



Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaapotilaan ura 1900-luvulla

Anu Rissanen

Artikkelissa tarkastellaan yhden pitkäaikaisen potilaan, ”Katrín”, potilaskertomuksen kautta mielisairauteen liitettyjen kriteerien muuttumista, diagnostiikan ja sairastuneiden lääketieteellisen hallinnan kehitystä sekä mielisairaanhoidon muuttumista psykiatriaksi. Artikkelissa kysytään, millä perusteella mielisairaapotilas lähetettiin hoitolaitokseen, millaisia hoitokäytänteitä häneen sovellettiin ja miksi ja auttoivatko ne. Kysymyksiin vastaamiseen tarvitaan kontekstin, suomalaisen psykiatrian, tuntemista. Katrin yhteenlaskettu hoitoaika piirimielisairaalassa kesti yli 40 vuotta, ja tuo ajanjakso sisältää miltei kaikki 1900-luvulla käytetyt hoitomuodot. Sairauskertomuksen lääketieteellisten käsitteiden ja käytänteiden muuntuminen kertoo psykiatrian läpi koko 1900-luvun jatkuneesta voimakkaasta murroksesta, sekä siihen liittyvistä asiantuntijadiskursseista. Samalla se kertoo myös siitä, että hoitomuotojen toimivuus oli vaihtelevaa ja joidenkin potilaiden kohdalla, esimerkkinä Katri, tavoiteltua vastetta ei saavutettu.

Avainsanat: mielisairaanhoidon historia, mielisairaudet, mikrohistoria, psykiatrinen potilas, psykiatriset diagnoosit, psykiatriset hoitomuodot

Johdanto

1900-luku oli suomalaisessa mielisairaanhoidossa suurten muutosten aikaa. Nämä muutokset heijastuivat sekä yksilöiden ja yhteiskunnan käsityksiin mielisairauksien hoidettavuudesta että ajatukseen siitä, missä sairaita pitäisi hoitaa tai säilyttää. Sairaaloiden rakentamisen ja sairaiden hoitamisen katsottiin pitkään olevan valtion vastuulla ja monet lääkäreistä suhtautuivat kielteisesti kunnallisten mielisairaaloiden rakentamiseen. Paineet hoitopaikkojen lisäämiseksi olivat kuitenkin kovat, sillä 1900-luvun alussa Suomessa valtion mielisairaaloiden, harvojen kunnallisten ja yksityisten laitosten sekä vaivaistalojen ja kunnalliskotien mielisairasosastojen yhteenlasketut hoitopaikat olivat noin 2 500 sairassijaa. Vuonna 1906 Suomessa laskettiin olevan noin 11 700 mielisairasta, joista miltei 80 prosenttia oli vailla hoitopaikkaa laitoksessa. Valtion mahdollisuuksia ratkaista mielisairaanhoidon ongelmaa eli laitospaikkojen rakentamista ei nähty realistisena ja 1910-luvulta alkaen Suomeen syntyi valtionavustusten turvin kuntainliittojen omistamien piirimielisairaaloiden verkko. Vuonna 1938 Suomessa oli 14 piirimielisairaala, joissa oli miltei 5 000 sairaansijaa. (Pesonen 1980, 510–515; Hyvönen 2008, 97.) Mielisairaaverkoston rakentaminen oli osa yhteiskunnan modernisoitumisprosessia. Se oli osaltaan synnyttämässä keskustelua siitä, mitä kansalaisten terveys ja sairastaminen merkitsivät. Mielisairaajat alkoivat 1900-luvun alusta olla yhä painavampi taakka yhteiskunnan normaaleille ja terveille jäsenille työkyvyttömyytensä, siveettömyytensä ja myös perimänsä kautta. Teollistuminen, palkkatyön yleistyminen sekä kirkon sosiaalisen huollon siirtyminen kuntien vastuulle muuttivat aiempaa yhteisöllisyyttä ja yksilön hyödyllisyyteen perustuvan kunnan kansalaisuus -ajattelun myötä poikkeava käyttäytyminen medikalisoitiin paitsi yhteiskunnan ylimpien kerrosten myös kansan piirissä. Outoudesta tuli hulluutta ja hulluudesta sairautta, jonka valvomiseen, hallitsemiseen ja hoitamiseen tarvittiin yhä enemmän mielisairaaloita. (Salo 1996, 56–60; Ahlbeck, Lappalainen, Launis & Tuohela 2013.)

Tutkin tässä artikkelissa suomalaisen mielisairaanhoidon murrosta 1900-luvulla yhden potilaskertomuksen kautta. Olen nimennyt potilaan ”Katriksi”. Tulkitsen hänen potilasasiakirjojensa kautta mielisairauteen liitetyn diagnostiikan ja potilaista tehtyjen lääketieteellisten arvioiden muutoksia suhteessa mielisairaanhoidon käytänteiden muuttumiseen. Katri ja hänen potilaskertomuksensa toimivat johtolankana lääketieteelliseen diskurssiin sairauksista ja niiden hoitamisesta. Tarkastelen hoitomuotojen käytännön toteuttamista, joka ainakin Katrin tapauksessa erosi monessa kohdassa melkoisesti opetettavan psykiatrian ajatuksista. Katrin potilasasiakirjojen kautta etsin vastausta kysymyksiin: millä perusteella ja kenen taholta oireileva ihminen lähetettiin mielisairaalaan, millaisia hoitokäytänteitä häneen sovellettiin ja miksi ja miten ne vaikuttivat. Olen valinnut aineistoiksi Katrin potilaskertomuksen, koska pitkäaikaisena potilaana hänen hoitorepertuaarinsa koostui miltei kaikista tärkeimmistä 1930–1980-lukujen välillä käytetyistä hoitomuodoista. Toisaalta monesti niin kliinisten potilaskertomusten joukosta Katrin aineisto erottuu myös siinä, että potilaan persoonallisuus välittyy sen sivuilta. Näen Katrin vaativana potilaana, jonka oireet ja käyttäytyminen haastoivat ensin lähiyhteisön sietokykyä ja myöhemmin mielisairaalan normaalia epänormaalia arkea. Katri on tienristeys, jossa maallikkojen, hänen tapauksessaan kunnan holhouslautakunnan, mielipiteet ja mielitautien sekä psykiatrian

asiantuntijoiden näkemykset kohtaavat. Tarkoituksena on hahmottaa suuret linjat Katrin avulla, mutta toisaalta tavoittaa Katri suurten linjojen keskeltä.

Mielisairauksia ja psykiatria on Suomessa aiemmin tutkittu pitkälti hoitojärjestelmän sekä -instituutioiden näkökulmista. Yksittäisen potilaan historia on jäänyt näissä tutkimuksissa olemattomaksi; potilaat ovat ikään kuin kasvotonta massaa, joihin kohdistetaan tutkimuksia ja toimenpiteitä, mutta heidän reaktioitaan niihin ei tarkastella. On tärkeää tutkia potilaiden historiaa ja hahmottaa heidän yksilöllisyytensä yleistävien diagnoosien ja hoitomenetelmien keskellä.

Juha Hyvönen on tutkinut suomalaisen mielisairaanhoidon järjestelmän kehitystä (Hyvönen 2008). Helena Hirvonen puolestaan valottaa liseniaatin työssään ja väitöskirjassaan tieteellisen psykiatrian vakiintumista Suomeen 1800-luvulla ja 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. Kyseiset tutkimukset ja Hirvosen artikkeli käsittelevät myös hoitomuotoja, mutta niiden aikajänne ulottuu 1920-luvun loppuun. (Hirvonen 2003; Hirvonen 2008; Hirvonen 2014.) Sairaaloitten kohdalla tutkimuksen fokus on ollut sairaalan perustamisessa, hallinnollisessa toiminnassa ja taloudessa (esimerkiksi Hänninen 1965; Vahvaselkä 1976; Judin 1983). Potilaat ja heidän hoitonsa ovat jääneet vähemmälle. Tässä suhteessa Kaija Vuorion Niuvanniemen sairaalaa vuosina 1885–1952 käsittelevä laitoshistoria (Vuorio 2010) on poikkeus, sillä siinä hahmotetaan myös potilaiden historiaa ja heidän hoitomuotojaan yleisellä tasolla. Jutta Ahlbeck-Rehlin (sittemmin Ahlbeck) Seilin sairaalaa, ja sen naisia tutkiva väitöskirja (2006) on ensimmäinen ja ansiokas esimerkki tutkimuksesta, jossa potilasasiakirjat toimivat lähteinä, joiden avulla tarkastellaan psykiatristen sairauksien hoitoon liittyviä näkökulmia. Lisäksi Ahlbeckin vuonna 2015 ilmestynyt artikkeli oikeuspsykiatrisesta potilaasta, jonka elämäntarinaa hän seuraa muun muassa potilaskertomuksen avulla peilaten tutkimuskohteensa kautta 1930-luvun degeneraatiokeskustelua, on oivaltava esimerkki yksittäisen potilasasiakirjan käyttämisestä lähteinä.

Vaikka tutkin artikkelissani lääketieteen ja erityisesti psykiatriaksi muuttuvan mielitautien retoriikkaa, liitän tutkimukseni mielenterveyttä kulttuurisesta tulokulmasta tarkastelemaan tutkimussuuntaukseen (esimerkiksi Porter 2002, 2006; Ahlbeck-Rehn 2006, Pietikäinen 2013). Yksittäisen potilaan, varsinkin, jos hänen hoitajaksonsa kattaa useita vuosikymmeniä, potilaskertomus voi tuoda esille kehityksen laajemmassa lääketieteellisessä retoriikassa. Hahmotan tämän muuntumisen taustalla myös kulttuurisen muutoksen: lääketieteellinen diskurssi sijoittuu aina aikakauden kontekstiin ja diskurssi muuttuu ympäröivän yhteiskunnan muuttuessa. Lääketiede, etenkin psykiatria, on aina ollut vahvasti aikakausisidonnaista. Potilaiden harhojen kohteina saattoivat olla esimerkiksi suuret keksinnöt tai julkisuudessa esillä olleet puheenaiheet: 1930-luvulla potilas saattoi pelätä sähköä – 1960-luvulla saman potilaan harhat pohjautuivat Sputnik-satelliittien lentoihin.

Artikkelini jakaantuu kolmeen analyysilukuun, joita edeltää aineistojen tutkimuseettinen pohdinta. Ensimmäisessä analyysiluvussa tarkastelen niitä määritelmiä, joiden kautta henkilön toiminta ja käyttäytyminen miellettiin sekä maallikoiden että lääketieteen edustajien piirissä niin poikkeavaksi tai häiritseväksi, että hänet tuli lähettää mielisairaalaan. Selvitän, mitkä tekijät nousivat esille ja miksi sekä mistä nuo tekijät nousivat esille. Toisessa luvussa käsittelen Katrin diagnooseja,

niiden muotoutumista ja niihin sisältyneitä tulkintoja. Tutkin, miten nuo tulkinnat näkyvät Katrissa kirjoitetussa potilaskertomuksessa. Viimeisessä analyysiluvussa tarkastelen niitä hoitomuotoja, joita Katriin kohdistettiin. Päähuomioni on käytännön toteuttamisessa sekä siinä, erosiko se niin kutsutusta akateemisesta psykiatriasta, eli siitä miten hoitoja opetettiin toteutettavan. Artikkelin päämääränä on myös kertoa potilasaineistojen käytöstä lähteenä. Niiden antama tieto ei rajoitu pelkästään medikaalihistorian tutkimukseen, vaan niitä voidaan käyttää myös laajemmin erilaisia sosiaalishistoriallisia teemoja, vaikkapa potilaiden sosioekonomisia taustoja, käsittelevään tutkimukseen. Samoin niiden avulla voidaan tarkastella hoitohenkilökunnan asenteissa tapahtunutta muutosta.

