

# HUUMERIIPPUVUUDEN HOITO JA LÄÄKETIETEEN HAASTE

## TERAPEUTTINEN JÄRKEILY JA HALLINTA PSYKOSOSIAALISISSA HUUMEHOIDOISSA 1965–2005

*Jani Selin*

### ABSTRAKTI

Artikkelissa tarkastelen psykososiaalisia huumehoitoja Suomessa vuosina 1965–2005. Huumehoidot lääketieteellistyivät Suomessa lääkkeellisten korvaushoitojen käyttöönoton myötä viime vuosituhannen vaihteessa. Tarkastelen muutosta Michel Foucault'n hallinnan käsitteen valossa. Analysoin muutosta hallinnan näkökulmasta huumehoitomenetelmien ja huumeriippuvuutta koskevan tiedon kannalta. Käyttämäni aineisto koostuu pääasiassa päihdehuollon asiantuntijoiden kirjoituksista *Tiimi*-lehdessä. Esitän, että 2000-luvun vaihteessa tapahtuneessa muutoksessa ei ollut kyse yksioikoisesta katkoksesta, vaan muutoksista terapeuttisen järjelyn tavassa ja hallinnan tekniikoissa.

Avainsanat: hallinta, huumehoito, huumeriippuvuus, lääketiede, psykososiaalinen

### JOHDANTO

Tarkastelen tässä artikkelissa hallinnan näkökulmasta psykososiaalisissa huumehoidoissa<sup>1</sup> tapahtuneita muutoksia Suomessa vuosina 1965–2005. Hallinnalla tarkoitan Michel Foucault'n (1983, 221) tapaan systemaattisia ja laskelmoituja tapoja ohjata ihmisten käytöstä. Artikkelini lähtökohtana on 2000-luvun vaihteessa tapahtunut lääkkeellisten huumehoitojen käyttöönotto Suomessa. Tuolloin huumeiden käyttäjien määrä kasvoi voimakkaasti ja tarvittiin tapoja kiinnittää huumeriippuvaiset hoitoon entistä paremmin. Korvaushoito on menetelmä, jossa huumeena käytetty opiaatti korvataan hoito-ohjelman puitteissa annostellulla opiaattilääkityksellä (esimerkiksi buprenorfiini tai metadoni). Korvaushoitojen tarpeellisuutta perusteltiin vuosituhannen vaihteessa kolmella tavalla. Ensimmäinen koski itse huumeriippuvuu-

den asettamaa ongelmaa: Psykososiaaliselta kannalta se oli monitahoinen (sosiaalinen ja psykologinen ongelma) ja siten vaikeasti hoidettava ja haltuun otettava kohde. Tähän ongelmaan lääketiede tarjosi täsmällisesti tiettyihin aivojen välittäjäaineisiin kytkeytyvän ratkaisun (ks. Karvonen 1998). Toinen perustelu koski hoitotulosten mittaamista. Tähän lääketiede tarjosi satunnaistettujen kliinisten koeasetelmien kultaisen standardin (ks. Salaspuro 2002). Kolmas perustelu koski tarjottujen huumehoitojen ja huumeongelmaisten toiveiden ja halujen kohtaamattomuutta. Tähän lääketiede tarjosi ratkaisuksi korvaushoitoa, joka tutkimusten mukaan kiinnitti potilaat hoitoon muita hoitoja paremmin. Tässä lääketieteellisessä mallissa oli kyse uudesta tavasta rajata huumeriippuvuus kohteena, uudesta tavasta tuottaa tietoa riippuvuudesta ja uusista keinoista hoitaa sitä.

Pekka Hakkaraisen ja Christoffer Tigerstedtin (2005) mukaan korvaushoitojen läpimurtoon huume politiikassa vaikutti viisi tekijää. Ensimmäinen tekijä oli huume ongelmien merkittävä kasvu 1990-luvulla. Toiseksi korvaushoidot nousivat julkisuuteen kiistojen myötä, joita käytiin eräiden yksityislääkärien harjoittamasta heroiiniriippuvuuden lääkähoidosta buprenorfiinilla. Kolmas tekijä oli vaikutusvaltaisten hallinnon, politiikan, ammattikuntien, median ja kansalaisten edustajien aktiivisuus korvaushoitojen edistämässä. Neljäs tekijä oli korvaushoitojen nopea yleistyminen kansainvälisesti. Viides tekijä liittyi huume ongelmien uudelleenkehystämiseen niin sosiaalipolitiikassa kuin lääketieteessäkin. Tässä asetelmassa korostuvat asiakuus sekä huume politiikan jakautuminen kriminaalipolitiikaksi ja sosiaali- ja terveystalitiikaksi.

Läketieteellisen mallin korostumista päihdehoidoissa pidettiin katkoksenä ja uhkana suhteessa suomalaiseen päihdehoidon perinteeseen, jota oli totuttu pitämään kokonaisvaltaisena psykososiaalisena toimintana. Tässä perinteessä lääkkeitä ei ollut juuri käytetty, ja huumehoitopaikat suhtautuivat lääkkeiden käyttöön hyvin kielteisesti vielä 1990-luvulla (Hakkarainen & Kuussaari 1996). Huumehoitujen lääketieteellistymisen vaarana pidettiin koko päihdehoidon medikalisoitumista eli aiemmin ei-läketieteellisenä pidetyn kysymyksen uudelleenmäärittelyä lääketieteellisenä kysymyksenä (Murto 2002). Muun muassa päihdetyökijät tulkitsivat muutosta merkinä medikalisaatiosta, joka uhkasi pelkistää päihdehoidon yksilön koko elämäntilannetta tarkastelevan kokonaisvaltaisen ja terapeutin kokemukseen perustuvan työtteen pelkäksi lääkkeiden jakeluksi (Laitila-Ukkola 2005; Mäkelä 2003).

Korvaushoitoja etnografisesti ja foucault'laisesta näkökulmasta tutkineen Antti Weckrothin (2006, 174–175) mukaan huumeiden käyttäjä määrittäyty lääketieteen näkökulmasta yhä enemmän aktiiviseksi terveystalvieluiden käyttäjäksi, joka hakeutuu hoitoon kokemansa haitan vuoksi. Samanaikaisesti myös päihdehuollon perinteinen yhteisöllinen tulkintakehys on säilynyt. Siinä riippuvuuden aiheuttama haitta paikantuu suhteessa yh-

teisön normeihin sielulliseksi ja moraaliseksi kysymykseksi. Weckrothin tutkimassa korvaushoitoyksikössä asettuvat näin perinteinen yhteisöllinen ja yksilöivä lääketieteellinen hoitokäytäntö vastakkain. (Weckroth 2006, 185.) Myös tässä tulkinassa perinteinen sosiaalista sopeutuvuutta korostanut päihdehoito näyttäytyy ei-läketieteellisenä toimintana asettuen vastakkain lääketieteellisen hoidon kanssa. Korvaushoitujen nähtiin siten lääketieteellistyneen huumeriippuvuuden hoidon.

Aarne Kinnusen ja Juhani Lehdon (1998) sekä Olavi Kaukosen (2002) mukaan suomalaisen huume hoidon historia voidaan jakaa viiteen vaiheeseen: psykiatriseen 1960-luvun lopulla, sosiaaliterapeuttiseen 1970-luvun alussa, huume hoidon vähentymiseen vuosina 1975–1986, sosiaaliterapeuttisesta avohoidon perinteestä eriytyneiden huumehoitujen vaiheeseen vuoden 1986 jälkeen sekä erikoistuneen huume hoidon ekspansioon 1990-luvun lopulta alkaen. Tämä periodisointi sopii pääosin yhteen omien havaintojeni kanssa. Käytettyjä hoitomenetelmiä ja huumeriippuvuutta koskevaa tietämystä edellä mainituissa tutkimuksissa ei kuitenkaan käsitellä. Tällaista historiallista tarkastelua löytyy käsittääkseni ainoastaan Mikko Ylikankaan (2009) tutkimuksesta, joka tarkastelee huumeita Suomessa vuosina 1800–1950.

Tämän artikkelin lähtökohtana on, ettei lääketieteen ja psykososiaalisten hoitujen asettaminen vastakkain auta tyydyttävästi ymmärtämään, mistä huumehoitujen muutoksessa oli kyse. Tavoitteenani on analysoida tätä muutosta huumehoitomenetelmien ja huumeriippuvuutta koskevan tiedon kannalta. Esitän, että kyse oli muutoksesta ennen kaikkea terapeutin järjelyyn tavassa; huumeriippuvuuden syiden etsimisestä siirryttiin entistä enemmän toimivien ratkaisujen painottamiseen. Muutoksessa ei ollut kyse yksioikoisesta katkoksesta, koska myös korvaushoidoissa vaikuttaa samankaltainen terapeutin järjelyyn tapa kuin psykososiaalisissa huume hoidoissa. Terapeutilla järjelyllä tarkoitan tapaa, jolla huumeriippuvuutta kohteena rajataan, luokitellaan, tehdään hallittavaksi ja tunnettavaksi ja johon liittyy mahdollisesti erilaisia hallinnan teknologioita (Rose 1999,

29–30). Hallinnan kannalta alkoivat korostua yksilön aktiivisuutta painottavat teknologiat.

## HALLINTA NÄKÖKULMANA

### HUUMERIIPPUVUUDEN HOIDON HISTORIAAN

Hallinnan käytäntö on systemaattinen käytäntymisen ohjailun tapa. Käytäntö on moniaineinen kokonaisuus, jossa esimerkiksi huumeriippuvuuden psykososiaalinen hoito pannaan toimeen. Se koostuu tiedosta, hallinnan teknologioista ja hallinnan järjestä. Hallinnan järki tai rationaalisuus on hallinnan toimenpiteitä ja menetelmiä ohjaavaa, systematisoivaa ja problematisoivaa ajattelua. (Dean 1999; Lemke 2000.) Hallinnan järki ei palaudu eksplisiittisesti esitettyihin hallinnan pyrkimyksiin tai eri toimijoiden intresseihin, vaan se on käytännöllistä, tavoitteellista ja ei-subjektivistä strategista järkeä (Foucault 1998). Tämän problematisoivan järjen puitteissa voidaan muotoilla vastauksia käytäntöihin liittyviin ongelmiin, mutta se määrittää myös itse ongelmakentän, johon käytäntöjen asetelma on vastaus (Foucault 1997, 118; Dean 1999, 27–28). Strateginen järki hyödyntää tietoa ja hallinnan teknologioita niille ominaisine järkeilyn tapoineen. Tiedon kannalta tarkastelen sitä, minkälaisin terapeuttisen järkeilyn tavoin huumeriippuvuus pyrittiin muovaamaan psykososiaalisissa huume-hoidoissa ajateltavaksi ja hallittavaksi. Vallan harjoittamisen kannalta tarkastelen erilaisia teknologioita eli säännönmukaisia menetelmiä, joiden avulla hallintaa pannaan toimeen. (ks. Rose 1996, 42; O'Malley 1996, 205.) Omassa tarkastelussani keskeiseksi nouseekin juuri kysymys psykososiaalisen tiedon ja vallan harjoittamiseen käytettyjen menetelmien (kuri, tunnustus) suhteesta. Pyrin tarkastelun avulla problematisoimaan psykososiaalisen ja lääketieteellisen huumeriippuvuuden hoidon suhdetta.

