

# Läketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005

Huumeriippuvuuden hoitoa koskeva keskustelu on kahden viime vuosikymmenen aikana keskittynyt Suomessa paljolti kysymykseen opioidiriippuvuuden lääkkeellisestä korvaushoidosta. Artikkelissa etsitään historiallisesta näkökulmasta vastausta siihen mitkä huumeriippuvuutta koskevassa lääketieteellisessä tietomuodossa ja hoitotavoissa tapahtuneet muutokset vuosina 1965–2005 edistivät korvaushoitojen läpimurtoa Suomessa. Käytetty aineisto koostuu pääasiallisesti Suomen Lääkärilehdessä ja Aikakauskirja Duodecimissa julkaistuista teksteistä. Aineiston analyysi perustui Michel Foucault'n kehittelemään historiallisen tutkimuksen välineistöön. Korvaushoitojen läpimurto liittyy biologisen paradigman nousuun psykiatriassa ja siihen liittyvään vaatimukseen hoidettavien sairauksien täsmällisestä määrittelystä ja rajaamisesta.

**JANI SELIN**

## JOHDANTO

Huumeriippuvuuden hoitoa koskeva keskustelu on kahden viime vuosikymmenen aikana keskittynyt Suomessa paljolti kysymykseen opioidiriippuvuuden lääkkeellisistä korvaushoidoista. Tällä hetkellä korvaushoidot ovat keskeisellä sijalla opioidiriippuvuuden hoidossa. Korvaushoitojen herättämän huomion, niitä koskevan kiistelyn ja niiden käyttöönoton on katsottu tiivistyvän kysymyksiksi kontrollia painottaneen huume politiikan painopisteen muutoksesta tai sosiaalihuollon hallitseman päihdehuollon ja lääketieteellisen päihderiippuvuuden hoidon suhteen muutoksesta.

Näitä muutoksia on eri tutkimuksissa tarkasteltu muun muassa huume politiikan periaatteita koskevien poliittisten päätösten ja eri näkemysten välisten jännitteiden kannalta (Hakkarainen ja Tigerstedt 2005, Tammi 2007, Hurme 2002a), sekä korvaushoitojen ja psykososiaalisten hoitomenetelmien ja näkemysten yhteensovittamiseen liittyvien käytännön ongelmien kannalta (Weckroth 2006). Kaiken kaikkiaan suomalaista yhteiskuntatieteellistä huumehoitotutkimusta on tehty melko paljon (esim. Heikkilä 2004, Weckroth 2006, Kuussaari 2006). Huumehoitojen historial-

liset tarkastelut ovat olleet harvinaisempia (Kinunen ja Lehto 1998, Ylikangas 2009). Lähestyn korvaushoitojen läpimurtoa ja huumeriippuvuuden hoidon yleisempää muutosta Suomessa hie man toisenlaisesta ja rajatummasta näkökulmasta kuin aiemmissa tutkimuksissa. Tutkimuskohteenani on huumeriippuvuuden lääketieteellisen hoidon ja huumeriippuvuutta koskevan tiedon historia Suomessa vuosina 1965–2005. Artikkelissa tarkastelen riippuvuudeksi käsitettyä laittomien, huumeiksi luokiteltujen aineiden käyttöä ja niistä riippuvaisten lääketieteellistä hoitoa. Analysoin huume hoidoissa ja huumeriippuvuutta koskevassa tietämyksessä tapahtuneita muutoksia ensisijaisesti lääketieteen sisältä nousevasta näkökulmasta. Keskeisinä tutkimuskysymyksinä ovat: 1) Miten lääketieteellinen huumeriippuvuuden tietomuoto ja riippuvuuden hoitotavat muuttuivat tarkasteluajana? 2) Mihin muutoksiin lääketieteessä, erityisesti hallinnan näkökulmasta, nämä muutokset liittyivät?

Kysymyksenasetteluni ja näkökulmani perustuvat Michel Foucault'n pohdintoihin tiedon ja vallan vastavuoroisesta suhteesta (esim. Foucault 2005a). Tämän vastavuoroisuuden kannalta on keskeistä, että tiedon kohteiden ja hallinnan koh-

teiden muotoutumisen nähdään liittyvän kiinteästi toisiinsa. Näiden kohteiden muotoutumista tarkastellaan käytäntöjen näkökulmasta. Tietämisen ja hallinnan käytännöt muodostavat yhdessä käytäntöjen asetelman. Asetelman muuttumista tarkastellaan tapahtumana, jonka luonteen selvittäminen on keskeistä (Foucault 2005b,223). Tavoittaakseni sen minkälaisesta muutoksesta on kyse, keskityn muutoksen eri tasoihin. Esimerkiksi Tigerstedt (1999) on tarkastellut alkoholipolitiikan ”kansanterveydellistymisen” tapahtumaa suhteessa liberaaliin hallinnan tapaan. Tigerstedtin tarkastelussa yksilöön kohdistuvat kontrollitoimet korvautuivat 1960-luvulla kansanterveysnäkökulman myötä yksilölle ulkopuolisten väestötasoisten abstraktien tekijöiden, ennen kaikkea alkoholin kokonaiskulutuksen, säätelyllä. Yksilön kannalta tämän kehityksen merkiksi liikettä kohti riskitietoisuuden painottamista. Vastaavasti suomalaisen huume politiikan uudelleen muotoilussa jännitteitä aiheutti 1990-luvulla yksilöön kohdistuneen poikkeavuuden hallinnan ja koko väestön kansanterveydellisen suojelun välinen ristiveto (Hakkarainen ja Törrönen 2002, 548–9, Hurme 2002b). Oma tarkasteluni tuo lisävaloa tähän tapahtumaan analyysillä, jossa painottuu lääketieteessä tapahtuneiden muutosten suhde hallinnan tavoissa tapahtuneisiin muutoksiin.

Pyrin siis analysoimaan muutoksia huumeriippuvuuden asetelmassa, joka koostuu tietämisen ja hallinnan käytännöistä. Tämän asetelman ulottuvuuksina ovat kullekin ajalle tyypillinen lääketieteellinen tietomuoto, joka koostuu sille tyypillisistä tietämisen käytännöistä (esim. sairauden ja terveyden arvioinnin tilastolliset normit, kliiniset tutkimukset, laboratoriotestit ja käsitejärjestelmät). Tarkoitan tietomuodolla Hackingin (1985) kuvaamia järkeilytyylejä, joiden puitteissa esitettyjen huumeriippuvuutta koskevien väitteiden totuudellisuuden ja virheellisyyden arviointi tulee mahdolliseksi. Tietomuodon ala ei siten kata tiedon sisältöjä, vaan niiden edellytyksenä olevaa käytännöllistä tietoa. Tämä tarkoittaa sitä, että huumeriippuvuuden määrittely ja rajaaminen esimerkiksi luonnehäiriöksi saa merkityksensä siinä käytännöllisessä yhteydessä, jossa se pyritään tietämään ja tekemään näkyväksi. Tällaisia käytäntöjä ovat esimerkiksi potilaiden tutkiminen psykiatrisella osastolla tai heille annettava keskusteluterapia.

Hallinnalla, joka on asetelman toinen ulottuvuus, tarkoitan erilaisia suunnitelmallisia huume-

riippuvaisten käyttäytymisen ohjaamiseen suunniteltavia tekniikoita ja teknologioita (esim. keskusteluterapia, laitoshoido, lääkitys, rankaisu, terveysneuvonta) (ks. Dean 1999). Asetelmia voi myös olla useita. Kunkin asetelman kohdalla huumeriippuvuus rajataan ja määritellään tietynlaiseksi. Hallinnan kohteet määrittyvät siten usein keskenään ristiriitaisesti hallinnan käytännöissä: huumeongelmainen voi olla asiakas, rikollinen ja potilas asetelmasta riippuen (Hurme 2002b). Tämä näkemys suuntasi huomioni kohti lääketieteellisissä käytännöissä, sekä niiden välisissä suhteissa, tapahtuneita muutoksia ja jatkuvuuksia. Pyrin artikkelini lopussa tavoittamaan näiden muutosten yhteyden laajempiin lääketieteen ja hallinnan tapojen muutoksiin.

## AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimuksessa käytetty aineisto koostui Suomen Lääkärilehdessä ja aikakauskirja Duodecimissa julkaistuista huumeista ja huumeriippuvuutta käsittelevistä teksteistä vuosina 1965–2005. Koska aikakauslehtiaineistoa oli joiltakin vuosilta vähän, sitä täydennettiin muilla aineistoilla, jotta aineistosta tehtävät päätelmät olisivat luotettavampia. Aineistoa täydennettiin ensinnäkin hallinnollisilla dokumenteilla (mm. vuosien 1969 ja 1971 huumeaineita koskevat komiteamietinnöt, huumeiden käyttäjien hoitoa koskevia Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja) sekä eri julkaisuissa (mm. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, Sosiaalinen aikakauskirja, Medisiinari, Alkoholikysymys) ilmestyneillä yksittäisillä huumeista ja riippuvuutta käsittelevillä teksteillä. Lisäksi käytettiin joitakin psykiatria ja huumeista käsitteitä kirjoja. Kaikkiaan lääkirlehdistä kerättyä aineistoa täydentäviä tekstejä oli noin kaksikymmentä. Aikaväli 1965–2005 valittiin tarkastelun kohteeksi, koska huumeiden käytöstä muodostui 1960-luvun lopulla merkittävä yhteiskunnallisen huolen kohde. Toisaalta vuoteen 2005 mennessä 1990-luvulla alkanut huumeiden käytön lisääntyminen oli taittunut ja lääketieteellisten hoitomuotojen integroiminen osaksi huumehoitojärjestelmää oli toteutunut. Käytettyyn aineistoon sisällytettiin kaikki tekstit, joissa käsiteltiin huumeriippuvuutta ja sen hoitoa, sekä tekstit joissa käsiteltiin päihderiippuvuuden luonnetta ja sitä koskevia teorioita. Kaiken kaikkiaan lääkirlehdissä julkaistuja tekstejä sisältyi aineistoon 138. Aineisto painottui voimakkaasti tarkasteluvälin ääripäihin: pelkästään vuosilta 1998 ja 1999 aineistoon sisällytettiin 25 tekstiä. Keskus-

telu oli siten tiiviisti kiinnittynyt suomalaisen huumeekysymyksen ratkaisemiseksi tehtyjen päätösten kannalta keskeisiin vuosiin. Tekstit olivat luonteeltaan moninaisia: alkuperäistutkimuksia, kirjallisuuskatsauksia, uutisia, kannanottoja, pohdintoja, mielipidekirjoituksia ja hoitotyöhön liittyviä käytännöllisiä ohjeita ja suosituksia. Kirjoittajat olivat pääsääntöisesti lääkäreitä.