Psykiatrinen potilaskertomus mikrohistoriallisena aineistona

Aineistoni muodostuu yhden, eräässä suomalaisessa piirimielisairaalassa 1930-luvun puolivälistä 1980-luvun loppuun hoidettavana olleen potilaan potilaskertomuksesta. Hänen kolme hoitajaksoaan ajoittuvat 1930-luvun puolivälistä 1940-luvun loppuun, 1960-luvun alkuvuosiin sekä 1960-luvulta aina 1980-luvun loppuun. Aineisto koostuu noin 500 liuskasta tekstejä, merkintöjä, lausuntoja sekä todistuksia. Aineistoon sisältyy myös muutamia Katrin kirjoittamia kirjeitä. Alun perin odotin kirjeitä olevan enemmän, mutta potilaskertomuksesta paljastui joidenkin kirjeiden sekä lausuntojen hävinneen ilmeisesti lääninhallituksessa sen tutustuessa potilasasiakirjaan erään Katrin tekemän valituksen yhteydessä. Lisäksi kävi ilmi, että Katri onnistui 1970-luvun lopussa tuhoamaan siihen asti kirjoittamansa kirjeet. Samalla tuhoutui myös osa lääkäreiden saneluista.

Osan potilaskertomuksesta muodostavat asiakirjat, jotka liittyvät potilaan lähettämiseen sairaalaan. Katrin ensimmäisellä hoitokerralla lääkärin lähetettä kutsuttiin A-liitteeksi. Kysymyksissä käytiin läpi henkilötiedot, lähetettävän henkilön yleinen terveydentila sekä hänen mielentilansa neljän kysymyksen kautta. B-liite puolestaan edusti lähiyhteisön maallikkojen näkökulmaa, sillä sen saattoi allekirjoittaa vaikkapa pappi tai kunnallislautakunnan esimies. Katrin tapauksessa allekirjoittajana toimi holhouslautakunnan esimies. B-liitteessä pyrittiin selvittämään tulevan potilaan sukutausta, elämäntavat, uskonnollisuus, mahdolliset entiset mielisairaudet sekä hänen mielialansa. Vuoden 1937 mielisairaslain muutoksen myötä A-lomakkeen korvasi M III -lomake ja B-liitteen omaisille annettava kyselykaavake. Nämä liitteet avaavat varsinkin potilaan perheen, sukulaisten ja lähiympäristön suhtautumista potilaaseen ja hänen sairastumiseensa.

Potilaskertomukset ovat hoitohenkilökunnan omaan käyttöönsä tuottamia dokumentteja ja ne ovat harvoin täydellisiä. Varsinkin tämän artikkelin tarkastelujakson alkuaikoina oli lääkärin vallassa, milloin ja minkälaisia kirjallisia merkintöjä potilaskertomukseen kirjattiin. Yhdistettynä muuhun lähdemateriaaliin ne antavat mahdollisuuden rakentaa tulkinnan potilaan arjesta sekä häneen kohdistetuista hoitotoimenpiteistä. Käytännön hoitotoimenpiteiden toteuttamisen tutkimiseen ne ovat ainoa lähde. Sairaalassa potilaskertomukseen liitettiin hoitavan lääkärin merkinnät potilaan oireista, tekemisistä ja kunnosta. Katrin ensimmäisen sairaalajakson aikana merkinnät ovat niukkoja eikä esimerkiksi kaikkia erikoishoitajaksoja (sokkihoidot) kirjattu ylös. Katrin kahden viimeisen hoitajakson aikana lääkärin tekemät merkinnät

monipuolistuvat: potilaskertomukseen kirjattiin muun muassa tietoja potilaan suhteesta ympäristöönsä, hoitotoimenpiteiden ja -jaksojen kestosta sekä määrättyjen lääkkeiden muutoksista. Myös Katrin mielipiteitä ja tuntemuksia kirjattiin vähitellen ylös. Ensimmäisen sairaalavaiheen ajalta potilaskertomukseen liitettiin myös kurva eli kertomuslomake, johon mielisairaanhoidajat kirjasivat päivittäin erilaisilla symboleilla potilaan tilan sekä päivällä että yöllä. Merkintöjä tehtiin esimerkiksi käytöksestä, siisteydestä, kuukautisista, ruokailusta sekä työn tekemisestä tai vuoteessa olemisesta. Kurvaan merkittiin myös annetut lääkkeet sekä muiden hoitomuotojen toteuttaminen. Sokkihoitojen alettua potilaskertomukseen liitettiin erilliset, yleensä ruutupaperille tehdyt merkinnät hoidon kulusta. Katrin viimeisen hoitojakson aikana kurvan korvasivat henkilökunnan kirjalliset merkinnät, joita Katrin kohdalla kertyi melkoisesti enemmän kuin muilla samanaikaisesti potilaina olleilla.

Valitessani artikkelini lähdeaineistoksi yhden potilaan potilasasiakirjat tiedostan asettavani aineiston ja itseni myös eettisten haasteiden eteen. Sairauteen ja terveyteen liittyvät tutkimusaiheet ovat sensitiivisiä ja niihin liittyvän lähdeaineiston käyttöä on säädelty lainsäädännöllä. Henkilötietolaki 523/1999 määrittää yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsitellessä. Lain mukaan yksilön terveydentilaa, ja häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä saa käsitellä historiallista tutkimusta varten edellyttäen, etteivät henkilöitä koskevat tiedot paljastu ulkopuoliselle. Julkisuuslaki 621/1999 27 § määrittää arkistoon siirretyistä asiakirjoista, että niitä voidaan luovuttaa tutkimukseen. Olen tehnyt kirjallisen sitoumuksen siitä, etten käytä asiakirjaa sen henkilön tai hänen läheistensä vahingoksi, jota asiakirja koskee. Lisäksi tutkijalla on oltava asiakirjaa säilyttävän terveydenhuoltoyksikön tutkimuslupa, joka minulla on.

Jotta voin kertoa Katrin tarinan mahdollisemman anonyymisti, olen häivyttänyt artikkelista sekä suorat että epäsuorat tunnisteet, joista Katri olisi tunnistettavissa. Ainoat tunnisteet, joita käytän, ovat Katrin summittaisesti ilmoitetut hoitojaksot, koska ne auttavat jäsentämään ja ymmärtämään artikkelin sisältöä ja yleistä kontekstia paremmin. Tekstissä ei käytetä Katrin oikeaa nimeä eikä mitakaan hänen henkilötietojaan. Myöskään häntä hoitaneita henkilöitä tai laitoksia ei nimetä, vaan niistä käytetään tunnisteita. Myös arkistolähteiden kohdalla käytän koodia, vaikka se historiatieteissä on poikkeuksellista. Haluan kuitenkin minimoida tunnistamisen mahdollisuuden. Tämän vuoksi olen jättänyt artikkelistani pois kaksi kirjallista lähdettä, vaikka ne toisivat lisäarvoa Katrin persoonan tulkintaan, sillä niiden kautta Katri olisi mahdollisesti tunnistettavissa.[1] (Lainsäädäntöön, henkilötietojen käsittelyyn ja käyttämiseen, tunnisteellisuuteen ja anonymisointiin katso Kuula 2015 ja Tietoarkisto; aineistonhallinnan käsikirja.) Potilaskertomuksesta löytämiäni tietojen mukaan Katrin sukulaiset eivät pitäneet hänen viimeisellä hoitojaksollaan ollenkaan yhteyttä Katriin. Niinpä ne henkilöt, jotka artikkelistani Katrin mahdollisesti tunnistaisivat, ovat entisiä sairaalan hoitohenkilökunnan jäseniä. Syynä tunnistamiseen olisi se, että kyseisillä henkilöillä olisi hallussaan tietoja, joita he ovat saaneet työnsä kautta, ja jotka eivät käy ilmi artikkelista. He ovat kuitenkin kirjoittaneet salassapitovelvollisuussopimuksen, jonka mukaisesti he eivät saa paljastaa potilaiden henkilötietoja.

On silti erittäin tärkeää pohtia, mitä kaikkia keinoja Katrin henkilöllisyyden salaamiseksi on käytettävä. On myös mietittävä, onko artikkelini Katrin kannalta hyväksyttävä: välittykö tekstistäni yritys ymmärtää Katria ja myös häntä hoitaneita osapuolia vai näyttäytykö se joillekin vain haluna tirkistellä erilaisuutta. (Historiantutkimukseen liittyvistä eettisistä kysymyksistä katso esimerkiksi Kalela 2000, 52–56, 62–69; Kalela 2017; Frigren 2017; Lidman, Koskivirta & Eilola 2017.) Mielisairauksien ja niihin liittyvien käytänteiden tutkiminen sisältää voimakkaita arvolutauksia sekä tutkijan että lukijan kohdalla. Jutta Ahlbeck kysyykin yksittäistä oikeuspsykiatrista potilasta tutkiessaan (Ahlbeck 2015), kuka saa kertoa kyseisen potilaan tarinan ja miten. Sekä Ahlbeckin että minun tutkimuskohteeni olivat omissa elämässään marginalisoituja ja tarkkailun alla – nyt heidän nostamisensa tutkimuksen keskiöön tuo heidät uudestaan tarkkailevan huomion kohteeksi. Jutta Ahlbeckin tavoin koen tärkeäksi, ettei potilaiden tarinaa unohdeta ja väheksyttäisi, vaan että henkilö asiakirjojen takaa saisi sanottavansa kuuluville. Toivon, että onnistun tavoitteessani lähestyä ja kuvata Katrin elämää ja hänen kertomaansa tarinaa – vaikka sen ovat kirjanneet toiset henkilöt – kunnioittavasti. Tällaisten lähteiden käyttö on ainoa vaihtoehto vastattaessa johdannossani esittämään tarpeeseen tutkia juuri potilaita ja hoitokäytänteitä, eikä itse organisaatioita ja ylätasoa medikalisaation muutoksia.

Tarkastelen Katrin potilaskertomusta mikrohistoriallisesta näkökulmasta. Katrin hoitohistoria tapahtui pitkällä, lähes 40 vuoden aikajänteellä ja häneen sovellettiin miltei kaikkia 1900-luvulla käytössä olleita hoitomuotoja. Käytännössä malaria-, hormoni- ja aversiohoito sekä lobotomia ovat hoitokeinoja, joita Katriin ei kohdistettu. Katrin potilaskertomuksen kautta on mahdollista tarkastella hoitomuotojen käytännön toteuttamista esimerkiksi hoitajien kirjaamien merkintöjen kautta. Potilaskertomuksessa on paljon hoitajien tekemiä merkintöjä, jotka yksittäisinä saattavat vaikuttaa merkityksettömiltä. Yhdistettynä toisiin merkintöihin ne kuitenkin luovat kuvan siitä, mitkä asiat vaikkapa Katrin käytöksessä koettiin merkityksellisiksi. Letkuruokinta–merkintä yhtenä päivänä ei indikoinut Katrin kunnan huononemista – sama merkintä viikon jokaisena päivänä puolestaan kertoo oireiden pahenemisesta, levottomuuden kasvamisesta ja yleensä myös hoitotoimenpiteiden lisääntymisestä. Kun Katrin potilaskertomusta vertaa muihin samanaikaisiin potilasaineistoihin, on helppo huomata, että Katri kerrytti jopa puolet enemmän merkkejä ja henkilökunnan merkintöjä, kuin suurin osa muista potilaista. Katrin merkinnät kertovat poikkeavasta, liiasta näkyvyydestä. Sen sijaan tyypillisen potilaan potilaskertomukseen merkittiin muutamia merkintöjä, jotka toistuivat samanlaisina päivästä toiseen. Mikrohistorian aineistona käytetään yleensä viranomaistoiminnassa syntyneitä materiaalia. Niin oikeuden pöytäkirjat kuin sairaalan potilaskertomuksetkin määrittelevät *tyypillistä poikkeusta*. Samalla ne myös määrittelevät käsityksiä siitä, mistä *tyypillinen poikkeaa* eli *normaalista* ja *normaaliutta*. Katrin tapaus ja hänestä pitkällä aikavälillä säilynyt aineisto on tutkimuksellisesti sisältörikas kertoen sekä poikkeavasta että normaalista mielisairaudesta historiassa. (Levi 1992, 19–25; Ginzburg 1996, 37–40; Peltonen 1999, 13–21, 131; Ahlbeck-Rehn 2005, 261–263; Walton, Brooks & DeCorse 2007, 3–7.)

Vaikka tavoitteeni on Katrin sairauskertomuksen avulla tarkastella suomalaisen mielisairaanhoidon ja psykiatrian kehityslinjoja sekä vertailla arjen konkreettisia käytänteitä ja toimintatapoja suhteessa ajan ihanteisiin sekä henkilökunnalle opettettujen malleihin, pyrin erottamaan sen, mikä Katrissa oli erityistä. Tuon pitkän

sairauskertomuksen kohteena on ihminen, jonka äänen kuuleminen ja tulkitseminen ovat yksi tutkimuksen oleellisimmista päämääristä. Potilaan ääni kuuluu sairauskertomuksista harvoin suoraan, joten sitä on etsittävä hänen toiminnastaan laitosympäristössä.

