

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

Author(s): Maanmieli, Karoliina

Title: ”Me alistutaan, koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa” : potilaiden muistoja pakkokeinoista, väkivallasta ja kaltoinkohtelusta

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:

Maanmieli, K. (2022). ”Me alistutaan, koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa” : potilaiden muistoja pakkokeinoista, väkivallasta ja kaltoinkohtelusta. In S. Jäntti, K. Heimonen, S. Kuuva, K. Maanmieli, & A. Rissanen (Eds.), *Kokemuksia mielisairaalaan : muistoihin kaivertuneet tilat* (pp. 241-286). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia, 1483. <https://oa.finlit.fi/site/books/e/10.21435/skst.1483/>

”Me alistutaan, koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa” – Potilaiden muistoja pakkokeinoista, väkivallasta ja kaltoinkohtelusta

Karoliina Maanmieli

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

Psykiatrisen hoidon arkeen kuuluu potilaiden toiminnan usein voimakaskin rajaaminen, jota useimmiten perustellaan turvallisuuden tai kuntoutukseen liittyvillä syillä. Näin hoitohenkilökunta joutuu jatkuvasti pohtimaan, mitkä ovat jokaiselle ihmiselle kuuluvat perusihmisoikeudet ja miten niitä voitaisiin noudattaa sairaalaolosuhteissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) vaatii jokaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon potilaalle oikeuden laadultaan hyvään hoitoon ja kohteluun, myös silloin kun hoidossa käytetään pakkokeinoja. Väkivallan käyttö on yksiselitteisen kiellettyä psykiatrisessa hoidossa (Mielenterveyslaki 1990), mutta niin potilaiden kuin muidenkin voi olla vaikeaa nähdä eroa pakkotoimien ja väkivallan välillä, koska molemmat voivat traumatisoida tai muuten vahingoittaa potilasta. Pakkokeinot, kuten erityis ja sitominen, voivat olennaisesti heikentää potilaan kokemaa hoidon laatua ja näyttäytyä potilaan näkökulmasta väkivaltana. Pakkokeinojen käyttöä valvoo Valvira. Potilaaseen kohdistuvien pakkotoimien ja rajoitusten on oltava aina lääketieteellisesti perusteltuja, jotta ne olisivat mielenterveys-

lain mukaisia. Niitä saa käyttää ainoastaan siinä määrin kuin potilaan sairauden hoito, hänen tai toisen henkilön turvallisuus tai muun edun turvaaminen sitä välttämättä vaatii. Mihinkään muuhun tarkoitukseen pakkotoimia ei saa käyttää, joten esimerkiksi sitomisen käyttäminen rangaistuksena on kiellettyä. Mielenterveyslaissa määritellään lisäksi, että toimenpiteet sekä rajoitukset on aina toteutettava potilaan ihmisarvoa kunnioittaen sekä mahdollisimman turvallisesti. (Mielenterveyslaki 1990.)

Tässä luvussa keskityn tarkastelemaan niitä Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta -keruuseen lähetettyjä muistoja, joissa kuvataan potilaiden sairaalassa kokemia pakkokeinoja, väkivaltaa tai vallankäyttöä¹. Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan ”väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen”. Vallan sisällyttäminen määritelmään ”fyysisen voimankäytön” ohella laajentaa käsitystä siitä, mitä väkivalta on – se laajennetaan koskemaan tekoja, uhkauksia ja pelottelua, jotka johtuvat valtasuhteesta. Tietty käyttäytymistapa (esimerkiksi voimankäyttö psykiatrisessa hoidossa) voi joidenkin ihmisten mielestä olla hyväksyttävää. Sitä on kuitenkin WHO:n määritelmän mukaan pidettävä väkivaltaisena tekona, koska se aiheuttaa yksilölle terveydellisiä seuraamuksia. (Krug ja muut 2005.)

Tarkoitan tässä yhteydessä väkivallalla sekä fyysistä että henkistä väkivaltaa, jotka on perinteisesti erotettu toisistaan käsitteellisellä tasolla. Käytännössä ne kuitenkin esiintyvät usein toisiinsa sulautuneina. Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on kontrolloida ja alistaa. Henkinen väkivalta voi saada lukemattomia eri muotoja, mutta yhteistä niille on se, että ne vähentävät henkilön itsekunnioitusta, omanarvontunnetta ja tietoisuutta itsestään. (Perttu 2002,

1 Esittämäni pohdinta ei koske aineistoa kokonaisuutena vaan olen rajannut aineiston 45:stä potilaan kirjoittamasta muistosta pois kahdeksan muistoa, joissa ei käsitellä tämän luvun teemaa. Useimmat pois jätetyt tekstit ovat hyvin lyhyitä. Yhdessä otoksesta poisjättämässäni muistossa ei kuvata psykiatrista sairaalaa vaan lyhyitä jaksoja kriisiklinikalla.

41.) Henkilökunnan epäasiallisen tai uhkaavan käytöksen on todettu aiheuttavan potilaille ahdistusta sairaalahoidon aikana.²

Pyrin analyysini avulla hahmottamaan, millaisia kertomuksia potilaat kertovat pakon käytöstä ja väkivaltatilanteista. Millaisia tunteita ja vuorovaikutusta tilanteisiin liittyy? Selvitän myös, miten traumaattiset, keholliset kokemukset hahmottuvat muistoissa metaforisten ilmaisujen kautta.

Mielisairaaloihin liittyvät muistelurajoitukset valtavat osaltaan pakon käyttöön johtaneita tilanteita ja taustalla vaikuttavia hoitokulttuureja, jotka ovat muotoutuneet pitkän ajan kuluessa. Suurin osa keruuseen lähetetyistä muistoista on kerrottu tarinan muodossa, mutta joukossa on myös runoja ja piirroksia. Kertomusmuoto helpottaa hahmottamaan tapahtumien kronologiaa, niiden syitä ja seurauksia. Runomateriaali taas havainnollistaa tuntemuksia metaforisten kuvien, vertauksien ja tiivistymien kautta. (Kähmi 2015.)

Sekä runot että kertomukset ovat keskeisiä vuorovaikutuksen välineitä. Mielisairaalamuistoja kirjallisesti kertomalla voidaan jakaa ja tehdä ymmärrettäväksi kokemuksia, joista lähipiirin kesken, saati julkisesti, on saattanut olla vaikeaa puhua. Keruukutsuun sai vastata nimettömänä ja tätä mahdollisuutta monet potilaskokemuksiaan jakaneet vastaajat käyttivätkin. Anonyymius on osaltaan mahdollistanut kipeiden, hävettävien tai muutoin vaikeasti ilmaistavien kokemusten jakamisen. Mielisairaalan potilas ei aina ole kertomuksessaan aktiivinen toimija vaan objekti, jolle asiat tapahtuvat hänen omasta tahdostaan riippumatta. Kertomusten kautta voimme ymmärtää, millaista mielisairaalassa on olla toiminnan ja toimenpiteiden kohteena vailla valtaa vaikuttaa tapahtumien kulkuun ja millaisia tunteita tällaiseen tilanteeseen liittyy. Näin muistelukerronnan tulkitsija tai lukija voi paremmin eläytyä potilaan

2 Nojaan aineiston analyysissäni pakkokeinotilastoihin, 2000-luvulla tehtyihin potilaskokemuksia käsitteleviin hoitotieteen tutkimuksiin sekä Goffmanin (1997) ja Cullbergin (1999) esittämään mielisairaala-kritiikkiin. Frueh ja muut (2005) kartoittivat potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon aikaisia traumaattisia tai vahingollisia kokemuksia. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan epäasiallinen käytös aiheutti potilaille ahdistusta hoidon aikana. Erityisesti lääkityksellä tai pakkotoimenpiteillä uhkailu, nimittely, kiusaaminen ja muu verbaalinen häirintä koettiin ahdistavana. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki olonsa psykiatrisella osastolla turvattomaksi ja osa heistä koki myös henkilökunnan käyttäytymisen uhkaavana ja potentiaalisesti väkivaltaisena. (Frueh ja muut 2005.)

kokemukseen ja kokea häntä kohtaan myötätuntoa (vrt. Kokkinen 2019). Myötätunto mahdollistaa laajemman ymmärryksen siitä, miten hoitokeinot voivat osaltaan vahvistaa potilaisiin kohdistuvaa stigmaa (Maanmieli 2019). Väljästi laaditun keruukutsun mahdollistama konstrukttiivinen ja valikoitunut muistitieto edellyttää tulkitsijaltaan sensitiivisyyttä ja omien emansipatoristen motiivien tunnistamista (Fingerroos & Haanpää 2006, 30–40). Itseäni tutkijana motivoi potilaiden kokemustiedon saattaminen näkyväksi ja psykiatrisen hoidon kehittäminen.

Tein temaattisen valintani aineistolähtöisistä syistä. Tutustuessani muistoihin huomasin, että vaikei keruukutsussa erityisesti pyydetty kuvaamaan pakkokeinoja tai kaltoinkohtelua, niitä käsiteltiin tekstissä paljon. Valitsemani aihe korostaa muistoja, joissa kirjoittajalla on hoitohenkilökunnasta negatiivisia kokemuksia ja se voi antaa hoitohenkilökunnasta suhteettoman negatiivisen kuvan. Analyysia lukiessa ja tuloksia tulkitessa on tärkeää ottaa huomioon, että vallankäyttötilanteita kokeneen potilaan näkökulmasta henkilökunta näyttäytyy helposti kasvotomana, pahantahtoisena massana ja yksilöiden väliset erot ja hoitajien työroolin vaatimukset voivat hämärtyä. On myös hyvä tiedostaa, että suuri osa psykiatristen palveluiden piirissä olevista potilaista on kokenut aiemmin elämässään väkivaltaa. Aiemmilla negatiivisilla kokemuksilla on vaikutusta siihen, millaisena potilaat kokevat hoitotoimenpiteet ja hoidon vuorovaikutustilanteet ja miten he niitä tulkitsevat. Tästä huolimatta pidän tärkeänä potilaskokemusten tarkastelua sellaisina kuin potilaat itse ovat ne kokeneet, millaisina ne muistavat ja miten niitä ilmaisevat. Tarkoituksenani ei ole leimata psykiatrian alan henkilökuntaa tai esittää heistä stereotyyppisiä näkemyksiä, vaan tuoda esiin potilaiden tuottamaa kokemuksellista tietoa pakkotoimenpiteiden kohteena olemisesta ja kohdistaa huomio psykiatrian rakenteellisiin ongelmiin.

Tutkimusmetodinani käytän lähilukua ja kiinnitän erityistä huomiota muistoissa käytettyyn metaforiseen ilmaisuun. Potilaiden mielisairaalamuistot ovat sekä muodoltaan, laajuudeltaan että ilmaisutavaltaan heterogeenisiä, eikä niistä siten ole helppoa muodostaa yleistyksiä tai johtopäätöksiä. Halusin kuitenkin ottaa otokseeni mukaan laajan kirjon muistoja sen sijaan, että olisin valikoinut tutkittavakseni vain muutamia tekstejä. Pöysän (2015, 19–20) muistokeruumateriaalin analysointiohjeita

noudattaen olen kiinnittänyt huomiota kirjoittajien muistokuvauksen autenttisuuden säilyttämiseen mutta samalla pyrkinyt suojelemaan heidän yksityisyyttään ja erityislaatuaan. Siksi olen liittänyt analyysiin runsaasti otteita aineistosta tuomatta esiin kirjoittajan tunnistamisen mahdollistavaa materiaalia, kuten tarkkoja tapahtuma-aikoja tai -paikkoja.

Tutustuin aineistooni lähiluvun keinoin keskittyen pakkokeinoja tai kaltoinkohtelua kuvaaviin teksteihin. Huomasin, että useiden potilasmuistojen kuvaus mielisairaaloiden käytänteistä ja olosuhteista muistuttivat sosiologi Erving Goffmanin³ 1960-luvulla kuvaamia totaalisen laitoksen toimintaperiaatteita. Siksi päätin tarkastella aineistoa Goffmanin (1997) teorian kautta. Hän loi totaalisen laitoksen toimintaa kuvaavan teoriansa amerikkalaisessa mielisairaalassa 1960-luvulla toteutetun etnografisen kenttätöön tuloksena. Goffmanin määrittelemiä totaalisia laitoksia ovat muun muassa keskitysleirit, lasten- ja nuorisokodit, armeija, mielisairaalat ja vankilat. Näissä asukkaiden identiteettien rakennusvälineitä karsitaan heidän käyttäytymiseensä, pukeutumiseensa, liikkumiseensa, kommunikointiinsa, päivärytmiinsä ja arkisiin toimiinsa kohdistuvilla rajoituksilla. Tätä Goffman kutsuu minuuden riistämiseksi. (Goffman 1997.) Nykyisin samaa ilmiötä kutsuttaisiin luultavasti identiteetin tuhoamiseksi.

Kiinnitän erityistä huomiota totaalisen laitoksen kuvailussa käytettyihin metaforisiin ilmaisuihin, joita avaam Lakoffin ja Johnsonin (1980) kognitiivista metaforateoriaa käyttäen. Kognitiivinen metaforateoria perustuu ajatukseen, että metaforat ovat keskeinen osa kaikkea ajatteluaamme, eivät vain lingvistinen ilmiö (Lakoff & Johnson 1980, 6). Niin tuoreet kuin kielenkäyttöömme vakiintuneet ja konventionaaliset metaforatkin auttavat meitä jokapäiväisessä elämässämme yhdistämällä asioita toisiinsa ja helpottamalla niiden prosessointia sekä oppimista. Koska tuskallisia asioita kuvataan aineistossa usein metaforilla, on tärkeää pyhäytyä niiden merkityksen äärelle.

3 Erving Goffman (1922–1982) tunnetaan erityisesti vuorovaikutuksellisiin rituaaleihin ja rooleihin keskittyvistä analyyseistään ja teorioistaan (vrt. Goffman 1967). Goffmanin tuotantoa on luonnehdittu mikrososiologiaksi, sillä hän on keskittynyt kuvaamaan ihmisten välistä välitöntä vuorovaikutusta, niin kutsuttua sosiaalista läsnäoloa. Goffmanille oli etnografina ja sosiologina tärkeää tarkastella ja ymmärtää mielisairaaloiden sisäisiä käytäntöjä potilaan näkökulmasta.

Toisena lähteenäni Goffmanin (1997) lisäksi käytän Johan Cullbergin⁴ (1999) artikkelia *Psykoosihoidon parantavia ja parantamista estäviä tekijöitä*, jossa hän kuvaa, miten tietyt mielisairaaloille tyypilliset ilmiöt voivat pikemminkin hidastaa kuin edistää potilaiden toipumista. Hän kiinnittää huomiota niihin psykiatrisen akuuttiosaston toimintatapoihin ja olosuhteisiin, jotka vahvistavat psykoosia, aiheuttavat stressireaktioita ja vaikeuttavat osastolta kotiutumista ja arkeen paluuta. Tavoitteenani on osoittaa aineiston potilaskokemusten ja potilaiden kertomuksissaan esittämän kritiikin avulla minuutta tuhoavia mekanismeja ja käytäntöjä, jotka vaikeuttavat paranemista.