Käytäntöjen asetelman muuttumisen analyysissä hyödynnän Foucault'n tapan sarjojen historian metodiikkaa (Kusch 1993, 29–31). Foucaultin (2005b) esittämistä tietomuodon säännönmukaisuuksien analyysitasoista keskeisin oli oman tutkimukseni kannalta tiedon kohteiden muotoutuminen. Riippuvuuden muotoutumista lääketieteellisen tiedon kohteena tarkastelin *esiintulopintojen* eli paikkojen, jossa huumeet nousivat yhteiskunnallisen huolen kohteeksi. Esimerkiksi 1960- ja 1970-luvulla huumeiden väärinkäyttöä koskevan huolen paikkana oli ennen muuta nuoriso. Lisäksi huumeiden käytön syitä haettiin nuorten perheistä. *Jäsennystavat* eli tiedon kohteiden käsitteellistämistavat olivat toinen analyysitaso. Tällä tasolla pyrin hahmottamaan sitä, miten huumeriippuvuudesta puhuttiin, miten ongelmaa rajattiin, luokiteltiin ja kytkettiin eri yhteyksiin lääketieteellisissä keskusteluissa. *Tiedon alue*, joka muodosti yhden analyysin tasoista, koskee kohteiden aluetta (esim. persoonallisuus, aivojen välittäjäaineet), jonka osaksi riippuvuus nähtiin. 1960-luvulta alkaen keskeinen tiedon alue oli persoonallisuuden psykodynamiikka. Tietomuodon ja hallinnan käytäntöjen suhteen tarkastelussa keskeisellä sijalla olivat ne tavat, joilla huumeriippuvuus on mahdollista tietää eli *lausumistavat* (Foucault 2005b, 57–76). Tällä tasolla tarkastelin sitä, miten riippuvuudesta saatiin tietoa. Huomioni kohdistui tällä tasolla ”intellektuaalisiin teknologioihin” (Rose 1999, 37) (esim. kliiniset haastattelut, laboratoriotestit), joita on käytetty riippuvuuden tietämiseen ja joiden kautta avautuu tietynlainen tiedon alue. Juuri teknologioissa ilmenee selkeimmin tietomuodon käytännöllisyys. Lisäksi tarkastelin hoitomenetelmistä eli huumeriippuvuuden hallinnan tekniikoissa tapahtuneita muutoksia..

Kunkin analyysitason puitteissa muodostettiin historiallinen sarja, joka koostui siihen kuuluvista tekstien osista. Sarjojen muodostamisen tavoitteena oli vertailevaa otetta hyödyntämällä paikantaa jatkuvuuksia ja katkoksia. Eri tasoilla tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin myös suhteessa toisiinsa, jotta niiden mahdollisia yhteyksiä

voitiin tarkastella. Analyysin viime vaiheessa tietomuodossa ja hoitotavoissa tapahtuneet muutokset ja jatkuvuudet pyrittiin suhteuttamaan toisiinsa.

## HUUMERIIPPUVUUDEN PSYKODYNAAMISESTA KÄSITYSTAVASTA BIOBEHAVIORAALISEEN NÄKEMYKSEEN

Tarkastellulla aikavälillä tavoissa käsittää huumeriippuvuus lääketieteen kannalta on löydettävissä niin jatkuvuuksia kuin katkoksia. Huumeriippuvuutta koskevan lääketieteellisen tietomuodon analyysin tuloksena havaittiin selkeä katkos huumeriippuvuuden yksilökohtaisen määrittelyn kohdalla. 1960- ja 1970-luvuilla huumeriippuvuuden nähtiin psykiatrisissa pohdinnoissa liittyvän luonnehäiriöihin, trauman aiheuttamaan persoonallisuuden kehityksen häiriöön ja osin myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Tultaessa 1990-luvulle tämä psykodynaaminen tietomuoto oli saanut rinnalleen biobehavioraalisen tietomuodon, joka painotti aivojen välittäjäaineiden ja opitun käyttäytymisen merkitystä riippuvuuden ymmärtämisessä (World Health Organisation 2004). Väestöä koskevan tietomuodon kohdalla huumeongelma nähtiin 1960- ja 1970-lukujen taitteessa nuorisoa koskevana epidemiana, jonka hallinta edellytti ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ja yhteiskunnallisia uudistuksia. 1990-luvulle tultaessa väestöä koskeva tietomuoto huumeongelmaan muuntui huumeiden käyttöön liittyviä riskejä ja niiden hallintaa korostavaksi järkeilyksi. Huumeriippuvuuden aiheuttamia ongelmia koskeva kansanterveydellinen, ennaltaehkäisyä painottava, lähtökohta säilyi muuttumattomana 1960-luvun lopulta 1990-luvulle. Tekijät, joiden nähtiin liittyvän riippuvuuteen, sen sijaan muuttuivat. Tähän kehitykseen liittyi uusien teknologioiden käyttö (esim. huumeiden käytön epidemiologia, korvaushoidot) joiden puitteissa ja kautta huumeriippuvuus pyrittiin tietämään ja hallitsemaan. Näiden monitasoisten muutosten kudelmaa jäljitetään seuraavaksi 1960-luvun ensimmäisestä huumeallostasta alkaen.

## HUUMERIIPPUVUUS JA LUONNEHÄIRIÖ

Huumeriippuvuuden lääketieteellinen määrittely oli Suomessa 1960- ja 1970-luvuilla tiukasti sidoksissa psykiatriseen katsantokantaan, kuten Suomen lääkiriliiton lausunto tuo esiin: ”kuten edellä on todettu, ovat huumeaineita jatkuvasti väärinkäyttävät poikkeuksetta psyykkisesti häi-

riintyneitä ja tarvitsevat ensisijaisesti hoitoa” (Suomen lääkäriliitto 1969, 2879). Erityisesti psykodynaamisesti virittynyt psykiatria oli tuolloin keskeisessä asemassa huumeriippuvuuden lääketieteellisessä selittämisessä, kuten myös koko suomalaisessa psykiatriassa (ks. Achté ym. 1969, Kaila 1967).

Huumeriippuvuus luokiteltiin Martti Kailan *Mielitaudit*-teoksessa (1967) osaksi elimellisiä mielisairauksia. Elimellinen tarkoitti sitä, että kyse oli ulkoisen tekijän aiheuttamasta aivovamasta. Riippuvuuteen taipuvaisia puolestaan olivat erityisesti psykopaatit eli luonnevikaiset. Psykopaatiakäsitteeseen oli jo 1800-luvun lopulta aina 1940-luvulle psykiatrisessa kirjallisuudessa sisältynyt sellaisia määreitä kuin heikkotahtoisuus, tarpeiden impulsiivinen tyydyttäminen, valheellisuus, epäsosiaalisuus ja elämän suunnittele mattomuus (Haapasalo 1985). Psykopatian nähtiin siis sopivan hyvin kuvaamaan huumeriippuvuutta, jonka yhtenä keskeisenä diagnostisena kriteerinä pidettiin ylivoimaista huumeeseen kohdistuvaa halua.

Tarkastellessaan vuoden 1967 tutkimukses saan vuonna 1950 lääkkeiden väärinkäyttäjistä tehtyjä diagnooseja, psykiatrit Achté ja Mäkimattila eivät olleet täysin tyytyväisiä tehtyihin diagnooseihin. Diagnostoituaan väärinkäyttäjät potilasrekisterien pohjalta uudelleen, he päätyivät arvioon, jonka mukaan vain 25 alkuperäisistä potilaista oli todella psykopaatteja:

Omassa aineistossamme 53 potilaalla (77 %) on jossakin vaiheessa merkitty muu psykiatrinen diagnoosi kuin narkomania. Ylivoimaisesti yleisin lisädiagnoosi on *Constitutio psychopatica*, joka on merkitty 47:lle. Aivan ilmeisesti kuitenkin psykopatia on merkitty usein diagnoosiksi pelkästään lääkeaineen väärinkäytön perusteella, ikään kuin siihen luonnostaan kuuluvana epiteettinä. (Achté ja Mäkimattila 1967, 1806.)

Sodan jälkeen näyttää siis vakiintuneen näkemys huumeriippuvuuden ja psykopaattiseen persoonallisuuden rakenteen yhteydestä. Tämän yhteyden painottaminen oli Yhdysvalloissa 1920-luvulla ollut yhteydessä huumeiden käytön muuttumiseen yhä huono-osaisempien tavaksi (Courtwright 1982, Musto 1999). Tilanne lienee kehittynyt myös Suomessa samoin, sillä sodan jälkeiset huumeiden käyttäjät erotti sotaa edeltäneistä käyttäjistä heidän alempi sosiaalinen asemansa, kuten Westlingin ja Riipan (1956) klassinen tutkimus osoittaa (ks. myös Lehtimäki 1966). Ensimmäisen

huumeaallon alkaessa psykopatian ja huumeriippuvuuden yhteys nostettiin esiin joissain teksteissä (Idänpään-Heikkilä 1970a, Lehtimäki 1965, 1966), mutta se ei enää ollut niin itsestään selvä kuin aiemmin. Näyttää siltä, että kyseinen piirre rajattiin koskemaan huumeiden käyttöä, joka oli tyyppillistä alemman sosiaaliluokan käyttäjille. Esimerkiksi lääkeaineriippuvuus oli keskiluokkai sempi ongelma, eikä sitä käsittelevien tekstien kohdalla puhuttu psykopatiasta.

1970-luvun alussa Achté, Alanen ja Tienari (1971) luokittelivat huumeriippuvuuden neuroosien ja luonnehäiriöiden välille, luokkaan, jonka aiempi nimi oli ollut psykopatia. Tähän luokkaan kuului myös sosiopaattinen luonnehäiriö, jota aiemmissa luokituksissa oli kutsuttu antisosiaaliseksi tai asosiaaliseksi psykopatiaksi (Achté ym. 1971, 199–203). Antisosiaalisuutta painottaneen varsinaisen psykopatian lisäksi huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytön taustalla nähtiin toisenlaiset luonnehäiriöt. Eräässä bentsodiatsepiini riippuvuutta käsittelevässä tekstissä keskeinen diagnoosi oli passiivis-riippuvainen tai passiivis-aggressiivinen luonnehäiriö (Idänpään-Heikkilä ja Schoolar 1970). Myös alkoholismien yhteydessä puhuttiin tuolloin usein passiivis-riippuvaisesta luonteesta. Passiivis-riippuvaista luonnetta luonnehti psykiatrisissa luokituksissa ”halu tulla hoi vatuksi ja dominoiduksi”, ja passiivis-aggressiiviselle luonteelle ominaista oli takertuvuus toisiin ja tiedostamaton suuttumuksen provosointi takertumisen kohteissa (Achté ym. 1971, 203). Selitettäessä huumeiden käytön syitä passiivis-riippuvainen luonnehäiriö nähtiin nuorten kohdalla, jotka olivat 1960-luvulla alkaneen ensimmäisen huumeaallon polttopisteessä, eräänä selittävänä tekijänä. Idänpään-Heikkilän ja Idänpään-Heikkilän (1972,184) mukaan se oli osa suurempaa tekijäryhmää, jota kutsuttiin ”psykososiaaliseksi monivammaisuudeksi”. Tähän kuuluivat sellaiset tekijät kuin ”heikko minä”, ”epäsosiaalinen käyttäytyminen”, ”heikko stressinsieto”, ”vaikea lapsuus” ja ”keskimääräistä huonompi sosiaalinen status” Kaiken kaikkiaan persoonallisuus, sen kehitys ja siihen liittyvät häiriöt muodostivat tiedon alueen, jonka puitteissa huumeriippuvuutta tarkasteltiin.

Huumeriippuvuuden kehityksen, tietämisen ja siihen suunnatun intervention kannalta huomio kohdistui siihen yhteyteen, jossa lasten persoonallisuuden nähtiin muotoutuvan ja häiriytyvän eli perheeseen. Perhe elinympäristönä, joka muovaa lapsen persoonallisuutta sen sisäisten

tunnesiteiden pohjalta, oli jäsennostapa, joka pitkälti orientoi suomalaisten psykiatrien näkemystä huumeriippuvuuden synnystä 1960-luvun lopulta alkaen (esim. Elosuo 1966, Idänpään-Heikkilä 1970a, Hägglund ja Pylkkänen 1976). Näkökulman asettuessa perheeseen, liitettiin huumeriippuvaisten persoonallisuuden häiriöihin uusia tekijöitä. Persoonallisuuden häiriöiden taustalla korostuivat lapsuudessa koetut traumat. Huumeiden käyttö nähtiin oireena traumatisoitumiseen palautuvista psyykkisistä ristiriidoista (esim. fiksoituminen tietynlaiseen viettitydytyksen muotoon) ja keinona tulla toimeen niiden kanssa. Psykiatrit Hägglund ja Pylkkänen (1976, 166–168) tuovat kuvatun painatuksen esille seuraavasti:

Monet psykodynaamisesti suuntautuneet tutkijat ovat korostaneet depression merkitystä sinä perimmäisenä motiivina, joka johtaa yksilön käyttämään alkoholia tai huumeita... Alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttäjillä on voitu useissa tutkimuksissa osoittaa olevan huomattavan paljon lapsuuden traumoja. Winnicott (1956) korostaa, että antisosiaalisen taipumuksen esiintyminen edellyttää aina myös todellisen deprivaation olemassaoloa. Taustalla on aina puute: hyvä varhainen ihmissuhdekokemus, jota ilman lapsi on jäänyt... Hypotesimme mukaan jokainen nuori asosiaalinen huumeiden ongelmakäyttäjä olisi kokenut jonkin hänen itsetuntoaan syvästi järkyttäneen trauman lapsuudessaan.