Vaikea, siveetön ja tolkuton – Katrin tie sairaalaan

Piirimielisairaalaan tuotiin kunnalliskodista hoidettavaksi 1930-luvun puolivälissä noin 20-vuotias mäkitupalaisen tytär. Kunnan holhouslautakunnan esimiehen allekirjoittaman potilaskertomuksen B-liitteen mukaan Katri oli jo lapsesta lähtien ollut luonteeltaan erityisen vaikea, äkkipikainen, itsepäinen ja raju. Ensimmäisen kerran mielisairaus huomattiin noin kolme vuotta ennen ensimmäisen sairaalajakson alkamista, jolloin hänet toimitettiin kotipaikkakuntansa kunnalliskotiin, jossa hän oli noin puoli vuotta. Pian kotiuttamisen jälkeen Katrin äiti kuoli, jolloin tyttö joutui liitteen mukaan ”kokonaan huonoon” seuraan, kuljeskeli miesten vaatteissa sekä seurusteli usean miehen kanssa samanaikaisesti. Seurauksena oli avioton raskaus, jonka Katri halusi keskeyttää apteekista hankkimillaan lääkeaineilla [2]. Ennen teon toteuttamista hän kuitenkin keskusteli kirkkoherran kanssa, joka otti lääkkeet pois ja Katri lähetettiin lääninsairaalaan, jossa hänelle suoritettiin abortti. (PK14 179/212/1239.)

Katrin kunto huononi jälleen 1930-luvun puolivälissä, jolloin Katri joutui uudestaan kunnalliskodin mielisairasosastolle. Lääkäri allekirjoittaman liitteen mukaan hänestä tuli väkivaltainen, sekava, tolkuton ja epäsiisti, joten häntä pidettiin ainoastaan kunnalliskodin eristyshuoneessa. Kun Katri aloitti myös itsensä vahingoittamisen, kyydittiin hänet poliisien valvomana piirimielisairaalaan, jossa hän vietti seuraavat 12 vuotta. Kaksi viikkoa sairaalaan saapumisesta potilaalle tehtiin fyysisen ja psyykkisen tilan arviointi. Ylilääkäri arvioi Katrin somaattisen kunnan hyväksi lukuun ottamatta huonokuuloisuutta, joka johtui korvien märkimisestä. Psyykkinen kunto sen sijaan oli huono: Katri oli ollut ajoittain äänekäs ja huutanut osastolla monta päivää pelkästään yhtä sanaa: leipää. Ruokansa hän oli ylilääkärin mukaan syönyt lähes eläimellisesti. Lisäksi potilas nukkui vain voimakkailla lääkeannoksilla. Katri ei myöskään suhtautunut suopeasti sairaalassa tehtyihin tutkimuksiin: hän ei pysynyt paikallaan edes kiinnipitämällä vaan saattoi syöksyä kohti seinää. (PK14 179/212/1239.)

Katrin hoitohistorian alku kuvaa Suomen mielisairaanhoidon tilaa 1930-luvulla. Voimassaoelleen asetuksen perusteella akuutisti sairastuneet olisi pitänyt saada hoitoon lähimpään valtion omistamaan keskuslaitokseen. Sairaalassa oli kuitenkin liian vähän sairassijoja alueen laajuuteen suhteutettuna, joten hoitopaikkaa olisi joutunut odottamaan kuukausia. (Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889; Vuorio 2010, 106–107.) Katrin kotikunta turvautuikin tuolloin paljon käytettyyn vaihtoehtoon: Katri sijoitettiin kunnalliskodin mielisairasosastolle, joka virallisesti oli tarkoitettu kroonikkopotilaille. Osastolla oli 21 sairassijaa ja kaksi eristyspaikkaa ja hoitajakunta koostui yhdestä kurssinkäyneestä naishoitajasta sekä epäpätevästä mieshoitajasta. Akuutteja potilaita osastolla pidettiin köyhäinlaitokseen mukaan tilapäisesti. (Mäkelä 1938, 70.) Mielisairasosastojen toiminta kuului köyhäinlaitokseen alaisuuteen ja niistä puuttui lähes kokonaan lääketieteellinen valvonta. Kunnat myös oivalsivat, että omien holhokkipotilaiden

säilyttäminen kunnalliskodeissa oli taloudellisesti kannattavaa verrattuna valtion keskuslaitosten hoitomaksuihin. Niinpä potilaan sijoittamisen syyksi tulikin monesti köyhyys eikä itse sairaus: kyse oli säilyttämisestä, ei hoitamisesta. (Hirvonen 2008, 166; Hyvönen 2008, 95–96.) Sen sijaan Katrin siirtyminen piirimielisairaalaan noudatti tuon ajan ”hoitoketjua”. Piirimielisairaaloihin vastaanotettiin vuoden 1929 piiri- ja tuberkuloosisairaaloitten valtionapua koskevan lain mukaisesti ensisijaisesti varattomia, vaarattomia sekä parantumattomia mielisairaita, jotka eivät sopineet hoidettavaksi vapaammassa olosuhteissa. Potilaat olivat siis pääasiassa kroonikkoja, jotka olivat sairastaneet jo useamman vuoden ajan – näin Katrinkin kohdalla tulkittiin olevan. (PK14 179/212/1239; Laki kunnallisille mielisairaaloille ja tuberkuloosin vastustamistyö edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksestä 269/1929; Hänninen 1965, 7–19.)

Katrin voi nähdä suomalaisen maalaisyhteiskunnan murroksen objektina. Perinteisesti suku ja kylä olivat pitäneet huolta omistaan ja suhtautuminen sairaisiin ja normista poikkeaviin vaihteli pitkälti sen mukaan, miten perhe ja muun kyläyhteisön jäsenet suvaitisivat poikkeavuutta ja toisaalta, miten sairait itse sopeutuivat ympäristönsä elämään. Muualle huollettavaksi sairastunut yleensä toimitettiin vasta, kun lähiyhteisön keinot ja hermot olivat kuluneet loppuun (Vilkuna 2010, 100; Pietikäinen 2013, 52, 146, 160; katso myös Kinnunen 2015.) Perhejärjestelmässä tapahtui kuitenkin 1800-luvun ja 1900-luvun vaihteessa murros, joka heijastui lähimpien sosiaaliyhteisöjen lisäksi koko yhteiskuntaan. Petteri Pietikäinen kirjoittaa sosiaalisesta dislokalisaatiosta, jossa paikka, perhe, yhteisö ja perinteet sekä niihin liittyvä elämäntapa muuttuivat. Yhdessä kiihtyvän modernisaatiokehityksen kanssa tämä heijastui voimakkaasti yksilötason lisäksi myös maalaisyhteisöjen rakenteisiin ja ylipäätään niiden suhtautumiseen jäseniinsä. Poikkeava käyttäytyminen medikalisoitiin myös yksilön lähipiirissä: hullusta tuli mielisairas, jonka hoito- ja säilytyspaikaksi käsitettiin mielisairaala. (Salo 1996, 29–30, 55–60, Nygård 1998, 75, 194–196; Pietikäinen 2013, 181–182.)

Katrin kohdalla ensimmäisen potilaskertomuksen A- ja B-liitteet sisälsivät monia raskauttavia seikkoja. Yksi vahvimista oli Katrin pienen kyläyhteisön normeista poikennut käytös sekä hänen selvästi äkkipikainen ja kiivas mielenlaatuunsa. Rasite oli myös – ainakin kunnan holhouslautakunnalle – perheen niukka toimeentulo sekä Katrin työkyvyttömyys, joka miellettiin työhaluttomuudeksi. B-liitteessä Katrin itsensä kohdalta korostettiin irstasta, siveetöntä ja epäsäännöllistä elämää, kansakoulun keskeyttämistä sekä käytöksen kaikkinaista huonoutta. Lääkäri painotti A-liitteessä myös väkivaltaisuutta sekä uutena piirteenä tullutta itsensä vahingoittamista. Katrin veljellä oli fyysinen epämuodostuma ja lisäksi hän oli ”psychillisesti abnormi”. Lääkäri toi korostetusti esille myös suvun rasitteet: molempien vanhempien puolella suvussa oli mielisairautta. Se, mitä sairauksia suvuissa mahdollisesti oli, jää hyvin epämääräiseksi. Isän puolelta todetaan Katrin mummon ”höperehtineen” vanhoilla päivillään ja äidin sisaren puolestaan mainitaan olleen nuorena villi ja ”kulkevainen”. Tiedot molempiin liitteisiin tulivat kunnan holhouslautakunnan edustajan kautta. Merkittävää on, että Katrin oman perheen ääni ei B-liitteestä heijastu. (PK14 179/212/1239.)

Toiselle sairaalajaksolle keskusmielisairaalaan [3] 1960-luvun alussa Katrin toimittivat hänen omaisensa. Katri oli kotiutunut alueen keskussairaalaan leikkauksesta, kun hän seuraavana päivänä alkoi kotonaan valittaa heikkoa oloa ja päänsärkyä. Tilanne paheni nopeasti ja kunnanlääkärin saapuessa paikalle oli Katri jo ”tolkuton” ja ahdistunut sekä vaikutti saavan epileptiformisen kohtauksen, johon liittyi voimakasta fyysistä levottomuutta sekä puheen epäyhtenäisyyttä. Kunnanlääkäri epäili M III-liitteessään Katrin saaneen orgaanisen aivosairauden, ilmeisesti aivotrombin. Sävyltään M III on huomattavasti neutraalimpi ja ymmärtävämpi kuin edellinen lähete: sairastuminen oli – ainakin tässä läheteessä – lääketieteellinen seikka vailla moraalista painolastia. Lääkäri painotti lausunnossaan sitä, että Katri oli pystynyt työllään hankkimaan elatuksen itselleen. Samoin hän nosti esille sairastumisen sosiaalisen ja perhedynamiikkaan liittyvän puolen: Katrin iäkäs isä oli vielä elossa, mutta hän ei pystynyt riehuvaan tyttärensä hoitamaan. M I -liitteen, jolla sairaalapaikkaa anottiin, allekirjoitti Katrin sisko. Sairaalaan Katrin omaisille lähetettiin niin kutsuttu omaisten kaavake, jossa he olisivat antaneet enemmän tietoja potilaan viime vuosista. Vaikka Katri siis oli läheisessä kontaktissa sekä isäänsä että sisaruksiinsa, ei omaisten kaavaketta potilaskertomuksen välistä kuitenkaan löydy. (PK14 179/212/1239.)

Katrin kolmas hoitajakso, joka kesti yli 25 vuotta 1960-luvun alkupuolelta 1980-luvun lopulle, alkoi kolme vuorokautta edellisen hoitajakson päättymisestä ja hänet kirjattiin sairaalaan entisillä tiedoilla. Katri uloskirjoitettiin sairaalasta kuuden kuukauden koeajalla ja lähetettiin pieneen leikkaukseen keskussairaalaan. Siellä Katri kuitenkin alkoi käyttäytyä harhaisesti ja uhittelevasti, joten hänet lähetettiin takaisin keskusmielisairaalaan, jossa hän oli potilaana loppuelämänsä. (PK14 179/212/1239.) Sekä Katrin toisen että kolmannen sairaalajakson alkuun sijoittuu siis hänelle tehty somaattinen toimenpide, jonka jälkiseurauksena Katrin psyykinen kunto on heikentynyt. Potilaskertomuksen merkintöjen mukaan hänen hoitokielteisyytensä vahvistui varsinkin 1970-luvulla, mikä osin selittyy näiden kokemusten kautta.