Problematisointi on genealogisen kritiikin muoto. Sen lähtökohtana on jokin nykyisyyden ongelma tai asiantila, jonka itsestäänselvyyttä horjutetaan tapahtumallistamalla se eli osoittamalla sen olevan kontingenttien historiallisten prosessien ja tapahtumien tulos (Dean 1998, 189). Toisaalta problematisointi

viittaa myös hallintaa koskeviin ongelmiin, kiistoihin ja toimenpide-ehdotuksiin, joiden tarkastelun kautta voidaan tavoittaa tutkittavan kohteen kehkeytymisen prosessi (Jauho 2007, 23). Lähtökohtanani on, että hoidossa pysyminen ja hoitoon hakeutuminen olivat ongelmat, joihin lääkkeellinen korvaushoito kykeni vastaamaan 2000-luvulla. Tähän liittyi keskeisesti vapaaehtoisuuden ja pakotoimien suhde huume-hoidoissa. Tämän ongelmanasettelun seuraaminen muodostaa tarkastelujani yhdistävän langan. Pyrin näin osoittamaan, ettei korvaushoitojen ja muiden lääketieteen auktorisoimien hoitomuotojen yleistymistä tule käsittää yksioikoisena katkoksenä tai vastakkainasetteluna.

Käyttämäni aineisto koostuu ensisijaisesti kaikista A-klinikkasäätiön julkaisemassa, päihdehoitoalan erikoislehdessä *Tuumissa* vuosina 1965–2005 ilmestyneistä huumeita, huumeriippuvuutta ja sen hoidon menetelmiä käsittelevistä kirjoituksista. Kirjoitukset antavat kattavan kuvan psykososiaalisissa huume-hoidoissa tapahtuneista muutoksista maan suurimman päihdehuollon organisaation, A-klinikkasäätiön, näkökulmasta. Se, mitä aineisto ei kata, koskee ennen kaikkea eri päihdehuollon järjestöjen yksityisten päihdehoitolaitosten tarjoamia hoitoja. Kuitenkin myös näitä käsiteltiin lehdessä. *Tuumissa* julkaistut tekstit olivat moninaisia: päihdehuollon asiantuntijoiden kommenttipuheenvuoroja; haastatteluja ja mielipiteitä lainsäädäntöön ja päihdehuollon ajankohtaisiin ongelmiin sekä kehittämis- ja uudistamistarpeisiin; eri terapiamuotojen, sekä koti- että ulkomaisten hoitopaikkojen toiminnan, asiakasmäärien, teorioiden ja tutkimustulosten esittelyjä; pääkirjoituksia, uutisia ja kirja-arvioita. Koska *Tuumin* kirjoituksissa korostui A-klinikkasäätiön sisäinen näkökulma, olen täydentänyt primääriaineistoa muissa julkaisuissa ilmestyneillä teksteillä. Jos *Tuumin* teksteissä esiintyi jännitteitä ja kiistoja, olivat niiden taustalla lähes aina säätiön ulkopuolisten tahojen esittämät näkemykset, pyrkimykset tai toiminta. A-klinikkasäätiön sisäisiä näkemyseroja ei toisin sanoen juurikaan käsitelty lehden sivuilla. Täydentävät tekstit koostuvat päihdehuoltoa koskevista hallinnollisista dokumenteista, tutkimuksista

ja eri lehdissä julkaistuista kirjoituksista (esimerkiksi *Alkoholipolitiikka, Yhteiskuntapolitiikka* ja *Sosiaalinen aikakauskirja*). Perehdyttyäni aineistoon valikoin lähiluvun kohteeksi tietoa, hoitomenetelmiä, hoitoon liittyviä ongelmakohtia ja toimenpide-ehdotuksia käsitteleviä tekstejä, koska suhteessa kokonaisuuteen ne toivat parhaiten esille tarkasteluni kohteena olevia muutoksia. Huumeepolitiikkaa, kuten ennaltaehkäisyä ja huumevalistusta, koskevat

tekstit eivät tästä johtuen olleet tarkemman analyysin kohteina. Ne olivat kuitenkin osa kokonaisuutta, jonka suhteen erojen ja jatkuvuuksien paikantaminen tuli mahdolliseksi. Kaiken kaikkiaan tekstejä oli noin 360. Näistä *Tiimissä* julkaistuja oli 310 kappaletta. *Tiimissä* ilmestyneet tekstit jakautuivat melko tasaisesti koko tarkastelujaksolle. Taulukkoon 1 on koottu käyttämäni aineiston jakautuminen eri vuosikymmenille.

**Taulukko 1.** Aineiston jakautuminen eri vuosikymmenille.

	1960-luku	1970-luku	1980-luku	1990-luku	2000-luku
<i>Tiimi</i>	13	84	83	71	56
Muut	4	14	20	4	12
Yhteensä	17	98	103	75	68

Tiedon ulottuvuutta analysoin hyödyntäen soveltuvien osin Foucault'n (2005) esittämää diskursiivisen käytännön analyysimallia. Diskursiivisella käytännöllä tarkoitan säännömukaisia tapoja tuottaa lausumia, joiden kohteena on huumeriippuvuus. Tämä käytäntö tai järjely tapa säätelee sitä, mitkä lausumat siihen voivat kuulua, eli se rajaa tietyn mahdollisten diskurssin kohteiden alueen, joista voidaan mielekkäästi puhua (Dreyfus & Rabino 1983).

Aluksi analysoin aineistosta lausumia niiden korrelaattina olevan kohteiden alueen näkökulmasta (Foucault 2005, 122). Lausumilla tarkoitan kohteita koskevia ilmauksia, joiden järjkyvyys perustuu niiden funktioon diskursiivisessa käytännössä. Etsin aineistosta aluksi yleisluontoisia, malliesimerkin kaltaisia *ohjaavia lausumia*, jotka muotoilevat diskursiiviseen käytäntöön kuuluvien kohteiden rajat (Kusch 1993, 69). Näissä lausumissa korrelaattina oli kohteiden alue (sosiaalinen, persoonallisuus tai perheen sisäinen vuorovaikutus), johon huumeiden ongelmakäyttö liitettiin.

Seuraavaksi tarkastelen diskursiivista käytäntöä *kohteiden muotoutumisen* näkökulmasta, jossa keskeistä on sen tarkastelu, miten diskurssin kohteet rajataan. Pysin sijoittamaan

lausumat osaksi diskursiivisen käytännön kokonaisuutta. Foucault'n (2005, 58–60) mallin mukaan kohteiden muotoutumista voidaan tarkastella kolmelta toisiinsa liittyvältä kannalta. Kullakin tasolla tehdään rajauksia sen suhteen, minkälaisesta kohteiden joukosta voidaan järkevästi puhua. Ensimmäinen näkökanta koskee *esiintulopintoja*, joissa jokin ilmiö nousee tiedon kohteeksi. Kyse voi olla tavasta, jolla jokin käyttäytymismuoto muodostuu ongelmalliseksi suhteessa tiettyihin normeihin. Tämä on edellytys sille, että käyttäytymismuodosta voi tulla asiantuntijätiedon kohde niin, että on mahdollista ”saada se näkyviin, tehdä siitä nimettävä ja kuvattava” (mt, 59). Esiintulopintoja ovat omassa aineistossani ennen kaikkea nuoriso ja perhe. Toinen ulottuvuus koskee *rajaavia instansseja* eli instituutioita, jotka ovat päteviä rajaamaan kohdetta. Näistä tärkeimpiä omassa aineistossani ovat päihdehuollon asiantuntijat (sosiaaliterapeutit, psykologit ja psykiatrit). Kolmas ulottuvuus koskee *erikoistumisen asteikoita* eli tapoja luokitella ja rajata suhteessa toisiinsa erilaisia kohteita. Näitä ovat aineistossani muun muassa erityyppiset perheen sisäisen vuorovaikutuksen ongelmat, joiden heijastuma jonkun perheenjäsenen oireilu eli päihdeongelma oli. Kohteiden muuttumista

olen tarkastellut järjestämällä lausumia saraksi. Pyrkimykseni on tavoittaa muutoksia ja jatkuvuuksia eri kohteiden muotoutumisen ulottuvuuksilla.

Tarkastelen myös hallinnan teknologioita suhteessa kohteiden alueeseen. Teknologioita olen tarkastellut sen kannalta, mihin niillä pyrittiin ja miten ne pyrkivät tekemään kohteensa hallittaviksi. Teknologioiden ja tiedon analyysillä pyrin tavoittamaan sen hallinnan järjen luonteen, jonka puitteissa hallinta toimi.

Artikkelini ensimmäisessä empiirisessä osassa tarkastelen huumehoitoihin liittyvää terapeutista järjelyä ja hallinnan teknologioita 1960- ja 1970-lukujen taitteessa. Toisessa osassa tarkastelen terapeutin järjelyn ja hallinnan teknologioiden muutoksia 1970-luvun alkupuolelta 1990-luvulle. Artikkelini lopuksi tarkastelen kootusti huumehoidoissa tapahtuneita muutoksia ja kysymystä huumehoitojen lääketieteellistymisestä.

#### HUUMERIIPPUVUUS OIREENA JA KURI VALLAN TEKNOLOGIANA

Pakkokeinojen ja vapaaehtoisuuden suhde muodosti jo 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa yhteyden, jossa huumehoitojen järjestämistä problematisoitiin. Huumeriippuvuuden hoidon osalta tämä ajanjakso asettuu tiedon kohteiden ja hallinnan tekniikoiden kannalta taitekohtaan. Tuolloin huumeriippuvuus paikannettiin ennen kaikkea oireeksi, joka johtuu persoonallisuuden kehityksen häiriöistä ja sosiaalisista tekijöistä. Tuolloin ei vielä ollut erityisiä huumeriippuvaisten hoidon menetelmiä tai hoitopaikkoja. Olemassa oleva päihdehuoltojärjestelmä (alkoholistihuoltolat, vapaaehtoisuuteen perustuneet A-klinikat sekä psykiatriset sairaalat) oli suunnattu etupäässä alkoholisteille. Huumeriippuvuuden hoidon painopiste oli psykiatriassa (KOM 1971, 21). Käytetyt hoitomenetelmät tukeutuivat alkoholistihuoltoloiden työterapiaan sekä psykoterapian eri muotoihin, joissa tunnustuksen teknologia oli keskeinen. Riippuvuuden käsittäminen oireeksi ja sen mukainen psykodynaamisen terapeutin järjely kohtasi kahdenlaisia ongelmia. Ensimmä-

näkään huumeiden käyttäjät eivät kokeneet tarjolla olleita palveluja omikseen. Syiksi tähän nähtiin henkilökunnan asenteet sekä laitosten epädemokraattisuus ja autoritaarisuus. Kurinpidollinen hallinnan teknologia ja psykodynaaminen tapa rajata hoidon kohteeksi persoonallisuuteen ja sosiaaliseen liittyvät syyt eivät kohdanneet. Toiseksi riippuvuus rajautui vaikeasti haltuun otettavaksi kohteeksi, koska oireen syiden selvittäminen vaati kestävää terapeutista suhdetta, jonka muodostaminen osoittautui vaikeaksi.

#### *Huumeet ja huoli nuorison normaalista kehityksestä*

Huumeriippuvuuden ensimmäinen esiintulopinta 1960- ja 1970-lukujen taitteessa oli nuoriso. Huumausainekomitean mietinnössä vuonna 1969 todettiin: ”Erityisesti nuorison huumausaineiden käyttö on viime aikoina koettu ongelmaksi. Tästä syystä ne harvat tutkimukset, joissa on pyritty selvittämään huumausaineiden käytön todellista laajuutta, ovat kohdistuneet yksinomaan nuorisoon.” (KOM 1969, 78.) Nuorison rajaaminen ensisijaiseksi huolen kohteeksi ei perustunut tosiasioihin, sillä keski-ikäisten lääkeaineiden väärinkäyttö oli huomattavasti laajempaa kuin nuorten huumeiden käyttö. Tämän myös huumausainekomitea huomioi. Huolen kohdentumista juuri nuoriin ei asiantuntijoiden keskusteluissa perusteltu, mutta kyse oli koko huumeita koskevan yhteiskunnallisen keskustelun piirteestä (Hakkarainen & Törrönen 2002). Huumeita koskevassa yhteiskunnallisessa keskustelussa nostettiin huumeriippuvuus esiin erityisesti nuorisoa uhkaavana ongelmana. Psykososiaalisen hoidon yhteydessä tämä huoli ”käännettiin” huoleksi nuorten psyykkisestä kehityksestä.

Huumeita käyttävien nuorten paikantamisessa viranomaisilla ja hoitohenkilöstöllä oli tärkeä rooli. *Tiimi*-lehdessä kirjoittanut Kyllikki Raitasuon (1968, 15) mukaan:

[...] [V]asta käyttökertojen tiheydessä nuoret käyttäjät alkavat joutua sellaisiin sosiaalisiin konflikteihin, että osa tapauksista tulee viranomaisten tietoon [...] Mutta vaarassa ovat hyvin monet muutkin nuoret, joiden ehkä sinän-



sä verraten tilapäiset ongelmat saattavat huumausaineiden kokeilun tietä muodostua lähes ylipääsemättömiksi [...] [Y]hteiskuntamme olisi pystyttävä huumausaineiden tehokasta ennalta ehkäisyä varten nykyisestään huomattavasti vahvistamaan sosiaaliviranomaisten voimavaroja ja mahdollisuuksia tukea erityisesti niitä nuoria, jotka eivät syystä tai toisesta voi kotinsa taholta saada sellaista turvaa ja ohjausta, että se takaisi heidän terveen kehityksensä.

Eri viranomaiset (poliisi, sosiaaliviranomaiset) saivat tietoa nuorista, epäsosiaalisesti käyttäytyvistä huumeidenkäyttäjistä, mikä mahdollisti huumeiden käytön havaitsemisen. Se mahdollisti niin ikään vaaranalaisten nuorten identifioinnin. Erityisen huolen kohteena olivat nuoret, jotka eivät saaneet vanhemmiltaan riittävää tukea kehitykselleen. Vuodesta 1970 alkaen huumausainekomitean ehdotuksesta perustetut nuorisoasemat loivat uuden vapaaehtoisuuteen pohjautuvan suodattimen, joka mahdollisti huumeriippuvuuden havaitsemisen. Näin esimerkiksi sosiaaliviranomaisten ja poliisin harjoittama sosiaalinen kontrolli ja huumeiden käyttäjien vapaaehtoinen hoitoon hakeutuminen yhdessä mahdollistivat riippuvuuden paikantamisen nuorisoon.

Psykososiaalisen tiedon tasolla nuoriin kohdistuneen mielenkiinnon taustalla oli huoli lasten, nuorten ja yleensä ottaen ihmisten luonnollisesta kehityksestä ja kasvusta. Suhteessa psyykkisen kehityksen tieteellisiin normeihin voitiin osoittaa kohtia, joissa huumeiden käyttäjät poikkesivat niistä. Viime kädessä nämä normit saivat normatiivisuutensa elämän itsensä lainalaisuuksista: ne olivat elämän itsensä normeja. Näihin normeihin perustuvan normatiivisuuden toimeenpanijoina ja välittäjinä olivat päihdeterapeutit, psykotieteiden asiantuntijat, jotka nuoria hoitivat. Nuorten ongelmien peilaaminen suhteessa kehitykseen oli varhaisempaa perua. Vuosisadan alkupuolen mentaalihygieeninen ajattelu, jonka kohteena olivat muun muassa ”vaikeat lapset”, jotka oli saatava sopeutumaan sekä ”sisältä kumpuaviin elämän vaatimukseen” että toisaalta ”ulkoapäin tuleviin vaateisiin” (Ojakangas 1995, 312). Huumeiden käyttäjiä arvioitiin suhteessa näihin kehityksen ja sosiaalisuuden normeihin.

### *Psykoteraapien ja kurinpitovallan ongelmia*

Nuorison psykososiaalisen huumehoidon keskeiset ongelmat olivat hoidossa pysyminen ja hoitoon hakeutumisen esteet. Nämä kysymykset muodostivat huumehoitojen kehittämisen ja uudistamispyrkimysten punaisen langan aina 1990-luvulle asti. Huumeiden käyttäjät nähtiin yhtäältä vastentahtoisiksi ja vaikeiksi hoidettaviksi: ”Narkomaanien hoitomotivaatio nähdään heikkona. Mikäli klinikalta käsin on heidät saatu sairaalahoitoon, ovat he useinkin pyrkimässä sieltä heti pois.” (Narkomaanit A-klinikoilla 1968, 17.) Toisaalta olemassa olevat palvelut eivät houkuttelleet nuoria: ”[N]uorisoryhmät, varsinkin päihdeiden käyttäjät, eivät olleet kokeneet näitä palveluja omikseen, vaan ongelmiensa kannalta vieraiksi ja epädemokraattisiksi.” (Mattila 1970, 8.) Nämä kaksi ongelmaa liittyivät erikoistumisen asteikoihin eli tapaan, jolla huumeriippuvuuden taustalla olevia syitä luokiteltiin. Psykososiaalisen tietämyksen tasolla huumeriippuvuus oli ennen kaikkea oire eri taustatekijöistä. Tässä näkemyksessä elämänhistorialla ja ajatuksella persoonallisuuden normaalista kehityksestä, sen keskeytymisestä tai häiriintymisestä (luonnehäiriöiden synty), oli keskeinen asema:

Koska lähdän siitä käsityksestä että perimmäiset syyt päihdeongelmaan on löydettävissä aina hänen elämänhistoriastaan, seurausta varhaisimmista epätydyttävistä interpersoonallisista kokemuksista, näkisin myös hoidon nimenomaan sellaisena psykoterauttisena toimintana, joka tähtää persoonallisuudessa esiintyvien vammojen korjaamiseen, mahdollistaa persoonallisuuden kasvun ja lisääntyvän kypsymisen [...] (Räkköläinen 1974, 13.)

Luonnehäiriöiden kehittämisessä keskeiseksi nähtiin psykodynaamiselta kannalta varhaiset kehitysvaiheet, erityisesti niin sanottu oraalivaihe. Jos oraalisen tyydytyksen tarpeet eivät tuolloin toteutuneet, päihdeongelmainen pyrki päihdeiden kautta tyydyttämään näitä tarpeita taantuen takaisin oraalivaiheeseen. (Juurmaa 1975.) Eräs keskeisimpiä kategorioita oli passiivis-riippuvainen persoonallisuus. Myös sosiaalisia tekijöitä, kuten yhteiskunnan ja kulttuurin vaatimuksia sekä päihdeongelmaisten yhteisöllistä roolia, esi-

tettiin tekijöiksi, jotka edesauttoivat huumeiden käyttötarpeen muodostumista. Varsinkin nuorisotasemilla luokiteltiin huumeiden käytön liittyvän hyvin moninaisten sosiaalisten tekijöiden yhteyteen. Helsingin nuorisotaseaman psykiatri Heimo Salmisen (1972, 5) mukaan ”todellisuus on sitä, että nämä nuoret ovat hyljättyjä lapsia, joiden monien elämänongelmien, isänpuutteen, äidinpuutteen, koulutuksenpuutteen, ammatinpuutteen, ystävienpuutteen, ruoanpuutteen, toivonpuutteen ohessa huumeaineiden käyttö on vain eräs etäinen lieveilmiö.”

Huumeriippuvuuden kehityksen taustalla nähtiin siis sosiaaliset ja psykologiset syyt. Alkoholihuoltolat, joissa huumeiden käyttäjiä myös hoidettiin, olivat kuitenkin ennen kaikkea kurinpidollisia laitoksia. Alkoholihuoltoloissa keskeistä oli tuolloin työterapia (Tirkkonen 1966), mikä käytännössä merkitsi pakollista työskentelyä huoltolan eri osastojen parissa. Tämä tahtoa voimistava ja epäsoviva käytöstä juuriva kurinpidollinen teknologia ei kuitenkaan kohdistunut riippuvuuden syihin. Riippuvuuden teoria ja hoidon käytäntö eivät siis kohdanneet. Pakkohoito ja kuri eivät siten voineet olla vastaus huumehoitojen ongelmiin. Tämä on ensimmäinen yhteys hoidon ongelmien ja riippuvuuden syiden luokittelutavan välillä. Työterapian lisäksi huoltoloissa oli tarjolla myös yksilö-, ryhmä- ja perheterapiaa, kuten myös A-klinikoilla. Näihin hoitoihin liittyi ennen kaikkea terapeutin suhteen jatkuvuuden ongelma.

Psykoterapian kannalta hoitoon kiinnittyminen riittävän pitkäksi ajaksi oli välttämätöntä. Oireeksi tulkitun huumeiden käytön moninaisten syiden kartoittaminen ja niiden korjaaminen vaati pysyvää terapeutista suhdetta. Tarvittiin Foucaultin (2006, 270–276) kuvaamaa tunnustuksen teknologiaa nostamaan elämänhistoriaan ja konkreettiseen elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat esiin. Tunnustus tai oman riippuvuuden myöntäminen on myös terapeutin vallan lähde, sillä siinä potilas tunnustaa terapeutin auktoriteetin suhteessa itseensä. Oman sairauden myöntäminen oli tärkeää, koska ilman sairautentuntoa ei terapia ollut mahdollista. Vasta tämän jälkeen saat-

toi alkaa sellaisen itsesuhteen muokkaaminen terapiassa, jonka myötä huumeiden käyttäjä oppii elämään oman menneisyytensä kanssa, jatkaa kehitystään ja raitistuu. Psykiatriassa varsinaisen psykoanalyysin mahdollisuuksiin riippuvuuden hoidossa suhtauduttiin erittäin varauksellisesti (esim. Tähti 1972). Hoitona käytettiin ennen kaikkea supportiivista eli tukea antavaa psykoterapiaa, jossa tavoitteena oli häiriöön sopeutuminen pyrkimättä ”persoonallisen kokemistavan muuttamiseen” (Rauhala 1961, 96). Sikäli kun huumeriippuvuuden taustalla oli riippuvainen persoonallisuus, jonka tiedostaminen vapauttaisi yksilön riippuvuudestaan, oli tuo sama riippuvuus myös tehokkaan terapeutin työskentelyn este. Psykiatri Viljo Räcköläinen (1974, 11–12) kuvasi alkoholistien ja huumeongelmaisten passiivis-riippuvaisen persoonallisuuden ongelmallisuutta hoidon kannalta:

Hoitosuhteen kehittyessä riittävän pitkälle hän alkaa omine suunnattomine passiivisine riippuvuustarpeineen mobilisoida häntä hoitavassa terapeutissa, kuten myös sairaalayhteisössä pintaan juuri näitä samoja hyvin peiteltyinä olleita tarpeita, mistä seuraa ahdistuksen lisääntyminen siinä määrin, että hoitoyritykset yleensä päättyvät tavalla tai toisella alkuvaiheeseensa.

Näkemyks huumeriippuvuudesta oireena erityisestä riippuvaisesta persoonallisuudesta aiheutti uuden ongelman. Vaikka huumeiden käyttäjä kiinnittyi terapiasuhteeseen laitokseen kohdistuneesta epäluulosta huolimatta, hoito oli vaarassa ajautua umpikujaan riippuvuuden luonteen vuoksi. Räcköläisen mukaan passiivis-riippuvainen henkilö ”mobilisoi” hoitajissa tarvetta hoivata, mihin hoidettava puolestaan oli persoonallisuutensa vuoksi taipuvainen takertumaan. Tällöin hoito vahvisti riippuvuuden syynä olevaa persoonallisuustyyppiä eikä edistänyt ongelmien selvittelyä. Tämä on toinen tapa, jolla psykososiaalinen tapa luokitella riippuvuuksia sen syiden mukaan liittyi hoidon ongelmiin.

Huumeriippuvuuden luokittelu sen taustalla vaikuttavien syytekijöiden mukaan paikansi syyt persoonallisuuteen ja sosiaaliin tekijöihin. Huumeriippuvuuden kohteen rajaamisen pohjalta on mahdollista hahmottaa tie-

tynlainen terapeuttisen järjelyn tapa. Alain Ehrenbergin (2010, 39–43, 194) erottelun mukaan psykodynaaminen järjely perustui konflikti-mallille, jossa tavoitteena oli psyykkisen konfliktin paikantaminen elämänhistoriaan, sen tiedostaminen ja sen kanssa elämään oppiminen. Vasta tämän jälkeen huumeiden keskeyttämä, luonnollinen kasvu saattoi jälleen jatkaa. Huumeriippuvuus oli siis tässä psykodynaamisessa terapeuttisen järjelyn tavassa oire, jonka syyt löytyivät elämänhistoriasta. Terapia ei pyrkinyt eikä voinut poistaa syitä, mutta mahdollisti tiedostamisen kautta niiden kanssa elämisen. Tämän järjelyn tavan mukaisten huumehoitojen toteutumisen esteenä olivat käytetyt kurinpidolliset menetelmät, joiden tavoitteena oli terapian sijasta ennen kaikkea käyttäytymisen oikaisu, normalisointi. Tunnustuksen teknologia puolestaan edellytti pysyvää terapeuttista hoitosuhdetta, mikä oli osoittautunut vaikeaksi toteuttaa. Onnistuessaankin terapia oli vaarassa ajautua umpikujaan riippuvuuden rajaamisen tavan vuoksi. Käytetyt vapaaehtoisuuteen tai pakotoimiin perustuvat menetelmät eivät siten toimineet.

### SYIDEN ETSIMISESTÄ TOIMIVIIN RATKAISUIHIN JA AKTIVOIVAAN HALINTAAN

Psykososiaalisissa huumehoidoissa tapahtui 1970-luvun ja 1990-luvun välisenä aikana muutoksia, joita jäsenen suhteessa psykodynaamiseen terapeuttiseen järjelyyn liittyneisiin ongelmiin. Tuolloin muotoutuneessa sosiaaliterapeuttisessa järjelyssä vuorovaikutus, toiminta ja ajattelu nousivat terapeuttisen työn kohteiksi menneisyyden tapahtumien sijasta. Tässä oli kaksi kehityslinjaa. Yhtäältä huumeriippuvuuden kohteiden alue laajeni 1970-luvulla kohti perheessä ja yhteisössä tapahtunutta vuorovaikutusta. Toisaalta huumeriippuvuuden taustalla olevien syiden selvittämisen rinnalle nousivat vähitellen oireisiin keskittyvät ratkaisukeskeiset terapia- muodot. Hoitopaikkojen kannalta tähän liittyi myös pyrkimys vastata paremmin huumeriippuvaisten hoidon tarpeeseen avohoidon, hoitoyhteisöjen ja perheiden kautta. Tämä tuotiin esiin esimerkiksi päihdehuollon koulutuksen kehittämistä pohtineen työryhmän

esityksissä, joita käsiteltiin *Tiimissä* vuonna 1974: ”Väärinkäytön ymmärtäminen ensisijaisesti oireena laajemmasta sosiaalisesta ja psyykkisestä ongelmaryhmästä ja päihdeongelman näkeminen ennen kaikkea perheen ongelmana ovat siirtäneet toiminnan painopisteen sosiaalisesta kontrollista palvelemaan ja hoidolliseen suuntaan.” (Ollikainen 1974, 6.) Vapaaehtoisuuden ja kontrollin suhteen uudelleenarviointi oli siten eräs keskeinen peruste koko päihdehuollon kehittämiseksi.

A-klinikasäätiölle ominainen valtiollisen sosiaalihuollon ja psykoterapian väliin institutionaalisesti rajautuva toimintakenttä vaikiintui 1970-luvun loppuun mennessä. A-klinikasäätiöstä tuli 1970-luvulla merkittävä päihdetyöntekijöiden koulutuksen järjestäjä (Ahonen 2005). Päihdetyö alkoi näin amatillistua ja kehittyä psykososiaaliseen tietämykseen tukeutuvaksi huumeriippuvuutta rajaavaksi instanssiksi. Tähän liittyi myös suomalaisen huumehoitojärjestelmän pääperiaatteet luonnostelleen Huumausaineneuvottelukunnan työ. Neuvottelukunta ehdotti hoitojärjestelmän kehittämistä huumeiden väärinkäyttäjien tarpeet huomioiden (KOM 1971). Lisäksi se katsoi, että kehitystyön pääpainon tuli olla jo olemassa olevan päihdehuollon suunnalla. Näin lääketieteen institutionaalinen asema huumeriippuvuuden hoidon toteuttajana rajattiin melko vähäiseksi. Vielä 1950-luvulla psykiatrialla ja lääkkeillä oli kuitenkin ollut keskeinen osa A-klinikoiden toimintaa (Ahonen 2005). 1970-luvun alussa perustetuilla nuorisواسemilla tarjottiin lääkehoitoa vielä toiminnan alkuvaiheessa jopa kolmannekselle asiakkaista (Millainen on... 1971, 19). Päihdehuollossa suhtauduttiin kuitenkin yleisesti varauksella lääkkeiden käyttöön päihdeongelmien hoidossa (ks. Kailio 1973, 11). Vuonna 1976 toimintansa aloittanut Helsingin nuorisواسeman katkaisuhoidon toiminta toimi lääkkeettömyyden periaatteella. 1980-luvun lopulle tultaessa myös uudet huumeriippuvaisten terapeuttiset yhteisöt, Hietalinna ja Kisko, olivat lääkkeettömiä. 1990-luvun puolessa välissä psykososiaalisia huumehoitoja tarjoavat yksiköt suhtautuivat lääkkeiden käyttöön joko jyrkän kielteisesti tai niitä käytettiin vain viimeisenä vaihtoeht-



tona (Hakkarainen & Kuussaari 1996, 146). Osana psykososiaalisen päihdetyön kehittymistä voi pitää lääkkeettömyyden periaatetta. Kysymys lääkkeiden käytöstä ei lääketieteen ja psykososiaalisen suhteen kannalta ole nähdäkseeni kuitenkaan olennaisin seikka. Vaikka lääketieteen institutionaalinen rooli huumehoidoissa oli vähäinen ja lääkkeisiin hoitomenetelmänä suhtauduttiin kriittisesti, niin olennaista on, että lääketiede menetelmineen oli silti monin tavoin läsnä myös psykososiaalisissa hoidoissa. Esimerkiksi terapeutiset yhteisöt ja perhettä vuorovaikutussysteeminä tarkasteleva perheterapia olivat myös nuorisopsykiatrian menetelmiä. Perheen ja yhteisöjen merkitystä painotettiin myös A-klinikkasäätön toiminnassa 1970-luvun alusta alkaen: ”Ensisijaisena pidetään koko perheen saantia mukaan hoitotapahtumaan, jossa ratkaistava ongelma ei ole yksin oireen kantajan eli alkoholin, huumeaineiden tai lääkeaineiden väärinkäyttäjän, vaan koko perheen.” (A-klinikkasäätön...1971, 9.)

#### *Perhe, vuorovaikutus ja yhteisö*

Perheen merkitys huumeriippuvuuden esiintulopintana alkoi korostua, ja perheestä tuli entistä keskeisempi linkki niin hoidon kuin huumeriippuvuuden synnyinkin kannalta. Seuraava ote anonyymien tekijän *Tiimi*-lehteen kirjoittamasta tekstistä ”Miksi perheenhoitoa” vuodelta 1973 kuvaa useilla tasoilla perheen sijaa psykososiaalisissa huumehoidoissa 1970-luvulta alkaen.

Yksilön mielenterveys on ratkaisevasti riippuvainen hänen perheestään [...] Nuoren henkilön persoonallisuuteenhan vaikuttaa keskeisesti – ainakin ennen kuin toverit muodostavat merkittävän viiteryhmän – hänen perheensä. Lapsen kotoa saamat arvostukset ja käyttäytymismallit määräävät hänen suhdettaan ympäristöön, päihteisiin, koulutuksellisiin tavoitteisiin, tulevaisuudensuunnitelmiin, tovereiden valintaan, sekä ennen kaikkea hänen minäkuvaansa. Perhe jakaa todellisuuden hyvään ja pahaan, tärkeään ja toisarvoiseen. Tämän takia yksilön kokemaa ahdistusta ei voida käsitellä irrallisena kuten olisi kysymys luonteenpiirteestä, vaan on mielekkäämpää nähdä se oireena perheen häiriintyneisyydestä tai kriisistä. (Miksi...1973, 4.)

Ensinnäkin huumeiden käyttö on kirjoittajan mukaan oire, mutta ei luonnehäiriöstä, kuten psykodynaamisessa järjestyksessä, vaan perheen häiriöstä. Perheen jäsenen kokemaa oiretta ei voida myöskään irrottaa perheestä, vaan se on kiinteä osa perheen dynamiikkaa. Kirjoittaja ei tässä käytä ilmaisua ”vuorovaikutus”, mutta 1970-luvulla voimistuneessa systeemisessä perheterapeuttisessa ajattelussa perhe käsitettiin ennen kaikkea vuorovaikutussysteemiksi (esim. Siltala 1979, 4). Terapian kohteena oli tällöin koko perhe. Huumeriippuvuuden esiintulopintana perhe kytkeytyi ajatukseen luonnollisesta perheestä, ydinperheestä, jossa perheen jäsenten tarpeet ja kehitys ovat tasapainossa. Suomalaisen perhekasvatustoiminnan ja perheen yhteiskunnallista sijaa tutkineen Katja Yesilovan (2009, 159) mukaan ydinperhe luonnollisena ympäristönä oli tärkeä perhettä koskevassa ajattelussa, koska siinä ”lapsen normaalin kehityksen edellytykset toteutuvat luontaisesti kuten pitää”. A-klinikkasäätöissä psykoterapeuttina toimineen Pirkko Siltalan (1979, 16) koko perheen hoidon tärkeyttä käsittelevässä tekstissä todetaan samaan tapaan: ”Vanhempien keskeisenä tehtävänä lapselle on siis jatkuvuus, luotettavuus, olla lapsen käytössä, peruskokemusten antaminen tunne-elämän kehittymiselle [...]” Huumeriippuvaisen nuoren häiriintyneessä perheessä nämä edellytykset eivät kuitenkaan toteutuneet. Perheen ottaminen hoidon keskiöön merkitsi riippuvuuden alueen laajentamista ja siten kontrollin hajauttamista poikkeavasta yksilöstä perheeseen. Poikkeavuus ulkoistettiin perheen ongelmaksi.

Toiseksi teksti liittyy mahdollisuuteen paikantaa perheen vuorovaikutukseen mekanismeja, joiden kautta perhe tuottaa poikkeavuutta (”jakaa todellisuuden hyvään ja pahaan”). Systeemisessä perheterapeuttisessa ajattelussa perhe projisoi nämä yhteen perheenjäsenen, ”syntipukkiin” (Miksi...1973, 4). Tällöin oireilevan nuoren hoitoon ohjaaminen ei riitä, koska ongelman ydin on itse perhesysteemissä. Vuorovaikutuksen ongelmat perheessä on myös paikannettava ja tehtävä näkyviksi. Perheiden ongelmia paikannettiin suhteessa huumeita käyttävän nuoren ikään ja kehitysvaiheeseen, perheen ongelmien luonteeseen

ja nuoren oman parisuhteen ulottuvuuksiin. Jos ongelma oli nuorella, ja se liittyi hänen kehitysvaiheeseensa, voitiin sosiaaliterapeutti Esko Pehkosen ja Helsingin nuorisoseaman lääkärin Sakari Erkon mukaan ”sopeuttaa koko primaariperhe uuteen tilanteeseen lapsen aloitettua puberteettikehityksensä” (Erko & Pehkonen 1977, 15). Tällaisessa tilanteessa ”nuoren voimakkaat viettienenergiat ja itsenäistymispyrkimykset uhkaavat vakavasti perheen totuttua rauhaa” (mt., 12). Toisaalta nuoren ongelmat saattoivat olla oire muun perheen jäsenen ongelmista: ”Mies tukehtuu kotikeskeytyksen, nainen tukehtuu ristiriitaan kodin, lasten ja työpaikan välillä. Lapselle tämä merkitsee ennen kaikkea häiriötä, jonka nimi on ’aikuisen puute’” (Siltala 1979, 14). Lisäksi ongelma saattoi liittyä nuoren omaan parisuhteeseen, jolloin terapiassa työstettiin parisuhdeongelmia. Perhe paikannettiin moninaisten häiriöiden ilmenemispaikaksi, jotka pyrittiin tunnistamaan terapiassa. Huumeriippuvuutta oli siten lähestyttävä kokonaisvaltaisesti ottan huomioon monia eri tekijöitä.

Kolmanneksi ”Miksi perheenhoitoa” -tekstissä osoitetaan suhde nuoren toveripiiriin ja persoonallisuuden kehityksen välillä. 1960-luvun lopun ja 1970-luvun alun psykiatrisissa keskusteluissa huumeiden käyttö nähtiin epideemisenä ilmiönä, joka levisi nuorten välisten sosiaalisten suhteiden välityksellä (Selin 2010). Psykososiaalisen päihdehoidon piirissä tähän näkemykseen suhtauduttiin kriittisesti (esim. Österberg 1968). Nuorten välinen sosiaalinen vuorovaikutus pyrittiin ottamaan sen sijaan positiiviseksi voimavaraksi. A-klinikkasäätien johtava sosiaalityöntekijä Ingalill Österberg (1968, 3–4) kysyy: ”[K]oska narkomania on usein ryhmäsairaus eikä ryhmää tulisi käyttää positiivisesti myös hoidossa?” Tämä ryhmän hyödyntäminen hoidossa tulee selvimmän esiin huumeriippuvaisille perustetuissa terapeutisissa yhteisöissä. Vuorovaikutus ei näin ollut vain alusta, jolta huumeriippuvuus saattoi ilmaantua vaan myös hoidollinen väline. Vuorovaikutuksen terapeutisia mahdollisuuksia *Tiimi*-lehdessä esitellyt dosentti Matti Luoma (1971, 14, korostus alkuperäinen) painotti kokonaisvaltaisuutta: ”Ei riitä että terapeutti laitos pyrkii

kehittämään vain *eräitä* terapeutisia välineitä potilaitensa parhaaksi. *Koko* laitos vaikuttaa kaikilta niiltä osiltaan potilaisiin, joiden kanssa potilaat joutuvat välittömästi tai välillisesti tekemisiin.” Jos siis huumeriippuvuus ilmensi ongelmia monitasoisella ja laajalla vuorovaikutuksen alueella, niin myös hoidon tuli olla laaja-alaisesti vaikuttavaa.

Riippuvuuden käsittäminen oireeksi perheen vuorovaikutuksen ongelmista, näiden ongelmien havaitseminen ja työstäminen terapiassa sekä vuorovaikutuksen hyödyntäminen hoidollisena välineenä muodostivat käytännön, jonka puitteissa huumeriippuvuuden alue rajattiin ja pyrittiin tekemään hallittavaksi. Huumehoitoja koskeissa puheenvuoroissa painottui tähän yhteyteen oleellisesti liittynyt perinteisten kontrollimenetelmien kritiikki. Siihen liittyi myös usein toistettu ”oirekeskeytyksen” arvostelu. Helsingin A-klinikan sosiaaliterapeutti Eeva Aallon (1976, 19) mukaan: ”Hoitoa ei tule sitoa oireeseen, eli lopettaa heti kun juominen on loppunut, vaan sitä tulisi jatkaa kunnes asiakas on ’kaikilta osin’ tyytyväinen [...]” Pyrin seuraavaksi osoittamaan hoitomenetelmien tarkastelun kautta, kuinka ”oirekeskeytyksestä” muodostui ongelman sijasta se taso, johon hoito alkoi pääasiassa kohdistua.

#### *Yhteisöllinen hallinta ja ratkaisukeskeinen terapeutti järjesty*

Kokonaisvaltaiseen hoitoon pyrittiin esimerkiksi vuonna 1970 perustetussa Helsingin nuorisoseaman hoitokodissa. Pirkimykseksi oli luoda vapaaehtoisuuteen perustuva hoitomuoto, joka soveltuisi aiempia palveluja paremmin juuri nuorille. Hoitokoti perustettiin nuorille päihdeongelmallisille terapeutiksi yhteisöksi, jossa asuvilla oli mahdollisuus yksilö-, ryhmä- ja perheterapiaan. Keskeistä tässä yhteisöllisyyden mallissa oli demokraattisuus, toisin kuin amerikkalaisissa konfrontaatiota ja hierarkkisuuksia korostavissa terapeutisissa yhteisöissä, joiden mallille myöhemmät suomalaiset terapeutit perustuvat. Demokratian ihanne merkitsi asukkaiden osallistumista sääntöjen luomiseen ja vapaaehtoisuudesta nuorten omiin toivei-

siin. Yhteisön tuli siis simuloida sitä yhteisöä, jonka ulkopuoliseksi potilaat olivat ajautuneet (ks. Rose 1998, 142). Tämä ei kuitenkaan ollut aivan ongelmatonta.

Hoitokotia havainnoinut Pirkko Sirén (1973, 14–15) kuvasi yhteisön alkuvaiheen ongelmia seuraavasti:

Varsinaisesti hoitokodin toimintaa häiritsi se, että melkein aina joku tai hyvin moni asukkaista oli hoitokodissa päihtyneenä [...] Henkilökunta suhtautui kuitenkin juuri päihteiden käyttöön kaikkein sallivimmin. Se nähtiin yksinomaan oireena ja päihteiden käyttö voi tämän katsomuksen mukaan loppua vain hoidon tuloksena [...] Henkilökunnan ihanteena suhteessa asukkaisiin oli terapeuttinen viileys. Kärjistyneimpänä se esiintyi täydellisenä reagoimattomuutena tekivät asukkaat mitä tahansa [...] Asukkaiden selviin, yksinkertaisiin kysymyksiin henkilökunta ei suostunut vastamaan, vaan käänsi ne opitun terapeuttisesti takaisin vastakysymyksillä 'mitä itse ajattelet asiasta' tai 'miksi olet kiinnostunut asiasta'.

Yhteisö muodosti näin näkyvyyden alueen, jossa hoidettavat saattoivat vapaasti oireilla ja tuoda ilmi terapian kannalta olennaista tietoa. Oireiden ilmaannuttua ne pyrittiin kääntämään terapiatyöskentelyn raaka-aineeksi. Asukkaat ikään kuin vapaasti käyttäytyessään tunnustaisivat häiriönsä, joihin voitaisiin siten terapiassa pureutua. Tämä ei kuitenkaan käytännössä onnistunut, ja yhteisön toimintaa säätelevät säännöt oli pakko luoda, vaikka henkilökunta tätä aluksi vastustikin (Sirén 1977, 102). Yhteisöllisyydestä, siis osallistumisesta ja vuorovaikutuksesta, muotoutui hoidollinen toimintamalli. Tässä mallissa, joka uudemmissa terapeuttisissa yhteisöissä perustui lukuisiin sääntöihin, käyttäytyminen ja vuorovaikutus olivat jatkuvan terapeuttisen arvioinnin kohteena. Yhteisön säännöistä ja työntekijöiden asiantuntijatietoon perustuvista vuorovaikutuksen normeista poikkeaminen voitiin tulkita oireeksi asukkaan ongelmista. Yhteisössä tapahtuvan tiiviin vuorovaikutuksen nähtiin siten nostavan esiin juuri niitä ongelmia, mistä riippuvuudessa oli kyse, eli vuorovaikutuksen häiriöstä. Eräs vuorovaikutuksen kannalta olennaisten sosiaalisten suhteiden kartoituksen tekniikka oli esimerkiksi Kiskon terapeuttisessa yhteisössä käy-

tetty sosiogrammi. Sosiogrammissa yhteisön asukkaiden tehtävänä oli ilmaista suhteensa toisiin asukkaisiin etäisyyden ja läheisyyden ulottuvuuksilla (Heikkilä 2005). Tämän jälkeen mahdollisista ongelmista keskusteltiin julkisesti yhteisön kokoontumisessa. Yhteisössä toiminnan kaikenkattava terapeuttisuus yhdistyi ongelmien tunnistamiseen, esiin houkutteluun ja kurinpidollisiin tekniikoihin. Yhteisön toimivuus ei ensikädessä perustunut henkilökunnan auktoriteetille vaan jäsenten väliselle vuorovaikutukselle, jossa tärkeätä oli ”normiston vahvistaminen asukkaiden keskinäisen kontrollin kautta” (Leskinen 1980, 21). Toisin kuin alkoholihuoltoloissa, joissa kuri oli laitoksen ilmifunktio, terapeuttisissa yhteisöissä kurin harjoittaminen ulkoistettiin yhteisön jäsenten tehtäväksi.

Ongelmien paikantaminen erityisesti vuorovaikutukseen oli keskeistä myös perheterapiassa.<sup>2</sup> Eräs A-klinikkasäätiön perheterapian pioneereista, Ritva Saarelainen, (1975, 27) opasti perheterapeutteja kohdistamaan huomionsa juuri vuorovaikutukseen ja nykyhetkeen:

Työntekijän osuus ei ole olla kyselyautomaatti, vaan istunnoissa tekemiensä havaintojen perusteella hän kertoo perheelle 1) minkälaisena hän näkee perheen kommunikoinnin, 2) heidän väliset suhteensa ja 3) mitkä käyttäytymismallit näyttävät tukevan häiriintynyttä käyttäytymistä. [...] Tekemisien ja tekemättä jättämisen toistaminen ja muistelu ei ole tärkeätä, vaan tämänhetkinen tilanne, odotusten, pelkojen ja muiden tunteitten tiedostaminen. [...] Istunnot hakevat muotonsa ja norminsa muuttuen systeemiksi, jonka osa myös työntekijä on.

Saarelainen kehotti lisäksi terapeutteja saamaan perheenjäsenet visualisoimaan esimerkiksi piirtämällä tunteitaan ja asenteitaan toisiaan kohtaan. Tämän jälkeen voitiin kehitellä ongelmien ratkaisutekniikoita, jotka olivat ”hoidon avain” (Saarelainen 1975, 28). Samankaltainen terapeuttisen intervention kohteiden alue rajattiin myös vuonna 1987 avatussa Hietalinna-yhteisössä: ”Tarkastelun kohteena eivät siis ole asiakkaan identiteetti, tunteet, ominaisuudet tai lapsuuden kokemukset, vaan asiakkaan uskomukset, olo-

suhteet ja mahdollisuudet” (Pajupuro 1987, 17). Saarelaisen korostamasta ratkaisukeskeisyydestä tuli 1980-luvulla yhä tärkeämpi osa systeemiseen ja kognitiivis-behavioraaliseen viitekehykseen perustuneissa yksilö- ja perheterapioissa.

Näissä terapioissa nykyhetken ongelmat erityisesti ajattelun ja toiminnan tavoissa sekä niiden ratkaisemiseen tarvittavat itsehallinnan ja vuorovaikutuksen muuttamisen tekniikat olivat olennaisia. Riippuvuutta ylläpitivät kognitiivis-behavioraaliselta kannalta vuorovaikutuksessa opitut reaktiot, uskomukset ja odotukset. Terapiassa vähennettiin reaktioita ”ylläpitäviä uskomuksia sekä [...] opetetaan asiakkaalle keinoja [...] hallita mielihaluaan” (Holmberg 1995, 5). Ratkaisukeskeisyyden myötä huumeriippuvaisten oman kyvykkyyden merkitystä alettiin korostaa. Terapeutista tuli tällöin hoitajan sijasta valmentaja: ”Terapeutti ei enää paranna ketään mutta osallistuu konsulttina, valmentajana tai yhtä hyvin kanssakulkijana asiakkaittensa muutosponnisteluihin” (Saarelainen 2000). Terapeutin rooli oli tässä vain tukeva, ja potilaan vastuu ja aktiivisuus korostui. Esimerkiksi kognitiivisessä käyttäytymisterapiassa asiakas voi eri tekniikoin eritellä ja oppia ”tunnistamaan tilanteet, joissa hänen selviytymistaitonsa ovat puutteelliset” (Holmberg & Laakso 1992, 34). Tärkeää ei ollut siten enää sopeutuminen oireiden taustalla olevaan häiriöön tai sen ymmärtäminen vaan se, ”mitä ongelmalle voitaisiin tehdä” (Mauriala 2000). Vuonna 2004 julkaistussa *Opiaattiriippuvuuden korvaushoidon työkalumapissa* (2005) esiteltävät mielihalujen hallinnan keinot kuvaavat tätä hyvin: ”Kirjaa ajatuksesi ja tunteesi paperille”, ”Hengitä syvään...rentoutuaksesi”, ”Hyväksy kokemuksesi: mielihalujen kokeminen kuuluu kuvaan. Ei minun silti tarvitse hyppiä niiden mukaan.” Huumeriippuvuuden hallinnasta tuli yksilötasolla yhä enemmän arkisten ja yksilökohtaisten elämänhallinnan tekniikoiden harjoittelua ja kehittelyä. Toimivuudesta tuli terapian keskeinen ohjenuora.

Kaiken kaikkiaan 1970-, 1980- ja 1990-lukuja luonnehtii pyrkimys perustaa hoidot vapaaehtoisuudelle ja asiakkaiden osallistumiselle. Tästä huolimatta hoitoa koskeneet

hoitokynnyksen ja hoidossa pysymisen ongelmat säilyivät (ks. Nuorvala 1985, 28–29). Huumeidenkäyttäjien näkemyksistä ei ole olemassa mitään systemaattista tietoa, mutta tiedot eri lähteistä osoittavat, että käyttäjät eivät 1990-luvulle tultaessa kokeneet tarjolla olleita hoitoja omakseen (Holopainen 1992, 200–203; Ahokas ym. 1998, 38, 73). Psykososiaalisten hoitojen sijasta monet huumeongelmaiset, erityisesti opiaattiriippuvaiset, toivoivat lääkkeellisiä hoitoja. Lääkintöhallituksen kiellettyä vuonna 1990 yksityislääkärien määräämän buprenorfiinin käytön opiaattiriippuvaisten ylläpitolääkkeenä huumeiden käyttäjät alkoivat vaatia niiden sallimista (Holopainen 1992, 200). Huumeiden käyttäjien vaatimusten merkitystä lääkkeellisten korvaushoitojen läpimurrossa ei ole syytä väheksyä eikä liioitella, mutta sikäli kun huumeriippuvaiset tulivat tunnustetuksi asiakkaina ja aktiivisina hoitoon osallistujina, he saattoivat legitimiä alkaa myös vaatia sopivaksi kokeamaansa hoitoa.

Terapeutin järkeilyn tavassa oli tapahtunut muutos, jossa on kolme keskeistä tekijää. Ensinnäkin läpi 1960- ja 1970-lukujen kritisoidusta oirekeskeisyydestä oli tullut paheen sijaan terapeuttinen hyve. Terapian tarkoituksena oli löytää ennen kaikkea toimivia keinoja ongelmien ratkaisemiseen. Jos oire katosi esimerkiksi muuttamalla perheen tasapainoa, olivat sen taustalla vaikuttaneet vuorovaikutuksen ongelmat niin ikään poistuneet. Nämä terapiat perustuivat psykodynaamisen konflikti-mallin sijaan ajatukselle vajeesta tai puutteesta, jonka poistaminen ja korjaaminen olivat terapian tarkoitus (ks. Ehrenberg 2010, 39–43). Toinen tekijä koskee muutoksia hallinnan teknologioissa. Kurinpidollinen teknologia ei kadonnut, mutta se istutettiin osaksi laitosten kokonaisvaltaista terapeuttisuutta. Lisäksi aktiivisesta osallisuudesta ja itsehallinnan tekniikoista tuli yhä keskeisempiä. Kolmas tekijä koskee hoidon kohteita, jotka ovat ennen kaikkea vuorovaikutukseen (uskomuksiin, asenteisiin, puhetapoihin ja yksilöiden välisiin suhteisiin) liittyviä tekijöitä. Tätä muutosta sopii kuvaamaan Nikolas Rosen (2007) huomio, että nykyisen aivotutkimukseen keskittyvän biologisen psykiatrian

myötä 1900-luvun psykiatrian syväpsykologinen tila on ”tasoittunut”. Yksilön psyyke ei toisin sanoen ole enää tulkinnan kohteena. Samoin psykososiaalisissa terapioissa ja psykososiaalisen terapeuttisen järjelyn tavassa havainnoidaan yhä enemmän ajattelun, toiminnan ja vuorovaikutuksen kaltaisia ilmiöitä eikä tulkita yksilön psyykkisiä prosesseja.

Psykososiaalisten hoitojen tapaan korvaushoidoissa keskeistä on yksilön sisäisen elämän tulkinnan sijaan oireiden poisto. 1990-luvun puolivälissä kiihtynyt keskustelu korvaushoitojen tarpeellisuudesta tukeutui lääketieteelliseen näkemykseen, jonka mukaan addiktio on ”avosairaus” ja ”krooninen sairaus” (Karvonen 1998, 164). Riippuvuudessa on kyse aivojen välittäjäainetoiminnan muutoksesta, ”mesolimbisen palkitsemisjärjestelmän vauriosta” (Karvonen 1998, 154). Vauriot välittäjäainetoiminnassa aiheuttavat toimintavajeen aivoihin, jonka vuoksi ”tarve saada opiaatteja on yhtä vahvasti biologisesti ohjelmoitu kuin tarve syödä tai hengittää” (Salaspuro 2003b, 17). Tämä vaje voidaan korjata korvaushoidolla. Korvaushoitojen tehokkuus perustuu monien muiden psykiatriassa käytettyjen lääkkeiden tapaan niiden kykyyn poistaa oireita (Healy 2001). Huumeriippuvuuden keskeinen oire on huumeisiin kohdistuva halu. Mitään elämänhistoriaan liittyvien tapahtumien ja psyykkisten konfliktien tulkintaan liittyvää ei tällöin tarvita. Huumeisiin kohdistuvan halun syitä eli aivoissa tapahtuneita muutoksia tämä hoito ei poista. Psykososiaalisen terapeuttisen järjelyn muutos on näin yhtenevä korvaushoitoihin liittyvän järjelyn kanssa. Psykososiaalisissa huumehoidoissa ei myöskään etsitä syitä, vaan ennen kaikkea toimivia ratkaisuja. Kummassakaan järjelyssä hoito ei edellytä tulkintaa, vaan toisessa aivojen toiminnan korjaamista korvaavalla lääkityksellä ja toisessa toimimattomien toiminnan tapojen korvaamista toimivilla. Näin ollen korvaushoidot eivät merkinneet katkosta huumehoidoissa, vaan liittyivät kehitykseen, joka kosketti sekä psykososiaalisia että lääketieteellisiä terapiamuotoja. Sekä korvaushoidot että psykososiaaliset huumehoidot toimivat samantapaisen terapeuttisen järjelyn tavan puitteissa.

## HUUMERIIPPUUUS JA LÄÄKETIETEEN HAASTE

Olen artikkelissani kuvannut psykososiaalisten huumehoitojen muutoksia kahdella tasolla. Ensimmäinen taso koski huumeriippuvuutta koskevaa tietoa. Tiedon kannalta keskeisin muutos koski sitä, että huumeriippuvuus kohteena muuttui vähitellen persoonallisuuden kehityksen häiriöstä vuorovaikutuksen, ajattelun ja toiminnan tasolla ilmeneväksi ongelmaksi. Samalla riippuvuuden syiden etsiminen korvautui toimivien ratkaisujen etsimisellä. Hieman paradoksaalisesti tämä merkitsi myös oireilun tai oirekeskeisyyden korostumista, jota oli aiemmin kritisoitu ja josta oli haluttu eroon. Terapeuttisen järjelyn muutos koski niin psykososiaalisia hoitoja kuin lääketieteellisiä hoitoja. Tällä tasolla kyse ei siten ollut vastakkainasettelusta tai viimeaikaisesta medikalisaatiosta.

Toinen taso koski huumehoidoissa käytettyjä hallinnan teknologioita. Hallinnan teknologioiden tasolla kurin ja tunnustuksen teknologioiden rinnalle tulivat yhteisöllinen teknologia ja erilaiset itsehallinnan tekniikat. Samalla kuuliaisuuden tai sosiaalisen sopeutuvuuden tavoite sai rinnalleen asiakkaiden aktiivisen osallistumisen painotuksen. Kyse ei tälläkään tasolla ole vastakkainasettelusta tai viimeaikaisesta medikalisaatiosta, koska psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat historiallisesti monin tavoin yhteydessä lääketieteeseen (ks. Takala & Lehto 1988). Esimerkiksi huumehoidoissa käytetyillä terapeuttisilla yhteisöillä on juurensa 1940-luvun sosiaalipsykiatriassa ja ensimmäisten modernien mielisairaaloiden moraalisisessa hoidossa (ks. Castel 1983). Huumehoidot ovat siten aina olleet monin tavoin lääketieteellisiä.

Läpi koko tarkasteluni huomioni on kiinnittynyt huumeriippuvuutta koskevan tiedon ja hoidoissa tapahtuvan vallan harjoittamisen suhteeseen. Tämä suhde ei ole ollut samanlainen eri aikoina, ja siihen on liittynyt monia ongelmia. Tiedon ja vallan suhde ei siis ole tietynlainen kaikissa yhteyksissä, vaan se on ajallisesti ja paikallisesti muuttuva. Psykodynaamisen järjelyn puitteissa huumeriippuvuuden syiden paikantaminen yksilön persoonallisuuteen edellytti pysyvää terapeuttista



suhdetta. Tämä suhde perustui tunnustuksen teknologialle, jossa asiakas verbalisoi oman menneisyytensä ja tunnustaa sen mitä on. Samalla asiakas tunnustaa myös terapeutin auktoriteetin suhteessa itseensä eli sen, että terapeutilla on tietoa, joka mahdollistaa hänen paranemisensa. Tämä ei alkoholistihuoltoissa onnistunut, sillä niiden funktio oli vielä 1960-luvulla enemmän kurinpidollinen kuin terapeutin. Huumeriippuvuuden syytä selvittävään terapiaan suhtauduttiin lisäksi varauksellisesti monien päihderiippuvaisten passiivis-riippuvaisen persoonallisuuden vuoksi. Tämä riippuvuuden taustalla vaikuttanut luonnehäiriö sai asiakkaan kasvun ja tietoisuuden lisääntymisen sijasta tarrautumaan hoitajiin ja hoitoon, mikä teki terapiasta vaikeaa. Näin sekä kuriin että vapaaehtoisuuteen perustuva hoito oli ongelmallista.

1970-luvulla huumeriippuvuuden ala laajeni perheeseen ja siellä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Perheterapian keskeisyys psykososiaalisissa huumehoitoissa oli eittämättä taktinen yritys rajata hoito erilliseksi kontrollista. Samalla voitiin korostaa terapeutin lähestymistavan yhteiskunnallista merkittävyyttä perheiden turvaamisessa. Huumeiden käyttäjä ei enää määrittynyt persoonallisuudeltaan poikkeavaksi vaan huonosti toimivan vuorovaikutussysteemin eräksi osaksi. Vuorovaikutuksen merkitys korostui myös Helsingin nuorisoseuran hoitokodissa ja 1986 perustetuissa terapeuttisissa yhteisöissä. Hoidollisissa yhteisöissä asukkaita arvioitiin suhteessa yhteisön sääntöihin. Sääntöjä rikkoneet joutuivat kurinpidollisten toimien kohteiksi, mutta samalla toivat ilmi omia ongelmiaan, joita voitiin sitten terapeutisesti työstää.

Perheterapiassa, terapeuttisissa yhteisöissä ja muun muassa systeemissä ja kognitiivis-behavioraalissa terapioissa ratkaisukeskeisyydestä tuli vähitellen hoidon keskeinen osa. Vuorovaikutuksessa opituista ja omaksutuista uskomuksista sekä ajattelun ja toiminnan tavoista tuli terapeutin työskentelyn keskeistä ainesta. Niiden huumeiden käyttöä ja käytön uusiutumista ylläpitäviin tekijöihin pyrittiin löytämään toimivia ratkaisuja. Syyt jäivät vähitellen taustalle, ja itsehallinnan tekniikoiden opettelusta ja raittiutta edistävän itsesuhteen

muovaamisesta tuli tärkeää. Hallinta ei näin kohdistunut enää poikkeavaan yksilöön vaan vuorovaikutuksen edellytyksiin eli niihin tekijöihin, jotka estävät oman itsen aktualisointumista niin perheessä kuin muissakin sosiaalisissa suhteissa.

Huumeriippuvuuden hoidon historian kannalta pyrkimykset vähentää kontrollitoimien merkitystä ja korostaa vapaaehtoisuuden merkitystä ovat olleet oleellisia. Näin on pyritty edistämään tarjottujen huumehoitojen ja huumeongelmaisten toiveiden ja halujen kohtaamista. Hallinnan näkökulmasta korvaushoidot eivät merkinneet yksioikoisesti huumeriippuvaisten vapautumista hoitoon liittyvästä kontrollista ja siirtymää eettisesti kestäväan tapaan toteuttaa hoidot, vaikka jotkut niiden puolustajat olivat näin taipuvaisia ajattelemaan (esim. Salaspuro 2003a). Myös korvaushoitoihin on liittynyt monia hallinnan teknologioita. Korvaushoidon alkuvaiheessa, vuoden 1997 ensimmäisen korvaushoitoasetuksen jälkeen, huumeiden käyttöä kontrolloitiin tarkasti virtsatestein, ja positiivinen tulos merkitsi hoidon keskeyttämistä. Korvaushoitolääke oli myös haettava täsmällisesti tietynä aikana. Pyrkimyksenä oli näin ohjata terapeuttien yhteisöjen tapaan tietynlaiseen aikatietoisuuteen. Korvaushoito on ajateltavissa hallinnan teknologiaksi, jossa lääkettä annostelemalla haetaan kehon normaalia tilaa. Siis tilaa, jossa lääke ei tuota nautintoa eikä vieroitusoireita, vaan se normalisoi aivojen toiminnot. Korvaushoitoihin liittyivät tämän vuoksi potilaan ja lääkärin väliset kiistat lääkkeiden sopivasta annostelusta (ks. Weckroth 2006). Huumeriippuvaisen kehosta tuli näin hyvin konkreettisesti pinta, jossa hallinnan pyrkimys ja yksilön kokemus kohtasivat.

## VIITTEET

- 1 Termit ”psykososiaalinen” ja ”hoito” ovat monimerkityksisiä. Termien merkitystä ja käyttöä päihdehoitoissa ovat eritelleet muun muassa Weckroth 2007 ja Kuussaari 2006. Tarkoitan psykososiaalisilla hoidoilla sellaisia ongelmalliseksi koetun huumeiden käytön vähentämiseen ja lopettamiseen tähtäviä yksilöön kohdistuvia toimenpiteitä, joissa huumeiden käytön syytä ja

vaikutuksia tarkastellaan psykologisen ja sosiaalisen tiedon kannalta.

- 2 Kuvaan seuraavassa yleistä suuntaa, johon päihdeterapia kehittyi. Yksittäisten terapeuttien lähestymistavat vaihtelivat paljon. Näin ollen eri terapeutit saattoivat antaa menneisyyden ja tunne-elämän kysymyksille vaihtelevasti painoarvoa, eivätkä esimerkiksi psykodynaamiset näkemykset riippuvuudesta kadonneet kokonaan.