Tämä psykodynaaminen tietomuoto vakiintui pitkäksi aikaa vallitsevaksi tavaksi jäsentää nuorten huumeriippuvuuden syntyyn vaikuttavia yksilökohtaisia tekijöitä.

Psykiatrian toimialaksi ei enää näin ollen käsitetty pelkästään mielisairauksien hoito, vaan mielenterveystyö, jonka keskeinen osa oli ennaltaehkäisy. Sikäli kuin huumeriippuvuus tiivistyi ajatuksiin traumasta, puutteesta, häiriöstä ja antisosiaalisesta käyttäytymisestä, ja sen esiintulopinnaksi paikannettiin perhe, niin tavoitteeksi asetettiin ehkäisevät toimet jo traumatisoitumisen uhatessa. Perhettä ja ennen kaikkea omien ongelmiansa kanssa kamppailevia vanhempia oli tuettava yhteiskunnallisin toimenpitein, jotta välttyttäisiin vakavammilta mielenterveysongelmilta.

#### **HUUMERIIPPUUUS SOSIAALIPSYKIATRISENA JA KANSANTERVEYDELLISENÄ ONGELMANA**

Yhteiskunnallisuutta korosti perheen lisäksi myös ensimmäiseen huumeaaltoon liittynyt sosiaalipsy-

kiatrinen tietomuoto, jonka puitteissa huumeriippuvuuden nähtiin liittyvän kansanterveyteen sekä yhteiskunnallisiin muutoksiin ja prosesseihin. Persoonallisuutta ja yhteiskunnallisuutta painotaneet näkemykset eivät olleet keskenään ristiriidassa, vaan täydensivät toisiaan. Riippuvuus ei sosiaalipsykiatriselta kannalta ollut pelkästään perheen ongelma, vaan sen esiintulopintana oli nuori väestönosa. Huumeiden käyttö nähtiin joko nuorisoa koskevana globaalina epidemia tai länsimaiden yhteiskunnallisten ja kulttuuristen kipupisteiden ilmentymänä. Ensimmäistä käsityskantaa edusti ennen kaikkea ruotsalaisen Nils Bejerotin teoria huumeiden käytöstä epideemisenä ilmiönä.

Bejerotin (1970) käsityksen mukaan huumeriippuvuus ei ollut oire, vaan vakava tarttuva primäärisairaus. Bejerot lähestyi riippuvuutta ilmiönä, joka perustui nisäkkäiden sopeutuvuutta ja lajin säilymistä säätelevään mielihyväperiaatteeseen. Riippuvuudessa oli kyse tämän normaalin periaatteen tai halun suistumisesta raiteiltaan. Bejerot korosti riippuvuuden varsinaisen syyn olevan käytetyn aineen riittävän suuren ja riittävän pitkäkestoisen annostelun. Koska huumeriippuvuus levisi tartuntatautien tapaan tartunnan saaneiden ihmisten välityksellä, keskeiseksi ongelmaksi muodostui tartuntojen rajoittaminen. Käsitellessään huumeriippuvuuden selitysmalleja Bejerot totesi sosiaalisten olojen ja yksilöpsykologisten seikkojen olevan epätydyttäviä selityksiä, koska kuka tahansa saattoi tulla narkomaaniksi. Epidemian hallitseminen edellytti seuraavia toimia: tarttuvien aineiden poistamista eli tiukkaa huumausainekontrollia, riskiryhmien ”rokottamista” eli huumeille alttiiden nuorten valistamista, sairastuneiden hoitamista, sekä pitkäaikaista eristämistä erityisen tarttuville tapauksille.

Epideeminen huumeriippuvuuden jäsennostapa ei saanut varauksetonta tukea Suomessa, mutta nuorten huumeiden käyttöä tarkasteltiin kuitenkin myös tältä kannalta joissakin lääketieteellisissä kirjoituksissa (esim. Idänpään-Heikkilä 1970a, Idänpään-Heikkilä ja Idänpään-Heikkilä 1972). Epideeminen näkemys huumeriippuvuudesta, jossa korostui mikrobiologisesta ajattelusta lainattu käsitys spesifeistä taudinaiheuttajista, oli osin vastakkainen psykodynaamiselle näkemykselle, jossa korostui riippuvuuden kehittymisen monitekijäisyys. Jännite psykodynaamisen ja biologisen katsantokannan välillä ei kuitenkaan estänyt Bejerotin näkemyksiä saamasta tukea huumeriippuvuudesta kiinnostuneilta lääkäreiltä

(Varilo 1969, Suomen lääkäriiliiton työryhmä 1970).

Epidemian leviämisen syitä haettiin yhteiskunnallisesta muutoksesta, koko länsimaisen kulttuurin ongelmista ja nuorison yhteydestä näihin prosesseihin. Kiinnittämällä huomionsa yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jonka ilmentymä huume-epidemia länsimaissa 1960-luvun lopulla oli, lääkärit halusivat nostaa esiin tekijöitä, joiden hallinta auttaisi ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelussa. Puhtaasti epideemisinä tekijöinä korostui 1960- ja 1970-lukujen taitteen lääketieteellisissä teksteissä suomalaiselle päihdekulttuurille vieraiden pähteiden leviäminen vieraista kulttuuripiireistä, sekä uusien ”muodinmukaisten” käytötapojen omaksumista kotoperäisille aineille (Suomen lääkäriliitto... 1969, Suomen lääkäriiliiton työryhmä 1970). Keskeisiksi jäsenystavoiksi lääkärilehdistä julkaistuissa kulttuuri- ja yhteiskuntakriittisissä teksteissä nousivat pelko ja epävarmuus, vieraantuneisuus, taloudellisen voiton tavoittelu, ihmissuhteiden välineellisyys, nykykulttuurin ahdistavuus ja pinnallisuus, median vaikutus nuorison todellisuuskäsitykseen, sekä nuorison vastarinta ja kapinointi vallitsevaa vieraantuneisuutta ja ahdistavuutta ylläpitävää järjestystä vastaan (ks. Kosonen 1969, Karimo 1970, Majava 1970, Taivalsaari 1970). Yhteiskunnan nopean muutoksen, yhteiskuntia uhkaavan totaalisen sodan riskin, nuorison ”synnyn”, ja yksilöpsykologisten tekijöiden yhdessä nähtiin laukaisse 1960–70-lukujen taitteen psykiatrien silmissä maailmanlaajuisen narkomania-epidemian.

Nuorisoa esiintulopintana tarkasteltiin yhtäältä rakenteellisten tekijöiden määrittämänä ikäsegmenttinä (sukukypsyyksiän työelämään siirtymisen rajaamana joukkona), sekä toisaalta ”jengien” ja ”lössien” toiminnallisina kokonaisuuksina, joissa vaikutuksille alttiit nuoret omaksuivat ryhmälle tyypilliset käyttäytymistavat (KOM 1969, B 53, Varilo 1969). Joidenkin lääkäreiden mielestä huumeiden käyttäjät olivat masentuneita, ahdistuneita, ikävystyneitä, uteliaita sekä vanhempia ja yhteiskuntaa vastaan kapinoivia nuoria (Idänpään-Heikkilä ja Idänpään-Heikkilä 1972). Huumeongelmasta kiinnostuneiden lääkäreiden kirjoituksissa ahdistuneisuus, uteliaisuus ja kapinointi nähtiin yhtäältä osana normaaliin murrosikään kuuluvina ilmiöinä. Ne olivat samalla huumeiden käytölle ja riippuvuudelle altistavia tekijöitä. Pyrkinessään eroon vanhemmistaan ja kasvaessaan heistä erillisiksi persooniksi

nuoret tavoittelivat kuulumista ryhmään, joka tarjosi turvaa kuten äiti. Ryhmän merkitys korostui niiden nuorien kohdalla, joiden ”kodin emotionaalinen anti on niukka” eli juuri niiden perheiden, joissa psykososiaaliset ongelmat korostuivat ja joiden lapset olivat erityisen masentuneita ja ahdistuneita. (ks. Varilo 1969, Idänpään-Heikkilä ja Idänpään-Heikkilä 1972.) Toisaalta esimerkiksi Idänpään-Heikkilä (1970a) näki itsenäistymispyrkimyksiä rajoittavaksi elementiksi yhteiskunnan, joka edusti nuorille perheessä toimivaa rankaisevaa isää. Autoritaariseksi koettu yhteiskunta instituutioineen asetui rajoittamaan nuorten itsenäistymispyrkimyksiä ja joutui heidän protestiansa, kuten huumeiden käytön, kohteeksi. Sama kirjoittaja tulkitsi nuorten aggressioiden kohdistuvan myös itseän, minkä eräs muoto oli huumeiden käyttö. Kaiken kaikkiaan vanhempien ja yhteiskunnan kyvyttömyys reagoida nuorten luonnolliseen kehitykseen empaattisesti nähtiin siis ongelmana, joka oli eräs keskeinen piirre huumeiden käytön yleistymisessä.

Tiivistäen huumeriippuvuuden psykiatriset tietomuodot 1960- ja 1970-lukujen taitteessa jäsentyivät ”trauman” ja ”epidemian” käsitteiden ja niitä vastaavien tiedon alueiden varaan. Perhe ja nuoriso olivat tässä keskeiset esiintulopinnat. Yksilöllisen persoonallisuuden kehityksen nähtiin vaurioituneen lapsuudessa, mikä johti antisosiaaliseen käyttäytymiseen. Epideeminen huumeriippuvuuden jäsenystapa seuraa melko tarkkaan ehkäisevän kansanterveystyön jakoa primääriiseen (psykiatrilta häiriöille ja niitä aiheuttaville tekijöille alttiiden ryhmien kartoitus), sekundääriiseen (primääripreventiossa löydettyjen ryhmien auttaminen) ja tertiääriiseen preventioon (psykiatrisista häiriöistä jo kärsivien tilanteen helpottaminen). Sovelletuna huumeriippuvuuteen tämä tiivistyi perheolojen kartoitukseen, nuorten valistukseen ja aineiden saannin rajoittamiseen, sekä narkomaanien hoitoon, joita vuoden 1971 Huumausainekomitean mietinnössä (KOM 1971: B39) painotettiin. Trauman ja epidemian käsitteiden kautta psykiatria kykeni perustelemaan ja perustamaan huumeriippuvuuden psykiatrisena häiriönä. Sen etiologia ei perustunut erityisiin riippuvuutta koskeviin teorioihin, vaan sen jäsenystapa oli pitkälti yleistä psykodynaamisista teoriaa persoonallisuudesta. Lääketieteellinen kiinnostus kohdistui täten ennen kaikkea riippuvuuden psykologiseen elementtiin ja riippuvuuden fysiologiseksi käsitetyt elementit (toleranssi ja vieroitusoireet) jäivät vähemmälle huomiolle.