Perimän muotoilemat diagnoosit: psykopatia ja skitsofrenia

Pohja psykiatriselle diagnostiikalle – ja varsinkin 1900-luvun keskeisimpien diagnoosien skitsofrenian ja maanisdepressiivisyyden diagnosoinnille – kehittyi 1800-luvun puolivälistä alkaen Saksassa. Wilhelm Griesinger toi esille ajatuksen siitä, että kaikki mielisairaudet olivat aivosairauksia ja johtuivat aivojen kokonaishäiriöistä. Samalla hän loi perustan mielisairauksien biologiselle selitysmallille. Emil Kraepelin puolestaan toi psykiatriaan potilaskertomukset, jotka perustuivat potilaan pitkäaikaiseen seurantaan sekä sairauksien tarkastelun ennusteen ja lopullisen tilanteen valossa. Hänen kliiniseen aineistoon perustuva tautiluokitus käsitti 13 suurta ryhmää. Suomalainen psykiatriatiede nojasi saksalaiseen psykiatriaan esimerkiksi teoreettisella tasolla ja diagnostiikassa aina toisen maailmansodan päättymiseen saakka. (Kaila 1966, 120–127; Porter 2002, 144–145; Shorter 2006, 85–94, 116–128; Parpola 2013, 31–33; Hirvonen 2014.)

Laitoksissa apukeinona diagnosointiin toimivat potilaan oireet sekä oletettu mielisairauden syy. Vuonna 1880 syyt jakaantuivat lääkintöhallituksen määrittelyn mukaan kuuteen pääluokkaan: moraaliset (erilaiset huolet tai laiminlyöty kasvatus), älylliset (ylirasitus opinnoissa tai henkisessä työssä), sensuaaliset (onania ja alkoholin

väärinkäyttö), aikaisemmat sairaudet (pään kohdistuneet sairaudet, kuukautiskivut sekä syfilis), ulkoiset syyt (pään vammat) ja tuntemattomat syyt. (Harjula 1996, 105–106; Jyrkinen 2005, 65–66.) 1900-luvun alussa potilaskertomuksiin ilmestyi uusi syy: perinnölliset tekijät. Benedict Morelin kehittämä degeneraatio-oppi levisi nopeasti Suomeen kirjallisuuden ja henkilökohtaisten kontaktien myötä lähinnä Saksasta ja Pohjoismaista. Myös Suomessa mielisairaaloiden lääkärit omaksuivat ajatuksen perimän merkityksestä ja turmelevasta vaikutuksesta, koska se näytti selvittävän monia mielisairauksiin liittyviä avoimia seikkoja. Toiseksi degeneraatio ja perimä olivat eräänlaisia sateenvarjokäsitteitä: miltei mikä tahansa psyykinen poikkeavuus voitiin nähdä perimän aiheuttaman rappeutumisen kautta. Kun vielä mielisairaaloita tarvitsevien, vajaamielisten, kaatumatautisten sekä rikollisten määrä näytti kasvavan vuosi vuodelta, vaikutti perimän merkitys mielisairauksiin ja rikolliseen käyttäytymiseen selvältä. (Harjula 1996, 131–136; Parpola 2013, 62–64, 70; Pietikäinen 2013, 96–98.) Katria hoitaneessa piirimielisairaaloissa sairauden syitä merkittiin potilaskertomuksiin vuosina 1926–1954. Suurimmassa osassa kertomuksista kohta taudin syy on jätetty tyhjäksi, mutta niissä missä se on merkitty, useimmissa syynä on perimä. Muita esiintyviä syitä ovat muun muassa alkoholin käyttö, kuppa ja säikähtäminen. (Potilaskertomukset 1926–1954.) Myös Katrin kohdalla perimän merkitys nousi esille sairauden syyn ja diagnosoinnin osalta. Ylilääkäri merkitsi potilaskertomukseen sairauden syyn olevan todennäköisesti perinnöllinen. (PK14 179/212/1239; perinnöllisyydestä potilasaineistossa katso esimerkiksi Tuohela 2015.)

Suomen ensimmäinen psykiatrian professori Christian Sibelius kirjoitti *Oma maa* -teoksessa vuonna 1911:

Degeneroituneiden valtava enemmistö (...) muodostaa ehdottomasti alarvoisia yhteiskunnan jäseniä: sellaisista mainittakoon monet fantastiset maailmanparantajat ja keksijät; pakkoajatusten vaivaamat; henkilöt, jotka alituisesti yhtä toivorikkaana muuttavat pyrkimyksiään ja toiminta-alaansa saamatta mitään tähdellisempää aikaan; sairaalloiset valehtelijat ja huijarit; useat ammattirikolliset; työtä kammoavat maankuleksijat, sairaalloiset riitapukarit, alkoholistit, morfinistit; sukupuolielämässään abnormiset j.n.e.” (Sibelius 1911, 879.) [4]

Monet näistä käsitteistä vaikuttavat sopivan siihen kuvaan Katrista, joka välittyy potilasaineistosta. Katri täytti degeneroituneen ihmisen ja potilaan tunnusmerkit lääkäreiden silmissä: hän oli moraalisesti alimittainen ja epäluotettava, kuljeskeleva sekä taipuvainen hillitsemättömään sukupuolielämään. Katri seksualisoitiin sekä ensimmäisen lähetteen liitteissä että varsinaisessa potilaskertomuksessa. 1930-luvun lopussa ylilääkäri kirjoitti Katrin puhuvan jatkuvasti rivouksia sekä käyttäytyvän niin sopimattomasti potilastovereita kohtaan, että hänet oli pidettävä öisin ”erikoishuoneessa” eli eristyksessä. (PK14 179/212/1239; seksualisoinnista: Ahlbeck, Lappalainen, Launis & Tuohela 2015, 7–8; Ahlbeck 2015, 239–242; yleensä

naispotilaan sukupuolen merkityksestä laitoksessa sekä degeneraation sukupuolittumisesta Ahlbeck-Rehn 2006).

Suomalaisissa mielisairaaloissa käytettiin 1900-luvun puoleenväliin saakka lääkintöhallituksen luokituksia, jotka muuttuivat ja tarkentuivat varsinkin vuosisadan alkupuolella lääkäreiden lääkintöhallitukselle lähettämien matkaraporttien perusteella. Vuosina 1931–1953 käytössä ollut tautiluokitus sisälsi 10 päädiagnoosia, joista osa eriteltiin vielä aladiagnooseilla. Sen pohjana oli valtion mielisairaaloissa 1900-luvun alussa käytetyt diagnoosit. Vuonna 1954 Suomessa siirryttiin käyttämään *Tautinimistöä*, joka noudatti kansainvälistä ICD-6 luokitusta, jossa oli 26 varsinaisen päädiagnoosin alla noin 70 aladiagnosia. Lisäksi tulivat neurologiset diagnoosit, sillä 1950- ja 1960-luvuilla keskusmielisairaaloihin perustettiin omia neurologisia tutkimusosastoja. (De:18, vuosikertomukset 1926–1969; SVT XXXII 1940; International Classification of Diseases, Revision 6 (1948); Tautinimistö 1953; Hirvonen 2014, 159–165; neurologisista osastoista katso esimerkiksi Ignatius 2011.)

Merkittävin vaikutus psykopatian – sekä termin että diagnoosin – rakentamisella oli kahdella saksalaisella psykiatrialla J. L. A. Kochilla ja Kurt Schneiderillä. Kochin 1890-luvun alussa julkaistussa *Die psychopathischen Minderwertigkeiten* teoksessa esiteltiin termi psykopatia hänen kuvatessaan ”psykopaattisia ala-arvoisuuksia” piirteitä, joita esiintyi varsinkin rikollisilla. Kurt Schneider erotti vuonna 1923 julkaistussa teoksessaan *Psykopaattiset persoonallisuudet (Die psychopathischen Persönlichkeiten)* kymmenen psykopaattista persoonallisuutta. Hänen mukaansa psykopaatteja olivat ne poikkeavat yksilöt, jotka kärsivät epänormaaliudesta tai joiden epänormaalius aiheuttaa ongelmia yhteiskunnassa. Psykopatia oli joustava käsite, joka kuvasi ennen kaikkea sopeutumattomuutta. (Lauerma 2009, 20–23; Pietikäinen 2013, 243–246; Parhi & Pietikäinen 2017, 642.) Suomalaiseen psykiatriaan psykopatia ilmestyi jo 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. Huomiota kiinnitettiin eurooppalaiseen tapaan varsinkin alkoholinkäytön ja rikollisuuden sekä psykopatian yhteyteen. (Lauerma 2009, 25–27; Hirvonen 2014, 162–196; Parhi & Pietikäinen 2017, 642–644.)

Katrin ensimmäisen sairaalajakson diagnoosiksi määriteltiin *psychopatia* alaluokaltaan *reactio psychogenea* eli sairasmielinen reaktiotila. Se määriteltiin luonnollisesta sielullisesta ärsykkeestä johtuneeksi sairaalloisen voimakkaaksi reaktioksi, joka oli usein verrattavissa mielisairauteen. Tunteenpurkaukset olivat yleensä hillittömiä, eivätkä ne olleet missään suhteessa ne aiheuttaneeseen ärsytykseen. Usein potilaalle kehittyi täydellinen sekavuustila. (PK14 179/212/1239; SVT XXXII 1940) Aikalaiskirjoituksissa korostettiin psykopaattien luonteen poikkeavuutta. Kyseessä ei ollut varsinainen sielullinen sairaus vaan synnynnäinen rakennevika, joka teki yksilöstä muista poikkeavan tahto- ja tunne-elämässä. Psykopaatit erosivat hermotautisista siinä, että he eivät tunteneet olevansa sairaita. Taipumus psykopatiaan tulkittiin perinnölliseksi, mutta taipumuksen ei tarvinnut tulla näkyviin, ellei ympäristö edistänyt haitallisten ominaisuuksien kehittymistä. Psykopatiaan liittyvien häiriöiden tulkittiin ilmenevän jo varhaislapsuudessa. Tällöin oireita olivat muun muassa levoton uni, voimakkaat kouristuskohtaukset, myöhään jatkuva vuoteenkastelu, itsepäisyys sekä oikullisuus. Aikuisiässä psykopatia ilmeni esimerkiksi kiihkeytenä, riitaisuutena, oikullisuutena ja sukupuolielämän hillittömyytenä. Vuosina 1930–1935 kaikkiaan 4,1

% Katria hoitaneen piirimielisairaalan potilaista sai diagnoosikseen *psychopatia reactio psychogenean*. Kuitenkin jo seuraavana vuonna diagnoosin määrä kasvoi niin, että peräti 9,8 % sisäänkirjoitetuista potilaista sai tämän diagnoosin. Kaikkiaan suomalaisiin mielisairaaloihin otettiin kyseisenä vuonna 206 potilasta, joiden diagnoosiksi *psychopatia reactio psychogenea* luokiteltiin. Suhteessa heidän osuutensa oli 4 % kaikista hoitoon otetuista, (De 18 Vuosikertomukset 1930–1936; SVT XI 1936, taulu XII.; Kaila 1939, 65–67. Fabritius 1940, 62–73; katso myös Parhi & Laurema 2016, 2090–2091.)

Schneiderin esittelemät psykopaattityypit oli omaksuttu mielisairaanhoidon opetukseen muun muassa mielisairaanhoidajakoulutuksessa käytetyn Martti Kailan *Mielitaudit*-kirjan kautta, ja ne vaikuttivat varmasti myös mielisairaalamielisairaaloissa tekemiin diagnosoointeihin. Psykopaattityypeistä Katria kuvaa parhaiten kiihkomielinen eli hypertyyminen tyyppi. He olivat helposti kiihtyviä, vähästä kiivastuvia ja räjähtäviä. Tyyppin ärtyvillä ja räjähtävillä edustajilla oli taipumus silmittömiin raivonpuuskiin sekä väkivaltaisuuteen. Katrin sairauskertomuksessa näitä määritelmiä vastaavat tiedot äänekkäästä käyttäytymisestä, väkivaltaisuuksista muita potilaita kohtaan sekä rivouksista. Katri saattoi ylläkäarin merkintöjen mukaan kiusoitella muita potilaita aina kun silmä välitti, ja jos potilastoveri reagoi asiaan, hän saattoi pahoinpidellä toista aivan ”silmittömästi” Katrin väkivaltaisuus suuntautui muihin potilaisiin, ei häneen itseensä. (PK14 179/212/1239; Kaila 1939, 67.)

