JYX
JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Jäntti, Saara

Title: Kotona, sairaalassa : kodin ja mielisairaalan jännitteisiä suhteita

Year: 2022

Version: Published version

Copyright: © Kirjoittaja 2022

Rights: CC BY-NC-ND 4.0

Rights url: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Please cite the original version:

Jäntti, S. (2022). Kotona, sairaalassa : kodin ja mielisairaalan jännitteisiä suhteita. In S. Jäntti, K. Heimonen, S. Kuuva, K. Maanmieli, & A. Rissanen (Eds.), Kokemuksia mielisairaalasta : muistoihin kaivertuneet tilat (pp. 332-388). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia, 1483. https://oa.finlit.fi/site/books/e/10.21435/skst.1483/

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Kotona, sairaalassa – Kodin ja mielisairaalan jännitteisiä suhteita

Saara Jäntti
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 tyyssija. ”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 laitosmaailman (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.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 mielenterveyskuntoutujien 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.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Kysymys kodista, siitä, mihin ihminen kokee kuuluvansa ja pystyy kiinnittymään, kytkeytyy asumiseen ja elämänkulkuun. 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 merkityksi 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 tarjoumatermiä 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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, välitila 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.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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. Analyysissani 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 konkreettisena, 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 mielisairaanhoito ja erilaiset psykiatriset kulttuurit ensinnäkin muokkaavat erityisesti potilaiden ja kuntoutujien asumisen ja olemassaolon ehtoja ja miten ne toisekseen

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 jäseninä. Tulkinnoissani käytän apuna aiempaa tutkimusta(ni) sekä psykiatrian historiaa, mielisairaalahistoriikkeja 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 asutusrakenne ovat kokeneet huomattavia muutoksia. Maaseutuvaltaisesta kylien Suomesta on pitkälti siirrytty kaupunkeihin ja taajamiin, ja maaseudulla asutaan yhä harvemmassa. Asuntojen koot ja varustelut ovat muuttuneet. Ulkohuussit on korvattu sisävessoilla, ja kaupunkien liepeillä sijainneista hellahuoneiden ja hyyryläisten 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 liminaalitiloina – paranemiseen johtavana siirtymätilana, johon ei ole tarkoituskaan jäädä – on historiallisen kehityksen tulos.

Ennen mielisairaalalaitoksen syntyä poikkeavasti käyttäytyneet yhteisön jäsenet elivät osana yhteisöjä ja heistä huolehtivat heille määrätyt 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 kytkeytyvät 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 mielisairaanhoito on alusta saakka ollut vahvasti kytköksissä sosiaalisiin ongelmiin, kuten köyhyyteen ja asunnottomuuteen (ks. Rissanen, luku ”Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa” tässä teoksessa; Foucault 1965; Porter 1987, 2006; Taipale 1982; Pietikäinen 2013; 2020). Mielisairaalamuistoissa tähän köyhyyden 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 ”ryysynyytit 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 laitoshoitoa 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 kirjoitettuihin julkaisuihin 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 käyttäjätkään välttämättä halua jäädä palveluiden piiriin vaan kuntoutua ja muuttaa eteenpäin.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 mieluimmin iloisenväriset taittaen harmoonisella tavalla seinäpinnan, taikka sitten valkeat ja moitteettoman 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 tärkeämpiä, 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 luentoihin. 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 hygieenisyys. 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 arvostelee sairaalan tilanhoitoa (MKM 130–132), ja kaiken kaikkiaan kritisoi sitä, että sairaalan seiniin näytään panostettavan enemmän kuin sairaanhoitoon (MKM 019–147; Kuuva 2018). Mielisairaalasta 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), mielisairaalaa ja vankilaa:

> Kaikkinainen laitoselämä 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 velvoitettu asumaan sairaala-alueella (Nieminen 2015; Tuovinen 2009). Heidän asumisolojensa 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 mielisairaanhoitajiksi 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 työsuhdeasunnon. ”Pitkään palvelleen mielisairaanhoitajan elämänkaaren loppuvaiheeseen kuului vielä hautausavustus leskelle, joka usein hänkin oli mielisairaanhoitaja. 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, helppohoitoisille 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 liikkuivat 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).

https://doi.org/10.21435/skst.1483

osana sodanjälkeistä hyvinvointivaltion rakennusprojektia, jossa valtiolla ja kunnilla oli keskeinen rooli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja terveyskansalaisuuden (ks. Helén, Jauho & Harjula 2003; Ahonen 2019) muotoutumisessa. Osaltaan se vastasi myös Suomessa vielä pitkään toisen maailmansodan jälkeen vallinneeseen ankaraan asuntopulaan (asuntopulasta ks. esim. Juntto 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 toteaakin, että ”[s]airaalan henkilökunta muodosti työyhteisön ja samalla myös asumisyhteisön, johon kuuluivat henkilökunnan puolisot 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 perheellisyyteen 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, yhteiseloon perustuvaa ja potilaiden väliset rakkaussuhteet ja avioliitot mahdollistavaa sairaalautopiaa. (Latvala 1964, 67.) Tosiasiassa avioituminen oli vuosina 1929–1969 voimassa olleen, rotuhygieniaaatteeseen 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 rotuhygieenisiin syihin vedoten Suomessa steriloitiin 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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. Laverisohva pöytätaso, jossa pieni kaappi, ehken tuoli. Tämä oli pettymys. Avioiduin kurssitoverin kanssa. Saimme uuden asunnon sairaalan pihapiiristä.” (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 tietoakaan. Neiti-ihmisten riiaukset tiedettiin, samoin kotiintuloajat ja se kenen kanssa kukin piti seuraa. 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 lääkärien asuinhuoneistot olivat kooltaan noin 100–150 m² suuruisia, perheellisten kaksiot 52 m² kokoisia ja osastonhoitajien yksiöt 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 suuruinen. (Ahola 2015, 57–58.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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.) Sairaalahierarkia 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:

> Ylilääkärin 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 talouspäällikkö asui. En muista että mitään tavaroita olisi koskaan hävinnyt. (MKM 245–248, talouspäällikön 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. Kotiapulaistamme 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 yleistyi: ”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 muuttopuuhissa. 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 kanttiiniin ja meille kustannettiin pullakahvit 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,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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, mielisairaanhoito 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 sairaalahoito 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).

https://doi.org/10.21435/skst.1483

ajatus sairaalasta potilaiden ”kotina”, kuten seuraavassa kesäapulaisen eli vipparin 1960-luvulle sijoittuneessa muistossa:

> 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 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 ajatusratasta kääntää näin nopeasti ja samalla selittää tämä kuntoutuksen mielekkyys potilaille, jotka luonnollisesti alkuun vastustivat osastolta, ’omasta kodistaan’ lähtemistä.” (Kontio 2015, 32–33.) Kontion muistelmassa 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 elettynä 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 kuuluminen, 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.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 psykiatrista 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. Laitoshoito 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 ”pulmalelumuistoksi” 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.

Pulmalelumuisto – laitoksesta avohoitoon historian taitekohdassa

Pulmalelumuisto 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 mielisairaalahistorian taitekohtaan, josta 1970- ja 1980-luvuilla mielenterveyshoitajana toiminut muistelija 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, huomaan kuinka tosiaan mielisairaalat ovat olleet ”säilytyspaikkoja”. (MKM 499.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