## HUUMERIIPPUUUS BIOBEHAVIORAALISENA ILMIONÄ

Seuraavassa tarkastelen huumeriippuvuuden lääketieteellisissä tietomuodoissa tapahtuneita muutoksia 1980-luvulta alkaen. Näistä muutoksista keskeisimpiä olivat ensinnä se, että 1960- ja 1970-lukuja hallinneen psykoanalyttisen näkökulman ote suomalaisessa psykiatriassa alkoi kansainvälistä kehitystä seuraten heikentyä 1980-luvulla ja biologinen suuntaus psykiatriassa alkoi voimistua (Alanen 1988, Hyvönen 2008). Kuitenkin vielä 1980-luvulla valtaosa psykiatrian professoreista oli psykoanalyttikkoja (Karlsson 2006). Aineistossa biologisen psykiatrian nousu ei tule 1980-luvun osalta vielä huumeriippuvuuden kohdalla esille. Huumeriippuvuuden ylläpito ja korvaushoitoja kuitenkin käsiteltiin lääketieteellisissä julkaisuissa jo 1980-luvulla. Lisäksi huumeriippuvuutta alettiin jäsentää yhä enemmän myös biobehavioraaliseen näkökulmasta.

Uusina huumeriippuvuuteen liittyvinä tekijöinä esiin nousivat 1990-luvun ja 2000-luvun lääketieteellisissä teksteissä muun muassa tarkkaavuushäiriöt ja geenien vaikutus (ks. Kajesalo ja Kiesepä 1996, Lönnqvist ja Marttunen 2001). Huumeiden käytölle ja riippuvuudelle alttiiden ryhmä laajeni nuorisosta kohti heterogeenisempää joukkoa huumeiden käyttäjiä. Näitä esiintulopintoja olivat raskaana olevat naiset, maahanmuuttajat, syrjäytyneet ja tartuntatautien kantajat. Lääkäreiden kirjoituksissaan esittämä huomio kohdistui enenevässä määrin myös huumeriippuvuuteen liittyviin somaattisiin sairauksiin, kuten hepatiitteihin, sukupuolitauteihin, HIV-infektioihin, suonitulehduksiin ja tuberkuloosiin (Heinäla 1995, Leinikki ym. 1996, Konsensuslausuma... 1999).

Psykodynaamisen tietomuodon rinnalle nousi 1970- ja 1980-lukujen taitteessa kaksi uutta tiedon aluetta: behavioraalinen ja kognitiivinen psykologia. Behavioraaliset näkemykset olivat 1970-luvun lopulla käytössä alkoholiongelmiaisten hoidossa (esim. Mäkelä 1982). Aivotutkimuksessa tehdyt löydökset puolestaan suuntasivat lääketieteellisen katseen kohti aivojen toimintaa. Tämä muutos merkitsi selkeää katkosta huumeriippuvuuden tarkastelussa ja näkemys riippuvuudesta kroonisena aivosairautena alkoi haastaa psykodynaamista näkemystä. Aivotutkimus ja kognitiivis-behavioraalinen näkökulma ovat ammentaneet toinen toistensa tutkimustuloksista (Gifford ja Humphreys 2007) ja ovat siten yhdessä olleet korvaamassa psykodynaamista mallia.

Behavioraaliselta kannalta huumeriippuvuu-

nessa on kyse enemmän opitusta käyttäytymisestä kuin erityisestä identiteetistä. Kognitiivinen malli puolestaan painottaa yksilön kykyä vaikuttaa itse riippuvuusikäyttäytymiselle altistaviin tekijöihin. (Drummond 2001.) Behavioraalinen näkemys perustuu ajatukseen, että huumeriippuvuus on ehdollistumisen kautta opittu käyttäytymismuoto. Ehdollistuminen voi perustua positiivisiin odotuksiin, joihin voi kuulua niin huumeen aiheuttama nautinto kuin sen käyttökontekstiin liittyvät positiiviseksi koetut tekijät. Ehdollistuminen voi perustua myös negatiivisiin odotuksiin, jotka tavallisesti käsitetään vieroitusoireiksi. Sekä positiivisten että negatiivisten odotusten on nähty toimivan huumeiden käyttöä laukaisevina tekijöinä. Kognitiiviset teoriat puolestaan painottavat yksilön kyvykkyyttä ja uskomuksia: ”kognitiivinen terapia auttaa päihdeongelmiaisia vähentämällä mielihaluja esiintymistiheyttä ja voimakkuutta. Se heikentää uskomuksia, jotka ylläpitävät mielihaluja ja opettaa potilaalle keinoja niiden säätelyksi tai hallitsemiseksi” (Tuomola 1998, 289). Painottaessaan yksilön omaa kyvykkyyttä ja mahdollisuuksia aktiivisesti oppia pois addiktiivisesta käyttäytymisestä ja sitä ylläpitävistä ajattelu- ja toimintatavoista, kognitiivis-behavioraalinen näkemys sopii ennaltaehkäisyn logiikkaan.

Neurokemiallisen huumetutkimuksen eräänä keskeisenä lähtöajatuksena puolestaan oli Himmelsbachin 1940-luvulla muotoilema homeostaasi-adaptaatio-teoria (Littleton 2001), jonka mukaan huumeiden pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivoissa neurokemiallisia muutoksia. 1980-luvun alussa teoria oli Suomessa kiinnostuksen kohteena:

Teorian mukaan aivosoluissa kehittyi alkoholin vaikutusten kompensatioreaktioita alkoholin vaikutusten pienentämiseksi (toleranssi) ts. homeostaasin ylläpitämiseksi. Alkoholi ja sen välittämien vaikutusten hävittyä nämä kompensatoriset muutokset aiheuttavat ”yliäryvyttä”, joka heijastuu vieroitusoireina eli fyysisenä riippuvuutena. (Eriksson 1982, 346.)

Tästä näkemyksestä tuli johtava hypoteesi tutkittaessa huumeriippuvuuden syntyä aivoissa (Littleton 2001). Se on myös hyvin lähellä ehdollistumisen ajatusta: ehdollistumisessa aivot herkistyvät käytetylle aineelle ja aineen poissaolo aiheuttaa ”yliäryvyttä”, joka toimii negatiivisena vahvistajana.

Aivotutkimuksesta tukea saaneen korvaushoidon läpimurto merkitsi lääketieteen kannalta, että tavoitteena ei enää ollut parantaminen, vaan ennen kaikkea huumeiden käyttöön liittyvien riskien hallinta. Varhaisempi psykodynaaminen teoria riippuvuudesta yhdistettynä epideemiseen näkökulmaan ei ollut mahdollistanut erityisen spesifien interventioiden suorittamista. Tiedon alueen avautuessa aivojen neurokemikaaleihin ja huumeiden käyttöön liittyviin infektioihin, spesifit ehkäisevät ja huumeisiin liittyviä riskejä vähentävät toimenpiteet tulivat mahdollisiksi.

Riskien hallinnan myötä huumeiden käytön kansanterveydellistä uhkaa ei aiemman lääketieteellisen ajattelun tavoin jäsennetty epideemisen huumeiden käytön näkökulmasta, vaan huumeiden käytön ja siihen liittyvien epidemioiden (erityisesti suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyvien infektioiden) kannalta. Tämä liittyi huumeiden käytön voimakkaaseen lisääntymiseen 1990-luvulla. Lääketieteen parissa käydyissä keskusteluissa ei enää painotettu sitä, että huumeriippuvuuden ehkäisy ja hallinnan tulisi perustua ulossulkemiselle (huumeiden leviämisen ehkäisy ja tartunnan saaneiden eristäminen). Samalla huumeiden käyttöä ja siihen liittyviä tartuntatauteja koskevasta epidemiologisesta tiedosta tuli keskeisempää. Tämän tiedon saamisen kannalta uudet huumeiden käytön yleisyyttä ja huumeiden ongelmakäyttöä koskevat tutkimukset, sekä matalan kynnyksen hoidot ja terveysterveystapaalvelut olivat olennaisia. Matalan kynnyksen palvelut olivat tarjonneet keinoja luoda kontakteja huumeriippuvaisiin ja saada tietoa heistä ja heidän terveyteensä liittyvistä ongelmista (ks. Partanen ym. 2004). Seuraavaksi näitä muutoksia tarkastellaan uusien hoitomuotojen kannalta.

## HUMERIIPPUVUUDEN HOIDON MUUTOSLINJOJA

Seuraavaksi tarkastelen huumehoitomenetelmiä ja niissä tapahtuneita muutoksia, sekä näiden suhdetta menetelmiin, joita on käytetty huumeriippuvuuden tietämisen ja tunnistamiseen. Vaikka psykiatrialla oli ollut keskeinen rooli huumehoidoissa vielä 1960-luvulla (Kinnunen ja Lehto 1998), niin tultaessa 1970-luvulle tilanne muuttui. Huumausainekomitean mietinnössä vuonna 1969 ja erityisesti Huumausaineneuvottelukunnan mietinnössä vuonna 1971 lääketieteen rooli rajattiin marginaaliseksi. Huumeriippuvuuden hoito päätettiin järjestää jo käytössä olevan päihdehuoltojärjestelmän puitteissa. Muun muassa Järvenpään sosiaalisairaala ja psykiatrisissa

sairaaloissa hoidettiin kuitenkin edelleen huumepotilaita.

## HUMERIIPPUVAISTEN PSYKOTERAPEUTTINEN HOITO JA SEN ONGELMIA

Lääketieteellisistä hoitomenetelmistä keskeisimmät olivat laitoshoidona toteutetut yksilökohtainen psykoterapia ja katkaisuhoidot, perheterapia sekä sosiaalisten olojen selvittely. Laitoshoidot olivat joko vapaaehtoisuuteen perustuvaa tai pakkohoidoa. Seuraavassa tarkastellaan näitä hoitoja ja niihin liittyneitä ongelmia.

Lääketieteellisissä huumehoitoissa 1960- ja 1970-luvuilla eristäminen laitokseen oli keskeisellä sijalla, mutta myös avohoidot hyödynnettiin. Aluksi laitoshoidot tapahtuivat vieroitushoidon vuoksi. Vieroitushoidossa eri psykolääkkeillä oli merkittävä osuus katkaisuhoidojen kohdalla (Idänpään-Heikkilä 1970a, 387–388, Ahonen 1999). Keskeisimmät lääketieteellistä huumehoitoa tarjoavat laitokset olivat vuoteen 1975 toimineet Hesperian sairaalaan nuorten huumeiden käyttäjien osasto ja Järvenpään sosiaalisairaala. Lääkäreitä työskenteli myös muissa huumeongelmia hoitavissa suuntauksissa, kuten Arkadian klinikalla Helsingissä.

Hesperian sairaalassa toiminut nuorten huumeiden käyttäjien osasto edusti laitoshoidot, jossa toteutettiin yhteisöhoitollisia periaatteita. Yhteisöhoitollisia periaatteita yhdistettynä ryhmähoitoon toteutettiin Järvenpään sosiaalisairaala, jossa myös avohoidolla oli nuorten huumeiden käyttäjien hoidossa merkittävä asema 1970-luvun alkupuolella (Ahonen 1999). Myös Hesperian osastoon kuului avopoliklinikka. Käytännössä yhteisöhoitollisuus merkitsi sallivampaa suhtautumista sääntöihin kuin perinteisillä psykiatrisilla osastoilla.