Katrin toisen sairaalajakson diagnoosiksi on edelleen kirjattu psykopatia, mutta nyt sen alaluokitus oli *constitutio psychopathica instabilis* (luokituskoodi 320.2). Suomennettuna osuvin vastine lienee epävakaa rakenteellinen luonnevikaisuus. Suomen mielisairaaloissa oli jo tuolloin käytössä Tautinimistö, joka noudatti Maailman terveysjärjestö World Health Organizationin eli WHO:n ICD-6 luokituksia. Psykiatrisen diagnostiikan käymistilaa kuvastaa se, että ICD-6:een psykopatiadiagnoosia ei enää sisällynyt, mutta suomalaisessa Tautinimistössä se edelleen esiintyi. Esimerkiksi vuonna 1960 Katria hoitaneessa sairaalassa 2,2, % oli diagnosoitu psykopaateiksi. Kaikissa suomalaisissa mielisairaaloissa diagnoosin osuus oli 2,7 %. [5] (De:18 Vuosikertomus 1960; SVT XI 1960, taulu 22; Tautinimistö 1953, 40.)

Toisella sairaalajaksolla Katrin sivudiagnoosiksi tuli epilepsia, sillä hänellä esiintyi tiheään voimakkaita kouristuskohtauksia. Nyt Katrin käyttäytyminen oli myös selvän itsetuhoista ja muita potilaita kohtaan osoitettu väkivaltaisuus oli lähes hävinnyt. Jo ensimmäisellä hoitajaksolla hän oli työntänyt esimerkiksi korviinsa lasimurskaa, mutta nyt hän yritti hirttäytyä ja purra ranteensa auki. Kouristuskohtauksilla ja itsetuhoisella käyttäytymisellä vaikuttaa olevan jonkin asteinen korrelaatio, sillä kohtausta seurasi usein ainakin puheen tasolla uhkaus itsemurhasta. Lisäksi uutena oireena potilaskertomuksiin kirjattiin harhat. Katri uskoi hoitajien syöttävän hänelle muun muassa ainesesta, joka imisi hänen verensä kuiviin. (PK14 179/212/1239.)

Katrin viimeisen, kuolemaan päättyneen sairaalajakson diagnoosi oli *skitsofrenia*. Jo edellisen hoitajaksos lopulla osastonlääkäri oli merkinnyt potilaskertomukseen Katrin sairauden olevan skitsofreniforminen [6]. Hän perusti väitteensä Katrin sairauden kulkua muokanneille elämäntilanteille. Kolmannen sairaalajakson aikana Katrin

harhat lisääntyivät. Niiden kesto myös pitkittyi. Harhojen voimakkuus ja kesto lienevät olleet perustekijä skitsofreniadiagnoosin määrittämisessä. Katri kuvitteli olevansa sisältä täysin tyhjä, veretön ja lihaton henkiolento. Lisäksi Jeesus oli käskenyt Katria olemaan syömättä, joten häntä jouduttiin viimeisen hoitajakson aluksi syöttämään letkulla. Katrin käyttäytyminen hoitohenkilökuntaa kohtaan säilyi aggressiivisena. Myös myrkytysharhat jatkuivat ja pahenivat. Epäilyt suuntautuivat hoitajiin ja myöhemmin johtavaan ylilääkäriin, sillä he olivat syöttäneet Katrille aineita, jotka tuomitsivat hänet helvettiin. Katrin lääke- ja tutkimuskielteisyys jatkui loppuun asti. Hän jatkoi myös vieraiden esineiden – lähinnä lusikoiden – nielemistä sekä työntämistä emättimeen. (PK14 179/212/1239.)

Skitsofrenia diagnoosin syntyyn vaikuttivat voimakkaimmin Emil Kraepelin ja Eugen Bleuer. Kraepelin 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa luomalle *dementia praecoxille* (nuoruuden tylsistyminen) oli tyypillistä tunne-elämän latistuminen, harhat, sekavuustilat sekä muut negatiiviset oireet [7] kuten sosiaalinen eristäytyminen sekä apatia. Bleuer korvasi Kraepelin käyttämän nimityksen käsitteellä skitsofrenia (hajaantunut mieli) vuonna 1908. Hän jakoi oireet ensisijaisiin ja toissijaisiin oireisiin painottaen ajatushäiriöitä sekä tunnepohjaisia häiriöitä. 1950-luvulta alkaen skitsofrenian diagnostisiin kriteereihin vaikutti myös psykopatian määrittämisellä luonut Karl Schneider. Kraepelin tavoin hän korosti harhaluulojen ja aistiharhojen merkitystä. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnqvist 2013, 71; Pietikäinen 2013, 248–255.)

Petteri Pietikäinen ja Mikko Myllykangas kirjoittavat skitsofrenian olevan mielisairauksista ehkä kaikkein ”länsimaisin” ja ”modernein” ja kulkeneen käsi kädessä länsimaisen sivilisaation kanssa noin 150 vuoden ajan (Pietikäinen & Myllykangas, 2017, 353). Mielestäni tämä heijastuu siinä, että kyseinen diagnoosi oli 1900-luvulla suomalaisten mielisairaaloiden yleisin sisäänottodiagnoosi. Vielä 1960-luvun alkuun jakomielitapauksia oli yli puolet sairaalan otettujen määrystä. Kroonikkoja varten perustettujen B-sairaaloiden aloitettua toimintansa 1950-luvun alkupuolelta alkaen diagnoosin osuus alkoi keskusmielisairaaloissa laskea. Kuitenkin vuoden 1963 lopussa Katria hoitaneessa sairaalassa 63,9 % potilaista oli diagnosoitu skitsofreenikoksi. Koko maassa vastaava luku oli 59,3 %. (De:18 Vuosikertomus 1963; SVT XI 1963, taulu 5.5.)

Toimimattomat hoidot?

Jokainen sairaalaan saapunut potilas vietiin kylpyyn, jonka jälkeen hänelle annettiin sairaalavaatteet. Katrin kohdalla kylpy laajeni heti kolmena päivänä annetuksi *kylpy-eli ammehoidoksi*, jonka tarkoituksena oli rauhoittaa levottomia, epäsosiaalisia ja epäsiistejä potilaita. Varsinkin pitkistä kylvyistä lämpimässä vedessä tuli suomalaisissa mielisairaaloissa paljon käytetty rauhoitusmuoto. Kylvyt kestivät useita tunteja ja niiden antamista voitiin jatkaa useita viikkoja. Katrin kohdalla pisin kylpyhoitajakso ajoittui ensimmäisen hoitajakson alkupuolelle. Tuolloin hän oli kylvyssä 27 peräkkäisenä päivänä. Suurin osa kylvyistä kesti muutaman tunnin, mutta muutamana päivänä Katria pidettiin kylpyammeessa peräti 10–12 tuntia. Monet mielisairaaloista luopuivat rauhoittamistarkoituksessa käytettyjen pitkien kylpyjen käytöstä 1930-luvun puolivälissä. Niiden käyttö väheni selvästi myös Katria hoitaneessa sairaalassa. (PK14

179/212/1239; Potilaskertomukset 1926–1989; Neuman-Rahn 1927, 189–193; Hirvonen 2003, 121; kylpyhoidosta yleensä katso esimerkiksi Raitasuo 1996 ja Hirvonen 2014, 229–235.)

Myös *kääre- eli kiedehoidon* tarkoituksena oli rauhoittaa levottomia potilasta. Yleisimmin käytettiin kokokiedettä, jossa potilas kiedottiin kaulasta jalkateriin huoneenlämpöisellä vedellä kasteltuihin lakanoihin, joiden päälle kiedottiin vielä poikkilakana ja huopa. Käärehoitoa pidettiin jo 1940-luvun alussa pakkokeinon kaltaisena ja potilaat kokivat sen vastenmielisenä, joten useimmat piirimielisairaalat lopettivat sen käytön sokkihoitojen alettua. Katria hoitaneessa sairaalassa hoidot sen sijaan jatkuivat levottomien ja hankalien potilaiden kuten Katrin kohdalla. 1930-luvun loppu näyttää olleen Katrille vaikea, sillä kurvaan on merkitty 47 kiedehoitoa, joista 13 tapahtui yhden kuukauden aikana. Ylilääkärin tekemistä merkinnöistä ei kuitenkaan löydy minkäänlaista mainintaa kääreiden käytöstä. Hän toteaa vain potilaan tilan olevan ennallaan ja ajoittain vaikeakin. Viimeinen merkintä kieteiden käytöstä Katrin kohdalla löytyy 1940-luvun puolivälissä. (PK14 179/212/1239; Kinnunen 1943, 91–93; Vahvaselkä 1976, 142; Judin 1983, 91; Hirvonen 2003, 121–122.)

Psykiatrinen potilaiden lääkehoito koostui 1950-luvun alkupuolella saakka rauhoittavista aineista sekä unilääkkeistä. *Sedatiiveilla* pyrittiin rauhoittamaan potilaiden pelko- ja tuskatiloja, unettomuutta sekä motorista levottomuutta. Tavoitteena oli helpottaa potilaan yleishoitoa sekä ennen kaikkea hoidettavuutta. Pakkokeinoja voitiin vähentää, mutta niistä ei päästy eroon. Eristäminen eristyshuoneeseen sekä lepositeiden käyttö oli tuttua Katrillekin. Käytetyin lääkeryhmä olivat erilaiset *unilääkkeet*. Kloraalihydraattia ja paraldehydia käytettiin sairaaloissa iltalääkkeinä nopean vaikutuksensa takia. Katrille kokeiltiin molempia, mutta ilmeisesti niiden teho ei ollut halutun kaltainen. Koska Katri suhtautui alusta alkaen kielteisesti kaikenlaisten lääkkeiden ottoon, lienee voimakastuoksuisen paraldehydin antaminen Katrille ollut täysin mahdotonta. Myös sulfonaalin osuus Katrin lääkehistoriassa on yllättävän vähäinen, vaikka sitä annettiin kyseisessä sairaalassa paljon paitsi varsinaisena unilääkkeenä myös iltapäivisin annettavana unen kestoa pidentävänä lääkkeenä. Sulfonaali oli mautonta, joten Katrin kaltaisille lääkekielteisille potilaille sitä sekoitettiin usein ruokaan. Lyyli Kinnusen oppikirjan mukaan ongelmana kuitenkin oli se, että jos potilas keksi ruokaan sekoitetun sulfonaalin, hän saattoi pitää ruokaa myrkyttynä. Mahdollisesti juuri näin kävi Katrin kohdalla. Tämä voisi myös selittää hänen myöhemmät, varsin voimakkaat myrkytysharhansa. Koisokasveista uutettu skopolamiini eli hyoskiini oli Katrin kohdalla eniten käytetty unilääke. Se rauhoitti nopeasti voimakkaita levottomuus- ja kiihtyvyytiloja vaivuttaen potilaan jopa uneen. Aine aiheutti usein pahoinvointia, josta onkin merkintöjä Katrin potilaskertomuksessa. Hyoskiinia annettiin normaalisti injektiona 5–10 viivaa eli kuutiosenttiä kerrallaan. Katrin normaali annos oli 10 viivaa, mutta hänelle annettiin jopa 12–15 kuutiosenttiä sisältäneitä ruiskeita. (PK14 179/212/1239; Kinnunen 1943, 96–97; Harenko 1996, 23–24; Hirvonen 2003, 123.)

Katria hoitaneessa sairaalassa käytettiin harvoin *kestounihoitoa*, jossa potilas pidettiin unessa tavallisemmin Somnifen-barbituraatilla jopa kahden viikon ajan niin, että hän oli hereillä vain lyhyitä hetkiä vuorokaudessa. Periaatteena oli, että Somnifenia ruiskutettiin suoneen 2 millilitraa kahdeksan tunnin välein. Katrin kohdalla

kestounihoito aloitettiin kolmen päivän kuluttua ensimmäisen sairaalajakson alusta ja lääkkeen annostus oli varsin voimakasta. Ensimmäinen seitsemän päivää kestänyt kuuri ja viikon päästä alkanut toinen yhdeksän päivää kestänyt kuuri sujuivat vielä suositeltujen rajojen sisällä. Seuraava viikon mittainen Somnifen-kuuri oli hieman yli kuukauden kuluttua. Tuolloin Somnifenia annettiin jopa tunnin välein yleisimmän antovälin ollessa 4–6 tuntia. Tämä toistui vielä saman vuoden aikana kahdesti sekä seuraavana vuonna annetuilla kuureilla. Runsaille annoksilla ei kuitenkaan näytä olleen toivottua vaikutusta, vaan merkintöjen mukaan Katri on silti ollut levoton, vastahakoinen ja kovaääninen. (PK14 179/212/1239; Savolainen 1996, 50–54; rauhoittavien ja unilääkkeiden käytöstä katso myös esimerkiksi Shorter 2009, 11–31.)