Psykiatriassa potilaiden hoidon käytänteet ja järjestäminen ovat muuttuneet paljon aineistomme ensimmäisen mielisairaalamuiston kirjoittamisen ajoista 1930-luvulta nykypäiviin ja niiden totaalisille laitoksille tyypilliset piirteet ovat vähentyneet. Pakkokeinojen käytön vähentämiseksi on organisoitu kansallisia kehitysohjelmia, joilla on ollut positiivisia tuloksia.⁵ Näitä kuvaan tarkemmin seuraavassa alaluvussa. Vielä 1960-luvulla mielisairaaloissa työskennelleet ovat muistelleet Alasen (1999) mukaan suljettujen osastojen muistuttaneen tuolloin lähinnä keskitysleirejä: potilaiden kanssa ei keskusteltu vaan hoitajien tärkeimpänä tehtävänä oli sähköhoidon antamisessa avustaminen, potilaiden peseminen ja vuoteiden petaus. 1970-luvulle tultaessa käytännöt alkoivat inhimillistyä nopeasti. 1980-luvun lopulla useissa sairaaloissa oli käytössä perheterapian menetelmiä, yhteisöhoitoa ja yksilöterapiaa. (Alanen 1999, 48.) Tämä kehitys heijastelee yleisempää yhteiskunnallista ja kulttuurista muutosta, jossa ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin ja oikeuksiin on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Suhtautuminen väkivaltaan on viime vuosikymmeninä kiristynyt, mikä näkyy esimerkiksi lasten ruumiillista kuritusta koskevan lainsäädännön muutoksissa.

4 Johan Cullberg (s. 1934) on ruotsalainen psykiatrian professori, psykoanalyttikko ja psykiatrian tutkija, joka on kirjoittanut useita kansainvälisesti tunnettuja oppikirjoja. Hän on tunnettu lääkekirittisyydestään ja pyrkimyksistään korvata pakkohoito humanistisemmalla psykiatrisella hoidolla. (ISPS 2019.)

5 Esimerkiksi Mieli 2009–2015 -hanke tähtäsi eristysten ja rajoitusten vähentämiseen ja samalla potilaan aseman parantamiseen (STM 2009).

Tutkimuksessa on viimeisen 15 vuoden aikana kiinnostuttu aiempaa enemmän psykiatristen potilaiden sairaalakokemuksista, ja samalla pakkokeinojen tutkimus ja kritiikki ovat lisääntyneet (esim. Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004; Holmes, Kennedy & Perron 2004; Keski-Valkama 2010; Kontio ja muut 2012). Vaikka pakkohoitoa toteutetaan aiempaa vähemmän (vrt. esim. THL Tilastoraportti 33/2018; THL Tilastoraportti 3/2012), potilaat suhtautuvat psykiatriseen hoitoon ja erityisesti sen jäljellä oleviin totaalisen laitoksen käytänteisiin yhä kriittisesti. Tutkimuksissa haastatellut potilaat kritisoivat pakkokeinoja sekä sairaalan rajoittavia, ihmisarvoa loukkaavia rutiineja, joita he usein pitävät turhina ja tarpeettomina (Kuosmanen ja muut 2007; Jenkins ja muut 2002). Usein potilaiden kritiikki liittyy lääkehoitoon, kuten myös tutkimassani aineistossa. Cullberg (1999, 38) nostaa esiin, että monien potilaiden kauheimpia mielisairaalamuistoja ovat kokemukset pakkolääkinnästä ja sen seurauksista, kuten liian suurien neuroleptiannosten aiheuttamista tuskallisista lihaskrampeista.

Aiempaa tutkimusta psykiatristen potilaiden kokemuksista

Potilaiden kokemuksia pakkokeinojen käytöstä psykiatrisessa hoidossa on parin viimeisen vuosikymmenen aikana tutkittu hoitotieteen alalla varsin paljon. Nissi (2019) on tehnyt metatason analyysin kuudesta viimeisen parinkymmenen vuoden aikana tehdystä tutkimuksesta (mm. Kuosmanen ja muut 2007; 2009; Kontio ja muut 2012; Keski-Valkama 2010), jotka käsittelevät psykiatristen sairaaloiden potilaiden kokemuksia Suomessa. Omasta tutkimuksestani nämä eroavat siinä, että ne perustuvat haastatteluihin tai kyselylomakkeisiin ja niiden osallistujat on valikoitu systemaattisesti esimerkiksi tietynä aikana sairaalahoidossa olleiden potilaiden joukosta. Oman tutkimukseni potilaskokemukset taas ovat peräisin kaikille avoimesta kirjallisesta muistelukeruusta, johon on saanut vastata vapaasti haluamallaan tavalla. Kuosmanen tutkimuksessa selvitetään haastattelujen avulla ovatko potilaat kokeneet sairaalahoidossa vapaudenmenetystä, kuten lukkojen takana oloa, tavaroiden haltuunottoa, yhteydenpidon rajoittamista tai muita pakkokeinoja kuten eristys-

tä tai tahdonvastaista lääkitystä. Kontion ja muiden (2012) haastattelututkimuksessa tarkastellaan potilaiden kokemuksia rajoituksista ja pakkokeinoista sekä esitetään kehittämisideoita hoitokäytänteisiin. Keski-Valkaman (2010) kirjallisin potilaskyselyin ja -haastatteluin toteutamassa laajassa tutkimuksessa tutkitaan eristämisen ja lepositeiden käyttöä potilasnäkökulmasta.

Kaikissa edellä luetelluissa tutkimuksissa tunnistetaan eristämisen ja sitomisen eli lepositeiden haitallisuus sekä pakkokeinojen negatiiviset vaikutukset hoitosuhteisiin. Nissi (2019) kuitenkin toteaa, että tutkimuksissa ei juuri pohdita, mikä on synnä väkivaltaisten ja ihmisoikeuksia rikkovien käytänteiden jatkumiseen. Tutkimuksissa ei problematisoida psykiatrian kaksoisroolia, jossa yhtäältä pyritään hoitamaan yksilöitä ja saamaan heidän elämänlaatunsa paranemaan, toisaalta kontrolloidaan ihmisten käyttäytymistä pyrkien ”normaaliuteen” ja kulttuurisesti hyväksytyyn käyttäytymis- ja ilmaisutapaan. (Nissi 2019.) Usein pakkokeinot eivät edesauta tämän tavoitteen saavuttamisessa: Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa todetaan eristettynä olleiden potilaiden kokeneen olonsa voimakkaasti erillisiksi muista ihmisistä, ja pakkokeinot pikemminkin lisäsivät kuin vähensivät aggressiivista käyttäytymistä.

Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa haastateltujen potilaiden käsitykset pakkohoitoon johtaneista tapahtumista olivat erilaisia kuin hoitajilla: hoitajat olivat usein kokeneet potilaan pahaa oloa ilmaisevan käyttäytymisen uhkaavaksi, vaikkei potilas itse ollut pitänyt käyttäytymistään väkivaltaisena tai halunnut vahingoittaa ketään. Tutkimuksissa haastatellut potilaat kokivat eristyksen ja kontaktien puutteen aiheuttavan hermostuneisuutta, pelkoa ja ahdistusta. Tunteet olivat niin intensiivisiä, että ne johtivat toisinaan itsetuhoiseen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen. Koivisto, Janhonen ja Väisänen (2004) toteavat, että hoitohenkilökunta tulkitsee hermostuneen käytöksen helposti sairaudesta johtuvaksi, vaikka se liittyisi haastaviin sairaalaolosuhteisiin ja kohtamattomuuteen. Pakkotoimia käyttävä sairaanhoito näyttäyty kyseisessä tutkimuksessa lähinnä pelon kehänä, jossa hoitohenkilökunnan pelko johtaa pakkokeinoihin ja kontrolliin, jotka eivät paradoksaalisesti kuitenkaan lisää turvallisuutta vaan johtavat siihen, että potilaiden pelko ja viha hoitojärjestelmää kohtaan lisääntyvät.

Edellä kuvatuissa tutkimuksissa pakkokeinoista ei nosteta esiin kysymystä siitä, onko autoritäärinen laitosympäristö ylipäätään paras paikka hoitaa mielen kriisejä. Sairaalaympäristö ja diagnosointi itsessään voivat vahvistaa psykoosia tuottamalla voimattomuutta, esineellistymistä ja leimautumista. Tällaisessa sairautta alleviivaavassa ympäristössä tervettä on vaikea erottaa sairaasta (Cullberg 1999; Maanmieli & Maanmieli 2017). Esimerkiksi yksityisyyden puute ja jatkuva muiden ihmisten läsnäolo voi ahdistaa ja pelottaa potilaita ja näin hankaloittaa heidän toimimistaan sekä henkilökunnan työtä. Eristyshuone saattaa joissain sairaaloissa olla ainoa tila, jossa potilas voi olla yksin. Soinisen ja muiden (2013) sekä Keski-Valkaman (2010) tutkimuksissa haastatellut potilaat saattoivat näissä tapauksissa kokea eristyshuoneen yksityisyyden hyvänä asiana, jos siihen ei osastoilla muutoin ollut mahdollisuutta. Eristys nähtiin tällöin rauhoittavana ja kuntoutumista edistävänä. Tutkijalla on eettinen vastuu tulkitessaan tällaisia haastatteluja. Haastattelutuloksesta voi tehdä johtopäätöksen, että eristys voi olla myös hyvä asia ja tällaisia hoitokäytäntöjä kannattaa jatkaa. Haastattelutuloksen voi kuitenkin tulkita myös niin, että potilaat ovat kokeneet eristyksen positiivisena, koska mielisairaalassa ei muuten ole ollut mahdollisuutta yksinoloon ja yksityisyyteen, ja että tämä on se epäkohta, joka tulee korjata.

Pakolla ei tutkimusten mukaan ole lainkaan hoidollista vaikutusta (Vuorela & Aalto 2011, 37). Sitä ei tulisikaan nähdä hoitokeinona vaan turvallisuuden varmistamiseksi tehtävänä toimenpiteenä. Viimeisen vuosikymmenen aikana pakkokeinojen käytön haitallisuus on Suomessa yleisesti tunnustettu. Niiden käyttöä on voimakkaasti pyritty vähentämään esimerkiksi perustamalla Mieli 2009 -hankkeen (STM 2009) aloitteesta erityinen työryhmä (Makkonen ja muut 2016), jonka tavoitteena oli vähentää pakkotoimien käyttöä psykiatrisilla osastoilla 40 prosentilla. Tavoite ei täysin toteutunut valtakunnallisella tasolla ja eri sairaanhoitopiirien välillä oli huomattavia eroja sen suhteen, paljonko pakkotoimia vähennettiin. Joissain sairaaloissa pakkokeinoja käytetään huomattavasti muita enemmän. Tämä käy ilmi myös aineistostamme, jossa potilaiden negatiivisimmat muistot näyttävät keskittyvät tiettyihin sairaaloihin, joissa pakkokeinoja on käytetty paljon. Usein pakkokeinoja käytetään runsaasti johtuen hoitohenkilökunnan puutteellisesta koulu-

tuksesta tai perusterveydenhuollon resurssipulasta mutta myös erilaisista hoitokulttuureista.⁶ Työyhteisö suosii tietynlaista käytöstä suhteessa potilaisiin ja yritys luoda erilaista työkuultuuria voi johtaa jopa työpaikkakiusaamiseen (ks. MKM 384). Edistystä on kuitenkin tapahtunut: potilaiden eristäminen on viimeisen vuosikymmenen aikana vähentynyt neljänneksellä.⁷ Myös muistoaineistossa henkilökunnan pitkäaikaisten työurien kuvauksissa on kertomuksia siitä, miten osastojen toimintaa on onnistuneesti muutettu kuntouttavaan ja virikkeellisempään suuntaan.

Toisaalta pakkoinjektoiden määrä on pysynyt likipitään samana, vaikka potilaiden määrä on samaan aikaan vähentynyt 23 prosenttia (THL Tilastoraportti 6/2018). Pakkokeinojen vähentämiseksi perustetun työryhmän raportissa (Makkonen ja muut 2016) muistutetaan, että pakkotoimiin turvautuminen kertoo aina hoidon epäonnistumisesta. Raportissa pidetään ensiarvoisen tärkeänä, että sairaaloissa selvitetään, missä tilanteissa pakkokeinoihin johtavat konfliktit tapahtuvat. Mieli-sairaalamuistokeruu on merkittävä tilaisuus saada kuuluviin potilaiden ääntä ja hyödyntää heidän kokemustietoaan pakkotoimista.

Edellä mainittujen tutkimusten ja tilastojen⁸ pohjalta voidaan todeta, että erilaisiin pakkokeinoihin on vielä 2000-luvulla turvauduttu psykiatrisissa sairaaloissa varsin usein. Hoitohenkilökunnan vaikuttava olevan vaikeaa kohdata potilaiden negatiivisia tunteita ja sosiaalisia normeja haastavaa käyttäytymistä. Vaikeat tilanteet pyritään edelleen ratkaisemaan voimankäytön ja kontrollin keinoin, vaikka humanimpi lähestymistapa tuottaa tutkitusti paremman lopputuloksen ja hoitoalan

6 Työryhmän laatiman selvityksen mukaan perusterveydenhoito on tärkeässä asemassa pakon käytön vähentämisessä: psykoosin ennakko-oireiden tunnistaminen ja hoitoon pääsy ajoissa vähentää väkivaltilanteita. Sairaalahoidossa pakon käyttöä voi vähentää potilaiden kanssa yhteistyössä tehtävien yksilöllisten turvasuunnitelmien ja henkilökunnan koulutuksen avulla. Potilaiden kuuntelu ja ajanvietto heidän kanssaan vähentää väkivaltilanteita, samoin kuin asianmukaiset, riittävän isot tilat, joissa on mahdollisuus myös yksityisyyteen. (Makkonen ja muut 2016.)

7 Eristystä käytettiin vuonna 2006 yhteensä 2454 kertaa, kun taas vuonna 2016 eristystapauksia oli 1855. Potilasmäärät ovat pysyneet likipitään samana. (THL Tilastoraportti 6/2018)

8 Pakkotoimia käytettiin vuonna 2010 suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa seuraavasti: potilaista 1 733 oli eristetty (6,6 %), lepositeissa oli ollut 819 potilasta (3,2 %), tahdonvastainen injektio oli annettu 584:lle (2,1 %) ja hoidollista kiinnipitämistä oli käytetty 370 potilaan kohdalla (1,5 %) (THL Tilastoraportti 3/2012).

opetuksessa ja tutkimuksissa pakon käyttöä kritisoidaan (Keski-Valkama 2010; Nissi 2019). Hoidossa epäilemättä pyritään potilaslähtöisyyteen ja potilaiden kuuntelemiseen. Tavoitteen saavuttamista kuitenkin hankaloittaa se, ettei psykiatrissa järjestelmää itsessään, siihen sisältyvää vallankäyttöä tai näkemystä oikean olemisen tai elämisen tavasta kyseenalaisteta hoidon arjessa tai tutkimuksissa (vrt. Kirmayer 2010, 17).

Oma taustani

Lähestyn potilaiden mielisairaalamuistoja paitsi kirjallisuuden ja kirjoittamisen tutkijana myös hoitotyöntekijänä. Olen työskennellyt mielenlenterveyskuntoutujille tarkoitetussa kuntoutumiskylässä kuntoutussuunnittelijana ja kirjallisuusterapiaohjaajana⁹ vuosina 2002–2015 sekä toiminut aktiivisesti mielenlenterveysalan järjestöissä kuten Mielenlenterveyden keskusliitossa ja Tarpeenmukainen hoito ry:ssä. Minulla on työni kautta kokemusta hoitoyhteisön arjesta sekä muun muassa lääkeshoidosta ja luovista terapioidista. Työpaikallani pakkokeinojen käyttö ei ollut juridisesti sallittua eikä niiden käyttöön edes olisi ollut käytännön edellytyksiä, kuten ulkoapäin lukittavissa olevia huoneita tai lepositeitä. Poikkeuksena tästä oli psykiatrin usein potilaan hoitotahdon vastaisesti määräämä psyykelääkitys, joka aiheutti monelle hankalia ja vaarallisia haittavaikutuksia eikä aina helpottanut psykoosin oireita. Goffmanin (1997) teoriaan tutustuessani huomasin kohdanneeni työurallani myös muita totaaliselle laitokselle ominaisia piirteitä, kuten tarpeettomia käytäntöjä ja liian tiukkoja aikatauluja tai rutiineja, joita en ole osannut riittävästi kyseenalaistaa.