Hesperian osastolla, jonka toimintaa Hägglund ja Pylkkänen (1975) esittelivät Suomen lääkärilehden artikkelissaan, käytettiin psykolääkkeitä, mutta varsinainen riippuvuuden taustalla olleita ongelmia selvittävä hoito perustui psykoterapiaan, jota annettiin potilaiden lisäksi myös koko perheelle. Terapiaan kuului potilaiden tukeminen selviytymisessä takaisin yhteiskuntaan. Selvittelevässä terapiassa hoidon tavoitteena oli ratkaista potilaiden pyrkimys pitää kiinni huumeiden käytöstä, ”oireestaan”, koska se on ollut heille keino tulla toimeen omien psyykkisten ristiriitajensa kanssa. Perheterapiassa tavoitteena oli myös perheen vastarinnan ylittäminen:

”Perheen on hyvin vaikea luopua asenteistaan nuorta aineiden käyttäjää kohtaan, koska perheen yhtenäisyys ja toimintakyky on voinut perustua juuri huumeiden käyttäjän olemassaoloon perheessä... Tällöin huumeiden käyttäjän paraneminen ja itsenäistyminen syntipukista tasaveroisesti itseään puolustavaksi aikuiseksi kohtaa voimakasta vastarintaa muiden perheenjäsenten taholta.” (Hägglund ja Pylkkänen 1975, 1189.)

Psykoterapeuttisen hoidon ongelmat olivat moninaiset: potilailla ei ollut motivaatiota, he eivät pyyneyt hoidossa, he eivät puhuneet ja heiltä puuttui persoonallisuuden rakennetta, johon psykoterapeuttinen ote olisi voinut kohdistua. Kysymys motivaatiosta oli olennainen, koska se vaikutti siihen kuinka ja missä riippuvuutta hoidettiin:

”Tämä vapaaehtoisuuteen perustuva hoito soveltuu sellaisille väärinkäyttäjille ja yksilöille, joiden alkuaan heikohkoa motivaatiota on pystytty tietoisesti lisäämään siinä määrin, että kyseinen hoito on mahdollista. Jäljelle jäävää hoitoa vastustavaa, täysin hoitomotivaatiota vailla olevaa ryhmää voidaan pienentää siten, että harkituissa tapauksissa voitaisiin vastoin potilaan tahtoa soveltaa vapaaehtoisen ja tahdon vastaisen hoidon yhdistelmää.” (Suomen lääkäriliitto 1969, 2877).

Riippuvuudesta kärsivien persoonallisuus liittyi olennaisesti motivaatioon ja huumeriippuvaisten lyhytjännitteisyys ja impulsiivisuus vaikeutti terapeuttisen suhteen vakiinnuttamista: ”toisen pääryhmän muodostavat luonnehäiriöpotilaat, joista vaikeimpia ovat asosiaalisuuteen taipuvat psykoopaatit. [A]sosiaalinen huonon hoitomotivaation omaava aines aiheuttaa sen, että paremman prognosin omaavat potilaat lähtevät pois...” (Idänpään-Heikkilä 1970a, 387). Sikäli kuin potilailta puuttui motivaatiota osallistua hoitoon, oli hoito psykoterapian keinoin lähes mahdotonta. Motivaation lisäämisen eräs keino oli hoidollinen yhteisö, jota Hesperian sairaalassa yritettiin. Jos vastaanhangoittelevaa narkomaania ei saatu hoitoon vapaaehtoisesti tai pysymään hoidossa, oli mahdollista toteuttaa pakko-hoito. Pakkohoito oli kuitenkin ongelmallinen ratkaisu, jos yksilö ei kokenut olevansa hoidon tarpeessa itse ja siten tunnustanut terapeutin auktoriteettia suhteessa itseensä.

Päihderiippuvuuden kohdalla sairaudentunnon ja motivaation puutteen ongelmia on jäsennetty addiktio tutkimuksessa kieltämisen (denial) käsitteen avulla. Jotta sairaudentunto voi syntyä,

on riippuvaisen tunnustettava riippuvuus itselleen. Vasta tämän jälkeen terapia voi alkaa. Tarkestelluissa teksteissä kieltämisestä ei puhuta mitään, mutta kuten yllä esitetystä jo käy ilmi, on kysymys motivaatiosta ja sen puutteesta saman teeman variaatio. Hägglundin ja Pylkkäsen (1975, 1185) mukaan: ”Psykoterapeuttinen hoito edellyttää nuorelta itseltään motivaatiota lähteä aktiivisesti hakemaan selvyyttä vaikeuksiinsa”. Tämä selvyys löytyy psykodynaamisen teorian mukaan lapsuuden ongelmista, joiden ratkaisematta jääminen on huumeiden käytön syy. Motivoitumisen myötä vastarinnan takaa paljastuu lopulta se kätkeyty identiteetti, joka on yritetty kieltää: ”yksinäinen ja turvaton lapsi” (mt, 1188).

Sikäli kuin persoonallisuuden kehitys oli jäänyt lapsen tasolle, kohtasi terapeutti toisen ongelman:

”Alkoholistin persoonallisuudelle on ominaista hahmottomuus ja struktuurin puute. Tämä johtuu taustalla olevan persoonallisuuden vaurion luonteesta... sekä lisäksi siitä, että alkoholistit ovat tottuneet ratkaisemaan vaikeutensa juomisella, jolloin heidän persoonallisuuteensa ei myöhemminkään elämässä ole voinut kehittyä sillä tapaa selvärajaista struktuuria kuin on ominaista neurooseille ja usein myös psykooseille. Tämä persoonallisuuden hahmottomuus on tarjonnut niukasti suunta- viivoja analyyttiselle psykoterapiaharrastukselle...” (Kiviranta 1977, 1511).

Vaikka yllä esitetystä lainauksesta on kysymys alkoholismista, on syytä muistaa, että alkoholismia koskeneet psykodynaamiset näkemykset olivat hyvin samankaltaisia kuin huumeriippuvuuden kohdalla. Vaikka kieltämisen tai motivoitumattomuuden vastarinta murtuisi, oli epäonnistumisen mahdollisuus terapiassa suuri, koska paljastunut persoonallisuuden alue olisi liian vaikea kohde järjestelmälliselle tietämykselle ja interventiolle. Riippuvuus oli siten lääketieteen kannalta vaikeasti tavoitettava ”liikkuva” kohde niin vapaaehtoisen kuin pakkohoidon kannalta. Myös psyykelääkkeiden käyttö oli ongelmallista, koska vaarana oli uusi riippuvuus. Uudet 1980- ja 1990-luvuilla käyttöön otetut hoitokeinot voidaan nähdä yrityksenä ratkaista näitä ongelmia.

#### LÄÄKETIETEELLISEN HUUMERIIPPUVUUDEN HOIDON UUDET HOITOKIINOT

Ylläpitoluonteisen lääkehoidon nostivat puheenaiheiksi vuosina 1981 ja 1990 yksityislääkärit,

jotka määräsivät opioidilääkitystä huumeriippuvaisille. Vuonna 1981 oikeus katsoi niin sanotussa Dolorex-oikeudenkäynnissä ylläpidon olevan laillinen hoitomenetelmä. Kuitenkin 1990 oikeus katsoi Temgesic-lääkkeellä toteutetun ylläpito-hoidon lainvastaiseksi. (Pyllkkänen 1992.) Lääkintöhallituksen ylilääkäri Heikki Sumuvuori katsoi tuolloin hoidon Temgesicillä olevan vain sairau-den ylläpitämistä, eikä pitänyt sitä hyvänä menetelmänä. Lääkäriliiton aiheesta järjestämässä seminaarissa paikalla olleet huumeriippuvaiset vaativat hoidon jatkamista ja laajentamista. Samalla kannalla oli A-klinikkasäätiön lääkäri Antti Holopainen, joka katsoi sen olevan joissain tapauksissa välttämätöntä. (Narkomaanihoi-don... 1991.)

Käynnistyneen korvaushoitokeskustelun vuoksi perustettu Opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoitotyöryhmä esitti raporttinsa 1993, jossa se otti varovaisen myönteisen kannan lääkehoitojen laajentamiseen. Vuoteen 2002 mennessä, korvaus- ja ylläpitohoitojen hyväksymisen myötä, opioidiriippuvuuden lääketieteellinen hoito oli muuttunut painopisteeltään täysin uudenaikaiseksi ja lääketieteen rooli alkoi korostua. (ks. Hakkarainen ja Tigerstedt 2005.)

Alkuvaiheessa useat lääkärit kritisoivat STM:n korvaushoidoille asettamia tiukkoja kriteerejä (esim. Salakari 1998). Korvaushoidolle asetetut tiukat kriteerit heijastavat perinteistä ajatusta siitä, että riippuvuus on sairaus joka pitää parantaa. Korvaushoidon nähtiin soveltuvan viimekätisenä vaihtoehtona kaikkein vaikeimmille huumeriippuvaisille. Tämä oli ristiriidassa monien korvaushoitoja vaatineiden lääkäreiden ajattelun kanssa, kuten vuonna 1999 pidetyn lääkäriseura Duodecimin järjestämän konsensuskokouksen konsensuslausumassa todettiin: ”Konsensuskokous pitää perusteltuna, että hoitokynnystä opioidien korvaushoidossa hallitusti alennetaan...jolloin huumeiden käytöstä aiheutuvat sosiaaliset ja terveydelliset haitat vähenevät” (Konsensuslausuma...1999, 2520). Tiukat kriteerit, joita myöhemmin lievennettiin huomattavasti, perustuivat uhalle, että käytetyt lääkkeet leviäisivät katukauppaan tai ylipäätään huumeikäyttöön. Tiukat kriteerit nähtiin korvaushoitojen puolestapuhujien kannalta epäeettisinä, sillä ne sulki-vat hoitojen ulkopuolelle valtaosan suonensisäisesti opioideja käyttävistä.

Korvaushoitojen kohdalla vaarana oli myös se, että korvaushoitoa annettaisiin huumeriippuvaisille, joiden pääasiallinen ongelma ei ollut he-

roini tai muu opioidi (Opioidiriippuvaisten... 1993). Tältä pohjalta nousi tarve määritellä tarkasti se riippuvuuden taso, joka oikeuttaa pääsyn korvaushoitoon. Uudet teknologiat, joiden käytöstä 1990-luvulta alkaen aletaan keskustella toimivat riippuvuuden mittaamisen ja todentamisen välineinä. Huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien kannalta ne mahdollistavat myös yksilön yhteiskunnalle aiheuttaman riskin arvioinnin. Pohdinnan kohteiksi nousivatkin useissa teksteissä erilaiset strukturoidut tai avoimet haastattelumenetelmät, laboratoriokokeet, muut huume-testit, pätevien kliinisten havaintojen tekeminen sekä anamneesin ja siinä annettujen tietojen todentamisyyden tarkistaminen eri lähteistä (esim. Kallio ja Poikolainen 1995, Poikolainen 1995, Alaja 1999).

Ongelmia aiheutti myös korvaushoitolääkkeen annostelu. Potilaiden mielestä annos on usein liian pieni (Weckroth 2006). Annosta säätelemällä pyritään löytämään tasapaino, jossa sekä aineen aiheuttama euforia että vieroitusoireet pysyvät tasapainossa. Tässä ihannetilanteessa opioidiriippuvaisen kehon toiminnot normalisoituvat, hän pysyy hoidossa ja samalla riippuvuuden aste kyetään tietämään. Pyrkimys hallita ja tietää riippuvuus ovat nähdäkseen korvaushoidollisen teknologian kaksi keskeisintä elementtiä. Ongelmalliseksi tilanteen tekee potilaalle se, että hänen kokemuksensa ja tietonsa oman kehon toiminnasta suhteessa lääkkeeseen jää helposti alistetuksi suhteessa lääkärin asiantuntemukseen.