Sairaalan pitkäaikaisen ylilääkärin suosikkihoitomuoto oli *työhoito*. Sitä on pidettävä sekä rauhoittavana että yhteiskuntaan sopeuttavana hoitona. Potilaat tekivät ulkotöinä erilaisia maataloustöitä sekä sisällä käsitöitä ja siivousta. Ylilääkärille potilaan työinto ja -halu olivat kuntoutumisen ja parantumisen merkit. Katri teki aluksi lähinnä käsitöitä, mutta siirtyi 1940-luvun alussa kesäisin myös ulkotöihin. Lisäksi hän autteli keittiössä. Vaikka ylilääkäri ei Katrin työintoa eikä -kykyä mainosta, lienee se ollut melkoisen hyvä, sillä noin vuoden kuluttua sairaalasta päästyään Katri toimi häntä hoitaneessa sairaalassa sairaala-apulaisena aina 1950-luvun puoliväliin saakka. Katrin työinto jatkui myös myöhemmin, sillä esimerkiksi 1980-luvun alussa päivätyssä merkinnässä todetaan potilaan käyvän töissä kello 6–18. Katrin työinto kostautuikin ja hän sai liian innokkaana porttikiellon keittiöön. Kesäisin Katri vietti tuntikausia poimien marjoja. Osastonlääkäri kirjoitti 1980-luvun alkupuolella (PK14 179/212/1239):

Paranoidisuus ja katkeruus ollut aiempaa selvästi vähäisempää. Syyksi tähän on arvioitu kaunista kesää ja runsasta marjasatoa. Potilas viettää suurimman osan päivästä osaston ulkopuolella sairaalan läheisessä metsässä marjastaen. Osastolla jo alustavasti mietitty potilaalle sopivaa toimintaa syksyn ja talven ajaksi. Toiminnassa olo tuo selvästi potilaalle tyydytystä ja parantaa hänen psyykkistä tilaansa.

1930-luvun alkuvuosina psykiatristen sairaaloiden hoitokeinot olivat vähissä. 1930-luvun puolivälissä kehitetyt *cardiazol-* ja *insuliinihoito* herättivät yleisesti hoitoinnostusta niin Euroopassa kuin Suomessa. Hoidot vaikuttivat tehokkailta ja toimivilta, joten jokainen uusi hoitokeino levisi kulovalkean tavoin sairaaloihin ja otettiin yleensä nopeasti käyttöön. Näin tapahtui piirimielisairaalassa 014, jossa ylilääkäri tosin suhtautui kaikkiin uusiin hoitomuotoihin melkoisella varauksella muun muassa niiden aiheuttamien kustannusten vuoksi. (De:18 vuosikertomukset 1937–1954; Vuorio 2010, 113; Kragh 2010, 348–351; Pietikäinen 2013, 210–211)

Ensimmäisenä sairaalassa otettiin käyttöön vuonna 1937 pentetrasolilla aiheutettu *kouristus- eli konvulsiohoito*, jota kutsuttiin myös *cardiazol-* tai *pentazol-*hoidoksi. Pentetrasoli sai aivorungossa aikaan rajuja kouristuksia, jotka johtivat potilaan lihaksiston voimakkaaseen noin 40–60 sekuntia kestäneeseen kouristukseen. Kouristuksen jälkeen potilaan tila vaikutti olevan rauhallisempi ja selkeämpi, mutta

tulokset olivat harvoin pysyviä. Myös Katria rauhoitettiin konvulsiohoidolla. Hän sai kahden kuukauden aikana 26 injektiota, joilla ei kuitenkaan näytä olleen haettua vaikutusta, sillä potilaskertomuksen merkinnöistä päätellen Katrin äänekkyyks ja vastahakoisuus ei juuri laantunut. Hoitoa yritettiin myöhemmin uudestaan yhtä laihoin tuloksin. Konvulsiohoidon ongelmia olivat paitsi kalleus myös se, että potilaat yleensä kammosivat hoitoa. Heti ruiskeen antamisen jälkeen potilaat kokivat usein voimakasta ahdistusta, ja vaikka potilaat eivät muistaneet itse kouristuskohtauksesta mitään, olivat siihen liittyvät komplikaatiot sijoiltaanmenoineen ja murtumineen pelottavia. Katrille viimeiset pentazol-ruiskeet annettiin insuliinihoidon yhteydessä 1940-luvun alkupuolella. (PK14 179/212/1239; Mattila 1996, 18–22; Vuorio 2010, 112; Pietikäinen 2013, 217–220.)

Seuraavaksi sairaalassa otettiin käyttöön *insuliinisokkihoito*, jonka hoidollisena perusteena käytettiin potilaalle insuliinilla aiheutettua noin puoli tuntia kestävä koomavaihetta, josta potilas herätettiin glukoosiveden ja tarvittaessa esimerkiksi adrenaliinipiikin avulla. Sairaalan ensimmäiset insuliinihoidot tapahtuivat 1930-luvun lopulla ja pian oli myös Katrin vuoro joutua insuliinihuoneeseen. Vajaan kolmen kuukauden aikana Katri sai lähes 60 insuliini-injektiota, joista n. 84 % johti koomaan. Ylilääkärin mukaan Katri oli insuliinihoidon aikana rauhallinen ja mukautuva. Ongelma niin Katrin kuin pääsääntöisesti muidenkin potilaiden kohdalla oli se, etteivät tulokset olleet pysyviä. Niinpä Katri oli jo noin vuoden päästä uudestaan insuliinihoidossa. Useammilla potilailla esiintyi hoidon yhteydessä komplikaatioita muun muassa heräämisessä; näin Katrillakin. Viimeisen insuliinikuurin Katri sai ensimmäisen hoitajakson loppupuolella. Kaikkiaan Katrille annettiin parisenkymmentä insuliinihoitokertaa, jotka rauhoittivat hetken, mutta pidempää apua niistä ei ollut. Monet lääkärit kuitenkin uskoivat insuliiniin ja osa piti sitä kohtuullisena hoitokeinona parempien puutteessa. Pitkäniemen ylilääkäri Ilmari Kalpa kirjoitti vuonna 1947 insuliinihoidon tärkeydestä verraten insuliinisalien merkitystä mielisairaalassa leikkaussaleihin kirurgisessa sairaalassa. Lisäksi hän esitti optimistisen näkymän siitä, että kroonisten potilaiden määrä tulisi insuliinihoitojen kautta vähenemään. (PK14 179/212/1239; Kalpa 1947, 631–632; Elomaa 1996, 12–17.)

Katrin hoitorepertuaariin kuului myös *sähkösokki* – kolmas laajalle levinnyt sokkihoito. Siinä aivoihin johdettiin suurimmillaan noin 170 voltin suuruinen sähköisku, joka aiheutti noin minuutin kestoisen epilepsiatyyppisen grand mal -kohtauksen. Hoitoa käytettiin aluksi skitsofreniapotilaisiin, mutta 1950-luvulla sen huomattiin tehoavan parhaiten vaikeissa masennustiloissa. Edullisella sähkösokillä yritettiin kuitenkin tämänkin jälkeen rauhoittaa myös muista sairauksista kärsineitä potilaita. Katria hoitaneessa piirimielisairaalassa sähkösokkihoito aloitettiin verraten myöhään, mutta hankalahoitoisena Katri oli ensimmäisten potilaiden joukossa, joille hoitomuotoa kokeiltiin useamman iskukerran hoitosarjalla. Hoidosta ei merkintöjen perusteella ollut hyötyä, sillä heti sen loputtua Katri oli ollut väkivaltainen ja levoton. Myöhemmin Katrille annettiin silloin tällöin yksittäisiä sokkeja hänen oltuaan esimerkiksi äänekäs tai hänen rikottuaan esineitä. Näilläkään sokeilla ei ollut Katrin kuntoon minkäänlaista vaikutusta. (PK14 179/212/1239; Vataja 1996, 28–31; Pietikäinen 2013, 220–225.)

Katrin toisen sairaalajakson alkaessa 1960-luvun alussa oli sairaalaympäristö muuttunut melkoisesti: 1950-luvun puolivälissä psykiatriaan tulleet *antipsykootit* olivat

hiljentäneet ja rauhoittaneet aikaisemmin levottomia ja äänekkäitä osastoja. Reserpiini oli yksi ensimmäisistä lääkejohtannaisista, jonka rauhoittavaa vaikutusta käytettiin lieventämään skitsofreniaan liittyvää agitaatiota. Sen varsinainen antipsykoottinen teho oli vaatimaton ja se usein lisäsi psykoottisia oireita. Sen sijaan fentiatsiinien tulo markkinoille merkitsi muutosta, jonka seuraukset heijastelevat yhä tähän päivään. Klooripromatsiini valtasi mielisairaaloiden lääkekaapit saadakseen pian seuraa tioridatsiinista, perisiatsiinista ja levomepromatsiinista sekä muista ensimmäisen polven antipsykooteista. Psykofarmakologinen vallankumous mullisti psykiatriset hoidot siirtäen potilaita suljetuista mielisairaaloista kohti avohoitoa. Lääkkeet eivät parantaneet eivätkä vielääkään paranna psykoosin syitä, mutta ne poistavat ja lieventävät oireita mahdollistaen osalle skitsofreenikoista askeleen kohti yhteiskunnan kannalta normaalimpaa ja tavanomaisempaa elämää. (Huttunen 2004, 53, 255; Shorter 2006, 299; Leinonen 2010, 2771–2772; Pietikäinen 281–282.)

Yleensä ensimmäisen sukupolven neuroleptit toimivat potilailla kohtuullisesti aistiharhojen, harhaluulojen ja vihamielisyyden hoidossa diagnoosista riippumatta. Ne korvasivatkin aikaisemmat insuliini- ja sähköshokkihoidon sekä lobotomian [8]. Kaikilla lääkkeet eivät kuitenkaan toimineet ja Katri on tästä silmiinpistävä esimerkki. Hänen viimeisen hoitajaksonsa paperit, jotka ajoittuvat 1960-luvun alusta 1980-luvun lopulle, vilisevät erilaisia lääkkeiden nimiä ja annostuksia. Lukuisista lääkkeistä huolimatta Katrin harhat pysyivät ja osin jopa lisääntyivät. Uusina harhoina tulivat polttamiseen liittyvät pelot, ydinaseilla säteilyttäminen ja sairaalasta poisjoutuminen. Katrin kohdalla ilmeinen ongelma lääkkeiden toimivuudessa oli hänen voimakas lääkekielteisyysensä. Henkilökunta kirjasi säännöllisesti ylös epäilyjään Katrin lääkkeiden pimittämisestä ja käyttämättömyydestä. Pitkävaikutteisia injektioitakaan ei hänelle saatu annettua, sillä Katrin vastenmielisyys somaattisia tutkimuksia ja hoitoja kohtaan syveni entisestään. Potilaskertomuksesta löytyy muutama Katrin yksilöllisempi kommentti omasta hoidostaan. Hän vaati muun muassa epilepsiaan käytetyn Hydantin® -lääkityksen vaihtamista toiseen. Lisäksi hän pelkäsi, että hänelle aloitetaan hänen tietämättään Leponex®-niminen klotsamiinilääke [9]. (PK14 179/212/1239; Huttunen 2004, 255; Leinonen 2010, 2771.)

On vaikea sanoa, missä määrin uusista psykenlääkkeistä oli Katrille lopulta hyötyä. Ehkä ne helpottivat hänen vaikeimpia kausiaan, tai ehkä ne vain rauhoittivat hänen hoidettavuuttaan ja olemassaoloaan sairaalassa henkilökunnan ja muiden potilaiden kannalta. Katri oli laitostunut ja sairaalasta oli tullut hänen kotinsa. Mielisairaslaki muuttui 1978. Pian myös Katrin kohdalla piti ratkaista, tuliko hänen kohdallaan kysymykseen tahdonvastainen hoito. Potilaan ollessa tahdonvastaisessa hoidossa uusi kahden viikon tarkkailujakso ja hoitopäätös oli tehtävä puolen vuoden välein. Ensimmäiseen vuoteen Katrin kohdalla pakkohoitopäätöstä ei tehty, mutta tämän jälkeen käytäntö vaihteli Katrin kunnan mukaan. Pysyvästi Katri otettiin tahdonvastaiseen hoitoon 1980-luvun alkuvuosina. Nimitys pakkohoito oli Katrin kohdalla tekninen, sillä eräessä tarkkailulausunnossa osastonlääkäri kirjoittaa seuraavasti:

Potilas itse toivoo vastentahtoisen hoidon päätöstä, koska hän edelleen pelkää, että joutuu pois. MT II laadittiin toukokuun lopulla potilaan toivomuksen mukaiseksi.