Väitöskirjani (Kähmi 2015) tein kirjallisuusterapiasta psykoosin kuntoutuksen tukena. Väitöstutkimukseni osoittaa, että luova kirjoittaminen, runous ja metaforinen kieli mahdollistavat merkittävällä tavalla

9 Kirjallisuusterapia (*poetry therapy*) on kirjoitettujen ja puhuttujen sanojen tietoista käyttöä terveyden ja henkilökohtaisen kasvun edistämiseksi (Mazza 2003, 14). Termi viittaa kirjallisuuden interaktiiviseen käyttöön ja terapeuttiseen kirjoittamiseen koulutetun ohjaajan tuella. Tarkoituksena on luoda turvallinen ilmapiiri, jossa osallistujien kirjoituksia ei arvioida vaan ihmiset voivat kirjoittamalla ja (ryhmämuotoisena toteutettaessa) toisten osallistujien tekstejä kuulemalla tutkia tunteitaan ja ajatuksiaan.

kipeiden tapahtumien käsittelyn, tunteiden sanallistamisen ja näkyväksi tulemisen. Työssäni ja mielenterveysyhdistyksissä toimiessani olen kuullut paljon potilaiden tarinoita aiemmista sairaalakokemuksistaan. Usein ne ovat olleet negatiivissävytteisiä, toisinaan kokemusta on pidetty jopa traumatisoivana. Moni kuntoutumiskylän asukkaista on myös todennut, että sairaalakokemusten muistelu on tuskallista. Taustani on vaikuttanut tutkimusfokukseni valintaan ja siihen, millaisiin asioihin kiinnitän muisteluteksteissä huomiota ja miten niitä analysoin.

Mielisairaala totaalisenä laitoksena

Goffmanin (1997) mukaan mielisairaala on yksi totaalisista eli aukottomista laitoksista, joiden yhtenä päämääränä on ihmisten kontrollointi ja muokkaaminen. Hän listaa (1997, 7) seuraavia totaalisten laitosten tyypillisiä piirteitä: 1) elämän eri puolet tapahtuvat samassa paikassa yhden auktoriteetin alaisuudessa, 2) päivärytmin jokainen vaihe suoritetaan suuren ryhmän välittömässä seurassa niin, että kaikkia koskevat samat säännöt, 3) päivärytmi on tiukasti ylhäältä päin määritelty ja eri vaiheet seuraavat toistaan ennalta laaditun suunnitelman mukaan ja 4) pakolliset toimet noudattavat yhtä laitoksen virallista päämäärää toteuttavaa suunnitelmaa. Goffmanin mukaan totaaliset laitokset muodostavat niin sanotun attribuuttiperheen. Tämä tarkoittaa, että mikään totaalisille laitoksille tyypillinen piirre ei esiinny niissä kaikissa tai ainoastaan niissä, mutta niissä esiintyy usein monia attribuuttiperheen piirteitä yhtäaikaaisesti. Totaalisten yhteisöjen laitostavan ja minuutta kaventavan vaikutuksen Goffman näkee olevan seurausta laitoksen sääntöjen ja roolien omaksumisesta. (Goffman 1997.)

Toisin kuin useimpien muiden totaalisten yhteisöjen kohdalla, mielisairaalan toimintaa ja olemassaoloa perustellaan useimmiten yksilön terveyteen liittyvillä näkemyksillä, vaikka se toteuttaa myös turvallisuuden, taloudellisiin seikkoihin ja sosiaaliseen kontrolliin liittyviä funktioita. Goffmanin (1997) mukaan tämä tekee hoitajan työstä raskasta. Koska sairaalan julkinen päämäärä (potilaiden kuntouttaminen tai heidän elämänlaatunsa parantaminen) ja sen jokapäiväiset käytännöt eivät

kaikilta osin vastaa toisiaan, jää henkilökunnan tehtäväksi tämän kuulun peittäely.

Koska laitoksessa ei ole mahdollista toteuttaa aiempaa minuutta, mielisairaalapotilaan asema pakottaa hänet omaksumaan potilaan roolin, jonka kautta hänen toimintansa sitten tulkitaan. Vastanäyttelijöinä toimivat henkilökunnan edustajat, ja heidän reaktioidensa ja vuorosanojensa kautta potilas oppii roolinsa nopeasti ilman valmista käsikirjoitusta ja vuorosanoja. Goffman (1997) puhuu mielisairaalan potilaan moraalisesta urasta, jolla hän tarkoittaa tämän tietoisuutta mielisairauden stigmasta ja valinnanvapautta kapeuttavasta ja omaa elämää ohjaavasta vaikutuksesta. Stigmatisoivan psykiatrisen diagnoosin saaneet ja pitkään sairaalassa hoidetut ihmiset eivät pysty normaaliin tapaan hallitsemaan itsestään välittyvää vaikutelmaa, jota kutsutaan myös itsen esittämiseksi. (Goffman 1997.) Monia mielisairaalamuistoaineiston tekstejä voi lukea kuvauksina totaalisessa laitoksessa elämisestä. Niissä kuvatut rangaistuskäytännöt, kontrollointi, päivärytmi, halveksiva kohtelu ja monet muut yksityiskohdat vastaavat Goffmanin määrittelemiä totaalisten yhteisöjen tyyppillisiä piirteitä.

Vallankäyttö ja pakko muisteluteksteissä

Tutkimissani pakkokeinojen käyttöä kuvaavissa potilaiden muistoissa mainitaan toistuvasti mielisairaalassa koettu hoitohenkilökunnan vallankäytön kohteena oleminen, joka on ilmennyt pakkolääkityksenä ja muina pakkokeinoina, henkisenä kaltoinkohteluna, virikkeiden puutteena sekä vanhimpien muistojen kohdalla myös suurempana fyysisenä väkivalтана. Mielisairaalamuistoissa konkretisoituu se tilastojen osoittama seikka, että pakkokeinoja, kuten eristämistä, sitomista ja muita voimatoimenpiteitä, on käytetty mielisairaaloissa yleisesti koko muistellun ajanjakson ajan, 1930-luvulta 2010-luvulle asti.

Seuraavissa alaluvuissa käsittelen tutkimissani muistoissa kuvattuja pakkokeinoja ja niiden potilaille aiheuttamia haittoja. Kuvaan myös potilaiden kokemaa huonoa kohtelua ja väkivaltaa sekä negatiivisten kokemusten kuvaamiseen käytettyä metaforista kieltä. Luvun lopuksi

esitän johtopäätöksiä siitä, millaista tietoa mielisairaalamuistot ja niiden analyysi tarjoavat pakkokeinojen käytön ja niiden aiheuttamien haittojen vähentämisen tueksi.

LIKKUMISVAPAUDEN RAJOITTAMINEN

Mielisairaalamuistoaineiston pohjalta liikkumisvapauden rajoittaminen hoidon alussa näyttäytyy sairaaloissa pikemminkin sääntönä kuin poikkeuksena. Mielisairaaloissa on koko niiden historian ajan rajoitettu ja kontrolloitu potilaiden liikkumista ja poistumista sairaalan alueelta. Tätä tarkoitusta varten niissä on ollut käytössä esimerkiksi kävelyhäkkeitä ja kävelypihoja.

Kun potilas määrätään pakkohoitoon, hän ei saa poistua osastolta. Monet muistelutekstit kuvaavat, ettei sairaalan osastolta ole päässyt ulos hoidon ensimmäisinä viikkoina. Vain harvat kirjoittajista varsinaisesti kritisoiivat lukossa olevia ovia tai poistumiskieltoa – se tunnutaan nähtävän olennaisena osana psykiatrista laitoshoidoa. Tätä tukevat myös tilastot: kun pakkokeinojen raportointikäytäntöjä vuonna 2017 uudistettiin ja liikkumisvapauden rajoituksia alettiin tilastoida, kirjattiin tämän pakkokeinon kokeneen jopa 72 prosenttia potilaista (THL Tilastoraportti 6/2018).

Joillekin tämä käytäntö on tuonut turvaa, toiset kertovat eläneensä sairaalahoidon alkuaikojen sumussa (ks. Heimonen tässä teoksessa) ja jotkut ovat kokeneet käytännön ahdistavana, vankilankaltaisena rajoittamisena. Eräs muistelija kuvaa liikkumisvapauden rajoittamista vertauskuvallisessa runossaan, jota hän selittää näin: ”Kuuromykkäsokea Diktaattori Aika symboloi lukkojen takana olemista – jouduin olemaan lukkojen takana kaksi viikkoa, ennen kuin pääsin liikkumaan vapaasti. Olin melkein kuin karanteenissa, puolipakolla, ennen kuin lääkitykseni saatiin kohdalleen. Kuuromykkäsokea Diktaattori Aika henkilöityi sairaalan ylilääkäriksi.” (MKM 426, 1990-luku.) Sanavalinta *karanteeni* kuvaa mainiosti sitä, miten kirjoittaja tiedostaa potilaan roolinsa. Goffmanin käyttämällä termeillä ilmaistuna tätä voisi kuvata potilaan moraalisen uran ensimmäisen vaiheen käynnistymiseksi. Muisto konkreettisesti myös sairaalan roolia yhteiskuntaan hankalasti sopivien ihmisten säilytyspaikkana. Potilas on päästetty pois karanteenista vasta, kun hänen

käyttäytymisensä on saatu taltutettua lääkityksen avulla eli siirrettyä lukko ovien sijasta potilaan sisimpään (vrt. Laing 1970, 10).

Jotkut pakkohoitoon joutuneista potilaista kokivat tulleen huijatuksi osastolle lukkojen taakse, kuten seuraavan katkelman kirjoittaja, jo lapsena sairaalaan joutunut nuori nainen, kuvaava:

Jouduin ensimmäistä kertaa psykiatriselle osastolle ollessani 12-vuotias. Minusta tuntui, että minut huijattiin hoitoon päivystyksessä. Lääkäri kysyi hyvin epämääräisesti, etteikö minua haittaisi mennä hetkeksi lepäämään jonnekin, 'joka ei oikeastaan ole osasto' – Vasta kun itkin osaston huoneessani, tajusin, että minulla ei ole mitään sanavaltaa tai mahdollisuutta vaikuttaa siihen olinko jäämässä 'lepäämään' vai en koska ovet olivat lukossa. (MKM 373, 2000–2010-luvut.)

Kokemus huijatuksi tulemisesta voi helposti rikkoa luottamuksen hoitohenkilökuntaan niin, ettei luottamusta enää hoidon kuluessa voida saavuttaa. Tämä hankaloittaa hoitosuhteen luomista ja avun vastaanottamista. Edellisen katkelman muistelijä kertoo kehittäneensä vihasuhteen osaston psykiatriin ja vastustaneensa kiivaasti osastolla oloa.

Myös sairaalan tilaratkaisut rajoittavat potilaiden liikkumisvapautta osastolla ja luovat hierarkkista järjestystä. Lukittavat eristyshuoneet ja hoitajien kansliat, joiden ovet on myös potilailta lukittu, luovat eriarvoisuuden tuntua ja vahvistavat osastojen sisäistä valta-asetelmaa. Tietyt rajoitteet, kuten lääkevarastojen lukitut ovet tai potilastietojen säilyttäminen muiden potilaiden ulottumattomissa, ovat sairaalaympäristössä turvallisuuden ja luottamuksellisuuden kannalta välttämättömiä (Keski-Valkama 2010, 13–14; Nissi 2019). Käytänteitä ja niiden perusteita on kuitenkin syytä aika ajoin tarkastella kriittisesti. Hoitoyksikköjen turvallisuudesta on huolehdittava, mutta muutoin monia käytänteitä olisi helppo muuttaa potilaslähtöisemmiksi. Mielisairaalamuistoaineistossa kansliat näyttäytyivät potilaille ongelmallisina lähinnä siksi, että ne koettiin paikoiksi, jonne hoitajat vetäytyvät liian usein potilaiden ulottumattomiin viettämään aikaa keskenään (esim. MKM 151; MKM 013; MKM 494; MKM 384).

OMAISUUDEN TAKAVARIKOINTI JA VIESTINNÄN RAJOITTAMINEN

Omaisuuuden tarkastusta ja takavarikointia kuvataan muutamissa muistossa. Yhteydenpidon ja viestinnän rajoittamista muistot sen sijaan eivät juuri käsittele aineiston vanhinta muistoa lukuun ottamatta (ks. Rissanen, luku ”Helvetistä Pöllölään” tässä teoksessa). Myös THL:n tilastojen valossa näyttää siltä, että tästä totaalisen laitoksen käytännöstä on sairaaloissa pääosin luovuttu (vrt. THL Tilastoraportti 33/2018). Tosin yksi kirjoittaja kuvaa vielä 1990-luvulla, miten hän meni koputtamaan hoitajien kanslian ovelle saadakseen ilmoitettua läheisilleen sairaalaan joutumisestaan, mutta ei saanut hoidetuksi asiaansa:

Ensimmäisenä päivänä halusin soittaa kälylleni missä olen. Potilaspuhelin toimi ainoastaan kortilla, joita sai ostaa kanttiinista. Kantiini ei ollut enää auki. – – vanhempi hoitaja näki minut. Koputin oveen kysyäkseni mistä voin soittaa. Hän huiskaisi kädellään minut pois kuin kärpäsen poskeltaan. Olin siis ensikertalainen, en mikään vakiohäirikkö. Loukkaannuin niin, että menin huoneeseeni itkemään – –. (MKM 151, 1990-luku.)

Tässä katkelmassa näkyy hoitajien pienten eleiden ja ilmeiden vaikutus siihen, miten potilaat tulkitsevat hoidon vuorovaikutustilanteet. Sairastuminen ja sairaalaan joutuminen ovat jo itsessään potilaalle usein järkyttäviä kokemuksia ja he ovat tästäkin syystä usein herkässä tilassa. Näin hoitajien käyttäytyminen saa helposti suuren merkityksen ja hoitajan tahatonkin viestintä voi nostaa esiin potilaan häpeän ja kelpaamattomuuden tunteita. Katkelman kirjoittaja korostaa, ettei hän ollut ”mikään vakiohäirikkö”, vaan juuri sairaalaan saapunut, hämmentynyt ja sairaalan käytännöistä tietämätön potilas. Tällainen kohtelu edistää identiteetin menettämisen ja massaan sulautumisen tunteita.