1970- ja 1980-luvuilla mielisairaanhoidon rinnalla alettiin puhua mielenterveystyöstä. Vuonna 1972 säädetyn uuden kansanterveyslain puitteissa terveydenhoidossa alettiin erikoissairaanhoidon sijaan korostaa perusterveydenhuoltoa, mikä mielenterveyspotilaille tarkoitti avohoidon yleistymistä. Käytännössä erillislainsäädännön, erillishoitojärjestelmän ja eriytyneiden laitosmuotojen varaan rakennettua mielisairaanhoitoa ryhdyttiin purkamaan vasta 1980-luvulla. (Ahonen 2019, 105.) Keskeistä pulmalelumuistossa onkin sen sijoittuminen mielisairaanhoidon historiassa niin sanottuun dehospitalisaation vaiheeseen, jossa laitoshoidosta alettiin siirtyä avohoitoon, mielisairaaloiden 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 pulmaleluharrastajiin. Koko tarinan voikin lukea allegoriana pulmalelun aukeamiselle. Pulmalelut, kuten kertojan kuvailema pirunnyrkki, ovat eräänlaisia älypelejä, joissa tietyn, useista kappaleista kootun kolmiulotteisen palapelin ”mysteeri” aukeaa, kun ratkaisija oivaltaa, mistä hänen tulee purkaminen aloittaa. Keskeistä on, että pulmalelumuistossa tuo säie, joka avaa yhteyden ja ovet ulkomaailmaan ei ole ”totuus” kertojan sisäisestä ongelmasta vaan laitosmaailman ulkopuolta edustavien ihmisten kanssa löytyvä yhteinen kiinnostuksen kohde, intressi. Kuten Arendt (2017) huomauttaa, *intressi*-sanan alkuperä on sanoissa välillä (lat. *inter*) oleminen (lat. *esse*). Yhteisen intressin löytymisen voi ajatella tarttumapinnaksi, ikään kuin kuulumisen mahdollistavaksi liimaksi yksilön ja yhteisön välillä. (Ks. myös Maanmieli 2019, 85–87.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Pulmalelumuiston kirjoittajan kohdalla tie solmujen aukeamiseen on ollut pitkä ja muistelija kertoo yksityiskohtaisesti sairaalakierteen synnystä sekä siitä, millaisten vaiheitten 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 inhimillistää 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 jäljittelyssä[7]. 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.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 kotona ”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 pyytäessään 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 jotensakin 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

lykkäystä." (MKM 295.) Potilaan vastustuksesta huolimatta lääkärin ennustukset 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 mielenterveystoimistossa 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 pahaa 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 kanttiiniin yksin tai hoitajankaan kanssa.
>
> Kävelin osasto ykkösen kansliaan ja siellä oli hoitaja ja ilmoitin että hoitoon olen tulossa. Kotona ei tule olosta mitään ja on itse-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

> murhamielitekoja. Hoitaja sitten sanoi, että kaksi viikkoa aiemmin oli tullut määräys ylemmältä taholta, että jätkän on lähdettävä 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, pulmalelumuiston 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 tutkittiin 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 itseen hankala. Tämä helposti unohtuu tarkastelussa, jossa huomio kiinnittyy pelkästään laitoshoidon epäkohtiin. Mielenterveyskuntoutujalle minuus 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 salassa muilta. (MKM 306.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 näyttäytyy itseen kohdistuvan väkivallan lisääntymisenä. Jos asiaa ajattelee maailmassa olemisen näkökulmasta ja kotona olemisen maailmasuhteena, on itsen hakkaaminen ja itseen 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 terapeuttisten hoitomuotojen leviämiseen psykiatrisessa sairaanhoidossa: omahoitajien tulo ja terapeuttisten 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 helpompi 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 jutellessa

https://doi.org/10.21435/skst.1483

vahvistuvan itsetunnon ohella keskeistä on se, että muistelija 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 nuljuksennauloja – 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 käänteentekeväksi tapahtumaksi sairaalasta pois muuttamisen kannalta osoittautuu sairaalapapin saapuminen sairaalaan 1981. Vaikka kertoja on kiinnostunut *Raamatusta* ja jakaa papin kanssa kristillisen elämänkatsomuksen, tärkeämpää on, että heillä on yhteinen kiinnostuksen kohde: pulmalelut. Kirjoittaja kertoo olleensa

https://doi.org/10.21435/skst.1483

”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 verstas, 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 esiinnousseita kehityskertomuksia ovat Päivi Rissasen (2007; 2015) autoetnografinen tutkimus omasta toipumisprosessistaan ja Jari Kokkisen (2019) haastattelututkimuksen pohjalta rekonstruoima juonikertomus.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

tapahtuu hiljaa ja vaiheittain: 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 totaalisista laitoksista, joissa elämää säädellään tiukasti esimerkiksi aikatauluin. Näin