Katrin potilaskertomuksessa on useita viitteitä hänen tilansa ”huonontumisesta” hieman ennen uuden tarkkailujakson alkamista. Viimeiseen tarkkailulausuntoon tehdyssä merkinnässä lääkäri kertoo potilaan kiittäneen ylilääkärinä pakkohoitopäätöksestä. (PK14 179/212/1239; laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1977.)

Katrin hoitohistoriaan sijoittuu onnistunut hoito, joka lienee ollut jonkinasteinen yllätys pitkäaikaiselle ylilääkärille ja koko sairaalayhteisölle. Katri alkoi ensimmäisen hoitajakson lopulla rauhoittua, väkivaltaiset kohtaukset harvenivat ja unilääkkeiden käyttö väheni. Tästä positiivisesta yllätyksestä ylilääkäri kirjoittaa seuraavasti:

Pot. on jo pitemmän ajan ollut parempana ja työkykyisenäkin, mutta valehtelemisen ja epärehellisyys ovat häntä vielä ajoittain kiusanneet. Hän katuu kuitenkin jo huonoja tekojaan ja se on miltei kokonaan hänen osastonhoitajansa ansiota, joka on ottanut hänet huostaansa ja jaksaa riittävästi häntä aina holhota.

Osastonhoitajan tuella Katri pääsi pois sairaalasta ja hänen ansiostaan Katri sai myös työpaikan sairaalasta työskennellen lähinnä sairaalan keittiössä miltei 10 vuotta. (PK14 179/212/1239.) Vaikka Katri joutui takaisin sairaalaan ja lopulta kuoli kroonikkopotilaana, on tämä huomioimisen ja läsnäolon voimasta kertova episodi valonpilkahdus Katrin kovin mollivoittoisessa potilaskertomuksessa.

Potilaskertomuksen Katri

Artikkelissa tarkastelemani Katrin potilaskertomus toimii oivana johtolankana suomalaisen laitopsykiatrian murrosvuosiin 1900-luvulla. Sen kautta avautuvat sekä sairaalaan lähettävien tahojen motiivit, diagnosoinnin ja hoitokäytänteiden kehitys sekä useimpien hoitojen toimimattomuus. Katrin hoitohistorian alku kuvaa Suomen mielisairaanhoidon tilannetta 1930-luvulla. Lähiyhteisöllä, Katrin tapauksessa lähinnä kunnan edustajilla, oli kiire saada sopimattomasti ja poikkeavasti käyttäytyvä yksilö pois keskuudestaan. Laitospaikkoja oli kuitenkin vähän ja sairastuneen kohtaloksi tulikin usein joutua valtion sairaalan sijasta oman paikkakuntansa kunnalliskodin mielisairasosastolle. Lääketieteellisen valvonnan puuttuessa ne olivat puhtaasti säilytyspaikkoja. Onkin aiheellista pohtia, paheniko Katrin oirehtiminen kunnalliskodissa. On selvää, että siirtyessään piirimielisairaalaan Katri oli sairas, joka tarvitsi lääketieteellistä apua. Katrin toisen sairaalajakson alkua valottavat paperit ovat säilyttään huomattavasti neutraalimpia. Se kuvastanee mielisairaanhoidon ja mielisairaalaan joutumisen arkipäiväistymistä. Toisaalta lähettävien lääkärin tietämys

psykiatriasta oli lisääntynyt: lähetteeseen kirjattiin lääketieteelliset syyt eikä lääkarilla enää ollut velvollisuutta toimia moraalisena tuomarina.

Katrin käyttäytyminen ja oirehdinta määrittivät omalta osaltaan hänen diagnoosejaan. Psykopatia -diagnoosin kohdalla määrittelyyn ovat selkeästi vaikuttaneet myös ajan tapaan perinnölliset tekijät. Katri sopi moneen moraalisesti alimittaisen psykopaatin luonnehdintaan: hän oli kuljeskeleva, yliseksuaalinen, hillitön sekä väkivaltainen. Nämä piirteet peittivät alleen orastavat harhat, joista puolestaan tuli määräävä tekijä Katrin diagnoosin muuttumisessa skitsofreniaksi hänen kolmannen hoitajaksonsa aikana. Vaikka Katrin väkivaltaisuus helpottui, hän puhui kuitenkin edelleen itsemurhasta.

Katrin potilaskertomuksesta on havaittavissa epäröintiä ja hämmästyttäviä hoitokeinojen toimimattomuuden edessä. Katri läpikävi rankat uni- ja rauhoittavien lääkkeiden kuurit sekä voimakkaat ja pitkät hoitokaksot kaikissa sokkihoidoissa tuloksetta. Myöskään uudet varsinaiset psyykenlääkkeet, antipsykootit, eivät tuoneet parannusta Katrin harhoihin ja harhaluuloihin. Katrin potilaskertomus vilisee erilaisia lääkenimiä sekä pienempiä ja suurempia annostuksia. Pitkäkestoisiin lääkeaineista oli klooripromatsiini, jota hän sai eripituisina kuureina ja yksittäisinä annoksina miltei 30 vuotta. Sokkihoitojen kohdalla Katrin kokemukset vastaavat niistä yleisesti saatuja tuloksia: kardiatsolihoito ei auttanut juuri ketään ja insuliinihoitokin auttoi lähinnä juuri sairastuneita akuuttipotilaita. Parhaat tulokset saatiin sähköhoidosta, mutta sekään ei auttanut skitsofreniaan vaan paras vaste tuli masennuksen hoitamisesta. Psyykenlääkkeet toimivat yleensä kohtuullisesti vaikkapa harhoihin, mutta yhä edelleen on potilaita, jotka ovat Katrin lailla lääkeresistentejä.

Katrin potilaskertomuksessa mielisairaala näyttäytyy pääsääntöisesti paikkana, josta heijastuu neuvottomuus Katria kohtaan. Hän ei mukautunut sairaalan kirjoitettuihin eikä kirjoittamattomiin sääntöihin, hän ei totellut ohjeita, kieltäytyi tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkityksestä. Katri venytti henkilökunnan ja muiden potilaiden jaksamista ääri rajoille välillä niin, että jaksamisen loppuessa hän tunsu seuraukset tavalla tai toisella niskassaan. Sairaalassa Katri oli oman tiensä kulkija, niin hyvässä kuin pahassakin. Erilainen tekeminen vaikutti häneen kuitenkin pääsääntöisesti positiivisesti; potilaskertomuksen merkintöjen perusteella hän oli rauhallisimmillaan ja samalla ehkä onnellisimmillaankin kulkiessaan metsässä marjastamassa.

Katri sijoittuu niihin rakenteisiin, joita suomalaisesta mielisairaanhoidosta kertovasta historiasta on löydettävissä. Piirimielisairaaloiden verkosto luotiin alun perin Katrin kaltaisille varattomille kroonikkopotilaille, jotka eivät tulleet toimeen kunnalliskotien mielisairasosastoilla. Katrin potilasasiakirja kuvaa myös lähiyhteisön hoivan vaihtumisesta yhteiskunnan huoltoon ja holhoamiseen. Se kertoo laitopsykiatrian raskaista hoitokäytänteistä, mutta 1950-luvulta käynnistyneestä avohoitopainotteista mielenterveydenhoidosta potilaskertomuksessa ei ole viitteitä. Kuitenkin siitä välittyä potilaan oikeuksissa tapahtunut kehitys, vaikkapa se tulisi vain mahdollisuudessa pyytää pakkohoito päätöksen laatimista.

Potilaskertomukset ovat vielä lähteinä vähänkäytettyjä esimerkiksi niitä koskevan lainsäädännön vuoksi. Ne kuitenkin tarjoavat uusia tulokulmia psykiatrian historiaan

syventämällä esimerkiksi hoitomuotojen tutkimusta käytännön tasolla. Potilaskertomuksia on mahdollista hyödyntää myös sosioekonomiseen tutkimukseen vaikkapa tietyn sairaalan vastaanottoalueelta: vaikuttiko potilaan tausta hänen hoitoprosessiinsa esimerkiksi hoitomuotojen käytössä tai hänen sairaalassaoloajan pituudessa.

FM Anu Rissanen tekee väitöskirjaa psykiatristen hoitomuotojen historiasta historian ja etnologian laitoksella Jyväskylän yliopistossa.

Viitteet

[1] Olen antanut Katria hoitaneelle piirimielisairaalalle numeron, joka on sattumanvarainen. Potilaskertomuksen koodi koostuu Katrin saamista kertomusnumeroista, mutta siitä on häivytetty numeronantovuodet.

[2] Abortti oli laitton vuoteen 1950 saakka, mutta aihetta tutkineen Marketta Ritamiehen mukaan niitä tehtiin 1900-luvun alkuvuosikymmeninä jopa noin 10 000 vuodessa. Viranomaisten tietoon aborteista lienee tullut vain noin prosentti epäonnistuneiden yritysten johtaessa sairaalahoitoon tai kuolemaan. Abortoivina aineina käytettiin esimerkiksi kiniiniä, kuume- ja ripulilääkkeitä, viinaa sekä lysolia. Abortin historiasta katso Ritamies 2006, 185–186, 191, 195.

[3] Vuoden 1952 mielisairaslain mukaisesti entisistä piirimielisairaaloista tuli A-mielisairaaloita, jotka toimivat oman mielisairaanhuoltopiirinsä keskussairaaloina. Nämä sairaalat olivat tarkoitettu akuuteille sekä vaikeahoitoisille kroonikkopotilaille. Mielisairaanhoido siirtyi oikeuspsykiatrisia potilaita lukuun ottamatta kuntien vastuulle. Mielisairaslaki 187/1952; Mielisairasasetus 448/1952.

[4] Mainittakoon, että degeneraatio-oppi kuitenkin jakoi suomalaisia mieli- ja hermotauteihin erikoistuneita lääkäreitä kahteen leiriin: esimerkiksi Sibeliuksen seuraaja Harald Fabritius vastusti liian pitkälle meneviä degeneraatiotulkintoja ja -spekulaatioita. Parpola 2013, 70.

[5] Koska Katria oli jo aiemmin hoidettu mielisairaalassa, on luvut otettu sairaaloissa vuoden viimeisenä päivänä hoidettavien tiedoista.

[6] Skitsofreniformisessa mielisairaudessa hankalilla elämänolosuhteilla ja vaikeilla ristiriidoilla tulkitaan olevan ilmeinen merkitys sairauden puhkeamisessa. Erona skitsofreniaan häiriöt kestävät lyhyemmän aikaa ja sosiaalisten tilanteiden ymmärtämisen heikentyminen on niukempaa.

[7] Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista. Oireita ovat esimerkiksi puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja tunneilmaisun latistuminen. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä aistiharhojen tai harhaluulojen

vuoksi. Kraepelin esittämä diagnostinen jako kolmeen alaryhmään – hebefreeninen, katatoninen ja paranoidinen – on osin yhä edelleenkin psykiatrien käytössä. Paranoidille muodolle on ominaista ajatusten keskittyminen harhaluuloihin. Kuuloharhat ovat yleisiä. Sairastuminen tapahtuu yleensä aikuisiällä ja potilas säilyttää yleensä toimintakykynsä paremmin kuin muissa alalajeissa. Katatoninen skitsofrenia on harvinainen. Sille ovat ominaisia psykomotoriset häiriöt: katatonia, stereotypiat, maneerit sekä oudot kasvojen ilmeet. Hebefreenisessä skitsofreniassa esiintyy korostuneesti puheen ja käytöksen hajanaisuutta. Sairastumisikä on alhaisempi ja ennuste huonompi kuin muissa alatyypeissä. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kieseppä & Lönnqvist 2013, 75–73.)