Potilaan kirjoittamasta muistosta voi lukea, että hän on pannut merkille, että jotkut sairaalan potilaat ovat käyttäytyneet sellaisella tavalla, että heitä voidaan luonnehtia ”vakiohäiriköiksi”. Omaisuuuden takavarikointi johtaa siihen, että potilas joutuu pyytämään lupaa saada omat tavaransa tarvitessaan rahaa, puhelinta, tupakkaa, hygienianhoitotarvikkeita tai mitä tahansa arjessa tarvittavaa esinettä. Tätä käytäntöä Goffman (1997,

15–17 ja 33) pitää tärkeänä siirtymäriittinä astuttaessa mielisairaana moraalille uralle ja luovuttaessa omasta siviili-identiteetistä. Hän toteaa, että tämä asettaa yksilön aikuiselle epäluonnolliseen, anovaan rooliin ja mahdollistaa vallankäytön: henkilökunta voi viivytellä, kiusata, kuulustella tai evätä potilaan pyynnön aina niin halutessaan. Tähän myös osa muistelijoina kiinnittää huomiota. Samalla potilaan käytös, pieniltä kuulostavien asioiden jatkuva aneleminen ja samoista asioista jankuttaminen, saa hänet näyttämään henkilökunnan silmissä sairaalta. Tämä korostuu esimerkiksi tupakoitsijoilla, joiden tupakoita annostellaan, kuten tässä hoitajan muistossa:

Osaston ilmapiiri oli levoton, ahdistunut, ajoittain väkivaltainen tappeluinen ja uhmainen. Tältä osastolta jäi mieleeni herra S, joka oli tullut hoitoon tsaarinaikaisilla lomakkeilla. Hän oli kova polttamaan tupakkaa. Määrä oli rajoitettu tiettyyn määrään päivässä. Määrä ei hänelle riittänyt. Usein hän tuli myös minun eteeni seisomaan ja alkoi imarrella, että olen kaunis, ahkera ym. positivistista ja lopulta sanoi anna minulle tupakka. En suostunut pyyntöön, jolloin hän alkoi sättää vihaisesti kaikkea negatiivista minusta tai hoitajista yleensä. (MKM 163, 1960-luku.)

Tällainen vuorovaikutustilanne on minulle omalta hoitajan uraltani varsin tuttu ja muistan tulkinneeni potilaan käytöksen vain merkiksi sairauden oireesta pikemminkin kuin reaktioksi vallankäyttöön. Käytöksen selittäminen sairaudella on hoitotyön arjessa helppo selitysmalli, jota hoitohenkilökunnan voi olla vaikea muuttaa (Nissi 2019).

Potilaiden omaisuuden talteenotto on Nissin (2019) mukaan psykiatrisissa sairaaloissa yhä yleinen käytäntö, johon hoitohenkilökunta on rutinoitunut. Sitä perustellaan usein turvallisuudella ja tilanteen rauhoittamisella, mutta potilaalle se näyttäytyy kontrollina ja vallankäyttönä. Tämä pikemminkin vähentää osastojen turvallisuutta kuin parantaa sitä, koska potilaat näkevät käytännön perustelemattomana ja se aiheuttaa heissä hermostuneisuutta (Keski-Valkama 2010; Kuosmanen ja muut 2007). Näin potilaiden vastahankaisuus ja aggressiivisuus lisääntyvät. Mielisairaalamuistoissa yksi kirjoittaja mainitsi kokeneensa käytännön

erittäin nöyryyttävänä: ”Järkytyin toden teolla, kun ensimmäisenä päivänä tavarani tutkittiin läpi. Se tuntui kammottavalta, yksityisyyden loukkaukselta. Nöyryyttävältä.” (MKM 482, 2000–2010-luvut.)

Omaisuuuden takavarikoinnista johtuva aggressiivisuus johtaa helposti muihin pakkokeinoihin, kuten seuraavassa potilaan muistossa: ”Minut pantiin myös suljettuun huoneeseen – eristys huoneeseen – kun halusin saada itselleni takaisin rahapussini ja avaimen. Sieltä eristys huoneesta loppui ilma. Se oli niin tiivis. Jouduin olemaan siellä yhden yön, en tietenkään pystynyt nukkumaan.” (MKM 404, 1970–1980-luvut.) Omien henkilökohtaisten tavaroiden haltuunotto voi vahvistaa tunnetta identiteetin ja autonomian katoamisesta. Potilaiden toimijuuden ja autonomian tunteiden kannalta kyseessä on haitallinen käytäntö (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004; Kontio ja muut 2012).

Vaikka mielisairaalamuistoissa ei kerrota puhelimen tai internet-yhteyden käytön rajoittamisesta, seuraavan runon kirjoittaja epäilee risikin internetin käytön rajoittamiselle olevan olemassa: onhan internet tehokas keino pitää yhteyttä ulkomaailmaan, kokea itsensä vapaaksi ja rakentaa omaa identiteettiään.

Yhteys

Sain internetin tänne / nyt tuntuu / kuin olisin vapaa / Kyllä joku keksii / syyn viedä sen pois (MKM 454, 2010-luku.)

Internet-yhteyden tärkeys potilaan autonomian ja yhteydentunteen säilyttämisessä tuli esiin myös Jäntin (2019, 168) mielenterveyskuntoutujien kotia ja kodittomuutta käsittelevissä tutkimushaastatteluisissa, jossa sairaalassa saatu internet-yhteys vertautui tärkeydessään kulkulupien saamiseen.

ERISTYS

Aineistossa on useita eristykseen joutumiseen liittyviä muistoja. Tämä ei ole yllättävää, koska eristys on suomalaisen psykiatrisen hoidon historiassa ollut hyvin tavallista.¹⁰ Useimmat tutkimieni muistojen kirjoitta-

10 Esimerkiksi vuonna 2017 suomalaisissa sairaaloissa eristyksiä oli 1 637 (THL Tilastoraportti 33/2018).

jat ovat kokeneet eristyksen erittäin ahdistavana. Myös Keski-Valkaman (2010) ja Sibitzin ja muiden (2011) tutkimuksissa eristetyt potilaat ovat kertoneet pelosta, nöyryytyksi tai rangaistuksi tulemisen tunteista, masentuneisuudesta, itsetuhoisten ajatusten lisääntymisestä ja pelottavien äänien kuulemisesta.

Monet muistelijat ovat jääneet ihmettelemään eristyksen perusteluja. Usein syyt, jotka ovat johtaneet eristyspäätökseen tuntuivat potilaasta kovin keveiltä. Moni eristetyistä ei muista hoitohenkilökunnan selittäneen toimenpiteen perusteluja eristykseen toimitettaessa, sen aikana tai sen jälkeen: ”Heti ensimmäisenä iltana jouduin eristykseen, koska en muka olisi ottanut suosiolla lääkkeitä. Henkilökuntaa taisi olla liian vähän. Eristyskokemuksesta en saanut koskaan juteltua hoitajien tai lääkärin kanssa. Sitä ei otettu esiin myöskään päästyäni eristyksestä.” (MKM 502, ajanjaksoa ei mainittu.) Katkelmassa kuvattu eristyksen toteuttaminen ensimmäisenä iltana muistuttaa Goffmanin (1997, 13–29) kuvausta sairaalan ”sisäänkirjoitusmenojen” funktiosta: eristyksessä kajotaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen riisumisen, pakkolääkinnän ja väkisin eristystilaan viemisen muodossa. Lisäksi eristys mahdollistaa yhteyksien katkaisemisen ulkomaailmaan ja asettaa potilaan täydelliseen tarkkailuun sekä riippuvuussuhteeseen henkilökunnasta. Edellisen katkelman kirjoittaja saattaa olla oikeassa arvelussaan siitä, että eristämiseen on ollut osasyynä henkilökunnan vähyyys, mutta myös kyseisen sairaalan vakiintuneella hoitokulttuurilla lienee tässä merkitystä. Kirjoittaja ilmaisee, että hän olisi kyllä suostunut ottamaan lääkkeet, mutta ei tullut ymmärretyksi. Hänen eristyskokemuksestaan ei osastolla myöskään keskusteltu jälkikäteen.

Keski-Valkama (2010) on väitöskirjassaan tutkinut suomalaisten psykiatristen sairaaloiden potilaiden kokemuksia huone-eristyksestä ja lepositeiden käytöstä vuosina 1990–2005. Eristys on ollut hänen haastattelelleen potilaille syvästi traumatisoiva kokemus. Monet eristykseen joutuneista ovat kokeneet aiemmin fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa, jolloin eristystilanne on voinut aktivoida aiemman trauman (Keski-Valkama 2010; Makkonen ja muut 2016). Hoitotyössä olisi hyödyllistä omaksua niin sanottu traumainformoitu työote, jonka keskeinen idea on, että kaikkiin potilaisiin suhtaudutaan potentiaalisesti traumatisoitu-

neina ja luodaan edellytykset turvalliseen, provosoimattomaan ja rauhalliseen kohtaamiseen (ks. esim. Sarvela & Auvinen 2020).

Seuraavan katkelman kirjoittaja kertoo joutuneensa suljetulla osastolla eristykseen ja kertoo sitten taustastaan:

Psykiatri Claes? ? sanoi kerran 90-luvulla television Jälkiviisaatohjelmassa, että mielisairaaloiden suljetuilla osastoilla naisista 60 % on inestien uhreja. Niinhän olin minäkin. Lisäksi olin kamottavalla tavalla pahoinpidelty koko lapsuuteni ajan. Halolla, remmillä, suurella risukarhalla ym. hakattu. Olin ruhjeissa ja haavoilla. Ja hirvittävästi vihattu ja koko ajan hulluksi moitittu. (MKM 404, 1970-luku.)

Keski-Valkaman (2010, 13–14) haastattelututkimuksessa potilaat ovat kertoneet yrittäneensä selviytyä eristystilanteesta muun muassa itkemällä ja laulamalla. Hän raportoi potilaiden kokeneen eristyksen päättymättömänä. Samaa kokemusta kuvaa yksi mielisairaalamuistoaineiston kirjoittajista (MKM 390; ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Ahdistusta lisäsi se, että hänet oli sidottu eristyshuoneessa lepositeisiin ilman mahdollisuutta saada yhteyttä henkilökuntaan. Kirjoittaja kertoo eristyksen joutuneen hänen sekavuudestaan kuten sanoilla leikittelystä ja spagaatin tekoyrityksistä.

Oli tosi pelottavaa ja ahdistavaa maata lepositeissä yksin pakoitettuna liikkumattomaan asentoon lepositeiden vuoksi. Mitä jos tulisi ulostamisen tai virtsaamisen tarve? – Vaikka tulisi mikä hätä – en pystyisi saamaan apua mistään... olin täysin unohdettuna iättömään tilaan ypyöksin. Tosi rankka kokemus! Pahinta tässä kokemuksessa oli se, että tuntui, että olin siirtynyt ajasta iättömyyteen, johon tilaan on tosi ahdistavaa joutua, koska tuntui siltä, että loppua ei olisi ollenkaan näkyvissä. Kuulin laahustavia askelia – koin voimakkaasti, että pystyin eläytymään isäni suvun evakkosten rasittaviin evakkomatkoihin. Ja laahustavat askeleiden äänet vain jatkuivat. Katsoin pientä ikkunaa eristyskopissa ja aloin nähdä siinä solujen jakautumista ja mielikuvituksessani ajattelin aikai-

sempien sukupolvien syntyä ja evoluutiota. Jeesuksen syntymäaikoja. Jeesuksen geeniperintää. Näin ikkunassa geenien ja solujen eriytymistä, jakautumista. Yksinäisyydessä vietetty eristys tuntui päättymättömältä ikuisuudelta ja pelko valtasi minut mitä tämän jälkeen... (MKM 390, 1970-luku.)

Potilas kuvaa katkelmassa ajantajun katoamista päättymättömältä tuntuvassa eristyksessä. Keski-Valkaman (2010) mukaan eristyksen traumatisoivan vaikutuksen ennaltaehkäisyssä on oleellista kertoa potilaalle eristyksen kesto ja varmistaa, että hän on tietoinen siitä, että eristys päättyy jossain vaiheessa (ks. myös Kontio ja muut 2012, 19). Koiviston, Janhosen ja Väisäsen (2004) mukaan eristys saattaa luoda pelkoa ja ahdistusta, mikäli eristykseen ei ole hakeuduttu oma-aloitteisesti tai potilas ja hoitohenkilökunta ymmärtävät tilanteen eri tavoin. Seuraavassa katkelmassa toistuu edellisen muiston kokemus ajantajun katoamisesta. Vaikka eristysluonassa oli käytössä nykyisen lain vaatima videovalvonta, kirjoittaja liittyy tilanteeseen voimakkaan yksinjäämisen, hylkäämisen, arvottomuuden ja kaltoinkohtelun kokemuksen. Hoitajan epäinhimillistä suhtautumistapaa kirjoittaja kuvaa vertaamalla itseään ”saastaiseen eläimeen”.

Vaikeroin ja kehoni kouristeli voimakkaasti, en pystynyt pidättelemään tai kontrolloimaan sitä. En mitenkään.

Hoitaja komensi minut ylös. Tärisevänä nostin käteni hoitajaa kohti, toivoin, että hän olisi auttanut minut seisaalleen. Hoitajan reaktiossa oli jotain vastenmielistä; hän kavahti inhoten kauemmas kuin olisin ollut jokin saastainen eläin. ”Minähän en sinua kannan!” hän ärähti. Lopulta sain itseni ylös lattialta, otin seinien kaiteista tukea ja astuin kompuroiden eristysluonaseen.

Se koostui kahdesta erillisestä tilasta, joiden välillä ei ollut ovea. Huonekaluja ei ollut, ei yhtäkään. Toisen huoneen nurkassa oli muutama patja. Kävin sinne makaamaan. Patjat olivat harmaita, kapeita ja kovia. Aivan kuin eristykseen joutuvat eivät ansaitsisi sen parempaa. Mieshoitaja sanoi minulle ovelta: ”Yritä rauhoittua. Me seurataan sinua kameroiden kautta” Hätäännyin siitä ja pa-

niikki vyöryi taas kovemmaksi. Hoin yhä uudestaan ja uudestaan etten halua jäädä yksin. Pelkäsin ja pyysin että joku hoitaja jäisi luokseni. Eipä jäänyt ei.

Hän kehotti minua vielä kerran rauhoittumaan, astui ulos ja suki oven perässään. En tiedä kuinka kauan olin siellä. Ehkä 5 minuuttia, ehkä 3 tuntia, mielentilani ja se kolkko huone ympärilläni kadotti minulta kokonaan ajantajun. (MKM 482, 2010-luku.)

Katkelmassa kuvattu potilaan kohtelu, eristämisen käytännöt ja eristys-huoneen olosuhteet eivät vastaa eristämiskäytännöistä annettuja ohjeita tai täytä ihmisoikeuksien mukaisen kohtelun edellytyksiä (Mielenterveyslaki 1990).

PAKKOLÄÄKITYS

Nykypsykiatria pohjautuu lääkehoitoon ja erityisesti mielisairaalahoidossa neuroleptilääkitystä pidetään usein välttämättömänä (Alakare 1999, 123). Lääkehoito ei kuitenkaan paranna psykiatrasta sairautta, vaan ainoastaan lievittää sen oireita, kuten ahdistusta ja kiihtymystä (ks. esim. Rudegeair & Farrelly 2008, 310–311). Yksi psykoosin lääkehoidon ongelmista on se, että vähintään viidesosalla psykoosidiagnoosin saaneista potilaista lääkitys ei tehoa oireisiin (Huttunen & Raaska 2015). Lääkehoitoa kuitenkin pidetään psykiatrian kentällä niin tärkeänä, että kielteisesti lääkehoitoon suhtautuvaa potilasta lääkitään usein tämän hoitotahdon vastaisesti. Ilmiö näkyy myös mielisairaalamuistoaineistossa vihan ja katkeruuden sävyttäminä lääkkeisiin liittyvinä muistikuvina. Monissa aineiston muistoissa kuvataan tahdonvastaisesti aloitettua lääkitystä. Goffman (1997, 21) pitää tahdonvastaista lääkitystä yhtenä totaalisen instituution ”saastuttamisen” muotona, jossa väkivaltaisesti murretaan se raja, jonka yksilö asettaa oman olemuksensa ja ympäristön välille. Lääkkeet muokkaavat keinotekoisesti ihmisen tunteita, käyttäytymistä ja fysiologiaa – esimerkiksi omaan kävelytapaan tai ilmeisiin ei välttämättä pysty enää vaikuttamaan tahdonalaisesti niin kuin ennen.

