



Mai Peltoniemi

Normaali narkomaani?

**Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta,
hoidosta ja toipumisesta**

**Diakonia-ammattikorkeakoulu
Helsinki 2011**

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA
B Raportteja 49

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Mai Peltoniemi
(s-posti: mai.peltoniemi@gmail.com)
Taitto: Tiina Hallenberg

ISBN 978-952-493-150-2 (nid.)

ISBN 978-952-493-231-8 (pdf)

ISSN: 1455-9927

Juvenes Print Oy
Tampere 2011

TIIVISTELMÄ

Peltoniemi Mai

**Normaali narkomaani?
Kokemustutkimus huume-
riippuvuudesta, hoidosta ja
toipumisesta**

Helsinki : Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2011

98 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
B Raportteja 49

ISBN

978-952-493-150-2 (nid.)

ISSN

1455-9927

Päihdeongelmat ja päihdekäytön haittavaikutukset Suomessa ovat lisääntyneet viime vuosien aikana. Huumehoito on samanaikaisesti kehittynyt vahvasti lääkkeelliseen suuntaan vallalla olevan haittoja vähentävän politiikan mukaisesti. Päihdetyön tutkimuksessa on huomioitu tarve tiedon tuottamiseen päihderiippuvuuden ja toipumisen kokonaisvaltaisista prosesseista. Palvelujen kehittämisessä halutaan tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan kokemukseen ja kokemukselliseen asiantuntijuuteen.

Sosiaalialan koulutusohjelman (sosionomi (AMK)) opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin päihderiippuvuutta ja toipumista tutkijan omista kokemuksista käsin. Tutkimuksen kohteeksi asetettiin henkilökohtaiset kokemukset päihderiippuvuudesta, elämästä narkomaanina, sekä toipumiskokemus päihdehoidossa Kalliolan setlementin Avokisko-hoidossa. Kokemustutkimus tutkimusmenetelmänä asettaa kokemukseen perustuvan tiedon tasa-arvoiseksi tiedoksi perinteisesti tuotetun tieteellisen tiedon rinnalle.

Tutkimuksen keskeisimmät kysymykset ja tulokset liittyivät kokemustietoon, joka dialogissa perinteisen päihdetyön tutkimuksen tulosten ja stereotyyppisten käsitysten tuotti "toista" tietoa avaten lukijalle näkökulman henkilökohtaiseen riippuvuus- ja toipumisprosessiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin psykososiaalisen lääkkeettömän päihdehoidon näkökulma sekä antaa toivoa toipumisen mahdollisuuksiin niin narkomaaneille kuin heidän läheisilleen. Oman kokemuksen esille tuomisen tarkoituksena oli myös vastustaa yhteiskunnasta uloslyöviä voimia - marginalisoivia ennakkoluuloja ja sosiaalista leimaantumista. Tutkimuksessa otettiin kantaa kokemustiedon

merkitykseen ammatillisena pääomana ja sen yhdistämiseen sosiaalialan ammatilliseen työhön.

Tutkimus tuotti paitsi kokemuksellista ainutlaatuista tietoa, myös soveltuvien osin yleistettävissä olevaa tietoa. Avokisko-hoidosta nostettiin esiin toipumisen kannalta merkityksellisimmiksi koetut hoidon rakenteet ja menetelmät: luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen terapeuttiin, psykoedukaatio sekä kuvallinen ilmaisu. Tuloksia voidaan mahdollisesti käyttää kehitettäessä edelleen Avokisko-hoitoa tai muita psykososiaalisia päihdehoito-ohjelmia.

Asiasanat:

Kokemustutkimus, kokemustieto, riippuvuus, huumeet, päihdetyö, toipuminen

Teemat:

Hyvinvointi ja terveys

Julkaistu:

Painettuna

Painetun julkaisun tilaukset:

Granum-verkkokirjakauppa <http://granum.uta.fi/>

ABSTRACT

Peltoniemi Mai

**A Normal drug addict?
A user research of drug addiction,
treatment and recovery**

Helsinki : Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2011

98 p.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
B Raportteja 49

ISBN

ISSN

978-952-493-150-2 (pbc)

1455-9927

Substance abuse as well as the negative impacts it entails have increased in Finland during the past few years. At the same time, the treatment of drug abuse has strongly developed towards a medical approach, in accordance with the prevailing policy aiming to minimize the negative effects. In research on substance abuse treatment, it is recognized that there is a need for gaining information about the holistic processes involved in substance abuse and recovery. In order to develop services in the future, the aim will be to pay more attention to the client's experience and experiential expertise and knowledge.

In the study carried out as a thesis in the Degree Program in Social Services (Bachelor of Social Services), drug addiction and recovery were investigated from the viewpoint of the researcher's own experiences. The subject of the study was personal experiences concerning drug addiction, living as a drug addict, detoxification and the recovery process. As a research method, user research puts experiential knowledge on a par with traditional scientific knowledge.

The most essential questions and results of the research are to do with experiential user knowledge, which, in dialogue with the results of the traditional drug abuse research and stereotypical views, yielded "other" knowledge, opening up for the reader a perspective on the personal addiction and recovery process. The aim of the research was to bring forth the viewpoint of psychosocial medication-free drug abuse treatment and to give drug addicts and their families a hope of the possibilities of recovery. The purpose of bringing one's own experiences to the fore was also to oppose the forces which force people out of society – marginalizing prejudices and social stigmatization. In the research, one took a stand for the role of experiential knowledge

as professional capital and integrating it with the professional work in the social sector.

The research yielded not only unique experiential knowledge but also knowledge which is, in some applicable aspects, generalizable. Regarding the rehabilitative treatment, the structures and methods of the treatment which were felt to be the most significant from the viewpoint of recovery were brought up: a confidential treatment relationship with the therapist, psycho-education and pictorial self-expression. The results are potentially usable when developing further psychosocial substance abuse rehabilitative treatment models.

Keywords:

user research, experiential knowledge, addiction, drugs, drug abuse treatment, recovery

Available:

Printed

Order:

Granum <http://granum.uta.fi/>

Sisältö

SISÄLTÖ	7
ESIPUHE	9
1 JOHDANTO	11
Päihderiippuvuuden synty ja toipuminen – tutkijan tarina	13
Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet	14
Tutkimusaineistot	15
2 KOKEMUSTIETO TYÖN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ	19
Kokemustutkimuksen lyhyt historia Suomessa	21
Kokemus ja toinen tieto	22
Kokemustieto vakiintuneen totuuden peilinä	24
3 PÄIHDERIIPPUVUUDEN SYNTYMINEN	27
Nuoruusiän masennus ja ensikosketus päihteisiin	27
Ajautuminen kohti riippuvuutta	30
4 KUVA NARKOMAANIN ELÄMÄSTÄ	35
Tasapainoilua	35
Illuusio hallinnasta	38
Hallitsemattomia ongelmia	40
Huumevieroitus	43
Hoitomotivaation vahvistuminen	45
5 YHTEISÖLLINEN PÄIHDEHOITO	51
Avokiskon oppilaaksi	51
Tehtäviä ja terapiaa	53
Psykoedukaatio toipumisen ja muutostyön välineenä	56
Sitoutuminen ja sopimukset	58
Luovat terapiamenetelmät	59
Vertaistuki ja NA-ryhmät	64
Terapeuttinen allianssi hoitosuhteessa	67
Terapeutin näkökulma riippuvuuteen ja hoidon tarpeeseen	71
Terapeutin näkökulma kokemukseeni Avokisko-hoidosta	72
6 RIIPPUVUUS, TOIPUMINEN JA HYVÄ HOITO	75
Johtopäätöksiä riippuvuudesta	75

Toipuminen Avokisko-hoidossa	76
Hyvä huumehoito ja päihdetyön haasteet	79
Toipumiskokemus ammatillisena pääomana	83
7 POHDINTA	87
Tutkimuksen etiikka	87
Kokemustutkimuksen haasteet ja mahdollisuudet	89
LÄHTEET	93

ESIPUHE

Käsillä oleva tutkimus on monella tavalla poikkeuksellinen. Ammatillinen näkökulma on laitettu sulkuihin ja tutkija on kääntänyt katseensa henkilökohtaisiin elettyihin kokemuksiin ja ottanut ne analyttisen erittelyn kohteeksi. Tekijä avaa päihderiippuvuutensa syntyä, kuntoutumistaan ja hoitonsa eri vaiheita käyttäjälähtöisen tutkimuksen viitekehityksessä. Suomessa kansalaisten omaehtoinen ja palvelujen käytön perustalta nouseva tutkimustoiminta on lähes tuntematonta, vaikka sillä on brittiläisessä vammaistutkimuksessa jo vuosikymmenien perinteet. Tässäkin merkityksessä tutkimus avaa aivan uutta näkökulmaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen.

Suomessa palvelun käyttäjien osallistumisesta ja asiakaslähtöisyydestä on puhuttu sosiaali- ja terveysalan keskusteluissa pitkään. Kansalais- ja järjestökentällä tunnetaan hyvin kokemusasiantuntemuksen eri muodot ja erilaiset vertaistoiminnan ryhmät ovat vakiinnuttaneet asemansa. Omaehtoisen vertaistuen yhteyteen on syntynyt lukuisia kehittämishankkeita, joissa kokemusasiantuntemusta on hyödynnetty palvelujen kehittämistyössä. Maaperä palvelun käyttäjien osallistumisella ja äänen käytölle sosiaali- ja terveyspolitiikassa on siis olemassa.

Käsillä oleva tutkimus näyttää suuntaa sosiaali- ja terveysalan kansalais- ja palvelun käyttäjälähtöiselle tutkimus- ja kehittämistyölle monessa eri merkityksessä. Ensinnäkin se osoittaa, että myös ammattilaiset tarvitsevat omien elämäkokemustensa paremmin ymmärtämistä ja itsereflektion taitoja. Jos itse on elämäkriiseiltä täysin välttynyt voi lähipiiristä löytyä kriisejä läpikäyneitä. Toiseksi syntyy näkemys siitä, kuinka vaikeat sairastumis- ja kuntoutumiskokemukset voidaan kääntää koulutusprosessin kautta ammatilliseksi pääomaksi. Kolmanneksi tutkimus antaa osviittaa siitä, kuinka ammatillisen toiminnan kehittämisessä voitaisiin monipuolisemmin hyödyntää sairastumis-, kuntoutumis- ja palvelun käytön kokemuksia.

Main Peltoniemen tutkimus on vuoden 2011 aikana palkittu kahdesti. Keväällä 2011 opinnäytetyö osallistui ammattikorkeakoulujen Thesis-kilpailuun, jossa se palkittiin. Talentian ammattieettinen lautakunta valitsi syksyllä 2011 eettisesti ansiokkaimmaksi sosiaalialan korkeakoulujen lopputyöksi. Saatu huomio osoittaa, että ammatillinen näkökulma kaipaa uudistumista. Hyvinvointipalvelujen kehittämistyö ja verkostoituvat työmuodot tarvitsevat erilaisista lähtökohdista viriävän asiantuntemuksen yhdistämistä ja vuoropuhelua.

Susanna Hyväri



1 JOHDANTO

Tässä työssäni käsittelen päihderiippuvuutta asettaen oman henkilökohtaisen kokemukseni päihderiippuvuudesta tutkimuksen keskiöön. Työni etenee kronologisesti päihderiippuvuuden syntymisestä päihteiden käyttäjän identiteetin muodostumiseen ja edelleen hoitomotivaation syntymiseen. Esittelen käsityksiä päihderiippuvuuden ja toipumisen eri vaiheista omaan kokemukseeni peilaten. Selvitän, miten riippuvuus syntyi ja miten selitän riippuvuuden sekä mitä elämässäni tapahtui, että lopulta motivoituin lähtemään pitkäkestoiseen päihdehoitoon. Tuon esiin kokemukseni hoitopolustani ja erityisesti psykososiaalisesta päihdehoidosta Kalliolan settlementin Avokiskohoidossa. Omaan asiakaskokemukseeni perustuen nostan tarkasteltavaksi toipumiseni kannalta hoidon merkittävimmät elementit.

Päihdetyön tutkimus Suomessa on melko vähäistä verrattuna päihdeongelmien laajuuteen ja vaikeuteen. Alkoholi- ja huumeetutkimus on keskittynyt päihdekäytön seurauksiin, laajuuteen ja tapoihin. Ehkäisevän päihdetyön ja hoidon tutkimus on vähäisempää. Valtavirtatutkimus etenkin terveydenhuollon puolella keskittyy päihdehoitomuotojen keskinäiseen vertailuun ja vaikuttavuuteen. (Ehrling 2009, 146; Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 7.) Päihderiippuvaisen ja toipujan kokemuksista on kuitenkin viime vuosina tehty tutkimusta yhä enemmän. Asiakkaan äänestä ja toisesta tiedosta on kiinnostuttu. Muun muassa Koski-Jänneksen (1998), Hännikäinen-Uutelan (2004), Ruisniemen (2006), Knuutin (2007), Mattila-Aallon (2009) ja Kotovirran (2009) tutkimukset päihderiippuvuudesta tuovat esiin marginaalisuuden kokemuksia ja tietoa toipumisen prosesseista.

Kokemukseen perustuva tietäminen on nousemassa tutkimuksen ja kiinnostuksen kohteeksi. Kysymys kokemustutkimuksen näkökulmasta kuitenkin on, kenen intresseistä käsin tietoa on kerätty ja kuka päättää, millainen tutkimus on tärkeää. Tutkimuskysymysten ja tutkittavien aiheiden määrittely tapahtuu marginaalisuuden kokemuksen toiselta puolelta, jolloin kokemustiedon haltijan tehtäväksi jää vastata kysymyksiin. Kritiikiksi nousee, ovatko tutkimuskysymykset tai tulkinnot tällöin oikeita ja tutkitaanko kohderyhmän kannalta merkityksellisiä asioita.

Hajanainen päihdetyön kenttä tarvitsee edelleen tutkimusta hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Lisäksi päihdetyön kehittämiseksi tarvitaan välttämättä tutkimusta toipumisen prosesseista, joissa elämäntilannetta kuvataan laajemmin kuin tietyn menetelmän tai hoitojakson näkökulmasta. (Tammi ym. 2009, 10.) Työni vastaa nykytutkimuksen haasteeseen nostamalla esiin yhden elämäntarinan ja kokemuksen päihdekäytön, riippuvuuden ja toipumisen kokonaisuudesta.



Aineisto ja tarinani tarjoavat lukijalle kokemukseen perustuvia vastauksia ja tietoa esimerkiksi siitä, millaisena koin huumausaineiden vaikutuksen. Tarina ja tulkinta tuottavat kokemustietoa, joka dialogissa teoreettisen tiedon kanssa vastaa tutkimuskysymyksiin. Avokiskon osalta hoitooni osallistuneen terapeutin konsultoiva haastattelu käy dialogia oman kokemukseni kanssa. Tarkastelen elämänvaiheita ja tapahtumia myös nykyhetken näkökulmasta sekä pohdin ammatillisesti, mikä olisi voinut mennä toisin.

Työni edustaa Suomessa vielä vähän tunnettua kokemustutkimusta, joka tuottaa henkilökohtaiseen elämäkokemukseen perustuvaa kokemustietoa. Aineistoa on mahdollista tarkastella myös selviytymistarinan tai identiteettitarinan valossa. Tutkimus perehdyttää lukijan kokemustiedon ja -tutkimuksen perusteisiin. Beresfordin ja Salon (2008, 17) mukaan kokemustutkimus haastaa perinteisen akateemisen tutkimuksen. Siinä kokemukseen perustuva tieto tunnustetaan validiksi tiedoksi perinteisen tutkimustiedon rinnalle. Päihderiippuvuus ja toipuminen omakohtaisina kokemuksina tuottavat ”toista” tietoa yhteiskunnan marginaalissa elämisen näkökulmasta.

Koostaessani yhteen työni keskeisimpiä teemoja ja johtopäätöksiä, pohdin asioita myös ammatillisesta näkökulmasta: Miten asiat olisivat voineet mennä toisin? Millaista hyvää sosiaali-, terveys-, ja kasvatustukea olisin mahdollisesti tarvinnut selvitäkseni ilman päihderiippuvuutta? Otan kantaa nykyiseen huumehoitoon kehitykseen ja tuon esiin näkemykseni hyvästä ammatillisuudesta, päihdetyöstä ja tulevaisuuden haasteista. Kuvaan myös prosessia oman toipumiskokemukseni työstämisestä osaksi ammatillista identiteettiä ja osaamistani sosiaalialan työssä. Pohdin tutkimuseettisiä kysymyksiä sekä kokemustutkimuksen mahdollisuuksia ja haasteita. Nostan esiin ajatuksia jatkotutkimuksesta ja Avokisko-hoidon kehittämistä.

Työssäni käytän käsitettä toipuminen kuntoutumisen sijaan. Toki päihderiippuvuudesta toipuva ihminen voidaan mieltää myös kuntoutujaksi, mutta kuntoutuminen liitetään kuitenkin arkikielessä useammin mielenterveyskuin päihdetyöhön. Tutkimuksestani on hyötyä myös kuntoutustutkimukselle ja kuntoutustyötä tekeville ammattilaisille. Mielestäni toipuminen käsitteenä korostaa yksilön omaa aktiivista toimijuutta kuntoutuksen kohteena olemisen sijasta. Tutkimukseni teoria kokemustutkimuksesta viittaa käsitteellisesti kuntoutumiseen, sillä suurin osa niin muualla kuin Suomessa tehdystä kokemustutkimuksesta koskee mielenterveystyötä ja palveluita (ks. esimerkiksi Beresford & Salo 2008; Hyväri & Salo 2009; Rissanen 2007). Omassa tutkimuksessa on mielestäni ensisijaisesti kyse toipumisprosessista. Kokemuksessani olen siis samoilla linjoilla Kuusiston (2009, 33) kanssa: Päihdehoito on kuntoutusta, joka sisältää erilaisia rakenteita ja menetelmiä toipumisprosessin tueksi.

Päihderiippuvuuden synty ja toipuminen – tutkijan tarina

Kokoan seuraavaksi riippuvuus- ja toipumiskokemukseni oleelliset tosiasiat. Kokemusaineiston seuraamisen ja tutkimuksen kannalta on tärkeää pystyä jäsentämään kulunutta aikaa ja tehdä näkyväksi muun muassa hoito-kontaktini, sosiaaliset suhteeni ja päihteiden käyttö.

Muutin 19-vuotiaana pääkaupunkiseudulle. Perheeni ja muu sosiaalinen verkostoni jäivät kotipaikkakunnalle. Identiteettini oli rakentunut fundamentalistisen kristityn seurakunnan arvoperustalle, ja muuttoni oli irtiotto tästä kaikesta. Aloin rakentaa uutta elämää, etsiä uusia arvoja ja käyttää alkoholia ”niin kuin muutkin”. Melko pian muuton jälkeen hakeuduin A-klinikkasäätiön Nuorisoasemalle ahdistuksen ja paniikkioireiden vuoksi. Nuorisoasemalle sai tuolloin hakeutua mistä tahansa syystä, kynnys oli matala. Myöhemmin Nuorisoasemien palvelut rajattiin koskemaan vain päihdeongelmista kärsiviä nuoria.

Vuoden kuluttua, 20-vuotiaana, elämäni kriisiytyi, en jaksanut enää töissä enkä voinut nukkua. Työterveyslääkäri määräsi minut sairauslomalle masennus- ja unilääkkeiden sekä bentsodiatsepiinien kanssa. Koin työstä pois jäämisen vakavana epäonnistumisena. Mielialaani vaikutti seurakuntaelämän jättämä valtava arvotyhjiö, jota aktiivisesti yritin olla ajattelematta.

Aloin heti sairauslomalle jäätyäni käyttää alkoholia ja lääkkeitä suuria määriä kerrallaan, olin itsetuhoinen ja itsemurhayrityksen jälkeen päädyin psykiatriseen laitoshoitoon. Elämänhallinta romahti kuukaudessa, ja puolen vuoden sairausloma-aikaani kuului viisi psykiatrista laitoshoitajaksoa, itsetuhoista alkoholin, lääkkeiden, kannabiksen ja lopulta amfetamiinin käyttöä. Tein kaiken tämän melko lailla erilläni sosiaalisista suhteistani. Kaveripiirissäni kukaan ei käyttänyt huumeita.

Amfetamiinin löydettyäni laituskierre loppui ja koin elämälläni olevan taas jotain merkitystä. Palasin töihin ja samaan aikaan aloin käyttää amfetamiinia suonensisäisesti. Aloin elää kaksoiselämää työelämässä ja sosiaalisissa suhteissani. 21-vuotiaana aloitin parisuhteen ja opinnot ammattikorkeakoulussa. Opiskelun ohella tein töitä. Opettelin käyttämään aineita hallitusti ja pidin julkisivun puhtaana kaikille, myös Nuorisoaseman työntekijälle, jonka luona halusin käydä keskustelemassa muista asioista kuin päihdekäytöstä. En ajatellut olevani narkomaani tai ongelmainen. Tapasin aluksi huumeita käyttäviä ihmisiä vain hankkiakseni huumeita.

22-vuotiaana elämänhallinta huumeiden käyttäjänä alkoi olla ajoittain haasteellista. Piikitin päivittäin ja addiktoiduin myös pistämiseen toimintana. Pistäminen jo sinänsä tuotti niin paljon mielihyvää, että lopulta piikitin itseäni pakkomielteisesti, oli aineita tai ei. Keskeytin opinnot vuoden käytön jälkeen,



koska kiinnostus oli vähäistä ja uuden oppiminen oli vaikeaa amfetamiinin vaikutuksen alaisena. Tein kuitenkin työtä ja työelämässä selviydyin hyvin. Nuorisoasemalla en halunnut käydä välillä kuukausiin. Vietin viikonloppuisin toisinaan aikaa muiden käyttäjien kanssa ottaakseni lomaa hallitusta huumeiden käytöstä. Parisuhteessani valehtelu ja salaaminen alkoivat tuntua rasakailta. Joutuessani useammin vaaratilanteisiin ja hankaluuksiin epämääräisen seuran ja liiallisen päihtymyksen seurauksena pelästyin elämäni hallitsemattomuutta ja palasin takaisin Nuorisoasemalle.

Olin täyttänyt 23 ja vähitellen suostuin puhumaan päihteistä ja ongelmistani. Työntekijä ehdotti katkaisuhoidoa, mutta olin sitä mieltä, että voin lopettaa, jos vain haluan. Yritin vähentää ja lopettaa, mutten pystynytäkään. Lopulta suostuin työntekijän konfrontoimana lähtemään lääkkeettömään katkaisuhoidoon A-klinikkasäätiön Hietalinnayhteisöön. Ymmärsin vähitellen, etten tule selviämään ilman päihteitä, jollen saa lisää apua. Kerroin myös avoimesti läheisilleni, että olen käyttänyt viime vuodet amfetamiinia lähes päivittäin. Ymmärsin hoidossa, että minusta oli tullut narkomaani enkä ymmärtänyt miksi.

Kolmen kuukauden laitoshoidon jälkeen siirryin suoraan Avokiskon hoito-ohjelmaan. Erosin avopuolisostani, joka ei ollut halunnut puuttua huumeiden käyttöni millään tavalla koko kahden vuoden aikana. Täytin 24 vuotta ja noin kolmen vuoden päihdekäytön jälkeen pysyin Avokisko-hoidossa seuraavat kaksi vuotta. Melko pian hoidon aloitettuani aloitin uuden parisuhteen. Kaveripiirini vaihtui raittiimpaan ja yhteys perheeseen ja ystäviin korjaantui ajan kuluessa.

Hoitokontakti Nuorisoasemalle päättyi siirtyessäni Avokiskoon. Kiitin työntekijää kärsivällisyydestä ja hoitoonohjauksesta. Avokisko-hoito päättyi ollessani 25-vuotias. Vuosi hoidon päättymisen jälkeen aloitin opinnot Diakonia-ammattikorkeakoulussa painottaen opinnot ja harjoittelujaksot erityisesti päihdetyöhön. Valmistuin sosionomiksi 30-vuotiaana tämän tutkimuksen myötä.

Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet

Päihdehoito ja toipuminen ovat ajankohtaisia aiheita yhteiskunnallisessa keskustelussa. Päihdeongelmat Suomessa lisääntyvät jatkuvasti ja päihteiden käytön haitat ovat suurempia kuin koskaan aiemmin. Lisääntynyt alkoholin kulutus ja huumeongelmat kasvattavat yksilöiden syrjäytymisriskiä ja kuormittavat erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluita. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes

2009, 7.) Samalla hyvinvointivaltiomallin tarjoamat päihdehoitopalvelut ovat murroksessa ja säästöä pyritään kunnissa synnyttämään vähentämällä sosiaali- ja päihdehuollon rahoitusta. Viime vuosina huumehoito on vahvasti medikalisoitunut ja kehittynyt lääkkeellisen korvaushoidon suuntaan – kokemustutkimukseni tuo esiin näkökulman lääkkeettömästä hoitopolusta ja psykososiaalisesta päihdehoidosta. Toivon tutkimukseni osaltaan vähentävän ennakkoluuloja ja stereotyyppisesti leimaavia asenteita huumeiden nykyisiä ja entisiä käyttäjiä kohtaan. Toivon myös, että kokemukseni antaa uskoa toipumisen mahdollisuuksiin paitsi narkomaaneille ja heidän läheisilleen myös sosiaali- ja päihdetyön ammattilaisille.

Tutkimukseni tavoitteena on Rissasen (2007) tapaan tuottaa oman kokemukseni kautta mahdollisesti soveltuvin osin yleistettävissä olevaa tietoa. Olen jäsentänyt tutkimukseni aineiston kronologisesti ja jakanut kokemukseni kolmeen eri teemaan: kokemukseen riippuvuuden syntymisestä, elämään narkomaanina ja toipumiseen päihdehoidossa Kalliolan settlementin Avokiskossa.

Tutkimuskysymykset ovat: 1) Miten ja miksi riippuvuus kohdallani syntyi? 2) Miten koin päihteiden vaikutuksen ja miten identiteettini huumeiden käyttäjänä rakentui? 3) Miten hoitomotivaatio syntyi? 4) Mitkä rakenteet tai menetelmät Avokisko-hoidossa koen merkityksellisimmiksi? 5) Mistä toipumisessa oli kohdallani kyse? 6) Mikä elämässäni olisi voinut mennä toisin ja mitä olisi pitänyt tapahtua, ettei minusta olisi tullut huumeriippuvainen?

Tutkimuksessani huomioin myös, millaisia merkityksiä omalla toipumiskokemuksellani on ammatillisena pääomana sosiaalialan koulutuksessa ja työssä. Tutkimus tuottaa lisäksi tietoa palvelun käyttäjän kokemuksesta Avokiskon työn kehittämiseen.

Tutkimusaineistot

Tutkimukseni aineistona ovat omat kokemukseni päihderiippuvuudesta ja toipumisesta – elämäntarinani näiltä osin. Tutkimukseni pääasiallinen kokemusaineisto ei ollut valmiiksi kirjoitettua. Aloin kirjoittaa aineistoa jäsentämällä kokemustani kronologisesti erilaisiin teemoihin. Teemoittelussa tein jo merkityksellisiä määritelmiä, kuten itseni nimeämisen narkomaaniksi. Kokemuksessani elämästä huumeiden käyttäjänä en suurimmaksi osaksi mieltänyt itseäni narkomaaniksi, vaan olin kuin kuka tahansa sillä erotuksella, että käytin laittomia päihteitä. Määrittelin itseni narkomaaniksi elämänvaiheestani myöhemmin syntyneen käsitykseni mukaan.

Teemoittelun jälkeen jatkoin kuvaamalla nuoruusikäni ja sitä, millaiseksi itsemi ja elämäni nuorena koin. Kirjoitin päihdekokeiluista ja lopulta päihteiden päivittäiseen käyttöön johtaneesta romahtamisesta. Kirjoittaessani aineistoa elämästäni huumeiden käyttäjänä tapahtumien aikajärjestystä oli haasteellista hahmottaa. Kirjoitin lähes kaiken muistamani järjestellen tapahtumia ja kokemuksia myöhemmin loogisemmaksi kokonaisuudeksi. Aktiivisen päihdekäytön kausi vaikutti kaoottiselta paitsi elettyinä myös aineistoksi kirjoitettuna kokemuksena. Aineisto ei todennäköisesti täysin jäsentynyt kronologisesti ja osa kokemuksista linkittyy ehkä virheellisesti eri asioiden kanssa. Tunnistan kaiken kuitenkin omaksi elämäkseni ja koen, että aineisto kuvaa oleellisimman elämästäni narkomaanina.

Viimeisenä kirjoitin kokemukseni Avokisko-hoidosta, mikä tuntui muodostuvan loogiseksi ja jäsentyneemmäksi kokonaisuudeksi. Olin valmiiksi miettinyt, mitkä asiat hoidon sisällöstä haluan nostaa tarkemman tarkastelun kohteeksi ja minkä olen kokenut merkittävimmäksi toipumisen kannalta. Aloitin näiden kirjoittamisesta ja siitä, miten hoito oli alkanut. Tämän jälkeen täydensin tarinaa merkityksellisillä kokemuksilla kokonaisvaltaisen kuvan hahmottamiseksi hoitoprosessista. Saamani ohjauksen ja palautteen perusteella selvensin aineistoa lukijalle ymmärrettävämpään muotoon. Monen itselleni, ja muille huumeidenkäyttäjille, itsestään selvän asian ja kokemuksen kuvaaminen siten, että kuka tahansa lukija ymmärtäisi, oli yllättävän haastavaa.

Rajasin aineiston siten, että se vastasi valitsemiani teemoja: päihderiippuvuuden syntymistä, elämistä päihderiippuvaisena, avuntarpeen käsittämistä sekä kokemusta päihdehoidosta ja toipumisesta. Vaikka moni riippuvuuden syntymiseen vaikuttanut asia tai asian tulkinta olisi liitettävissä myös lapsuuden kokemuksiin, päädyin jättämään lapsuuden kokemukset aineiston ulkopuolelle ja vaikka toipumisen voi sinänsä ajatella jatkuvan läpi elämän, tutkimukseeni kirjoitin kokemusaineistoa ajallisesti vain Avokisko-hoidon päättymiseen saakka. Nykypäivään viittaa pohdinnassa reflektoiden omaa toipumiskokemusta ammatillisena pääomana päihdetyössä. Kokemusaineistossa käytän osittain puhekielisiä ilmaisuja, koska kokemus vaikutti muodostuvan autenttisemmaksi käyttämällä kieltä, joka kokemukseen ja elämäntilanteeseen on liittynyt.

Tutkimuksen aineisto koostuu kirjoittamani kokemusaineiston lisäksi Avokisko-hoidon aikana tekemistäni taideterapiatöistä, muistiinpanoistani hoidon ajalta, sekä hoitoni loppulausunnosta. Näiden lisäksi Avokiskossa hoidostani vastanneen terapeutin haastattelu avaa ja muodostaa peilauspintoja kokemukseeni paitsi Avokisko-hoidosta myös elämästäni ennen hoitoa. Kalliolan settlementin päihdetyön ammattilaisten haastattelut antavat tietoa muun muassa tutkimuksen merkityksestä hoidon ja päihdetyön kehittämisen kannalta.

Avokiskossa hoidostani vastanneen terapeutin konsultoiva haastattelu tehtiin vasta kun, kirjallinen aineisto ja tutkimuksen oli muilta osin lähes valmis. Terapeutti luki ennen haastattelua kirjoittamani materiaalin, jonka pohjalta keskustelimme keskittyen hoitooni Avokiskossa. Purin haastattelun nostaen esiin terapeutin näkemyksiä toipumisprosessistani sekä kokemuksia hoitosuhteestamme. Dialogi tuotti toisen näkökulman kautta myös uutta tietoa omasta kokemuksestani Avokisko-hoidosta. Huomioitavaa on, että viitatesani haastatteluun tai hoidon loppulausuntoon viittaa lähteisiin anonymisti haastateltavan pyynnöstä. Terapeutti ei työskentele enää Avokiskossa.

Merkityksellistä on, että haastattelussa terapeutti kiinnitti huomiota aineistostani puuttuneisiin seikkoihin, jotka kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta vaikuttivat hänestä (ja minusta) oleellisilta. Päädyin haastattelun jälkeen lisäämään aineistoon kokemuksen päihderiippuvuuden syntymiseen merkittävästi vaikuttaneesta tilanteesta nuoruudessani sekä Avokisko-hoitoon liittyneestä laitoshoidojaksosta. Olin jättänyt asioita tietoisesti kirjoittamatta. Huomasin aluksi olleeni varovaisempi ja pohtivani paljon, mitä kaikkea kokemuksesta täytyy jättää kirjoittamatta, etten leimaannu liikaa tavalla tai toisella. Tutkimusprosessin myöhemmässä vaiheessa, kun hyväksyin kokemukseni, näin rajaamisen merkityksen eri tavalla.

Tutkimuksen kannalta kirjoittamaton aineisto on haasteellinen. On huomioitava, että elämäntarinani ja kokemukseni tulkinta syntyy nyt, tässä hetkessä näillä ominaisuuksilla ja ajatuksilla, joita minulla tähänastisen elämäkokemukseni ja koulutukseni kautta on kertynyt. Kokemus aineistona on liikkuva ja ajassa muokkaantuva, tulkinnat peilautuvat aina nykyhetkeen. Mitä lähempänä kokemustani ajallisesti nyt olisin, sen välittömämpää olisi myös tulkinta. Mutta toisaalta ajan tuoma etäisyys kokemuksestani myös auttaa erittelemään kokemuksiani ja tuottamaan mahdollisesti monipuolisempia tulkintoja. Päihteiden käytön aloittamisesta on tätä kirjoittaessani kulunut kohta 10 vuotta ja lopettamisesta 7 vuotta.



2 KOKEMUSTIETO TYÖN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ

Kokemustieto ja -tutkimus ovat vakiintumassa suomen kielen käsitteistöön. Englannin kielessä vastaavasta käytetään termiä "user research". Käyttäjätutkimus (user research) kuitenkin suoraan suomennettuna viittaa suppeasti palvelun käyttäjän kokemukseen tietystä palvelusta. Kokemustutkimuksessa on kyse laajemmasta mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tutkimustoiminnasta, jossa kokemustietoa tuotetaan paitsi palvelusta, myös sairastumisesta, toipumisesta, kokemuksista ja identiteetistä. Englannin kielen user research -termillä on vakiintunut asema, ja sillä käsitellään elämän kokemukset laajemmin kuin termi suoraan suomennettuna antaa ymmärtää. (Beresford & Salo 2008, 115.)

Kokemustieto on välittömän kokemuksen avulla hankittua tietoa. Toisin sanoen kokemuksen, sen ymmärtämisen ja tulkinnan välillä on välitön yhteys. Kokemusasiantuntijan tieto ja asiantuntijuus ovat seurausta jostakin välittömästä kokemuksesta. Tutkija voi tietoisesti hankkia kokemuksia, tai kokemukset tulevat osana elettyä elämää. (Beresford & Salo 2008, 39, 66.) Päihderiippuvuudesta tuskin kukaan tutkija haluaa tietoisesti lähteä hankkimaan kokemusta hyödyntääkseen sitä tutkimuksessa. Tutkimuksessani pyrin hyödyntämään jo olemassa olevan kokemuksellisen tietoni.

Kokemustutkimuksen juuret ovat Isossa-Britanniassa, jonka lainsäädäntö edellyttää palveluiden käyttäjien osallistamista palvelujen ja hoidon suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen mielenterveystyössä (Institute of Psychiatry 2009). Suomessa kokemustutkimus on vakiintumassa vähitellen käsitteenä ja käytäntönä. Käytännössä kokemustutkimusta on tehty lähinnä erilaisten projektien muodossa. Kokemustutkimuksen perustana ovat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tai muiden syrjäytymisvaarassa elävien ryhmien omat kokemukset ja heidän osallistumisensa tutkimuksen tekemiseen. Kokemustutkimus edellyttää yleisiä tieteellisten tutkimuskysymysten, aineiston, rajaamisen ja johtopäätösten rakentamisen periaatteita – mikä tahansa omakohtainen kokemus ja tulkinta eivät ole tiedontuotantoa tai tutkimustoimintaa. (Beresford & Salo 2008, 115–117.)

Kokemukseen perustuvaa tietoa voidaan ajatella olevan jokaisella. Tutkimuksen näkökulmasta kokemustiedolla kuitenkin tarkoitetaan koko elämään ja minuuteen vaikuttavia kokemuksia. Identiteettiä muuttavien tai leimaavien kokemusten kanssa eläminen asettaa yksilön kokemuksineen usein yhteiskunnan marginaaliin. Elämän- tai identiteettitarinan julkituominen tuottaa tietoa sinällään, kokemustutkimuksen tavoite on kuitenkin laajempi. Kokemustutkimus ottaa myös yhteiskunnallisesti kantaa leimaantumiseen ilmoittaen, että yksilöllä on kokemuksineen oikeus olla tasavertainen.



Kokemustutkimus murtaa parhaimmillaan marginaalisuuden rajoja ja stereotyyppioita tuottaen tietoa yhteiskunnan arvorakenteista. (vrt. Hyväri 2001, 72–83.) Kokemustiedon työstäminen tutkimukseksi ja sen siirtäminen aktiivisesti ammatillisen työn ja tutkimuksen käyttöön sekä tuominen yleiseen tietoon on merkityksellistä. Ammatillisen työn, palveluiden ja käytäntöjen kehittäminen palvelun käyttäjän ja marginaalisuuden kokemuksen näkökulmasta mahdollistuu kokemustiedon ja tutkimuksen avulla. Pelkkänä vertaisryhmien sisäisenä pääomana kokemustietoa ei voida hyödyntää palveluiden ja ammatillisen työn kehittämiseen. (Vrt. Hyväri 2009b, 7–8.)

Sosiaalipolitiikan professori, mielenterveyskuntoutuja Peter Beresford on merkittävä vaikuttaja Ison-Britannian järjestöpohjaisen kokemustutkimuksen saralla. Beresfordin ja Salon (2008) mukaan kokemustutkimuksen tutkimuskäytännöt voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: 1) tutkimus, jossa [mielenterveys-]palveluiden käyttäjät osallistuvat muiden tekemään tutkimukseen, 2) tutkimus, jossa palveluidenkäyttäjät toimivat yhteistyössä muiden tutkijoiden kanssa, 3) palveluidenkäyttäjien itse hallinnoima tutkimustoiminta. Tällöin kuntoutajat itse päättävät, millainen tutkimus on tärkeää, mitä kysymyksiä asetetaan ja miten tutkimus toteutetaan. (Beresford & Salo 2008, 11.) Työni edustaa itsenäistä tutkimusta, jossa tarkastelen kokemusta riippuvuudesta ja nostaan esiin myös palvelun käyttäjän näkökulman päihdehoitoon.

Kokemustutkimuksen tarkoitus ei ole väittää, että välittömien kokemusten puuttuminen tekisi tutkimustuloksista virheellisiä. Tarkoitus on, että myös ihmisten omista kokemuksistaan tekemät tulkinnat tunnustettaisiin päteväksi tiedoksi. (Beresford & Salo 2008, 66.) Jaettu asiantuntijuus, jossa asiantuntijuutta tunnustetaan olevan sekä ammattilaisella että asiakkaalla, vahvistavat sosiaalityön asiakaslähtöisyyttä. Ylipäättään asiakkaan äänen kuuleminen luo mahdollisuuksia palveluiden, menetelmien ja sosiaalityön kehittämiseksi. (Hyväri & Salo 2011; Juhila 2006, 137–138; Karjalainen 2005, 322–323.)

Myös Suomessa ollaan heräämässä palveluiden käyttäjien kokemuksellisen tiedon merkittävyyteen. Mieli 2009 -työryhmän tuottama kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, joka linjaa mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet vuoteen 2015, painottaa muun muassa asiakkaan aseman vahvistamista sekä kynnyksen madaltamista palveluihin. Ensimmäistä kertaa mukana suosituksissa ovat kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottaminen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan suunnitelmassa ihmisiä, joilla on kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista, kuntoutumisesta, palveluiden käyttämisestä tai läheisenä elämisestä. Kokemusasiantuntijoiden asiantuntijuutta tulisi hyödyntää mm. kunnan strategiatyössä ja palvelujen arvioinnissa. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 5, 20.)

Kokemustutkimuksen lyhyt historia Suomessa

Kokemustutkimus on varsin uusi tutkimussuuntaus Suomessa. Päivi Rissanen (2007) lisensiaattityö ”Skitsofreniasta kuntoutuminen” on edelläkävijä tutkimuksessa, jossa tutkija käyttää omia kokemuksiaan tutkimuksensa keskeisenä näkökulmana. Rissanen (2007) vertaa teoreettista kirjallisuutta omaan kuntoutumiseensa osallistuneen hoitohenkilökunnan haastatteluin tuotettuihin näkemyksiin, omaan kuntoutumiskokemukseensa ja päiväkirja-aineistoonsa. Rissanen lähtee liikkeelle omista kokemuksistaan ja asettaa tavoitteekseen pohtia, jäsentää ja nostaa esiin kuntoutumiselleen erityisen merkityksellisiä tekijöitä, joita voisi mahdollisesti soveltaa muidenkin skitsofreniaa sairastavien kuntoutumisen edistämiseksi. Rissanen toteaa myös, että tavoitteena on antaa toivoa skitsofreniaa sairastaville kuntoutumisen mahdollisuudesta. Merkitykselliseksi hän kokee myös mielenterveyskuntoutujiin liittyvien ennakkoluulojen hälventämisen olemalla kuntoutuja omalla nimellään. (Rissanen 2007, 9–11, 18.)

Vuonna 2008 Mielenterveyden keskusliitto on tuottanut ja julkaissut yhteistyössä Peter Beresfordin kanssa ”Kokemuksen muodonmuutos” -teoksen, joka ensimmäisenä Suomessa ja suomeksi hahmottelee kokemustutkimuksen perusteita (Beresford & Salo 2008, 7). Mielenterveyden keskusliitto on lähtenyt edistämään kokemustutkimusta myös kouluttamalla kokemustutkijoita: Teoksessa ”Elämäntarinoista kokemustutkimukseen” (2009) käytetään menetelmällisesti kokemustutkimusta mielenterveyskuntoutujien elämäntarinoiden tulkitsemisen välineenä. Tutkimus selvittää muun muassa, mitä lisäarvoa voidaan tuottaa sillä, että elämäntarinan tulkitsijalla on samankaltaisia kokemuksia. Onko yksittäisen ihmisen elämäntarinasta mahdollista tehdä hyvinvointipoliittisia johtopäätöksiä? (Salo 2009, 7.) Hyvärin (2001) mukaan marginaalisuudesta ulos murtautuvat identiteettitarinat voidaan nähdä hyvän elämän etsimisenä. Yksilön elämän valinnat ja identiteetin muokkaantuminen ovat aina myös nähtävissä poliittisena toimimisena. Yksilön valinnat ja toiminta tapahtuvat aina suhteessa toisiin, siten myös yksittäiset elämäntarinat tuottavat tietoa yhteiskunnasta ja yhteisöistä sekä väistämättä myös vaikuttavat niihin. (Hyväri 2001, 264–267.)

Kuntoutumista tukevaa ja ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä tuottava Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry (2010) on myös ottanut kokemustiedon hyödyntämisen ja käytön aktiiviseksi menetelmäksi työssään. Kokemusasiantuntijoiksi on koulutettu mielenterveyskuntoutujia jakamaan kokemustietoa vertaisille, ammattilaisille ja mielenterveysongelmaisten läheisille niin sairaudesta, palveluista kuin kuntoutumisesta. Tavoitteena on myös kehittää mielenterveystyötä, palveluita ja toteutusta sekä vähentää en-



nakkoluuloisia asenteita yhteiskunnassa. (Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry 2010.) Reumaliiton Kokemuskoulutuksesta pätevää -hanke kouluttaa kokemusasiantuntijoita tuomaan tietonsa jaettavaksi sosiaali- ja terveystyön ja opetuksen kehittämiseksi. Kokemusasiantuntijuutta esimerkiksi vammautumisen tai diabeteksestä voidaan hyödyntää samalla tavalla kuin kokemuksia päihde- tai mielenterveysongelmista. (Reumaliitto 2010.) Tällaisessa kokemustiedon hyödyntämisessä ei varsinaisesti ole kysymys kokemustutkimuksesta, mutta kylläkin toisen tiedon kuulemisesta ja arvostamisesta.

Kokemus ja toinen tieto

Päihderiippuvaisen ihmisen on todettu useiden tutkimusten (Kuusisto 2009, 43) valossa erottuvan monessa suhteessa valtaväestöstä. Päihderiippuvainen ei täytä normaaliuden normeja, minkä vuoksi hän sijoittuu yhteiskunnassamme marginaaliin. Ulkopuolisuuden määrittelylle on ominaista, että määrittelyn tekevät ne, jotka ovat sisäpuolella. Yhteiskunnan marginaalissa elävän ei odoteta määrittelevän itseään tai ottavan kantaa asemaansa. Marginaalisuuden käsitteellä ei kuitenkaan tarkoiteta huonommuutta tai syrjäytymistä, vaan erilaisuutta suhteessa valtavirtaan. Marginaalisuus voi myös ilmetä vain yhdellä elämän osa-alueella, joten marginaalisuuden ei tarvitse määrittää ihmistä ja hänen toimintaansa kokonaisuudessaan. Toisella tiedolla tarkoitetaan tietoa marginaalisuuden kokemuksesta – toisenlaisen ja ulkopuolisen äänen kuulemisesta. Toisen tiedon ei tarvitse välttämättä olla haastamassa ja korvaamassa virallista tietoa – oleellisempaa on tuottaa dialogiin tasavertaisia toisia näkökulmia, usein puuttuvaa tietoa (Karjalainen 2005, 323, 329; Juhila 2006, 104–105.) Toinen tieto on siis tietoa marginaalisuudesta, kokemustiedon ja kokemukseen perustuvan tietämisen arvostamista.

Toisenlaisena tiedon muodostustapana kokemustieto nostaa esiin ihmisten konkreettisesti kohtaamat elämäntilanteet vastineeksi viralliselle totuudelle. Kokemusten ja kokemustutkimuksen tunnustaminen validiksi tiedontuottajaksi, lähteeksi ja olemassa olevan tutkimustiedon arvioijaksi sekä kokemusten huomioiminen muun muassa yhteiskunnan palvelujärjestelmiä rakennettaessa on haaste viralliseen tietoon ja professioihin nojaavassa yhteiskunnassamme. Kokemustutkimuksella on myös vahva voimaannuttava vaikutus: kokemuksen tunnustaminen merkitykselliseksi tietolähteeksi antaa yksilöiden kokemuksille ja tietämykselle niille kuuluvan arvon. (Beresford & Salo 2008, 17, 19, 21; Karjalainen 2005, 322–323).

Virallinen, vakiintunut tieto yhteiskunnassamme on usein asiantuntijatieta. Tällä tarkoitetaan asiantuntijoiden muodostamaa teknologiaan, talouteen tai ammatilliseen tulkintaan perustuvaa tietämistä. (Karjalainen 2005, 323.) Yhteiskunnan hallinta perustuu tähän viralliseen tietoon, vakiintuneisiin näkemyksiin ilmiöistä ja niiden taustoista. Tutkimuksen näkökulmasta virallisen tiedon tunnuspiirre on, että viranomaiset (asiantuntijat) muotoilevat sekä kysymykset että tutkittavan ongelman, jolloin tutkittava asia asetetaan kuuluksi jo lähtökohtaisesti marginaaliin. (Hänninen, Karjalainen & Lahti 2005, 3.)

Juhilan (2006) mukaan sosiaalityön historiassa ja nykykehityksessä on näkyvä pyrkimys luoda vahvaa asiantuntijatieta perustuvaa professiota. Niin sanotun modernin profession tunnuspiirteitä ovat organisaatiolähtöisyys ja tutkimukseen perustuva asiantuntijatieta, joka on suljettua maallikoilta eli asiakkailta. Sosiaalityössä, kuten muuallakin yhteiskunnassa, tietä edustaa aina valtaa. (Juhila 2006, 86–89.) Vahva sosiaalityön professio edustaa siten myös valtaa suhteessa sen asiakkaisiin, niihin, joilla jo lähtökohtaisesti on marginaalisuuden kokemusten vuoksi vähemmän valtaa. Törrösen (2005) mukaan on mahdollista, että yhteiskunnan vahvojen instituutioiden tuottama tutkimus, jonka tarkoituksena on parantaa huono-osaisien asemaa, kääntyy tavoitettaan vastaan. Pyrittäessä palauttamaan huono-osaisia normaaliin on riskinä marginaalisten identiteettien vahvistaminen. Marginaalisesta ryhmästä etäällä luotu tutkimusasetelma ja tuotettu tietä ei usein pysty huomioimaan ryhmän moninaisuutta vaan vahvistaa stereotypioita suhteessa normaaliuteen. (Törrönen 2005, 15.) Hyvärin (2009b, 5) mukaan stereotypioita voidaan purkaa ja leimaantumista vastustaa parhaiten, kun yhteiskunnassa heikkoon asemaan joutuneet itse kertovat ongelmiansa luonteesta ja taustoista.

Suomessa huono-osaisuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen tutkimusta on tutkimusperinteessä tehty enemmän marginalisaatioon johtavista prosesseista kuin selviytymisen ehdoista ja mahdollisuuksista. Samoin päihdekäyttöä on tutkittu enemmän ongelmakäytön kuin toipumisen näkökulmasta. Tutkimus ja yhteiskunnallinen keskustelu on kuitenkin monipuolistunut ja myös syrjäytymisen kokemukset tulevat kuulluksi yhä enemmän. Kokemustutkimus avaa uudenlaisen väylän tiedon tuottamiseen yksilöiden selviytymisestä ja mielekkäämmän elämän löytämisestä. Kokemuksen avaaminen marginaalin näkökulmasta tuo näkyväksi kätkeytyä arvokasta tietä ja yhteiskuntatodellisuutta. (Hyväri 2001, 18–19; Hyväri 2009b, 5; Kuusisto 2009, 32.)



Kokemustieto vakiintuneen totuuden peilinä

Sosiaalialan kehittämisessä kokemustutkimus ja palveluiden käyttäjien oma tiedonmuodostus tuottavat kriittisen peilin kokemuksesta kauemmas sijoitavalle akateemiselle tutkimukselle. Siinä verrataan ja analysoidaan kriittisesti kokemuksen ja yleistetyn tiedon välistä suhdetta. Kokemustutkimuksella ja kokemustutkijoilla on myös poliittista merkitystä päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä kansalaislähtöisen sosiaalipolitiikan kehittämisessä. Kokemustutkijoiden osallistuminen palveluiden ja toimintakäytäntöjen kehittämiseen on asiakaslähtöisen sosiaalityön edellytys. (Hyväri 2009a.)

Kokemustutkija on ainutlaatuisessa asemassa kokemuksellisen tietonsa äärellä, minkä kautta mahdollistuu muun muassa vallitsevien ennakkoluulojen, palveluiden ja hoidon kriittinen arviointi. Tätä toista tietoa voidaan käyttää tutkimuksen suunnitteluun, analysointiin tai kokonaisuudessaan tutkimuksen kohteena. Tutkimustyön lähtökohtana kokemustieto tukee osallisuutta ja kuntoutumista samalla, kun leimaavat, syrjäytymistä ylläpitävät kokemukset ja identiteetti saavat mahdollisuuden muuttua asiantuntijuudeksi. (Hyväri 2009a.)

Kokemustieto ja -tutkimus haastavat ajattelemaan uudelleen myös tiedon luonnetta ja tiedon tuottajan asemaa. Mitä on oikea ja validi tieto, kun on kyse ihmisistä? Tieteellisen tiedon keskeisimpinä arvoina on totuttu pitämään puolueettomuutta, etäisyyttä ja objektiivisuutta. Kun tutkimuksen kohteena on ihmisen elämä ja kokemukset, näiden arvojen toimivuus on syytä kyseenalaistaa. Tutkijan subjektiiviset asenteet, tunteet ja arvot vaikuttavat väistämättä tietoon ja tulkintaan tiedosta. Mielenkiintoista on myös, millaista tietoa tutkija tuottaa kohteestaan, josta on tieteellisten arvojen mukaan pysyttävä mahdollisimman etäällä. (Beresford & Salo 2008, 24–25.)

Tieteellisesti tuotettua tietoa arvostetaan enemmän ja sitä pidetään yleisesti luotettavana. Tieteellisen tiedon kriteerit taas liitetään tiedon tuottamisen tapaan – metodologisten normien rikkomisen oletetaan tuottavan huonolaatuista tutkimusta ja tietoa. Tiedon tuottamisen tapa ei kuitenkaan yksin takaa tiedon luotettavuutta, koska mitään yksittäistä tiedon tuottamisen menetelmää ei voida tutkimuksen keinoin todentaa parhaaksi. (Sund 2005, 40.) Tieteellisen tiedon tuottaminen edellyttää tutkijan objektiivisuutta ja puolueettomuutta, tällöin tieto ja sen mukana valta yhteiskunnassamme pysyy heillä, jotka ovat elämän nurjien puolten kokemusten ulkopuolella. (Beresford & Salo 2008, 28–29.)

Kokemusperäistä tietoa on helppo väheksyä, usein kokemukseen perustuvan tiedon katsotaan olevan validia vasta, jos se voidaan todentaa perinteisen tiedon avulla. Kokemustietoa esimerkiksi päihderiippuvuudesta ja toipumi-

sesta pidetään vähemmän luotettavana, koska tutkija ei voi väittää olevansa puolueeton tai objektiivinen, saati etäällä tutkimuksen kohteesta. (Beresford & Salo 2008, 26, 30.)

Tutkimus ja tieto yksilöllisistä kokemuksista ovat lähtökohtaisesti melko rajallisia. Beresford ja Salo (2008) kuitenkin painottavat, että on merkityksellistä lähteä liikkeelle jostain: yksittäisen ihmisen kokemus ja tulkinta siitä on validia tietoa ja parempi kuin se, että kokemuksellista tietoa ei olisi lainkaan. Kokemustutkimuksessa on mahdollisuus siirtyä yksityisestä tiedosta kohti kollektiivista tietoa, jos samankaltaisissa tilanteissa olleiden ihmisten kokemuksia ja tulkintoja tarkastellaan yhdessä (Beresford & Salo 2008, 50–52.) Astetta moniulotteisempaa kokemustutkimusta olisi esimerkiksi tutkimuksen tekeminen toisen henkilön kuntoutumisesta, jossa tutkija ottaisi mukaan vertailuun omia kokemuksiaan tai jossa esimerkiksi tutkimuksen haastattelurunko koostettaisiin omien kokemusten pohjalta (vrt. Hyväri 2009a).



3 PÄIHDERIIPPUVUUDEN SYNTYMINEN

Riippuvuutta ja riippuvuuden syntymistä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta; tulkinta päihderiippuvuudesta on aina kulttuuri- ja aikasi-donnaista. Riippuvuutta on tutkittu psykologian, biologian, lääketieteen, teologian ja sosiologian näkökulmista, näin riippuvuus voidaan selittää ja nähdä hyvin monella eri tavalla. Päihderiippuvuus voidaan diagnosoida kansainvälisen ICD-10-luokituksen mukaan sairaudeksi, jolloin riippuvuus on lääketieteellistä ja päihderiippuvainen nähdään ensisijaisesti (mahdollisesti geneettisesti periytyvän) riippuvuusominaisuutensa uhrina. (Ruisniemi 2006, 15–18.)

Teologian näkökulmasta tarkasteltuna riippuvuudella on yhteys hengellisyteen ja arvomaailmaan. Nimettömien alkoholistien (AA) ja Nimettömien narkomaanien (NA) toipumisohjelmien perustana on ihmisen hengellinen ja henkinen ulottuvuus. Sosiologian ja psykologian lisäksi näkökulmia riippuvuuden tulkintaan ja selittämiseen tarjoavat lisäksi muun muassa psykoanalyttinen, behavioristinen, kognitiivinen ja biopsykososiaalinen malli. (Niemelä 1999, 52; Thombs 2006, 1–41.) Nämä lukuisat lähestymistavat aiheuttavat näkökulmien kirjon päihderiippuvuus-käsitteen ympärille ja syy-seuraussuhteista voidaan siis olla hyvinkin montaa eri mieltä.

Nuoruusiän masennus ja ensikosketus päihteisiin

Lapsuudenkodissani ei käytetty päihteitä ongelmallisesti. Alkoholit ei kuulunut elämäni tai vaikuttanut lapsuuteeni. Teini-ikäisenä kokeilin alkoholia muutamia kertoja, enkä ollut erityisen ihastunut sen vaikutukseen. Oma kokemukseni itsestäni ja elämästäni alkoi muuttua murrosikäni kynnyksellä radikaalisti. Voin henkisesti pahoin, koin erilaisuutta, mihinkään kuulumattomuutta ja huonommuutta. Ulospäin halusin ja osasin näyttää siltä, että kaikki on hyvin, menestyin koulussa edelleen erinomaisesti. En oikein osannut puhua omista asioistani, enkä olisi edes tiennyt kenelle olisin voinut puhua. En usko kenenkään aikuisen huomanneen paha oloani, todennäköisesti kärsin masennuksesta noin 13-vuotiaasta lähtien.

Pahaan olooni löysin ratkaisun hengellisestä heräämisestä, tulin uskoon ja aloin osallistua aktiivisesti seurakunnan toimintaan 13-vuotiaana. Lupaus hyväksynnästä, armosta, rakkaudesta ja ikuisesta elämästä ko-lahtivat ihan tosissaan. Seurakunnassa koin yhteenkuuluvuutta, joka tosin jo 15-vuotiaana alkoi kokemuksena murentua – rakastuin parhaaseen



ystävääni, naiseen. Homoseksuaalisuus oli seurakuntani opetuksen mukaan suuri synti ja rukoilin Jumalaa kolme piinallista vuotta muuttamaan minut sellaiseksi, että kelpaisin. En muuttanut. Voin entistä huonommin ja minun oli pakko lähteä. Jätin seurakunnan ja Jumalan ja lähtiessäni minulle sanottiin, että olen väistämättä matkalla helvettiin.

Muutin maalta pääkaupunkiseudulle 19-vuotiaana päämääränäni aloittaa oma uusi elämä. Oma elämä, johon ei ole Jumalalla, seurakunnalla eikä kenelläkään muulla mitään sanomista. Hankin ensimmäisen työpaikan ja aloitin alkoholin käytön lähinnä viikonloppuisin. Alkoholin käyttö ei ollut minulle aluksi mitenkään erityisen merkittävää. Juominen liittyi enemmänkin siihen, että opettelini elämään samalla tavalla kuin näin ja ajattelin muiden, tavallisten ihmisten, elävän. Melko pian muuton jälkeen hain ystäväni suosituksesta ammattiapua paniikkioireisiin ja ahdistuneisuuteeni. Aloitin asiakassuhteen A-klinikkasäätien Nuorisoasemalla, joka tarjosi keskusteluapua ja kynnys hakeutua Nuorisoasemalle oli riittävän matala.

Jo nuoruudessa alkanut masennus, identiteettikriisi ja sen epäonnistuneet ratkaisuyritykset saivat lopulta minusta voiton ja elämäntilanteeni kriisiytyi vakavasti 20-vuotiaana. En kyennyt enää olemaan ajattelematta helvettiin päätymistä. Kaikki, mihin olin uskonut ja elämäni perustanut, oli yhtäkkiä kadonnut. Ahdistukseltani en saanut enää nukuttua – lääkäri määräsi sairauslomaa ja lääkkeitä ahdistukseen, masennukseen ja unettomuuteen. Työelämästä pois jäämisen koin valtavana epäonnistumisena, tunsin itseni hyödyttömäksi ja arvottomaksi – romahdin ja aloin eristäytyä läheisistäni ja ystäväistäni.

Masennus ja päihderiippuvuus kulkevat usein rinnakkain. Laaja ”Kaksosten terveys ja kehitys” -pitkittäistutkimus todentaa teini-iässä esiintyvän masennuksen ennustavan merkittävästi päihteiden käytön kehittymistä. Yhteys päihteiden käytön ja masennuksen välillä on todettavissa riippumatta perimästä, perhetaustasta, kokemuksista tai esimerkiksi perheen toimeentulosta. (Sihvola 2010, 9.) Tutkimusten (Niemelä 2009, 49) mukaan päihderiippuvuuden johtava päihdekäyttö alkaa usein jo varhaisessa teini-iässä, mutta minun kohdallani asiat olivat toisin. Myöhemmin muodostuneen päihderiippuvuuden taustalla oli kuitenkin selvästi masennus. Syy-seuraussuhde naisten kohdalla on yleisemmin juuri tämän suuntainen – päihderiippuvuus syntyy masennuksen seurauksena (Kampman 2009). Traumaattisen hengellisen kokemuksen ja tällaisesta lähtökohdasta tapahtuvan identiteetin etsimisen vaikutuksia psyykkisen tasapainon järkkymiseen ei voitane väheksyä.

Ammatillisesta näkökulmasta on nyt mielenkiintoista pohtia, mikä olisi voinut mennä toisin tai mitä olisi tapahtunut, jollen olisi ratkaissut pahaa olo-

ani Jumalan ja uskon avulla. Olisinko mahdollisesti nyt ihan onnellinen fundamentalistikristitty, jollen olisi homoseksuaali? Mitä jos lääkäri ei olisikaan määrännyt minulle kaikkia noita lääkkeitä? Selvää on, että tarvitsin tyhjyyteni jotain. Jollen olisi löytänyt ratkaisua nuorena uskosta, näen mahdollisena, että olisin etsinyt ratkaisua päihteistä jo tuolloin. Voisi siis ajatella, että vaikka usko osoittautui itselleni ja identiteetin rakentumiselle hyvin traumaattiseksi ja tuhoisaksi, se mahdollisesti piti minut erossa päihteistä 19-vuotiaaksi saakka. Hännikäinen-Uutelan (2004) mukaan päihteiden käytön seuraukset ovat sitä tuhoisampia, mitä nuorempana käyttö on aloitettu. Varhain aloitettu päihdekäyttö kaventaa toipumisen mahdollisuuksia ja johtaa todennäköisemmin syrjäytymisen kierteeseen. (Hännikäinen-Uutela 2004, 61,68, 72–73.)

Toisaalta kyseenalaisia ovat myös yhteiskunnan kovat arvot ja selviytymisen vaatimukset. Työelämään osallistumisen ja selviämisen vaatimukset olivat vahvoja sisäistämiäni arvoja. Hyvärin (2001) mukaan työelämään perustuneen identiteetin menettäminen aiheuttaa vierauden ja tarpeettomuuden kokemuksen. Elämän projektina työ ei enää tarjoakaan suojaa tai hyväksytyä merkityksellistä identiteettiä. Eksynyt identiteetti ja kokemus itsestä turhana ja hylättyinä kuvaavat minuutta kovien arvojen ja selviytymisen toiselta puolelta. (emt., 245.) Jos yhteiskuntamme ja arvomme perustuisivat yksilöiden suoriutumisen sijaan yhteisöllisyyden luomiseen ja "olemisen" arvostamiseen "tekemisen" sijasta, olisin varmasti selviytynyt sairauslomalle jäämisestä lievemmin seurauksin.

Ammatillisen työn näkökulmasta ajattelen nuorena tarvinneeni läsnä olevia aikuisia, jotka olisivat nähneet pahan oloni. Olisin tarvinnut jonkun kuulemaan ja opettamaan minut puhumaan asioistani. Ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta kouluterveydenhuollossa tulisi kokemukseni mukaan kiinnittää huomiota myös nuoriin, jotka menestyvät koulussa hyvin eivätkä tuo pahoinvointiaan ilmi esimerkiksi häiriökäyttäytymisenä. Jonkin oppiaineen yhteydessä voitaisiin esimerkiksi opettaa ja luoda tilaa keskustelulle psyykkisen hyvinvoinnin merkityksestä ja mahdollisuuksista hakea pahaan oloon apua.

Merkityksellistä on myös huomata, että todennäköisesti identiteettiongelmani oli jo tuolloin osittain masennuksen värittävä, vaikka itse olisin kyennyt tunnistamaan masennustani. Jokin malli tai edes ajatus siitä, että ihminen voi olla muutakin kuin heteroseksuaali olisi varmasti vaikuttanut minuun ja elämääni myönteisesti. Vuosikymmenten kuluessa seksuaalisuuden tabun murtamisessa on otettu huomattavia askeleita eteenpäin, mutta esimerkiksi perusopetuksen tai lukion opetussuunnitelmissa ei edelleenkään käytetä sanaa homoseksuaalisuus – kouluviranomaisille homoja ei ole olemassa sen enempää kouluissa, kuin yhteiskunnassa (Lehtonen 2009, 16). Vaikka suvaitsevaisuus on tunnustettu yleisen sivistyksen mittariksi, yhteiskunnassamme



pysytellään tiukasti heteronormatiivisuudessa. Ajattelen, että jo pelkästään oikea tieto olisi voinut ehkäistä vääränlaisuuden ja huonommuuden kokemukset ja ehkä siten myös masennuksen kohdallani. Perusopetuksessa ei pitäisi 2010-luvulla olla mitenkään mahdotonta huomioida seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen olemassaolo.

Teini-ikäisenä identiteetin rakentumisen vaiheessa tieto mahdollisuudesta olla identiteetiltään homoseksuaali olisi mahdollisesti tukenut minua rakentamaan eheämpää minuutta ja minäkokemusta. Kokemus homoseksuaalina seurakunnassa, jossa homoseksuaalisuus oli paitsi synty myös sairaus, murensi loputkin identiteetin rakentumisen mahdollisuudet. En voi olla viittaamatta tässä kohtaa mediassa paljon puhututtavan homokeskustelun merkittävydestä. Ylen Ajankohtaisessa kakkosessa 12.10.2010 järjestetty homoilta nosti laajaan yhteiskunnalliseen keskusteluun uskonnon ja homoseksuaalisuuden suhteen ja ristiriidat. (A2 Teema 2010.) Uskonnolliset ääriyhdykset ovat myös jatkaneet homoseksuaalisuuden vastustamista kampanjoiden heteroseksuaalisen identiteetin puolesta vedoten Jumalan sanaan ja Raamattuun (Suomen Luterilainen Evankeliumiyhdistys, Kansanlähetys & OPKO 2011). Kampanjan kohderyhmänä ovat erityisesti nuoret, minkä ajattelen olevan erityisen vastuutonta. 2000-luvun alun yhdysvaltalaisstudiot osoittavat, että homoseksuaalit harkitsevat tai yrittävät itsemurhaa kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muu väestö (Alexander 2002, 103). Mielestäni tässä on yksinomaan kysymys ihmisoikeuksista ja jokainen julkilausuttu mielipide siitä, että homoseksuaalisuus on syntiä, on ihmisoikeusloukkaus. Olen vakavasti huolissani myös ammattilaisena siitä, millaisessa yhteiskunnassa nuoret homoseksuaalit saavat ja joutuvat rakentamaan identiteettiään.

Ajautuminen kohti riippuvuutta

Aloin käyttää rauhoittavia lääkkeitä (bentsodiatsepiinejä, unilääkkeitä) yhdessä alkoholin kanssa. Olin tietoinen, ettei näin pitäisi tehdä, mutta minua kiinnosti eniten vain pääni sekoittaminen. Otin lääkkeitä kerrallaan enemmän kuin oli määrätty, ja yhdessä viinan kanssa saavutin helposti tiedottoman tilan. Silloin ei tarvinnut ajatella eikä olla olemassa. Olo helpottui. En tuntenut tuolloin ketään, joka käyttäisi päihteitä samoin kuin minä. En tuntenut myöskään ketään, joka käyttäisi tai olisi käyttänyt huumeita. Minulla oli kova halu kokeilla jotain muuta. Pyörityäni jonkin aikaa kaupungin oikeiksi päättelemilleni kulmilla, törmäsin sopivan epämääräisen näköisiin ihmisiin, joilta sain ostettua ensimmäistä kertaa laittomia päihteitä, kannabista.



Viinan, lääkkeiden ja pilven siivittämänä elämönhallintani romahti muutamassa kuukaudessa radikaalisti ja päihteiden käyttö muuttui melkein saman tien päivittäiseksi. Hankin lisää lääkkeitä pyytämällä reseptejä eri lääkäreiltä ja lopulta ostamalla kadulta. Kaikki tuntui yhdentekevältä, olin välinpitämätön, ahdistunut ja eristäytynyt. En keksinyt syitä jatkaa raskaaksi ja tyhjäksi kokemaani elämää, joka oli joka tapauksessa viemässä minua kohti helvettiä. Olin päihdekäyttöni kanssa itsetuhoinen ja elämäni suhteen neuvoton.

Itsetuhossani päädyin läheisten ja viranomaisten ohjaamana ja myös oma-aloitteisesti useaan (noin viiteen) kertaan psykiatriseen laitoshoittoon. Saamani apu jäi vähäiseksi ja kyseenalaiseksi. Minusta tuntui, että kukaan ei ollut oikeasti kiinnostunut minusta. Minulle sanottiin, että suljettulla nyt vaan harvemmin kukaan onnistuu tappamaan itseään. Usein laitoshoitajakso päättyi yllättäen ilmoitukseen, että minut on aamulla uloskirjattu, koska en tarvitse suljettua hoitoa. Lähdin jatkamaan siitä mihin olin jäänyt vain päätyäkseni lääkeyliannostuksen vuoksi sairaalaan, josta jouduin takaisin psykiatriseen sairaalaan.

*Psykiatrisella osastolla, jossa olin pakkohoidossa 6 viikkoa, annettiin ymmärtääkseni myös huumevieroitushoitoa. Törmäsin siis ihmisiin, jotka käyttivät myös kovempia huumeita. Halusin kokeilla kaikkea: mitä tahan-
sa. Itsesuojeluvaistoni oli hävinnyt elämähallittomuuden myötä. Näiden ihmisten kautta löysin amfetamiinin, johon rakastuin. Amfetamiini antoi takaisin tunteen, että olen elossa! Laitoskierteeni loppui ja minusta tuntui, että amfetamiini pelasti minut kuolemalta.*

Palatessani puolen vuoden sairausloman jälkeen töihin olin jo amfetamiinin käyttäjä tai oikeastaan sekakäyttäjä. Käytin aluksi amfetamiinia nuuskaamalla, mutta nopeasti aloin miettiä aineen käyttämistä suomensisäisesti. Olin ymmärtänyt, että se tuntuisi hienommalta, ja vailla minkäänlaista itsesuojeluvaistoa halusin ehdottomasti saada enemmän mielihyvää. En tuntenut ketään, kuka voisi opettaa pistämään. Menin apteekkiin, ostin välineet ja aloin harjoitella. Ymmärsin, miten pistäminen tapahtuu ja suonet löytyvät. Kokemus ensimmäisestä onnistuneesti sekoitellusta ja pistetystä annoksesta oli tajuntaa räjäyttävä.

Työhön palaaminen ja siellä jaksaminen osoittautui haasteelliseksi. Omasta mielestäni selvisin ihan hyvin, mutta runsaisiin ja epäselviin sairauspoissaoloihini puututtiin ja päädyin irtisanomaan itseni. Suunnittelin opintojen aloittamista ja tein jonkin aikaa töitä uusissa työpaikoissa.

Aloitin samoihin aikoihin parisuhteen ei-käyttävän ihmisen kanssa. Halusin pitää kykyjeni mukaan suhdetta yllä, koska pidin sitä osana normaalia elämää, jota halusin kaikin tavoin ulkoisesti edustaa. Olin keskiluokkainen nuori

nainen, jolle yhteiskunnan normaalit arvot ja työnteko merkitsivät vähän liikaakin. Sosiaaliseen ympäristööni ei kuulunut monta huumeiden käyttäjää. Aluksi tapasin vain muutamia ihmisiä, joilta ostin aineita. Enimmäkseen en halunnut viettää aikaani heidän kanssaan, koska heidän edustamansa avoimempi päihteiden käyttökulttuuri ja toimeentulotuella eläminen olivat mielestäni jopa paheksuttavia. En halunnut huumeiden käyttäjän leimaa enkä ajatellut olevani heidän kaltaisensa, narkomaani.

Amfetamiini on keskushermostoon vaikuttava stimulantti, joka luokitellaan erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi. Vaikka amfetamiinin kansanterveydellinen merkitys on alkoholin rinnalla vähäinen, riippuvuus- ja syrjäytymisongelmien sekä suonensisäisen käytön takia amfetamiini on merkittävin laiton päihde. (Päihdelinkki 2006.) Huumeiden käyttäjistä vuonna 2005 neljä viidestä oli amfetamiinin käyttäjiä, naisten osuus käyttäjistä oli noin 20–30 % (Huumetilanne Suomessa 2008, 32). Suonensisäinen käyttö mahdollistaa voimakkaimman mielihyvökokemuksen päihteestä, koska aine kulkeutuu keskushermostoon nopeasti. Tämän vuoksi huumeen pistäminen altistaa nopealle riippuvuuden syntymiselle. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2003, 380). Oma kokemukseni vahvistaa niin suonensisäisestä käytöstä seuraavan suuremman mielihyvän kuin myös addiktion nopean syntymisen.

Amfetamiinille ominaista on voimakas psyykinen ja vähäinen fyysinen riippuvuus (Fabritius & Salaspuro 2003, 458). Oma kokemukseni amfetamiiniriippuvuudesta oli pääasiassa psyykkistä. Rauhoittavien lääkkeiden ja stimulanttien yhteiskäytöllä pystyin säätämään ulkoisesti omaa tunne- ja viireystilaani. Olin keinoton psyykkisten ristiriitojeni kanssa ja amfetamiini helpotti pahaa oloa niin paljon, että voin oikeastaan kuvata olleeni aineen käytön aikana onnellinen. Amfetamiinin löydettyäni lopetin kaikki mielialälääkkeet ja tunsin saavani todellisen vapautuksen omasta ahdistuneesta mielestäni. Fyysisiä vieroitusoireita ja ”laskuja”, pystyin hallitsemaan rauhoittavilla lääkkeillä. Laskut tarkoittavat aineen vaikutuksen loppumista ja amfetamiinilaskut aiheuttivat itselleni muun muassa ahdistusta, ärtyisyyttä, väsymystä, levottomuutta ja joskus harhaisuutta. Rauhoittavien lääkkeiden avulla mieli rauhoittui ja nukkuminen oli mahdollista.

Grandström ja Kuoppasalmi (2003, 30–32) määrittelevät riippuvuuden syntyä psykodynaamisen viitekehyksen kautta. Jokainen ihminen pyrkii ylläpitämään eheää ja mielihyväsävytteistä minäkokemusta itsestään. Psyykkisen tasapainon järkkyessä ulkoisten tai sisäisten vaatimusten paineessa ihminen pyrkii kaikin keinoin palauttamaan tasapainon. Mikäli yksilö ei saa riittävää positiivista minäkokemusta normaalin elämisen ja vuorovaikutussuhteiden kautta, on mahdollista addiktoitua esimerkiksi toimintaan tai päihteeseen. Huumeidenkäyttäjä on usein kyvytön ylläpitämään riittävän hyvää psyykkistä tasapainoa itsesäätelyn vajavuuksien vuoksi.

Minun on helppo hahmottaa oman riippuvuuteni syntyminen pyrkimyksenä säilyttää eheä minäkokemus ja psyykinen tasapaino. Psyykinen todellisuuteni oli muodostunut hyvin kapea-alaiseksi ja sietämättömäksi. Vaihtoehtoina todellisuudessa itsemurhan lisäksi olivat joko sen kestäminen, ettei elämälläni ole mitään merkitystä tai sen hyväksyminen, että joudun väistämättä helvettiin. Elämässä epäonnistumisen kokemus ylitti sietokyyni ja amfetamiini mahdollisti jälleen kaiken sietämisen. Todellisuuteeni löytyi sittenkin vielä yksi vaihtoehto ja lääkitessäni itseäni amfetamiinilla koin olevani tasapainossa, mikäli annostus vain oli oikea.

Hyväksytyn roolin menettämistä yhteiskunnassa tai sosiaalisissa suhteissa voidaan sanoa identiteettikriisiksi. Suru, viha ja masennus ilmaisevat siviliseksi tuleminen kokemusta. Yksilön on kriisitilanteessa mahdotonta löytää kokemukselleen ja identiteetilleen merkityksellisiä vaihtoehtoja. Vasilyukin (1991) mukaan yksilön täytyy aktiivisesti alkaa työstä ja luoda uusia merkityksiä selvitäkseen mielettömyydestä, mahdottomasta tilanteesta. (Hyväri 2001, 109.) Itse työstin uuden merkityksen itselleni ja elämälleni huumeiden avulla. Ajattelen, että sosiaaliset suhteeni, psyykkiset kyyni ja avun vastaanottamisen mahdollisuuteni eivät olleet riittäviä kriisitilanteen ratkaisemiseen toisin.

Päihteiden käyttöni eteni mediassa usein esillä olevaa niin sanottua porttiteoriaa (gateway hypothesis) myötäillen: ensin tulivat lailliset päihteet, mikä jälkeen siirryin kannabiksen kautta kovempiin huumeisiin. Thombs (2006) ottaa kantaa porttiteorian (MacCoun 1998) yleistettävyyteen todeten, että huomattavan suuri osa nuorista aloittaa päihdekäytön laillisilla päihteillä, joihin suurin osa myös jää. Tutkimusten (Kandel 2003; McCoun 1998) mukaan kannabista käyttävillä on kuitenkin huomattavasti suurempi riski siirtyä vahvempiin huumausaineisiin kuin niillä, jotka käyttävät ainoastaan laillisia päihteitä. (Thombs 2006, 68–70.) Alkoholi laillisena päihteenä oli itselleni tietenkin helppo alku, samoin lääkkeet, joita sain aluksi laillisesti reseptillä. Olin tuolloin kuitenkin valmis ja halukas mihin tahansa, millä voisin päihdyttää itseäni. Jos olisin saanut käsiini amfetamiinia ennen kannabista, olisin varmasti käyttänyt sitä. Omassa kokemuksessani en näe kannabiksella olevan varsinaisesti merkitystä porttina amfetamiinin käyttöön.

Thombsin (2006) mukaan yksilön sosiokulttuurisen aseman ja ympäristön ajatellaan usein vaikuttavan huumausaineen valikoitumiseen. Tutkimukset (Khantzian, Halliday & McAuliffe 1990; Wurmser 1980) osoittavat kuitenkin, että riippuvuus syntyy siihen pähteeseen, joka parhaiten korjaa ja antaa vapautuksen yksilön kokemista negatiivisista tunteista. On muun muassa todettu, että opiaattiriippuvaiset ovat usein taustaltaan traumatisoituneita ja joutuneet väkivallan uhreiksi. Stimulanttien käyttäjät puolestaan hakevat huumeesta energisyyttä sekä vapautusta tyhjyyden ja masennuksen koke-



muksista. (Thombs 2006, 131.) Tämä tukee edelleen tulkintaani huumeiden käytöstä itsehoitona. Amfetamiinin välittömät vaikutukset, euforia, energisyyden ja itsevarmuuden tunteet (Fabritius & Salaspuro 2003, 459) pitivät yllä parhaiten kokemusta psyykkisestä tasapainosta ja mielekkästä elämästä, ylipäätään kokemusta siitä, että elän.

Amfetamiini antoi minulle jotain, mitä psykiatrinen sairaanhoito ei minulle onnistunut tarjoamaan. Tästä näkökulmasta voin ajatella amfetamiinin pelastaneen henkeni, koska olisin itsetuhossani todennäköisesti jossain vaiheessa onnistunut. Amfetamiini oli ulospääsytie elämän tarkoituksettomuudesta ja vakavasta masennuksesta. Ammatillisesti on mielenkiintoista pohtia, mitä olisi tapahtunut, jos olisin kokenut tulevani kuulluksi ja tullut autetuksi ennen amfetamiinin löytämistä. Oireeni psyykkisestä pahoinvoinnista olivat rankkoja ja tekoni epätoivoisia. Minulla ei ollut keinoja järjestää omaa elämäni mielekkääksi. Ajattelen päihderiippuvuuteni olleen tuossa vaiheessa vain itsetuhoa, ei vielä varsinaista riippuvuutta. Ammatillisen avun tarpeeni oli valtava ja tilanteeni hyvin haasteellinen, muttei mielestäni mahdoton. Uskon, että minua olisi pystytty auttamaan käytössä olevilla hoidollisilla resursseilla ja keinoilla ja olisin säästynyt koko huumeriippuvuudelta, jos olisin saanut tuolloin oikeanlaista riittävää apua – tullut pysäytetyksi ja kuulluksi. Kokemuksessani psykiatrisessa laitoshoidossa olin objekti omassa hoidossani. Minusta tuntui, ettei minulla ollut mahdollisuutta tai oikeutta vaikuttaa omaan hoitooni tai hoidotta jättämiseeni. Tulin uloskirjoitetuksi psykiatrisesta hoidosta vastoin tahtoani lähes joka kerta ilman ohjausta toisaalle. Lopulta löysin itse ratkaisun kestävämpään tilanteeseen, ja amfetamiinin vaikutus oli niin positiivinen, etten enää kokenut tarvitsevani mitään hoitoa.

4 KUVA NARKOMAANIN ELÄMÄSTÄ

Vuoden 2008 huumevuosiraportissa todetaan huumeiden käyttäjillä olevan enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Päihdehuollon huumeasiakkaista vuosittain yli 65 % on työttömiä ja noin 10 % asunnottomia. Asiakkaiden koulutustaso on matala ja monet asiakkaista ovat myös rikos- ja vankilakierteessä. (Huumetilanne Suomessa 2008, 64.) Narkomaaniin liitettävä stereotypia on siis varsin usein kuvaus ihmisestä, joka on menettänyt elämänhallinnan ja elää yhteiskunnan marginaalissa, ulkopuolella. Narkomaani on asunnoton, kouluttamaton, työtön sosiaalihuollon asiakas, joka tekee rikoksia rahoittaakseen huumeiden käyttönsä. Tämän kaltaista kuvaa narkomaaneista yhteiskunnasta syrjäytyneenä homogeenisena joukkona tuottaa ja ylläpitää paitsi media myös ehkä tutkimus ja ammatillinen sosiaali- ja terveystyö.

Ajattelin myös itse hyvin stereotyyppisesti. En ulkoisesti täyttänyt näitä oletettuja narkomaanin kriteerejä. Tunsin vahvasti, etten ollut normaali ihminen, mutta erosin myös tavanomaisesta huumeiden käyttäjästä. En kuulunut mihinkään. Yhteiskunnassa ei ollut minun kaltaiselleni sopivaa lokeroa. Stereotyyppisen narkomaani-käsityksen vahvistamana en pitänyt itseäni narkomaanina. Tunsin paremmuutta suhteessa "oikeisiin" narkomaaneihin, päihde- ja moniongelmaisiin katujen kulkijoihin. Ajattelin elämäni olevan täysin hallinnassani. Tunsin ylemmyyttä myös suhteessa koko niin sanottuun normaaliin yhteiskuntaan, jossa ihmiset elivät tylsää elämäänsä ymmärtämättä, miten hienoja kokemuksia ja tunteita huumeiden avulla voi tavoittaa ja hallita.

Tasapainoilua

Halutessani pystyin olemaan myös ilman amfetamiinia viikonkin. Usein halu pysytellä muka kuivilla oli ehkä enemmän sosiaalisen paineen synnyttämää, sillä pelkäsin, että käyttämiseni näkyy ulospäin. Olin ainut huumeiden käyttäjä omassa sosiaalisessa ympäristössäni. Kulutin siis paljon energiaa siihen, että näyttäisin ja vaikuttaisin normaalilta myös huumeita käyttäessäni. Vaikka amfetamiinin vaikutuksen alaisena en kokenut olevani erityisen päihtynyt, tajusin, että ajatukseni ja puheeni olivat helposti epäloogisia sekä liikkeeni liian äkkinäisiä. Koska amfetamiinia käyttäessäni en tuntenut omia tunteitani, jouduin ikään kuin näyttel-



mään kaikki tunteet, joiden kuvittelin liittyvän tiettyihin sosiaalisiin tilanteisiin. Käytin pieniä annoksia ja laskin tunteja, milloin voin vielä "vetää vedot" eli piikittää annoksen amfetamiinia. Laskin, miten paljon amfetamiinia voin käyttää siten, että illalla pystyn syömään ja nukahtamaan tietyllä määrällä bentsoja. Aamu alkaisi taas amfetamiinilla.

Salasin huumeiden käytön parhaan kykyne mukaan avopuolisolta, läheisiltä, kavereilta, koululta ja työpaikoilta. Ajan myötä opin paremmin tietämään aineiden ja annostusten vaikutukset mieleen ja kehoon. Huumeiden oikeaa annostusta joutui siis harjoittelemaan, ettei sekavuus tai väsymys haittaisi työntekoa tai sosiaalista elämää. Sopiva annostus ylläpiti psyykkistä toimintakykyäni pitäen ikävät tunteet, kaikki tunteet, poissa. Fyysistä toimintakykyä ja vireystasoa oli mahdollista säädellä eri aineilla ja käyttömäärillä.

Huumeiden käyttäminen oli oma yksityinen asiani, suuri salaisuuteni. Tasapainoilu normaalin elämän ja huumeriippuvuuden välillä vaati kekseliäisyyttä ja valheita. Amfetamiini vei ruokahalun lähes kokonaan, enkä pystynyt syömään. Otin eväät mukaan töihin ja heitin ne roskakoriin ruokatuunnilla. Baarissa kavereiden kanssa istuessani join alkoholia, vaikken olisi erityisesti halunnut. Join, koska silloin huumeista johtuva sekavuuteni menisi sosiaalisesti hyväksytyyn alkoholin piikkiin.

Huumeiden käyttöni loppuajasta muutamat ystäväni tiesivät huumeiden käytöstäni. Ystävät eivät tuominneet, mutta ilmaisivat huolensa. Minua ei huolestuttanut. Toisinaan vietin viikonloppuja poissa kotoa josain luukussa ja keksin valheita jo etukäteen, minne aion mennä ja kenen kanssa. Otin tavallaan vapaata omasta elämästäni ja kontrolloimisesta enkä välittänyt, millaisia määriä mitäkin ainetta käytän ja mitä siitä seuraa. Toisinaan poltin kannabista juuri ennen kotiin menoa häivyttääkseni amfetamiinin vaikutuksia, koska pilvenpoltto oli vähemmän paheksuttavaa kuin amfetamiinin piikittäminen.

En pitänyt kannabiksestakaan erityisesti, koska se aiheutti pelkotiloja, psykoottisuutta ja todellisuuden vääristymistä. Cannabis lisäsi ruokahaluja ja käytin sitä tarvittaessa kyetäkseen syömään – en siksi, että olisin välittänyt ruokailusta, välitin vain siitä, että vaikuttaisin muiden silmissä normaalilta. En oikeastaan pitänyt mistään olotilasta, jossa tuntisin itseni erityisen sekavaksi. Käytin satunnaisesti myös ekstaasia ja kokaiinia. Eniten pidin amfetamiinista, piristä, joka sai tuntemaan olon tarkkaavaiseksi ja selkeäksi – kaikkea muuta kuin päihtyneeksi – siksi en edes ajatellut, että amfetamiini on päihde. Kokaiinin vaikutus oli amfetamiinin kaltainen, oikeastaan olo oli vielä parempi ja itsevarmempi. Kokaiinin saatavuuden ja hinnan vuoksi jatkuvampi käyttö ei kuitenkaan ollut mahdollista.

Piikittämisen salaaminen oli haastavaa: käytin aina pitkähihaista paitaa ja piilotin mitä kummallisimpiin paikkoihin ruiskuja ja neuloja. Uusia välineitä ostin apteekista tai kävin vaihtamassa välineitä terveysneuvontapiste Vinkissä. Työpaikalla ja koulussa minulla oli sukanvarressa välineet ja aineet. Usein piikitin viitisen kertaa työ- tai koulupäivän aikana.

Harju (2000) on jakanut huumeiden käyttäjät "selviytyjiin" ja "etsijöihin" muun muassa sosiaalisten suhteiden, persoonallisuuden kehityksen ja muiden huumeriippuvuuteen vaikuttavien tekijöiden perusteella. Hännikäinen-Uutela (2004, 21, 62) kuvaa tutkimuksessaan huumeiden käyttäjien erilaista todellisuutta ja elämänpolkuja ja kertoo, miten huumeiden käyttö on muotoutunut osaksi arkea ja miten huumeongelma on arjen toiminnassa ilmentynyt. Tunnistan itseni varsin hyvin huumeiden käyttäjänä "etsijäksi".

Etsijä on usein selviytynyt opinnoista, eikä lapsuudenperheessä ole räikeitä ulkoisia epäkohtia. Tyypillistä on, että huumeiden käyttö aloitetaan myöhemmällä iällä esimerkiksi kestäättömän tyhjyyden tai arvottomuuden kokemuksen takia, siksi, että elämästä puuttuu jotain. Etsijän tavoin pystyin myös salaamaan käyttöni hyvin ja sukkuloimaan huumeiden käyttäjien ja yhteiskunnan normaaliuden välissä. Käyttö pysyi edes jonkin aikaa kontrolloituna ja sosiaaliset suhteet ei-käyttäviin ihmisiin säilyivät. (Hännikäinen-Uutela 2004, 62–66.)

Riippuvainen ihminen jatkaa päihteiden käyttöä huolimatta päihteiden käytön aiheuttamista ongelmista. Päihteiden käyttö nähdään tarpeellisena oman hyvinvoinnin kannalta. Mahdollista on myös, että minäkuva muodostuu päihteiden käytön jatkuessa sellaiseksi, että päihteiden käyttö mielletään osaksi minuutta. Joillakin päihderiippuvuus voi aiheuttaa vain vähäisiä fyysisiä ja sosiaalisia haittoja. (Ruisniemi 2006, 21.) Tämä kaikki kuvaa hyvin kokemustani päihteiden käytöstä. Varsinkaan alkuvaiheessa en kokenut käytöllä olevan juuri vaikutusta fyysiseen kuntooni tai sosiaaliseen elämäni.

Mielenkiintoista on myös miettiä käyttäjäidentiteetin eri mahdollisuuksia. Olisihan voinut olla mahdollista, että olisin amfetamiinin löydettyäni lopettanut työntöön ja kaikki muutkin yritykset kiinnittyä valtakulttuuriin. Elämäni käyttäjänä olisi muodostunut varmasti hyvin erilaiseksi. Minusta tuli vastuullinen narkomaani, joka kontrolloi aineen määrää elimistössä, tekemisiään ja olemistaan suhteessa muihin ihmisiin. Elämästä tuli näytelmä. Millainen näytelmä siitä olisi tullut, jos olisin hylännyt keskiluokkaiset arvoni ja ryhtynyt "oikeaksi" narkomaaniksi? Muistan haaveilleeni usein siitä, että voisin antaa mennä vaan, käyttää niin paljon kuin pystyn ja lakata välittämästä, mitä muut ajattelevat. Jostain syystä en voinut ja ehkä valtakulttuurissa kiinni roikkuminen on paitsi rajoittanut käyttöäni myös tukenut toipumista. Se on osaltaan edes auttanut kokemusta yhteiskuntaan kuulumisesta, kun ei niin syrjässä ole ollutkaan.



Ammatillisesta näkökulmasta on syytä pohtia yhteiskunnan syrjäytymiskäsitteitä ja niiden merkitystä yksilön identiteetin rakentumiselle. Stereotyyppinen käsitykseni narkomaanista ei sopinut itseeni. Kokemukseni siitä, että olen työelämässä mukana olevana huumeiden käyttäjänä erilainen kuin toiset viestii siitä, ettei marginaalisuutta voisi olla normaalisuuden sisällä. Oma käsitykseni varmasti peilaa yhteiskuntatodellisuutta ja yleisempiäkin stereotyyppioita. Tällaisten ihmisiä niputtavien stereotyyppien purkaminen on tärkeää, koska ne jo sinällään aiheuttavat syrjäytymistä – asettavat syrjään, tiettyyn muottiin. Toisaalta ne taas estävät yksilöä sopimasta johonkin identiteettiin, jonka ymmärtäminen toipumisen kannalta voisi olla merkittävää.

Mietin, olisinko mahdollisesti huomannut huumeiden käytön ongelmallisuuden aiemmin, jos stereotyyppia narkomaanista ei olisi niin kapea. Olisinko ymmärtänyt hakea apua aiemmin? Olisivatko työkaverini tai työnantaja nähneet tilanteeni ja puuttuneet siihen? Olin kuitenkin vuoden ajan samassa työpaikassa amfetamiinin vaikutuksen alaisena. Kukaan ei huomannut mitään! Jos käsitys narkomaanista olisi yhteiskunnassa yleisesti väljempi ja vähemmän stereotyyppinen, mahdollisesti sisäinen ristiriitani valtakulttuurin edustamisen ja narkomaanin identiteetin välillä olisi ollut helpompi kestää ja olisin jatkanut käyttöä pidempään. Tässä kohtaa on huomioitava, että tietenkin on myös ihmisiä, jotka ajattelevat, että huumeiden käyttö on hyväksyttävää ja ettei siinä ole mitään marginaalista tai erityistä.

Illuusio hallinnasta

Aloitin opinnot ammattikorkeakoulussa tietotekniikka-alalla ja piakkoin sain myös uudestaan alan töitä opintojen rinnalle. Huumeiden käyttö ei haitannut opiskelu- tai työpaikan saantia. Olin myös oppinut käyttämään aineita huolellisemmin ja tarkemmin. Selittämättömiä poissaoloja työstä ei enää tullut.

Pystyin päihteiden avulla hallitsemaan olojani ja tunteitani. En kestänyt vastoinkäymisiä tai pettymyksiä, vaan lääkitsin kaiken pois päihteillä. Piikittäessäni amfetamiinia sain vapautuksen kaikista tunteista ja oloiloista. Sain päihteestä mielihyvää ja tuntui siltä kuin olisin siirtynyt jollain tapaa pois itsestäni ja ehkä koko elämästä. Koin, että pystyn ajattelemaan suurempia ajatuksia, toimimaan paremmin – kontrolloimaan kaikkea.

Vähitellen amfetamiinin käyttö alkoi aiheuttaa minulle ahdistusta ja vainoharhaisuutta. Valheiden määrän kasvaessa kasvoi myös ristiriita, ahdistus ja epätoivo. Elämä oli muuttumassa sietämättömäksi ja sietä-

mättömintä olin minä itse. Vaikka käytin enemmän, kaikkea sekaisin, en enää pystynyt olemaan ajattelematta kaikkea, mitä olisin halunnut mielestäni ohittaa.

Rutiini, jonka toistin jokaisessa pistämishetkessä, oli muodostunut myös addiktioksi sellaisenaan. Koin mielihyvää ja hallinnan tunnetta pistäessäni, koin tapahtuman jotenkin sairaalla tavalla hyvin kauniiksi. Aloin käyttää pistämällä myös lääkkeitä, bentsoja ja unilääkkeitä. Jos saatavilla ei ollut mitään päihkeitä, saatoin vain piikittää vettä tai joskus alkoholia. Nämä kokemukset alkoivat tuntua minusta epätoivoisilta, en kokenut itseäni enää täysin normaaliksi ihmiseksi. Koin usein vihaa ja epätoivoa toimintaani kohtaan, jota pakkomielleisesti toistin.

Työelämää olin pitänyt aina itselleni jonkinlaisena mittarina, menestyminen oli samaa kuin lupa olla ja elää. Opinnot jäivät ja panostin työelämään kaikkeni. Työssäni olin erityisen hyvä, nopea, tarkka, enkä pitänyt edes ruokatunteja. Tehokkuuteni huomattiin ja minut palkittiin tiimini kuukauden työntekijäksi. Olin tästä aluksi mielissäni, mutta aloin ajatella asiaa moraalin kannalta ja miettiä, kuka palkinnon oikeastaan sai. Koin, että amfetamiinin vaikutuksessa en ole oma itseni. Tunsin, etten todellisuudessa saanut mitään palkintoa, koska en ollut tuolloin edes olemassa, "pireissä" olen joku muu ja jossain muualla.

Riippuvuus ja addiktio käsitteinä esiintyvät usein rinnakkain. Riippuvuus voi kuitenkin olla positiivistakin, kuten ihmisen tarvitsevuus toisia ihmisiä kohtaan. Addiktioksi muuttuneen riippuvuuden tunnuspiirteitä ovat pakonomainen toiminta välittömän mielihyvän saamiseksi, josta on haittaa elämän eri osa-alueille ja josta on siitä huolimatta vaikea päästä eroon. Addiktio voi syntyä myös johonkin toimintaan, jossa toiminnan elämyksellinen ja pakonomainen puoli voi olla päihderiippuvuuden kaltaista. (Kotovirta 2009, 21.) Omalla kohdallani addiktio syntyi ensin amfetamiinin aikaansaamaan psykiseen ja emotionaaliseen kokemukseen ja myöhemmin myös toimintaan, pistämiseen.

Päihneiden käytön lisääntyessä ja kroonistuessa on tyypillistä, että mielihyvä ja päihteen mielihyväsävytteistä minäkokemusta tuottava vaikutus vähenee tai häviää. Riippuvuuskäyttäytyminen muuttuu eheän minäkokemuksen ylläpitämisestä vierotusoireiden lievittämiseksi. Tällöin voidaan viimeistään lääketieteen näkökulmasta puhua riippuvuusoireyhtymästä. (Grandström & Kuoppasalmi 2003, 32.)

Perinteisesti on ajateltu, että huumeiden käyttäjän on koettava tietynlainen pohjakokemus elämässään ennen päihdekäytön lopettamisen harmitsemista. On kuitenkin todettu, että vahvin motivoija on negatiivisten



seuraamusten tiedostaminen elämässä. Huumeiden käyttäjä alkaa kyseenalaistaa huumeiden merkitystä omassa elämässään ja tulevaisuudessaan. Muutosmotivaatioon vaikuttavat paitsi yksilön sisäiset reflektiot, myös ulkoiset paineet. (Hännikäinen-Uutela 2004, 71–72.) Sisäinen konflikti ja ristiriita kasvoivat ajan kuluessa. Amfetamiini ei enää vaientanut sisäisiä ääniä eikä tuonut riittävää helpotusta. Käyttäjänä jouduin toimimaan vastoin omaa moraalikäsitystäni sekä työssä että yksityiselämässä.

Työelämä määritteli oman elämäni oikeutusta ja arvoa. Suorituskeskeinen yhteiskuntamme määrittelee ryhmiä ja yksilöitä menestyksen perusteella. Työelämä ja selviytyminen hyvän elämän mittareina eivät ainakaan omalla kohdallani merkinneet lopulta yhtään mitään. Minut palkittiin parhaana työntekijänä, mutta amfetamiinin vaikutuksen vuoksi tunsin itseni ja minuuteni täysin irralliseksi suhteessa suoritukseeni. Kokemus oli varmasti erityisen vahva huumausaineen vaikutuksen vuoksi, mutta mielestäni siinä on myös yleistä totuutta. Mielestäni erityisesti ammatillisesta näkökulmasta tarkasteltuna on mielekästä erottaa ihminen, joka "on" ja ihminen, joka "tekee". Hyväksyntää tekemiselle ja suorittamiselle voi osoittaa pohjattomasti, mutta mielestäni jokaisen ihmisen, ja erityisesti sosiaalialan työn asiakkaan, tarve on tulla kuuluksi ja saada hyväksyntää sille, kuka on.

Hallitsemattomia ongelmia

Pidin huumeiden käytöstä huolimatta yllä kontaktia työntekijään A-klinikkasäätön Nuorisoasemalla, johon alun perin hakeuduin Helsinkiin muutettuani. Kävin keskustelemassa välillä viikoittain ja toisinaan olin kuukausia omilla teilläni. Suhde työntekijään tuntui merkittävältä syystä, jota en tuolloin kokonaisuudessaan oikein käsittänyt. Halusin käydä juttelemassa asioistani ja jollain tavalla kykyjeni mukaan varmasti yritin saada uutta järjestystä elämäni, josta uskon myötä oli kadonnut kaikki merkitys. Tapaamispäivä saattoi olla viikon ainut päivä, jolloin olin selvin päin. Arvostin sitä, että joku oli hetken vain minua varten. Pystyin olemaan yllättävänkin rehellinen, vaikka puhuin suurimman osan ajasta aina jostain muusta kuin päihteiden käytöstä.

Kaikesta itsekontrollista ja kulissielämästä huolimatta jouduin yhä useammin käytön vuoksi ongelmiin, vaaratilanteisiin ja kohtasin väkivaltaa. Pelästyin elämäni hallitsemattomuutta ja päihdekäytön seuraamuksia, mikä sai minut aina palaamaan takaisin Nuorisoasemalle. Loppuajasta päihteiden käyttöni alkoi olla niin ilmeistä ja ongelmallista, että suostuin keskustelemaan aiheesta jo jotain.



Tuolloin olin edelleen kuitenkin sitä mieltä, että voin lopettaa käyttämisen, jos vain haluan. Suurimmaksi osaksi en halunnut, koska minua olisi vastassa oma tyhjä elämäni. Olin jotenkin jo hyväksynyt, että amfetamiini on päihde ja ettei se muuta oloani enää läheskään aina paremmaksi. Työntekijä halusi minun selvittävän itselleni, miten paljon mitäkin ainetta käytän. Olimme eri mieltä päihdeeksi laskettavista aineista tai raittiudeksi laskettavasta ajasta. Kiinnitin käyttööni tietoisesti huomiota ja tuli ilmi, etteivät ajatukseni ja todellisuus päihdeiden käyttöni määrästä olleet lainkaan realistisia. Ajattelin olleeni ilman päihdeitä viikon, kun olin ollut viikon ilman amfetamiinia. En pitänyt päihteinä käyttämiäni lääkkeitä, kannabista, alkoholia tai muita huumeita. Lopulta työntekijäni ilmoitti, ettei voi jatkaa tapaamistani, mikäli päihdeiden käyttöni pysyy ennallaan tai vain lisääntyy. Hänen mielestään olin katkaisuhoidon tarpeessa, eikä päihdekäyttöni takia hänen apunsa ole minulle riittävää.

Otin hyvin vakavasti työntekijäni viestin. Hän näki tilanteeni sellaisena, ettei voi enää yksin kantaa vastuuta minusta. Kuulin, että hän on huolissaan, mutta ehdotus katkaisuhoidon lähtemisestä tuntui liioittelulta. Pelkäsin kuitenkin, että ainut ihminen, jonka koin olevan olemassa minua varten, hylkäisi minut. Olin halukas tekemään sopimuksen, että lopetan amfetamiinin käyttämisen, ja jollen pysty, lähden hoitoon. Samalla olin jo vähän uskonut siihen, että bentsot ja muutkin päihdeet voidaan laskea yhteen mittaamaan mahdollista päihderiippuvuutta. Olin ilman amfetamiinia ja uskoin, että pystyn siihen. Yritin vähentää myös muiden aineiden käyttöä. Käytin kuitenkin jotain joka päivä. Amfetamiini oli kannatellut ja auttanut minua yli kaksi vuotta, mutta nyt sekin vaikutti kääntyvän minua vastaan. Olin ajautunut samanlaiseen umpikujaan epätoivoni kanssa kuin laitосkierteen alkaessa.

Konfrontointi päihdetyössä nähdään tutkimuksen valossa kyseenalaisena menetelmänä. Asiakkaan pysäyttäminen kohtaamaan todellisuus, sellaisena kuin se nyt on, aiheuttaa asiakkaassa useimmiten vastarintaa ja kieltämistä ja mahdollisesti myös hoitosuhteen lopettamisen. (Ehrling 2009, 145, 147.) Luottamukselliseksi kehittyneessä pitkässä hoitosuhteessa työntekijäni osasi ehkä ennustaa reagointini ja onnistui toimimaan oikea-aikaisesti. Tapaamiset olivat kuitenkin jo pitkään toteutuneet minun ehdoillani, vaikka työntekijä oli varmasti pyrkinyt kirkastamaan elämäni senhetkistä todellisuutta ja omien tavoitteideni ja arvojeni ristiriitaa motivoivan haastattelun hengessä (vrt. Ehrling 2009, 151). Särkelän (2001, 40–41) mukaan asiakas voi tarvita työntekijän jämää asioihin puuttumista ja vaatimusten esittämistä. Myös Rissanen (2007, 130) on omassa kuntoutumisprosessissaan kokenut konfron-



toinnin kunnioittavassa hoitosuhteessa merkittäväksi käännekohdaksi kohti kuntoutumista.

Hännikäinen-Uutelan (2004) mukaan etsijä selviytyy pitkään työ- tai opiskeluelämässä, eikä käyttämiseen liity vertailuryhmään peilatessa niin paljoa rikollisuutta. Usein ajan myötä toimiminen erilaisissa sosiaalisissa toimintaympäristöissä muuttuu kuitenkin huumeikäytön myötä haasteellisemmaksi. Etsijän riippuvuuteen havahtuminen tapahtuu usein kaksoiselämän synnyttämään kestävämpään tilanteeseen. (Hännikäinen-Uutela 2004, 68.)

Miettiessäni nyt Nuorisoaseman työntekijän toimintaa näen kunnioitukseen perustuvan asiakassuhteen, joka toimi asiakkaan ehdoilla. Mittavampaa apua minulle varmasti tarjottiin aiemminkin, mutta en ollut sitä valmis vastaanottamaan. Voi jopa olla, että avuntarjoamisyrietykset saivat minut aiemmin aina katoamaan joksikin aikaa. Koin vapaasta tahdostani käyttävänä aineita ja vapaasta tahdosta kävin tapaamisissa. Keskustelu kanssani, vaikkakin olin sen hetken selvin päin, oli varmasti haastavaa ja todennäköisesti myös välillä turhauttavaa. Työntekijä varmasti näki tilanteeni ja päihdeongelmani itseäni huomattavasti aiemmin ja selkeämmin.

Jollei minulla olisi ollut tuota asiakassuhdetta, en tiedä, minne olisin mennyt koettuani elämän käyvän yhä tukalammaksi. Psykiatrisista sairaaloista olin saanut jo ihan riittävästi kokemusta. Minulla ei ollut mitään ajatustakaan katkaisuhoidon tarpeesta enkä ollut kokonaisuudessaan käsittänyt huumeiden aiheuttavan minulle niin paljon ongelmia – nehän olivat aiemmin pelastaneet minut! Työntekijä edusti turvaa turvattomassa elämäntilanteessani. Hän tunsu minut ja tiesi asioistani ehkä enemmän kuin kukaan läheiseni: siitäkin huolimatta, että minulla oli paljon asioita, joista en halunnut puhua. Nuorisoaseman asiakkuudessa sain toimia omilla ehdoillani ja tulla omia aikojani. Työntekijäni osasi tarjota minulle apua tavalla, jonka pystyin vastaanottamaan. Sain loppujen lopuksi kuitenkin itse oivaltaa avun tarpeeni, ehkä selkä seinää vasten, mutta itse.

On ammatillisesti mielenkiintoista pohtia edelleen huumeiden käyttäjän identiteettiä ja asemaa yhteiskunnassa ja myös valtakulttuurin sisällä. Päihdekulttuuri-termi on esillä muun muassa Knuutin (2007) tutkimuksessa *Matkalla marginaalista valtavirtaan*, jossa tutkitaan riippuvuutta ja toipumista. Ulkoisesti pystyin näyttämään elämäni valtavirran mukana. Kokemuksellisesti olin kuitenkin yhteiskunnan marginaalissa ja erilaisempi kuin kukaan muu. Omaan päihdekäyttöön liittyen en osaa nimetä mitään sellaista, minkä voisin liittää sosiaalisen ja leimallisen päihdekulttuurin edustamiseksi. En siis kokenut itseäni päihderiippuvaiseksi saati narkomaaniksi. Käytin kuitenkin kaiken energiani hallitakseni itseäni, tunteitani, olojani ja tilanteita eri lääkkeillä ja päihdeillä. Elin valtakulttuurin normien ja arvojen mukaisesti, pidin julkisivua yllä. Ongelmaksi hoitoon hakeutumisen kannalta

oli muodostua se, etten omasta mielestäni ollut riittävän syrjäytynyt. Kuinka syrjäytynyt valtakulttuurissa mukana elävän ihmisen tulee olla, että hänellä on lupa pyytää ja saada apua?

Huumevieroitus

Melkein kaksi viikkoa sinnittelin ja kärsin järjetöntä moraalista ristiriitaa työpaikan tilanteesta ja parisuhteestani. Pohdin riippuvuuttani ja työntekijäni sanomisia. Amfetamiini olisi auttanut, eikä olisi tarvinnut ajatella tai tuntea niin paljoa. Lopulta jotenkin murren ja kerroin avopuolisolleni totuuden huumeiden käytöstä ja sen, etten pysty enää hallitsemaan päihteiden käyttöäni. En retkahtanut käyttämään amfetamiinia, mutta maailmani muuttui niin sietämättömäksi, että tajusin tarvitsevani apua. Ilmoitin työntekijälleni, että olen valmis lähtemään katkaisuhuitoon. Rehellisyydessäni ilmoitin asiasta myös esimiehelleni, kerroin, että olen narkomaani ja otan nyt sairauslomaa, koska lähden katkaisuhuitoon. Minua ei kiinnostanut, mitä minusta, kuukauden parhaasta työntekijästä, ajatellaan. Oli pakko tehdä jotain – pyytää apua.

Hakeuduin Hietalinnayhteisöön lääkkeettömään katkaisuhuitoon. En voinut kuvitellakaan lääkehoitoa, koska minulle bentsot olivat huumetta. Ajatusta hoidosta, jossa annettaisiin samoja nappeja, joita kotonakin söin, pidin outona ja naurettavana. Ensimmäisen suljetun hoitoviikon jälkeen fyysiset olotilat olivat edelleen kauheita, mutta psyykkisesti oli vielä paljon tuskallisempaa. En uskonut läheskään joka päivä selviytyväni vieroituksesta. Henkilökuntaakaan ei aina uskonut, vaan kyseli, josko lähitisin lääkkeelliseen katkaisuhuitoon – olin ehtinyt käyttää bentsoja siinä määrin, että myös fyysiset vieroitusoireet olivat raskaita. Pelot, ahdistus, tuskaisuus ja epätoivo olivat päivittäisiä ensimmäisten viikkojen tunteuksia ja kokemuksia. Usein tuntui siltä, etten pysty olemaan mitenkään fyysisesti enkä psyykkisesti. Pelkäsin, etten selviä ja pelkäsin sitäkin, että selviän. Mitä elämässä sitten tapahtuu? Itkeskelin lohduttomana ja opettelun ilmaisemaan, miltä minusta tuntuu. Tunsin usein, että olen väärässä paikassa viemässä jonkun oikean narkomaanin hoitopaikan.

Viikko ja päivä kerrallaan sinnittelin ja ajatukset alkoivat selkiytyä. Muista samassa tilanteessa olevista, keskusteluista ja yhteisöllisyydestä oli paljon tukea oman tilanteeni ymmärtämiseen. Ajattelin tuolloin, että olen hoidossa amfetamiinin vuoksi, sen käyttöä ja halua käyttää en pysty hallitsemaan ja tarvitsen apua. Muutaman viikon jälkeen olin hahmotta-



nut tilanteeni sellaiseksi, etten ole valmis vielä lähtemään kotiin ja palaamaan töihin. Tunteet olivat yhtä vuoristorataa, en ollut muutama vuoteen ollut ilman kemiallista olotilojen manipulointia ja selvin päin minusta tuntui välillä paljon sekavammalta kuin päihteiden vaikutuksen alaisena.

En tiennyt, mistä järjetön viha tai lohduton epätoivo tulevat ja mitä niille voi tehdä, miten voi kestää kestänytöntä? Ehkä vähän kerrallaan uskaltauduin puhumaan muille ja henkilökunnalle tunteista, ajatuksista ja oloista ja tajusin vähän kerrallaan, miten sekaisin olen ja olen ollut. Ymmärsin, etten juuri ymmärrä itseäni enkä itse voi tietää, miten minun tulee toimia, että selviytyisin.

Toipumisprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: varhais-, keski- ja myöhäisvaiheeseen. Varhaisvaiheen kuuluu orientoituminen päihdeettömyyteen ja kokemuksen siitä, ettei voi enää käyttää päihteitä. En voinut enää käyttää, en halunnut olla narkomaani. Knuutin (2007) mukaan varhaisvaiheessa tarvitaan usein ulkoisen kontrollin keinoja vahvistamaan heikkoa sisäistä kontrollia. Päihdeettömyys asettaa aiemman elämäntavan ja toimintamallit kokonaisuudessaan arvioinnin kohteeksi, uutta tietoa ja tukea tarvitaan uusien toimintatapojen löytämiseksi. (Knuuti 2007,38, 39.)

Hietalinna-yhteisö ei perusta toimintaansa johonkin tiettyyn selitykseen päihdeongelman syystä, vaan lähtökohtana on holistinen ihmiskäsitys. Murrin (1997) mukaan yhteishoidolla tarkoitetaan koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Hietalinnassa perusoletuksena on, että jokaisella päihdekuntoutujalla on voimavaroja ja mahdollisuus muutokseen. Fyysisiin (ja miksei psyykkisiin) vieroitusoireisiin on täysin lääkkeettömässä Hietalinna-yhteisössä tarjolla vaihtoehtoisia erityishoitoja. Rankasta päihdetaustasta huolimatta asiakkaat ovat usein sitä mieltä että lääkkeettömyys on ainoa vaihtoehto päästä kokonaan irti aineista. (A-klinikkasäätiö 2007, 5; Murto 1997, 13.) Erityishoidoista kokeilin lähes kaikkea tarjolla olevaa. Esimerkiksi akupunktio ja -painanta rauhoittivat mieltä ja lievittivät kipuja. Usein auttoi varmasti jo pelkkä kokemus siitä, että toinen ihminen oli valmis tekemään jotain auttaakseen minua.

Varhaisvaiheen toipumisprosessiin liittyy myös päihdeongelman ymmärtäminen, asenteiden ja uskomusten vaihteellinen muuttuminen sekä mielialan vaihteluiden, mielihyvän puutteen ja stressin sietäminen (Knuuti 2007, 39). Hietalinnayhteisöstä sai käydä ulkoilemassa suljetun viikon jälkeen vapaasti. Koin kuitenkin itseni niin heikoksi suhteessa haluan käyttää päihteitä, että varmistin turvallisuuttani esimerkiksi liikkumalla vain muiden kanssa. Zimbergin

(1985) mukaan toipumisen vaiheet voidaan psykoanalyysin näkökulmasta määrittää kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on yksilön kokemus siitä, että ”en voi enää käyttää huumeita”. Vaiheeseen liittyen tarve ulkoisille rajoille on suuri, narkomaani tarvitsee turvaa suhteessa omiin impulsseihinsa käyttäen huumeita. (Thombs 2006, 132, Zimberg 1985.) Oma tarpeeni ulkoisiin rajoihin ja rakenteisiin oli suuri.

Ammatillisesta näkökulmasta edelleen on mielekästä tuoda esiin yhteiskunnan normatiivista käsitystä narkomaanista. Katkaisuhoidossa, joka oli huumeriippuvuudesta eroon pääsemiseksi itselleni välttämätön, tunsin silti olevani väärässä paikassa. Mielestäni en ollut menettänyt tarpeeksi enkä ollut oikeutettu hoitoon, koska näkyvät ongelmani olivat niin pieniä. Ajattelin, että yhteiskunnan varoilla maksettavaa huumehoitoa saa tarvita vain ihminen, joka on menettänyt kaiken.

Lääkkeettömien huumehoitojen tulevaisuus Suomessa on viime vuodet ollut jatkuvan resurssien pienentämisen ja lakkautusuhan alla. Myös Hietalinnayhteisön toimintaa on supistettu viime vuonna ja kynnys hakeutua hoitoon on noussut hoitopaikan jouduttua muuttamaan Helsingin keskustasta Järvenpäähän (Saikkonen 2009).

Ylipäätään kaikkea lääkkeetöntä ja yhteisökuntoutukseen perustuvaa huumehoitoa supistetaan perustellen sillä, että narkomaanit useimmin haluavat lääkkeellistä avohoitoa. Päihdetyöntekijät kritisoivat kaupunkien linjauksia ja etenkin sitä, että perusteena käytetään hoidon tarvetta ja kysyntää eikä säästösyitä, jotka vaikuttavat ilmiselviltä. (Savolainen 2009.) Itse voin todeta olleeni hyvin onnekas, että sain kävellä lähes suoraan kadulta katkaisuhoidon, jossa pää selvisi kaikkien aineiden vaikutuksesta ja minua motivoitiin aktiivisesti pohtimaan todellista hoidon tarvetta jatkoa ajatellen. Lääkkeelliseen katkaisuhoidon en olisi suostunut todennäköisesti lähtemään, minulla oli lääkevastaisuuden lisäksi kuva siitä, että lääkkeelliset katkaisuhoidot muistuttavat sairaaloita. Vaikka Hietalinna-yhteisö oli laitos, siellä oleminen tuntui kodikkaalta. Ilman sopivaa hoitopaikkaa olisin mahdollisesti jäänyt ja jättänyt ilman hoitoa, jolloin tämäkin päivä todennäköisesti näyttäytyisi erilaisena.

Hoitomotivaation vahvistuminen

Hain A-klinikalta kirjallisesti jatkoaikaa Hietalinna-yhteisöön toiseksi kuukaudeksi. Jatkoisin asioiden pohtimista ja aloin kyseenalaistaa myös sitä, kannattaisiko bentsojen tai kannabiksenkaan käyttöä enää jatkaa.



Muutammat ystäväni ja avopuolisoni kävivät vierailulla hoitoyhteisössä, soitin myös perheelleni ja kerroin olevani huumeiden käytön vuoksi hoidossa. Perheeni oli järkyttynyt. Olin säilyttänyt julkisivuni ilmeisen hyvin käyttövuodet. Tosin perhe asui kaukana ja olin pitänyt ja pidin jatkossakin heihin etäisyyttä. Ehkä suurimmaksi osaksi siksi, etten ollut sittenkään onnistunut vastaamaan perheeni odotuksiin ja omaksumiini arvoihin: elämässä menestymiseen ja pärjäämiseen. Ajattelin huumeiden olevan jotain niin käsittämätöntä perheelleni, etteivät he voisi ymmärtää, en oikeastaan edes yrittänyt. Minulla ei ollut voimia, eikä itseymmärrykseni ollut mitenkään erityisen vahva. En ollut halukas puhumaan perheenjäsenilleni juuri mistään elämäni vaiheista.

Kotiin tai töihin palaaminen tuntui pelottavalta; en uskonut, että selviytyisin ilman päihteitä ja yhteisöhoidon tukea. Päädyin hakemaan maksusitoumusta vielä kolmanneksi kuukaudeksi. Kun päihteiden vaikutus oli poissa, pääni täyttyi uudenlaisista ajatuksista ja pohdinnoista. Mietin, kuka oikein olen ja miksi olen vielä elossa. Onko elämälläni sittenkin jokin tarkoitus? Usein tuntui siltä, että olen paljon pahemmin sekaisin ilman päihteiden vaikutusta kuin ennen katkollen tuloa.

Perimmäisten kysymysteni kanssa aloin henkilökunnan tukemana etsiä jatkohoitopaikkaa. Sain käsiini esitteen, jossa kerrottiin puolentoista vuoden pituisesta terapeuttisesta avohoidosta huumeongelmallisille – Avokiskosta. Otin yhteyttä Avokiskoon ja kävin arviointihaastattelussa. Avokiskon hoito-ohjelmaan kuului säännöllinen NA-ryhmiin osallistuminen. Olin ennakkoluuloinen, enkä voinut sietää ryhmiin vahvasti liittyvää ajatusta korkeammasta voimasta, Jumalasta ja hengellisyydestä toipumisen mahdollistajana.

Hoitoon sitoutuminen edellytti täysraittiutta, olin omissa päätelmissäni jo päässyt aika pitkälle, mutta alkoholin (kohtuu)käytöstä olisin kyllä halunnut pitää kiinni. Toisaalta olin helpottunut, ettei minun tarvitse kokeilla, onnistuisinko kohtuukäytössä vai menisinkö ensimmäisessä humalatilassani ostamaan minulle niin rakasta amfetamiinia. Hietalinnayhteisöön sain puhelun, että saan paikan Avokiskosta ja voin aloittaa hoitoryhmässä seuraavalla viikolla. Olin todella helpottunut, sillä pelkäsin joutuvani odottamaan paikkaa pitkäänkin.

Knuutin (2007) ja Ruisniemen (2006) mukaan huumeriippuvuudesta toipuminen on paljon muutakin kuin päihteiden käytön lopettaminen. Toipuminen ja päihteettömän elämän rakentaminen vaatii uuden elämäntavan opettelamista ja uuden minäkuvan ja identiteetin muodostamista. Koski-Jännes (1998) toteaa, että riippuvuudesta irrottautuminen merkitsee vasta alkua pit-

källe prosessille, jonka seurauksena ihminen toimintajärjestelmineen muuttuu joskus juuriaan myöten. Muutostyö mahdollistuu turvallisessa ympäristössä, jossa vastavuoroinen luottamaan oppiminen ja toisten ihmisten yhteyteen tuleminen ovat merkittäviä toipumisen kulmakiviä. (Knuuti 2007, 33; Koski-Jännes 1998, 166; Ruisniemi 2006, 11.) Hietalinna-yhteisön koin turvapaikaksi, jossa tunsin varovaista luottamusta paitsi vertaisia myös työntekijöitä kohtaan. Sain uskallusta lähteä jatkamaan toipumista ja itseni etsimisen matkaa.

Hyväri (2001, 110–111) painottaa identiteetin kriisiytymisen olevan aina hankaluutta tai mahdottomuutta ylläpitää minuutta ja maailmaa koskevia uskomuksia. Marginaalinen asema tai sivullisuus voi johtaa minäkuvan kriisiytymiseen. Tällöin marginaalissa omaksuttu ja luotu identiteetti eivät olekaan lunastaneet niitä lupauksia, joita siihen on kohdistettu. Tällainen kriisiytyminen mahdollistaa jälleen oman itsensä ja elämänsä merkitysten ja arvojen refleksiivisen tarkastelun. Romahtanutta haurasta identiteettiä koskevat kysymykset ovat akuutteja ja kaipaavat vastausta, jotta elämä voisi jatkua: Kuka minä olen? Mistä tulen ja minne olen menossa? Päihteiden käyttäminen oli turvannut elämäni jatkumisen joksikin aikaa. Huumeet olivat vaientaneet liian hankalat kysymykset minuuden ja identiteettini suhteen. Nyt olin kuitenkin tullut uuteen risteyskohtaan, koska huumeet olivat kääntyneet minuutta vastaan. Hietalinna-yhteisössä tein koko loppuelämäni koskevia valintoja siinä toivossa, että minusta tulisi vihdoinkin minä.

Etsijöiden käyttöhistoria jää usein lyhyemmäksi kuin nuorempana syrjäytymiskiarteeseen ajautuneiden selviytyjien. Toipumisprosessin kannalta on myös merkityksellistä, että etsijöiden sosiaalinen poikkeavuus on pienempi ja sosiaalinen pääoma elämän historian kannalta usein suurempi kuin selviytyjillä. Nämä tekijät ennustavat etsijöille parempia toipumisen mahdollisuuksia selviytyjiin verrattuna. (Hännikäinen-Uutela 2004, 72–73.)

Knuutin (2007) tutkimuksesta käy ilmi, että kielteisyys NA:ta kohtaan usean narkomaanin kohdalla johtuu NA-ohjelman hengellisyydestä. Ohjelmassa keskeisellä sijalla olevat hengellisyys ja henkisyys ymmärretään kuitenkin laajemmin kuin uskona Jumalaan tai korkeampaan voimaan. (Knuuti, 54, 129.) Oma ennakkosenteeni ja mielikuvani nimenomaan hengellisyyttä kohtaan tuntuivat mahdottomilta esteiltä. Aiemman kokemukseni valossa ennakkosenteeni edes hieman hengellistä yhteisöä kohtaan lienee kuitenkin ymmärrettävä ja looginen.

Koskisuu (2004, 92–93) hahmottelee mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia, jota tässä yhteydessä vertaan omaan toipumisprosessiini. Oleellisinta elämänmuutokseen ryhtymisessä on yksilön kuntoutumisvalmius – edellytykset muutosprosessiin, kyky ja halu muutokseen. Kuntoutumisvalmius ei ole kuitenkaan yksilön ominaisuus vaan vuorovaikutuksessa kehittyvä ja muokkautuva tapa suhtautua johonkin asiaan. Oma



elämäntilannettani ja tarvetta muutokseen oli vahvasti konfrontoitu jo Nuorisoasemalla. Myös ajasta Hietalinnayhteisössä on helppo huomata, miten oma muutosvastarinta väheni ja halu muutokseen kasvoi nimenomaan vuorovaikutuksessa ammattilaisten ja vertaisten kanssa.

Toipumisen toinen vaihe on oman halun löytyminen: ”En halua enää käyttää huumeita”(Zimberg 1985). Tämä vaihe on merkityksellinen toipumisen näkökulmasta, koska tällöin kontrolli muuttuu sisäiseksi. Kuitenkaan ulkoisen tuen ja avun tarve eivät useinkaan pääty vielä tähän vaiheeseen. Thombs (2006) toteaa monen NA:n jäsenen identifioituvan ja jäävän tähän vaiheeseen, jolloin NA:n tuella elämästä tulee riittävän hyvää. (Thombs 2006, 32; Zimberg 1985.) Tutkimusten mukaan muutosvalmius hoitoon lähtötilanteessa ennustaa merkittävästi päihdehoidon onnistumista (Saarnio 2009, 24).

Hoitomotivaatio ja halu muutokseen kasvoivat sisäisen pakon ja ulkoisen paineen ristivedossa vuorovaikutuksellisissa suhteissa. Sisäisellä pakolla tarkoitan havahtumista siihen, etten ollutkaan sellainen, kuin halusin olla. Huumeiden käyttäjä ei ollut se kuva itsestäni, joka minulla oli omasta itsestäni. En myöskään täyttänyt ulkoisia läheisten, perheen ja yhteiskunnan odotuksia. Tullessani tietoisiksi ongelman laajuudesta ja oman elämäni suunnattomuudesta tunsin, että minun on joko selvitettävä tämä kaikki tai käytettävä huumeita niin paljon, ettei tarvitse ajatella mitään tai ketään. Ilman vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa ja omista asioistani puhumista en usko, että olisin oivaltanut omaa tilannettani ja motivoitunut jatkamaan muutosta.

Itsensä kohtaaminen ja omien rooliensa muuttaminen on mahdollista vain vuorovaikutuksessa. Tilanteessa, jossa marginaalista astutaan ulos, identiteetti jää ikään kuin kodittomaksi. Tällä tarkoitetaan merkitysten, roolien ja aseman radikaalia muuttumista, jolloin identiteetti asettuu kyseenalaiseksi ja identiteetin jatkuvuus horjuu. Tällöin on kysymys väistämättä kriisistä, mutta juuri identiteetin rakenteiden horjumisen mahdollistaa uuden minuuden rakentamisen dialogissa toisten kanssa. (Hyväri 2001, 235.)

Ehdottoman tarpeellista on pohtia lääkkeettömän huumehoidon merkittävyyttä lääkkeellisen hoidon edustaessa huumehoidon nykyistä valtalinjaa. Itse ajattelin keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kuuluvan samaan kategoriaan huumeiden kanssa. Hietalinnassa tunsin, että lääkkeiden sijaan sain tulla kohdatuksi ja kuulluksi, ihmisiä oli ympärillä ja saatavilla. Vaikka muutosvalmiutta olisikin, varsinainen hoitomotivaatio ei ole mielestäni mikään stabiili tila, joka yllättäen jonain päivänä kirkastuu käyttävän narkomaanin mielessä ja saa hänet hakeutumaan pitkäkestoiseen päihdehoitoon saamaan apua. Motivaation syntyymiseen tarvitaan tukea, kohtaamista ja uskoa ihmisen mahdollisuuksiin.

Ammattilaisena pystyn nyt näkemään myös lääkkeellisen hoidon tarpeen. Todellisuudessa lääkehoidon kehittäminen lääkkeettömien vaihtoehtojen

kustannuksella vaikuttaa kuitenkin kestävämmältä kehitykseltä, jossa asiakkaan etu ja yksilölliset tarpeet jäävät tuloshakuisen haittojen vähentämispolitiikan jalkoihin. Helsingin sanomat esimerkiksi otsikoi uutisen 25.10.2010 ”Huume kuntoutus kiristyy – Vain huumeista irti haluavat narkomaanit kuntoutukseen Helsingissä”. Mielenkiintoiseksi asian tekee se, että uutisessa oli kyse ainoastaan korvaushoidosta. (Saikkonen 2010.) Lääkkeellinen korvaushoito yleistetään mediassa tarkoittamaan kaikkea huume kuntoutusta.

Uskallan väittää, että merkittävä osa todella huumeista irti haluavista narkomaaneista hakeutuisi lääkkeettömään yhteisöhoitoon, jos sitä tarjottaisiin samalla volyymilla kuin korvaushoitoa. Nykyinen yhteiskunnallinen ja päihdepoliittinen ongelma on se, ettei lääkkeettömän hoidon tarvetta ja tuloksellisuutta haluta nähdä ja palveluita joudutaan lakkauttamaan kuntien vähentäessä ostoja. En voi allekirjoittaa näkemystä lääkkeettömien hoitojen tarpeettomuudesta, mielestäni on enemmänkin kyse (poliittisesta) tahdosta ohjata hoitoon, motivoida ja tarjota palveluita. Korvaushoito on ainoa huumeriippuvaisten hoitomallina hoitotakuun piirissä. Muunlaista hoitoa tarvitsevien ja haluavien narkomaanien hoitoon pääsy riippuu kotikunnan tulkinnasta lakisääteisen riittävän hoidon tarjoamisesta. Samoilla linjoilla oleva Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia on huolissaan huume hoidon kapeutumisesta ja vaatii myös psykososiaalisen päihdehoidon saamista hoitotakuun piiriin (Saukkonen 2010).





5 YHTEISÖLLINEN PÄIHDEHOITO

Avokisko on rekisteröidyn Kiskon yhteisöhoitomallin avohoidollinen sovellutus 18 vuotta täyttäneille huumeiden käyttäjille. Hoito-ohjelman tavoitteena on turvata päihteettömyys, opetella päihteen elämäntapa ja motivoitua elinikäiseen kasvuun. Ohjelma perustuu näkemykseen, ettei päihderiippuvuuteen sairastunut ihminen kykene hallittuun päihdekäyttöön. Avokisko käynnistettiin projektina vuosina 1998–2001, minkä jälkeen ryhmämuotoinen hoitomalli jäi pysyväksi osaksi Kalliolan settlementin päihdetyötä. Hoitomallissa suositellaan, että avohoitoon hakeutuvat ovat jo valmiiksi kiinnittyneet hoitamaan itseään NA- tai AA-ryhmissä ja olleet riittävän pitkään (neljästä kuuteen kuukautta) raittiina. (Piironen 2002, 5, 18–19.)

Avokiskon oppilaaksi

Tulin Avokiskoon oltuani kolme kuukautta raittiina, ensimmäiset viikot kävin vielä Hietalinnayhteisöstä käsin. Avokiskossa toiset oppilaat näyttivät mallia ja kertoivat, miten ryhmässä toimitaan: kerrotaan kuulumiset, varataan omille työtarpeille aikaa, kuunnellaan muiden työskentelyä sekä osallistutaan kertomalla omista kokemuksista ja antamalla palautetta. Ryhmää ohjasi kaksi terapeuttia. Allekirjoitin hoito- ja ryhmäsopimuksen hyvin motivoituneena mutta hyvin epävarmana ja pelokkaana. Kuuntelin muita ja tarkkailin itseäni. Miten minun tulisi olla, että olisin oikein ja oikeanlainen? Mitä sanoisin, etten kuulostaisi tyhmältä? Oli vaikea kuvitella joskus luottavansa näihin ihmisiin tai kuuluvansa joukkoon.

Erilaisuuden kokemiseen oli helppo löytää syytä. Olenko oikeassa paikassa, kun en ole menettänyt käyttämisen takia edes työpaikkaa, perhetä tai asuntoa? Aloittaessani ryhmässä vanhempi oppilas oli lopettamassa hoitoa ja ihmeissäni kuuntelin hänen suunnitelmiaan tulevaisuudesta raittiina. Miten nämä ihmiset osasivat ja uskalsivat puhua näin avoimesti? Mietin, miten pitkä matka minulla olisikaan tuohon. Oikeastaan minulla ei ollut käsitystä siitä ollenkaan, mihin olin ryhtynyt. En voinut tietää, mitä toipuminen tulisi tarkoittamaan enkä uskonut, että osaisin muuttua, mutta olin niin epätoivoinen elämäntilanteessani narkomaanina, että oli pakko jäädä ja yrittää. Tiesin vain, mitä en enää halunnut.



Aluksi en oikeastaan puhunut. En tiennyt mistä ja miten olisin puhunut. Istuin sykkyrällä tuolissani, turvassa ja tunsin epäonnistuvani aina, kun avasin suuni. Muut ryhmäläiset kannustivat ja tarjosivat tukea. Tunsin turvattomuutta ja tarvitsevuutta valtavasti. Olisin halunnut ilmaista kaiken ilman sanoja. En yksinkertaisesti osannut puhua sellaisista asioista. Toivoin, että terapeutti näkisi ja ymmärtäisi, miten paha minun on olla ja auttaisi jotenkin. Minulla ei ollut turvana enää ympärivuorokautista hoitoyhteisöä eikä mitään päihdettä, jolla muuttaa oloa siedettävämmäksi. Aluksi jäin ryhmän jälkeen keskustelemaan terapeutin kanssa tuntemuksistani ja siitä, miten vaikeaa ryhmässä oli ollut olla. Se helpotti vähän ja sain kannustusta olla oma itseni.

Ryhmä osallistui aktiivisesti kaikkeen terapiatyöskentelyyn ja tehtävien purkuun palautteen muodossa. Kuulemastaan sai antaa palautteeksi positiivisia huomioitaan, kannustusta, rakentavaa kriittistä palautetta tai oman kokemuksen vastaavasta tilanteesta. Palaute selvensi monesti omaa tilannetta, tunteita ja ajatuksia. Toivoa herättävää oli kuulla, että muut olivat ehkä jo selvinneet jostain samankaltaisesta raittiina.

Aluksi en aina ymmärtänyt, mistä vanhemmat oppilaat puhuivat ja palautteen antaminen tuntui pelottavalta. Palautteen saaminenkin tuntui pelottavalta. Pelkäsin ja olin oikeastaan ihan varma, että olen jotenkin vääränlainen enkä voi tulla hyväksytyksi omana itsenäni. Ajan kuluessa rohkaistuin antamaan rehellisempää ja suurempaa palautetta ja kertomaan omia mielipiteitäni, joita en aluksi edes tiennyt olevan olemassa-kaan.

Hoito Avokiskossa toteutuu pääosin hoidollisissa ryhmissä, joita ovat terapiaryhmä transaktioanalyttisen viitekehyksen mukaan ja sosiaalikutoutusryhmä, jossa lähestymistapa on kognitiivinen. Hoitomalli on "yksilöterapiaa ryhmässä", jossa muutoskeskeinen ryhmätyöskentely, palaute ja ryhmäprosessi tukevat kunkin jäsenen henkilökohtaista prosessia. Hoitoryhmä on täydentyvä ja siinä on 8 paikkaa asiakkaille, joita kutsutaan oppilaiksi (Piironen 2002, 18, 21; Päihdehoitoyksikön laatuarvio 2004, 3.) Hoidon alussa ryhmätyöskentely ja täydentyvä ryhmä mahdollistivat sen, että vanhemmat oppilaat toimivat esimerkkinä paitsi toiminnasta hoito-ohjelmassa myös mahdollisuudesta elämänmuutokseen, johon en itse osannut vielä uskoa. Myöhemmin oli hienoa huomata, että minulla oli jotain tärkeää sanottavaa nuoremmalle oppilaalle.

Avokiskossa oppilailla on myös mahdollisuus yksilökeskusteluihin, perhe- ja verkostotapaamisiin sekä kriisihoitajaksoon Kiskon klinikalla. Hoito-ohjelmaan kuuluvat satunnaiset päihdeseulat sekä osallistuminen vähintään

kaksi kertaa viikossa AA:n tai NA:n itseapuryhmiin. (Piiroinen 2002, 19–20.)
Terapeutteja hoito-ohjelmassa oli kaksi, mutta tärkeämmäksi koin alusta saakka suhteeni Avokiskosta hoitoni aikana vastanneeseen psykoterapeuttiin. Toinen työntekijä vaihtui hoitoni aikana, mikä osaltaan varmasti vahvisti tämän suhteen merkittävyyttä.

Toipumisprosessin varhaisvaihe käsittää karkeasti jaoteltuna alle vuoden raittiuden. Varhaisvaiheessa elämä voi helpostikin olla vaikeampaa, kuin vielä käyttäessä, koska silloin joudutaan kohtaamaan niitä asioita, joiden vuoksi aineita on käytetty. (Knuuti 2007, 39.) Varsinaisia asioita tai syitä en tässä vaiheessa varmastikaan vielä osannut nimetä. Elämä tuntui vaikealta ja sie-tämättömältä, koska ilman päihteiden vaikutusta jouduin kohtaamaan omia tunteitani ja epävarmuuttani, jotka päihteillä olin saanut säädelyä pois.

Ajattelen olleeni hyvin onnekas päästyäni hoitoon helposti ja nopeasti. Siirtyminen kolmen kuukauden laitoshoidon jälkeen omaan kotiin olisi ollut mahdollinen riski aloittaa käyttö uudelleen. Tuntui turvalliselta kiinnittyä Avokiskoon jo Hietalinnan-yhteisöstä käsin. Mielenkiintoista on pohtia, mitä olisi tapahtunut, jollen olisi saanut paikkaa Avokiskosta, olisin joutunut jonnottamaan tai minua ei olisi hyväksytty arvioinnissa hoitoon ollenkaan. En todennäköisesti olisi enää suostunut lähtemään laitoshoitoon, eikä muita riittävän intensiivisiä avohoito-ohjelmia ollut tarjolla. Myös työnantajani ilmoitti katkaisuhoidon jälkeen kohteliaasti, ettei määräaikaista työsuhdettani enää jatketa "säästösyistä" ja ettei minulla ole enää mahdollisuutta työllistyä kyseiseen konserniin. Avokiskon alkaessa päädyin myös eroamaan avopuoliosostani. Olisin jäänyt yksin ja irralliseksi ja on hyvin mahdollista, että olisin jatkanut päihteiden käyttöä. Työttömänä narkomaanina olisin todennäköisesti ajautunut marginaalisuudesta kohti syrjäytymistä. Huomioitavaa on myös, että jollei Avokiskon hoitomalli olisi edellyttänyt täysraittiutta, olisin varmasti jatkanut alkoholinkäyttöä, jolloin minulla olisi ollut suuri riski addiktoitua toiseen päihteeseen. Uskon, että alkoholinkäyttö olisi johtanut ennen pitkää myös huumeiden käyttöön.

Tehtäviä ja terapiaa

Tiistaisin terapiaryhmän aiheena oli "sanoista tekoihin". Tämä tarkoitti kirjallisten tehtävien tekemistä ja purkamista ryhmälle, työskentelytarpeeksi sai ottaa myös jonkin konkreettisen asian tai muutostarpeen, jossa tarvitsee tukea pystyäkseen suuntaamaan toimintansa sanoista tekoihin. Tehtävien aiheina olivat eri elämän osa-alueet ja päihteiden vaikutus nii-



hin: terveys, talous, oikeudelliset asiat, työ ja koulutus, läheiset ihmissuhteet, muut ihmissuhteet, tunne-elämä ja seksuaalisuus. Tehtävät purettiin ryhmälle (paitsi seksuaalisuus-tehtävä yksilötapaamisessa) ja kuulemalla muita ja muiden palautetta aloin saada jotain käsitystä siitä, mitä hoidossa tehdään ja tapahtuu.

Itse paneuduin tehtäviin todella huolellisesti ja kirjoitin laajasti ja perusteellisesti. Esimerkiksi tunne-elämän tehtävässä tuli käydä läpi koko elämä lapsuudesta nykyhetkeen ja vastata muun muassa seuraavanlaisiin kysymyksiin: Miten ja millaisia tunteita on ilmaissut ja mitä jättänyt ilmaisematta? Mistä on kokenut mielihyvää tai mielihäviötä ja miten on tunteensa ilmaissut? Miten ympäristö on reagoinut ja millainen on ollut perheen tunneilmapiiri? Mitä tunteita tuntee ja ilmaisee nyt mielellään ja mitkä ovat hankalia? Mitä tunteita suojaa ja peittää? Millainen on "normaali" tunne-elämä ja entä oma tunne-elämä? Miten päihteet ovat vaikuttaneet kaikkina ikäkausina kaikkeen tunteisiin liittyvään? Lopuksi tuli aina pohtia, mitä haluaa muuttaa ja harjoitella tekemään toisin. Tehtävän perusteella pohdittiin myös sitä, miten muutoksen voi tehdä ja millaista apua sen tekemiseen tarvitsee ryhmältä ja terapeutilta.

Tehtävien tekemisestä ja purkamisesta oivalsin näkökulmia toimintani seurauksiin ja löysin elämästäni ongelmakohtia, joihin tarvitsin muutosta. Tehtäviä sai tehdä omaan tahtiin, keskittymis- ja ahdistuksensietokyky oli välillä niin heikkoja, että tein tehtäviä ryhmän aikana huoneen nurkassa pöydän ääressä. Muiden läsnäolo toi turvaa ajatella ja kirjoittaa asioita, joita en yksin pystynyt käsittelemään.

Torstain ryhmä oli terapiaryhmä, jossa käytettiin transaktioanalyttistä psykoterapiaa (TA). Ryhmässä käsiteltiin itse valittuja aiheita, vaikeita oloja, muutostarpeita, joita esimerkiksi tehtävien tekemisen kautta oli tavoittanut. Terapiassa käytettiin puhumisen lisäksi muun muassa draaman keinoja. Joskus harjoiteltiin jotain tulevaa tilannetta, jossa halusi toimia toisin kuin ennen lavastamalla tilanne ryhmähuoneeseen. Muut ryhmäläiset esittivät rooleja ja itse sai harjoitella uudenlaista toimimista, joka usein kohdallani tarkoitti omien mielipiteiden tai toiveiden ääneen sanomista mukautumisen sijaan. Tuolitöitä tehtiin myös paljon, tuolitöissä kohdattiin ihmisiä tai oikeastaan omia käsityksiään ihmisistä ja käytiin dialogia heidän ja aikuisen itsen välillä. Keskustelussa tyhjän tuolin kanssa tapasin pikku-Main, äidin, isän ja monia muita.

Terapian yksi tärkeä osa oli elämän käsikirjoituksen tekeminen. Käsikirjoituksesta kävisi ilmi, millaisia varhaisia uskomuksia, päätöksiä ja tulkintoja on tehnyt itsestään ja muista sekä millaisia käskyjä ja kieltoja on sisäistänyt selviytyäkseen parhaiten lapsuuden ympäristössä. Terapeutti piirsi kaavion käsikirjoituksestani vastaamieni kysymysten ja

työskentelyn perusteella yhteistyössä kanssani. Terapeutin piirtämästä kuvasta näkyi, millaisen kuvan ja käsityksen olin itsestäni ja ympäröivästä maailmasta luonut ja miten olin päätenyt elämään narkomaanina. Käsikirjoituksen tekeminen ja tulkitseminen terapeutin kanssa selvensi minulle, millainen käsikirjoitus ehdottaa, että minun on parempi kuolla kuin epäonnistua?

Tämän henkilökohtaisen käsikirjoituksen näkeminen auttoi merkittävästi jäsentämään suurimpia muutostarpeita ja sitä, millaisia ehtoja elämälleni ja olemassa ololleni olin omaksunut. Olin muun muassa oppinut, että vain täydellisenä on riittävän hyvä, tulee olla vahva, eikä tunteita saa tuntea tai näyttää. En uskonut, että minä omana itsenäni voisin olla tärkeä ja arvokas itselleni tai jollekin toiselle.

Noin puolen vuoden hoidon jälkeen elämäni kriisiytyi monella tavalla. Käsikirjoituksen mukaiset uskomukset, joita toiminnallani onnistuin entuudestaan vahvistamaan, olivat saamassa yllätteen. Voin todella huonosti, retkahdusriski oli vakava ja itsetuhoiset ajatukset jatkuvia. Avokiskossa psyykkisen vointini huonontuminen otettiin vakavasti. Suostuin lähtemään (minulla ei tainnut olla juuri vaihtoehtoja) kahdeksi viikoksi kriisihoitajaksolle Kiskon klinikalle, takaisin laitoshoitoon. Klinikalla päihdepsykiatri arvioi tilaani ja mietti vakavissaan psykiatrisen laitoshoidon tarvetta. Olin valmis tekemään mitä tahansa, etten joutuisi taas sairaalaan. Olin valmis pyytämään ja vastaanottamaan apua ja tukea tilanteessa, josta en puhumatta selviäisi järjissäni. Selvisin pahimman yli ja sain palata takaisin Avokiskoon.

Sanoista tekoihin -sosiaalikutoutusryhmän tavoitteena on työstää muutostarpeita käytännön asioissa, ihmissuhteissa ja muilla elämän osa-alueilla. Tehtävissä tarkastellaan omaa tilaa menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta käsin. Tavoitteena on myös retkahdusriskien tunnistaminen ja toiminta päihdeetöntä elämäntapaa vahvistaen. (Heikkilä 2004, 27; Piironen 2002, 21.) Kokemukseni oman elämän tarkastelusta kirjallisten tehtävien muodossa on positiivinen. Vaikka tehtävien tekeminen oli usein raskasta, en usko, että muulla tavoin olisin tullut ajatelleeksi monia tärkeitä asioita, joista tehtävien kautta tulikin tietoiseksi. Heikkilän (2004, 27) kanssa olen samaa mieltä siitä, että kirjoittaminen sinänsä oli jo hoidollinen prosessi, joka tuki muutostyötä ja syvensi hoitoon sitoutumista.

Elämänkäsikirjoitus on transaktioanalyysin keskeinen käsite. Jokainen ihminen tekee lapsuudessa päätöksen omasta käsikirjoituksestaan, jonka kiellot, käskyt ja varhaiset päätökset muodostavat raamit toiminnalle aikuisena (Piironen 2002, 24). On selkeää, ettei oma käsikirjoitukseni ollut riittä-



vä turvaamaan aikuisen elämääni. Käsikirjoitus oli häviäjän ja olisi johtanut ennenaikaiseen kuolemaan. Transaktioanalyttisen psykoterapiaryhmän tavoitteena on purkaa ”narkomaanin käsikirjoitus” eli sellaiset päätökset, jotka ylläpitävät itsetuhoa aiheuttavaa käyttäytymismallia. Tavoitteena on tulla tietoiseksi tiedostamattomista malleista, sisäistää uusia arvoja ja asenteita sekä oppia tunnistamaan omia rajoja ja tarpeita (Piironen 2002, 21, 24.) Vähän kerrallaan huumeiden käyttö näyttäytyi itselleni yhä selvemmin itselääkintänä ja oireena syvemmistä ongelmistani.

Hoitoni loppulausunnon (2006) mukaan hoitoni keskeisimmäksi muutostavoitteeksi ja työkentäksi koko hoitoni ajaksi muotoutuivat elämänhalun ja oman identiteetin löytäminen. Suorituskeskeisyys ja ankaruus itseä kohtaan olivat ongelmia ja pelko hylätyksi tulemisesta voimakas. (Loppulausunto 2006, 2.) Näiden oleellisimpien muutostarpeiden kanssa tehtävän työn voi nähdä työskentelynä kohti uutta käsikirjoitusta, jossa ongelmien ratkaisemiseen löytyy uusia kykyjä ja mahdollisuuksia. Elämänhalun puuttumisen voi ajatella myös vahvana olemassa olon kieltona, joka varhaislapsuudessa on omaksuttu luomaan pohjaa elämänkäsikirjoitukselle. Terapiatyöskentely Avokiskossa osoittautui niin laajaksi muutostyöksi kaikkien elämän osa-alueiden suhteen, että ulkopuolisen olisi ehkä helpompi käsittää hoidon sisältö laajuudessaan otsikon ”psykoterapia” kuin ”päihdehoito” alle.

Psykoedukaatio toipumisen ja muutostyön välineenä

Kerran kuukaudessa pidettiin luentopäivä, jolloin opiskeltiin transaktioanalyttistä viitekehystä ja perusteita. Tästä olin alusta lähtien erityisen innoissani – tieto on aina auttanut ja motivoinut minua. Luennot pyörivät non-stop -periaatteella ja vuodessa perusteet oli käyty läpi. Kohdallani hoito kesti hieman yli kaksi vuotta ja toisella kierroksella luennot tuntuivat entistä kiinnostavimmilta. Keskittymis- ja omaksumiskyky olivat lisääntyneet radikaalisti. Luennoilla keskusteltiin, kirjoitettiin muistiinpanoja ja sovellettiin opittua tehtävien kautta omaan psyykkiseen rakenteeseen ja toimintamalleihin. Minusta oli erityisen hienoa se, ettei minua tiedon vastaanottajana aliarvioitu, vaikka olinkin epäonnistunut hallitsemaan elämääni. Kokonaisuudessa minut kohdattiin ja minua kohdeltiin aina ihmisenä eikä narkomaanina. Itse määritin itseni aluksi hyvin tiukasti epäonnistuneeksi kaikessa, eikä oma käsitykseni ihmisarvostani ollut erityisen positiivinen tai edes realistinen. Luennoilta sain tietoa itsestäni ja toiminnastani – pikkuhiljaa alkoi muodostua jokin logiikka päihderiippuvuuteeni, omiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintaan.

Luennoilla opiskeltu transaktioanalyysi (TA) on persoonallisuusteoria, joka määrittelee, miten ihmiset ovat psyykkisesti rakentuneet ja miten he toimivat. TA myös määrittää ei-toimivuutta ja tarjoaa menetelmänä keinoja, jotka auttavat tiedostamaan, ymmärtämään ja muuttamaan tunne- uskomus- ja käyttäytymisjärjestelmiä. TA- filosofian mukaan kaikki ihmiset ovat yhtä arvokkaita, kaikilla on kyky ajatella ja tehdä päätöksiä. Ihmiset ovat itse vastuussa ajatuksistaan, käyttäytymisestään ja tunteistaan, ja mikä hienointa, tehtyjä päätöksiä on mahdollista muuttaa. (Piironen 2002, 24, 25; Stewart, Ian & Joines, Vann 1987.)

TA-teorian avulla sain käyttööni sanat ja käsitteet, joilla puhua psyykkisistä prosesseista. Sanat, jotka olivat yhteisesti ymmärrettyjä ryhmän sisällä ja suhteessa terapeuttiin. Minulla oli suuri tarve saada lisätietoa itsestäni ja ymmärtää itseäni ja sitä, miten olin ajautunut tällaiseen tilanteeseen, päihdehoitoon. Halusin tietää, miksi on niin vaikea ja ahdistunut olo, mitä oikein tarvitsen, että voisin voida paremmin ja olla minä. Oli suuri helpotus, kun kaikkeen järjettömyyteen tuli vähän kerrallaan jotain järjestystä! Sovelsin oppimaani käytäntöön ja opetin kaikille halukkaille läheisilleni kaiken, mitä olin transaktioanalyysistä oppinut. Kerroin heille, miten mieli rakentuu, mitä ihmiset itsestään uskovat ja miten voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa, miten reagoi eri tilanteissa ja miksi.

Hoidon loppuajasta, kun olin pidemmällä omassa toipumisprosessissani, tein kiinnostuneena havaintoja terapeutin työskentelystä ja tavoista toimia erilaisissa tilanteissa myös toisten oppilaiden kanssa. Tarkkailin, miten teoriaa sovelletaan käytäntöön ja milloin on kyse mistäkin. Ryhmä oli aitiopaikka oppia terapiatyöskentelystä myös vähän objektiivisemmin.

Avokisko-projektin loppuarvioinnissa huomioidaan, että (ulkopuolisten) ennako-oletuksesta poiketen oppilaiden kyky vastaanottaa tietoa, seurata luentoja, soveltaa opittua käytäntöön sekä tehdä kirjallisia tehtäviä olivat hyviä. Piironen (2002) toteaa, että mahdollisesti TA-filosofian mukainen asennoituminen, antaa myös luvan onnistua ja luvan ajatella. Päihdeongelmaisilta ihmisiltä nämä usein puuttuvat ja luvan saaminen voi radikaalisti muuttaa omaa näkemystä itsestään syrjäytyneestä ja erilaisesta yhteiskunnan tasavertaiseksi jäseneksi. (Piironen 2002, 35.)

Psykoedukaation vaikuttavuus psykiatrisessa hoidossa on arvioitu hyväksi ja esimerkiksi skitsofrenian hoidossa se on kirjattu Käypä hoito -suositukseen. (Käypä hoito 2008, 12–13.) Myös esimerkiksi trauman ja dissosiaatiohäiriön hoidossa psykoedukaatio nähdään osana hyvää hoitoa (Valkonen 2009, 22–31.) Päihdetyöhön liitettävällä psykoedukaatiolla ajatellaan helposti yksiselitteisesti fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista päihdehaitoista tiedottamista



ennaltaehkäisevästi tai jo syntyneiden ongelmien ratkaisemiseksi. Avokiskon hoitomallissa psykoedukaatio on kuitenkin syvällisempää syy-seuraussuhteiden ja käyttäytymismallien opiskelua, koulutuksellista terapiaa.

Sitoutuminen ja sopimukset

Merkittävänä konkreettisena muutostyön välineenä Avokisko-hoidossa käytettiin sopimuksia. Sopimuksen avulla oli mahdollista sopia yhdessä terapeutin ja ryhmänkin kanssa tarvitsemastaan muutoksesta - uudenlaisesta tavasta toimia tai olla toimimatta vahingollisesti. (Piiroinen 2002, 25). Usein tarve sopimuksen tekemiseen nousi vaikeista tilanteista tai tunteista, joissa toimiminen tuntui vaihtoehdottomalta ja järkevästi ajattelemisen mahdottomalta. Ensimmäinen Avokiskossa tekemäni sopimus liittyi itsetuhoisiin ajatuksiini ja vahvaan tarpeeseen vahingoittaa itseäni. Hoito ja henki varmistettiin sopimuksella:

Minä Mai sovin, etten vahingoita tai tapa itseäni. Jos tuntuu siltä, etten kestä tai jaksa enää, pyydän apua soittamalla Hietsuun tai Avokiskoon. Sopimus tarkistetaan viikoittain Avokiskon TA-ryhmässä. (Peltoniemi 2004a.)

Sopimuksen tarkistaminen on aina oppilaan vastuulla (Piiroinen 2002, 25), mikä tarkoitti sopimuksen lukemista ja käsittelemistä ryhmässä. Oliko vastaan tullut haastavia tilanteita, joissa sopimus oli ollut tarpeellinen? Miten sopimuksen mukaisesti toimiminen oli onnistunut? Tarkistamisen yhteydessä sai palautetta ryhmältä ja sopimuksen voimassa oloa jatkettiin tarvittaessa. Tavallisten sopimusten lisäksi terapiatyöskentelyä määrittivät työsopimukset (Piiroinen 2002, 25). Yhdessä terapeutin kanssa tein hoidon alkuvaiheessa sopimuksen siitä, mitä kohti haluan elämässäni ja terapiatyöskentelyssäni edetä. Millaiseksi haluan muuttua ja miten haluan muuttaa käsikirjoitustani? Työsopimukseni vuodelta 2004:

Minä Mai haluan oppia hyväksymään itseni sellaisena kuin olen ja antaa itselleni luvan olla olemassa. Haluan oppia uskomaan, että voin olla hyväksytty sen sijaan, että miellytän muita, vaadin itseltäni täydellisyyttä, väheksyn itseäni ja kykyjäni. (Peltoniemi 2004b.)

Ja kun alkoi tuntua siltä, että merkittävä muutos tässä prosessissa oli saavutettu, työsopimus uusittiin vastaamaan uusiin muutonhaasteisiin:

Minä Mai haluan opetella luottamaan siihen, että elämä on hyvä ja että saan olla epätäydellinen sen sijaan että pelkään elämän pettävän minut ja uskon, että minun osani on kärsiä ja kuolla. (Peltoniemi 2005a.)

Työsopimukset olivat ryhmähuoneen seinällä muistuttamassa siitä, millaista muutosta elämässään haluaa. Usein ryhmässä pohdittiin, millainen toiminta arjessa on työsopimuksen mukaista ja millainen rikkoo sopimusta. Piironen (2002, 25) mukaan työsopimus ei voi perustua pelkkään kontrolliin, vaan edellyttää halua muuttua – työsopimuksen kautta sitoudutaan toimimaan uudella tavalla entisen tuhoisan käyttäytymisen sijasta. Kohdallani pienet toiminnan ja uskomusten muutokset, jotka ryhmä, terapeutti, ymmärtäväinen puoliso, oma sitkeä motivaatio ja rohkeus mahdollistivat, muuttivat lopulta työsopimuksen sisällön osaksi omaa identiteettiä. Vaikka sopimus on oppilaan ja työntekijän välinen, työntekijä on sopimuksen laatimisessa enemmän todistajana kuin vaikuttajana.

Sopimukseen perustuvassa työskentelyssä sopimukset toimivat sosiaalisen kontrollin tai muutostyön välineinä. Sopimuksessa määritellään muutostavoite, jolloin oppilaalla ja työntekijällä on määritelty vastuu muutoksen saavuttamisesta. Sopimusta voi käyttää esimerkiksi käytännön asian muuttamiseen ja toisin toimimisen tukemiseen. Selkeä yhteisesti sovittu ja määritelty hoidon tavoite ennustaa vahvan terapeutin allianssin muodostumista ja siten myös hoidon onnistumista (Oksanen 2007, 65). Kokemukseni sopimuksista olivat vaikuttavia. Sopimukset osoittautuivat aina toimiviksi, vaikka en osannut kuin hauraasti uskoa niiden toimivuuteen. Merkitykselliseltä tuntui myös sen hahmottelu, millaista muutosta elämässään haluaa, mitä hyvää uskaltaa toivoa tulevaisuudelta itselleen.

Luovat terapiamenetelmät

Terapiaa tehtiin hoitoni aikana myös luovia menetelmiä käyttäen. Kerran kuukaudessa oli kehoterapiapäivä, jolloin teimme liikesarjoja ja harjoituksia ryhmänä kehopsykoterapiaan perustuen. Mielestäni se oli tyhmää, noloa ja hävettävää. Mutta pystyin suorittamaan sen, minkä muutkin. Hengitykseen keskittyminen tuntui aina vaikeuttavan koko hengittämistä niin paljon, että olo oli useimmiten hankala.



Kehotyöskentelyn (Bodywork) tavoitteena on vahvistaa kehon ja mielen yhteyttä, maadoittua ja juurtua. Venytyssarjojen (chiquon) ja hengitysharjoitusten perustana on oppia syventämään ja säätelemään hengitystään, jolloin ahdistuneisuus lieventyy ja omiin sisäisiin tunteisiin on mahdollista päästä paremmin kiinni. (Piiroinen 2002, 29–30.) Kokemukseni kehotyöskentelystä jäi melko negatiiviseksi, enkä kokenut ahdistuksen lieventyvän. Uskon, että hankaluutta aiheuttivat omat asenteeni ja uskomukseni – lähinnä uskon puute kehotyöskentelyn vaikuttavuuteen. Jälkikäteen näen kehotyöskentelyn mahdollisuudet ja ulottuvuudet uudella tavalla, mahdollisuutena olla läsnä omassa kehossa ja lisätä itsetuntemusta. En ollut tuolloin valmis hyötymään kehotyöskentelystä.

Varsinaisen kehoterapiapäivän lopuksi aina maalattiin, usein vastaukseksi kysymykseen, missä kohdassa on prosessissa tai mitä pikku-Maille kuuluu? Joskus maalasimme myös ryhmänä jonkin yhteisen teoksen, mikä oli lyhyen vaivaantuneisuuden jälkeen ihan mukavaa.



Kuva 1. Olemassaolon suru (Peltoniemi 2004c.)

Maalasin isolla pensselillä isolle paperille lattialla. Olin hyvin ennakkoluuloinen aluksi tätäkin kohtaan. Minua tosissaan vaivasi se, etten osannut maalata tai piirtää. Ei auttanut, vaikka terapeutti vakuutteli, ettei tällaisten kuvien tekemiseen tarvita mitään taiteellisia kykyjä, kaikki osaavat, eikä mikään ole väärin. Tein aluksi vastahakoisesti kuvia ja kyllä niistä tuli aina oman näköisiä, värejä, hahmoja ja paljon tunnetta.



Kuva 2. Syntymä (Peltoniemi 2004 c.)

Oivalsin nopeasti, ettei taiteellisella lahjakkuudella ole tosiaankaan merkitystä, tai vaihtoehtoisesti löysin itsestäni jotain sellaista luovuutta ja lahjakkuutta, jota en tiennyt olevan olemassa. Oli todella hieno löytö, kun ymmärsin, että pystyn kuvaamaan paperille jotain sellaista, mitä en osaa ainakaan toistaiseksi pukea sanoiksi. Kuvaa tehdessä tuli käytyä läpi monenlaisia oloja ja tunteita.



Kuva 3. Viha III (Peltoniemi 2004c.)

Aluksi minulla ei ollut lupaa olla vihainen muille kuin itselleni, viha löysi tietään ulos maalaamalla kuvia. Halusin, että kuvat ovat näkyvillä ryhmähuoneen seinällä, halusin, että minun vihani saa olla olemassa, ja se sai olla. En halunnut olla vain hyvä ja kiltti. Ensimmäiset viha-kuvat olivat jotenkin sisäänpäin kääntyneitä, tukahtuneita. Kuvasarjan viimeinen kuva (yllä) ilmaisi jo voimaantuneempaa raivoa. Olin tyytyväinen.

Aloin käyttää maalaamista paljon, ja usein, kun muut työskentelivät terapiassa puhumalla ringissä istuen, istuin huoneen nurkassa maalaamassa. Aloitin usein maalaamisen ahdistuneena, jonkin sellaisen tunteen vallassa, jota en osannut ilmaista, nimetä tai tunnistaa saati tietää, mistä se on tullut tai miten se menisi pois. Useimmiten en aloittaessani ajatellut mitään, en keksinyt erityistä visiota, aloin vain tehdä kuvaa. Kuvani olivat kaikki tunteita. Usein ahdistus helpotti jo maalatessani, tunne siirtyi paperille ja selkiytyi samalla. Kuvan sai aina esittää ryhmälle ja halutessaan siitä sai palautetta kaikilta. Oman maalausprosessin sanoittaminen: mitä tapahtui, miltä tuntui, miltä tuntuu nyt ja mitä paperilla on - tuntui aina helpottavalta. Jokin oli muuttunut, aina. Terapeutin ja ryhmän palautteesta sain usein myös sanoja kuvaamaan tunnettani ja kokemustani.



Kuva 4. Tunne (Peltoniemi 2005 b.)

Hoidon loppuvaiheessa kuvat alkoivat selkeästi jo olla vähän valoisampia ja toiveikkaampia. Pahan olon ja ahdistuksen oheen mahtui jo muitakin tunteita ja halusin myös ilmaista niitä maalaamalla; halusin näyttää kaikki tunteeni kaikille.

Maalaaminen ja kuvat tuntuivat minusta niin tärkeiltä, että hoitoni päättäjäisiin halusin pystyttää taidenäyttelyn ryhmälle. Aikajärjestykseen asetetuista kuvista pystyi näkemään toipumisprosessini erilaisia vaiheita. Alussa kuvat olivat epämääräisiä ja hahmottomia tummien värien — ahdistuksen — kiemuroita. Välillä työstin kuvia käsittelemällä jotain teemaa ja kuvien sarjasta näki helposti muutosta tapahtuneen. Hahmottomasta kaaoksesta alkoi pikku hiljaa muodostua selkeämpiä muotoja ja musta väri sai seurakseen vähän kerrallaan jotain valoisampaa.



Kuva 5. Prosessi (Peltoniemi 2005 b.)

Kuvataideterapiassa kuvia ei tulkita, taiteellista lahjakkuutta ei vaadita vaan lähtökohtaisesti kuvassa kaikki on oikein. Kuvan tekeminen on monissa terapiasuuntauksissa nähty regressiivisenä, aikuisen päätösvallasta vapaana tapahtumana. Ehrenzweigin (1967) ja Milnerin (1987) mukaan luovassa kuvan työstämisen prosessissa on enemmän kyse tietoisesta ja tiedostamattoman yhteistyöstä kuin tietoisuuden tason romahtamisesta. Tiedostamaton on resurssi, joka aktivoituu työskentelyn ensiarvoiseksi osapuoleksi vaikuttaen mielen eheyteen. (Aulio, Girard & Laine 2008, 54–56; Girard & Laine 2008, 75.)

Itse kuvan tekemisprosessi vaatii työtä ja prosessointia, aktiivista mielen panosta ja muuntumista. Kuvan tekijä tavoittaa usein muutoksen itsessään, kun työ on tehty ja kuva tuntuu valmiilta. Lopputuloksena psyykkiset voimavarat ja ongelmat ovat muuntuneet itsen ulkopuoliseksi konkreettiseksi kuvaksi. (Girard & Laine 2008, 68–69.) Kokemukseni kuvan työstämisen vapauttavasta voimasta oli hyvin konkreettinen. Ahdistuksen tai muun tuntemattoman tunteen muuntuminen kuvan muotoon – itsestä pois – paitsi selkeytti, myös helpotti. Minusta tuntui usein, että minun oli pakko maalata: tunteelle oli saatava muoto ja ilmaisukanava.

Spontaanin kuvatyöskentelyn edellytyksenä on turvallinen tila, jossa tekemiseen voi uppoutua. Prosessissa jotain tiedostamatonta muuttuu näkyväksi, joka edelleen kuvan katsomisen kautta tulee tietoisemmaksi. Kuvan katsomistapahtuma on myös merkityksenkäs, itsereflektion ja jakamisen kautta asiakas peilaa omaa minuuttaan suhteessa kuvaan. Kuvan ja sanan yhdistäminen vahvistaa tietoisuutta ja muutosprosessia. (Aulio, Girard & Laine 2008, 55–56, 64.) Ryhmätilassa tuntui aina turvalliselta maalata, ryhmä oli läsnä, vaikkakin keskittyneenä omaan asiaansa. Uskon, etten yksinäisyydessä olisi välttämättä uskaltanut heittäytyä prosessin ja kuvan vietäväksi. Kuvien näyttäminen terapeutille ja ryhmälle oli mielekästä. Aina en halunnut sanoa kuvastani tai prosessista mitään, kuva sai puhua puolestani. Mutta usein kuvan katsomisen ja tekemisprosessin jälkeen oli mahdollisempaa tavoittaa tunteelle ja mielentilalle myös sanoja. Joskus kuvan mieli ja merkitys tarkentuivat mielessäni vasta paljon myöhemmin.

Vertaistuki ja NA-ryhmät

Avokiskon hoitoryhmän ja sitä kautta tarjoutuvan vertaistuen koin hyväksi ja merkitykselliseksi. Ryhmän muut oppilaat olivat vertaisiani ja toimumassa samasta asiasta kuin minäkin. Vertaistuki oli paitsi työskentelyn

jakamista ryhmän kesken, myös palautetta, keskusteluja ja ystävyysuh- teita. Omista asioista puhuminen avoimesti ryhmässä lähensi ja auttoi ymmärtämään ja tukemaan toinen toisiamme. Hoito-ohjelmaan kuulu- va NA-ryhmiin osallistuminen vähintään 2 kertaa viikossa oli sen sijaan minulle haasteellista. Kävin ryhmissä kymmeniä kertoja, mutten kokenut samaistuvani ihmisiin. Suurin ongelma samaistumisen puutteeseen oli oma historiani, jossa olin useimpiin muihin nähden elänyt hyvin erilaista elämää. En tiennyt juuri mitään ”kenttämaailmasta”, siitä millaista on elää narkomaanina muiden narkomaanien kanssa, tehdä rikoksia ja olla jossain tietyssä roolissa suhteessa toisiin. Ymmärsin, että käyttömaail- man vaihtoehtoiset toimintatavat ovat jokseenkin kapeita, itse koin ul- kopuolisuutta ja ehkä myös huonommuutta jälleen siitä, etten ole ollut ”oikea” narkomaani.

En myöskään ylipäättään pitänyt tavasta, jolla ryhmissä toimittiin. Osallistujat puhuivat monologeja omasta elämästään, tunteistaan ja 12-askeleen toipumisohjelmasta. Minäkin yritin, mutta koin turhautu- mista, kun yksittäiset puheet eivät muodostaneet keskustelua. Minä ha- lusin keskustella, ottaa kantaa ja kommentoida, olla vuorovaikutuksessa – niin kuin Avokiskossa. Puheenvuorojen koko idean ymmärsin olevan siinä, että ihmiset opettelevat puhumaan asioistaan ja on ehkä turvalli- sempaa puhua, kun tietää, ettei kukaan kyseenalaista tai ota kantaa. Itse koin puhumisen ”seinille puhumisena”, ilman kuulluksi tulemisen koke- musta kaikki puhe tuntui turhalta.

Ajoittain ryhmissä käyminen oli velvollisuus, josta todella kärsin. Välillä yritin tosissani, tutustuin ihmisiin ja puhuin ryhmissä ulkopuolisuuden kokemuksestani. Halusin kuulua joukkoon. Ulkopuolisuudesta tuntui kär- sivän moni muukin, muttei se ratkaissut omaa ongelmaani. Hengellisyys ei ollut loppuvaiheessa minulle enää niin iso asenteellinen ongelma, olin ymmärtänyt, että toipumisohjelmassa korkeamman voiman ja sen mihin uskoo, saa tosiaankin määritellä itse ja uudelleen. Aluksi vaikeuden tuot- ti kokemukseni ja näkemykseni Jumalasta rankaisevana auktoriteettina, jolle en kuitenkaan mitenkään voi kelvata.

Avokiskossa ryhmäkäyntien toteutumista ei seurattu erityisen tarkasti ja ainakin toisen hoitovuoden päädyin valehtelemaan, että käyn ryhmissä. Seinällä oleviin ryhmäseurantapapereihin kirjoitin sellaisten ryhmien ni- miä, joista tiesin, etteivät oppilastoverini käy niissä. Tämä tuntui pahalta ja ristiriitaiselta, mutta loppujen lopuksi tulin siihen tulokseen, että mi- nulla on jo tarpeeksi käsitystä siitä, mikä on minulle hyväksi ja toimivaa. Ajattelin, että minun ei tarvitse väkisin yrittää tehdä sellaista, mikä tun- tuu vaikealta ja jota en saa toimimaan. Ajattelin myös, että terapeutini ainakin jollain tavalla tietää minun huijaavan. Hoito-ohjelmassa ihan



loogisesti kaikille on suositeltava sitä, mikä niin usealle on osoittautunut toimivaksi. Hoitoryhmän vuoksi en voinut olla mikään erityistapaus, eikä siitä ehkä siksi puhuttu.

Vertaistukea ja itseapuryhmiä suositellaan useissa hoitomalleissa tutkimustuloksiin perustuen. Niille, jotka kokevat ryhmät omakseen, ne saattavat jo itsessään tarjota riittävän tuen päihdekäytön lopettamiseen. Ryhmiin liittymisen (tutkimuksissa AA-ryhmä) mahdollistaa paremmat hoitotulokset myös yhdessä ammatillisen päihdehoidon kanssa. (Kuusisto 2009, 39.) Ymmärsin, että NA-ryhmiin osallistuminen perustui siihen, että useat hyötyvät ryhmisestä. Toimin kuitenkin ainakin toisen hoitovuoden toisin luottaen siihen, että selviän ilman ryhmiä. Valitsin pienemmäksi taakaksi sen ristiriidan, jota koin Avokiskon hoito-ohjelman rikkomisesta. Knuutin (2007, 39) mukaan toipumisen keskivaiheessa (alle kolme vuotta) raittiuden ylläpito ja uudet toimintatavat sisäistyvät, jolloin ulkoista kontrollia ei enää välttämättä tarvita. Henkilölle on syntynyt kyky arvioida ja ymmärtää itseään ja suunnata toimintaansa.

Uskoakseni kiinnittyminen itseapuryhmien edustamaan toipumiskulttuuriin olisi vaatinut osallisuuden päihdekulttuuriin tavalla, jota en alun perin huumeiden käyttäjänä ollut omaksunut. Knuuti (2007, 40–41) hahmottelee huumeiden käytön aikaisen elämäntavan usein edellyttävän verkostoitumista – narkomaani hakee toiminnalleen tukea ja hyväksyntää kaltaisiltaan päihdekulttuurin edustajilta. Toipumiskulttuurilla puolestaan Hän tarkoittaa ihmisten mielissä ja ennen kaikkea suhteissa muodostuvaa toipumista tukevaa kulttuurista mallia, joka voi muodostua myös pysyväksi elämäntilanteiden tulkinnan tavaksi ja ajattelumalliksi.

Itse käsitän NA:n kautta syntyvien yhteisösuhteiden edustavan toipumiskulttuuria ja elämän tulkintatapoja melko yksinäisesti ja kapealaisesti. Oma ystäväpiirini oli aina koostunut pääosin ihmisistä, joilla ei ole päihteiden kanssa ongelmia saati huumeiden käyttöä. Tämän vuoksi raitistumiseni ei aiheuttanut elämääni niin suurta sosiaalista tyhjiötä, jota paikkaamaan olisin NA-ryhmiä ja vertaisia tarvinnut (vrt. Knuuti, 2007, 36, 41; Kuusisto 2009, 39–40). Avokiskon ryhmästä saamani vertaistuki ja uudet ystävyysuhteet tuntuivat merkittävilä ja riittävilä.

Terapeuttinen allianssi hoitosuhteessa

Ensimmäinen kontaktini terapeuttiin oli puhelintiedustelu Avokiskopaikasta. Merkittävä yksityiskohta oli, että kysyin paikkaa ensin toisesta hoitopaikasta. Tällöin kerroin ennakkoluuloistani ja peloistani hoito-ohjelmaan pakollisena kuuluviin NA:n tai AA:n itseapuryhmiin liittyen. Minulle sanottiin tyyliä, että vaikuttaa siltä, etten ole valmis vielä toipumaan. Puhelun jälkeen itkin lohduttomasti – halusin oikeasti apua. Tämän jälkeen soitin Avokiskoon ja pelokkaana odotin samankaltaista vastausta. Minua ei kuitenkaan tyrmätty, vaan terapeutti totesi, että on syytä keskustella asioista ja selvittää, mitkä seikat vaikuttavat asenteeseni. Avokiskon hoito-ohjelmaan ryhmät kuitenkin kuuluvat, mutta minulle luvattiin apua ryhmiin liittymiseen.

Arviointitapaamisessa kerroin itsestäni ja halustani muuttaa elämäni. Päälimmäisenä olivat epätoivo ja järkytys siitä, että minusta oli tullut narkomaani, enkä tiennyt miksi. Tulin kuulluksi, terapeutti vaikutti lämpimältä ja empaattiselta. Minut hyväksyttiin arvioinnin jälkeen ryhmään, vaikka olin ollut raittiina vasta 3 kuukautta enkä ollut liittynyt NA-ryhmiin.

Hoidon alkaessa sain tukea hoitoryhmään liittymisessä terapeutilta. Suhteessa muihin oppilaisiin olin aluksi epävarma ja pelokas. Kävin viikoittain yksilötapaamisissa, joissa uskalsin puhua itsetuhoisen masennuksen ja arvottomuuden sävyttämistä kokemuksistani. Terapeutti oli kohdattavissa oleva ihminen ja hänessä oli jotain sellaista, mitä halusin itsellenikin saada. Ihailin häntä.

Luottamus terapeuttiin kasvoi vähitellen. Usein olin kuitenkin varma, etten jostain syystä kuitenkaan kelpaisi. Haasteelliseksi suhteen teki se, ettei hän ottanut vastaan minun sanatonta viestintääni. Minun odotettiin aikuisten tavoin ottavan itse vastuun itsestäni, tarpeistani ja niiden sanoittamisesta. Tunsin itseni usein hylätyksi ja arvottomaksi, olin pettynyt ja vihainen. Terapeutin oli pakko tietää ja nähdä, miten paha minun oli olla. Tunteideni kanssa olin usein epätoivoinen ja umpikujassa. Kaduin siitä, että olin lähtenyt hoitoon ja mietin usein, etten olisi koskaan lopettanut huumeiden käyttöä, jos olisin tiennyt, mitä kaikkea joudun kohtaamaan.

Kriittisen palautteen ja rajojen vastaanottaminen oli hyvin haastavaa, loukkaannuin enkä osannut ilmaista tai käsitellä negatiivisia tunteitani rakentavasti. Välillä lähdin kesken ryhmän ovet paukkuen, mikä sinänsä oli sallittua. Poissa sai olla enintään tunnin, jonka jälkeen täytyi tulla takaisin. Menin aina takaisin enkä jättänyt kertaakaan menemättä



Avokiskoon. Ajan kuluessa opin tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitani suoremmin. Terapeutille ilmaisin myös negatiivisia tunteita, jotka usein olivat seurausta kokemuksestani, etten tule ymmärretyksi tai ettei terapeutti vastaa tarpeisiin (edelleen usein vielä sanattomiin ja ilmaisemattomiin). Kirjoitin terapeutille myös kirjeen, jossa selvitin usean sivun verran, mitä kaikkea hän mielestäni teki väärin ja miten paljon häntä vihasin. Tämänkin kausi meni onneksi ohi.

Työskentelyssä terapeutti käytti paljon suoria positiivisia viestejä. Sain kuulla, että minä olen ok, tärkeä ja arvokas. Halusin kovasti uskoa ja opin luottamaan, ettei hän valehtele minulle. Kuuntelin aina tarkasti ja talletin arvokkaat sanat. Arvottomuuden tai syyllisyyden tunteiden iskiessä yritin muistella ja uskoa näitä viestejä. En tietenkään aina saanut mieleeni mitään järkevää, mutta hoidon edetessä huomasin useammin miettiväni, mitä terapeutti sanoisi ja pystyin taas muistamaan, ettei ole mitään hätää. Osasin ajatella: selviän tästäkin. Hoidon aikana selvisin raittiina monesta hyvin haasteellisesta tilanteesta, joista aiemmin olisin selviytynyt ainoastaan käyttämällä päihkeitä.

Mahdollisuuden läheisyyteen oli hyvin merkityksellinen asia minulle. Loppuvaiheessa minulle oli selvää, että haurain ja pienin osa minusta tarvitsee rakkautta ja syliä. Ryhmäpäivien aamuina tulin aikaisemmin vastaanottamaan silityksiä. Joskus istuin koko ryhmäpäivän ajan lattialla terapeutin edessä, jossa hän piti käsiään hartioillani. Kosketuksen vastaanottaminen tuntui aluksi luvattomalta. Luottamuksen ja itsetunnon kasvaessa, kasvoi myös lupani vastaanottaa positiivista huomiota ja läheisyyttä. Sain ryhmältä palautetta siitä, että olen tosi rohkea, kun uskaltaa pyytää sitä, mitä tarvitsen.

Hoito ryhmässä sovittiin päättyväksi reilun kahden vuoden jälkeen, kun tunsin, ettei hoitoryhmä enää tarjonnut minulle uutta. Olin oppinut elämään raittiina, puhumaan, tuntemaan, pyytämään ja vastaanottamaan apua. Ryhmän päättyessä jäin jälkihoitovuoden suunnitelman mukaisesti yksilöasiakkaaksi. Olin hoitoni aikana tullut tietoisiksi asioista, joita elämässäni ja itsessäni halusin vielä muuttaa. Tiesin, että tarvitsen vielä tukea elämäni järjestämiseen, siihen, että voin jonain päivänä sanoa olevani onnellinen.

1990-luvulla tehtiin yksi suurimmista hoitotutkimuksista, Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity). Tutkimus tarkasteli päihdeongelmaisten toipumistuloksia eri menetelmien ja hoito-ohjelmien välillä. Kysymyksenä oli myös asiakkaan lähtökohtien ja hoito-ohjelman yhteensovittamisen merkityksellisyys. Tutkimuksen tulokset tukivat käsitystä

siitä, että yksittäisiä menetelmiä ja hoito-ohjelmia huomattavasti tärkeämmäksi hoidon vaikuttavuudessa muodostuvat terapeutin ominaisuudet sekä hoitosuhde, terapeutin allianssi. (Saarnio 2009, 21.)

Kaikki muutos tapahtuu siis suhteessa ja vuorovaikutuksessa. Mattila-Aallon (2009) mukaan toipuminen päihderiippuvuudesta voi alkaa vasta, kun asiakas löytää perusteluja luottaa auttajaan. Luottamuksen rakentumisessa yksittäisenkin kokemus asiantuntevasta avusta tai arvostuksesta voi olla ratkaisevaa. (Mattila-Aalto 2009, 5.) Särkelä (2001, 31) painottaa kohtaamisessa myös hyväksytyksi tulemisen tunteen merkitystä. Luulen jonkinasteisen luottamuksen terapeuttiin syntyneen jo ensimmäisessä kontaktissa, jossa tunsin tulevani kuulluksi, hyväksytyksi ja sain toivoa avun saamisesta. Minulla oli ongelmia, mutta minä en ollut ongelma. Ehrlingin (2009, 145) mukaan ensimmäisiin asiakkaan ja työntekijän tapaamisiin liittyy asiakkaan taholta paitsi odotuksia ja toiveita, myös pelkoa ja epävarmuutta. Ensimmäisissä tapaamisissa asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemus ensikohtaamisessa ennustaa hoitoon sitoutumista ja lisää muutosvalmiutta.

Terapeutillisella allianssilla tarkoitetaan työntekijän ja asiakkaan kumppanuutta, liittoutumista asiakkaan auttamiseksi. Ensisijainen vastuu allianssin rakentumisesta ja ylläpitämisestä kuuluu työntekijälle. A-klinikoilla tehtävän päihdehoitotyön vaikuttavuutta arvioitaessa terapeutin allianssilla nähdään olevan ratkaiseva vaikutus hoidon onnistumiseen. Mikään menetelmä tai malli ei toimi ilman allianssia. Hoitotulosten ja -suhteen laatua parantavat myös terapeutin ominaisuudet kuten empaattisuus, avoimuus, aitous, konkreettisuus ja ymmärtäväisyys. (Oksanen 2007, 2, 10, 33; Saarnio 2009, 23.) Kokemukseni terapeutin ominaisuuksista vastaa hyvän terapeutin allianssin ja hoitotuloksen saavuttamista.

Hoitoni loppulausunnossa (2006) todetaan, että kahden vuoden hoitoajasta olin selkeässä vastarintavaiheessa pitkän aikaa hoidon keskivaiheilla. Hoitosuhteessa kävin läpi alun terapeuttia idealisoivan ja myöhemmän negatiivisen transferenssin vaiheet. Hoidon päättyessä suhteeni terapeuttiin oli realistisempi ja aikuisempi. (Loppulausunto 2006, 3.) Hoitosuhde ei siis ollut erityisen yksinkertainen ja yksiselitteinen. Vahvojen positiivisten ja negatiivisten tunteiden läpi käyminen mahdollistui luottamuksellisessa hoitosuhteessa. Luottamuksen näen syntyneen ennen kaikkea terapeutin ominaisuuksista ihmisenä ja ammattilaisena, kokemuksestani kohdatuksi ja hyväksytyksi tulemisesta.

Suhteessa terapeuttiin tulin tietoisemmaksi itsestäni ja tunteistani, joiden ilmaiseminen ja käsitteleminen olivat edellytyksiä toipumiselleni. Toimivassa hoitosuhteessa uskalsin opetella puhumaan asioistani ja tunteistani. Opin myös pyytämään apua, joka oli minulle erityisen hankalaa. Myös Mattila-Aalto (2009, 5) vahvistaa väitöskirjatutkimuksessaan, että vakavista päihde-



ongelmista toipuneiden ihmisten näkökulmasta tarkasteltuna tärkeintä ovat vuorovaikutussuhteet, joissa osapuolet luottavat toisiinsa ja kokevat vasta-
vuoroista arvostusta.

Läheisyyden ja kosketuksen käytöstä terapiasuhteessa terapiasuuntausten välillä on useita eri mielipidettä. Itse koin, että nimenomaan konkreettinen läheisyys ja kosketus ylsivät johonkin sellaiseen, mihin sanat eivät yltäneet. Tässä vaiheessa luottamukseni terapeuttia kohtaan oli jo merkittävä, terapeutin allianssi oli syntynyt ja vahvistunut. Kosketus ja läheisyys olivat korvaavia kokemuksia, jotka tunsin yksiselitteisesti turvana ja hyväksyntänä vailla ehtoja. Sain olla lähellä ja minun lähelläni pystyi olemaan.

Suoran palautteen ja positiivisten huomionosoitusten ("olet ok") sanominen suoraan liittyy transaktioanalyttisen psykoterapian viitekehykseen. Toiminta perustuu korjaavien ja korvaavien kokemusten tarjoamiseen ja kehittyvän vanhemmuuden (Self reparenting) metodiin ja prosessiin. Vanhemmuutta, jota oppilas tarvitsee, mutta ei pysty itse itselleen antamaan voidaan tarjota myös konkreettisen läheisyyden ja kosketuksen keinoin. (Piiroinen 2002, 24.) Itsensä hyväksyminen tapahtuu siis vuorovaikutuksessa toiseen, jossa tullessaan ensin hyväksytyksi toiselle on mahdollisuus oppia hyväksymään itsensä.

Positiivinen suora palaute ja viestit olivat itselleni hyvin merkittäviä. En usko, että olisin pystynyt muuten niin hyvin muuttamaan sisäisiä ääniäni. Opin käyttämään saamiani viestejä ja lainasin terapeutilta vanhemmuutta, jota en itsestäni kyennyt löytämään. Terapeutin ääni ja positiiviset viestit jäivät vielä pitkäksi aikaa tuottamaan vastinetta omalle sisäiselle kontrolloijalle, jolle vain täydellisyys kelpaisi. Toipumisprosessissa tapahtui siis paljon sisäistä muutosta syvällä minuuden rakenteissa. Zimberg (1985) määrittää psykoanalyttisesta näkökulmasta toipumisen kolmannen vaiheen olevan: "minun ei tarvitse enää käyttää huumeita". Tämän kaltaisen toipuminen mahdollistuu Thombsin (2006) mukaan psykoterapeuttisessa terapiaprosessissa. (Thombs 2006, 132; Zimberg 1985.) Omalla kohdallani tapahtui juuri näin. Vapaus siitä, etten enää tarvitse päihteitä mihinkään; en suruun, iloon, pettymykseen, nukkumiseen, toimimiseen, ahdistukseen tai elämän ja itsen sietämiseen on paljon isompi asia kuin olin koskaan osannut ajatella.

Terapeutin näkökulma riippuvuuteen ja hoidon tarpeeseen

Terapeutti¹ toteaa tunnistavansa kirjoittamani kokemusaineiston helposti minun tarinakseni. Riippuvuus- ja toipumiskokemuksessani ei hänen mukaansa ole kuitenkaan mitään erityisen poikkeuksellista. Jokaisen ongelmat ja syyt päihderiippuvuuden syntymiselle ovat erilaiset ja jokaisen tarina ja muodostuva hoitosuhde ovat siten aina ainutlaatuisia. Hoito Avokiskossa on kokonaisvaltaista muutostyötä ja terapiaprosessi. Hän näkee huumeriippuvuuden olevan oire syvemmistä ongelmista, joita ihminen on alkanut lääkittää päihteillä.

Erityislaatuista päihdehistoriassani terapeutin mukaan on vapaus sosiaalisista päihderiippuvuutta synnyttävistä ja ylläpitävistä suhteista. Hoitomotivaationi on ollut vahva ja minulla on ollut kaikesta epätoivostani huolimatta myös voimavaroja: kykyä läheisiin ihmissuhteisiin, luovuutta ja etenkin uskoa siihen, että minusta on johonkin muuhunkin ja itse asiassa vaikka mihin.

Ensitapaamisessamme terapeutti muistaa nähneensä nuoren naisen, jolla oli paljon lävistyksiä kasvoissa, piikkikaulaketju, mustat vaatteet ja kaljuksi ajeltu pää. Hän kuvaa, että olemuksestani huokuva synkkyys oli pysäyttävää ja järkyttävää. Ulkoisen olemukseni terapeutti kuvaa viestittäneen vahvasti ”älkää tulko lähelleni”, minkä hän tulkitsee keinoksi suojautua. Viesti tuntui ristiriitaiselta, koska sisälläni vaikutti olevan jotain ihan muuta, paljon turvatomuutta. En olisi hoitomallin mukaan täyttänyt hoitoon pääsyn kriteerejä lyhyen raittiuden ja NA-ryhmiin liittymättömyyden vuoksi. Hoitoon ottamiseni ei missään tapauksessa ollut itsestänselvyyttä, vaan asiaa pohdittiin työparin kesken tarkasti.

Minusta sai kaikesta huolimatta vaikutelman, että pystyisin mahdollisesti sitoutumaan hoitoon ja hyötymään siitä. Suurin vaikutus oli kuitenkin hädällä ja epätoivolla, jotka minusta huokuivat. Tarvitsin turvallisempaa ja tiiviimpää hoitoa kuin esimerkiksi A-klinikoilla tarjottava avohoito on. Olin kieltäytynyt laitoshoitoon lähtemisestä, mikä kohdallani nähtiin ensisijaiseksi vaihtoehdoksi. Terapeuttini kertoo päätyneensä työparinsa kanssa ottamaan minut hoitoon pitkälti intuition perustuen ja sillä ajatuksella, että Avokiskon oppilaat voidaan helposti ohjata laitoshoitoon Kiskon klinikalle tilanteen niin vaatiessa. Hän toteaa, että kohdallani intuition luottaminen ja hoitomallin rakenteesta poikkeaminen minun hoitoon hyväksymisessä oli ilman muuta kannattavaa.

¹ Haastattelin lokakuussa 2010 Kalliolan settlementin Avokisko-hoidon terapeuttia.

Haastattelemani terapeutti vastasi hoidostani Avokisko-hoidon aikana.

Tutkimukseeni haastattelin terapeuttia, jota pidin omana terapeuttinani Avokisko-hoidossa. Hän toi esiin, että kokemusaineistostani puuttuu mainintaa lukuun ottamatta kokonaan se, että Avokiskossa työskentely oli aina tiivistä parityötä. Kokemuksessani huomaan ohittaneeni toisen työntekijän kokonaan, niin nyt kuin hoitoaikanaakin. Kiinnityin vain toiseen terapeuttiin ja koen hoidon ja muutoksen tapahtuneen suhteessa häneen. Terapeutti näkee ongelmieni ja toimintani mahdollisesti liittyneen varhaisen vuorovaikutuksen kehitykseen. Hoitoontulotilanteessani tarvitsevuuden massiivisuus ja sen varhainen luonne aiheuttivat sen, ettei minulla ollut kykyä muuhun kuin kahden väliseen suhteeseen.

Terapeutin näkökulma kokemukseeni Avokisko-hoidosta

Hoidon merkittävimmistä elementeistä tutkimukseni valossa terapeuttini toteaa, että psykoedukaation vaikuttavuuteen päihde- ja mielenterveystyössä on alettu kiinnittää huomiota vasta viime aikoina. Koko psykoedukaatio-sanaa ei ollut käytössä Kiskon yhteisöhoidon (1986) ja Avokiskon (1998) hoitomalleja luotaessa. Terapeutti pitää psykoedukaatiota merkittävänä ja tärkeänä menetelmänä päihdehoidossa. Hän kertoo havainneensa työssään Avokiskossa kaikkien oppilaiden hyötynneen ainakin jollain tavalla transaktio-analyttisen viitekehityksen opiskelemisesta. Silloin tällöin, etenkin hoidossa pidempään (yli puolitoista vuotta) olleet ovat hyötynneet ja hyödyntäneet psykoedukaatiota aktiivisemmin ja tietoisemmin. Avokiskon hoito-ohjelma on ehkä päihderiippuvaisten hoidossa ollut aikaansa edellä psykoedukaation käytössä.

Luovien ilmaisutapojen ja maalaamisen nostamisen merkityksellisempien menetelmien joukkoon oli terapeutin mielestä yllättävää lähinnä siksi, ettei työntekijöistä kumpikaan edes ollut koulutettu kuvataideterapeutti. Hän muistelee, että löydettyäni kuvan mahdollisuudet, työstin aktiivisesti tunteita kuviksi ja että tein viimeisteltyjä "taideteoksia". Viha-kuvistani hän kertoo miettineensä, voivatko kuvat tosiaan olla ryhmähuoneen seinällä.

Hoitosuhteen nostamista tärkeimpien Avokisko-hoidon sisältöjen joukkoon terapeutti pitää hienona asiana. Hän ajattelee myös, että hoitosuhde on aina kaikkein tärkein siitäkin huolimatta, että Avokisko-hoito on ryhmämuotoista. Hoitosuhdetta minuun hän kuvaa välillä erittäinkin haasteelliseksi, itselle opettavaiseksi ja myös koskettavaksi.

Haasteellista oli sanaton viestintäni ja pyrkimys symbioottiseen suhteeseen. Avokiskon hoitolinjan mukaisesti terapeutti ei tietoisesti vastannut symbi-

oosiin, mikä luonnollisesti aiheutti minussa niin pettymystä kuin vihaakin. Hoidossa pyritään tukemaan aikuista toimintaa ja vastuunottoa. Haastavaa oli osaltaan myös minun voimakas negatiivinen transferenssini. Hän toteaa, ettei transferenssitunteitteni volyyymi ollut välttämättä mitenkään poikkeuksellinen, erityisemmäksi tilanteen teki se, että olin oppinut ilmaisemaan tunteitani avoimesti ja tein ne erityisen selväksi. Huomioitavaa on, että vaikka hän toteaa tilanteessa ja vihassani olleen ”kestämistä”, hän pitää kuitenkin negatiivisenkin transferenssin läpikäymistä positiivisena asiana.

Huolta aiheutti myös toimintani hoidon ulkopuolisessa elämässä, johon en antanut mitään mahdollisuutta terapeutin vaikuttaa. Halusin itsepäisesti selvittää, onko seurakunta tai Jumala muuttunut suhteessa minuun.

Myöhemmin voin todeta, että terapeutti näki ja ilmaisi huolensa aiheellisesti. Tämän ymmärsin vasta sen jälkeen, kun olin jo onnistunut toistamaan traumaattisen kokemukseni seurakunnassa. Seurakunta ei ollut muuttunut, mutta onneksi minä olin. Olin muuttunut ja valmis kokemukseni jälkeen vastaanottamaan apua Avokiskossa.

Läheisyyden ja kosketuksen käyttöä terapisuhteessa täytyy terapeutin mukaan aina harkita erityisen tarkasti ja tapauskohtaisesti. Päihdehoidon asiakkaat ovat monesti kokeneet rajojensa tulleen rikotuiksi, kosketuksen käytön kanssa täytyy olla hyvin varovainen ja tietoinen. Mahdollisuus läheisyyteen oli osa Avokiskon hoitolinjaa: kehittyvän vanhemmuuden (Self reparenting) metodia ja korjaavien kokemusten tarjoamista. Kohdallani ehdottoman hyväksynnän puute ja tarve olivat niin ilmeisiä, että tähän työnohjauksessa päädyttiin. Sekä terapeutista että asiakkaasta kosketuksen ja läheisyyden tulee tuntua luontevilta. Terapeuttini kuvaa läheisyyttä suhteessa minuun lämpimiksi hetkiksi, jossa on lohduttanut lohdutonta.

Hoitomalliin kuuluvien NA-ryhmäkäyntien toteutumista ei terapeutin mukaan haluttu seurata tiiviisti, vaan seuranta uskottiin enemmänkin hoitoryhmän vastuulle. Hän ei siis tiennyt, etten käy ryhmissä, eikä tämän vuoksi ollut jättänyt konfrontoimatta minua ryhmäkäynneistä. Terapeutti toteaa, että yksityishenkilönä hän kyllä uskoo toipumisen eri reitteihin, mutta hoitosopimuksen rikkomisesta olisi tullut minulle seuraamuksia, jos se olisi selvinnyt hoidon aikana. Valehteluani ei huomattu, enkä valheista seuranneista ikävistä tunteista huolimatta ole katunut hoitosopimuksen rikkomista NA-ryhmäkäyntien osalta.

Terapeutin mukaan hoitoprosessini vaikuttaa kokonaisuudessaan melko tyyppilliseltä Avokiskon oppilaan prosessilta. Transaktioanalyttisen psykoterapian viitekehyksen mukaan kaikilla suonensisäisiä huumeita käytävillä on olemassa olon kielto, mikä väistämättä asettuu keskeisimmäksi muutostyön kohteeksi. Toipuminen ja hoitoprosessi lähtevät siitä, ettei tapa itseään. Ajan myötä pystyy usein sitoutumaan sopimukseen yhä pidemmäksi aikaa kerral-



laan. Seuraavaksi muutos tapahtuu vähän kerrallaan siinä, että antaa itselleen luvan elää, kunnes lopulta löytyy halu elää. Sopimukseni antavat kuvaa juuri tämänkaltaisesta prosessista myös kohdallani. Terapeutti toteaa myös ulkoisen olemukseni muuttuneen hoidon aikana radikaalisti valoisammaksi.



6 RIIPPUVUUS, TOIPUMINEN JA HYVÄ HOITO

Mielenterveys- ja päihdetyön kokemustutkimus tuottaa tietoa marginaalissa elävien tai eläneiden elämänprosesseista, arvoista, yhteiskunnasta ja sen palvelujärjestelmistä. Tutkimukseni tuottaa kokemuksellista tietoa päihderiippuvuuden syntymisen prosessista, narkomaanina elämisestä sekä hoitomotivaatioon ja toipumiseen vaikuttaneista tekijöistä. Tutkimuksessani nostin tarkemman tarkastelun kohteeksi Avokisko-hoidon ja sen merkityksellisimmät ja vaikuttavimmat tekijät oman toipumiskokemuksen perusteella. Mikä hoidossa auttoi minua toipumaan? Mistä päihderiippuvuudesta toipumisessa on kyse ja voiko ylipäätään toipua?

Tutkimuksessa peilasin kokemustani tutkimustietoon ja riippuvuuden teorioihin ja toin esiin myös terapeutini näkökulman Avokisko-hoidostani. Tutkin elämäntietojani ja tapahtumaketjuja pohtien, mikä olisi voinut mennä toisin, millaista ammatillista sosiaali- ja terveysalan työtä avun tarvitsijana sain ja mitä olisin tarvinnut. Tulkintani kokemuksestani vaikutti vahvistuvan yleistettävissä olevaksi tiedoksi usein myös aiemman tutkimuksen valossa. Tämä ei kuitenkaan ole tutkimukseni ainoa tavoite, vaan päätarkoituksena on syvemmän kokemuksellisen tiedon tuottaminen virallisen tiedon rinnalle. Palveluita kehitettäessä toinen tieto ja asiakkaan ääni toivottavasti huomioidaan tulevaisuudessa paremmin tasa-arvoisena ja validina tietona. Otan kantaa myös siihen, millaista on kokemukseni ja koulutukseni perusteella hyvä ammatillinen työ ja huumehoito. Näen oman toipumiskokemukseni itselleni arvokkaana ammatillisena pääomana.

Johtopäätöksiä riippuvuudesta

Tutkimukseni päihderiippuvuudesta on tehnyt näkyväksi kokemukseni riippuvuuden syntymisestä, jonka näen ensisijaisesti psyykkisenä selviytymiskeinona elämäntilanteessa, jossa kykyä selviytyä ja säilyttää ehjä minäkokemus olivat puutteellisia. Amfetamiinin vaikutus tuotti mielihyvää, siedettävämmän todellisuuden ja kuvan itsestä. Käytin amfetamiinia ja muita päihteitä pitääkseni vaikeat tunteet ja ajatukset poissa. Koin hallitsevani elämäni, joka myös amfetamiinin ansiosta tuntui pitkältä ajalta mielekkäältä. Addiktoituminen tapahtui nopeasti ja huomaamattani. Minulla oli vahva kuva elämän ja päihdeiden käytön hallittavuudesta. En mieltänyt itseäni narkomaaniksi, vaikka



käytin amfetamiinia ja muita päihteitä päivittäin. Hallittavuuden harha pysyi yllä pitkälti siksi, että pystyin käytöstä huolimatta tekemään työtä ja elämään näennäisen normaalia elämää. Valtakulttuurissa elävänä huumeiden käyttäjänä arvostin työntekoa ja yhteiskunnan suorituskeskeisiä arvoja. Ylläpidin kuvaa itsestäni selviytyjänä ja pärjääjänä. Tein kaikkeni pitääkseni kulisseeja yllä ja kiinnitin jatkuvasti huomiota itseeni kontrolloiden aineiden määrää elimistössäni. Moraalinen ristiriita suorittamisen, hyvin pärjäämisen ja aineiden käyttämisen välillä oli ajoittain sietämätön ja ratkaisin ristiriidan usein käyttämällä enemmän päihteitä.

Ajan kuluessa huumeiden käytön positiiviset vaikutukset heikkenivät ja haitat lisääntyivät. Elämästä oli tullut tyhjää näytelmää paitsi muille myös itselleni. Lopulta sisäinen arvokonflikti muuttui sietämättömäksi. Sisäinen ristiriita ja Nuorisoaseman työntekijän oikea-aikainen konfrontointi havahduttivat minut todelliseen tilanteeseen, jossa aluksi suostuin vastaanottamaan ja lopulta ymmärsin tarvitsevani apua hallitsemattomaan ja epätyytyttävään päihdekäyttöni.

Oman tilanteeni myöntäminen johti toipumisprosessiin, jossa vuorovaikutuksessa ammattiauttajien ja vertaisten kanssa päihderiippuvuus ja identiteettini päihteiden käyttäjänä asettuivat kyseenalaisiksi ja kasvattivat motivaatiota kokonaisvaltaiseen elämänmuutokseen. Myöhemmällä iällä alkanut päihteiden käyttäminen ja sosiaalisten riippuvuutta ylläpitävien suhteiden puuttuminen ovat omien ominaisuuksieni kanssa osaltaan kasvattaneet toipumisen mahdollisuuksia.

Toipuminen Avokisko-hoidossa

Ymmärsin, etten tiedä, miksi minusta oli tullut narkomaani enkä tiedä, miten selvitä elämästä ilman päihteiden tarjoamaa välitöntä helpotusta. Vähän kerrallaan hahmottuivat kysymykset ja ongelmat päihdekäytön takana. Avokiskossa sain tukea ja apua elämäntavan ja identiteetin muuttamiseen, omaksi itsekseni tulemiseen. Ilmeni, että päihderiippuvuudesta toipuminen edellyttää koko identiteetin ja uskomusjärjestelmän uudelleen rakentamista. Toipumisessa on kyse tunne-elämästä ja sen tiedostamisesta, miten oli oppinut hallitsemaan ja tukahduttamaan tunteita päihteillä. Toipumisprosessi osoittautui paljon pitkäkestoisemmaksi ja suuremmaksi muutokseksi kuin olin kuvitellut. Terapeutin haastattelu vahvisti käsitystäni hoidon merkityksellisimmistä elementeistä ja toi esiin myös uusia näkökulmia toipumisprosessistani Avokisko-hoidossa.

Avokisko-hoidossa merkittävimmäksi toipumiseni tueksi nostan hoitosuhteeni terapeuttiin. Molemmipuolinen arvostus ja luottamuksellinen hoitosuhde loivat pohjan ja turvan muutokselle, joka mahdollisti addiktiosta toipumisen ja elämän laadun radikaalin paranemisen. Transferenssin kautta suhteessa terapeuttiin kävin läpi mahdollisesti väliin jääneitä kehitysvaiheita ja tehtäviä, opin tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitani. Vastaanotin positiivisen vanhemmuuden viestejä, jotka sisäistettyäni itseluottamus, turvallisuuden kokemus ja luottamus suhteessa ympäröivään maailmaan kasvoivat.

Hoito oli haasteellisinta aikaa, mitä olen koskaan kokenut. Oman itseni ja ongelmieni kohtaaminen sekä uusien käyttäytymis- ja toimintamallien oppiminen oli vaikeaa ja tuskaista. Sisäinen motivaationi muutokseen oli kuitenkin suuri ja ajan kuluessa palaaminen vanhaan toimintamalliin ja käyttäjän identiteettiin tuntui yhä mahdollisemmalla. Motivaation lisäksi turvallinen hoito- ja yhteistyösuhde mahdollisti kiinnittymisen terapeuttiin, hoitoon ja toipumisprosessiin. Terapeutin näkökulmasta hoitoon tullessani olin epätoivoinen, synkkä sekä tiiviin avun, jopa laitoshoidon tarpeessa. Tarvitsevuuteni oli massiivista ja ongelmani päihderiippuvuuden takana olivat varhain syntyneitä. Tämä lisäsi hoitosuhteen merkittävyyttä ja selitti kiinnittymistäni vain yhteen terapeuttiin.

Psykoedukaatio eli transaktioanalyttisen viitekehyksen opiskelu osana hoitoa oli hyvin merkittävä osa toipumisprosessiani. Tieto on aina motivoinut minua ja kysymykseeni, miksi minusta oli tullut narkomaani, sain vastauksen terapiatyön ohella psykoedukaatiosta. Oman toimintansa ja itsensä ymmärtäminen menneisyyden valossa auttoi syyllisyyden ja häpeän tunteisiin, jotka liittyivät elämänhallinnan menettämisestä addiktiolle. Ennen kaikkea sain sanoja sanattomille minuuden osille ja välineitä tehdä muutoksia toimintamalleihini, uskomuksiini ja itseeni. Psykoedukaatio vahvisti myös hoitosuhdetta ja molemmipuolista ymmärrystä yhteisen käsitteistön ja kielen avulla. Teoria tuki entisestään käsitystäni riippuvuuden psyykkisestä luonteesta ja päihteen käyttämisestä selviytymiskeinona.

Itselleni merkitykselliseksi Avokisko-hoidon menetelmäksi nostin kokemukseni perusteella kuvallisen ilmaisun, maalaamisen. Maalaaminen auttoi minua ymmärtämään itseäni, kuitenkin aivan toisenlaisesta näkökulmasta. Tunteiden tunnistaminen ja niiden ilmaiseminen osoittautuivat hyvin merkittäviksi raittiina elämisen edellytyksiksi. Maalaamalla kuvia tunteistani, ne paitsi tulivat ilmaistuksi, usein myös sanoitetuiksi. Sanaton ja hahmoton ahdistuneisuus sai värin ja muodon ja tuli näkyväksi itselleni ja toisille. Koin usein maalaamisen jälkeen oloni paremmaksi ja ajatukseni jäsentyneemmiksi. Maalaaminen loi järjestystä sisäiseen tunteiden kaaokseen.

Tutkimuksessani toin esiin myös muita Avokisko-hoidon rakenteita ja menetelmiä. Hoidon yksittäisenä rakenteena NA-ryhmiin liittyminen oli itselleni



ongelmallista ja kokemuksen perusteella tarpeetonta. Itseapuryhmien merkitys korostuu mahdollisesti enemmän tilanteessa, jossa sosiaalinen pääoma ja verkosto ovat päihdekäytön myötä huomattavasti kaventuneet.

Oma kokemukseni Avokisko-hoidosta on, että hoitomalli sopi minulle erittäin hyvin. Merkittävää kuitenkin on, etten hoitoon hakeutuessani täyttänyt hoito-ohjelman vaatimuksia. Mikäli hoidon rakenteita olisi kohdallani noudatettu joustamattomasti, en olisi päässyt Avokiskoon. Hoitomallin rakenteet siis sulki hoitoon soveltumattomaksi ihmisen, joka kuitenkin hyötyi hoidosta merkittävästi. Joustavuus ja yksilöllinen arviointi ovat siis erityisen tärkeitä mietittäessä asiakkaan soveltuvuutta tiettyyn hoitomalliin.

Avokiskon hoitomalli kaikessa toimivuudessaan olisi tietenkin voinut olla mielestäni joustavampi myös suhteessa NA-ryhmiin. Mielestäni on hyvä, että päihdehoito-ohjelmat aktiivisesti hyödyntävät itseapuryhmiä ja edesauttavat siten niihin liittymistä. Hoito ei voi kestää koko elämää, mutta ryhmät ovat olemassa niin kauan, kun aktiivista kansalais- ja vertaistoimintaa vain on. Olen ymmärtänyt, että monella toipuvalla on ennakoasenteita ja vaikeuksia kiinnittyä ryhmiin. Pakko voi tässä kohdassa usein olla toimivakin motivaattori. Ajan myötä pakko muuttuu vapaaehtoisuudeksi ja haluksi käydä hoitamassa päihderiippuvuuttaan itseapuryhmissä. Kahden vuoden hoidossa olisi voinut kuitenkin joustaa esimerkiksi siten, että vuoden jälkeen olisi voinut itse vaikuttaa ryhmissä käymisen pakkoon kokemuksensa perusteella. Vuodessa ehtii kuitenkin käydä hoito-ohjelman rakenteen mukaan 48 kertaa NA-ryhmässä. Koin pakon itseni aliarvioimiseksi oman elämäni asiantuntijana, ja ryhmässä käymisen vaatimus tuntui kohtuuttomalta. Avoimesti asiasta puhumisen ja sopimisen mahdollisuus olisivat edesauttaneet toipumisprosessia enemmän kuin ryhmiin pakottaminen, joka johti asiasta valehtelemiseen.

Huomioitavaa tietenkin on, että kokemukseni Avokisko-hoidosta ei vastaa enää täysin hoitomallin nykyistä rakennetta. Hoitomalli on vuosien kuluessa muotoutunut ja muokkaantunut vaihtuneiden työntekijöiden ja uuden tiedon valossa. Avokiskon työntekijöiden, Lindforsin (2010) ja Mataran (2010) mukaan hoito-ohjelma on muuttunut edelleen joustavammaksi arvioinnin ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisessa. NA-ryhmäkäynnit kuuluvat edelleen hoidon rakenteeseen ja ryhmiä suositellaan vahvasti kaikille. Ryhmäkäyntien toteutumista ei kuitenkaan valvota ja avoimuutta myös negatiivisista asenteista ja ryhmäkokemuksista pyritään pitämään yllä. Ensisijaisesti oppilasta tuetaan selvittämään mahdolliset ryhmään liittymisen esteet. Mikäli oppilas kokee, etteivät NA-ryhmät ole häntä varten, oppilaan kokemusta kunnioitetaan. Huomioitavaa tietenkin on, että kokemus voi muodostua vain osallistumalla NA-ryhmiin, ei pelkän ennakoasenteen perusteella.

Omalla kohdallani hoidon sisällön ja rakenteiden ansiosta sekä niistä huolimatta Avokisko-hoito onnistui tavoitteiden mukaisesti motivoimaan minut elinikäiseen kasvuun ja muutokseen. Tunnen itseni tänään onnellisemmaksi, spontaanimmaksi kuin ennen. Päihderiippuvuus ja huumeiden käyttö eivät enää leimaa minua eivätkä kokemustani elämästä. Elämä narkomaanina on ohi, ja vaikeudet ovat muuttuneet kovan työn ja suuren tuen avulla voimavaraksi ja vahvuudeksi. Narkomaanilla on toivoa. Päihderiippuvuudesta voi toipua!

Hyvä huumehoito ja päihdetyön haasteet

Nykyinen huumehoito Suomessa on haittojen vähentämiseen perustuvan päihdepolitiikan vuoksi vahvasti medikalisoitunut. Samaan aikaan psykososiaalisen lääkkeettömän ja yhteisöllisen huumehoidon tarjoamista asiakkaille on vähennetty (Puonti 2010; Suomen Setlementtiliitto 2010.) Pitkäkestoinen psykososiaalinen hoito antaa kokemukseeni perustuen yksilölle mahdollisuuden tehdä kokonaan uusia elämänvalintoja ja nousta marginaalista paitsi yhteiskunnan täysvaltaiseksi, myös tuottavaksi jäseneksi.

Yhteiskunnassamme huumehoidon tarve ei ole vähentynyt, mutta tarjontaa supistetaan ja painotetaan yhä enemmän opioidikorvaushoidon suuntaan. Opioidikorvaushoidolla on saavutettu toki merkittäviä yhteiskunnallisia tuloksia, kuten omaisuusrikosten vähenemistä sekä yksilötasolla elämänlaadun paranemista ja huumekuolemien ja hi-virusinfektioiden vähentymistä (Holopainen & Salaspuro 2005). Mielestäni on kuitenkin selvää, ettei päihderiippuvuuden hoitaminen riippuvuutta aiheuttavilla lääkkeillä johda todellisiin päihderiippuvuuden taustalla vaikuttavien ongelmien ratkaisemiseen ja siten toipumiseen. On siis pääteltävissä, ettei yksilön toipuminen ole nykyisen huumehoidon kehityksen varsinaisia intressejä.

Sosiaalityön asiakkaina narkomaanit eivät ole vaatimassa itselleen hoitoa. Kuntien on helpompaa vähentää ja kaventaa avun saamisen mahdollisuuksia äänettömältä asiakasryhmältä. Päihdepalveluiden leikkaaminen tulee näkymään tulevaisuudessa lisääntyneinä kuluina muun muassa lastensuojelussa, perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa.

Yhtenä leikkauskohteena on ajankohtaisesti Kalliolan Kiskon yhteisöhoito, jonka pohjalta Avokiskon hoitomalli on luotu. Kahdenkymmenenviiden vuoden tuloksellisen huumehoidon merkitystä yksilölle ja yhteiskunnalle ei nähdä ja klinikan tulevaisuus on kuntien ostojen vuoksi vaakalaudalla. Yli kahdenkymmenen vuoden päihdetyön kokemuksella klinikan johtaja Puonti²

² Kalliolan Kiskon klinikan johtaja Marja-Liisa Puonin haastattelu sähköpostitse marraskuussa 2010.

arvelee, että muutaman vuoden kuluttua yhteiskunnassa herätään siihen todellisuuteen, että terapeuttiivinen yhteisöhoito on vaikuttavuudeltaan merkityksellistä ja hoidon tarjoaminen narkomaaneille kannattavaa. Ehkä sitten, kun huomataan korvaushoidon asiakasmäärien vain lisääntyvän, ymmärretään, että tilanne on paitsi taloudellisesti myös eettisesti kestävä.

Toipuminen edellyttää todellista elämänmuutosta, jonka tekemiseen tarvitaan ihmistä lääkkeen sijaan. Toivottavasti ymmärretään, että narkomaanit voivat kuntoutua yhteiskunnan täysvaltaisiksi toimijoiksi. Puonti tuo esiin näkökulman jossa kaupungeille, ehkä jopa valtiolle, tulee vielä kiire pystyttää uudelleen terapeuttiivisiä yhteisöhoitoja, jotka nyt koetaan tarpeettomiksi ja kustannustehottomiksi. Ajankohtaisessa palveluiden alasajossa menetetään paitsi hoito asiakkailta myös merkittävää asiantuntemusta ja päihdetyön osaamista.

Tämän kaltainen huumehoidon kehitys on käyty läpi muun muassa Skotlannissa, jossa laajaa herooiniongelmaa alettiin aikanaan hoitaa puhtaasti lääketieteellisin keinoin metadonikorvaushoidolla. Korvaushoidon avulla huumekeuolemat ja rikollisuus vähentyivät. Ajan kuluessa Skotlannissa herättiin kuitenkin siihen todellisuuteen, että korvaushoidossa on jo kymmeniätuhansia narkomaaneja – hoitoon on jääty jopa vuosikymmeniksi. Korvaushoidon asiakkaat pysyivät myös suurimmaksi osaksi sosiaalityön asiakkaina ja työkyky riitti harvoin työelämään osallistumiseen. Korvaushoidon aallossa muun avuntarpeen ja huumehoidon merkitystä ei nähty eikä ymmärretty. Viime vuosina narkomaaneille on alettu tarjota myös muuta hoitoa ja tukea. Skotlannissa on todettu, ettei pelkkään korvaushoitoon panostaminen ollut taloudellisesti tai inhimillisesti kannattavaa. (Miettinen 2009.) Olisi paljon viisaampaa oppia toisten tekemistä virheistä kuin tehdä jo muualla kestävämmiksi osoitettuja huumehoidon linjauksia pelkkiä vuosibudjetteja tarkastellen.

Puonti huomauttaa, että on aivan eri asia pystyttää esimerkiksi korvaushoitoklinikka kuin toimiva terapeuttiivinen yhteisöhoito-ohjelma. Terapeuttiivisen yhteisöhoiton perustamiseen tarvitaan ammatillista erityisosaamista, kokemusta yhteisöhoitosta ja myös omakohtaisesta toipumisesta. Yhteisöhoitossa toipumiskulttuuri siirtyy asiakkaalta toiselle ja hoidon lakkauttamisen myötä arvokas kulttuuriperintö katkeaa. Uuden kulttuurin luominen ja siirtäminen asiakkaille toimivaksi toipumisympäristöksi on paitsi aikaa vievää myös monella tapaa haasteellista.

Suomessa päihdeongelmaa on lähdetty ratkaisemaan korvaushoidon lisäksi voimakkaasti myös asuntopoliittisesta näkökulmasta. Ympäristöministeriön pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman tavoitteena on poistaa asunnottomuus vuoteen 2015 mennessä. Valtio rahoittaa 50 % kuntien ohjelmanmukaisista asunto- ja asuntolahankkeista. Helsinki on asunnottomien

määrässä luonnollisesti suurin ja pitkäaikaisasunnottomista merkittävä osa on päihdeongelmaisista. (Fredriksson ym. 2008, 5–7.) Ongelmia ratkaistaan isolla rahalla ja ulkoisilla toimenpiteillä, jolloin yksilöiden ongelmat pysyvät paremmin poissa kaupungin kaduilta.

Yksilön oikeus asumiseen on helppo ymmärtää arvokkaaksi yksilön perusoikeudeksi. Mielestäni on kuitenkin ristiriitaista, että oikeus asianmukaiseen hyvään päihdehoitoon ja siten mielekkäämpään elämään omassa asunnossa on subjektiivisena oikeutena tulkinnanvarainen. (Torkkel 2010.) Asuntohankkeisiin liittyy myös erilaista asumisen tukea (Fredriksson ym. 2008, 7.), mutta yhteiskunnallisten haittojen vähentämisen politiikka on tässäkin vahvasti nähtävissä. Lääkkeetön yhteisöllinen päihdehoito, jonka vaikuttavuuden puolesta tutkimukseni vahvasti puhuu, näyttää väistämättä jäävän hoitotakuun piirissä olevan lääkekorvaushoidon ja valtion rahoittaman asunto-ohjelman jalkoihin.

Ajattelen, että huumeriippuvaisille tulee aina olla tarjolla hoitoa halusta ja motivaatiosta riippumatta. Narkomaani kärsii riippuvuudestaan tavalla, jonka näkeminen itse aktiivisena huumeiden käyttäjänä on haastavaa ja usein jopa mahdotonta. Huumausaineiden vaikutukset ovat myös positiivisia ja mielihyvää tuottavia. Riippuvuudessa ei ole kysymys tyhmyydestä sen enempää kuin moraalittomuudestakaan. Narkomaani on ratkaissut elämänsä ongelmat päihteiden avulla, minkä oman kokemukseni perusteella näen loogisena ja toimivana valintana. Ongelma on siinä, että huumeiden käyttäminen johtaa pitkään jatkuessaan lähes aina riippuvuuteen, joka kaventaa perustavasti elämisen mahdollisuuksia. Päihteiden avulla ei ole mahdollista pidemmän päälle ylläpitää psyykkistä tasapainoa ja eheää minäkuva.

Lähtökohtana hoidon tarjoamiselle tulisi olla matala kynnyks. Narkomaanille tyypillistä on hyvin impulsiivinen käytös ja toiminta: kun ainetta tarvitsee ja haluaa, sitä täytyy saada heti. Kun taas tulee hetki, jolloin ymmärtää haluavansa elämältä jotain muuta, pitäisi hoitoonkin päästä heti. Nykyinen järjestelmä, jossa katkaisuhoidonkin tulee useimmiten hakeutua lähetteen ja maksusitoumuksen kanssa tai katkaisuhoidon joutuu jonottamaan, vastaa huonosti huumeriippuvaisen hoidontarpeeseen elämäntilanteessaan.

Pienikin halu tai motivaatio voi mahdollistaa riippuvuudesta toipumisen. Kokemukseni perusteella yhden kynnyksen ylittäminen voi johtaa toipumisprosessiin, jossa koko elämän on mahdollista muuttua. Motivaatio ei ole luonteeltaan sellaista, mitä narkomaani pystyisi kovinkaan pitkälle itse itsensä kehittämään. Päihdehoitotyön ammattilaisten tehtävänä on motivoida ja tarjota hoitoa, auttaa narkomaania uskomaan itsellään olevan muitakin vaihtoehtoja. Ylipäätään on jo sinänsä arvokasta tulla kohdatuksi ja arvostetuksi ihmisenä. Narkomaanilla on ongelmia, mutta narkomaani ei ole ongelma. Hoito ja autetuksi tuleminen kokemukset mahdollistuvat vain yhteistyösuhteissa.



Hoidon ja asiakkaan yhteensopivuus on ollut tutkimuksen ja kiinnostuksen kohteena, Project MATCH (1990) vei pohjaa teorialta, että asiakkaan ja hoitomallin yhteensovittaminen olisi erityisen merkittävää. Hoitomallia ja menetelmää merkityksellisempiä ovat muun muassa hoitosuhde, terapeutin ominaisuudet ja odotukset hoitoa kohtaan. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen hoidon suunnittelussa on kuitenkin todettu merkitykselliseksi, eikä siten yhteensovittamisesta tulisi luopua kokonaan. (Saarnio 2009, 22.) Tärkeää on, että hoitomalleja on erilaisia, kokemukseni mukaan myös menetelmällisesti mahdollisimman monipuolisessa hoitomallissa on jokaiselle jotain, mihin tarttua.

Lähtökohtaisesti hoitomallien tulisi mielestäni tarjota todellisia edellytyksiä toipumiselle, huumeriippuvuutta ei mielestäni voi hoitaa vain "vähän". Todellisilla edellytyksillä tarkoitan luottamuksen rakentamista, vertaisia, ammattilaisia, tasavertaista kohtaamista, asioiden käsittelyä, motivointia, mahdollisuuksia ja uskoa rakentaa uutta identiteettiä sekä riittävän turvallisia rakenteita suhteutettuna asiakkaan toipumisprosessin vaiheeseen. Usein aluksi tarvitaan lääkehoitoa, mutta kokemukseni perusteella kannatan ehdottomasti lääkkeetöntä huumehoitoa. Mikäli hoitoa tarjotaan vain "vähän", pitäisi tehdä asiakkaallekin selväksi, että kysymys on haittojen vähentämisestä: toivotaan yhteiskunnallista etua ja asiakkaan elämänlaadun parantumista.

Poliittisesti on kysymys siitä, halutaanko vähentää haittoja yksilön ja etenkin yhteiskunnan näkökulmasta, vai löytyykö halua panostaa siihen, että narkomaani voi toipua ja saada "hyvän elämän" "vähemmän haitallisen elämän" sijaan. Huumevuosiraportin (2008) mukaan korvaushoidon suosion myötä myös buprenorfiinin ongelmakäyttö on lisääntynyt merkittävästi. Buprenorfiini on opioidikorvaushoitoon tarkoitettu lääkeaine ja katukauppaan levinneenä nykyisin amfetamiinin ohella yleisin käytetty huumeaine. (Huumevuosiraportti 2008, 35–36.) Jos olisin valinnut päihteeni toisin tai jos eläisin huumeiden käyttäjänä tässä ajassa, olisi hyvin todennäköistä, että päätyisin opioidikorvaushoitoon. Pidän todennäköisenä, etten siinä tapauksessa olisi opiskellut ammattikorkeakoulussa ja olisi nyt kirjoittamassa tutkimusta toipumisprosessista korvaushoidon avulla.

Myös Weckroth (2007) on huolissaan huumehoidon lääketieteellistymisestä ja näkee vaarana sen, että hoitoa määritellään yhä enemmän terveydenhuollon tavoitteista käsin. Tällöin huumeriippuvuuden sosiaaliset ja sosiaalityön näkökulmat jäävät yhä vähemmälle huomiolle. Todellinen yksilöiden ongelmien luonteen selvittäminen ja ihmisen kohtaaminen jäävät usein puheeksi hoidon psykososiaalisesta lähestymistavasta. Ongelmana on, että terminä psykososiaalisuutta on alettu käyttää päihdehoidossa yleisesti myös kontekstissa, jossa hoidon sisältö on määrittelemätön. (Huumevuosiraportti 2008, 40.) Näin ollen uskallan väittää, että psykososiaalinen kuntoutus tiiviinä osa-

na korvaushoitoa on edelleen suurimmaksi osaksi suunnitelmien ja puheen tasolla.

Huumehoidon haasteena on tarjota edelleen todellisia toipumisen mahdollisuuksia. Hyvän ammatillisen osaamisen, ihmistä kunnioittavan kohtaamisen ja hoitoon ohjaamisen lisäksi tarvitaan toimivia ja monipuolisia hoito-ohjelmia ja rakenteita, joiden avulla hyvää huumehoitoa on mahdollista toteuttaa. Nykyisessä poliittisessa suuntauksessa kohti luokkayhteiskuntaa hoito-ohjelmien olemassaolo ja mahdollisuudet hyvän hoidon saamiseen ovat vakavasti uhattuna. Ammatillisen sosiaali- ja päihdetyön haasteet vaikuttavat muuttuvan yhä enemmän yhteiskunnalliseksi asianajotehtäväksi. Tarvitaan yhteiskunnallista vaikuttamista ja äänettömän asiakasryhmän oikeuksien puolustamista. Päihderiippuvaisella on oikeus paitsi haitattomampaan elämään myös hyvinvointiin, hoitoon, osallisuuteen ja toipumiseen.

Toipumiskokemus ammatillisena pääomana

Kokemustutkimuksena toteutettu työni on Ylitalon³ mukaan Avokiskolle arvokasta tiedollista pääomaa. Osaltaan se vahvistaa niitä oletuksia päihderiippuvuudesta ja toipumisesta, joiden varaan hoitomallia on rakennettu. Yksittäistä kokemusta ei voida yleistää koskemaan kaikkia, mutta toipumisprosessien yhtäläisten piirteiden ymmärtämiseen ja hahmottamiseen tutkimusni tuo hänen mukaansa oman merkittävän panoksensa.

Kalliolan Setlementin päihdepalveluissa palvelujen käyttäjien näkökulman entistä parempi huomioon ottaminen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa on Ylitalon mukaan merkityksellistä ja tavoiteltavaa. Varsinaisesti palvelujen käyttäjien näkökulma on ollut hyvin edustettuna Kalliolan päihdepalveluissa jo kuitenkin yli kaksikymmentä vuotta. Nykyään voimakkaasti ammatillistuneet päihdehoito-ohjelmat ovat alun perin syntyneet spontaanisti palvelun tarvitsijoiden omina innovaatioina.

Päihdetyön kentällä useat palveluiden tuottajaorganisaatiot tunnustavat työntekijän oman toipumiskokemuksen merkittävyyden asiakastyössä. Oma toipumiskokemus yhdistettynä ammatilliseen koulutukseen edesauttaa luotamuksellisen hoitosuhteen syntymistä paitsi kohtaamiseen myös vertaisuuteen ja asiakkaan tilanteen kokemukselliseen ymmärtämisen perustuen. Oma toipumisprosessini on antanut minulle kokemusta asiakkaana olemisesta eri-

3 Kalliolan päihdetyön Avo- ja jatkohoitoyksikön johtaja Sami Ylitalon haastattelu sähköpostitse lokakuussa 2010. Ylitalo sai luettavakseen tutkimuksen ja kommentoi tutkimusta päihdetyön näkökulmasta.



laisissa sosiaalityön palveluissa ja asiakassuhteissa. Asiakkaana olen käynyt läpi ja kokeillut useita erilaisia sosiaali- ja päihdetyön menetelmiä aina viranomaisverkostoista kehoiterapiaan. Sosiaalialan ja päihdetyön ammattilaisena kokemukseni asiakkuudesta luo näkemystä ja ymmärrystä asiakkaana olemisen kokemukseen paitsi suhteessa menetelmiin myös suhteessa minuun työntekijänä.

Kalliolan päihdekuntoutuspalveluille on esikuviansa (terapeuttisten yhteisöjen sekä Minnesota-mallin) mukaisesti leimallista, että osalla työntekijöistä on taustalla oma toipumiskokemus päihdeongelmasta. Ylitalo toteaa työntekijöiden oman kokemuksen vaikuttavan palvelujen laatua parantavasti. Työntekijän oma kokemus ammatillisena pääomana vahvistaa tyypillisesti asiakkaiden hoitoon sitoutumista ja parantaa työskentelysuhteen laatua. Hyvien hoitotulosten syntymisen kannalta juuri nämä asiat puolestaan ovat tärkeitä.

Omaa kokemusta suhteessa ammatti-identiteettiin ja ammatilliseen päihdetyöhön olen työstänyt aktiivisesti koko sosionomi-opintojen ajan. Oman toipumiskokemuksen ja toipujaidentiteetin vaihtaminen ja yhdistäminen ammatilliseen identiteettiin on ollut mielenkiintoinen prosessi. Opinnoissani suuntasin työelämän harjoittelujaksot päihdehuollon palveluihin siten, että ensimmäinen harjoittelu sijoittui päihdehuollon jälkikuntoutusyksikköön. Yksikön asiakkaat olivat elämäntilanteessaan vertaisiani. Reflektoidessani ja pohtiessani vertaisuuden ja ammattilaisena olemisen rooleja aloin hahmotella itseäni toipumiskokemuksen ja ammatillisuuden välimaastoon.

Jatkoin prosessia harjoittelujaksolla Kalliolan päihdehoitotyössä. Ryhmämuotoisen päihdehoito-ohjelman rakenteeseen kuuluu oleellisena osana se, että työntekijä kertoo aktiivisesti omasta toipumiskokemuksestaan ja nimeää itsensä alkoholistiksi tai addiktiksi. Valitsin tietoisesti rooliksi opiskelijana olemisen tutkiakseni ammatillista osaamista ja suhdetta asiakaisiin, jotka selkeästi olettivat, ettei minulla ole kokemusta riippuvuudesta.

Jakson päättyessä totesin, että luottamuksen ja hyvän asiakassuhteen luomiseen ei tarvita toipumiskokemuksen julkistamista. Ymmärrys riippuvuudesta ja asiakkaan tilanteesta välittyi asiakkaalle sanomattakin. Helpommalla ja vähemmällä pohtimisella olisin varmasti selviytynyt sanomalla työntekijöiden tapaan kokemukseni ääneen. Viimeisen harjoittelujakson olin aktiivisesti huumeita käyttävien palvelussa A-klinikkasäätiön terveys- ja sosiaalineuvonta piste Vinkissä.

Suurimpana haasteena pidin haittoja vähentävän päihdetyön ideologian sisäistämistä. Työn merkitys oli kuitenkin yllättävän helppoa tavoittaa – jokainen kohtaaminen on jollain tapaa merkityksellinen. Asiakasnäkökulman tavoittamiseen ja työn merkitykselliseksi kokemisen vaikutti oleellisesti se, että olin huumeiden käyttäjänä itse ollut asiakkaana palvelussa ja käynyt vaihtamassa puhtaita pistovälineitä.

Harjoittelupaikat mahdollistivat myös oman kokemuksen läpikäymisen uudesta, ammatillisesta näkökulmasta. Tuntui turvalliselta käydä polku tässä järjestyksessä, sillä opintojen alussa en olisi ollut vielä valmis työskentelemään huumeita aktiivisesti käyttävien parissa ilman, että tavoitteenani olisi ollut hoitaa heitä. Huumeita käyttävien palvelussa ymmärsin, että arvokasta ja tärkeää on myös olla pelkästään tavattavissa. Kunnioittava tasavertainen kohtaaminen oli merkityksellistä myös itselleni ja ihmisarvolleni huumeiden käyttäjänä. Oma kokemus on tukenut itseäni monessa tilanteessa ja nykyisessä työssäni oivaltamaan oleellimmän ammatillisen päihdetyön perustasta, asiakkaan kohtaamisesta asiakkaan ehdoilla.

Osana koulutusta koin tarpeelliseksi myös tehdä jotain ihan muuta. En ajatellut minusta välttämättä tulevan päihdetyöntekijää. Oman toipumiskokemuksen integroiminen osaksi ammatti-identiteettiä tuntui joka tapauksessa välttämättömältä, hyvän ammatillisen työn edellytykseltä. Koin myös lastensuojelutyön mielekkääksi ja sain kokemuksen siitä, ettei oman toipumiskokemuksen myöskään tarvitse leimata ammatillisuuttani millään tavoin. Olen kuin kuka tahansa sosiaalialan työntekijä.

Organisaatiossa ja päihdehuollon palveluita kehitettäessä oma toipumiskokemus tuo siis mukanaan merkityksellistä tietoa ja pääomaa, mikä osaltaan edesauttaa ”hyvän hoidon” tuottamista. Vaikka oma toipumiskokemus on merkittävä, haluan vielä mainita, että merkityksellistä, vaikuttavaa ja hyvää päihdetyötä voivat varmasti tehdä myös ammattilaiset, joilla ei ole omaa toipumiskokemusta. Avokiskossa merkityksellisimmäksi tekijäksi toipumisessani koin hoitosuhteen terapeuttiin, jolla en koskaan ainakaan ajatellut olevan omaa toipumiskokemusta päihderiippuvuudesta. Terapeutin oma kokemus tai sen puuttuminen ei noussut itselleni missään vaiheessa tärkeään asemaan.





7 POHDINTA

Toipumiskokemuksen yhdistäminen ammatilliseen työhön ja sen esille nostaminen osana ammatillista identiteettiä on vahva kannanotto kokemustiedon puolesta. Varmasti jotkut ammattilaiset kyseenalaistavat toimintaani ehkä kysyen: olenko, minä jotenkin parempi asiantuntija kokemuksineni. Omien kokemusten asettaminen tutkimuksen kohteeksi ja yksityisen tuominen julkiseksi herättää paljon kysymyksiä myös itselleni: Mitä olen tekemässä kokemuksellani ja kokemukselleni? Olenko aivan järkevä julkistessani oman kokemukseni? Olenko tietoinen siitä, millaisen tarkastelun alle elämäkokemukseni asettuu ja millaisia asenteita, kritiikkiä tai jopa syrjintää tulen kohtaamaan? Olenko huomiohakuinen? Mitä tästä seuraa työelämässä, entä asiakastyössä? Olenko ammattilainen tai ammatillinen ollenkaan? Mitä ne sosiaalialan työn ammattilaiset ajattelevat, jotka ovat ohittaneet oman identiteettiä muuttaneen kokemuksensa ja tekevät ammatillista työtä ilman tietoisuutta oman kokemuksen vaikutuksista asiakastyöhön? Uskon, että tutkimukseni herättää myös tunteita ja ajatuksia niissä sosiaalialan työn ammattilaisissa, jotka käyttävät huumausaineita työelämässä.

Suhteessa kokemukseni julkistamiseen uskon ammatillisen koulutuksen osaltaan suojaavan minua. Merkittävimmän suojan ajattelen kuitenkin syntyvän siitä, että pystyn itse hyväksymään omat kokemukseni. Elämäni ja kokemukseni ovat minun elettyä elämäni. Minut on mahdollista sen perusteella leimata monellakin eri tavalla, mutta itse tunnen olevani vapaa ja tasavertainen niin kansalaisena kuin ammattilaisena. Minun ei tarvitse enää ottaa vastaan leimoja.

Tutkimuksen etiikka

Omaakohtainen kokemus identiteettiä muuttaneista elämäntilanteista ja marginaalisuudesta vaikuttaa asiakastyöhön ja kohtaamisiin tiedostamattomana, tiedostettuna, ääneen sanomattomana ja sanottuna. Mielestäni olen ammattilaisena kokemukseni kanssa tai ilman sitä samanarvoinen muiden ammattilaisten kanssa. Pelkkänä toipuneena narkomaanina kokemustietoni ja tutkimukseni kanssa saisin varmasti toisenlaisen vastaanoton. Mielenkiintoa tarinaani kohtaan varmasti osoitettaisiin, mahdollisesti ammatillista empatiaa ja ”kyllä olet hienosti selviytynyt” -kommentteja.



Nyt sosiaalialan ammattilaisena otan kantaa kokemustiedon puolesta yhdistämällä sen ammatilliseen työhön ja omaan ammatti-identiteettiini. Kannanotto saattaa haastaa koulutukseen ja asiantuntijatietoon, vahvaan profession, nojaavia sosiaalialan työntekijöitä erilaisiin pohdintoihin. Mitä tapahtuu profession ja asiantuntijuudelle, kun kokemuksen ja ammatillisuuden rajat rikotaan? Moniammatillisuus on sosiaalialan nykyisyyttä ja lisääntyvässä määrin tulevaisuutta niin mielenterveys- ja päihdetyössä kuin muuallakin. Käsitteen ei pidä kuitenkaan ymmärtää tarkoittavan pelkästään koulutukseen perustuvaa monialaisuutta, vaan mielestäni kaikki erilaisuus, myös kokemukseen perustuva tieto, tulee nähdä asiakkaan etuna ja ammatillisen hyvän sosiaalialan työn voimavarana. Mielestäni professionaalisuus ja koulutus yhdistettynä kokemustietoon ja tutkimukseen tuottaa laadukkaampaa, vaikuttavampaa ja asiakaslähtöisempää sosiaalialan työtä kuin ilman kokemustietoa tuotettu tieteellinen tutkimus. Kokemustieto ei uhkaa sosiaalialan työn professiota, mutta merkitykselliseksi tunnustettuna se haastaa kehittymään ja kehittämään uusia mahdollisuuksia ammatillisen työn laadun parantamiselle ja asiantuntijuuden jakamiselle.

Kokemustietoa marginaalisuudesta on tiettyyn rajaan asti mahdollista hankkia: voi viettää yön asunnottomana, jonottaa leipää tai elää kuukauden toimeentulotuen suuruisella summalla. Ammattilaisia, tutkijoita tai opiskelijoita ei voi kuitenkaan lähettää hankkimaan kokemustietoa huumeiden käytöstä. Tutkijoille huume- tai lääkekokeilut ehkä vielä olisivat mahdollisia, mutta riippuvuuden elämää tuhoava voima olisi liian suuri hinta tutkimuksesta. Se olisi varsin epäeettistä, eikä olisi mitään takeita siitä, että tutkija koskaan palaa toipuneena takaisin tutkimuksensa ääreen. Kokemustieto päihderiippuvuudesta ja toipumisesta on luonnonvara. Kokemustiedosta puhuttaessa on myös otettava huomioon, mikä on kokemusta ja mikä on tietoa. Kokemustiedossa on kyse marginaalisuuden kokemuksista, toisesta tiedosta. Kokemuksen on täytynyt vaikuttaa identiteettiä muuttavasti eli kokemustiedossa on kysymys marginaalin identiteettitarinoista. Tarinoiden julkituominen puolestaan rikkoo marginaalisuuden stereotypioita ja Hyvärin (2001, 251) mukaan marginaalin murtaminen on jo sinällään eettinen teko.

Eettisesti tutkimuksessani ei tarvitse huomioida tutkittavan tunnistamattomuutta – vastaan itse itselleni seuraamuksista, joita kokemustutkimukseni omalla nimellä julkistettuna mahdollisesti tuottaa. Suhteessa anonyymiin tutkimukseen on huomioitava, että omalla nimellä julkaistu kokemustutkimus ja aineisto ovat mahdollisesti anonyymiä tutkimusta rajatumpia. Rajaan aineistoa paitsi tietoisesti myös mahdollisesti tiedostamatta ja tulen varmasti jättäneeksi aineiston ulkopuolelle itselleni epämiellyttäviä tai epäedullisia asioita. Huomioitavaa on, että menneisyys huumeiden käyttäjänä yhteiskunnassamme on jo sinänsä leimaavaa. Tietoisena tästä pyrin kuitenkin mahdollisimman validiin kuvaukseen menneestä.

Kun tutkimuksen kohteena ovat oman elämän tapahtumat ja minä itse, on tulkinnan kannalta tarpeellista kiinnittää huomiota saamani hoidon sisältöön suhteessa kokemuksiini. Millaisia olisivat kokemukseni ja tulkintani riippuvuudestani, jos olisin ollut toisenlaisessa päihdehoidossa tai hoitosuhteessa? Kaikki vaikuttaa kaikkeen, ja on todettava, että saamani päihdehoito on varmasti paitsi tuottanut kokemukseni, vaikuttanut myös käsityksiini, asenteeseeni, ajattelu- ja tulkintatapoihini myös tässä ja nyt.

Kokemustutkimuksen haasteet ja mahdollisuudet

Yksikin marginaalisuuden kokemus kirjoitettuna ja tutkimuksen valossa tarkasteltuna tuottaa tietoa aina yksilön elämäntarinasta yhteiskuntatodellisuuteen. Yhden tutkimuksen tieto voi olla sinänsä yhtenä kokemuksena merkittävä ja voi kuvauksen kautta auttaa lukijaa ymmärtämään esimerkiksi huumeiden käyttäjän toiminnan logiikkaa ja yhteisiä piirteitä. Mikäli kuitenkin haluttaisiin tuottaa yleistettävämpää ja laajempaa kokemustietoa päihderiippuvuuden syntymisestä ja toipumisprosessista, olisi tarpeen tehdä useita samankaltaisia tutkimuksia. Vertaamalla ja yhdistämällä kokemuksia ja tutkimustuloksia mahdollistuisi myös yleistettävämpien johtopäätösten tekeminen.

Omaan tutkimukseeni laajempaa kokemustietoa olisi voinut tuottaa myös vertaamalla riippuvuuden syntymis- ja toipumisprosessia esimerkiksi jonkun toisen Avokiskon oppilaan vastaaviin kokemuksiin. Lisäarvoa ja näkökulmia olisi ollut mahdollista tuottaa myös haastatteleamalla useampia hoitooni osallistuneita ammattiauttajia, Nuorisoaseman ja Hietalinnayhteisön työntekijöitä kysymällä heiltä, millaisena päihteiden käyttöni ja toipumisprosessini eri vaiheet näyttäytyivät ammattilaisen näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi ollut myös haastatella läheisiä, jotka eivät tienneet huumeiden käytöstäni mitään tai tiesivät tai aavistivat siitä jotain. Silloin olisin saanut tietää, miten hyvin muiden näkökulmasta normaalielämän julkisivu pysyi pystyssä. Oma kokemukseni ja arvioni tilanteestani on huumeiden käyttäjän näkemys, jossa todellisuus ja kuvitelmat helposti sekoittuvat.

Kattavamman kokemustiedon tuottamiseksi olisi ollut mahdollista ottaa tutkimukseen mukaan laajempi aineisto ja kokemukseni ajasta ennen päihderiippuvuutta. Lapsuuden ja nuoruuden kokemukset ja kehitys olisivat tuottaneet selkeämpiä syy-seuraussuhteita toiminnalleni, kokemuksilleni ja päihderiippuvuuden syntymiselle. Kokemukseni Avokisko-hoidon jälkeisestä ajasta puolestaan tuottaisi tietoa toipumisprosessin jatkumisesta varsinaisen



hoidon jälkeen. Pelkästä oman toipumiskokemuksen ja ammatillisuuden yhdistämisestä päihdetyössä voisi tehdä toisen tutkimuksen.

Oman toiminnan refleктоimista ja tietoisuutta itsestä voidaan pitää identiteetin ja elämäntarinan rakentamisena. Yksittäiset kokemukset ja elämäntarinat peilaavat aina väistämättä yhteiskuntatodellisuuteen avaten tietä erilaisille näkökulmille ja tulkinnoille. Oman marginaaliin kuulumisen kokemuksen esiin tuominen voidaan nähdä identiteettipolitiikkana, joka jo itsessään vaikuttaa yhteiskunnan rajanvetoihin ja valtasuhteisiin. (Hyväri 2001, 84–87.) Ajattelen kaiken identiteetin rakentamisen olevan väistämättä myös ammatti-identiteetin rakentamista. Sosiaalialan työtä tehdään paitsi koulutuksen myös vahvasti oman persoonan kautta. Eheä elämäntarina, terve itsetunto ja löytynyt identiteetti luovat edellytyksiä omana itsenään olemiselle, mikä omalta osaltaan luo pohjaa asiakkaan kohtaamiselle ja hyvälle asiakastyölle.

Osana identiteettipolitiikkaa toivon ja uskon, että tutkimukseni herättää pohdintoja marginaalisuudesta ja normaalisuudesta. Millainen on normaalinen narkomaani tai narkomaani, joka näyttää aivan normaalilta? Millä perusteella ja miten leimaamme ihmisiä? Kuka oikeastaan on narkomaani? Mistä narkomaani voi olla osallinen ja mistä huumeiden käyttäminen tekee yhteiskunnassamme osattomaksi? Millaisia mahdollisuuksia ihmisellä, myös narkomaanilla, on muutokseen ja osallisuuteen?

Identiteettitarinassani olen murtautunut pois muille näkymättömästä, itselleni täytenä totena koetusta marginaalisuudesta huumeriippuvaisena. Mielenkiintoista on, että huumeidenkäyttäjänä ollessani osallinen työelämästä ja yhteiskunnan ”normaalista” elämäntavasta, tunsin itseni ulkopuoliseksi ja osattomaksi. Kun puolestaan työelämästä siirtyminen päihdehoitoon ja toimeentulotuen varassa elämiseen tuotti minulle lopulta todellisen osallisuuden kokemuksen – minun elämäni on minun, voin vaikuttaa siihen ja ympäristööni. Marginaalisuuden kokemus, vaikkakin jo voitettu, jää jollain tapaa myös osaksi nykyistä identiteettiäni. Minulla on aina kokemukseni elämästäni, vain se muuttuu, miten sen missäkin ajassa näen, koen, mitä muistan, miten sitä käytän tai olen käyttämättä.

Oman kokemuksen työstäminen kokemustutkimukseksi oli kaiken kaikkiaan mukaansatempaava prosessi ja matka identiteettini rakentumisen poluilla. Kokemuksen tarkastelu tutkimuksen valossa jäsensi edelleen kokemustani selkeämmäksi kokonaisuudeksi. Ymmärrän oman kokemuksen merkittävyyden paremmin myös ammatillisen sosiaalialan työn näkökulmasta. Mielestäni oman kokemuksen aktiivinen työstäminen on välttämätöntä paitsi omalle hyvinvoinnille myös ammatilliselle sosiaalityölle. Oman kokemuksen liittäminen ammatti-identiteettiin tuottaa osaltaan hyvää ammatillisuutta ja lisäarvoa työlle. Oli kysymys sitten kokemuksesta sairaudesta, vammasta, väkivallan-

ta, päihderiippuvuudesta, mielenterveysongelmista tai mistä tahansa muusta elämään vaikuttaneesta kokemuksesta.

Kokemuksen käyttäminen oman ammatillisen työn välineenä on oikeastaan jo oma lukunsa. Ajatukseni ei missään tapauksessa ole, että oma kokemukseni määrittäisi asiakastyötä ja veisi sitä kohti jotain tiettyä muottia. Asiakastyössä ei voi lähteä työskentelemään omasta kokemuksesta käsin, vaan kuulemisesta ja asiakkaan kokemuksesta. Ammatillaisen työn tulee olla aina ammatillista. Oma kokemus osana ammatti-identiteettiä mahdollistaa ehkä asiakkaan tilanteen ymmärtämisen syvemmin, mikä puolestaan luo paremmat edellytykset asiakkaalle kuulluksi tulemisen kokemiseen. Kokemus on ammatillaisen omaa pääomaa, joka oikein käytettynä hyödyttää myös asiakasta.

Huomioitavaa edelleen on, että minulla on yhdenlainen kokemus ja näkökulma päihderiippuvuuteen. Jollain toisella on varmasti enemmän tietoa joistain asioista ja riippuvuuden ilmiöistä. Kokemuksessani olen esimerkiksi elänyt huumeiden käyttäjien sosiaalisen verkoston reuna-alueilla, eikä minulla juuri ole kokemusta elämästä sosiaalisissa suhteissa toisien huumeiden käyttäjien kanssa. Kokemustieto on aina henkilökohtaista ja rajattua enkä voi väittää, että tietäisin ja ymmärtäisin riippuvuudesta ja narkomaaneista kokemukseni kautta ammatillisena nyt kaiken. Kokemuksen kanssa tai ilman, ammatillisena täytyy lähteä aina siitä, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija.



LÄHTEET

- A2 Teema: Homoilta. Suomi 2010. Tuottaja Jyrki Richt. Esitetty 12.10.2010. Ohjelma katsottavissa Ylen elävässä arkistossa: www.yle.fi/elavaarkisto Oma elämä. Avioliitto ja perhe. Ajankohtaisen kakkosen homoillat. YLE TV2.
- A-klinikkasäätiö 2007. Toimintakertomus 2007. Hietalinna-yhteisö. Viitattu 19.10.2010. www.hietalinna.fi/fileadmin/tiedostot/Hietalinna_ToKe_2007.pdf
- Alexander, Christopher J. 2002. Homosexuality and risk for psychiatric disorders. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, vol. 14, nro 3, 103–108.
- Aulio, Hannu; Girard, Liisa & Laine Riitta 2008. Katsaus kuvataideterapian taustateorioihin. Teoksessa Liisa Girard, Juhani Ihanus, Riitta Laine & Mari Ropponen (toim.) *Suhteessa kuvaan – kuvataideterapian teoriaa ja käytäntöä*. Helsinki: Kuvataideterapian työhuonekunta Artteli, 45–67.
- Beresford, Peter & Salo, Markku 2008. Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Ehrling, Leena 2009. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisissa. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto ja Anja Koski-Jännes (toim.) *Irti päihderiippuvuudesta. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä*. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijain seura ry ja Edita, 145–171.
- Fabritius, Carola & Salaspuro, Mikko 2003. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) *Amfetamiinin, kokaiinin ja halusinogeenien päihdekäyttö. Päihdelääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 458–467.
- Fredriksson, Peter; Hinkkanen, Pekka; Hujala, Anne; Kokkonen, Paula; Lahti, Pirkko; Lehtonen, Sanna; Lindén, Jarmo; Mutalahti, Timo; Mäki, Jukka; Ojankoski, Teija; Päivärinta, Eeva; Remes, Marja-Leena; Rähä, Jarmo & Tervonen, Hilppa 2008. Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. Ohjelmatyöryhmä AHKERAT raportti. Viitattu 20.11.2010. www.ymparisto.fi Asuminen. Ohjelmat ja strategiat. Ympäristöministeriö. Valtion ympäristöhallinto.
- Girard, Liisa & Laine Riitta 2008. Kuvallinen luomisprosessi ja Terapia. Teoksessa Liisa Girard, Juhani Ihanus, Riitta Laine & Mari Ropponen (toim.) *Suhteessa kuvaan – kuvataideterapian teoriaa ja käytäntöä*. Helsinki: Kuvataideterapian työhuonekunta Artteli, 68–86.



- Grandström, Veikko & Kuoppasalmi, Kimmo 2003. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.). Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29–32.
- Heikkilä Katja, 2004. Kiskot vievät. Arviointitutkimus yhteisohoidosta huumeambulanssilla. Sosiologista keskustelua 42b. Turku: Turun yliopiston sosiologian laitos ja Kalliolan Kiskon klinikka.
- Holopainen, Antti & Salaspuro, Mikko 2005. Opioidikorvaushoidon tehokkuus. Käypä hoito. Viitattu 11.10.2010. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak05141 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Huume-tilanne Suomessa 2008. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle - Kansallinen huume-aineiden seurantakeskus. Helsinki: STAKES ja EMCDDA.
- Hyväri, Susanna 2001. Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hyväri, Susanna 2009a. Asiakaskeskeisyys, kokemusasiiantuntijuus ja vertais-toiminta – kokemustutkimuksen merkitys interventioiden kehittämisessä. Kansallisen asunnottomuuden kehittämisverkoston perustamiskokous 15.4.2009. Viitattu 11.2.2010. www.socca.fi/asunnottomuus/liitteet/hyvari.pdf Kansalaisyhteiskunta-tutkimusohjelma.
- Hyväri, Susanna 2009b. Vertaisryhmät syrjäytymisen voittamisen näyttämöinä. Ryhmätyö-lehti marraskuu 4/2009. Helsinki: Ryhmätyö ry, 2–12.
- Hyväri Susanna & Salo, Markku 2011. Miksi asumispalvelujen kehittämisessä tarvitaan palvelujen käyttäjien osallistumista. Suuntaaja 1/2011. Sähköinen lehti erityisryhmien asumisesta. Viitattu 1.6.2011. www.aspa.fi/digijulkaisut/suuntaaja Asumispalvelusäätiö ASPA, 13–17.
- Hyväri Susanna & Salo, Markku 2009. Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Susanna Hyväri & Markku Salo (toim.) Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Hännikäinen-Uutela, Anna-Liisa 2004. Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 252. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirjatutkimus.
- Hänninen, Sakari; Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka 2005. Johdanto. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes, 3–9.
- Institute of Psychiatry 2009. King's college London. Viitattu 5.5.2009. <http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=300> University of London.

- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina – sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino
- Kampman, Olli 2009. Masennustilojen riskitekijät. Pohjalaiset masennustalkoot. Viitattu 15.10.2010 <http://www.masennustalkoot.fi/riskitek.htm> European Alliance Against Depression.
- Karjalainen, Jouko 2005. Sivutietoa. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes, 319–335.
- Knuuti, Ulla 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan. Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan tutkimuksia 1/2007. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Väitöskirjatutkimus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koski-Jännes, Anja 1998. Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Otava.
- Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kotovirta, Elina 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirjatutkimus. Jyväskylä: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuoppasalmi, Kimmo; Heinälä, Pekka & Lönnqvist, Jouko 2003. Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 417–484.
- Kuusisto, Katja 2009. Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihderiippuvuudesta. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntoimenpiteistä. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijain seura ry ja Edita, 32–48.
- Käypä hoito 2008. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Viitattu 20.10.2010 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi35050.pdf>. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito.
- Lehtonen Mikko 2009. Ei tehdä tästä numeroa. Opettaja-lehti 39. 25.9.2009. Helsinki: Opetusalan ammattijärjestö OAJ ry.
- Lindfors, Kaj 2010. Psykologi, Kalliolan päihdetyön Avo- ja jatkohoitoyksikkö, Avokisko. Helsinki. Sähköpostiviesti 16.11.2010. Vastaanottaja Mai Peltoniemi. Tuloste tekijän hallussa.
- Loppulausunto 2006. Loppulausunto Avokisko-hoidosta: Peltoniemi Mai. Kalliolan Kiskon klinikka, Avokisko. Avokiskon terapeutti, anonymi.
- Matara, Miira 2010. Kuvataideterapeutti, Kalliolan päihdetyön Avo- ja jatkohoitoyksikkö, Avokisko. Helsinki. Sähköpostiviesti 15.11.2010. Vastaanottaja Mai Peltoniemi. Tuloste tekijän hallussa.



- Mattila-Aalto, Minna 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi: Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Väitöskirjatutkimus. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Viitattu 6.2.2010. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Miettinen, Anssi 2009. Trainspotting-sukupolvi tekee kuolemaa. Helsingin Sanomat. Ulkomaat. 5.9.2009.
- Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry 2010. Kokemusasiantuntijatoiminta. Viitattu 25.10.2010 <http://www.muotiala.fi/yhdistys.html> Kokemustieto ja kansalaistoiminta.
- Murto, Kari 1997. Yhteisöhoitoon suuntauksia. Jyväskylän koulutuskeskus. Jyväskylä.
- Niemelä, Jorma 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Stakes tutkimuksia 96. Helsinki: Stakes.
- Niemelä, Solja 2009. Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihderiippuvuudesta. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntoimintamistään. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijain seura ry ja Edita, 49–73.
- Oksanen, Jukka 2007. Terapeuttinen allianssi sosiaaliterapeutin työn näkökulmasta. A-klinikkasäätiön raporttisarja 55. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gragu-tutkielma.
- Peltoniemi, Mai 2004a. Sopimus. Muistiinpanoja Avokiskon terapiaryhmästä.
- Peltoniemi, Mai 2004b. Työsopimus. Muistiinpanoja Avokiskon terapiaryhmästä.
- Peltoniemi, Mai 2004c. Taideterapiatöitä Avokisko-hoidon ajalta. Kuvien valokuvaus ja käsittely Mai Peltoniemi 2009.
- Peltoniemi, Mai 2005a. Työsopimus. Muistiinpanoja Avokiskon terapiaryhmästä.
- Peltoniemi, Mai 2005b. Taideterapiatöitä Avokisko-hoidon ajalta. Kuvien valokuvaus ja käsittely Mai Peltoniemi 2009.
- Piiroinen, Ritva 2002. Kalliolan settlementin Avokisko-projekti 1998–2001. Loppuraportti. Helsinki: Kalliolan settlementti.
- Puonti, Marja-Liisa 2010. Johtaja, Kalliolan Kiskon klinikka. Kisko, Salo. Sähköpostiviesti 22.11.2010. Vastaanottaja Mai Peltoniemi. Tuloste tekijän hallussa.
- Päihdehoitoyksikön laatuarvio – Avokisko 2004. Viitattu 3.10.2010. <http://>

- neuvoa-antavat.stakes.fi/tietokannat/pdf/kalliolan_avokisko.pdf Stakes.
- Reumaliitto 2010. Kokemuskoulutustoiminta. Kokemuskoulutus. Yleistä. Viitattu 25.10.2010 www.kokemuskoulutus.fi Suomen Reumaliitto ry.
- Rissanen, Päivi 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielen-terveyden keskusliitto.
- Ruisniemi, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirjatutkimus.
- Saarnio, Pekka 2009. Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto ja Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihderiippuvuudesta. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntoimintamist. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijain seura ry ja Edita, 14–31.
- Saikkonen, Merituuli 2009. Pääsy huumevieroitukseen vaikeutuu Helsingissä. Helsingin Sanomat. Kotimaa. 14.4.2009.
- Saikkonen, Merituuli 2010. Huumeuntoutus kiristyy – Vain huumeista irti haluavat narkomaanit kuntoutukseen Helsingissä. Helsingin sanomat 25.10., A10.
- Salo, Markku 2009. Esipuhe. Susanna Hyväri & Markku Salo (toim.) Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 7–9.
- Saukkonen, Auli 2010. Talentia: Hoitotakuu päihdekuntoutukseen. Tiimi 2/2010. Viitattu 31.10.2010. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/960/talentia-hoitotakuu-paihdekuntoutukseen-A-klinikkasäätiö>.
- Savolainen, Jaana 2009. Päihdehoitoja karsitaan pääkaupunkiseudun kunnissa. Helsingin sanomat 5.10.2009. Viitattu 28.10.2010. http://omakaupunki.hs.fi/paakaupunkiseutu/uutiset/paihdehoitoja_karsitaan_paakaupunkiseudun_kunnissa/ Omakaupunki. Helsingin sanomat & Sanoma Kaupunkilehdet.
- Sihvola, Elina 2010. Early-Onset Depressive Disorders, Related Mental Health Disorders and Substance Use-A Prospective, Longitudinal Study of Finnish Twins Born 1983–1987. Kansanterveystieteen julkaisuja M, 0355-7979. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirjatutkimus.
- Stewart, Ian & Joines, Vann 1987. TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis. Nottingham: Lifespace.
- Sund, Reijo 2005. Huono-osaisuus tiedollisena haasteena. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes, 38–51.
- Suomen Luterilainen Evankeliumiyhdistys; Kansanlähetyksen & OPKO 2011. Nuotta: Älä alistu! – Nuorten mediakampanja. Viitattu 27.7.2011 www.nuotta.com/kampanja Nuotta 2011.
- Suomen Settlementiliitto 2010. Pidennetty myllyhoito lopetettu toistaiseksi.

- Viitattu 14.11.2010. www.setlementti.fi Setlementtiliitto ry. Uutiset.
- Kalliolan Kiskon klinikka jatkaa toimintaansa. Poutapilvi web design Oy.
- Särkelä, Antti 2001. Välittäminen ammattina. Tampere: Vastapaino.
- Tammi, Tuukka; Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja 2009. Johdanto. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Alkoholi- ja huumeutkijain seura ry ja Edita, 7–13.
- Terapeutti 2010. Kalliolan setlementin Avokisko-hoito. Helsinki: Hoidostani vastannut terapeutti, anonyymi. Henkilökohtainen tiedonanto 22.10.2010.
- Thombs, Dennis L. 2006. Introduction to addictive behaviors. Third edition. New York: The Guilford Press.
- Torkkel, Stiina 2010. Luettelo eräistä yksilön subjektiivisista perusoikeuksista ja niihin verrattavista etuuksista hyvinvointipalveluissa. Lakiasiat. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakiasiat. Artikkeleita, julkaisuja ja ohjeita. Viitattu 20.11.2010. www.kunnat.net Suomen Kuntaliitto.
- Törrönen, Jukka 2005. Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen, Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes, 15–37.
- Valkonen, Sanna 2009. Kuuleeko kukaan? Kompleksisen trauman yhteys päihde- ja mielenterveysongelmiin ja sen merkitys kuntoutumiselle. Viitattu 21.10.2010. www.sininauhaliitto.fi/data/liitteet/microsoft_word_-_svalkonen_2009_kuuleeko_kukaan-3.pdf Suomen Mielenterveysseura.
- Ylitalo, Sami 2010. Johtaja, Kalliolan päihdetyön Avo- ja jatkohoitoyksikkö. Helsinki. Sähköpostiviesti 25.10.2010. Vastaanottaja Mai Peltoniemi. Tuloste tekijän hallussa.
- Zimberg, Sheldon 1985. Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy. Edited by Sheldon Zimberg, John Wallace & Sheila B. Blume. Second edition. New York: Plenum Publishing Corporation.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja

Sarjassa julkaistaan pääsääntöisesti Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, henkilökunnan tutkimuksia ja opinnäytetöitä sekä niiden Diakin kehittämisprojektien raportteja, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia.

B 1 Hurskainen, Eeva & Puukki, Arja 1999. Maahanmuuttajien opintojen ohjaus ja kuratiivinen toiminta

B 2 Rintatalo, Paula 1999. Kun yhteiskunnan todellisuus musertaa: kontekstuaalista teologiaa Englannissa

B 3 Gothoni, Raili, Tenhunen, Sirpa & Mallik, Bijli 1999. A future for the children: evaluation research from Calcutta

B 4 Gothoni, Raili & de Carvallio Silveira, Claudio 1999. Program for social education: evaluation report of the project in Rio de Janeiro

B 5 Mikkola, Arto & Heiskanen, Tatu 1999. OlenNainen: raportti toiminnallisesta koulutushankkeesta

B 6 Gothóni, Raili (toim.) 2000. Yhteisyyttä vapaaehtoistyössä, hoitamisessa ja päihdehuollossa: kolmen päättötyön tuloksia

B 7 Ilkka-Ahola, Sirpa 2001. Suomalaisen diakonian juurilla: Otto Aarnisalonen seurakuntadiakonia Virroilla 1895-1899

B 8 Kohonen, Sanna-Maija & Uuksulainen, Riikka & Kortelahti, Teemu 2002. "Lähe miun artteliksein": yhteisvastuukeräys yhteisöjen tukena

B 9 Kainulainen, Sakari (toim.) 2002. Neljä ikkunaa nuorisotyöhön

B 10 Kainulainen, Sakari (toim.) 2002. Työkäytäntöjä tutkimassa ja kehittämässä

B 11 Mattila, Marita 2002. Työttömän toivo - vapautuksen teologiaa Lappeenrannassa

- B 12 Huovila, Mikko 2002. Hoivaajasta vaikuttajaksi? Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden osallistuminen ja vaikuttaminen
- B 13 Välttilä, Orvokki 2002. Keneltä toivo ja tulevaisuus? Kroatian evankelisen kirkon tuki jäsenilleen sodan aikana
- B 14 Hursti, Irene 2002. Ystävyyttä yli etnisten esteiden. Tutkimus SPR:n maahanmuuttajien ystävälityksen ja neuvonnan kehittämisestä.
- B 15 Ritokoski, Sami & Valtonen, Minna 2003. Miten suunta löytyy? Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat kutsumusta, ammatillista identiteettiä ja työhön sijoittumista pohtimassa.
- B 16 Laurila, Anja 2003. Toivo ja Ilona
- B 17 Novitskij, Jaana 2003. Elämäntaitoja ryhmätyönä – kuntoutusmalli nuorille huumeidenkäyttäjille
- B 18 Laulaja, Hanna & Takamaa, Maria 2003. Viittomakielinen käänös: Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä, MCDI-lomake 8 – 16 kk
- B 19 Laine, Terhi & Haavisto, Kari & Viemerö, Jaana 2004. Sosiaalityö poliisilaitoksella. Keski-Uudenmaan kokeilun loppuraportti.
- B 20 Lehtinen, Jonna & Säilä, Sanna 2004. Seikkailujen saari - Vapaa-ajantoiminnan kehittämishanke Perheryhmäkoti Myötätuulessa.
- B 21 Manninen, Anja 2004. "Koko työyhteisön voimin" - Laadukkaat hyvinvointipalvelut ja palveluketjut -projektin loppuraportti
- B 22 Djupsjöbacka, Stefan 2004. "Valinta kokeessa" - Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan opiskelijavalintakokeiden kehittämishanke vuosina 2002 - 2003: Kartoitusraportti
- B 23 Noppari, Eija & Tanttinen, Marja-Terttu (toim.) 2004. Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus.
- B 24 Poikolainen, Päivi & Rinne, Leena & Taruvuori, Karoliina 2005. Kaupunki- ja maaseutu ympäristö koulutusvalintojen ja elämäntavan muovaajina.

- B25 Girsén, Mervi 2005. Kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyö. Solmut auki vuorovaikutteisella työn kehittämällä.
- B 26 Helminen, Jari (toim.) 2005. Kiintopisteitä nuoruusaikaan. Psykososiaalinen tuki ja työ nuorten kanssa toimittaessa
- B 27 Hämäri, Eira 2005. Orpolasten elinolot Emkhuzwenin alueella Swazimaassa
- B 28 Tikka, Irina 2005. Katulapsityön kahdet kasvot
- B 29 Mattila, Kati 2005. "Jos nainen lepää, sakaali vie kanat". Tyttöjen ja naisten asema Nepalissa.
- B 30 Helminen, Jari (toim.) 2005. Hyvinvoinnin rakentajat. Näkökulmia hyvinvointityön ja sen edellyttämän ammatillisen osaamisen kehittämistarpeisiin Uudellamaalla.
- B 31 Kortelainen, Hanna 2006. Tiedettä, tutkimusta vai kehittämistä? Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystoiminta valtion, työelämän ja akateemisen imun ristipaineessa.
- B 32 Thitz, Päivi 2006. Diakonian yhteisölliset merkitykset.
- B 33 Kinnunen, Tuula 2006. Vertaistuki erityislapsen vanhempien voimavarana.
- B 34 Markkanen, Seija, Kohonen, Sanna-Maija & Nieminen, Ari 2007. Ohjatusti työhön - oppiminen, motivointi ja sosiaalinen yrittäjäyys.
- B 35 Malinen, Anette 2007. Pakko ja autonomia. Päihteidenkäyttäjä sosiaali- ja päihdehuollossa.
- B 36 Vuokila-Oikkonen, Päivi; Kivirinta, Mervi (toim.) 2007. POVER : psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä : loppuraportti
- B 37 Leino, Irina 2008. Olla kannettuna – olla suojattuna : kertomus erään kuvataidepajan pyhiinvaelluksesta
- B 38 Noppari, Eila 2008. Monialaiset verkostot perheitä tukemassa

- B 39 Tainio, Hannele 2009. Asunnottomuuskierteessä
- B 40 Tölli, Sirpa 2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä
- B 41 Autio, Kaarina ja Rauhala, Henna 2010. Avoimet ovet. Miten toiminta tukee nuoria huumeiden käyttäjiä ja mitä he tarvitsevat asiakkaina
- B 42 Piirainen, Keijo; Kuvaja-Köllner, Virpi; Hokkanen, Joni; Mannelin, Kristiina ja Kettunen, Aija 2010. Järjestöjen vaikutukset. Arvioinnin kehittämistä kolmessa kuopiolaisessa järjestössä
- B 43 Huhtala, Katja ja Lehtinen Maria 2010. Tuetusti koulutien alkuun. Koulunsa aloittaneen lapsen kielen kehityksen ja itsetunnon tukeminen sadutuksen ja toiminnallisten harjoitteiden keinoin
- B 44 Itäniemi, Taru 2010. Ei mitään pitsinnypläystä. Television ulkomaantointijien kokemukset kriisialueilla ja niistä selviytyminen.
- B 45 Vuokila-Oikkonen, Heikkinen, Karttunen, Läksy, Maikkula & Wiens 2011. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidolliset interventiot nuorella – hyvän käytännön kuvaus
- B 46 Hintsala, Kähkönen & Pauha (toim.) 2011. Verkkoa kokemasa. Hengellisyys ja vuorovaikutus verkkoyhteisöissä
- B 47 Häkkinen Tiina 2011. Kehitysvammaisen seurakuntalaisen osallisuus kirkon kehitysvammatyössä
- B 48 Vuokila-Oikkonen Päivi & Halonen Anu-Elina (toim.) Rakentamassa ammattikorkeakouluyhteisöä