[8] Klooripromatsiinia ja muita antipsykoottisia lääkkeitä on sekä psykiatrien että psykiatrian vastustajien taholta kutsuttu kemialliseksi lobotomiaksi. (Pietikäinen 2013, 277.)

[9] Leponex® on vahva lääke, jota käytetään usein potilailla, joihin muuta lääkkeitä eivät tehoa. Valmisteen käyttäjän tulee käydä säännöllisesti verikokeessa, sillä lääke saattaa aiheuttaa vakavaa veren valkosolujen vähenemistä. Lääkettä käytetään vielä tänä päivänä. Klotsamiinista katso esimerkiksi Kuha 1990.

Tutkimusaineisto

Arkistolähteet

Piirimielisairaala PMS 14:n arkisto:

De:18 Vuosikertomukset 1926–1989

Potilaskertomukset 1926–1989

Potilaskertomus (PK14) 179/ 212/ 1239

Julkaistut lähteet

Aineistohallinnan käsikirja [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/>. urn:nbn:fi:fsd:V-201504200001 [Haettu 29.5.2018.]

Henkilötietolaki 523/1999

International Classification of Diseases, Revision 6 (1948). <http://www.wolfbane.com/icd/icd6h.htm> [Haettu 29.5.2018]

Julkisuuslaki 621/1999

Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889;
23/1889

Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkuloosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkuloosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvosta 269/1929

Laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1977

Mielisairaslaki 187/1952

Mielisairasasetus 448/1952

Suomen virallinen tilasto (SVT) XI 1936: lääkintöhallituksen kertomus

Suomen virallinen tilasto (SVT) XXXII 1940: Sosiaalisia erikoistutkimuksia 18, Mielisairaajat ja vajaamieliset

Suomen virallinen tilasto (SVT) XI: 1960 ja 1963 yleinen terveyden- ja sairaanhoito

Tautinimistö. Helsinki: Lääkintöhallitus 1953

Alkuperäislähteenä käytetty kirjallisuus

Fabritius, Harald. 1940. *Hermotuneisuus ja hermotaudit*. Helsinki: WSOY.

Kaila, Martti. 1939. *Mielitaudit*. Sairaanhoidajattarien oppikirja IX. Toinen, uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Kalpa, Ilmari. 1947. Šokkikäsitteilyn vaikutuksesta mielisairaalan toimintaan. *Duodecim* 63, 6: 621–632.

Kinnunen, Lyyli. 1943. *Mielisairaanhoido*. Sairaanhoidajattarien oppikirja IX. Kolmas, uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Mäkelä, Väinö. 1938. Lääkintöhallituksen mielisairaanhoido-osasto vuosina 1928–1937. Teoksessa *Lääkintöhallituksen kertomus 1937*. Helsinki: Lääkintöhallitus, 51–89.

Neuman-Rahn, Karin. 1927. *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. Toinen painos. Porvoo: WSOY.

Sibeliu, Christian. 1911. Mielisairaajat ja kaatuvatautiset. Teoksessa *Oma maa: tietokirja Suomen kodeille osa VI*, toim. Palmén E.G., Edv. Hjelt, J. Gummeru, G. Melander, J.A. Palmén, Kaarle Krohn & J. Jäntti, 856–880. Helsinki: WSOY.

Kirjallisuus

Ahlbeck-Rehn, Jutta. 2005. Pienuuden suuruus – mikrohistorian ja diskurssianalyysin välimaastossa. Esimerkkinä yksittäinen dokumentti. Teoksessa *Kahden muusan palveluksessa. Historiallisen sosiologian lähtökohdat ja lähestymistavat*. Toim. Marja Andersson, Anu-Hanna Anttila & Pekka Rautiainen, 244–273. Turku: Turun historiallinen yhdistys ry.

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

Ahlbeck, Jutta, Päivi Lappalainen, Kati Launis & Kirsi Tuohela. 2013. Degeneraatio ja modernistuvat Suomi. Sairausten kulttuuristen merkitysten jäljillä. *Kulttuurintutkimus* 30, 2: 3–15. https://www.jyu.fi/kulttuurintutkimus/KT_2-2013_3-15_Degeneraatio_ja_modernisoituva_Suomi.pdf [Haettu 29.5.2018]

Ahlbeck, Jutta. 2015. Ratkaisuna sterilisaatio. Kansakunnan parasiitit ja naisruumiin uhka. Teoksessa *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*, toim. Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela & Jasmine Westerlund, 233–260. Turku: Utukirjat.

Elomaa, Eero. 1996. Insuliinisokkihoito. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 12–18. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Frigren, Pirita. 2017. Tirkistelyä vai ymmärryksen lisäämistä? Historiantutkija arkaluontoisista asioista kirjoittamassa. Teoksessa *Historiantutkimuksen etiikka*. Toim. Satu Lidman, Anu Koskivirta & Jari Eilola, 51–70. Helsinki: Gaudeamus.

Ginzburg, Carlo. 1996. *Johtolankoja. Kirjoituksia mikrohistoriasta ja historiallisesta metodista*. Helsinki: Gaudeamus.

Harenko, Aarno. 1996. Lääkkeiden käyttö psykiatriassa ennen klooripromatsiinia. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 23–27. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Harjula, Minna. 1996. *Vaiillinaisuudella vaivatut: vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Bibliotheca historica 15. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Hirvonen, Helena. 2003. Hourukuuri mieleltänsä wiallisille. Suomalaista mielisairaanhoidon 1800-luvun lopulta vuoteen 1930. Teoksessa *Decursus morbi – taudin kulku. Näkökulmia terveyteen ja sairauteen keskiajalta nykyaikaan*, toim. Helena Hirvonen, 115–129. Pohjois-Karjalan yhdistyksen vuosikirja 10. Joensuu: Pohjois-Karjalan historiallinen yhdistys.

Hirvonen, Helena. 2008. ”Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi: suomalaisen psykiatrian ja mielisairaanhoidon kehityslinjat 1800-luvulta 1910-luvulle.”

Painamaton yleisen historian liseniaattitutkielma. Joensuu: Joensuun yliopisto, historian laitos.

Hirvonen, Helena. 2014. *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930*. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta No 72. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Huttunen, Matti O. 2004. *Lääkkeet mielen hoidossa*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hyvönen, Juha. 2008. *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkomon näkökulmasta*. Lääketieteen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D: lääketiede 440. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Hänninen, Sisko-Liisa. 1965. *Kellokosken sairaala 1915–1965*. Hyvinkää: Kellokosken sairaala.

Ignatius, Jaakko. 2011. Neuropsykiatrian aika. Teoksessa *Suomen neurologinen yhdistys 50 vuotta*, toim. Eero Hokkanen, Markku Kaste, Matti Jokelainen, Reetta Kälviäinen, Jaakko Ignatius & Anu Eräkanto, 55–65. Helsinki: Suomen neurologinen yhdistys.

Isohanni, Matti, Jaana Suvisaari, Hannu Koponen, Tuula Kiesepä & Jouko Lönnqvist. 2013. Skitsofrenia. Teoksessa *Psykiatria*, toim. Jouko Lönnqvist, Jouko, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen, 70–133. 9.-10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Judin, Tauno. 1983. *Harjavallan sairaala 1903–1983. Kahdeksan vuosikymmentä mielisairaanhoidoa Länsi-Satakunnassa*. Harjavalta: Harjavallan sairaalan kuntainliitto.

Jyrkinen, Anna Riitta. 2005. *Mielisairaanhoidon Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915–1918: hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kaila, Martti. 1966. *Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa*. Porvoo: WSOY.

Kalela, Jorma. 2000. *Historiantutkimus ja historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Kalela, Jorma. 2017. Historian rakentaminen eettisenä hankkeena. Teoksessa *Historiantutkimuksen etiikka*. Toim. Satu Lidman, Anu Koskivirta & Jari Eilola, 92–112. Helsinki: Gaudeamus.

Kinnunen, Anna. 2015. ”Mutta ei niille voi mitään, joilla on aivoissa vika”. Mielisairauden kansanomaiset tulkinnat 1900-luvun modernisoituvassa Suomessa. *J@rgonia* 13, 26: 30–53. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/48098> [Haettu 29.5.2018]

Kragh, Jesper Vaczy. 2010. Shock Therapy in Danish Psychiatry. *Medical History* 54, 341–364.

Kuha, Seppo. 1990. Klotsapiinin asema skitsofrenian hoidossa. *Duodecim* 106, 13: 966–968.

Kuula, Arja 2015. *Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Leinonen, Esa. 2010. Biologisten hoitojen kehitys 1900-luvun psykiatriassa. *Suomen Lääkärilehti* 65, 35: 2771–2775.

Levi, Giovanni. 1992. *Aineeton perintö. Manaajapappi ja talonpoikaisyhteisö 1600-luvun Italiassa*. Helsinki: Tutkijaliitto.

Lidman, Satu, Anu Koskivirta & Jari Eilola, toim. 2017. *Historiantutkimuksen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus.

Mattila, Matti. 1996. Pentetrasolisokki psykoosien hoidossa. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 18–22. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Nygård, Toivo. 1998. *Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Gummerus.

Parhi, Katariina & Hannu Lauerma. 2016. Psykopatiakäsitteen muuttunut rooli oikeuspsykiatriassa. *Duodecim* 132, 22: 2089–2097.

Parhi, Katariina & Petteri Pietikäinen. 2017. Socialising the Anti-Social: Psychopathy, Psychiatry and Social Engineering in Finland, 1945–1968. *Social History of Medicine* 30, 3: 637–660.

Parpola, Antti. 2013. *Toivo/Häpeä: psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys ry.

Peltonen, Matti. 1999. *Mikrohistoriasta*. Helsinki: Gaudeamus.

Pesonen, Niilo. 1980. *Terveysten puolesta sairautta vastaan. Terveysten- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla*. Porvoo: WSOY.

Pietikäinen, Petteri. 2013. *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Pietikäinen, Petteri & Mikko Myllykangas. 2017. Hullun monta nimeä: mielisairauksien nimeäminen muuttuvassa yhteiskunnassa. Teoksessa *Ajatusten lähteillä. Aatteiden ja oppien historiaa*, toim. Mikko Myllykangas & Petteri Pietikäinen, 329–362. Helsinki: Gaudeamus.

Porter, Roy. 2002. *Madness. A Brief History*. Oxford: University Press.

- Porter, Roy. 2004. *Madmen. A Social History of Madhouses, Mad-Doctors and Lunatics*. Stroud: Tempus.
- Raitasuo, Ilkka. 1996. Kylpy- ja kiedehoidot. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 41–45. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Ritamies, Marketta. 2006. *Sinappikylvyistä ehkäisytablettiin: suomalaisen perhesuunnittelun historia*. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 44/2006. Helsinki: Väestöliitto.
- Salo, Markku. 1996. *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalaareformit Italiassa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Savolainen, V.P. 1996. Kestouniterapia. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 50–55. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.
- Shorter, Edward. 2006. *Psykiatrian historia*. Suomentanut Eila Salomaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Shorter, Edward. 2009. *Before Prozac. The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford: University Press.
- Tuohela, Kirsi. 2015. Sielun ja mielen sairaus. Varhaiset psyykkisen sairastamisen omaelämäkerrat Suomessa. Teoksessa *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*, toim. Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela & Jasmine Westerlund, 195–232. Turku: Utukirjat.
- Vahvaselkä, Veli-Pekka. 1976. *Rauhan Sairaala 1926-1976: 50 Vuotta Mielisairaanhoidoa Viipurin Ja Kymen Lääneissä*. Joutseno: Kaakkois-Suomen mielisairaanhoidon kuntainliitto.
- Vataja, Risto. 1996. Sähkösoikkihoidon historiaa. Teoksessa *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*, toim. Eero Elomaa & Ilkka Taipale, 28–32. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.
- Vilkuna, Kustaa H. J. 2010. *Katse menneisyyden ihmiseen. Valta ja aineettomat elinolot 1500–1850*. Historiallisia tutkimuksia 253. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Vuorio, Kaija. 2010. *Niuva: Niuvanniemen sairaala 1885–1952*. Kuopio: Niuvanniemen sairaala.
- Walton, John, James F. Brooks & Christopher R. N. DeCorse. 2007. Introduction. Teoksessa *Small Worlds. Method, Meaning & Narrative in Microhistory*, eds. James F. Brooks, Christopher R. N. DeCorse & John Walton, 3–12. New Mexico: School for Advanced Research Press.