Seuraavassa katkelmassa nuori nainen kertoo 18-vuotiaana kokemastaan pakkolääkinnästä: ”Nyt mä näen yhä painajaisunia siitä ajasta. Kuinka mä saan kohtauksen ja mut viedään eristykseen odottaa piik-

kiä. Mulle oikeesti annettiin joskus piikkiä perseeseen koska olin niin 'hankala tapaus' niin kuin me kaikki ollaan siinä maailmassa hankalia." (MKM 387, 2010-luku.) Sama kirjoittaja kertoo myös vastentahtoisesti määrätyn Leponex-lääkityksen¹¹ aiheuttamasta pidätyskyvyttömyydestä ja kuolaamisesta, jota lääkäri ei uskonut lääkityksen sivuvaikutukseksi, ennen kuin tarkisti asian lääkeoppaasta potilaan painostamana. Sama kokemus on poikansa sairaalakierrettä muistelevalla äidillä, jonka mukaan psykiatrit eivät ottaneet todesta potilaan ja hänen omaistensa raportoimia lääkityksen vakavia haittoja (MKM 012).

Vaikka suun kautta otettavan lääkityksen käyttöön liittyy psykiatrisessa hoidossa usein monenlaista painostamista, vain tahdonvastaisesti annettu injektio-lääkitys tilastoidaan pakkokeinoksi. Tämä vääristää pakkokeinotilastoja. Jos potilas pakkohoidossa ollessaan kieltäytyy ottamasta lääkitystä suun kautta, päädytään muistojaan kertoneiden potilaiden kokemusten mukaan usein pakkoinjektioon. Tästä syystä käsitelen tässä myös tablettimuotoisen tahdonvastaisen lääkityksen saamista pakkokeinona. Muutamissa muistoissa kuvataan myös fyysisen väkivallan käyttöä lääkkeen annon yhteydessä (MKM 387, 2010-luku; MKM 558, 1990-luku).

Muistelijat kuvaavat, miten lääkehoito on monessa tapauksessa järjestetty potilasta kuulematta. Psykiatri Matti Huttunen (2014, 337) varoittaa, että lääkkeiden "määrääminen" ilman potilaan mielipiteen huomioimista voi johtaa siihen, että lääke muodostuu symboliksi vuorovaikutuksen puutteesta ja sairauteen liittyvästä häpeästä. Tämä heikentää olennaisesti psyykkistä hyvinvointia ja voi johtaa muun muassa omaehtoiseen lääkehoidon keskeyttämiseen ilman suunniteltua vähennystä ja hoidollista tukea.

Useissa mielisairaalamuistoissa mainitaan, että potilaalle ei ole kerrottu lääkityksen haittavaikutuksista ja potilaan huomioita niistä ei ole kuunneltu. Ainakaan masennuslääkityksen suhteen tässä ei ole tapahtunut mainittavaa edistystä, vaan potilaat raportoivat edelleen, ettei haittavaikutuksista ja vieroitusoireista varoiteta lääkkeitä määrättäessä (MTV Uutiset 2019). Psykiatrisessa hoidossa on myös yleistä, että lääk-

11 Leponex on psykoosilääke, jonka vaikuttava aine on klotsapiini.

keiden sivuoireita ei tunnisteta lääkityksen aiheuttamiksi vaan ne tulkitaan sairauden oireiksi, jolloin niitä hoitamaan määrätään uusi lääkitys (Huttunen & Raaska 2015). Näin muistelutekstien kirjoittajat kuvaavat lääkehoidon ongelmia:

Mielestäni kaikki lääkkeet, mitä minulle on kokeiltu, ovat olleet huonoja ja aiheuttaneet voimattomuutta, väsymystä ja muitakin sivuoireita, joihin taas on määrätty uudet lääkkeet, sillä lääkäreiden mielestä ne ovat oireita todellisesta sairaudesta... Mielestäni minulla on ollut liikaa lääkkeitä aina. Lääkemäärät ovat olleet yli-
mitoitettuja. (MKM 273, 1990- ja 2000-luvut.)

Koin lääkitykseni liian vahvaksi ja en koe tätä lääkitystä hyvänä. Koin lääkitysteni aiheuttavan minulle liikaa sivuvaikutuksia mm. painon nousua reilut 20 kg ja jatkuva silmien vetäminen. (MKM 478, 2010-luku.)

Vaikka lääkitys olisi periaatteessa mahdollista lopettaa, voi se käytännössä olla vaikeiden vieroitusoireiden vuoksi mahdotonta. Lisäksi lääkitys voi aiheuttaa esimerkiksi aineenvaihduntaan liittyviä ongelmia ja myrkytysoireita.

Joidenkin muistelijoiden oireet olivat niin rajuja, että he kokivat lääkehoidon kemiallisena pahoinpitelynä. Tähän kietoutuu usein kokemus epäempaattisesta kohtelusta. Kun kokemukseen kemiallisesta pahoinpitelystä liittyy sosiaalinen hylkääminen, kuten seuraavassa esimerkissä, kokemus on vielä rajumpi. Katkelmassa nuori nainen kuvaa pelottavaa vieroitusoiretta, joka johti lopulta eristykseen.

Se alkoi äkillisesti ja yllättäen. Makasin sängyllä ja yhtäkkiä menetin täysin kontrollin kehooni ja mieleeni. Pääni sisällä myllersi jottain painajaismaisen sekavaa, muistan äärimmäisen voimakkaan pelon tunteen. Aloin tärisemään kuin horkassa, raajani alkoivat nykimään hallitsemattomasti ja hysteeriseksi käynyt itkuni täytti koko ympäröivän tilan. Pyysin hoitajalta apua, uudestaan ja uudestaan. Hän sanoi: 'Makaat siinä sängyllä, kyllä se menee ohi. Sultahan

lopetettiin se lääkityskin, tuo on aivan normaalia'. Sitten hän nousi tuoilta ylös ja oli poistumassa huoneesta. Kyllä, poistumassa. Välittämättä ollenkaan siitä hänen vastuullaan oleva sairas potilas oli paniikinomaisessa, psykoottis-tasoisessa tilassa ja pyysi apua. (MKM 482, 2010-luku.)

Katkelma kuvaa elävästi, miten rutinoituneelle hoitajalle normaalina näyttäytynyt asia on potilaalle ainutkertainen, kehollinen, äärimmäisen pelottava ja traumatisoiva kokemus. Hoitajan voi olla vaikeaa säilyttää herkyys potilaan kokemukselle jatkuvassa kiireessä ja toinen toistaan haastavammin oireilevien potilaiden kanssa työskennellessään. Goffman (1997, 58–73) korostaa hoitajan roolin vaikeutta: hoitohenkilökunnan on yhtäältä säilytettävä humaani suhtautuminen potilaisiin, toisaalta pidettävä heihin tietty ammatillinen välimatka ja puolustettava laitoksen totaalisia käytäntöjä perustellen niitä turhienkin sääntöjen ja rutiinien turhauttamille, usein ahdistuneille potilaille. Laitosten toimintaperiaatteita vaativa työ ei onnistu ilman tarkkoja sääntöjä ja aikatauluja, kun taas potilaiden inhimillinen kohtelu edellyttäisi joustavuutta ja yksilöllisyyden huomioimista.

Myös seuraavassa tekstissä kirjoittaja kuvaa erityisen rajuja lääkityksen haittavaikutuksia. Oireiden pelottavuutta lisäsi kirjoittajan mukaan se, että lääkitys oli tahdonvastaista ja lääkkeen pakottivat ottamaan potilaalle vieraat hoitajat, joihin potilas ei luottanut.

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

Lääkityksen aiheuttavat rajut ruumiilliset muutokset tuntuivat potilaasta vieraalta, ja hän koki menettävänsä oman kehonsa hallinnan. Vaikka edellä kuvatut haittavaikutukset liittyvät todennäköisesti niin sanotun vanhan polven neurolepteihin, jotka eivät ole enää laajasti käytössä, aiheuttavat myös uudemmat neuroleptit ruumiillisia muutoksia, kuten lihomista (ks. myös Heimonen tässä teoksessa). Kun ei-toivottuihin muutoksiin yhdistetään psykososiaalinen turvattomuuden tunne ja sairaalan nöyryyttävät käytännöt, voi tämä johtaa minuuden menettämisen kokemuksiin. Edellisen katkelman potilas koki myös autoritaariset lääkkeen-ottotilanteet jonotuksineen ja valvontoineen nöyryyttävinä: ”Peloistani huolimatta päädyin muiden lailla seisomaan lääkejonossa, odottamassa omaa vuoroani kallistaa pienen muovikipon sisältö kämmenelleni ja nielaista pelkäämäni pillerit. Myönnän kyllä, että tarvitsin lääkitystä (vai tarvitsinko?) toipuakseni, mutta tuo liukuhihnamaaisessa jonossa seisominen oli kyllä nöyryyttävää.” (MKM 558, 1990-luku.)

Jotkut kokivat myös hoitajien humoristisen puhetavan lääkkehoidon yhteydessä pilkallisena. Huumorilla on monia funktioita: sillä voidaan esimerkiksi pyrkiä lievittämään ahdistusta ja jännitystä tai se voi olla vallankäytön väline, jolla tehdään eroa ”meidän ja muiden” välille ja osoitetaan näin pilanteon kohteen poikkeavuutta (Knuutila 1992, 145–147). Mielisairaalassa huumoria voidaan käyttää absurdin tilanteen normalisoinnin keinona – sairaalamaailman ja ulkomaailman käsitys normaaleista käytännöistä ja puhetavoista voivat olla hyvin erilaisia kuin ulkomaailmassa. Hoitajien kepeät, humoristiset lääkitykseen liittyvät kommentit kertovat osaltaan siitä, että hoitajille lääkehoito on vain rutiini-toimenpide, vaikka potilaan kannalta lääkityksellä on usein dramaattisia seurauksia niin hyvässä kuin pahassakin mielessä. Tämä jyrkkä näkökulmaero voi aiheuttaa kommunikointivaikeuksia.

Cocktail

Aikaisempina vuosina / sain tehölääkitystä / kun olin liian sekava /
Hoitajat kutsuivat / lääkekasaa cocktailiksi / Niillä natsella / on
huumorintajua (MKM 454, 2010-luku.)

Vaikka hoitajien huumori tuntui monista loukkaavalta, kuvaavat jotkut muistelijat toisaalta sitä, miten potilaan itsensä viljelemä musta huumori auttaa selviytymään ahdistavasta ja pelottavasta lääkkeenottolanteesta: ”Minä otin lääkkeitä ja sanoin - No kuollaan sitten kunnialla ja otin lääkkeitä” (MKM 284, 1970-luku).

Lääkityksen aloittaminen on vaikea eettinen kysymys, koska akuutissa kriisissä ihmisen psyykinen tuska voi vaatia lääkitystä sietämättömien oireiden helpottamiseksi silläkin uhalla, että lääkkeistä voi olla vaikeaa päästä myöhemmin eroon. Lääkityksen mahdolliset haittavaikutukset tulisi kuitenkin avoimesti kertoa potilaalle. Tämä on erityisen vaativa tehtävä silloin, kun potilas ei itse koe oloaan huonoksi (ks. esim. MKM 273, 1990- ja 2000-luvut), mutta lääkäri haluaa määrätä tälle lääkityksen hillitäkseen sosiaalisesti epätoivottavaa tai vaarallista käyttäytymistä. Psykyenlääkkeiden aiheuttaman riippuvuuden mahdollinen vähättely tai siitä tai muista lääkehaitoista kertomatta jättäminen ei kuitenkaan ole eettisesti kestävää.

Psykiatrisella lääkehoidolla on lukuisia kiusallisia ja vaarallisia vaikutuksia. Monet lääkityksen sivuvaikutukset, kuten pidätyskyvyttömyys, lisääntynyt syljeneritys, ylipainon kertyminen sekä varsinkin aiemmin käytössä olleisiin lääkkeisiin liittyneet haittavaikutukset kuten silmien veto-oireet, jähmeys ja ilmeettömyys (Huttunen & Raaska 2015) ovat epämiellyttäviä ja vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan ulkoiseen olemukseen ennakkoluuloja vahvistavasti. Voimakas ylipaino, pakkoliikkeet, monotoninen puhetapa tai erikoinen kävelytyyli saattavat ulkopuolisista vaikuttaa sairauden oireilta, vaikka kysymys on usein lääkityksen haittavaikutuksista: ”Tuon ajan vanhat psykoosilääkkeet olivat niin ’vahvaa kamaa’, että lyhyessä ajassa olin lihonut melkein neljäkymmentä kiloa. Muutenkin lääkkeet vaikuttivat niin, että tuntui kuin sieluni olisi ollut vankilassa. Lääkkeitteni lopettamisen jälkeen painoni ja muukin elämäni normalisoitui.” (MKM 390, 1970-luku.)

Monet kirjoittajat kuvaavat, kuinka erityisesti raskaan lääkityksen vuoksi ”eläimelliseksi” muuttuneet, fyysisesti ja psyykkisesti huonokuntoiset potilaat ovat joutuneet hoitajien huonon kohtelun uhreiksi. Samaa ilmiötä on kuvattu myös mielisairaaloita käsittelevässä kirjallisuudessa (Jännti 2012, 33). Usein tätä kuvaamaan on käytetty eläinmeta-

foria, joihin liittyy ajatus potilaiden likaisuudesta ja hoitajien potilaisiin kohdistuneesta fyysisestä inhon tunteesta (ks. myös Maanmieli 2018; 2019a; 2019b). Osastolle tulevalle uudelle potilaalle muiden potilaiden lääkkeiden jähmettämä olemus voi olla järkytys: ”Monelta valui sylkeä ja he näyttivätkin ennemmin sairailta eläimiltä kuin ihmisiltä.” (MKM 390, 1970-luku.)

Lääkitys voikin synnyttää vaikeasti murrettavan noidankehän: pahaan oloon määrätään lääkitys, joka saa hoitohenkilökunnan ja muut lähimmäiset suhtautumaan potilaaseen kielteisemmin, jopa epäinhimillisesti tämän ihmisarvon kyseenalaistaen, mikä taas lisää potilaan kielteistä käsitystä itsestään ja toipumismahdollisuuksistaan. Liiallisesta lääkityksestä väsynyt potilas ei myöskään aina jaksaa huolehtia hygieniastaan tai reagoida aktiivisesti ympäristöönsä, mikä lisää sosiaalista häpeää. (Maanmieli 2018; 2019a; 2019b.) Mielisairaalamuistot herättävät lukijassa kysymyksen siitä, miksi näitä lääkityksen ilmeisiä psykologisia ja fyysisiä sivuvaikutuksia ei oteta hoidossa paremmin huomioon.

Psykkisestä kriisistä toipumista voi sosiaalisen häpeän lisäksi hidastaa myös se, että psykoosin tai mielialahäiriöiden hoitoon käytetyillä tai ahdistuneisuutta lieventävillä lääkkeillä voi olla kognitiivisia toimintoja heikentävä vaikutus (Tandon 2011). Tämä voi johtaa siihen, ettei menneisyyden traumoja ja sairaalahoitoon johtaneita seikkoja ole mahdollista prosessoida. Näin eräs kirjoittaja kuvaa lääkityksen vaikutusta muistiinsa: ”Olisin halunnut käsitellä isäsuhdettani sairaalassa, mutta sitä ei selvitetty. Sain vain voimakkaan lääkityksen, joka sai minut unohtamaan.” (MKM 416, 1990–2000-luvut.)

Katkelmassa konkretisoituu kuilu lääkärin ja potilaan näkökulman välillä – potilas näkee isäsuhteen selvittämisen avaimena psykoottisten oireittensa ymmärtämiseen, kun taas lääkäri katsoo, että kipeät muistot tulee lääkittää unohtuksiin, jolloin niitä ei enää ole mahdollista prosessoida. Tällöin potilaan odotukset ja sairaassa tarjottu hoito ovat ristiriidassa toistensa kanssa. Sama näkemys ero on nähtävissä myös psykiatrien ammattikunnan sisällä – psykososiaalisesti suuntautuneet psykiatrit kannattavat oireiden ymmärtämistä, biologis-neurotieteellisesti suuntautuneet taas lääkehoitoa (Maanmieli & Maanmieli 2019).

HENKINEN JA FYYSINEN VÄKIVALTA, VALLANKÄYTTÖ SEKÄ HUONO KOHTELU

Useissa muistoissa potilaat kuvaavat hoitohenkilökunnan ilkeää, välinpitämätöntä tai pilkallista asennetta. Vastapainona monet potilaat (esim. MKM 357) kiittävät myötätuntoisen ja asiantuntevan henkilökunnan tulleeseen heidän nopeaa toipumistaan. Koivisto, Janhonen ja Väisänen (2004) painottavat, että potilaille on taattava oikeus mielipiteidensä ja tunteidensa ilmaisuun ja heidän näkökulmansa on oltava keskeinen tekijä hoidon suunnittelussa. Sairaalan arvostava ja ystävällinen ilmapiiri on tutkimuksessa nähty keskeisenä potilaan toipumista edistävänä tekijänä.

Kahdessa vanhimmassa mielisairaalamuistossa on mainintoja suorasta väkivallan käytöstä eli potilaan fyysisestä pahoinpitelystä. Aineistoni toiseksi vanhimmassa muistossa kirjoittaja kuvaa sota-aikana sairaalahoittoon joutuneen veljensä kokemaa fyysistä väkivaltaa.

Ainakin mieshoitajissa oli kovakouraisia ja jopa löivät väkivaltaisia potilaita. Potilaita puettiin pakkopaitaan ja suljettiin eristykseen. Olin kertonut yhdelle tuttavaksi tulleelle mieshoitajalle veljestäni. Hän kertoi myöhemmin estäneensä työkaveriansa lyömästä veljeäni eräänä aamuna. Työkaveri oli ihmetelty tuttuni hentomielisyyttä. Veljeni oli ollut onnellisen näköinen ja katsoneensa kiittolisena lyönnin estänyttä hoitaja tuttuani. Voi olla, että inhimillisyys ja empaattisuus olisivat auttaneet paljon enemmän, kuin se eristykseen raahaaminen ja rauhoittavat pistokset. (MKM 427, sota-aika.)

Goffmanin (1997) mukaan fyysisen väkivallan käyttö on totaalisen laitoksen toiminnalle tyypillistä. Viime vuosikymmeneen sijoittuvissa muistoissa ei kerrota hoitohenkilökunnan lyöneen potilaita. Uusimmissa muistoissa fyysinen väkivalta liittyy ainoastaan eristystilanteisiin, esimerkiksi eristyshuoneeseen väkisin viemiseen tai pakkoinjektion antoon eristykseen vietäessä. Toisaalta potilaat raportoivat, että henkistä väkivaltaa, joka sekini on tyypillinen totaalisen laitoksen piirre, on koettu osastoilla myös lähivuosisikymmeninä. Seuraavassa katkelmassa potilas kuvaa muistossaan uhkailua ja vallankäyttöä, joka ei kohdistunut häneen itseensä vaan muihin potilaisiin.

Henkilökunta oli osastolla melko eritasoista. Jotkut hoitajista käyttivät sumeilematta valtaansa joitakin potilaitaan kohtaan, uhkaamalla esimerkiksi eristyshuoneella tai jollakin vastaavalla toimenpiteellä. – – Itse en joutunut tällaisen mielivallan kohteeksi, ehkä siksi, että osasin käyttäytyä hyvin ja olin keskittänyt voimavarani siihen, että pääsen pois sairaalasta mahdollisimman pian ja niin hyvävointisena kuin se tuossa tilanteessa olisi mahdollista. Sivusta kuitenkin sain seurata joiden hoitajien taholta härskiä vallankäyttöä muutamaa potilasta kohtaan. (MKM 352, 1990-luku.)

Runomuodossa kirjoitettu muisto kertoo, miten vallankäyttö jättää jälkensä potilaan olemukseen. Kumara, laahustava kävely kertoo myös henkisestä pahasta olostä ja kehollisena ilmenevästä arvottomuuden tunteesta (Maanmieli 2018): ”Potilaan ryhti / on kääntäen verrannollinen / siihen, kuinka paljon / hoitajat häntä / pompottelevat / Valta sokaisee / ja ehdoton valta / sokaisee ehdottomasti / Siksi me olemme tällaisia / Niin luulen” (MKM 454, 2010-luku).

Monissa muisteluteksteissä korostuu hoitajien ja potilaiden eriarvoisuus, kohtaamisen ja kuuntelun puute sekä potilaiden tunteiden sivuuttaminen. Potilaat kuvaavat kokemustaan siitä, miten lääkitty ja alistettu potilas herättää inhoa henkilökunnassa. (MKM 482, 2010-luku; Maanmieli 2018; 2019a; 2019b.) Suomalaisissa potilaiden haastatteluihin pohjautuvissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat toivoisivat enemmän keskusteluja henkilökunnan kanssa (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004; Soininen ja muut 2013). Monet haastatellut potilaat kokivat, että heidän oli vaikeaa saada yhteys henkilökuntaan ja heidän mielipiteitään ei otettu hoidossa huomioon (Kuosmanen ja muut 2007, 601). Sama näkyy myös tutkimassamme aineistossa. Pahimmillaan jotkut muistelijat joutuivat heti sairaalaan saapuessaan huomaamaan, että normaalit kanssakäymisen säännöt ja kohteliaisuus eivät sairaaloissa pädeköän. Yhdessä 1990-luvulle sijoittuvassa muistossa potilas kertoo jopa pelänneensä, että keskusteluyritys hoitajien kanssa johtaisi lepositeisiin joutumiseen (MKM 416).

Varsinaisen kaltointohtelun lisäksi monien muistelijoiden ahdistusta on lisännyt tekemisen puute ja sairaalaelämän yksitoikkoisuus tiukkoine

aikatauluineen. Osastojen vuorokausirytmii ja rutiinit ovat voimakkaasti rajanneet potilaiden itsemääräämisoikeutta. Monet muistelijat kertovat voimakkaista tylsistymisen ja ajan hukkaan kulumisen kokemuksistaan (ks. myös tämän kirjan johdanto): ”Odotin ikävöiden seuraavaa / ruokailua, nukkumaanmenoa.../ Lääkärinaika saattaisi antaa toivoa / Olisipa vessahätä, niin olisi / jotain tekemistä. // On aika yksitoikkoista / nähdä, kun / ihminen katsoo / päivästä toiseen / televisiota ja laahustaa joskus / tupakkahuoneeseen. // Sille on keksitty nimikin. / Sitä kutsutaan laitostumiseksi.” (MKM 455, 2010-luku.)

Yksi pelkoa lisäävä elementti sairaalassa ovat tiedonkulun katkokset. Niistäkin muistoista, joissa varsinaista kaltoinkohtelua tai pakkotoimia ei kuvata, välittyy ajatus potilaiden kokemasta kroonisesta tiedon puutteesta koskien esimerkiksi hoidon tai eristyksen kestoa, lääkkeiden määräämisen perusteita tai niiden vaikutuksia tai diagnoosia. Rasimus (1999) painottaa tiedonkulun tärkeyttä osana laadukasta psykiatrista hoitoa. Rasimus on toiminut osastonhoitajana ja perheterapeutina psykiatrisen sairaalan vastaanotto-osastolla ja kehittänyt sen toimintaa. Hänen mukaansa tiedon saaminen, antaminen ja jakaminen ovat jatkuvia, tärkeitä prosesseja, jotka muodostavat vuorovaikutussuhteen perustan. Monet muisteluaineiston potilaat kertovat, ettei heille esimerkiksi ole selitetty psykoosi-käsitteen merkitystä. Potilaiden muistoista käy ilmi, että heille ei ole sairaalassa ole kerrottu sairaalaan joutumisen tai hoitotai pakkotoimenpiteiden syitä, sairaalan sääntöjä ei ole perusteltu eikä heille ole kerrottu, mitä edellytyksiä potilaan on täytettävä, jotta hän pääsisi sairaalasta pois. Osittain tiedonkulun katkokset selittynevät sillä, ettei ahdistunut ja mahdollisesti psykoottinen potilas helposti muista tai sisäistä saamaansa informaatiota. Siksi on tärkeää esittää informaatio ymmärrettävässä muodossa ja varmistaa tiedon perillemeno kertaamalla sitä hoidon edetessä. Rautanen (2019) huomauttaa, että tiedonkulun puutteellisuus on yhä psykiatrisilla osastoilla jatkuva ongelma – harvoilla yksiköillä on esimerkiksi potilasesitteitä toiminnastaan eikä hoitoa suunnitella potilaslähtöisesti.

MIELISAIRAALAKOKEMUSTEN METAFORINEN KUVAUS – SAIRAALAT MINUUDEN RIISTÄJINÄ

Tutkimistani muistoista välittyy sairaalassa koettujen traumaattisten tapahtumien vahva vaikutus potilaiden käsitykseen itsestään, vaikutusmahdollisuuksistaan ja omasta ihmisarvostaan. Tätä kuvataan muistelu-teksteissä usein runomuotoisesti tai metaforisen kielen kautta. Seuraavassa runossa kirjoittaja yhdistää kaltoinkohtelun ja sairaalahoitoon kytkeytyvän ahdistuksen ja pelon oman identiteetin katoamisen tunteeeseen sekä syvään arvottomuuden kokemukseen.

Ahdistusta, pelkoa, tuskaa
mieleni rustaa sanoja,
joista ei puutu väriä mustaa
enkä muuta voi kuin kirjoittaa,
harjoittaa kynän miekkaa.

Tuska, tuska, tuska
taasko valkotakkiset saapuvat
vievät kidutusmajojensa kammioihin
pois silmän nähtäviltä
ikuisen pelon huoneisiin.

Ahdistusta, pelkoa, tuskaa
ja miksi?
Syy on se, että minä olen minä.
Voiko minulla olla
oikeutta olla minä
Ei, ei tietenkään voi
minähän olen minä
(MKM 012, ajanjaksoa ei mainittu.)

Goffmanin (1997, 29) mukaan mielisairaalan totaaliset käytännöt muuttavat sairaalan tapahtumien symbolista merkitystä ja murentavat potilaan aiempaa käsitystä itsestään.

Seuraavassa katkelmassa kuvataan ahdistuksen tunteita, jotka liittyvät sairaalassa koettuun vallankäyttöön ja ihmisarvon vievään kohteluun (muun muassa pakkoinjektioiden antamiseen). Kirjoittaja vertaa värikkäässä ja tunnepitoisessa kuvauksessaan sairaalaa vankilaan, lääkäreitä kuninkaisiin, hoitajia alamaisiin ja potilaita narreihin sekä toisaalta avuttomiin koiranpentuihin. Kirjoittaja näkee sairaalan allegoriana koko yhteiskunnasta, jossa raadollisesti näyttäytyy ihmisen petomainen luonto.

Mielisairaala oli mulle vankila. Lääkärit on siinä mestassa kuninkaita, hoitajat alamaisia ja potilaat vain orjia ja narreja. Me ei olla koskaan samalla viivalla! Ei koskaan! Ja mua vittu oksettaa, mua oikeesti oksettaa se vallan väärinkäyttö! Mä itkisin jos mulla tulis kyyneleet. Mä huutaisin jos mulla tulis ääntä. Mä hakkaisin päätäni ikkunan läpi jos pystyisin, mut ei. Me alistutaan koska se on meidän asema sairaalaolosuhteissa. Me potilaina ollaan kuin oltais koiranpentuja, muka avuttomia jotka ei pysty tekeen mitään itsenäisesti muutakun järsiin luita nurkassa. IHMINEN ON SUSI JOKA VERENMAKU SUUSSA HIIPII VAANIEN TOISEN KIMPPUUN KUN TOINEN ON HEIKOIMMILLAAN. (MKM 387, 2010-luku.)

Pakkokeinojen ja huonon kohtelun kuvauksessa muisteluteksteissä käytettiin tyypillisesti metaforista kieltä ja mielisairaloita verrattiin yleisesti muihin totaalisiin laitoksiin, yleisimmin vankilaan, mutta myös keskitysleiriin ja armeijaan sekä niiden henkilökuntaan ja toimintakulttuurisiin (Maanmieli 2018). Tämä saa selityksensä myös Goffmanin (1997, 5) teorian kautta: hän toteaa totaalisten laitosten olevan keskenään niin samankaltaisia, että ymmärtääksemme yhtä niistä, meidän on syytä tarkastella muitakin.

Hoitajien suhtautumistapa muistutti vanginvartijan suhtautumistapaa. (MKM 416, 1990-luku.)

Tämä vangitsemiseni eristyshuoneeseen alkoi siitä, että vaadin rahapussiani ja avaimiani itselleni ja minulle sanottiin, että niitä ei täällä ole. (MKM 404, 1980-luku.)

Havaintoni mielisairaaloista ovat kauhun täyttämiä, kuin natsien keskitysleireiltä uhrien näkökulmasta. (MKM 273, 1990–2000-luvut.)

No niin sotaväki oli alkanut minulla ja ajattelin että saanko joskus vapaakävelyn. (MKM 284, 1970-luku.)

Joissain muistoissa vankila muodostuu laajennetuksi metaforaksi: hoitohenkilökuntaa verrataan vanginvartijoihin ja eristyshuoneeseen joutumista vangitsemiseen. Vankilalla tai keskitysleirillä voidaan viitata myös sisäiseen mielentilaan tai lääkityksen vaikutukseen, ei pelkästään sairaalan ulkoihin piirteisiin (Maanmieli 2018). Antipsykiatrisista näkemysistään tunnettu psykiatri R. D. Laing (1971, 10) toteaa, että lääkitys vähentää porttien ja lukkojen tarvetta siirtämällä kalterit potilaan sisimpään.

Useiden muistojen kirjoittajat näkevät sairaalan vankilaa pahempana paikkana. Yksi kirjoittajista toteaa, että mielisairaalat muistuttavat vankilaa siinä, että ulkopuolisille ne ovat myyttisiä, suljettuja paikkoja (MKM 455, 2010-luku). Vankilametaforaa käytettäessä kiinnitetään lukijan huomio niihin sairaalan ja sairaalakokemuksen piirteisiin, jotka ovat vankilankaltaisia (sairaalan funktiona kontrolloiminen, ulkopuolisten turvallisuuden säilyttäminen ja rangaistus, lukot omissa, liikkumisen ja kommunikaation rajoittaminen) ja viedään huomiota pois sen ei-vankilankaltaisista piirteistä (vapaaehtoinen hoito, kuntoutus ja terapia) (Maanmieli 2018).

MIELISAIRAALAMUISTOT TRAUMAMUISTOINA JA MUISTOIHIN KYTKEYTYVÄT TUNTEET

Pakkotoimia, tarpeetonta vallankäyttöä ja väkivaltaa kuvaavista potilaiden muistoista välitty kolme keskeistä tunnetta, jotka ovat pelko, viha ja häpeä¹². Pelko on muutenkin läsnä suurimmassa osassa mielisairaalamuistoja. Psykoosioireet tai voimakas ahdistus ovat itsessään pelottavia.

12 Häpeän tunteita olen käsitellyt enemmän aiemmin julkaistuissa artikkeleissani (Maanmieli 2019a; 2019b).

Monet muistelijoista kyydittiin sairaalaan ambulanssilla. Ambulanssin tulo liittyy usein hengenvaarallisiin tilanteisiin ja voi jo itsessään laukaista esimerkiksi muistikuvia aiemmista kokemuksista. Saapuminen isoon ja sokkeloiseen, lukittuun ja valkeaan sairaalaan voi sekin herättää pelottavia mieli- ja muistikuvia.

Perille päästyäni minulle on jäänyt ensimmäinen muistikuva, että sain sairaalan vaatteet ylleni ja kaikki ympärilläni oli korkeaa ja valkeaa. (MKM 242, ajanjaksoa ei mainittu.)

Ensimmäinen kertani mielisairaalassa oli minulle shokeeraava kokemus; olinhan silloin vasta 12, lapsi vielä. Potilaiden huoneiden ikkunoissa oli raskastekoiset kalterit ulkopuolella. Kun saavuin osastolle lääkärin läheteellä, en saanut poistua osaston tiloista minnekään ensimmäiseen kahteen viikkoon. Kerran pääsin käymään parvekkeella ja silloinkin vain 3 hoitajan läsnäollessa. (MKM 483, 2000-luku.)

Jos sairaalassa on tämän lisäksi vastassa totaalisen laitoksen joustamattomia käytänteitä, ahtaat tilat, paljon levottomia potilaita ja työhönsä väsynyttä hoitohenkilökuntaa, on selvää, että sairaalaan saapuminen näytättyy ahdistavana kokemuksena. Jos omasta tilasta, sairaalahoittoon johtaneista tekijöistä tai sairaalan käytänteistä ei saa tietoa tai tunteiden osoittaminen johtaa väkivaltaisiin pakkotoimiin, ei pelko väisty myöhemminkään, vaan voi muuttua voimakkaaksi vihaksi. Monien potilaiden muistoista välittyy viha psykiatrista järjestelmää, yksittäisiä hoitohenkilökunnan edustajia sekä toisinaan omia perheenjäseniä kohtaan.

Pakkokeinot aiheuttavat stressireaktioita ja traumoja paitsi potilaille myös henkilökunnalle (Holmes, Kennedy & Perron 2004), joten niiden käyttö saattaa johtaa väkivallan ja pelon noidankehiin, joista on vaikeaa irrottautua. Tämä haittavaikutusten kumuloituminen voi osaltaan olla syynä eri sairaanhoitopiirien valtaviin eroihin pakkokeinojen käytön määrässä.¹³ Nissi (2019) kysyykin, kuinka hoitotyön koulutuksessa ko-

13 Esimerkiksi vuonna 2017 Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä pakkotoimia toteutettiin tilastoinnin perus-

rostettu ja tavoiteltu ”potilaslähtöisyys” voi toteutua sairaalamaailmassa, jossa osaston tiukat aikataulut ja kiire määrittävät toiminnan rajoja ja joka on yhteisönä sulkeva, rajoja ja määrittäviä luova. Hänen mukaansa jo psykiatrian perusasetelma on potilaiden ja hoitohenkilökunnan eri-arvoisuus, mikä vaikuttaa siihen, miten tulkitsemme käyttäytymistä ja määritämme sen normaaliutta tai epänormaaliutta (Nissi 2019; vrt. Cullberg 1999; Maanmieli & Maanmieli 2017).

Potilaiden mielisairaalamuistojen pohjalta arvioituna vaikuttaa siltä, että mitä enemmän muistellussa sairaalassa on omaksuttu totaalisen laitoksen piirteitä ja mitä enemmän perustelemattomia tai liioiteltuja pakkokeinoja on käytetty, sitä negatiivisempänä ja traumaattisempänä sairaalakokemus on piirtynyt muistelijan mieleen. Yhdessäkään muistossa ei mainita, että esimerkiksi pakkotoimia olisi jälkeensä käyty läpi tai epäasiallista kohtelua pyydetty anteeksi. Kun kipeät kokemukset ovat jääneet käsittelemättä, ovat ne johtaneet joillakin muistelijoilla voimakkaisiin katkeruuden ja vihan tunteisiin. Monet myös mainitsevat, että psykiatrisen avun hakemisen kynnys on noussut. Yksi muistelija esimerkiksi päätti sairaalasta päästyään, ettei enää hakeudu psykiatriseen hoitoon: ”Päätin kotona, että tulen ennemmin hulluksi kotona, kuin menen sairaalaan. En tiedä ovatko menetelmät parantuneet niistä ajoista, toivon niin.” (MKM 151, 1990-luku.)

Miten pakkotoimia ja niiden haitallisia seurauksia voidaan vähentää?

Tässä luvussa olen pyrkinyt nostamaan esiin niitä pakkotoimiin ja huonoon kohteluun liittyviä kokemuksia ja tunteita, joita potilaat teksteissään kuvaavat. Pakkotoimien vähentäminen ja potilaiden parempi kohtelu parantavat paitsi potilaiden myös hoitohenkilökunnan viihtyvyyttä ja turvallisuutta. Pakon käyttöä voidaan tehokkaasti vähentää henkilökun-

teella 5,4 prosentilla hoitajaksoista, kun taas Ahvenanmaalla määrä jäi 0,7 prosenttiin. THL:n tilastoraportissa (33/2018) tosin todetaan, että pakkokeinojen käytön määrät ovat ylipäätään liian pieniä ollakseen uskottavia.

nan koulutuksella sekä monilla yksinkertaisilla käytännön parannuksilla. Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa pakon käyttöä onnistuttiin vuosina 2007–2012 vähentämään merkittävästi panostamalla asenteisiin ja vaikeiden tilanteiden ennakointiin. Potilaita pyritään kohtelemaan mahdollisimman kunnioittavasti. Myös triviaaleilta kuulostavilla parannuksilla on hoitajien mukaan ollut merkitystä. Esimerkiksi aikaisin aamulla heräävillä potilaille on alettu tarjoilla aamukahvi aiemmin ja potilastiloihin on hankittu kahviautomaatti. Näillä toimilla on hoitajien mukaan ollut tärkeä merkitys potilaiden ja hoitohenkilökunnan viihtyvyydelle. (Mäenpää 2012.)

Jos pakkokeinoihin joudutaan turvautumaan, on tärkeä huolehtia siitä, että pakkotoimien välttämättömyys selitetään myös potilaalle itselleen tilanteen rauhoituttua. Tilanteiden purkamisen on huomattu auttavan potilaita ymmärtämään tapahtumien kulkua ja työstämään pakkokeinojen aiheuttamia vaikeita tunteita (Hämäläinen 2014, 11–13; Keski-Valkama 2010; Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004). Samalla purkukeskustelut voivat lisätä potilaiden motivaatiota hakea apua tulevaisissa kriiseissä jo ennen tilanteen eskaloitumista. Hoitohenkilökunnalle keskustelut voivat puolestaan lisätä ymmärrystä siitä, millaisia tunteita potilaat kokevat ja auttaa heitä prosessoimaan myös omia tunteitaan. Tämä voi auttaa kommunikointia ja tilanteiden ratkaisemista tulevaisuudessa ilman pakkokeinoja. Tiedonvälityksen ja henkilökunnan ja potilaiden välisen kommunikaation parantaminen voidaan nähdä yhtenä psykiatrisen hoidon keskeisenä kehityskohteena ja tärkeänä askeleena totaalisen laitoksen käytännöistä irrottautumisessa.

Usein pakkokeinot liittyvät vastentahtoisesti annettuun psyykenlääkitykseen. Osallistunkin tällä tutkimuksella Suomessa parhaillaan vilkkaana käyvään psyykenlääkekriittiseen keskusteluun. Esimerkiksi Norjassa on tällä alueella tapahtunut huomattavaa edistystä: potilaille on siellä nykyisen mielenterveyslain mukaan turvattava oikeus myös lääkkeettömään hoitoon (Whitaker 2019). Oman pitkäaikaisen mielenterveysalan työ- ja järjestökokemukseni pohjalta väitän, että potilaiden painostaminen lääkehoitoon on psykiatriassa enemmän sääntö kuin poikkeus ja aiheuttaa osastoilla samoin kuin avohoidossakin jatkuvia konfliktitilanteita. Sama mielikuva syntyy melisairaalamuistoaineistosta.

Suomessa näkemystä lääkityksen välttämättömyydestä ei useimmissa sairaaloissa ole vielä kyseenalaistettu eikä lääkkeettömään hoitoon ole panostettu, vaikka useissa sekä kansainvälisissä että kotimaisissa riippumattomissa tutkimuksissa on saatu näyttöä siitä, että suuri osa potilaista pärjää ilman neuroleptilääkitystä ja että ensipsykoosin aikana lääkkeettömästi hoidettujen psykoosipotilaiden toipumisennuste on parempi kuin lääkittyjen (Wunderink ja muut 2013; Harrow, Jobe & Faull 2014; Moilanen ja muut 2013). Erityisen vaikuttavaa tutkimusnäyttöä on Keroputaan sairaalassa kehitetyn Avoimen dialogin mallin hoitotuloksista. Keroputaalla psykoosilääkitystä käytetään mahdollisimman harvoin, lyhytkestoisesti ja pienillä annoksilla. (Seikkula, Alakare & Aaltonen 2011; Bergström ja muut 2018.) Cullbergin (1999) ja Seikkulan, Alakareen ja Aaltosen (2011) mukaan psykoosilääkitystä tulisi käyttää vain silloin kun se on ehdottoman välttämätöntä ja silloinkin pienimmällä mahdollisella vaikuttavalla annoksella.

Muistoissa näkyy vahva ristiriita hoitohenkilökunnan omaksumien laitosrutiinien ja kriisiä läpi elävien potilaiden herkkyyden välillä. Potilaiden tarve tulla kuulluksi on erityisen suuri niinä hetkinä, kun sairaalan rutiinitoimenpiteet eivät toimi heidän kohdallaan toivotulla tavalla. Tällöin hoitohenkilökunnalta vaaditaan joustavuutta ja potilaan asemaan eläytymistä. Tässä auttavat esimerkiksi toiminnalliset menetelmät ja taideterapiat, joita monissa positiivisissa sairaalamuistoissa kerrotaan olleen sairaalassa tarjolla (MKM 390; MKM 417; MKM 241; MKM 347; MKM 357). Taiteellinen itseilmaisu ja kuulluksi tuleminen kokemus taideterapioissa ehkäisevät aggressiivisuutta ja parantavat hoitotuloksia (Lai ja muut 2010).

Innovatiivisten hoitomenetelmien käyttöä perää myös oikeuspsykiatrian ylilääkäri Mika Rautanen (2019). Hän pohtii keinoja vastata psykiatrisen hoidon murrokseen, jossa hoitoon, kuntoutukseen ja etuuksien piiriin päätyy yhä isompi osa kansalaisista samalla kun erikoislääkäreiden määrät pienevät. Psykiatristen yksiköiden tarjoama hoito vaikuttaa hänen mukaansa yksipuoliselta ja niukalta. Osastohoitoa toteutetaan rutiininomaisesti saman kaavan mukaan eikä osastoilla oteta käyttöön uusia hoitomenetelmiä, joiden tehosta on saatu näyttöä. Esimerkkeinä uusista innovatiivisista menetelmistä hän mainitsee virtuaalitodelli-

suuden terapeuttisen käytön, akustiseen värähtelyyn perustuvan rentoutusmenetelmän ja unta parantavan painopeiton. (Rautanen 2019.) Nämä näyttäisivät tukevan jonkinlaista fyysistä turvallisuudentunnetta ja mahdollistavan rentoutumisen, joita monet potilaat sairaalajaksolta kaipaavat.

Lopuksi

Pakkokeinoja kokeneille muistelijoille mielisairaalat ovat ainakin osittain ja tiettyjen sairaaloiden osalta näyttäneet potilaita kontrolloivina, minuuden pirstovina ja rankaisevina totaalisina laitoksina pikemmin kuin hoitoa ja kuntoutusta tarjoavina yhteisinä. Tarkastelemani aineisto ei niukkuutensa ja valikoituvuutensa vuoksi mahdollista tilastollisesti pätevää tulkintaa mielisairaaloiden yleisistä käytännöistä. Aineiston muistot ovat kuitenkin konkreettisia esimerkkejä siitä, miten potilaat kokevat THL:n tilastoimat pakkotilanteet. Tarkastelemani muistot sijoittuvat pitkälle aikavälille, eikä niiden keskinäinen vertailu ole helppoa tai välttämättä edes tarkoituksenmukaista. On kuitenkin huomionarvoista, miten monissa vielä 2000-luvulle sijoittuvissakin muistoissa kuvaillaan sairaalahoitoa ihmisarvoa alentavana, traumatisoivana kokemuksena, vaikka mielisairaalat on tarkoitettu turva- ja hoitopaikoiksi.

Mielisairaanhoidon historiassa valtanarratiivina voidaan pitää käsitystä psykiatrian positiivisesta kehityskulusta. Potilaiden mielisairaalamuistot, psykiatrisen hoidon tilastot ja potilaskokemuksia koskevat tutkimukset eivät kaikilta osin tue tätä käsitystä. 2010-luvulle sijoittuvissa muistoissa kuvataan samankaltaisia hoidon epäkohtia ja henkistä väkivaltaa kuin 1930-luvulla. YK:n mielenterveysasioiden asiantuntija Dainius Pūras (2018) korostikin Qualitative Research in Mental Health -konferenssin kutsupuheessaan, että psykiatriassa olisi syytä ottaa oppia menneisyydessä tehdyistä virheistä. Hänen mukaansa meidän aikamme hoitokäytännöt saattavat tulevaisuudessa vaikuttaa hyvinkin epäinhimillisiltä ja niitä tullaan kauhistelemaan samalla tavoin kuin nykyisin lobotomiaa. Saman on todennut suomalainen psykiatri Kalle Achté 45 vuotta sitten: ”On luultavaa, että tulevien vuosikymmenien ihmiset arvostelevat

meitä samoin kuin meillä on taipumus arvostella menneitä sukupolvia. Tämä on hyvä muistaa ajatellessamme psykiatrian historiaa, joka opettaa meille paljon. Psykiatrian tärkeimpiä näkökulmia on ihmisen kunnioittaminen.” (Achté 1974, 251.)

Miksi ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa on psykiatrian alalla niin vaikeaa toteuttaa ja miksi edistys tapahtuu niin hitaasti? Yhden mahdollisen selityksen tälle antaa psykoosin psykososiaalisia selitysmalleja tutkinut psykologi Tomi Bergström (2019), joka huomauttaa, että hoitotieteen ja psykiatrian alan huolellisesti kontrolloitujen asetelmien tuottama tieto ei ole luotettavaa eikä hyödyllistä, mikäli määritelmien taustalla vaikuttavia perustavanlaatuisia tietoteoreettisia olettamuksia ei pystytä kriittisesti arvioimaan. Monissa tutkimuksissa ei lainkaan huomioida, millaisia vaikutuksia totaalaisella laitosympäristöllä, stigmatisoivalla diagnoosilla tai Goffmanin minuuden riistämiseksi kutsumilla käytännöillä voi olla mielenterveydelle. Kriisiin joutuneen yksilön tehokas auttaminen edellyttää kokonaisvaltaista ja monitieteistä näkemystä ja potilaiden kokemustiedon kuuntelemista (Bergström 2019). Näkökulmien laajentaminen auttaa luomaan pohjaa sekä tutkimus- että hoitokäytäntöjen kehitystyölle. Bergström peräänkuuluttaa uusia lähestymistapoja perinteisen syy-seuraussuhteita selvittävän tutkimuksen rinnalle. Psykoosin kaltaista ilmiötä tutkittaessa ja sen hoitoa kehitettäessä on huomioitava kokonaisvaltaisemmin biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten ilmiöiden vastavuoroinen luonne ja kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, miten nämä todellisessa elämässä ilmenevät ja millaisia merkityksiä asianomaiset itse näille antavat.

Kulttuurinen mielenterveystutkimus tarjoaa yhden Bergströmin (2019) mainitsemista uusista lähestymistavoista psyykkisten kriisien ymmärtämiseen. Tässä luvussa olen havainnollistanut esimerkiksi metaforisen kielenkäytön ymmärtämisen tärkeyttä potilaskokemuksia kuunnellessa ja tulkitessa. Uudet ajatukset voivat joskus tulla yllättävistä suunnista. Esimerkiksi *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*-teoksessa Jari Kokkinen (2019, 133–158) lähestyy teemaa tarkastellen psykoosia näytelmänä. Yksi Kokkisen analysoimien psykoosikertomusten kertoja kuvaa pastorin, psykologin ja terveyskeskushoitajan pystyneen luomaan potilaaseen luottamuksellisen suhteen ja toimimaan

empaattisina todistajina. Kokkinen kysyykin, olisiko suljetun osaston kontrolloivia ja rankaisevia käytäntöjä osana työnkuvaansa toteuttavilla hoitajilla edes mahdollisuutta saavuttaa asemaa, josta terapeutin hoitosuhde voisi muodostua. Kokkinen kuvaa, miten psykoositarinoiden kertojien ”hyviksi” kokemat ammattilaiset tarjosivat kuuntelua, tukea arkipäivän toiminnoissa ja turvallista yhteisöllisyyttä. Tämän he kokivat korjaavan konfliktinomaista suhdetta ympäristöönsä. Terapeuttiset hoitosuhteet ja niiden avaamat ympäröivien tapahtumien ja ilmiöiden uudet tulkinnat ja merkitykset auttoivat tutkimukseen osallistuneita orientoitumaan uudella tavalla myös sairaalalaitoksen ulkopuoliseen maailmaan. Toimivat hoitosuhteet hälvensivät paranoideja ulkomaailman pelkoja, jotka saattoivat kohdistua yhtä lailla niin nyky-yhteiskunnan alati lisääntyvään yksilön kontrolliin kuin pilkkaajien, rikollisten tai uskonlahkolaisten uhkaankin. Tämä lisäsi tutkittavien myöntövyyttä hoitoon, vaikka hekin mielisairaalamuistojen kirjoittajien tapaan kritisoivat hoitoon kuuluvia totaalisen laitoksen piirteitä.

Tässä luvussa olen keskittynyt potilaiden negatiivisesti sävyttyneisiin mielisairaalamuistoihin. Näen tutkijoiden yhtenä tehtävänä potilaiden kokemien epäkohtien yleiseen tietoisuuteen tuomisen, jotta niihin voitaisiin tehokkaammin puuttua ja tällä tavalla kehittää eettisempää ja tuloksiltaan parempaa mielenterveystyötä. Monitieteisen ja kokonaisvaltaisen ymmärryksen lisääminen – etenkin potilaiden ja omaisten näkökulmien esiintuominen – on tärkeää paitsi kulttuuristen ja historiallisten ennen kaikkea eettisten (muun muassa potilaiden ihmisarvoon liittyvien) syiden vuoksi.

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.

Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.

Muistoja ja kokemuksia mielisairaala- Muistitiedon keruu 2014–2015 (MKM)

LAIT JA ASETUKSET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Lainsäädäntö, Finlex [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 28.7.2020.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Lainsäädäntö, Finlex [verkkoaineisto]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 11.11.2019.

KIRJALLISUUS

- Achté, Kalle 1974: *Satakolmekymmentä vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1971*. Otava, Helsinki.
- Alakare, Birgitta 1999: *Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa*. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 123–145.
- Alanen, Yrjö O. 1999: Missä olet, mielisairaala? 1. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 44–52.
- Bergström, Tomi – Seikkula, Jaakko – Alakare, Birgitta – Mäki, Pirjo – Köngäs-Saviaro, Päivi – Taskila, Jyri J. – Tolvanen, Asko – Aaltonen, Jukka 2018: The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis. Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research* 270, 168–175.
- Bergström, Tomi 2019: Psykososiaalisia selitysmalleja psykoosi-ilmiön ymmärtämisen ja integratiivisen hoidon tueksi. *Lääkärilehti* 74: 13, 806–810.
- Cullberg, Johan 1999: Psykoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Suomentanut Jaakko Seikkula. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 35–43.
- Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina 2006: Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologia kysymyksiä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 25–48.
- Frueh, Bartley Christopher – Knapp, Rebecca G. – Cusack, Karen J. – Grubaugh, Anouk L. – Sauvageot, Julie A. – Cousins, Victoria C. – Yim, Eunsil – Robins, Cynthia S. – Monnier, Jeannine – Hiers, Thomas G. 2005: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric services* 56: 9, 1123–1133.
- Goffman, Erving 1997: *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalista laitoksesta*. Suomentaneet Auli Tarkka ja Riitta Suominen. Riihimäki, Mielenterveyden keskusliitto. Englanninkielinen alkuteos 1961.
- Goffman, Erving 1967: *Interaction ritual. Essays in face to face behavior*. Aldine Publishing Company, Lontoo.
- Harrow, Martin – Jobe, Thomas H. – Faull, Robert N. 2014: Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multifollow-up study. *Psychological medicine* 44: 14, 3007–3016.
- Hoekstra, Tieti – Lendemeijer, Bert – Jansen, Merel G. 2004: Seclusion. The inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11: 3, 276–283.
- Holmes, Dave – Kennedy, Suzanne L. – Perron, Amélie 2004: The mentally ill and social

- exclusion. A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in mental health nursing* 25: 6, 559–578.
- Huttunen, Matti O. 2014: Hoitosuhteiden ja lääkehoidon psykoterapeuttisesta merkityksestä. Teoksessa: Huttunen, Matti O. – Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Bookwell, Porvoo, 385–396.
- Huttunen, Matti O. – Raaska, Kari 2015: Psykenlääkkeiden käytön sudenkuopat. *Duodecim* 131: 18, 1651–1657.
- Hämäläinen, Kaisu 2014: Tapaustutkimus mielenterveyskuntoutujan eristämiskoke-
muksista ja ehdotuksista purkukeskustelun toteuttamiseen. Opinnäytetyö. Jyväskylän
ammattikorkeakoulu, kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201404073972>
- ISPS = The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias
and Other Psychoses 2019: *Honorable members. Johan Cullberg* [verkoaineisto]. Saata-
vissa: <https://web.archive.org/web/20090505224351/http://www.isps.org/bios/cullberg.shtml>. Viitattu 23.10.2019.
- Jenkins, Karen – Bennett, Lesley – Lancaster, Larry – O'Donoghue, Donal – Carillo, Frank
2002: Improving the nurse-patient relationship. A multi-faceted approach. *EDTNA/ERCA
Journal* 28: 3, 145–150.
- Jäntti, Saara 2012: *Bringing madness home. Janet Frame's Faces in the water, Bessie Head's
A question of power and Lauren Slater's Prozac diary*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4738-5>
- Jäntti, Saara 2019: Kodittomuuksia nuorten mielenterveyskuntoujien draamaryhmässä.
Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hul-
luus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 159–182. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Keski-Valkama, Alice 2010: *The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry.
A persistent challenge over time*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kirmayer, Laurence J. 2010: Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa: Pakaslahti,
Antti – Huttunen, Matti (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Bookwell, Porvoo, 16–31.
- Knuutila, Seppo 1992: *Kansanhuumorin mieli. Kaskut maailmankuvan aineksina*. Suomalai-
sen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Koivisto, Kaisa – Janhonen, Sirpa – Väisänen, Leena 2004: Patients' experiences of being
helped in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11: 3,
268–275.
- Kokkinen, Jari K. 2019: Draama, katarsis ja kohtaaminen vainopsykooseista selviämi-
sen kertomuksissa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä,
Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto,
Jyväskylä, 133–158. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Kontio, Raija – Joffe, Grigori – Putkonen, Hanna – Kuosmanen, Lauri – Hane, Kimmo
– Holi, Matti – Välimäki, Maritta 2012: Seclusion and restraint in psychiatry. Patients'
experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives.
Perspectives in psychiatric care 48: 1, 16–24.
- Krug, Etienne G. – Dahlberg, Linda L. – Mercy, James A. – Zwi, Anthony B. – Lozano, Rafael

- 2005 (toim.): *Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti*. Suomentanut Eila Salomaa. Terveyden edistämisen keskus, Helsinki.
- Kuosmanen, Lauri – Hätönen, Heli – Malkavaara, Heikki – Kylmä, Jari – Välimäki, Maritta 2007: Deprivation of liberty in psychiatric hospital care. The patient's perspective. *Nursing ethics* 14: 5, 597–607.
- Kähmi, Karoliina 2015: *"Kirjoittaminen on tie minuun, minusta sinuun". Ryhmämuotoinen kirjoittaminen ja metaforien merkitys psykoosia sairastavien kirjallisuusterapiassa*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Lai, Chien-Yu – Su, Yu-Yun – Lin, Shuai-Ting – Lin, Yu-Ching 2010: Music and restraint. Emotional control effects on psychiatric patients kept in seclusion. *Journal of nursing and healthcare research* 6: 4, 308–318.
- Laing, Ronald D. 1971: *Pirstoutunut minuus*. Suomentanut Erkki Puranen. Weilin+Göös, Helsinki. Englanninkielinen alkuteos 1960.
- Lakoff, George – Johnson, Mark 1980: *Metaphors we live by*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Maanmieli, Karoliina 2018: Suomalaiset käenpesät. Väkivallan metaforat ja traumakoemuksen kuvaus mielisairaalamuistoissa. *Psykotopia* 37: 1, 37–48.
- Maanmieli, Karoliina 2019a: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.
- Maanmieli, Karoliina 2019b: Häpeä suomalaisten mielisairaalamuistoissa. *Elore* 26: 1, 29–41.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2017: Psykoosi: sosiaalinen destruktionismi. *Psykotopia* 36: 1, 2–11.
- Maanmieli, Karoliina – Maanmieli, Jose 2019: Biologia ja psykiatrian tulevaisuus. Konferenssien herättämiä ajatuksia. *Psykotopia* 38: 2, 153–159.
- Makkonen, Pekka – Putkonen, Anu – Korhonen, Jukka – Kuosmanen, Lauri – Kärkkäinen, Jukka 2016: *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>
- Mazza, Nicholas 2003: *Poetry therapy. Theory and practice*. Routledge, Abingdon.
- Moilanen, Jani – Haapea, Marianne – Miettunen, Jouko – Jääskeläinen, Erika – Veijola, Juha – Isohanni, Matti – Koponen, Hannu 2013: Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication. A 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *European psychiatry* 28: 1, 53–58.
- MTV Uutiset 2019: Masennuslääkityksen lopettamisesta voi tulla vakavia oireita, mutta harva potilas saa kuulla niistä etukäteen lääkäriltä. "Potilaille pitäisi kertoa ongelmista". 23.10.2019 [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/masennuslaakityksen-lopettamisesta-voi-tulla-vakavia-oireita-mutta-harva-potilas-saa-kuulla-niista-etukateen-laakarilta-potilaille-pitaisi-kertoa-ongelmista/7598318#gs.i75qo6>. Viitattu 22.11.2019.
- Mäenpää, Heidi 2012: Potilaslähtöisyys korvasi pakkokeinot. Potilaan lääkärilehti 27.12.2012 [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/potilaslahtoisyyss-korvasi-pakkokeinot/>. Viitattu 11.11.2019.
- Nissi, Kaisa 2019: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen*

- mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 107–130. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1>
- Perttu, Sirkka 2002: Mitä on naiseen kohdistuva väkivalta? Teoksessa: Rautava, Marie – Perttu, Sirkka (toim.) *Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhde väkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 17–50.
- Pöysä, Jyrki 2015: *Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen*. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, Helsinki.
- Rasimus, Riitta 1999: Missä olet, mielisairaala? 2. Teoksessa: Haarakangas, Kauko – Seikkula, Jaakko (toim.) *Psykoosi. Uuteen hoitokäytäntöön*. Kirjayhtymä, Helsinki, 53–61.
- Rautanen, Mika 2019: Enemmän huomiota psykiatrisen hoidon sisältöön. *Lääkärilehti* 39: 74, 2148–2149.
- Rudegeair, Thomas – Farrelly, Susie 2008: Pharmacotherapy in the collaborative treatment of trauma-induced dissociation and psychosis. Teoksessa: Moskowitz, Andrew – Dorahy, Martin J. – Schäfer, Ingo (toim.) *Psychosis, trauma and dissociation. Evolving perspectives on severe psychopathology*. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Sarvela, Kati – Auvinen, Elisa (toim.) 2020: *Yhteinen kieli. Traumatietaisuutta ihmisten kohtaamiseen*. Basam Books, Helsinki.
- Seikkula, Jaakko – Alakke, Birgitta – Aaltonen Jukka 2011: The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 3: 3, 192–204.
- Sibitz, Ingrid – Scheutz, Alexandra – Lakeman, Richard – Schrank, Beate – Schaffer, Markus – Amering, Michaela 2011: Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British journal of psychiatry* 199: 3, 239–244.
- Soininen, Päivi – Putkonen, Hanna – Joffe, Grigori – Korkeila, Jyrki – Puukka, Pauli – Pitkänen, Anneli – Välimäki, Maritta 2013: Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International journal of mental health system* 28: 7, 1–10.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>.
- Tandon, Rajiv 2011: Antipsychotics in the treatment of schizophrenia. An overview. *Journal of clinical psychiatry* 72: 1, 4–8.
- THL Tilastoraportti 3/2012. Rautiainen, Hanna – Pelanteri, Simo: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010 [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://docplayer.fi/794273-Psykiatrinen-erikoissairaanhoito.html>. Viitattu 11.11.2019.
- THL Tilastoraportti 6/2018. Vainio, Suvi – Järvelin, Jutta – Passoja, Sirpa: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2016 [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136732/Tro6_18.pdf. Viitattu 11.11.2019.
- THL Tilastoraportti 33/2018. Vainio Suvi – Järvelin, Jutta – Kääriäinen, Sakari – Passoja, Sirpa: *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2017* [verkkoaineisto]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf. Viitattu 11.11.2019.

Vuorela, Mika – Aalto, Inkeri 2011: Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa: Korkeila, Jyrki – Joutsenniemi, Kaisla – Sailas, Eila – Oksanen, Jorma (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Duodecim, Helsinki, 32–37.

Whitaker, Robert 2019: *The door to a revolution in psychiatry cracks open. A MIA Report: Norway's health ministry orders medication-free treatment* [verkkoaineisto]. Saatavissa: <https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/>. Viitattu 11.11.2019.

Wunderink, Lex – Nieboer, Roeline M. – Wiersma, Durk – Sytema, Sjoerd – Nienhuis Fokko J. 2013: Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/ discontinuation or maintenance treatment strategy. Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70: 9, 913–920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>

LUENNOT

Pūras, Dainius 2018: Mental health and human rights. A need for the paradigm shift. Esitelmä Qualitative Research on Mental Health -konferenssissa. 20.9.2018.