### KIRJALLISUUS

- Aalto, Eeva (1976) Päihdeongelman hoidosta. *Tiimi* 1/1976, 14–19.
- Ahokas, Hanna, Kajesalo, Kristiina & Holopainen, Antti (1998) Pilvilinnoja vai kunnan rakenteita? Huumeasiakkaat hoitojärjestelmissä. *A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 26. A-klinikkasäätiö*, Helsinki.
- Ahonen, Jukka (2005) Päihdehuoltoa rakentamassa. *A-klinikkasäätiö 1955–2005*. Gummerus, Jyväskylä.
- A-klinikkasäätiön toiminnan pääpiirteet (1970) *Tiimi* 1/1971, 9.
- Castel, Robert (1983) Moral treatment. Teoksessa Stanley Cohen & Andrew Scull (toim.) *Social control and the state*. Basil Blackwell, Oxford, 248–266.
- Dean, Mitchell (1999) *Governmentality*. Sage, London.
- Dean, Mitchell (1998) Questions of method. Teoksessa Irving Velody & Robin Williams (toim.) *The politics of constructionism*. Sage, London, 182–199.
- Dreyfus, Hubert L. & Rabinow, Paul (1983) Michel Foucault. *Beyond structuralism and hermeneutics*. University of Chicago Press, Chicago.
- Ehrenberg, Alain (2010) The weariness of the self. Diagnosing the history of depression in the contemporary age. McGill-Queen's University Press, Montreal.
- Erko, Sakari & Pehkonen, Esko (1977) Nuorten päihdeongelmaisten perheterapiasta. *Tiimi* 4/1977, 9–15.
- Foucault, Michel (1983) Subject and power. Teoksessa Hubert L. Dreyfus & Paul Rabinow (toim.) *Michel Foucault. Beyond structuralism and hermeneutics*. University of Chicago Press, Chicago.
- Foucault, Michel (1997) Polemics, politics, and problematizations. Teoksessa Paul Rabinow (toim.) *Ethics, subjectivity and truth. Essential works of Foucault 1954–1984. Volume 1. The New Press*, New York, 111–119.
- Foucault, Michel (1998) *Seksuaalisuuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Foucault, Michel (2005) *Tiedon arkeologia*. Tampere, Vastapaino.
- Foucault, Michel (2006) *Psychiatric power. Lectures at the Collège de France 1973–1974*. Palgrave MacMillan, New York.
- Hakkarainen, Pekka & Kuussaari, Kristiina (1996) Erikoistunut huumehoito. Ongelman määrittely ja erilaiset hoitovaihtoehdot. *Alkoholipolitiikka* 61:2, 139–150.
- Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer (2005) Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70:2, 143–154.
- Hakkarainen, Pekka & Törrönen, Jukka (2002) Huumeet ja hyvinvointivaltion kehityksen muutokset lehtien pääkirjoituksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 67:6, 539–551.
- Healy, David (2001) The dilemmas posed by new and fashionable treatments. *Advances in Psychiatric Treatment* 7:5, 322–327.
- Heikkilä, Katja (2005) Kiskot vievät. Arviointitutkimus yhteisohoidosta huumeeklinikalla. *Sosiologian keskustelua B42*. Turun yliopisto, Turku.
- Holmberg, Nils & Laakso, Sirpa (1992) Päätöspysäkillä matka jatkuu. Kognitiivinen terapia ja välttämiskäyttäytyminen. *Tiimi* 3–4/1992, 34–36.
- Holmberg, Nils (1995) Mielihalut ja uskomukset. *Tiimi* 6/1995, 5–7.
- Holopainen, Antti (1992) Narkomaanin ja ammattiauttajan kohtaamisesta. Teoksessa Osmo Kontula (toim.) *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Kirjayhtymä, Helsinki, 200–232.
- Jauho, Mikko (2007) *Kansanterveysongelman synty*. Tutkijaliitto, Tampere.
- Juurmaa, Jyrki (1975) Päihdetajunnan sisältö yksilöllisen ja yhteisöllisen kokemisen heijastumana. *Alkoholipolitiikka* 40:6, 274–279.
- Kailio, Jukka (1973) Mielipiteitä päihdehuollon kehittelystä. *Tiimi* 2/1973, 4–12.
- Karvonen, Pekka (1998) Heroinistien Benedictus-kolmoishoito. *Yhteiskuntapolitiikka* 63:2, 163–179.
- Kaukonen, Olavi (2002). Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki, Gaudeamus, 137–166.
- Kinnunen, Aarne & Lehto, Juhani (1998) Fin-

- land: Drug Treatment at the Margins. Teoksessa Harald Klingemann & Geoffrey Hunt (toim.) Drug treatment systems in an international perspective. London, Sage, 48–60.
- KOM (1969) Komiteamietintö 1969:B 53. Huu-  
mausainekomitean mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- KOM (1971) Komiteamietintö 1971:B 39. Huu-  
mausaineneuvottelukunnan mietintö n:o 1. Ehdotus huumaus- ja lääkeaineiden väärin-  
käyttäjien hoito-organisaation kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kusch, Martin (1993) Tiedon kentät ja kerrostumat – Michel Foucault’n tieteentutkimuksen lähtökohdat. Kustannus Pohjoinen, Oulu.
- Kuussaari, Kristiina (2006) Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Tutkimuksia 155. Helsinki, Stakes.
- Laitila-Ukkola, Merja (2005) Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Lemke, Thomas (2000) Foucault, governmentality, and critique. <http://www.andosociology.net/resources/Foucault%2C+Governmentality%2C+and+Critique+IV-2.pdf> / (Luettu 10.11.2010).
- Leskinen, Riitta (1980) Nuorten hoitokoti – asuinyhteisö, mutta muutakin. Tiimi 4/1980, 20–22.
- Luoma, Matti (1971) Ryhmätyön eri variaatiot. Tiimi 2/1971, 12–16.
- Mattila, Pirkko (1970) Nuorisoasemien henkilökunnan koulutus. Tiimi 1/1970, 8–9.
- Mauriala, Auli (2000) Toiveikkaus, luovuus ja yhteistyö luovan ongelmanratkonnan kulmakiviksi. Tiimi 2/2000.
- Miksi perheenhoitoa. Tiimi 1/1973, 4–7.
- Millainen on nuorisoaseman asiakas. Tiimi 2/1971, 21.
- Murto, Lasse (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki, 167–192.
- Mäkelä, Rauno (2003) Päihdetyön tulokellisuus. Tutkimusnäyttöjä vai käytännön viisautta? Tiimi 3–4/2003, 4–6.
- Narkomaanit A-klinikoilla. Tiimi 2/1968, 17.
- Nuorvala, Yrjö (1985) Päihdehuollon palvelut ja huumeiden käyttäjät. Sosiaalinen Aikakauskirja 79:4, 27–29.
- O’Malley, Pat (1996) Risk and responsibility. Teoksessa Andrew Barry, Thomas Osborne, & Nikolas Rose (toim.) Foucault and political reason. The University of Chicago Press, Chicago, 189–207.
- Ojakangas, Mika (1995) Mentaalihygieniä ja lapsuus. Teoksessa Timo Joutsivuo & Heikki Mikkelä (toim.) Terveystieteiden lähteillä. Historiallinen arkisto 106. Suomen historiallinen seura, Helsinki, 291–314.
- Ollikainen, Matti (1974) Kokonaisvaltainen koulutus suunnitelma. Tiimi 1/1974, 4–7.
- Opiattiriippuvuuden korvaushoidon työkalumappi (2005) Päihdelääketieteen yhdistys, A-klinikkasäätiö, Helsinki.
- Pajupuro, Katriina (1987) Hietalinna-yhteisön periaatteet. Tiimi 5/1987, 17.
- Raitasuo, Kyllikki (1968) Nuoriso huumausaineet ja huumaavat aineet. Tiimi 2/1968, 12–15.
- Rauhala, Lauri (1961) Mitä psykoterapia on ja kuka sitä tekee. Gummerus, Jyväskylä.
- Rose, Nikolas (1996) Governing ”advanced” liberal democracies. Teoksessa Andrew Barry, Thomas Osborne & Nikolas Rose (toim.) Foucault and political reason. The University of Chicago Press, Chicago, 37–64.
- Rose, Nikolas (1998) Inventing ourselves. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rose, Nikolas (1999) Powers of freedom. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rose, Nikolas (2007) The politics of life itself. Princeton University Press, Oxford.
- Räkköläinen, Viljo (1974) Päihteiden käyttäjien sosiaalilääketieteellinen kuntoutus. Tiimi 4/1974, 11–13.
- Saarelainen (2000) Yleisimmät systeemiset lyhytterapiasuunnaukset. Tiimi 3–4.
- Saarelainen, Ritva (1975) Päihdeongelman perheen hoitoprosessista. Tiimi 4/1975, 25–28.
- Salaspuro, Mikko (2002) Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteiskuntapolitiikka 67:5, 453–462.
- Salaspuro, Mikko (2003a) Tiedon oikeellisuus ja sovellettavuus huumeriippuvuuden hoidossa – vaiettu totuus? Tiimi 3–4/2003, 27–28.
- Salaspuro, Mikko (2003b) Tieteen objektiivisuus ja kriittisyys sekä opiaattiriippuvuuden hoito. Tiimi 6/2003, 15–18.
- Salminen, Heimo (1972) Helsingin nuorisoasema hoitoyhteisönä. Tiimi 2/1972, 4–5.
- Selin, Jani (2010) Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti

- 47:4, 250–265.
- Siltala, Pirkko (1979) Vanhemmuus, perhe ja sairastaminen. *Tiimi* 4/1979, 14–18.
- Sirén, Pirkko (1973) Nuorten päihteiden käyttäjien hoitokodin perustamisongelmia. *Alkoholipolitiikka* 38:1, 10–16.
- Sirén, Pirkko (1977) Nuorisoasema päihteitä käyttävien nuorten hoitoyhteisönä. *Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste n:o 111*. Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, Helsinki.
- Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani (1988) Suomen alkoholihoiton kehitys ja ei-mediisininen malli. *Sosiaalipolitiikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja 13.
- Tirkkonen, Jorma (1966) Huoltoloista lääkärin kannalta. *Tiimi* 17/1966, 10–11.
- Tähkä, Veikko (1972) *Psykoterapian perusteet psykoanalyttisen teorian pohjalta*. Wsoy, Helsinki.
- Weckroth, Antti (2006) Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. *Etnografinen tutkimus huumehoitolaikoksesta*. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisu* 47. Stakes, Helsinki.
- Weckroth, Antti (2007) Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72:4, 426–436.
- Yesilova, Katja (2009) *Ydinperheen politiikka*. Gaudeamus, Helsinki.
- Ylikangas, Mikko (2009) *Unileipää, kuolonvettä, spiidiä*. *Huumeet Suomessa 1800–1950*. Atena, Jyväskylä.
- Österberg, Ingalill (1968) *Kohtaammeko narkomaanin*. *Tiimi* 2/1968, 3–4.