Korvaushoitojen rinnalla käytetyt uudet kognitiivis-behavioraaliset terapiat ovat suuntautuneet käyttäytymiseen, ajattelutapoihin ja niiden muokkaamiseen. Oleellinen ero verrattuna psykodynaamisiin terapioihin on se, että omien ajatusten, tunteiden ja toiminnan tulkinnan sijaan, kognitiivis-behavioraaliset terapiat kannustavat opettelemaan uusia toiminnan tapoja (Rose 1990). Painottaessaan uusien taitojen opettelua kognitiiviset ja behavioraaliset terapiat eivät pyri sairauden tai psyykkisen ongelman poistoon, vaan haitallisten tapojen ja taitojen korvaamiseen uusilla ja paremmilla taidoilla, jotka edistävät raittiutta ja ehkäisevät käytön uudelleen aloittamista. Uusien taitojen oppimisessa oleellista on oman elinympäristön aktiivinen muokkaaminen sellaiseksi, että haitalliseksi koetun käyttäytymisen todennäköisyys vähenee.

## KOHTI TEHOKKAAMPAA HUUMERIIPPUVUUDEN HALLINTAA?

Keskeiset muutokset huumeriippuvuuden lääketieteellisissä tietomuodoissa ovat siirtymä pois persoonallisuuden syväpsykologiasta kohti käyttäytymistä, ajattelutapoja ja aivojen välittäjäaineita. Väestöllisellä tasolla keskeinen siirtymä oli pois huumeiden väärinkäytöstä nuorisoon epidemiana kohti moninaisille ryhmille ominaisten ongelmien ja terveysriskien näkökulmaa. Väestön tasolla kansanterveydellinen pyrkimys terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn säilyi samana. Kuinka sitten ymmärtää näiden muutosten suhdetta yleisempiin lääketieteessä, psykiatriassa ja yhteiskunnallisessa hallinnoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin?

Tiivistäen kyse on siitä, että lääketieteen ja psykiatrian murros on pyrkinyt tekemään huumeriippuvuudesta täsmällisemmin rajatun, mitattavan ja siten helpommin hallittavan kohteen. Tässä muutoksessa on nähdäkseni ainakin kolme keskeistä tekijää.

Ensiksi psykiatrian kohdalla tasapainoileminen biologisen ja psykologisen välillä on leimannut koko sen historiaa ja pyrkimystä legitimoida itsensä osana lääketiedettä (ks. Lakoff 2005, Shorter 2005). Viime vuosikymmeninä psykiatriassa on tapahtunut (jälleen) käänne biologian suuntaan ja aivotutkimuksen ja geneettisen lääketieteen tutkimustulokset ovat voimistaneet uskoa mielenterveyden häiriöiden syiden somaattiseen perustaan. Myös huumeriippuvuus on alettu nähdä kroonisena aivosairautena.

Toiseksi psykiatria on myös irtaantunut laitoksesta ja muuttunut laajemmaksi mielenterveystyöksi. Psykiatrinen hoito on Suomessa 1990-luvun alusta keskittynyt voimallisesti avohoidon kehittämiseen (Hyvönen 2008). Tässä prosessissa psyykelääkkeillä, psykiatristen laitosten kritiikillä, sosiaaliturvan ja talouden asettamilla kustannus-hyöty vaatimuksilla on kullakin ollut oma roolinsa (Scull 1984, Lakoff 2005). Huumeriippuvuuden kohdalla lääkkeelliset korvaushoidot sopivat tähän avohoidon painottumiseen psykiatriassa. Ne ovat myös parantaneet avohoidoissa pysyvyyttä, joka oli aiemmin merkittävä ongelma (esim. Holopainen 1992).

Kolmanneksi lääketieteeltä odotetaan entistä enemmän tehokkuutta. Lääketieteen tulisi olla myös kliinisesti tieteellisempää, standardoidumpaa ja siten tehokkaampaa (Berg 1997, Timmermans ja Berg 2003). Tähän evidence-based medicine-näkemykseen liittyy ajatus sairauksista spe-

sifeinä, standardoituina, entiteetteinä (Rosenberg 2002). Tämä vaatimus on tullut yhä tärkeämmäksi biologisessa psykiatriassa, sillä lääkkeiden tehokkuuden osoittaminen edellyttää todisteita sen tehosta spesifiin sairauteen. Näin myös sairauksien luokitusten on oltava täsmällisempiä ja rajattava selkeä sairaus. (Lakoff 2005, 10–11.) Myös Suomessa käytetty korvaushoitolääke buprenorfiini voidaan ajatella tällaisena täsmälääkkeenä, jonka teho on kehämäisesti osoitus spesifiin sairauden olemassaolosta.

Hallinnan näkökulmasta nämä muutokset ovat ilmenneet valtion osittaisena vetäytymisenä, jolloin vallan harjoittaminen toimii yhä enemmän yksilöiden ja yhteisöjen vastuullistamisen kautta (Rose 1999). Hallinnan painopiste on siirtynyt yksilöön kohdistuvista toimenpiteistä yhä enemmän yksilölle ulkoisten olosuhteiden ja prosessien hallintaan. Tämä tulee esiin kansanterveyden ja yksilöä vastuullistavien hallinnan teknologioiden yhteydessä.

Kansanterveyden kohdalla epidemiologisesta tiedosta ja erityisesti sairauksille altistavien riskien arvioinnista on tullut tärkeää. Tultaessa 1990-luvulle huumeriippuvuutta ei ensimmäisen huumeaallon tavoin nähty enää nuorisoa koskevana epidemiana, vaan pikemminkin endeemisenä ilmiönä, jonka tietämisessä epidemiologinen tiedon keruu on olennaista. Tässä näkökulmassa huumeriippuvuus ei ole keskiössä, vaan huumeiden käytön aiheuttamat yksilökohtaiset ja yhteiskunnalliset haitat (Hurme 2002b). Ajatus kamppailusta huumeita ja riippuvuussairautta vastaan siten jatkuu, mutta osana koko väestöä koskevaa kansanterveystyötä.

Yksilön kohdalla vastuullistaminen ja elämänhallinnan painotus tulee esiin kognitiivis-behavioraalisisissa terapioiden ja korvaushoidoissa. Kognitiivis-behavioraaliset terapiat kannustavat yksilöä opettelemaan uusia taitoja ja muokkaamaan omaa elinympäristöään tavalla, joka ehkäisee huumeiden käytön uusiutumista. Niissä haitallisten tapojen korvaaminen uusilla on keskiössä (ks. Rose 1990). Korvaushoidossa tavoitteena on haittojen vähentäminen, mutta siinä painottuu myös yksilön oma aktiivisuus (Weckroth 2006). Korvaushoidossa lääkkeen rooli ei ole pelkästään terapeutinen, vaan myös diagnostinen. Psykoterapian kannalta buprenorfiinin diagnostinen merkitys korostui terapeuttien kannalta siinä, että lääkityksen myötä hoitoon kiinnittyminen ja potilaan varsinaisten ongelmien ratkaisuun tähtäävä terapia tulivat mahdollisiksi (ks. Salakari 1998).

Näin korvaushoito voi toimia sekä sairauden ja käytöksen hallinnan teknologiana että diagnosti-  
sena välineenä, jolla normalisoidaan käytöstä,  
kehon toimintaa, mutta samalla saadaan tietoa  
riippuvuuden asteesta (lääkkeen annostelun opti-  
mointi) ja avataan väylä muiden ongelmien kar-  
toittamiseen (ks. Gomart 2002).

Korvaushoito kykenee näin ollen ainakin osit-  
tain ratkaisemaan psykoterapiaan liittyneitä on-  
gelmia: hoidossa pysyvyys paranee ja täsmälli-  
semmin määriteltynä somaattisena sairautena  
opiaattiriippuvuus on helpommin tavoitettava,  
mitattava ja hallittava kohde kuin psyykinen

trauma. Tämän käänköpuolena on yksilön oman  
kokemuksen mahdollinen väheksyminen. Kun  
kliininen, tapauksiin perustuva, lääketieteellinen  
taito korvautuu satunnaistetuista hoitotutkimuk-  
sista saaduilla tieteellisillä yleistyksillä, on mah-  
dollista että yksilökohtaiset tarpeet jäävät huo-  
miotta. Tämä voi ilmetä myös hoitojärjestelmän  
tasolla, joka vaatii ”sen oman logiikan mukaan  
käyttäytyvää, ennustettavampaa ja pitkäjäntei-  
sempää asiakasta” (Törmä 2007, 104). Hoito  
saattaa vaatia siten huumeriippuvaiselta juuri sel-  
laista toimijuutta, jonka puute on hoidon tavoit-  
teena ja sen tarpeen perustana.

Selin J. *Medicine, drug addiction and its treatment in Finland between 1965 and 2005*  
*Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2010:47:250–265

The discussion concerning the treatment of drug  
addiction in Finland during the past twenty years  
has largely focused on substitution treatment of  
opioid addiction. In this article, changes between  
years 1965 and 2005 in the medical discourse on  
addiction and in medical methods of treatment of  
drug addiction that contributed to the acceptance  
of substitution treatments are discussed. The data  
mainly consisted of texts published in two Finn-

ish medical journals: *Suomen Lääkärelehti* and  
*Duodecim*. The analysis is based on the methodo-  
logical tools of historical research developed by  
Michel Foucault. The breakthrough of substitu-  
tion treatments in Finland is seen as a part of bi-  
ologisation of psychiatry and the increasing de-  
mands in medicine to standardize treatment prac-  
tices and define diseases as specific entities.

## KÄYTETTY AINEISTO

- Achté K, Mäkimmattila A. Lääkkeiden väärinkäyttö  
sairaalahoitoon johtaneena tekijänä Suom  
Lääkäril 1967:22:1804–1810.
- Achté K, Alanen YO, Tienari P. Persoonallisuuden  
psykodynamiikka. Turun yliopiston psykiatrian  
klinikka, Turku 1969.
- Achté, Alanen YO, Tienari P. *Psykiatria*. Wsoy,  
Porvoo 1971.
- Achté K, Fagerström R. Eettisiä ongelmia päihteiden  
käyttäjien hoidossa. *Suom Lääkäril* 1988:43:932–  
939.
- Addiktion biologiset mekanismit. *Duodecim*  
2004:120:1279.
- Aira M, Tacke U. kuopion yliopistollisen sairaalan  
huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikan toiminta.  
*Suom Lääkäril* 2004:59:2719–2722.
- Alaja R. Päivystävä lääkäri, huumeet ja päihteiden  
sekäkäyttö. *Duodecim* 1998:114:2136–2143.
- Alaja R. Miten totean potilaan huumeiden käytön.  
*Suom Lääkäril* 1999:54:3683–3686.
- Alaja R, Seppä K, Sillanaukee P. Päihdepotilaat  
yleissairaalan psykiatrisessa konsultaatiossa. *Suom*  
*Lääkäril* 1995:50:3729–3735.

- Bejerot N. *Huumausaineet – ihmisen ongelma*.  
Kirjayhtymä, Tampere 1970.
- Bondenstam S. *Huumausainekomitean mietintö*  
valmistunut. *Suom Lääkäril* 1969:24:1756–1758.
- Elosuo R. Nuorison tinnerinkäytöstä. *Suom Lääkäril*  
1966:21:1643–1646.
- Elosuo R. Tinneristit ja heidän perheensä. *Suom*  
*Lääkäril* 1968:23:3070–3074.
- Eriksson CJP. Alkoholitoleranssi ja -riippuvuus.  
*Duodecim* 1982:98:342–350.
- Fabritius C, Granström V. Huumeriippuvuuden  
korvaushoito. *Suom Lääkäril* 1999:54:3703–  
3708.
- Fabritius C, Koski-Jännes A. *Päihdelääketieteen*  
yhdistys, A-klinikkasäätiö. *Opiaattiriippuvuuden*  
*korvaushoidon käsikirja*. Päly ja A-klinikkasäätiö,  
Helsinki 2005.
- Geier L. *Narkomaanit ja akupunktuuri*. *Suom*  
*Lääkäril* 1973:28:1708–1709.
- Hakola P. Onko alkoholismi sairaus? *Duodecim*  
1980:96:1435–1439.
- Halmesmäki E, Kari A. *Huumeet ja raskaus*.  
*Duodecim* 1998:114:2109–2114.