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 määritettäessä. Armeija taas edustaa norminmukaista mieheyttä (esim. Jokinen 2000). Pulmalelumuiston kirjoittajalle armeija edustaa paikkaa, jonne ”kunnon 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 sairaalaaikana 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 mielisairaan identiteettiä. Myös itse potilaiksi tulevat kantavat mielessään stereotyyppisiä, halveksuvia ja stigmatisoivia mielikuvia psykiatrian 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 muistelijoille sairaalasta tulee elettävissä 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 elämääni. Vielä se, että olin toistuvasti intervallihoidoissa, piti

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 tietoakaan muuten. Päästäkseen kotiin tuli olla ehdottoman moitteeton." (MKM 274, potilas, nainen, hoitojaksoja 1990- ja 2000-luvuilla.)

Tämä kuvaa hyvin sairaalaa liminaalitilana, 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 yölomia sitten pois ja kohti yhteiskuntaa, taidan olla hiukan laitostunut (MKM 272.)

Kertoja kokee lääkehoidon, rytmin löytymisen ja osastolta saamansa vahvan tuen auttaneen, mutta tulkitsee itsekin 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 muistelijoille 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, hoitojaksoja 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 masennustila.” (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 enempää kun mitä ne jo kärsi. Mielisairaala oli mulle vankila, jossa piti vaan olla. Mulla ei ollu muuta vaihtoehtoa. (MKM 388, potilas, useita hoitojaksoja 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 moraalisesta 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 puhelimessa. 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 liittää 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:

https://doi.org/10.21435/skst.1483

> 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 kuluivat 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 väkivaltaisuus[9] nousee esiin myös mielisairaalamuistoissa:

9 Nykytilanteessa Suomi on lähisuhdeväkivaltatilastoissa yksi Euroopan väkivaltaisimmista maista yhdessä muun muassa Latvian ja Tanskan kanssa (FRA 2015).

https://doi.org/10.21435/skst.1483

> 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 tytärkin löi minua. Minä soitin poliisin. 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 lisäkseni 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 kätilöharjoittelija. Koin että näillä yhteisillä perhetapaamisilla oli käänteentekevä merkitys perheemme hyvinvoinnille. Olin ollut aviopuolisoni pahoinpitelemä vuosikausia mutta näin jälkeenpäin tuntuu että näillä yhteisillä palavereilla oli myös merkitys mieheni 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 laitoshoito 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,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 kotiutumisensa 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. Suhtauduin häneen ikään kuin hän olisi täysin terve ja kykeneväinen elämään omillaan – vaikka olin itse hänelle juuri sanonut, että toipuminen vie aikaa.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

> Ylipäätään 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 hämmästynyt 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 pitkähkö lainaus nostaa esiin omaisten merkityksen kotiutumisessa. 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 masennuspotilaalle 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 itsestäänselvyyksiä 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.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 (Väisäsen 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 nimeämääni 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 ikiaikaisen 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 mielisairaiksi määritellyiltä 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).

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Rakkausmuisto itsessään on hybridi erilaisia tekstilajeja: kehyskertomuksen lisäksi mukana on ansioluettelo, kirjallista tuotantoa, lehtiartikkeleita 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 päätyy 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 voittamaan kertojan luottamuksen lempeydellä, läsnäololla ja keskusteluilla. Kertoja ihastuu hoitajaansa välittömästi: ”katsoin ystävällisiä ruskeita silmiä ja yritin näyttää välinpitämättömältä, vaikka sydämeni oli pakahtua. 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.”

https://doi.org/10.21435/skst.1483

(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 ihmissuhteisiin tai ihmisin 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 kehyksen 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 nuoruusvuosieni aikana.” (MKM 440.) Kertoja siis kiinnittää huomion laitosyhteisöön potilaiden ja henkilökunnan osastoilla muodostamana sosiaalisena ja emotionaalisena 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. Muistelija kertoo kokeneensa monet toiset – erityisesti naispuoliset potilaat – uhkana ja kilpailijoina. Usko rakkauteen ja sen kestävyyteen 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. – – Ymmärän nyt vuosikymmeniä myöhemmin, että pelkoni olivat varmaankin osittain omaa sairauttani – – eivätkä pohjanneet totuuteen kuin osittain.” (MKM 444.) Pelot ovat kuitenkin tosia ja voimakkaita. Asuntolassa

https://doi.org/10.21435/skst.1483

kertoja ei poistu huoneesta muiden hoitajien ollessa paikalla. Muutto kauemmas hoitopaikasta saa pelot hellittämään, ja kertoja luo ystävyyssuhteita myös potilaskavereihin. Hän ei koe heitä uhaksi eikä koe heidän kadehtivan häntä hänen puolisostaan.

Rakkaussuhde koituu muistelijan mukaan hänen pelastuksekseen, 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) lisensiaatintyössään 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

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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, lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten kanssa toteu-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Julkisten esikuvien ja oman kirjoitustoimintansa kautta kirjoittaja raivaa julkista tilaa mielenterveyskuntoutujille ja heidän kokemuksilleen osana yhteistä, jaettua todellisuutta. Ne luovat tilaa mielenterveyden ongelmista, mielenterveydestä ja sitä ylläpitävistä yhteisöistä ja kanssakäymisestä puhumiselle sekä tuottavat sellaista kulttuurista tilaa, maailmaa, jossa mielenterveysongelmien ja psyykkisten sairauksien kanssa on mahdollista elää. Julkinen puhe mielenterveysongelmista ja mielenterveyskuntoutujien osallistuminen julkisen puheen tuottamiseen, kuten Arendt (2017) toteaa, muokkaa ihmisenä olemisen ehtoja. Jos mielenterveyden menettämisen mahdollisuus olennaisella tavalla kuuluu ihmisyyteen (Feder 1980; Baker ja muut 2010) ja asuminen on ihmisen tapa olla maailmassa (Heidegger 1995), mielenterveyskuntoutujien asuminen omissa kodeissaan (tai asuttaminen omiin koteihinsa) ja osallistuminen julkiseen toimintaan muokkaavat keskeisellä tavalla ihmisenä olemisen ehtoja – ei vain mielenterveyskuntoutujille vaan kaikille, sillä kenen tahansa mielenterveys voi horjua.

Kun avohoitoa pyritään lisäämään, hoitojaksojen määrää vähentämään ja niiden pituutta lyhentämään ja vanhoja mielisairaaloita tyhjennetään 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 yhteiskuntaa. Kun mielisairaala ei enää muodosta psyykkisesti sairastavien maailmaa vaan sairauksia eletään osana sairaaloiden ulkopuolista maailmaa, ja kun mielisairaala ei enää hierarkkisesti roolita yhteisön jäseniä, mielekkään ja merkityksellisen yhteisön tarjoaminen mielenterveysongelmista kärsiville jää aivan kaikkien vastuulle. Juuri tähän muistelijan paikallislehdessä julkaistut kirjoitukset pyrkivät: suurin osa niistä käsittelee sitä, miten tärkeää on kohdata ihminen ihmisenä, olla armollinen itseä ja toisia kohtaan, suvaita erilaisuutta, kohdata mielenterveysongelmat rohkeasti ja myös sitä, miten tärkeitä lempeys ja rakkaus ovat. Kirjoituksissa hän kysyy myös, missä kulkee terveyden ja sairauden raja,

