ”Mitäs minä toisten kirjeitä luen”. Otti sen sentään, katseli, oli lukevinaan ja käänsi. Oli lukevinaan takapuoleltaan ja sanoi: ”Tyttäret näkyvät muistavan vielä”. Ei hän mitenkään

sillä ajalla ennättänyt sitä lukea, mutta hänen ei tarvinnutkaan, kun oli sen jo eilen lukenut. Mutta huonosti näytteli osansa. (MKM 040.)

Hattelmalassa osastoille tuli sanomalehtiä, mutta myös ne sensuroitiin. Lehtien leikkeleminen vaikutti Pekan mukaan riippuvan hoitajien mielihaluista. Kerran hän kuuli erään mielisairaanhoidajattaren sanovan: ”jota enemmän [potilaan nimi] huutaa, sitä enemmän minä leikkaan.” Pekka ihmetteli tapaa verraten sitä toisen maailmansodan ajan sotasensuuriin, jossa tarvittavien kohtien päälle maalattiin, niitä ei leikely. Potilaiden vieraat toivat mukanaan päivä- eli sanoma- ja kuvalehtiä, joita kuitenkin ei koskaan sensuroitu: ”Eikö kehdattu, tai eikö siksi, kun ne eivät tulleet postin kautta. – – Joutavaa teoriaa koko sensurointi, varsinkin kun sitä tehtiin mielivaltaisesti”, Pekka kirjoittaa ja jatkaa, ettei kirjaston kirjoja, noin 700 nidettä, sairaalan puolesta kukaan viitsinyt lukea eikä siten sensuroida. (MKM 083–085.)

Viisastelua, valehtelua ja väkivaltaa

Suurin osa molempien mielisairaaloiden henkilökunnasta oli Pekan mielestä työhönsä sopimattomia ihmisiä. Sensuurin lisäksi hän koki hoitajien ala-arvoisen huumorin, epärehellisyysden sekä väkivallan erittäin loukkaavaksi. Kirjoituksessaan Pekka toteaa, että hänen mielensä pahoitettiin mielisairaalassa jokaisena päivänä: ”Milloin sen teki tohtori itse, milloin ylihoitajatar, kuitenkin useammin kehnot hoitajat ja toiset potilaat.” (MKM 074.)

Pekan suhtautuminen sairaaloiden lääkäreihin on hyvin kielteistä ja vaikuttaa siltä, että hänellä oli ainoastaan Hattelmalan kesälomasijaisena toimineesta lääkäristä edes jotain hyvää sanottavaa. Varsinkin Seinäjoen osastonlääkäri ja Hattelmalan ylilääkäri heijastuvat Pekan muistelukirjoituksessa julmina, ammattiaan osaamattomina henkilöinä, jotka eivät tulleet toimeen potilaiden kanssa. Hattelmalassa Pekka kirjoitti ylilääkärille pitemmän kirjoituksen, jonka otsikkona oli ”Kokemuksiani niistä lääkäreistä, joiden kanssa elämäni varrella olen ollut eniten kosketuksis-

sa”. Pekka kertoo ylilääkärin todenneen lukeneensa kirjoituksen suurella mielenkiinnolla kysellen samalla, eikö siihen tule jatkoa. Myös ylilääkärin kesälomasijainen sai kirjoituksen luettavakseen. Kotiin päästyään Pekka lähetti jatkoa kirjoitukseen ensin sijaiselle. ”Lääkärimuistelmannen oli hauska luettava, tämä jatkonnekin on tyylillisesti hyvä, mutta kovin katkera”, oli sijainen todennut Pekalle. Pekka lähetti jatkokirjoituksensa myös Hattelmalan ylilääkärille ja arveli sen olleen hänelle katkeraa luettavaa. (MKM 048.)

Kirjoituksessaan Pekka palaa usein siihen, miten hoitohenkilökunta hassutti potilaita ja jopa suorastaan valehteli heille. Pekka keskusteli paljon hoitajien ja harjoittelijoiden kanssa ja vaikuttaa siltä, että hän esitti myös heille kysymyksiä testatakseen, miten henkilökunta niihin vastasi. Kerran eräs harjoittelija totesi lyhenteen *r.l.* kaupan nimessä tarkoittavan ”rahat loppuivat”. Pekan kysyessä eräältä hoitajattarelta, mitä lyhenne P/S hoitajattaren virkapuvun rintaneulassa tarkoittaa, vastattiin hänelle sen tarkoittavan ”pahaa sisarta”. Pekka tiesi sen tarkoittavan Pitkäniemen sairaalaa, jossa hoitajatar oli mielisairaanhoidokurssinsa suorittanut. Pekka jopa epäili valehtelun liittyvän hoitajan velvollisuuksiin. Myös potilaiden suosimista Pekka ihmetteli, vaikka hän itsekin kuului etuoikeutettujen potilaiden joukkoon. Esimerkkinä hän kertoi, kuinka osastonhoitajatar ja kaksi potilasta pitivät yksityisiä kestejä eräässä kahden hengen potilashuoneessa. Toinen huoneen asukkaista ei kuulunut suosion piiriin, joten hänet lukittiin huoneesta tylsty ulos. (MKM 025–026; 032–033.)

Hoitajien kielenkäyttö potilaita kohtaan oli Pekan mukaan usein asia-tonta. Potilaita nimiteltiin ja heille vastattiin tylsty. Myös heidän fyysisiä oireitansa ja sairauksia vähäteltiin ja niihin saatettiin suhteutua pilkallisesti. Pekkakin sai kuulla osastonhoitajattarelta toivotuksen, jonka mukaan hän saisi jo mennä niin kauaksi kuin pippuri kasvaa. Pian tuon jälkeen Pekan matka jatkuikin toiselle osastolle. (MKM 028.)

Pekka kuvaa myös, kuinka potilaiden piti sietää hoitohenkilökunnan taholta sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa. Seinäjoella Pekka joutui seuraamaan, kuinka miespuolinen harjoittelija kävi käsiksi potilaaseen, joka aikaili vaatteiden pukemisen kanssa. Harjoittelija halusi potilaan lähtevän mukaan keittiölle ruuan hakuun, ja kun valmistautuminen kes-

ti, tarttui harjoittelija kiinni potilaaseen ja painoi hänet alleen lattiaan. Hän myös löi potilasta sydämen kohdalle. Väkivalta päättyi harjoittelijan toteamukseen: ”Ohhoh – oikein hiki tuli.” Minkäänlaista anteeksipyyntöä potilaalle ei esitetty, mutta ilmeisesti ylilääkäri antoi harjoittelijalle muistutuksen Pekan kirjoitettua hänelle kirjeen asiasta. (MKM 026–027.)

Pekan mieleen jäi erittäin voimakkaasti se, kun hänen saapuessaan sairaalaan hänen vihkisormuksensa otettiin sairaalan haltuun:

Sekin on hyvin mielisairaalan tapoja ja reklementtejä kuvaavaa, kun potilaan sormesta vihkisormuskin ryöstetään. Eihän kuolleenkaan sormesta aina sormusta oteta, vaan annetaan viedä mennessään hautaan. Seinäjoellahan minunkin sormestani vihkisormukseni pois otettiin, jonka vaimoni sanoi rakkautensa merkiksi antaneensa.

Kaikki tuollainen ottaminen, kuten kaikki muukin niissä, on tavatonta luontokappaleen asemaan painamista ja mielenmasentamista. Ei sellaisella kenenkään mielisairaani mieltä paranneta ja vapaa mies pitäisi sellaista lievemmin sanoen kunniansa, ihmisarvonsa ja oikeuksiensa suurena loukkauksena. (MKM 059.)

Martti Kailan sairaanhoitajattarille suunnatussa oppikirjassa mainitaan, ettei sekava potilas saa pitää koruja, koskapa hän itse tai toiset potilaat voivat ne hävittää, mistä Kailan mukaan aina koituu ikävyyksiä (Kaila 1935, 109). On luultavaa, että Seinäjoella sormukset, korut ja muut henkilökohtaiset esineet takavarikoitiin kaikilta potilailta yhtenäisen käytännön vuoksi. Pekka koki sormuksen takavarikoinnin äärimmäisen alistavana.

Edellä kuvatut käytänteet ovat 1960-luvulla yhdysvaltalaisista mielisairaalaista etnografisesti tutkineen sosiologi Erving Goffmanin mukaan hyvin tavallisia hänen totaalisiksi nimittämissään laitoksissa, kuten vankiloissa ja mielisairaaloissa. Etuoikeusjärjestelmän kautta asukas kytketään sairaalan järjestykseen ja kuriin; järjestelmä tarjoaa potilaalle sekä keppiä rangaistusten muodossa että porkkanaa palkintojen ja etuisuuksien myötä. Näin potilaat saadaan houkuteltua tekemään yhteistyötä henkilökunnan kanssa. (Goffman 1997, etenkin 39–48 ja 122.) Pekka

on hyvä esimerkki siitä, että mielisairaaloissa luottopotilas sai etuoikeuksia esimerkiksi huoneiden ja työn järjestelyjen suhteen. Pekan tapauksessa etuoikeudet toisaalta myös mahdollistivat hänen roolinsa sairaalan toimintojen tarkkailijana. Moni Pekan kirjaama tilanne kertoo hänen potilaiden kohtelemiseen liittyneestä vahvasta oikeudentunnostaan. Hän nosti esille potilaiden kohteluun liittyviä epäkohtia ja näki suurimman osan hoitohenkilökunnasta julmina ihmisinä, joiden sopimattomuus työhönsä johtui osin heidän luonteestaan, osin koulutuksen puutteesta.

Mahtui hoitohenkilökuntaan toki myös asiallisia ja työlleen omistautuneita hoitajia, joita kohtaan Pekan tekstistä on aistittavissa jopa jonkinasteista lämpöä sekä huumoria. Pekan ollessa Seinäjoen piirimielisairaalan II. osastolla toimi sen osastonhoitajattarena nainen, jota Pekka luonnehti tyyneksi, herttaiseksi, kauniiksi ja hyväntahtoiseksi (MKM 030). Pekan siirryttyä Pöllölään koki hän lopulta viimeisen pitkäaikaisen osastonsa osastonhoitajattaren miellyttäväksi ja luottamuksensa arvoiseksi. Hieman ennen kotiutustaan Pekka sai jopa halata osastonhoitajattartaan: ”Siellä hississä sain osastonhoitajattarta halatakin eikä lainkaan vastustanut. Ajattelin, kestäisi tätä hississä menoä kymmenenkin kerroksen lävitse, mutta kerroksia olikin vain kolme.” Pekka jatkoi kirjoitustaan toteamalla: ”Neiti – – muuten oli minulle paras ihminen koko suuressa hoitokunnassa. Nautin hänen suosiotaan ja luottamustaan enemmän kuin muut potilaat osastolla, mutta olinhan minä niin kuin hänen oikea kätensä.” (MKM 062.)

”Mitä lie hoito teoriassa — käytännössä ainakin täysin sopimatonta.”¹⁷

Pekan sairaalavuosien aikana tärkeimmät hoitokeinot olivat kylpy- ja käärehoito sekä työ, joista kaikista hän tekee havaintoja kirjoituksessaan. Hän mainitsee myös lääkkeitä, jotka tuolloin koostuivat rauhoittavista lääkkeistä sekä unilääkkeistä. Pöllölästä Pekka kertoo, että siellä annetut lääkkeet olivat pääasiassa rauhoittavia. Lääkkeet jakoi lääkintö-

17 MKM 032.

hallituksen ohjeen mukaisesti osastonhoitajatar tai hänen poissaollessaan koulutettu vanhempi hoitajatar. Kaksi potilasta sai luminaalia eli fenobarbitaalia (MKM 097), jota käytettiin tuolloin sekä unilääkkeenä että epileptikkopotilaille kouristuskohtausten lieventämiseen. Luminaalin ja muiden barbituraateista johdettujen lääkkeiden ongelma oli se, että osalle potilasta kehittyi nopeasti toleranssi lääkkeitä vastaan. Osalle puolestaan ne kehittivät fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden. (Kaila 1935; Harenko 1996.) Lisäksi Pekka mainitsee kaliumbromidin, jota 1920-luvulta alkaen käytettiin rauhattomuuteen. Se osoittautui huonoksi unilääkkeeksi, mutta sitä alettiin käyttää rauhattomien skitsofreenikkojen ja maanisdepressiivisten potilaiden päivälääkitykseen. (MKM 041; 097–098; Hirvonen 2003.)

Vuode- eli petihoito ei enää 1930-luvun puolivälissä ollut kovin yleistä suomalaisissa mielisairaaloissa. Petiin saattoi sen sijaan joutua rangais-
tuksena, kuten Pekkakin kirjoittaa erään potilaskaverinsa joutuneen. Mies oli seissyt huoneensa ikkunalaudalla ja polttanut tupakkaa puhallellen savuja ulos rautaristikolla varustetusta ikkunasta. Tästä rangais-
tukseksi potilas sai vuorokauden petikomennuksen. (MKM 081.)

Erikoishoidosta Pekka mainitsee malariahoidon. Hattelmalasta lähetettiin yleistä paralyasiaa eli halvaavaa aivokuppaa sairastanut potilas malariahoitoon Lapinlahden sairaalaan, koska Hattelmalan sairaalassa oli niin vähän paralyttikkoja, ettei omaa malariakantaa kannattanut ylläpitää. Jonkin ajan kuluttua potilas tuli takaisin Hattelmalaan jälkihoitoa saamaan. Pekan suhtautuminen tähän jälkihoitoon on kuitenkin hyvin epäilevää:

[Potilasta] monet kerrat siirrettiin osastolta toiselle, niin kuin parantuvaa ja taas huonontuvaa potilasta. Oli hän joskus sairaalan maatilallakin. Eräällä kuudennella osastolla olonsa aikana tuli hänelle yöllä niin paha olo, ettei voinut nukkua. Käveli vain käytävässä edes ja takaisin, valitti, voihki ja itki. Hoitajat sanoivat, että kuppa oli mennyt selkäyttimeen ja siellä poltti. Kun hän kävelyllään ja itkullaan häiritsi toisten potilaitten unta, niin yöhoitaja soitti viidennelle osastolle, sieltä tuli mieshoitaja ja vei [potilaan] karhun koppiin [eli eristyshuoneeseen]. (MKM 109.)

Myös kylpyhoidot kuuluivat vielä 1930-luvulla suomalaisten mielisairaaloiden hoitorepertuaareihin. Pitkistä, lämpimässä vedessä toteutetuista rauhoituskylvyistä tuli Suomessakin hoitokeino epäsiistien, levottomien ja harhaisten potilaiden rauhoittamiseksi. Kaikkiin mielisairaaloihin rakennettiin vähintäänkin suuret kylpyhuoneet, suurimpiin omat kylpyosastot. Pahimmillaan pitkät kylpyhoidot kestivät vuorokausia, jopa vuosia. Osa potilaista ruokaili ja myös nukkui ammeissa. (Tuovinen 1990; Rosén 1991; Raitasuo 1996; Hirvonen 2014.) Osassa potilaita kylpyhoidot herättivät suuttumusta ja pelkotiloja. Aino Manner kirjoittaa teoksessaan ihmetelleensä kylpyhuoneessa potilaiden aiheuttamaa polsketta ja metelöintiä. Myös ammeessa alastomana ruokailu kainostutti häntä. (Manner 1935, 35–36; Hirvonen 2014, 234.) Myös Pekka kirjasi muistelukirjoitukseensa esimerkin tästä: ”Seinäjoella pidettiin pahimpia kylpyammeessa. Siellä olivat kaikki päivät, niin kuin hylkeet meressä. Sinne ruokakin vietiin. Eräskin kaistapäinen pisti syötyään kupin päähänsä hatuksi.” (MKM 096.)

Suomalaiset mielisairaalat alkoivat luopua pitkistä kylpyhoidoista 1930-luvun puolivälin jälkeen. Syynä oli uusien sokkihoitojen yleistyminen. Tämän jälkeen kylpyjä annettiin lähinnä epäsiisteille potilaille. Niitä käytettiin kuitenkin rangaistuskeinona vielä 1950-luvulla, esimerkiksi Siilinjärven piirimielisairaalassa vuonna 1954. (Vahvaselkä 1976; Vuorio 2010; Rissanen 2019b.)

Pekan kirjoituksessa potilaiden puhdistautumiseen liittyvät kylvyt ja varsinainen kylpyhoito vaikuttavat osin menevän sekaisin. Pekka moittii, ettei Seinäjoella tavallisia kylpyjä annettaessa koskaan veden lämpötilaa mitattu, vaikka Lääkintöhallituksen antama kylpyohje nimenomaan kielsi vain paljaalla kädellä mittaamisen. Rauhoituskylpyjä (kylpyhoito) annettaessa hoitajattaret sentään mittasivat veden lämmön. Pekka kirjoittaa myös nähneensä Seinäjoella erään potilaan saaneen olla kylvettäjä ja erään toisen potilaan ajaneen kanssapotilaidensa partoja. Seinäjoella Pekka ei nähnyt lämpömittaria käytettävän ollenkaan ja mainitsee ainoan lämpömittarin, jonka hän sairaalalla näki, sijainneen yllilääkärin asunnon ovenpielessä. (MKM 044.)

Pekka oli tietoinen Pitkänien sairaalassa 1900-luvun alussa ta-pahtuneista onnettomuuksista, joissa potilaat saivat palovammoja, kun

kylpyvettä lisättäessä lämminvesihana avattiin ensimmäisenä. Lääkintöhallitus antoiikin jo vuonna 1911 ohjesäännöt, joita tuli noudattaa kylpyhoidon yhteydessä. Potilas sai esimerkiksi laskeutua vain täysin sekoitettuun veteen, kylpyvettä lisättäessä kylmävesihana oli avattava ensin eikä veden lämpötila saanut kohota yli 36 asteen. Veden lämpötila oli aina mitattava lämpömittarilla. (Kaarninen & Kaarninen 1990.) Nämä lääkintöhallituksen ohjeet olivat esillä molemmissa sairaaloissa. Pekka kuitenkin kummasteli, miksi ohjeet olivat Hattelmalassa painettu niin pienellä ja sijoitettu niin korkealle, ettei kukaan nähnyt niitä lukea. (MKM 044–045.)

Myös kiede- eli käärehoidolla pyrittiin samantyyppiseen rauhoittavaan vaikutukseen. Kääreitä käytettiin sairaaloissa jo 1800-luvulla, mutta varsinaisesti ne yleistyivät hoitomenetelmänä piirimielisairaaloiden myötä. Se, ettei Pekka nähnyt eikä edes kuullut kieteitten käytöstä Seinäjoella (MKM 096), kertoo siitä, että hän oli sairaalan rauhallisimmilla osastoilla. Seinäjoella nimittäin käytettiin kiedehoitoa jopa niin paljon, että esimerkiksi Kellokosken sairaalassa käärehoitoa alettiin kutsua Seinäjoen sairaalan ylilääkärin mukaan Punttilan kieteiksi (Raitasuo 1996).

Muistelmassaan Pekka sen sijaan kertoo kääreiden käytöstä Hattelmalassa. Pekka kirjoittaa käärehoidosta hyvin negatiiviseen sävyyn ja nostaa useita hoidossa esiintyneitä epäkohtia. Pekan onnistui lainata eräältä harjoittelijalta Martti Kailan *Mielitaudit*-oppikirjan (1935), josta hän jäljensi käärehoitoa koskevia ohjeita. On toki luultavaa, että hän myös hankki kirjan myöhemmin sairaalasta päästyään, sillä hänen kirjauksensa hoidon kulusta ovat erittäin tarkat.¹⁸ Pekka kertoo kiedehoidosta käyttäen sanasta sanaan Kailan kuvausta:

Kokokääreitä käytetään nykyään hyvin harvoin. Kääreisiin ei ketään potilasta saa asettaa ilman lääkärin nimenomaista määräystä, koska potilaalla saattaa olla sydäntauti, tai muu ruumiillinen sairaus, mikä estää kääreiden käytön. Kääreisiin kietominen tapahtuu seuraavalla tavalla: Vuoteessa kääritään peite jalkopäähän, tyyny

¹⁸ Pekka hankki itselleen myös Seinäjoen sekä Hämeen piirimielisairaalan vuosikertomuksia, joita hän käytti muistinsa tukena (MKM 135).

poistetaan, asetetaan huopa poikittain vuoteen jalkopäähän, tämän päälle pääpuoleen poikittain toinen ja pitkittäin kolmas huopa. Sitten kastetaan kolme lakanaa (mieluummin karkeahkoja) kylmässä vedessä ja kierretään mahdollisimman kuiviksi. Nämä asetetaan huopien päälle: ensimmäinen pitkittäin toinen jalkopäähän poikittain. – – potilas riisutaan ja häntä kehoitetaan asetettumaan selälleen vuoteeseen märän lakanan päälle. Ensin kääritään molemmat kädet ja yläruumis, sitten molemmat jalat erikseen ja vielä kolmas lakana ympäri koko ruumiin. Nyt tulee huopien vuoro päinvastaisessa järjestyksessä. Lopuksi kiinnitetään huovat noin 15–20 cm pituisilla nyörinpätkillä, jotka äimäneulan avulla pistetään huovan läpi. Nyörit ovat vaarattomimpia kuin suuret lukkoneulat, joita ei pitäisi käyttää levottomilla osastoilla. Kääreisiin laittaminen tulee käydä nopeasti ja siinä pitää olla mukana vähintäänkin 2 hoitajatar-ta. Kun kääre on valmis, vedetään vuodehuopa peitteeksi, tyyny asetetaan potilaan pään alle ja otsalle pannaan kylmään veteen kas-tettu pyyheliina ja kehoitetaan potilasta nukkumaan. Kääreitä ei saa panna liian tiukalle, varsinkaan rinnan ja kaulan kohdalle. Kää-reissä olevaa potilasta on huolellisesti valvottava. (Sairas saa tavalli-sesti olla kääreissä korkeintaan 2 tuntia.) Potilas vapautetaan niis-tä, pyyhitään nopeasti pesuspriitä käyttäen ja puetaan päälle kuiva, lämmin paita ja hänet asetetaan vuoteeseen. Kääreissä oleva potilas voi alkaa kovasti punottaa ja kasvoista kohota hikikarpaloita, jol-loin hänet vapautetaan kääreistä jo aikaisemmin. Kaulavaltimosta voi seurata kääreissä olevan potilaan sydämen toimintaa. (MKM 095–096; Kaila 1935, 110–111.)

Pekan kirjoitukset käärehoidosta ovat eräänlaisia todistajanlausuntoja: Kailan teksti muodostaa Pekalle lähtökohdan, johon hän peilaa niitä epäkohtia, joita käärehoidossa tehtiin. Kaikkiin hänen kirjoituksessaan esiin tuomiin hoitotapauksiin liittyy kaltoinkohtelua henkilökunnan ta-holta ja hän toteakin niiden poikenneen paljon Kailan tekstistä. Pekka näki kieteitä eli kapaloita, kuten hoitoa Pöllölässä kutsuttiin, käytettävän monta kertaa. Välillä hän sai katsella kapaloitua, välillä hänet käskettiin pois. Erään potilaan kohdalla hoitajatar nousi polvilleen potilaan rinnan

päälle ”rytkyttäen siinä ruumistaan, jotta kääre saatiin aika tiukalle”. Eräs halvaavaa tylsistymistä sairastanut potilas kertoi Pekalle, että häntä kapaloihin laitettaessa oli sairaalan ylihoitajatar seisonut vuoteen vieressä ja kehottanut laittamaan kapaloita vieläkin tiukempaan. Pekka myös kyseli muilta potilaita, oliko heitä tutkittu sairaalassa. Vastausten ollessa kielteisiä, korosti Pekka muistelmassaan sitä, ettei kääreitä saanut käyttää esimerkiksi sydäntautia sairastavalla potilaalla. (MK 094–096.) Kailan kehoitus ja Pekan huolestuminen oli aiheellista: Siilinjärven piirimielisairaalassa kuoli vuonna 1953 potilas kääreistä aiheutuneeseen lämmön nousuun. Potilaan kuolinsyyksi ilmoitettiin keuhkokuume. (Rissanen 2019b.). Ongelmalliseksi Pekka koki myös sen, että Hattelmalassa käytettiin neuloja eikä nyörejä. Eräs potilas olikin kertonut Pekalle, että kääreisiin laitettaessa pistettiin tarkoituksellisesti kylkeen. Potilaita ei aina valvottu eikä heitä joka kerta pyyhitty kääreistä päästyään. Pekka muistelee myös kuulleen, että kääreiden käyttö olisi kielletty. Aluksi Pekka luuli sairaalan ylilääkärin kieltäneen kääreiden käytön, mutta kun kääreitä yhä käytettiin, ajatteli Pekka sairaalan ylihoitajattaren antaneen luvan kääreiden käyttöön. (MKM 096–097.)

Kääreitä käytettiin myös rangaistuksena. Sairaalasta karanneita kiedottiin kapaloihin heti, kun heidät tuotiin takaisin sairaalaan. Samoin niskoittelevia potilaita laitettiin kääreisiin. Pekka kertoo esimerkkinä, kuinka aamusiiivouksesta poisjäänyt potilas osallistui yhteiseen tupakkahetken siivouksen jälkeen, vaikka sairaalan toimintatapojen mukaan hänellä ei olisi ollut tähän oikeutta. Samalla hän haukkui osastonhoitajattarta, mikä viimeistään johti kääreiden käyttöön. Pekkaa ei koskaan kapaloitu. Hän kyllä kerran kysyi lääkkeitä jakavalta osastonhoitajattarelta, mitä tämä sanoisi, jos Pekka työntäisi lääketarjottimen kaikki lääkelasit lattialle. ”Pääsisitte kapaloon”, kuului vastaus. Tämä oli Pekalle selvä osoitus siitä, että kieteet olivat rangaistus- ja hallintakeinoja, eivät hoitoa. (MKM 094; 098; 102.)

Pekka kirjoittaa myös eristyksestä ja sen käytöstä sairaaloissa. Pöllössä eli Hattelmalassa eristysuhuone oli levottomilla osastoilla ja siitä käytettiin nimitystä ”karhun koppi”. Koppiin joutui esimerkiksi voimakkaasta kiroilusta. Koppiin joutuminen ei edellyttänyt henkilöihin kohdistuvaa ja kajoavaa väkivaltaa, vaan vaikkapa ikkunaruuudun tai kukkamal-

jakon rikkominen riitti syyksi. Koppiin saattoi joutua myös kapaloituna. (MKM 107–108.)

Suomalaisten mielisairaaloiden pääasiallinen hoitomuoto ennen Cardiazol- ja insuliinisokkihoitojen alkamista pääosin vuodesta 1937 alkaen oli työhoito. Työnteolla on suomalaisen laitoshoidon historiassa vankka asema ja kunnalliskodissa käytetty potilaiden työn hyödyntäminen omittiin myös mielisairaaloihin. Terapiaa työhoidosta tuli 1920-luvun puolivälissä, jolloin saksalaisen psykiatrin Hermann Simonin ”aktiivinen tai Simonin tehokkaampi työterapia” otettiin käyttöön jokaisessa sairaalassa. Sairaalat sijaitsivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta maatiloilla, joissa potilaiden työn hyödyntäminen oli helpointa. (Gisjwift-Hofstra 2005; Pietikäinen 2013; Ernst 2016; Rissanen 2019a.)

Miesten ulkotyöt koostuivat maa- ja metsätaloustöistä. Potilaat kylvivät ja korjasivat heinät ja viljat sekä huolehtivat juurespelloista. Miehet tekivät myös lumitöitä sekä niittivät heiniä sairaalan nurmikentiltä. Myös naiset osallistuivat pelto- ja juurespeltotöihin. (Rissanen 2019a.) Pöllölässä yhden potilaan tehtävänä oli tumppien kerääminen, toisen ruohon niittäminen sairaalan pihamaalta ja kolmannen ruohon leikkaaminen puutarhasaksilla käytävän reunoilta. Pekka piti näitä tehtäviä turhina, sillä miehet joutuivat tekemään töitä tylsillä viikatteilla ja saksilla. ”Oli sekin hommaa”, kuuluu Pekan toteamus näistä tehtävistä. (MKM 055.)

Sisätyöt koostuivat osastojen ja sairaalarakennusten siivoustöistä sekä erilaisista keittiöaskareista. Käsityöt olivat vielä erikseen ja ne koostuivat pienten talous- ja tarvekalujen valmistamisesta, erilaisten puu- ja kangastöiden tekemisestä sekä kutomisesta ja neulomisesta. (Rissanen 2019a.) Pekka teki sisätöitä ja tutustui samalla laajaan potilasjoukkoon. Osa potilaista teki erikoistöitä, jotka ylilääkäri oli luottanut heidän tehtäväkseen. Pekka kertoo miehestä, joka teki sairaalan kaikki uudet juuriharjat ja patasudit sekä juuritti uudestaan täysin kuluneet entiset. Pöllölässä oli ainoastaan yksi potilas, joka sai käyttää mustetta. Hänen tehtävänään oli tekstata potilaiden nimet vaatehuoneen naulakoihin. Sairaalassa oli myös sepäksi opiskellut potilas, joka teki sairaalan pienet sepäntyöt. Seinäjoelta löytyi myös saunanlämmittäjä sekä lääkärin postin kuljettaja. (MKM 031–032; 036; 058; 091.) Pekka toimi Pöllölässä oman osaston-

hoitajattarensa oikeana kätenä toimitellen asioita ja tehden pikkuaskaareita. Pekka kirjoittaa jopa toimineensa hetken osaston hoitajana, kun ainoa osastolla ollut hoitaja joutui käymään toisella osastolla. Lähtiesään hoitaja oli sanonut Pekalle, että tämän piti huolehtia osastosta. Pekka hoiti oman huoneensa siivouksen sekä omien nappiensa ompelelun. Pekka osallistui myös osaston pölyjen pyyhintään, pöytäliinojen asetteluun ruokapöydille sekä ruokailussa käytettyjen lusikoiden kattamiseen. Keskiviikkoisin hän osallistui pyykkien lajitteluun. Kerran hän aukoi kiinni liimautuneita kirjansivuja puuveitsen avulla. (MKM 062; 085; 105–106; 136–138.)

Pöllölässä työintoa pidettiin yllä tupakalla, jonka polttamisesta sairaalan ylihoitajatar oli kirjoittanut kaikille osastolle oman ”asetuksensa”. Sen mukaan vain työtä tekevät saivat polttaa. Tupakkatunti, joka tosiasiassa kesti Pekan mukaan vain noin viisi minuuttia, oli kaksi kertaa päivässä aamusiivouksen päätyttyä ja päiväsiivouksen jälkeen. Jos osastolla oli lattioiden vahauspäivä, saivat siihen osallistuneet iltapäivällä ylimääräisen tupakan. Parhaiten kunnostautuneille potilaille annettiin kaksi tupakkaa ja muille yksi. Vaikka potilas olisi polttanut omia tupakoitaan, määrä oli sama. Osastoilla ei ollut erityisiä tupakkahuoneita, joten potilaat polttivat käytävällä, jonka ikkunoita pidettiin auki ja sopivalla tuulella kaikki savu pöllähti takaisin osastolle. (MKM 099; 105.) Tupakan ja tupakoinnin merkitys mielisairaanhoidossa on kiistaton. Tupakasta kerrottiin monessa keruuseen lähetetyssä kirjoituksessa (ks. esim. MKM 255; 327; Heimonen tässä teoksessa) ja usein nekin potilaat, jotka eivät sairaalaan mennessään polttaneet, tuntuivat oppineen tuon taidon muilta potilailta. Tupakointi rytmitti sairaaloiden päiväohjelmaa ja se tarjosi potilaille väylän sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tekemistä sekä ajankulua toimettomuuden rinnalle. (Eskelinen 2015, 168–171.)

Pekan tulkinnan mukaan työhoito oli yksipuolista ja tylsistyttävää. Hän kommentoi asiaa siteeraamalla Pöllölän vuosikertomuksessa toistuvaa fraasia: ”Työskentelyhoito on edelleenkin ollut pääasiallisempina hoitomuotona ja on sitä koetettu käyttää niin laajassa mitassa ja monipuolisesti kuin mahdollista.” (KA Lääkintöhallitus Ebg:13.) Perään Pekka jatkaa: ”Minä voin lisätä: Eikä juuri mikään muu.” (MKM 055.) Myöhemmin hän myös toteaa: ”Siinä se ainoa mielenparannuskeino, mutta

se ei ollut ollenkaan monipuolista, vaan mahdollisimman yksipuolista, joka vain yhä tylsistyi.” (MKM 113.)

Vaikka Pekka ei sitä suoraan mainitse, tulee kirjoituksesta esille myös se, ettei hän saanut mielestään mitään hoitoa. Tosin, koska Pekka ei mielestään ollut sairas, ei hän liene odottanutkaan sitä. Hän toivoi hoitoa ainoastaan jalkojensa verisuonten kovettumiin. Pekka tuo kirjoituksessaan esille sen, ettei häntä Hattelmalassa edes kunnolla tutkittu saati sitten hoidettu. Lääkkeeksi hän sai lysiiniä, johon oli lisätty jodia, mutta sitäkin mielestään liian vähän ja vain lyhyinä kuureina. (MKM 097; vrt. Suvisaari ja muut 2019.)

Dementia senilis -diagnoosin saaneiden potilaiden pääasialliset hoitomuodot 1930-luvulla olivat kylpy- ja käärehoidot, vuodehoito sekä työ, mikäli heidän fyysinen kuntonsa salli työn tekemisen. Kylpyjä käytettiin usein epäsiisteillä potilailla ja kääreillä yritettiin rauhoittaa sairauteen liitetyistä voimakkaista harhoista kärsiviä. Harjamäen sairaalan potilasarkistossa on säilynyt kolme 1930-luvulla potilaana olleen *dementia senilis* -potilaan potilaskertomusta. Potilaista kaksi oli naisia. Kaikki olivat tehneet sisätöitä osastolla sekä olleet askartelussa. (HSA 26/1932; HSA 34/1935; HSA 46/1936.) Vanhimman, vuonna 1932 sisälle tulleen potilaan kunto huononi kahden sairaalassaolovuoden jälkeen ja menetettyään liikuntakykynsä hän joutui välillä makuuhaavojen vuoksi ammehoitoon. Naispotilas kuoli vuoden 1935 loppupuolella. (HSA 26/1932.) Toiset kaksi saivat välillä päivisin rauhoittavia lääkkeitä kuten kalsiumbromidia sekä unilääkkeenä sulfonaalia iltaisin. Kylpyjä tai kiedehoitoja ei näille potilaille annettu. Ilmeisesti potilaiden kunto koheni sairaalassa tarpeeksi ja he rauhoittuivat, koska molemmat pääsivät vuoden 1937 loppupuolella kotiin merkinnällä ”parempia”. (HSA 34/1935; HSA 46/1936.)

Edellä kuvatut hoitomuodot ja niiden toteuttaminen sairaaloissa saivat Pekan pohtimaan ironisesti sitä, miksi sairaalaa kutsutaan sairaalaksi, vaikka siellä tarjottava hoito ei ollut asianmukaista vaan pakkokeinojen käyttämistä. Hän puntaroi useaan otteeseen mielisairaalan merkitystä ja hoitohenkilökunnan käytöstä:

Siitäkin erikoisia laitoksia, että kun hoitajattaret aamulla tulevat, eivät he hyvää päivää toivota, eikä illalla hyvästi sano ja tohtorit ovat samanlaisia. Kun ennen tuli, vaikka kuinka korkea upseeri sotajoukkoa tarkastamaan, niin hän tullessaan karskisti karjaisi: ”Hyvää päivää pojat”. Ja siihen oli opetettu vastaamaan.

Mielisairaalat eivät siis ole hyvään tapain kasvatustilaitoksia. Eikä kapaloimisiakaan niissä toimiteta terveydellisistä syistä, eikä hyvään tapain saamiseksi, mitäs niistä, vain yksinomaan rangaistukseksi. Jos kapaloimiset olisi tarpeellisia terveydellisistä syistä ja hyvään tapain saamiseksi, niin kaikkia näissä vapaissa oloissa olevia ihmisiä pitäisi ahkerasti kapaloida aina 50 vanhaan asti. Eikä yksikään lääkäri, sairaanhoitajatar, eikä pappikaan saisi jäädä ilman. (MKM 125.)

Pekka toteaa mielisairaaloiden olleen monessa suhteessa vankilamaisia (MKM 085) ja ihmettelee, miksi mielisairaalat olivat niin valonarkoja ja julkisuutta pelkääviä, ettei edes harjoittelija saanut arvostella taloa ja sen käytänteitä. Pekka arvelee tämän johtuneen siitä, että sairaalat olivat niin kurjia paikkoja ja niissä selvästi harjoitettiin mielivaltaa. (MKM 098; ks. myös Maanmieli 2018; Heimonen ja Maanmieli tässä teoksessa.) ”Eivät mielisairaalat sairaaloita olekaan, eivät missään merkityksessä. Ne ovat ainoastaan yhteiskunnallisen roskan huonoja kaatopaikkoja”, kuuluu Pekan ajatus kirjoitelman loppupuolella. (MKM 128.)

Epäkohdasta toiseen

Pekan yli 120 sivua pitkä muistelukertomus suomalaisesta mielisairaanhoidosta 1930-luvulla on lähdemateriaalina harvinainen, sillä se tuo mielisairaanhoidon historiaan niitä potilaan ääniä, jotka siitä suurimmaksi osaksi ovat jääneet puuttumaan. Laitosten historiikit vilisevät sairaaloiden hallintoon osallistuneiden kuntien edustajien, hoitohenkilökunnan ja talousvirkeilijöiden nimiä sekä kuvia. Niiden ihmisten, joita varten sairaalat rakennettiin, osana on kuitenkin ollut jäädä tallennuksen ja tutkimuksen katveeseen. Pekan ilmeisesti 1940- ja 1950-luvulla kirjoit-

tama teksti onkin arvokas lähde, joka tuo tutkijoiden tulkittavaksi kovin erilaisen kuvan mielisairaanhoidosta kuin mitä virallinen historia on osannut tai halunnut välittää.

Pekka vietti kahdessa mielisairaalassa kaikkiaan 911 vuorokautta 1930-luvun puolivälin molemmin puolin. Pekka ei kokenut itseään sairaaksi ennen sairaalaa eikä sinne joutumisen jälkeen, vaan hän tunsi suurta katkeruutta niitä tahoja kohtaan, jotka hänet sinne lähettivät. Mielisairaalaan joutuminen oli kirjoituksen perusteella valtava häpeä entiselle suurtalon isännälle, joka oli kouluttautunut maatalouskoulussa ja osallistunut kunnan hallintoon. Pekan mukaan hän ei itse ollut osallinen tämän häpeän tuottamiseen.

Sairaalassa Pekka säilytti aiempaa arvovaltaisen maatalon isännän identiteettiään mahdollisuuksien mukaan. Hänen onnistui kohota luottopotilaaksi, joka sai erilaisia etuoikeuksia. Alussa hän käveli ainoana potilaana hoitajattarien kanssa ja lopulta hän sai vielä tuolloin harvinaisen vapaakävelyoikeuden. Pekan kävelyretket suuntautuivat paitsi sairaaloiden maatiloille myös läheisille viljelysaloille. Kirjoituksesta välittyy kuva sairaalan maanviljelyksen tilaa kriittisesti tarkastelevasta isännästä, joka olisi koulutuksensa ja kokemuksensa vuoksi tehnyt kaiken paremmin. Hänen roolinsa sairaalassa oli kaksijakoinen: yhtäältä hän nautti monista etuoikeuksista, joita hän tosin pitää itsestäänselvyytenä, toisaalta hän esiintyy potilaiden puolestapuhujana. Pekka vaikuttaa pitäneen itseään muita potilaita ylempiarvoisena, mutta luultavammin juuri tämä mahdollistaa sen, että hän haluaa esiintyä potilaiden puolestapuhujana. Se sopii hyvin maaseudulla vielä 1900-luvun alkuvuosikymmeninä ilmentyneeseen ajatukseen isännän vastuusta yhteisön eli pientilallisten että palkollisten hyvinvoinnista.

Monissa muistelukirjoituksen kohdassa Pekka esiintyy tarkkailijana, jonka tarkat silmät ja korvat vaikuttavat havaitsevan kaiken, mitä sairaalassa tapahtuu. Mies kulki tarkastelemassa peltoja ja kuuntelemassa osastojen ääniä sairaalarakennusten ulkopuolella ja potilaiden sekä henkilökunnan kommunikaatiota osastojen käytävillä ja päiväsaleissa. Hän tarkkaili sairaalan ilmoitustauluja, pyrki lukemaan kaiken mahdollisen ja esitti henkilökunnalle ovelia kysymyksiä selvittääkseen, miten he huijasivat potilaita.

Laaja kirjoitus voidaan nähdä muistelmana, jossa Pekka käsittelee mielisairaalassa viettämäänsä aikaa. Samalla se on erittäin painokkaasti todistus ja milteipä julistus mielisairaanhoidon epäkohdista ja potilaiden, varsinkin Pekan, väärinkohtelusta. Pekka mainitsee kirjoituksensa olevan rikosromaani. Hän rakentaa kertomuksensa kertomalla, mitä sairaalassa on tehty ja tapahtunut ja sitten hän kirjaa, erityisesti käärehoidon kohdalla, miten asia säädösten mukaan olisi tullut hoitaa. Pekka myös kyseli muilta potilaita heidän kokemuksiaan tehden samalla ikään kuin tutkimusta sairaalan tilanteesta. Näitä potilaskokemuksia hän käyttää todistusaineistona sairaaloiden ja ylipäätään koko mielisairaanhoidon väärinkäytöksistä.

On epäselvää, kenelle Pekka kirjoituksena kirjoitti. Hän mainitsee Aino Mannerin vuonna 1935 ilmestyneen teoksen *Viesti yöstä*, mutta sävyltään Pekan teksti eroaa siitä suuresti. Luultavammin Pekka tarkoitti muistiinpanonsa ainakin mielisairaanhoidosta vastaavien hallintovirkamiesten, lääkärikunnan sekä muun henkilökunnan luettavaksi. Pidän kuitenkin mahdollisena, että hän olisi halunnut kirjoituksensa julkais-tavan myös laajemmalle lukijakunnalle.

Muistelukirjoituksessa mielisairaanhoidon näyttäytyy hyvin negatiivisessa valossa. Sairaalat ja niiden tilat ovat toimimattomia sekä potilas-huoneet levottomia ja liian suuria. Sairaalan päivärätmi oli ehdotto-muudessaan ahdistava. Sairaalaruoka oli huonoa ja osin jopa syömä-kelvotonta, eikä se maistunut juuri muulle kuin suolalle. Eniten Pekkaa ärsytti se, miten yhteydenpitoa ulkomaailmaan rajoitettiin. Kirjeisiin kajoaminen eli niiden takavarikoiminen, avaaminen ja lukeminen oli miehestä sietämätöntä. Tähän seikkaan hän palaa kirjoituksessaan lu-kuisia kertoja.

Suurimmat epäkohdat ovat kuitenkin henkilökunnan käyttäytymises-sä. Pekan kirjoituksessa suurin osa henkilökunnasta on toimeensa sopi-mattomia ihmisiä, jotka puijaavat, valehtelevat ja naureskelevat potilaiden kustannuksella. Hoitajien kielenkäyttö oli paikoin asiatonta ja potilaat joutuivat Pekan kirjoituksen mukaan kokemaan sekä henkistä että fyysis-tä väkivaltaa. Pekka koki, että suurin osa henkilökunnasta oli julmia ja sopimattomia työhönsä. Pekan tulkinnan mukaan nämä epäkohdat joh-tuivat osin henkilökunnan luonteesta, osin puutteellisesta koulutuksesta.

Pekka kritisoi voimakkaasti myös hoitoja, jotka hänen mielestään eivät olleet hoitoja lainkaan. Kiedehoito vaikutti lähinnä vallankäytöltä ja työhoito yksipuoliselta ja tylsistyttävältä. Pekka itse ei muistelukirjoituksen mukaan saanut minkäänlaista hoitoa, mutta toisaalta hän ei sitä tarvinnutkaan, koska ei mielestään ollut sairas. Kertaakaan Pekka ei mainitse sitä, että joku olisi hyötynyt hoidoista. Kuitenkin esimerkiksi työhoidolla on mielisairaaloissa ympäri maailmaa ollut erittäin merkittävä vaikutus potilaiden kuntoutumiseen.

Pekan muistelukirjoitus on erittäin kriittinen, tuomitseva ja ehdoton, ja se kuvastaa osaltaan sitä katkeruutta, jota Pekka tunsikin mielisairaala-aikaansa kohtaan. Merkittävää kuitenkin on, että tekstistä on havaittavissa paljon samanlaisia seikkoja ja kysymyksiä esimerkiksi potilaiden oikeuksista, hoitokeinojen sopivuudesta sekä henkilökunnan asenteesta potilaita kohtaan, jotka ovat puhuttaneet potilaita ja omaisia sekä nousseet julkisen keskustelun kohteeksi vielä 2000-luvullakin. Pekan kertomuksessa, joka on vanhin keräykseen lähetetty teksti, on paljon samanlaista ironiaa, sairaalan arkea ja hoitohenkilökunnan epäeettisyyttä ruotivaa otetta kuin uusimmassa 2010-luvulla kirjoitetussa tekstissä. Se on runomuotoinen sairaalasta käsin lähetetty teksti, jossa kirjoittaja kertoo esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksista, hoitajien ala-arvoisesta vitsailusta potilaiden kustannuksella sekä sairaalan vankilamaisuudesta. Potilas on otsikoinut tekstinsä ”Kuin vankila”:

Kun ensimmäisellä kerralla
olin mielisairaalassa
tunsin olevani pahemmassa
paikassa kuin vankila on.
Odotin ikävöiden seuraavaa
ruokailua, nukkumaanmenoa...
Lääkärinaika saattaisi antaa toivoa.
Olisipa vessahätä, niin olisi
jotain tekemistä (MKM 454–469)

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

Kansallisarkisto (KA)

Lääkintöhallitus V osasto: Lääkintöhallitukselle saapuneet mielisairaaloiden ja kaatumatautihoitoloiden vuosikertomukset:

Ebg:9 Seinäjoen piirimielisairaalan ja kaatumatautiosaston vuosikertomukset 1930–1949.

Ebg:13 Hämeen piirimielisairaalan vuosikertomukset 1932–1949.

Harjamäen sairaalan arkisto (HSA)

Cf:1–3 Harjamäen sairaalan säännöt.

Potilaskertomukset 1926–1989.

JULKAISTUT LÄHTEET

Asetus 270/1929 = Asetus kunnalliselle mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille sekä tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksestä 270/1929, 31.5.1929.

EU 2016/679 = Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EU) 2016/679, yleinen tietosuoja-asetus.

Henkilötietolaki 523/1999.

Julkisuuslaki 621/1999.

Kielitoimiston sanakirja 2021. [verkkoinaisto] Kotimaisten kielten keskus, Helsinki.

<https://www.kielitoimiston-sanakirja.fi>. Päivitettävä julkaisu, päivitetty 11.11.2021. Viitattu 11.8.2022.

Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksestä 269/1929.

ALKUPERÄISLÄHTEENÄ KÄYTETTY KIRJALLISUUS

Kaila, Martti 1935: *Mielitaudit*. Sairaanhoidajattarien oppikirja IX. WSOY, Porvoo.

Kinnunen, Lyly 1939: *Mielisairaanhoido*. Yhteensidottu: Kaila, Martti *Mielitaudit*. Toinen, uudistettu painos. Sairaanhoidajattarien oppikirja IX. WSOY, Porvoo.

Latvala, Laura 1964: *Tuulien talo. Sairaalapäiväkirja*. WSOY, Porvoo.

Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Porvoo.

Neuman-Rahn, Karin 1927: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.

Rantoja, Waldemar 1948: *Seinäjoen piirisairaala 1923–1948. Kaksikymmentäviisivuotiskertomus*. Seinäjoen piirisairaala, Tampere.

- Roiha, Joh. A. 1942: *Kylpy- ja vesihoidon opas. Koteja varten*. Gummerus, Jyväskylä.
- Räsänen, Hilma 1932: *Hermomme ja kohtalomme*. WSOY, Porvoo.
- Sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII 1940: *Mielisairaalat ja vajaamieliset. De sinnesjuka och intellektuellt defekta*. Sosiaaliministeriö, Helsinki.
- Teräksinen, A. 1933: *Seinäjoen piirisairaalat 1923–1932. Kymmenvuotiskertomus*. Kustantaja tuntematon, Helsinki.

TUTKIMUSKIRJALLISUUS

- Achté, Kalle 1991: *150 vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Klaukkala.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta 2006: *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själo hospital 1889–1944*. Åbo Akademi, Turku.
- Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi 2013: Degeneraatio ja modernisoituva Suomi. Sairauden kulttuuristen merkitysten äärellä. *Kulttuurintutkimus* 20: 2, 3–15. Saatavissa: [https://kulttuurintutkimus.fi/artikkelit-pdf/KT_2-2013_3-15_DeGeneraatio_ja_modernisoituva_Suomi.pdf](https://kulttuurintutkimus.fi/artikkelit-pdf/KT_2-2013_3-15_Degeneraatio_ja_modernisoituva_Suomi.pdf). Viitattu 14.9.2019.
- Cubitt, Geoffrey 2007: *History and memory*. Manchester University Press, Manchester.
- De Baets, Antoon 2008: *Responsible History*. Berghahn Books, New York.
- Douglas, Mary 1966/2002: *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge, Abingdon.
- Eilola, Jari 2017: Kohti tulevaisuuden etiikkaa. Teoksessa: Lindman, Satu – Koskivirta, Anu – Eilola, Jari (toim.) *Historiantutkimuksen etiikka*. Gaudeamus, Helsinki, 223–232.
- Enges, Pasi – Mahlamäki, Tiina – Virtanen, Timo J. 2015: Arki, juhla ja pyhä. Teoksessa: Kouri, Jaana (toim.) *Askel kulttuurien tutkimukseen*. Turun yliopisto, Turku, 61–82.
- Enges, Pasi – Heimo, Anne – Mahlamäki, Tiina – Virtanen, Timo J. 2015: Tila, paikka ja ympäristö. Teoksessa: Kouri, Jaana (toim.) *Askel kulttuurien tutkimiseen*. Turun yliopisto, Turku, 133–150.
- Ernst, Waltraud 2016: Introduction. Therapy and empowerment, coercion and punishment. Historical and contemporary perspectives on work, psychiatry and society. Teoksessa: Ernst, Waltraud (toim.) *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015*. Manchester University Press, Manchester, 1–30.
- Eskelinen, Saana 2015: Tupakoinnin merkitys mielisairaanhoidossa. Teoksessa: Vataja, Risto – Kontio, Raija – Laaksonen, Timo (toim.) *Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu. 1910–2015: sata vuotta*. Kellokosken sairaala, Kellokoski, 168–171.
- Fingerroos, Outi – Riina Haanpää 2006: Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heino, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 25–49.
- Fingerroos, Outi – Ulla-Maija Peltonen 2006: Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heino, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 7–24.
- Foucault, Michel 1980: *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972–1977*. Edited Colin Gordon. The Harvester Press, Brighton.

- Gadamer, Hans-Georg 2004: *Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofassa*. Valikoiden suomentanut Ismo Nikander. Vastapaino, Tampere.
- Geertz, Clifford 1973: *The interpretation of cultures. Selected essays*. Basic Books, New York.
- Gijswijt-Hofstra, Marijke 2005: Within and outside the walls of the asylum. Teoksessa: Gijswijt-Hofstra, Marijke – Oosterhuis, Harry – Vijsselaar, Joes – Freeman, Hugh (toim.) *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 34–72.
- Goffman, Erving 1997: *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista*. Toinen painos. Suomentaneet Auli Tarkka ja Riitta Suominen. Mielenterveyden keskusliitto, Riihimäki. Englanninkielinen alkuperäisteos 1961.
- Hakosalo, Heini 2021: The ill(s) of the nation. The experience of tuberculosis in Finland from the 1920s to the 1970s. Teoksessa: Kivimäki, Ville – Suodenjoki, Sami – Vahtikari, Tanja (toim.) *Lived nation as the history of experiences and emotions in Finland, 1800–2000*. Palgrave Macmillan, Basingstoke. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-69882-9>
- Hall, Stuart 1997: The work of representation. Teoksessa: Hall, Stuart (toim.) *Representation. Cultural representations and signifying practices*. SAGE Publications, London, 13–64.
- Harenko, Aarno 1996: Lääkkeiden käyttö psykiatriassa ennen klooripromatsiinia. Teoksessa: Elomaa, Eero – Taipale, Ilkka (toim.) *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki, 23–27.
- Harjula, Minna 2015: *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkinen, Susan 2020: *Pullopastia Seilin saarelta. Potilas numero 43*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Heinonen, Visa 2007: Kotitalous mikroskoopin alla. Teoksessa Häggman, Kai – Kuisma, Markku – Markkola, Pirjo – Pulma, Panu – Kuosmanen, Riitta-Liisa – Forslund, Ritva – Mäkinen, Anssi (toim.) *Suomalaisen arjen historia 3. Modernin Suomen synty*. WSOY, Helsinki.
- Helsingin kaupunginkirjasto 2017: *Mikä on neliäläshoito?* [verkkokoaineisto]. Saatavissa: <http://www.kysy.fi/kysymys/mika-on-neliäläshoito>. Viitattu 10.4.2019.
- Hirvonen, Helena 2003: Hourukuuri mieleltänsä yiallisille. Suomalaista mielisairaanhoidtoa 1800-luvun lopulta vuoteen 1930. Teoksessa: Hirvonen, Helena (toim.) *Decursus morbi – taudin kulku. Näkökulmia terveyteen ja sairauteen kesijalta nykyaikaan*. Pohjois-Karjalan historiallinen yhdistys, Joensuu, 115–129.
- Hirvonen, Helena 2014: *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930*. Itä-Suomen yliopisto, Joensuu.
- Honkasalo, Marja-Liisa 2017: Kirjoituksia elämästä. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa – Koski, Kaarina (toim.) *Mielen rajoilla. Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 11–84.
- Honko, Lauri 2013: Four forms of adaption of tradition. Teoksessa: Hakamies, Pekka – Honko, Anneli (toim.) *Theoretical milestones. Selected writings of Lauri Honko*. Academia Scientiarum Fennica, Helsinki, 173–188.
- Hänninen, Sakari – Karjalainen, Jouko – Lahti, Tuukka 2006: Johdanto. Teoksessa: Hänninen, Sakari – Karjalainen, Jouko – Lahti, Tuukka (toim.) *Toinen tieto*. Stakes, Helsinki, 3–9.

- Hyväri, Susanna 2001: *Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita*. Vankeinhoidon koulutuskeskus, Helsinki.
- Hyväri, Susanna 2011: *Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan*. Kaksi potilastarinaa. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jätkeen*. Vastapaino, Tampere, 253–258.
- Hyvönen, Juha 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Jännti, Saara 2012: *Bringing madness home. The multiple meanings of home in Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Kaarninen, Mervi – Pekka Kaarninen 1990: *Pitkäniemen sairaala 1900–1990*. Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto, Pitkäniemi.
- Kalela, Jorma 2002: *Historiantutkimus ja historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Kalela, Jorma 2012: *Making history. The historian and uses of the past*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Kauranen, Kaisa 2009: *Menneisyyden muistamisen kirjo*. Teoksessa: Kauranen, Kaisa (toim.) *Työtä ja rakkautta. Kansanmiesten päiväkirjoja 1834–1937*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 6–21.
- Keravuori, Kirsi 2017: *Saaristolaisia. Elämä, arki ja vanhemmuus laivuriperheen kirjeenvaihdossa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Kinnunen, Anna 2018: (Epä)normaali vanhuus. Poikkeavan ikääntymisen rajankäynti 1930-luvun mielisairaalapotilaiden omaisten tulkinnoissa. *Kulttuurintutkimus* 35: 3–4, 19–33. Saatavilla: <https://journal.fi/kulttuurintutkimus/article/view/83626>. Viitattu 3.12.2019.
- Kivimäki, Ville 2019: *Reittejä kokemushistoriaan. Menneisyyden kokemus yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksessa*. Teoksessa: Annola, Johanna – Kivimäki, Ville – Malinen, Antti (toim.) *Eletty historia. Kokemus näkökulmana menneisyyteen*. Vastapaino, Tampere, 9–38.
- Korkiakangas, Pirjo 2006: *Etnologisia näkökulmia muistiin ja muisteluun*. Teoksessa: Finngerros, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 120–144.
- Koselleck, Reinhart 2004: *Futures past. On the semantics of historical time*. Kääntänyt Keith Tribe. Columbia University Press, Irvington. Saksankielinen alkuteos 1979.
- Kotkavirta, Jussi 2002: *Kokemuksen ehdot ja hahmot. Kritik der reinen Vernunft ja Phänomenologie des Geistes*. Teoksessa: Haaparanta, Leila – Oesch, Erna (toim.) *Kokemus*. Tampereen yliopisto, Tampere, 15–36.
- Kraatari, Vappu – Vähä, Eero 1975: *Oulun keskusmielisairaala 1925–1975. Viisi vuosikymmentä järjestelmällistä mielisairaanhoidoa Oulun ja Lapin lääneissä*. Oulun mielisairaanhoidon kuntainliitto, Oulu.
- Kuuva, Sari 2018: *Ruumiillinen tieto sairaalaympäristöissä. Valokuvia suomalaisista mielisairalahistoriikeista*. *Ennen ja nyt* 18: 4. Saatavissa: <https://journal.fi/ennenjanyt/article/view/108898>. Viitattu 12.8.2022.
- Launis, Kati – Tikka, Marko 2009: *Kokemuksen jäljillä*. Teoksessa: Launis, Kati – Tikka, Marko (toim.) *Työväki ja kokemus*. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki, 7–10.

- Lepola, Tapani 1976: *Harjamäen sairaala 1926–1976*. Harjamäen sairaalan kuntainliitto, Siilinjärvi.
- Leppälähti, Merja 2004: Hermeneutiikkaa suomeksi. *Elore* 11: 2. <https://doi.org/10.30666/elore.78480>
- Lähteenmäki, Maria 2000: Taudin merkitsemä pohjoinen perhe. Tuberkuloosin ehkäisy rahvaan elintapojen muokkaajana. Teoksessa: Oittinen, Riitta – Rahikainen, Marjatta (toim.) *Keulakuvia ja peränpitäjiä. Vanhan ja uuden yhteiskunnan rajalla*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki, 147–162.
- Maanmieli, Karoliina 2018: Suomalaiset käenpesät. Väkivallan metaforat ja traumakoemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psykoteraapia* 37: 1, 37–48.
- Markkola, Pirjo 1996: Marginaali historian keskipisteessä. Teoksessa: Peltola, Jorma – Markkola, Pirjo (toim.) *Kuokkavieraiden pidot. Historian marginaalista marginaalihistoriaan*. Vastapaino, Tampere, 7–22.
- Markkola, Pirjo 2008: Lähdekritiikki. Niin hiljaista ettei sitä huomaa. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsi – Löytty, Olli – Kinnunen, Merja (toim.) *Tutkijan kirja*. Vastapaino, Tampere, 168–177.
- Nikula-Baumann, Leena – Mäkelä, Simo 1983: Yksityissairaalat. Teoksessa: Achté, Kalle – Suominen, Jaakko – Tamminen, Tapani (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki, 353–356.
- Parpola, Antti 2013: *Toivo, häpeä: Psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki.
- Peltonen, Matti 1999: *Mikrohistoriasta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Peltonen, Ulla 2009: Rajaton kokemus. Näkökulmia toiseen tietoon. Teoksessa: Launis, Kati – Tikka, Marko (toim.) *Työväki ja kokemus*. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki, 10–26.
- Pietikäinen, Petteri 2007: *Neurosis and modernity. The age of nervousness in Sweden*. Brill, Leiden.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2019: Pity the poor patient. The indigent mentally ill in late 19th- and early 20th-century Finland. Teoksessa: Pietikäinen, Petteri – Vaczy Kragh, Jesper (toim.) *Social class and mental illness in Northern Europe*. Routledge, Abingdon, 19–37.
- Pietikäinen, Petteri 2020: *Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Polanyi, Michael 1983: *The tacit dimension*. Doubleday & Company, Garden City. Alkuperäis-teos 1966.
- Portelli, Alessandro 2006: Mikä tekee muistitietotutkimuksesta erityisen? Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 49–64.
- Pöysä, Jyrki 2010: Lähiluku vaeltavana käsitteenä ja tieteidenvälisenä metodina. Teoksessa: Pöysä, Jyrki – Järviuoma, Helmi – Vakimo, Sinikka (toim.) *Vaeltavat metodit*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Joensuu, 331–360.
- Pöysä, Jyrki 2015: *Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Joensuu.

- Raitasuo, Ilkka 1996: Kylpy- ja kiedehoidot. Teoksessa: Elomaa, Eero – Taipale, Ilkka (toim.) *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki, 41–44.
- Rissanen, Anu 2018: Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia*, 16: 31, 41–66. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201805302902>
- Rissanen, Anu 2019a: Treatment and rehabilitation: Patients at work in Finnish mental institutions. Teoksessa: Laine-Frigren, Tuomas – Eilola, Jari – Hokkanen, Markku (toim.) *Encountering crises of the mind: madness, culture and society, 1200s-1900s*. Brill, Leiden, 196–221.
- Rissanen, Anu 2019b: Veden merkitys mielisairaaloiden muuttuvissa hoitokulttuureissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 83–106. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Rosén, Helena 1991: Lapinlahden sairaalan rakennushistoriasta. Teoksessa: Achté, Kalle (toim.) *150 vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Nurmijärvi, 29–33.
- Saarikangas, Kirsi 2002: *Asunnon muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa*. Vastapaino, Tampere.
- Sarkio, Maria 2007: *Sairaanhoidtajaksi kasvattaminen. Sairaanhoidajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti*. Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitos.
- Seesmeri, Laura 2018: *Sauno itsellesi menneisyys. Kehollisuus osana muisteltua ja esitettyä kokemusta*. Suomen kansantietouden tutkijain seura, Joensuu.
- Sjö, Karoliina 2020: Päiväkirjakertomus (sairaasta itsestä) ja elämästä. Kirsti Teräsvuoren vuosien 1916–1918 päiväkirjojen äärellä. Teoksessa: Leskelä-Kärki, Maarit – Sjö, Karoliina – Lalu, Liisa (toim.) *Päiväkirjojen jäljillä. Historiantutkimus ja omasta elämästä kirjoittaminen*. Vastapaino, Tampere, 137–152.
- Sjö, Karoliina – Leskelä-Kärki, Maarit 2020: Päiväkirja, minus ja historia. Teoksessa: Leskelä-Kärki, Maarit – Sjö, Karoliina – Lalu, Liisa (toim.) *Päiväkirjojen jäljillä. Historiantutkimus ja omasta elämästä kirjoittaminen*. Vastapaino, Tampere, 11–38.
- Smith, Sidonie – Watson, Julia 2001: *Reading autobiography. A guide for interpreting life narratives*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Stark, Laura 2006: Kansallinen herääminen ja sosiaalinen nousu maaseudulla. Tuskaa ja toivoa varhaisissa omaelämäkertoissa. Teoksessa: Heisti, Hilikka – Stark, Laura – Tuomaala, Saara (toim.) *Modernisaatio ja kansan kokemus Suomessa 1860–1960*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 47–109.
- Suvisaari, Jaana – Eskelinen, Saana – Keinänen, Jaakko – Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki – Viertio, Satu 2019: Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. [verkoaineisto.] Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf. Viitattu 23.3.2021.
- Teräs, Kari 2011: Epäilystä vuoropuheluun. Muistelmateokset historiantutkimuksen aineistona. Teoksessa: Lakomäki, Sami – Latvala, Pauliina – Laurén, Kirsi (toim.) *Tekstien rajoil-*

- la. *Monitieteisiä näkökulmia kirjoitettuihin aineistoihin*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 181–201.
- Tontti, Jarkko 2004: Olemisen haaste. 1900-luvun hermeneutiikan päälinjat. Teoksessa: Tontti, Jarkko (toim.) *Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta*. Vastapaino, Tampere.
- Tuohela, Kirsi 2008: *Huhtikuun tekstit. Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Tuohela, Kirsi 2015a: Sielun ja mielen sairaus. Varhaiset psyykkisen sairastamisen omaelämäkerrat Suomessa. Teoksessa: Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi – Westerlund, Jasmine (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituvu Suomi*. Turun yliopisto, Turku, 195–232.
- Tuohela, Kirsi 2015b: The ordeal of the Soul. Ordinary People's Autobiographies of Mental Illness in Finland 1870–1936. Teoksessa Shands, Kerstin – Grillo Mikrut, Guilia – Pattnaik, Dipti – Ferrera-Meyers, Karen (toim.) *Writing the self. Essays on Autobiography and Autofiction*. Södertörn University Press, Södertörn 219–229.
- Tuohela, Kirsi 2020: ”Elämän takapihat” – mielisairaalapäiväkirjat ja historia. Teoksessa: Leskelä-Kärki, Maarit – Sjö, Karoliina – Lulu, Liisa (toim.) *Päiväkirjojen jäljillä. Historiantutkimus ja omasta elämästä kirjoittaminen*. Vastapaino, Tampere, 153–166.
- Tuovinen, Sirkka-Liisa 1990: *Kellokosken sairaala 1915–1990*. Kellokosken sairaala, Kellokoski.
- Tuovinen, Sirkka-Liisa 1999: *Pälksaari 1925–1945. Piirimielisairaala rajan tuntumassa – sairaala sodan jaloissa*. S. Tuovinen, Helsinki.
- Tuovinen, Sirkka-Liisa 2009: *Inhimillinen Nikkilä. Helsingin suuri mielisairaala Sipoossa 1914–1999*. Helsingin kaupungin terveyskeskus, Helsinki.
- Törrönen, Sirkka 1982: *Hattelmalan sairaala 1932–1982*. Etelä-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto, Hämeenlinna.
- Vahvaselkä, Veli-Pekka 1976: *Rauhan sairaala 1926–1976. 50 vuotta mielisairaanhoidoa Viipurin ja Kymen lääneissä*. Kaakkois-Suomen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto, Joutseno.
- Vainio-Korhonen, Kirsi 2017: Vastuullinen historia. Teoksessa: Lindman, Satu – Koskivirta, Anu – Eilola, Jari (toim.) *Historiantutkimuksen etiikka*. Gaudeamus, Helsinki, 29–47.
- Virkkunen Gia 2010: ”Köyhyydestä ei puhuttu, sitä vaan elettiin.” *Köyhyyden kokemus ja selviytyminen 1930-luvun pulan oloissa Suomen maaseudulla*. Suomalainen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Virta, Tove 2021: *Röster från Ekåsen. 100 år av berättelser från ett mentalsjukhus*. Västnyländska kultursamfundet, Karis.
- Vuorio, Kaija 2010: *Niuvu. Niuvanniemen sairaala 1885–1952*. Niuvanniemen sairaala, Kuopio.
- Walton, John – Brooks, James F. – DeCorse, Christopher R. N. 2007: Introduction. Teoksessa: Brooks, James F. – DeCorse, Christopher R. N. – Walton, John (toim.) *Small worlds. Method, meaning & narrative in microhistory*. School for Advanced Research Press, New Mexico, 3–12.

MUUT LÄHTEET

Sähköpostitiedonanto Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän arkistopäällikkö Hanna Toivoselta 1.9.2021. Kirjoittajan hallussa. Viitattu 2.9.2021.

”Me alistutaan, koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa” – Potilaiden muistoja pakkokeinoista, väkivallasta ja kaltoinkohtelusta

Karoliina Maanmieli

 <https://orcid.org/0000-0002-5157-6750>

Psykiatrisen hoidon arkeen kuuluu potilaiden toiminnan usein voimakaskin rajaaminen, jota useimmiten perustellaan turvallisuuden tai kuntoutukseen liittyvillä syillä. Näin hoitohenkilökunta joutuu jatkuvasti pohtimaan, mitkä ovat jokaiselle ihmiselle kuuluvat perusihmisoikeudet ja miten niitä voitaisiin noudattaa sairaalaolosuhteissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) vaatii jokaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon potilaalle oikeuden laadultaan hyvään hoitoon ja kohteluun, myös silloin kun hoidossa käytetään pakkokeinoja. Väkivallan käyttö on yksiselitteisen kiellettyä psykiatrisessa hoidossa (Mielenterveyslaki 1990), mutta niin potilaiden kuin muidenkin voi olla vaikeaa nähdä eroa pakkotoimien ja väkivallan välillä, koska molemmat voivat traumatisoida tai muuten vahingoittaa potilasta. Pakkokeinot, kuten erityis ja sitominen, voivat olennaisesti heikentää potilaan kokemaa hoidon laatua ja näyttäytyä potilaan näkökulmasta väkivaltana. Pakkokeinojen käyttöä valvoo Valvira. Potilaaseen kohdistuvien pakkotoimien ja rajoitusten on oltava aina lääketieteellisesti perusteltuja, jotta ne olisivat mielenterveys-

lain mukaisia. Niitä saa käyttää ainoastaan siinä määrin kuin potilaan sairauden hoito, hänen tai toisen henkilön turvallisuus tai muun edun turvaaminen sitä välttämättä vaatii. Mihinkään muuhun tarkoitukseen pakkotoimia ei saa käyttää, joten esimerkiksi sitomisen käyttäminen rangaistuksena on kiellettyä. Mielenterveyslaissa määritellään lisäksi, että toimenpiteet sekä rajoitukset on aina toteutettava potilaan ihmisarvoa kunnioittaen sekä mahdollisimman turvallisesti. (Mielenterveyslaki 1990.)

Tässä luvussa keskityn tarkastelemaan niitä Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaan -keruuseen lähetettyjä muistoja, joissa kuvataan potilaiden sairaalassa kokemia pakkokeinoja, väkivaltaa tai vallankäyttöä¹. Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan ”väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen”. Vallan sisällyttäminen määritelmään ”fyysisen voimankäytön” ohella laajentaa käsitystä siitä, mitä väkivalta on – se laajennetaan koskemaan tekoja, uhkauksia ja pelottelua, jotka johtuvat valtasuhteesta. Tietty käyttäytymistapa (esimerkiksi voimankäyttö psykiatrisessa hoidossa) voi joidenkin ihmisten mielestä olla hyväksyttävää. Sitä on kuitenkin WHO:n määritelmän mukaan pidettävä väkivaltaisena tekona, koska se aiheuttaa yksilölle terveydellisiä seuraamuksia. (Krug ja muut 2005.)

Tarkoitan tässä yhteydessä väkivallalla sekä fyysistä että henkistä väkivaltaa, jotka on perinteisesti erotettu toisistaan käsitteellisellä tasolla. Käytännössä ne kuitenkin esiintyvät usein toisiinsa sulautuneina. Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on kontrolloida ja alistaa. Henkinen väkivalta voi saada lukemattomia eri muotoja, mutta yhteistä niille on se, että ne vähentävät henkilön itsekunnioitusta, omanarvontunnetta ja tietoisuutta itsestään. (Perttu 2002,

1 Esittämäni pohdinta ei koske aineistoa kokonaisuutena vaan olen rajannut aineiston 45:stä potilaan kirjoittamasta muistosta pois kahdeksan muistoa, joissa ei käsitellä tämän luvun teemaa. Useimmat pois jätetyt tekstit ovat hyvin lyhyitä. Yhdessä otoksesta poisjättämässäni muistossa ei kuvata psykiatrista sairaalaa vaan lyhyitä jaksoja kriisiklinikalla.

41.) Henkilökunnan epäasiallisen tai uhkaavan käytöksen on todettu aiheuttavan potilaille ahdistusta sairaalahoidon aikana.²

Pyrin analyysini avulla hahmottamaan, millaisia kertomuksia potilaat kertovat pakon käytöstä ja väkivaltatilanteista. Millaisia tunteita ja vuorovaikutusta tilanteisiin liittyy? Selvitän myös, miten traumaattiset, keholliset kokemukset hahmottuvat muistoissa metaforisten ilmaisujen kautta.

Mielisairaaloihin liittyvät muistelurajoitukset valtavat osaltaan pakon käyttöön johtaneita tilanteita ja taustalla vaikuttavia hoitokulttuureja, jotka ovat muotoutuneet pitkän ajan kuluessa. Suurin osa keruuseen lähetetyistä muistoista on kerrottu tarinan muodossa, mutta joukossa on myös runoja ja piirroksia. Kertomusmuoto helpottaa hahmottamaan tapahtumien kronologiaa, niiden syitä ja seurauksia. Runomateriaali taas havainnollistaa tuntemuksia metaforisten kuvien, vertauksien ja tiivistymien kautta. (Kähmi 2015.)

Sekä runot että kertomukset ovat keskeisiä vuorovaikutuksen välineitä. Mielisairaalamuistoja kirjallisesti kertomalla voidaan jakaa ja tehdä ymmärrettäväksi kokemuksia, joista lähipiirin kesken, saati julkisesti, on saattanut olla vaikeaa puhua. Keruukutsuun sai vastata nimettömänä ja tätä mahdollisuutta monet potilaskokemuksiaan jakaneet vastaajat käyttivätkin. Anonyymius on osaltaan mahdollistanut kipeiden, hävettävien tai muutoin vaikeasti ilmaistavien kokemusten jakamisen. Mielisairaalan potilas ei aina ole kertomuksessaan aktiivinen toimija vaan objekti, jolle asiat tapahtuvat hänen omasta tahdostaan riippumatta. Kertomusten kautta voimme ymmärtää, millaista mielisairaalassa on olla toiminnan ja toimenpiteiden kohteena vailla valtaa vaikuttaa tapahtumien kulkuun ja millaisia tunteita tällaiseen tilanteeseen liittyy. Näin muistelukerronnan tulkitsija tai lukija voi paremmin eläytyä potilaan

2 Nojaan aineiston analyysissäni pakkokeinotilastoihin, 2000-luvulla tehtyihin potilaskokemuksia käsitteleviin hoitotieteen tutkimuksiin sekä Goffmanin (1997) ja Cullbergin (1999) esittämään mielisairaala-kritiikkiin. Frueh ja muut (2005) kartoittivat potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon aikaisia traumaattisia tai vahingollisia kokemuksia. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan epäasiallinen käytös aiheutti potilaille ahdistusta hoidon aikana. Erityisesti lääkityksellä tai pakkotoimenpiteillä uhkailu, nimittely, kiusaaminen ja muu verbaalinen häirintä koettiin ahdistavana. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki olonsa psykiatrisella osastolla turvattomaksi ja osa heistä koki myös henkilökunnan käyttäytymisen uhkaavana ja potentiaalisesti väkivaltaisena. (Frueh ja muut 2005.)

kokemukseen ja kokea häntä kohtaan myötätuntoa (vrt. Kokkinen 2019). Myötätunto mahdollistaa laajemman ymmärryksen siitä, miten hoitokeinot voivat osaltaan vahvistaa potilaisiin kohdistuvaa stigmaa (Maanmieli 2019). Väljästi laaditun keruukutsun mahdollistama konstrukttiivinen ja valikoitunut muistitieto edellyttää tulkitsijaltaan sensitiivisyyttä ja omien emansipatoristen motiivien tunnistamista (Fingerroos & Haanpää 2006, 30–40). Itseäni tutkijana motivoi potilaiden kokemustiedon saattaminen näkyväksi ja psykiatrisen hoidon kehittäminen.

Tein temaattisen valintani aineistolähtöisistä syistä. Tutustuessani muistoihin huomasin, että vaikei keruukutsussa erityisesti pyydetty kuvaamaan pakkokeinoja tai kaltoinkohtelua, niitä käsiteltiin tekstissä paljon. Valitsemani aihe korostaa muistoja, joissa kirjoittajalla on hoitohenkilökunnasta negatiivisia kokemuksia ja se voi antaa hoitohenkilökunnasta suhteettoman negatiivisen kuvan. Analyysia lukiessa ja tuloksia tulkitessa on tärkeää ottaa huomioon, että vallankäyttötilanteita kokeneen potilaan näkökulmasta henkilökunta näyttäytyy helposti kasvotomana, pahantahtoisena massana ja yksilöiden väliset erot ja hoitajien työroolin vaatimukset voivat hämärtyä. On myös hyvä tiedostaa, että suuri osa psykiatristen palveluiden piirissä olevista potilaista on kokenut aiemmin elämässään väkivaltaa. Aiemmillä negatiivisilla kokemuksilla on vaikutusta siihen, millaisena potilaat kokevat hoitotoimenpiteet ja hoidon vuorovaikutustilanteet ja miten he niitä tulkitsevat. Tästä huolimatta pidän tärkeänä potilaskokemusten tarkastelua sellaisina kuin potilaat itse ovat ne kokeneet, millaisina ne muistavat ja miten niitä ilmaisevat. Tarkoituksenani ei ole leimata psykiatrian alan henkilökuntaa tai esittää heistä stereotyyppisiä näkemyksiä, vaan tuoda esiin potilaiden tuottamaa kokemuksellista tietoa pakkotoimenpiteiden kohteena olemisesta ja kohdistaa huomio psykiatrian rakenteellisiin ongelmiin.

Tutkimusmetodinani käytän lähilukua ja kiinnitän erityistä huomiota muistoissa käytettyyn metaforiseen ilmaisuun. Potilaiden mielisairaalamuistot ovat sekä muodoltaan, laajuudeltaan että ilmaisutavaltaan heterogeenisiä, eikä niistä siten ole helppoa muodostaa yleistyksiä tai johtopäätöksiä. Halusin kuitenkin ottaa otokseeni mukaan laajan kirjon muistoja sen sijaan, että olisin valikoinut tutkittavakseni vain muutamia tekstejä. Pöysän (2015, 19–20) muistokeruumateriaalin analysointiohjeita

noudattaen olen kiinnittänyt huomiota kirjoittajien muistokuvauksen autenttisuuden säilyttämiseen mutta samalla pyrkinyt suojelemaan heidän yksityisyyttään ja erityislaatuaan. Siksi olen liittänyt analyysiin runsaasti otteita aineistosta tuomatta esiin kirjoittajan tunnistamisen mahdollistavaa materiaalia, kuten tarkkoja tapahtuma-aikoja tai -paikkoja.

Tutustuin aineistooni lähiluvun keinoin keskittyen pakkokeinoja tai kaltoinkohtelua kuvaaviin teksteihin. Huomasin, että useiden potilasmuistojen kuvaus mielisairaaloiden käytänteistä ja olosuhteista muistuttivat sosiologi Erving Goffmanin³ 1960-luvulla kuvaamia totaalisen laitoksen toimintaperiaatteita. Siksi päätin tarkastella aineistoa Goffmanin (1997) teorian kautta. Hän loi totaalisen laitoksen toimintaa kuvaavan teoriansa amerikkalaisessa mielisairaalassa 1960-luvulla toteutetun etnografisen kenttätöön tuloksena. Goffmanin määrittelemiä totaalisia laitoksia ovat muun muassa keskitysleirit, lasten- ja nuorisokodit, armeija, mielisairaalat ja vankilat. Näissä asukkaiden identiteettien rakennusvälineitä karsitaan heidän käyttäytymiseensä, pukeutumiseensa, liikkumiseensa, kommunikointiinsa, päivärytmiinsä ja arkisiin toimiinsa kohdistuvilla rajoituksilla. Tätä Goffman kutsuu minuuden riistämiseksi. (Goffman 1997.) Nykyisin samaa ilmiötä kutsuttaisiin luultavasti identiteetin tuhoamiseksi.

Kiinnitän erityistä huomiota totaalisen laitoksen kuvailussa käytettyihin metaforisiin ilmaisuihin, joita avaam Lakoffin ja Johnsonin (1980) kognitiivista metaforateoriaa käyttäen. Kognitiivinen metaforateoria perustuu ajatukseen, että metaforat ovat keskeinen osa kaikkea ajatteluaamme, eivät vain lingvistinen ilmiö (Lakoff & Johnson 1980, 6). Niin tuoreet kuin kielenkäyttöömme vakiintuneet ja konventionaaliset metaforatkin auttavat meitä jokapäiväisessä elämässämme yhdistämällä asioita toisiinsa ja helpottamalla niiden prosessointia sekä oppimista. Koska tuskallisia asioita kuvataan aineistossa usein metaforilla, on tärkeää pyhäytyä niiden merkityksen äärelle.

3 Erving Goffman (1922–1982) tunnetaan erityisesti vuorovaikutuksellisiin rituaaleihin ja rooleihin keskittyvistä analyyseistään ja teorioistaan (vrt. Goffman 1967). Goffmanin tuotantoa on luonnehdittu mikrososiologiaksi, sillä hän on keskittynyt kuvaamaan ihmisten välistä välitöntä vuorovaikutusta, niin kutsuttua sosiaalista läsnäoloa. Goffmanille oli etnografina ja sosiologina tärkeää tarkastella ja ymmärtää mielisairaaloiden sisäisiä käytäntöjä potilaan näkökulmasta.

Toisena lähteenäni Goffmanin (1997) lisäksi käytän Johan Cullbergin⁴ (1999) artikkelia *Psykoosihoidon parantavia ja parantamista estäviä tekijöitä*, jossa hän kuvaa, miten tietyt mielisairaaloille tyypilliset ilmiöt voivat pikemminkin hidastaa kuin edistää potilaiden toipumista. Hän kiinnittää huomiota niihin psykiatrisen akuuttiosaston toimintatapoihin ja olosuhteisiin, jotka vahvistavat psykoosia, aiheuttavat stressireaktioita ja vaikeuttavat osastolta kotiutumista ja arkeen paluuta. Tavoitteenani on osoittaa aineiston potilaskokemusten ja potilaiden kertomuksissaan esittämän kritiikin avulla minuutta tuhoavia mekanismeja ja käytäntöjä, jotka vaikeuttavat paranemista.

Psykiatriassa potilaiden hoidon käytänteet ja järjestäminen ovat muuttuneet paljon aineistomme ensimmäisen mielisairaalamuiston kirjoittamisen ajoista 1930-luvulta nykypäiviin ja niiden totaalisille laitoksille tyypilliset piirteet ovat vähentyneet. Pakkokeinojen käytön vähentämiseksi on organisoitu kansallisia kehitysohjelmia, joilla on ollut positiivisia tuloksia.⁵ Näitä kuvaan tarkemmin seuraavassa alaluvussa. Vielä 1960-luvulla mielisairaaloissa työskennelleet ovat muistelleet Alasen (1999) mukaan suljettujen osastojen muistuttaneen tuolloin lähinnä keskitysleirejä: potilaiden kanssa ei keskusteltu vaan hoitajien tärkeimpänä tehtävänä oli sähköhoidon antamisessa avustaminen, potilaiden peseminen ja vuoteiden petaus. 1970-luvulle tultaessa käytännöt alkoivat inhimillistyä nopeasti. 1980-luvun lopulla useissa sairaaloissa oli käytössä perheterapian menetelmiä, yhteisöhoitoa ja yksilöterapiaa. (Alanen 1999, 48.) Tämä kehitys heijastelee yleisempää yhteiskunnallista ja kulttuurista muutosta, jossa ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin ja oikeuksiin on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Suhtautuminen väkivaltaan on viime vuosikymmeninä kiristynyt, mikä näkyy esimerkiksi lasten ruumiillista kuritusta koskevan lainsäädännön muutoksissa.

4 Johan Cullberg (s. 1934) on ruotsalainen psykiatrian professori, psykoanalyttikko ja psykiatrian tutkija, joka on kirjoittanut useita kansainvälisesti tunnettuja oppikirjoja. Hän on tunnettu lääkekirittisyydestään ja pyrkimyksistään korvata pakkohoito humanistisemmalla psykiatrisella hoidolla. (ISPS 2019.)

5 Esimerkiksi Mieli 2009–2015 -hanke tähtäsi eristysten ja rajoitusten vähentämiseen ja samalla potilaan aseman parantamiseen (STM 2009).

Tutkimuksessa on viimeisen 15 vuoden aikana kiinnostuttu aiempaa enemmän psykiatristen potilaiden sairaalakokemuksista, ja samalla pakkokeinojen tutkimus ja kritiikki ovat lisääntyneet (esim. Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004; Holmes, Kennedy & Perron 2004; Keski-Valkama 2010; Kontio ja muut 2012). Vaikka pakkohoitoa toteutetaan aiempaa vähemmän (vrt. esim. THL Tilastoraportti 33/2018; THL Tilastoraportti 3/2012), potilaat suhtautuvat psykiatriseen hoitoon ja erityisesti sen jäljellä oleviin totaalisen laitoksen käytänteisiin yhä kriittisesti. Tutkimuksissa haastatellut potilaat kritisoivat pakkokeinoja sekä sairaalan rajoittavia, ihmisarvoa loukkaavia rutiineja, joita he usein pitävät turhina ja tarpeettomina (Kuosmanen ja muut 2007; Jenkins ja muut 2002). Usein potilaiden kritiikki liittyy lääkehoitoon, kuten myös tutkimassani aineistossa. Cullberg (1999, 38) nostaa esiin, että monien potilaiden kauheimpia mielisairaalamuistoja ovat kokemukset pakkolääkinnästä ja sen seurauksista, kuten liian suurien neuroleptiannosten aiheuttamista tuskallisista lihaskrampeista.

Aiempaa tutkimusta psykiatristen potilaiden kokemuksista

Potilaiden kokemuksia pakkokeinojen käytöstä psykiatrisessa hoidossa on parin viimeisen vuosikymmenen aikana tutkittu hoitotieteen alalla varsin paljon. Nissi (2019) on tehnyt metatason analyysin kuudesta viimeisen parinkymmenen vuoden aikana tehdystä tutkimuksesta (mm. Kuosmanen ja muut 2007; 2009; Kontio ja muut 2012; Keski-Valkama 2010), jotka käsittelevät psykiatristen sairaaloiden potilaiden kokemuksia Suomessa. Omasta tutkimuksestani nämä eroavat siinä, että ne perustuvat haastatteluihin tai kyselylomakkeisiin ja niiden osallistujat on valikoitu systemaattisesti esimerkiksi tietynä aikana sairaalahoidossa olleiden potilaiden joukosta. Oman tutkimukseni potilaskokemukset taas ovat peräisin kaikille avoimesta kirjallisesta muistelukeruuasta, johon on saanut vastata vapaasti haluamallaan tavalla. Kuosmanen tutkimuksessa selvitetään haastattelujen avulla ovatko potilaat kokeneet sairaalahoidossa vapaudenmenetystä, kuten lukkojen takana oloa, tavaroiden haltuunottoa, yhteydenpidon rajoittamista tai muita pakkokeinoja kuten eristys-

tä tai tahdonvastaista lääkitystä. Kontion ja muiden (2012) haastattelututkimuksessa tarkastellaan potilaiden kokemuksia rajoituksista ja pakkokeinoista sekä esitetään kehittämisideoita hoitokäytänteisiin. Keski-Valkaman (2010) kirjallisin potilaskyselyin ja -haastatteluin toteutamassa laajassa tutkimuksessa tutkitaan eristämisen ja lepositeiden käyttöä potilasnäkökulmasta.

Kaikissa edellä luetelluissa tutkimuksissa tunnistetaan eristämisen ja sitomisen eli lepositeiden haitallisuus sekä pakkokeinojen negatiiviset vaikutukset hoitosuhteisiin. Nissi (2019) kuitenkin toteaa, että tutkimuksissa ei juuri pohdita, mikä on synä väkivaltaisten ja ihmisoikeuksia rikkovien käytänteiden jatkumiseen. Tutkimuksissa ei problematisoida psykiatrian kaksoisroolia, jossa yhtäältä pyritään hoitamaan yksilöitä ja saamaan heidän elämänlaatunsa paranemaan, toisaalta kontrolloidaan ihmisten käyttäytymistä pyrkien ”normaaliuteen” ja kulttuurisesti hyväksytyyn käyttäytymis- ja ilmaisutapaan. (Nissi 2019.) Usein pakkokeinot eivät edesauta tämän tavoitteen saavuttamisessa: Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa todetaan eristettynä olleiden potilaiden kokeneen olonsa voimakkaasti erillisiksi muista ihmisistä, ja pakkokeinot pikemminkin lisäsivät kuin vähensivät aggressiivista käyttäytymistä.

Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa haastateltujen potilaiden käsitykset pakkohoitoon johtaneista tapahtumista olivat erilaisia kuin hoitajilla: hoitajat olivat usein kokeneet potilaan pahaa oloa ilmaisevan käyttäytymisen uhkaavaksi, vaikkei potilas itse ollut pitänyt käyttäytymistään väkivaltaisena tai halunnut vahingoittaa ketään. Tutkimuksissa haastatellut potilaat kokivat eristyksen ja kontaktien puutteen aiheuttavan hermostuneisuutta, pelkoa ja ahdistusta. Tunteet olivat niin intensiivisiä, että ne johtivat toisinaan itsetuhoiseen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen. Koivisto, Janhonen ja Väisänen (2004) toteavat, että hoitohenkilökunta tulkitsee hermostuneen käytöksen helposti sairaudesta johtuvaksi, vaikka se liittyisi haastaviin sairaalaolosuhteisiin ja kohtamattomuuteen. Pakkotoimia käyttävä sairaanhoito näyttäyty kyseisessä tutkimuksessa lähinnä pelon kehänä, jossa hoitohenkilökunnan pelko johtaa pakkokeinoihin ja kontrolliin, jotka eivät paradoksaalisesti kuitenkaan lisää turvallisuutta vaan johtavat siihen, että potilaiden pelko ja viha hoitojärjestelmää kohtaan lisääntyvät.

Edellä kuvatuissa tutkimuksissa pakkokeinoista ei nosteta esiin kysymystä siitä, onko autoritäärinen laitosympäristö ylipäätään paras paikka hoitaa mielen kriisejä. Sairaalaympäristö ja diagnosointi itsessään voivat vahvistaa psykoosia tuottamalla voimattomuutta, esineellistymistä ja leimautumista. Tällaisessa sairautta alleviivaavassa ympäristössä tervettä on vaikea erottaa sairaasta (Cullberg 1999; Maanmieli & Maanmieli 2017). Esimerkiksi yksityisyyden puute ja jatkuva muiden ihmisten läsnäolo voi ahdistaa ja pelottaa potilaita ja näin hankaloittaa heidän toimustaan sekä henkilökunnan työtä. Eristyshuone saattaa joissain sairaaloissa olla ainoa tila, jossa potilas voi olla yksin. Soinisen ja muiden (2013) sekä Keski-Valkaman (2010) tutkimuksissa haastatellut potilaat saattoivat näissä tapauksissa kokea eristyshuoneen yksityisyyden hyvänä asiana, jos siihen ei osastoilla muutoin ollut mahdollisuutta. Eristys nähtiin tällöin rauhoittavana ja kuntoutumista edistävänä. Tutkijalla on eettinen vastuu tulkitessaan tällaisia haastatteluja. Haastattelutuloksesta voi tehdä johtopäätöksen, että eristys voi olla myös hyvä asia ja tällaisia hoitokäytäntöjä kannattaa jatkaa. Haastattelutuloksen voi kuitenkin tulkita myös niin, että potilaat ovat kokeneet eristyksen positiivisena, koska mielisairaalassa ei muuten ole ollut mahdollisuutta yksinoloon ja yksityisyyteen, ja että tämä on se epäkohta, joka tulee korjata.

Pakolla ei tutkimusten mukaan ole lainkaan hoidollista vaikutusta (Vuorela & Aalto 2011, 37). Sitä ei tulisikaan nähdä hoitokeinona vaan turvallisuuden varmistamiseksi tehtävänä toimenpiteenä. Viimeisen vuosikymmenen aikana pakkokeinojen käytön haitallisuus on Suomessa yleisesti tunnustettu. Niiden käyttöä on voimakkaasti pyritty vähentämään esimerkiksi perustamalla Mieli 2009 -hankkeen (STM 2009) aloitteesta erityinen työryhmä (Makkonen ja muut 2016), jonka tavoitteena oli vähentää pakkotoimien käyttöä psykiatrisilla osastoilla 40 prosentilla. Tavoite ei täysin toteutunut valtakunnallisella tasolla ja eri sairaanhoitopiirien välillä oli huomattavia eroja sen suhteen, paljonko pakkotoimia vähennettiin. Joissain sairaaloissa pakkokeinoja käytetään huomattavasti muita enemmän. Tämä käy ilmi myös aineistostamme, jossa potilaiden negatiivisimmat muistot näyttävät keskittyvät tiettyihin sairaaloihin, joissa pakkokeinoja on käytetty paljon. Usein pakkokeinoja käytetään runsaasti johtuen hoitohenkilökunnan puutteellisesta koulu-

tuksesta tai perusterveydenhuollon resurssipulasta mutta myös erilaisista hoitokulttuureista.⁶ Työyhteisö suosii tietynlaista käytöstä suhteessa potilaisiin ja yritys luoda erilaista työkulttuuria voi johtaa jopa työpaikkakiusaamiseen (ks. MKM 384). Edistystä on kuitenkin tapahtunut: potilaiden eristäminen on viimeisen vuosikymmenen aikana vähentynyt neljänneksellä.⁷ Myös muistoaineistossa henkilökunnan pitkäaikaisten työurien kuvauksissa on kertomuksia siitä, miten osastojen toimintaa on onnistuneesti muutettu kuntouttavaan ja virikkeellisempään suuntaan.

Toisaalta pakkoinjektoiden määrä on pysynyt likipitään samana, vaikka potilaiden määrä on samaan aikaan vähentynyt 23 prosenttia (THL Tilastoraportti 6/2018). Pakkokeinojen vähentämiseksi perustetun työryhmän raportissa (Makkonen ja muut 2016) muistutetaan, että pakkotoimiin turvautuminen kertoo aina hoidon epäonnistumisesta. Raportissa pidetään ensiarvoisen tärkeänä, että sairaaloissa selvitetään, missä tilanteissa pakkokeinoihin johtavat konfliktit tapahtuvat. Mieli-sairaalamuistokeruu on merkittävä tilaisuus saada kuuluviin potilaiden ääntä ja hyödyntää heidän kokemustietoaan pakkotoimista.

Edellä mainittujen tutkimusten ja tilastojen⁸ pohjalta voidaan todeta, että erilaisiin pakkokeinoihin on vielä 2000-luvulla turvauduttu psykiatrisissa sairaaloissa varsin usein. Hoitohenkilökunnan vaikuttava olevan vaikeaa kohdata potilaiden negatiivisia tunteita ja sosiaalisia normeja haastavaa käyttäytymistä. Vaikeat tilanteet pyritään edelleen ratkaisemaan voimankäytön ja kontrollin keinoin, vaikka humanimpi lähestymistapa tuottaa tutkitusti paremman lopputuloksen ja hoitoalan

6 Työryhmän laatiman selvityksen mukaan perusterveydenhoito on tärkeässä asemassa pakon käytön vähentämisessä: psykoosin ennakko-oireiden tunnistaminen ja hoitoon pääsy ajoissa vähentää väkivaltilanteita. Sairaalahoidossa pakon käyttöä voi vähentää potilaiden kanssa yhteistyössä tehtävien yksilöllisten turvasuunnitelmien ja henkilökunnan koulutuksen avulla. Potilaiden kuuntelu ja ajanvieto heidän kanssaan vähentää väkivaltilanteita, samoin kuin asianmukaiset, riittävän isot tilat, joissa on mahdollisuus myös yksityisyyteen. (Makkonen ja muut 2016.)

7 Eristystä käytettiin vuonna 2006 yhteensä 2454 kertaa, kun taas vuonna 2016 eristystapauksia oli 1855. Potilasmäärät ovat pysyneet likipitään samana. (THL Tilastoraportti 6/2018)

8 Pakkotoimia käytettiin vuonna 2010 suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa seuraavasti: potilaista 1 733 oli eristetty (6,6 %), lepositeissa oli ollut 819 potilasta (3,2 %), tahdonvastainen injektio oli annettu 584:lle (2,1 %) ja hoidollista kiinnipitämistä oli käytetty 370 potilaan kohdalla (1,5 %) (THL Tilastoraportti 3/2012).

opetuksessa ja tutkimuksissa pakon käyttöä kritisoidaan (Keski-Valkama 2010; Nissi 2019). Hoidossa epäilemättä pyritään potilaslähtöisyyteen ja potilaiden kuuntelemiseen. Tavoitteen saavuttamista kuitenkin hankaloittaa se, ettei psykiatrista järjestelmää itsessään, siihen sisältyvää vallankäyttöä tai näkemystä oikean olemisen tai elämisen tavasta kyseenalaisteta hoidon arjessa tai tutkimuksissa (vrt. Kirmayer 2010, 17).

Oma taustani

Lähestyn potilaiden mielisairaalamuistoja paitsi kirjallisuuden ja kirjoittamisen tutkijana myös hoitotyöntekijänä. Olen työskennellyt mielenlenterveyskuntoutujille tarkoitetussa kuntoutumiskylässä kuntoutussuunnittelijana ja kirjallisuusterapiaohjaajana⁹ vuosina 2002–2015 sekä toiminut aktiivisesti mielenlenterveysalan järjestöissä kuten Mielenlenterveyden keskusliitossa ja Tarpeenmukainen hoito ry:ssä. Minulla on työni kautta kokemusta hoitoyhteisön arjesta sekä muun muassa lääkähoidosta ja luovista terapioidista. Työpaikallani pakkokeinojen käyttö ei ollut juridisesti sallittua eikä niiden käyttöön edes olisi ollut käytännön edellytyksiä, kuten ulkoapäin lukittavissa olevia huoneita tai lepositeitä. Poikkeuksena tästä oli psykiatrin usein potilaan hoitotahdon vastaisesti määräämä psyykelääkitys, joka aiheutti monelle hankalia ja vaarallisia haittavaikutuksia eikä aina helpottanut psykoosin oireita. Goffmanin (1997) teoriaan tutustuessani huomasin kohdanneeni työurallani myös muita totaaliselle laitokselle ominaisia piirteitä, kuten tarpeettomia käytäntöjä ja liian tiukkoja aikatauluja tai rutiineja, joita en ole osannut riittävästi kyseenalaistaa.

Väitöskirjani (Kähmi 2015) tein kirjallisuusterapiasta psykoosin kuntoutuksen tukena. Väitöstutkimukseni osoittaa, että luova kirjoittaminen, runous ja metaforinen kieli mahdollistavat merkittävällä tavalla

9 Kirjallisuusterapia (*poetry therapy*) on kirjoitettujen ja puhuttujen sanojen tietoista käyttöä terveyden ja henkilökohtaisen kasvun edistämiseksi (Mazza 2003, 14). Termi viittaa kirjallisuuden interaktiiviseen käyttöön ja terapeuttiseen kirjoittamiseen koulutetun ohjaajan tuella. Tarkoituksena on luoda turvallinen ilmapiiri, jossa osallistujien kirjoituksia ei arvioida vaan ihmiset voivat kirjoittamalla ja (ryhmämuotoisena toteutettaessa) toisten osallistujien tekstejä kuulemalla tutkia tunteitaan ja ajatuksiaan.

kipeiden tapahtumien käsittelyn, tunteiden sanallistamisen ja näkyväksi tulemisen. Työssäni ja mielenterveysyhdistyksissä toimiessani olen kuullut paljon potilaiden tarinoita aiemmista sairaalakokemuksistaan. Usein ne ovat olleet negatiivissävytteisiä, toisinaan kokemusta on pidetty jopa traumatisoivana. Moni kuntoutumiskylän asukkaista on myös todennut, että sairaalakokemusten muistelu on tuskallista. Taustani on vaikuttanut tutkimusfokukseni valintaan ja siihen, millaisiin asioihin kiinnitän muisteluteksteissä huomiota ja miten niitä analysoin.

Mielisairaala totaalisenä laitoksena

Goffmanin (1997) mukaan mielisairaala on yksi totaalisista eli aukottomista laitoksista, joiden yhtenä päämääränä on ihmisten kontrollointi ja muokkaaminen. Hän listaa (1997, 7) seuraavia totaalisten laitosten tyypillisiä piirteitä: 1) elämän eri puolet tapahtuvat samassa paikassa yhden auktoriteetin alaisuudessa, 2) päivärytmin jokainen vaihe suoritetaan suuren ryhmän välittömässä seurassa niin, että kaikkia koskevat samat säännöt, 3) päivärytmi on tiukasti ylhäältä päin määritelty ja eri vaiheet seuraavat toistaan ennalta laaditun suunnitelman mukaan ja 4) pakolliset toimet noudattavat yhtä laitoksen virallista päämäärää toteuttavaa suunnitelmaa. Goffmanin mukaan totaaliset laitokset muodostavat niin sanotun attribuuttiperheen. Tämä tarkoittaa, että mikään totaalisille laitoksille tyypillinen piirre ei esiinny niissä kaikissa tai ainoastaan niissä, mutta niissä esiintyy usein monia attribuuttiperheen piirteitä yhtäaikaaisesti. Totaalisten yhteisöjen laitostavan ja minuutta kaventavan vaikutuksen Goffman näkee olevan seurausta laitoksen sääntöjen ja roolien omaksumisesta. (Goffman 1997.)

Toisin kuin useimpien muiden totaalisten yhteisöjen kohdalla, mielisairaalan toimintaa ja olemassaoloa perustellaan useimmiten yksilön terveyteen liittyvillä näkemyksillä, vaikka se toteuttaa myös turvallisuuden, taloudellisiin seikkoihin ja sosiaaliseen kontrolliin liittyviä funktioita. Goffmanin (1997) mukaan tämä tekee hoitajan työstä raskasta. Koska sairaalan julkinen päämäärä (potilaiden kuntouttaminen tai heidän elämänlaatunsa parantaminen) ja sen jokapäiväiset käytännöt eivät

kaikilta osin vastaa toisiaan, jää henkilökunnan tehtäväksi tämän kuulun peittäely.

Koska laitoksessa ei ole mahdollista toteuttaa aiempaa minuutta, mielisairaalapotilaan asema pakottaa hänet omaksumaan potilaan roolin, jonka kautta hänen toimintansa sitten tulkitaan. Vastanäyttelijöinä toimivat henkilökunnan edustajat, ja heidän reaktioidensa ja vuorosanojensa kautta potilas oppii roolinsa nopeasti ilman valmista käsikirjoitusta ja vuorosanoja. Goffman (1997) puhuu mielisairaalan potilaan moraalisesta urasta, jolla hän tarkoittaa tämän tietoisuutta mielisairauden stigmasta ja valinnanvapautta kapeuttavasta ja omaa elämää ohjaavasta vaikutuksesta. Stigmatisoivan psykiatrisen diagnoosin saaneet ja pitkään sairaalassa hoidetut ihmiset eivät pysty normaaliin tapaan hallitsemaan itsestään välittyvää vaikutelmaa, jota kutsutaan myös itsen esittämiseksi. (Goffman 1997.) Monia mielisairaalamuistoaineiston tekstejä voi lukea kuvauksina totaalisessa laitoksessa elämisestä. Niissä kuvatut rangaistuskäytännöt, kontrollointi, päivärytmi, halveksiva kohtelu ja monet muut yksityiskohdat vastaavat Goffmanin määrittelemiä totaalisten yhteisöjen tyyppillisiä piirteitä.

Vallankäyttö ja pakko muisteluteksteissä

Tutkimissani pakkokeinojen käyttöä kuvaavissa potilaiden muistoissa mainitaan toistuvasti mielisairaalassa koettu hoitohenkilökunnan vallankäytön kohteena oleminen, joka on ilmennyt pakkolääkityksenä ja muina pakkokeinoina, henkisenä kaltoinkohteluna, virikkeiden puutteena sekä vanhimpien muistojen kohdalla myös suurempana fyysisenä väkivalтана. Mielisairaalamuistoissa konkretisoituu se tilastojen osoittama seikka, että pakkokeinoja, kuten eristämistä, sitomista ja muita voimatoimenpiteitä, on käytetty mielisairaaloissa yleisesti koko muistellun ajanjakson ajan, 1930-luvulta 2010-luvulle asti.

Seuraavissa alaluvuissa käsittelen tutkimissani muistoissa kuvattuja pakkokeinoja ja niiden potilaille aiheuttamia haittoja. Kuvaan myös potilaiden kokemaa huonoa kohtelua ja väkivaltaa sekä negatiivisten kokemusten kuvaamiseen käytettyä metaforista kieltä. Luvun loppuksi

esitän johtopäätöksiä siitä, millaista tietoa mielisairaalamuistot ja niiden analyysi tarjoavat pakkokeinojen käytön ja niiden aiheuttamien haittojen vähentämisen tueksi.

LIKKUMISVAPAUDEN RAJOITTAMINEN

Mielisairaalamuistoaineiston pohjalta liikkumisvapauden rajoittaminen hoidon alussa näyttäytyy sairaaloissa pikemminkin sääntönä kuin poikkeuksena. Mielisairaaloissa on koko niiden historian ajan rajoitettu ja kontrolloitu potilaiden liikkumista ja poistumista sairaalan alueelta. Tätä tarkoitusta varten niissä on ollut käytössä esimerkiksi kävelyhäkkeitä ja kävelypihoja.

Kun potilas määrätään pakkohoitoon, hän ei saa poistua osastolta. Monet muistelutekstit kuvaavat, ettei sairaalan osastolta ole päässyt ulos hoidon ensimmäisinä viikkoina. Vain harvat kirjoittajista varsinaisesti kritisoiivat lukossa olevia ovia tai poistumiskieltoa – se tunnutaan nähtävän olennaisena osana psykiatrista laitshoitoa. Tätä tukevat myös tilastot: kun pakkokeinojen raportointikäytäntöjä vuonna 2017 uudistettiin ja liikkumisvapauden rajoituksia alettiin tilastoida, kirjattiin tämän pakkokeinon kokeneen jopa 72 prosenttia potilaista (THL Tilastoraportti 6/2018).

Joillekin tämä käytäntö on tuonut turvaa, toiset kertovat eläneensä sairaalahoidon alkuaikojen sumussa (ks. Heimonen tässä teoksessa) ja jotkut ovat kokeneet käytännön ahdistavana, vankilankaltaisena rajoittamisena. Eräs muistelija kuvaa liikkumisvapauden rajoittamista vertauskuvallisessa runossaan, jota hän selittää näin: ”Kuuromykkäsokea Diktaattori Aika symboloi lukkojen takana olemista – jouduin olemaan lukkojen takana kaksi viikkoa, ennen kuin pääsin liikkumaan vapaasti. Olin melkein kuin karanteenissa, puolipakolla, ennen kuin lääkitykseni saatiin kohdalleen. Kuuromykkäsokea Diktaattori Aika henkilöityi sairaalan ylilääkäriksi.” (MKM 426, 1990-luku.) Sanavalinta *karanteeni* kuvaa mainiosti sitä, miten kirjoittaja tiedostaa potilaan roolinsa. Goffmanin käyttämällä termeillä ilmaistuna tätä voisi kuvata potilaan moraalisen uran ensimmäisen vaiheen käynnistymiseksi. Muisto konkreettisesti myös sairaalan roolia yhteiskuntaan hankalasti sopivien ihmisten säilytyspaikkana. Potilas on päästetty pois karanteenista vasta, kun hänen

käyttäytymisensä on saatu taltutettua lääkkityksen avulla eli siirrettyä lukko ovien sijasta potilaan sisimpään (vrt. Laing 1970, 10).

Jotkut pakkohoitoon joutuneista potilaista kokivat tulleen huijatuksi osastolle lukkojen taakse, kuten seuraavan katkelman kirjoittaja, jo lapsena sairaalaan joutunut nuori nainen, kuvaava:

Jouduin ensimmäistä kertaa psykiatriselle osastolle ollessani 12-vuotias. Minusta tuntui, että minut huijattiin hoitoon päivystyksessä. Lääkäri kysyi hyvin epämääräisesti, etteikö minua haittaisi mennä hetkeksi lepäämään jonnekin, 'joka ei oikeastaan ole osasto' – Vasta kun itkin osaston huoneessani, tajusin, että minulla ei ole mitään sanavaltaa tai mahdollisuutta vaikuttaa siihen olinko jäämässä 'lepäämään' vai en koska ovet olivat lukossa. (MKM 373, 2000–2010-luvut.)

Kokemus huijatuksi tulemisesta voi helposti rikkoa luottamuksen hoitohenkilökuntaan niin, ettei luottamusta enää hoidon kuluessa voida saavuttaa. Tämä hankaloittaa hoitosuhteen luomista ja avun vastaanottamista. Edellisen katkelman muistelijä kertoo kehittäneensä vihasuhteen osaston psykiatriin ja vastustaneensa kiivaasti osastolla oloa.

Myös sairaalan tilaratkaisut rajoittavat potilaiden liikkumisvapautta osastolla ja luovat hierarkkista järjestystä. Lukittavat eristyshuoneet ja hoitajien kansliat, joiden ovet on myös potilailta lukittu, luovat eriarvoisuuden tuntua ja vahvistavat osastojen sisäistä valta-asetelmaa. Tietyt rajoitteet, kuten lääkevarastojen lukitut ovet tai potilastietojen säilyttäminen muiden potilaiden ulottumattomissa, ovat sairaalaympäristössä turvallisuuden ja luottamuksellisuuden kannalta välttämättömiä (Keski-Valkama 2010, 13–14; Nissi 2019). Käytänteitä ja niiden perusteita on kuitenkin syytä aika ajoin tarkastella kriittisesti. Hoitoyksikköjen turvallisuudesta on huolehdittava, mutta muutoin monia käytänteitä olisi helppo muuttaa potilaslähtöisemmiksi. Mielisairaalamuistoaineistossa kansliat näyttäytyivät potilaille ongelmallisina lähinnä siksi, että ne koettiin paikoiksi, jonne hoitajat vetäytyvät liian usein potilaiden ulottumattomiin viettämään aikaa keskenään (esim. MKM 151; MKM 013; MKM 494; MKM 384).

OMAISUUDEN TAKAVARIKOINTI JA VIESTINNÄN RAJOITTAMINEN

Omaisuuuden tarkastusta ja takavarikointia kuvataan muutamissa muistossa. Yhteydenpidon ja viestinnän rajoittamista muistot sen sijaan eivät juuri käsittele aineiston vanhinta muistoa lukuun ottamatta (ks. Rissanen, luku ”Helvetistä Pöllölään” tässä teoksessa). Myös THL:n tilastojen valossa näyttää siltä, että tästä totaalisen laitoksen käytännöstä on sairaaloissa pääosin luovuttu (vrt. THL Tilastoraportti 33/2018). Tosin yksi kirjoittaja kuvaa vielä 1990-luvulla, miten hän meni koputtamaan hoitajien kanslian ovelle saadakseen ilmoitettua läheisilleen sairaalaan joutumisestaan, mutta ei saanut hoidetuksi asiaansa:

Ensimmäisenä päivänä halusin soittaa kälylleni missä olen. Potilaspuhelin toimi ainoastaan kortilla, joita sai ostaa kanttiinista. Kantiini ei ollut enää auki. – – vanhempi hoitaja näki minut. Koputin oveen kysyäkseni mistä voin soittaa. Hän huiskaisi kädellään minut pois kuin kärpäsen poskeltaan. Olin siis ensikertalainen, en mikään vakiohäirikkö. Loukkaannuin niin, että menin huoneeseeni itkemään – –. (MKM 151, 1990-luku.)

Tässä katkelmassa näkyy hoitajien pienten eleiden ja ilmeiden vaikutus siihen, miten potilaat tulkitsevat hoidon vuorovaikutustilanteet. Sairastuminen ja sairaalaan joutuminen ovat jo itsessään potilaalle usein järkyttäviä kokemuksia ja he ovat tästäkin syystä usein herkässä tilassa. Näin hoitajien käyttäytyminen saa helposti suuren merkityksen ja hoitajan tahatonkin viestintä voi nostaa esiin potilaan häpeän ja kelpaamattomuuden tunteita. Katkelman kirjoittaja korostaa, ettei hän ollut ”mikään vakiohäirikkö”, vaan juuri sairaalaan saapunut, hämmentynyt ja sairaalan käytännöistä tietämätön potilas. Tällainen kohtelu edistää identiteetin menettämisen ja massaan sulautumisen tunteita.

Potilaan kirjoittamasta muistosta voi lukea, että hän on pannut merkille, että jotkut sairaalan potilaat ovat käyttäytyneet sellaisella tavalla, että heitä voidaan luonnehtia ”vakiohäiriköiksi”. Omaisuuuden takavarikointi johtaa siihen, että potilas joutuu pyytämään lupaa saada omat tavaransa tarvitessaan rahaa, puhelinta, tupakkaa, hygienianhoitotarvikkeita tai mitä tahansa arjessa tarvittavaa esinettä. Tätä käytäntöä Goffman (1997,

15–17 ja 33) pitää tärkeänä siirtymäriittinä astuttaessa mielisairaana moraalille uralle ja luovuttaessa omasta siviili-identiteetistä. Hän toteaa, että tämä asettaa yksilön aikuiselle epäluonnolliseen, anovaan rooliin ja mahdollistaa vallankäytön: henkilökunta voi viivytellä, kiusata, kuulustella tai evätä potilaan pyynnön aina niin halutessaan. Tähän myös osa muistelijoina kiinnittää huomiota. Samalla potilaan käytös, pieniltä kuulostavien asioiden jatkuva aneleminen ja samoista asioista jankuttaminen, saa hänet näyttämään henkilökunnan silmissä sairaalta. Tämä korostuu esimerkiksi tupakoitsijoilla, joiden tupakoita annostellaan, kuten tässä hoitajan muistossa:

Osaston ilmapiiri oli levoton, ahdistunut, ajoittain väkivaltainen tappeluinen ja uhmainen. Tältä osastolta jäi mieleeni herra S, joka oli tullut hoitoon tsaarinaikaisilla lomakkeilla. Hän oli kova polttamaan tupakkaa. Määrä oli rajoitettu tiettyyn määrään päivässä. Määrä ei hänelle riittänyt. Usein hän tuli myös minun eteeni seisomaan ja alkoi imarrella, että olen kaunis, ahkera ym. positivistista ja lopulta sanoi anna minulle tupakka. En suostunut pyyntöön, jolloin hän alkoi sättää vihaisesti kaikkea negatiivista minusta tai hoitajista yleensä. (MKM 163, 1960-luku.)

Tällainen vuorovaikutustilanne on minulle omalta hoitajan uraltani varsin tuttu ja muistan tulkinneeni potilaan käytöksen vain merkiksi sairauden oireesta pikemminkin kuin reaktioksi vallankäyttöön. Käytöksen selittäminen sairaudella on hoitotyön arjessa helppo selitysmalli, jota hoitohenkilökunnan voi olla vaikea muuttaa (Nissi 2019).

Potilaiden omaisuuden talteenotto on Nissin (2019) mukaan psykiatrisissa sairaaloissa yhä yleinen käytäntö, johon hoitohenkilökunta on rutinoitunut. Sitä perustellaan usein turvallisuudella ja tilanteen rauhoittamisella, mutta potilaalle se näyttäytyy kontrollina ja vallankäyttönä. Tämä pikemminkin vähentää osastojen turvallisuutta kuin parantaa sitä, koska potilaat näkevät käytännön perustelemattomana ja se aiheuttaa heissä hermostuneisuutta (Keski-Valkama 2010; Kuosmanen ja muut 2007). Näin potilaiden vastahankaisuus ja aggressiivisuus lisääntyvät. Mielisairaalamuistoissa yksi kirjoittaja mainitsi kokeneensa käytännön

erittäin nöyryyttävänä: ”Järkytin toden teolla, kun ensimmäisenä päivänä tavarani tutkittiin läpi. Se tuntui kammottavalta, yksityisyyden loukkaukselta. Nöyryyttävältä.” (MKM 482, 2000–2010-luvut.)

Omaisuuuden takavarikoinnista johtuva aggressiivisuus johtaa helposti muihin pakkokeinoihin, kuten seuraavassa potilaan muistossa: ”Minut pantiin myös suljettuun huoneeseen – eristys huoneeseen – kun halusin saada itselleni takaisin rahapussini ja avaimen. Sieltä eristys huoneesta loppui ilma. Se oli niin tiivis. Jouduin olemaan siellä yhden yön, en tietenkään pystynyt nukkumaan.” (MKM 404, 1970–1980-luvut.) Omien henkilökohtaisten tavaroiden haltuunotto voi vahvistaa tunnetta identiteetin ja autonomian katoamisesta. Potilaiden toimijuuden ja autonomian tunteiden kannalta kyseessä on haitallinen käytäntö (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004; Kontio ja muut 2012).

Vaikka mielisairaalamuistoissa ei kerrota puhelimen tai internet-yhteyden käytön rajoittamisesta, seuraavan runon kirjoittaja epäilee risikin internetin käytön rajoittamiselle olevan olemassa: onhan internet tehokas keino pitää yhteyttä ulkomaailmaan, kokea itsensä vapaaksi ja rakentaa omaa identiteettiään.

Yhteys

Sain internetin tänne / nyt tuntuu / kuin olisin vapaa / Kyllä joku keksii / syyn viedä sen pois (MKM 454, 2010-luku.)

Internet-yhteyden tärkeys potilaan autonomian ja yhteydentunteen säilyttämisessä tuli esiin myös Jäntin (2019, 168) mielenterveyskuntoutujien kotia ja kodittomuutta käsittelevissä tutkimushaastatteluissa, jossa sairaalassa saatu internet-yhteys vertautui tärkeydessään kulkulupien saamiseen.

ERISTYS

Aineistossa on useita eristykseen joutumiseen liittyviä muistoja. Tämä ei ole yllättävää, koska eristys on suomalaisen psykiatrisen hoidon historiassa ollut hyvin tavallista.¹⁰ Useimmat tutkimieni muistojen kirjoitta-

10 Esimerkiksi vuonna 2017 suomalaisissa sairaaloissa eristyksiä oli 1 637 (THL Tilastoraportti 33/2018).

jat ovat kokeneet eristyksen erittäin ahdistavana. Myös Keski-Valkaman (2010) ja Sibitzin ja muiden (2011) tutkimuksissa eristetyt potilaat ovat kertoneet pelosta, nöyryytyksi tai rangaistuksi tulemisen tunteista, masentuneisuudesta, itsetuhoisten ajatusten lisääntymisestä ja pelottavien äänien kuulemisesta.

Monet muistelijat ovat jääneet ihmettelemään eristyksen perusteluja. Usein syyt, jotka ovat johtaneet eristyspäätökseen tuntuivat potilaasta kovin keveiltä. Moni eristetyistä ei muista hoitohenkilökunnan selittäneen toimenpiteen perusteluja eristykseen toimitettaessa, sen aikana tai sen jälkeen: ”Heti ensimmäisenä iltana jouduin eristykseen, koska en muka olisi ottanut suosiolla lääkkeitä. Henkilökuntaa taisi olla liian vähän. Eristyskokemuksesta en saanut koskaan juteltua hoitajien tai lääkärin kanssa. Sitä ei otettu esiin myöskään päästyäni eristyksestä.” (MKM 502, ajanjaksoa ei mainittu.) Katkelmassa kuvattu eristyksen toteuttaminen ensimmäisenä iltana muistuttaa Goffmanin (1997, 13–29) kuvausta sairaalan ”sisäänkirjoitusmenojen” funktiosta: eristyksessä kajotaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen riisumisen, pakkolääkinnän ja väkisin eristystilaan viemisen muodossa. Lisäksi eristys mahdollistaa yhteyksien katkaisemisen ulkomaailmaan ja asettaa potilaan täydelliseen tarkkailuun sekä riippuvuussuhteeseen henkilökunnasta. Edellisen katkelman kirjoittaja saattaa olla oikeassa arvelussaan siitä, että eristämiseen on ollut osasyynä henkilökunnan vähyyys, mutta myös kyseisen sairaalan vakiintuneella hoitokulttuurilla lienee tässä merkitystä. Kirjoittaja ilmaisee, että hän olisi kyllä suostunut ottamaan lääkkeet, mutta ei tullut ymmärretyksi. Hänen eristyskokemuksestaan ei osastolla myöskään keskusteltu jälkikäteen.

Keski-Valkama (2010) on väitöskirjassaan tutkinut suomalaisten psykiatristen sairaaloiden potilaiden kokemuksia huone-eristyksestä ja lepositeiden käytöstä vuosina 1990–2005. Eristys on ollut hänen haastattelelilleen potilaille syvästi traumatisoiva kokemus. Monet eristykseen joutuneista ovat kokeneet aiemmin fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa, jolloin eristystilanne on voinut aktivoida aiemman trauman (Keski-Valkama 2010; Makkonen ja muut 2016). Hoitotyössä olisi hyödyllistä omaksua niin sanottu traumainformoitu työote, jonka keskeinen idea on, että kaikkiin potilaisiin suhtaudutaan potentiaalisesti traumatisoitu-

neina ja luodaan edellytykset turvalliseen, provosoimattomaan ja rauhalliseen kohtaamiseen (ks. esim. Sarvela & Auvinen 2020).

Seuraavan katkelman kirjoittaja kertoo joutuneensa suljetulla osastolla eristykseen ja kertoo sitten taustastaan:

Psykiatri Claes? ? sanoi kerran 90-luvulla television Jälkiviisaatohjelmassa, että mielisairaaloiden suljetuilla osastoilla naisista 60 % on inestien uhreja. Niinhän olin minäkin. Lisäksi olin kamottavalla tavalla pahoinpidelty koko lapsuuteni ajan. Halolla, remmillä, suurella risukarhalla ym. hakattu. Olin ruhjeissa ja haavoilla. Ja hirvittävästi vihattu ja koko ajan hulluksi moitittu. (MKM 404, 1970-luku.)

Keski-Valkaman (2010, 13–14) haastattelututkimuksessa potilaat ovat kertoneet yrittäneensä selviytyä eristystilanteesta muun muassa itkemällä ja laulamalla. Hän raportoi potilaiden kokeneen eristyksen päättymättömänä. Samaa kokemusta kuvaa yksi mielisairaalamuistoaineiston kirjoittajista (MKM 390; ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Ahdistusta lisäsi se, että hänet oli sidottu eristyshuoneessa lepositeisiin ilman mahdollisuutta saada yhteyttä henkilökuntaan. Kirjoittaja kertoo eristyksen joutuneen hänen sekavuudestaan kuten sanoilla leikittelystä ja spagaatin tekoyrityksistä.

Oli tosi pelottavaa ja ahdistavaa maata lepositeissä yksin pakoitettuna liikkumattomaan asentoon lepositeiden vuoksi. Mitä jos tulisi ulostamisen tai virtsaamisen tarve? – Vaikka tulisi mikä hätä – en pystyisi saamaan apua mistään... olin täysin unohdettuna iättömään tilaan ypyöksin. Tosi rankka kokemus! Pahinta tässä kokemuksessa oli se, että tuntui, että olin siirtynyt ajasta iättömyyteen, johon tilaan on tosi ahdistavaa joutua, koska tuntui siltä, että loppua ei olisi ollenkaan näkyvissä. Kuulin laahustavia askelia – koin voimakkaasti, että pystyin eläytymään isäni suvun evakkosten rasittaviin evakkomatkoihin. Ja laahustavat askeleiden äänet vain jatkuivat. Katsoin pientä ikkunaa eristyskopissa ja aloin nähdä siinä solujen jakautumista ja mielikuvituksessani ajattelin aikai-

sempien sukupolvien syntyä ja evoluutiota. Jeesuksen syntymäaikoja. Jeesuksen geeniperintää. Näin ikkunassa geenien ja solujen eriytymistä, jakautumista. Yksinäisyydessä vietetty eristys tuntui päättymättömältä ikuisuudelta ja pelko valtasi minut mitä tämän jälkeen... (MKM 390, 1970-luku.)

Potilas kuvaa katkelmassa ajantajun katoamista päättymättömältä tuntuvaan eristyksessä. Keski-Valkaman (2010) mukaan eristyksen traumatisoivan vaikutuksen ennaltaehkäisyssä on oleellista kertoa potilaalle eristyksen kesto ja varmistaa, että hän on tietoinen siitä, että eristys päättyy jossain vaiheessa (ks. myös Kontio ja muut 2012, 19). Koiviston, Janhosen ja Väisäsen (2004) mukaan eristys saattaa luoda pelkoa ja ahdistusta, mikäli eristykseen ei ole hakeuduttu oma-aloitteisesti tai potilas ja hoitohenkilökunta ymmärtävät tilanteen eri tavoin. Seuraavassa katkelmassa toistuu edellisen muiston kokemus ajantajun katoamisesta. Vaikka eristys huoneessa oli käytössä nykyisen lain vaatima videoalvonta, kirjoittaja liittyy tilanteeseen voimakkaan yksin jäämisen, hylkäämisen, arvottomuuden ja kaltoinkohtelun kokemuksen. Hoitajan epäinhimillistä suhtautumistapaa kirjoittaja kuvaa vertaamalla itseään ”saastaiseen eläimeen”.

Vaikeroin ja kehoni kouristeli voimakkaasti, en pystynyt pidättelemään tai kontrolloimaan sitä. En mitenkään.

Hoitaja komensi minut ylös. Tärisevänä nostin käteni hoitajaa kohti, toivoin, että hän olisi auttanut minut seisaalleen. Hoitajan reaktiossa oli jotain vastenmielistä; hän kavahti inhoten kauemmas kuin olisin ollut jokin saastainen eläin. ”Minähän en sinua kannan!” hän ärähti. Lopulta sain itseni ylös lattialta, otin seinien kaiteista tukea ja astuin kompuroiden eristys huoneeseen.

Se koostui kahdesta erillisestä tilasta, joiden välillä ei ollut ovea. Huonekaluja ei ollut, ei yhtäkään. Toisen huoneen nurkassa oli muutama patja. Kävin sinne makaamaan. Patjat olivat harmaita, kapeita ja kovia. Aivan kuin eristykseen joutuvat eivät ansaitsisi sen parempaa. Mieshoitaja sanoi minulle ovelta: ”Yritä rauhoittua. Me seurataan sinua kameroiden kautta” Hätäännyin siitä ja pa-

niikki vyöryi taas kovemmaksi. Hoin yhä uudestaan ja uudestaan etten halua jäädä yksin. Pelkäsin ja pyysin että joku hoitaja jäisi luokseni. Eipä jäänyt ei.

Hän kehotti minua vielä kerran rauhoittumaan, astui ulos ja sukki oven perässään. En tiedä kuinka kauan olin siellä. Ehkä 5 minuuttia, ehkä 3 tuntia, mielentilani ja se kolkko huone ympärilläni kadotti minulta kokonaan ajantajun. (MKM 482, 2010-luku.)

Katkelmassa kuvattu potilaan kohtelu, eristämisen käytännöt ja eristys-huoneen olosuhteet eivät vastaa eristämiskäytännöistä annettuja ohjeita tai täytä ihmisoikeuksien mukaisen kohtelun edellytyksiä (Mielenterveyslaki 1990).

PAKKOLÄÄKITYS

Nykypsykiatria pohjautuu lääkehoitoon ja erityisesti mielisairaalahoidossa neuroleptilääkitystä pidetään usein välttämättömänä (Alakare 1999, 123). Lääkehoito ei kuitenkaan paranna psykiatrista sairautta, vaan ainoastaan lievittää sen oireita, kuten ahdistusta ja kiihtymystä (ks. esim. Rudegeair & Farrelly 2008, 310–311). Yksi psykoosin lääkehoidon ongelmista on se, että vähintään viidesosalla psykoosidiagnoosin saaneista potilaista lääkitys ei tehoa oireisiin (Huttunen & Raaska 2015). Lääkehoitoa kuitenkin pidetään psykiatrian kentällä niin tärkeänä, että kielteisesti lääkehoitoon suhtautuvaa potilasta lääkitään usein tämän hoitotahdon vastaisesti. Ilmiö näkyy myös mielisairaalamuistoaineistossa vihan ja katkeruuden sävyttäminä lääkkeisiin liittyvinä muistikuvina. Monissa aineiston muistoissa kuvataan tahdonvastaisesti aloitettua lääkitystä. Goffman (1997, 21) pitää tahdonvastaista lääkitystä yhtenä totaalisen instituution ”saastuttamisen” muotona, jossa väkivaltaisesti murretaan se raja, jonka yksilö asettaa oman olemuksensa ja ympäristön välille. Lääkkeet muokkaavat keinotekoisesti ihmisen tunteita, käyttäytymistä ja fysiologiaa – esimerkiksi omaan kävelytapaan tai ilmeisiin ei välttämättä pysty enää vaikuttamaan tahdonalaisesti niin kuin ennen.

Seuraavassa katkelmassa nuori nainen kertoo 18-vuotiaana kokemastaan pakkolääkinnästä: ”Nyt mä näen yhä painajaisunia siitä ajasta. Kuinka mä saan kohtauksen ja mut viedään eristykseen odottaa piik-

kiä. Mulle oikeesti annettiin joskus piikkiä perseeseen koska olin niin 'hankala tapaus' niin kuin me kaikki ollaan siinä maailmassa hankalia." (MKM 387, 2010-luku.) Sama kirjoittaja kertoo myös vastentahtoisesti määrätyn Leponex-lääkityksen¹¹ aiheuttamasta pidätyskyvyttömyydestä ja kuolaamisesta, jota lääkäri ei uskonut lääkityksen sivuvaikutukseksi, ennen kuin tarkisti asian lääkeoppaasta potilaan painostamana. Sama kokemus on poikansa sairaalakierrettä muistelevalla äidillä, jonka mukaan psykiatrit eivät ottaneet todesta potilaan ja hänen omaistensa raportoimia lääkityksen vakavia haittoja (MKM 012).

Vaikka suun kautta otettavan lääkityksen käyttöön liittyy psykiatrisessa hoidossa usein monenlaista painostamista, vain tahdonvastaisesti annettu injektio-lääkitys tilastoidaan pakkokeinoksi. Tämä vääristää pakkokeinotilastoja. Jos potilas pakkohoidossa ollessaan kieltäytyy ottamasta lääkitystä suun kautta, päädytään muistojaan kertoneiden potilaiden kokemusten mukaan usein pakkoinjektioon. Tästä syystä käsittelem tässä myös tablettimuotoisen tahdonvastaisen lääkityksen saamista pakkokeinona. Muutamissa muistoissa kuvataan myös fyysisen väkivallan käyttöä lääkkeen annon yhteydessä (MKM 387, 2010-luku; MKM 558, 1990-luku).

Muistelijat kuvaavat, miten lääkehoito on monessa tapauksessa järjestetty potilasta kuulematta. Psykiatri Matti Huttunen (2014, 337) varoittaa, että lääkkeiden "määrääminen" ilman potilaan mielipiteen huomioimista voi johtaa siihen, että lääke muodostuu symboliksi vuorovaikutuksen puutteesta ja sairauteen liittyvästä häpeästä. Tämä heikentää olennaisesti psyykkistä hyvinvointia ja voi johtaa muun muassa omaehtoiseen lääkehoidon keskeyttämiseen ilman suunniteltua vähennystä ja hoidollista tukea.

Useissa mielisairaalamuistoissa mainitaan, että potilaalle ei ole kerrottu lääkityksen haittavaikutuksista ja potilaan huomioita niistä ei ole kuunneltu. Ainakaan masennuslääkityksen suhteen tässä ei ole tapahtunut mainittavaa edistystä, vaan potilaat raportoivat edelleen, ettei haittavaikutuksista ja vieroitusoireista varoiteta lääkkeitä määrättäessä (MTV Uutiset 2019). Psykiatrisessa hoidossa on myös yleistä, että lääk-

11 Leponex on psykoosilääke, jonka vaikuttava aine on klotsapiini.

keiden sivuoireita ei tunnisteta lääkityksen aiheuttamiksi vaan ne tulkitaan sairauden oireiksi, jolloin niitä hoitamaan määrätään uusi lääkitys (Huttunen & Raaska 2015). Näin muistelutekstien kirjoittajat kuvaavat lääkehoidon ongelmia:

Mielestäni kaikki lääkkeet, mitä minulle on kokeiltu, ovat olleet huonoja ja aiheuttaneet voimattomuutta, väsymystä ja muitakin sivuoireita, joihin taas on määrätty uudet lääkkeet, sillä lääkäreiden mielestä ne ovat oireita todellisesta sairaudesta... Mielestäni minulla on ollut liikaa lääkkeitä aina. Lääkemäärät ovat olleet yli-
mitoitettuja. (MKM 273, 1990- ja 2000-luvut.)

Koin lääkitykseni liian vahvaksi ja en koe tätä lääkitystä hyvänä. Koin lääkitysteni aiheuttavan minulle liikaa sivuvaikutuksia mm. painon nousua reilut 20 kg ja jatkuva silmien vetäminen. (MKM 478, 2010-luku.)

Vaikka lääkitys olisi periaatteessa mahdollista lopettaa, voi se käytännössä olla vaikeiden vieroitusoireiden vuoksi mahdotonta. Lisäksi lääkitys voi aiheuttaa esimerkiksi aineenvaihduntaan liittyviä ongelmia ja myrkytysoireita.

Joidenkin muistelijoiden oireet olivat niin rajuja, että he kokivat lääkehoidon kemiallisena pahoinpitelynä. Tähän kietoutuu usein kokemus epäempaattisesta kohtelusta. Kun kokemukseen kemiallisesta pahoinpitelystä liittyy sosiaalinen hylkääminen, kuten seuraavassa esimerkissä, kokemus on vielä rajumpi. Katkelmassa nuori nainen kuvaa pelottavaa vieroitusoiretta, joka johti lopulta eristykseen.

Se alkoi äkillisesti ja yllättäen. Makasin sängyllä ja yhtäkkiä menetin täysin kontrollin kehooni ja mieleeni. Pääni sisällä myllersi jottain painajaismaisen sekavaa, muistan äärimmäisen voimakkaan pelon tunteen. Aloin tärisemään kuin horkassa, raajani alkoivat nykimään hallitsemattomasti ja hysteeriseksi käynyt itkuni täytti koko ympäröivän tilan. Pyysin hoitajalta apua, uudestaan ja uudestaan. Hän sanoi: 'Makaat siinä sängyllä, kyllä se menee ohi. Sultahan

lopetettiin se lääkityskin, tuo on aivan normaalia'. Sitten hän nousi tuoilta ylös ja oli poistumassa huoneesta. Kyllä, poistumassa. Välittämättä ollenkaan siitä hänen vastuullaan oleva sairas potilas oli paniikinomaisessa, psykoottis-tasoisessa tilassa ja pyysi apua. (MKM 482, 2010-luku.)

Katkelma kuvaa elävästi, miten rutinoituneelle hoitajalle normaalina näyttäytynyt asia on potilaalle ainutkertainen, kehollinen, äärimmäisen pelottava ja traumatisoiva kokemus. Hoitajan voi olla vaikeaa säilyttää herkyys potilaan kokemukselle jatkuvassa kiireessä ja toinen toistaan haastavammin oireilevien potilaiden kanssa työskennellessään. Goffman (1997, 58–73) korostaa hoitajan roolin vaikeutta: hoitohenkilökunnan on yhtäältä säilytettävä humaani suhtautuminen potilaisiin, toisaalta pidettävä heihin tietty ammatillinen välimatka ja puolustettava laitoksen totaalisia käytäntöjä perustellen niitä turhienkin sääntöjen ja rutiinien turhauttamille, usein ahdistuneille potilaille. Laitosten toimintaperiaatteita vaativa työ ei onnistu ilman tarkkoja sääntöjä ja aikatauluja, kun taas potilaiden inhimillinen kohtelu edellyttäisi joustavuutta ja yksilöllisyyden huomioimista.

Myös seuraavassa tekstissä kirjoittaja kuvaa erityisen rajuja lääkityksen haittavaikutuksia. Oireiden pelottavuutta lisäsi kirjoittajan mukaan se, että lääkitys oli tahdonvastaista ja lääkkeen pakottivat ottamaan potilaalle vieraat hoitajat, joihin potilas ei luottanut.

Psykenlääkkeet ja niiden sivuvaikutukset aiheuttivat voimakkaita kehon ja aistien muutoksia. Oli pelottavaa huomata, kuinka oma keho muuntui jähmeäksi ja hitaaksi ja puhe kuin humalaisen sammallukseksi. Rankinta oli vaihe, jolloin – joko sopimattoman tai liian suuren lääkityksen takia – käteni käpristyivät toimintakyvyttömiksi ja leukani vääntyi melkein sijoiltaan. Oli pelottavaa tulla vieraaksi itselleen, varsinkin kun ymmärsin sen johtuvan lääkkeistä, joita tuntemattomat ihmiset pakottivat ottamaan joko tabletteina tai injektioina, joita kammosin. (MKM 558, 1990-luku.)

Lääkityksen aiheuttavat rajut ruumiilliset muutokset tuntuivat potilaasta vieraalta, ja hän koki menettävänsä oman kehonsa hallinnan. Vaikka edellä kuvatut haittavaikutukset liittyvät todennäköisesti niin sanotun vanhan polven neurolepteihin, jotka eivät ole enää laajasti käytössä, aiheuttavat myös uudemmat neuroleptit ruumiillisia muutoksia, kuten lihomista (ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Kun ei-toivottuihin muutoksiin yhdistetään psykososiaalinen turvattomuuden tunne ja sairaalan nöyryyttävät käytännöt, voi tämä johtaa minuuden menettämisen kokemuksiin. Edellisen katkelman potilas koki myös autoritaariset lääkkeenottotilanteet jonotuksineen ja valvontoineen nöyryyttävinä: ”Peloistani huolimatta päädyin muiden lailla seisomaan lääkejonossa, odottamassa omaa vuoroani kallistaa pienen muovikipon sisältö kämmenelleni ja nielaista pelkäämäni pillerit. Myönnän kyllä, että tarvitsin lääkitystä (vai tarvitsinko?) toipuakseni, mutta tuo liukuhihnamaaisessa jonossa seisominen oli kyllä nöyryyttävää.” (MKM 558, 1990-luku.)

Jotkut kokivat myös hoitajien humoristisen puhettavan lääkkehoidon yhteydessä pilkallisena. Huumorilla on monia funktioita: sillä voidaan esimerkiksi pyrkiä lievittämään ahdistusta ja jännitystä tai se voi olla vallankäytön väline, jolla tehdään eroa ”meidän ja muiden” välille ja osoitetaan näin pilanteon kohteen poikkeavuutta (Knuutila 1992, 145–147). Mielisairaalassa huumoria voidaan käyttää absurdin tilanteen normalisoinnin keinona – sairaalamaailman ja ulkomaailman käsitys normaaleista käytännöistä ja puhetavoista voivat olla hyvin erilaisia kuin ulkomaailmassa. Hoitajien kepeät, humoristiset lääkitykseen liittyvät kommentit kertovat osaltaan siitä, että hoitajille lääkehoito on vain rutiini-toimenpide, vaikka potilaan kannalta lääkityksellä on usein dramaattisia seurauksia niin hyvässä kuin pahassakin mielessä. Tämä jyrkkä näkökulmaero voi aiheuttaa kommunikointivaikeuksia.

Cocktail

Aikaisempina vuosina / sain tehollääkitystä / kun olin liian sekava /
Hoitajat kutsuivat / lääkekasaa cocktailiksi / Niillä natsella / on
huumorintajua (MKM 454, 2010-luku.)

Vaikka hoitajien huumori tuntui monista loukkaavalta, kuvaavat jotkut muistelijat toisaalta sitä, miten potilaan itsensä viljelemä musta huumori auttaa selviytymään ahdistavasta ja pelottavasta lääkkeenottotilanteesta: ”Minä otin lääkkeitä ja sanoin - No kuollaan sitten kunnialla ja otin lääkkeitä” (MKM 284, 1970-luku).

Lääkityksen aloittaminen on vaikea eettinen kysymys, koska akuutissa kriisissä ihmisen psyykinen tuska voi vaatia lääkitystä sietämättömien oireiden helpottamiseksi silläkin uhalla, että lääkkeistä voi olla vaikeaa päästä myöhemmin eroon. Lääkityksen mahdolliset haittavaikutukset tulisi kuitenkin avoimesti kertoa potilaalle. Tämä on erityisen vaativa tehtävä silloin, kun potilas ei itse koe oloaan huonoksi (ks. esim. MKM 273, 1990- ja 2000-luvut), mutta lääkäri haluaa määrätä tälle lääkityksen hillitäkseen sosiaalisesti epätoivottavaa tai vaarallista käyttäytymistä. Psykykenlääkkeiden aiheuttaman riippuvuuden mahdollinen vähättely tai siitä tai muista lääkehaitoista kertomatta jättäminen ei kuitenkaan ole eettisesti kestävää.

Psykiatrisella lääkehoidolla on lukuisia kiusallisia ja vaarallisia vaikutuksia. Monet lääkityksen sivuvaikutukset, kuten pidätyskyvyttömyys, lisääntynyt syljeneritys, ylipainon kertyminen sekä varsinkin aiemmin käytössä olleisiin lääkkeisiin liittyneet haittavaikutukset kuten silmien veto-oireet, jähmeys ja ilmeettömyys (Huttunen & Raaska 2015) ovat epämiellyttäviä ja vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan ulkoiseen olemukseen ennakkoluuloja vahvistavasti. Voimakas ylipaino, pakkoliikkeet, monotoninen puhetapa tai erikoinen kävelytyyli saattavat ulkopuolisista vaikuttaa sairauden oireilta, vaikka kysymys on usein lääkityksen haittavaikutuksista: ”Tuon ajan vanhat psykoosilääkkeet olivat niin ’vahvaa kamaa’, että lyhyessä ajassa olin lihonut melkein neljäkymmentä kiloa. Muutenkin lääkkeet vaikuttivat niin, että tuntui kuin sieluni olisi ollut vankilassa. Lääkkeitteni lopettamisen jälkeen painoni ja muukin elämäni normalisoitui.” (MKM 390, 1970-luku.)

Monet kirjoittajat kuvaavat, kuinka erityisesti raskaan lääkityksen vuoksi ”eläimelliseksi” muuttuneet, fyysisesti ja psyykkisesti huonokuntoiset potilaat ovat joutuneet hoitajien huonon kohtelun uhreiksi. Samaa ilmiötä on kuvattu myös mielisairaaloiita käsittelevässä kirjallisuudessa (Jännti 2012, 33). Usein tätä kuvaamaan on käytetty eläinmeta-

foria, joihin liittyy ajatus potilaiden likaisuudesta ja hoitajien potilaisiin kohdistuneesta fyysisestä inhon tunteesta (ks. myös Maanmieli 2018; 2019a; 2019b). Osastolle tulevalle uudelle potilaalle muiden potilaiden lääkkeiden jähmettämä olemus voi olla järkytys: ”Monelta valui sylkeä ja he näyttivätkin ennemmin sairailta eläimiltä kuin ihmisiltä.” (MKM 390, 1970-luku.)

Lääkitys voikin synnyttää vaikeasti murrettavan noidankehän: pahaan oloon määrätään lääkitys, joka saa hoitohenkilökunnan ja muut lähimäiset suhtautumaan potilaaseen kielteisemmin, jopa epäinhimillisesti tämän ihmisarvon kyseenalaistaen, mikä taas lisää potilaan kielteistä käsitystä itsestään ja toipumismahdollisuuksistaan. Liiallisesta lääkityksestä väsynyt potilas ei myöskään aina jaksaa huolehtia hygieniastaan tai reagoida aktiivisesti ympäristöönsä, mikä lisää sosiaalista häpeää. (Maanmieli 2018; 2019a; 2019b.) Mielisairaalamuistot herättävät lukijassa kysymyksen siitä, miksi näitä lääkityksen ilmeisiä psykologisia ja fyysisiä sivuvaikutuksia ei oteta hoidossa paremmin huomioon.

Psykkisestä kriisistä toipumista voi sosiaalisen häpeän lisäksi hidastaa myös se, että psykoosin tai mielialahäiriöiden hoitoon käytetyillä tai ahdistuneisuutta lieventävillä lääkkeillä voi olla kognitiivisia toimintoja heikentävä vaikutus (Tandon 2011). Tämä voi johtaa siihen, ettei menneisyyden traumoja ja sairaalahoitoon johtaneita seikkoja ole mahdollista prosessoida. Näin eräs kirjoittaja kuvaa lääkityksen vaikutusta muistiinsa: ”Olin halunnut käsitellä isäsuhdettani sairaalassa, mutta sitä ei selvitetty. Sain vain voimakkaan lääkityksen, joka sai minut unohtamaan.” (MKM 416, 1990–2000-luvut.)

Katkelmassa konkretisoituu kuilu lääkärin ja potilaan näkökulman välillä – potilas näkee isäsuhteen selvittämisen avaimena psykoottisten oireittensa ymmärtämiseen, kun taas lääkäri katsoo, että kipeät muistot tulee lääkittää unohtuksiin, jolloin niitä ei enää ole mahdollista prosessoida. Tällöin potilaan odotukset ja sairaassa tarjottu hoito ovat ristiriidassa toistensa kanssa. Sama näkemys on nähtävissä myös psykiatrien ammattikunnan sisällä – psykososiaalisesti suuntautuneet psykiatrit kannattavat oireiden ymmärtämistä, biologis-neurotieteellisesti suuntautuneet taas lääkehoitoa (Maanmieli & Maanmieli 2019).

HENKINEN JA FYYNINEN VÄKIVALTA, VALLANKÄYTTÖ SEKÄ HUONO KOHTELU

Useissa muistoissa potilaat kuvaavat hoitohenkilökunnan ilkeää, välinpitämätöntä tai pilkallista asennetta. Vastapainona monet potilaat (esim. MKM 357) kiittävät myötätuntoisen ja asiantuntevan henkilökunnan tunkeneen heidän nopeaa toipumistaan. Koivisto, Janhonen ja Väisänen (2004) painottavat, että potilaille on taattava oikeus mielipiteidensä ja tunteidensa ilmaisuun ja heidän näkökulmansa on oltava keskeinen tekijä hoidon suunnittelussa. Sairaalan arvostava ja ystävällinen ilmapiiri on tutkimuksessa nähty keskeisenä potilaan toipumista edistävänä tekijänä.

Kahdessa vanhimmassa mielisairaalamuistossa on mainintoja suorasta väkivallan käytöstä eli potilaan fyysisestä pahoinpitelystä. Aineistoni toiseksi vanhimmassa muistossa kirjoittaja kuvaa sota-aikana sairaalahoittoon joutuneen veljensä kokemaa fyysistä väkivaltaa.

Ainakin mieshoitajissa oli kovakouraisia ja jopa löivät väkivaltaisia potilaita. Potilaita puettiin pakkopaitaan ja suljettiin eristykseen. Olin kertonut yhdelle tuttavaksi tulleelle mieshoitajalle veljestäni. Hän kertoi myöhemmin estäneensä työkaveriansa lyömästä veljeäni eräänä aamuna. Työkaveri oli ihmetelty tuttuni hentomielisyyttä. Veljeni oli ollut onnellisen näköinen ja katsoneensa kiittolisena lyönnin estänyttä hoitaja tuttuani. Voi olla, että inhimillisuus ja empaattisuus olisivat auttaneet paljon enemmän, kuin se eristykseen raahaaminen ja rauhoittavat pistokset. (MKM 427, sota-aika.)

Goffmanin (1997) mukaan fyysisen väkivallan käyttö on totaalisen laitoksen toiminnalle tyypillistä. Viime vuosikymmeneen sijoittuvissa muistoissa ei kerrota hoitohenkilökunnan lyöneen potilaita. Uusimmista muistoissa fyysinen väkivalta liittyy ainoastaan eristystilanteisiin, esimerkiksi eristyshuoneeseen väkisin viemiseen tai pakkoinjektion antoon eristykseen vietäessä. Toisaalta potilaat raportoivat, että henkistä väkivaltaa, joka sekin on tyypillinen totaalisen laitoksen piirre, on koettu osastoilla myös lähivuosikymmeninä. Seuraavassa katkelmassa potilas kuvaa muistossaan uhkailua ja vallankäyttöä, joka ei kohdistunut häneen itseensä vaan muihin potilaisiin.

Henkilökunta oli osastolla melko eritasoista. Jotkut hoitajista käyttivät sumeilematta valtaansa joitakin potilaitaan kohtaan, uhkaamalla esimerkiksi eristyshuoneella tai jollakin vastaavalla toimenpiteellä. – – Itse en joutunut tällaisen mielivallan kohteeksi, ehkä siksi, että osasin käyttäytyä hyvin ja olin keskittänyt voimavarani siihen, että pääsen pois sairaalasta mahdollisimman pian ja niin hyvävointisena kuin se tuossa tilanteessa olisi mahdollista. Sivusta kuitenkin sain seurata joiden hoitajien taholta härskiä vallankäyttöä muutamaa potilasta kohtaan. (MKM 352, 1990-luku.)

Runomuodossa kirjoitettu muisto kertoo, miten vallankäyttö jättää jälkensä potilaan olemukseen. Kumara, laahustava kävely kertoo myös henkisestä pahasta olost ja kehollisena ilmenevästä arvottomuuden tunteesta (Maanmieli 2018): ”Potilaan ryhti / on kääntäen verrannollinen / siihen, kuinka paljon / hoitajat häntä / pompottelevat / Valta sokaisee / ja ehdoton valta / sokaisee ehdottomasti / Siksi me olemme tällaisia / Niin luulen” (MKM 454, 2010-luku).

Monissa muisteluteksteissä korostuu hoitajien ja potilaiden eriarvoisuus, kohtaamisen ja kuuntelun puute sekä potilaiden tunteiden sivuuttaminen. Potilaat kuvaavat kokemustaan siitä, miten lääkitty ja alistettu potilas herättää inhoa henkilökunnassa. (MKM 482, 2010-luku; Maanmieli 2018; 2019a; 2019b.) Suomalaisissa potilaiden haastatteluihin pohjautuvissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat toivoisivat enemmän keskusteluja henkilökunnan kanssa (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004; Soininen ja muut 2013). Monet haastatellut potilaat kokivat, että heidän oli vaikeaa saada yhteys henkilökuntaan ja heidän mielipiteitään ei otettu hoidossa huomioon (Kuosmanen ja muut 2007, 601). Sama näkyy myös tutkimassamme aineistossa. Pahimmillaan jotkut muistelijat joutuivat heti sairaalaan saapuessaan huomaamaan, että normaalit kanssakäymisen säännöt ja kohteliaisuus eivät sairaaloissa pädeköän. Yhdessä 1990-luvulle sijoittuvassa muistossa potilas kertoo jopa pelänneensä, että keskusteluyritys hoitajien kanssa johtaisi lepositeisiin joutumiseen (MKM 416).

Varsinaisen kaltointohtelun lisäksi monien muistelijoiden ahdistusta on lisännyt tekemisen puute ja sairaalaelämän yksitoikkoisuus tiukkoine

aikatauluineen. Osastojen vuorokausirytmii ja rutiinit ovat voimakkaasti rajanneet potilaiden itsemääräämisoikeutta. Monet muistelijat kertovat voimakkaista tylsistymisen ja ajan hukkaan kulumisen kokemuksistaan (ks. myös tämän kirjan johdanto): ”Odotin ikävöiden seuraavaa / ruokailua, nukkumaanmenoa.../ Lääkärinäika saattaisi antaa toivoa / Olisipa vessahätä, niin olisi / jotain tekemistä. // On aika yksitoikkoista / nähdä, kun / ihminen katsoo / päivästä toiseen / televisiota ja laahustaa joskus / tupakkahuoneeseen. // Sille on keksitty nimikin. / Sitä kutsutaan laistostumiseksi.” (MKM 455, 2010-luku.)

Yksi pelkoa lisäävä elementti sairaalassa ovat tiedonkulun katkokset. Niistäkin muistoista, joissa varsinaista kaltoinkohtelua tai pakkotoimia ei kuvata, välittyy ajatus potilaiden kokemasta kroonisesta tiedon puutteesta koskien esimerkiksi hoidon tai eristyksen kestoa, lääkkeiden määräämisen perusteita tai niiden vaikutuksia tai diagnoosia. Rasimus (1999) painottaa tiedonkulun tärkeyttä osana laadukasta psykiatrista hoitoa. Rasimus on toiminut osastonhoitajana ja perheterapeutina psykiatrisen sairaalan vastaanotto-osastolla ja kehittänyt sen toimintaa. Hänen mukaansa tiedon saaminen, antaminen ja jakaminen ovat jatkuvia, tärkeitä prosesseja, jotka muodostavat vuorovaikutussuhteen perustan. Monet muisteluaineiston potilaat kertovat, ettei heille esimerkiksi ole selitetty psykoosi-käsitteen merkitystä. Potilaiden muistoista käy ilmi, että heille ei ole sairaalassa ole kerrottu sairaalaan joutumisen tai hoitotai pakkotoimenpiteiden syitä, sairaalan sääntöjä ei ole perusteltu eikä heille ole kerrottu, mitä edellytyksiä potilaan on täytettävä, jotta hän pääsisi sairaalasta pois. Osittain tiedonkulun katkokset selittynevät sillä, ettei ahdistunut ja mahdollisesti psykoottinen potilas helposti muista tai sisäistä saamaansa informaatiota. Siksi on tärkeää esittää informaatio ymmärrettävässä muodossa ja varmistaa tiedon perillemeno kertaamalla sitä hoidon edetessä. Rautanen (2019) huomauttaa, että tiedonkulun puutteellisuus on yhä psykiatrisilla osastoilla jatkuva ongelma – harvoilla yksiköillä on esimerkiksi potilasesitteitä toiminnastaan eikä hoitoa suunnitella potilaslähtöisesti.

MIELISAIRAALAKOKEMUSTEN METAFORINEN KUVAUS – SAIRAALAT MINUUDEN RIISTÄJINÄ

Tutkimistani muistoista välittyä sairaalassa koettujen traumaattisten tapahtumien vahva vaikutus potilaiden käsitykseen itsestään, vaikutusmahdollisuuksistaan ja omasta ihmisarvostaan. Tätä kuvataan muistelu-teksteissä usein runomuotoisesti tai metaforisen kielen kautta. Seuraavassa runossa kirjoittaja yhdistää kaltoinkohtelun ja sairaalahoitoon kytkeytyvän ahdistuksen ja pelon oman identiteetin katoamisen tunteeeseen sekä syvään arvottomuuden kokemukseen.

Ahdistusta, pelkoa, tuskaa
mieleni rustaa sanoja,
joista ei puutu väriä mustaa
enkä muuta voi kuin kirjoittaa,
harjoittaa kynän miekkaa.

Tuska, tuska, tuska
taasko valkotakkiset saapuvat
vievät kidutusmajojensa kammioihin
pois silmän nähtäviltä
ikuisen pelon huoneisiin.

Ahdistusta, pelkoa, tuskaa
ja miksi?
Syy on se, että minä olen minä.
Voiko minulla olla
oikeutta olla minä
Ei, ei tietenkään voi
minähän olen minä
(MKM 012, ajanjaksoa ei mainittu.)

Goffmanin (1997, 29) mukaan mielisairaalan totaaliset käytännöt muuttavat sairaalan tapahtumien symbolista merkitystä ja murentavat potilaan aiempaa käsitystä itsestään.

Seuraavassa katkelmassa kuvataan ahdistuksen tunteita, jotka liittyvät sairaalassa koettuun vallankäyttöön ja ihmisarvon vievään kohteluun (muun muassa pakkoinjektioiden antamiseen). Kirjoittaja vertaa värikkäässä ja tunnepitoisessa kuvauksessaan sairaalaa vankilaan, lääkäreitä kuninkaisiin, hoitajia alamaisiin ja potilaita narreihin sekä toisaalta avuttomiin koiranpentuihin. Kirjoittaja näkee sairaalan allegoriana koko yhteiskunnasta, jossa raadollisesti näyttäytyy ihmisen petomainen luonto.

Mielisairaala oli mulle vankila. Lääkärit on siinä mestassa kuninkaita, hoitajat alamaisia ja potilaat vain orjia ja narreja. Me ei olla koskaan samalla viivalla! Ei koskaan! Ja mua vittu oksettaa, mua oikeesti oksettaa se vallan väärinkäyttö! Mä itkisin jos mulla tulis kyyneleet. Mä huutaisin jos mulla tulis ääntä. Mä hakkaisin päätäni ikkunan läpi jos pystyisin, mut ei. Me alistutaan koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa. Me potilaina ollaan kuin oltais koiranpentuja, muka avuttomia jotka ei pysty tekeen mitään itsenäisesti muutakun järsiin luita nurkassa. IHMINEN ON SUSI JOKA VERENMAKU SUUSSA HIIPII VAANIEN TOISEN KIMPPUUN KUN TOINEN ON HEIKOIMMILLAAN. (MKM 387, 2010-luku.)

Pakkokeinojen ja huonon kohtelun kuvauksessa muisteluteksteissä käytettiin tyypillisesti metaforista kieltä ja mielisairaloita verrattiin yleisesti muihin totaalisiin laitoksiin, yleisimmin vankilaan, mutta myös keskitysleiriin ja armeijaan sekä niiden henkilökuntaan ja toimintakulttuurisiin (Maanmieli 2018). Tämä saa selityksensä myös Goffmanin (1997, 5) teorian kautta: hän toteaa totaalisten laitosten olevan keskenään niin samankaltaisia, että ymmärtääksemme yhtä niistä, meidän on syytä tarkastella muitakin.

Hoitajien suhtautumistapa muistutti vanginvartijan suhtautumistapaa. (MKM 416, 1990-luku.)

Tämä vangitsemiseni eristyshuoneeseen alkoi siitä, että vaadin rahapussiani ja avaimiani itselleni ja minulle sanottiin, että niitä ei täällä ole. (MKM 404, 1980-luku.)

Havaintoni mielisairaaloista ovat kauhun täyttämiä, kuin natsien keskitysleireiltä uhrien näkökulmasta. (MKM 273, 1990–2000-luvut.)

No niin sotaväki oli alkanut minulla ja ajattelin että saanko joskus vapaakävelyn. (MKM 284, 1970-luku.)

Joissain muistoissa vankila muodostuu laajennetuksi metaforaksi: hoitohenkilökuntaa verrataan vanginvartijoihin ja eristyshuoneeseen joutumista vangitsemiseen. Vankilalla tai keskitysleirillä voidaan viitata myös sisäiseen mielentilaan tai lääkityksen vaikutukseen, ei pelkästään sairaalan ulkosiin piirteisiin (Maanmieli 2018). Antipsykiatrisista näkemysistään tunnettu psykiatri R. D. Laing (1971, 10) toteaa, että lääkitys vähentää porttien ja lukkojen tarvetta siirtämällä kalterit potilaan sisimpään.

Useiden muistojen kirjoittajat näkevät sairaalan vankilaa pahempana paikkana. Yksi kirjoittajista toteaa, että mielisairaalat muistuttavat vankilaa siinä, että ulkopuolisille ne ovat myyttisiä, suljettuja paikkoja (MKM 455, 2010-luku). Vankilametaforaa käytettäessä kiinnitetään lukijan huomio niihin sairaalan ja sairaalakokemuksen piirteisiin, jotka ovat vankilankaltaisia (sairaalan funktiona kontrolloiminen, ulkopuolisten turvallisuuden säilyttäminen ja rangaistus, lukot omissa, liikkumisen ja kommunikaation rajoittaminen) ja viedään huomiota pois sen ei-vankilankaltaisista piirteistä (vapaaehtoinen hoito, kuntoutus ja terapia) (Maanmieli 2018).

MIELISAIRAALAMUISTOT TRAUMAMUISTOINA JA MUISTOIHIN KYTKEYTYVÄT TUNTEET

Pakkotoimia, tarpeetonta vallankäyttöä ja väkivaltaa kuvaavista potilaiden muistoista välitty kolme keskeistä tunnetta, jotka ovat pelko, viha ja häpeä¹². Pelko on muutenkin läsnä suurimmassa osassa mielisairaalamuistoja. Psykoosioireet tai voimakas ahdistus ovat itsessään pelottavia.

12 Häpeän tunteita olen käsitellyt enemmän aiemmin julkaistuissa artikkeleissani (Maanmieli 2019a; 2019b).

Monet muistelijoista kyydittiin sairaalaan ambulanssilla. Ambulanssin tulo liittyy usein hengenvaarallisiin tilanteisiin ja voi jo itsessään laukaista esimerkiksi muistikuvia aiemmista kokemuksista. Saapuminen isoon ja sokkeloiseen, lukittuun ja valkeaan sairaalaan voi sekin herättää pelottavia mieli- ja muistikuvia.

Perille päästyäni minulle on jäänyt ensimmäinen muistikuva, että sain sairaalan vaatteet ylleni ja kaikki ympärilläni oli korkeaa ja valkeaa. (MKM 242, ajanjaksoa ei mainittu.)

Ensimmäinen kertani mielisairaalassa oli minulle shokeeraava kokemus; olinhan silloin vasta 12, lapsi vielä. Potilaiden huoneiden ikkunoissa oli raskastekoiset kalterit ulkopuolella. Kun saavuin osastolle lääkärin läheteellä, en saanut poistua osaston tiloista minnekään ensimmäiseen kahteen viikkoon. Kerran pääsin käymään parvekkeella ja silloinkin vain 3 hoitajan läsnäollessa. (MKM 483, 2000-luku.)

Jos sairaalassa on tämän lisäksi vastassa totaalisen laitoksen joustamattomia käytänteitä, ahtaat tilat, paljon levottomia potilaita ja työhönsä väsynyttä hoitohenkilökuntaa, on selvää, että sairaalaan saapuminen näytettyy ahdistavana kokemuksena. Jos omasta tilasta, sairaalahoittoon johtaneista tekijöistä tai sairaalan käytänteistä ei saa tietoa tai tunteiden osoittaminen johtaa väkivaltaisiin pakkotoimiin, ei pelko väisty myöhemminkään, vaan voi muuttua voimakkaaksi vihaksi. Monien potilaiden muistoista välittyy viha psykiatrista järjestelmää, yksittäisiä hoitohenkilökunnan edustajia sekä toisinaan omia perheenjäseniä kohtaan.

Pakkokeinot aiheuttavat stressireaktioita ja traumoja paitsi potilaille myös henkilökunnalle (Holmes, Kennedy & Perron 2004), joten niiden käyttö saattaa johtaa väkivallan ja pelon noidankehiin, joista on vaikeaa irrottautua. Tämä haittavaikutusten kumuloituminen voi osaltaan olla syynä eri sairaanhoitopiirien valtaviin eroihin pakkokeinojen käytön määrässä.¹³ Nissi (2019) kysyykin, kuinka hoitotyön koulutuksessa ko-

13 Esimerkiksi vuonna 2017 Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä pakkotoimia toteutettiin tilastoinnin perus-

rostettu ja tavoiteltu ”potilaslähtöisyys” voi toteutua sairaalamaailmassa, jossa osaston tiukat aikataulut ja kiire määrittävät toiminnan rajoja ja joka on yhteisönä sulkeva, rajoja ja määrittäviä luova. Hänen mukaansa jo psykiatrian perusasetelma on potilaiden ja hoitohenkilökunnan eri-arvoisuus, mikä vaikuttaa siihen, miten tulkitsemme käyttäytymistä ja määritämme sen normaaliutta tai epänormaaliutta (Nissi 2019; vrt. Cullberg 1999; Maanmieli & Maanmieli 2017).

Potilaiden mielisairaalamuistojen pohjalta arvioituna vaikuttaa siltä, että mitä enemmän muistellussa sairaalassa on omaksuttu totaalisen laitoksen piirteitä ja mitä enemmän perustelemattomia tai liioiteltuja pakkokeinoja on käytetty, sitä negatiivisempänä ja traumaattisempänä sairaalakokemus on piirtynyt muistelijan mieleen. Yhdessäkään muistossa ei mainita, että esimerkiksi pakkotoimia olisi jälkeensä käyty läpi tai epäasiallista kohtelua pyydetty anteeksi. Kun kipeät kokemukset ovat jääneet käsittelemättä, ovat ne johtaneet joillakin muistelijoilla voimakkaisiin katkeruuden ja vihan tunteisiin. Monet myös mainitsevat, että psykiatrisen avun hakemisen kynnys on noussut. Yksi muistelija esimerkiksi päätti sairaalasta päästyään, ettei enää hakeudu psykiatriseen hoitoon: ”Päätin kotona, että tulen ennemmin hulluksi kotona, kuin menen sairaalaan. En tiedä ovatko menetelmät parantuneet niistä ajoista, toivon niin.” (MKM 151, 1990-luku.)

Miten pakkotoimia ja niiden haitallisia seurauksia voidaan vähentää?

Tässä luvussa olen pyrkinyt nostamaan esiin niitä pakkotoimiin ja huonoon kohteluun liittyviä kokemuksia ja tunteita, joita potilaat teksteissään kuvaavat. Pakkotoimien vähentäminen ja potilaiden parempi kohtelu parantavat paitsi potilaiden myös hoitohenkilökunnan viihtyvyyttä ja turvallisuutta. Pakon käyttöä voidaan tehokkaasti vähentää henkilökun-

teella 5,4 prosentilla hoitajaksoista, kun taas Ahvenanmaalla määrä jäi 0,7 prosenttiin. THL:n tilastoraportissa (33/2018) tosin todetaan, että pakkokeinojen käytön määrät ovat ylipäätään liian pieniä ollakseen uskottavia.

nan koulutuksella sekä monilla yksinkertaisilla käytännön parannuksilla. Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa pakon käyttöä onnistuttiin vuosina 2007–2012 vähentämään merkittävästi panostamalla asenteisiin ja vaikeiden tilanteiden ennakointiin. Potilaita pyritään kohtelemaan mahdollisimman kunnioittavasti. Myös triviaaleilta kuulostavilla parannuksilla on hoitajien mukaan ollut merkitystä. Esimerkiksi aikaisin aamulla heräävillä potilaille on alettu tarjoilla aamukahvi aiemmin ja potilastiloihin on hankittu kahviautomaatti. Näillä toimilla on hoitajien mukaan ollut tärkeä merkitys potilaiden ja hoitohenkilökunnan viihtyvyydelle. (Mäenpää 2012.)

Jos pakkokeinoihin joudutaan turvautumaan, on tärkeä huolehtia siitä, että pakkotoimien välttämättömyys selitetään myös potilaalle itselleen tilanteen rauhoituttua. Tilanteiden purkamisen on huomattu auttavan potilaita ymmärtämään tapahtumien kulkua ja työstämään pakkokeinojen aiheuttamia vaikeita tunteita (Hämäläinen 2014, 11–13; Keski-Valkama 2010; Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004). Samalla purkukeskustelut voivat lisätä potilaiden motivaatiota hakea apua tulevaisissa kriiseissä jo ennen tilanteen eskaloitumista. Hoitohenkilökunnalle keskustelut voivat puolestaan lisätä ymmärrystä siitä, millaisia tunteita potilaat kokevat ja auttaa heitä prosessoimaan myös omia tunteitaan. Tämä voi auttaa kommunikointia ja tilanteiden ratkaisemista tulevaisuudessa ilman pakkokeinoja. Tiedonvälityksen ja henkilökunnan ja potilaiden välisen kommunikaation parantaminen voidaan nähdä yhtenä psykiatrisen hoidon keskeisenä kehityskohteena ja tärkeänä askeleena totaalisen laitoksen käytännöistä irrottautumisessa.

Usein pakkokeinot liittyvät vastentahtoisesti annettuun psyykenlääkitykseen. Osallistunkin tällä tutkimuksella Suomessa parhaillaan vilkkaana käyvään psyykenlääkekriittiseen keskusteluun. Esimerkiksi Norjassa on tällä alueella tapahtunut huomattavaa edistystä: potilaille on siellä nykyisen mielenterveyslain mukaan turvattava oikeus myös lääkkeettömään hoitoon (Whitaker 2019). Oman pitkäaikaisen mielenterveysalan työ- ja järjestökokemukseni pohjalta väitän, että potilaiden painostaminen lääkehoitoon on psykiatriassa enemmän sääntö kuin poikkeus ja aiheuttaa osastoilla samoin kuin avohoidossakin jatkuvia konfliktitilanteita. Sama mielikuva syntyy melisairaalamuistoaineistosta.

Suomessa näkemystä lääkityksen välttämättömyydestä ei useimmissa sairaaloissa ole vielä kyseenalaistettu eikä lääkkeettömään hoitoon ole panostettu, vaikka useissa sekä kansainvälisissä että kotimaisissa riippumattomissa tutkimuksissa on saatu näyttöä siitä, että suuri osa potilaista pärjää ilman neuroleptilääkitystä ja että ensipsykoosin aikana lääkkeettömästi hoidettujen psykoosipotilaiden toipumisennuste on parempi kuin lääkittyjen (Wunderink ja muut 2013; Harrow, Jobe & Faull 2014; Moilanen ja muut 2013). Erityisen vaikuttavaa tutkimusnäyttöä on Keroputaan sairaalassa kehitetyn Avoimen dialogin mallin hoitotuloksista. Keroputaalla psykoosilääkitystä käytetään mahdollisimman harvoin, lyhytkestoisesti ja pienillä annoksilla. (Seikkula, Alakare & Aaltonen 2011; Bergström ja muut 2018.) Cullbergin (1999) ja Seikkulan, Alakareen ja Aaltosen (2011) mukaan psykoosilääkitystä tulisi käyttää vain silloin kun se on ehdottoman välttämätöntä ja silloinkin pienimmällä mahdollisella vaikuttavalla annoksella.

Muistoissa näkyy vahva ristiriita hoitohenkilökunnan omaksumien laitosrutiinien ja kriisiä läpi elävien potilaiden herkkyyden välillä. Potilaiden tarve tulla kuulluksi on erityisen suuri niinä hetkinä, kun sairaalan rutiinitoimenpiteet eivät toimi heidän kohdallaan toivotulla tavalla. Tällöin hoitohenkilökunnalta vaaditaan joustavuutta ja potilaan asemaan eläytymistä. Tässä auttavat esimerkiksi toiminnalliset menetelmät ja taideterapiat, joita monissa positiivisissa sairaalamuistoissa kerrotaan olleen sairaalassa tarjolla (MKM 390; MKM 417; MKM 241; MKM 347; MKM 357). Taiteellinen itseilmaisu ja kuulluksi tulemisen kokemus taideterapioissa ehkäisevät aggressiivisuutta ja parantavat hoitotuloksia (Lai ja muut 2010).

Innovatiivisten hoitomenetelmien käyttöä perää myös oikeuspsykiatrian ylilääkäri Mika Rautanen (2019). Hän pohtii keinoja vastata psykiatrisen hoidon murrokseen, jossa hoitoon, kuntoutukseen ja etuuksien piiriin päätyy yhä isompi osa kansalaisista samalla kun erikoislääkäreiden määrät pienevät. Psykiatristen yksiköiden tarjoama hoito vaikuttaa hänen mukaansa yksipuoliselta ja niukalta. Osastohoitoa toteutetaan rutiininomaisesti saman kaavan mukaan eikä osastoilla oteta käyttöön uusia hoitomenetelmiä, joiden tehosta on saatu näyttöä. Esimerkkeinä uusista innovatiivisista menetelmistä hän mainitsee virtuaalitodelli-

suuden terapeuttisen käytön, akustiseen värähtelyyn perustuvan rentoutusmenetelmän ja unta parantavan painopeiton. (Rautanen 2019.) Nämä näyttäisivät tukevan jonkinlaista fyysistä turvallisuudentunnetta ja mahdollistavan rentoutumisen, joita monet potilaat sairaalajaksolta kaipaavat.

Lopuksi

Pakkokeinoja kokeneille muistelijoille mielisairaalat ovat ainakin osittain ja tiettyjen sairaaloiden osalta näyttäneet potilaita kontrolloivina, minuuden pirstovina ja rankaisevina totaalisina laitoksina pikemmin kuin hoitoa ja kuntoutusta tarjoavina yhteisinä. Tarkastelemani aineisto ei niukkuutensa ja valikoituvuutensa vuoksi mahdollista tilastollisesti pätevää tulkintaa mielisairaaloiden yleisistä käytännöistä. Aineiston muistot ovat kuitenkin konkreettisia esimerkkejä siitä, miten potilaat kokevat THL:n tilastoimat pakkotilanteet. Tarkastelemani muistot sijoittuvat pitkälle aikavälille, eikä niiden keskinäinen vertailu ole helppoa tai välttämättä edes tarkoituksenmukaista. On kuitenkin huomionarvoista, miten monissa vielä 2000-luvulle sijoittuvissakin muistoissa kuvaillaan sairaalahoitoa ihmisarvoa alentavana, traumatisoivana kokemuksena, vaikka mielisairaalat on tarkoitettu turva- ja hoitopaikoiksi.

Mielisairaanhoidon historiassa valtanarratiivina voidaan pitää käsitystä psykiatrian positiivisesta kehityskulusta. Potilaiden mielisairaalamuistot, psykiatrisen hoidon tilastot ja potilaskokemuksia koskevat tutkimukset eivät kaikilta osin tue tätä käsitystä. 2010-luvulle sijoittuvissa muistoissa kuvataan samankaltaisia hoidon epäkohtia ja henkistä väkivaltaa kuin 1930-luvulla. YK:n mielenterveysasioiden asiantuntija Dainius Pūras (2018) korostikin Qualitative Research in Mental Health -konferenssin kutsupuheessaan, että psykiatriassa olisi syytä ottaa oppia menneisyydessä tehdyistä virheistä. Hänen mukaansa meidän aikamme hoitokäytännöt saattavat tulevaisuudessa vaikuttaa hyvinkin epäinhimillisiltä ja niitä tullaan kauhistelemaan samalla tavoin kuin nykyisin lobotomiaa. Saman on todennut suomalainen psykiatri Kalle Achté 45 vuotta sitten: ”On luultavaa, että tulevien vuosikymmenien ihmiset arvostelevat

meitä samoin kuin meillä on taipumus arvostella menneitä sukupolvia. Tämä on hyvä muistaa ajatellessamme psykiatrian historiaa, joka opettaa meille paljon. Psykiatrian tärkeimpiä näkökulmia on ihmisen kunnioittaminen.” (Achté 1974, 251.)

Miksi ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa on psykiatrian alalla niin vaikeaa toteuttaa ja miksi edistys tapahtuu niin hitaasti? Yhden mahdollisen selityksen tälle antaa psykoosin psykososiaalisia selitysmalleja tutkinut psykologi Tomi Bergström (2019), joka huomauttaa, että hoitotieteen ja psykiatrian alan huolellisesti kontrolloitujen asetelmien tuottama tieto ei ole luotettavaa eikä hyödyllistä, mikäli määritelmien taustalla vaikuttavia perustavanlaatuisia tietoteoreettisia olettamuksia ei pystytä kriittisesti arvioimaan. Monissa tutkimuksissa ei lainkaan huomioida, millaisia vaikutuksia totaalaisella laitosympäristöllä, stigmatisoivalla diagnoosilla tai Goffmanin minuuden riistämiseksi kutsumilla käytännöillä voi olla mielenterveydelle. Kriisiin joutuneen yksilön tehokas auttaminen edellyttää kokonaisvaltaista ja monitieteistä näkemystä ja potilaiden kokemustiedon kuuntelemista (Bergström 2019). Näkökulmien laajentaminen auttaa luomaan pohjaa sekä tutkimus- että hoitokäytäntöjen kehitystyölle. Bergström peräänkuuluttaa uusia lähestymistapoja perinteisen syy-seuraussuhteita selvittävän tutkimuksen rinnalle. Psykoosin kaltaista ilmiötä tutkittaessa ja sen hoitoa kehitettäessä on huomioitava kokonaisvaltaisemmin biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten ilmiöiden vastavuoroinen luonne ja kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, miten nämä todellisessa elämässä ilmenevät ja millaisia merkityksiä asianomaiset itse näille antavat.

Kulttuurinen mielenterveystutkimus tarjoaa yhden Bergströmin (2019) mainitsemista uusista lähestymistavoista psyykkisten kriisien ymmärtämiseen. Tässä luvussa olen havainnollistanut esimerkiksi metaforisen kielenkäytön ymmärtämisen tärkeyttä potilaskokemuksia kuunnellessa ja tulkitessa. Uudet ajatukset voivat joskus tulla yllättävistä suunnista. Esimerkiksi *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*-teoksessa Jari Kokkinen (2019, 133–158) lähestyy teemaa tarkastellen psykoosia näytelmänä. Yksi Kokkisen analysoimien psykoosikertomusten kertoja kuvaa pastorin, psykologin ja terveyskeskushoitajan pystyneen luomaan potilaaseen luottamuksellisen suhteen ja toimimaan

empaattisina todistajina. Kokkinen kysyykin, olisiko suljetun osaston kontrolloivia ja rankaisevia käytäntöjä osana työnkuvaansa toteuttavilla hoitajilla edes mahdollisuutta saavuttaa asemaa, josta terapeutin hoitosuhde voisi muodostua. Kokkinen kuvaa, miten psykoositarinoiden kertojien ”hyviksi” kokemat ammattilaiset tarjosivat kuuntelua, tukea arkipäivän toiminnoissa ja turvallista yhteisöllisyyttä. Tämän he kokivat korjaavan konfliktinomaista suhdetta ympäristöönsä. Terapeuttiset hoitosuhteet ja niiden avaamat ympäröivien tapahtumien ja ilmiöiden uudet tulkinnat ja merkitykset auttoivat tutkimukseen osallistuneita orientoitumaan uudella tavalla myös sairaalalaitoksen ulkopuoliseen maailmaan. Toimivat hoitosuhteet hälvensivät paranoideja ulkomaailman pelkoja, jotka saattoivat kohdistua yhtä lailla niin nyky-yhteiskunnan alati lisääntyvään yksilön kontrolliin kuin pilkkaajien, rikollisten tai uskonlahkolaisten uhkaankin. Tämä lisäsi tutkittavien myöntövyyttä hoitoon, vaikka hekin mielisairaalamuistojen kirjoittajien tapaan kritisoivat hoitoon kuuluvia totaalisen laitoksen piirteitä.

Tässä luvussa olen keskittynyt potilaiden negatiivisesti sävyttyneisiin mielisairaalamuistoihin. Näen tutkijoiden yhtenä tehtävänä potilaiden kokemien epäkohtien yleiseen tietoisuuteen tuomisen, jotta niihin voitaisiin tehokkaammin puuttua ja tällä tavalla kehittää eettisempää ja tuloksiltaan parempaa mielenterveystyötä. Monitieteisen ja kokonaisvaltaisen ymmärryksen lisääminen – etenkin potilaiden ja omaisten näkökulmien esiintuominen – on tärkeää paitsi kulttuuristen ja historiallisten ennen kaikkea eettisten (muun muassa potilaiden ihmisarvoon liittyvien) syiden vuoksi.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaala- Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

LAIT JA ASETUKSET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Lainsäädäntö, Finlex [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 28.7.2020.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Lainsäädäntö, Finlex [verkkoaineisto]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 11.11.2019.

KIRJALLISUUS

- Achté, Kalle 1974: *Satakolmekymmentä vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1971*. Otava, Helsinki.
- Alakare, Birgitta 1999: *Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa*. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 123–145.
- Alanen, Yrjö O. 1999: Missä olet, mielisairaala? 1. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 44–52.
- Bergström, Tomi – Seikkula, Jaakko – Alakare, Birgitta – Mäki, Pirjo – Köngäs-Saviaro, Päivi – Taskila, Jyri J. – Tolvanen, Asko – Aaltonen, Jukka 2018: The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis. Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research* 270, 168–175.
- Bergström, Tomi 2019: Psykososiaalisia selitysmalleja psykoosi-ilmiön ymmärtämisen ja integratiivisen hoidon tueksi. *Lääkärilehti* 74: 13, 806–810.
- Cullberg, Johan 1999: Psykoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Suomentanut Jaakko Seikkula. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 35–43.
- Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina 2006: Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 25–48.
- Frueh, Bartley Christopher – Knapp, Rebecca G. – Cusack, Karen J. – Grubaugh, Anouk L. – Sauvageot, Julie A. – Cousins, Victoria C. – Yim, Eunsil – Robins, Cynthia S. – Monnier, Jeannine – Hiers, Thomas G. 2005: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric services* 56: 9, 1123–1133.
- Goffman, Erving 1997: *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalista laitoksesta*. Suomentaneet Auli Tarkka ja Riitta Suominen. Riihimäki, Mielenterveyden keskusliitto. Englanninkielinen alkuteos 1961.
- Goffman, Erving 1967: *Interaction ritual. Essays in face to face behavior*. Aldine Publishing Company, Lontoo.
- Harrow, Martin – Jobe, Thomas H. – Faull, Robert N. 2014: Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multifollow-up study. *Psychological medicine* 44: 14, 3007–3016.
- Hoekstra, Tieti – Lendemeijer, Bert – Jansen, Merel G. 2004: Seclusion. The inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11: 3, 276–283.
- Holmes, Dave – Kennedy, Suzanne L. – Perron, Amélie 2004: The mentally ill and social

- exclusion. A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in mental health nursing* 25: 6, 559–578.
- Huttunen, Matti O. 2014: Hoitosuhteiden ja lääkehoidon psykoterapeuttisesta merkityksestä. Teoksessa: Huttunen, Matti O. – Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Bookwell, Porvoo, 385–396.
- Huttunen, Matti O. – Raaska, Kari 2015: Psykenlääkkeiden käytön sudenkuopat. *Duodecim* 131: 18, 1651–1657.
- Hämäläinen, Kaisu 2014: Tapaustutkimus mielenterveyskuntoutujan eristämiskoke-
muksista ja ehdotuksista purkukeskustelun toteuttamiseen. Opinnäytetyö. Jyväskylän
ammattikorkeakoulu, kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201404073972>
- ISPS = The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias
and Other Psychoses 2019: *Honorable members. Johan Cullberg* [verkoaineisto]. Saata-
vissa: <https://web.archive.org/web/20090505224351/http://www.isps.org/bios/cullberg.shtml>. Viitattu 23.10.2019.
- Jenkins, Karen – Bennett, Lesley – Lancaster, Larry – O'Donoghue, Donal – Carillo, Frank
2002: Improving the nurse-patient relationship. A multi-faceted approach. *EDTNA/ERCA
Journal* 28: 3, 145–150.
- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's
A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jäntti, Saara 2019: Kodittomuuksia nuorten mielenterveyskuntoujien draamaryhmässä.
Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hul-
luus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 159–182. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Keski-Valkama, Alice 2010: *The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry.
A persistent challenge over time*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kirmayer, Laurence J. 2010: Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa: Pakaslahti,
Antti – Huttunen, Matti (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Bookwell, Porvoo, 16–31.
- Knuutila, Seppo 1992: *Kansanhuumorin mieli. Kaskut maailmankuvan aineksina*. Suomalai-
sen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Koivisto, Kaisa – Janhonen, Sirpa – Väisänen, Leena 2004: Patients' experiences of being
helped in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11: 3,
268–275.
- Kokkinen, Jari K. 2019: Draama, katarsis ja kohtaaminen vainopsykooseista selviämi-
sen kertomuksissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä,
Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto,
Jyväskylä, 133–158. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kontio, Raija – Joffe, Grigori – Putkonen, Hanna – Kuosmanen, Lauri – Hane, Kimmo
– Holi, Matti – Välimäki, Maritta 2012: Seclusion and restraint in psychiatry. Patients'
experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives.
Perspectives in psychiatric care 48: 1, 16–24.
- Krug, Etienne G. – Dahlberg, Linda L. – Mercy, James A. – Zwi, Anthony B. – Lozano, Rafael

- 2005 (toim.): *Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti*. Suomentanut Eila Salomaa. Terveyden edistämisen keskus, Helsinki.
- Kuosmanen, Lauri – Hätönen, Heli – Malkavaara, Heikki – Kylmä, Jari – Välimäki, Maritta 2007: Deprivation of liberty in psychiatric hospital care. The patient's perspective. *Nursing ethics* 14: 5, 597–607.
- Kähmi, Karoliina 2015: *"Kirjoittaminen on tie minuun, minusta sinuun". Ryhmämuotoinen kirjoittaminen ja metaforien merkitys psykoosia sairastavien kirjallisuusterapiassa*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Lai, Chien-Yu – Su, Yu-Yun – Lin, Shuai-Ting – Lin, Yu-Ching 2010: Music and restraint. Emotional control effects on psychiatric patients kept in seclusion. *Journal of nursing and healthcare research* 6: 4, 308–318.
- Laing, Ronald D. 1971: *Pirstoutunut minuus*. Suomentanut Erkki Puranen. Weilin+Göös, Helsinki. Englanninkielinen alkuteos 1960.
- Lakoff, George – Johnson, Mark 1980: *Metaphors we live by*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Maanmieli, Karoliina 2018: Suomalaiset käenpesät. Väkivallan metaforat ja traumakoemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psykotopia* 37: 1, 37–48.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Maanmieli, Karoliina 2019b: Häpeä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Elore* 26: 1, 29–41.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2017: Psykoosi: sosiaalinen destruktionismi. *Psykotopia* 36: 1, 2–11.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2019: Biologia ja psykiatrian tulevaisuus. Konferenssien herättämiä ajatuksia. *Psykotopia* 38: 2, 153–159.
- Makkonen, Pekka – Putkonen, Anu – Korhonen, Jukka – Kuosmanen, Lauri – Kärkkäinen, Jukka 2016: *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>
- Mazza, Nicholas 2003: *Poetry therapy. Theory and practice*. Routledge, Abingdon.
- Moilanen, Jani – Haapea, Marianne – Miettunen, Jouko – Jääskeläinen, Erika – Veijola, Juha – Isohanni, Matti – Koponen, Hannu 2013: Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication. A 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *European psychiatry* 28: 1, 53–58.
- MTV Uutiset 2019: Masennuslääkityksen lopettamisesta voi tulla vakavia oireita, mutta harva potilas saa kuulla niistä etukäteen lääkäriltä. "Potilaille pitäisi kertoa ongelmista". 23.10.2019 [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/masennuslaakityksen-lopettamisesta-voi-tulla-vakavia-oireita-mutta-harva-potilas-saa-kuulla-niista-etukateen-laakarilta-potilaille-pitaisi-kertoa-ongelmista/7598318#gs.i75qo6>. Viitattu 22.11.2019.
- Mäenpää, Heidi 2012: Potilaslähtöisyys korvasi pakkokeinot. Potilaan lääkärilehti 27.12.2012 [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/potilaslahtoisuus-korvasi-pakkokeinot/>. Viitattu 11.11.2019.
- Nissi, Kaisa 2019: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen*

- mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 107–130. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Perttu, Sirkka 2002: Mitä on naisiin kohdistuva väkivalta? Teoksessa: Rautava, Marie – Perttu, Sirkka (toim.) *Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhde väkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 17–50.
- Pöysä, Jyrki 2015: *Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Helsinki.
- Rasimus, Riitta 1999: Missä olet, mielisairaala? 2. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 53–61.
- Rautanen, Mika 2019: Enemmän huomiota psykiatrisen hoidon sisältöön. *Lääkärilehti* 39: 74, 2148–2149.
- Rudegeair, Thomas – Farrelly, Susie 2008: Pharmacotherapy in the collaborative treatment of trauma-induced dissociation and psychosis. Teoksessa: Moskowitz, Andrew – Dorahy, Martin J. – Schäfer, Ingo (toim.) *Psychosis, trauma and dissociation. Evolving perspectives on severe psychopathology*. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Sarvela, Kati – Auvinen, Elisa (toim.) 2020: *Yhteinen kieli. Traumatietaisuutta ihmisten kohtaamiseen*. Basam Books, Helsinki.
- Seikkula, Jaakko – Alakke, Birgitta – Aaltonen Jukka 2011: The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 3: 3, 192–204.
- Sibitz, Ingrid – Scheutz, Alexandra – Lakeman, Richard – Schrank, Beate – Schaffer, Markus – Amering, Michaela 2011: Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British journal of psychiatry* 199: 3, 239–244.
- Soininen, Päivi – Putkonen, Hanna – Joffe, Grigori – Korkeila, Jyrki – Puukka, Pauli – Pitkänen, Anneli – Välimäki, Maritta 2013: Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International journal of mental health system* 28: 7, 1–10.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>.
- Tandon, Rajiv 2011: Antipsychotics in the treatment of schizophrenia. An overview. *Journal of clinical psychiatry* 72: 1, 4–8.
- THL Tilastoraportti 3/2012. Rautiainen, Hanna – Pelanteri, Simo: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010 [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://docplayer.fi/794273-Psykiatrinen-erikoissairaanhoito.html>. Viitattu 11.11.2019.
- THL Tilastoraportti 6/2018. Vainio, Suvi – Järvelin, Jutta – Passoja, Sirpa: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2016 [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136732/Tro6_18.pdf. Viitattu 11.11.2019.
- THL Tilastoraportti 33/2018. Vainio Suvi – Järvelin, Jutta – Kääriäinen, Sakari – Passoja, Sirpa: *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2017* [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf. Viitattu 11.11.2019.

Vuorela, Mika – Aalto, Inkeri 2011: Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa: Korkeila, Jyrki – Joutsenniemi, Kaisla – Sailas, Eila – Oksanen, Jorma (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Duodecim, Helsinki, 32–37.

Whitaker, Robert 2019: *The door to a revolution in psychiatry cracks open. A MIA Report: Norway's health ministry orders medication-free treatment* [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/>. Viitattu 11.11.2019.

Wunderink, Lex – Nieboer, Roeline M. – Wiersma, Durk – Sytema, Sjoerd – Nienhuis Fokko J. 2013: Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/ discontinuation or maintenance treatment strategy. Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70: 9, 913–920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>

LUENNOT

Pūras, Dainius 2018: Mental health and human rights. A need for the paradigm shift. Esitelmä Qualitative Research on Mental Health -konferenssissa. 20.9.2018.

Leikkiä ja liikettä mielisairaalaympäristöissä – Turvallisuus ja pelko mielisairaaloiden henkilökunnan lasten muistoissa

Sari Kuuva

 <https://orcid.org/0000-0001-9494-5838>

Mielisairaala-alueita erotti usein ulkomaailmasta jyrkvä aita ja portti, jonka yhteyteen oli joskus liitetty myös kyltti ”Asiattomilta pääsy kielletty”. Rajanveto sairaalamaailman ja ulkomaailman välillä nousee mielisairaaloiden henkilökunnan lasten muistelmissa hyvin merkitykselliseksi (ks. Arbaeus 1993, 57). Muistoaineistoomme kuuluvassa, mielisairaalaelämää käsittelevässä teoksessaan *Moision Lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä* (2005) Ritva Toivola kuvailee, kuinka potilailla ja sairaala-alueella asuneilla henkilökunnan lapsilla on mielisairaalaympäristössä osin yhteinen elinpiiri:

Potilasjonot vaelsivat sairaalasta Lappeenrannan tielle vievää tietä ylilääkärin kaksikerroksisen puutalon ohi komealle kiviportille, jossa luki ”Asiattomilta pääsy kielletty” tai kiersivät alle kilometrin pituisen lenkin navetta- ja tallirakennusten ohi Moision peltojen halki Riihikalliolle ja sieltä hautausmaan sivuitse ja urheilukentän kautta takaisin sairaalarakennusten luo.

Tämä potilaiden kiertämä lenkki piti myös sisällään suurimman osan alueesta, joka oli leikkikenttänämme varhaisimpina lapsuusvuosina. (Toivola 2005, 3; MKM 506.)

Kuten elettyjä tiloja tutkinut Kirsi Saarikangas toteaa, tilat jäsentävät ihmisten päivittäistä olemassaoloa, liikkumisia, kohtaamisia ja sosiaalisia suhteita (Saarikangas 2006, 127; ks. myös Lefebvre 1991). Vaikka henkilökunnan lapsilla oli mielisairaalaympäristöissä sekä sallittuja että kiellettyjä tiloja, lapset liikkuvat ympäristössään melko vapaasti verrattuna sairaalayhteisön aikuisjäseniin. Tästä syystä lapset myös kohtasivat sairaalaelämää erilaisista näkökulmista kuin yhteisön aikuisjäsenet.

Mielisairaalan henkilökunnan lapset kirjoittavat muistelmissaan paljon paitsi leikeistään ja seikkailuistaan mielisairaala-alueella, myös kohtaamisistaan potilaiden kanssa. Muisteluaineistoon sisältyvissä potilaiden kirjoituksissa ei sen sijaan mainita lainkaan sairaala-alueella liikkuneita lapsia. Tämä selittyy ainakin osittain lasten ja potilaiden mielisairaaloihin liittyvien muistojen eriaikaisuudella. Henkilökunnan jäsenet perheineen asuivat tyypillisesti sairaala-alueilla 1930–1960-luvuilla (ks. esim. Nieminen 2015, 22). Suurin osa potilaiden muistoista taas ajoittuu 1900-luvun loppupuolelle ja 2000-luvun alkuun, jolloin henkilökunta ei enää asunut sairaala-alueilla.

Suomalaisissa mielisairaalaympäristöissä varttuneet lapset ovat jo aiemmin julkaisseet kaksi muistelukirjoitusten kokoelmaa, jotka on toimitettu osaksi Muistoja ja kokemuksia mielisairaala-keruuta ja ovat siten myös osa aineistoamme. Näistä ensimmäinen kokoelma on Ritva Toivolan teos *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä* (2005) ja toinen Anna Niemisen toimittama *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla* (2015) (MKM 503–558).¹ Huolimatta kahdesta julkaistusta kokoelmasta, henkilökunnan lasten näkökulmia mielisairaalaelämään ei ole Suomessa toistaiseksi juurikaan tutkittu. Lasten

1 Kiinnostava vertailukohta mielisairaala-alueella asuneiden henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksille on Pirjo Aarnion teos *Sairaalan iloiset lapset. Talkkarin tytön tarinoita 1945–1959* (2018). Teoksen keskiössä ovat Tiurunien tuberkuloosiparantolaan keskittyneet lapsuusmuistot, mutta teos on osittain fiktiivinen.

muistelmien tutkimuksesta avautuu uusia näkökulmia paitsi sairaaloihin liittyvien kokemusten tutkimukseen myös lapsuuden tutkimukseen ja tutkimukseen tunteiden kulttuurisuudesta (ks. esim. Korkiakangas 1996; Natov 2003; Cross 2013; Gutman 2013; Stearns 2013; Ahlbeck ja muut 2018). Kuten suomalaisia agraarisia lapsuusmuistoja tutkinut Pirjo Korkiakangas toteaa, ovat lapset aikuisten tavoin kulttuurinsa ja yhteisönsä toimivia jäseniä, jotka muokkaavat osaltaan historiallisesti ja kulttuurisesti muuttuvaa käsitystä lapsuudesta (Korkiakangas 1996, 45).² Merkityksellinen kysymys mielisairaala-alueella varttuneiden lasten muistelmakirjoitusten yhteydessä on, kuinka lapsuus mielisairaalaympäristössä eroaa elämästä sairaala-alueen ulkopuolella.

Kun elämää mielisairaala-alueella kuvataan lasten näkökulmasta, näyttäytyy sairaalaympäristö usein suurena leikki- tai seikkailupuistona (ks. Arbaeus 1993, 52). Toisinaan lapset leikkivät myös potilaiden kanssa (ks. esim. Nieminen 2015, 90–91).³ Muisteluaineistossa kuvaillut leikit mielisairaalaympäristöissä muistuttavat monessa suhteessa muiden 1900-luvun maalaislasten ulkoleikkejä. Sairaala-alueilla telmittiin heinäladoissa, rakennettiin majoja, retkeiltiin, hypättiin narua ja ruutua, uitiin, luisteltiin, hiihdettiin, laskettiin mäkeä ja leikittiin erilaisia ulkoleikkejä. Myös roolileikit, mukaan lukien lääkarileikki, kuuluivat valikoimiin, ja sankarihautajaisiakin jäljiteltiin varsinkin sota-aikana. Lapset tekivät kiellettyjäkin asioita, kuten kävivät omena- ja hernevarkaissa ja etsiytyivät vaarallisiin paikkoihin kokeilemaan rajojaan. Sisätiloissa ei juuri leikitty, koska henkilökunnan asunnot olivat suhteellisen pieniä ja vuorotyötä tekevät vanhemmat tarvitsivat rauhaa lepoaikoinaan. (Korkiakangas 1996, 254–279; Toivola 2005, 21–28; Nieminen 2015, 49–61; Kuuva 2018, 22.)

Ero mielisairaalan henkilökunnan lasten ja muiden maaseudulla asuneiden lasten välillä ei siis hahmotu niinkään leikkien kuin leikkimiseen liittyvän liikkeen ja liikkeen mahdollistamien kohtaamisten kautta. Liikkuessaan melko vapaasti sairaalaympäristössä lapset kohtasivat erilaisia

2 Aihepiiriin liittyviä artikkeleita on julkaistu myös *Eloren* teemanumerossa ”Muisteltu lapsuus ja nuoruus” (*Elore* 25: 2).

3 Muistoja ja kokemuksia mielisairaala-keruun haastattelussa eräs mielisairaala-alueella asunut henkilökunnan lapsi mainitsee pelanneensa potilaiden kanssa nelimaalia (SKSÄ 233).

ihmisiä, asioita, tapahtumia ja tilanteita kuin sairaala-alueen ulkopuolella kasvaneet lapset. Kysyn, liittyikö mielisairaalympäristöjen erityisyys lapsuudenympäristöinä tunteisiin, jotka pohjautuvat paitsi lasten omiin kokemuksiin näistä kohtaamisista myös ulkopuolisten asenteisiin mielisairaalaelämää kohtaan. Tarkastelen mielisairaaloita emotionaalisina yhteisöinä (ks. Rosenwein 2006) pohtien myös eletyn tilan suhdetta emotionaalisen yhteisön käsitteeseen. Oletan, että emotionaalisen yhteisön käsite ohjaa huomiota muistojen tunnepitoisuuteen ja tunnekokemusten jaettuihin piirteisiin painokkaammin kuin eletyn tilan käsite.

Lapsuuden muistelu ja tunteet

Lapsuutta on tutkittu useiden eri alojen viitekehyksessä humanistisesta tutkimuksesta kasvatustieteeseen, yhteiskuntatieteisiin ja lääketieteeseen. Historiantutkimuksessa kiinnostus lapsia ja lapsuutta kohtaan on virinnyt tutkimuskohteiden ja lähteiden monipuolistuessa viime vuosikymmeninä. Samalla historiantutkijat ovat kiinnostuneet myös mikrohistoriasta, arjen historiasta ja muistitietohistoriasta. (Savolainen 2015, 69.) Lapsuus on erityinen ajanjakso ihmisen elämässä ja lapsuusmuistojen tutkimukseen sisältyy myös omanlaisiaan haasteita.

Korkiakankaan mukaan lapset alkavat oppia omista kokemuksistaan kertomisen kulttuurisia konventioita 3–5 vuoden iässä omaelämäkerrallisen muistin kehittyessä. Tällöin alkaa kehittyä esimerkiksi kulttuurille ominainen tapa puhua tunteista. (Korkiakangas 1996, 33.) Kuten vanhempien psyykkiseen sairauteen liittyviä lapsuusmuistoja terveystieteiden väitöskirjassaan tutkinut Rita Jähi (2004) on esittänyt, lapsuudesta kertominen on kokemusten koskettamista kielellisesti. Muistelutilanteissa myös aiemmin kielentämättä jääneet kokemukset saattavat jäsentyä uudella tavalla, kun niitä aletaan jakaa muiden kanssa. Jähin mukaan aikuisilla on lapsiin verrattuna paremmat välineet kokemustensa analysointiin ja niiden merkitysten suhteuttamiseen omaan elämäänsä. (Jähi 2004, 15 ja 63–64.) On tärkeää huomata, että käsitystä lapsuudesta rakennetaan aina muisteluhetkestä käsin (Korkiakangas 1996, 18). Lapsuuden muisteluun aikuisena liittyy paitsi ajallista etäisyyttä, myös

varhaisten elämäkokemusten suodattumista myöhemmin hankitun tiedon ja elämäkokemusten läpi. Vaikka lapsetkin analysoivat tekemiään havaintoja omien käsitteellisten viitekehystensä kautta, saattavat lapsuuden kokemukset niitä myöhemmin muisteltaessa saada uudenlaisia tulkintoja, ja ne voivat siksi aikuisena näyttäytyä hyvin erilaisessa valossa kuin lapsuudessa.

Myös mielisairaala-alueella vietettyyn lapsuuteen näyttää usein puoutuneen erilaisia merkityksiä eri elämänvaiheissa. Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmat etenevät usein varhaislapsuuden yhteisöllisyyden kokemuksista kohti kouluaikaa, joka on yleensä merkinnyt yhteyksien lisääntymistä sairaalan ulkopuoliseen elämään, ja edelleen kohti aikuisuutta ja itsenäistä elämää, josta käsin mennyttä aikaa tarkastellaan. Osa kirjoittajista myös pohtii, kuinka lapsuus mielisairaala-alueella on saattanut vaikuttaa heidän uravalintaansa: jotkut ovat esimerkiksi päätyneet työskentelemään hoitoalalle (ks. esim. Nieminen 2015, 136–140; MKM 150).

Ruotsissa, Växjön Pyhän Sigfridin mielisairaalaympäristössä lapsuutensa eläneiden kertomuksia tutkinut Kerstin Arbaeus (1993) on erottanut lapsuusmuistoista kolme tasoa.⁴ Ensimmäinen eli yleinen kertomustaso on virallinen, yleisesti hyväksyttyä faktatietoa ympäristöstä, ajankohdasta ja tapahtumista sisältävä kertomus lapsuudesta, jonka voi kertoa kuka tahansa yhteisössä eläneistä. Toinen eli omakohtaisen kokemuksen taso puolestaan koostuu kertojan omien kokemusten, ajatusten ja toimintojen kuvauksesta ja se ikään kuin rikastuttaa yleistä kertomusta konkretisoimalla, kuvittamalla ja tunnelmoimalla. Kolmas eli välitön tunnetaso taas muodostuu voimakkaista, spontaaneista ja intiimeistä tunnelatauksista ja -kokemuksista, kuten pelosta, surusta, häpeästä tai ilosta. Näitä voimakkaita tunnekokemuksia ei useinkaan kommunikoida muille käsitteellisessä muodossa, mutta kuten Arbaeus toteaa, vasta lapsuusmuistojen kolmannella tasolla ihminen aidosti muistaa, kun kahdella aikaisemmalla tasolla kyse on pikemminkin valmiiksi muotoiltujen kertomusten toistamisesta ja niiden kuvittamisesta omilla ko-

4 Arbaeus käyttää tasoista termejä *den generella berättelsenivån*, *den personliga upplevelsenivån* ja *den direkta känslonivån* (Arbaeus 1993, 47–51).

kemuksilla. (Arbaeus 1993, 47–51; ks. myös Korkiakangas 1996, 34–35.) Korkiakangas (1996, 36) myös huomauttaa, että lapsuuden muistelussa omaksi koetut muistot yhdistyvät herkästi muiden muistoihin.

Korkiakankaan (1996) mukaan Arbaeuksen jaottelu on rinnastettavissa käsitteistöön, jota usein hyödynnetään muistin tutkimuksessa. Tällöin ensimmäisen tason kertomuksia vastaisivat yhteisön määrittelemät kollektiiviset muistot, kun taas toinen, persoonallisen kokemuksen taso rinnastuisi episodiseen muistiin, johon kuuluvat henkilökohtaiset tapahtumat, toiminnot ja niihin liittyvät tunnelmat. Kolmannen tason kertomukset taas ovat eloisia, välähdyksenomaisia muistoja, joiden keskeinen elementti on muistamista helpottava voimakas tunne-elämys. Tyypillisesti eloiset muistot kytkeytyvät kulttuurisesti merkittäviin, elämänkaaren normatiivisiin tapahtumiin, kuten syntyymiin ja kuolemiin, kohtaamisiin oman elämän kannalta merkittävien henkilöiden kanssa tai arjessa toistuneisiin asioihin. Myös itselle merkittävät saavutukset ja toisaalta erilaiset pelko-, uhka- ja vaaratilanteet sekä onnettomuudet tuottavat eloisia muistoja. Eloiset muistot voivat avata näkymiä yksilöllisiin kokemuksiin ja lasten tapoihin hahmottaa tilanteita, tapahtumia ja ympäristöä. Toisaalta eloiset muistot saattavat liittyä kollektiivisesti jaettuihin tapahtumiin ja historiallisiin käännekohtiin, jolloin niitä kannattelevat yhteiset kokemukset ja niitä muistellaan usein yhdessä. Kuten Korkiakangas esittää, perinnearkistojen keruut voivat tarjota purkautumisväylän paitsi yhteisesti jaetuille myös henkilökohtaisille ja tunnepitoisille muistoille, jopa edesauttaen traumaattisten muistojen mieleenpalauttamista. (Korkiakangas 1996, 27–28 ja 34–35.)

Myös tutkimiani mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksia on mahdollista lähestyä Arbaeuksen (1993) ja Korkiakankaan (1996) esittämien jaotteluiden kautta, sillä niissä on yhtä hyvin faktatietoa sairaalaympäristöistä kuin omakohtaisia, eloisia ja emotionaalisesti latautuneita muistojakin. Mielisairaala-alueella eläneiden lasten kertomuksia tutkiessaan Arbaeus kertoo kiinnittäneensä huomiota kerroksen vaihteluihin pinnan ja syvyyden, yleisen ja henkilökohtaisen, virallisen ja epävirallisen sekä lapsuuden ja aikuisuuden näkökulmien välillä (Arbaeus 1993, 49). Myös omassa tutkimusaineistossamme on havaittavissa samansuuntaista vaihtelua. Tässä yhteydessä olen kiinnos-

tunut ensisijaisesti niistä mielisairaalan henkilökunnan lasten tunnekokemuksista, jotka tulevat esiin ikään kuin välähdyksinä yhteisen ja yleisesti hyväksytyyn kertomustason takaa. Tarkastelen näitä tunnekokemuksia kuitenkin suhteessa yleisen tason kerrontaan.

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistoja tutkiessani olen selvittänyt, millaisia tunteita lapset kertovat kokeneensa liikkueensa sairaala-alueella ja tavatessaan muita sairaala-alueella ja samalla paikkakunnalla asuneita ihmisiä. Analyysissäni olen kiinnittänyt huomiota sekä teksteissä toistuviin tunnesanoihin että emotionaalisesti latautuneiden muistojen, tilanteiden ja tapahtumien kuvauksiin.⁵ Tässä luvussa keskityn erityisesti pelkoon ja sen vastaparina turvallisuudentunteeseen. Pelko on henkilökunnan lasten muistelmateksteissä useimmin mainittu tunne. Tarkastelen, millaisissa yhteyksissä pelko-sana henkilökunnan lasten teksteissä esiintyy, millaisia merkityksiä siihen liitetään ja mihin muihin tunteisiin pelko teksteissä yhdistyy.

Tutkimusmenetelmäni on aineistolähtöinen teksti- ja käsiteanalyysi. Analysoin, miten tunnesanoja käytetään ja kuinka tunnekokemukset rakentuvat käsitteellisesti muistelmateksteissä (ks. esim. Wittgenstein 2001; Wilson 1963; Bal 2002; Saariluoma 2002). Vaikka analyysini keskiössä ovat tunnesanat ja tunnekuvausten kannalta keskeiset kohdat teksteissä, tavoitteeni on myös ollut huomioida tunnekokemusten kerronnallinen konteksti. Sisällytän analyysiini runsaasti suoria sitaatteja aineistosta havainnollistaakseni kirjoittajien kerrontatapaa. Tekstejä analysoidessani olen ryhmitellyt yhteen sitaatteja, joissa kuvataan samankaltaisia kokemuksia eri näkökulmista. Tuomalla yhteen useampia käsittelemääni teemaa valottavia tekstinäytteitä pyrin osoittamaan, että kyse on muistelmakirjoituksissa toistuvasta piirteestä – ei ainoastaan yksittäistapauksesta.

5 Esimerkkejä tunnesanoista ovat sanat *pelko*, *suru*, *inho*, *ilo*, *rakkaus* ja *yllättyneisyys*. Eri kulttuureissa, kielissä ja eri teoreetikkojen välillä keskeisimmiksi määriteltyjen tunnesanojen määrä vaihtelee (ks. esim. Ortony & Turner 1990; Russell & Lemay 2000). Emotionaalisesti latautuneella muistolla, tapahtumalla ja tilanteella tarkoitan sitä, että tunteet ovat muistoissa selkeästi läsnä, vaikka muistojen kuvailussa ei käytetä varsinaisia tunnesanoja. Tällöin tunteet ilmenevät tekstistä epäsuorasti esimerkiksi tapahtumien ja tilanteiden kuvausten kautta, muun muassa käytettyjen ilmaisujen ja kerronnallisten ratkaisujen kautta. Tapahtuman nimeäminen emotionaalisesti latautuneeksi edellyttää siten tulkintaa.

Tutkimusaineistoomme sisältyvät muistot, henkilökunnan lasten lisäksi myös potilaiden ja omaisten kirjoitukset, ovat usein hyvin tunnepitoisia eli teksteissä sekä hyödynnetään runsaasti tunnesanoja että kuvaillaan emotionaalisesti latautuneita tilanteita. Toisaalta muistelma-kirjoitusten joukossa on myös tekstejä, joissa keskitytään miltei yksinomaan fyysisten ympäristöjen ja arkisen elämän kuvaukseen käyttämättä tunnesanoja juuri lainkaan. Toisinaan tunnekokemuksista kirjoitetaan suorasanaisesti ja toisinaan niitä käsitellään metaforisesti tai erilaisten kerronnallisten ratkaisujen kautta. Kaikki kirjoittajat eivät esimerkiksi suorasanaisesti mainitse tunnesanaa *pelko*, vaikka he kuvailisivatkin tilanteita tai tapahtumia, joihin liittyy pelottaviksi mieltyviä elementtejä. Analyysissani selvitän, millaisista aineksista nämä pelottavina näyttäytyvät tilanteet ja ilmiöt ovat rakentuneet. Lisäksi tarkastelen pelon ja turvallisuudentunteen suhdetta muihin niihin muistelmateksteissä läheisesti kietoutuviin tunteisiin, kuten nostalgiaan ja melankoliaan. Näistä lähtökohdista tutkin mielisairaloita emotionaalisina yhteisöinä henkilökunnan lasten muistelmatekstien kautta (ks. Rosenwein 2006). Vaikka päähuomioni on jo aikuistuneiden henkilökunnan lasten muistelmateksteissä, tarkastelen paikoitellen myös näiden tekstien suhdetta muiden muistelijaryhmien kirjoituksiin suhteuttaakseni lapset laajempaan joukkoon kirjoittajia.

Mielisairaalat emotionaalisina yhteisöinä

Emootioiden historian tutkija Barbara Rosenwein (2006) on hyödyntänyt tutkimuksessaan emotionaalisen yhteisön käsitettä. Rosenwein määrittelee *emootion* viittaavan kaikenlaisiin intensiteetiltään ja kestoltaan vaihteleviin affektiivisiin reaktioihin. Samassa merkityksessä hän käyttää sanoja *tunne*, *passio* ja *affekti*. Keskeinen idea emotionaalisen yhteisön taustalla on, että eri kulttuureissa ja historiallisissa konteksteissa käsitykset tunteista ja niihin liittyvät asenteet vaihtelevat. Samanaikaisesti rinnakkain voi elää useita emotionaalisia pieniyhteisöjä, jotka poikkeavat toisistaan suhtautumisessaan tunteisiin ja niiden ilmaisemiseen. Emotionaaliset yhteisöt ovat yleensä sosiaalisia yhteisöjä, joilla on jaettu

kiinnostuksenkohteita, arvoja ja päämääriä. (Rosenwein 2006, 2, 6 ja 24–28; Rosenwein 2010, 1; ks. myös Hakosalo 2017, 226.)

Emotionaaliset yhteisöt eivät yleensä ole rakentuneet yksittäisen tunteen ympärille, vaan useampien korostuneiden tai väheksytyjen tunteiden kokonaisuudesta saattaa punoutua tietylle yhteisölle tunnusomainen emotionaalinen ilmapiiri. Emotionaaliset yhteisöt tunnistaa siitä, että niiden sisällä esimerkiksi tiettyjä tunnesanoja tai muita tunteisiin viittaavia ilmauksia käytetään tietyllä tavalla – samalla, kun muista tunnekokemuksista vaietaan tai kielletään niiden olemassaolo. Lisäksi yhteisössä keskeiset tunteet liitetään säännönmukaisesti tiettyihin asioihin, ilmiöihin, tapahtumiin, tilanteisiin, ihmisiin tai ihmisryhmiin.

Rosenweinin kuvauksen mukaan emotionaalisiin yhteisöihin kohdistuvassa tekstuaalisessa analyysissä olisi tärkeää kiinnittää huomiota sanoihin, eleisiin ja huudahduksiin, jotka viittaavat joko tunteisiin tai niiden poissaoloon. Kiinnostuksen tulisi kohdistua siihen, kuka tuntee tai kenen kuvitellaan tuntevan, mitä, milloin ja miksi. Pyrkimyksenä on löytää yhteisiä emotionaalisia malleja tekstien sisältä ja niiden väliltä muistaen, että emotiot ilmenevät usein epäsuorasti, symptomeina eli oireina, jotka vaativat tulkintaa. (Rosenwein 2006, 2, 6 ja 24–28; Rosenwein 2010, 1; ks. myös Hakosalo 2017, 226; Kuuva 2018.)

Rosenwein on havainnollistanut emotionaalisen yhteisön käsitettä muun muassa ympyrävertauksella. Rosenwein kehottaa kuvittelemaan suuren ympyrän, jonka yhteydessä on pienempiä, epätasaisesti tilaan levittäytyneitä ympyröitä. Kun suuri ympyrä on kaikkia yhdistävä emotionaalinen yhteisö yhteisine oletuksineen, arvoineen, päämäärineen, tunnesääntöineen ja hyväksytyine ilmaisumalleineen, edustavat pienet ympyrät puolestaan alisteisia emotionaalisia yhteisöjä, jotka osallistuvat suurempaan ympyrään paljastaen sen mahdollisuuksia ja rajoituksia. (Rosenwein 2006, 24.)

Mielisairaalat ovat olleet omanlaisiaan pieniyhteisöjä muun yhteiskunnan sisällä, ja voidaan olettaa, että niiden ympärille on rakentunut erityislaatuisia emotionaalisia yhteisöjä. Vaikka eri mielisairaaloiden ilmapiirit ovat tiettyinä ajankohtina saattaneet joiltain osin muistuttaa toisiaan esimerkiksi yhteneväisissä asumis- ja hoitokäytännöissään, on sairaaloiden välillä ollut myös vaihtelua (ks. esim. Rissanen tässä teok-

sessä). Tämä käy ilmi erityisesti niiden potilaiden ja omaisten muistel-
makirjoituksista, jotka ovat olleet hoidettavina tai käyneet vierailijoina
useissa eri mielisairaaloissa. Niin hoitohenkilökunta ja osastoilla hoi-
detut potilaat kuin erilaiset sairaalaympäristöt ja osastotilatkin ovat vai-
kuttaneet huomattavasti siihen, millaisiksi emotionaaliseksi yhteisöiksi
sairaalaympäristöt ovat kehittyneet.

Rosenweinia mukailten mielisairaalaympäristöt voi kuvitella suuri-
na ympyröinä, jotka limittyvät niitä ympäröivien paikkakuntien muu-
hun elämään. Mielisairaalayhteisöjen sisällä taas on ollut eri toimijoista
koostuvia pieniyhteisöjä, joilla emotionaalisisina yhteisöinä oli omat tun-
nusomaiset piirteensä, kuten myös omat fyysiset liikkuma-alueensa.
Esimerkiksi mielisairaalan henkilökunnan lapsilla ei normaalioloissa
ollut pääsyä potilasosastoille, mutta he saattoivat vierailla osastoilla poik-
keustilanteissa, kuten loukattuaan itsensä leikeissään tai erilaisten juh-
lien yhteydessä, varsinkin jouluna. Myös potilailla ja henkilökunnan eri
ryhmillä oli sairaala-alueella erilaisia liikkumisvapautteen liittyviä sääntö-
jä. Vaikka mielisairaaloita kokonaisuudessaan on mahdollista tarkastella
emotionaalisisina yhteisöinä, on selvää, että eri muistelijaryhmillä – poti-
lailla, omaisilla, henkilökunnalla ja heidän lapsillaan – on sairaaloihin
erilaisia emotionaalisia kytköksiä.

Henkilökunnan lapset voi nähdä yhtenä emotionaalisisena ryhmänä
mielisairaalan laajemmassa emotionaalisisessa yhteisössä. Lasten toimin-
taa ovat eri aikoina säädelleet kulttuuriset soveliaan käytöksen ja tun-
teiden ilmaisemisen normit, jotka ovat tyypillisesti olleet lasten ikään
ja sukupuoleen sidottuja (ks. esim. Malinen 2019, 185). Vaikka pelko
on yksi keskeinen mielisairaalayhteisöjä määrittävä tunne, oli lasten
todennäköisesti henkilökunnan jäseniä sallitumpaa näyttää pelkonsa
mielisairaalayhteisöissä kohtaamiaan ilmiöitä kohtaan. Toisaalta mieli-
sairaaloiden ulkopuolella asuvien ihmisten mielisairaalaelämää kohtaan
tunteita pelko on ollut abstraktimpaa suhteessa sairaala-alueella asunei-
den tunnekokemuksiin, koska se on pohjautunut muilta kuultuun pi-
kemmin kuin omakohtaisesti koettuun. Toisaalta sairaalaelämään usein
liitetty, turvallisuudentunnetta ruokkinut yhteisöllisyys ei ole pehmen-
tänyt ulkopuolisten pelkoa samalla tavoin kuin mielisairala-alueella
asuneiden tunnekokemuksia.

Pelko tunteena ja kulttuurisena ilmiönä

Rosenweinin esittelemä emotionaalisen yhteisön käsite liittyy tutkimustraditioon, jonka yhteydessä tunteet nähdään kulttuurisina ilmiöinä.⁶ Esimerkiksi sosiologi ja kulttuurintutkija Stuart Hall (1997) on esittänyt, että samaan kulttuuriin kuuluvat ihmiset tulkitsevat maailmaa ympärillään samankaltaisesti ja myös ilmaisevat ajatuksiaan ja tunteitaan tavoilla, jotka ovat pääsääntöisesti muille ymmärrettäviä (Hall 1997, 2). Psykologisessa emootioita käsittelevässä kirjallisuudessa pelon on perinteisesti oletettu ilmenevän suhteellisen samankaltaisena samantyyppisissä tilanteissa kaikissa kulttuureissa (esim. Darwin 2009; Ekman 2006; Russell & Lemay 2000). Viime vuosikymmeninä on kuitenkin alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota myös pelon yksilöllisiin ja kulttuurisiin vaihteluihin (ks. esim. Ekman 2007, 153). Pelon kulttuurisuutta on analysoinut esimerkiksi Sara Ahmed teoksessaan *Tunteiden kulttuuripolitiikka* (2018). Vaikka pelkoon liittyy samankaltaisia fysiologisia vaikutuksia eri aikakausina ja eri kulttuureissa, ei tunnetta välttämättä koeta samoin eri kulttuureissa (Ekman 2007, 153; ks. myös Kanerva 2017, 92).

Mielisairaalamuistojen yhteydessä pelkoon kiinnittyä usein erilaisia merkityksiä eri muistelijaryhmissä. Esimerkiksi mielisairaaloissa käytetyt hoitomenetelmät lobotomiasta sähköshokkihoitoihin ja psykenlääkkeisiin ovat olleet eri tavoin pelottavia potilaille, hoitohenkilökunnalle ja henkilökunnan lapsille. Potilaat ovat joutuneet kohtaamaan pelottavaksi mielletyn hoidon oman kehonsa kautta, hoitohenkilökunta toimenpiteen toteuttamiseen osallistumalla ja lapset esimerkiksi salaa hoitotilanteilla tarkkailemalla, potilaiden kertomana tai vanhempiensa tunnekokemuksia havainnoimalla. Pelko on siis ollut sisällöllisesti erilaista eri muistelijaryhmissä, ja sama pätee muihinkin mielisairaalayhteisöis-

6 Tunteiden tutkimuksessa on tapahtunut niin sanottu kulttuurinen käänne eri tieteenaloilla, millä tarkoitetaan sitä, että tunteista on tullut esimerkiksi kulttuurintutkimuksen, antropologian, historian-tutkimuksen ja sosiologian tutkimuskohde. Tässä yhteydessä emootioita ei nähdä enää yksinomaan yksilöllisinä ja kollektiivisinä ilmiöinä, vaan kulttuurisina ja historiallisina kokemuksina, ilmiönä, jolla on mahdollisuus murtaa vastakkainasetteluja sisäisen ja ulkoisen, yksilöllisen ja yhteisöllisen, yksityisen ja julkisen välillä. (Harding & Pribram 2009, 2.)

sä keskeisiin tunteisiin, kuten häpeään. Potilaat ovat saattaneet hävetä omaa sairauttaan ja omaiset läheisensä tilannetta ja omaa suhdettaan siihen, kun taas hoitohenkilökunta on joskus hävennyt omaa työtään. Henkilökunnan lapset ovat puolestaan hävenneet sekä vanhempiansa työtä että asuinpaikkaansa, mikä ilmenee selkeästi esimerkiksi seuraavasta muistosta:

Piirimielisairaala ei ollut mukava osoite, se muuttuikin myöhemmin – -. Koulussa minä ja muutkin häpesimme osoitettamme ja mielisairaanhoidajan ammattiakin. Isä oli tämän tietäen kirjoittanut johonkin koulun lomakkeeseen ammatikseen m.s.hoitaja. Se oli sitten tulkittu metsänhoitajaksi. Kyllä koulutoverit tietysti tiesivät, missä asuin. Ruotsinopettaja kysyi kerran tunnilla kaikkien kuullen, että onko minun vaikea keskittyä läksyihin kun asuin SIELLÄ. Tämä kuulosti arasta työstä kamalalta, minähän asuin peltojen keskellä kerrostalossa hyvin rauhallisesti. (MKM 477.)

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoitukset osoittavat selkeästi, että lapset kokivat elävänsä huomattavasti turvallisemmassa, rauhallisemmassa ja tavanomaisemmassa ympäristössä kuin sairaala-alueen ulkopuolella eläneet usein olettivat. Tämä jaettu kokemus osataan rakentaa mielisairaala-alueella asuneista paikkakunnan muun yhteisön ulkopuolelle rajautuvan emotionaalisen yhteisön, jonka erilaiset toimijat edelleen muodostavat pienempiä, emotionaalisia ryhmiä.

1990-luvulta lähtien Suomessa on puhuttu pelon maantieteestä liittyen kaupunkitilassa koetun väkivallan pelon tilallisiin ja ajallisiin ulottuvuuksiin.⁷ Viimeaikaisiin yhteiskunnallisiin muutoksiin on taas toisinaan viitattu käsitteellä pelon kulttuuri, joka kytkeytyy pohdintoihin länsimaisten elinolojen turvallisuuden ja vierauteen liittyvän pelon suhteesta. Myös mielisairaalamuistelmista ilmentyvää pelkoa voi lähestyä

7 Pelon maantiede viittaa julkisessa kaupunkitilassa koettuun väkivallan pelkoon, johon liittyy myös tilallisia ja ajallisia ulottuvuuksia. Pelko voi esimerkiksi vaikuttaa ihmisten liikkumiseen kaupunkitilassa rajoittaen heidän liikkumistaan tai muuttaen heidän reittejään. Suomessa pelon maantieteen käsite yleistyi tutkimuksessa, mediassa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa 1990-luvulla. (Koskinen 2009, 65.)

kulttuurisena ilmiönä. Aineistossamme arviot mielisairaala-alueiden pelottavuudesta vaihtelevat riippuen siitä, onko sairaaloita katsottu sisältä vai ulkoa. Kuten humanisti-maantieteilijä Yi-Fu Tuan on esittänyt, kaupungit rakennettiin alun perin linnoituksiksi, jotka suojasivat ulkoa tulevalta uhkalta (ks. Tuan 2013, 145–174; Koskela 2009, 73). Myös mielisairaaloita suljettuina alueina on mahdollista tarkastella eri näkökulmista – toisaalta niiden voi ajatella suojaavan mielisairaala-alueella eläviä ulkopuoliselta maailmalta ja toisaalta ulkopuolisia mielisairaalaelämäältä. Potilaiden sairaalaan sulkemisen perusteena on perinteisesti pidetty sitä, että potilas on vaaraksi joko itselleen tai muille. Tällöin sairaala on näytetty turvapaikkana sekä potilaalle itselleen että mahdollisesti myös hänen lähipiirilleen. (Ks. esim. Jäntti 2012, 101.) Luonnollisestikaan mielisairaala-alueella eläneet eivät ole kokeneet potilaita samalla tavalla vieraina ja pelottavina kuin alueen ulkopuolella eläneet.

Pelkoa voidaan tuottaa myös sosiaalisesti, kuten kaupunkimaantieteilijä Hille Koskela on todennut teoksessaan *Pelkokierre. Pelon politiikka, turvamarkkinat ja kamppailu kaupunkitilasta* (2009). Koskelan analyysistä pelosta ja turvallisuudentunteesta kulttuurisina ilmiöinä avautuu kosketuspintoja mielisairaalan henkilökunnan lasten muistoihin. (Ks. esim. Koskela 2009, 29, 37–38, 40, 65 ja 106.) Myös mielisairaala-alueisiin liittyvää pelkoa on mahdollista lähestyä sosiaalisena konstruktiona, jolla on yhteyksiä sekä todellisiin kokemuksiin sairaalaympäristöistä että kuviteltuun, huhuihin ja median välittämiin tietoihin sairaalaympäristöistä.

Turvallisuus, pelon kieltäminen ja ulkopuolisten asenteet

Useimmin toistuva tunnesana mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmissa on pelko, mutta toisaalta myös pelottomuus ja turvallisuudentunne nousevat toistuvasti teksteistä esiin. Kirjoittajat viittaavat pelkoon usein kiellon kautta, toteamalla, etteivät tunteneet pelkoa potilaita tai asuinympäristöään kohtaan tai liikkeessaan sairaala-alueella:

Omissa lapsen silmissäni sairaala-alue oli todellakin enemmän kartano kuin sairaala, enkä pelännyt liikkua alueella (MKM 282).

Lapsuudenkokemukset varmaan vaikuttivat siihen että mielisairaalat ja siellä hoidettavat potilaat olivat aina minulle jotain tavanomaista eikä vierasta ja pelottavaa (MKM 403).

Tietenkin psykiatrisella sairaalalla oli lähiympäristössä oma maineensa. Toiset pelkäsivät koko paikkaa, mutta me lapset emme kai koskaan oppineet pelkäämään potilaita. (MKM 471.)

Mielisairaalan lasten muistelmateksteissä pelko tunnustetaan usein mielisairaalaympäristöön liittyväksi, mutta se kielletään omaksi kokeemuksena, mikä on tyypillistä myös Arbaeuksen tutkimusaineistolle (ks. Arbaeus 1993, 57). Kieltäessään oman pelkonsa kirjoittaja haluaa mahdollisesti korostaa asuinympäristönsä turvallisuutta, ikään kuin puolustaa sitä ulkopuolisille, joille mielisairaalaympäristö on näyttäytynyt pelottavana. Maininnat voidaan siis tulkita vasta-argumentiksi ulkopuolisten koetuille ja oletetuille asenteille. Artikkelissaan ”Kohtaamisia kerronnan tilassa. Mielisairaalapotilaita koskevan muistelukerronnan rakentuminen” (2013) perinteentutkija Anna Kinnunen pohtii valta- ja vastanarratiivin käsitteiden kautta haastateltaviensa tapoja vastustaa tai puolustaa asioita, joita tutkija ei haastattelijana ollut ottanut esille. Haastateltavat esimerkiksi kielsivät tunteneensa pelkoa potilaita kohtaan, vaikka asiasta ei ollut suoranaisesti kysytty. Sen sijaan, että haastateltavat olisivat puhuneet omasta pelostaan, he liittivät kokemukset pelosta ja ennakkoluuloista ulkopuolisiin toimijoihin, jotka eivät kuulu omaan perhepiiriin ja työyhteisöön ja jotka näyttäytyvät itselle vastakkaisena ryhmänä. (Kinnunen 2013, 47–48.) Myös omassa tutkimusaineistossamme pelko potilaita kohtaan asemoidaan usein sairaala-alueen ulkopuolella asuviin ihmisiin.

Monessa suhteessa vaikuttaa siltä, että mielisairaalan henkilökunnan lapset kokivat asumisensa mielisairaala-alueella joissain määrin stigmatisoivaksi, ja he ovat työstäneet kokemustaan muistelmatekstejä kirjoittaessaan. Stigmat eli häpeäleimat liittyvät usein stereotyyppeihin eli

yleistäviin ja tyypitteleviin tietorakenteisiin, joiden avulla pyritään määrittelemään tiettyä ryhmää (Corrigan 2004, 615–616). Jähi (2004) on pohtinut stigmaattisuutta suhteessa psyykkiseen sairauteen Erwing Goffmanin *courtesy stigma* -käsitteen kautta. Kyse on eräänlaisesta sympatiastigmasta tai liitännäisstigmasta, joka kohdistuu stigmatisoidun henkilön ympärillä oleviin ihmisiin jonkin sosiaalisen rakenteen, kuten ystävyyden tai perheenjäsenyyden seurauksena. Tällöin yhteisö kohtelee stigmatisoitua ja tämän lähipiiriä ikään kuin nämä olisivat yhtä. (Jähi 2004, 14–15.)

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmissa on piirteitä, jotka viittaavat siihen, että psyykkiseen sairauteen liittyvä stigma on toisinaan laajentunut myös mielisairaala-alueella asuviin. Stigma tuli sairaala-alueella asuneille henkilökunnan lapsille tutuksi viimeistään heidän kouluaikaanaan, jolloin heidän elinpiirinsä laajeni sairaala-alueen ulkopuolelle. Muistelmateksteissä lapsuudenympäristöön liittyvää stigmaattisuutta käsitellään usein kieltämällä pelon läsnäolo sairaalaympäristössä ja sen sijaan korostamalla yhteisöön liittyntä turvallisuudentunnetta:

Asuimme suhteellisen eristyksissä mielisairaala-alueella, minne ei asiattomilla ollut asiaa kuten alueen tienristeyksessä luki. Tosin ei meille tunkua ollutkaan, sillä vaikuttaa siltä, että ihmiset jotenkin kaupunkialueella miltei pelkäsivät ”hulluja” niin paljon, että välttelivät meitä. (MKM 491.)

Mielisairaala on tietenkin erikoislaatuinen lapsuudenympäristö, jota ihmiset usein kauhistelevat. Mutta jokseenkin kaikki me kolme-kuusikymmenluvulla syntyneet ”Moiskan penskat” pidämme lapsuusaikaamme hyvänä. (Toivola 2005, 2; MKM 505.)

Vaikka ulkopuoliset saattoivat joskus vieroksua mielisairaalan aluetta, siellä asuvat kokivat olevansa turvassa nimenomaan porttien sisäpuolella. Yhteisöllisyys syntyi perheiden tiiviistä rinnakkain elämisestä, aikuisten yhteisestä työympäristöstä sekä samantyyppisistä taustoista ja asemista. – – Myös yhteiset säännöt, tavat ja perinteet loivat yhteisöllisyyttä. (Nieminen 2015, 81–82.)

Yhteisöllisyyden merkitys mielisairaalaympäristössä painottuu myös Arbeuksen (1993) tutkimissa ruotsalaisissa lapsuuskertomuksissa, joissa korostetaan usein sitä, että kaikki mielisairaala-alueella asuneet lapset leikkivät kaikkien kanssa. Joskus muisteluteksteistä käy kuitenkin ilmi, että henkilökunnan lastenkin välillä oli tietynlaista hierarkkisuutta esimerkiksi vanhempien aseman ja perheen asuinolojen kautta. Esimerkiksi lääkäreiden lapset miellettiin toisinaan muista lapsista hieman erillisiksi. (Arbaeus 1993, 55.) Hierarkian merkkejä on havaittavissa myös suomalaisessa aineistossamme, jossa muun muassa mainitaan, että lääkäreiden lapset erottuivat muista lapsista perheiden varallisuuden ja asuinpaikan vuoksi (ks. Nieminen 2015, 89).

Mielisairaaloiden lasten ihannoimalla yhteisöllisyydellä on sekä valoisat että varjoiset puolensa. Toisaalta yhteisöllisyys mahdollistaa tiiviin kommunikaation naapureiden kanssa, jolloin erilaiset häiriöt yhteiselämässä tulevat huomioiduksi. Toisaalta yhteisöllisyyden käänköpuolena on se, että naapureiden tulisi olla itsen kanssa kyllin samanlaisia, jotteivät he olisi pelottavia. Kuten Koskela (2009) esittää, pelko ja pelottomuus, turvallisuus ja turvattomuus ovatkin kuin kolikon kaksi puolta, jotka edellyttävät ja määrittelevät toisiaan. (Koskela 2009, 63–64 ja 116.)

Mielisairaaloihin liittyvillä tunnekokemuksilla on usein yhteyksiä tunteuttuihin ja merkityksiltään kiteytyneisiin kulttuurisiin kertomuksiin ja kuvastoihin mielisairaaloista. Monissa yhteyksissä mielisairaalat on esitetty tai ne ovat näyttäytyneet pelon tyysijoina, mikä ilmenee selkeästi myös mielisairaaloihin liittyvästä muisteluaineistosta. Muistelmakirjoituksissa mainitaan usein, että mielisairaala-alueen ulkopuolella asuneet tunsivat pelkoa sairaalan asukkaita kohtaan. Vaikka sairaala-alueella oli ihmisiä ja asioita, jotka aiheuttivat pelkoa myös alueella asuvien keskuudessa, ulkopuolisten kokema pelko ihmetytti ja ärsytti, joskus huvittikin mielisairaaloiden henkilökunnan lapsia. Osittain kyse saattoi olla myös siitä, että omaa pelkoa käsiteltiin huumorin avulla:

Eräs Piirin lapsista kuuli aikuisena, miten korjaustöihin Piirille tulleen työntekijän lapsia oli kielletty poistumasta isänsä autosta mielisairaalan alueella. Tällaiset säännöt ja varoitukset olivat omiaan lisäämään pelkoa ja epävarmuutta. (Nieminen 2015, 128.)

Asuinpaikan poikkeavuus alkoi seljetä vasta, kun saatiin sellaisiakin ystäviä, jotka eivät asuneet Moisiossa. Tuntui kovasti kummalliselta, että mikkeliiläiset koulukaverit pelkäsivät tulla käymään sairaalan alueella, ja että he säikkyivät potilaitten näkemistä ja osastoilta kuuluvaa huutoa. (Toivola 2005, 13; MKM 516.)

Kysyessäni, miksi minä en saa järjestää hippoja, minulle vastattiin, että pelottaa tulla mielisairaala-alueelle, kun on se rauta-aitakin ympärillä (Nieminen 2015, 44).

Muutoin sairaalan lasten kanssa nauroimme koulukavereillemme, joita pelotti tulla kylään sairaalan alueelle (MKM 477).

Mielisairaala-alueen läheisyydessä ja sen ulkopuolella asuneiden kirjoitukset ilmentävät usein pelkoa mielisairaalaympäristöjä kohtaan. Pelko saattoi kuitenkin lieventyä, kun sairaala-alue ja potilaat tulivat tutummaksi:

Lapsena koko alue oli vähän pelottava. Kotikunnastani käytiin kaupungissa Seinäjoella ja tie menee Törnävän läpi. Törnävällä oli museokin. Museoalueella oli vanha ruutitehdas toimistorakennuksineen, toimistorakennus on ihan tien vieressä ja siellä huhuttiin kummittelevan. Lapsena erityisesti kummitustalo oli pelottavaa ohittaa: yritin katsoa taloon ikkunoista läpi auton takapenkillä turvassa istuen ja nähdä vilauksen pelottavasta kummituksesta siellä.

– – Törnävän mielisairaalarakennukset ja rautainen korkea aita terävine piikkeineen. Joihin jäisi kiinni jos kiipeäisi yli.

Törnävän sairaalarakennukset oli aidattu korkealla rauta-aidalla: ajattelin aina, että varmaan sen takia, jotta sieltä ei pääse hullut karkaamaan. (MKM 0497, paikkakuntalainen.)

En ollut koskaan käynyt mielisairaalassa (olin 13-vuotias), ja minua pelotti. Miten suhtaudun, jos joku hullu käy kimppuun? Jos ne vääntelevät naamaansa ja huutavat?

Istuimme salissa, ja potilaat esittivät näytelmän. Siinä oli yksi repliikki, joka on jäänyt mieleeni. Esittäjä juoksi lavalle ja huusi: ”Olenko tullut hullujenhuoneeseen?”

Yleisö nauroi. Minuakin nauratti. Opin, että potilaista suurin osa ymmärtää olevansa mieleltään sairas. En pelännyt enää. (MKM 547, Paikkakuntalainen.)

Verrattaessa mielisairaala-alueilla ja niiden ulkopuolella asuneiden muistelmia, käy selkeästi ilmi, että sairaala-alueella asuneet muodostivat oman emotionaalisen yhteisönsä, joka koki sairaalaelämään liittyvät ilmiöt toisin kuin alueen ulkopuolella elävä yhteisö.

Luottamus potilaita kohtaan

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksista käy ilmi, että monet potilaat olivat saavuttaneet henkilökunnan jäsenten ja heidän perheidensä luottamuksen. Esimerkiksi poliisin käsirautoihin laittamaa potilasta ei katsottu aiheelliseksi pitää vangittuna sairaalaloissa eikä henkilökunnan asuntojen ovia pidetty lukittuina. Monet potilaat myös työskentelivät henkilökunnan kodeissa lastenhoitajina tai taloustöissä auttaen:

Äitini oli miesten vastaanotto-osaston osastonhoitajana, ja toisinaan poliisit toivat jonkun potilaan, joka oli pannut hanttiin. Tämä saattoi olla nenä veressä ja käsiraudoissa. Äitini, joka usein tunki potilaan vanhastaan, käski irrottamaan käsiraudat ja tarttui ystävällisesti potilasta käteen. Tämä seurasi äitiäni ihan rauhallisena sisälle osastolle. (MKM 472.)

Kotimme ovia ei juuri pidetty lukittuina. Silloin tällöin, kun tulin koulusta kotiin keittiössä saattoi istua joku potilas, joka oli tullut vaivihkaan tutkimaan miten talouspäällikkö asui. En muista, että mitään tavaroita olisi koskaan hävinnyt. (MKM 247.)

Eräs kotiapulainen oli Rauha-täti, joka oli hiljainen ja ystävällisesti katseleva vanhempi nainen. Hänellä ei ollut omaa perhettä. Olin jo alaluokkalainen, kun Rauha hoiti kotiamme ja laittoi ruokaa. Joskus Rauha ei tullut. Äiti sanoi, että Rauha ei nyt tulekaan vähään aikaan. Vuosia myöhemmin sain äidiltä kuulla, että Rauha oli sairaalan potilas ja sairasti skitsofreniaa. Sairauden tullessa oireiseksi hän oli siis sairauslomalla meiltä. (MKM 488.)

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoitukset kertovat luottamuksesta potilaita kohtaan ja siitä, etteivät rajat potilaiden ja muiden sairaala-alueella asuvien ja työskentelevien välillä aina olleet yhtä jyrkkiä ja selväpiirteisiä kuin nykyisen psykiatrisen hoidon yhteydessä.

Pelottaviksi koettuja potilaita

Mielisairaaloiden henkilökunnan lapset puhuvat usein pelosta ikään kuin kiertoteitse – turvallisuudentunnetta ja luottamusta korostaen. Myös Arbaeus (1993) toteaa ruotsalaisen aineiston yhteydessä, ettei mielisairaalan lasten kertomuksissa useinkaan suoraan käsitelty kielteisiä tunnekokemuksia, kuten omaa pelkoa (Arbaeus 1993, 59). Suomalaisessa muisteluaineistossamme on kuitenkin melko runsaasti esimerkkejä mielisairaalaympäristössä kohdatuista asioista, ilmiöistä, tilanteista, tapahtumista ja ihmisistä, jotka on koettu pelottaviksi. Toisinaan näitä pelottavaksi miellettyjä asioita luetellaan sen jälkeen, kun oma kokemus pelosta on ensin kielletty yleisellä tasolla. Tämä herättää vaikutelman toisistaan irrallisista tekstisäikeistä, jotka eivät täysin loogisesti sulaudu toisiinsa kerronnan tasolla.

Osa sairaala-alueilla asuneiden lasten mainitsemista pelon kohteista on hyvin samankaltaisia kuin lasten tiettyihin paikkoihin tai tilanteisiin liittämät pelot yleensäkin. Pelkoa saattavat aiheuttaa niin pimeät tienpätkät, lehmihaka, uimarannan syvä vesi kuin iilimadotkin. (Ks. esim. Korkiakangas 1996, 159–166.)

Mielisairaalayhteisöistä erityisen tekivät alueella liikkuvat potilaat, jotka toisinaan aiheuttivat pelkoa myös sairaala-alueella asuvissa. Vaikka

henkilökunnan lapset korostavat usein potilaiden tavanomaisuutta ja vaarattomuutta, käy heidän kirjoituksistaan kuitenkin ilmi, että tietyt potilaat koettiin silti pelottavina. Toisinaan jokin yllättävä tilanne tai yksittäisen potilaan käyttäytyminen on saattanut horjuttaa turvallisuudentunnetta. Esimerkiksi potilaiden aggressiivinen, epäystävällinen, äkkipikainen tai muuten erikoinen käyttäytyminen koettiin joskus epämiellyttävänä ja pelottavana, toisinaan myös heidän ilmeensä:

Potilaisiin oltiin totuttu. Tiettyjä potilaita täytyi varoa, mutta varsinaisesti ketään ei pelätty. Eikä 1940–50-luvuilla sairaalassa tapahtunutkaan vakavia väkivallantekoja. – – Ainoastaan Helka, eräs levottoman naisosaston potilas pelotti joskus ainakin tyttöjä saadessaan raivokohtauksia kesäkuumalla ja kiivetessään korkean ikkunan laudalle karjumaan ankaria kirouksia. (Toivola 2005, 11–12; MKM 514–515.)

Isossa liiterissä lähellämme oli eräs potilas, joka kirveellä hakkasi puita henkilökunnalle. Juoksin aina nopeasti liiterin ohi kotiin mennessäni, sillä hän oli epäystävällisen ja pelottavan tuntuinen. (MKM 150.)

[O]li muutamia miespotilaita isosta sairaalarakennuksesta, jotka saivat olla ulkotöissä siellä ja täällä ja heistä muutamia arastelin, jopa pelkäsin yhteen aikaan. Esim. eräs potilas huusi veljelleni ja minulle, että isämme oli varastanut hänen kellonsa ja hän aikoi tappaa meidät. Pelkäsin häntä monta vuotta, samoin muutkin leikitoverini. (MKM 150.)

Yksin emme saaneet osastolle mennä. Joku potilaista oli pelottavakin kyllä. Yksi ajoi hevosella ruokaa sairaalan keittiöstä seiskalle ja kiroili koko ajan ajaessaan, ehkä muulloinkin. Yksi oli vihaisen näköinen aina ja häntä karttelimme. (MKM 474.)

Arbaeuksen (2012, 53) mukaan mielisairaloissa varttuneiden lasten muistelmille on tyypillistä, että potilaita on tarkasteltu aikuisen näkökul-

masta. Tämä piirre on ilmeinen myös suomalaisessa aineistossa, vaikka muistelmatekstien joukossa on myös kirjoituksia, joissa potilaita kuvailaan lapsenomaista havainnointitapaa jäljitellen. Eräs kirjoittajista esimerkiksi toteaa: ”Pelkäsin erästä naista... Mielestäni hänen kasvot olivat aina irvessä” (MKM 149). Pelkoa aiheuttaneiden potilaiden joukossa oli sekä miehiä että naisia – joskus myös lapsipotilaita. Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmissa on niukasti huomioita lapsipotilaista, mutta kuten eräs kirjoittajista toteaa, oli sairaalassa asuneiden lapsipotilaiden kohtaaminen hänelle vaikeaa: ”Piirin ympäristössä kasvaminen opetti suhtautumaan luontevasti sairauksiin ja erilaisiin ihmisiin sekä ymmärtämään, että terveyden ja sairauden raja oli hiuksenhieno. – Lasten silmissä potilaat olivat kuten muutkin ihmiset. Vain niin sanotusti vajaamielisten lapsipotilaiden kohtaaminen tuntui pahalta.” (Nieminen 2015, 91–92.)

Haasteellisuus lapsipotilaiden kohtaamisessa liittyi todennäköisesti samuuden ja erojen tunnistamiseen suhteessa itseen ja sitä kautta kokemukseen empatiasta. Empatiassa on kyse toisen kokemukseen suuntautumisesta samalla, kun ymmärretään ero toisen kokemuksen ja oman kokemuksen välillä. (Ks. esim. Stein 1989, 10–11; Parviainen 2002, 328; Aaltola & Keto 2017, 79–82.) Lapsipotilaiden kohtaaminen saattoi olla epämiellyttävää, jopa ahdistavaa tai pelottavaa, koska lapsipotilaat muistuttivat siitä, että elämä voisi vähänkin erilaisessa tilanteessa olla täysin toisenlaista kuin arki iloinen ja suruineen sairaalan henkilökunnan lapsena. Kuten filosofi Edith Steinin (1891–1942) empatiakäsitystä tutkinut Jaana Parviainen (2002) on todennut, tunnistaessamme empatian kokemuksen toista kohtaan kohtaamme samanaikaisesti omista ennakkoluuloistamme ja aikaisemmista kokemuksistamme syntyviä jännitteitä ja ristiriitoja (Parviainen 2002, 335).

Toisinaan henkilökunnan lasten ja sairaalan naapuruston lasten muistelmakirjoituksissa on empatian lisäksi viitteitä myös epäempaattisuudesta ja jopa suoranaisestä ilkeydestä potilaita kohtaan:

Me sairaalan naapuruston lapset kuitenkin pelkäsimme tai väistimme potilaita. Poljimme kuumeisesti karkuun ja huusimme ”Potut tulee, potut tulee!” En muista, että ulkoilevat potilaat olisivat

meitä koskaan uhanneet tai edes puhutelleet. Osa oli sairaan näköisiä. (MKM 488.)

Toisin kuin [paikkakuntalaiset] yleensä luulivat, potilaat eivät olleet vaarallisia. Muistan kyllä joskus juosseeni pakoon, kun joku on ollut oikein suuttunut. Silloin oli kyllä itsessä vikaa, vaikka kiusaaminen ja provosointi olikin ylilääkärin määräyksestä jyrkästi kielletty. (MKM 248.)

Itse asiassa kohtelimme [potilaita] aivan vertaisinamme, mutta oli potilaita, joita miltei kammosimme tai joille nauroimme – -. He olivat tietysti säälittäviä tapauksia, mutta emme sitä silloin vielä täysin tajunneet. Muistan myös, miten varhaislapsuudessamme menimme ”katsomaan hulluja” eli sellaisia psykoottisia, jotka oli suljettu eristykseen alastomina ja ikkunan raoista ”huutelivat hulluina” ulos. (MKM 491.)

Vaikka siteeratut tekstit ilmentävät hyvinkin epäempaattisia asenteita potilaita kohtaan, kertovat useimmat muistelmatekstit myös myöhemmin kehittyneestä myötätunnosta potilaiden kärsimystä kohtaan.

Kohtaamisia kumman kanssa – harhoja ja kuvitelmia

Lapsipotilaiden lisäksi henkilökunnan lapsissa aiheutti joskus ihmetystä ja pelkoa potilaiden harhaisuus – se, että potilaat vaikuttivat havaitsevan tai kokevan jotain sellaista, mikä jäi muiden ihmisten aistien ja kokemuspiiriin ulkopuolelle. Eräs henkilökunnan lapsista kertoo seuraavasti eriskummallisesti kokemastaan potilaan kommunikaatiosta hevosen kanssa:

Näin kerran 5–7-vuotiaana potilaan pysäyttävän hevosen kesken ruoka-ajon. Hän nousi harmaalankuisilta kärryiltä ja meni hevosen eteen. Tämän jälkeen tämä maatilan osastolla ”asuva” rauhallinen potilas painoi ensin hevosen suuria, ruskeita silmiä hetken

tuijoteltuaan oman otsansa vasten hevosen otsaa, puristi hevosta korvista ja sanoi uhittelevasti: ”Älä päälleni käy! Älä sieluuni änkee!” Tämän jälkeen hän meni jälleen kärryille, otti ohjakset käsiinsä ja ”heilautti niillä” hevosen jälleen liikkeelle. (MKM 186.)

Kun kommunikaatio hevosen kanssa saattoi erikoisuudestaan huolimatta näyttäytyä lapselle melko harmittomana, osa potilaiden harhoista oli pelottavia sekä potilaille itselleen että niitä todistamaan joutuneille henkilökunnan lapsille:

Monet meistä muistavat myös Annin, pikkuisen naisen, jolla oli tapana kävellä edestakaisin sairaalarakennuksen ja sairaalan portin väliä. Meidät nähdessään hän saattoi pysähtyä ja kysellä kyöneleet silmissään, tiesimmekö missä hänen lapsensa ovat. Sitten hän puhkesi valituksiin ja kertoi, että hänen lapsiaan poltetaan ja hukutetaan parhaillaan. Se oli tietysti järkyttävää. Vanhemmiltamme saimme kuitenkin kuulla, että Annin lapset olivat aikuisia ja voivat mitä parhaiten. Lapset kävivät usein äitiään katsomassa, mutta vain sen hetken Anni oli onnellinen ja varma siitä, että he ovat turvassa. (Toivola 2005, 12; MKM 515.)

Mielisairaalamuistelmien joukossa on myös lapsiomaisen kirjoitus, jossa huoltajan mielisairauden aiheuttamia harhoja kuvataan lapsen näkökulmasta seuraavasti: ”Asuessani viimeistä vuotta mummolassa – – kummitätini kanssa, alkoi kummissa näkyä jotain kummallista, esim. yöllä hän huiteli pitkällä kepillä mustia lintuja – –” (MKM 238).

Sairaalapotilaiden ja kummitädin erikoiseen käyttäytymiseen liittyvissä muistoissa on yhteyksiä esimerkiksi sodan kokeneiden vanhempien harhoihin, joita lapsiomaiset ovat kuvaileet Perheissä jatkonut sota-muisteluaineiston yhteydessä.⁸ Artikkelissaan ”Järkkyvä arki. Aikuisten psyykinen oireilu lapsuuden tunnemuistoissa toisen maailmansodan jälkeen” (2019) historioitsija Antti Malinen siteeraa muistoa, jossa isä näkee pellolle laskeutuvan lokkiparven pommikoneina. Kuten tutkija to-

8 Suomalaisen Kirjallisuuden Seura järjesti muistitiedon keruun Perheissä jatkonut sota 2015–2016.

teaa, sodan ja sodanjälkeisten vuosien aikana lasten mieliin painui tilanteita, olosuhteita ja tunnelmia, jotka järkyttivät lasten kokemaa turvallisuuden tunnetta monin tavoin. Aikuisten psyykinen oireilu näyttäytyi lapsille usein pelottavana varsinkin, jos asiaa ei käsitelty puhumalla ja lapset jäivät yksin kysymystensä kanssa. (Malinen 2019, 183–185.) Harhaisten aikuisten kanssa eivät siis joutuneet kosketuksiin pelkästään mielisairaaloiden henkilökunnan lapset vaan myös lapsiomaiset erityisesti sodan jälkeen, kun sairaalapaikkoja oli niukasti ja hoitokeinot olivat rajallisia.

Sekä mielisairaalapotilaiden että lasten ajatteluun liittyy usein kuvitteellisia aineksia, maagisuutta ja ”kumman” eli arkiymmärryksen ylittävän kokemuksen läsnäoloa (ks. Honkasalo 2017, 13; Malinen 2019, 184). Mielisairaalan henkilökunnan lapset eivät kuitenkaan tunteneet samankaltaista syyllisyyttä potilaiden sairaudesta kuin esimerkiksi lapsiomaiset toisinaan tunsivat (esim. Malinen 2019, 184). Joskus mielisairaalan henkilökunnan lapsissa aiheuttivat pelkoa pikemminkin kuvitelmat ja huhupuheet kuin todelliset tapahtumat. Potilaiden henkilöhistoriaa saatettiin värittää mielikuvituksen avulla, ja paikat, joissa oli tapahtunut jotain dramaattista, muuttuivat toisinaan kummitusten olinpaikoiksi:

Aamuisin tassutteli huopatossuissa huoneeseeni potilas, joka pani uuniin tulen. Me lapset olimme jostain saaneet päähämme, että hän oli tappanut vaimonsa ja oli siksi mielisairaalassa. Pieni kylpyhuone sijaitsi pitkän käytävän päässä. – – Sain kylpeä ammeessa, mutta hämärä valo käytävältä tuntui aina pelottavalta. (MKM 403.)

Pian koulutiloiksi hankittiin ”Alftanin huvila”, sama rakennus, jossa myös Mannerheim oli sota-aikana oleskellut. Huvilassa oli tapahtunut myös murha. Sota-aikana sotilaskarkuri oli piiloutunut yhteen sen komeroista ja ampunut paikalle sattuneen tohtori Alftanin.

Me lapset olimme tietysti kuulleet kerrottavan tästä tapauksesta ja olimme varmoja, että koulun vintillä kummitteli. Huvilasta keksittiin kilpaa kummitustarinoita. (Toivola 2005, 29; MKM 532.)

Aineistomme mielisairaalaympäristöön liittyneet kummitustarinat eivät aina kovinkaan merkittävästi eroa kansanperinteeseen kuuluvista, tiettyihin rakennuksiin ja paikkoihin kiinnittyvistä kiinnittyneistä kummitustarinoista, jotka ovat osaltaan toimineet yhteisöllisyyden rakentajina.

Huutoa mielisairaala-alueilla

Pelottavasti käyttäytyneiden potilaiden, potilaiden kokemien harhojen ja heihin liitettyjen kuvitelmienvä rinnalla yksi keskeisimmistä pelon aiheuttajista mielisairaala-alueella oli äänimaailma, varsinkin sairaala-alueella kiirivät tuskaiset huudot, jotka toivat oman lisänsä mielisairaaloihin elettyinä tiloina ja emotionaalisina yhteisinä.

”Huutoniemi”, jonka mielisairaalan nimenä ajattelin olevan vastenmielinen ja jonka usein yhdistin sairaalan arkipäivään, jonka myös kuvittelin sellaista olevan, oli paikka, jossa psyykkisesti sairaat huusivat päivän päätteeksi. Vasta myöhemmin sain selville, että nimi polveutuu siitä, että paikalla oli aikaisemmin salmi piennine lauttoineen ja lauttareineen, jolle huudettiin haluttaessa tulla noudetuksi salmen toiselle puolelle. (MKM 345, ruotsista suomen-tanut Sari Kuuva.)⁹

Joskus me lapset leikimme ison sairaalarakennuksen lähetyvillä ja näimme aidattuja alueita, joissa potilaat olivat ulkosalla. Jotkut marssivat kävelyllä ryhmissä hoitajien kanssa. Usein kesäiltoina kuulin huutoja ristikkoikkunoiden takaa mennessämme saunaan mikä oli aivan sairaalan vieressä. (MKM 150.)

9 ”’Roparnäs’ som namn på ett mentalsjukhus tyckte jag var motbjudande och som jag ofta associerade med sjukhusets vardag, alltså som jag föreställde mig att det var, en plats där psykiskt sjuka ropare dagarna i ända. Först senare fick jag reda på att namnet härstammar från att det tidigare fanns ett sund med en liten färja med en färjkarl som man ropade till för att bli hämtad över till andra sidan sundet.” (MKM 345.)

1940–50-luvuilla ei ollut juuri rauhoituslääkkeitä. Niinpä kesäöinä, jolloin osastojen ikkunat olivat auki, kuului toisinaan potilaiden tuskaisaa huutoa, kunnes yölihoitaja antoi rauhoittavan piikin –. (MKM 471.)

Lääkehoidon yleistyessä 1900-luvun puolivälin jälkeen potilaiden tuskaiset huudot vähenivät. Mahdollisesti muutos sairaaloiden äänimaisemissa vaikutti myös arvioihin sairaala-alueiden pelottavuudesta. Kuten Koskela on todennut, pelon kronologia viittaa pelon ajallisiin rakenteisiin sekä siihen, kuinka pelko asettuu historialliseen jatkumoon ja suhteutuu erilaisiin pitkäkestoisiin muutoksiin. Toisaalta pelko voi ilmetä eri tavoin myös eri viikonpäivinä ja vuorokaudenaikoina. Esimerkiksi huudot saattavat kuulostaa uhkaavammilta yöllä kuin päivällä – myös mielisairaalaympäristöissä. Kyse on pelon vaihtelevasta rytmistä. (Ks. Koskela 2009, 71, 76 ja 100.) Toisaalta, kuten eräs mielisairaala-alueella lapsena elänyt kirjoittaa, kuuluivat huudot ja muu melu luonnollisena osana ympäristöön: ”Moision lapset olivat tottuneet levottomien osastojen eristyskopeista kuuluvaan möykkään niin kuin kaupunkien lapset tottavat liikenteen meluun. Se kuului asiaan.” (Toivola 2005, 13; MKM 516.) Huudot kuuluivat siis sairaaloihin elettyinä tiloina, mutta mielisairaalan emotionaalisessa yhteisössä ne eivät herättäneet yhtä voimakasta pelkoa kuin alueen ulkopuolella asuvissa.

Kuten muistelmateksteistä käy ilmi, mielisairaalan henkilökunnan lapset pikemminkin elivät ympäristöään kuin arvioivat sitä kriittisesti. Heille sairaalaympäristö oli arkipäiväinen, eivätkä he vielä lapsuusajanaan kyseenalaistaneet esimerkiksi kalteroituja ikkunoita, kävelypihoja tai potilaiden tuskanhuutoja. Vasta kun he ovat työstäneet lapsuusmuistojaan aikuisiällä, esiin on noussut myös kriittisiä asenteita hoitoympäristöä ja hoitokäytäntöjä kohtaan.

Lasten havaintoja hoitotoimenpiteistä

Potilaiden ulkomuodon ja käyttäytymisen lisäksi myös potilaille tehtävät hoitotoimenpiteet aiheuttivat toisinaan henkilökunnan lapsissa epä-

varmuutta ja sitä kautta mahdollisesti pelkoa. Koska vanhemmat eivät yleensä kertoneet lapsilleen työstään kovin yksityiskohtaisesti, lapsille jäivät melko epäselväksi esimerkiksi sähkösokkihoidon ja lobotomian tarkoitukset ja niiden vaikutukset potilaiden elämään. He tekivätkin hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista omia päätelmiään tarkkailemalla potilaita ja vanhempiansa suhtautumista heihin:

Näin isäni joskus itkevän kotona, kun jollekin potilaalle oli tehty lobotomia. En saanut tarkoin selville mitä sana lobotomia tarkoittaa, vaikka sitä kysyin. (MKM 213.)

Sitten levisi tieto, että hänet oli lähetetty Helsinkiin hermoleikkaukseen. Arvelen että hänelle tehtiin lobotomia. Palattuaan pääsiteissä hän ei enää tuntenut meitä. (MKM 247.)

Sähköshokkihoitoja ei kuitenkaan lopetettu. Potilaat mielsivät ne ruumiillisiksi rangaistuksi ja usein vakuuttivat meille lapsille syyttömyyttään iskuja saatuaan. Shokkeja annettiin päarakennuksen alimmassa kerroksessa, jonka ikkunasta näki operaation, jos kiiptesi vähän vesiränniä pitkin ylös. (MKM 246.)

Lasten luontainen uteliaisuus houkutteli heitä sellaisten asioiden äärelle, joita ei ollut tarkoitettu heidän silmilleen ja korvilleen. Vaikka mielisairaaloiden henkilökunnan lapset eivät suoranaisesti kirjoita pelostaan esimerkiksi sähkösokkihoitojen ja lobotomian tai sairaalaympäristössä tapahtuneen väkivallan ja kuolemantapausten yhteydessä, on pelko tilanteiden ja tapahtumien kuvauksissa epäsuorasti läsnä. Koska 1900-luvun puolivälissä ei ollut tyypillistä, että vanhemmat olisivat selittäneet lapsille yksityiskohtaisesti työolojaan tai avanneet heille omia tunnekokemuksiaan, saattoi vanhempien tunnepitoinen käyttäytyminen aiheuttaa lapsissa paitsi myötätuntoa myös epävarmuutta ja pelkoa, kuten potilaiden sairauden pahenemisen tai hoitojen myötä muuttunut käyttäytyminenkin.

Potilaiden itsemurhat ja itsemurhayritykset

Myös potilaiden itsemurhat ja itsemurhayritykset herättivät henkilökunnan lapsissa pelkoa. Jo 1800-luvun lääketieteellisissä tutkimuksissa itsemurhat ja itsemurhayritykset liitettiin kiinteästi psyykkisiin sairauksiin (ks. esim. Salmela 2015, 106). Sekä mielisairaapotilaiden että mielisairaaloista kotiutettujen joukossa itsemurhat ovat olleet tilastollisesti selvästi yleisempiä kuin väestötasolla yleisesti. Mielisairaalassa hoidettujen elinajanodote on yleisesti ollut muuta väestöä matalampi, mutta tätä eroa eivät selitä yksin itsemurhat, vaan myös potilaiden pitkäaikainen voimakas lääkitys ja fyysiset sairaudet lisäävät kuolleisuutta (ks. esim. Sohlman, & Lehtinen, 1997; Wahlbeck ja muut 2011).¹⁰

Joskus kokeneemmat henkilökunnan jäsenet pelottelivat huvikseen henkilökunnan tuoreita jäseniä kertomalla potilaiden itsetuhoisesta toiminnasta ja samalla ikään kuin siirsivät pelkoa eteenpäin: ”Vanhempi hoituri ilmeisesti nautti pelotellessaan nuorta tyttöä. Hän kuvaili aamuyön pitkinä tunteina, miten potilaat öisin hirttäytyvät huoneissaan ja lähetti minut sitten yksin kierrokselle.” (MKM 362, kesätyöntekijä.)

Myös mielisairaala-alueella asuneet henkilökunnan lapset joutuivat kohtaamaan kuolemantapauksia, ja monet heistä kirjoittavat muistelmissaan potilaiden sairaalaympäristöissä tekemistä itsemurhista ja itsemurhayrityksistä. Monesti henkilökunnan lasten muistamat itsemurhayritykset tapahtuivat paikoissa, joissa sekä lapset että potilaat viettivät aikaansa, kuten rannat sairaala-alueiden lähistöllä:

Potilaiden itsemurhat ja onnettomuudet tuntuivat ikäviltä ja surullisilta tapauksilta. Kerran lasten ollessa uimassa vajosi veteen sairaalan potilas. Isommat pojat yrittivät pelastaa häntä, siinä onnistumatta. – – Mies menehtyi ja lapset valtasi suru. Potilas oli heille tuttu ja tapaus järkytti heitä. (Nieminen 2015, 92.)

¹⁰ Kansanvälisestikin psykiatriset potilaat ovat tehneet muuta väestöä selvästi runsaammin itsemurhia myös sairaalahoidossa ollessaan (esim. Sohlman & Lehtinen 1997).

Mikään varsinaisesti iloinen ympäristö mielisairaala ei tietysti ollut. Lapsuuteen Moisionna liittyi myös synkkiä muistoja ja kokemuksia, joita lapsilla ei yleensä ole.

Potilaat tekivät joskus itsemurhia. Ainakin kahtena kesänä joku hukuttautui Moisionlampeen ja sinä aikana kun ruumiita naarattiin lapset eivät tietenkään uskaltaneet mennä uimaan. Kerran juhannusjuhlassa näimme, miten muuan potilaista yritti hypätä palavaan kokkoon. Hoitajat saivat hänet onneksi kiinni ennen kuin hän ehti toteuttaa aikeensa. – – Kaikkein ahdistavimmalta tuntuukin muisto erään nuoren potilaan tekemästä itsemurhasta. Me Moision teini-ikäiset olimme jutelleet usein tämän mukavan pojan kanssa ja pidimme häntä ystävänämme. Olimme kauhuissamme, kun sitten kuulimme hänen hypänneen alas Kattilansillan hiihtomäen tornista. (Toivola 2005, 32–33; MKM 535–536.)

Itsemurhat olivat – – yleisiä. Oli huono asia, että rautatie kulki niin lähellä sairaalan aluetta. (MKM 248.)

Mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksissa itsemurhat värittävät tiettyjä paikkoja sairaalaympäristöissä. Toisinaan kuolemantapaukset liukuivat varsinaiselta sairaala-alueelta jopa lasten ja henkilökunnan koteihin. Eräs kirjoittaja esimerkiksi kertoo äitinsä löytämästä kodin ulkosaunaan hirttäytyneestä potilaasta (Nieminen 2015, 133). Potilaiden itsemurhat aiheuttivat ahdistusta ja surua paitsi henkilökunnan lapsissa myös heidän vanhemmissaan, jotka olivat vastuussa potilaiden turvallisuudesta:

Muistan sen raskauden ja surun, jonka vanhemmat kävivät läpi, kun potilas teki itsemurhan tai kuoli (MKM 345, ruotsista suomen-tanut Sari Kuuva).¹¹

11 ”Jag kommer ihåg den tungsinthet och sorg som föräldrarna gick igenom när en patient gjort självmord eller dött” (MKM 345).

Itsemurhat olivat vakava asia hoitajille. Sellaista ei olisi saanut tapahtua ja siitä seurasi aina poliisikuulustelu. (Toivola 2005, 33; MKM 536.)

Lapset kokivat huolta siitä, joutuvatko heidän omat vanhempansa kuultavaksi itsemurhatapauksen vuoksi ja seuraako potilaan turvallisuuden laiminlyönnistä vanhemmille jonkinlainen rangaistus. Henkilökunnan näkökulmaa potilaiden tekemiin itsemurhiin valottaa myös Harjamäen mielisairaalassa Siilinjärvellä lääkärinä työskennelleen Laura Latvalan (myöh. Laura Latvala-Siippainen) päiväkirjamuotoinen muistelmakirja *Tuulien talo* (1964). Teoksessaan Latvala pohtii sairaalaa kohdannutta itsemurhaepidemiaa, jota oli käsitelty henkilökunnan ”itsemurha-meetingissä”. Latvala kuvailee toivottomalta vaikuttanutta tilannetta:

Outoja mustikoita kasvaa tuolla metsässä maantien toisella puolella. Eräs potilas kävi tänään siellä marjoja poimimassa ja löysi miehen hirrestä. Tämä ei ole ensimmäinen eikä viimeinen, usealta osastolta on joku mennyt tänä kesänä, veteen tai puuhun tai alas ikkunasta. – – Olemme virvoitelleet hukkuneita, antaneet tekohengitystä tunnista tuntiin, tietäen kaiken turhaksi ja myöhäiseksi. Se on juuri paha, että toipumisvaiheessa olevat sen usein tekevät. On vaikeaa arvioida, kuinka pitkän karanteeniajan he tarvitsisivat täysin parantuakseen.

Varjo lankeaa tämän kesän yli, kuten kaikkien kesien yli mielisairaalamiljöössä. Vasta-aurinko paistaa, raukea rävähämätön silmä punaisten pahaenteisten pilvien raosta. Lopetan kirjottamisen. Näissä oloissa se olisi yksinomaan irvokasta. (Latvala 1964, 25–26.)

Vaikka lapsuuttaan muistelevat eivät potilaiden itsemurhia kuvaillessaan läheskään aina käytä tunnesanoja, ovat tunteet lukijoiden kuviteltavissa. Lapselle, jonka ymmärrys kuoleman merkityksestä on vasta kehittymässä, voi olla hyvin haasteellista ja pelottavaa kohdata tilanne, jossa toisen ihmisen kärsimys on niin suurta, että se johtaa haluun kuolla. Eri aikakausina ja erilaisissa kulttuureissa lasten kohtaamisiin kuoleman ja surun kanssa on suhtauduttu vaihtelevasti. Esimerkiksi 1800-lu-

vun loppupuolella, jolloin kuolleisuus oli suurta ja suru keskeinen osa elämää, lapsia opastettiin surun hallitsemiseen ja sen läpikäymiseen, kun taas 1900-luvun alkupuolella ajateltiin, että lapsia on suojeltava surulta. (Stearns 2013, 158.) Mielisairaaloiden henkilökunnan lapset eivät mainitse muistelmakirjoituksissaan, että he olisivat käsitelleet potilaiden kuolemaa ja siihen liittyvää surua vanhempiensa kanssa kovin perusteellisesti. Kaksi muistelmakirjoittajaa viittaa siihen, että itsemurhat ovat olleet melko yleisiä myös erään mielisairaalan henkilökunnan lasten joukossa:

Yksi surullinen yksityiskohta on kuitenkin tuotava esille meistä piiriläisistä: Meissä on suhteellisen paljon suisiidin tekneitä. Onko tämä jokin tilastoharha, en osaa sanoa. Heti äkkimältään tulee mieleen ainakin kolme tapausta, mutta voi olla neljäskin. Tämä suhteutettuna n. pariinkymmeneen henkilöön on varsin paljon. En osaa selittää tätä muulla kuin, että yhteisössämme oli varsin kunnianhimoinen ilmapiiri ja koulutukselle ja yleensä elämässä pärjäämiselle annettiin suuri paino. Nyt kuitenkin on niin, että kaikki eivät pärjää ja Piirin jnv. sisäänpäinkääntynyt kunnianhimoinen ilmapiiri ei ehkä ollut kaikille näille lapsille hyväksi. (MKM 492.)

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran kokoamassa aineistossa Hoitotyön muistot mainitaan, että myös mielisairaanhoidajien keskuudessa on tapahtunut itsemurhia: ”Sensijaan liian moni sairaanhoitaja on lopettanut elämänsä oman käden kautta, mikä taakka on ollut liian raskas kantaa, sitähän emme tiedä” (HTM 4268).

Väkivallan uhka

Kuolemantapausten lisäksi henkilökunnan lasten elämää mielisairaala-alueella varjosti uhka itseen ja omiin vanhempiinsa kohdistuvasta väkivallasta. Mielisairaalaosastoilla työskentelevät vanhemmat joutuivat toisinaan potilaiden väkivaltaisten hyökkäysten kohteeksi, mikä aiheutti huolta henkilökunnan lapsissa:

Mielisairaanhoidajan työhön sisältyi aina turvallisuusriski. Lasten kuullen asiasta harvoin puhuttiin. – – Työkälyt laskettiin tarkkaan joka iltä. Läheltä piti -tilanteita sattui aina silloin tällöin. Oli vain luotettava vaistoonsa ja potilaiden tuntemiseen. Joillekin ei käännetty selkää. (Toivola 2005, 33; MKM 536.)

Äiti kyllä oli varoittanut, että älä milloinkaan rupea ainakaan mielisairaanhoidajaksi, työ oli raskasta. Joskus potilaat kävivät hoitajan kimppuun. – – Olin luultavasti nelivuotias, enkä muista juuri asiaa, mutta isän ollessa sali-illassa nelosella oli joku potilas lyönyt häntä harjalla päähän. Isä oli vuorokausia tajuttomana ja menetti kuulon toisesta korvastaan. (MKM 475.)

Niuvanniemi oli vankimielisairaala ja kerran äitini sai eräältä potilaalta viestin että toinen potilas aikoi tappa hänet kierrolla. Äitini vaati osastonhoitajan vähättelystä välittämättä että tämä potilas tarkastettaisiin. Potilaalta löytyikin tarkastuksessa kivi joka oli sidottu pussiin ja ateriaveitsi joka oli hiottu teräväksi tikariksi ja niin kierto alkoi vasta, kun hänet oli viety eristyshuoneeseen. (MKM 402.)

Tuntui vähän pelottavalta, kun minulle peruskoulussa selvisi, mil-laista työtä vanhempani tekivät ja minkäläisten ihmisten kanssa he työskentelivät. Pelkäsin sairaala-alueella näkemiäni potilaita, kun vierailin vanhempieni työpaikalla. (MKM 345, ruotsista suomentanut Sari Kuuva.)¹²

Henkilökunnan lapset kertovat toisinaan pelänneensä sekä vanhempiensa että oman turvallisuutensa puolesta. Potilaiden väkivaltaiset purkaukset saattoivat joskus kohdistua henkilökunnan lisäksi toisiin potilaisiin ja hyvin harvinaisissa yksittäistapauksissa myös sairaala-alueella tai sen läheisyydessä asuviin lapsiin:

12 "I lågstadiet, när det gick upp för mig vad för slags arbete mina föräldrar hade och vilka slags människor de jobbade med, kändes det lite skrämmande. Jag var rädd för patienterna som jag såg på sjukhusområdet när jag besökte mina föräldrars arbetsplats." (MKM 345.)

Sen kahdenkymmenen vuoden aikana, kun sairaalassa asuin tapahtui yksi miestappo. – – [K]lapitalkoissa ollut mies löi kaveriaan kirveellä. (MKM 248.)

Siellä tuntui ihan turvalliselta asua. Kun olin muuttanut sieltä jo kauan sitten, äitini soitti ja kertoi sairaalan alueella tapahtuneen kauheita. Koulutyttö oli surmattu juuri sillä bussibysäkillä, missä minä usein yksinkin [bussia] odotin. Teon tekijää ei heti löydetty, ja koko sairaala pelkäsi. Sitten kävi ilmi, että tekijä oli sellainen melko vaarattomana pidetty vapaakävelijä, joista monia tunsimme. (MKM 477.)

Yksi muisto lapsuudesta nousee kipeänä vieläkin melkein 50 vuotta myöhemmin mieleen. Tapaus, jonka jokainen sen ajan työntekijä ja lapsi muistaa. Nimittäin se oli ainut kerta, jolloin potilas kajosi lapseen. Muistan elävästi kun pelkäsin tätä naispotilasta. Olimme ensimmäisellä luokalla – – kansakoulussa. Oli talvi ja tämä potilas istui potkukelkan päällä, – – päiväkodin tien päässä. Sydän hakkasi ja juoksimme lujaa vauhtia ohi. Muistan sanoneeni äidilleni, että sillä potilaalla oli pahat silmät. Yhden pojan tämä potilas sitten houkutteli karkilla ns. pumppuhuoneelle, jossa sitten pojan hukutti. (MKM 364.)

Kirjoittajan mukaan tapaus, 7-vuotiaan pojan kuolema, järkytti vakavasti paikkakuntalaisten turvallisuudentunnetta. Tapauksen jälkeen kehkeytyi myös huhuja, että vankimielisairaalaan suljettu tappaja olisi karannut ja palannut sairaala-alueelle kostamaan hoitajalle, joka paljasti hänen tekonsa. Huhujen siivittämänä lapset myös kuvittelivat nähneensä surmaajan milloin missäkin. Vähitellen tapaus sulautui osaksi historiaa, mutta kuten kirjoittaja toteaa, muistaa sen edelleen jokainen paikkakuntalainen. (MKM 364.)

Kuten Koskela esittää, pelko on tunne, joka voi muuttaa kokemusta paikasta. Kun paikan henkeä alkaa värittää pelko, siitä voi tulla vihamielinen ja päällekyövä. Sama paikka voi näyttäytyä erilaisena rauhallisena hetkenä ja silloin, kun siellä kohdataan uhkaavaa tai häiritsevää käytöstä.

(Koskela 2009, 43–44.) Vaikka potilaat olivat vain äärimmäisen harvoin väkivaltaisia mielisairaaloiden henkilökunnan lapsia kohtaan, vaikuttivat alueella tapahtuneet yksittäisetkin väkivaltaisuudet väistämättä lasten kokemuksiin lapsuudenympäristöstään. Sekä lapsuuden koetut että myöhemmin kerrotut ja kerratut väkivallanteot osaltaan muokkasivat suhdetta lapsuuden kasvuympäristöön.

Paikkaan liittyvä kiintymys, nostalgia ja melankolia

Mielisairaalan henkilökunnan lapsilla on yleensä ollut voimakas, positiivinen tunneside mielisairaalaympäristöön lapsuuden idyllinä ja kiintymyksen kohteena, mutta tilanteissa, joissa sairaalaympäristöissä tapahtui traagisia tai väkivaltaisia asioita, kiintymys turvallisiksi koettua paikkaa kohtaan joutui tekemään sijaa pelolle (Kuuva 2018, 29). Kuten Koskela on todennut, menneisyys mielletään usein turvallisiksi suhteessa uhkaavaan nykyhetkeen, vaikkei menneisyys todellisuudessa olisikaan ollut nykyisyyttä turvallisempi. Pelko saattaa aktivoita ne menneisyyden kokemukset, joilla on kosketuspintaa nykyhetkeen ja samanaikaisesti se voi myös synnyttää tulevaisuuteen liittyviä uhkakuvia. (Koskela 2009, 71.) Korkiakankaan mukaan etenkin ikääntymisen myötä muistelussa korostuvat usein idealisoivat piirteet, jolloin lapsuusmuistot alkavat näyttäytyä eräänlaisena turvallisuustekijänä oman elämäntilanteen tai ympäröivän maailman muuttuessa. Lapsuusmuistoja alkaa hallita nostalgisointi ja niitä voidaan hyödyntää arvioitaessa nykyisyyttä eettis-moraalisesti. (Korkiakangas 1996, 41.)

Jos jotain pelottavaa tapahtuu paikassa, joka on aiemmin koettu turvallisiksi, aikaisempi muisto paikasta voi sävytyä yhtäältä nostalgisesti, toisaalta melankolisesti. Mennyt aika, esimerkiksi muistot lapsuuden leikeistä, saattaa ympäristöön liittyvän pelottavan tapahtuman vuoksi näyttäytyä entistä nostalgisempana, kullanhoidoisena. Samalla aikaisemmin turvallisiksi koettu ympäristö voi tuntua menetetyltä ja melankolinen asenne ympäristöä kohtaan voimistua. (Kuuva 2018, 24–29.) Vaikka nostalgia ja melankolia ovat käsitteellisesti erillisiä, ne eivät ole toistensa vastakohtia, vaan ne täydentävät toisiaan ja raja niiden välillä on liukuva.

Kun nostalgia liittyy aina henkilökohtaisesti koettuun, melankolia voi myös sisältää jotain abstraktimpaa ja yleisempää, jopa kuvitteellista. (Ks. esim. Granö ja muut 2004; Kukkonen 2007; Pohjamo 2014; Kuuva 2018.)

Toisin kuin pelkoa ja turvallisuudentunnetta, nostalgian ja melankolian käsitteitä ei suoraan mainita muistelmateksteissä. Käsitteet ilmenevät teksteissä pikemminkin tunnepitoisina asenteina lapsuudenympäristöä ja siellä kohdattuja ihmisiä ja ilmiöitä kohtaan. Mielisairaaloiden henkilökunnan lasten muistelmateksteissä nostalgia esiintyy esimerkiksi viittauksina kauniisiin lapsuusmaisemiin, huolettomaan lapsuusidylliin, muistoissa kukkiviin sireeneihin, loputtomiin leikkeihin aurinkoisina kesäpäivinä ja turvallisuutta tuovaan yhteisöllisyyteen. Vaikka nostalgisointi on tyypillistä lapsuuden muistelemiselle ylipäätään, liittyy se mielisairaalamuistelmien yhteydessä mahdollisesti myös pyrkimykseen murtaa mielisairaalaelämään kytkeytyvää stigmaa. Melankoliaa taas ilmenee esimerkiksi lasten ulkopuolisuuden kokemuksissa suhteessa sairaala-alueen ulkopuolella eläviin koulutovereihinsa, väkivallan ja kuoleman läsnäolossa sairaalayhteisöissä sekä potilaiden asemaan ja kohtaloihin liittyvissä huomioissa, kuten myös kaihossa menetetyistä lapsuusympäristöstä. (Ks. Kuuva 2018.)

Evakkolapsuuden muistelukerrontaa tutkinut Ulla Savolainen on todennut, että lapsuuden muistelulle ja muistelukerronnalle tyypillinen kerronnan konventio on nostalgisoinnin eli kultaistamisen rinnalla kurjistaminen (Savolainen 2015, 70–71). Lisäksi lapsuusmuistojen yhteydessä korostetaan usein oman elämänkulun kannalta merkityksellisiä teemoja (Korkiakangas 1996, 41). Vaikka mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksissa on paljon nostalgiaa, ilmentävät ne paikoitellen myös kriittisiä asenteita lapsuudenympäristöä kohtaan, kuten elämäkokemuksen kautta syventynyttä ymmärrystä potilaiden kokemasta kärsimyksestä mielisairaalaympäristössä. Monesti vanhempien työn haasteellisuuden ja potilaiden tilanteen ymmärtäminen on edellyttänyt ajallista etäisyyttä muisteltuun – vuosia, jopa vuosikymmeniä. Aikuistuneet mielisairaalan lapset kuvaavat ajan hiomia havaintojaan seuraavasti:

Aloimme nähdä mielisairaalan maailmaa kokonaan uudelta puolelta. Potilaat olivat aikaisemmin olleet meille enimmäkseen harmaata massaa, johon emme kiinnittäneet paljoakaan huomiota. Aloimme todella käsittää, millainen kärsimys psykiatrinen sairaus saattaa ihmiselle olla, ja miten raskasta työtä omat vanhempamme tekivät. (Toivola 2005, 34; MKM 537.)

Potilailla ei ollut lapsuuteni ja nuoruuteni aikana sairaalassa myöskään minkäänlaisia ”näkyviä” oikeuksia. He olivat potilaiksi ”alistettuja” ihmisiä. He kuuluivat muiden sairaalassa asuvien alapuolella olevaan ryhmään. – – Täytyy tänä päivänä todeta mielisairaalapotilaiden olleen siellä – – sairaalassa ainakin vielä 1960-luvun puolivälissä jonkinlainen hoidon objekti. (MKM 214–215.)

Kun muistelun kohteena on pitempi ajanjakso, saattaa kertoja esiintyä tekstissä monen ikäisenä, jolloin ajallinen etäisyys kokemuksiin vaihtelee (Pöysä 2015, 47 ja 83). Kuten edellä siteerattu kirjoittaja toteaa potilaiksi alistetuista ihmisistä kirjoittaessaan, eivät hänen huomionsa enää ole ”mielisairaalassa kasvaneen lapsen, vaan lapsuutensa ja nuoruutensa jälkeen mielenterveystyötä tehneen eläkeläisen mietelmiä” (MKM 221). Havaintoihin kerrotaan usein lisämerkityksiä, kun koettua pohditaan muisteluhetken näkökulmasta. Malisen (2019) mukaan lapsuutta käsittelevä muistitieto on aina sosiaalisesti rakentunutta: muistitietoon vaikuttavat paitsi muisteluhetken kulttuuri ja ilmapiiri, myös vaihtelevat käsitykset siitä, mistä saa puhua ja mistä on vaiettava. Sekä mielisairaalamuistelmien yhteydessä että Perheissä jatkunut sota -muisteluaineiston yhteydessä muistelijat mainitsevat toisinaan, että heidän muistonsa ovat saattaneet muuntua vuosien varrella niitä työstettäessä. (Ks. Malinen 2019, 186.) Esimerkiksi psykiatriseen hoitoon viime vuosikymmeninä kohdistunut kritiikki on saattanut vaikuttaa siihen, kuinka mielisairaalan henkilökunnan lapset tällä hetkellä muistavat ja haluavat muistella lapsuuttaan. Kritiikki on voinut yhtäältä saada arvioimaan omaa kasvuympäristöä kriittisemmin kuin lapsena ja toisaalta herättää halun puolustaa sitä nostamalla esiin mielisairaalaelämän positiivisia puolia.

Vaikka mielisairaala-alueella asuneiden henkilökunnan lasten muistoihin sisältyy tummia säikeitä, kuten ulkopuolisten stigmatisoivia asenteita ja varhaisia kohtaamisia väkivallan ja kuolemanuhan kanssa, suurin osa kirjoittajista on kokenut lapsuutensa hyvänä: ”Lapsuutemme oli useimpien mielestä kaikesta huolimatta melko tavallinen ja turvallisen tuntuinen. Jouduimme näkemään ja kuulemaan aika pahoja ja rankkoja asioita, mutta tuskin mitään sen pahempaa kuin nykyiset lapset näkevät ja kuulevat jatkuvasti viestintävälineiden kautta.” (Toivola 2005, 34; MKM 537.)

Mielisairaalaympäristö lasten tunnemuistoissa

Olen lähestynyt mielisairaaloiden henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksia emotionaalisen yhteisön käsitteen kautta. Emotionaalisen yhteisön käsitteellä on kosketuspintaa kirjassamme keskeisen eletyn tilan käsitteen kanssa, mutta käsitteillä on myös painotuseroja. Eletty tila on emotionaalisen yhteisön käsitettä laajempi sikäli, että tunteet ovat vain yksi näkökulma elettyyn tilaan, kun taas emotionaalisten yhteisöjen näkökulmasta tunteet ovat kiinnostuksen keskiössä. Käsitteet eroavat toisistaan myös siinä, että eletyn tilan yhteydessä kokemusten yksilöllisetkin piirteet ovat tärkeitä, kun emotionaalisen yhteisön käsite taas ohjaa huomiota tunnekokemusten jaettuihin piirteisiin.

Päätin lähestyä henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksia emotionaalisen yhteisön käsitteen kautta, koska ensinnäkin tunteet – erityisesti pelko ja turvallisuus – nousivat niin selkeästi esiin tämän ryhmän muistelmateksteistä. Lisäksi henkilökunnan lasten muistelmatekstit olivat tunnekuvauksissaan muiden muistelijaryhmien tekstejä yhtenäisempiä. Yhtenäisyys selittyä todennäköisesti lapsuuttaan muistelleitten melko samankaltaisesta sosiaalisesta taustasta, asuinoloista ja jaetusta arjesta. Muistelijoiden vanhemmat työskentelivät mielisairaalassa ja perheiden asuinolot sairaala-alueella olivat samankaltaisia – lääkäreitä ja sairaalan johtoporrasta lukuun ottamatta. Tärkein lapsuuden muistelijoina yhdistävä piirre on jaettu arki ja yhteiset muistot, joita on todennäköisesti työstyttävä tapaamisissa vuosien varrella. On mahdollista, että juuri muis-

tojen yhteinen työstäminen on hionut henkilökunnan lasten kokemuk-
sista yhä yhtenäisempiä siten, että ne ovat mielekkäästi lähestyttävissä
emotionaalisen yhteisön käsitteen kautta.

On joka tapauksessa tärkeää huomata, etteivät eletyn tilan ja emotio-
naalisen yhteisön käsitteet sulje toisiaan pois, vaan ne pikemminkin
tuovat erilaisia näkökulmia muistelmatekstien analysoimiseen. Mieli-
sairaalat ovat olleet elettyjä tiloja ja emotionaalisia yhteisöitä, joissa on
asunut ja työskennellyt erilaisia, osin toisiinsa limittyviä ryhmiä – sekä
yksilöitä. Vaikka henkilökunnan lasten tarkasteleminen yhtenäisenä
emotionaalisenä ryhmänä tuntuu mielekkäältä, eivät varsinkaan potilai-
den muistelmatekstit sovellu lainkaan yhtä yksioikoisesti analysoitaviksi
tämän käsitteen kautta. Potilailla on henkilökunnan lapsiin verrattuna
vaihtelevia taustoja ja elämäkokemuksia, ja lisäksi erilaiset sairaus-
historiat omalta osaltaan värittivät heidän kokemusmaailmaansa. Tästä
syystä potilaiden tarkastelu yhtenäisenä ryhmänä ei mielestäni ole täysin
luontevaa huolimatta siitä, että emotionaalisen yhteisön käsitteen kautta
on toisinaan analysoitu melko laajojakin historiallisia aikakausia ja kult-
tuurisia ryhmiä. Voi myös perustellusti pohtia, onko mielisairaaloista
ylipäättään mielekäästä puhua emotionaalisina yhteisöinä, koska niiden
sisällä on elänyt erilaisia yhtenäisempiä ja epäyhtenäisempiä ryhmiä. Pe-
ruste koko mielisairaalan mieltämiselle emotionaaliseksi yhteisöksi ovat
kuitenkin viime kädessä ulkopuolisten sairaalaelämään liittämät asen-
teet ja ennakkoluulot, joita kaikki sairaala-alueella hoidetut, työskennel-
leet, asuneet ja vierailleet ovat omalta osaltaan joutuneet kohtaamaan.

Henkilökunnan lasten muistelmassa vaikutelmaa yhtenäisestä emo-
tionaalisesta ryhmästä rakentaa sekä hyvin yhtenäinen tapa käyttää
tunnesanoja pelko ja turvallisuus suhteessa mielisairaalaympäristöön
että teksteissä piilevämmin läsnäolevat nostalgia ja melankolia. Vaikka
”pelko” on henkilökunnan lasten mielisairaalamuistelmassa tiheimmin
toistuva tunnesana, rakentuu sen merkitys suhteessa muihin tunne-
käsitteisiin, joista analyysini kannalta tärkeimpiä ovat olleet turvalli-
suudentunne, nostalgia ja melankolia. Mainittujen tunteiden lisäksi
muistelmateksteihin sisältyy niin iloa ja surua kuin häpeäkin. Muistel-
mateksteissä on myös runsaasti kuvauksia emotionaalisesti latautuneis-
ta tapahtumista ja tilanteista. Pelottavien tilanteiden rinnalla kerrotaan

arjen ja juhlapäivien suuremmista ja pienemmistä iloista. Toisinaan tunteet jäävät ikään kuin rivien väliin, lukijan pääteltäviksi. Aina tunteista ei puhuta lainkaan, vaan kerronnan tasolla keskitytään esimerkiksi toiminnan tai tilan kuvaukseen.

Kun pelon käsitettä mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmateksteissä analysoidaan suhteessa Arbaeuksen (1993) esittelemään kolmijakoon kertomuksen tasoista, vaikuttaa ilmeiseltä, että oman pelkokokemuksen kieltäminen ja turvallisuudentunteen korostaminen liittyvät yleiseen kerronnan tasoon. Kyse on eräänlaisesta vakioilmauksesta, joka kuuluu toistaa mielisairaalamuistelmien yhteydessä. Yleisen kertomuksen tasoon kuuluu myös maininta alueen ulkopuolella asuneiden pelosta mielisairaalaelämää kohtaan. Sen sijaan yleisestä kerronnan tasosta irtautuvat pelon säikeet kytkeytyvät Arbaeuksen kuvaamaan tunteiden tasoon, josta kerrotaan yleensä lapsen näkökulmasta.

Tekstianalyysi osoittaa, että henkilökunnan lasten kuvaukset pelosta vaihtelevat tilanteesta toiseen. Muistelmateksteissä pelko kiinnittyy yleensä tiettyihin tapahtumiin, tilanteisiin, paikkoihin tai potilaisiin – todelliseen tai kuviteltuun. Useimmiten pelon taustalla on potilaiden aggressiivinen, äkkipikainen tai muulla tavoin poikkeava käyttäytyminen ja mahdollinen väkivaltaisuus. Pelottavaksi koetaan paitsi lapsiin itseensä myös heidän perheenjäseniinsä ja ystäviinsä kohdistuva väkivallan uhka sekä potilaiden itsemurhat ja itsemurhayritykset, joihin liittyy pelon lisäksi ahdistusta ja surua. Myös erilaiset huhupuheet ja kuvitelmat kummittelusta tai kostamaan palanneista väkivaltaisista potilaista ovat pelottaneet lapsia.

Tekstejä analysoidessa käy selkeästi ilmi, että keruuseen lähetettyjen muistelmatekstien tunnekuvaukset ovat erilaisia kuin toimitettujen tekstien. Esimerkiksi Törnävän sairaalaan liittyvässä muistelmateoksessa *Piirin lapset kertovat* (2015) huomiota kiinnittää negatiivisten tunnekokemusten vähäisyys verrattuna muistelmakeruun tuottamiin, toimittamattomiin henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksiin. Havainto saa pohtimaan, onko Törnävän sairaalaan liittyvän kirjan kautta mahdollisesti haluttu murtaa koettua stigmaa mielisairaalaelämän ympärillä korostamalla positiivisia, sairaalaelämän iloiseen yhteisöllisyyteen liittyviä kokemuksia.

Tarkasteltaessa aineistomme eri muistelijaryhmien tekstejä tunnekokemusten näkökulmasta nousee pelko keskeiseksi koko mielisairaala-laitosta jäsentäväksi tunteeksi. Potilaiden tai omaisten kokema pelko oikeuttaa pakkohoidon, joka puolestaan toimenpiteenä perustuu pelkoon itsen tai muiden vahingoittamisesta. Potilaat taas ovat pelänneet henkilökunnan jäseniä erityisesti pakkokeinojen ja vallankäytön vuoksi. Esimerkiksi eristykseen joutuminen ja tietyt hoitokeinot, kuten sähköshokkihoito, ymmärrettiin pikemminkin rangaistuksena kuin hoitona, ja siksi niitä pelättiin. Pelkojen taustalla saattoi olla paitsi tietämättömyyttä siitä, mihin hoidolla tähdätään, myös tarpeetonta voimankäyttöä hoitotoimenpiteiden yhteydessä. (Ks. esim. Maanmieli tässä teoksessa.)

Kun potilaat ovat mielisairaalaympäristöissä pelänneet hoitotoimenpiteitä ja hoitohenkilökuntaa, on henkilökunta puolestaan suhtautunut varauksella tiettyihin potilaisiin ja heidän toimintaansa. Osa potilaista on aiheuttanut pelkoa myös henkilökunnan lapsissa, toisissa potilaissa ja paikkakunnalla asuvien keskuudessa. Toisaalta monet sairaala-alueen ulkopuolella eläneet mainitsevat pelkojensa lientyneen heidän tutustuttuaan paremmin sairaalaelämään ja potilaisiin. Mielisairaalaympäristöihin kohdistuva pelko kietoutuu tiiviisti väkivallan ja kuoleman uhkaan, joka on läsnä yhtä hyvin potilaiden ja omaisten kokemuksissa kuin mielisairaalan henkilökunnan, heidän lastensa ja sairaalan lähiympäristössä asuvien henkilöiden muistelmakirjoituksissa.

Väkivallan rinnalla toinen keskeinen säie mielisairaalaympäristöihin liittyvässä pelossa on kuoleman kohtaaminen. Mielisairaaloissa kuoleman uhka on erilaista kuin toisentyypisissä hoitolaitoksissa. Esimerkiksi riski itsemurhiin on mielisairaaloissa ollut selvästi korkeampi kuin yleissairaaloissa. Varsinkin hoitohenkilökunnalle potilaiden tekemät itsemurhat ovat olleet raskaita, koska henkilökunnan tehtävänä on ollut estää potilaita vahingoittamasta itseään. Epäonnistuminen tässä tehtävässä on heijastunut myös vanhempiensa tunnetiloja tarkkailleisiin lapsiin. Mielisairaalaympäristöissä pelkoa ja huolta on siis tunnettu paitsi oman ja muiden turvallisuuden puolesta, myös toisen ihmisen elämän puolesta.

Henkilökunnan lasten pelko poikkeaa sisällöllisesti potilaiden, hoitohenkilökunnan ja sairaalan ulkopuolella asuneiden pelosta. Vaikka osa

potilaista oli henkilökunnan lapsille tuttuja, ei tuntemattomampien potilaiden kohtalo koskettanut heitä yhtä syvästi: ”Lapsille ominainen itsekkeskeisyys kai suojeli meitä kokemasta näitä asioita liian rankkoina. Potilaat olivat meille enimmäkseen vieraita ja nimettömiä, eikä tuntemattoman kohtalo järkytä samalla tavoin kuin läheisen.” (Toivola 2005, 32; MKM 535.)

Vaikka lapset näyttäytyvät joissakin muistelmakirjoituksissa itsekkeskeisinä, jopa epäempaattisina, ilmentävät muistelmatekstit heidän kykyään havainnoida ympäristöään monipuolisesti ja jatkaa havaintojen työstämistä myöhemmin elämässään. Liikkuessaan ympäristössään lapset ovat tarkkailleet ihmisiä, tapahtumia ja tilanteita, ja leikkiensä kautta he ovat mahdollisesti työstäneet havaintojaan. Aikuisiällä, kriittisen ajattelukyvyyn kehittyttyä, lapset osaavat jo arvioida sairaalaelämää paremmin myös potilaiden, vanhempiensa ja muun henkilökunnan näkökulmista. Lapset ovat rekisteröineet potilaiden yksinäisyyden, toivottomuuden ja aseman muiden sairaalaympäristöissä elävien alapuolella, hoidon kohteina. Vaikka lapset eivät ole tunteneet tarkasti psykiatrisen hoidon yksityiskohtia, he ovat kuitenkin ymmärtäneet, millaisia vaikutuksia sairauksilla ja hoidolla on ollut potilaisiin ja epäsuorasti heidän omiin vanhempiinsa. Esimerkiksi kuolemantapaukset tai lobotomian vaikutusten näkeminen eivät aina ole olleet psykologisesti helppoja sairaalassa työskenteleville vanhemmille.

Toisaalta, kuten eräs, kertomansa mukaan jo eläkepäiviään viettävä kirjoittaja toteaa, eivät lapset tehneet suuria erotteluita potilaiden ja muiden ihmisten välille, vaan näkivät potilaat ennen kaikkea ihmisinä: ”Tärkeä asia mielestäni on se, että ilmeisesti me kaikki – – mielisairaalan alueella 1940- ja 1960-luvun puolivälissä lapsuutemme ja nuoruutemme viettäneet lapset – – [e]mme tehneet suurtakaan eroa potilaitten ja ei-potilaitten välillä.” (MKM 217.) Yhteisöllisyyden korostuneisuudesta mielisairaalan henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksissa kertoo se, että lapset kirjoittavat me-muodossa selvästi muita muistelijaryhmiä useammin. Heidän muistelmansa ovat tärkeitä, sillä ne havainnollistavat, kuinka moniulotteisia emotionaalisia yhteisöitä mielisairaalat ovat olleet. Sairaalaympäristöt eivät tarjonneet pelkästään hoitopaikkoja, vaan myös työ-, asuin- ja leikkipaikkoja.

Vaikka mielisairaalan henkilökunnan lasten muistot muistuttavat monin tavoin agraariisiin lapsuusympäristöihin liittyviä muistelmia, näiden välillä on myös eroja. Keskeisin ero liittyy tunteisiin. Mielisairaalan henkilökunnan lapset ovat usein kohdanneet jo varhain elämässään emotionaalisesti haasteellisia tilanteita, kuten sairaala-alueiden ulkopuolella asuvien ihmisten kielteisiä asenteita ja ennakkoluuloja mielisairaalaelämää kohtaan sekä potilaiden itsemurhia ja vanhempiin tai itseän kohdistuvaa väkivaltaa tai sen uhkaa. Huolimatta siitä, että vastaavanlaisia asioita ovat luonnollisesti joutuneet kohtaamaan myös mielisairaala-alueiden ulkopuolella asuneet, nousee näiden kokemusten painoarvo hyvin selkeästi esiin henkilökunnan lasten muistelmakirjoituksissa. Keskeistä näiden emotionaalisesti haasteellisten asioiden yhteydessä ovat olleet lasten omat tunteet, erityisesti heidän kokemuksensa siitä, että ulkopuolinen yhteisö on usein nähnyt mielisairaalayhteisön negatiivisessa valossa. Lapsuusympäristöön liitetty stigmaattisuus on tehnyt mielisairaaloiden henkilökunnan lapsista erityisen ryhmänsä verrattuna esimerkiksi maaseudulla, tehtaiden tai armeijan asuinalueilla varttuneisiin. Siksi heidän kokemuksensa tutkimus avaa uudenlaisia näkökulmia paitsi mielisairaalan ja mielisairaalalaitoksen tutkimukseen (ks. esim. Pietikäinen 2013), myös lapsuuden tutkimukseen ja tutkimukseen tunteiden yhteisöllisyydestä ja kulttuurisuudesta.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Hoitotyön muistot 1997–1999. (HTM).

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta 2014–2015. (MKM).

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran äänitearkisto.

SKSÄ 233. Haastattelija Johanna Koivisto, 2015.

KIRJALLISUUS

- Aaltola, Elisa – Keto, Sami 2017: *Empatia. Myötäelämisen tiede*. Into, Helsinki.
- Aarnio, Pirjo 2018: *Sairaalan iloiset lapset. Talkkarin tytön tarinoita 1945–1959*. Pirjo Aarnio, Tampere.
- Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi (toim.) 2018: *Childhood, literature and science. Fragile subjects*. Routledge, Abingdon.
- Ahmed, Sara 2018: *Tunteiden kulttuuripoliittikka*. Suomentanut Elina Halttunen-Riikonen. Eurooppalaisen filosofian seura, Tampere. Englanninkielinen alkuteos 2004.
- Arbaeus, Kerstin 1993: Att berätta sin barndom. Teoksessa: Arvidsson, Alf (toim.) *Muntligt berättande. Verklighetskonstruktion och samhällspegel*. Umeå universitet, Umeå, 47–60.
- Bal, Mieke 2002: *Travelling concepts in the humanities. A rough guide*. University of Toronto Press, Toronto.
- Corrigan, Patrick 2004: How stigma interferes with mental health care. *American psychologist* 59: 7, 614–625.
- Cross, Gary 2013: Play, games, and toys. Teoksessa: Fass, Paula S. (toim.) *The Routledge history of childhood in the western world*. Routledge, Abingdon, 267–282.
- Darwin, Charles 2009: *The expression of the emotions in man and animals*. Penguin Classics, Lontoo. Englanninkielinen alkuteos 1872.
- Ekman, Paul 2006: Cross-cultural Studies of facial expression. Teoksessa: Ekman, Paul (toim.) *Darwin and facial expression*. Malor Books, Cambridge, 169–222.
- Ekman, Paul 2007: *Emotions revealed. Recognizing faces and feelings to improve communication*. St. Martin's Griffin, New York.
- Granö, Päivi – Suominen, Jaakko – Tuomi-Nikula, Outi (toim.) 2004: *Koti. Kaiho, paikka, muutos*. Turun yliopisto, Pori.
- Gutman, Marta 2013: The physical spaces of childhood. Teoksessa: Fass, Paula S. (toim.) *The Routledge history of childhood in the western world*. Routledge, Abingdon, 249–266.
- Hakosalo, Heini 2017: Tunteet ja historia. Teoksessa: Myllykangas, Mikko – Pietikäinen, Petteri (toim.) *Ajatusten lähteillä. Aatteiden ja oppien historiaa*. Gaudeamus, Helsinki, 225–228.
- Hall, Stuart 1997: *Representation. Cultural representations and signifying practices*. Sage Publications, Lontoo.
- Harding, Jennifer – Pribram, E. Deidre (toim.) 2009: *Emotions. A cultural studies reader*. Routledge, Abingdon.
- Honkasalo, Marja-Liisa 2017: Kirjoituksia elämästä. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa – Koski, Kaarina (toim.) *Mielen rajoilla. Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 11–84.
- Jähi, Rita 2004: *Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Jänntti, Saara 2012: *Bringing madness home. The multiple meanings of home in Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Kanerva, Kirsi 2017: Kumma ja tunteet. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa – Koski, Kaarina (toim.) *Mielen rajoilla. Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 88–123.

- Kinnunen, Anna 2013: Kohtaamisia kerronnan tilassa. Mielisairaalapotilaita koskevan muistelukerronnan rakentuminen. *Elore* 20: 2, 33–53.
- Korkiakangas, Pirjo 1996: *Muistoista rakentuva lapsuus. Agraarinen perintö lapsuuden työntöön ja leikkien muistelussa*. Suomen Muinaismuistoyhdistys, Helsinki.
- Koskela, Hille 2009: *Pelkokierre. Pelon politiikka, turvamarckinat ja kamppailu kaupunkitilasta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Kukkonen, Pirjo 2007: Nostalgian semiosis. Keveyden ja painon dialogia. Teoksessa: Rossi, Riikka – Seutu, Katja (toim.) *Nostalgia. Kirjoituksia kaipuusta, ikävästä ja muistista*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 13–50.
- Kuuva, Sari 2018: Mielisairaalan varjoista. Nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueella asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia* 16: 31, 12–40. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:BN:fi:ju-201805302901>
- Latvala, Laura 1964: *Tuulien talo. Sairaalapäiväkirja*. WSOY, Porvoo.
- Lefebvre, Henri 1991: *The production of space*. Kääntänyt Donald Nicholson-Smith. Blackwell, Oxford. Ranskankielinen alkuteos 1974.
- Malinen, Antti 2019: Järkkyvä arki. Aikuisten psyykkinen oireilu lapsuuden tunnemuistoissa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 183–205. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Natov, Roni 2003: *The poetics of childhood*. Routledge, Abingdon.
- Nieminen, Anna (toim.) 2015: *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla*. Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys, Seinäjoki.
- Ortony, Andrew – Turner, Terence J. 1990: What's basic about basic emotions? *Psychological review* 97: 3, 315–331.
- Parviainen, Jaana 2002: Kinesteettinen empatia. Pohdintoja Edith Steinin empatiakäsityksen ulottuvuuksista. Teoksessa Haaparanta, Leila – Oesth, Erna (toim.) *Kokemus*. Tampereen yliopistopaino, Tampere, 325–348.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pohjamo, Ulla 2014: Pääsy kielletty lapsilta? Muumitalo uneksittuna tilana. Teoksessa: Mustonen, Marleena (toim.) *Lastenkirja. Nyt*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 241–263.
- Pöysä, Jyrki 2015: *Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Helsinki.
- Rosenwein, Barbara 2006: *Emotional communities in the Early Middle Ages*. Cornell University Press, Ithaca.
- Rosenwein, Barbara H. 2010: Problems and methods in the history of emotions. *Passions in context* 11/2010, 1–32.
- Russell, James A. – Lemay, Ghyslaine 2000: Emotion concepts. Teoksessa: Lewis, Michael – Haviland-Jones, Jeannette M. (toim.) *Handbook of emotions*. The Guilford Press, New York, 491–503.
- Saarikangas, Kirsi 2006: *Eletyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

- Saariluoma, Pertti 2002: Does classification explicate the contents of concepts? Teoksessa: Pyysiäinen, Ilkka – Anttonen, Veikko (toim.) *Current approaches in the cognitive science of religion*. Continuum, Lontoo, 229–259.
- Salmela, Anu 2015: Hulluuden vallassa? Neuvottelu itsemurhan sairausluonteesta 1800-luvun jälkipuolen tuomioistuimissa. Teoksessa: Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi – Westerlund, Jasmine (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituvu Suomi*. Utukirjat, Turku, 105–131.
- Savolainen, Ulla 2015: *Muisteltu ja kirjoitettu evakkomatka. Tutkimus evakkolapsuuden muistelukerronnan poetiikasta*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Joensuu.
- Sohlman, Britta – Lehtinen, Ville 1997: Mielisairaaloista poistettujen potilaiden kuolleisuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 113: 16, 1535.
- Stearns, Peter 2013: Childhood emotions in Western history. Teoksessa: Fass, Paula S. (toim.) *The Routledge history of childhood in the western world*. Routledge, Abingdon, 158–173.
- Stein, Edith 1989: *On the problem of empathy*. Kääntänyt Waltraut Stein. ICS Publications, Washington D. C. Saksankielinen alkuteos 1917.
- Toivola, Ritva 2005: *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä*. Ritva Toivola, Helsinki.
- Tuan, Yi-Fu 2013: *Landscapes of fear*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Wahlbeck, Kristian – Westman, Jeanette – Nordentoft, Merete – Gissler, Mika – Munk Laursen, Thomas 2011: Outcomes of Nordic mental health systems. Life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry* 199: 6, 453–458.
- Wilson, John 1963: *Thinking with concepts*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wittgenstein, Ludwig 2001: *Philosophical investigations*. Kääntäneet G. E. M. Anscombe, P. M. S. Hacker ja Joachim Schulte. Blackwell, Oxford. Saksankielinen alkuteos 1953.

Kotona, sairaalassa – Kodin ja mielisairaalan jännitteisiä suhteita

Saara Jännti

 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>

”Sairaala – sairaus. Koti – terveys.” (MKM 571)

”...lähdimme kotia eli sairaalaa kohti.” (MKM 314)

Kysymys siitä, missä ja miten psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten tulisi asua ja missä heitä tulisi tukea ja hoitaa, on ollut ja on edelleen yksi keskeisistä kysymyksistä psykiatriassa. Onko psyykkisesti oireilevan paikka kotona vai sairaalassa, tuetussa asumisessa tai asuntolassa vai omassa yksiössä? Onko potilaalla oikeus omaan kotiin ja perheeseen? Voiko – ja saako – sairaala olla koti?

Dikotomisesti ajatellen koti on terveyden, sairaala sairauden tyssija. ”Sairaala – sairaus. Koti – terveys.” (MKM 571) niin kuin nimimerkki ”Pirkko” aineistossamme kirjoittaa. Mielisairaala taas on paikka, johon joudutaan tai päästään, kun kotona oleminen omasta tai toisten mielestä käy mahdottomaksi. Todellisuudessa ero koti- ja laitospaikkailman (Goffman 1961) välillä on harvoin näin selvärajainen. Sairastuminen tapahtuu kotimaailmassa ja toipuminen jatkuu siellä. Kotimaailma voi sairastuttaa ja sairaalasta voi löytyä kodinomaisia piirteitä. Siitä voi jopa muodostua koti.

Tässä luvussa hahmottelen kodin ja mielisairaalan jännitteisiä suhteita mielisairaanhoidon ja asumisen historiallisen muutoksen sekä kodille tässä kontekstissa annettujen erilaisten merkitysten valossa. Tarkastelen kodin ja sairaalan välistä rajapintaa historiallisena, vuosikymmenien aikana muovautuvana suhteena, jossa mieleltään järkkyneiden hoidon painopiste siirtyi ensin yhteisöistä sairaaloihin ja sitten taas avohoidon yleistyessä koteihin. Vaikka ajatus laitoksista pitkäaikaispotilaiden kotina onkin aika ajoin ollut läsnä niin oppikirjoissa kuin henkilökunnan ajatuksissa (Neuman-Rahn 1924; Väisänen 2020, 72–73), käsitys laitoksesta potilaiden kotina on väistynyt sen myötä, että mielisairaudet on alettu nähdä parannettavina ja siten väliaikaisina vaiheina ihmisen elämässä. Aineistossamme vanhat mielisairaala-alueet näyttäytyvätkin ensisijaisesti henkilökunnan asumisympäristöinä. Näitä asumiskokemuksia käsittelevät muistot piirtävät esiin ajan saatossa muuttuneet asumisstandardit ja käsitykset esimerkiksi yksityisyydestä. Ajatus sairaalasta potilaiden kotina vain pilkahtelee aineistossa, ja silloinkin lähinnä lainausmerkeissä, mutta saa tärkeällä tavalla huomion kiinnittymään siihen, miten potilaiden asema ja hoito ovat viime vuosikymmenien aikana muuttuneet. Mielisairaaloiden ja hoitokulttuureiden historiallisen muutoksen kytkeminen kodin ja asumisen muuttuviin käytänteisiin ja merkityksiin avaa näkökulmia siihen, millaisena psykiatrian potilaiden ja mielen-terveyskuntoutujien asema, tulevaisuus ja toimijuus on eri aikoina nähty (ks. myös. Jäntti 2012; 2019a; 2019b).

Avaankin ensin hieman mielisairaanhoidossa ja asumisessa sekä niitä koskevissa käsityksissä ja käytännöissä tapahtuneita muutoksia, minkä jälkeen siirryn tarkastelemaan lähemmin itse muistoja. Vaikka mielisairaaloista 1900-luvun puolivälin tienoille saakka saatettiin puhua potilaiden koteina (Neuman-Rahn 1924; Väisänen 2020), tässä aineistossa mielisairaaloista henkilökunnan koteina ja asumisyhteisöinä kertovat erityisesti sairaala-alueilla asuneet lapset (Kuuva tässä teoksessa). Tässä luvussa tarkastelen keruuseen tulleita muistoja erityisesti kodin ja asumisen käytäntöjen sekä henkilökunnan ja potilaiden välisten ja asumisjärjestelyjä koskevien hierarkioiden näkökulmasta. Potilaiden asema ja kodittomuus sairaalassa tulee näkyväksi, kun heitä tarkastellaan henkilökunnan asumisen ja perheiden tukemisen rinnalla.

Kysymys kodista, siitä, mihin ihminen kokee kuuluvansa ja pystyy kiinnittymään, kytkeytyy asumiseen ja elämäntilanteeseen. Useimmilla meistä on elämän varrella useita asuinpaikkoja. Fyysisestä asunnosta kodin erottaa kuitenkin se, että kotiin liittyy tunneside asujan ja asumuksen välillä (esim. Granfelt 1998). Materiaalisen ympäristön ja konkreettisen asumisen lisäksi kotiin liittyy sen tilassa syntyvät ja siihen kytkeytyvät sosiaaliset suhteet sekä monia ideologisia ja yhteiskunnallisia käytänteitä, normeja ja käsityksiä. Kuten suomalaisten asumiskäytäntöjä ja kodin sukupuolittuneita merkityksiä tutkinut taidehistorioitsija Kirsi Saarikangas kirjoittaa: ”Kodin eletyssä tilassa yksityinen ja julkinen, nykyisyys ja menneisyys, ideologiat ja käytännöt limittyvät toisiinsa” (Saarikangas 2006, 234).

Potilaiden näkökulmaan paneudun erityisesti kahden pidemmän muiston kautta, koska juuri niissä tulee näkyväksi se, miten pitkäaikaispotilaiden elämässä asuminen ja psykiatrinen (sairaala)hoito sekä niissä tapahtuvat muutokset kietoutuvat osaksi elämäntarinaa. Olen nimennyt nämä muistelmat pulmalelumuistoksi ja rakkausmuistoksi niiden keskeisten teemojen mukaan. Niissä kodin ja kodittomuuden merkitykset muuntuvat ja kiinnittyvät eri aikoina eri paikkoihin. Näin ne avaavat mahdollisuuden tarkastella paitsi kertojien myös laajemmin potilaiden ja kuntoutujien asumisessa ja asemassa viime vuosikymmeninä tapahtuneita muutoksia.

Keskeisiä käsitteitä tässä tarkastelussa ovat kiinnittyminen ja kuuluminen, liminaalisuus sekä erityisesti tarjouma. Tarjouman (*affordance*) käsite on peräisin hahmopsykologi James Gibsonilta (1950) ja sitä on sittemmin sovellettu niin taiteentutkimuksessa (von Bonsdorff 1997, 31), kielentutkimuksessa (ks. esim. Strömmer 2016) kuin kirjallisuudentutkimuksessakin (Ovaska 2020). Mielisairaalamuistojen tilallisuuden tutkimisessa sitä ovat hyödyntäneet Kirsi Heimonen ja Sari Kuuva (2020) artikkelissaan ”A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital”. Alun perin Gibson käytti tarjouma-termiä viittaamaan fyysisen ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin asettua tilaan: luonnossa onkalo tarjoa suojan sateelta ja katseilta, rakennetussa ympäristössä tuoli mahdollistaa istumisen, ikkuna kurkistamisen. Kielen oppimisessa taas erilaiset sosiaaliset vuorovaikutustilan-

teet tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia erilaisten kielen piirteiden harjoitteluun (Strömmer 2016). Kirjallisuuden tutkimuksessa Anna Ovaska (2020) on soveltanut käsitettä modernien mielen järkkymisen kirjallisten kuvausten lukemiseen. Ovaskan luennassa korostuu se, miten sairastumisen kokemus kietoutuu ympäristöön.¹ Omassa luennassani tarkastelen sitä, miten erilaiset aika- ja paikkasidonnaiset sosiaaliset, kielelliset, yhteisölliset, materiaaliset, emotionaaliset, affektiiviset ja tilalliset tarjoumat mahdollistavat kiinnittymisen sairastamisen ja kuntoutumisen tiloihin, koti- ja laitosmaailmaan, erilaisissa psykiatrisen hoidon ja kuntoutumisen käytänteissä ja konteksteissa. Tarjoumat mahdollistavat yhteisöihin ja ympäristöön kiinnittymisen, mutta kuulumisen tunteen syntyminen vaatii vastavuoroisuutta ja rakenteita, jotka sen mahdollistavat.

Liminaalisuuden käsite puolestaan on lähtöisin antropologeilta Arnold van Gennepiltä (1950) ja Victor Turnerilta (1967), jotka erittelivät yhteisöjen jäsenten aseman muutoksiin liittyviä rituaaleja prosesseina. Liminaalisuuden ajatukseen liittyy yhteisöstä erottaminen, väli-tila ja jälleen liittäminen, ja se kytkeytyy yhteisön ja sen osana olevien ihmisten roolien muutokseen. Tätä ajatusta on hiljattain sovellettu muun muassa vankeinhoitoa käsittelevässä tutkimuksessa (Salovaara 2019). Myös mielisairaalahoidossa potilas erotetaan muusta yhteiskunnasta, pyritään parantamaan ja kuntouttamaan ja lopulta palauttamaan takaisin yhteisöön, josta hänet on erotettu. Mielisairaalahoidon kontekstiin sovellettuna liminaalisuuden voidaan ajatella kuvaavan myös sairaalaan saapuvan psyykkistä tilaa, josta hänet on tarkoitus parantaa (vrt. Jäntti 2012; 2019a).

Kodin ja sairaalan välillä vallitsee lähtöjen ja paluiden sekä niitä koskevien neuvotteluiden tila. Näissä neuvotteluissa erilaiset ihmisten, instituutioiden ja tilojen väliset valta- ja tunnesuhteet näyttelevät keskeistä roolia. Kuka päättää, kuka kuuluu sairaalaan? Millaisia neuvotteluja kodin ja sairaalan, terveyden ja sairauden rajoilla käydään? Miten

¹ Ovaskan luenta kytkeytyy enaktivistiseen subjektiteoriaan. Enaktivistisessa teoriassa yksilön tietoisuus, kehollinen toiminta ja hänen muodostamansa merkitykset nähdään kietoutuneina ympäröivään maailmaan ja sen materiaaliseen, kulttuuriseen ja sosiaaliseen ympäristöön pikemminkin kuin niistä erillisenä ja irrallisena. (Ovaska 2020, 25; Fuchs 2009, 221.)

muistojen välittämät kotiin ja sairaalaan liittyvät kokemukset purkavat käsityksiä kodista terveyden ja sairaalasta sairauden paikkana? Virallisesti hoitopäätöksen ja lähetteen sairaalaan tekee lääkäri. Tätä päätöstä kuitenkin edeltää usein kodeissa tapahtuva neuvottelu ja arviointi siitä, onko sairaalaan – johon useinkaan ei ole helppo päästä – pakko lähteä, tai onko joku toimitettava sinne pakolla? Mitä tapahtuu kodille, kun läheinen lähtee sairaalaan? Muistoaineistossa on kodin ja sairaalan rajapinnoilta useita kuvauksia, jotka valaisevat, purkavat ja problematisoivat kodin ehkä itsestään selvinä pidettyjä merkityksiä kuten kotiin liitettyjä turvan ja yksityisyyden ulottuvuuksia (Young 1997) myös muiden muistelijaryhmien näkökulmista. Analyysissäni avaan näitä muistojen välittämiä kodin ja mielisairaalan välisiä ja niiden rajapinnoille sijoittuvia kokemuksia nivoen niitä eri tieteenaloilla käytyihin kotia koskeviin keskusteluihin ja teorioihin.

Tarkastelen erityyppisiä tekstejä eri tavoin. Pidempiä muistoja luen juonellisina narratiiveina, jotka valaisevat sairaalan merkitystä yksittäisten potilaiden elämänkuluissa. Sairaalan ja kodin välistä dikotomiaa ja neuvottelua puolestaan tarkastelen nostamalla esiin lyhyitä tekstiotteita useista muistoista. Punaisena lankana kulkee kysymys siitä, millaisia kuulumisen ja kiinnittymisen tiloja tarjoutuu ihmisille, jotka elävät mielisairaanhoidon muuttuvissa konteksteissa, kuten laitoksissa ja avohoidossa. Tarkastelussa koti saa merkityksiä niin konkreettisenä, materiaalisena ja fyysisenä asumisympäristönä, sosiaalisena yhteisönä ja läheissuhteina. Usein sen merkitys syntyy näiden välisillä rajapinnoilla, suhteissa. (Ks. myös Jäntti 2012; 2017; 2019a; 2019b). Kodin tunteen syntymiseen vaikuttaa merkittävästi asujan sisäinen kokemus ja tila. Muita keskeisiä mielisairaalan ja kodin suhteisiin liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi arki, sukupuoli sekä yksityisen ja julkisen alueen historialliset muutokset ja jännitteet.

Lähestymistapaani voisi luonnehtia kontekstualisoivaksi lähiluvuksi. Pyrkimykseni on avata kodin monia merkityksiä sekä kuvata prosesseja, joissa merkitykset syntyvät. Valitsin tämän lähestymistavan, koska olen pitkään ollut kiinnostunut siitä, miten mielisairaanhoido ja erilaiset psykiatriset kulttuurit ensinnäkin muokkaavat erityisesti potilaiden ja kuntoutujien asumisen ja olemassaolon ehtoja ja miten ne toisekseen

vaikuttavat siihen, miten potilaat kokevat tiloja ja merkityksellistävät paikkoja (esim. Jäntti 2006; 2012; 2019a; 2019b). Olen valinnut lähempään tarkasteluun aineistosta esimerkkejä, joiden yksityiskohdat (kuten *koti*-sanan käyttö lainausmerkeissä) ja muisteluaineistossa poikkeukselliset tarinat (kuten henkilökunnan jäsenen ja potilaan välinen rakkaustarina) kertovat mielestäni jotain olennaista historiallisista muutoksista kotia, asumisjärjestelyjä ja sairaalaa koskevissa käsityksissä ja käytänteissä: ne heijastavat käsityksiä potilaiden asemasta ja jopa ihmisyydestä yhteisön jäsenenä. Tulkinnoissani käytän apuna aiempaa tutkimusta(ni) sekä psykiatrian historiaa, mielisairaalahistorioita ja kodin merkityksiä ja asumista käsittelevää yhteiskuntatieteellistä, historiallista ja filosofista oheiskirjallisuutta.

Historiallinen muutos asumisessa ja mielisairaanhoidossa

Mielisairaanhoidossa on saamiemme muistojen kattamana aikana 1930-luvulta 2010-luvulle tapahtunut valtava muutos. Samoin on muuttunut asuminen. Asumisen ja rakentamisen standardit ja tavat, käsitykset riittävästä asumisen tasosta ja koko maan asutus rakenne ovat kokeneet huomattavia muutoksia. Maaseutuvaltaisesta kylisen Suomesta on pitkälti siirrytty kaupunkeihin ja taajamiin, ja maaseudulla asutaan yhä harvemmassa. Asuntojen koot ja varustelut ovat muuttuneet. Ulkokuusi on korvattu sisävessoilla, ja kaupunkien liepeillä sijainneista hella huoneiden ja hyryläisten slummeista (ks. esim. Waris 1932) on siirrytty lähiöiden Suomeen (Kortteinen 1980). Myös maaseudulla monen sukupolven asuttamat avotuvat vaihtuivat sotien jälkeen ydinperheille suunnitelluiksi, tiloiltaan eriytyneiksi taloiksi (Saarikangas 2002b; 2006; Kantonen 2009). Nykyisin yli miljoona suomalaista asuu yksin Tilastokeskus 2020). Nämä muutokset ovat merkittäviä myös pohdittaessa koti- ja sairaalamaailman suhdetta.

Mielisairaaloiden historiaa tarkasteltaessa on muistettava, ettei niitä alun perin suunniteltu parannuslaitoksiksi – tai ainakin parantumiseen suhtauduttiin melko pessimistisesti. Ajatus kuntoutuksesta ja mielisairauksien parannettavuudesta sekä koko psykiatria hoitona ja tieteen-

alana syntyi vasta itse sairaalalaitoksen jälkeen (Pietikäinen 2013, 147). Näin ajatus sekä mielisairaudesta että mielisairaalasta väliaikaisina liminaalituloina – paranemiseen johtavana siirtymätilana, johon ei ole tarkoituksaan jäädä – on historiallisen kehityksen tulos.

Ennen mielisairaalalaitoksen syntyä poikkeavasti käyttäytyneet yhteisön jäsenet elivät osana yhteisöjä ja heistä huolehtivat heille määrätty holhoojat tai omaiset. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut, että heidän kohtelunsa olisi välttämättä ollut inhimillistä (Sarvilinna 1938; Foucault 1965; Ussher 1990; Vilkuna 2010; Porter 2006). Esimerkiksi nimitys *seinähullu* tulee tavasta kytkeä poikkeavasti käyttäytyvä ja vaaralliseksi tulkittu henkilö seinään (Pietikäinen 2013, 146).

Aivan kuten käsitykset mielisairauksista, myös kodin merkitys on muuttunut. Nämä muuttuneet merkitykset on hyvä huomioida myös tarkasteltaessa mielisairaaloiden toimintaa, tarkoitusta ja tilaratkaisuja, jolloin ne voidaan suhteuttaa oman aikansa ihmis- ja kansalaisuuskäsityksiin sekä käsityksiin yksityisen ja julkisen rajasta. Kuten esimerkiksi Hannah Arendt (2017) on osoittanut, yksityisyyden ja julkisuuden, kodin ja kansalaisuuden välinen rajanveto sekä niiden tilallinen määrittely kytkettyvät läheisesti ihmisyyden ja olemassaolon kulttuurisesti ja historiallisesti vaihteleviin ehtoihin. Ajatus kodista yksityisyyden tilana on vahvasti kulttuuri- ja luokkasidonnainen, historiallisen kehityksen tuottama käsitys, jonka juuret ovat teollistumisessa ja porvarillisen perhekäsityksen synnyssä (ks. myös Saarikangas 2006; Blunt & Dowling 2006).

Psykiatrian historioitsija Edward Shorter (1997, 46–48) liittääkin mielisairaaloiden potilasmäärien merkittävän kasvun 1800-luvun Euroopassa teollistumiseen ja sen mukanaan tuomaan työelämän muutokseen sekä porvarillisen perhekäsityksen syntyyn. Tämän käsityksen mukaan perhe muodosti pikemminkin tunneyhteisön kuin elannonhankkimiseen keskittyneen, laajapohjaisemman työyhteisön kuten maalaisyhteiskunnassa aiemmin. Suomessa niin teollistuminen kuin kattavan mielisairaalaverkoston rakentaminenkin tapahtuivat kansainvälisesti vertailtuna myöhään, mutta myös täällä teollistumisen mukanaan tuoman yhteiskunnallisen rakennemuutoksen, perhesuhteiden muutosten ja mielisairaanhoidon kehityksen välillä on nähty selvä yhteys. Modernisaatiokehityksen myötä poikkeava käyttäytyminen medikalisoitiin ja

mielisairaiksi käsitettyjen hoitopaikaksi tuli sairaala. (Salo 1996, 29–30; Nygård 1998, 18–19, 75 ja 194–199; Pietikäinen 2013, 52, 146, 160 ja 181–182; Rissanen 2018).

Lisäksi on hyvä huomioida, että niin Suomessa kuin muuallakin mielisairaanhoidon alusta saakka ollut vahvasti kytköksissä sosiaalisiin ongelmiin, kuten köyhyyteen ja asunnottomuuteen (ks. Rissanen, luku ”Suomalaisen laitospysykiatrian historiaa” tässä teoksessa; Foucault 1965; Porter 1987, 2006; Taipale 1982; Pietikäinen 2013; 2020). Mielisairaalamuistoissa tähän köyhyden ja mielisairaalahoidon yhteyteen viittaavat erityisesti hoitohenkilökuntaan kuuluneet, 1960-lukua muistelevat muistelijat (mm. MKM 162–165; MKM 224–230). Heidän muistoistaan käy ilmi, että monien potilaiksi tulevien asuinolot olivat tuolloin lähtökohtaisesti kurjat, mitä kuvaavat muun muassa potilaiden likaisuus ja heidän mukanaan kantamansa ”ryysynytyt ja pahvilaatikot” (MKM 224). Vaikka köyhäin- ja mielenterveyshuolto ovat sittemmin eriytyneet, vakavista mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten yhteiskunnallinen asema on edelleen heikko (Ahonen 2019) ja ihmiset, joilla on alhainen tulotaso, joutuvat esimerkiksi muita helpommin sairaalahoitoon sairastuessaan ensi kertaa psykoosiin (Suokas ja muut 2019).² Nykyään pääosa mielenterveyspalveluista toteutetaan kuitenkin avohoidossa, ja laitoshoidon korvaa osin asumispalvelujärjestelmä. Järjestelmä toimii pääasiassa yksityisten palveluntarjoajien varassa ja tuottaa eriasteisesti tuettuja asumispalveluja lähes 8 000 asiakkaalle (THL Tilastoraportti 26/2022; myös Jäntti 2019a, 277–278).³

2 2000-luvulla tähän asunnottomuuden ja mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteyteen on pyritty vastaamaan muun muassa Asunto ensin -toimintamallilla, jossa oman asunnon ajatellaan olevan perusedellytys muiden asioiden kuntoon saattamiselle (<https://asuntoensin.fi/>); katsaus aiheesta kirjoitettuun julkaisuun Raitakari & Juhila 2014).

3 Asumispalvelujärjestelmä on porrastettu niin, että kuntoutuja muuttaa yksiköstä toiseen arvioidun tuen tarpeen mukaan, jolloin asumiseen muodostuu polkuja (Salo & Kallinen 2007; Juhila & Kröger 2016; Raitakari 2016). Markkinaehtoisesti toimivia asumispalveluita on myös ankarasti kritisoitu siitä, että ne tekevät kauppatavaraa heikossa asemassa olevien ihmisten perusoikeuksiin kuuluvasta asiasta, asumisesta (Salo 2019). Toisaalta, kuten Elna Tainion (2015) nuorten asumispalveluissa asuvien nuorten parissa toteuttaman tutkimuksen otsikkokin jo sanoo, eivät asumispalveluiden käyttäjätäkään välttämättä halua jäädä palveluiden piiriin vaan kuntoutua ja muuttaa eteenpäin.

Sairaala potilaan kotina

Karin Neuman-Rahnin kirjoittamassa mielisairaanhoidon oppikirjassa *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa* vuodelta 1924 sairaala nähdään sinne saapuneen potilaan toisena kotina, jonne hän mahdollisesti tulee jäämään loppuiäkseen. Neuman-Rahnin potilaan ystävällistä kohtelua ja parantavaa ympäristöä korostanut ajattelu ajatukseen niin sanotusta ”moraalihoidosta” (Pietikäinen 2013, 72–73). Hänen mukaansa mielen ja ympäristön välillä vallitsee herkkä yhteys, minkä vuoksi ympäristön harkitulla suunnittelulla voidaan suoraan vaikuttaa potilaiden hyvinvointiin. Hän antaa tarkkoja neuvoja siitä, miten rakkautta ja huolenpitoa yksityiskohtiin sisällyttämällä ja kiinnittämällä voidaan antaa sairaalalle kodin leima: ”Uutimet olkoot mieluummin iloisenväriset taittaen harmoonisella tavalla seinäpinnan, taikka sitten valkeat ja moitteetoman puhtaat. Matot, pielukset ja liinat tuovat kodikkuuden tunteen, ja taulut, peilit ja kukat täydentävät sisustusta.” (Emt. 350.) Neuman-Rahn katsoo, että mitättömistäkin yksityiskohdista tulee potilaille sitä tärkeämpää, mitä enemmän he uhraavat niistä huolehtimiseen aikaa.

Neuman-Rahnin kirjoittama opas oli Suomen ensimmäinen psykiatrisen sairaanhoidon oppikirja. Se perustui hänen Helsingin kaupungin sairaanhoitokoulussa vuosina 1918–1935 pitämiinsä luentoisiin. Kirjan yksityiskohtaiset ja käytännönläheiset neuvot sairaalaympäristön kodinomaisuuden lisäämiseksi kuvaavat niin ajan käsityksiä sairaalan merkityksestä ja funktiosta sairaan elämässä kuin kotiin kirjoitusaikana liitettyjä ihanteita, joissa korostuvat puhtaus, valoisuus ja hygieenisuus. Kuten käsitys mielenterveyden ja ympäristön välisestä yhteydestä, monet näistä ihanteista ovat tuttuja tänäkin päivänä (Sarantola-Weiss 2003; Saarikangas 2002a). Myös Anniina Väisäsen (2020, 73) pro gradu -tutkielmaansa varten haastattelema Harjamäen sairaalan työntekijä kertoi, että vielä 1960-luvulla koko henkilökunta puhui sairaalasta potilaiden kotina.

Jo aikalaispotilaiden näkökulma kuitenkin haastaa Neuman-Rahnin näkemystä sairaalasta kotina. 1930-luvulta peräisin olevassa sairaalamuistossa ”Pekka” (ks. Rissanen tässä teoksessa) kiistää ja kritisoi hoitavan tahon käsitystä ja hoidon ihanteena pidettyä laitoksen kodinomai-

suutta. Neuman-Rahnin tavoin hänkin kyllä kiinnittää huomiota niin verhoihin kuin valaistukseen, mutta on niitä kohtaan yhtä ankaran kriittinen kuin kaikkea muutakin sairaalassa näkemäänsä kohtaan: verhot ovat liian pitkät ja valaistus puuttuu. Entisenä maanviljelijänä hän arvioi sairaalan tilanhoitoa (MKM 130–132), ja kaiken kaikkiaan kritisoi sitä, että sairaalan seiniin näytään panostettavan enemmän kuin sairaanhoitoon (MKM 019–147; Kuuva 2018). Mielisairaala ei missään vaiheessa muodostu Pekalle kotia, ja myös Pekan aikalainen Aino Manner (1935) pukee *Viesti yöstä* -kirjassaan sanoiksi kodin ja laitoksen vastakkaisuuden vertaamalla kotia sekä kunnalliskotia (joiden yhteyteen mielisairasosastoja usein perustettiin), mielisairaala ja vankilaa:

Kaikkinainen laitospelämä on aina luonnotonta ja ikävää. Olla pakotettuna olemaan seurassa, jota ei ole valinnut on melkein rääkkäystä. Kunnalliskoti-nimi kuulostaa kyllä kauniilta, mutta siltä puuttuu kaikki kodin edellytykset. Siitä se on kuitenkin hyvä, että siellä ei tarvitse olla suljettujen ovien takana kuten mielisairaalassa ja vankilassa. (Manner 1935, 207.)

Kuten monissa myöhäisemmissä muistoissa, Mannerin kokemuksessa sairaala liikkumisrajoituksineen vertautuu vankilaan pikemminkin kuin kotiin (ks. myös Maanmieli 2018).

Sairaala henkilökunnan kotina

Muistoaineistossamme sairaalat näyttäytyvät muodostuvan kodeiksi lähinnä henkilökunnalle, joka vielä 1960-luvulla oli usein veloitettu asumaan sairaala-alueella (Nieminen 2015; Tuovinen 2009). Heidän asumisoljensa kehityksestä, asumiseen liittyvästä sosiaalisesta noususta ja kansakunnan yleisen vaurastumiskehityksen heijastumisesta asumisoloihin puolestaan kertovat mielisairaala-alueilla kasvaneet henkilökunnan lapset, joita sairaala-alueilla usein asui 1970-luvulle saakka (esim. MKM 281, 423 ja 475; Toivola 2005; Kuuva tässä teoksessa; Törnävästä erityisesti Nieminen 2015). Vaikka koti ja asunto eivät ole

mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistojen pääasiallinen muistelun kohde, vaan tärkeämmäksi muodostuu mielisairaala-alue kaikkine sosiaalisine kohtaamisineen,⁴ juuri heidän muistoissaan mielisairaala näyttäytyy työntekijöiden ja heidän perheittensä muodostamina asumisyhteisöinä, joissa korostuu pikemminkin yhteisöllisyys kuin koti yksityisenä ja fyysisenä paikkana.

Lasten muistoissa tulee esille myös muutos sairaaloiden suhteessa henkilökunnan perheisiin ja sairaalan rooli asuinpaikkana. Yksi mielisairaala-alueella kasvaneista henkilökunnan lapsista lainaa muistelonsa alussa Kellokosken sairaalan pöytäkirjaa vuodelta 1917, jossa kommentoitiin hoitajien perheellisyyttä: ”Siitä johtuu monenmoista haittaa hoitajatoimelle ja sitä paitsi on mielisairasten hoitajatoimi lasten kasvatukseenkin nähden vähemmän sopivata. (Pöytäkirjaote Kellokosken sairaala 1915–1990)” (MKM 279). Kirjoittaja kuitenkin toteaa, että ”ajat olivat muuttuneet 1950-luvulle tultaessa. Koulutusaikana toisiinsa tutustuneet mielisairaanhoidajiksi valmistuneet vanhempani saattoivat turvallisin mielin avioitua ja luottaa jatkossa työnantajansa tukeen monissa työn ja kodin solmukohtiin liittyvissä käytännön asioissa.” (MKM 279.) Muistelija kertoo sairaalan tarjonneen äitinsä käyttöön myös auton tämän lähtiessä synnyttämään ja perheen saaneen apua myös lääkäriltä sekä tietysti myös työsuhteasunnon. ”Pitkään palvelleen mielisairaanhoidajan elämänkaaren loppuvaiheeseen kuului vielä hautausavustus leskelle, joka usein hänkin oli mielisairaanhoidaja. Meille sairaalayhteisöön vanhempien työn kautta kuuluneille lapsille kaikki tämä loi perusturvan, jonka päälle rakentui ajan kuluessa myös paljon lähtemättömästi mieleenpainuvia muistoja.” (MKM 279, sairaalan lapsi, koti sairaala-alueella 1950–1970-luvuilla.)

Toisen maailmansodan jälkeen rakennetun, helppohoitaisille kroonikoille tarkoitetun B-mielisairaalalaitoksen rakentamisen voikin nähdä

4 Osittain tämä johtunee siitä, että keruussa kysyttiin nimenomaan mielisairaaloista eikä kodeista – ja osin ehkä siitä, että kodit olivat usein melko pieniä ja lapset liikkuiivat paljon niiden ulkopuolella. Kuten Sari Kuuva on edellä kuvannut, etenkin jos molemmat vanhemmat olivat töissä sairaalassa, heistä toinen oli usein lepäämässä kotona vuorojen välillä, jolloin lasten tuli välttää heidän häiritsemistään (esim. MKM 476). Lisäksi lapset usein mieltävät tilat pikemminkin niissä tapahtuvien toimintojen kautta kuin paikkoina (Kantonen 2009).

osana sodanjälkeistä hyvinvointivaltion rakennusprojektia, jossa valtiolla ja kunnilla oli keskeinen rooli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja terveystieteiden kehityksen (ks. Helén, Jauho & Harjula 2003; Ahonen 2019) muotoutumisessa. Osaltaan se vastasi myös Suomessa vielä pitkään toisen maailmansodan jälkeen vallinneeseen ankaraan asuntopulaan (asuntopulasta ks. esim. Junto 1990; Malinen 2014). Muistoissa mainitaan usein asuntojen pienuus. Mielisairaalat kuitenkin tukivat monin tavoin henkilökunnan perheitä, ja kuten yllä, henkilökunnan jäsenet löysivät usein myös puolison sairaalan muista työntekijöistä. B-mielisairaaloiden historiasta kirjoittanut Teija Ahola toteaaakin, että ”[s]airaalan henkilökunta muodosti työyhteisön ja samalla myös asumisyhteisön, johon kuuluivat henkilökunnan puoliset ja perheet” (Ahola 2015, 57). Merkillepantavaa Aholan toteamuksessa kuitenkin on, että työ- ja asumisyhteisön yhteydessä ei mainita potilaita vaan henkilökunta muodostaa oman yhteisönsä. Sairaala muodostui siten useista toisistaan irrallisista, mutta myös limittäisistä yhteisöistä (ks. myös Kuuva 2018 ja tässä teoksessa).

Kuten Ahola toteaa, yhteisössä vallinneita, niin asumiseen kuin perheellisyteen heijastuneita hierarkioita pidettiin kuitenkin luonnollisina. Niinpä myös muutoin niin humaani Harjamäen sairaalan lääkäri ja lastenkirjailija Laura Latvala kirjoittaa vuonna 1964 julkaistussa *Tuulien talo. Sairaalapäiväkirja* -teoksessaan hyvin arkisesti, kuin ohimennen sairaalassa suoritetuista sterilisaatioista. Latvala näkee ne jopa osana inhimillistä, yhteiseloön perustuvaa ja potilaiden väliset rakkaussuhteet ja avioliitot mahdollistavaa sairaalautopiaa. (Latvala 1964, 67.) Tosiasiasa avioituminen oli vuosina 1929–1969 voimassa olleen, rotuhygieniäaatteeseen ja degeneraatio-oppiin nojanneen avioliittolain puitteissa kielletty mielisairaiksi määritellyiltä henkilöiltä. Mielisairaaksi määrittely on siten ollut sekä avioliittolain että sterilisaatioiden vuoksi esteenä perheen perustamiselle. Erityisesti 1950- ja 1960-luvuilla toteutettiin mittava mielisairaiden pakkosterilointi, joka kohdistui erityisesti alemman sosiaaliluokan naisiin. Kaiken kaikkiaan rotuhygienisiin syihin vedoten Suomessa steriloiittiin noin 7 500 ihmistä (Ahlbeck 2015; Harjula 2015, 244; Mattila 1999, 273 ja 377). Sterilisaatiolaki kumottiin vuonna 1970. Perheellisille potilaille sairaalassa oleminen merkitsi erossa ole-

mista perheestä ja kodista, mikä myös korostaa eriarvoisuutta henkilökunnan ja potilaiden välillä.

Sairaaloiden hierarkiat heijastuivat myös henkilökunnan asumiseen, johon vaikuttivat ennen kaikkea tuo asema sairaalahierarkiassa, sukupuoli, aviosääty ja perheellisyys (Ahola 2015, 57–58). Mitä korkeammalla sosiaalisessa hierarkiassa työntekijät olivat, sitä korkeampia olivat myös asumisen standardit. Naimattomat asuivat yhden hengen huoneissa miesten ja naisten asunnoissa, joissa jaettiin keittiö, WC ja kylpyhuone; perheellisille hoitajille oli perheasuntoja.⁵ Asunto-olot olivat toisaalta vaatimattomat, ja vaatimattomuutta pidettiin henkilökunnan kohdalla myös hyveenä. Kesävipparina eli -apulaisena 1960-luvulla sairaalassa toiminut muistelija kertoo joutuneensa ylihoitajan puhutteluun pyydettyään (maksua vastaan) omaa huonetta (MKM 361). Ylihoitaja oli kummeksunut köyhän opiskelijan tuhlailevaisuutta ja vieläpä epäillyt tämän olleen ehkä epäsosiaalinen ja siten sopimaton työhönsä. Toinen kertoo: ”Asunto oli pieni, n. 12 m². Hämmästyin, kun avasin ’kotini’ oven. Laveri-sohva pöytäaso, jossa pieni kaappi, ehken tuoli. Tämä oli pettymys. Avioiduin kurssitoverin kanssa. Saimme uuden asunnon sairaalan piha-piiristä.” (MKM 224.) Avioituminen siis nosti perheitä asumishierarkiassa, mutta jos potilaiden yksityisyys oli rajallista mielisairaalassa, ei sitä ollut pahemmin mielisairaala-alueilla asuneilla perheilläkään. Mielisairaala-alueilla kasvanut lapsi kirjoittaa kolhoosimaisesta elämästä: ”Kaikki oli yhteistä: käytävän seinässä oleva puhelin, kylpyhuoneet ja vessat. Elettiin kolhoosielämää, jossa yksityisyydestä ei ollut tietoaakaan. Neiti-ihmisten riiaukset tiedettiin, samoin kotiintuloajat ja se kenen kanssa kukin piti seurata. Lapsista se oli vain hauskaa.” (MKM 508.) Myös monia yhteisiä tiloja kuten leipomoa käytettiin paljon ja yhteisten tilojen käyttöön liittyi paljon arjen kohtaamisia ja seurustelua perheiden kesken (Nieminen 2015, 34). ”Sairaala oli omavarainen huolehtien koko

5 B-sairaaloiden rakentamista selvittänyt Teija Ahola (2015) toteaa, että valtion säästämispyrkimysten takia asuntojen neliömääriä supistettiin rakentamisvaiheessa. Asumisstandardeja kuvaa, että lääkärin asuinhuoneistot olivat kooltaan noin 100–150 m² suuruisia, perheellisten kaksiot 52 m² kokoisia ja osastonhoitajien yksiot 22 m² suuruisia. Soluasuntojen hoitajille tarkoitetut asuinhuoneet sai olla suuruudeltaan 16 m² ja sairaala- ja keittiöapulaisten soluissa 14 m². Asuntojen minimikoot määriteltiin vuonna 1958 annetun rakennusasetuksen 82 §:ssä. Sen mukaan asuinhuoneiston piti olla vähintään 20 m² ja huoneen asuinhuoneen vähintään 7 m² suuruisen. (Ahola 2015, 57–58.)

yhteisön tarpeista. – – Palveluillaan sairaala helpotti arkea ja lisäsi työhön sitoutumista.” (Nieminen 2015, 33.)

Lääkärit erottuivat sairaalahierarkiassa omaksi ryhmäkseen. Heille rakennettiin taloja 1950-luvun vaihteessa. Kirjassa sairaala-alueella kasvanut lapsi muistelee: ”Tapa erottaa lääkäreiden asunnot omaksi alueeksi vaikutti luonnollisesti siihen, että osa lääkäreiden lapsista viihtyi pääasiassa keskenään. – – Lääkäreiden alueella asui mukavia perheitä, mutta yhteisöllisyys oli sulkeutuneempaa kuin hoitajien perheiden asuntolassa.” (Nieminen 2015, 31.) Sairalahierarkia näkyi jopa saunojen käytössä: lääkäreiden ja osastonhoitajien perheille oli oma sauna.

Vaikka hierarkiat olivat vahvoja, mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot kuvaavat erityisesti sitä, miten monin tavoin asuminen ja työ kietoutuvat toisiinsa sairaalayhteisöissä. Yhtäältä sairaala on potilaiden koti tai ainakin asuinpaikka, jossa henkilökunta työskentelee – toisaalta parempikuntoiset potilaat kävivät töissä henkilökunnan kodeissa:

Yliääkärin perheessä oli nuori naispotilas – – kotiapulaisena. Hänestä tuli melkein heidän perheensä jäsen. Minun kotonani teetettiin siivous, puutarhanhoito, tilapäinen lastenhoito, auton pesut ja veneiden kunnostukset pienillä rahasummilla tai tupakalla. Kotimme ovia ei juuri pidetty lukittuina. Silloin tällöin, kun tulin koulusta kotiin keittiössä saattoi istua joku potilas, joka oli tullut vaivihkaa tutkimaan, miten taluspäällikkö asui. En muista että mitään tavaroita olisi koskaan hävinnyt. (MKM 245–248, taluspäällikön poika, 1950-60-luvut; ks. myös Kuuva tässä teoksessa; MKM 488.)

Joissain sairaaloissa henkilökunnan perheillä saattoi olla melkeinpä velvollisuus osallistua potilaiden kuntoutukseen: ”Äitini on kertonut, että osastoilta usein lähetettiin potilaita asioille meille – osana kuntoutusta – silloin heille piti keittää kahvia ja jutella heidän kanssaan. Kotiapulais-tamme piti tässä asiassa erikseen opastaa, hän veti alkuun oven nenän edestä kiinni kun asia oli toimitettu.” (MKM 403, psykiatrin tytär, asunut mielisairaala-alueella 1940-luvulla.) Toisaalta muissa muistoissa ei tällaista ”käskyä” mainita vaan lapset kuvaavat kanssakäymistä vapaa-

ehtoisena ja luonnollisena yhteisöllisyytenä, jossa henkilökunta tosin vaatii lapsilta oikeanlaista ja kunnioittavaa käytöstä potilaita kohtaan: ”Varmaan kaikkien lasten kotona opetettiin puhumaan potilaista kunnioittavasti, ’hullu’-sanaa ei saanut käyttää” (MKM 471).

Loppujen lopuksi yhteisöasumisen kausi ei kestänyt kovin kauaa, vaan 1950–1970-luvuille sijoittuvat muistot kuvaavat sitä, miten henkilökunnan työ ja asuminen eriytyivät toisistaan. Kuten yksi sairaala-alueella 1950–1960-luvuilla lapsena elänyt kirjoittaja muistelee, jo ”1960-luku oli muutosten aikaa henkilökunnalle. Monet alkoivat siirtyä [asunto-] osakkeisiin – kaupunkiin tai rakensivat omakotitaloja sairaalan lähiympäristöön. Yleinen varakkuus Suomessa alkoi näkyä elinympäristössämme.” (MKM 149.) Työpaikan ja asumisen eriyttäminen yleisty: ”Sairaalan henkilökunnalla oli tapana muuttaa pois alueelta. Se oli sen ajan trendi. Oma asunto.” (MKM 423.)

Koska työ oli osa kuntoutusta, potilaat olivat apuna myös näissä henkilökunnan muuttopuhissa. Eräs kirjoittaja muistelee, kuinka osastonhoitaja muuttaessaan kirkonkylältä rivitaloon otti sairaalan ulkotyöporukan muuttomiehiksi. Potilaat kantoivat huonekaluja ja avaimen ollessa hukassa irrottelivat ruuvit häkkikomeron saranoista. Lopuksi he kantoivat tavarat uuteen asuntoon: ”Työpäivän päätyttyä [osastonhoitaja vaimoineen sai] sitten tavarat uuteen kotipaikkaan. Mutta me ulkotyömiehet – meidät vietiin sairaalan kanttiinini ja meille kustannettiin pulakahvit ja tupakat.” (MKM 284–326, potilas 1970- ja 1980-luvuilla.)

Tämä katkelma on yksi ainoita, joissa potilas mainitsee henkilökunnan perheen. Muisteluaineistolle kokonaisuudessaan kuvaavaa on, että mielisairaaloiden yhteisöllisyys korostuu pääasiassa 1950–1970-luvuille sijoittuvissa mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistoissa. Henkilökunnalle mielisairaalat ovat tarjonneet kodin ja heitä on tuettu perheen perustamisessa. Potilaat ovat olleet sairaalassa hoidon kohteina, asuneet osastoilla ja usein työskennelleet henkilökunnan apuna jopa heidän kodeissaan. Kuten Ahola (2015) toteaa, mielisairaala-alueiden asumiseen liittyviä – kuten muitakin hierarkioita – pidettiin luonnollisina, eikä niitä juuri kyseenalaistettu. Vaikka sairaalayhteisöjen hierarkiat usein korostuvat juuri potilaiden muistossa, yllä siteeratulle kertojalle on luonnollista, että potilaat, jotka auttavat henkilökuntaa muuttamaan,

saavat palkaksi kahvit ja voileivät sekä tupakkaa. Päivä on ollut mukava ja kertoja muistelee sitä leppoisasti. Työ on osa hoitoa ja sairaalapotilaan arkea (Rissanen 2019).

Sairaala potilaiden ”kotina”

Kuten yllä olen kuvannut, mielisairaanhoido ja mielisairauksien määrittelyt ovat keskeisellä tavalla vaikuttaneet sekä potilaiden asumiseen että heidän mahdollisuuksiinsa perustaa perhe. Potilaat ovat kuitenkin asuneet osastoilla pitkiä aikoja. Sairaalassa olosta tulee heille arkea – ja arki toistuvine rutiineineen kulttuurisesti ikään kuin kuuluu kotiin (Jokinen 2005). Arjen paikoista voi toiston kautta muodostua osa identiteettiä, ja joillekin potilaille sairaala onkin voinut muodostua kodiksi. Tämä näkyy kesäretkeltä sairaalaan palaamassa olevan potilaan muistosta, kun hän kirjoittaa: ”– – lähdimme kotia eli sairaalaa kohti.” (MKM 314, potilas 1970-1980-luvuilla). Myös omia kokemuksiaan psykoosisairauksien sairaalahoidosta väitös- ja lisensiaatin töissään analysoinut Päivi Rissanen (2007; 2015) toteaa, että potilaalle sairaalasta voi muodostua koti. Nykyisessä hoitoideologiassa tämä tulkitaan kuitenkin laitostumiseksi, ja erityisesti nykynäkökulmasta ja tänä päivänä mielenterveystyössä työskentelevien taholta ajatus sairaalasta potilaan kotina tuntuu olevan vaikeaa hyväksyä tai hahmottaa.⁶ Tätä katkosta tai merkityssiirtymää (Kinnunen 2020) tarkastelen seuraavaksi.

Pääosa keruun potilaiden muistoista sijoittuu aikaan, jolloin sairaalahoido pyrittiin jo pitämään mahdollisimman lyhyenä. Ajatuksena ei enää ollut, että mielisairaala toimisi potilaan kotina. Tämä muutos vaati muutoksen ajattelutavassa. Mielisairaalamuistoaineistossa ja oheislukemistoissani (Vataja, Kontio & Laaksonen 2015; Väisänen 2020, 72) huomioni kiinnittikin harvakseltaan toistuva, lainausmerkkeihin sijoitettu

6 Aiemmassa, nuorten aikuisten psykiatristen palvelunkäyttäjien asumispalveluyksikössä toteuttamassani tutkimuksessa tämä kysymys nousi myös selvästi esiin. Asumispalveluyksikön asukkaat kokivat paikan kodikseen ja puhuivat siitä kotina, mutta tilastollisesti heidät lasketaan asunnottomiin (ks. Jäntti 2019a ja 2019b; asunnottomuuden ja kodittomuuden yhteismitattomuudesta ks. Granfelt 1998).

ajatus sairaalasta potilaiden ”kotina”, kuten seuraavassa kesäapulaisen eli vipparin 1960-luvulle sijoittuneessa muistossa:

Toimela oli viehättävä kaksikerroksinen vanha puutalo, jossa asuteli muutama kymmenen enimmäkseen melko iäkstä miestä. Jotkut kävivät töissä sairaalan ulkopuolella palatakseen aina illaksi ”kotiin”. Huoneissa oli tavallisesti useampikin asukas, mutta mitään monen sängyn saleja huoneet eivät olleet. Joku asui aivan omaa kamaria. (MKM 544.)

Lainausmerkkejä käytetään myös Kellokosken sairaalan historiikissa (Vataja ja muut 2015), jossa pitkän työuran Kellokosken sairaalassa tehnyt Raija Kontio muistelee, kuinka osastoja 1990-luvun alussa alas ajettaessa niin hoitajat kuin potilaatkin tunsivat haikeutta kuultuaan, että pitkäaikaisosasto suljettaisiin pian: ”Muistan hyvin, ettei ollut ihan helppoa omaakaan ajatusratata kääntää näin nopeasti ja samalla selittää tämä kuntoutuksen mielekkyys potilaille, jotka luonnollisesti alkuun vastustivat osastolta, ’omasta kodistaan’ lähtemistä.” (Kontio 2015, 32–33.) Kontion muistelmissa huomionarvoista on, että osastojen lakkauttaminen on haikeaa niin potilaille kuin henkilökunnallekin. He ovat kiintyneet paikkaan ja erityisesti osastoon. Myös tutkimuskirjallisuudessa koti erottuu esimerkiksi asunnosta paikkana, johon kiinnitytään ja johon muodostuu tunnepitoinen suhde (esim. Granfelt 1998). Koti eletynä tilana edustaa jatketta identiteetille, kuulumista, joka on eksistentiaalinen ja psykologinen tunne osallisuudesta jossakin itseä suuremmassa ja laajemmassa yhteisössä, joka jollain tapaa kuvaa ja edustaa asujan minuutta. Mielisairaalan tarkasteleminen kodin näkökulmasta tuokin mukaan juuri kiinnittymisen ja kuulumisen vastavuoroisuuden tematiikan: paikan, johon halutaan kuulua, täytyy tunnistaa ja tunnustaa kuulumisen, jolloin voidaan puhua kuulumisen politiikasta (ks. Yuval-Davis 2006; Lähdesmäki ja muut 2016; Hiltunen ja muut 2019). Nira Yuval-Davisin (2006) mukaan kuulumista tuleekin tutkia eettisten ja poliittisten arvojen ja sosiaalisten paikantumisten yhtä lailla kuin identifikaation ja tunteiden tasolla.

Kuuluminen on siis lähtökohtaisesti vastavuoroista (Hiltunen ja muut 2020). Edellä siteeratut henkilökunnan edustajat kuitenkin asettavat sairaalan potilaiden kotina lainausmerkkeihin. Lainausmerkit voivat osoittaa sekä suoraa lainausta nimeämättömän potilaan tai potilaiden ryhmänä lausumasta ajatuksesta. Samalla ne kuitenkin kyseenalaistavat sekä potilaan kokemuksen sairaalasta kotina että tämän tunteen oikeutuksen. Kodista puhuminen lainausmerkeissä ei ole aineistossamme erityisen yleinen tapa, mutta kiteyttää sen kulttuurisen ehdon, jolla psykiatrasta sairaanhoitoa koskeva suuri, yhteiskunnallisia ja tilallisia käytänteitä koskeva muutos eli laitoshoidon purkaminen saatettiin toteuttaa. Jos mielisairaala 1900-luvun alkupuolella miellettiinkin potilaiden kodiksi (Neuman-Rahnin 1924), 1970-luvulla alkanut laitoshoidon purkaminen edellytti tuon kodin kyseenalaistamista. Hoitoideologian ja -kulttuurin muutos teki ajatuksen sairaalasta kotina ongelmallisen, jolloin potilaan oletettu koti siirtyi sairaalan ulkopuolelle, Goffmanin (1961) tarkoittamaan kotimaailmaan. Laitoshoidon ei ollut ideaalia ja sen vähentäminen oli pitkään tavoitteena jo ennen kuin mielisairaalalaitosta alettiin purkaa, sillä sairaaloiden oli osoitettu laitostavan potilaita pikemminkin kuin parantavan heitä (Helén ja muut 2011). Toisaalta on kuitenkin mielestäni tärkeää tunnustaa ja tunnistaa myös laitosympäristöissä syntyvien kiintymyssuhteiden merkitys – koskivatpa ne sitten paikkoja tai ihmisiä – sillä siten voidaan yhtäältä ymmärtää niitä mielisairaalaan liittyviä nostalgisiakin ajatuksia, joita esimerkiksi Sari Kuuva (2018) ja tässä teoksessa) kuvannut.

Hoitoideologioissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat paitsi hoidon järjestämiseen myös potilaiden käsityksiin itsestään ja tilanteestaan (Wood 2013, 269), mikä näkyy selkeimmin potilaiden muistoissa pitkäaikaishoidosta. Näitä muistoja on aineistossamme melko vähän, mutta juuri niiden kautta laitoshoidon ja sairaalamaailman ulkopuolisen kodin väliset jännitteet ja potilaiden aseman muuttuminen historian saatossa välittyvät selkeimmin. Ennen kaikkea niistä näkyy, miten he ovat tuon muutoksen kokeneet. Tällaiset pidemmät muistot tekevät myös näkyväksi kertojan oman toiminnan vaiheet ja elämäntarinan. Kuten Susanna Hyvärin ja Markku Salon (2009) toimittaman *Elämäntarinasta kokemustutkimukseen* -teoksen kuntoutujatarinoissa, näissä pitemmissä

tarinoissa elämä näyttäytyy liikkeenä eri hoitolaitosten, kodin tai vaihtuvien kotien ja tukimuotojen välissä. Ne tekevät näkyväksi prosesseja, joiden kautta paikat saavat, synnyttävät ja menettävät kodin merkityksiä. Tarkimmin siirtymät osastolta toiselle ja vaiheittainen siirtyminen tuettuun asumiseen kuvataan ”pulmalemumuistoksi” kutsumassani muistossa, jota avaan alla. Kirjoittajan muistitietokeruuseen lähettämässä yli nelikymmensivuisessa muistelossa pulmalelu on sekä konkreettinen esine että symboli pitkäaikaispotilaan hitaalle toipumiselle ja siirtymiselle sairaalan ulkopuoliseen elämään.

Pulmalemumuisto – laitoksesta avohoitoon historian taitekohdassa

Pulmalemumuisto alkaa vuodesta 1972 ja sijoittuu siten aikaan, jolloin Suomen mielisairaaloiden potilasluku oli korkeimmillaan: yli neljä sairaalapaikkaa tuhatta asukasta kohden (Achté & Alanen 1991, 21–33; Hyvönen 2008, 100–111; Pietikäinen 2013, 139–147). Muisto myös sijoittuu mielisairalahistorian taitekohtaan, josta 1970- ja 1980-luvuilla mielenterveyshoitajana toiminut muistelijä kirjoittaa:

Tuli aika, jolloin sairaaloista alettiin suuntautua ulospäin. Uudistuksia tuovat lääkärit alkoivat suunnitella parempikuntoisten potilaiden siirtämistä siviiliin ja avohoitoon. Haettiin potilaille sukulaisia ja läheisiä. Kehitysvammaisia alettiin siirtää omiin laitoksiin. Tämä suuntaus aiheutti ahdistusta potilaille kuin hoitajillekin. Moni hoitaja ajatteli tällaisen toiminnan olevan jopa heitteillejättöä. Monille omaisillekin tuli yllätyksenä että sukulainen on hoitolaitoksessa. Muistan tapauksen, jossa äiti oli sairastunut ja joutunut sairaalaan lasten ollessa pieniä. Nyt tämän uudistuksen myötä otettiin näihin aikuisiin lapsiin yhteyttä ja he tulivat tapaamaan äitiään sairaalaan. Muistaakseni olisivat jopa ottaneet äitinsä hoiviin, mutta äiti vastusti ajatusta, joten äiti jäi sairaalaan, mutta yhteydenpito lapsiin jäi. Tarkastellessa nyt sen ajan toimintaa, huomaa kuinka tosiaan mielisairaalat ovat olleet ”säilytyspaikkoja”. (MKM 499.)

1970- ja 1980-luvuilla mielisairaanhoidon rinnalla alettiin puhua mielenterveystyöstä. Vuonna 1972 säädetyin uuden kansanterveyslain puitteissa terveydenhoidossa alettiin erikoissairaanhoidon sijaan korostaa perusterveydenhuoltoa, mikä mielenterveyspotilaille tarkoitti avohoidon yleistymistä. Käytännössä erillislainsäädännön, erillishoitojärjestelmän ja eriytyneiden laitosten muotojen varaan rakennettua mielisairaanhoidoa ryhdyttiin purkamaan vasta 1980-luvulla. (Ahonen 2019, 105.) Keskeistä pulmalemuistossa onkin sen sijoittuminen mielisairaanhoidon historiassa niin sanottuun dehospitalisaation vaiheeseen, jossa laitoshoidosta alettiin siirtyä avohoitoon, mielisairaaloitten laitospaikkoja vähennettiin rajusti ja mielisairaalahoidon sijaan haluttiin panostaa ennaltaehkäisyyn ja mielenterveyden vaalimiseen (ks. esim. Helén ja muut 2011; Salo & Kallinen 2007; Salo 1996; 2019; Ahonen 2019).

Tässä muistossa mielisairaanhoidon suuri tarina limittyy kertojan sisäiseen ja sosiaaliseen kehitystarinaan, jossa hänen huomionsa alkaa pikkuhiljaa siirtyä itsestä itsen ulkoiseen ja tämän kautta sosiaaliseen maailmaan. Kertojan kehitystarinassa näkyy sisäisen kodin (Granfelt 1998; Winnicott 1981) syntyminen hänen muodostaessaan vastavuoroisessa suhteessa uusia kiinnikkeitä sairaalan ulkopuoliseen yhteisöön. Koti sisäisenä tilana voi syntyä kiinnipitävän ympäristön ja ympäristön mahdollistamien tarjoumien avulla.

Keskeistä roolia tässä kehitystarinassa laitoshoidosta tuettuun asumiseen näyttelee kertojan pikkuhiljaa syntyvä yhteys toisiin pulmalemuharastajiin. Koko tarinan voikin lukea allegoriana pulmalemun aukeamiselle. Pulmalelut, kuten kertojan kuvailema pirunnyrkki, ovat eräänlaisia älypelejä, joissa tietyn, useista kappaleista kootun kolmiulotteisen palapelin ”mysteeri” aukeaa, kun ratkaisija oivaltaa, mistä hänen tulee purkamisen aloittaa. Keskeistä on, että pulmalemuistossa tuo säie, joka avaa yhteyden ja ovet ulkomaailmaan ei ole ”totuus” kertojan sisäisestä ongelmasta vaan laitosten maailman ulkopuolta edustavien ihmisten kanssa löytyvä yhteinen kiinnostuksen kohde, intressi. Kuten Arendt (2017) huomauttaa, *intressi*-sanan alkuperä on sanoissa välillä (lat. *inter*) olemisen (lat. *esse*). Yhteisen intressin löytymisen voi ajatella tarttumapinnaksi, ikään kuin kuulumisen mahdollistavaksi liimaksi yksilön ja yhteisön välillä. (Ks. myös Maanmieli 2019, 85–87.)

Pulmalelumuiston kirjoittajan kohdalla tie solmujen aukeamiseen on ollut pitkä ja muistelija kertoo yksityiskohtaisesti sairaalakierteen synnystä sekä siitä, millaisten vaihteitten jälkeen siirtyminen kuntoutuskotiin viimein tapahtui (MKM 284–326). Yllä mainittua allegoriaa jatkaaksemme: pulmalelun avaamisen lisäksi myös sen rakentaminen ja kokoaminen ovat pitkiä, aikaa ja useita yrityksiä vaativia prosesseja. Tämä muisto pitääkin sisällään lukuisia liikkeitä sairaalan ja kodin välillä ja siinä kulkevat rinnakkain laitos- ja kotimaailman kuvaus, jotka osaltaan kyseenalaistavat näiden maailmojen dikotomista vastakkainasettelua. Myös itse muisto on pitkä ja vaatinut muistelijalta useita kuukausia kestäneen kirjoitusprosessin, jonka aikana hän on kuvannut toista vuosikymmentä kestäneen tarinansa (MKM 326).

Kuten Hannah Arendt (2017) toteaa, tarina inhimillistä ja tekee ymmärrettäväksi ihmisen toiminnan ja tavat, joilla ihminen liittyy maailmaan. Arendtin mukaan ihmisen voi tuntea vain, jos tuntee hänen elämäntarinansa. Ilman tarinaa, elämän sijoittamista ajalliseen jatkumoon, ihmisestä tulee kategoria, jota hän edustaa pikemminkin kuin todellinen henkilö tai tarinan sankari, päähenkilö. Arendtin mukaan sankariksi tullaan uskaltautumalla ulos yksityisestä piilopaikasta ja liittymällä maailmaan toiminnan ja puheen kautta, kertomalla oma tarina. Tarinan kertomisen myötä ihmisestä tulee toisille todellinen ja pikemminkin vastaus kysymykseen ”kuka hän on” kuin ”mikä hän on”. (Arendt 2017, 192; tarinoiden merkityksestä ks. myös Hänninen 2009.) Kuten Arendt (emt. 193) myös toteaa, tarinan toimijoiden identiteetit, joita ei tavoiteta millään yleistyksillä ja joita ei myöskään voi esineellistää, voivat välittyä vain heidän toimintansa jäljittelyssä⁷. Tämän vuoksi pysähtykäämme tarinan äärelle.

7 Tutkijan kannalta tutkimusetiikkaa säätelevien käytäntöjen kiristyessä toisen tarinan kertominen muuttuu ongelmalliseksi, sillä tarina tekee kertojasta tunnistettavan. Paljastamalla ihmisen toiminnan ja analysoimalla sitä hänen tarinoittensa kautta tutkija tekee kirjoittajien identiteetin näkyväksi ja mahdollisesti tunnistettaviksi niille, jotka tuota tarinaa tuntevat. Toisaalta, kuten Arendt yllä huomauttaa, juuri tarinan näkyväksi tekemisellä voidaan välttää ihmisen esineellistäminen. Tässä luvussa käsiteltyjä pidempiä muistoja koskevasta tunnistettavuuden mahdollisesta ongelmasta olen keskustellut muistojen kirjoittajien kanssa. Rakkausmuiston kirjoittaja ja hänen puolisonsa ovat lukeneet ja hyväksyneet käsikirjoituksen sähköpostitse; pulmalelumuiston kirjoittajan kanssa asiasta on käyty puhelinkeskustelu.

KOTOA SAIRAALAAN JA TAKAISIN: LIIKETTÄ LAITOS- JA KOTIMAAILMAN VÄLILLÄ

Muistelija aloittaa kertomuksensa ajasta, jolloin muut hänen ikäluokastaan lähtivät armeijaan: ”Silloin kun minä olin nuori niin vain miespuoliset joutuivat armeijaan. Tavalliset miehet olivat silloin siellä kahdeksan kuukautta ja erikoismiehet yksitoista kuukautta. Kun minun aikani tuli, olin yksitoista vuotta järkilataamossa (mielisairaalassa). Vasta viimeisenä puolivuotena yritin sieltä pois tosissani.” (MKM 284.) Kirjoittaja kertoo olleensa kutsunnoissa mutta olleensa masentunut. Parin kuukauden kotonana ”makoilun” jälkeen ”alkoi itseni hakkaaminen ja pyysin päästä laitoshoitoon”. (MKM 284.) Tarinassa keskeisin sairautta kuvaava toiminta on väkivalta itseä kohtaan. Kirjoittaja ei tässä vaiheessa esitä syitä sille, miksi hän hakkaa itseään. Hakkaaminen vain alkaa. Hakkaamisen voi tulkita tavaksi rankaista itseä, mutta sen mahdollinen syy esitetään vasta myöhemmin. Toinen keskeinen piirre on oman sairaala-ajan rinnastaminen armeijaan. Aktiivisena toimijana kertoja näyttäytyy pyytäänsään päästä sairaalaan. Sairaalan ulkopuolinen koti, josta kertoja hakeutuu hoitoon, ei tarjoa kiinnikkeitä eikä mahdollisuutta sellaiseen elämään, jota kertoja haluaisi tai pystyisi elämään.

Aluksi sairaala kuitenkin on paikka, josta hän pyrkii kotiin: ”Muistan kun olin ollut noin kuukauden sairaalassa pyysin päästä pois, mutta se ei käynyt. Oli lääkäri – ja hoitajat vähän minulle armollisia sillä pääsin viikonloppulomalle.” (MKM 289.) Jo kuukauden hoitojakson jälkeen kotiin tuleminen kuitenkin tuntuu oudolta. Sairaala vieraannuttaa kotimaailmasta: ”Tulin koputtamatta sisään, mutta myöntää täytyy, että oudolta tuntui. Vaikka olen myöhemminkin ollut paljon kauemminkin kotoa pois ei se ole niin oudolta tuntunut. Viikonloppuloma meni jotenkin ja seuraavana maanantaina palasin sairaalaan.” (MKM 289.)

Seuraavalla kerralla potilas määrätään sairaalasta kotiin, mutta lääkäri ennustaa hänen palaavan. Hän itse on hiljaa toista mieltä: ”Itsekseni tuumin, tuskinpa.” (MKM 295.) Lääkäri kertoo myös, että armeijasta tulee tulemaan lykkäystä. Näin myös tapahtuu: ”Kesällä olin kotona ja kutsuntapaperit tuli ja täyttelin niitä ja mielisairauden kohdalle laitoin jotain sellaista etten ole työkykyinen ja psyykkisiä vaivoja on ja niihin on lääkitys. Lääkäri – oli oikeassa sillä syksyllä tuli kolme vuotta

lykkäystä.” (MKM 295.) Potilaan vastustuksesta huolimatta lääkärin enustukset toteutuvat.

Vuoden kotona olon jälkeen masennus ja tuskaisuus kuitenkin palaavat. Muistelija kertoo menettäneensä työkykynsä lopullisesti ja isänsä avulla hän pääsee eläkkeelle.

Olin ollut puolitoista vuotta sairaalasta poissa ja mielenterveys-toimistossa sanoin, että hakkaan itseäni ja sillä kertaa olin lyönyt itseltäni silmän mustaksi. Hoitaja sanoi, että ne ovat pakkoliikkeitä. Silloin minua ei määrätty sairaalaan.

– – Juhannuksen aatonaattona sitten menin sairaalaan. Olin sen verran huonossa kunnossa. (MKM 296.)

Pikkuhiljaa sairaala alkaa muodostua turvapaikaksi ahdistavasta ulkomaailmasta ja kertomus muotoutuu kamppailuksi hoitoon pääsystä. Kotiin lähteminen alkaa tuntua vastenmieliseltä, vieraantuminen kotimaailmasta syvenee ja kertoja kokee myös perheen vierastavan häntä:

joku oli keksinyt, että kun en ole sen kahelimpi niin ajetaan kaveri kotiin. Myönnän, että harmitti mutta seuraavana päivänä lähdin kotio kohti. Kun isä näki minut näin naamasta, ettei hänkään tykännyt minusta kotona. Päivä pari meni kohtalaisesti sitten tuli paha oloa ja itseni hakkaaminen oli melkoista.

Kävin lääkärissä mutta ei hänkään määrännyt minua sairaalaan. Kun kaksi viikkoa alkoi olla täynnä poissaoloa niin menin naapuriin ja tietenkään emäntä ei soittanut sairaalaan mutta antoi neuvon. Mene sinne sairaalaan kyllä ne sinut vastaan ottaa. Seuraavana päivänä perjantaina lähdin. Sanoin vaan isälle, että lähden ja lähdin sairaalaan pieni pelko sydämessä, että jos ne ei ota minua sinne hoitoon. Sairaalan pysäkillä jäin pois ja kävin kanttiinissa juomassa viineriteen. Ajattelin että jos menee kauan ennen kuin taas saan juoda jos en pääse kanttiinini yksin tai hoitajankaan kanssa.

Kävelin osasto ykkösen kansliaan ja siellä oli hoitaja ja ilmoitin että hoitoon olen tulossa. Kotona ei tule olostakaan mitään ja on itse-

murhamielitekoja. Hoitaja sitten sanoi, että kaksi viikkoa aiemmin oli tullut määräys ylemmältä taholta, että jätkän on lähdeittävä pois sairaalasta mutta he olisivat antaneet minun olla. Hoitaja kutsui lääkärin kansliaan ja lääkäri oli siellä ja otti minut hoitoon. Sen jälkeen menimme osasto ykköselle. (MKM 298.)

Jos kotia ajatellaan kiinnipitävänä ympäristönä, paikkana, jonka tulisi tarjota suojaa, turvaa, jatkuvuutta ja mahdollisuutta itsen uudistamiseen, kuten filosofi Iris Marion Young (1997) on kotia hahmotellut, pulmalelumiston kertojalle sairaala on paikka, jossa hän toivoo pääsevänsä turvaan ja suojaan itseltään: ”Puin sairaalan vaatteet ylle ja niin olin sairaalassa ja ajattelin, että jospa olo paranisi ja itseni hakkaaminen vaikka loppuisi tai ainakin vähenisi.” (MKM 298.) Tarinassa toistuukin kaava, jossa kirjoittaja kotiuduttuaan hakeutuu mielenterveystoimistoon tai lääkäriin ja sitä kautta sairaalaan – tai marssii itse suoraan sairaalaan ja vaatii päästä sisään. Kyse ei siis ole sellaisesta ”säilömisestä”, josta mielisairaanhoidon sairaalakeskeisestä ajanjaksosta usein puhutaan (Väisänen 2020,72; Ahola 2015, 71), vaan siitä, ettei muistelija löydä paikkaansa kotimaailmassa ja hakeutuu sairaalaan. Itsensä vahingoittaminen on yksi peruste, jolla pakkohoitomääräys voidaan tehdä. Viineriteen juominen etukäteen osoittaa, että kirjoittaja tietää tämän ja pakkohoitomääräyksen mahdollisesti tuomat rajoitukset. Hän kuitenkin toivoo, että sairaala siten suojaisi häntä häneltä itseltään.

Itsen vahingoittaminen – itsemurha-ajatukset ja itsen hakkaamisen lisääntyminen – kulkevat tarinan taustalla läpi kertomuksen ja saavat erilaisia selityksiä. Yhden selityksen sille, *miksi* kertoja hakkaa itseään tarjoaa potilastoveri. Hän kertoo pojasta, joka hakkasi itseään niin, ettei sitä ollut saatu hoidolla eikä lääkkeillä loppumaan. ”Sitten asiaa tutkitiin ja selvisi ettei poika ollut saanut äidiltä rakkautta ja huolenpitoa ja lopuksi hän sanoi jos tästä on sinulle edes vähän lohtua.” (MKM 284–326.) Potilastoveri tarjoaa kertojalle arkiteorian, eräänlaisen psykodynaamiseen ajatteluun ja äiti–lapsi-suhteeseen nojaavan maallikkoselityksen sille, miksi hän vahingoittaa itseään (ks. Jähi 2004, 21). Tämä saa muistelijan pohtimaan omaa perhetaustaansa ja puutetta esimerkiksi ruoasta. Se auttaa häntä ymmärtämään itseään ja sairauttaan. Muisto

siitä, ettei kotona saanut ruokaa vaan kouluateria saattoi olla ainoa ateria päivässä, selittää myös lukijalle, miksi kertoja niin tarkkaan kuvaa kahveja ja ruokailuja sairaalassa.

Kuten monelle muullekin muistelijalle, koti ulkomaailmassa on ongelmallinen paikka ja suhde omaan itseän hankala. Tämä helposti unohtuu tarkastelussa, jossa huomio kiinnittyy pelkästään laitoshoidon epäkohtiin. Mielenterveyskuntoutujalle minuu voi olla sietämättömän tuskan lähde ja kotimaailma hankalien ja jopa vahingollisten ihmissuhteiden näyttämö, jolloin laitos tarjoaa turvapaikan näiltä suhteilta. Pulmalelumuiston kertojan pukiessa sairaalavaatteet ylle hän ei koe minuutensa tulevan riistetyksi (vrt. Goffman 1961; Maanmieli tässä teoksessa) vaan toivoo olonsa paranevan. Tämän toistuvan sairaalaan hakeutumisen kaavan myötä sairastumisesta, kuten avoimen dialogin hoitomallin kehittänyt psykologi Jaakko Seikkula asian muotoilee, tulee ratkaisu sekä ”oireiden sisältämään tuskaan ja kauhuun että läheisten ihmissuhteiden vaikeuteen” (Seikkula 1999, 64). Kertojasta tulee pitkäaikaispotilas, jonka ”elämää ohjaava keskus” on siirtynyt hoitojärjestelmälle. Seikkulan mukaan potilaalla itsellään ei tällöin ole voimavaroja saada liikkeelle ”luonnollista verkostoa, johon voisi turvautua kriisissä”. (Emt. 1999, 64.) Pulmalelumuistelija kertoo hakeutuvansa tavan takaa mielenterveystoimiston kautta sairaalaan tai kävelevänsä sinne itse, jos lääkäri ei kirjoita lähetettä: ”Keväällä olin vähän aikaa kotona, mutta ei se siellä oikein hyvin mennyt ja kun oli vastaanottoaika mielenterveystoimistoon niin sanoin että lähettäkää minut sairaalaan ja menin. Kun olin ensin soittanut sairaalaan ja lupasivat ottaa minut vastaan.” (MKM 304.)

Muutama vuosi sairaalakierteen alkamisesta itsen hakkaaminen saa toisenkin selityksen:

Kun 1977 olin keväällä vähän aikaa pois ja sitten palasin sairaalaan, niin vähän sen jälkeen muutettiin lääkkeitä ja itseni hakkaaminen oli pahaa. Se johtui väärästä lääkkeestä, mutta en minä sitä tiennyt, ihmettelin itsekseni vain. Yleensä itseni hakkaaminen tapahtui salissa muilta. (MKM 306.)

Lääkehoidosta johtuva oireiden paheneminen pysyy piilossa, koska kertoja pahoinpitelee itseään yksin ollessaan eikä kerro siitä muille. Hän ei jaa ihmettelyään kenenkään kanssa vaan salaa oireiden pahenemisen hoitajilta. Lääkitys kuitenkin korjaantuu sattumalta: ”Kesällä tuli kesälääkäriksi – – kai entinen eläinlääkäri, mutta minua hän alkoi hoitaa ja muutti lääkettä. Piristävän otti pois ja laittoi tilalle [toisen lääkkeen]. Itseni hakkaaminen väheni paljon.” (MKM 306.) Itsen hakkaamisen pahenemisessa on kyse lääketieteellisen hoidon aiheuttamasta muutoksesta potilaan tilassa, joka tässä näyttyy itse kohdistuvan väkivallan lisääntymisenä. Jos asiaa ajattelee maailmassa olemisen näkökulmasta ja kotona olemisen maailmasuhteena, on itsen hakkaaminen ja itsen kohdistuva väkivalta äärimmäistä kodittomuutta, jossa maailmaa asuttava ihminen väkivaltaisesti mitätöi itsensä. Koska kertoja joutuu sairaalahistoriansa aikana jatkuvasti turvautumaan lääkärihoitoon myös itse itselleen aiheuttamansa vahingon vuoksi, syntyy väärästä lääkehoidosta entistä syvempi riippuvaisuuskierre hoitavaan tahoon.

Muistelijan potilasurassa lääkkeen vaihtaminen muodostaa yhden käännekohdan, joka kytkeytyy myös osaston vaihtamiseen. Uudella osastolla kertoja ja hänen huonetoverinsa saavat uudet omahoitajat. Myös tämä kytkeytyy laajempaan, sairaalakulttuurin ja koko psykiatrista sairaanhoitoa 1970-luvulta lähtien ravistelleen hoitokäytäntöjen ja paradigman muutokseen, jolloin sairaalat alkoivat aktiivisesti rohkaista kirjoittajaa lähtemään ulkomaailmaan. Lisäksi se liittyy terapeuttien hoitomuotojen leviämiseen psykiatrisessa sairaanhoidossa: omahoitajien tulo ja terapeuttien käytäntöjen käyttöönotto lisäsivät hoitajien vastuuta potilaiden hoitotyöstä ja toivat hoitomuotoihin suunnitelmallisuutta ja rakennetta (Väisänen 2020, 65). Viimeistään 1960-luvulla alettiin nähdä, että potilaita voitiin kuntouttaa ja että keskustelulla, rikkonaisten ja haavoittavien ihmissuhteiden jälkien korjaamisella ja potilassuhteen luomisella oli tässä keskeinen osa (Parpola 2013, 152–160). Somaattisemmat hoitomuodot väistyivät taka-alalle. 1970-luvulla sosiaalipsykiatria vakiinnutti asemansa psykiatriassa (emt. 165).

Yleisesti omahoitajajärjestelmän kehittäminen Suomessa alkoi 1960-luvulla ja yleistyi 1970-luvulla. Omahoitaja on potilaalle henkilökohtaisesti nimetty hoitaja, jonka tehtäviin kuuluu muun muassa huolehtia ja

vastata yhden tai useamman potilaan hoitotyöstä koko tämän sairaalassa oleskelun ajan. Omahoitajan vastuulla ovat potilaan tarpeista, käytännön asioista ja kuntoutuksesta huolehtiminen sekä potilaan taustan ja sairaalaan tulemisen syiden selvittäminen. Omahoitaja huolehtii yhteydenpidosta omaisiin ja virallisiin tahoihin. Hän saattaa käydä potilaan asioilla ja huolehtii yhdessä sosiaalihoitajan kanssa potilaan koti-, työ- ja asuntoasioiden järjestämisestä. Hän siis tuntee potilaan muita hoitajia paremmin ja osallistuu siksi tiiviisti hoitosuunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen. Hän voi myös antaa yksilöterapiaa. Ajatuksena on, että potilaan on helpompaa avautua asioistaan tutulle hoitajalle. (Väisänen 2020, 74–75.) Muistelijan näkökulmasta tämä tarkoitti, että tietyt hoitajat juttelivat hänen ja hänen huonekaverinsa kanssa tunnin iltaisin: ”Kun [hoitaja] oli illassa niin me juteltiin noin tunnin ajan. Aika pian kysyin häneltä, että miksi [huonekaveria] ja minua hoidetaan, kun toisista ei paljon välitetä sillä osastolla. [Hoitaja] vastasi, en muista tarkalleen, mutta jos me saataisiin teidät vielä pois sairaalasta.” (MKM 306.)

Kertoja havainnoi eroja henkilökunnan suhtautumista potilaisiin. Kun toista potilasta yritetään ”kotiuttaa” sairaalasta tekemällä hänen olonsa epämukavaksi ja siirtämällä hänet ”huonommalle”, suljetulle pitkäaikaisten osastolle (MKM 306), kertojan kohdalla samaan ratkaisuun pyritään keskustelemalla hänen kanssaan. Mielisairaaloiden kohdalla huomionarvoista onkin, että siitä saakka, kun kuntoutuminen tuli hoidon tavoitteeksi, huolena on ollut myös se, että sairaaloissa viihdyttäisiin liian hyvin (Valtonen 2020). Esimerkiksi eräs sekä potilaana että hoitotyössä ollut muistelija kirjoittaa:

Se oli ihana osasto ja ensimmäinen avo-akuuttiosasto, missä hoitajat tekivät potilaslähtöistä työtä. Osa potilaista viihtyi jopa liian hyvin, jolloin haasteena oli kotiutuminen ja kotona pärjääminen avohoidon turvin, kun osastolla oli parempi olla kuin kotona ahdistuneena yksin. (MKM 384.)

PIRUNNYRKKIÄ KOHTI

Pulmalelumuistossa sairaalasta irtautuminen tapahtuu monitahoisten kehityskulkujen kautta. Lääkehoidon ja omahoitajan kanssa juttellessa

vahvistuvan itsetunnon ohella keskeistä on se, että muisteliija löytää sairaala-alueelta rimoja, jotka herättävät hänen kiinnostuksensa. Kuluu muutama vuosi, ja rimat sytyttävät hänen aiemman innostuksensa pulmalelujen valmistamiseen. Pulmaleluharrastuksen myötä ulkomaailmaan syntyvät kontaktit sekä muiden harrastajien osoittama kiinnostus, yhteydenotot ja kannustus saavat kertojan tekemään yhä pidempiä matkoja ulkomaailmaan. Tämän uskalluksen kehittymiseen vaikuttavat keskeisesti myös hoitajien sairaalassa osoittama kiinnostus ja kannustus, mikä johtaa siihen, että kertoja uskaltautuu kokeilemaan sairaalaympäristön ulkopuolella asumista. Myös lääkehoidon saaminen kohdalleen on ratkaisevaa.

Pulmalelumuistossa merkille pantavaa on kaiken tapahtuvan hitaus. Kirjoittaja kertoo, että lääkehoidon korjanneen lääkärin oli tarkoitus saada hänet hymyilemään: ”se toteutui muutaman vuoden viiveellä, mutta kuitenkin.” (MKM 306.) Muutama vuosi kuluu myös hetkestä, jolloin kertoja löytää liiteristä pulmalelujen valmistamiseen tarvittavia rimoja siihen, että sellainen syntyy:

1977 kesällä näin – – sairaalan puuliiterissä sopivia rimanpätkiä ja vein ne puuliiterin taakse piiloon, että jos vaikka tarvitsisin niitä. Lähdin saman vuoden syksyllä ja silloin toin ne rimanpätkät kotiin talteen. Kului pari vuotta ja osallistuin osastoaskarteluun. – – silloin toin ne rimanpätkät takaisin sairaalaan pätkittyinä sopivan mittaisiksi. Osastoaskartelussa veistelin niistä nujuksennauvoja – noidannyrkin osia. Muutin sitten osasto 9A:han ja siellä se tuli valmiiksi. On sillä semmoinenkin nimi kuin ”Pirunnyrkki”. On se nimensä veroinen – pirullinen kokoonlaitettava varsinkin oudolle. (MKM 305.)

Toinen pirunnyrkki syntyy myöhemmin osastoaskartelussa. Näiden hitaiden prosessien ohella käännteentekeväksi tapahtumaksi sairaalasta pois muuttamisen kannalta osoittautuu sairaalapapin saapuminen sairaalaan 1981. Vaikka kertoja on kiinnostunut *Raamatusta* ja jakaa papin kanssa kristillisen elämänskatsomuksen, tärkeämpää on, että heillä on yhteinen kiinnostuksen kohde: pulmalelut. Kirjoittaja kertoo olleensa

”jonkin verran yllättynyt, että pappi ja ongelmalelujen harrastaja”, mutta myös innoissaan siitä, että ”paremmatkin ihmiset harrastaa sellaisia leluja”. (MKM 307–308.)

Pulmalelumuiston kertojan tarinassa kuntoutumisen ja sairaalasta irtaantumisen prosessia voidaan tarkastella erilaisten tarjoumien (Gibson 1950), ympäristön mahdollistamien toimijuuden tapojen ketjuna. Pulmalelumuistossa niitä ovat liiteristä löytyneet rimat, joihin kertojan huomio kiinnittyy ja jotka mahdollistavat ensimmäisten pirunnyrkkien valmistamisen, sekä osastoaskartelu ja verstat, jotka tarjoavat mahdollisuuksia pulmalelun rakentamiseen. Tärkeää on kuitenkin myös sosiaalista, vuorovaikutuksellista ja kielellistä tarjoumaa edustava sairaalapapin kohtaaminen, joka mahdollistaa liittymisen sairaalan ulkopuoliseen yhteisöön. Kiinnittyminen ja kuuluminen edellyttävät vastavuoroisuutta: yhteisön on otettava ihminen jäsenekseen. Psykiatrian pitkäaikaispotilaan kohdalla se vaatii aina myös lakisääteisen, lääketieteellisen lausunnon.

Pulmalelumuistossa sekä sairaalaan että ulkomaailmaan kotiutuminen vaativat pitkäaikaisia neuvotteluja, joissa niin sairaalasta kuin kotimaailmasta muodostuu vuoroin kiinnipitävä ympäristö, joka tukee minuutta ja sallii luovuuden (Granfelt 1998; Jäntti 2012; 2019). Kuten Corinne Franklin (2014) muistuttaa, myös stigmatisoiva ympäristö voi tarjota kuulumisen tilan. Niin kauan kuin pulmalelumuiston kirjoittaja ei löydä ulkomaailmasta sellaista olemisen tapaa, joka mahdollistaisi siihen kuulumisen, hän syyttää ja pahoinpitelee itseään. Diagnooseilla tai hoitopäätöksillä sairaala joko pitää potilaista kiinni tai pyrkii edistämään heidän poistumistaan. Pulmalelumuistossa sairaudesta muodostuu säie, joka mahdollistaa kertojan kuulumisen sairaalaan, jonka hän ainakin toivoo tarjoavan suojan ulkomaailmassa ahdistavalta kuulumattomuuden tunteelta.

Lopulta keskustelut omahoitajan kanssa kuitenkin tukevat sisäisen varmuuden luomista siten, että kertoja vastusteluistaan huolimatta ryhtyy harkitsemaan laitoksen ulkopuolista elämää.⁸ Tässäkin muutos

8 Vastaavanlaisia viimeaikaisessa tutkimuksessa esiinnoitettuja kehityskertomuksia ovat Päivi Rissasen (2007; 2015) autoetnografinen tutkimus omasta toipumisprosessistaan ja Jari Kokkisen (2019) haastattelututkimuksen pohjalta rekonstruoima juonikertomus.

tapahtuu hiljaa ja vaihteittain: ensin kertoja käy laittamassa ruokaa tulevassa asumisyksikössä; lopulta hän tekee suuren päätöksen ja jää sinne myös asumaan. Kaikki ei kuitenkaan suju odotusten mukaisesti, vaan muuttoa seuraa harmittava takaisku ja paluu sairaalaan. Tällä kertaa sairaalaan paluu on sieltä kuin voittajana lähteneelle kertojalle nöyryyttävä, sillä hän on lähtenyt sairaalasta vakuuttuneena, ettei enää palaa. Ero aiempaan sairaalaan turvaan hakeutumiseen on huomattava.

Huomattavaa on myös, ettei se ulkomaailma, josta kertoja lopulta löytää kodin, ole sama maailma, josta hän on sairaalaan lähtenyt: kertoja ei palaa lapsuudenkotiinsa vanhempiensa luokse eikä liity armeijaan. Yhteisö, johon hän sairaalakokemusten ja siellä syntyneiden kontaktien kautta liittyy, on eri kuin se, josta hän sairaalaan hakeutui. Tässä mielessä sairaala-ajan voi nähdä elämän suuntaa muuttavana sekä uutta kotimaailmaa hakevana ja rakentavana vaiheena kertojan elämässä. Tämä purkaa ajatusta ”kotimaailmasta” yhtenäisenä ”toisena”, sairaalamaailman vastakohtana. Pikemminkin sairaalan ulkopuolinen maailma näyttäytyy erilaisista, marginaalisistakin yhteisöistä koostuvana yhteisöjen kirjona. Kuten tässä muistossa, paikan löytäminen tuosta ulkomaailmasta voi olla sattuman kauppaa ja vaatii myös sairaalan ulkopuolisen yhteisön kurottautumista kohti sairaalamaailmaa uusien yhteisten säikeiden ja yhteyksien luomiseksi. Potilas ei voi vain päättää haluta kuulua sairaalan ulkopuoliseen maailmaan; tuon maailman on myös otettava hänet vastaan. Pulmalelumuistossa keskeistä onkin, että vasta kun ulkomaailmasta löytyy intressi, jonka kautta liittyminen sosiaaliseen yhteisöön tapahtuu ja muiston kirjoittajan minuudesta ja kyvyistä löytyy taito, jota ympäristö arvostaa, kirjoittajan sairauden ympärille kääriytynyt minuus voi asteittain avautua. Retket ja reissut, taitoja tukeva toiminta, hyväksyntä ja arvostus sekä arkinen yhdessäolo mahdollistavat asteittaisen kiinnittymisen sairaalaa ympäröivään ulkopuoliseen maailmaan. (Ks. myös Maanmieli 2019, 85–87.)

Muisto saakin pohtimaan oletuksia laitosmaailman ulkopuolisesta kotimaailmasta kiinnipitävänä ja vapaana ympäristönä (ks. myös Jäntti 2012, 114–118). Pulmalelumuiston kirjoittajalle kotimaailmaa edustava armeija on myös yksi Goffmanin (1961) luettelemista totaalisisista laitoksista, joissa elämää säädellään tiukasti esimerkiksi aikatauluin. Näin

tapahtuu myös maaseutuyhteisöissä ja työelämässä, joissa myös ollaan riippuvaisia toisista ja eletään pitkälti yhteisessä ja toisten määräämässä rytmissä. Työnteko, kuten Karoliina Ahonen (2019) väitöskirjassaan toteaa, on muodostunut merkittäväksi jakolinjaksi kansalaisuutta määrittäessä. Armeija taas edustaa norminmukaista mieheyttä (esim. Jokinen 2000). Pulmalelumuiston kirjoittajalle armeija edustaa paikkaa, jonne ”kunnan miehet” menevät ja johon hänen oma sairauskertomuksensa vertautuu. Armeija on myös se paikka, jossa muistelijalle selviää hänen diagnoosinsa, kun kolme vuotta lykkäyksen jälkeen kirjoittaja selaa kutsunnoissa häntä itseään koskevia papereita:

odottelin vuoroani herrojen eteen. Siinä tuli mieleen, että nyt katson lääkärinlausuntoa mitä kolme vuotta aikaisemmin oli minusta kirjoitettu. Siinä oli vieraalla kielellä yksi tai kaksi pitkää sanaa ja sulkumerkeissä [diagnoosi]. Tämä ei minua enää lisää masentanut, mutta sain ainakin tietää mikä minua vaivaa. En puhunut isälle tai äidille koskaan mitään asiasta milloinkaan. (MKM 304.)

On sekä ajanjaksolle että mielenterveysongelmien leimaavuudelle ja tabuluonteelle kuvaavaa, että kertojan perheessä eletään useita vuosia mielisairauden ja sen hoidon ehdoilla ilman, että potilas itse tietää diagnoosiaan. Elämää ja asumista määrittävät lääkärinlausunnot ja itsen hakkaamisen ja vahingoittamisen tuoma jatkuva tarve hakeutua sairaalaan, mutta selitystä, syytä tai diagnoosia sille, mikä tuon kaiken takana on, ei jaeta eikä nimetä edes perhepiirissä. Potilas ei tiedä diagnoosiaan – eikä sen selvittyäkään mainitse ”koskaan mitään asiasta milloinkaan” äidilleen tai isälleen. Vaikka muistelijan isä ja naapuritkin ovat olleet viemässä ja neuvomassa häntä sairaalaan pääsyssä, itse diagnoosi on tabu ja yhteisö vaikenee asiasta (Laitinen 2009, 5). Toverinsa kanssa kirjoittaja kuitenkin käy lyhyen keskustelun, jossa kertoo diagnoosista. Kaveri kysyy, miksi kirjoittaja pinnaa armeijasta ja kertoja paljastaa diagnoosinsa. Hänestä kuitenkin tuntuu, ettei ystävä usko häntä. Diagnoosi siis yhtäältä tarjoaa muistelijalle paikan laitosmaailmassa ja osaltaan suojaa häneen miehenä kohdistuvilta vaateilta. Se ei kuitenkaan takaa hänelle yhteisön hyväksyntää ulkomaailmassa, sillä toveri nimittää

häntä ”pinnariksi” ja hän kokee, ettei kuulu myöskään perheeseensä. Laitoksen ulkopuolella, niin sanotussa kotimaailmassa, on vain vähän sellaista, mikä sallisi kuulumisen tai tukisi kuulumisen tunnetta. Mielisairaanhoidossa potilaiden kiintymistä sairaalaan on tavattu nimittää laitostumiseksi ja sitä on selitetty muun muassa hoidon pitkäaikaisuudella, avohoidon riittämättömyydellä ja omaisten puuttumisella (Ahola 2015). Pulmalelumuisto kuitenkin haastaa tätä tulkintaa, sillä sairaalaa aikana kertojalla on perhe ja koti ulkomaailmassa, eikä avohoitotoiminta yksin motivoi kertojaa liittymään sairaalan ulkopuoliseen toimintaan. Laitosympäristössä hänellä on lupa olla niin kauan kuin hän osoittaa sairauden merkkejä. Siihen vaaditaan vastaanottava yhteisö ja yhteinen intressi, joka löytyy pulmaleluyhteisöstä.

Kodin ja sairaalan rajapinnalla

Edellä seurasin yhden elämäntarinan valossa vuosikausia kodin ja sairaalan välillä tapahtunutta liikettä historian taitekohdassa, jossa hoidon painopiste haluttiin siirtää sairaalasta kotimaailmaan ja potilaita alettiin aktiivisesti tukea kohti itsenäisempää elämää ja asumista. Käsittelemäni muisto purkaa kodin ja sairaalan välistä vastakkainasettelua ja osoittaa, että myös sairaala voi tarjota kiinnittymisen mahdollisuuksia, turvaa ja tukea – ja kotimaailma voi nämä evätä. Haluankin nyt pysähtyä hetkeksi tähän kodin ja sairaalan välille syntyneelle rajapinnalle ja tarkastella sitä myös muiden muistojen valossa. Kuten pulmalelumuistossa, myös näissä muistoissa sairaalasta löytyy kodikkaita ja kodinomaisia piirteitä – ja toisaalta koti sairaalan ulkopuolella voi olla sekä kaipuun kohde että äärimmäisen ongelmallinen ja turvaton paikka. Niin kotiin kuin sairaalaan joutumiseenkin voi kytkeytyä uhkaa. Neuvotteluja siirtymisestä sairaalan ja kodin välillä käydään niin lääkäreiden kuin läheistenkin kanssa, eikä suhde omaisiin useinkaan ole ongelmaton.

KODINOMAISUUDET OSASTOILLA?

Vaikka monet kokevat sairaalassa kodittomuuden tunteita, moni löytää sieltä myös kodinomaisia piirteitä. Koti on arjen näyttämö ja se voidaan-

kin Rita Felskin (2000) määritelmän mukaan ajatella miksi tahansa paikaksi, josta toiston myötä tulee oman identiteetin jatke. Harva kuitenkaan haluaa identifioitua sairaalaan tai ottaa omakseen psykiatrisen potilaan tai mielisairaana identiteettiä. Myös itse potilaiksi tulevat kantavat mielessään stereotyyppisiä, halveksuvia ja stigmatisoivia mielikuvia psykiatrisen potilaista. Nimimerkki ”Stiina” kirjoittaa: ”Hoito-ohjelmaan olisi kuulunut puolen tunnin kävely, mutta en osallistunut siihen, koska pelkäsin talon ulkopuolella liikkuvia mielisairaita. – – Toisten asukkaiden kanssa en jutellut mitään, koska he olivat erittäin sairaita. He vaikuttivat huumeiden käyttäjiltä, ihmisiltä, joita esim. kadulla kohdatessa luontevasti välttäisin.” (MKM 416.)

Monille potilaana olleille muistelijoiden sairaalasta tulee eletävissä oleva tila, kun he ymmärtävät toisten potilaiden olevan ”tavallisia” ihmisiä, jollaisia he itsekin ovat. Joillekin potilaille sairaalasta on löytynyt yhteisö, jonka kanssa toimia ja jakaa arjen askareita. Tällöin sairaala on ollut paikka, jossa eletään mielekästä arkea, katetaan pöytiä ja laitetaan ruokaa yhdessä toisten potilaiden kanssa. Koti, kotona oleminen ja kodin tunteen syntyminen liittyvätkin myös arjen toisteiseen ja toiston varassa rakentuvaan tapaisuuteen, tapojen modaliteettiin (Jokinen 2005). Kun näissä toimissa syntyy sosiaalisesti palkitsevaa kanssakäymistä, sairauden aikaansaama irtautuminen jaetusta todellisuudesta voi hellittää. Se korvautuu ruoan laittamisen, pöytien kattamisen ja yhteisten tilojen huoltamisen kaltaisilla maallisilla toimilla, jotka voidaan lääketieteen antropologi Marja-Liisa Honkasaloa (2006, 57) mukaillen mieltää pienen toimijuuden eleiksi, jotka kuitenkin ovat juuri niitä, joilla maailmasta saa otteen sairauden ja kärsimyksenkin keskellä.

Goffmanin mukaan totaalisen instituution erottaa muusta yhteiskunnasta se, että ulkomaailmassa vallitsee vapaampi rytmi (ks. myös Heimonen ja Maanmieli tässä teoksessa). Potilaiden kertomuksissa rytmi saattaa olla pakottava ja hankala, omaa elämää ja autonomian tunnetta nakertava seikka (ks. myös Nissi 2019), mutta toisille säännöllinen rytmi tuo turvallisuuden tunnetta: ”Pakko todeta, että osaston rytmit ja säännöt todellakin lisäsivät minun potilasturvallisuuden tunteita ja saivat rytmiä elämäni. Vielä se, että olin toistuvasti intervallihoidoissa, piti

minut toimintakykyisenä laitoshoidosta riippumatta.” (MKM 242–243, potilas, nainen, 1990-luku.)

Pakottavaan rytmiin sopeutuminen voi olla myös kotiin pääsyn ehto, jolloin kodin kaipuu ja sopeutuminen laitosarjen rytmiin kietoutuvat toisiinsa: ”Sairaalan arki oli todella vaativaa. Kuntoutusosastolla meiltä vaadittiin jatkuvaa työntekoa ja viikko-ohjelmaan osallistumista. Lepoaikaa oli todella vähän ja kellonajoista piti pitää tarkasti kiinni, muuten jäi ilman ruokaa, eikä kotiin pääsystä ollut tietoaakaan muuten. Päästäkseen kotiin tuli olla ehdottoman moitteeton.” (MKM 274, potilas, nainen, hoitajaksoja 1990- ja 2000-luvuilla.)

Tämä kuvaa hyvin sairaalaa liminaalitulana, johon sopeudutaan, jotta sieltä päästäisiin pois. Arjen toimintojen lisäksi sama logiikka pätee paikoin suhteessa hoitohenkilökuntaan. Hoitosuhteissa henkilökunta pyrkii luomaan potilaisiin luottamuksellisen suhteen, jonka ei kuitenkaan ole tarkoitus muodostua pysyväksi ihmissuhteeksi vaan tukea potilaan luottamusta elämään siten, että hän voisi irtautua hoitosuhteesta. Seuraavassa katkelmassa rytmin löytäminen ja sairaalasta saatu tuki yhdessä auttavatkin irtautumaan sairaalasta:

minulle annettiin lääkettä, mutta tärkeämpää tai ainakin yhtä tärkeää oli oppia erottamaan yö päivästä ja nukkua yöt, säännöllinen ruokailu ja hieman kommunikointia, kotiin lähtö ahdisti, olin saanut vahvan tuen osastolta, mutta lääkärin kanssa uloskirjoitusvaiheessa sai kysellä kaiken mahdollisen tarvittavasta lääkityksestä ja kotiinlähtö tapahtui asteittain, ensin päivälomia sitten yölomaa sitten pois ja kohti yhteiskuntaa, taidan olla hiukan laitostunut (MKM 272.)

Kertoja kokee lääkehoidon, rytmin löytymisen ja osastolta saamansa vahvan tuen auttaneen, mutta tulkitsee itsekkin laitostumiseksi sen, että hän viihtyi sairaalassa ja ahdistui kotiinlähdön ajatuksesta.

Monille kirjoittajille sairaala on ollut lepopaikka ja moni muistelee kiitollisuudella juuri sitä, että on saanut sairaalassa levätä ja liittyä toisten seuraan, arkeen ja maailmaan, kun on tuntenut voimiensa riittäneen (esim. MKM 306; myös Manner 1935). Moni kertoo sairaalareissua

edeltäneen pitkän unettomuuden. Ulkomaailma vaatii liikaa; sairaala on paikka, jossa saa levätä. Tällöin sairaala saakin kodillisia merkityksiä, sillä teollisen vallankumouksen ja palkkatyön vakiintumisen myötä koti on alettu nähdä nimenomaan yksityisenä, lepoa tarjoavana vastapainona julkisen maailman vaatimalle työnteolle, osallistumiselle ja toimeliaisuudelle (Saarikangas 2006).

KOTI SAIRAALAN ULKOPUOLELLA

Monille muistelijaille koti näyttäytyy sairaalasta kaipuun kohteena. Sairaalassa olemista määrittää erossa oleminen perheestä ja omaisista: ”Oli kamalaa, kun oma kotiin pääsy venyi, enkä päässyt heti kotiin, enkä tiennyt jäänkö edes henkiin. Olin väsynyt, kun vieraita kävi ja olisin tahtonut lähteä heti kotiin heidän kanssaan. Varsinkin ero 8-vuotiaasta pojastani oli todella vaikeaa – luulin menettäväni hänetkin.” (MKM 274, potilas, nainen, hoitajaksoja 1990- ja 2000-luvuilla.)

Erityisesti lapsia ikävöidään. Hoitoon joutuneilla vanhemmilla huoli lapsista voikin olla se tekijä, joka saa heidät jopa pysymään hengissä: ”Tuosta kotiutuksesta koitan vielä paperille saada, niin se oli lokakuussa 1986, ensin sairasloma, jolloin katsoin pilleripurkkeja, heitänkö kaikki kerralla naamaan, mutta kun oli tuo poikakin n. vuoden mittainen massenustila.” (MKM 005–006.) Tälle muistonsa jakaneelle isälle lapsi oli hengissä pysymisen motiivi. Samoin Pirkolle ajatus omaisista ja siitä, millaisia traumoja itsemurha heille aiheuttaisi, saa pysymään hengissä. Toisaalta potilas voi myös suojella perhettään pysymällä sairaalassa:

mulle sanottiin et sossut vie mun pikkusiskon ja pikkuveljen pois jos mä oon kotona. En mä halunnu elää niin mut mun oli pakko. En mä tahtonut että mun perhe joutuu kärsiin mun takia yhtään enempä kun mitä ne jo kärsi. Mielisairaala oli mulle vankila, jossa piti vaan olla. Mulla ei ollu muuta vaihtoehtoa. (MKM 388, potilas, useita hoitajaksoja eri sairaaloissa 2000-luvulla.)

Tämän kirjoittajan kohdalla psykiatriseen laitoshoitoon jäämistä motivoi sosiaaliviranomaisten uhkaus ottaa tämän pikkusisarukset huostaan, mikäli heille uhaksi katsottu potilas palaisi kotiinsa. Kirjoittaja itse nä-

kee, että sairaalaan jääminen on tällöin ainoa mahdollinen keino suojata kodin pysyvyyttä ja muun perheen eheyttä. Näin sairaala muodostuu vankilaksi, joka osaltaan rakentuu kertojan itsensä tuntemasta moraalisisestä velvoitteesta suojella perhettään. Perheen suojeleminen on joissain muissakin muistoissa syy, jonka perusteella ihmiset hakeutuvat sairaalaan. Lapsiomainen muistelee: ”Olin kymmenvuotias, kun satuin paikalle, kun isäni puhui puhelimesta. Hän anoi apua, kertoi pelkäävänsä, että satuttaa itseään tai perheenjäseniään.” (MKM 370–371.) Näille hoitoon hakeutuville tai sinne vapaaehtoisesti jääville potilaille sairaala on paikka, jonne sulkeutumalla he kantavat vastuuta muun perheen ja kodin turvallisuudesta.

Omaisten näkökulmasta kodin tila usein rauhoittuukin ja ikään kuin palaa kodiksi, kun oireileva läheinen on poissa. Toinen lapsiomainen kertoo: ”muistan myös sen, että kun isäni oli sairaalassa, meillä oli kotona hyvin rauhallista, eikä tarvinnut pohtia sitä, mihin aikaan yöllä isä tulee kotiin kapakasta” (MKM 356, omainen, 1970-luku). Sama muistelija kirjoittaa isänsä myöhemmästä sairaalareissusta kertoen, että kotona oli tuolloinkin rauhallista ja ”jotenkin turvallisempaa”. Omaisille sairaalajaksot voivat tarjota hengähdystauon pelosta ja huolesta. Vaikka heidän tunteensa mielisairaaloita ja sairaalahoitoa kohtaan ovat usein ambivalentit, monet tuntevat läheisensä olevan ja olevansa itse enemmän turvassa – vaikka tähän turvassa olemisen tunteeseen kuuluukin edelleen huolta, häpeää ja syyllisyyttä erityisesti tapauksissa, joissa läheinen on toimitettu hoitoon tai jää sinne vastoin tahtoaan. Eräs omainen kuvaa ristiriitaista tilannetta, jossa sairaalassa oleva kummitäti pyytää häntä ottamaan itsensä luokseen asumaan: ”tuli tosi huono omatunto, olihan hän hoitanut äitinsä apuna minua mummolassa. Mutta todellisuudessa en voinut häntä ottaa, olinhan työssä ja oli pienet lapset!?” (MKM 238–240.) Omaisille potilaan kaipuu kotiin ja vastentahtoisuus jäädä sairaalaan on usein riipaisevaa. Seuraava, lapsena sairaalaan joutunut muistelija liittyy yhteen kodin turvattomuuden ja mielensä haavat. Aikuisen näkökulmasta hän kuvaa niin lapsena kokemaansa, sairaalaan joutumiseen liittyvää epätoivoa kuin ymmärrystä äitinsä vaikeita tunteita kohtaan äidin joutuessa toimittamaan itkevän lapsensa takaisin sairaalaan:

Toisinaan pääsin viikonlopuksi kotiin äidin luokse. Silloin äitini oli jo ottanut eron isästäni ja kotiolosuhteet olivat sen vuoksi jo aivan turvalliset, vaikka pääni sisäiset arvet olivat edelleen aukinaiset. – – Viikonloput kuuluivat aina liian nopeasti ja kun sunnuntaina äiti vei minut takaisin – – aloin loppumatkasta aina itkemään.

”Äiti, älä jätä minua sinne.... Älä pakota menemään sinne, ole kiltti, äiti. Mä haluaisin kotiin...” Voin mielessäni kuvitella miten sietämättömän pahalta äidistä tuntui, kun hän parkkeerasi auton sairaalaan pihaan ja saattoi itkevän tyttärensä suljetulle osastolle. Halasi pitkään ja lupasi tulla pian käymään. Antoi vähän rahaa jotta saan ostettua suklaata sairaalan kanttiinista.

Tässä iässä toki tiedän, että äiti teki vain mitä oli tehtävä. Olin silloin liian rikki, oireilin päivittäin, tein epätoivoisia tekoja ja jopa karkailin kotoa. Eihän äidillä ollut vaihtoehtoja, kun näki tyttärensä tilanteen vakavuuden ja akuutin hoidon tarpeen. (MKM 484 potilas, useita hoitojaksoja 2000-luvulla.)

ONGELMALLINEN KOTI

Toisaalta sairaala voi olla paikka, jossa potilas on turvassa turvattomaksi muuttuneesta kodistaan. Monelle sairaalaan potilaaksi päätyneelle muistelijalle koti on ollut ristiriitainen paikka. Kuten potilaat myös omaiset ovat keskenään erilaisia, eivätkä aina kykene tukemaan hoitoon hakeutuvia. Joskus he – tai heidän puuttumisensa – voivat olla myös hoitoon hakeutumisen ja mielen järkkymisen syy. Koteihin kätkeytyy niin seksuaalista hyväksikäyttöä, väkivaltaa kuin yksinäisyyttäkin. Joulupäivystystä 1990-luvulla muisteleva lääkäri kirjoittaakin: ”Aaton aikana kävi selväksi miten latautunutta ja riitaisaa juhlapyhän vietto voi olla. Ehdin istua useammassakin perhetapaamisessa selvittelemässä kuka sanoi mitä ja miksi ja onko joku perheessä todella psykiatrisen hoidon tarpeessa.” (MKM 382.) Muisto osoittaa, että psykiatrisia ongelmia ratkotaan ja neuvotellaan sosiaalisesti ja että psykiatrisen hoidon tarvetta voidaan käyttää myös riidan välineenä. Suomalaisen kulttuurin ja kotien väkivaltaisuus⁹ nousee esiin myös mielisairaalamuistoissa:

9 Nykytilanteessa Suomi on lähisuuhdeväkivaltatilastoissa yksi Euroopan väkivaltaisimmista maista yhdessä muun muassa Latvian ja Tanskan kanssa (FRA 2015).

Iltapäivällä ennen miehen kotiin tuloa olin alustanut pullataikinan ja se nousi nyt pöydällä. Kun mies oli tullut kotiin töistä ja perhe oli koossa, alkoi meillä riita luultavasti rahasta ja löimme toisiamme. Ilta hämärtyi ja vanhempi tytärsin löi minua. Minä soitin poliisiin. Kun he tulivat, laitoin takin päälleni ja soitin taksin. Menin terveyskeskukseen. Siellä sanoin lääkärille aika kovaäänisesti, etten saa rahaa mistään. Lääkäri sanoi, että puhu hiljempaa. Sanoin myös, että kotiin en lähde. Oli tosiaan kova pakkanen ja – – oli sairaala täynnä. Lääkäri sanoi kuitenkin, että voisin lähteä sinne. Lähdin ambulanssilla. (MKM 266–270.)

Kun koti on väkivaltainen, sairaala voi olla myös turvapaikka. Toisaalta psykiatrinen sairaus ja hoito voivat olla myös niin hävettäviä, että ne laukaisevat väkivallan sairasta kohtaan. Näin tapahtuu muistossa, jossa intervallihoidossa 2010-luvun alussa ollut nainen, nimimerkki ”Iätön oman elämänsä vanki”, kirjoittaa saaneensa apua perhetapaamisista:

Koin tuolloin, että minun lisäksi perhettäni hoidettiin hyvin. Meillä oli yhteisiä perheen tapaamisia, joissa oli kiitettävän paljon asiantuntijoita läsnä. Oli avohoidon hoitaja, hoitajani sairaalassa, psykiatri ja erikoistuva psykiatri, sosiaalityöntekijä ja kättilöharjoittelija. Koin että näillä yhteisillä perhetapaamisilla oli käänteentekevä merkitys perheemme hyvinvoinnille. Olin ollut aviopuolisoni pahoinpitelemä vuosikausia mutta näin jälkepäin tuntuu että näillä yhteisillä palavereilla oli myös merkitys miehieni väkivallan loppumiseen. Kun minua oltiin kotiuttamassa hoitava psykiatrini soitti miehelleni töihin ja kysyi voinko minä tulla kotiin. Miehelleni minun sairaalassa oleminen oli kuin punainen viitta härälle. Mahdollisesti se lisäsi paljon ahdistusta ja pelkoa hänessä ja laukaisi hänessä väkivaltaan tukeutumisen. (MKM 390–398, nainen, potilas 1970, 1990, 2000, 2010-luvut.)

Muisto osoittaa, että psykiatrinen oireilu ja hoito voivat herättää monenlaisia, jopa väkivaltaisia tunteita lähipiirissä ja että niin sairastuminen kuin kuntoutuminenkin kietoutuvat monenlaisiin perhetilanteisiin ja

tunneyhteisöihin. Koti, josta kirjoittaja kertoo, on ollut vuosikausia miehen väkivaltaisen käyttäytymisen näyttämö, ja kirjoittaja on joutunut pahoinpidellyksi. Tässä sairaalahenkilökunnan moniammatillinen interventio on toiminut: väkivalta on loppunut perhetapaamisten jälkeen. Alun perin läheisen väkivaltaista käytöstä ruokkinut psykiatrinen hoito onkin lopulta auttanut palauttamaan kodin kodiksi.

Pahoinvointi kotona onkin yksi tärkeä tekijä hoitoon hakeutumisessa – myös silloin, kun sairaalahoidon ei koeta erityisesti auttavan – ja pahimmillaan kotimaailmassa koettu kodittomuus vain jatkuu sairaalassa:

Mitään apua en sairaalasta saanut, olin siellä säilössä viikosta kolmeen viikkoon ja joka kerta pääsin kotiin, missä ahdistukseni taas alkoi, kun kukaan ei ymmärtänyt, että halusin pois kotoa. – – Säilössä me nuoret siellä olimme, kuka enempi sekaisin kuka vähempi. Itse olin vain kyllästynyt elämään tätä elämää, kun kotona oli paha olla ja koulussa minua vain kiusattiin. (MKM 383.)

Psykiatrinen laitoshoido voi olla nuoren elämässä vain yksi paikka lisää, jossa on paha olla, ja pahoinvointi voi helpottaa, kun kotoa pääsee muuttamaan pois. Sama kirjoittaja jatkaa:

Kotona taas olin kelpaamaton laiska, joka ei viitsinyt tai edes yrittänyt tehdä mitään koulun eteen. Mutta kyllä minä yritin. Huomasin kuitenkin pian, että sain yhtä huonoja arvosanoja riippumatta siitä, yritinkö lukea kokeisiin tai en, joten valitsin jälkimmäisen. Silti onnistuin pääsemään ylioppilaaksi ja pois kotoakin pääsin muuttamaan, joten elämäni tasaantui pikkuhiljaa ja aloin voida paremmin. (MKM 383.)

Koti ei siis välttämättä ole hyvä ja toivottava paikka olla. Väkivalta ja kaltoinkohtelu kotona voivat olla niin fyysistä kuin henkistä ja sairaalaan hakeutuminen on yksi keino suojautua niiltä. Kotiin palauttaminen voi kuitenkin näyttäytyä potilaalle niin uhkaavana, että se sysää sairauden pahemmaksi: ”Muistan sen että kun minua yritettiin kotiuttaa niin sairauteni puhkesi psykoosista skitsofrenian puolelle” (MKM 478,

2010-luku). Samasta kotiin joutumisen uhasta kertoi yllä myös pulmalelumuisto – ja samaa muistelivat osallistujat myös Anniina Väisäsen (2020, 84–85) tekemässä haastatteluihin perustuneessa muistitietotutkimuksessa. Heidän mukaansa pitkään sairaalahoidossa olleet potilaat mielsivät sairaalan tai asuntolan kodikseen ja oireilivat heti, kun kotiuttamisesta alettiin puhua.

Monelle kotiin pääseminen kuitenkin on kaivattu ja odotettu asia: ”Vihdoin koitti se kevättalven päivä, jolloin pääsin kotiin. Olin alussa hyvin ahdistunut. Kotona olin kovassa lääketokkurassa ja nukuin paljon. Siitä alkoi kuitenkin toipumisen tie ja nykyisin olen kolmekymmentä vuotta vanhempi mutta paljon paremmassa kunnossa kuin silloin kevättalvella -85.” (MKM 266–283.)

Kotiutuminen ei kuitenkaan tarkoita, että sairaus ja pahoinvointi jäisivät sairaalaan. Toipuminen kotona mahdollistuu, jos siellä on kuntoutumista tukevia ihmisiä ja ihmissuhteita. Sairaala-aikojen lyheneminen ja avohoidon lisääntyminen siirtää hoitovastuuta yhä enemmän perheille; toisaalta huolehtivien omaisten olemassaolo voi lyhentää hoitoaikoja: ”Kolme kuukautta normaalisti pidetään hoidossa mutta pääsin kahdessa kuukaudessa pois kun avomies lupasi huolehtia minusta” (MKM 271). Kaikilla näin ei ole, mutta ajatus sairaalan ja kodin välisestä dikotomisesta kytköksestä sairauteen ja terveyteen elää kuitenkin vahvana ihmisten mielissä. Tästä kertoo nimimerkki ”Pirkon” läheisen sairastumista käsittelevä muisto (MKM 572–610), joka sisältää myös muistoissa melko harvinaisen katkelman sairaalan jälkeisestä ajasta. Omaisena Pirkko pohtii omaa suhtautumistaan ja käytöstään sekä peilaa sitä omien omaistensa käytökseen oman sairastumisensa ja erityisesti kotiutumisen aikaan.

Kävin useamman kerran sairaalassa ja pidin itseäni oikein kunnollisena ihmisenä, joka huolehtii omaisistaan. Vasta monta vuotta myöhemmin huomasin tehneeni saman virheen, jonka jotkut omaiseni mielestäni tekivät minun kanssani. Eli kun [läheiseni] pääsi sairaalasta kotiin, lakkasin käymästä hänen luonaan. Suhtauuin häneen ikään kuin hän olisi täysin terve ja kykeneväinen elämään omillaan – vaikka olin itse hänelle juuri sanonut, että toipuminen vie aikaa.

Ylipäättään olen sitä mieltä, että vaarallisin vaihe masentuneelle on kotiutus. Sairaalassa on hoitajia ja muita ihmisiä – kotona ei ketään. (Tosin nyt vasta huomaan, että olen nähnyt tilanteen vain yksin asuvan näkökulmasta.) – Olen vaan niin hämmästynt siitä, miksen huomannut rinnastaa omaa tilannettani [läheiseni] tilanteeseen. Miksi ajattelin, että pahin on ohi, kun toinen pääsee sairaalasta kotiin? Ikään kuin asia olisi selvärajainen: Sairaala – sairaus. Koti – terveys.

En tarkoita näillä pohdinnoilla soimata itseäni, olen toiminut tuolloin niin kuin olen parhaaksi nähnyt. Mutta jos [läheiseni] uudelleen sairastuisi ja kotiutuisi, ymmärtäisin nyt toimia toisin. (MKM 571.)

Tämä pitkäkö lainaus nostaa esiin omaisten merkityksen kotiutumisesa. Kirjoitus valaisee sitä, miten syvällisiä vaikutuksia voi olla sillä oletuksella, että mielenterveysongelmat ovat sairauksia, jotka parannetaan sairaalassa. Tällöin tulee helposti ajatelleeksi, että sairaus on jäänyt sairaalaan – jopa silloin, kun oma kokemus sotii tätä ajatusta vastaan. Pirkko nostaa esille myös sairaalan sosiaalisen puolen: siellä on ihmisiä. Yksinasumisen lisääntymisen myötä yhä useammin kotona ei ole ketään. Esimerkiksi masennuspotilaille kotiutuminen ei tarkoita parantumista vaan ikään kuin toipumisen alkamista. Mutta juuri tuossa tilanteessa Pirkko itse oli jäänyt yksin – ja myöhemmin huomasi itse jättäneensä läheisensä yksin. Yksinäisyys taas on tutkimusten mukaan paitsi fyysiseen kipuun verrattavissa olevaa kärsimystä aiheuttava tila (Saari 2010; Saari ja muut 2016) myös yksi keskeisimmistä mielenterveyskuntoutujien elämää haittaavista tekijöistä (Guerrero 2008; Tainio 2015). Tilastokeskuksen mukaan lähes puolet Suomen asuntokunnista on yhden ihmisen talouksia. Yksin asumisen lisääntyminen on yksi asumisen selkeimmistä trendeistä viime vuosikymmeninä, ja tämä kehitys jatkuu edelleen.¹⁰ (SVT 2018.) Kiinnipitävät suhteet eivät ole itsestäänselvyksiä sairaalassa eivätkä kotimaailmassa, mikä tulisi ottaa huomioon sairaanhoidossa myös laajemmin.

¹⁰ Vuonna 2018, jolloin yksinasuvia oli yhteensä lähes 1,2 miljoonaa. Tämä on lähes puolet (44 prosenttia) kaikista asuntokunnista. (SVT 2018.)

Rakkausmuisto – kotona, maailmassa

Mielisairaalayhteisöissä on syntynyt monenlaisia suhteita. Siinä missä aineistoomme sisältyy useita kertomuksia siitä, miten henkilökunnan jäsenet ovat luoneet sairaalassa tärkeitä ihmissuhteita toisiinsa ja miten myös potilaiden välille on syntynyt ystävyyksiä ja ihastumisia, on joukossa kuitenkin vain yksi potilaan tarina, joka kertoo rakkaudesta potilaan ja henkilökunnan jäsenen välillä. Ylipäätään potilaiden ja henkilökunnan välille syntyneet suhteet ovat ilmeisesti olleet harvinaisia vaikkakaan eivät tavattomia (Väisänen 2020, 95). Virallisesti henkilökunnan on ollut kiellettyä solmia liian tuttavallisia suhteita potilaisiin eikä ystävystymistäkään ole sallittu, saati suosittu. Silti näitä kiintymyssuhteita on joskus syntynyt.

Tarkastelen seuraavassa tätä rakkausmuistoksi sen keskeisen teeman vuoksi nimeämäni muistoa, koska se juuri harvinaisuutensa vuoksi nostaa esiin monia valtaan, hoivaan, hoivan sukupuoleen ja etiikkaan sekä potilaan asemaan ja perhesuhteisiin liittyviä kipeitä kysymyksiä. Painotettakoon kuitenkin aluksi, että kyseessä on varsinaisen hoitosuhteen jälkeen rakkaussuhteeksi muodostunut ja parantolassa eikä mielisairaalassa syntynyt suhde, joten eettisesti siinä ei ole mitään kyseenalaista. Koska henkilökunnan ja potilaiden välisiin suhteisiin on kuitenkin suhtauduttu kielteisesti, muodostaa tämä kielto taustan myös tälle muistolle, joka institutionaalisen kehyksensä vuoksi saa kielletyn rakkauden – tuon romanttisen kirjallisuuden ikaikaisten polttovoiman – piirteitä: sen sytykkeinä toimivat vastukset ja voimat, jotka pyrkivät pitämään rakastavaiset erillään toisistaan (Korsisaari 2006, 20–21). Yksi tällaisista taustavaikuttimista lienee ollut vuodesta 1929 vuoteen 1969 voimassa ollut avioliittolaki, joka kielsi avioliitot mielisairain määrityltä henkilöiltä. Vaikkei laki rakkaustarinan alkuvaiheidenkaan aikaan enää ollut voimassa, voi sen ajatella vaikuttaneen asenteiden ja ääneen lausumattomienkin kieltojen taustalla. Lisäksi hoidon etiikkaan kuuluu käsitys hoitosuhteesta valtasuhteena, jolloin henkilökunnan ja potilaiden suhteiden valvominen on myös potilaiden suojelua mahdolliselta hyväksikäytöltä (ks. esim. Showalter 1987; STM 2011, 21).

Rakkausmuisto itsessään on hybridi erilaisia tekstilajeja: kehyskertomuksen lisäksi mukana on ansioluettelo, kirjallista tuotantoa, lehtiartikleita ja sähköpostiviestejä. Jopa *Prinsessa*-elokuvan mainos on päässyt mukaan. Luovutusasiakirjan aineiston luovuttamisesta tutkimuskäyttöön ovat allekirjoittaneet sekä kertoja että hänen puolisonsa, ja he ovat myös lukeneet ja hyväksyneet tulkintani. Heidän välilleen parantolassa syntynyt ihastus ja ystävyys, joka ajan myötä, hoitosuhteen jo päätyttyä syvenee rakkaudeksi ja päätty pitkäaikaiseen avo- ja avioliittoon, muodostaa tarinan sydämen. Tämä rakkaustarina on liitetty monisivuisen kirjoituksen alkuun ja muodostaa kehyksen, jonka läpi kirjoituksessa myöhemmin esiin nouseva menneisyys tulee kerrotuksi ja tulkituksi. Muina kantavina teemoina näyttäytyvät eri asuinpaikat ja erilaiset hoitopaikat kuntoutuskodeista sairaaloihin. Tämä asumis- ja hoitohistoria on kirjattu myös CV:n tapaan koulutuksen ja työsuhteiden jatkoksi ja lomaan. Kirjoittaja mainitsee tarinassaan myös asunnottomuuskaudet ja kertoo avoimesti lapsuudenkodin vaikeuksista: perheen taloudellisen tilanteen romahduksesta konkurssin myötä, vanhemman itsetuhoisesta käytöksestä ja itsemurhayrityksestä, uskonnollisesta taustasta ja suuren perheen muutosta Etelä-Suomeen kertojan ollessa murrosikäinen. Tausta, jota vasten rakkaustarina piirtyy, on kuvaus kasvuympäristöstä, joka on kaikin tavoin vastakohta kiinnipitävälle ja kasvua tukevalle ympäristölle, joka Granfeltin (1998) mukaan mahdollistaa sisäisen kodin syntymisen, kasvun, leikin ja luovuuden. Kertojan nuoruusvuodet ovat kuluneet vaihtuvissa asunnoissa, haavoittavissa parisuhteissa ja väliaikaisissa työsuhteissa. Hän päätyy mielenterveyspotilaille tarkoitettuun parantolaan ja sieltä myöhemmin psykiatriseen sairaalaan.

Kirjoittaja kertoo, että saapuessaan parantolaan hän oli jo menettänyt luottamuksen elämään ja ihmisiin. Parantolassa hän saa omahoitajakseen miehen, joka ammattiroolinsa ja -tehtävänsä mukaisesti pyrkii voitamaan kertojan luottamuksen lempeydellä, läsnäololla ja keskusteluilla. Kertoja ihastuu hoitajaansa välittömästi: ”katsoin ystävällisiä ruskeita silmiä ja yritin näyttää välinpitämättömältä, vaikka sydämeni oli pakahnut. Olin ihastunut heti ensi silmäyksellä. – – Mutta en osannut uneksiakaan siitä mitä onnea elämä toisi tullessaan. Ja jonka nyt tänään tätä kirjoittaessani yli 34 vuotta myöhemmin ensitapaamisestamme tiedän.”

(MKM 440.) Hoitaja pitäytyy ammattiroolissaan, johon kuitenkin lähtökohtaisesti kuuluu potilaan luottamuksen voittaminen, lempeys ja hyväksyvyys, joihin kertoja yhä syvemmin ihastuu.

Parantola-aikana ja sitä seuraavan sairaalajakson aikana tulevat rakastavaiset eivät kuitenkaan puhu tunteistaan, ja etenkin hoitaja suhtautuu varauksellisesti suhteen etenemisen vielä pitkään varsinaisen hoitosuhteen päätyttyäkin (MKM 444). Kumpikin kuitenkin muistaa hetken, jolloin omahoitaja voittaa hoidokkinsa luottamuksen väärinymmärrystä seuranneen kiukuttelun päättyessä. Ja vaikkei kertoja tänä päivänä tiedä, milloin hoitaja huomasi rakastuneensa, on molempien mieliin piirtynyt muisto hetkestä parantolan puutarhapenkillä, jolla istuessa aurinko kimmelsi kertojan hiuksilla ja muurahaiset kiipeilivät heidän käsivarsillaan. (MKM 440.)

Herkkyys, läsnäolo ja avoimuus toisen todellisuudelle kuuluvat hoitotyön ammattilaisen ammattitaitoon. Keskeisesti samat ominaisuudet liittyvät myös käsityksiimme rakkaudesta (ks. esim. Korsisaari 2006). Ammatillisuuteen perustuvien hoitosuhteiden ei kuitenkaan lähtökohtaisesti ole tarkoitus kehittyä jatkuviksi ihmissuhteiksi. Oikeastaan päinvastoin: näiden suhteiden on tarkoitus siirtää luottamus toisiin ihmisiin tai ihmisiin ylipäätään ja edesauttaa siirtymistä laitoksen tai kuntoutuskontekstin ulkopuolelle (Rissanen 2007, 63–76 ja 84). Tässä mielessä myös kuntoutuskontekstissa syntyvät hoivasuhteet on tarkoitettu liminaalisiksi eräänlaisen henkisen muodonmuutoksen mahdollistaviksi transitiosuhteiksi, joissa luottamusta luomalla pyritään murtamaan ihmisen marginalisoitunut tila (emt. 84). Tässä elämäntarinassa kuntoutuksessa syntynyt luottamussuhde kuitenkin kantaa elämässä vuosikymmeniä eteenpäin ja siitä muodostuu kiinnipitävä säie myös kertojan päätyessä mielisairaalaan. Juuri suhteen jatkuminen rikkoo laitoshoidon ja ammatillisuuteen ja asiakkuuteen/potiluuteen perustuvien suhteiden normaalia, oletettua kaavaa. Kertojan sanoin se on kuitenkin ollut hänen kohdallaan hänen pelastuksensa (MKM 444).

Institutionaalisen kehyyksen lisäksi rakkaussuhteen kehittymiseen vaikuttaa keskeisesti kertojan oma oireilu. Hän piirtää tarinassaan kuvan paitsi itsestään myös muista potilaista elämään ja ihmisiin luottamuksen menettäneinä ja kipeästi hoivaa ja huolenpitoa kaipaavina, kovia

kokeneina ihmisinä, jotka kuntoutuskodissa ja muissa hoitolaitoksissa kilpailevat hoitajien huomiosta: ”Minä halusin olla sairas. Tai pikemminkin minä halusin osakseni kaiken sen huolenpidon, josta olin jäänyt paitsi nuoruusvuosiensa aikana.” (MKM 440.) Kertoja siis kiinnittää huomion laitossuhteisiin potilaiden ja henkilökunnan osastoilla muodostamana sosiaalisena ja emotionaalisen yhteisönä (ks. tarkemmin Kuuva tässä teoksessa; Rosenwein 2006; 2010), jossa ihastutaan, vihastutaan ja kilpaillaan sairauden vakavuudella ja hoivan tarpeella. Toisaalta parantolassa myös vietetään arkea, kuunnellaan musiikkia ja tehdään jekkuja hoitajille (MKM 442). Rakkaudennälässään potilaat toisaalta kokevat toisensa myös uhkana, ja pelko rakkauden menettämisestä on keskeinen osa tätäkin tarinaa. Muistelijat kertovat kokeneensa monet toiset – erityisesti naispuoliset potilaat – uhkana ja kilpailijoina. Usko rakkauteen ja sen kestävyteen on hauras.

Kirjoittaja kertoo eräänä yönä romahtaneensa omahoitajansa lähdeTTYä ja tuhonneensa parantolan omaisuutta. Tämän johdosta hänet lähetetään parantolasta sairaalaan. Sairaalassa eräs hoitaja kommentoi kertojan olevan liian kiintynyt hoitajaansa (MKM 443). Omahoitaja käy häntä kerran tapaamassa ja he aloittavat kirjeenvaihdon. Myöhemmin, kertojan sairaalajakson päätyttyä, he alkavat tapailla, mutta ”tuntui, että rakkaussuhde välillämme oli kielletty, varsinkin hoitajani tuntui olevan varovainen tässä asiassa” (MKM 444). Ystävyys kuitenkin syvenee rakkaudeksi ja he päätyvät avoliittoon. Kertojan mukaan hoitaja ”ottaa riskin”, koska, kuten hän pilke silmäkulmassa myöhemmin on kertonut, on katsonut rakastettunsa olleen ”kehityskelpoinen” (MKM 444). He muuttavat yhteiseen kotiin – ensin asuntolaan ja myöhemmin omaan asuntoon. Tässä kohden käy ilmeiseksi, ettei hoitoyhteisönkään kanta suhteeseen ole yksioikoinen: parantolan ylilääkäri hyväksyy suhteen, kun taas ylihoitaja paheksuu sitä. Koska uusi koti sijaitsee lähellä entistä hoitopaikkaa, kertoja pelkää, että entiset potilastoverit pyrkisivät tuhoamaan rakkaussuhteen tuoman onnen: ”Pelkäsin usein, että siellä olevat potilaat alkavat vainoamaan meitä, varsinkin minulle tutut. – – Ymmärrän nyt vuosikymmeniä myöhemmin, että pelkoni olivat varmaankin osittain omaa sairauttani – – eivätkä pohjanneet totuuteen kuin osittain.” (MKM 444.) Pelot ovat kuitenkin tosia ja voimakkaita. Asuntolassa

kertoja ei poistu huoneesta muiden hoitajien ollessa paikalla. Muutto kauemmas hoitopaikasta saa pelot hellittämään, ja kertoja luo ystävyys-suhteita myös potilaskavereihin. Hän ei koe heitä uhaksi eikä koe heidän kadehtivan häntä hänen puolisostaan.

Rakkaussuhde koituu muistelijan mukaan hänen pelastukseksseen, koska se sysää hänet terapiaan ja pitkään ja rankkaan itsetutkiskeluun, jonka myötä hän alkaa löytää itseään. Muistelijan tarinassa koti rakentuu terapiasuhteissa tapahtuvan itsetutkiskelun ja läheisen, hoivaa ja rakkautta tarjoavan ihmissuhteen varaan: ”Hänellä oli minuun rauhoittava vaikutus ja sain turvaa hänen läheisyydestään” (MKM 441). Lisäksi hän kertoo läpi elämänsä jatkuneesta monitahoisen tuen ja hoidon tarpeestaan ja eri tahoilta saamastaan avusta. Tämä moninainen eri terapia-, sairaanhoito- ja kuntoutustahoilta saatu tuki mahdollistaa hänen toimijuutensa. Samalla se murtaa käsitystä autonomisesta, toisista ja tuesta riippumattomasta ihannekansalaisesta. Mielenkiintoisella tavalla naispotilaan ja mieshoitajan suhde myös rikkoo tavanmukaista sukupuolijärjestystä, jossa hoiva usein ymmärretään naistapaiseksi toiminnan muodoksi (Jokinen 2005; Sihto 2019, 21). Muistelija itse puolestaan ottaa julkisen keskustelijan roolin kirjoittaessaan mielenterveyttä koskevia kirjoituksia paikallislehtiin.

Kokonaisuudessaan muisto on lohdullinen tarina välittämisestä ja rakkauden parantavasta voimasta. Se on yhtä aikaa elämän kolhimien ihmisten puolustuspuhe ja kokemuskertomus lähes elämän mittaisesta potilasurasta (Chesler 2005) erilaisissa sairaaloissa, kuntoutuskodeissa, terapioissa, avopalveluissa, mielenterveystoimistoissa ja työkeskuksissa. Näistä kokemuksista kirjoittaja on luonut arvopohjan, josta hän ammentaa omakustanteisissa runoteoksissaan ja lehtikirjoituksissaan osallistuen näin julkiseen keskusteluun. Tässä mielessä se muistuttaa tutkija Päivi Rissasen (2015) liseniaatintyössään ja väitöskirjassaan kuvaamaa kehitystä pitkäaikaispotiluudesta kohti yhteiskunnallista toimijuutta. Rissasen kohdalla kuntoutuminen ja toimijuus rakentuvat tutkimustyön varaan; tässä muistossa toimijuus rakennetaan rakkaussuhteen ja sen ympärille muodostuvan ytimen ympärille. Suhteen voi ajatella kodiksi, jolloin se muistuttaa feministitutkija bell hooksin (1990) teoretisointia kodista radikaalina, alistettujen ja syrjittyjen ryhmien poliittista

subjektiutta rakentavana paikkana. hooks näkee mustien naisten hallitsemat kodit rasistisessa yhteiskunnassa politisoituneina tiloina, jotka vihamielisessäkin ympäristössä mahdollistavat vastarinnan ja eheän subjektiuden syntymisen. Niin hooksin kuin muistelijan keskeisinä teemoina ovat rakkaus ja hyväksyntä, jotka mahdollistavat stigmatisoinnin ja syrjinnän vastustamisen. Tässä muistossa muistelijan julkinen kirjoitustoiminta tähtää mielenterveyskuntoutujia koskevien ennakkoluulojen poistamiseen ja ymmärryksen lisäämiseen ihmisten välillä. Hänen paikallislehdissä julkaistut kirjoituksensa kehottavat rakkauteen, hyväksymiseen, keskinäiseen avunantoon ja suvaitsevaisuuteen mielenterveyskuntoutujia ja mielenterveysongelmia kohtaan. Niissä hän avaa masentuneen maailmaa ja pyrkii tekemään sitä ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi. (MKM 448.) Tällaisen aktiivisuuden voi nähdä myös tekona, jolla kirjoittaja tekee ajatteluaan näkyväksi ja siten maailmaa omaksi sekä toisten kodiksi.

Martin Heideggerin (1998) mukaan ihmisen tapa olla olemassa on paikan sekä kielen asuttamista ja omaksi tekemistä, maailmassa olemista ja ympäristön rakentamista. Iranilaislähtöiselle kulttuuriteoreetikko Hamid Dabashille (2011) maailma muuttuu kodiksi, kun siihen voi tarttua kriittisellä, diskursiivisella otteella. Dabashille maailma on koti, koska siitä voi saada otteen kielen ja teorian avulla. Rakkausmuiston kirjoittaja ottaa maailmassa paikan ja tilan kirjoittamalla runoja, omakustanteita ja lehtiartikkeleita rakkauden merkitystä painottaen. Merkittävää muistossa on myös se, että kirjoittaja nostaa esiin itselleen tärkeitä esikuvia mielisairaaloissa pitkään eläneistä naisista. Taiteilija L. Onerva, joka eli pitkään Nikkilän mielisairaalassa 1900-luvun alkupuolella ja Anna Svedholm os. Lappalainen (1896–1988) eli Kellokosken Prinsessa ovat molemmat tärkeitä samaistumisen kohteita. Kellokosken Prinsessa mainitaan monessa muussakin muistossa. Prinsessasta muodostuukin yksi tärkeä kulttuurinen kiinnekohta, jonka kautta mielisairaaloiden potilaskokemuksia voidaan jäsentää (ks. myös Kinnunen 2016). Rakkausmuiston kirjoittaja saa Prinsessan ja L. Onervan hahmoista voimaa, jolloin vertaisuus ja esikuvat nousevat muistossa keskeiselle sijalle.¹¹

11 Myös kansainvälisessä, syrjäseuduilla asuvien, lähisuuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten kanssa toteu-

Julkisten esikuvien ja oman kirjoitustoimintansa kautta kirjoittaja rai-
vaa julkista tilaa mielenterveyskuntoutujille ja heidän kokemuksilleen
osana yhteistä, jaettua todellisuutta. Ne luovat tilaa mielenterveyden
ongelmista, mielenterveydestä ja sitä ylläpitävistä yhteisöistä ja kanssa-
käymisestä puhumiselle sekä tuottavat sellaista kulttuurista tilaa, maa-
ilmaa, jossa mielenterveysongelmien ja psyykkisten sairauksien kanssa
on mahdollista elää. Julkinen puhe mielenterveysongelmista ja mielen-
terveyskuntoutujien osallistuminen julkisen puheen tuottamiseen, ku-
ten Arendt (2017) toteaa, muokkaa ihmisenä olemisen ehtoja. Jos mie-
lenterveyden menettämisen mahdollisuus olennaisella tavalla kuuluu
ihmisyyteen (Feder 1980; Baker ja muut 2010) ja asuminen on ihmisen
tapa olla maailmassa (Heidegger 1995), mielenterveyskuntoutujien asu-
minen omissa kodeissaan (tai asuttaminen omiin koteihinsa) ja osallis-
tuminen julkiseen toimintaan muokkaavat keskeisellä tavalla ihmisenä
olemisen ehtoja – ei vain mielenterveyskuntoutujille vaan kaikille, sillä
kenen tahansa mielenterveys voi horjua.

Kun avohoitoa pyritään lisäämään, hoitajaksojen määrää vähentä-
mään ja niiden pituutta lyhentämään ja vanhoja mielisairaaloita tyhjen-
netään ja niille etsitään uusia käyttötarkoituksia, on tärkeää ymmärtää,
että sairaalayhteisöjä ja niiden toimintaa (hyvässä ja pahassa) suojaavien
seinien vastineeksi on rakennettava yksilöä ja yhteisöjä suojaavaa yhteis-
kuntaa. Kun mielisairaala ei enää muodosta psyykkisesti sairastavien
maailmaa vaan sairauksia eletään osana sairaaloiden ulkopuolista maail-
maa, ja kun mielisairaala ei enää hierarkkisesti roolita yhteisön jäseniä,
mielekkään ja merkityksellisen yhteisön tarjoaminen mielenterveyson-
gelmistä kärsiville jää aivan kaikkien vastuulle. Juuri tähän muistelijan
paikallislehdessä julkaistut kirjoitukset pyrkivät: suurin osa niistä kä-
sittelee sitä, miten tärkeää on kohdata ihminen ihmisenä, olla armolli-
nen itseä ja toisia kohtaan, suvaita erilaisuutta, kohdata mielenterveys-
ongelmat rohkeasti ja myös sitä, miten tärkeitä lempeys ja rakkaus ovat.
Kirjoituksissa hän kysyy myös, missä kulkee terveyden ja sairauden raja,

tettavassa Erasmus+-rahoitetussa Heroines-kirjallisuusterapiahankeessa Kellokosken Prinsessa on
noussut keskeiseksi roolimalliksi, jota hyödynnetään suomalaisryhmän työskentelyssä. Prinsessa toi-
mii tällöin voimauttavana esimerkkinä historian vahvoista, rajoja rikkoneista ja vaikeista kokemuksista
selviytyneistä naisista.

pohtii puolustautumisen tärkeyttä ja mielenterveyden ja -sairauden nimeämistä esimerkiksi tasapainoksi ja tasapainottomuudeksi. Tällainen stigman vastainen työ on tärkeää; yhtä lailla tärkeää on kuitenkin myös nähdä ja ymmärtää yhteiskunnallisia rakenteita, jotka mielenterveyskuntoutujien ja -potilaiden elämää säätelevät.

Lopuksi

Mielisairaalamuistojen tarkastelu kodin ja sairaalan suhteen kautta tekee näkyväksi mielenterveyspotilaiden elämisen ehdoissa viimeisen sadan vuoden aikana tapahtuneen valtavan muutoksen. Jos Neuman-Rahnin (1924) oppikirjassa sairaala kuvattiinkin potilaiden kodiksi, tosiasiaassa potilaat asuivat monen hengen huoneissa vailla yksityisyyttä. Yksityisyys oli tuolloin tosin muutoinkin vain harvojen herkkua, sillä asumista sairaalaympäristössä ja Suomessa yleisemminkin määritteli ahtaute. Sairaalaympäristössä asumisen muodot ja tavat järjestyvät hierarkkisesti ja mielisairaalat ja mielisairaanhoidot olivat kytköksissä siihen, millainen asuminen kenellekin katsotaan sopivaksi tai riittäväksi. Kodiksi ja asumisympäristöksi sairaalat muodostuivat henkilökunnalle, joka vielä 1960-luvulla oli usein velvoitettu asumaan sairaala-alueella. Tätä valottivat erityisesti henkilökunnan lasten muistot.

Potilaille sairaalassa olo merkitsi eroa perheestä ja useiden, varsinkin kroonisesti sairaiden kohdalla, tämä ero oli usein pysyvä. Osin siitä syystä, että sairaudet katsottiin parantumattomiksi; osin siksi, että ne aiheuttivat niin suurta häpeää. Sairaalat eivät myöskään ennen 1960-lukua välttämättä aktiivisesti tukeneet perhesuhteiden säilyttämistä, vaan muodostivat omavaraisuuteen pyrkiviä työ-, asumis- ja hoitoyhteisöjä, joissa potilailla oli merkittävä rooli työntekijöinä. Työ myös katsottiin osaksi hoitoa (ks. Rissanen 2019). Sairaalat alkoivat tukea potilaiden perhesuhteiden ylläpitoa ja (uudelleen)muodostamista 1960-luvulta alkaen, mikä näkyi erityisesti hoitohenkilökunnan muistoissa.

Kun käsitys mielisairauksista alkoi muuttua ja ne alettiin nähdä parannettavissa olevina, tilapäisinä tiloina, syntyi tarve myös kyseenalaistaa sairaalat potilaiden koteina, ja koti asetettiin lainausmerkkeihin. Työn-

tekijät olivat alkaneet muuttaa pois sairaala-alueilta jo aiemmin yhteiskunnan yleisen vaurastumiskehityksen myötä; potilaiden poismuutto kiihtyi 1990-luvulla, kun laitostavastainen näkemys hoidosta kohtasi yhteiskuntaa koetelleen taloudellisen laman ja mielisairaalalaitosta alettiin toden teolla purkaa.

Ajatus sairaalasta potilaiden kotina – tai ”kotina” – onkin väistynyt sen psykiatrisessa kuntouksessa ja hoidossa vallitsevan käsityksen tieltä, että vain harvoja vankimielisairaanhoidon potilaita lukuun ottamatta mielenterveyskuntoutujan ideaalipaikkana nähdään tämän oma koti, ja että sairaalajaksojen tulisi muodostua mahdollisimman lyhyiksi. Nykyisin sairaalaan kotiutuminen tulkitaan lähinnä laitostumiseksi, sillä mielisairaala nähdään eräänlaisena väliaikaisena liminaalitulana. Näkemys sairaalasta liminaalisena tilana sisältää kuitenkin eräänlaisen paradoksin: sinne on tarkoitus sopeutua, jotta voisi poistua sen tilasta; on tarkoitus kotiutua, mutta ei kiinnittyä paikkaan, tehdä siitä koti; on tarkoitus palauttaa luottamus ja luoda luottamuksellisia suhteita toisiin ihmisiin, sairaalaympäristössä hoitajiin, mutta ei jatkaa näitä suhteita sairaalan ulkopuolella.

Muistoaineistossa kodin ja mielisairaalan suhde näyttäytyy monin tavoin muuntuvana ja jännitteisenä suhteena, jota olen tässä pyrkinyt avaamaan historiallisesti ja kulttuurisesti muuntuvien koti- ja sairauskäsitysten valossa. Mielen sairaus ja mielisairaanhoido muokkaavat ihmisenä olemisen ehtoja, joihin kuuluvat niin asumisjärjestelyt kuin osallistuminen sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen elämään sekä julkiseen keskusteluunkin.

Sairaus muokkaa perhesuhteita, potilaiden ja omaisten kotien tunnelmaa ja tiloja. Mielen sairaus ja sen laitoshoido vaikuttavat konkreettisesti siihen, missä potilas on ja mihin, millaisiin tiloihin hänet sijoitetaan. Nämä tilat symboloivat hänen asemaansa ja määrittävät hänen mahdollisuuksiaan liittyä eri yhteisöihin. Mielentila ja ulkoinen, eletty tila ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat keskeisesti siihen, miten ja millaisiin ympäristöihin sairastunut voi kokea kuuluvansa ja missä hänen annetaan olla. Vapaus valita asuinpaikkansa on YK:n ihmisoikeusjulistuksen kolmannentoista artiklan mukaan yksi ihmisoikeuksista. Mielenterveyskuntoutujien asumisesta päättämisessä ja sen järjes-

tämisessä, asuinpaikan valitsemisessa ja määräytymisessä on kyse myös ihmisen perusoikeuksista.

Kodin näkökulmasta huomattavaa on, että molemmat tarkastelemieni pitkien muistojen kirjoittajat keskittyvät kertomuksissaan erityisesti ihmissuhteisiin. Vaikka pulmalelumuiston kirjoittaja esimerkiksi tekee hyvin tarkkoja huomioita sairaalasta ja sen tilojen suhteista toisiinsa, molemmissa muistoissa materiaaliset puitteet muodostavat lähinnä kehityksen kehitykselle, joka liittyy ihmissuhteiden muodostamiseen ja mahdollistumiseen erilaisen luovan toiminnan ja toisille ihmiselle merkitykselliseksi tulemisen kautta. Pulmalelumuistelijalle tämä tapahtuu erityisten tuotteiden valmistamisen ja niihin liittyvien ja niiden kautta syntyvien sosiaalisten kiinnikkeiden syntyminen kautta; rakkausmuistossa parisuhde muodostaa ytimen, joka yhdessä erilaisten mielenterveyspalveluiden asiakkuuksien tuella mahdollistaa kirjallisen tuotannon syntymisen. Sisäinen koti syntyy ja säilyy merkityksellisen vuorovaikutuksen kautta ja mahdollistuu maailmassa, joka ottaa vastaan. Hoivayhteisössä syntyneen ihmisuhteen tarkastelu tekee näkyväksi henkilökunnan ja hoidettavien välisiä suhteita sääteleviä oletuksia ja sääntöjä. Tässä tapauksessa suhde mahdollistaa kodin löytymisen ja luomisen laitosten ulkopuolelle; tuon kodin syntyminen puolestaan mahdollistaa kertojan muun aktiivisen kirjoitustoiminnan. Toisaalta mielisairaalamuistot osoittavat, miten monin tavoin ongelmallinen koti voi olla. Silloin sairaala voi muodostaa turvapaikan, josta käsin maailmaan voi orientoitua uudelleen.

Mielisairaalamuistojen tarkastelu suhteessa kotiin kiinnittää huomion koti- ja laitostuotannon välisiin monisyisiin, historiallisesti ja kulttuurisesti muovautuviin merkityksiin ja neuvotteluihin, joita käydään mieleltään järkköneiden ihmisten paikasta, hoivasta ja lopulta ihmisarvosta. Näissä neuvotteluissa erilaiset ihmisten, instituutioiden ja tilojen väliset valta- ja tunnesuhteet näyttelevät keskeistä roolia. Yhtä lailla tärkeitä ovat arki, tilojen jakautuminen ja sukupuolittuneisuus. Samoin yksityisen ja julkisen alueen rajaaminen ja niitä koskevat neuvottelut, historialliset muutokset ja jännitteet rajaavat ja rakentavat mielenterveysongelmista kärsivien toimijuutta, sillä viime kädessä kodiksi voidaan käsittää koko ympäröivä maailma. Tällöin kyse on ihmisenä olemisen ehdoista ja toimijuuden mahdollisuuksista (Arendt 2017).

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

KIRJALLISUUS

Achté, Kalle – Alanen, Yrjö O. 1991: *150 vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Klaukkala.

Ahlbeck, Jutta 2015: Ratkaisuna sterilisaatio. Kansakunnan parasitit ja naisruumiin uhka. Teoksessa: Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi – Westerland, Jasmine (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus kulttuuri ja modernisoituvaa Suomi*. Utukirjat, Turku, 233–259.

Ahola, Teija 2015: Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle [verkkoaineisto]. Selvitystyö, Museovirasto. https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VAL-MIS_2015.pdf. Viitattu 27.7.2020.

Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Arendt, Hannah 2017: *Vita activa. Ihmisenä olemisen ehdot*. Suomentanut Riitta Oittinen ja työryhmä. Vastapaino, Tampere. Englanninkielinen alkuteos 1958.

Baker, Charley – Crawford, Paul – Brown, B. J. – Lipsedge, Maurice – Carter, Ronald 2010: *Madness in post-1945 British and American fiction*. Palgrave MacMillan, Basingstoke.

Blunt, Alison – Dowling, Robyn 2006: *Home. Key ideas in geography*. Routledge, Abingdon.

von Bonsdorff, Pauline 1997: Tunteminen ja tuttuus. Inhimillinen kosketus Alvar Aallon mikromaailmassa. Teoksessa: Soukka, Sirkka (toim.) *Alvar Aalto – modernisti, yhdyskuntasuunnittelija, standardisoinnin kehittäjä. Seminaari Kotkassa 22.–23.5.1997*. Kotkan kaupunki, Kotka, 99–110.

Chesler, Phyllis 2005: *Women and madness*. Palgrave Macmillan, New York. Alun perin julkaistu 1972.

Dabashi, Hamid – Davison, Andrew – Muppidi, Himadeep 2011: *The world is my home. A Hamid Dabashi reader*. Transaction Publishers, New Brunswick.

Feder, Lillian 1980: *Madness in literature*. Princeton University Press, Guilford.

Felski, Rita 2000: The invention of everyday life. Teoksessa: Felski, Rita (toim.) *Doing time. Feminist theory and postmodern culture*. New York University Press, New York, 77–98.

Foucault, Michel 1965: *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*. Kääntänyt Richard Howard. Routledge, Abingdon. Ranskan-kielinen alkuteos 1961.

FRA = European Union Agency for Fundamental Rights 2015: *Violence against women. An EU-wide survey*. Technical report. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Franklin, Corinne 2014: Belonging to bad. Ambiguity, Parramatta girls and the Parramatta Girls Home. *Geographical research* 52: 2, 157–167.

- Fuchs, Thomas 2009: Embodied cognitive science and its consequences for psychiatry. *Poiesis prax* 6, 219–233.
- van Gennep, A. 1960: *The rites of passage*. University of Chicago Press, Chicago.
- Gibson, James J. 1950: *The perception of the visual world*. Houghton Mifflin, Boston.
- Goffman, Erving 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.
- Granfelt, Riitta 1998: *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Guerrero, Kati 2008: *Kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja liikuntavammaisten asumiseen liittyvät tarpeet. Koonta ASPAn selvityksistä 2001–2007*. Asumispalvelusäätiö ASPA, Helsinki.
- Harjula, Minna 2015: *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere University Press, Tampere.
- Heidegger, Martin 1995: *Being and time*. Kääntänyt John Macquarrie ja Edward Robinson. Blackwell, Oxford. Saksankielinen alkuteos 1927.
- Heidegger, Martin 1998: *Pathmarks*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353.
- Helén, Ilpo – Jauho, Mikko – Harjula, Minna 2003: *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki.
- Helén, Ilpo – Hämäläinen, Pertti – Metteri, Anna 2011: Komplekseja ja katkoksia. Psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino, Tampere, 11–69.
- Hiltunen, Kaisa – Sääskilahti, Nina – Ahvenjärvi, Kaisa – Jäntti, Saara – Lähdesmäki, Tuuli – Saresma, Tuija – Vallius, Antti 2019: Kuulumisen neuvotteluja taiteessa. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääskilahti, Nina (toim.) *Kuulumisen reittejä taiteessa*. Eetos, Turku, 9–27.
- Hiltunen, Kaisa – Sääskilahti, Nina – Vallius, Antti – Pöyhönen, Sari – Jäntti, Saara – Saresma, Tuija 2020: Anchoring belonging through material practices in participatory arts-based research. *Forum qualitative sozialforschung / Forum qualitative social research* 21: 2.
- Honkasalo, Marja-Liisa – Utriainen, Terhi – Leppo, Anna 2006: *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Vastapaino, Tampere.
- hooks, bell 1990: Homeplace. A site of resistance. Teoksessa bell hooks (toim.) *Yearning. Race, gender and cultural politics*. South End Press, Boston, 41–50.
- Hyväri, Susanna – Salo, Markku 2009: *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Mielen-terveyden keskusliitto, Helsinki.
- Hänninen, Vilma 2009: Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa: Hyväri, Susanna – Salo, Markku (toim.) *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Mielen-terveyden keskusliitto, Pori, 15–27.
- Jokinen, Arto 2000: *Panssaroitu maskuliinisuus. Mies, väkivalta ja kulttuuri*. Tampere University Press, Tampere.
- Jokinen, Eeva 2005: *Aikuisten arki*. Gaudeamus, Helsinki.

- Juhila, Kirsi – Kröger, Teppo 2016: *Siirtymät ja valinnat asumispoluilla*. Jyväskylä yliopisto, Jyväskylä.
- Juntto, Anneli 1990: *Asuntokysymys Suomessa. Topeliuksesta tulopolitiikkaan*. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Jäntti, Saara 2006: Diagnostiikan paikka. Naisten kertomuksia psykiatrian potilaiksi tulemisesta. Teoksessa: Komulainen, Katri – Rätty, Hannu – Silvonon, Jussi (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Joensuun yliopisto, Joensuu, 248–272.
- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jäntti, Saara 2017: Home and mental ill-health. Twenty dimensions. Teoksessa: Saavedra, Javier – Espanol, Alicia – Arias-Sánchez, Samuel – García, Marina C. (toim.) *Creative practices for improving health and social inclusion*. Sevillan yliopisto, Sevilla, 173–183. <https://idus.us.es/handle/11441/65469>
- Jäntti, Saara 2019a: Kodittomuus nuorten mielenterveyskuntoutujien draamaryhmässä. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 159–182. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Jäntti, Saara 2019b: Kodin merkitysten rakentuminen *Koti! Paikka maailmassa* -esityksessä. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääsikilähti, Nina – Ahvenjärvi Kaisa (toim.) *Kuulumisen reittejä taiteessa*. Eetos, Turku 275–300.
- Kantonen, Lea 2009: Four corners. Stories of movement, sound, and silence at home by children in two villages. Teoksessa: Johansson, Hanna – Saarikangas, Kirsi (toim.) *Homes in transformation: dwelling, moving, belonging*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 9–35.
- Kinnunen, Anna 2016: Onnellinen mielisairaalapotilas? Poikkeavuus ja erilaisuuden rajan-
käynti elokuvassa *Prinsessa*. *Lähikuva* 29: 3, 24–41.
- Kinnunen, Anna 2020: *Johtolankoja hulluuteen. Tutkimus mielen sairastamiseen kytkettyistä kulttuurisista käsityksistä*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Vantaa.
- Kokkinen, Jari 2019: Draama, katarsis ja kohtaaminen vainopsykooseista selviämisen kertomuksissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 133–158. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kontio, Raija 2015: Poimintoja työuraltani Kellokosken sairaalassa. Teoksessa: Vataja, Risto – Kontio, Raija – Laaksonen, Timo (toim.) *Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu. 1915–2015. Sata vuotta*. Kellokosken sairaala, Tuusula, 31–35.
- Korsisaari, Eva Maria 2006: *Tule, rakkaani! Naisen ja miehen välisestä etiikasta kirjallisuuden rakkauskuvauksissa*. Teos, Helsinki.
- Kortteinen, Matti 1980: *Lähiö. Tutkimus elämäntapojen muutoksesta*. Otava, Helsinki.
- Kuuva, Sari 2018: Mielisairaalan varjoista. Nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueella asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia* 16: 31, 12–40.
- Laitinen, Merja 2009: Ajan tabut. Teoksessa: Laitinen, Merja – Pohjola, Anneli (toim.) *Tabujen kahleet*. Vastapaino, Tampere.

- Latvala, Laura 1964: *Tuulien talo. Sairaalapäiväkirja*. WSOY, Helsinki.
- Lähdesmäki, Tuuli – Saresma, Tuija – Hiltunen, Kaisa – Jäntti, Saara – Sääsکیlahti, Nina – Vallius, Antti – Ahvenjärvi, Kaisa 2016: Fluidity and flexibility of "belonging". Uses of the concept in contemporary research. *Acta sociologica* 59: 3, 233–247.
- Maanmieli, Karoliina 2018: Suomalaiset käenpesäet. Väkivalan metaforat ja traumakokemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psykoterapia* 37: 1, 37–48.
- Maanmieli, Karoliina 2019: "Sain kirjoittaa runoja eräässä huoneessa ja se vapautti mieleäni." Hulluuden ja luovuuden risteämiä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Scriptum creative writing research journal* 6: 2, 58–95.
- Malinen, Antti 2019: Järkkyvä arki. Aikuisten psyykinen oireilu lapsuuden tunnemuistoissa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Helsinki.
- Mattila, Markku 1999: *Kansamme parhaaksi. Rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilointilakii asti*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
- Neuman-Rahn, Karin 1927: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.
- Nieminen, Anna (toim.) 2015: *Piirin lapset kertovat. Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930–1970-luvuilla*. Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys, Seinäjoki.
- Nissi, Kaisa 2019: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) 2019: *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuuri, Jyväskylä, 107–130. <http://urn.fi/URN:IS-BN:978-951-39-7706-1>
- Nygård, Toivo 1998: *Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä, Gummerus.
- Parpola, Antti, 2013: *Toivo, häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen psykiatriayhdistys, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2020: *Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Porter, Roy 2006: *Madmen. A social history of madhouses, mad-doctors and lunatics*. Tempus, Stroud. Alun perin julkaistu 1987.
- Raitakari, Suvi – Kirsi Juhila 2014: Asunto ensin -julkaisujen suuntaukset, pääargumentit ja käytännöllis-poliittiset tavoitteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 79: 2, 185–196.
- Raitakari, Suvi 2016: Neuvottelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asumisen siirtymistä. Toiveita, haasteita ja toimijuutta. Teoksessa: Juhila, Kirsi – Kröger, Teppo (toim.) *Siirtymät ja valinnat asumispoluilla*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 108–133.
- Rissanen, Anu 2018: Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia*, 16: 31, 41–66.
- Rissanen, Anu 2019: Treatment and rehabilitation. Patients at work in Finnish mental institutions. Teoksessa: Laine-Frigren, Tuomas – Eilola, Jari – Hokkanen, Markku (toim.) *Encountering crises of the mind. Madness, culture and society, 1200s–1900s*. Brill, Leiden, 196–221.
- Rissanen, Päivi 2007: *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Rissanen, Päivi 2015: *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

- Saari, Juho – Kontula, Osmo – Huhta, Jaana – Huhta, Matti – Mikkonen, Juha 2016: *Yksinäisten Suomi*. Gaudeamus, Helsinki.
- Saari, Juho 2010: *Yksinäisten yhteiskunta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Saarikangas, Kirsi 2002a: *Asunnon muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa*. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Saarikangas, Kirsi 2002b: Merkityksellinen tila. Lähiöasuminen arkkitehtuurin, asukkaiden, menneen ja nykyisyyden kohtaamisena. Teoksessa: Tunturi, Janne – Syrjämaa, Taina (toim.) *Eletty ja muistettu tila*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 48–75.
- Saarikangas, Kirsi 2006: *Eletyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Vastapaino, Tampere.
- Salo, Markku 2010: *Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Salo, Markku 2019: *Hullut mielenterveysmarkkinat. Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut?* Vastapaino, Tampere.
- Salo, Markku – Kallinen, Mari 2007: *Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujiin asumispalveluiden tila ja tulevaisuus*. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Salovaara, Ulla 2019: *Rikoksista tuomitut naiset. Yhteisöstä erottaminen ja takaisinliittymisen mahdollisuudet*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Sarantola-Weiss, Minna 2003: *Sohvaryhmän läpimurto. Kulutuskuulttuurin tulo suomalaisiin olohuoneisiin 1960- ja 1970-lukujen vaihteessa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Sarvilinna, Atso 1938: *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellishistoriallinen tutkielma*. A. Sarvilinna, Uusikaupunki.
- Seikkula, Jaakko 1999: Kun laitoksesta tulee koti. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 66–70.
- Shorter, Edward 1997: *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons, New York.
- Showalter, Elaine 1987: *The female malady. Women, madness, and English culture, 1830–1980*. Pantheon, New York.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Strömmer, Maiju 2016: Affordances and constraints. Second language learning in cleaning work. *Multilingua* 35: 6, 697–721.
- Suokas, Kimmo – Koivisto, Anna-Maija – Hakulinen, Christian – Kaltiala, Riittakerttu – Sund, Reijo – Lumme, Sonja – Kampman, Olli – Pirkola, Sami 2019: Association of income with the incidence rates of first psychiatric hospital admissions in Finland, 1996–2014. *JAMA Psychiatry* 77: 3, 274–284.
- SVT = Suomen virallinen tilasto 2018: *Asunnot ja asuinolot* [verkkojulkaisu]. Tilastokeskus, Helsinki. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ajas/2018/ajas_2018_2019-05-14_tie_001_fi.html. Viitattu 19.4.2020.
- Tainio, Elna 2015: "Tulin kuntoutumaan, en olemaan...". Nuori mielenterveyskuntoutuja tehostetussa palveluasumisessa. Kokemuksia marginaalisuudesta ja köyhyydestä. Lisensiaatintyö. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.


- Taipale, Ilkka 1982: *Asunnottomuus ja alkoholi: Sosiaalilääketieteellinen tutkimus Helsingistä vuosilta 1937-1977*. Alkoholitutkimussäätiö, Helsinki.
- Taipale, Ilkka 2017: *Mielisairaala*. Lääkäriin muistelmat. Into, Helsinki.
- THL Tilastoraportti 26/2022. Lasse Mielikäinen – Raija Kuronen. *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2021* [Verkkoinfo]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022061546605>. Viitattu 7.9.2022.
- Tilastokeskus 2020. Tilastokeskuksen tietokanta. https://pxweb2.stat.fi/PxWeb/pxweb/fj/StatFin/StatFin__asas/statfin__asas_pxt_116d.px/table/tableViewLayout1/. Katsottu 8.4.2022.
- Toivola, Ritva 2005: *Moision lapset. Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä*. Ritva Toivola, Helsinki.
- Tuovinen, Sirkka Liisa 2009: *Inhimillinen Nikkilä. Helsingin suuri mielisairaala Sipoossa 1914–1999*. Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus, Helsinki.
- Turner, Victor 1969/2007: *Rituaali. Rakenteet ja yhteisöt*. Suomentanut Maarit Forde. Summa, Helsinki. Englanninkielinen alkuteos 1989.
- Ussher, Jane 1990: *The madness of women. Myth and experience*. Routledge, Abingdon.
- Vataja, Risto – Kontio, Raija – Laaksonen, Timo (toim.) *Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu 1915–2015. Sata vuotta*. Kellokosken sairaala, Tuusula, 31–35.
- Vilkuna, K. H. J. 2010: *Katse menneisyyden ihmiseen: Valta ja aineettomat elinolot 1500-1850*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Väisänen, Anniina 2020: "Hoitaja se oli pesijä, se oli lääkitsejä, se oli pappi." Hoitohenkilökunnan muistot Harjamäen mielisairaalaan työyhteisönä vuosina 1960–1997. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, historian ja etnologian laitos.
- Waris, Heikki 1932: *Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkänsillan pohjoispuolelle 1–2*. Suomen historiallinen seura, Helsinki.
- Winnicott, Donald W. 1981: *Lapsi, perhe ja ympäristö*. Suomentanut Inkeri Hollo. Weilin + Göös, Espoo. Alkuperäisteos 1973.
- Wood, Mary Elene 2013: *Life writing and schizophrenia. Encounters at the edge of meaning*. Rodopi, Amsterdam.
- Young, Iris Marion 1997: *Intersecting voices. Dilemmas of gender, political philosophy and policy*. Princeton University Press, Princeton.
- Yuval-Davis, Nira 2006: Belonging and the politics of belonging. *Patterns of prejudice* 40: 3, 197–214.

Tulkintojen tiheikössä – Tilojen ja ihmisten kaikuja mielisairaala- muistoissa

Saara Jäntti

 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>

Kirsi Heimonen

 <https://orcid.org/0000-0003-4665-5136>

Sari Kuuva

 <https://orcid.org/0000-0001-9494-5838>

Karoliina Maanmieli

 <https://orcid.org/0000-0002-5157-6750>

Anu Rissanen

 <https://orcid.org/0000-0003-4849-8752>

”Toivottavasti jaksoitte lukea. Jollain tavalla oli mukavaakin elää muistoissa ja nyt tämä 5 kk:n homma on ohi minulta, sillä niin kauan kirjoitin tätä juttua.” (MKM 326, mies, potilas ja kuntoutuja.)

Tutkimuksemme korostaa tilan ja paikan merkitystä sairastumiskokemuksessa: mielen sairastuminen kietoutuu erottumattomasti yhteen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa ja fyysinen ympäristö voi osaltaan tukea toipumista. Muistitietoaineisto ja sen tutkimus luovat kuvaa

sairaaloista monitulkintaisina, ihmisiä ja heidän muistojaan paikantavina tiloina ja osoittavat, miten erilaisena mielisairaala näyttäytyy riippuen siitä, millaisesta asemasta sitä muistellaan. Moniäänisyydessään ainutlaatuisessa keruuaineistossa korostuu erilaisten roolien merkitys tilan kokemisessa, hallinnassa ja valtasuhteiden muodostumisessa sekä sairaalalaitoksen ajallisessa kehityksessä. Toisaalta aineisto kertoo myös ryhmien sisäisestä heterogeenisyydestä. Psykiatria ja mielisairaalat hahmottuvat erilaisten ajassa ja paikassa sosiokulttuurisesti muotoutuvien hoitokäytänteiden risteymänä sekä elettyinä tiloina, joissa erilaisissa hierarkkisissa asemissa toimivat ihmiset kohtaavat.

Psykiatrasta hoitoa koskevaa tutkimusta ohjaavat usein vahvat ja vakiintuneet kulttuuriset metaforat, narratiivit ja kuvastot (ks. myös Pietikäinen 2013, 144). Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, miten monenlaisina muistoina nyt jo pitkälti purettu mielisairaalalaitos on piirtynyt nykypäivän muistelijoiden mieliin. Esimerkiksi mielisairaala-alueilla asuneiden lasten muistot sekä ruumiillisen tiedon, affektien ja emotionien huomiointi tuovat uusia näkökulmia mielisairaaloiden kulttuuriin merkitykseen ja sairauskokemuksiin. Luovan, taiteellisen tutkimuksen ja kulttuurintutkimuksen näkökulmat antavat monipuolisen kuvan sairaaloiden sosiaalisesta, kulttuurisesta ja taloudellisesta merkityksestä. Ne myös tarjoavat uusia tapoja lähestyä, ymmärtää ja tulkita kokemuksia, joita on vaikea jakaa ja sanallistaa. Herkistyminen tilojen merkitykselle sairauden ja toipumisen kokemuksissa voi tuottaa tietoa ja metodologioita, jotka auttavat ymmärtämään sairautta ja psyykkistä kärsimystä. Samalla ne mahdollistavat uusia tapoja vuoropuheluun yleisön kanssa akateemisia tutkimustuloksia esiteltäessä.

Tässä teoksessa erilaiset kertojien äänet ja kokemukset, tutkimusteemat ja tulkinnat limittyvät yhteen toisiaan täydentäen, haastaen ja uusia rajapintoja muodostaen. Eri muistelijaryhmien kokemusten nostaminen rinnakkain ja vertaaminen toisiinsa tekevät näkyviksi erilaisten positoiden takana piileviä historiallisia, tilallisia ja taloudellisia juonteita. Muistitietoon nojaava tutkimuksemme täydentääkin psykiatrian, sosiaalishistorian, mielisairaalahistoriikkien ja aihepiiriä käsittelevän kaunokirjallisuuden luomaa kuvaa mielisairaanhoidosta. Muistitieto ja mikrohistoria tuovat psykiatrian suurten kertomusten, mielisairaalahis-

toriikkien ja potilasarkistoihin nojaavan tutkimuksen tarjoaman tiedon rinnalle kokemuksellista tietoa. Tutkijoille muistokeruu tarjosi mahdollisuuden tarkastella myös niiden ihmisten kokemuksia, jotka eivät julkaise omaelämäkerrallista kirjallisuutta tai tule huomioituiksi mediassa. Kirjoittajille keruuseen osallistuminen puolestaan tarjosi mahdollisuuden tuoda julki ja tutkimuksen kohteeksi kokemuksia, joista on usein vaikeaa keskustella läheisten kanssa saati julkisesti. Monille kirjoittajille muistojen kirjoittaminen ja niiden jakaminen tutkijoille on ollut merkityksellistä, mutta raskasta ja ehkä puhdistavaakin, kuten luvun aloittavasta sitaatista voi aistia.

Kun mielisairaalapotilaiden ja omaisten ääniä nostetaan esiin, ei ole tärkeää vain se, että niin tehdään vaan myös se, miten se tehdään ja miten noita ääniä kuullaan. Ohitetaanko esimerkiksi metaforinen ja runollinen kieli vai pysähdytäänkö pohtimaan metaforien merkitystä tai tutkimaan sitä, miten ne resonoivat tutkijan ruumiissa? Keskeistä myös se, millaisiin asiayhteyksiin ja keskusteluihin mielisairaalakokemuksistaan kertovien äänet ja heidän sanottavansa siitä liitetään. Missä ja millä ehdoilla niitä nostetaan esiin? Kenelle ja kenen rinnalla he puhuvat? Ovatko he informantteja – vai kenties keskustelukumppaneita? Millaisissa keskusteluyhteyksissä heidän sanottavansa käsitellään? Lääketieteen, historian, politiikan, taiteen, terapian, kielitieteen, kirjallisuuden vai kenties valtio-opin ja filosofian alueilla? Myös näissä valinnoissa on kyse potilaiden ja omaisten paikantamisesta esimerkiksi lääketieteen sisälle tai laajemmin yhteiskunnallisten humanististen tai posthumanististen keskustelujen piiriin. Tässä tutkimuksessa olemme tuoneet esiin mielisairaaloihin liittyvien muistojen moninaisuutta, käymään vuoropuhelua muistojen kanssa ja luomaan keskusteluyhteyksiä eri tietealajien ja taiteen kanssa.

Mielisairaalamuistojen tarkastelu osana suomalaista kulttuuria eli laajemmin kuin osana tieteen erityisalaja, kuten lääke- tai hoitotiedettä, on yksi tapa osoittaa, että mielen terveyden ja -sairauden hoidon järjestämisen tapa jäsentää koko kulttuuria. Esimerkiksi Saara Jäntin tapa tarkastella mielisairaalamuistoja asumisympäristöinä muuttuvien asumiskäytäntöjen ja mielisairaanhoidon historian valossa tekee näkyväksi mielisairaanhoidon kehitystä suhteessa muuhun yhteiskuntaan. Jos psy-

kiatrian historian ja potilaskertomusten tarkastelu valaisee sitä, millaista potilaiden elämä on ollut sairaalassa, kodin ja sairaalan välisten suhteiden ja jännitteiden avaaminen tekee näkyväksi elämää sairaalan ulkopuolella ja kodin ja sairaalan rajapinnalla. Samalla se osoittaa muutoksia siinä, missä kuntoutujan paikka on mielletty olevan. Samoin Sari Kuuva tarkastelemat mielisairaaloiden henkilökunnan lasten kokemukset sairaala-alueella asumisesta lisäävät ymmärrystä siitä, miten laajasti psykiatrinen hoito ja tavat, joilla se järjestään, heijastuvat ympäristöön. Mielisairaaloiden tarkastelu näistä näkökulmista avaakin niiden yhteyksiä niin asumisen kuin lapsuuden historian ja tunteiden tutkimukseen. Lisäksi tutkimus liittyy läheisesti tunteiden ja kokemusten historiaan sekä tunteiden ja affektien tutkimuksen teorioihin tuoden ne osaksi eletyn tilan merkitysten tulkintaa (erityisesti Heimonen & ja Kuuva tässä teoksessa).

Muistojen tarkasteleminen tilallisina ja ruumiillisina kokemuksina avaa näkökulmia mielisairaala- ja sairauskokemusten suhteisuuteen. Psykkinen kärsimys ja kokemukset sairaudesta muotoutuvat potilaiden, hoitohenkilökunnan ja omaisten sekä fyysisten ja materiaallisten tilojen välisissä suhteissa ja hoitokäytänteissä. Tällainen tarkastelutapa haastaa yksilö- ja diagnoosikeskeistä ymmärrystä mielen sairauksista ja osoittaa (sairaus)kokemusten kietoutuneisuutta ympäristöön. Tämä liittyy tutkimuksemme esimerkiksi psykiatrian historian tutkimuksessa nähtävissä olevaan materiaaliseen käänteeseen, jossa huomio kiinnittyy hoidon fyysisiin olosuhteisiin ja materiaaliin käytänteisiin (esim. Ankele & Majerus 2020). Tällainen ihmiskäsitys muodostaa yhtymäkohtia myös suhteessa hahmopsykologiaan ja fenomenologiaan nojautuen enaktivistiseen tutkimukseen, jossa ihminen ja hänen psykkinen kärsimyksensä nähdään olemuksellisesti materiaaliseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä kietoutuneina (esim. Ovaska 2020; Fuchs 2019). Tässä tutkimuksessa käsitys ympäristöstä laajentuu koskemaan niin kulttuurista kuin yhteiskunnallista kontekstia ja siten kokemusten rakenteellisia ja myös lainsäädännöllisiä ehtoja.

Mielisairaaloissa säännöt ja rajoitukset, aistit ja tunteet, oireet ja lääketys vaikuttavat tilan käyttöön ja potilaiden kokemukseen omasta ruumiista ja itsestään. Omaisten kertomukset täydentävät kuvaa siitä, miten

psykiatrisen hoidon käytänteet säteilevät ympäristöön aiheuttaen niin huolta, helpotusta kuin tuskaa. Mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistot puolestaan valaisevat mielisairaaloita historiallisina yhteisöinä ja tekevät näkyväksi ympäristön asenteita, työntekijöiden inhimillisiä puolia sekä hoidon epäonnistumisen ja oman etiikan välisten ristiriitojen heissä aiheuttamaa tuskaa kuin myös laitoshoidon, mielisairaaloiden ja sairaansijojen katoamiseen liittyvää huolta ja nostalgiaa.

Muistojen valossa mielisairaaloihin liittyvät kokemukset näyttäytyvät emotionaalisesti latautuneina. Kertojat liittävät mielisairaaloihin muun muassa lämmön, kiitollisuuden, kauhun, inhon, nostalgian, pelon, häpeän, turvallisuuden, toivon, kärsimyksen, katkeruuden, huolen, hämmennyksen, pettymyksen ja vihan tunteita, jotka saattavat kohdistua niin mielisairaaloita, lääkäreitä ja henkilökuntaa kuin omaisia ja potilaita kohtaan. Usein kokemukset olivat keskenään ristiriitaisia ja jännitteisiä. Mielisairaaloihin liitetty tunteiden kirjo ja Sari Kuuvaan tapa tarkastella mielisairaaloita emotionaalisina yhteisöinä korostavat tunteiden merkitystä niin tilojen merkitysten kuin (sairaus)kokemusten yhteydessä.

Suhteessa psykiatrisen hoidon järjestämiseen on huomattavaa, miten monet muistot painottivat lempeän kohtelun, luonnon ja ympäristön sekä taiteen, kauneuden, esteettisyyden ja viihtyisän ympäristön hoitavaa vaikutusta. Mielisairaaloihin liittyneitä positiivisia kokemuksia olivat muun muassa keskustelu, yhteisöllisyys, suvaitsevaisuus, luova toiminta, kuten taideterapiat, ja (vertais)tuki. Potilaat ja omaiset myös kaipaivat näitä. Moni potilas ilmaisi halunsa tulla kohdelluksi yksilönä pelkoiheen, toiveineen ja ristiriitaisuuksineen. Näitä aineistosta ilmeneviä seikkoja on syytä kuunnella nykypsykiatriaa kehitettäessä, ja niitä voidaan soveltaa myös muiden laitoshoitoon nojaavien palveluiden kehittämisessä, kuten vanhustenhoidossa ja vastaanottokeskustoiminnassa.

Muistojen keruukutsussa emme erikseen kysyneet sairaaloihin liittyvistä kipeistä ja traumaattisista hoitokokemuksista. Silti mielisairaalamuistoissa ja tässä teoksessa käsitellään paljon negatiivisena koettuja asioita ja tunteita. Näitä ovat esimerkiksi pelko yhtenä mielisairaalayhteisöjä keskeisesti jäsentäneenä tunteena mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten muistoissa sekä potilaiden raskaat muistot sairaaloissa käytetyistä pakkokeinoista. Toisaalta näiden rinnalla on jaettu muistoja

hyvästä hoidosta ja toipumisesta, ja esimerkiksi hoitohenkilökunnan muistoissa näkyy halu auttaa ja etsiä toimivampia hoitomuotoja. Voidaankin sanoa, että miltei jokaista muistoa kohtaan aineistossa on ikään kuin vastamuisto, jossa toisen muistelijan kokemus on ollut päinvastainen. Joillakin kirjoittajilla on itselläänkin hyvin erilaisia muistoja sairaaloista, kokemuksia ”helvetistä” ja ”taivaasta”. Eri sairaaloiden ja osastojen hoitokulttuurit näyttäytyvätkin aineistoissa hyvin erilaisina, mutta koska muistot eivät kohdennu samoihin sairaaloihin tai edes samoihin ajanjaksoihin, aineistosta esiin piirtyvät jäljet tarjoavat ennen kaikkea, Outi Fingerroosia (2010, 75) mukaillen, avauksia uusiin, vaihtoehtoihin ja jopa kiellettyihin menneisyyden tulkintoihin. Tällaisen aineiston pohjalta ei ole mielekäästä tehdä abstrahioivia yleistyksiä vaan pikemminkin on syytä paneutua niiden avaamiin tai raottamiin kokemuksiin.

Esimerkiksi lääkkeiden kehittyminen on näytellyt tärkeää roolia sairaaloiden alasajossa, ja lääkitys nähdään tänä päivänä usein ensisijaisena hoitomuotona psyyken oireilussa. Aineistossamme on kuitenkin monia muistoja psyykenlääkkeiden käyttöön liittyvistä ongelmista. Sairaalassa lääkkeiden antamiseen liittyy potilaita nöyryyttäviä ja traumatisoivia käytänteitä, kuten painostusta ja pakkoa. Oikeanlaisen lääkityksen löytäminen vie aikaa ja sivuvaikutusten erottaminen sairauden oireista vaatisi potilaan ja usein omaistenkin tarkkaa kuuntelua. Lääkkeet muokkaavat ruumiillisuutta, käyttäytymistä ja sosiaalisia suhteita sekä vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään, arkeen, minäkuvaan, ympäristön kokemiseen ja hyvinvointiin, minkä vuoksi sivuvaikutusten sijaan voitaisiin puhua lääkkeiden elämävaikutuksista (Ruckenstein 2019).

Lääkityksen lisäksi ongelmia liittyy potilaiden ja henkilökunnan väliin suhteisiin. Sairaalajaksoilla ei välttämättä synny luottamuksellisia suhteita hoitohenkilökunnan ja potilaiden välille. Niin uusimmassa, vuodelta 2015 peräisin olevassa muistossa kuin vanhimmassa ”Pekan” muistossa hoitajien huumorinkäyttö koettiin loukkaavaksi. Huumori tuntuuakin olevan sairaalayhteisöissä kaksiteräinen miekka: yhtäältä sillä voidaan keventää laitoksen rutiininomaista arkea ja sen tuomaa raskasta tunnelmaa; toisaalta se voi loukata potilaita ja heidän kärsimyksensä ja kriisinsä ainutkertaisuutta. Henkilökunnan jäsenet saattavat kokea työn raskaaksi ja rutinoitua, kun taas potilaille ja omaisille kokemus on usein

uusi. Sairastumisen ja hoitoon joutumisen aiheuttama järkytys räjäyttää normaalin elämän rytmin ja myös lääkkeet hidastavat niin ajatusten kuin liikkeen rytmiiä. Potilaat kaipaavat usein lepoa ja rauhaa sekä tukea, mikä aiheuttaa ristiriitoja suhteessa hoidon tehostamispyrkimyksiin. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan rytmien erilaisuus on yksi muistojen keskeinen piirre. Lisäksi, kuten Pekan tapauksessa, myös nykypsykiatriassa potilaiden fyysisten vaivojen hoito jää usein puutteelliseksi (Suvisaari ja muut 2019).

Aineistostamme löytyy paljon esimerkkejä siitä, miten voimakkaita tabuja mielenterveysongelmiin sairastumiseen ja erityisesti sairaalahoitoon Suomessa edelleen liittyy. Viime aikoina tärkeä tutkimuskohde on ollut mielenterveysongelmiin liittyvä stigma ja potilaiden kokemus häpeä, joka on nähty keskeisenä ongelmana mielenterveysongelmien hoidossa (Korkeila ja muut 2011; Vuorela & Aalto 2011; Maanmieli 2019a ja 2019b). Muistelijaryhmien kirjoituksissa sairaalokokemuksiin liittyvä häpeä näyttäytyy eri tavoin ja monilla häpeän käsitteleminen on vaatinut pitkän henkilökohtaisen prosessin. Potilaiden muistoissa stigma ja häpeä rakentuvat usein osaksi omaa identiteettiä. Häpeä on yhteydessä traumaattisiin kokemuksiin, hoitojärjestelmän valtarakenteisiin, pakkokeinoihin, kuten eristykseen tai vastentahtoiseen psyykenlääkitykseen sekä hoitajien penseään tai välinpitämättömään suhtautumiseen. Omaisten kohdalla häpeä kytkeytyy potilaiden itsensä kokemaan häpeään, liitännäisstigmaan (Goffman 1961; Jähi 2004; Kuuva tässä teoksessa), häpeän ylisukupolvisuuteen ja taakkasiirtymään (Siltala 2016; Maanmieli 2019b). Hoitohenkilökunnan muistoissa häpeäkokemuksia on muisteluaineistossa huomattavasti vähemmän kuin potilaiden tai omaisten. Henkilökunta kokee häpeää usein osallistumisesta oman hoitoetiikan vastaisiin toimenpiteisiin. Tämä aihepiiri, kuten myös yhden hoitajamuistelijan kertomus omasta mielenterveysongelmataustastaan, ovat esimerkkejä muistitietotutkimuksen avaamista jatkotutkimuskohdeista. Toisin kuin esimerkiksi päihdetyössä, hoitoalalla hoitohenkilökunnan omat mielenterveysongelmat ovat edelleen tabu pikemminkin kuin osa kokonaisvaltaista ammatti-identiteettiä (Peltoniemi 2017). Yhteiskunnallinen ilmapiiri ei välttämättä tue hoitohenkilökunnan hoitoon liittyvän häpeän tai syyllisyyden kokemusten jakamista.

Tutkimuksessamme emme kuitenkaan ole halunneet vain toistaa häpeädiskussia, vaan olemme etsineet keinoja purkaa vaikenemista ja häpeää tarkastelemalla yhtäältä käytänteitä, tapoja ja tilanteita, jotka niitä synnyttävät ja toisaalta ehkäisevät. Hyväksyvä, potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen toteutettu psykiatrinen hoito voi vähentää hoidosta ja sairaudesta koettua häpeää yksilötasolla, mutta häpeän hälventämiseen tarvitaan myös kulttuurista muutosta. Muistoissa korostuu, miten tärkeä rooli sairaalan ulkopuolisella yhteisöllä on toipumisen tukemisessa. Ehdotamme, että häpeää ei tarvitse tarkastella vain yksilön ominaisuutena, vaan tekijänä, joka syntyy ja muuttuu sosiaalisessa ja fyysisessä, inhimillisessä ja ei-inhimillisessä ympäristössä.

Monet muistot kuvaavat, miten erityinen ja latautunut elämäkokemus mielisairaalaan hoidettavaksi joutuminen tai pääseminen voi olla. Psykykinen kriisi voidaan kokea syvästi traumatisoivaksi, jos tilanteessa läsnä olevat muut ihmiset eivät tarjoa sairastuneelle turvaa. Toisaalta se voi ainutlaatuisella tavalla mahdollistaa elämän suunnan muuttamisen ja perusarvojen pohtimisen uudelleen. Monet muistelijat liittävät sairaalokokemuksen johonkin elämän kriisiin, jota he voivat haluta tarkastella yhdessä luotettavan henkilön kanssa. Monissa muistossa tämä toive ei sairaalassa toteudu, vaan muistoissa korostuu henkilökunnan rutinoituminen ja kiire. Hoidossa koettu epäystävällinen kohtelu voi edelleen syventää traumaa, kun taas myötätuntoinen ja ymmärtämään pyrkivä kohtaaminen edesauttaa vuorovaikutusta. Hoitoon olisi tärkeää järjestää riittävästi resursseja, koulutusta, kollegiaalista tukea ja lepoaikaa, jotta potilaiden kuuntelu ja kiireetön kohtaaminen olisi mahdollista. Tältä pohjalta tutkimuksemme tukeekin ajatusta traumainformoidun työotteen tarpeellisuudesta. Siinä huomioidaan trauman kokonaisvaikutukset ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja pyritään varmistamaan toipumisen mahdollistava, turvallinen toimintaympäristö uudelleen traumatisoitumisen välttämiseksi. (Sarvela & Auvinen 2020.)

Traumaattisten kokemusten sanallistamisen vaikeus konkretisoituu lukuisissa muistoissa. Niiden ote kielestä on niin hauras, että on helppo kuvitella, miten tuo ote täysin katkeaa. Kuten Karoliina Maanmieli on osoittanut, traumaattisia, häpeää aiheuttavia ja pahentavia kokemuksia on aineistossa usein kuvattu metaforisella kielellä (Maanmieli 2019b).

Metaforinen kieli on tapa käsitellä tuskallisia kokemuksia ja siksi on tärkeää pysähtyä niiden merkityksen äärelle. Kirjallisuuden tutkimuksen, kirjallisuusterapian ja taiteellisen tutkimuksen menetelmät avaavat mahdollisuuksia metaforisen ja kuvailevan kielen tulkintaan ja sitä kautta niiden sisältämän kokemuksellisuuden ymmärtämiseen tai vastaanottamiseen. Tätä voitaisiin hyödyntää laajemminkin hoidon kehittämisessä ja jatkotutkimuksessa. Monet muistelijat myös kertoivat taideterapian ja luovan toiminnan edistävien toipumista ja tuoneen mielekkyyttä sairaalaelämään. Paradoksaalista onkin, että vaikka terapiat ovat sairaalalaitoksen supistuessa kasvattaneet merkitystään, on esimerkiksi musiikki-terapian saatavuus heikentynyt siirryttäessä psykiatrisesta sairaanhoidosta avohoitoon (Tynys 2016).

Yhdessä tutkimisen merkitys

Tässä tutkimuksessa koimme tärkeäksi avata paitsi aineiston itsensä moninaisuutta myös sen tarjoamia tulkintahorisontteja ja -avaruuksia ja tehdä näin näkyväksi niitä monia tapoja, joilla aineistoa voi lukea, rajata, taustoittaa ja joilla siitä – tai sen kanssa – voi kirjoittaa tieteellistä ja taiteellista tutkimusta. Muistoja lukiessaan ja tulkitessaan kukin tutkija alkoi yhä tarkemmin jäljittää aineistosta niitä johtolankoja, jotka koki merkittäviksi; yhteiset keskustelut haastoivat pohtimaan ja kontekstualisoimaan kunkin omaa lähestymistapaa. Jokaisen tutkijan tausta, tutkimusala, eetos ja tapa kirjoittaa vaikuttavat siihen, millaisia tulkintoja muistoista avautuu, miten niistä kirjoitamme ja miten tulkintojamme perustelemme. Tällainen erilaisten tutkimusmenetelmien ja näkökulmien tuominen yhteen saman aineiston ympärille on harvinaista. Tässä hankkeessa se oli myös tietoinen, poliittinenkin teko, joka mahdollisti paitsi kriittisen analyysin mielisairaalakokemuksista myös yksittäisten metodien rajallisuuden osoittamisen tiedon muodostamisessa. Halusimme tuoda esille tiedonmuodostukseen ja jopa kirjoittamisen tapoihin liittyviä hierarkioita ei vain muistelijoiden vaan myös tutkimuskirjoittamisen välillä. Tahdoimme myös osoittaa, miten suuri merkitys erilaisilla kirjoitus- ja lähestymistavoilla on siihen, mitä ja miten aineis-

toa tehdään näkyväksi. Tuomalla yhteen erilaiset tavat tulkita samaa aineistoa tutkimus tekee näkyväksi myös tutkijoiden aineiston tulkintaan liittyvää valtaa.

Näkökulmat ja lähestymistavat eivät sulaudu yhdeksi eikä tutkimuksemme ole ollut tarkoitus tuottaa yhtä totuutta mielisairaaloiden kulttuurisesta merkityksestä tai mielenterveyden järkkymisen kokemuksesta vaan osoittaa, miten monilla tavoin niistä voidaan tietää ja miten erilaisena tietämisen kohde, mielisairaalat ja niihin kytkeytyvät kokemukset, eri lähestymistapojen valossa näyttäytyvät. Esimerkiksi Kirsi Heimonen on altistunut muistoille osin vieraan ruumiillisuutensa läpi, joten ne eivät ole olleet ulkopuolinen kohde tutkimisessa. Tämä on tuottanut omanlaista kirjoitusta sekä taideteoja, kuten aineistoon pohjaavan lyhytelokuvan *Täällä, jotenkin*, joissa kussakin hetkessä muotoutuva liike on tarjonnut yhden keinon lähestyä muisteluteksteissä piilevää sanatonta kokemusmaailmaa (Heimonen 2019; 2020; 2021a; 2021b; 2022). Tämä taiteellisen tutkimuksen lähestymistapa muistuttaa, että kaikkia sairauden, kokemuksen ja hoidon aspekteja ei voi rationalisoida, kääntää käsitteiksi ja sanoiksi. Taiteessa tutkiminen kyseenalaistaa tapojamme nimeä ja luokitella ilmiöitä, kohdata mielen järkkymistä sekä siihen liittyviä kokemuksia. Ruumiillisen tiedon tunnistaminen sekä affektiivisten ja materiaalistien suhteiden tarkasteleminen osoittaa, miten ihmiset, paikat ja tilallisuudet muokkautuvat yhteydessä toisiinsa. Tutkimustapa haastaa yksilökeskeisen tarkastelun ja osoittaa kirjoittajien kokemusten suhteisuuden, niiden jatkuvan kietoutumisen inhimilliseen ja ei-inhimilliseen ympäristöön.

Yhdessä toimiminen mahdollisti myös uusien menetelmien luomisen ja muistojen itsensä suhteuttamisen toisiinsa. Esimerkiksi Anu Rissasen tarkastelema, 1930-luvulle sijoittuva muistelmateksti tarjosi koko tutkijaryhmälle arvokkaan vertailukohdan tuoreemmille muistoille ja valotti osaltaan sitä, miten psykiatrinen hoito on muuttunut – ja toisaalta säilynyt tietyiltä piirteiltään yllättävän samanlaisena. Aineisto paljastaa mielisairaanhoidossa ja psykiatriassa monia jatkumota: hoitomuodot ovat kehittyneet, mutta hoidon tavat ja tarkoitus eivät edelleenkaan usein kohtaa potilaan tarpeita. Etenkin pakkokeinoihin, lääkitykseen sekä henkilökunnan ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen

liitty ongelmia, joiden suhteen muistoja voikin tarkastella testimoniaina, todistuksina vallankäytöstä ja psykiatrisen hoidon epäkohdista. Huomattavaa kuitenkin on, että vaikka monissa muistoissa mainitaan väkivalta tai sen uhka, kerrotaan siitä vain toisten tekemänä, toisiin tai itseen kohdistettuna. Omasta väkivaltaisuudesta puhutaan vain silloin, kun väkivalta on kohdistettu itseen. Myös pakon käytöstä puhutaan usein passiivissa, henkilökuntakin pikemminkin osastolla yleisesti tapahtuvana kuin jonkun toiselle tekemänä tekona. Tärkeää on muistaa, että väkivallan uhka voi liittyä myös sairaalan ulkopuolisiin tiloihin, kuten kotiin. Myös sairaalaan joutuminen voi laukaista läheisissä väkivaltaa ja häpeää. Sairaalan ja kodin välille rakentuu monenlaisia rajapintoja, joiden tarkastelu voi purkaa mielikuvia molemmista.

Tutkimushankkeen aikana on myös kehitetty keinoja, joilla kokemuksen sanaton ja sanallinen ilmaisu mahdollistuu ja joilla tutkimustietoa voidaan jakaa, minkä voi nähdä metodologisena kontribuutiona mielen-terveyden ja sen hoidon kulttuurisuuden tutkimukseen. Muistojen lihallistaminen liikkeeksi on ollut olennainen osa Kirsi Heimosen taiteellista tutkimusmetodia, mutta myös keino välittää jotain mielisairaalamuistojen ruumiillisuudesta, tilallisuudesta ja ympäristön vaikutuksesta järjestämässämme yleisötapahtumissa sekä konferensseissa. Taideteot ja työpajat ovat keskeisiä tutkimustyömme tuloksia. Esimerkiksi ensimmäisessä järjestämässämme tapahtumassa, vuoden 2017 Helsingin taiteiden yössä, Kirsi Heimonen tarjosi yleisölle tilanteessa muotoutuvan esityksen, jossa äänimaailmana oli luetut muistot, joita Heimonen liikkueessaan kommentoi lisää. Yleisö kertoi esityksen tehneen muistot elävämmiksi ja herättäneen vahvoja tunteita. Tämä palaute inspiroi Karoliina Maanmieltä luomaan muistoihin pohjautuvan kirjoitustyöpajan, jossa yleisö pystyi eläytymään muistojen kokemuksiin ja tunteisiin. Kirjoitustyöpajoja järjestettiin hankkeen aikana useita ja niiden lopuksi pohdimme yleisön kanssa, mitä kriisissä oleva yksilö psykiatriselta hoidolta toivoo ja miten tämä haluaa tulla kohdatuksi. Työpajat näyttivät, miten muistojen lukutapahtuma muuttuu, kun luettua reflektoidaan kirjoittamalla: toisen kokemukseen on helpompaa samaistua, kun niistä kirjoittaa itse ja kuvittelee itsensä muistelijan asemaan. Tätä metodia voisi soveltaa myös hoitohenkilökunnan koulutuksessa. (Aiheesta lisää Jääntti ja muut 2021; Heimonen 2019; 2020; 2021a; 2021b).

Tanssiesitys ja luovan kirjoittamisen työpaja ovat vain kaksi esimerkkiä monista luovista ja taiteellisista menetelmistä, joita voidaan käyttää psykiatrisen hoidon kehittämiseen ja potilaiden kokemusten tuomiseen laajempaan tietoisuuteen. Tällainen keskustelun herättäminen on tärkeää myös sen vuoksi, että psykiatriset sairaudet eletään, koetaan ja todetaan usein juuri sosiaalisessa kanssakäymisessä. Psykiatria ei jah-taa ihmisiä kaduilla, vaan sen hoidon piiriin hakeudutaan ja tuodaan potilaita usein omaisten, (työ)yhteisöjen ja ystävien toimesta mielen-terveystoimiston tai terveyskeskuksen kautta. Kaikkien näiden tahojen mielikuvat, odotukset ja kokemukset vaikuttavat hoitoon hakeutumisen, vastustamisen tai sitä kohtaan tunnetun epäluulon taustalla. Mielenterveysongelmat koetaan ja kohdataan arjessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä, minkä vuoksi niitä ei voi käsitellä vain lääketieteellisenä vaan myös kulttuurisena ja ontologisena kysymyksenä.

Tuomalla mielisairaalamuistot ja -kokemukset osaksi julkista keskustelua ja arkistoitua kansallista historiaa tutkimushankkeemme ja kirjamme tekevät usein vaiettuja kokemuksia näkyviksi niin, että ne voisivat osallistua yhteisen todellisuuden rakentamiseen. Näin tutkimuksemme liittyy trendiin, jossa kokemukertomuksia ja marginaaliin jääneiden ihmisten näkökulmia pyritään nostamaan esiin. Arkistoitu aineisto on myös toisten tutkijoiden käytettävissä ja tarjoaa näin lukuisia mahdollisuuksia jatkotutkimukseen erityisesti yhdistettynä toisenlaisiin aineistoihin, kuten jatkohaastatteluihin, mielisairaalakokemuksia ja psyykkisiä ongelmia käsittelevään kirjallisuuteen, kriittiseen historiankirjoitukseen ja historiikkien tutkimukseen. Myös esimerkiksi omaisten ja henkilökunnan kokemuksiin paneutuvaa tutkimusta tarvitaan edelleen.

Ihmisten ja kokemusten arvo

Mielisairaalamuistojen julkinen käsitteleminen on tärkeää, sillä muistot korostavat mielen-terveysongelmien kanssa elävien ihmisten inhimillisen ja arvostavan kohtaamisen tärkeyttä. Kuten Hannah Arendt toteaa: julkisen alue ”yhteisenä maailmana kokoaa ihmiset yhteen ja samalla niin sanoakseni estää heitä käymästä toistensa päälle” (Arendt 2017, 62).

Kuitenkin teologian tohtori Karoliina Ahosen (2019) mukaan mielisairaalalaitoksen purkamisen jälkeen mielenterveyspolitiikassa ei ole kyetty tukemaan mielenterveyskuntoutujien kansalaisuutta, ihmisoikeuksia, osallisuutta tai osallistumista yhteiskuntaan. Mielenterveyspolitiikka on keskittynyt palveluiden kehittämiseen ja syyllistynyt kuntoutujien näennäisosallistamiseen kokemusasiantuntijoina ja palvelunkehittäjinä. Ahosen mukaan julkinen valta on keskittynyt hoitamaan työssäkäyvien kansalaisten hyvinvointia, jolloin ei-hyvinvoivien kansalaisten asioiden ajaminen on jäänyt kansalaisjärjestöjen vastuulle ja ”[s]airaaloista kotiutetut potilaat jäivät vaille sitä tukea, jota sairaalat olivat kyenneet tarjoamaan: asuntoa, tekemistä, toimeentuloa ja hoitoa.” (Ahonen 2019, 106.)

Toisaalta, vaikka näiden elämän perusasioiden turvaamisessa avohoidossa ei olisi onnistuttu, ei sairaalaympäristö ole ihanteellinen paikka hoitaa elämänkriisejä (vrt. esim. Cullberg 1999; Rasimus 1999, 53). Tämän vuoksi avohoidon, kotiin tarjottavien palveluiden ja erilaisten avohoidon ja sairaanhoidon välimaastoon sijoittuvien innovaatioiden kehittäminen on tärkeää myös aineistomme valossa. Kohdennettujen palvelujen tarjoaminen edellyttää avohoidon ja sairaalan välisen rajan madaltamista ja yhteistyön tiivistämistä, henkilökunnan koulutusta, monitieteistä näkökulmaa ja psykoterapeuttisen hoidon parempaa saatavuutta (Alanen 1999, 49–51). Psykoterapian parempaan saatavuuteen onkin kiinnitetty huomiota esimerkiksi Terapiatakuu-kansalaisaloitteen myötä. Kun näitä palveluja luodaan, on kiinnitettävä huomiota terapioihin kytkeytyvään vallankäyttöön. Kuten Brunila ja muut (2021) ovat osoittaneet, kulttuurimme on merkittävässä määrin terapisoitunut. Vaikka seiniä on purettu, vallankäyttö ei ole poistunut, vaan niiden tilalle on tullut yhä enemmän suostutteluun ja ohjaukseen pikemminkin kuin pakkoon, kieltoihin ja käskyihin perustuvaa terapeuttista valtaa.

Lisäksi on tärkeää huomioida tutkimuksessamme korostuva (sairaus) kokemusten suhteisuus. Sairauskokemukset kietoutuvat erottamattomasti sosiaaliseen ja fyysiseen, inhimilliseen ja ei-inhimilliseen ympäristöön riippumatta siitä, missä sairastuminen ja hoito tapahtuvat. Niinpä hoidon painoutuessa kotihoitoon ja kehitettäessä kotona asumisen tueksi erilaisia mobiilipalveluita, terapeuttien ja hoitajien virtuaalivastaanottoja sekä nettiympäristössä toimivia oma-apuohjelmia (esim.

Muukka 2019) on muistettava, että myös koti voi olla ihmisille vaikea ja jopa vaarallinen paikka. Pyrittäessä lyhentämään hoitoaikoja on tärkeää muistaa tekijät, jotka kotioloissa tukevat tai ehkäisevät toipumista ja turvata riittävä tuki ja tiedonsaanti sekä kuntoutujille että heistä huolehtiville omaisille. Psykiatristen palvelujen rinnalle olisi kehitettävä myös muita palveluita, jotka mahdollistaisivat avun saamisen elämänkriisissä. Esimerkiksi vapaaehtoisvoimin ylläpidetyt tai yhteisörahoitetut väliaikaisen asumisen tai oleskelun mahdollistavat yksiköt voisivat sopia joillekin ihmisille mekaanista osastohoitoa ja pakkolääkitystä paremmin. Monet potilasmuistoistaan kirjoittaneet toivoivat ennen kaikkea saavansa levätä sairaalassa. Myös useissa tämän hankkeen aikana pidetyissä työpajoissa on toistunut yleisön vahva toive siitä, että olisi olemassa lepopaikkoja, joihin voisi rauhassa mennä ilman pelkoa pakkolääkityksestä tai leimaavan diagnoosin saamisesta. Vaikeana hetkenä ihminen kaipaa usein ennen kaikkea vierellä kulkijaa ja kuuntelijaa sekä paikkaa, minne voisi mennä yöksi silloin, kun yksin omassa asunnossa oleminen pelottaa.¹

Kysymys psykiatrisen sairaanhoidon tiloista on edelleen ajankohtainen. Vaikka psykiatria on jo pitkään painottunut avohoitoon, Suomeen ollaan 2020-luvun taitteessa rakentamassa useita uusia psykiatrisia yksiköitä. Mielisairaalamuistot korostavat paitsi asianmukaisten tilojen, myös ihmisarvoisen kohtelun tärkeyttä. Yhteinen tutkimustyömme on tähdännyt mielisairaalakokemuksiin liittyvän ymmärryksen laajentamiseen ja mielisairaalan potilaiden kokemusten esiintuomiseen. Potilaiden ihmisarvon korostaminen tähtää globaalisti kaivattuun psykiatrian paradigman muutokseen, jossa potilaiden ihmisoikeuksien toteutuminen nostettaisiin hoidon ja sen suunnittelun tärkeimmäksi prioriteetiksi, kuten YK:n ihmisoikeuslähettiläs Dainius Pūras (2018) on esittänyt. Yksi keskeinen kysymys, johon osaltamme toivomme teoksemme antavan pohdittavaa on se, miten psykiatrisen sairaanhoito ja sen materiaallinen ympäristö voitaisiin järjestää siten, että ne tukisivat potilaiden, omaisten ja henkilökunnan jaksamista jopa niin, että ne voitaisiin tulevaisuudessa muistaa yhteisöllisyyttä ja yksilöllisyyttä tukevana ja jopa valoisana, kuten joidenkin potilaiden ja mielisairaala-alueella kasvaneiden lasten muistoissa.

1 Tällaista toimintatapaa noudatetaan esimerkiksi Triesten kaupungin psykiatrisessa hoidossa Italiassa.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaalaista. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

KIRJALLISUUS

Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Alanen, Yrjö O. 1999: Missä olet, mielisairaala? 1. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 44–52.

Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld.

Arendt, Hannah 2017: *Vita activa. Ihmisenä olemisen ehdot*. Suomentanut Riitta Oittinen ja työryhmä. Vastapaino, Tampere. Englanninkielinen alkuteos 1958.

Brunila, Kristiina – Esko Harni – Antti Saari– Hanna Ylöstalo 2021: *Terapeuttinen valta. Onnellisuuden ja hyvinvoinnin jännitteitä 2000-luvun Suomessa*. Vastapaino, Tampere.

Cullberg, Johan 1999: Psykoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Suomentanut Jaakko Seikkula. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 25–34.

Fingerroos, Outi 2010: Muisti, kertomus ja oral history-liike. Teoksessa: Grönholm, Pertti – Sivula, Anna (toim.) *Medeiasiata pronssisoturiin. Kuka tekee menneestä historiaa?* Turun historiallinen yhdistys, Turku, 60–81.

Fuchs, Thomas 2019: Ruumiin muisti ja tiedostamaton. Kääntäneet Laura Oulanne ja Anna Ovaska. *niin@näin* 26: 3, 15–22. Alun perin julkaistu englanniksi 2018.

Goffman, Erving 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.

Heimonen, Kirsi 2019: *Kävelyhäkki*-teos Lapinlahden sairaalan alueella Helsingissä 19.5.–25.5.2019.

Heimonen, Kirsi 2020: Lost in intervals: falling in between spaces and tenses. *RIACT Journal of artistic research, creation and technology*. 1: 27–50. Saatavissa: http://riact.belas-artes.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2020/11/RIACT_1.pdf

Heimonen, Kirsi 2021a: *Täällä, jotenkin*. Lyhytelokuva. Ohjaus & käsikirjoitus Kirsi Heimonen, esiintyjä & koreografi Kirsi Heimonen, kuvaus Raimo Uunila, puhe Seppo Jarva & Ria Kataja, musiikki Ulf Krokfors, editointi Kirsi Heimonen & Raimo Uunila, äänisuunnittelu Marko Kataja, käännös David Hackston.

Heimonen, Kirsi 2021b: Walking in a cage. Attuning to atmospheric intensities through corporeality, *Choreographic Practices*, 12:1, 47–66. https://doi.org/10.1386/chor_00028_1

Heimonen, Kirsi 2022: The touch of words. Obscure spatial encounters. *Scriptum* 9 (1), 1–30. <https://doi.org/10.17011/scriptum/2022/1/1>

- Jähi, Rita 2004: *Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Jääntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Maanmieli, Karoliina – Rissanen, Anu 2021: Engraved in the body. Finnish people's memories of mental hospital. Teoksessa Borcsa, Maria – Willig, Carla (toim.) *Qualitative research methods in mental health. Innovative and collaborative approaches*. Springer, Cham, 219–249.
- Korkeila, Jyrki – Joutsenniemi, Kaisla – Sailas, Eila – Oksanen, Jorma (toim.) 2010: *Irti häpeäleistä*. Duodecim, Helsinki.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: "Sain kirjoittaa runoja eräällä huoneessa ja se vapautti mieleni." Hulluuden ja luovuuden risteämiä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Scriptum* 6: 2, 58–95.
- Maanmieli, Karoliina 2019b Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Ovaska, Anna 2020: *Fictions of madness. Shattering minds and worlds in Modernist Finnish literature*. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Peltoniemi, Mai 2017: *Aivan kuin minua ei olisi. Autoetnografia emotionaalista traumasta ja toipumisesta*. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Püras, Dainius 2018: Mental health and human rights. A need for the paradigm shift. Esitelmä Qualitative Research on Mental Health -konferenssissa. 20.9.2018.
- Rasmus, Riitta 1999: Missä olet, mielisairaala? 2. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Ruckenstein, Minna 2019: Tracing medicinal agencies. Antidepressants and life-effects. *Social Science & Medicine* 235, 1–9.
- Sarvela, Kati – Elisa Auvinen (toim.) 2020: *Yhteinen Kieli. Traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen*. Basam Books, Helsinki.
- Siltala, Pirkko 2016: *Taakkasiirtymä. Trauman siirto yli sukupolvien*. Hermes, Tampere.
- Suvisaari, Jaana – Eskelinen, Saana – Keinänen, Jaakko – Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki – Viertiö, Satu 2019: Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>
- Tynys, Sami 2016: "Musiikkia mielisairaalaissa." Musiikin ja musiikkiterapian merkitys historiallisesta näkökulmasta Suomen psykiatrisissa sairaaloissa. *Musiikki* 46: 1, 63–91.
- Valtonen, Tero 2020: Uuden jättisairaalan rakentaminen Helsinkiin etenee. Yli 900 potilaan Laakson yhteissairaala on yksi suurimpia sairaalahankkeita koko maassa. [Verkkoaineisto] Ylen verkkouutiset. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-11394611>. Viitattu 31.7.2020.
- Vuorela, Mika – Aalto, Inkeri 2011: Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa: Korkeila, Jyrki – Joutsenniemi, Kaisla – Sailas, Eila – Oksanen, Jorma (toim.) *Irti häpeäleistä*. Duodecim, Helsinki, 32–37.

LUENNOT

- Muukka, Marko 2019: *Digipsykiatria skitsofreniapotilaiden hoidossa*. Luento Skitsofrenia-symposiumissa Kuopiossa 12.9.2019.

Kirjoittajat

FT **Saara Jäntti** toimii ma. yliopistotutkijana Jyväskylän yliopiston kieli- ja viestintätieteiden laitoksella. Hän on tutkinut mielenterveyden kulttuurisuutta ja psykiatrisen hoidon ja kärsimyksen yhteyksiä kodin ja kuulumisen merkityksiin niin kirjallisuudessa kuin tuetusti asuvien mielenterveyskuntoutujien kokemuksissa ja toiveissa. Taiteen ja tutkimuksen yhdistäminen sekä kanssatutkijuus ovat hänen tutkimuksensa kulmakiviä.

🔗 <https://orcid.org/0000-0001-8964-0175>

TansT **Kirsi Heimonen** työskentelee yliopistotutkijana Taideyliopiston Taiteellisen tutkimuksen tutkimuskeskuksessa (CfAR). Hänen taustansa on koreografiassa, somaattisissa liikemenetelmissä ja kokeellisessa kirjoittamisessa. Hän on tutkinut muun muassa hidasta kävelyä, ruumiillisuuden hiljaisuutta sekä viime aikoina tehnyt yhteistyötä paikkasidon naisen koreografisen kirjoittamisen parissa.

🔗 <https://orcid.org/0000-0003-4665-5136>

FT **Sari Kuuva** työskentelee tutkijana Jyväskylän yliopiston Musiikin, taiteen ja kulttuurin tutkimuksen laitoksella. Kuuvan tausta on taidehistoriassa ja kognitiotieteessä, ja hän on tutkinut tunteiden ilmaisemista ja kokemista erilaisissa yhteyksissä. Kone-hankkeen yhteydessä Kuuva keskittyi henkilökunnan lasten tunnekokemuksiin ja mielisairaalaympäistöihin liittyvään ruumiilliseen tietoon. Viime vuosina Kuuva on tutkinut psykiatristen potilaiden taidetta.

🔗 <https://orcid.org/0000-0001-9494-5838>

FT **Karoliina Maanmieli** työskentelee kirjoittamisen opettajana Jyväskylän yliopistossa sekä kirjallisuusterapiakouluttajana useissa oppilaitoksissa. Väitöskirjassaan hän tutki kirjallisuusterapiaa psykoosin kuntoutuksen tukena. Vuosina 2019-2021 Maanmieli on toiminut ohjaajana ja koordinaattorina kansainvälisessä Erasmus+ -hankkeessa, jossa kir-

jallisuusterapiaa käytettiin haja-asutusalueilla asuvien naisten mielen-
terveyden tukena.

📄 <https://orcid.org/0000-0002-5157-6750>

FM **Anu Rissanen** viimeistelee väitöskirjaa Historian ja etnologian laitoksella Jyväskylän yliopistossa suomalaisen laitospsykiatrian historiasta. Tutkimus keskittyy hoitomuotoihin, niiden käytännön toteuttamiseen sekä potilaiden kokemuksiin hoidoista.

📄 <https://orcid.org/0000-0003-4849-8752>

Abstract

Experiences of Mental Hospitals. Spaces Engraved in Memories

Finnish psychiatric practice has been heavily based on institutionalization, and mental hospitals have played important cultural and historical roles in Finland. Our multidisciplinary research focuses on the bodily, spatial, affective, and multisensory aspects of the memories of patients, relatives, staff, and their children. The memories were collected and archived in the Finnish Literature Society in 2014–2015. These 92 written pieces cover the period from the 1930s to the 2010s. They reflect significant changes in Finnish psychiatry and provide crucial insights into the various meanings of mental hospitals in people's lives, and the social and cultural forces that shape attitudes to and ideas about mental health problems, psychiatric care, and service users today.

Drawing on our backgrounds in history, artistic research, and visual, cultural and literary studies, we provide new ways of reading and interpreting the memories and experiences in psychiatry. The study discusses memory, mental hospitals as lived spaces, the history of Finnish psychiatry and the relation between the memories of the different groups of writers. The chapters approach memories from the perspectives of affects and atmospheres, violence and abuse, everyday life at the hospital in the 1930s, feelings of fear and safety in the memories of the children of the staff, and the historically and culturally contingent tensions between hospitals and homes.

Asiahakemisto

- affekti 146–149, 151, 152, 154, 180–181, 183–184, 294
- aika 37, 50, 90, 94, 102, 110, 112–114, 117, 118, 121, 143, 157, 164, 181, 197, 199, 206–208, 2011–212, 214, 233, 251, 254, 260–261, 265, 271, 276, 279, 286, 291, 297, 310, 312, 314, 316, 319, 320–322, 333, 333–339, 346, 347, 350, 352, 358–363, 371, 380–381, 394, 396
- ajan kuluminen 113, 221, 261, ks. myös rytmi
- ajallisuus 46, 90, 112–114
- aineistolähtöisyys 58, 244, 293
- aistit 53, 116, 132
- antipsykiatria 45, 76, 274
- arki 22, 40, 42, 46–47, 59, 113, 157, 168–167, 169–170, 191, 195–196, 199, 209, 212, 241, 290, 307, 323, 325, 336, 347, 365, 382
- asuminen 24, 93, 300, 332–334, 336–351, 361–372, 379–382
- asumispalvelut 80, 81, 339
- atmosfääri 145–146, 151, 153, 155–156, 268
- affektiivinen atmosfääri 145–149, 160, 183–185
- avioliitto 343, 373–374
- avohoito 14, 23, 66, 73, 76–80, 93, 124, 277, 350–351, 379, 397, 301
- Avoin dialogi 278, 356
- diagnoosi 17, 21–22, 38, 51, 59, 101, 124, 143, 148, 184, 202–204, 229, 249, 253, 271, 280, 362, 392, 402
- diskurssi 16, 42, 132, 378
- oletytila 15, 52–53, 132–136, 288, 311–312, 323–324, 348, 381, 390
- emootio 287–327
- emotionaalinen yhteisö 290, 292, 294–298, 304, 311–312, 323–324, 327, 376
- empatia 281, 307–308, 327
- ennakkoluulot 300, 307, 324
- etiikka
- tutkimusetiikka 20, 36, 44, 54–59, 145–146, 167, 175, 190–191, 249, 281, 348, 352
- hoidon etiikka 39, 175, 233, 241, 267, 281, 373, 393, 395
- harhat 95, 105, 223, 308–310
- henkilökunta 24, 38–39, 69, 75, 79, 81, 86–88, 94–96, 110–111, 130, 160, 191, 195–197, 201–202, 204, 207–209, 216–221, 225–226, 228–233, 241, 243–244, 257, 259–261, 270, 276–278, 313–318, 326, 340, 343, 345–346, 365, 380–381, 394–395
- hierarkia 24, 48, 53, 89, 96, 111–112, 127, 196, 212, 255, 302, 333, 343–346, 380, 390, 397
- hoitaja 166, 207–209, 213, 215, 218–219, 221–222, 225, 228, 232, 252, 264, ks. myös mielisairaanhoidaja
- omahoitaja 110, 357–358, 360, 374–376
- hoitoideologia 65–66, 205, 246, 347, 349
- hoitojärjestelmä 50, 69, 73, 76, 78, 248, 251, 350, 356, 395
- hoitokulttuuri 45, 58, 96, 112, 243, 246, 250, 259, 265, 394
- hoitomuodot 312–313
- lobotomia 99, 279, 313, 327
- lääkkeet ks. myös psykenlääkkeet 102, 110, 115–118, 133, 164–165, 221–222, 262–268, 297, 312, 247, 394
- kiedehoito ks. käärehoito
- käärehoito 221, 224–227, 233
- kylpyhoito 221, 223–224
- malariahoito 78, 222
- musiikkiterapia 115, 397
- perheterapia 246, 271, 369
- psykoterapia 77, 401
- sähkö(sokki)hoito 72, 99, 105, 246, 297, 313, 326
- taideterapia 278, 393, 397
- terapia 72, 81, 114, 119, 136, 227, 246, 274,

- 377, 391, 397
työhoito 74, 78, 193, 196, 207, 211, 221,
227–229, 233, 346–347, 380
hoitosuhde 81, 109–110, 221, 248, 255, 281,
365, 373–374
hoitoonpääsy 41, 66–67, 100–105, 119–120,
126–127, 134–135, 149–150, 250, 332
hulluus 57–58, 143, 185, 301, 303–304, 308
huumori 218, 221, 266–267, 302, 394
- identiteetti 46, 133, 163, 208, 245, 252, 256,
258, 266, 272, 347, 364, 395
ihmisoikeudet 241, 247–248, 262, 280–281,
381, 401–402
ikkuna 47, 75, 131, 148, 152, 160, 208, 222,
228, 273, 275, 303, 306, 308, 311–313, 316,
334, 353–355, 396
itsemurha 80, 131, 162, 314–317, 325–326,
328, 366
itsetuhoisuus 41, 101, 126, 131, 248, 259,
314, 374
itsensä vahingoittaminen 41, 135, 326,
355–357, 362
- kahvi 47, 108, 133, 170, 172, 179, 215, 277,
345
kanslia 89, 97, 111, 255–256, 354–355
kasvuympäristö 128–129, 320, 322, 374
Kelloksen Prinsessa 14, 378
kerronta, kerronnan konventiot 293–294,
300, 305, 321, 325
keruu 12, 32–36, 110, 243, 247
kielikuva ks. metafora
kirjoittaminen ks. myös muistelijaryhmät
15–16, 18–19, 21–22, 33, 42–50, 55–59,
88–93, 97, 115, 191, 202, 216, 251, 391,
397, 400
kirjeet 45, 111, 191, 194–195, 198, 204,
209, 216–217, 220, 232, 376
kirjoittamisen menetelmä 179–181
kiusaaminen 243, 250, 257, 308
kohtaaminen 288–289, 307–308
kokemustieto 56, 197–198, 244, 280
koti 120, 128, 190, 304–306, 332–337, 340–
382, 400–402
kotimaailma 104, 332, 353–363
kotiuttaminen 114, 124, 135, 169, 204, 221,
229, 246, 314, 358, 365
kotiutuminen 102, 103, 113, 358, 360,
371–372, 381
kuntoutus 77, 92, 241, 252, 274, 278, 337,
345, 346, 348, 358, 360, 376–377
kuolema 73, 292, 313–319, 321, 323, 326–327
kärsimys 22, 241–288, 308, 316, 321–322,
392, 394
kävely ks. myös ulkoilu 69, 172–178, 206–
209, 231, 287, 309, 311–312, 319, 364
vapaakävely 131, 172–174, 177, 207–208,
231, 274, 319
kävelyhäkki 141–142, 176–177, 254
kävelypiha 176–177, 254, 312,
köyhyys 69–70, 72, 94, 339
- laitostuminen 25, 113, 125, 271, 348, 363,
365, 381
lapset
henkilökunnan lapset 39–41, 128–131,
287–327, 341–342, 344–346
lapsiomaiset 19, 38, 108, 120–122, 309–
310, 350, 366–367
lapsipotilaat 152, 255, 307, 367–368
lapsuus 24, 100, 122, 260, 288–291, 301–
302, 312, 320–321, 328
lapsuusmuistot 33, 36, 49, 89, 288–291,
312, 320–321, 375
leikki 22, 287–289, 302, 327
lepo 95, 108, 125–126, 134–135, 255, 289,
365–366, 396, 402
levottomuus 257, 306, 312
liminaalisuus 335, 338, 365, 375, 381
luottamus 43, 46, 110, 147, 207, 221, 255,
259, 280, 304–305, 365, 374–376, 381, 394
lähiluku 51, 196–197, 244, 336
lääkkeet ks. hoitomuodot, psyykenlääkkeet
lääkäri 15, 39, 45, 48, 70, 77, 91–92, 104,
125, 127–128, 135, 152, 198, 204, 206–209,
211, 215–217, 227, 230, 268, 287, 289, 308,
316

- maisema 38, 69, 122, 148, 158, 174–176, 182
metafora 243, 245, 253, 272–274, 280
Mielenterveyden keskusliitto 12, 18–19,
32–33, 35, 45, 110, 251
mielenterveyslaki 241–242, 262
mielenterveystyö 12, 19, 66, 78–81, 351
mielisairaalat
Hämeen piirimielisairaala, myöh. Hattel-
malan sairaala 22, 40, 55–56, 80, 190–240
Kangasvuoren B-mielisairaala/sairaala 37
Kellokosken piirimielisairaala/sairaala,
8–9, 37, 39, 40, 70–71, 73, 80–81, 98, 99,
147, 160, 175, 210, 224, 342, 348, 378
Käkisalmen turvalaitos 68
Laajasalon terveysasema 37
Lapin keskusmielisairaala, myöh. Muuro-
lan sairaala 37, 39, 48, 91–93
Lapinlahden sairaala 8–9, 32, 35, 37,
66–69, 80–81, 141–142, 147, 154, 177, 194,
203, 222,
Mikkelin piirimielisairaala, myöh. Moi-
sion sairaala 8–9, 39, 56, 147, 174, 287–
288, 303, 312, 315
Nikkilän sairaala 8, 32, 39, 40, 80, 147,
173, 378
Niuvanniemen sairaala 37, 40, 68, 203
Ohkolan B-mielisairaala 39
Oulun piirimielisairaala/psykiatrinen
sairaala 37, 39, 70, 72
Paiholan sairaala 39
Pitkäniemen sairaala 37, 40, 68–69, 174,
190, 219, 223
Peijaksen sairaala 37, 178
Rauhan piirimielisairaala/sairaala 37, 39,
40, 73, 81, 202,
Seilin hospitaali/sairaala 16–17, 32, 67, 68,
194, 216
Seinäjoen piirimielisairaalat, myöh. Törnä-
vän sairaala 22, 37, 39, 40, 55–56, 147, 150,
190–240, 288, 302–303, 307, 317, 325, 341
Siilinjärven piirimielisairaala, myöh. Har-
jamäen sairaala 39, 71, 197–198, 208, 214,
216, 223, 226, 229, 316, 340, 343
Sisä-Suomen B-mielisairaala 37, 40, 74
Taipalsaaren sairaala 40
Tammiharjun sairaala 37, 39
Vaasan piirimielisairaala, myöh. Huuto-
niemen sairaala 37, 40, 311
Valkealan B-mielisairaala 37
Veikkolan parantola 37
mielisairaanhoidon kritiikki 25, 44–45, 48,
51,76, 197, 230–233, 243, 246–247, 255,
280, 312, 322
mielisairaanhoitaja 39, 95, 127, 270, 298,
316, 318, 342
mielisairaalalaitos
A-(mieli)sairaalat 73
B-(mieli)sairaalat 62–63, 65–66, 74–75,
77, 92, 130, 342
kehitys 12–14, 18, 20, 24–25, 50, 57,
65–70, 72–81, 98, 154, 192–193, 328, 338,
342–343, 349, 381, 390, 401
lainsäädäntö 15, 66–70, 72–73, 77–79, 94,
198–199, 241–242, 246, 261–262, 373
mielisairaaloitten maatilat ja puutarhat
66–67, 69, 71, 123, 208–209, 213, 222, 231,
308, 345, 375
mikrohistoria 16, 22, 55–56, 196–197, 201,
290, 390–391
muisteleminen 7, 9, 15, 39, 43, 46–48, 53,
57, 95–96, 109, 123, 127, 172, 178, 181–182,
199, 226, 246, 253, 290–292, 321–323,
345–348, 365, 367, 390
muistelijaryhmät 36–52, 88–91, 132–294,
296, 297, 323, 326, 327
muistitietotutkimus 45–49, 59, 197–199,
201, 290, 322, 395
omaiset 12, 18–19, 21, 33, 36–38, 41, 69, 89,
98, 103–104, 107–109, 116–117, 119–126,
132, 134, 150, 195, 203, 217, 281, 298, 309–
310, 326, 332, 380–388, 394–395, 400, 402
orientaatio 155–158
osastot 196, 204, 206–208, 278, 303–304,
306, 308, 312, 316–318
pakkokeinot 15, 22–23, 54, 58–59, 134, 136,
173, 229–230 241–288, 326, 343, 393, 395,

- 398–399, 401–402
eristys 163–164, 222, 226–227, 247–249, 250, 253, 258–262, 269, 308, 326, 395
lepositeet 247, 248, 250, 253, 260
liikkumisen rajoittaminen 210, 226, 229, 247, 250, 254–255, 274
omaisuuden takavarikointi 216–217, 220, 232, 247, 256–258
pakkohoito 43, 45, 80, 102–103, 135, 355
pakkolääkitys 247, 248, 250, 254, 262–268, 277, 394, 402
perhe 24–25, 38, 41, 59, 68, 72, 74, 89, 94, 102–103, 107–108, 110, 120–121, 128, 204–205, 275, 288, 300–302, 304–305, 323, 325, 337–338, 342–346, 353, 355, 362–363, 366–371, 373–374, 380–381
pihapiiri 122, 128–129, 150, 208, 227
portti 103, 135, 274, 287, 301
portinvartija 126–127
potilashuoneet 71, 89, 111, 204, 207, 232
psykiatriakritiikki 243, 279
psykoosi 43, 103, 104, 106, 119, 124, 246, 249, 251, 262, 265, 278, 280–281, 339, 370
psykenlääkkeet 43, 45, 58, 95–96, 113, 115–118, 124–125, 133–134, 164–166, 247, 251, 262–268, 271, 277–278, 312, 356, 365, 371, 394, 402
sivuvaikutukset 115–118, 124–125, 133, 164–166, 247, 251, 262–268, 356–357, 371, 394
vieroitusoireet 116, 165, 263–264, 356
väärä lääkitys 117–118, 124, 134, 356
- rakennukset 66–69, 70–72, 74–75, 80–81, 206–207, 287, 303, 310, 323–326
ruokailu 92, 95, 113, 167, 170, 181, 205–206, 211, 213–216, 232, 271, 356, 361, 364–365, 394
rutiini 52, 135, 169–171, 209–211, 247, 265, 271, 278, 347, 394
ruumis
ruumiin tilallisuus 21, 143, 145, 159, 167–168, 181
ruumiin resonanssi 150, 155, 161, 180
ruumis kokoilmana 154–155
kollektiivisuutena 160–161, 163
ruumiillinen tieto 53, 147
rytmi 168–172, 271, 364–365
päivärytmi 209–210, 232, 253, 271, 312
- sairaalakierre 105, 124–126, 263, 353–362
sairaansija 67–68, 70, 72, 75, 78, 172, 193, 202, 205
sensurointi 216–218, 231
Skinner Releasing -tekniikka (SRT) 21, 143, 145, 149, 158–159, 162, 167–168, 177–178, 180
sosiaalipsykiatria 77
sota 269, 289, 309–310
stigma 12, 38, 43, 60, 98, 106, 133, 253, 300–301, 321, 323, 325, 328, 395
sumu 155–160
sukupuoli 24, 37, 53, 67, 92, 296, 334, 336, 343, 346, 377, 382
säilö 41, 74, 110, 154, 254, 370
sänky 95, 113, 116, 166, 169, 172–173, 210, 207, 264, 348, ks. myös sairaansija
- taiiteellinen tutkimus 21, 22, 141–142, 147, 149, 390, 397, 398
tarjouma 334–335, 351, 360
testimonio 44–45, 201–202, 225, 232, 399
tiedonkulku 271, 275, 277
toimijuus 43–44, 117, 258, 333, 359, 364, 377, 382
toipuminen 9, 104, 108, 110, 113, 114, 118, 129, 131, 134, 169, 174, 175, 246, 268, 269, 332, 367, 371, 372, 389, 390, 394, 396–397, 402
totaalinen laitos 23, 220–221, 245, 247, 252–253, 256, 262, 269, 272–273, 275–277, 281, 361, 364
trauma 36, 43, 49, 100, 103, 134–135, 241–288, 292, 366, 393–396
traumainformoitu työote 259, 396
tunteet 243, 276–277, 287–328
ahdistus 22, 95, 101, 104–105, 113, 119, 121, 123, 149–150, 182, 243, 248, 257, 260–262, 266, 270–274, 275, 315, 325, 350,

- 365, 369, 371
häpeä 8, 12, 43, 54, 81, 108, 110, 122, 161, 185, 231, 243, 256, 263, 268, 274, 291, 298, 300, 324, 367, 380, 393, 395–396, 399
kiitollisuus 117, 134, 269, 365, 393
melankolia 54, 129, 320–321, 324
nostalgia 24, 54, 129, 294, 320–321, 324, 393
pelko 41, 54, 98, 103, 106, 114, 116, 121–122, 125, 133, 154, 173, 176, 223, 248, 259, 266, 274–275, 292–294, 296–300, 302–303, 305, 307–308, 310, 312–314, 319–321, 323–326, 354, 369, 376, 393, 402
rakkaus 220, 349, 343, 355, 373–379, 382
suru 107, 111, 123, 291, 293, 314–317, 324–325
syyllisyys 310, 367, 395
turvallisuus 243, 248, 252, 276, 287, 293–294, 296, 298–302, 305–306, 310, 315–316, 318–321, 323–326
viha 248, 262, 274–276, 319
tupakka 112–113, 133, 160, 211–212, 222, 228, 256–257, 271, 345, 347
turva 119, 279, 299, 301, 303, 309
tutkimusmenetelmät 196–197, 244–246, 293–294, 303, 325
työ 72, 128, 132, 212, 362, 366, 401 ks. myös mielenterveystyö ja työhoito
hoitotyö 19, 39–40, 88–89, 94–100, 110, 127, 132, 221, 246, 249, 251–252, 257, 259–260, 265, 275, 281, 289, 291, 298, 300–302, 304–305, 313–314, 316, 317–319, 321–324, 327, 342, 344, 357–358, 375, 394, 395
potilaiden tekemä työ 103, 114, 168, 345, 365, 374, 377
työkulttuuri 97, 250, 269
työhoito 74, 78, 130, 193, 196, 207, 211, 221, 227–229, 233, 346–347, 380
uhka 43, 96, 154–155, 159, 166, 242–243, 249, 269, 281, 292, 299, 317, 319–320, 325–326, 328, 363, 366, 370, 376, 399
ulkoilu 66, 96, 172, 207–208, 307, ulkopuoliset 40, 57, 105, 114, 122, 212, 267, 274, 290–291, 296, 298–304, 308, 312, 321, 323–326, 328
valo 75, 100, 103, 134–135, 147, 211, 310, 340
vallankäyttö 116, 218–220, 232–233, 241–288
vanhemmat 289–290, 297–298, 302, 309, 313–318, 321–323, 326–328
vierailijat 59, 107–109, 122–123, 126, 147, 149, 151, 161, 176, 185, 209, 213, 217, 296, 318, 324, 366
vieraus 142, 158, 167, 168, 183, 185, 298–300, 327, 353–354
väkivalta 68, 95, 96, 102, 122, 134, 135, 218–221, 225–226, 232, 241–281, 298, 306, 313, 317–319, 323, 325–326, 328, 354, 357, 368–370, 399
yhteisö 53, 65, 68, 72, 77, 100, 120, 121, 192, 197, 209, 232, 242, 252–253, 288–328, 333, 335, 337–338, 349, 351, 360–363, 370, 376, 379, 380–382, 393–396, 400, ks. myös emotionaalinen yhteisö
asumisyhteisö 14, 333, 342–343, 346
sairaalayhteisö 44, 88, 105, 130–131, 276, 279, 345–346, 379
työyhteisö 97, 127, 250, 338, 342–343
yhteisöllisyys 41, 59, 71, 129, 281, 342, 346, 402
yhteydenpito 216–218, 232, 247, 256, 258
yksityisyys
yksityisyyden suoja tutkimuksessa 36, 55, 57, 190–191, 245
yksityisyys sairaalaympäristöissä 55, 108–109, 123, 249, 258, 297, 336, 338, 344, 380
ystävyys 106–107, 112, 123, 126, 216, 301, 303, 315, 325, 373, 374, 377
äänet
huuto 302, 311–312
potilaiden ääni 230, 391
äänimaailma 132, 208, 231, 260, 311–312, 399
äänien kuuleminen 259