- Harenko A. Harenko addiktiosta. *Medisiinari* 2/1965:26–30.
- Heinälä P. Huumevieroitus. *Duodecim* 1995;111:1113–1116.
- Heinälä P. Kannabis ja sen terveysvaikutukset. *Duodecim* 1998;114:2115–2120.
- Heinälä P. Huumehaittojen vähentäminen. *Suom Lääkäril* 1999;54:3661–3663.
- Heinälä P, Murto L, Poikolainen K. Vastuu addiktioasiakkaiden hoidosta. *Suom Lääkäril* 1995;50:933.
- Helve A, Kilpiö O, Koli T. Mitä Helsingin kansalaiskoulujen oppilaat tiesivät huumausaineista marraskuussa 1968. *Suom Lääkäril* 1969;24:887–893.
- Hermansson T. Mitä mahdollisuuksia opioidiriippuvaisten hoidossa? *Suom Lääkäril* 2001;56:4763–4766.
- Hermansson T, Sarvanti T. Suomen huumestrategia ja huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmät. *Suom Lääkäril* 1999;54:3655–3659.
- Holmberg N, Kähkönen S. retkahduksen ehkäisy päihdeongelmien hoidossa. *Duodecim* 2005;121:1309–1315.
- Holmström I. Huumeet eivät ole leikin asia. *Suom Lääkäril* 1981;36:1146–1147.
- Holopainen A. Päihdeongelmien hoitoon tarvitaan lisää koulutusta ja uutta asennetta. *Suom Lääkäril* 1989;44:2441–2442.
- Holopainen A. Amfetamiini ja muut stimulantit päihteinä. *Duodecim* 1998;114:2121–2126.
- Holopainen A. Huumepotilaan psykososiaalinen tuki vieroituksessa ja kuntoutumisessa. *Suom Lääkäril* 1999;54:3675–3682.
- Holopainen A. Pääkaupunkiseudun huumeongelmaa hoidetaan luvattoman huonosti. *Suom Lääkäril* 2004;59:743.
- Holopainen A, Mäkelä R, Heinälä P. Uusi erityispattevyys tulossa. Miksi päihdelääketiedettä tarvitaan. *Suom Lääkäril* 1994;49:1307–1308.
- Huttunen M. Alkoholin vieroitusoireiden hoito. *Duodecim* 1979;95:443–449.
- Huttunen M. Lääkeaddikti lääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 1989;105:856–863.
- Huttunen M. Huumeista, huumeiden käyttäjistä ja huumepolitiikasta. *Duodecim* 1998;114:2100–2102.
- Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.
- Huumausainestrategia 1997. Komiteamietintö 1997: 10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1997.
- Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuskokous 1.–3.11.1999. Suomalainen lääkärisseura *Duodecim*, Suomen akatemia, Helsinki 1999.
- HYKS perusti huumeyksikön. *Suom Lääkäril* 1987;42:1919.
- Hägglund T-B. Kuka hyötyy huumevalistuksesta? *Suom Lääkäril* 1972;27:3481–3484.
- Hägglund T-B, Pylkkänen K. Huumeita käyttävien nuorten psykoterapia sairaalaoasastossa ja poliklinikassa. *Suom Lääkäril* 1975;30:1184–1191.
- Hägglund T-B, Pylkkänen K. Nuorten huumeidenkäyttäjien depressiotausta. *Duodecim* 1976;92:166–176.
- Hägglund T-B. Nuoruusiän psykiatria. Tammi, Helsinki 1985.
- Idänpään-Heikkilä J. Hašiksen ja marihuanan psykoaktiiviset aineet. *Suom Lääkäril* 1969a;24:998–1003.
- Idänpään-Heikkilä J. Ei syytä cannabiksen vaarojen vähättelyyn. *Suom Lääkäril* 1969b;24:1292.
- Idänpään-Heikkilä J. Kannabis tuoreimpien tutkimusten valossa. *Duodecim* 1972;88:191–198.
- Idänpään-Heikkilä J. Onko huumausaineongelma hankaloitumassa? *Suom Lääkäril* 1984;39:1920–1921.
- Idänpään-Heikkilä P. Huumaavien aineiden käyttäjät ja heidän hoitonsa. *Suom Lääkäril* 1970a;25:385–391.
- Idänpään-Heikkilä P. Pentatsosiiniriippuvuus. *Duodecim* 1970b;86:1386–1387.
- Idänpään-Heikkilä P, Idänpään-Heikkilä J. Nuorten huumausaineongelma. *Duodecim* 1972;88:178–190.
- Idänpään-Heikkilä P, Pihkanen T. Nuorten huumeidenkäytön nykytilanne Helsingissä. *Suom Lääkäril* 1976;31:197–198.
- Idänpään-Heikkilä P, Schoolar J. Pentatsosiiniriippuvuus. *Duodecim* 1970;86:519–522.
- Isohanni M. Psykiatrisen osaston kehittäminen terapeutiksi yhteisöksi. *Duodecim* 1977;93:23–34.
- Jansson M. Huumeongelmaisten hoitoon tarvitaan sekä rahaa että uutta asennetta. *Suom Lääkäril* 1998;53:616–618.
- Järvi U. Ministeriö haluaa huumehoitot asiakkaan lähelle. *Suom Lääkäril* 2000;55:2672–2674.
- Järvi U. Hoitojärjestelmä tukehtuu korvaushoito-potilaisiin. *Suom Lääkäril* 2001;56:2367.
- Järvi U. Suomen huumepolitiikka etsii itseään. *Suom Lääkäril* 2003;58:2838–2839.
- Kaila M. Mielitaudit. *Wsoy*, Porvoo 1967/1956.
- Kajesalo K, Kiesepää T. Vaikeasti huumeongelmaisen potilaan arviointi ja hoidon suunnittelu. *Suom Lääkäril* 1996:320.
- Kallio T, Poikolainen K. Päihderiippuvuuden arviointi. *Suom Lääkäril* 1995;50:3609.
- Kalliopuska M, Vehviläinen M-R. Nuorilla huumausaineiden käyttäjillä esiintyvät kromosomimuutokset. *Suom Lääkäril* 1974;29:635–638.
- Karimo J. Hippiliikkeen kulissit. *Suom Lääkäril* 1970;25:1971–1975.

- Kasanen A. Lääkeaineiden krooninen väärinkäyttö. *Duodecim* 1970;86:475–481.
- Kempainen J. Huumeapotilaan lääkkeetön hoito – päihdeiden käytön lopettaminen ja päihdelogiikan murtaminen. *Suom Lääkäril* 2003a;58:3463–3465.
- Kempainen J. Onko päihdeongelman hallinnan illusio ongelmia hoitavienkin suurin harha? *Suom Lääkäril* 2003b;58:4508.
- Keso L. Huumeiden käyttäjien hoidon ennuste. *Suom Lääkäril* 1986;41:1939–1942.
- Keso L. Alkoholismien hoidon tuloksellisuus. *Suom Lääkäril* 1987;42:1883–1885.
- Kiviranta P. Alkoholiongelma ja alkoholismi sekä niiden hoito. *Suom Lääkäril* 1977;32:1511–1514.
- Koistinen P. Eikö päihdyttävien aineiden väärinkäyttö olekaan psykiatria? *Suom Lääkäril* 1984;39:2994.
- Koistinen P. Päihdehuollon uusi työnjako. *Suom Lääkäril* 1986;41:3304–3306.
- Kokko S. Psykiatria ja alkoholiongelmaisten laitoshoido. *Suom Lääkäril* 1978;33:590–594.
- Komiteamietintö 1969:B 53. Huumausainekomitean mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1969.
- Komiteamietintö 1971:B 39. Huumausaine-neuvottelukunnan mietintö n:o 1. Ehdotus huumaus- ja lääkeaineiden väärinkäyttäjien hoito-organisaation kehittämiseksi. Helsinki 1971.
- Korpi E. Huumeriippuvuuden patofysiologia. *Suom Lääkäril* 1999;54:3687–3693.
- Konsensuslausuma. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. *Duodecim* 1999;115:2510–2522.
- Korte T, Heinälä P, Seppälä T, Strömberg C. Kokemuksia päihdeseuonnasta huumevieroitus-hoidon tukena. *Suom Lääkäril* 1990;45:1141–1146.
- Kosonen T. Huumausaineongelma. *Suom Lääkäril* 1969;24:292.
- Kosonen T. Lääkkeiden huumeikäytön estäminen. *Suom Lääkäril* 1978;33:1038.
- Kouvalainen K. Sanoista tekoihin huumeongelmassa. *Suom Lääkäril* 1999;54:3643–3644.
- Lahelma E. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 2003;119:1863–1868.
- Laine J. Ruiskeita kurjuuteen. *Suom Lääkäril* 1967;22:2373–2374.
- Laine P. Suomen huume politiikka etsii sopua. *Suom Lääkäril* 2003;58:3466–3467.
- Laine P. Subu on hyvä renki, mutta huono isäntä. *Suom Lääkäril* 2003;58:4622–4623.
- Lehtimäki L. Sosiaalinen narkomania. *Sosiaalilääk Aikak* 1965;3:13–21.
- Lehtimäki L. Narkomaniasta Suomessa. *Alkoholikysymys* 1966;34:119–128.
- Lehtimäki L. Huumausaineiden sosiaaliset vaikutukset ja vauriot. *Suom Lääkäril* 1970;25:398–402.
- Lehtola J. Huumausaineita käyttävän nuorison hepatiittiepideemia Helsingissä. *Suom Lääkäril* 1969;24:1465–1469.
- Leinikki P, Lillsunde P, Kantanen M, Korte T, Seppälä T. Huumeiden käyttöön liittyvät virustartunnat. *Duodecim* 1996;112:150–156.
- Lepistö J, Seppä K. Päihdeongelman vaikeuden arviointi kyselymittareiden avulla. *Suom Lääkäril* 1999;54:3965–3970.
- Lönnqvist J, Marttunen M. Nuorten päihdeongelmien hoito. *Duodecim* 2001;117:1585–1590.
- Majava H. Hippiliike ja mielenterveys. *Suom Lääkäril* 1970;25:1976–1982.
- Marttunen M, Lönnqvist J. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. *Duodecim* 2001;117:1579–1584.
- Meririnne E, Seppälä T. opiaattiriippuvuuden neurobiologiaa. *Duodecim* 2004;120:951–959.
- Murto L, Mäkelä R. Päihdeongelmaisten erityispalvelut. *Suom Lääkäril* 1989;44:297–300.
- Mäkelä R. Alkoholistin psyykinen profiili. *Suom Lääkäril* 1979;34:1665–1667.
- Mäkelä R. Alkoholismien hoitokeinot. *Duodecim* 1982;98:419–427.
- Mäkelä R. Päihdehuoltolain vaikutus terveyskeskustyöhön. *Suom Lääkäril* 1988;43:2911–2915.
- Mäkelä R. Huumeapotilaan pitkäaikainen kuntoutus. *Duodecim* 1998;114:2129–2135.
- Mäkelä R. Huumeet hoidot terveydenhuollon yleisillä ehdoilla. *Suom Lääkäril* 1999;54:3645–3646.
- Mäkelä R. Korvaushoito auttaa opiaattiriippuvaisia. *Suom Lääkäril* 2005;60:1011.
- Narkomaanien hoidon ongelmat: pillereitä, pakkohoitoa vai? *Suom Lääkäril* 1991;46:59–60.
- Narkomaanien ylläpitohoitoon odotetaan STH:n kannanottoa. *Suom Lääkäril* 1991;46:3294.
- Niemelä O. Päihdeiden käytön diagnostiikka. *Suom Lääkäril* 2002;57:3963–3968.
- Ojutkangas R. Alkoholismista ja sen syistä. *Suom Lääkäril* 1977;32:1713.
- Ojutkangas R. Alkoholistista ei tule kohtuikäyttäjä. *Suom Lääkäril* 1980;35:552–554.
- Opioidiriippuvuuden lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:21. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.
- Opioidiriippuvuuden narkomaanien lääketoityöryhmä. Opioidiriippuvuuden narkomaanien lääketoityöryhmän muistio. Stakes, Helsinki 1993.
- Ovaska I, Heinälä P. Laatutyötä päihdesairaalaissa: erilaisia päihdeitä – erilaisia potilaita? *Suom Lääkäril* 1996;51:3019–3024.
- Partanen A, Holmström P, Holopainen A, Perälä R. Buprenorfinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Suom Lääkäril* 2004;59:3605–3611.
- Pekkarinen T. Helsinki modernisoi huumestrategiaansa. *Suom Lääkäril* 2000;55:2063.