tettavassa Erasmus+-rahoitetussa Heroines-kirjallisuusterapiahankkeessa Kellokosken Prinsessa on noussut keskeiseksi roolimalliksi, jota hyödynnetään suomalaisryhmän työskentelyssä. Prinsessa toimii 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, tosiasiassa potilaat asuivat monen hengen huoneissa vailla yksityisyyttä. Yksityisyys oli tuolloin tosin muutoinkin vain harvojen herkkua, sillä asumista sairaalaympäristössä ja Suomessa yleisemminkin määritteli ahtaus. Sairaalaympäristössä asumisen muodot ja tavat järjestyvät hierarkkisesti ja mielisairaalat ja mielisairaanhoito 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 näkyy 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

tekijät olivat alkaneet muuttaa pois sairaala-alueilta jo aiemmin yhteiskunnan yleisen vaurastumiskehityksen myötä; potilaiden poismuutto kiihtyi 1990-luvulla, kun laitosvastainen 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 liminaalitilana. 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 mielisairaanhoito 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 laitoshoito 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-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

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 kehyksen 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 syntymisen 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 ihmissuhteen 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 laitosmaailman välisiin monisyisiin, historiallisesti ja kulttuurisesti muovautuviin merkityksiin ja neuvotteluihin, joita käydään mieleltään järkkyneiden 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).

https://doi.org/10.21435/skst.1483

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.
Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.
Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta. Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

KIRJALLISUUS

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

Ahlbeck, Jutta 2015: Ratkaisuna sterilisaatio. Kansakunnan parasiitit ja naisruumiin uhka. Teoksessa: Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi – Westerlund, Jasmine (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus kulttuuri ja modernisoituva 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_VALMIS_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. Ranskankielinen 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: Kompleksejа ja katkoksia. Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen 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.* Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
Hänninen, Vilma 2009: Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa: Hyväri, Susanna – Salo, Markku (toim.) *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Mielenterveyden 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: Diagnoosin paikka. Naisten kertomuksia psykiatrian potilaiksi tulemisesta. Teoksessa: Komulainen, Katri – Räty, Hannu – Silvonen, 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 – Espanõl, 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: 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 – Sääskilahti, 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 rajankäynti elokuvassa Prinsessa. *Lähikuva* 29: 3, 24–41.

Kinnunen, Anna 2020: *Johtolankoja hulluuteen. Tutkimus mielen sairastamiseen kytkeytyvistä 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 juhlajulkaisu. 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 – Sääskilahti, 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 käenpesät. Väkivallan metaforat ja traumakokemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psykoterapia* 37: 1, 37–48.
Maanmieli, Karoliina 2019: "Sain kirjoittaa runoja eräässä huoneessa ja se vapautti mieleni." Hulluuden ja luovuuden risteämiä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Scriptum creative writing research journal* 6: 2, 58–95.
Malinen, Antti 2019: Järkkyvä arki. Aikuisten psyykkinen 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 sterilointilakiin 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:ISBN: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? Mielenterveyskuntoutujien 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. Kulutuskulttuurin tulo suomalaisiin olohuoneisiin 1960- ja 1970-lukujen vaihteess*a. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Sarvilinna, Atso 1938: *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellis-historiallinen 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/asas/2018/asas_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: *Mielisairaalassa. Lääkärin muistelmat*. Into, Helsinki.

THL Tilastoraportti 26/2022. Lasse Mielikäinen – Raija Kuronen. *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2021* [Verkkoaineisto].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/fi/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 terveyskeskus, Helsinki.

Turner, Victor 1969/2007: *Rituaali. Rakenne ja communitas*. 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 juhlajulkaisu. 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 lääkitsijä, se oli pappi.” Hoitohenkilökunnan muistot Harjamäen mielisairaalasta 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.