- Pirkola S, Marttunen M. Päihteitä käyttävän nuoren tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. *Duodecim* 2001;117:1591–1597.
- Poikolainen K. Päihderiippuvuuden diagnostiikka uudistuu. *Suom Lääkäril* 1995;50:3605–3606.
- Poikolainen K. Huumeet Suomessa: esiintyvyys ja kustannukset. *Duodecim* 1998;114:2103–2108.
- Potasev T, Savolainen K. Huumeet infektioiden levittäjänä. *Suom Lääkäril* 1997;52:2953–2958.
- Rimón R. Heroiinin väärinkäyttäjien kuntoutus. *Suom Lääkäril* 1973;28:500–504.
- Rimón R. Narkomaanin metadonihoido. *Duodecim* 1981;97:1753–1757.
- Pylkkänen K. Huumeslangi nuorten depression ilmentäjänä. *Suom Lääkäril* 1976;31:697–701.
- Pylkkänen K. Mielenterveystyö ja Suomen Terveyttä kaikille 2000 -ohjelma. Teoksessa *Psykiatria 1980-luvulla. Mielisairaalan liitto 60-vuotta. Mielisairaalan liitto*, Helsinki 1988.
- Pylkkänen K. Psykenlääkkeiden käyttö huumeongelmana. *Sos Aikak* 1992;86:15–17.
- Rauramo M. Mielihyväriippuvuusairaudet lisääntyvät. *Suom Lääkäril* 2000;55:1143.
- Rimpelä M. Addiktioasiakkaat – toisen luokan kansalaisia? *Suom Lääkäril* 1994;49:3687.
- Salakari J. Heroiini-riippuvaisten hoito buprenorfinilla. *Suom Lääkäril* 1998;53:89.
- Salakari J. Buprenorfinin tuontikielto – miksi? Erään opioidiriippuvaisen kohtalo. *Suom Lääkäril* 2003;58:1082–1083.
- Salaspuro M. Rikos ja rangaistus. *Duodecim* 2002a;118:275–276.
- Salaspuro M. Opiattiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. *Suom Lääkäril* 2002b;57:5183–5189.
- Salaspuro M. oikea diagnoosi ja oikea hoito – päihderiippuvaisen ainoa mahdollisuus. *Suom Lääkäril* 2003;58:2082.
- Salaspuro M. Toinen linja. *Suom Lääkäril* 2004;59:3603.
- Sariola S. Ylläpitohoito Suomeenkin. *Suom Lääkäril* 2000;55:2058.
- Sariola S. Huumehoitomuistio joutui rajuun ryöpytykseen. *Suom Lääkäril* 2001a;56:3805.
- Sariola S. Opioidiriippuvaisen lääkähoidosta muistio: Buprenorfini-vieroitusta lisättävä. *Suom Lääkäril* 2001b;56:4030.
- Seppä K. Perusterveydenhuollon näköalat huumeongelmiin. *Duodecim* 1998;114:2096–2098.
- Seppä K, Kaukinen S, Mehtonen O-P. Anestesia opioidiriippuvuuden vieroituksessa. *Suom Lääkäril* 1999;54:3695–3700.
- Seppälä T, Kuitunen T. Buprenorfini – caveat! *Suom Lääkäril* 1990;45:390–392.
- Suomen lääkäriliitto huumausaineongelmasta. *Suom Lääkäril* 1969;24:676–677.
- Suomen lääkäriliitto. Huumausaineiden väärinkäyttäjien hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia kehitettävä kiireellisesti. *Suom Lääkäril* 1969;24:2877–2879.
- Suomen lääkäriliiton työryhmä. Huumausaineet ongelmana. Suomen lääkäriliitto, Helsinki 1970.
- Suomen lääkäriliitto. Epäkypsiä ehdotuksia huumausaineongelman hoitamiseen. Suomen lääkäriliiton lausunto huumausaineuuvottelukunnan mietinnöstä n:o 1. *Suom Lääkäril* 1971;26:3039–3040.
- Suominen J, Saarijärvi S. Miksi opioidiriippuvuuden buprenorfinihoito ei toteudu kunnolla Suomessa? *Suom Lääkäril* 2003;58:4149–4152.
- STM:n määräykset opioidiriippuvuuden hoidosta. *Suom Lääkäril* 1997;52:2544.
- Taipale I. Päihdehuollon kriisimme. *Suom Lääkäril* 1978;33:1056–1061.
- Taipale I. Alkoholisti, juoppo vai päihdeongelmainen? *Duodecim* 1980;96:247–249.
- Tikkanen J, Nyberg T, Heinonen O. HIV ja huumeiden käyttäjät Suomessa. *Suom Lääkäril* 1986;41:3301–3303.
- Tirkkonen J. Päihdepotilas hoidettava vähin lääkkein. *Suom Lääkäril* 1976;31:2180–2182.
- Tacke U. Lääkeriippuvuus ja vieroittaminen. *Duodecim* 1998;114:1003–1017.
- Tacke U. Eroja opiaattiriippuvaisten korvaushoitokäytännöissä. *Suom Lääkäril* 2003;58:682.
- Taivalsaari E. Huumausaineiden käytöstä Suomessa. *Suom Lääkäril* 1970;25:410–413.
- Tiihonen J. Stimulanttiriippuvuuden hoidot. *Duodecim* 2004;120:1191–1192.
- Tirkkonen J. Päihdepotilas hoidettava vähin lääkkein. *Suom Lääkäril* 1976;31:2180–2182.
- Tuomola P. Päihdeongelmien hoito kognitiivisen terapian avulla. *Suom Lääkäril* 1998;53:289–293.
- Turpeinen P. Nuorison huumeongelman nykytilanne. *Duodecim* 1984;100:8–10.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:4. Sosiaali- ja trveysministeriö, Helsinki 1999.
- Varilo E. Nuorisokulttuuri ja huumausaineongelma. *Suom Lääkäril* 1969;24:202–206.
- Veijalainen R. Huumeet ja rikollisuus. *Suom Lääkäril* 1979;34:2277–2280.
- Virkkunen M, Naukkarinen H. Alkoholiriippuvuuden perinnöllisyys. *Duodecim* 2000;116:485–491.
- Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoa. *Suom Lääkäril* 2005;60:1013–1016.
- Väisänen L, Väisänen E. Huumeipotilaan kohtaaminen vastaanotolla. *Suom Lääkäril* 1999;54:3727–3730.

## KIRJALLISUUS

- Ahonen J. Järvenpään sosiaalisairaala. Päihdehuoltomme keskeisen laitoksen vaiheita. A-klinikkasäätiön raportisarja nro 29. A-klinikkasäätiö, Helsinki 1999.

- Alanen Y. Psykiatrian tutkimus Suomessa 1978–1988. Teoksessa Psykiatria 1980-luvulla. Mielisairaalaaliitto 60 vuotta. Toijalan seutu oy:n kirjapaino, Toijala 1988.
- Berg M. Rationalizing medical work. The MIT Press, London 1997.
- Courtwright D. Dark paradise. Harvard University Press, London 1982.
- Dean M. Governmentality. Sage, London 1999.
- Drummond C. Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction* 2001;96:33–46.
- Foucault M. Tarkkailla ja rangaista. Otava, Helsinki 2005a.
- Foucault M. Tiedon arkeologia. Vastapaino, Tampere 2005b.
- Gifford E, Humphreys K. The psychological science of addiction. *Addiction* 2007;102:352–361.
- Gomart E. Six effects in search of a substance. *Soc Stud Sci* 2002;32:93–135.
- Haapasalo J. Psykopatiakäsitteen kehitys ja sisältö. Jyväskylän yliopiston psykologian laitos, Jyväskylä 1985.
- Hacking I. Styles of scientific reasoning. Teoksessa Rajchman J, West C. (toim..) Post-analytic philosophy. Columbia University Press, New York 1985, 145–165.
- Hakkarainen P, Tigerstedt C. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005;70:143–154.
- Hakkarainen P, Törrönen J. Huumeet ja hyvinvointivaltiollisen kehityksen muutos lehtiin pääkirjoituksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2002;67:539–551.
- Heikkilä K. Kiskot vievät. Turun yliopisto, sosiologian laitos, Turku 2004.
- Holopainen A. Narkomaanin ja ammattiauttajan kohtaamisesta. Teoksessa Kontula O. (toim.) Huumeidenkäyttäjät Suomessa. Kirjayhtymä, Helsinki 1992, 200–232.
- Hurme T. Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huumeepolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2002a;67:415–422.
- Hurme T. Rikollinen, potilas vai anonymi asiakas? Huumeausaineiden ongelmakäyttäjien ristiriitainen identifiointi. *Sosiologia* 2002b;39:296–308.
- Hyvönen J. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopisto, Kuopio 2008.
- Karlsson H. Psykiatria ja neurotiede. Teoksessa Korkeila J, Heinimaa M, Svirskis T. (toim.) Ajattelen – olen siis psykiatri. Duodecim, Tampere 2006.
- Kinnunen A, Lehto J. Finland: Drug treatment at the margins. Teoksessa Klingemann H., Hunt G. (toim.) Drug treatment systems in an international perspective. Sage, London 1998, 48–60.
- Kusch M. Tiedon kentät ja kerrostumat. Kustannus Pohjoinen, Oulu 1993.
- Kuussaari K. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Stakes tutkimuksia 155. Stakes, Helsinki 2006.
- Lakoff A. Pharmaceutical reason. Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Littleton J. Receptor regulation as a unitary mechanism for drug tolerance and physical dependence – not quite as simple as it seemed! *Addiction* 2001;96:87–101.
- Musto D. The American disease. Third edition. Oxford University Press, Oxford 1999.
- Rose N. Governing the soul. Routledge, London 1990.
- Rose N. Powers of freedom. Cambridge University Press, Cambridge 1999.
- Rosenberg C. The tyranny of diagnosis. Specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002;80:237–260.
- Scull A. Decarceration. 2nd edition. Polity Press, Cambridge 1984.
- Shorter E. Psykiatrian historia. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki 2005.
- Tammi T. Medicalising prohibition. Stakes, Helsinki 2007.
- Tigerstedt C. Enää ei ole alkoholipolitiikkaa... *Yhteiskuntapolitiikka* 1999;64:131–142.
- Timmermans S, Berg M. The gold standard. Temple University Press, Philadelphia 2003.
- Törmä S. Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa Hänninen S, Karjalainen J, Lehtelä, K-M. (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Stakes, Helsinki 2007, 86–115.
- Weckroth A. Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 47. Helsinki 2006.
- Westling A, Riippa J. Pre-war and post-war narcomania in Finland. *Ann Med Int Fenn* 1956;45:151–174.
- World Health Organisation. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO, Geneva 2004
- Ylikangas M. Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950. Atena, Jyväskylä 2009.

JANI SELIN

YTM

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos