

Misha Henriksson

---

# PÄIHDEKULTTUURISTA VALTAKULTTUURIIN

Laitoskuntoutusjaksolla olleiden päihderiippuvais-  
ten toipumisen psykososiaalisia lähtökohtia

Pro gradu -tutkielma  
Sosiologia  
Lapin yliopisto 2015

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
1. 1 Lähtökohdat .....	5
1. 2 Päihderiippuvuuden ja toipumisen kulttuuri.....	10
1. 3 PARADISE-hanke, käsitteet ja määrittelyt .....	16
1. 4 Tutkimuksen tavoitteet .....	20
1. 5 Aineisto ja menetelmät .....	22
1. 5. 1 PARADISE-aineisto ja mixed methods .....	22
1. 5. 2 Määrälliset menetelmät ja PARADISE24-kysymysarja.....	27
1. 5. 3 Laadulliset menetelmät.....	32
2 TULOKSET.....	34
2. 1. Päihdekuntoutuksen psykososiaaliset lähtökohdat .....	34
2. 1. 1 Taustatekijät.....	34
2. 1. 1. 1 Sosiodemografinen tausta.....	35
2. 1. 1. 2 Päihde- ja hoitohistoria.....	36
2. 1. 2 Psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueet .....	39
2. 1. 2. 1 Taustatekijät ja PARADISE-summapisteet .....	41
2. 1. 2. 2 Psykososiaalinen vaikeustaso .....	44
2. 2 Toipumiseen vaikuttaneet tekijät päihdekuntoutusjaksolla .....	45
2. 2. 1 Voimavarat vastaan psykososiaaliset vaikeudet .....	45
2. 2. 2 Kuntoutusjakso.....	51
2. 2. 3 Henkilötarinoita päihdekuntoutujista .....	57
2. 2. 3. 1 Vähän psykososiaalisia vaikeuksia .....	57
2. 2. 3. 2 Paljon psykososiaalisia vaikeuksia .....	60
3 YHTEENVETO JA TULKINTA.....	63
3. 1 Mitkä olivat lähtökohdat toipumiselle .....	63

3. 2 Mitkä olivat toipujien psykososiaaliset vaikeudet ja voimavarat .....	66
3. 3 Mikä oli laitostuntoutusjakson merkitys päihdekuntoutuksessa.....	68
3. 4 Mitä henkilötarinat kertoivat toipumisen etenemisestä.....	70
3. 5 Mitä oli tulkittavissa laitostuntoutuksen aloittamisen syistä.....	73
3. 6 Miten tulkita toipumisprosessia yksilön ja kulttuurin näkökulmasta .....	77
4 POHDINTA.....	80
KIRJALLISUUS JA LÄHTEET .....	84

## TIIVISTELMÄ

Tämä tutkimus on saanut alkunsa PARADISE-hankkeesta, johon osallistui yhteistyötahoja kahdeksasta eri maasta kartoittaen Euroopan unionin alueella aivotoiminnan häiriöstä diagnosoitujen ihmisten kuntoutumista ja selviytymistä arjessa. Hanke pyrki vastaamaan kahteen kysymykseen: minkälaisia haasteita diagnoosin saaneet kohtaavat sosiaalisessa ja materiaalisessa ympäristössään, ja kohtasivatko erilaisista aivotoiminnan häiriöistä kärsivät ihmisen arjessa samanlaisia psykososiaalisia vaikeuksia.

Keskityin omassa tutkimuksessani A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa keräämään aineistoon päihderiippuvaisista, jota varten oli haastateltu 80:tä laituskuntoutusjaksolla ollutta päihdekuntoutujaa. Analysoin hankkeen tuottamaa aineistoa laadullisin ja määrällisin menetelmin. Tarkoitukseni oli tutkia, minkälaisista lähtökohdista haastateltavien päihdekuntoutus ja tie valtakulttuurin osalliseksi alkoi ja, kuinka lähtökohdat mahdollisesti ennustivat itse päihdekuntoutusjakson etenemistä. Lähtökohtien arvioimisen perustana käytin hyödyksi kyselyaineistosta laskettua psykososiaalisten vaikeuksien määrää. Halusin myös tarkastella, mikä oli päihderiippuvaisten oma subjektiivinen käsitys päihdekuntoutukseen ja laituskuntoutusjaksoon vaikuttavista tekijöistä, kuten psykososiaalisista vaikeuksista, voimavaroista ja laituskuntoutuksesta toipumisprosessissa. Haastateltavat olivat päihdekuntoutuksessa alkoholiriippuvuuden, huume- tai lääkeriippuvuuden tai näiden yhdistelmäriippuvuuden takia. Osa haastateltavista oli päihdekuntoutuksessa opioidikorvaushoidon vuoksi.

Psykososiaalisten vaikeuksien määrässä päihdekuntoutujien välillä oli eroja koulutustason ja aiempien laituskuntoutusjaksojen perusteella. Huomattavin ero ilmeni kuitenkin kuntoutusjaksolla olemisen syissä eli, minkä päihderiippuvuuden tai päihdehoitomuodon vuoksi päihdekuntoutuksessa oltiin. Korvaushoidossa olleilla oli muista syistä laituskuntoutusjaksolla olleita vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia. Tämä oli yllättävää huomata, koska opioidiriippuvuuteen oli yleensä liitettävissä pitkä ja rankka päihde- ja henkilöhistoria. Korvaushoidossa olevilla päihdekuntoutus ja korvaushoitolääkitys itsessään olivat merkittäviä voimavaroja, sillä korvaushoitolääke auttoi monia jaksamaan ja suoriutumaan arkitoiminnoista. Vaikka korvaushoidossa olleiden lähtötilanne oli psykososiaalisten vaikeuksien valossa kenties muita parempi, laadullisen aineiston perusteella se ei kuitenkaan ennustanut, ainakaan päihdekuntoutusjakson etenemisen kannalta, myönteistä lopputulosta päihdekuntoutukselle: yli puolet korvaushoidossa olleista haastateltavista lopetti hoitojakson kesken.

Pohdin kuntoutukseen liittyvää toipumisprosessia laajemmin kulttuurisesta näkökulmasta eräänlaisena siirtymispyrkimyksenä päihdekulttuurista valtakulttuuriin. Psykososiaalisten vaikeuksien rooli päihderiippuvaisen arjessa ilmaisi osaltaan sitä, miten päihderiippuvuudesta kärsivään ja siitä toipuvaan suhtaudutaan ympäröivässä yhteiskunnassa ja minkälaisia haasteita he joutuvat kohtaamaan sosiaalisessa ja materiaalisessa ympäristössä. Oma merkittävä roolinsa kuntoutumisessa ja toipumisessa on päihderiippuvaisen lisäksi valtakulttuurilla ja yhteiskunnalla.

*Avainsanat: psykososiaalinen vaikeus, päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, laituskuntoutus, korvaushoito, valtakulttuuri*

# 1 JOHDANTO

## 1. 1 LÄHTÖKOHDAT

Tässä tutkimuksessa keskityn tarkastelemaan ihmisiä, joiden päihteiden käyttö oli sosiaalisesti, psyykkisesti ja fyysisesti muokannut arkielämän kokemista ja osallisuutta radikaalisti heikentävällä tavalla. Päihdeongelma oli heillä muodostunut niin suureksi, että siitä ei nähty olevan mahdollista selvitä ilman ulkopuolista apua, jolloin he olivat syystä taikka toisesta päätyneet päihdekuntoutukseen. Tutkimuksellani pyrin nostamaan esille päihderiippuvaisten subjektiivisia kokemuksia tilanteestaan päihdekuntoutuksen aikana sekä tarjoamaan vastauksia kuntoutuksen kannalta pulmallisen kysymyksen: kuinka yhteiskunta suhtautuu, tukee ja mahdollistaa osallistumisen päihdekuntoutujille matkalla toipumiseen.

Tutkimusasetelmani kannalta on syytä korostaa eroa päihderiippuvuuden sekä suurkulutuksen ja riskikulutuksen välillä. Päihderiippuvuus on seurausta usein vuosien mittaisesta suurkulutuksen ylittävästä käytöstä, joka on aiheuttanut usein psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia muutoksia. Päihderiippuvuuden synty ja vaikutukset ovat myös kiinni siitä, minkä tyyppisestä päihteestä on kyse ja kuinka päihteitä kulutetaan. Esimerkiksi alkoholiriippuvaisella ja neulahuumeita käyttävällä päihderiippuvuus ilmenee ja toteutuu eri tavalla. Yhteistä on kuitenkin se, että päihteet ovat pitkälti elämää ja arkea määrittävä tekijä.

Tutkimus pohjautuu vahvasti PARADISE-hankkeeseen, josta kerron tarkemmin luvussa 1. 3. Hankkeen pohjalta olen käsitellyt psykososiaalisten vaikeuksien roolia toipumisessa. Tässä tutkimuksessa käsitellään päihderiippuvaisten kuntoutusprosessin alkua ja etenemistä sekä siihen liittyvä haasteita, josta puhun *toipumisen psykososiaalisina lähtökohtina*. Oman määrittelyni mukaan toipuminen on tarkoittaa sitä, minkä esimerkiksi päihdekuntoutus voi mahdollistaa, jotta päihderiippuvaisen osallistuminen ja toimintakyky valtakulttuurisessa kontekstissa säilyvät tai palautuvat. Päihdehuoltoon pääsy eli

päihdekuntoutuksen aloittaminen on ollut osa prosessia, joka on tarjonnut keinoja irtaantua päihderiippuvuudesta tai oppia elämään sen kanssa.

Suomalainen päihdekenttä rakentuu historiallisesti ja yhä edelleen vahvasti alkoholin ympärille. Alkoholista aiheutuu vuosittain merkittäviä haittoja taloudellisesti ja kansanterveydellisesti, jonka takia sen kulutusta on pyritty hillitsemään vaihtelevalla menestyksellä. Merkittäviä muutoksia ovat olleet muun muassa kieltolakikokeilu, oluen myynnin laillistaminen ruokakaupoissa ja vuoden 2004 verouudistus, jossa alkoholin verotusta kevennettiin tuntuvasti. Viimeksi mainittu muutos nähtiin erityisen epäonnistuneena ja sen on osoitettu vauhdittaneen alkoholin haitallista kulutusta ja sitä seuraavia sosiaalisen eriytymisen kasvua sekä terveydellisiä haittoja (ks. mm. Kaukonen 2013 ja Hakkarainen 2013). Viime vuosina alkoholitottumuksissa on tapahtunut kehitystä niin, että naisten juominen on kasvanut merkittävästi saavuttaen miesten kulutusta (Tigerstedt 2013; Ahlström 2013). Näyttäisi myös siltä, että nuorten alkoholinkäyttö olisi laskussa, kun taas eläkeläisillä kulutus on kasvanut (Ahlström 2013).

Toisen osan suomalaisesta päihdekentästä muodostavat laittomat päihteet eli huumeet ja lääkkeiden väärinkäyttö. Kansainvälisesti huumausaineiksi määritellään aineet, valmisteet ja kasvit, jotka ovat kirjattuna YK:n huumaus- ja psykotrooppisia aineita koskevaan yleissopimukseen (Tanhua ym. 2012, 18). Tämän lisäksi määrittelyyn vaikuttavat EU:n säädökset ja kansalliset luokitukset. Huumausaineiden käytöstä, myynnistä, jakelusta sekä päihdehaittojen hoidosta on lainsäädäntönsä, jotka tekevät niistä rikollista toimintaa (mm. Partanen 2002, 26).

Suomessa on voimassa päihdehuoltolaki (41/1986), jota täydentää päihdehuoltoasetus (653/1986), jotka velvoittavat kunnat tarjoamaan päihdehuollossa kysyntää vastaavaa palvelua (Tanhua ym. 2012, 146) sekä kuntoutuksen suunnittelua. Yleensä kunnat ovat tilanneet laitoshuollon palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta, kuten järjestöiltä ja hoitoalan yrityksiltä. Palvelujen tilaamiseen on vaikuttanut hankintalaki (30.3.2007/348), jossa kunnat joutuvat kilpailuttamaan palvelun tarjoajat hinnan mukaan. Vuonna 2012 Suomessa oli 70–80 päihdeongelmallisille suunnattua kuntoutuslaitosta. Alkoholi- ja huumeekuntoutusta ei ole yleensä eriytetty (emt., 146–149).

Suomalainen päihdehuolto sai 1950-luvulla vaikutteita uuden aallon sosiaalityöstä, jossa otettiin oppia angloamerikkalaisesta ongelmakeskeisestä sosiaalityöstä (Raunio 2004, 20) ja *case work* -toimintaperiaatteesta, jossa potilaita kohdellaan tapauksina, jotka vaativat kokonaisvaltaista kuntouttamista (Ahonen 1997, 50; Weckroth 2007, 428). Ongelmakeskeisyys erosi aikaisemmasta järjestelmäkeskeisestä ajattelumallista siinä, että ongelman ei ajateltu aiheutuvan ainoastaan yhteiskunnan luomista ongelmista vaan taustalla olivat ihmisen toimintaan ja välittömään sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät (Raunio 2004, 22; Granfelt 1993, 179–182). Ketään ei myöskään voitu pakottaa hoitoon. Hoidon vapaaehtoisuus ja avohoito lakkauttivat laitosten pakkohoidon Suomesta lähes kokonaan (Mäkelä & Murto 2013, 91). Uusi lähestymistapa sai vankempaa jalansijaa samoihin aikoihin hyvinvointivaltion kehittämisen kanssa (Ahonen 1997, 88).

Huumeongelmia on hoidettu 1970-luvulta lähtien A-klinikkasäätiön ylläpitämissä nuori-soasemissa (Ahonen 2005, 165–169). Huumeriippuvuuksien hoito siirtyi 1970-luvulla psykiatrisesta hoidosta sosiaalipalveluiden piiriin (Tanhua ym. 2012, 141), mutta huumeisiin liittyvä hoito ja terapia kehittyivät Suomessa kuitenkin hitaasti (Partanen 2002, 27). Huumeiden käyttäjiä hoidetaan usein samassa paikassa kuin alkoholiriippuvaisia. Pääasialliset päihteet ja käyttäjäosuudet, joiden takia Suomessa hakeuduttiin hoitoon vuonna 2010, olivat opiaatit (59 %), stimulantit (13 %), alkoholi (11 %), kannabis (10 %) ja lääkkeet (6 %) (Tanhua ym. 2012, 56). Huumeiden käytön saralla on Suomessa tyypillistä käyttäjien huumehistorian lyhyys, suhteellisen nuori ikä sekä alun perin korvaushoitolääkkeenä käytetyn buprenorfiinin suonensisäinen käyttö (emt.).

Suomessa huumeongelmien ja -riippuvuuden hoitokeinot ovat olleet:

- Kokonaan lääkkeettömät hoidot
- Lääkkeelliset, ei opioideja sisältävät hoitovaihtoehdot
- Lääkkeelliset, enintään kuukauden kestävät, buprenorfiinia, buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmistetta tai metadonia sisältävät vieroitushoitovaihtoehdot
- Lääkkeelliset, yli kuukauden kestävät, buprenorfiinia, buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmistetta tai metadonia sisältävät korvaus- ja ylläpito-hoidot (Knuuti 2007, 23)

Lääkkeellisiä hoitovaihtoehtoja ovat muun muassa korvaus- ja ylläpitohoidot. Vuonna 2008 Sosiaali- ja terveysministeriö tarkensi korvaushoitoa koskevia määräyksiä. Korvaushoidon aloittamisen perusteeksi tuli kykenemättömyys vieroittua opioideista. Hoitoa voidaan antaa muun muassa terveyskeskuksissa ja korvaushoitolääkkeet on mahdollista saada apteekista. (Selin 2011, 30).

Päihdehuollon pyrkimykset ja keinot ovat lääketieteellisiä sekä sosiaalisia ja yhteiskunnallisia. Perinteisessä mielessä toipumisen tavoite on ollut raittius eli päihteistä eroon pääseminen. Täysriippuvuus on hoidollisena ja kuntoutuksellisenä tavoitteena selkeä, mutta voi heikentää motivaatiota hakea kuntoutukseen, eikä raittius itsessäänkään takaa välttämättä ongelman ratkaisua (ks. Levola, Aalto, Holopainen, Cieza & Pitkänen 2013). Nykyään kuntoutus ei enää kohdistu pelkästään päihdeongelmaiseen itseensä vaan myös hänen ympäristöönsä. Kuntoutujan haasteet nähdään psykososiaalisena kokonaisuutena, joka laajentaa siten itse kuntoutusprosessin hänen kaikille elämän osaluilleen (mm. Knuuti 2007, 25).

Tutkiessani päihderiippuvuudesta toipuvien kuntoutuksen aloittaneiden psykososiaalisia lähtökohtia, pyrin laajentamaan tarkastelua myös yhteiskunnalliselle ja kulttuuriselle tasolle. Otin tavoitteeksi pohtia toipumisprosessia siirtymispyrkimyksenä päihdekulttuurista kohti valtakulttuuria. Oletuksenani oli, että toipujat eivät joudu painimaan pelkästään omien riippuvuutensa tuomien haasteiden kanssa, vaan myös päätyvät kohtaamaan ympäristön asenteet ja esteet. Ei ole olemassa kliinistä hoitoa tai lääkettä, joka parantaisi toipujan yhteiskunnallisen ja sosiaalisen aseman. Joillakin side valtakulttuuriin oli säilynyt ja tie toipumiseen saattoi olla tätä kautta helpompi.

Tutkimus etenee seuraavasti. Käsittelen johdantoluvussa päihderiippuvuuden ja toipumisen käsitteellisiä ja teoreettisia ulottuvuuksia sekä esittelen tutkimuksen alkuun syynneen PARADISE-hankkeen, josta voin kiittää tässä tutkimuksessa hyödyntämäni aineistoa ja psykososiaalisen vaikeuden viitekehystä. Sen jälkeen tarkennan tutkimuksen tavoitteet ja esittelen tutkimuskysymykset. Koska aineisto koostuu sekä määrällisistä laadullisista osista, on menetelmien esittelyn yhteydessä pohdittu eri menetelmien hyödyntämistä samassa tutkimuksessa.



Toisessa luvussa esitellään tutkimuksen tulokset kahdessa laajassa kokonaisuudessa, joista ensimmäinen kohta käsittelee toipujien taustoja ja lähtökohtia psykososiaalisten vaikeuksien määrän perusteella. Toinen kohta tarkastelee lähemmin toipujien subjektiivisia kokemuksia omista voimavaroistaan, psykososiaalisista vaikeuksistaan ja kuntoutuksen merkityksestä toipumisprosessilleen. Lisäksi laajennan subjektiivisten kokemusten tulkintaa henkilötarinoiden kautta, jotka syventävät kuvaa toipujien lähtökohdista ja päihdekuntoutusjakson ulkopuolisesta tilanteesta.

Kolmannessa luvussa analyysin tulokset vedetään yhteen ja tulosten pohjalta esitetään tulkintoja ilmiöstä muutaman analyysin pohjalta nousseen lisäkysymyksen kautta. Neljännessä ja viimeisessä luvussa pohditaan ilmiön laajempaa yhteiskunnallista ja kulttuurista merkitystä tutkimuksen tulosten antamassa valossa. Viimeisessä luvussa pohdin myös jatkokysymyksiä, joita tulokset herättivät sekä pohdin reflektiivisesti tutkimukseni onnistumista ja etenemistä.

## 1. 2 PÄIHDERIIPPUVUUDEN JA TOIPUMISEN KULTTUURI

Riippuvuus on klassisessa mielessä ehdollistumista, aivokemioiden muutosta, jossa aineen käytöstä tai toiminnasta tulee elämää ohjaileva voima. Lääketiede näki pitkään riippuvuuden sairautena, joka täytyy tavalla tai toisella parantaa, mutta viime vuosikymmeninä päihderiippuvuuden määrittelemistä parantumattomaksi sairaudeksi on pyritty välttämään. Uusimman ICD-10 -tautiluokitusten mukaan päihderiippuvuus ei ole *sairaus* vaan mielenterveyden ja käyttäytymisen *häiriö* (Komulainen & Hämäläinen 2011, 242–254). Tätä luokitusta noudattelevat Kalervo Kiiänmaa (2013, 43–52), joka määrittelee riippuvuuden alkoholiin eli alkoholismiin ”alkoholin käytön hallitsemattomuudeksi” ja Kari Pylkkänen (2013a, 104–108), joka näkee riippuvuuden ”pakonomaiseksi tarpeeksi harjoittaa jotakin tai kokea tietynlaista tunnetta”, jota jatketaan, vaikka seuraukset ovat haitalliset.

Tutkimuksessani keskityin tarkastelemaan päihderiippuvuutta sosiaalitieteellisestä näkökulmasta. Päihderiippuvuuden ymmärtäminen sosiaalisena ongelmana voidaan historiallisesti tulkita myös kritiikkinä lääketieteellistä näkemystä kohtaan. Sosiologi Robert Granfield (2004, 29) on kirjoittanut, että medikalisoitu riippuvuusmäärittely sulkee liian paljon sosiaalisen ulottuvuuden henkilökohtaisen kokemuksen tieltä. Sosiologiassa ja sosiaalitieteissä riippuvuutta yritetään ymmärtää paljolti sen syntyihin vaikuttavien mekanismien kautta. Näitä ovat muun muassa kulttuuri, globalisaatio ja markkinatalous. Esimerkiksi sosiaalityössä riippuvuuden nähdään olevan yhteydessä yksilön syrjäytymiseen ja marginalisoitumiseen (ks. Knuuti 2007, 17–18) valtavirrasta, eli siitä, jota kuvaan tässä tutkimuksessa valtakulttuurina.

Monet klassiset sosiologian teoriat näkevät riippuvuuden epäonnistuneena integroitumisyrittäksenä valtakulttuuriin ja yhteiskuntaan. Muun muassa sosiologi Robert K. Mertonille riippuvuus tarkoitti eräänlaista yhteiskunnan tuottamaa *anomia* (Selin 2011, 23; myös Hakkarainen 1992, 27) eli dürkheimilaisittain tilaa, jossa . Chicagon koulukunnassa tulkittiin 1900-luvun alussa päihderiippuvuutta osana symbolista interaktionismia lei-

mautumisteorian avulla. Sen mukaan yhteisö määrittelee normin ja normista poikkeavan käytöksen, jossa normista eli valtakulttuurista poikkeaminen johtaa ulossulkemiseen ja yksilön niin sanottuun itseidentifikaatioon yhteiskunnan ulkopuolisena, vaikkapa päihteisiin liittyvän alakulttuurin edustajana (Hakkarainen 1992, 28). Itseidentifikaatio voi selittää, miksi joku mieltää itsensä vaikkapa *narkkariksi*. Myös 1900-luvun alkupuolella vaikuttanut sosiologi Alfred Lindesmith (ks. Weinberg 1997) näki riippuvuuden kehittymisen prosessina, joka tapahtuu yksinomaan sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta.

Psykologi Bruce K. Alexander (2004) on tulkinnut riippuvuutta laajemmin yhteisön ja kulttuurin aikaansaamana, erityisesti länsimaisen markkinatalousyhteiskunnan tuottama ilmiönä. Esimerkkinään hän on käyttänyt Kanadan intiaaneja, joilla länsimaisen elämäntyylin vaikutuksesta ilmenee paljon alkoholisoitumista (ks. Selin 2011). Alexander on kuvannut riippuvuuden ilmenemistä *psykososiaalisen integraation, dislokaation ja addiktion* kautta (emt., 14–16).

Psykososiaalinen integraatio on yksinkertaisimmillaan sitä, että yksilö sosialisoituu perheensä ja ympäristönsä kautta. Siihen kuuluvat kehityspsykologiasta tutut tehtävät, jotka epäonnistuessaan johtavat dislokaatioon eli vapaasti suomennettuna siirtymään tai sijoiltaan menemiseen. Dislokaatiota voi tapahtua missä yhteisöissä tahansa, mutta tyypillisintä se on ”vapaan markkinatalouden yhteiskunnissa”, koska ne ”massatuottavat dislokaatiota” (emt.). Markkinatalouden tuomat vaatimukset lisäävät erilaisten yhteisöön integroivien tekijöiden määrää. Yksilö on vastuussa itsestään ja toiminnastaan suuremmille määrille erilaisia yhteisöjä.

Addiktio, eli toisin sanoen riippuvuus, tuo tavan hallita ja mukautua dislokaatioon. Ihmiset pyrkivät psykososiaalisesti integroitumaan ”rajattujen elämäntyylien” kautta, joiden kautta he voivat samaistua esimerkiksi ”narkkariksi”, ”alkoholistiksi”, ”himokuluttajiksi”, ”fanaatikoiksi” ja ”työnarkomaaniksi”, jotka ovat kaikki ”addiktio-elämäntyytlejät” (emt., 16). Addiktio tarjoavat ja liittävät yhteen ihmisiä muun muassa alakulttuureissa. Tällaiseen alakulttuuriin kuulumisen voi olla monelle monista haitoistaan huolimatta parempi vaihtoehto kuin täysin yhteisöjen ulkopuolelle jääminen.

Myös itse päihteisiin ja niiden käyttöön liittyvät omat kulttuuriset erityispiirteensä. Esimerksi Mikko Salasuo ja Kati Rantala (2002, 42) ovat jakaneet huumeiden käyttäjät käyttökulttuurien mukaan kolmeen luokkaan: kokeiluun, viihdekäyttöön sekä ongelmakäyttöön, joista suurin osa jää kokeilijoiksi. Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (ks. emt., 2002, 44) mukaan ongelmakäytössä ”käytetään erittäin vaarallisia aineita, käyttö on suonensisäistä, käyttöön on voimakas riippuvuus tai käytöstä aiheutuu käyttäjälle vakavia terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja”. Jussi Perälä (2002, 70) on luokitellut ongelmakäyttäjiä sekakäyttäjiksi ja narkkareiksi. Ensimmäiseksi mainitut käyttävät päihdyttäviä aineita laidasta laitaan ja jälkimmäiset keskittyvät amfetamiiniin ja heroiniin, joista jälkimmäisen on nykyään korvannut suurimmaksi osaksi korvaushoitolääkkeet. Pekka Hakkarainen (2002, 86–87) tulkitsee narkomaaneilla käytön ja aineiden hankkimisen määrittelevän pitkälti arjen sisällön. *Kaman* hankkiminen on työtä ja arki pyörii päihdeiden ympärillä. Käyttöpaikalle tai aineelle ei ole väliä toisin kuin viihdekäytön kontekstissa. Täysin sattumanvaraista ei tämänkään käyttökulttuurin toiminta ole. Narkomaaniryhmän sisällä ovat tiukat sääntönsä ja rajansa (Perälä 2002, 75). Esimerkiksi ilmiantaminen eli ”vasikointi” on huumeisiin liittyvissä käyttökulttuureissa rangaistavaa (emt. 2011).

Päihteisiin liittyvä kulttuurinen sidonnaisuus ja integraatioituminen asettavat jo sinänsä isot haasteensa päihderiippuvuudesta toipumiselle. Monessa tapauksessa toipuminen edellyttää psyykkisiä, sosiaalisia, yhteiskunnallisia ja materiaalisia voimavaroja, joilla päihderiippuvuudesta itsessään voi päästä kuiville. Ulla Knuuti (2007, 41) on tutkinut huumeriippuvaisten keinoja ylläpitää päihteetöntä elämää ja määritellyt päihteistä irtottautuneiden arkielämän rungon:

- Elinolosuhteet (asuminen, koulutus- ja työtausta, taloudellinen tilanne, terveys)
- Päihteettömyyden peruselementit (huumeeton elämäntapa orientaatioperustana, suhtautuminen päihteisiin, riskitilanteet, korvaavat addiktiot)
- Sosiaaliset suhteet ja tuki (lähiverkosto, muut sosiaaliset suhteet, julkisen auttamisjärjestelmän tuki, vertaisryhmät toipumisen tukena)
- Arkielämä (arkielämä ja mielenkiinnon kohteet, työ ja vapaa-aika arjen jäsentäjänä, arki ja toiseuden tunne)

- Subjektiviteetti (arvot, elämäntilanteen arviointi).

Edellä kuvatut asiat auttoivat tai haittasivat suoraan tai välillisesti irrottautumaan päihdeongelmasta. Kuntoutumisen lähtökohtia ja tavoitetiljoja Knuuti (emt., 31) on kuvannut termeillä huumeekulttuuri ja toipumiskulttuuri. Toipumiskulttuurin erot huumeekulttuuriin ovat niiden osallistavassa ja valtakulttuuriin liittävässä tekijöissä, jolloin kuntoutujan eli toipujan identiteetti ei rakennu pelkästään päihdeongelmaa ylläpitävän ja lisäävän toiminnan ympärille. Toipumiseen sisältyvää niin sanottua toipumiskulttuuria rakennetaan ”yhteisösuhteiden” avulla, jossa sosiaalinen pääoma on yksilön identiteettiä määrittävä tekijä. Sosiaalista pääoma määrittyy tässä tapauksessa ”kansalaisia toisiinsa yhdistävinä verkostosuhteina, normeina ja luottamuksena”. (emt., 41).

Kulttuurisosiologian klassikko Pierre Bourdieu (1986) tarkoitti sosiaalisella pääomalla pysyvien yhteenliittymien tuottamaa potentiaalista resurssia kunkin yhteenliittymän jäsenille, joka mahdollistaa henkilökohtaisen arvon nousun erilaisilla yhteiskunnallisilla *kentillä*. Yhteenliittymiä voivat olla esimerkiksi sosiaaliset instituutiot kuten suvut tai yhteiskuntaluokka (emt., 248–249). Myös viime aikaisemmassa tutkimuksessa sosiaalista pääomaa on käytetty kuvaamaan siirtymää yhteiskuntaluokasta ja -asemasta toiseen. Hawkins ja Abrams (2007) ovat hyödyntäneet tutkimuksessaan Gitellin sekä myöhemmin Szreter & Woolcockin kehittämän sosiaalisen pääoman mallia, joka kuvaa yhteiskunnallisen ja sosiaalisen nousun mahdollistavia tekijöitä:

- *Bonding*: Sosiaalinen pääoma koostuu ryhmän tai verkoston suhteista, joissa yksilöt kokevat yhtenäisyyttä, joka perustuu heidän itsensä ja jaettujen kokemusten samankaltaisuuteen. Siirtyminen yhteiskuntaluokasta tai ryhmästä toiseen on tässä tapauksessa vaikeaa, koska linkkiä toisiin ryhmiin ei ole tarjolla.
- *Bridging*: Sosiaalinen pääoma koostuu yhteenkuuluvuuden tunteesta ja suhteista, joissa yksilöiden lähtökohdat, sosioekonomiset taustat, koulutus, etninen tausta tai vaikkapa ikä poikkeavat toisistaan huomattavasti. Esimerkiksi sosiaalisen pääoman vuorovaihto eri yhteiskuntaluokkia edustavien yksilöiden välillä mahdollistaa yhteiskunnallisen ja sosiaalisen kehittymisen.

- *Linking*: Sosiaaliset suhteet, joissa yksilö on suotuisassa vuorovaikutuksessa hänen asemaansa vaikuttaviin instituutioihin tai henkilöihin, voivat edesauttaa muun muassa yksilön työuraa ja sitä kautta paremman yhteiskunnallisen ja sosiaalisen aseman saavuttamisesta. (ks. emt. 2033).

Edellä kuvatun kautta sosiaalinen pääoma mahdollistaa pyrkimysten saavuttamisen ja sekä mahdollistaa yhteiskunnallisen, sosiaalisen ja sitä kautta kulttuurisen kehittymisen. Sosiaalisen pääoman toipumiseen ja kuntoutukseen yhdistää toipumispääoman käsite (*recovery capital*). Erona sosiaaliseen pääomaan, toipumispääoma kattaa kaikki toipumiseen vaikuttavat sosiaaliset, ympäristölliset ja materiaaliset tekijät. J. L. Terrionin (2013, 4–5) mukaan toipumispääoma tarkoittaa kuntoutujan ”sisäisten ja ulkoisten resurssien laatua ja määrää mukaan lukien suhteet [...] joilla henkilö kohtaa ja ylläpitää päihderiippuvuudesta toipumisen”. Toipumispääoman käsite on vielä suhteellisen tuore, joten sitä hyödyntäviä suomalaisia tutkimuksia ja opinnäytetöitä ei löytynyt kovinkaan montaa. Nostan näistä esiin kaksi päihderiippuvuuden kannalta mielenkiintoista tutkimusta.

Lauri Kankaanrinne (2008) on tutkinut muutostilanteita, jotka motivoivat irtautumiseen päihdeongelmasta. Muutostilanteet ovat hetkiä, joissa yksilö pysähtyy arvioimaan tilannettaan uudesta näkökulmasta. Nämä hetket voivat olla seurausta kriiseistä, jotka aiheutuvat muutoksista lähipiirissä ja suhteissa läheisiin. Kriisin seurauksena oleva käännekohta motivoi ja tuottaa sitä kautta toipumispääomaa. (emt., 80)

Katja Kuusisto (2010, 290) on linkittänyt toipumispääoman alkoholiongelmiaisten ”muutosvalmiuteen”. Toipumispääoma auttaa mahdollistamaan alkoholiongelmasta toipumisen ilman institutionalisoitunutta ja ulkopuolista hoitoa. Kuusisto kuvaa tätä ”spontaanitoipumiseksi”:

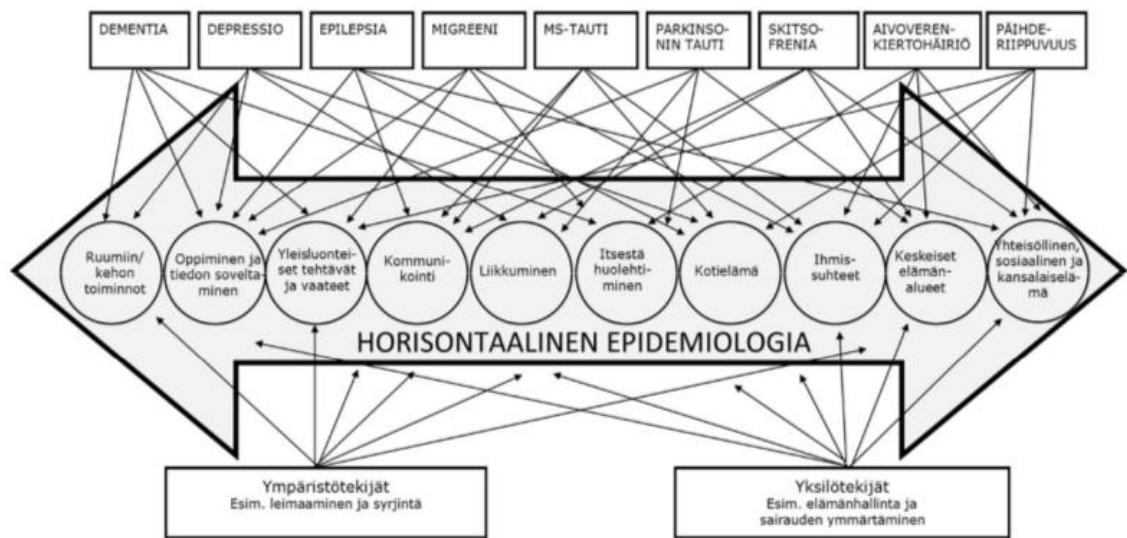
Aineiston perusteella näyttää siltä, että *spontaanitoipujilla* on enemmän sekä psyykkisiä työkaluja, tietoja ja taitoja (vrt. Cloud & Granfield 2001, 97–99) että sosiaalista pääomaa [...] *Spontaanitoipujilla* rankan juomisen aikana eri elämän osa-alueet ovat säilyneet sen kaltaisina, että niiden kautta on mahdollistunut tuki juomisen lopettamiseen. (emt., 169).

Spontaanin toipumisen edellytyksenä näytti olevan, että yhteys valtakulttuuriin ja yhteiskunnan osatekiöihin oli säilynyt.

Toipumispääoman avulla voidaan soveltaa ja laajentaa sosiaalisen pääoman tulkintaa päihdekuntoutuksen kontekstissa. Käsitteen avulla voidaan kuvata sitä, miten paljon kuntoutuja joutuu tekemään työtä saavuttaakseen tavoitetilansa ja auttaa arvioimaan sitä, mitkä ovat toipumisen lähtökohdat. Toisin sanoen, onko kuntoutujalla paljon vai vähän toipumispääomaa.

### 1. 3 PARADISE-HANKE, KÄSITTEET JA MÄÄRITTELYT

PARADISE on yhdistelmä sanoista *Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe*. Nimensä mukaisesti hankkeen tarkoituksena oli kartoittaa psykososiaalisia tekijöitä, jotka olivat yhteisiä eri aivotoiminnan häiriöistä kärsivillä ihmisillä. Tämän ajattelun lähtökohtana toimi *horisontaalinen epidemiologia*. PARADISE-hankkeen suurena tavoitteena oli yhteisen arviointimenetelmän kehittäminen eri aivotoiminnan häiriöille. Professori Alarcos Cieran johdolla toteutetussa hankkeessa osallisena oli kymmenen eri instituutiota ympäri Eurooppaa (Cieza ym. 2015a).



**KUVA 1.** PARADISE-HANKKEEN VIITEKEHYKSENÄ TOIMINUT HORISONTAALINEN EPIDEMIOLOGIA (PITKÄNEN, KASKELA, TOURUNEN, LEVOLA, HOLOPAINEN 2014)

Hankkeeseen valittiin mahdollisimman laaja-alaisesti edustava otos aivotoiminnan häiriöistä: dementia, epilepsia, migreeni, Ms-tauti, Parkinsonin tauti, skitsofrenia, depres-



sio, aivoverenkiertohäiriöt ja päihderiippuvuus, jotka kaikki perustuivat ICD-10-luokitukseen. Aivotoiminnan häiriöiden skaala ulottui neurologisesta psykiatriseen ja niiden vaikutus potilaiden elämään vaihteli suuresti. Hankkeen tarkoituksena oli laajentaa käsitystä aivotoiminnan häiriöstä diagnosoitujen ihmisten psykososiaalisista vaikeuksista, jotka vaikuttavat elämiseen ja arkeen (Final Report Summary – PARADISE 2015). PARADISE-hankkeen viitekehystenä toimi horisontaalinen epidemiologia (Kuva 1), jonka pohjana oli ajatus, että eri aivotoiminnasta kärsivät ihmiset kokevat samanlaisia psykososiaalisia vaikeuksia. Euroopan laajuisesti suoritettiin PARADISE-hanketta varten yhteensä 722 haastattelua.

Suomessa osuus hankkeessa oli kerätä 80 haastateltavan aineisto koskien päihderiippuvuutta (Pitkänen ym. 2014), josta on rakentunut myös tämän tutkimuksen aineisto. Hankkeeseen osallistui Suomesta A-klinikkasäätiön tutkimusryhmä vastuuhenkilöinä Tuuli Pitkänen ja Antti Holopainen. PARADISE-hankkeen toteutuksen keskeinen osa olivat systemaattiset kirjallisuuskatsaukset aiemmin mainittujen yhdeksän aivotoiminnan häiriön osalta (Cieza ym. 2015a). Suomessa toteutettiin kirjallisuuskatsaus koskien alkoholiriippuvaisten terveyttä ja elämänlaatua. Alkoholiriippuvuus oli yhteydessä heikentyneeseen terveydentilaan sekä sosiaaliseen ja henkiseen toimintakykyyn (Levola ym. 2013a). Toinen, edeltävää laajempi kirjallisuuskatsaus koski toimintarajoitteita ja osallisuuden heikentymistä alkoholiriippuvuuden näkökulmasta, jonka perusteella eniten vaikeuksia tuottivat muun muassa vuorovaikutustilanteet sekä taloudelliset ja työelämään liittyvät tekijät (Levola ym. 2013b).

PARADISE-hankkeessa päihderiippuvuus on määritelty Maailmanterveysjärjestön ICD-10 tautiluokituksen mukaan (WHO 2010), jossa se on luokiteltu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiksi. Määrittelyn perustana tukena toimi myös Amerikan psykiatrialiton DSM-IV -luokitus. PARADISE-hankkeeseen osallistuneiden haastateltavien täytyi

täyttää luokituksen mukaiset päihderiippuvuuden kriteerit<sup>1</sup>. Henkilökohtaisten haitta-vaikutusten lisäksi päihderiippuvuus nähtiin tuottavan paljon kustannuksia yhteiskunnalle sekä kielteistä sosiaalista leimaa riippuvuudesta kärsivälle. Päihderiippuvuuksissa PARADISE-hankkeessa tarkasteltiin erityisesti alkoholiriippuvuutta, mutta aineistoon valikoitui myös muista substansseista riippuvaisia, erityisesti opioidi- ja lääkeriippuvaisia. Päihderiippuvuuden kriteerit täyttyvät ICD-10 mukaan, jos henkilöllä on ollut toistuvasti vähintään kuukauden ajan vähintään kolme seuraavista oireista:

- voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää päihdettä
- alentunut kyky hallita aineen käytön aloittamista, lopettamista tai käytettyä määräämisellä
- vieroitusoireet
- osoitus sietokyvyn kasvusta (esim. tarve suurempiin määriin päihtymistilan aikaansaamiseksi)
- päihteen muodostuminen elämän keskipisteeksi ja muiden tärkeiden asioiden laiminlyöminen
- aineen käytön jatkuminen huolimatta tiedossa olevista selvästi haitallisista seurauksista. (WHO 2010)

Hankkeen pohjalta syntyi 24 kysymyksen työkalu eli PARADISE24-mittari, jolla psykososiaalisten vaikeuksien määrää voitiin arvioida PARADISE-summapisteellä (Cieza ym. 2015b), sekä Suomen ja päihdetyön kontekstiin luotu Paradise24fin-lomake, joka palvelee hoidollisena työkaluna (Pitkänen ym. 2014). PARADISE24-mittarista lisää luvussa 1.5.

<sup>1</sup> ICD:ssa eri päihderiippuvuutta tuottavat aineet on luokiteltu seuraavasti: Alkoholiriippuvuus (ICD F10.2) eli "Alkoholin käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö riippuvuusoireyhtymä"; Opioidiriippuvuus (F11.2) eli "Opioidien käytön aiheuttamana riippuvuusoireyhtymänä". Muut ovat kannabis (F12.2), rauhoittavat lääkkeet (F13.2), kokaiini (F14.2), muut piristeet (F15.2), hallusinogeenit (F16.2), tupakka (F17.2), liuottimet (F18.2) ja useat lääkeaineet tai muut psyykkisiin toimintoihin vaikuttavat aineet (F19.2). (WHO 2010)

Tämän lisäksi esimerkiksi horisontaalisen epidemiologian viitekehystä ja psykososiaalisten vaikeuksien arviointia on hyödynnetty neurologisista häiriöistä kärsiviä ihmisiä koskevassa tutkimuksessa (Coenen ym. 2015).

Tässä tutkimuksessa psykososiaalisuudella tarkoitetaan lavasti ottaen yksilön ymmärtämistä psyykkisenä, sosiaalisena ja fyysisenä kokonaisuutena. Psykososiaalisuus voidaan ymmärtää myös monitieteellisenä hoidon tai kuntoutuksen lähestymistapana. Sosiaalityössä psykososiaalisen asiakastyön lähtökohtana ”on aina yksilön ja sosiaalisen ympäristön vuorovaikutus” (Raunio 2004, 178). Muutamia esimerkkejä psykososiaalisista hoitotavoista ovat muun muassa työterveydenhuollossa käytettävä lyhytneuvonta, jossa asiakkaan päihdekäytön ja terveydentilan arvioinnin pohjalta annetaan ”empaattista palautetta” ja käytännön ohjeita (Holopainen 2013). Hieman samalla periaatteella toimivat motivoivat haastattelut (mm. Sarpavaara 2013). Osana päihdehuollon kokonaisuutta voivat olla myös erilaiset psykologiset terapiat, kuten kognitiiviset, ratkaisukeskeiset ja kognitiiviset käyttäytymisterapiat.

Psykososiaaliset vaikeudet tarkoittavat toimintarajoitteita, jotka vaikuttavat yksilön kykyyn suoriutua inhimillisistä tehtävistä. ICF:n toimintakykyluokituksessa (2004) erotetaan toisistaan psykososiaalisen kyvykkyys ja toimintarajoitteet. Psykososiaalista kyvykkyyttä ”[...] tarvitaan niiden mielen toimintojen ymmärrykseen ja rakentavaan yhdistymiseen, jotka johtavat sosiaalisissa kanssakäymisissä tarvittavien merkityksellisten ja tarkoituksenmukaisten vuorovaikutustaitojen vakiintumiseen.” (emt., 49)

Psykososiaaliset vaikeudet koostuvat toiminta-, suoritus- ja osallistumisrajoitteista, jotka syntyvät psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Rajoitteet koskevat henkilön ruumiillisia tai ruumiintoiminnollisia vajavuuksia, jotka vaikeuttavat arkea; sekä yksilön sosiaalista ja osallistavaa toimintaa haittaavia vaikeuksia, jotka ovat luonteeltaan psyykkisiä tai fyysisiä. Tämän lisäksi ICF:ssa huomioidaan myös tilansidonnaiset ja ympäristölliset tekijät, jotka ovat lääketieteellisten määrittelyjen ulkopuolella. Näihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, tottumukset ja selviytymisstrategiat. Yksilötekijöitä ei ole kuitenkaan edeltävällä tavalla luokiteltu niiden kulttuurisen vaihtelun vuoksi. (emt.)

## 1. 4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tavoitteenani on ollut tutkia, mitkä olivat päihdekuntoutuksen aloittaneiden laitostoutusjaksolla olleiden päihderiippuvaisten toipumisen psykososiaaliset lähtökohdat. Lähtökohdian tarkastelun keskiössä olivat PARADISE-hankkeen yhteydessä toteutetun haastattelun kautta esille nousseet psykososiaaliset vaikeudet ja niiden suuruus sekä haastateltavien voimavarat ja kuntoutuksen rooli toipumisen edesauttajana. Aiheellista oli pohtia myös itse toipumisen merkitystä, jota olen lähestynyt teoreettisesti kulttuurisena kysymyksenä. Otin lähestymistavaksi tulkita toipumista yhtä lailla kuntoutumisen sekä toipujan omana pyrkimyksenä siirtyä päihtheisiin liittyvästä kulttuurista, toisin sanoen päihdekulttuurista kohti osallistavaa valtakulttuuria.

Pelkkä päihderiippuvuuden hoitaminen ei yksistään riitä, sillä toipujalla täytyy olla jotain, mikä täydentää ja tukee vähemmän haitallisia ja toipumista edistäviä tottumuksia kuntoutusjakson jälkeen. Esimerkiksi työkyvyn palauttaminen ja paluu työelämään ovat yksi konkreettisimmista kuntoutuksen motiiveista, mitä yksilö ja yhteiskunta voi toipumiselle asettaa. Laajemmin ymmärrettynä kuntoutuksen ja toipumisen edellytyksenä voi olla löytää päihdeongelmalliselle riippuvuutta ja riippuvaisena olemisesta korvaava identiteetti, joka muovaa kuntoutujan suhtautumista itseensä, ympäristöönsä ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen – niin sanottuun itsensä uudelleen arviointiin (Korhonen 2008, 54).

Tämän tutkimuksen kannalta erityislaatuiseksi tekee haastateltavien päihdekuntoutuksen osana ollut laitostoutusjakso, jossa päihderiippuvalaiset ovat haastatteluhetkellä olleet. Laitostoutus on yksi päihdehuollon muoto, jossa pyritään irrottautumaan päihtheisiin liittyvästä ympäristöstä ja elämäntavasta. Päihdeongelma tutkitusti rajoittaa henkilöiden sosiaalista verkkoa ja erottaa heidät muun muassa ”muilta elämän areenoilta” (Romakkaniemi & Väyrynen 2011, 145), toisin sanoen valtakulttuurista. Päihdehoidossa ihminen joutuu arvioimaan itseään ”valtaväestön silmin” eli arvioi mahdollisuuksiaan menestyä yhteiskunnassa ja sen areenoilla, jolloin kuntoutuksen tavoitteena voikin osaltaan olla pyrkimys kiinnittyä takaisin valtakulttuuriin (emt.).

Olen tarkastellut tutkimuksessani päihdekuntoutuksen lähtökohtia toipujien psykososiaalisten vaikeuksien, voimavarojen, laitostuntousjakson ja henkilökohtaisen historian kautta. Tutkimuksen suuri kysymys kuuluu:

*Mistä psykososiaalisista lähtökohdista päihderiippuvuudesta kärsivät aloittivat toipumisensa laitostuntousjaksolla?*

Olen pyrkinyt vastaamaan kysymykseen kolmessa sisältöluvussa niille asetettujen apukymysten kautta:

1. Mitä elämän osa-alueita psykososiaaliset vaikeudet koskivat?
2. Mitkä olivat toipujien taustat ja kuinka ne erosivat suhteessa psykososiaalisten vaikeuksien määrään?
3. Mitkä olivat laitostuntousjaksolla olleiden päihderiippuvaisten voimavarat ja muodostuivatko ne samoilta aihealueilta psykososiaalisten vaikeuksien kanssa?
4. Miltä laitostuntousjakso ja sen merkitys toipumisen etenemiseen näyttäytyi haasteltavien puheissa?
5. Minkälaisia henkilötarinoita rakentui päihde- ja hoitohistorian kautta psykososiaalisten vaikeustasojen eri ääripäihin: poikkesivatko nämä tarinat toisistaan ja, jos poikkesivat niin miten?

Luku 3 alalukuineen pyrkii vastaamaan kohta kohdalta edellä esitettyihin kysymyksiin (luvut 3. 1–3. 4) sekä tulkitsemaan analyysin tuottamia tuloksia (luvut 3. 5 ja 3. 6)

## 1. 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 1. 5. 1 PARADISE-AINEISTO JA MIXED METHODS

PARADISE-hankkeessa yksilöhaastatteluja edelsivät laaja systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä asiantuntija- ja fokusryhmähaastattelut, joiden avulla pyrittiin kokoamaan sopivat psykososiaalisia vaikeuksia koskevat kysymykset. Kysymykset linkitettiin mahdollisuuksien mukaan ICF-luokkiin. Myös kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastatteluiden kautta saatuja valmiita kysymyksiä käytettiin, mikäli niitä oli käytettävissä. Kysymykset valikoitiin tarkkaan valmiiden mittareiden pohjalta, jotka asiantuntijat olivat todenneet käyttökelpoisiksi aikaisemmissa tutkimuksissaan. Hankkeessa hyödynnetyt kysymyssarjat olivat (Pitkänen ym. 2014):

- CIDI: WHO Composite International Diagnostic Interview
- WHODAS II: WHO Disability assessment Schedule 2.0
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HSQuale: Quality of Life Instrument for Young Hemorrhagic Stroke Patients
- SIP: Sickness Impact Profile
- SCL-90: Symptom Checklist
- SCAN: Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
- SA-SIP: Stroke Adapted-Sickness Impact Profile
- SIS: Stroke Impact Scale
- WHS: World Health Organization (WHO) World Health Survey
- HSQR: WHO Survey on Health and Health System Responsiveness
- WHOQoL: WHO Quality of Life.

Näiden kysymyssarjojen sekä tehdyn taustatyön pohjalta valikoitui lopulliseen PARADISE-haastatteluun 64 psykososiaalista vaikeutta koskevaa kysymystä. Kysymysten pohjalta selvitettiin eri elämän alueille liittyneiden aiheiden kokemista. Koettuja psykososi-

aalisia vaikeuksia eri elämän alueilta arvioitiin kysymyskohtaisesti asteikolla: 0 = ei lainkaan (vaikeuksia), 1 = lieviä, 2 = keskinkertaisia, 3 = suuria, 4 = erittäin suuria/en suoriudu, 8 = en tiedä ja 9 = ei sovellu. Haastateltavilla oli mahdollisuus lisätä vaikeus, jos sitä ei löytynyt 64-kysymyksen kysymyssarjassa ja määritellä esiin nostamansa psykososiaalisen vaikeuden taso edellä mainitun asteikon mukaisesti. Lisäksi he saivat tehtäväkseen nimetä yhdestä viiteen merkittävintä elämiseen vaikuttavaa psykososiaalista vaikeutta. Haastateltavat arvioivat keskeisten psykososiaalisten vaikeuksien osalta, kuinka niiden taso oli muuttunut viimeisen 30 päivän aikana sekä miten haastateltava ja hänen ympäristönsä olivat sopeutuneet tilanteeseen. Psykososiaalisiin vaikeuksiin vaikuttavista ympäristötekijöistä (hoito, läheisten tuki ja tarpeet, rakennettu ympäristö, asenneympäristö, sää, päihneiden saatavuus ja päävastuussa oleva hoitohenkilö) sekä elämäntilanteen muutoksista ja yksilötekijöistä (muun muassa itsearvostus, maailmankatsomus ja hoitomyönteisyys) kysyttiin strukturoidussa haastattelussa.

Haastattelu toteutettiin PARADISE-hankkeen yhteistä protokollaa noudattaen yksilöhaastatteluina, jossa strukturoitu runko koostui haastateltavien valintakriteereistä, häiriöryhmäkohtaisista tiedoista, sosiodemografisista tiedoista, riskitiedoista, hoitoa koskevista tiedoista, sairauksista, terveyden ja elämänlaadun yleisarviosta, psykososiaalista vaikeuksista ja niihin vaikuttavista asioista sekä haastattelijan arviosta vastausten luotettavuudesta. PARADISE-haastattelun laajuus vaati haastattelun toteuttamiselta riittävää yksinkertaisuutta ja tiivyyttä, jotta taattiin haastateltavien jaksaminen haastattelun loppuun saakka. Apuna käytettiin muun muassa vastauskortteja, joista vastaajat saattoivat nopeasti valita itsellensä sopivan vaihtoehdon. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin. Suomessa tehtyjä haastattelua muokattiin hieman vastaamaan paremmin päihdehuollon erityispiirteitä. Suomessa haastateltavat täyttivät muun muassa taustatietoja koskevan kyselylomakkeen ennen varsinaista haastattelua, jotta riski haastattelujen venymisestä pienisi ja sitä kautta PARADISE-haastattelun läpi käyminen haastateltavalle helpottuisi. (Pitkänen ym. 2014)

Suomessa päihderiippuvuutta koskeneet haastattelut toteutettiin laitostuntoutusjakson aikana. Tämä toi aineiston keräämiseen oman erityispiirteensä. Esimerkiksi psykososiaalisten vaikeuksien arviointi menneeltä 30 päivältä saattoi sisältää kullakin haastateltavalla hyvinkin erilaisia hoitopolkuja. Siinä tapauksessa, jos haastateltava oli ollut hoidossa vähemmän kuin 30 päivää, hänen pyydettiin arvioimaan tilannettaan ennen hoidon aloittamista.

Psykososiaalisia vaikeuksia koskevien kysymysten lisäksi haastateltavat saivat nimetä tekijöitä, jotka olivat myönteisesti vaikuttaneet kuntoutusjakson etenemiseen. Näitä kysyttiin muodossa:

- Olemme puhuneet paljon vaikeuksista ja ongelmista. Mitkä ovat tärkeimmät voimavarasi? (1-5 asiaa).
- Millaiset asiat tällä hoitotokalla ovat vieneet hoitoasi ja kuntoutumistasi eteenpäin? (Vähintään 3 asiaa).

Tämän tutkimuksen aineistona ovat myös epikriisit eli kunkin haastateltavan hoitotoksojen vastuuläkäreiden kirjoittamat hoitoyhteenvedot, jotka laadittiin aina kuntoutusjakson päätteeksi. Epikriisit kuvasivat hoidon kulkua kullakin käydylä hoitotoksoilla, joita osalla oli useampikin takanaan. Epikriisien käytöstä tutkimusaineistona pyydettiin lupa, johon tutkimukseen osallistuneet haastateltavat suostuivat allekirjoituksella. Epikriisit muodostivat osan tämän tutkimuksen laadullisesta aineistosta.

Toinen osa laadullisesta aineistosta koski itse PARADISE-haastattelun kulkua. Haastattelun suorittaneet henkilöt kirjoittivat jokaisesta haastattelusta yhteenvetokuvauksen, jossa tiivistettiin haastateltavan kokonaistilanne päihteiden käytön ja sairauksien sekä psykososiaalisten vaikeuksien osalta. Tämän lisäksi he arvioivat tekijöitä, jotka saattoivat olla merkityksellisiä haastateltavan kuntoutumisen tai PARADISE-hankkeen kannalta.

Laadulliset aineistot syntyivät toisistaan riippumatta, koska epikriisit olivat saatavilla vasta haastateltavien hoitotoksojen päätyttyä. Aiheen ja kysymysten arkaluonteisuus on



otettu huomioon PARADISE-hankkeessa ja tässä tutkimuksessa noudattamalla tutkimukseen osallistuneiden osalta ehdotonta yksityisyyden suojaa. Tämä toteutettiin niin, että PARADISE-hankkeessa olleet tutkijat käsittelivät aineistoa täysin ilman nimitietoja tai muita tunnistetietoja, josta haastateltavat olisi ollut pääteltävissä. Tämä oli erityisen tärkeää aihepiirin ja henkilöhistorioiden arkaluontoisuuden takia.

Kuten mainittua, PARADISE-hankkeen tavoitteena oli löytää keskeiset psykososiaaliset vaikeudet, jotka yhdistävät eri häiriöistä kärsiviä ja kehittää yhteinen arviointimenetelmä psykososiaalisten vaikeuksien tunnistamiseen. PARADISE-hankkeen tuloksena syntyi 24:n kysymyksen<sup>2</sup> sarja, joka koostui haastattelijoiden kokemusten ja poikittais-tutkimuksessa tuotetun tilastotiedon kautta valikoituneista kysymyksistä. Näiden 24 kysymyksen summan perusteella muodostin vertailun kohteena olleet vastaajaryhmät.

PARADISE-hankkeen tuottama aineisto koostui sekä määrällisestä että laadullisesta osasta, jolloin oli hyödynnettävä niille sopivia menetelmiä. Triangulaatio tarkoittaa erilaisten aineistojen, teorioiden ja menetelmien hyödyntämistä samassa tutkimuksessa (Eskola & Suoranta 1996, 40; Brannen ym. 1992, 11). Triangulaatiota menetelmien suhteen on kyseenalaistettu, sillä varsinkin määrälliset ja laadulliset tutkimusmenetelmät on koettu perustuvan erilaisiin ihmiskäsityksiin. Joidenkin mielestä menetelmät pitäisi suhteuttaa tutkimuskohteeseen, esimerkiksi otoksen kokoon, jolloin eri menetelmien käyttö samassa tutkimuksessa on vailla perustetta (Eskola & Suoranta 1996, 42). Kuitenkin määrällisiä ja laadullisia aineistojen avulla on mahdollista tarkastella samaa ilmiötä eri näkökulmista, jolloin ne laajentavat ymmärrystä käsiteltävästä aiheesta.

<sup>2</sup> PARADISE-haastattelu ja PARADISE24-kysymysarja, joiden pohjana olivat ICF-toimintakykyluokitus, toimivat pohjana hoidolliselle työkalulle nimeltä Paradise24fin-lomake. Mittari ei ollut vielä tämän tutkielman tekovaiheessa vuonna 2014 julkisesti käytössä tai saatavilla, sillä sen toimivuus oli vielä testausvaiheessa. Vuoden 2014 aikana A-klinikkasäätiö julkaisi raportin, jossa lomakkeen käyttö ja toimintaohjeet (Pitkänen ym. 2014). Vuoden 2014 lopussa A-klinikkasäätiö kirjoitti Tiimi-lehdessä (Pitkänen & Holopainen 2014) Paradise24fin-lomakkeen tuottamista tuloksista.

Triangulaatio ei kuitenkaan välttämättä tarkoita laadullisten ja määrällisten tutkimusmenetelmien yhdistämistä. Martyn Hammersley (2008) on esittänyt neljä tapaa hyödyntää triangulaatiota sosiaalitieteissä. Triangulaation avulla voidaan: 1. tarkistaa toisen menetelmän tuottamia tutkimustuloksia (tai käytettyä menetelmää itsessään), ei niinkään tuottaa uutta tietoa; 2. tutkia, miten eri osallistujat tuottavat samasta ilmiöstä erilaisia sosiaalisia konstruktioita eli, kuinka sosiaalinen todellisuus ilmenee eri menetelmillä tarkasteltuna; 3. tarkastella samaa ilmiötä eri näkökulmista, joka täydentää toisella menetelmällä saatua tietoa; 4. hyödyntää menetelmiä tavalla, joka tekee niistä toisiinsa limittyvän jatkumon, jolloin menetelmien ja teorioiden rajat ovat häilyviä. Erityisesti menetelmien osalta, kun käytössä on vähintään yksi laadullinen ja yksi määrällinen osa, kuten tässä tutkimuksessa, voidaan puhua *mixed method*-tutkimuksesta (ks. Bergman 2008). Mixed methodia koskevat pitkälti samat huomiot kuin triangulaatiossa.

Määrälliset ja laadulliset tutkimusmenetelmät eroavat sisällöllisesti kolmella tavalla (Brannen ym. 1992, 4–5). Ensimmäinen koskee tapaa käsitellä aineistoa. Kvantitatiiviset menetelmät auttavat löytämään muuttujat ja testaamaan hypoteeseja, jotka tutkija on usein määritellyt ennen aineiston keräämistä. Laadullinen tutkimus lähtee usein liikkeelle teoreettisista käsitteistä, jotka tutkimuksen edetessä muuttavat muotoaan. Laadullinen aineisto voi auttaa löytämään muuttujia määrälliselle analyysille. Laadullisessa tutkimuksessa mahdolliset yleistykset syntyvät asiayhteyksien kautta. Toinen ero koskee aineiston keräämistä. Määrällisessä aineistossa kysymykset perustuvat yleensä tarkkarajaisille mittareille ja analyyttisille työkaluille. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on itse vahvemmin osana tutkimusta ja joutuu siten selvittämään paikkaansa tutkimuksen kentässä, mahdollisesti ottamaan etäisyyttä tutkimuskohteeseensa. Kolmas ero on tulosten yleistettävyyden ja tutkimuksen toistettavuuden, joita laadullinen tutkimuksen asetelmilla ja vastaajamäärillä harvoin pystytään täyttämään. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan laajentaa määrällisen tutkimuksen tuottamien tuloksien tulkintakenttää ja sitä kautta rikastaa yhteiskunnallisten ilmiöiden kuvaamista (emt.), kuten tässä tutkimuksessa on pyritty tekemään.

Tässä tutkimuksessa laadullinen analyysi yhdessä kvantitatiivisen aineiston kanssa on auttanut kuvaamaan sosiaalista todellisuutta ja historiaa, joista vastaajien kokemukset

kumpuavat. Kvantitatiivinen aineisto on auttanut luomaan vastaajaryhmiä, joita on kvantitatiivisten analyysien lisäksi vertailtu laadullisesti. Mixed methods ja triangulaatio auttoivat tulkitsemaan eri aineistoja, mutta myös hyödyntämään niitä rinnakkain. Menetelmien käyttö oli eräänlainen jatkumo, jossa edettiin määrällisten analyysien kautta pohtimaan vastaajaryhmiä heitä koskevan laadullisen aineiston kautta. Vertailu ei laadullisessa mielessä ollut kuitenkaan vertailua numeroiden valossa, vaan paremminkin henkilöhistorian tarkastelua siitä kontekstista, missä heidän sen hetkinen psykososiaalisten vaikeuksien taso oli. Laadullisen analyysin mielekäs suorittaminen edellytti sitä ennen kvantitatiivisten aineistojen ja menetelmien käyttöä.

#### 1. 5. 2 MÄÄRÄLLISET MENETELMÄT JA PARADISE24-KYSYMYSSARJA

Koettujen psykososiaalisten vaikeuksien määrä muodostui PARADISE24-kysymyssarjan summapistemäärästä, jonka perusteella haastateltavat jaettiin kolmeen vastaajaryhmään. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin kvantitatiivisin menetelmin analysoimalla valikoituja muuttujia ja ryhmittelemällä vastauksia aihealueisiin sekä toisaalta laadullisin menetelmin tutkailemalla vastaajien henkilö- ja hoitohistoriaa. Määrällistä aineistoa on analysoitu ja testattu käyttäen SPSS-ohjelmaa.

Haastateltavat arvioivat kysymyskohtaisesti koettuja psykososiaalisia vaikeuksia eri elämän alueilta vastausvälillä 0 = ei lainkaan vaikeuksia, 1 = lieviä vaikeuksia, 2 = keskinkertaisia vaikeuksia, 3 = suuria vaikeuksia ja 4 = erittäin suuria vaikeuksia/en selviydy. Koettujen psykososiaalisten vaikeuksien kokonaisuutta ilmaisi 24 kysymysten vastausten yhteenlaskettu arvo eli summapistemäärä. Summapistemäärät muodostivat käsityksen haastateltavien erilaisista lähtökohdista hoitajaksoille. Teoriassa, jos summapistemäärä oli 0, ei kokenut lainkaan psykososiaalisia vaikeuksia, ja 96, kun kaikki eri elämänalueita koskevat asiat tuottivat erittäin suuria tai ylitsepääsemättömiä vaikeuksia.

Psykososiaalisten vaikeuksien tasoa ilmaisema summapistemäärä muodostui PARADISE24-kysymyssarjan kysymyksistä ja ne koskivat terveyttä, arjen ja elämänhallintaa sekä sosiaalisia ja yhteiskunnallisia suhteita:

- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut sen vuoksi, että et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)?
- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut löytää asioita, jotka kiinnostavat sinua?
- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut ruokahalusi suhteen?
- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut unen kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla?
- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut ärtyneisyyden suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä?
- Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti?
- Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteista?
- Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus tai ahdistuneisuus?
- Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että et ole kyennyt selviytymään kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa?
- Minkä verran sinulla on ollut särkyjä tai kipuja?
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut keskittyä tekemään jotain 10 minuutin ajan?
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut muistaa tehdä tärkeitä asioita?
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut päätösten tekemisessä?
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut aloittaa ja ylläpitää keskustelua?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut kävellä pitkiä matkoja (esim. 1 km )?
- Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: siistiytymisessä tai pukeutumisessa, wc:n käyttämisessä tai syömisessä?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut seksuaalisissa toiminnoissa?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut olla yksin muutamia päiviä?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut huolehtia terveydestäsi kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa lääkkeesi?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut huolehtia ystävyssuhteista?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut tulla toimeen läheistesi kanssa?

- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut päivittäisessä työssä tai opiskelussa?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut hallita rahankäyttöäsi?
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa?

PARADISE24-kysymyssarjan kysymysten sisältöjä tarkasteltiin faktorianalyysin keinoin. Faktorianalyysillä pyrittiin tarkastelemaan kysymysten tuottamien vastausten keskinäisiä riippuvuuksia. Faktorianalyysin avulla löytyneitä faktoreita kuvattiin tässä tutkimuksessa osa-alueina, joiden avulla voitiin tarkastella, mitkä elämän alueet tuottivat haastateltavien arjessa erityisen paljon hankaluuksia. Samalla voitiin tarkastella eri osa-alueiden suhdetta summapistemääriin. Faktorianalyysin on suorittanut kokonaisuudessaan vanhempi tutkija FT Tuuli Pitkänen A-klinikkasäätiöltä.

Kolme vastaajaryhmää muodostuivat pienen (Pv), keskisuuren (Kv) ja suuren psykososiaalisen vaikeustason (Sv) mukaan. Pyrin jakamaan haastateltavat pienen ja suuren psykososiaalisen vaikeustason ryhmiin siten, että molemmissa olisi ollut 20 vastaajaa. Pienen kompromissin jälkeen vastaajaryhmien koot psykososiaalisten vaikeustasojen mukaan olivat Pv (n = 20), Kv (n = 39) ja Sv (n = 21). Tämä oli seurausta siitä, että kolme haastateltavaa sai haastattelussa keskisuuren ja suuren vaikeustason rajapinnassa saman summapistemäärän, jolloin vastaajaryhmien koot eivät menneet tasan. Pienen psykososiaalisen vaikeustason summapisteidensä väli oli 10–25, suuren 51–80 ja keskisuuren edeltävien välissä. Suuren psykososiaalisen vaikeustason ryhmän summapistemäärän hajonta oli suurempi kuin pienessä, joka selittyi osin sillä, että ryhmässä esiintyi muutama vastaaja, jotka saivat erityisen korkeita summapistemääriä.

PARADISE-summapistemäärien jakaumaa esitetään tutkimuksessa tunnusluvuin (ks. Luku 2. 1 Taulukko 1). Tunnusluvut auttavat tarkastelemaan jakaumaa eri näkökulmista (Holopainen & Pulkkinen 2002, 78). Taulukossa esitelty mediaani tarkoittaa kaikkien suoran jakauman summapisteidensä keskimmäistä lukua. Moodi tarkoittaa yleisintä lukua eli tässä tapauksessa summapistemäärää, joka esiintyy havaintoaineistossa yleisemmin

eli, jolla on suurin frekvenssi. Keskihajonta on yksi tapa ilmaista hajontalukuja. Hajontaluvut mittaavat havaintojen etäisyyttä tai keskihajonnan ollessa kyseessä, kuinka ne jakaantuvat keskiluvun eli moodin ympärille (emt., 79–92).

Psykososiaalisen vaikeustason ryhmien välisiä eroja tutkittiin hypoteeseja testaamalla eli t-testillä, joka voi olla yksi- tai kaksisuuntainen (Holopainen & Pulkkinen 2002, 177). Tässä tutkimuksessa käytettiin kaksisuuntaista t-testiä. Testin avulla nähtiin, oliko pienten tai suurten pistemäärien välillä poikkeavuutta. Vertailu tapahtui suhteessa vastaajaryhmien summapistemäärien keskiarvoon. Toisin sanoen, testasin oletusta, että vastaajaryhmien välillä, erityisesti psykososiaalisen vaikeuksien ylä- ja alapäässä on eroa. Testit olivat tärkeitä jatkotutkimuksen kannalta sillä, jos testi olisi tuottanut nollahypoteeseja eli toisin sanoen osoittanut, että ryhmien välillä ei ole eroa, joko summapistemäärien mukaan ja sitä kautta haastateltavien lähtökohtien syvempi analyysi tästä näkökulmasta ei olisi ollut perusteltua. (emt., 175–178)

Jotta nollahypoteeseja kykeni testaamaan, oli syytä määritellä rajat hylkäämisvirheelle. Käytetyt testit mittaavat merkitsevyytensä, jota ilmaistaan p-arvolla eli Significancella (Sig.). Toisin sanoen ”p-arvo osoittaa, kuinka suuri on väärän johtopäätöksen todennäköisyys, jos nollahypoteesi hylätään, eli kuinka suurella todennäköisyydellä vaihtoehtoinen hypoteesi on väärä.” (Holopainen & Pulkkinen 2002, 177). Sig. ja sen suuruus eli merkitsevyyden taso on ilmaistu tämän tutkimuksen taulukoissa tähdillä. Hylkäämisvirheen rajat p-arvolle olivat \* =  $0,01 < p < 0,05$ ; \*\* =  $0,001 < p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ . Tulosten kuvaamisessa esitetty tähtien lukumäärä ilmaisee, kuinka suuri merkitsevyyden taso oli. Esimerkiksi, jos p-arvo oli suurempi kuin 0,01, mutta pienempi kuin 0,05, on sen merkitsevyys ilmaistu yhdellä tähdellä (\*).

Muuttujien keskinäisiä riippuvuuksia testattiin varianssianalyysin avulla. Tässä tutkimuksessa käytettiin yhden suuntaista testiä eli One-Way ANOVA:a (*one-way analysis of variance*), jolla tarkastellaan vain yhtä muuttujaa. Testi tarkastelee tarkasteltavan muuttujan keskiarvojen hajontaa eli varianssia ryhmien välillä. Varianssin suuruus ilmaistaan F-testin arvolla. Testin avulla voitiin tarkastella kahden tai useamman ryhmän keskiarvo-

jen eroja tarkasteltavan muuttujan suhteen eli ilmenikö niiden välillä tilastollista merkitsevyyttä. Jos merkitsevyys havaittiin, vertailtavien ryhmien voitiin olettaa eroavan jollakin tavalla toisistaan, joka vaati kenties syvempää tarkastelua. Nollahypoteesissa hajontaa ei olisi ja ryhmien vastaukset eivät poikkeaisi toisistaan valitun muuttujan suhteen. Yhdensuuntaisen varianssianalyysin yhteydessä tehtiin myös Post Hoc-testi, jolla voitiin tarkastella, milloin vastaajaryhmät poikkesivat toisistaan. Post Hoc-testinä käytettiin Fisherin LSD (Least Significant Difference), joka mittasi useamman kuin kahden joukon eli vastaajaryhmän keskiarvon tilastollista merkitsevyyttä tietyn muuttujan suhteen. Kun voitiin tarkastella vastausten keskiarvojen sijasta pelkästään lukumääriä, käytettiin vastaajaryhmien erojen tutkimiseen z-testiä. Z-testillä testattiin, noudattivatko normaalijakautuneet luvut nollahypoteesia vai oliko tilastollisesti merkitseviä eroja havaittavissa. Z-testiä ei voinut tehdä SPSS-ohjelmassa, mutta testille oli olemassa oma kaava, jota hyödyntäviä laskimia oli saatavilla internetistä<sup>3</sup>.

Ryhmittelyn avulla pyrin kokoamaan aihealueisiinsa haastateltavien itsensä nimeäviä psykososiaalisia vaikeuksia, voimavaroja ja laitospäästämistä eteenpäin vieneitä asioita. Tämä tarkoitti yksinkertaisesti samoilta aihealueilta tulevien vastausten kokoamista ryhmiin, jotka nimettiin kuvaamaan mahdollisimman osuvasti vastausten sisältöjä. Psykososiaalisten vaikeuksien ja voimavarojen osalta pyrin käyttämään samoja aihealueita, jolloin toipumisen lähtökohtiin vaikuttavia myönteisiä ja kielteisiä tekijöitä oli mahdollista verrata keskenään. Ryhmittelyssä ja siitä seuranneiden aihealueiden luomisessa jouduin ajoittain tekemään myös kompromisseja, sillä muutamat vastaukset olivat sisältönsä monitulkintaisia tai epämääräisiä. Joitakin epäselviä tai niin sanotusti sisällöttömiä vastauksia jätin pois laskuista. Oli myös vastauksia, jotka sopivat sisällöllisesti useampaan eri luokkaan, joten ryhmiteltyjen vastausten lukumäärät kasvoivat alkuperäisiä suuremmiksi.

<sup>3</sup> <http://www.socscistatistics.com/tests/ztest/Default2.aspx>

### 1. 5. 3 LAADULLISET MENETELMÄT

Laadullisen analyysin yhtenä lähtökohtana on löytää aineistosta tekijöitä, jotka toistuvat riittävän usein ollakseen henkilöhistorian kuvailujen kannalta merkittäviä. Aineistosta tehtävien havaintojen riittävästä toistuvuudesta puhutaan saturaationa pisteen saavuttamisena. Toisin sanoen, tietystä tekijästä tehdyn havainnon toistuessa riittävän usein, aineisto voidaan nähdä tarpeeksi kattavana kuvaamaan kuvattavaa asiaa (Eskola & Suoranta 1996, 34–35). On tietenkin tulkintakysymys, kuinka suuri määrä havaintoja riittää osoittamaan tietty tulkinta perustelluksi. Tarkkoja rajoja ei ole (emt., 35).

Laadullista aineistoa edustivat tässä tutkimuksessa PARADISE-hankkeen Suomessa toimineiden haastattelijoiden tekemät yhteenvedot haastatteluista sekä haastatteluun osallistuneiden päihderiippuvaisten hoidosta vastanneiden lääkäreiden tekemät hoito-yhteenvedot eli epikriisit (ks. luku 1. 5. 1). Keskiössä olivat kahden vastaajaryhmän, eli pienten ja suurten psykososiaalisen vaikeustason haastateltavat. Haastatteluyhteenvedoja ja epikriisejä yhdistelemällä muodostin henkilöhistorioita valottavia kuvauksia, joiden avulla pyrin avaamaan syvällisemmin päihdekuntoutujien lähtökohtien eroja psykososiaalisten vaikeuksien eri ääripäissä. Henkilöhistoriat pohjautuvat oikeiden haastateltavien kuvauksiin, mutta ovat tunnistettavuuden välttämiseksi mukailtu yhdistelmä useiden vastaajien eri taustoista.

Henkilöhistorian kuvausten tarkoituksena oli tuoda esille havaintoja, jotka koin vastaajaryhmien sisällä nousevan vahvasti esiin ja kuvaavan niitä. Tässä mielessä ne olivat ”saturaation” tulosta. Huomioitavaa on, että kyseessä olivat asiantuntijoiden, toisin sanottuna asiaan perehtyneiden haastattelijoiden ja lääkäreiden tuottamat tulkinnat. Toisaalta asiantuntijat eivät olleet niinkään täysin itsenäisesti tuottaneet havaintojaan kuin tulkinneet haastateltavien tilanteita aikaisempien kokemusten ja muilta saadun tiedon pohjalta. Esimerkiksi lääkärit toimivat vahvasti yhteistyössä muiden hoitohenkilöiden kanssa. Tässä käytetyt niin sanotut asiantuntija-aineistot olivat kuitenkin toisistaan riippumattomia eli lääkärin tulkinnoilla ei ole ollut vaikutusta haastattelijan käsityksiin.



Henkilöhistorioiden kuvausten eli eräänlaisten henkilötarinoiden ajatus pohjautui osaksi PARADISE-hankkeen menetelmiin kuuluvan laadullisen narratiivin analyysiin (*qualitative narrative analysis*) (Hartley ym. 2014). Pohjana oli Todresin kehittämä ”yhdistelevä ensimmäisen persoonan narratiivi” (*Composite First Person Narrative = CFPN*) (ks. emt., 3). Tarkoituksena oli yhdistää vastaajien kokemuksia ilmiötä kuvaavaksi minä-muotoiseksi kertomukseksi. Menetelmän haastavana päämääränä oli lopulta ilmiön syvällisempi ymmärtäminen (emt.). Tässä tutkimuksessa olen soveltanut tätä menetelmää, mutta päätyntä varsin erilaiseen tapaan muodostaa henkilötarinoita. Ensinnäkin en tullut luoneeksi vain yhtä ilmiötä kuvaavaa minä-muotoista tarinaa vaan muodostin kertomukset hän-muotoisiksi. Toiseksi loin useampia henkilöhistorioita kuvaavia tarinoita, koska haastateltavien taustat eri vastaajaryhmissä olivat varsin erilaisia, ja jotta psykososiaalisten vaikeuksien tason kautta muodostettujen vastaajaryhmien eroja oli mahdollista vertailla. Tästä huolimatta tavoite ilmiön syvällisemmästä ja laajemmasta ymmärtämisestä säilyi.

## 2 TULOKSET

### 2. 1. PÄIHDEKUNTOTUKSEN PSYKOSOSIAALISET LÄHTÖKOHDAT

#### 2. 1. 1 TAUSTATEKIJÄT

PARADISE-hankkeen sovittuja yhteisiä käytäntöjä ja eettisiä periaatteita noudattaen haastateltavien täytyi olla haastatteluhetkellä täysi-ikäisiä sekä heillä tuli olla diagnosoitu päihderiippuvuus. Päihderiippuvuuden diagnoosi kirjattiin hoitojakson päätyttyä epikriisiin, joten se ei ollut haastatteluhetkellä tiedossa. Tämä tieto huomioon ottaen tutkimukseen valikoitui 80:tä päihderiippuvuuden takia laituskuntotusjaksolla ollutta

Taulukko 1. PARADISE-summapisteiden tunnusluvut

<b>Keskiarvo</b>	<b>39,14</b>
<b>Mediaani</b>	39,00
<b>Moodi</b>	40,00
<b>Keskihajonta</b>	16,87
<b>Minimi</b>	10,00
<b>Maksimi</b>	80,00
<b>Teoreettinen minimi</b>	0,00
<b>Teoreettinen maksimi</b>	96,00

Ennalta valikoitujen 24:n psykososiaalista vaikeutta koskevan kysymyksen vastausten perustella muodostui PARADISE-summapistemäärä. Keskimääräiseksi summapistemääräksi tuli noin 39. Alin muodostunut summapiste eli psykososiaalisten vaikeuksien taso oli 10 ja suurin 80. Niin sanottu etäisyys pienimmän ja suurimman tapauksen välillä oli 70 summapistettä.

### *2. 1. 1. 1 SOSIODEMOGRAFINEN TAUSTA*

Vertailin vastaajaryhmiä suhteessa taustamuuttujiin, joita olivat sosiodemografinen tausta, päihdehistoria ja hoitohistoria. Sosiodemografista taustaa edustivat tässä tutkimuksessa muuttajat ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus ja työllisyystilanne.

Analyysin ja testien perusteella haastateltavien sukupuoli tai ikä eivät poikenneet psykososiaalisten vaikeuksien kasvaessa. Paljon psykososiaalisia vaikeuksia omaavat olivat keskimäärin muita vertailuryhmiä hieman iäkkäämpiä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Havaintojen tulkitsemista on pyritty selkeyttämään ja mahdollisia eroja tuottamaan supistamalla siviilisäätyä ja työllisyystilannetta koskevat muuttajat kaksi-luokkaiseksi (Taulukko 2).

Sosiodemografisista muuttujista ainoastaan haastateltavien koulutus poikkesi vastaajaryhmien välillä. Vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneissa oli enemmän korkeintaan peruskoulun käyneitä, kun taas toisessa ääripäässä oli enemmän toisen asteen koulutuksen suorittaneita. Tältä pohjalta paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet olivat korkeammin koulutettuja.

Taulukko 2. vastaajaryhmien erot sosiodemografisten muuttujien suhteen. Haastateltavien ikävuosien keskiarvon tilastollista merkitsevyyttä testattiin keskiarvovertailulla (One-Way ANOVA F-test). Normaalijakautuneissa lukumäärissä (Sukupuoli, Siviilisääty, Koulutus, Työllisyystilanne) tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin z-testiä. Vastaajaryhmät psykososiaalisen vaikeustason mukaan: Pv = pieni (n=20), Kv = keski-suuri (n=39), Sv = suuri (n=21).

		<b>Pv</b>	<b>Kv</b>	<b>Sv</b>	<b>Tilastollinen merkitsevyys</b>
<b>Ikä (vuotta)</b>	Keskiarvo	39	39	43	
	Min.	19	21	25	
	Max.	66	72	64	
<b>Sukupuoli (n)</b>	Mies	15	21	14	
<b>Siviilisääty (n)</b>	Avo- tai avioliitossa	7	15	7	
<b>Koulutus (n)</b>	Enintään peruskoulu	11	15	5	*
	Toisen asteen koulutus	7	19	14	*
	Korkeakoulutus	2	5	2	
<b>Työllisyystilanne (n)</b>	Työelämässä	4	6	5	

### 2. 1. 1. 2 PÄIHDE- JA HOITOHISTORIA

Päihdehistorialla ja hoitohistorialla tarkoitetaan laituskuntoutusjakson aloittamisen syytä, eli minkä päihteen tai päihdehoidon takia kuntoutukseen on päädytty. Tämän lisäksi tarkastelin aikaisempia laituskuntoutusjaksoja ja päihdehoitolaitoksissa vietettyä aikaa. Valmiiden mittareiden avulla voitiin saada kuva päihdeiden käytön määrästä, tosin vain alkoholin osalta. Niin sanotun alkoholin riskikulutuksen arviointi perustui AUDIT-C -mittariin. Hoitohistoriaa arvioin päihdehoitolaitoksissa vietettyjen öiden sekä hoitokerrotojen määrällä.

Taulukko 3. vastaajien lukumäärät päihde- ja hoitohistoriassa. Tilastollinen merkitsevyys testattiin normaalijakautuneista muuttujista z-testin avulla. Vastaajaryhmät psykososiaalisen vaikeustasojen mukaan olivat Pv = pieni (n=20), Kv = keskisuuri (n=39) ja Sv = suuri (n=21).

		Pv	Kv	Sv	Tilastollinen merkitsevyys
<b>Minkä takia oli haastatteluhetkellä päihdehoitojaksolla</b>	Alkoholiriippuvuus	9	15	10	
	Alkoholi- ja/tai muu riippuvuus	4	16	10	
	Korvaushoidon aloitus	7	8	1	*
<b>Päihdeongelma kestänyt</b>	Yli 10 vuotta	9	23	14	
<b>Kuinka kauan saanut hoitoa ongelmaansa</b>	Alle vuoden	4	14	5	
	Yli 5 vuotta	2	9	6	
<b>Kuinka monta kertaa ollut laitoshoidossa</b>	Ensimmäinen kerta	2	7	0	
	5 kertaa tai enemmän	3	13	11	*
<b>Kuinka monta yötä viettänyt laitoshoidossa</b>	Yli 120 (4 kk)	5	14	11	
<b>Kuinka usein juo alkoholi-juomia</b>	Enemmän kuin 4 kertaa viikossa	4	14	9	
<b>Kuinka monta annosta ottanut niinä päivinä, kun juot</b>	10 tai enemmän	7	17	13	
<b>Kuinka usein juonut kerralla kuusi annosta tai enemmän</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin	3	13	8	

Vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet olivat olleet yleisemmin enemmän kuin viisi kertaa hoitolaitoksessa. Paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneista kukaan ei ollut haastatteluhetkellä ensimmäistä kertaa laitoshoidossa.

Haastateltavien päihdekuntoutuksellista lähtötilannetta kuvasin luokittelulla, jossa vastaajat jaettiin laituskuntoutusjaksolla olemisen syiden mukaan. Näitä olivat alkoholiriippuvuus, alkoholi- ja/tai muu riippuvuus sekä erityinen luokka, joka koostui pelkästään korvaushoidossa olleista. Ensisijaisesti alkoholiriippuvuuden takia laituskuntoutuksessa olleet olivat tulkinallisesti helpoiten muodostettavissa oleva luokka sisältäen myös lukumäärällisesti eniten haastateltavia. Kahdesta muusta syystä laituskuntoutusjakson aloittaneissa oli paljon niitä, joilla oli diagnosoitu useamman kuin yhden aineen riippuvuus. Alkoholi- ja/tai muun riippuvuuden sekä korvaushoidossa olleilla haastateltavilla saattoi olla myös samoja riippuvuusdiagnooseja.

Päädyn tarkastelemaan korvaushoidon vuoksi kuntoutusjaksolla olleita testatakseni oletusta, että korvaushoito vaikutti huomattavasti henkilön elämään ja siten toipumisen

lähtökohtiin. Viitteitä tästä oli ilmennyt jo aineistoon ja kirjallisuuteen tutustuesssa. Vastajaryhmiä vertailemalla korvaushoidon vuoksi kuntoutusjaksolla olivat suhteellisesti enemmän edustettuina pienen summapistemäärän ryhmässä (Taulukko 3). Toisin sanoen he kokivat muita vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia.

## 2. 1. 2 PSYKOSOSIAALISTEN VAIKEUKSIEN OSA-ALUEET

PARADISE24-kysymyssarja jakautui faktorianalyysin kautta kuuteen osa-alueeseen<sup>4</sup>:

toiminta, alakulo, hallinta, sosiaalinen, osallistuminen, fyysinen

Ensimmäinen osa-alue *toiminta* koostui kuudesta kysymyksestä, jotka koskivat terveyttä ja itsestä huolehtimista. Kysymysten jälkeen sulkeissa olevat koodit viittaavat kysymyksen alkuperään WHO:n kansainvälisessä toimintakykyluokituksessa ICF:ssa (2004).

- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut huolehtia terveydestäsi, kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa lääkkeesi? (d570)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on pestä koko vartalosi? (d510)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut syömisessä? (d550)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut kävellä pitkiä matkoja, kuten esim. 1 km? (d450)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut seksuaalisissa toiminnoissa? (b640)
- Minkä verran ongelmia sinulla on ruokahalusi suhteen? (b1320)

ICF:n koodisto huomioon ottaen, kysymykset koskivat itsestä huolehtimista, liikkumista, henkisiä toimintoja sekä suvunjakamisjärjestelmän toimintaa.

Toinen osa-alue *alakulo* sisälsi mielialaa ja motivaatiota kartoittavia kysymyksiä (6):

- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut löytää asioita, jotka kiinnostavat ja motivoivat sinua? (b1301)
- Minkä verran ongelmia sinulla on päätösten tekemisessä? (b164)
- Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut surun, alakuloisuuden ja masentuneisuuden tunteista? (b152)
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut keskittyä tekemään jotain kymmenen minuutin ajaksi? (b140)

<sup>4</sup> Tämän tutkimuksen aikana A-klinikkasäätiö oli jatkokehittänyt osa-alueiden nimet paremmin niiden sisältöjä kuvaaviksi (Pitkänen & Holopainen 2014).

- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut johtuen siitä, että et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (b130)
- Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus ja ahdistuneisuus? (b152)

Kysymykset koskivat pitkälti mielentoimintoja eli vastaajien henkisiä resursseja. Ne kuvasivat haastateltavien motivaatiotaan tehdä itseä koskevia päätöksiä sekä mielentoi-  
mintoihin vaikuttavia tekijöitä, kuten unenlaatua ja alakulon tunnetta.

Kolmas osa-alue *hallinta* käsitteli elämänhallintaa ja tunteidensäätelyä. Osa-alue sisälsi kolme kysymystä:

- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut hallita rahankäyttöäsi (d870)
- Minkä verran ongelmia sinulla on ärtyneisyyden suhteen mm. että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä? (b147)
- Minkä verran sinulle on tuottanut ongelmia se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti? (b147)

Kysymykset koskivat haastateltavan kykyjä hallita käyttäytymistään ja ympäröiviä tapahtumia. Impulsiivisuuden kontrollointikykyä kartoitti kysymys rahankäytön hallinnasta. Osa-alue oli kuitenkin kysymysten sisältöjen perusteella aikaisemmin mainittuja osa-alueita monitulkintaisempi.

Neljäs osa-alue oli *sosiaalinen*, jossa tiivistyivät haastateltavien sosiaalisuutta, sosiaalista ympäristöä sekä itsenäisesti toimeen tulemistä kartoittavat kysymykset.

- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut olla yksin muutamia päiviä? (d5)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut ylläpitää ystävyysuhteita? (d7500)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut tulla toimeen läheistesi kanssa? (d760 + d770)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa? (d9)



Viides osa-alue *osallistuminen* koski haastateltavien kiinnittymistä ympäröivään yhteiskuntaan esimerkiksi työn tai opiskelun kautta sekä kykyä suoriutua velvoittavista ja osallistavista tehtävistä. Kysymysten sisällöt olivat kuitenkin myös tässä tapauksessa varsin moniulotteisia.

- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut muistaa tehdä tärkeitä asioita? (b144)
- Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut aloittaa ja ylläpitää keskustelua? (d3)
- Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut päivittäisessä työssä tai koulunkäynnissä? (d839 + d850)

Viimeinen osa-alue oli *fyysinen*, joka sisälsi kaksi varsin eri tyyppistä kysymystä:

- Minkä verran sinulla on särkyjä tai kipuja? (b280)
- Minkä verran ongelmia sinulla on ollut unen kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla? (b134)

## *2. 1. 2. 1 TAUSTATEKIJÄT JA PARADISE-SUMMAPISTEET*

Aluksi vertailin osa-alueittain vastaajaryhmiä, jotka muodostin kahden sosiodemografisen muuttujan (ikä ja sukupuoli) sekä laitostuntoutusjakson aloittamisen syyn perusteella. Tarkoitus oli testata, kuinka eri elämäalueet tuottivat vaikeuksia eri lähtökohdista toipumisen aloittaneille henkilöille. Jokaista osa-aluetta tarkasteltiin kaikkien osa-alueiden kysymyksiä koskevien vastausten keskiarvolla, joka muodostui arvojen 0 ja 4 väliltä. Mitä suurempi keskiarvo, sitä suuremmat olivat psykososiaaliset vaikeudet kullakin osa-alueella. Olen samassa yhteydessä vertaillut vastaajaryhmiä PARADISE-summapisteiden kautta.

Taulukko 4. iän mukaan luokiteltujen vastaajaryhmien keskiarvot PARADISE-summapisteissä osa-alueittain. Vastaajaryhmiä vertailtiin One-way ANOVA F-testillä. Keskiarvotestin kautta saatu Sig. tarkoitti tilastollista merkitsevyyttä: \* = 0,01 < p < 0,05; \*\* = 0,001 < p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001. Luokkien välisiä eroja testattiin Fischerin LSD:lla.

	Alle 30- vuotiaat	31—45- vuotiaat	Yli 45- vuotiaat	Sig.	F	Luokkien väliset erot
<b>PARADISE-summapistemäärä</b>	32,50	40,41	42,58	*	4,74	1 < 3
<i>Toiminta</i>	0,90	1,31	1,72	*	3,87	1 < 3
<i>Alakulo</i>	1,53	2,20	2,22	*	4,01	1 < 2 & 3
<i>Hallinta</i>	1,56	1,88	1,74		3,06	
<i>Sosiaalinen</i>	1,35	1,58	1,38		4,86	
<i>Osallistuminen</i>	1,83	1,76	1,83		0,13	
<i>Fyysinen</i>	1,55	1,87	1,83		1,05	

Haastateltavista alle 30-vuotiailla oli muita pienempi psykososiaalisten vaikeuksien taso (Taulukko 4). Alle 30-vuotiaiden ja yli 45-vuotiaiden ero PARADISE-summapisteissä oli myös tilastollisesti merkitsevä. Osa-alueissa iän mukaan luokiteltujen vastaajaryhmien välillä ilmeni tilastollista merkitsevyyttä toiminnassa ja alakulossa. Kuten psykososiaalisten vaikeuksien määrässä, suurimmat erot ilmenivät osa-alueissa niin sanottujen nuorimman ja vanhimman vastaajaryhmän välillä.

Seuraavana vertailin laitoshoidojakson aloittamisen syiden mukaan luokiteltuja vastaajaryhmiä eri osa-alueissa (Taulukko 5). Ilmeni, että korvaushoidon vuoksi laitostuntoutusjaksolla olleet kokivat huomattavasti muita vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia. Kaksi muuta vastaajaryhmää olivat sitä vastoin hieman keskimääräisen psykososiaalisen vaikeustason yläpuolella.

Taulukko 5. laituskuntoutusjakson aloittamisen syiden mukaan luokiteltujen vastaajaryhmien erot PARADISE-summa-  
pisteissä ja osa-alueissa. Vastaajaryhmiä vertailtiin One-way ANOVA F-testillä. Sig. ilmaisee tilastollista merkit-  
sevyyttä: \* = 0,01 < p < 0,05; \*\* = 0,001 < p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001. Vastaajaryhmien välisiä poikkeavuuksia testattiin  
Fischerin LSD:lla.

	Alkoholiriippu- vuus	Alkoholi ja/tai muu riippuvuus	Korvaus- hoito	F	Sig.	Luokkien väliset erot
<b>PARADISE-summa- pistemäärä</b>	40,74	43,13	28,25	4,74	*	1 > 3, 2 > 3
<i>Toiminta</i>	1,51	1,45	0,76	3,87	*	1 > 3, 2 > 3
<i>Alakulo</i>	2,15	2,21	1,47	4,01	*	1 > 3, 2 > 3
<i>Hallinta</i>	1,79	1,94	1,33	3,06	*	2 > 3
<i>Sosiaalinen</i>	1,43	1,79	0,91	4,86	*	2 > 3
<i>Osallistuminen</i>	1,80	1,84	1,73	0,13		
<i>Fyysinen</i>	1,65	1,98	1,66	1,05		

Tilastollinen merkitsevyys ilmeni laituskuntoutusjakson aloittamisen syiden perusteella  
luokiteltujen vastaajaryhmien välillä toiminnassa, alakulossa, hallinnassa ja sosiaalisessa.  
Näissä osa-alueissa korvaushoidon vuoksi laituskuntoutusjakson aloittaneiden psyko-  
sosiaalisten vaikeuksien taso oli kahta muuta vastaajaryhmää sekä yleensä ottaen koko  
otoksen keskiarvoa selkeästi alhaisemmat. Suurin psykososiaalisen vaikeuksien taso oli  
alkoholi- ja/tai muun aineen riippuvuuden takia laituskuntoutusjakson aloittaneilla.

Sukupuolien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevyyttä psykososiaalisten vaikeuk-  
sien osalta. Tästä ei tilastollisessa mielessä voitu päätellä mitään erityistä, joka viittaisi  
sukupuolen rooliin psykososiaalisia vaikeuksia arvioitaessa<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Samasta laajemmasta aineistosta on (eri lähestymistavalla) huomattu sukupuolellakin olleen merkitystä esimer-  
kiksi ”psykososiaalista kuormitusta” tarkastellessa (Pitkänen & Holopainen 2014).

## 2. 1. 2. 2 PSYKOSOSIAALINEN VAIKEUSTASO

Osa-alueiden kautta tavoitteena oli tarkastella, mitkä elämänalueet tuottivat eniten hankaluuksia ja minkälaisia eroja eri perusteilla luokiteltujen vastaajaryhmien välillä ilmeni.

Psykososiaalisen vaikeustason mukaan luokiteltuja vastaajaryhmiä vertaillessa oli kaikkien osa-alueiden suhteen löydettävissä tilastollista merkitsevyyttä, lukuun ottamatta fyysisen osalta. Erityisesti pienen ja suuren psykososiaalisen vaikeustason vastaajaryhmien osalta erot olivat erityisen selkeästi havaittavissa (Taulukko 6), joka antoi olettaa, että PARADISE-summapisteiden sekä kysymyssarjan sisältöjä kuvaavien osa-alueiden valossa haastateltavien psykososiaaliset lähtökohdat poikkesivat toisistaan. Edellä kuvattu havainto antoi perusteen sille, että psykososiaalisten vaikeuksien määrän mukaan luokiteltujen vastaajaryhmien erojen tutkimista oli mielekästä viedä eteenpäin ja syventää tarkastelua myös laadullisen aineiston avulla (luku 2. 2. 3).

Taulukko 6. Psykososiaalisen vaikeustason mukaan jaettujen vastaajaryhmien keskiarvot PARADISE-summapisteissä ja osa-alueissa. Keskiarvotestinä käytetty One-way ANOVA F-testiä. Tilastollinen merkitsevyys Sig.: \* = 0,01 < p < 0,05; \*\* = 0,001 < p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001. Vastaajaryhmien poikkeavuuksia tutkittu Fischerin LSD:lla. Vastaajaryhmät psykososiaalisen vaikeustason mukaan olivat Pv = pieni, Kv = keskisuuri ja Sv = suuri.

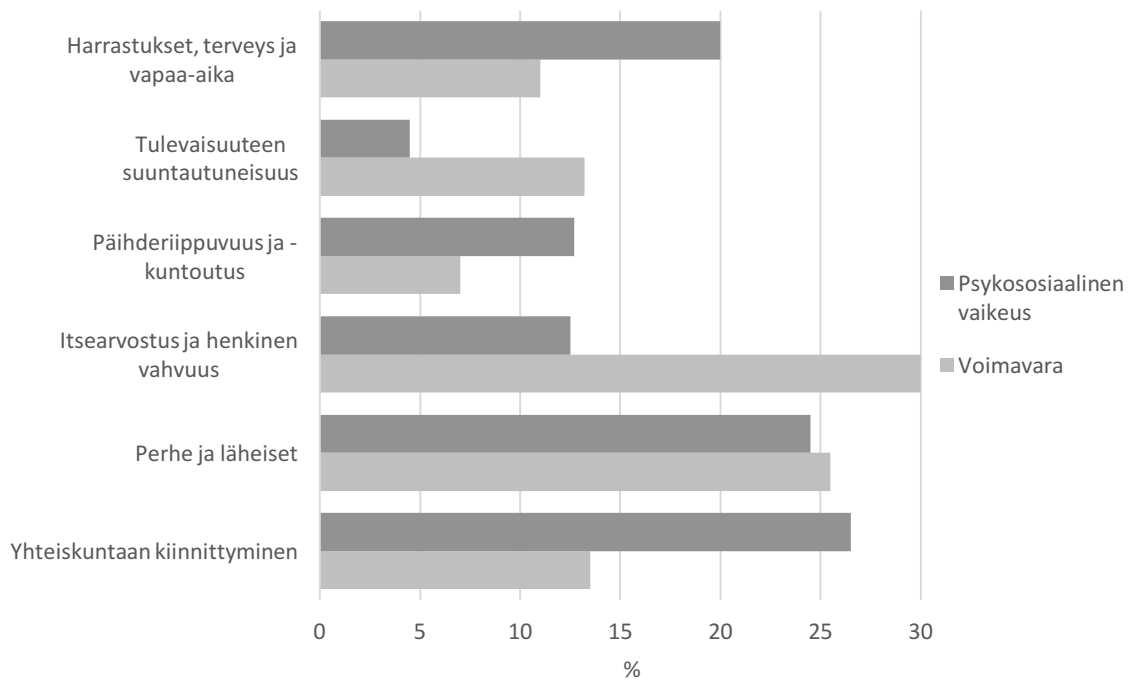
	Pv	Kv	Sv	F	Sig.	Ryhmiä väliset erot
<b>PARADISE-summapistemäärä</b>	18,80	37,51	61,52	203,35	***	Pv < Kv < Sv
<b>Toiminta</b>	0,47	1,13	2,55	70,48	***	Pv < Kv < Sv
<b>Alakulo</b>	1,03	2,04	2,98	49,85	***	Pv < Kv < Sv
<b>Hallinta</b>	0,83	1,78	2,61	57,16	***	Pv < Kv < Sv
<b>Sosiaalinen</b>	0,68	1,36	2,39	28,04	***	Pv < Kv < Sv
<b>Osallistuminen</b>	1,28	1,85	2,22	10,92	***	Pv < Kv < Sv
<b>Fyysinen</b>	1,28	1,72	2,36	7,12	**	Pv & Kv < Sv

## 2. 2 TOIPUMISEEN VAIKUTTANEET TEKIJÄT PÄIHDEKUNTOUTUSJAKSOLLA

Tämän tutkimuksen yksi näkökulma oli, että päihdeongelmasta toipuvalla voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä tekijöitä toipumisen lähtökohtien kannalta. Tässä luvussa käydään läpi, mitä voimavaroja ja psykososiaalisia vaikeuksia tutkimukseen osallistuneet itse nimesivät. Ryhmittelin vastaukset samojen aihealueiden alle, joka mahdollisti myönteisten ja kielteisten tekijöiden vertaamisen rinnakkain. Lisäksi olen esitellyt tässä luvussa, mitkä asiat haastateltavat kokivat vievän heidän kuntoutusjaksoaan eteenpäin.

### 2. 2. 1 VOIMAVARAT VASTAAN PSYKOSOSIAALISET VAIKEUDET

Ryhmittelyn tuloksena muodostin kaikista psykososiaalisia vaikeuksia ja voimavaroja koskevista vastauksista 6 aihealuetta: *yhteiskuntaan kiinnittyminen, perhe- ja läheiset, itsearvostus ja henkinen vahvuus, tulevaisuuteen suuntautuneisuus ja harrastukset, terveys ja vapaa-aika*. Aihealueiden nimeämisessä pyrin kuvaamaan mahdollisimman hyvin kutakin aihealuetta kuvaavien vastausten sisältöjä. Oli havaittavissa, että haastateltavat kertoivat psykososiaaliseksi vaikeudekseen tai voimavaroikseen yhteneväisiä tekijöitä, joka tuki käsitystä, että riippuen tilanteesta ne voivat edistää tai haitata toipumista. Myönteisten ja kielteisten tekijöiden suhdetta kokonaiskuvaan oli siten perusteltua vertailla (Kuvio 1). Seuraavassa käydään yksityiskohtaisemmin läpi, mistä tekijöistä muodostetut aihealueet koostuivat.



Kuvio 1. voimavaroja ja psykososiaalisia vaikeuksia koskevien vastausten (n ≈ 300) pohjalta ryhmittelyn avulla kootut aihealueet. Pylväät osoittavat summittaisesti, kuinka monta prosenttia kaikista vastauksista koski kutakin aihealuetta riippuen siitä, oliko kyseessä voimavarat vai psykososiaaliset vaikeudet.

## Yhteiskuntaan kiinnittyminen

– *Töissä pärjää, jos onnistuu selättämään alkoholiongelman.*

Yhteiskuntaan kiinnittyminen koski kokemusta osallisuudesta ja valtakulttuuriin kuulumisen tunteesta. Toisin sanoen vastauksista ilmeni, oliko yhteys valtakulttuuriin säilynyt päihdeongelmasta huolimatta vai kokiko haastateltava olevan irrallaan yhteiskunnasta tavalla, joka haittasi lähtötilannetta. Selkeimpiä merkkejä yhteiskuntaan kiinnittymisestä olivat työ, talous ja raha-asiat, opiskelupaikka, asunto sekä järjestö- tai muu yhteisöllinen toiminta. Positiivisesta näkökulmasta ajateltuna edellä mainitut asiat tarjosivat päihdeongelmasta toipuvalle jonkin siteen yhteisöön ja yhteiskuntaan sekä kansalai-

suuteen. Myös vastaukset, joissa haastateltavat kertoivat olevansa irtaantumassa päihdeongelmaa edesauttavasta yhteisöstä tai rikosoikeudellisista järjestelyistä laskettiin mukaan aihealueeseen.

Aihealue näyttäytyi kokonaisuudessaan aiheuttavan selkeästi enemmän psykososiaalisia vaikeuksia kuin voimavaroja ja oli kaikista aihealueista se, jota koettiin yleisimmin vaikeutena. Yhteiskuntaan kiinnittyminen näyttäytyi hankaluutena erityisesti silloin, kun siteet yhteiskuntaan puuttuivat tai aiheuttivat huolta. Selkeänä esimerkkinä tästä oli asunnottomuus, joka ymmärrettävästi lisäsi epävarmuutta. Työelämää koskevat vaikeudet liittyivät usein huonoihin kokemuksiin työelämästä, joka ilmeni haastateltavien katkeruutena työelämää kohtaan. Luonnollisesti myös rahan puute tuotti paljon kielteisiä kokemuksia.

## **Perhe ja läheiset**

*– Äidin tukea ilman ei selviäisi.*

Yli joka neljäs kaikista vastauksista koski läheisiä ihmisiä merkittävänä voimavarana. Aihealueella tarkoitettiin perhettä, lapsia, puolisoa, kavereita, vanhempia ja kohtalotovereita. Muutamissa tapauksissa läheinen oli ollut jopa syy päihdekuntoutukseen hakeutumiselle. Osalla haastateltavista tuleva perheelisyys toimi motivaationa päihdeongelmasta toipumiseen. Yleensä ottaen, jos haastateltavat kokivat, että heiltä puuttuivat kokonaan läheiset ihmiset, he toivat vastauksissa esille yksinäisyyttä ja kaipuuta ihmissuhteeseen.

Lähes yhtä paljon lähipiiristä seurasi psykososiaalisia vaikeuksia. Lähipiiri saattoi edesauttaa päihdeongelmaa lisäten ja ylläpitäen päihteiden käyttöä ja saantia, näin vaikeuttaen toipumista. Ongelma korostui varsinkin silloin, jos itse lähipiiri koostui myös päihdeongelmaisista. Lisäksi huonot kokemukset perheessä esimerkiksi lapsuudesta tai muut läheisiin liittyvät traumat ilmenivät vastauksissa psykososiaalisina vaikeuksina. Haastateltavat perustelivat menneisyytensä vaikeilla ja jopa traumaattisilla ihmissuhteilla ratkaisuja, jotka olivat johtaneet päihdeongelman kehittymiseen.

## **Itsearvostus ja henkinen vahvuus**

*– Pystyn ymmärtämään muiden vaikeuksia.*

Aihealuetta koskevilla vaikeuksilla toistui usein erityisesti ahdistuksen ja impulsiivisuuden kokemukset, jotka osa haastateltavista koki kuuluvan jopa osaksi persoonaansa. Itsearvostuksen puute ilmeni tavalla, jossa vastaajat näkivät itsensä suhteessa muuhun sosiaaliseen ympäristöön. Alemmuuden tunteet ja häpeä olivat varsin yleisiä.

Aihealue osoittautui suurimmaksi, kun tarkasteltiin myönteisiä tekijöitä toipumisen lähtökohdissa. Voimavaroiksi luokitelluissa vastauksissa korostuivat oman itsen ja persoonan vahvuus ja selviytymiskyky. Psykososiaalisissa vaikeuksissa sen sijaan henkinen heikkous ja impulsiivisuus, joka nähtiin johtavan haitalliseen toimintaan. Lisäksi henkiseen vahvuuteen oli laskettavissa kyky ymmärtää muiden tilannetta. Jotkin henkiset vahvuudet nähtiin positiiviseksi toipumiselle, mutta myös yleisemmin elämisen kannalta. Persoonallisuuteen ja luonteeseen liittyviä vahvuuksia olivat vastauksissa muun muassa kärsivällisyys, sosiaalisuus, ahkeruus, jämäptiys, rehellisyys, luotettavuus, luovuus, älykyys, empatia, rauhallisuus, peräänantamattomuus, tarmokkuus, huumorintaju, tarkkuus, sinnikkyys, ennakkoluulottomuus, kovuus ja päättäväisyys.

## **Päihderiippuvuus ja -kuntoutus**

*– Jälkipolku.*

Aihealueessa voimavaroina näyttäytyivät muun muassa korvaushoito ja päihdekuntoutusjakso ylipäätään sekä kuntoutusjaksolta saadut tukihenkilöt sekä ammattilaiset. Vastaukset koskivat siten pitkälti päihdekuntoutukseen liittyvien toimenpiteiden positiivisista vaikutuksista haastateltavan tilanteeseen laituskuntoutusjaksolla. Aihealueeseen kuuluivat myös vastaukset, joissa haastateltava nimesi voimavaroiksi vertaistueksi laskettavat päihderyhmät, joiden kanssa he kokoontuivat kuntoutusjakson aikana. Korvaushoidossa olleet kokivat saamansa lääkityksen erityisen hyödylliseksi.



Päihderiippuvuutta ja -kuntoutusta koskevan aihealueen vastaukset ilmaisivat monessa tapauksessa haastateltavien vaikeutta erottaa psykososiaaliset vaikeudet itse päihdeongelmasta. PARADISE-hankkeen tavoitteena ja haastattelua koskevilla kysymyksen asetuilla oli kuitenkin tarkoitus selvittää, minkälaisen psykososiaalisten vaikeuksien kanssa päihderiippuvaiset kamppailivat. Nähdäkseni syy päihderiippuvuuden kokemisena merkittävänä psykososiaalisena vaikeutena ei ollut haastateltavien tavassa ymmärtää kysymys väärin vaan lähtökohtien haastavuudessa ja ongelmien laajuudessa. Päihderiippuvuus aiheutti siitä toipuville monitasoisia ongelmia, jotka ulottuivat kokonaisvaltaisesti lähes jokaiselle elämänalueelle.

### **Tulevaisuuteen suuntautuneisuus**

*– Läpi, vaikka harmaan kiven.*

Haastateltavien kokema luottamus asioidensa etenemiseen halutulla tavalla ja usko kehittymiseen tai toipumiseen päihdeongelmasta sekä muuhun tavoitteelliseen toimintaan kuvastivat tulevaisuuteen suuntautuneisuutta. Erona *itsearvostukseen ja henkiseen vahvuuteen* oli, että tässä aihealueessa nousivat esille vahvemmin motivaatio ja halu kehittyä sekä kuntoutua päihdeongelmasta kuin pelkästään omat henkiset vahvuudet. Toki muun muassa motivaation löytäminen toipumiseen olisi mahdollista tulkita myös henkiseksi vahvuudeksi. Tässä yhteydessä motivaatio ei kuitenkaan yhdistynyt suoraan haastateltavien luonteen ominaisuuksiksi. Aihealueen vastauksissa haastateltavien katse oli selkeästi tulevaisuudessa ja päihdeongelmasta eroon pääsemisessä. Luonnollisesti, jos haastateltava ei uskonut mahdollisuuksiinsa eikä kokenut asioiden järjestyvän lähitulevaisuudessa tai tulevaisuus itsessään näytti synkältä, aihealueen vastaukset näyttäytyivät kielteisinä. Yleensä ottaen tulevaisuuteen suuntautuneisuus ilmeni enemmän voimavarana kuin psykososiaalisena vaikeutena.

## Harrastukset, terveys ja vapaa-aika

*– Vahva fysiikka – ei pitäisi olla hengissä kaiken tapahtuneen jälkeen.*

Tämä aihealue koostui vastauksista, joissa korostuivat erilaisten vapaa-ajan aktiviteettien merkitys haastateltavien fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiin. Vastauksiin kuuluivat hyvinvointia ylläpitävä liikunta sekä erilaiset harrastukset musiikista maalaamiseen. Aihealueen piiriin sisällytin myös tyytyväisyyden tunnetta fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä ilmaisevat vastaukset. Psykososiaalisina vaikeuksina koettiin erityisesti mielen-terveyden ongelmat, mutta yhtä lailla myös fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin rapistuminen. Hyvä fyysinen kunto auttoi jaksamaan hoitajakson ja päihdeongelman tuomat rasitteet.

Haastateltavien harrastuksiin kuuluivat ne, mitkä olivat tulkittavissa tavallisiksi vapaa-ajalla tehtäviksi aktiviteeteiksi, jotka ylläpitivät fyysistä ja henkistä hyvinvointia. Hankalammin määriteltävissä olivat muutamat, erityisesti uskontoa koskevat vastaukset. Tulkitsin nämä kuuluvan samalla sekä tähän, että yhteiskuntaan kiinnittyminen -aihealueeseen, koska uskontoon liittyi samanaikaisesti jossain määrin yhteisöllistä osallisuutta ja toisaalta henkistä hyvinvointia ylläpitävää toimintaa. Uskontoa koskevien vastausten pienen lukumäärän takia en myöskään nähnyt tarpeelliseksi rajata sitä omaksi aihealueekseen.

## 2. 2. 2 KUNTOUTUSJAKSO

Voimavarojen ja psykososiaalisten vaikeuksien lisäksi tarkastelin, miten kuntoutusjakson merkitys näkyi haastateltavien puheissa. Kokemus kuntoutuksen tarjoamasta avusta oli laskettavissa yhdeksi tekijäksi toipumisen lähtökohtiin.

Tutkimukseen osallistuneilta päihderiippuvaisilta pyrittiin saamaan tietoa hoitopaikan ja -henkilökunnan merkityksestä kuntoutusjaksolla. Kuntouttajaa edustivat tässä tapauksessa pitkälti Järvenpään sosiaalisairaala ja siitä vastaavan A-klinikkasäätiö. Hoitohenkilökuntaa edustivat yleensä ottaen päihdeongelmaisen keskeisin kuntoutusjakson henkilö, kuten lääkäri tai omahoitaja, joka kykeni auttamaan kuntoutusjakson etenemisessä. Vertailin psykososiaalisten vaikeustasojen mukaan luokiteltuja vastaajaryhmiä suhteessa hoitohenkilön merkitykseen laitospäihdehoidon kuntoutusjakson etenemisessä (Taulukko 7).

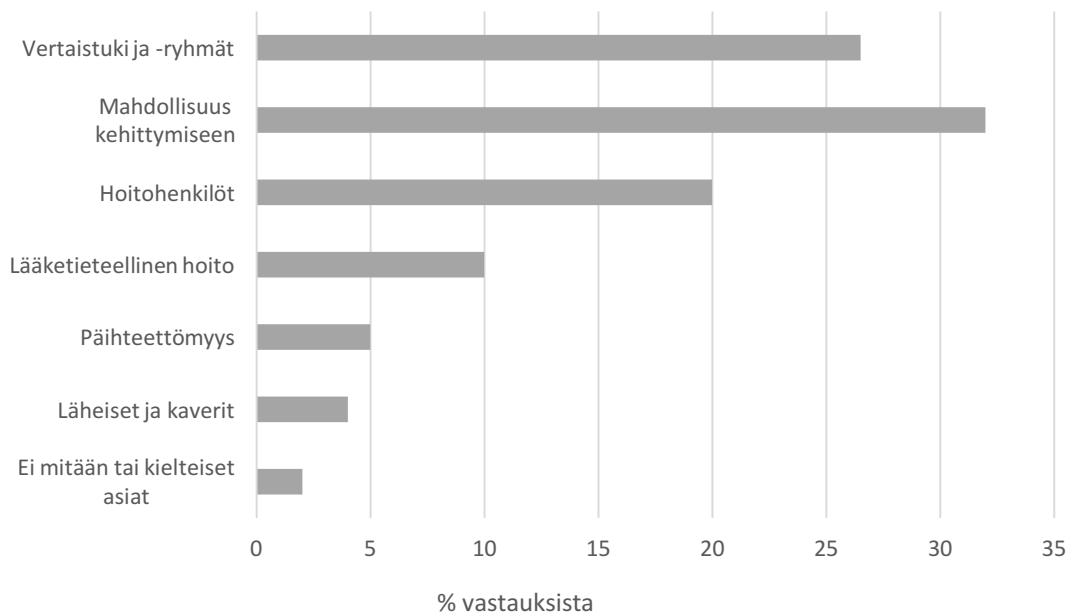
Taulukko 7. miten eri psykososiaalisten vaikeuksien määrän tasoilla nähtiin kuntoutuksen ja hoitohenkilöiden merkitys toipumisen kannalta. Luokittelin alkuperäiset vastausvaihtoehdot uudelleen viisiluokkaisesta kaksi luokkaiseksi yhdistämällä myönteiset ja kielteiset luokat sekä jättäen neutraalin vaihtoehdon pois kuvauksesta. Taulukossa kuvataan vain vastaajien lukumäärät kutakin vastaajaluokkaa kohden. Tilastollisia eroja ei ole testattu. Psykososiaalisten vaikeustasojen mukaan luokitellut vastaajaryhmät olivat: Pv = pieni, Kv = keskiuuri, Sv = suuri.

		Pv	Kv	Sv
<b>Vaikuttaako keskeisin hoitohenkilö (hoitava lääkärisi/omahoitaja/A-klinikan työntekijä tai joku muu joka on päihdehoitosi kannalta pääasiallisin hoitohenkilösi) olevan kiinnostunut sinusta ja perheestäsi?</b>	Vähän tai ei lainkaan.	3	5	2
	Hyvin tai erittäin paljon.	10	24	15
<b>Ymmärtääkö keskeisin hoitohenkilö tunteitasi, tunnelmiasi ja sinulle tärkeitä asioita?</b>	Vähän tai ei lainkaan.	2	4	2
	Hyvin tai erittäin paljon.	13	28	18
<b>Onko keskeisin hoitohenkilö (hoitava lääkärisi/omahoitaja) ymmärtäväinen?</b>	Vähän tai ei lainkaan.	2	1	1
	Hyvin tai erittäin paljon.	12	25	16
<b>Kysyykö keskeisin hoitohenkilö (hoitava lääkärisi/omahoitaja) mitä sinun päivittäisessä elämässäsi tapahtuu?</b>	Vähän tai ei lainkaan.	3	6	2
	Hyvin tai erittäin paljon.	11	19	15
<b>Osaako keskeisin hoitohenkilö (hoitava lääkärisi/omahoitaja) katsoa asioita sinun näkökulmastasi (nähdä asiat niin kuin sinä ne näet)?</b>	Vähän tai ei lainkaan.	5	6	4
	Hyvin tai erittäin paljon.	7	15	13

Haastateltavat kokivat pääsääntöisesti, riippumatta psykososiaalisen vaikeustason suuruudesta, keskeisen hoitohenkilönsä toiminnan myönteiseksi eikä suuria eroja vastaajaryhmien välillä ollut. Paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet arvostivat hoitohenkilöä kuitenkin hieman vähän vaikeuksia kokeneita enemmän.

Hoitohenkilön tärkeyden arvioimisen lisäksi haastateltavat nimesivät tekijöitä päihdekuntoutusjaksolta ja hoidon ajalta, jotka olivat vieneet kuntoutumista eteenpäin tai muuten auttaneet heidän jaksamista kuntoutusjakson aikana. Kuten voimavaroja ja psykososiaalisia vaikeuksia tarkastellessa, osa vastauksista oli laskettavissa useampaan kuin yhteen aihealueeseen. Aihealueiksi muodostuivat *vertaistuki- ja ryhmät, mahdollisuus kehittymiseen, hoitohenkilöt, kliininen hoito, päihteettömyys, läheiset ja kaverit sekä ei*

*mitkään tai kielteiset asiat.* Päihdekuntoutukseen liittyvistä vastauksista (Kuvio 2) merkittävin kuntoutusjaksoa eteenpäin vievä aihealue oli vastausten lukumäärän perusteella mahdollisuus kehittymiseen. Seuraavaksi käyn läpi tarkemmin muodostetut aihealueet ja niiden osuudet kaikista vastauksista.



Kuvio 2. ”Minkälaiset asiat tällä hoitajaksolla ovat vieneet hoitoasi ja kuntoutustasi eteenpäin?” Pylväät osoittavat summittaisesti, kuinka suuren osuuden vastausten kokonaismäärästä (n=239) kukin aihealue kattoi.

### **Vertaistuki ja -ryhmät**

Vertaistuki ja -ryhmät-aihealueen vastaukset koskivat haastateltavien päihdekuntoutuksessa ollutta vertaistukea sekä ryhmätapaamisia, joissa kuntoutujilla oli mahdollisuus jakaa kokemuksiaan. Vastausmäärien perusteella aihealue oli toiseksi suurin eli yli viidesosa kaikista vastauksista liittyi vertaistukeen antaen viitteitä siitä, kuinka merkittävä apu vertaiset olivat päihdehoitajaksolla. Hoitolaitoksessa saatu vertaistuki sekä ryhmätapaamiset, kuten AA:n ja NA:n näyttäytyivät tältä kantilta katsottuna erittäin tärkeiksi hoidon

ja toipumisen etenemisen kannalta. Lisäksi vertaistuki näyttäytyi jopa tärkeämpänä kuntoutusjaksoa eteenpäin vievänä asiana kuin hoitohenkilöt, vaikkakin molemmat aihealueet sisälsivät paljon vastauksia.

### **Mahdollisuus kehittymiseen**

Mahdollisuus kehittymiseen tarkoitti, että kuntoutusjakso ja siellä saatu hoito tekivät mahdolliseksi irrottautua päihdeongelmaa ylläpitävästä elämäntyylistä sekä päästä kärsiksi valtakulttuurin arvostamaan ja osallistavaan toimintaan. Kehittymisen mahdollistivat myös hoitolaitoksen säännöt ja rajat. Näiden seurauksena laituskuntoutusjaksolla olleiden oli pakko sopeutua uuteen tilanteeseen ja arvioida elämäänsä uudelleen. Tämä auttoi kuntoutusjaksolla olleita irrottautumaan aikaisemmista olosuhteistaan ja toimintamalleistaan. Oli kuitenkin havaittavissa muun muassa laadullisesta aineistosta, että kaikki eivät lopulta sääntöihin ja rajoihin sopeutuneet. Mahdollisuus kehittymiseen oli kaikkien vastausten osuudet huomioon ottaen suurin laituskuntoutusjaksoa eteenpäin vienyt tekijä.

### **Hoitohenkilöt**

Kolmanneksi suurin osuus vastauksista liittyi hoitohenkilökunnan ja vastaavan hoitohenkilön kanssa käydyistä yksilökeskusteluista saatuihin myönteisiin kokemuksiin. Toisin sanoen haastateltavilla oli kuntoutuksen tuoman tuen kautta ollut mahdollisuus päästä arvioimaan tilannettaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Osa piti hoitohenkilöiden asiantuntijuutta jopa tärkeämpänä kuin vertaisten kokemuksia. Hoitohenkilöiden kanssa käydyissä yksilökeskusteluissa jotkin haastateltavat kokivat, että heillä oli paremmat mahdollisuudet esille tuoda omia asioitaan kuin esimerkiksi vertaisten ryhmätapaamisissa. Yksilökeskustelujen seurauksena joidenkin kohdalla kuulluksi tulemisen tunne vahvistui ja syntyi luottamussuhde hoitohenkilöön. Erityisen tärkeäksi koettiin keskustelut omahoitajan sekä muun laitoksen henkilökunnan tai terapeutin kanssa.

## **Lääketieteellinen hoito**

Lääketieteellinen hoito oli sisällöltään lähellä edellisen luvun voimavaroja ja psykososiaalisia koskevaa aihealuetta *Päihderiippuvuus ja -kuntoutus*. Tässä yhteydessä vastaukset liittyivät hoidossa saatuun kliiniseen hoitoon, josta selkeimpänä esimerkkinä oli lääkitys. Sen merkitys oli suuri erityisesti korvaushoidon aloittaneilla, joilla lääketieteellisen hoidon tärkeys ilmeni puheina lääkityksen tuomasta mahdollisuudesta saada apua vakaviin vieroitusoireisiin ja selvitä seuraavaan päivään. Lääkityksellä tukalaa oloa oli mahdollista helpottaa ja korvaushoidon aloittaneiden tapauksissa se näyttäytyi toipumisen mahdollistavana ensiaskeleena. Aihealueen osuus kaikista vastauksista ei ollut kovinkaan suuri.

## **Päihteettömyys**

Päihteettömyydellä tarkoitettiin, että kuntoutusjaksosta seurannut päihdeaineiden käytön lopettaminen oli vienyt toipumista ja laitospäätyä eteenpäin. Mielenkiintoista kyllä, vastausmäärien perusteella aihealue ei noussut kovinkaan merkittäväksi. Tähän oli kenties syynä se, että kaikille päihteettömyys ei ollut kyseisellä hoitojaksolla jo terveydenkään kannalta realistinen vaihtoehto. Toisaalta päihteettömyys ei ollut ehkä edes toivottava tila. Päihteettömyyttä koskevien vastausten osuuden pienuus antoi viitteitä siitä, että hoidon aikana ollut täysraittius tai siihen pyrkiminen ei sinällään tarkoitanut, että kuntoutus olisi mennyt eteenpäin.

## **Läheiset ja kaverit**

Läheisten ja kavereiden merkitys vastausmäärien perusteella oli huomattavasti pienempi kuin vertaisten ja hoitohenkilöiden laitospäätyä eteenpäin. Aihealuetta koskevat vastaukset liittyivät perheen tukeen kuntoutuksen aikana sekä joidenkin haastateltavien mahdollisuuteen tavata ja saada tukea läheisiltään. Joillakin haastateltavilla saattoi olla päihdekuntoutusjaksolla jopa kavereita ja ystäviä, mutta

nämä tapaukset olivat kuitenkin suhteellisen harvinaisia. Aihealuetta koskevien vastausten ryhmittelyn suhteen olin ajoittain vaikeassa rajanvedossa vertaistukea koskevan aihealueen kanssa, sillä vertainen saattoi joissakin tapauksissa olla myös kaveri. Vastaa- vasti, kuten voimavarojen ja psykososiaalisten vaikeuksien kohdalla, läheiset ja kaverit saattoivat myös haitata hoidon etenemistä. Tämä mahdollisesti selitti osaltaan sitä, miksi aihealueen vastausmäärät jäivät pieniksi.

### **Ei mikään, ei osaa sanoa, kielteiset asiat**

Vastausmäärällisesti pienin aihealue koski muutamia harvoja tapauksia, jotka eivät joko löytäneet mitään myönteistä tai eivät halunneet nimetä päihdekuntoutusta ja hoitoa eteenpäin vieneitä asioita. Vain muutamit vastauksista sisälsivät kielteisiä arvioita kuntoutuksen hyödyistä ja negatiivisista vaikutuksista toipumiseen.



### 2. 2. 3 HENKILÖTARINOITA PÄIHDEKUNTOUTUJISTA

Tässä luvussa kuvaillaan eri lähtökohdissa olleiden päihderiippuvaisten henkilöhistorioita ja päihdekuntoutuksen etenemistä. Kuvauksen avuksi olen muodostanut laadullisen aineiston pohjalta mukailtuja henkilötarinoita yhdistellen haastateltavien päihde- ja hoitohistorioita. Vertailin henkilötarinoita psykososiaalisten vaikeustasojen mukaan. tarinat antoivat käsityksen siitä, millaiselta näyttivät henkilöiden taustat ja kuntoutuksen eteneminen suhteutettuna psykososiaalisten vaikeuksien määrään. Yhdistelemällä useiden haastateltavien tarinoita uusiksi narratiiveiksi oli parikin perustetta. Ensinnäkin haastateltavien tietoja yhdistelemällä oli mahdollista saada kattavampi kuvaus ilmiöstä. Toinen ja tärkein syy oli haastateltavien yksityisyyden turvaaminen.

Sekä psykososiaalisen vaikeustason ylä- ja alapäästä oli mahdollista löytää tekijöitä, jotka kuvastivat haastateltavien henkilöhistorioiden ja kuntoutuksen etenemisen ominaispiirteitä. Vertailun vuoksi olen esittänyt myös määrälliseen aineistoon pohjautuvat niin sanotut keskiarvotapaukset kussakin luvussa.

#### 2. 2. 3. 1 VÄHÄN PSYKOSOSIAALISIA VAIKEUKSIA

Määrällisen aineiston perusteella vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokenut henkilö oli keskimäärin noin 39-vuotias mies, joka oli aloittanut laituskuntoutusjakson luultavasti alkoholiriippuvuuden tai korvaushoidon vuoksi. Henkilön päihderiippuvuus oli kestänyt noin kymmenen vuotta. Koulutus oli peruskoulutasoa ja haastatteluhetkellä henkilö oli todennäköisesti sairauseläkkeellä tai työttömänä.

#### **Tommi**

Päihdekuntoutukseen oli saapunut 1970-luvulla syntynyt henkilö suoraan vieroitushoitojakson jälkeen. Syy tuloon oli opiaateista vieroittautuminen ja korvaushoidon aloitus.

Henkilöllä oli pitkä historia päihteiden käytöstä. Se oli alkanut varhain teini-iässä alkoholilla ja kannabiksella. Miedompia päihteitä seurasivat pian kovemmat huumeet, kuten amfetamiini ja heroini. Huumeiden käyttö muuttui ajan myötä suonensisäiseksi. Henkilö kuvasi huumeiden käytön muodostuneen ongelmaksi täysi-ikäisyyden kynnyksellä, kun työ- ja ihmissuhteet olivat alkaneet kärsiä. Päihderiippuvuuden lisäksi haastateltavalla oli diagnosoitu C-hepatiitti.

Henkilöllä oli ollut historiassaan muutama lyhyempi työsuhde, mutta aloittaessaan kuntoutusjakson hän oli sairaseläkkeellä. Suurimmaksi psykososiaaliseksi vaikeudekseen henkilö kuvasi raha-asiat ja asunnottomuuden. Jälkimmäiseen hän oli kuitenkin saanut jo apua päihdekuntoutuksessa sosiaalityöntekijältä. Merkittävimmiksi voimavaroihin henkilö koki hoidon ja lääkityksen, joka auttoi jaksamaan seuraavaan päivään.

Kuntoutusjakson aikana henkilö oli ollut varsin yhteistyöhaluinen, mutta hoidon edessä hänen intonsa ja motivaationsa hoitoa kohtaan oli laantunut. Motivaation puute ilmeni muun muassa vaikeutena pysyä sovituisissa aikatauluissa ja lopulta kuntoutusjakson lopettamisena.

## **Tiina**

1980-luvulla syntynyt henkilö oli aloittanut Päihdekuntoutuksen opioidi- sekä bentsodiatsepiiniriippuvuuden takia, jonka vuoksi oli aloitettu korvaushoito. Henkilö kertoi haakeutuneensa päihdekuntoutukseen tulevan perheenlisäyksen vuoksi.

Henkilö kertoi olleensa pari vuotta sitten töissä asiakaspalvelijana, mutta jättäytyneen pois mielenterveydellisten sekä fyysisten vaivojen vuoksi. Noihin aikoihin päihdeongelma oli hänen mukaansa pahentunut merkittävästi, kun hän oli siirtynyt huumeiden suonen sisäiseen käyttöön. Henkilö kertoi nykyisestä hoidosta olleen paljon apua. Hänelle se oli merkittävä voimavara, jonka avulla jaksoi päivästä toiseen. Toiseksi merkittäväksi voimavarakseen hän nimesi läheiset, puolison ja tulevan lapsen. Suurimmat psykososiaaliset vaikeudet olivat fyysinen terveys, jonka ongelmat ajoittain vaikeutti elämää.

Henkilön kuntoutusjakso eteni suunnitellusti. Hän sai apua ja neuvoja päihdeongelman selättämiseen ja tulevasta lapsesta huolehtimiseen.

### **Teppo**

Noin 50-vuotias sairaseläkkeellä oleva henkilö oli aloittanut päihdekuntoutuksen alkoholiriippuvuuden takia. Henkilö asui ja eli yksin, mutta oli onnistunut säilyttämään yhteyden edellisestä avioliitostaan oleviin lapsiin, jotka vierailivat hänen luonaan aika ajoin. Ongelmat alkoholin kanssa olivat alkaneet varsin nuorena ja juominen oli ollut jo vuosia erittäin runsasta.

Henkilö kertoi ongelmien kärjistyneen 2000-luvun lopussa, kun hänen työnteconsa oli käynyt mahdottomaksi juomisen takia. Suurimmiksi psykososiaalisiksi vaikeuksikseen henkilö kertoi haastattelussa taloudelliset asiat ja työpaikan menettämiseen liittyvät häpeän tunteet. Voimavaroikseen hän koki vertaistuen, AA-ryhmän ja uuden parisuhteen, joka oli motivoinut häntä hakemaan helpotusta päihdeongelmaan. Hän arvosti myös paljon omahoitajaansa, jonka kanssa käyty keskustelut olivat helpottaneet olotilaa.

Henkilö oli ollut aikaisemminkin päihdekuntoutuksessa, jonka kautta hoitokontakti oli säilynyt. Haastatteluhetken kuntoutusjakson eteneminen oli ollut suunnitellun mukaista. Hän oli tiedostanut päihdeongelmansa ja ollut motivoitunut pääsemään eroon aiemmista elämäntavoistaan.

### 2. 2. 3. 2 PALJON PSYKOSOSIAALISIA VAIKEUKSIA

Paljon vaikeuksia kokenut vastaaja oli noin 43-vuotias mies, jonka päihdeongelma oli alkanut yli 15 vuotta sitten. Hän kärsi yleensä ottaen joko pelkästään alkoholiriippuvuudesta tai sitten alkoholi- ja/tai muusta riippuvuudesta. Hän oli luultavasti käynyt ainakin peruskoulun ja mahdollisesti myös toisen asteen koulutuksen, ja oli ennenaikaisella eläkkeellä.

#### **Raija**

Henkilö oli syntynyt 1970-luvulla. Hän oli tullut päihdekuntoutukseen hoitaakseen alkoholi- ja lääkeriippuvuuttaan. Henkilö oli aloittanut alkoholin käytön hyvin varhain. Lääkkeet olivat tulleet kuvioihin aikuisuuden kynnyksellä. Henkilöllä oli elämänsä aikana ollut ongelmia mielenterveytensä kanssa, joita hän oli ”lääkinnyt” alkoholilla ja rauhoittavilla aineilla. Ajan myötä ongelmat sekä päihteiden käytön ja mielenterveyden kanssa olivat pahentuneet.

Viime aikoina mielenterveyden lisäksi myös fyysinen terveys oli alkanut säröillä. Henkilö kertoi jääneensä työttömäksi ruumiillisesti erittäin vaativasta työstä, joka oli ollut osasyllinen fyysisen terveyden heikkenemiseen. Työttömyys ja päihteiden hankkiminen oli ajanut henkilön vakaviin talousvaikeuksiin ja lopulta myös asunnon menettämiseen. Sekä taloudelliset vaikeudet että terveys kokonaisuudessaan olivat myös henkilön suurimmat psykososiaaliset vaikeudet. Voimavarakseen hän kertoi niiden harvojen vertaisten ja lähimmäisten tuen, jotka olivat vielä kuvioissa. Kuntoutusjakso auttoi kuitenkin henkilöä fyysisen ja henkisen olotilan huomattavaan kohenemiseen ja toipuminen eteni suunnitellusti.

## **Rauno**

1960-luvulla syntynyt henkilö oli kärsinyt pitkään alkoholiriippuvuudesta, jonka vuoksi hän oli ollut historiansa aikana useilla laitostuntoutusjaksoilla. Tästä johtuen hänellä oli myös vuosia jatkunut side hoitopaikkaan. Henkilö kertoi, että hänellä oli ollut elämänsä aikana paljon henkisiä ongelmia ja kertoi poteneensa usein myös itsetuhoisuutta. Ongelmat olivat hänen mukaansa alkaneet vuosikymmen aikaisemmin, kun hän oli jäänyt työttömäksi ja menettänyt perheensä pitkään jatkuneen alkoholinkäytön seurauksena. Tätä seurasivat itsetunto-ongelmat, häpeän tunteet sekä ankarat ryyppyputket, joilla edellä kuvattuja tunteita hän pyrki tukahduttamaan. Henkilö kertoi käyttävän joskus myös rauhoittavia lääkkeitä olonsa parantamiseen. Lääkeriippuvuutta hänellä ei ollut todettu.

Suurimmiksi psykososiaalisiksi vaikeuksikseen henkilö kertoi heikon itsetunnon, yksinäisyyden ja raha-asiat. Voimavaroja hän ei osannut nimetä, mutta kertoi saaneensa tukea vertaisilta kuntoutuksen aikana. Hoidon edetessä haastateltavan olotila ja mieliala paranivat merkittävästi ja hänen toipumisensa eteni. Henkilöllä oli kuitenkin vaikeuksia muiden laitostuntoutusjaksolla olleiden ihmisten kanssa.

## **Riitta**

Henkilö oli syntynyt 1960-luvulla. Hänellä oli diagnosoitu jo vuosia sitten alkoholiriippuvuus, jonka seurauksena hän oli ollut sairauseläkkeellä ja poissa työelämästä useamman vuoden. Nykyisen kuntoutusjakson lisäksi henkilöllä oli useita aikaisempia hoitokertoja pitkien juomisputkien päätteeksi. Alkoholiriippuvuuden lisäksi henkilö kertoi kärsivänsä ylipainosta ja liikuntaelinsairaudesta, jotka rajoittivat hänen harrastuksiaan ja vapaa-aikansa. Haastateltava oli myös eronnut muutama vuosi sitten ja asui tällä hetkellä yksin. Aikaisemmasta liitostaan hänellä oli lapsia, joihin hän ei enää ollut yhteydessä.

Suurimmiksi psykososiaalisiksi vaikeuksikseen haastateltava kertoi ylipainon ja vaikeudet liikkumisessa sekä itsetunto-ongelmat. Voimavaroikseen hän kertoi omat henkiset vahvuudet ja itsepäisyyden, jonka takia hän oli vielä elossa. Laitoshoitojakson aikana

henkilöllä oli ollut vaikeuksia sopeutua hoitoyhteisöön, joka ilmeni riitautumisena muiden hoidossa olleiden henkilöiden kanssa. Hän lopetti omaehtoisesti hoitajakson kesken.

## 3 YHTEENVETO JA TULKINTA

### 3. 1 MITKÄ OLIVAT LÄHTÖKOHDAT TOIPUMISELLE

Tarkastelen tässä luvussa sitä, miltä elämän osa-aleilta psykososiaaliset vaikeudet muodostuivat ja kuinka haastateltavien sosiodemografinen tausta ja laitostuntoutusjakson aloituksen syyt vaikuttivat psykososiaalisten vaikeuksien määrään. Vastaan ensimmäiseksi kysymykseen, mitä elämän osa-alueita psykososiaaliset vaikeudet koskivat.

PARADISE24-kysymyssarjasta muotoutui faktorianalyysin kautta kuusi psykososiaalisia vaikeuksia koskevaa osa-aluetta eli elämää ja arjen hallintaa sekä inhimillisiä toimintoja koskevia kysymyskokonaisuuksia. Näitä olivat *toiminta*, *alakulo*, *hallinta*, *sosiaalinen*, *osallistuminen ja fyysinen*.

*Toiminta* -osa-alue sisälsi kysymyksiä, jotka käsitelivät kykyä suoriutua varsin perustavanlaatuisista inhimillisistä tehtävistä, kuten syömisestä, seksuaalisista toiminnoista ja muista omaa hyvinvointia ylläpitävistä toiminnoista. Ongelmat näiden suhteen saattoivat olla päihderiippuvuuden lisäksi seurausta erilaisista sairauksista – fyysisistä tai henkisistä. Ongelmia henkisissä toiminnoissa kuvasti vielä osuvammin alakulo, jonka kysymykset koskivat kognitiivisia toimintoja, keskittymiskykyä ja kykyä suoriutua henkisesti vaativista tehtävistä.

*Hallinta* -osa-alue oli tulkittavissa koskemaan itsehillintää ja impulssikontrollia. Toisaalta esimerkiksi kysymykset koskien asioiden tapahtumisesta ympärillä liian nopeasti tai itsensä tunteminen liian hitaana oli ymmärrettävissä tarkoittavan asioiden hallitsemisesta käytännöllisemmällä tasolla. Tiivistetyksi tulkitsin hallinnan osa-alueen kysymysten kuvastavan sopeutumista tai konkreettisemmin reagoimista ympäröiviin muutoksiin sekä itsehillinnän osalta koskien suunnitelmallisuutta ja tekojen seurauksien ymmärtämistä.

*Sosiaalinen* -osa-alue oli tulkittavissa, miten vaikeiksi haastateltava koki sosiaaliset suhteensa tai niiden puutteen ja sosiaalisen elämän ylipäättään. Yksinäisyyden lisäksi vaikeus

saattoi liittyä sosiaalisten tilanteiden ahdistavuuteen. *Osallistuminen* -osa-alue oli tulkittavissa nimen mukaisesti kykyä tai yhteenkuuluvuuden kokemuksena olla osana yhteiskunnallisesti osallistavaa toimintaa. *Fyysinen* -osa-alue oli kysymysmäärältään suppein ja liittyi toipujan fyysiseen terveyteen kipujen kokemisen muodossa sekä koettuun unen laatuun.

Osa-alueiden valossa alle 30-vuotiaat olivat vanhempia paremmassa lähtökohdissa elämän perustoiminnoissa (*toiminta*) ja henkisessä toimintakyvyssä (*alakulo*). Korvaushoidon takia päihdekuntoutuksessa olleet olivat paremmassa tilanteessa *toiminnan* ja *alakulon* lisäksi ympärillä tapahtuvien asioiden hallinnassa (*hallinta*) ja sosiaalisissa tilanteissa (*sosiaalinen*).

Toinen luvulle asetettu kysymys oli, mitkä olivat toipujien taustat ja kuinka ne erosivat suhteessa psykososiaalisten vaikeuksien määrään? Taustamuuttujia koskevan analyysin perusteella näytti siltä, että toipumisen lähtökohdat olivat paremmat enintään peruskoulun suorittaneilla; niillä, joilla oli muita vähemmän aikaisempia laituskuntoutusjaksoja ja niillä, jotka olivat nykyisellä kuntoutusjaksolla korvaushoidon vuoksi. Huonommat lähtökohdat olivat, ehkä hieman yllättäen, muita kouluttautuneimmilla, eli tässä tapauksessa toisen asteen suorittaneilla verrattuna vain peruskoulun käyneisiin. Lisäksi aiemmin useita kertoja laituskuntoutusjaksolla olleiden lähtötilanne vaikutti keskimääräistä heikommalta. Kaikki vastaajat huomioon ottaen, yleisin syy päihdekuntoutuksen aloittamiselle oli alkoholiriippuvuus. Lukumäärällisesti alkoholiriippuvaiset olivat kuitenkin runsaasti edustettuna kaikissa tarkastelluissa vastaajaryhmissä.

Nuoremmat eli tässä tapauksessa alle 30-vuotiaat olivat lähtökohtaisesti paremmassa asemassa kuin vanhemmat eli yli 45-vuotiaat. Nuoremmilla oli myös vanhempaa ikäluokkaa paremmat lähtökohdat arjen ja elämän perustoiminnoissa, kuten syömisessä ja peseytymisessä (*toiminta* -osa-alue) sekä kognitiivisissa toiminnoissa ja mielen virkeydessä (*alakulo* -osa-alue), jossa alle 30-vuotiaat olivat kaiken kaikkiaan subjektiivisesti muita paremmassa lähtökohdassa.

Asia, mikä kiinnitti erityistä huomiota vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneissa, olivat kuntoutusjaksolla korvaushoidon vuoksi olleet. Korvaushoidosta olleista enemmistö



oli noin 30-vuotiaita, kun taas alkoholiriippuvuuden vuoksi laitostuntoutusjaksolla olleet olivat keskimääräistä vanhempia. Korvaushoidossa olleet olivat toipumisen lähtökohtien perusteella paremmassa tilanteessa, sillä he kokivat sekä alkoholiriippuvuuden sekä alkoholi- ja/tai muun riippuvuuden vuoksi aloittaneita vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia. Muista syistä laitostuntoutusjaksolla olleet kokivat selkeästi enemmän vaikeuksia arjen perustoiminnoissa (*toiminta* -osa-alue) ja mielentoiminnot (*alakulo* -osa-alue). Alkoholi- ja/tai muun riippuvuuden vuoksi päihdekuntoutuksessa olleet kokivat verrattuna muihin selkeästi enemmän vaikeuksia ympäröivien asioiden hallitsemisessa (*hallinta* -osa-alue) sekä sosiaalisissa toiminnoissa (*sosiaalinen* -osa-alue).

Tiivistetysti, toipumisen psykososiaaliset lähtökohdat vaihtelivat sen mukaan, mikä oli päihdekuntoutuksen aloittamisen syy, mikä oli haastateltavan koulutustaso ja ikä sekä, kuinka usein haastateltava oli ollut aikaisemmin laitostuntoutusjaksolla.

### 3. 2 MITKÄ OLIVAT TOIPUJEN PSYKOSOSIAALISET VAIKEUDET JA VOIMAVARAT

Luvun tehtävänä oli vastata kysymykseen: mitkä olivat laitostuntoutusjaksolla olleiden päihderiippuvaisten voimavarat ja muodostuivatko ne samoilta aihe-alueilta psykososiaalisten vaikeuksien kanssa. Lyhyt vastaus on, että *perhe ja läheiset* koettiin lähes yhtä usein voimavarana ja psykososiaalisena vaikeutena. Eniten psykososiaalisia vaikeuksia koettiin *yhteiskuntaan kiinnittymisessä* ja merkittävin voimavara oli haastateltavan omat *henkiset vahvuudet*.

Vaikka voimavarat ja psykososiaaliset vaikeudet oli kuvattavissa samojen aihealueiden kautta, niiden merkitys haastateltavan tilanteeseen laitostuntoutusjaksolla vaihteli paljon aihealueen mukaan. Ainoastaan haastateltavien *perhe ja lähipiiri* vaikuttivat samanaikaisesti lähes yhtä paljon sekä myönteisenä että kielteinen tekijänä toipumisessa. Robert Leibson Hawkins ja Courtney Abrams (2007) ovat tutkineet perheen ja läheisten roolia kodittomilla, jotka kärsivät päihderiippuvuuden ja psyykkisen sairauden kaksoisdiagnooseista. He havaitsivat, että vaikkakin perhe ja läheiset olivat monelle voimavara, ne saattoivat yhtä lailla edesauttaa ongelmien synnyssä esimerkiksi päihteitä hankkimalla tai käyttämällä niitä yhdessä kodittoman kanssa.

Myös Marjo Romakkaniemen ja Sanna Väyrysen (2011) mukaan perheen rooli päihdekuntoutuksessa saattaa näyttytyä ristiriitaisena. Lähipiiristä saattoi olla joko hyötyä tai haittaa kuntoutumisessa, mutta samaan aikaan lähipiirin rooli voimavarana tai psykososiaalisena vaikeutena ei ollut pysyvä, sillä ”perheet elävät erilaisia vaiheita” (emt., 144). Toisin sanoen oli mahdollista, että perhe ja lähipiiri toipuivat kuntoutujan mukana.

Tässä tutkimuksessa eniten psykososiaalisia vaikeuksien kokemuksia ilmeni yhteiskuntaan kuulumisen tunteesta (*yhteiskuntaan kiinnittyminen*). Yhteiskuntaan kuulumisen ja osallisuuden tunteeseen vaikuttivat esimerkiksi työ, asunto ja raha. Erityisesti taloudellinen tilanne koettiin vaikeaksi lähes poikkeuksetta. Hawkins ja Abrams (2007, 2032) ovat kirjoittaneet sosiaalista pääomaa sivuten sosiaalisen verkoston käsitteestä. Sosiaalinen verkosto tarkoitti sosiaalisten suhteiden määrää ja rakennetta sekä sosiaalisen tukea (*social support*), joka liitti ihmisiä yhteen ja mahdollisti asioita riippuen siitä, minkä

laatuinen sosiaalinen verkosto oli. Heidän tutkimuksessaan kodittomien sosiaaliset verkostot koostuivat lähes ainoastaan *bondingista* eli suhteista kohtalotovereihin (emt., 2039). Tämä tarkoitti, että tutkimukseen osallistuneiden kodittomien yhteiskunnan rapusilla nouseminen oli vaikeaa, sillä väyliä muun muassa työmarkkinoille ei ollut tarjolla muiden sosiaaliseen verkoston kuuluneiden osalta. Yhteiskuntateoreettisessa ja sosiaalisen integraation kannalta katsottuna tulos tarkoitti sitä, että näillä kodittomilla oli suuri riski pysyä syrjäytyneenä ja eristyneenä valtakulttuurista ja etenemisen yhteiskunnallisella tasolla muun muassa työllistymisessä tai muissa osallistumisen muodoissa.

Myös itse päihderiippuvuus koettiin tässä tutkimuksessa varsin usein psykososiaalisena vaikeutena, vaikka se ei ollutkaan tutkimuksen ja hankkeen tarkoitus. Huomattavasti enemmän psykososiaalisena vaikeutena kuin voimavarana koettiin myös oma fyysinen ja henkinen terveys, jotka rajoittivat normaalia elämää ja harrastustoimintaa (*harrastukset, terveys ja vapaa-aika*).

Voimavaroina koettiin huomattavasti enemmän usko itseen ja omiin henkisiin kykyihin (*itsearvostus ja henkinen vahvuus*) sekä motivaatio toipumiseen (*tulevaisuuteen suuntautuneisuus*). Tältä pohjalta suurimmaksi voimavaraksi näyttäytyi päihderiippuvuudesta toipuva itse. Voidaan tulkita, että siinä vaiheessa, kun siteet valtakulttuuriin ja yhteiskuntaan tai läheisiin olivat rakoilleet tai katkenneet kokonaan, jäljellä oli usko itseen, niin sanottu minäpystyvyys (ks. esim. Terrion 2013). Motivaatio ja usko itseen ovat varmasti hyvä lähtökohta toipumiselle, mutta vaati muiden aihealueiden kehittymistä. Vaihtoehtoisesti, voisi kuvitella, että uskon menettäminen itseen voisi luoda erittäin vaikean tilanteen toipumisen ja elämisen kannalta, jopa suuremmassa määrin kuin miten se vaikuttaa positiivisesti voimavarana.

### 3. 3 MIKÄ OLII LAITOSKUNTOUTUSJAKSON MERKITYS PÄIHDEKUNTOUTUKSESSA

Vastaan tässä luvussa kysymykseen, miltä laitospääntoutusjakson ja sen merkitys toipumisen etenemiseen näyttöytyi haastateltavien puheissa Lyhyesti vastattuna, laitospääntoutusjakso näyttöytyi haastateltavien puheissa toipumisen mahdollistajana.

Psykososiaalisten vaikeuksien määrästä riippumatta läheisintä hoitohenkilöä, kuten omahoitajaa pidettiin tärkeänä laitospääntoutusjakson etenemisen kannalta. Laitoshoidoksista seurannutta lääketieteellistä ja mahdollista päihdeettömyyttä tärkeämpänä hoidon etenemisen kannalta pidettiin mahdollisuutta kehittää omaa yhteiskunnallista ja henkilökohtaista tilannetta (*mahdollisuus kehittymiseen*), vertaisten tuomaa tukea ja asiantuntemusta (*vertaistuki ja -ryhmät*) sekä keskusteluja hoidosta vastaavien henkilöiden kanssa (*hoitohenkilöt*). Toisaalta erityisesti korvaushoidon aloittaneille myös lääkitys toi selkeää apua. Näytti siltä, että kuntoutusjakson rooli sosiaalisten suhteiden ja yhteiskunnallisten siteiden luomisessa oli päihderiippuvuuden hoitoa tärkeämpää.

Romakkaniemen ja Väyrysen (2011) tutkimuksessa kuntoutusta edesauttavia tekijöitä toipujille olivat muun muassa hoitopaikassa olleille syntynyt luottamus ammattilaisiin ja hoitohenkilökuntaan. Luottamuksen kehittymiseen vaikuttivat muun muassa hoitohenkilökunnan kyvyt vuorovaikutukseen ja palautteen antoon, jotka lisäsivät luottamusta kertoa vaikeista asioista. Tärkeiksi tekijöiksi mainittiin myös henkilökunnan asenne, toisin sanoen, miten hoitohenkilökunta kohteli kuntoutujia ja arvosti heitä ihmisinä. Tällä oli vaikutusta hoitopaikan ilmapiiriin ylipäättään. Jotkut kokivat, että heitä katsottiin alas päin ja moralisoitiin. (emt., 138–139). Tässä aineistossa luottamus varsinkin omahoitajaan ilmeni lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla lähtökohdista riippumatta. Tärkeiksi tekijöiksi arvostettiin varsinkin muita ihmisiä, joko vertaisia tai hoitohenkilöitä sekä hoitopaikan tuomaa mahdollisuutta aidosti kehittyä.

Kuntoutusjakson positiivista merkitystä korosti se, että koettujen psykososiaalisten vaikeuksien määrään vaikuttivat huomattavasti hoidosta saadut myönteiset kokemukset. Hoitopaikka on voinut monelle olla ainoa kiinnekohta sen hetkessä elämässä eikä omaehtoinen toipuminen olisi ollut mahdollista. Varovasti arvioiden tulkitsin, että hoitoon

pääsy oli taannut usealle haastateltavalle mahdollisuuden parantaa tilannettaan henkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti, johon kuntoutusjakso tarjosi työkalut. Tätä kuvastivat haastateltavien vastaukset, jotka yleisemmin liittyivät laitospääntoutusjakson ja hoidon tarjoamaan mahdollisuuteen kehittyä. Toisaalta tilanne saattoi muuttua dramaattisesti-kin hoidon jälkeen, jos päihderiippuvuudesta kuntoutuva on palannut takaisin entiseen päihdeongelmaan altistavaan ympäristöön ja kulttuuriin. Siten laitos- ja päihdehoidon ulkopuolisten asioiden järjestäminen sekä läheisten rooli ovat kokonaisuuden kannalta tärkeässä roolissa, kun henkilö pyrkii valtakulttuurin osalliseksi.

### 3. 4 MITÄ HENKILÖTARINAT KERTOIVAT TOIPUMISEN ETENEMISESTÄ

Tämän luvun tehtävänä oli vastata kysymykseen, minkälaisia henkilötarinoita rakentui päihde- ja hoitohistorian kautta psykososiaalisten vaikeustasojen eri ääripäihin: poikkesivatko nämä tarinat toisistaan ja, jos poikkesivat niin miten? Laadullinen aineiston avulla oli tarkoitus tulkita määrällistä aineistoa yrittäen laajentaa ymmärrystä toipumisen lähtökohdista. Henkilötarinoiden avulla pyrin tarjoamaan lukijalle myös käsityksen siitä, miten laitostuntoutusjakso oli edennyt haastattelun jälkeen.

Kiinnitin huomiota eroihin hoidon kulussa. Näytti siltä, että pelkästään psykososiaalinen vaikeustason avulla ei voinut ennustaa laitostuntoutusjakson etenemistä. Oli myös havaittavissa, että paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneiden tilanne parani huomattavasti hoidon aikana ja toipuminen oli siten ehkäpä havaittavampaa. Vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneissa, etenkin korvaushoidon aloittaneissa oli useita, jotka lopettivat laitostuntoutusjakson kesken. Erot henkilötarinoissa näkyivät ehkäpä selkeimmin siinä, kuinka paljon henkilöt nimesivät voimavaroja. Tässä yhteydessä kuntoutusjakson ulkoisten voimavarojen puute tarkoitti, että hoidon merkitys korostui ja oli itsessään tärkeä voimavara toipujalle.

Vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet vaikuttivat laadullisen aineiston perusteella kärsivän vähemmän mielenterveysongelmista, masennuksesta ja muista henkistä taspainoa horjuttavista tekijöistä, kun taas paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet kertoivat paljon henkisistä alemmuustiloista ja masennusoireista. Erot ilmenivät myös somaattisissa sairauksissa. Paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokevista useampi kärsi omien sanojensa mukaan sekä fyysisistä ja psyykkisistä ongelmista. Huolimatta psykososiaalisten vaikeuksien määrästä, päihteiden käyttö oli jatkunut lähes poikkeuksetta vuosia eli suurin osa laitostuntoutukseen päätyvistä oli kärsinyt päihteiden käytön ongelmista jollakin tapaa jo pidemmän aikaa.

Korvaushoidon vuoksi kuntoutusjaksolla olleita yhdisti se, että he olivat lähes poikkeuksetta olleet pitkään ulkona työelämästä ja omasivat ylipäätään hyvin vähän työkokemusta. Nuoresta iästä huolimatta usealla oli ollut vuosia jatkunut yhteys hoitopaikkaan.

Päihteiden käyttö oli alkanut hyvin nuorena. Muutamat haastateltavista olivat yrittäneet opioidiriippuvuudesta eroon pääsyä aikaisemminkin. Käytettyjen päihteiden laittomuuden takia ei ollut myöskään poikkeuksellista, että jotkut olivat kärsineet rikosoikeudellisia seuraamuksia. Oli mahdollista, että vastaajilta puuttui keskimääräistä useammin yhteys yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja normaalin arjen pyörittämiseen jo pidemmältä ajalta. Oli viitteitä myös siitä, että joillakin tätä yhteyttä ei ollut välttämättä koskaan ollutkaan. Korvaushoidossa olleet kertoivat lähes poikkeuksetta myönteisistä hoitokokemuksista ja hoidosta sekä lääkityksestä voimavarana. Huomiota herätti se, että suhteellisen monella korvaushoidon aloittaneista kuntoutusjakso päättyi ennen aikaan – vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneista seitsemästä korvaushoidon vuoksi laituskuntoutuksessa olleesta neljä oli lopettanut kuntoutusjakson kesken.

Paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneiden laituskuntoutuksen aloittamisen syyt näyttivät muodostuvan pitkälti joko pelkästään alkoholiriippuvuudesta tai alkoholi- ja/tai muun aineen riippuvuudesta. Verrattuna vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneisiin, korvaushoidossa olleita oli vain yksi. Alkoholiriippuvuuden sekä alkoholi- ja/tai muun aineen riippuvuutensa takia hoidossa olleet olivat iäkkäämpiä varsinkin, jos vertasi suoraan korvaushoidon aloituksen vuoksi hoidon aloittaneisiin. Tätä eroa alleviivasi se, että kukaan korvaushoidon aloittanut ei ollut yli 45-vuotias. Psykososiaaliset ongelmat liittyivät paljon vaikeuksia kokeneilla yleensä perheeseen ja parisuhteeseen, työhön ja rahan mielenterveysongelmien lisäksi. Paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet potivat myös usein huonoa itsetuntoa ja alempiarvoisuutta suhteessa muihin ihmisiin. Yksi syy saattoi olla, että omaa päihteidenkäyttöä oli jouduttu jo pitkään salailemaan työtovereilta ja läheisiltä. Toinen syy saattoi olla myös arjessa ja päihteiden käyttöön liittyvässä yhteisössä koetut väkivallan pelot tai menneisyyden traumat, jotka oli jäänyt hoitamatta.

Vastaus luvun alussa esitettyyn kysymykseen lyhyesti on, että tarinat poikkesivat siinä, missä laituskuntoutuksen aloituksen syytkin. Pienet psykososiaaliset vaikeudet -vastaajaryhmässä oli huomattavasti enemmän korvaushoidossa olleita, joiden päihdehistoria poikkesi merkittävästi esimerkiksi alkoholiriippuvaisista. Sen lisäksi edellä mainitussa vastaajaryhmässä haastateltavat olivat nuorempia ja työhistoria oli lyhempi. Toipujien

psykososiaaliset lähtökohdat eivät sen sijaan ennustaneet hoidon kulkua, sillä pienen psykososiaalisten vaikeustason vastaajaryhmän vastaajissa oli useampi, joka lopetti hoitjakson kesken.



### 3. 5 MITÄ OLII TULKITTAVISSA LAITOSKUNTOUTUKSEN ALOITTAMISEN SYISTÄ

Yksi mielenkiintoisimmista analyysin aikana esiin nousseista kysymyksistä oli, miksi korvaushoidon takia laitostuntoutusjaksolla ollut koki keskimäärin muita vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia. Yksi selitys saattoi olla, että korvaushoito vaatii selkeää motivaatiota päästä eroon päihderiippuvuudesta tarkoittaen usein vuosien sitoutumista. Korvaushoidon aloittaminen on tarkoittanut myös, että vieroittautuminen pelkästään käytön lopettamisella ei ole nähty olleen mahdollista. Tältä pohjalta voisi olettaa korvaushoidossa olleiden olleen lähtökohtaisesti muita enemmän kiinni kuntoutuksessa ja päihdekuntoutuksen olleen olennainen osa toipumisen mahdollistamista. Hoito ja lääkkeet olivat useimmalle korvaushoidossa olleelle myös tärkein voimavara. Huomioitavaa oli kuitenkin se, että hoitopaikan tärkeyden kokemisesta huolimatta usea korvaushoidossa olleista lopetti hoitonsa kesken, joko oma-aloitteisesti hoitonsa päättämällä, saapumatta paikalle sovittuun tapaamiseen tai muun sääntörikkomuksen kautta. Tämä saattoi olla merkki siitä, että halu takaisin entiseen elämään ja ympäristöön on ollut tuossa vaiheessa vielä liian suuri ja sitä kautta motivaatio kuntoutumiseen ei ole ollut riittävä.

Toinen tulkintani korvaushoidossa olleiden pienemmistä psykososiaalisista vaikeuksista liittyi siihen, että huumeet olivat olleet olennainen osa heidän elämäänsä jo varhaisesta teini-ikästä saakka. Kokemukset osallisuudesta eli valtakulttuuriin kuulumisesta esimerkiksi työpaikan tai koulutuksen kautta olivat tätä kautta luultavimmin unohtuneet tai jääneet kokonaan saamatta. Varovasti voisi arvioida, että osa tutkimuksen haastateltavista ei välttämättä tiennyt niin sanotusti paremmasta eli valtakulttuurin tavoiteltavana pitämistä asioista, tai ei toisaalta pitänyt niitä edes tärkeinä, jotta ne olisi koettu psykososiaalisina vaikeuksina. Toisin sanoen sosiaalinen integraatio oli tapahtunut muita teitä pitkin ja toisenlaisten normien mukaisesti. Korvaushoidossa olleet olivat kulkeneet rannan ja varsin raskaan tien tullakseen siihen pisteeseen, missä he olivat haastatteluhetkellä. Matkaan oli mahtunut päihteiden käytön ja päihdekulttuurissa elämisen lisäksi läheisten ja kavereiden menetyksiä sekä psyykkisiä ja somaattisia sairauksia, jotka olivat monella voineet lisätä entisestään päihteiden käyttöä.

Tutkimukseni haastateltavista suurin osa eli noin puolet oli aloittanut laituskuntoutusjakson alkoholiriippuvuuden takia. Alkoholiriippuvuus on osoitettu olevan yhteydessä syrjäytymiseen, jopa kasvattaen kansan eriarvoistumista ja kuilua yhteiskuntaluokkien välillä (mm. Kaukonen 2013). Tutkimuksessani havaitsin, että varsinkin paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneilla alkoholiriippuvaisilla päihdeongelmaan liittyi usein häpeää ja pelkoa, kuinka ympäristö ja läheiset suhtautuvat ongelmaan. Suomen kontekstissa on yleistä, että juominen ja juomisen ongelmat periytyvät kulttuurisesti perheen ja ympäristön kautta. (Kotovirta & Österberg 2013). Merkittävimpiä psykososiaalisia vaikeuksia tarkastellessa *perhe ja läheiset* saattoivat olla syynä alkoholiongelman syntyyn ja jatkumiseen. Edellä kuvatut tekijät saattoivat toki yhtä hyvin koskea muitakin päihteitä. Verrottuna kuitenkin korvaushoidossa olleisiin, alkoholiriippuvaiset kokivat keskimääräistä enemmän psykososiaalisia vaikeuksia.

Kaiken kaikkiaan paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet olivat pitkälti päihdehoidossa alkoholiriippuvuuden tai alkoholi- ja/tai muun aineen riippuvuuden takia. Haastateltavien ikä näytti myös olevan yhteydessä koettujen vaikeuksien määrään. Nuoremmat kokivat vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia. Johtuen kenties alkoholikulttuurista ja siitä, että vanhemmat olivat ehtineet viettää aikaa työelämässä, paljon psykososiaalisia vaikeuksia kokeneiden päihteiden käyttö oli havaittu tai koettu merkittäväksi ongelmaksi usein vasta vanhemmalla iällä, vaikkakin psykososiaalisesta vaikeustasosta riippumatta lähes jokainen oli päätenyt päihteiden käyttöön jo varhaisessa vaiheessa. Pitkään jatkunut päihteiden käyttö oli aiheuttanut ongelmia työn ja perhe-elämän suhteen, joka ilmeni häpeänä tai eron jälkeisenä yksinäisyytenä. Tämä ilmeni muun muassa mielentoumintoja ja -vireyttä koskevasta osa-alueesta *alakulo*. Osa-alueen kysymysten sisältö viittasi siihen, että vanhemmat päihderiippuvaiset omasivat heikomman itsetunnon. Itsearvostuksen katoaminen saattoi olla seurausta nopeasta sosiaalisen ja yhteiskunnallisen aseman heikkenemisestä, kuten työttömäksi jäämisestä.

Vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet olivat yleensä ottaen nuorempia ja siitä johtuen luultavasti harvemmin perheellisiä tai vakituisissa töissä olleita. Nuoremmilla, varsinkin korvaushoidossa olleilla tällaista sosiaalista putoamista ei ollut todennä-

köisesti tapahtunut. Korvaushoidossa olleiden, usein varhaisteini-ikästä alkanut päihteyden käyttö sekä työelämästä ja opiskelusta ulkopuolelle jääminen, oli voinut vaikuttaa psykososiaalisten ongelmien kokemiseen varsinkin arjen ja osallistumisen suhteen. Saattoi olla, että heillä ei ole ollut yhteiskunnallisesti ja valtakulttuurisesti mitään menetettävää. Vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneilla näytti olevan myös vähemmän mielenterveysongelmia tai masennusta sen perusteella, mitä he ylipäättään nimesivät merkittävimmäksi psykososiaalisiksi vaikeuksiksi. Silti myös heistä löytyi niitä, jotka olivat kärsineet mielenterveysongelmista, masennuksesta sekä somaattisista sairauksista usein samanaikaisesti, joka ongelmien vakavuuteen nähden ei ollut yllättävää.

Psykososiaalisten vaikeuksien tasoon vaikuttivat myönteisesti kokemukset hoidosta ja kuntoutuksesta. Laitoskuntoutusjakson aloittaminen tarkoitti psyykkisistä ja fyysisistä ongelmista kärsiville mahdollisuutta parantaa tilannettaan. Korvaushoidossa olleiden tapauksessa hoidon merkitys, jonka he kokivat elämäntilanteensa muuttavan elämäntilanteensa parempaan suuntaan, oli suuri. Oli vaikea ja suorastaan mahdotonta arvioida, koettiinko psykososiaaliset vaikeudet yhtä vähäisinä vielä viikkoja tai kuukausia kuntoutusjakson jälkeen. Monella luultavasti odottivat kuntoutuksen jälkeen entiset päihdeidenkäyttöön kannustavat materiaaliset ja sosiaaliset ympäristöt sekä päihdekulttuuri.

Korvaushoidon vuoksi päihdekuntoutuksessa olleiden lisäksi myös muuta vähän psykososiaalisia vaikeuksia kokeneet suhtautuivat myönteisesti itse kuntoutukseen. He tuntuivat myös tunnistaneen ongelmansa selkeämmin. Tämä niin sanottu oman tilanteen tiedostamisen merkitys oli varmasti toipumisenkin kannalta ajatellen myönteinen. Näytti yleensä ottaen siltä, että halu ja motivaatio päihdeongelman ratkaisuun tuntui vähentävän koettujen psykososiaalisten vaikeuksien määrää. Myönteisesti tilanteeseen saattoi vaikuttaa myös se, että päihdekuntoutuksen aloittamiseen motivoivat joillakin läheiset, puoliso tai lapset tarkoittaen sitä, että osalla siteet lähipiiriin oli säilynyt päihderiippuvuudesta huolimatta.

Oma lukunsa olivat ne, jotka aloittivat päihdekuntoutuksen useamman diagnosoidun päihdeaineen riippuvuuden kanssa. Alkoholin- ja/tai muun päihdeaineen riippuvuudesta kärsivillä olivat toipumisen suhteen keskimäärin muita heikommat psykososiaaliset lähtökohdat.

### 3. 6 MITEN TULKITA TOIPUMISPROSESSIA YKSILÖN JA KULTTUURIN NÄKÖKULMASTA

Robert Granfieldin ja William Cloudin (2004) mukaan yksi merkittävä päihderiippuvuudesta toipumisen lähtökohta on päihdeongelman tunnustaminen, joka voi taata kuntoutujalle konkreettisemmän tavoitteen ja sitä kautta enemmän *toipumispääomaa*. Toipumispääomaa on käytetty kuvaamaan muun muassa toipumista ilman hoitoa ja kuntoutusta, niin sanotusti *spontaanisti* (esim. Kuusisto 2010). Cloud ja Granfield (emt.) tutkimuksessa haastateltiin 46:tta henkilöä, jotka olivat päässeet eroon alkoholi- tai huumeriippuvuudesta ilman ulkopuolista hoitoa tai kuntoutusta. Tutkimukseen osallistuneet olivat olleet riippuvaisia keskimäärin 11 vuotta. Suurin osa oli suorittanut toisen tai kolmannen asteen koulutuksen. Useampi oli myös työelämässä tai toimi itse yrittäjänä (emt., 186). Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat Cloudin ja Grandfieldin haastateltavia vaikeammassa asemassa, sillä työn ja opiskelun kautta ilmenevä yhteiskunnallinen osallisuus oli vähäisempää. Lisäksi suurin osa oli ollut työelämän ulkopuolella jo vuosia.

Toipumispääoman ja spontaanin toipumisen vaikutuksen arvioiminen toipumiseen osoittautuvat tämän tutkimuksen kannalta mahdottomaksi, koska haastateltavat olivat haastatteluhetkellä konkreettisesti kiinni kuntoutuksessa ja tilanteen vakavuudesta johtuen spontaani toipuminen oli mahdotonta. Kuitenkin haastateltavien voimavaroja analysoimalla sai käsityksen siitä, minkä tyyppisiä laituskuntoutuksen ulkopuoliset toipumista edistävät tekijät saattoivat olla. Toinen osa toipumiseen vaikuttavista tekijöistä olivat subjektiivisesti nimetyt psykososiaaliset vaikeudet, minkä avulla saattoi kuvata toipumisen lähtökohtia, riippuvuudesta ja hoitopaikasta riippumatta. Voimavaroja ja psykososiaalisia vaikeuksia vertaamalla oli mahdollista tulkita positiivisten ja negatiivisten pääomien kokonaisuutta, mitä toipumispääoma käsitykseni mukaan laajasti ymmärrettynä edustaa. Huolimatta toipumispääoman tarkastelun hyödyistä ja mahdollisesta spontaanin toipumisen mahdollisuudesta, kuntoutuksessa tehty psykososiaalinen työ oli merkittävä tekijä varsinkin tämän tutkimuksen haastateltaville.

Mitä merkitystä toipumispääomalla voi olla sitten kuntoutuksessa ja päihderiippuvuuden hoidossa? Toipumispääoman käsitteen Granfield ja Cloud (ks. Irvine 2001, 86) väittävät, että luultua suurempi osa riippuvaisista pääsee yli ongelmistaan itsenäisesti, ilman hoitoa. He ovat lähestyvät riippuvuuden syntyä samalla tavalla kuin Bruce K. Alexander (ks. luku 1. 2) eli riippuvuuden synty ja luonne ovat kiinni henkilön sosiaalisesta ympäristöstä, yhteenkuuluvuuden tunteesta ja selviytymiskeinoista *anomiaa* vastaan, joihin muun muassa päihteet voivat tarjota tilapäisen ratkaisun. Tässä tutkimuksessa päihdehoidon aloittamisen syyt ja motivaatio toipumiseen itsessään vaihtelivat. Osa haastateltavista oli päätenyt hoitopaikkaan lääkärin suosituksesta, osa työpaikan tai lähipiirin vaatimuksesta, loput henkilökohtaisen muutoshalun ajamana. Joissakin tapauksissa päihdekuntoutuksen aloittaminen oli ollut seurausta suuresta elämänmuutoksesta, kuten perheenisäyksestä. Kuntoutuksen ja toipumisen kannalta toipumispääoma voi auttaa muokkaamaan käsityksiä kuntoutuksesta. Päihdehoidossa toipumispääoman merkitystä toipumisen kannalta voisi pohtia seuraavista näkökulmista:

- Kuntoutujat, joilla on paljon toipumispääomaa, eivät välttämättä hyödy medikaalisesta hoidosta.
- Medikaalisen tai laitospuotoisen päihdehoidon tulisi kenties keskittyä hoitamaan niitä, joilla on vähän toipumispääomaa.
- Asettaa päihdehoidon tavoitteeksi toipumispääoman lisäämisen tavanomaisten hoitojen sijaan tai niiden rinnalla. (Irvine 2001, 87).

Kuitenkin tämän tutkimuksen haastateltavien tilanne huomioon ottaen, pelkästään toipumispääoman avulla tapahtuva päihdeongelmasta selviäminen sekä spontaani toipuminen ovat jopa fyysisesti mahdottomia. Esimerkiksi korvaushoidossa olleilla lääkehoito saattoi olla erittäin merkittävä tekijä jaksamisen ja toimintakyvyn kannalta. Lisäksi ihmisten tarpeet laitospuotoiselle päihdehoidolle vaihtelevat ja kyse voi olla ennaltaehkäisevästä toimesta. Tästä huolimatta ja tämänkin vuoksi lääkkeettömiä hoitomuotoja on saatavilla Suomesta niille, joille lääkkeet eivät sovi, toimi tai ole tarpeen.

Kuntoutuksesta ja kuntoutuksen tavoitteista puhuttaessa voidaan lopuksi nostaa esiin kysymys, mitä toipumisen kautta tapahtuvan muutoksen aikana tapahtuu eli, mitä päih-teisiin liittyvän identiteetin tilalle tulee? Hoidon tavoitteellisuuden ja valtavirtaan sopeu-tumisen kannalta kysymyksen voi kääntää yhteiskunnalliseksi: minkälaiseen identiteetin muutokseen toipuja lopulta pyrkii ja mihin sitä ohjaava kuntoutus tähtää? Maarit Kor-honen (2008) on tutkinut korvaushoitopotilaiden hoitokulkua, jossa hän huomasi yhtenä keskeisenä riippuvuudesta toipumisen tekijänä eräänlaisen narkomaanin identiteetin murenemisen. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta nähtiin olennaisena uudenlaisen merkityksenannon tuottaminen entisen elämäntyylin korvaajaksi. Tässä tapauksessa huumeiden ja muiden päih-teiden käyttöön liittyy siten oma sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristönsä, joka sitoo käyttäjiään ja tekee irti pääsemisestä vaikeampaa.

David Weinberg (1997) on kuvannut päihderiippuvuuden synnyn *habituksen* avulla kas-vuympäristön tuottamana kulttuurisena merkityksenantona (ks. myös Selin 2011, 24). Habitus tarkoittaa yksilön sosiaalista subjektia, eräänlaista esireflektiivistä tietoa (emt. 2011), joka liittyy yksilön osaksi *kenttää*, jossa yksilö toimii. Kulttuurisesta merkityksen-annosta on viitteitä muun muassa pop- ja musiikkikulttuurissa, joiden tuotoksissa (esi-merkiksi laulun sanoissa) on viitteitä huumeiden kuulumisesta osaksi niin sanottua tai-teilijaelämää (ks. Partanen 2002). Habitus on yksi tapa ymmärtää kulttuureihin sisältyviä tapoja, joilla toimintaa voidaan selittää eri kentillä. Kentät ovat alueita, jossa toiminta ja niiden motiivit muodostuvat kentän sisällä tavoiteltaviksi pidettyjen asioiden mukaan. Habituksen käsite lähestyy mielestäni identiteetin käsitettä, joilla on kuvattu käyttäjäi- dentiteettejä (Knuuti 2007). Selinin (2011, 25) mukaan yksilöllä on mahdollisuus vaikut-taa *habituksensa* kehittymiseen. Päihderiippuvuudesta toipuminen on päihdeongelman hillitsemistä yksilöllisellä tasolla, mutta myös sopeutumista takaisin yhteiskunnan toivo-maan osallistuneisuuteen sekä kulttuuriseen ja sosiaaliseen kontekstiin, jossa yksilö jou-tuu työstämään identiteettiään/habitustaan ja taistelemaan paikasta sosiaalisella ken-tällä.

## 4 POHDINTA

Toipumisen lähtökohtien analysoinnista siirryn pohtimaan laituskuntoutusjakson aloitaneiden lähtö- ja tavoitetilaa yhteiskunnallisena ja kulttuurisena kysymyksenä. Mietin, kuinka toipuminen näyttäytyi päihteisiin liittyvästä kulttuurista kohti valtakulttuuria ja kuinka päihde- ja valtakulttuuri mahdollisesti näkyy toipumisen lähtökohdissa.

Oli ilmeistä, että pitkä historia päihteiden parissa ja vuosien poissaolo työelämästä tai muusta osallistavasta toiminnasta muovasivat toipujien ympäristön ja sosiaalisen kentän erilaiseksi valtakulttuurista. Toipujan ja toipumisen kannalta tämä on saattanut ilmetä muun muassa siten, että subjektiivinen kokemus arvoista, normeista, tavoista ja tottumuksista ovat toipumisvaiheessa asettuneet ristiriitaan objektiiviseksi ja valtakulttuurisesti toivottavien asioiden kanssa. Niin sanotusta kulttuurisesta siirtymisestä saattoi syntyä ristiriitaa myös henkilökohtaisella ja identiteetin tasolla. Ristiriidan seurauksena ilmenivät mahdollisesti erilaiset häpeän tunteet, pelot, ahdistus, itsensä huonoksi tunteminen sekä muut kielteiset tuntemukset, jotka haastateltava on saattanut kohdata päihdeongelmansa ja toipumisprosessin yhteydessä.

Luonnollisesti oma vastuunsa toipumisesta lankeaa myös valtakulttuurille. Päihteiden käyttö oli alkanut ja muuttunut ongelmaksi useimmalla tutkimukseen osallistuneilla jo hyvin varhaisessa vaiheessa elämää. Ongelmien varhainen havaitsemisen tai kieltäminen voi osaltaan riippua valtakulttuurin suhtautumisesta erilaisiin päihteisiin. Alkoholin rooli hyväksyttävämpänä päihteenä on voinut mahdollistaa pidempiaikaisen, jopa vuosia jatkuneen sosiaalisesti hyväksytyyn käytön. Erilaiset lääkkeet ovat voineet olla aluksi apuväline, joihin on myöhemmin kehkeytynyt riippuvuus. Kuitenkin, vaikka alkoholin kenties hyväksyttävämpi rooli ei tee siitä rikosoikeudellisesti tai moraalisesti samalla lailla tuomittavaa kuin esimerkiksi huumeista, alkoholin aiheuttamasta riippuvuudesta johtuvat ongelmat ja psykososiaaliset vaikeudet ovat yhtä vakavia kuin muiden päihde-riippuvuuksien kanssa.



Niin sanottu porttiteoria, jonka mukaan ongelmakäyttäjäksi päädytään lievempien huumeiden kautta, on nähty monissa keskusteluissa edesmenneeksi. Porttiteorian kannalta ja ehkäpä hieman sen tueksi näytti siltä, että varsinkin korvaushoidossa olleiden päihteiden käyttö näytti poikkeuksetta alkaneen hyvin nuorena teini-iässä – useimmiten alkoholilla ja kannabiksella. Lisäksi tämän ja muiden tutkimusten perusteella niin sanottuihin kovempiin huumeisiin siirtyessä ja ongelmakäytön kehkeydyttyä ei vähentänyt alkoholin käyttöä vaan alkoholin suurkulutusta tapahtui päihderiippuvuudesta riippumatta.

Epäilen myös, että harva siirtyy päihteiden kulutuksessa suoraan ongelmakäyttäjäksi vaan käyttö on ollut sitä ennen niin sanottua viihdekäyttöä, vaikka toki rajoja käyttökulttuurien välille on vaikea vetää. Merkittävä vaikutus päihderiippuvuuden synnyssä on henkilön sosiaalisella ympäristöllä ja yhteiskuntaan kiinnittymisellä eli integroitumisella. Riippuvuus ilmenee aivoissa tapahtuvana fyysisenä ja aivokemiallisena muutoksena, mutta voi olla myös sosiaalisen tilanteen synnyttävä toimintatapa tai keino selviytyä. Riippuvuudesta ja siihen liittyvästä elämän tavasta eroon pääseminen ja riippuvaisen identiteetin muutos joksikin muuksi on varmasti suuri ja pelottavakin askel otettavaksi.

Poliittisella päätöksenteolla voidaan varmasti muokata valtaväestön ymmärrystä ongelmien laadusta ja niihin suhtautumisesta. Suomessa päihdepolitiikalla on pitkä historia kieltolakeineen ja päihteistä seuraavien ongelmien ennaltaehkäisyyn. Aina ei ole kulutusta onnistuttu laskemaan, joskus jopa päinvastoin, mutta viime aikoina erityisesti nuoret ovat tilastojen valossa vähentämässä juomistaan. Media on kuitenkin tiedottanut kasvavassa määrin kannabiksen käytön yleistymisestä erityisesti nuorten parissa, josta on virinnyt muun muassa keskustelu kannabiksen laillistamisesta. Toinen keskustelua herättävä aihe on ollut huumeiden käytön dekriminisointi varsinkin kannabiksen tapauksessa. Perusteluna tälle on nostettu esiin, että päihteiden käytön tuomat ongelmat eivät ratkea rikosoikeudellisin rangaistuksin vaan päinvastoin ne on nähty johtavan ongelmien kasaantumiseen, valtakulttuurista putoamiseen ja syrjäytymiseen.

Keskustelu päihdeongelmien ratkaisusta ja rangaistavuudesta on merkittävää, sillä se määrittelee pitkälti, kuinka suhtaudumme päihderiippuvaisiin, oli riippuvuus sitten sal-

littuihin tai kiellettyihin aineisiin ja luo pohjan sille, mitkä ovat päihderiippuvaisten toipumisen lähtökohdat tiellä päihdekulttuurista valtakulttuuriin. Fakta on, että vaikka suurin osa päihdeitä käyttävä pysyy viihdeikäytössä eli pitämään käytön ja muun elämän erillään, on olemassa suuri joukko ihmisiä, jotka kamppailevat ongelmakäytön lisäksi arki- ja sosiaalista elämää sekä inhimillistä toimintaa haittaavista psykososiaalista vaikeuksista.

Tämä tutkimus pyrki avaamaan laajasti ja monesta näkökulmasta päihderiippuvaisten tilannetta kuntoutuksen aikana tuoden esille heidän subjektiivisia käsityksiä ja kokemuksia siitä, mitkä tekijät auttoivat tai vaikeuttivat kuntoutusprosessin etenemistä. Mielenkiintoinen kysymys, johon tämän tutkimuksen aineiston puitteissa ei voinut vastata oli, kuinka psykososiaaliset vaikeudet ilmenivät kuntoutusjakson jälkeen. Vaikka olikin viitteitä siitä, että kuntoutusjakso ja sieltä saadut tukitoimet auttoivat päihderiippuvaisten tilannetta toipumisen tiellä, psykososiaalinen tilanteen seuranta kuntoutuksen jälkeen olisi antanut laajemman kuvan siitä, kuinka kuntoutus auttoi heitä kohtaamaan arkielämän tuomia haasteita sekä, mitkä henkiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset, mukaan lukien materiaalisen ympäristön tuomat esteet haittasivat toipumisprosessia, joka useimmissa jatkuu ja tulee jatkumaan vielä vuosia.

Määrällisen ja laadullisen aineiston avulla oli mahdollista saada kattavampi tulkinta siitä, mistä lähtökohdista kuntoutukseen lähdettiin. Kuitenkin, aineiston ja aihepiirin laajuus asetti haasteet tutkimuksen rajaamiselle, joka osaltani pitkitti tutkimusprosessin loppuun saattamista. Päihderiippuvaisten tilanteen suhteuttaminen kulttuuriseen kontekstiin sekä toisaalta suomalaiseseen päihdehistoriaan ajoittain vei tarkastelulta parhaimman terän. Varsinkin tässä tapauksessa, kun kyse oli varsin pienestä joukosta päihderiippuvaisia, joiden taustat vaihtelivat suuresti, päihderiippuvaisten oma subjektiivinen kokemus olisi mielestäni voinut nousta vielä paremmin näkyville.

Ottaen huomioon haastateltavien lukumäärä ja heidän varsin vaihtelevat historiansa, kaikenlaiset yleistyksiset ja olettamukset oli tehtävä varoen ja hienotunteisesti. Tässä on ollut itselläkin paljon opeteltavaa ja kaikkia sudenkuoppia en ole voinut välttää, mutta joiden välttämiseen olen saanut myös runsaasti apua. Historian ja päihdekuntoutuksen

valossa asiaa voidaan tulkita niin, että kehitys ja ymmärrys päihderiippuvuutta ja ilmiön laajempaa ymmärrystä on kulkenut aimo harppauksen eteenpäin viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämä on mielestäni pelkästään hyvä asia. Näkisin myös, että kestää hetkensä ennen kuin yhteiskunnallisesti ja kulttuurisesti juurtuneista olettamuksista, joihin oppineetkin välillä sortuvat, sekä suoranaista ennakkoluuloista päästään eroon. Kun näin toivottavasti ennen pitkää tapahtuu, päihderiippuvaisten tilanne ja toipumisen lähtökohdat muuttuvat itse kullekin paremmiksi.

## KIRJALLISUUS JA LÄHTEET

*Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF*, 2004, Stakes, Helsinki.

*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – 10th revision, edition 2010*, WHO.

Ahlström, S. 2013, "Alkoholin käyttö eri väestöryhmissä" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 69.

Ahonen, J. 2005, *Päihdehuoltoa rakentamassa : A-klinikkasäätiö 1955-2005*, A-klinikkasäätiö, [Helsinki].

Ahonen, J. 1999, *Järvenpään sosiaalisairaala : päihdehuoltomme keskeisen laitoksen vaiheita*, A-klinikkasäätiö, [Helsinki].

Ahonen, J. 1997, *A-klinikkatoiminnan taustaa : tutkimus vapaaehtoisuuteen ja riippumattomuuteen perustuvan hoitomuodon synnystä*, A-klinikkasäätiö, Helsinki.

Alexander, B. 2004, "A Historical Analysis of Addiction" in *Addiction and Life Course*, eds. P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö, Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Hakapaino Oy, Helsinki, pp. 11.

Bourdieu, P. 1986, "The Forms of Capital" in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. J.G. Richardson, Greenwood, New York, pp. 241.

Bourdieu, P., Wacquant, L.J.D., Sabour, M. & Salo, M.O. 1995, *Refleksiiviseen sosiologiaan : tutkimus, käytäntö ja yhteiskunta*, Joensuu University Press, Joensuu.

Brannen, J., Bird, M., Bullock, R., Bryman, A., Hammersley, M., Laurie, H., Little, M., Millham, S. & Qureshi, H. cop. 1992, *Mixing methods : qualitative and quantitative research*, Avebury, Aldershot.

Cieza, A., Anczewska, M., Ayuso-Mateos, J. L., Baker, M., Bickenbach, J., Chatterji, S., Hartley, S; Leonardi, Matilde; Pitkanen, Tuuli; PARADISE Consortium. (2015a). Understanding the Impact of Brain Disorders: Towards a "Horizontal Epidemiology" of Psychosocial Difficulties and Their Determinants. PLoS ONE, 10(9), e0136271. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0136271>

Cieza, A., Sabariego C, Anczewska, M, Ballert C, Bickenbach J, Cabello M, Giovannetti A, Kaskela T, Leonardi M, Mellor B, Pitkanen T, Raggi A, Świtaj P, Chatterji S and the PARADISE Consortium (2015b). PARADISE 24: a measure to assess the impact of brain disorders on people's lives based on the hypothesis of horizontal epidemiology'. Plos One. July 6th 2015 1- 15. DOI:10.1371/journal.pone.0132410.

Coenen, M; Cabello, M; Umlauf, S; Ayuso-Mateos, JL; Anczewska, M, Tourunen, J; Leonardi, M; Cieza, A; PARADISE Consortium. Psychosocial difficulties from the perspective of persons with neuropsychiatric disorders. Disability and Rehabilitation. 2015 Aug 18:1-12.

Coradini, L.O. 2010, "The divergences between Bourdieu's and Coleman's notions of social capital and their epistemological limits", *Social Science Information*, vol. 49, no. December, pp. 563-583.

Eskola, J., Suoranta, J. & Suoranta, J. 1996, *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, Lapin yliopisto, [Rovaniemi].

Final Report Summary – PARADISE (Psychological fActors Relevant to BrAin DISorders in Europe). European Union. 2015. [http://cordis.europa.eu/result/rcn/144047\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/144047_en.html)

Granfelt, R. 1993, "Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä" in *Monisärmäinen sosiaalityö*, eds. R. Granfelt, H. Jokiranta, S. Karvinen, A. Matthies & A. Pohjola, Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, Gummerrus, Jyväskylä, pp. 175.

Granfield, R. 2004, "A Comment on a Global Theory of Addiction" in *Addiction and Life Course*, eds. P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö, Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Hakapaino Oy, Helsinki, pp. 29.

Hakkarainen, P. 2013, "Alkoholi ja muut päihteen" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 35.

Hakkarainen, P. 2002, "Huumeekulttuurin muutos ja huumekuolemat" in *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*, eds. O. Kaukonen & P. Hakkarainen, 2. painos edn, Gaudemus, Helsinki, , pp. 110.

Hakkarainen, P., 1992, *Suomalainen huumeekysymys : huumeaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*, Alkoholitutkimussäätiö, [Helsinki].

Hammersley, M. 2008, "Assessing Validity in Social Research" in *The SAGE Handbook of Social Research Methods*, eds. P. Alasuutari, L.B. Bickman & J. Brannen,.

Hartley, S., McArthur, M., Coenen, M., Cabello, M., Covelli, V., Roszczynska-Michta, J., Pitkänen, T., Bickenbach, J. & Cieza, A. 2014, "Narratives Reflecting the Lived Experiences of People with Brain Disorders: Common Psychosocial Difficulties and Determinants", *PLOS ONE*, vol. 9, no. 5.

Hawkins, R.L. & Abrams, C. 2007, "Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders", *Social Science & Medicine*, vol. 65, pp. 2031-2042.

Holopainen, A. 2013, "Lyhytneuvonta käytännössä" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Lönnberg Painot, pp. 136.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002, *Tilastolliset menetelmät : perusteet*, WSOY, Helsinki.

Huttunen, J. 2013, "Alkoholi terveysriskinä" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 11.

Irvine, L. 2001, "Coming Clean: Overcoming Addiction without Treatment by Robert Granfield; William Cloud Review by: Leslie Irvine", *Contemporary Sociology*, vol. 30, no. 1, pp. 86-87.

Järventie, I. 2010, "Émile Durkheimin sosiologinen patologioteoria" in *Yhteiskunta ja terveys : klassisia teoreettisia näkökulmia*, eds. U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen, Gaudeamus, Helsinki.

Jauho, M. 2010, "Michel Foucault ja terveyden tutkimus" in *Yhteiskunta ja terveys : klassisia teoreettisia näkökulmia*, eds. U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen, Gaudeamus, Helsinki.

Jouhila, M. & Lampela, E. 2011, "Kehysanalyysi katkaisuhoidon ja päihdekuntoutuksen todellisuuksien erittelyssä" in *Kuntoutus muutoksessa / toim. Aila Järvikoski, Jari Lindh ja Asko Suikkanen ; toimituskunta: Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski, Jari Lindh, Marjo-Riitta Mattus, Asko Suikkanen*.

Kankaanrinne, L. 2008, *Alkoholiriippuvuuden attribuutiot maallikoiden ja päihdehuollon ammattilaisten mukaan*, Tampereen Yliopisto.

Kaukonen, O. 2013, "Alkoholi ja uudelleen herätetty luokkayhteiskunta" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 207.

Kiiamaa, K., Liianmaa, K., Seppä, K., Alho, H., Kiiamaa, K., Aalto, M., Kiiamaa, K., Seppä, K., Alho, H., Kiiamaa, K., Aalto, M., Seppä, K. & Alho, H. 2010, *Alkoholiriippuvuus*, Duodecim, Helsinki.

Kiiamaa, K. 2013, "Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 43.

Knuuti, U. 2007, *Matkalla marginaalista valtavirtaan? : huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*, [Helsingin yliopisto], Helsinki.

Komulainen, J. & Hämäläinen, P. 2011, *Tautiluokitus ICD-10 = Klassifikation av sjukdomar. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet = Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar*, 3. p. edn, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, [Helsinki].

Korhonen, M. 2008, *Muutos korvaushoidon asiakkaiden elämässä : "antakaa mulle kaikki ne samat kortit kuin muillekin, en mä ole sen huonompi"*, , [Rovaniemi].

Koskela, J. 2003, *Opiattiriippuvaisten korvaushoito sairaalassa potilaiden kuvaamana : opinnäytetyö*, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Kemi.

Koski-Jännes, A. 2013, "Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Lönnberg Painot, pp. 119.

Kotovirta, E. & Österberg, E. 2013, "Alkoholin sosiaaliset haitat ja syrjäytyminen" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 84.

Kuusisto, K. 2010, *Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen : Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa*, Tampereen yliopisto.

Lehto, J. 2013, "Päihdehuolto hyvinvointipalvelujen rakennemuutoksissa" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 98.

Lehto, J. 2010, "Karl Marx kapitalismin ja terveyden suhteiden teoreettikona" in *Yhteiskunta ja terveys: klassisia teoreettisia näkökulmia*, eds. U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen, Gaudeamus, Helsinki.

Levola, J., Aalto, M., Holopainen, A., Cieza, A. & Pitkänen, T. 2013a, "Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology", [Online], . Available from: [informahealthcare.com](http://informahealthcare.com).



Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A. & Pitkänen, T. 2013b, "Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions", [Online], . Available from: informa-healthcare.com/dre.

Mäkelä, R. 2013, "Addiktiokäsitteen kehitysvaiheita" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 119.

Mäkelä, Rauno & Murto, Lasse 2013, "Päihdehuollon palvelujärjestelmä" in *Pääasiana alkoholi. Käytöt, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 91.

Murto, L. 2013, "EU-direktiivit päihdehuollon haasteena" in *Pääasiana alkoholi. Käytöt, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 108.

Österberg, E. 2013, "Alkoholinkulutus meillä ja maailmalla" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 17.

Partanen, J. 2002, "Huumeet maailmalla ja Suomessa" in *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*, eds. O. Kaukonen & P. Hakkarainen, 2. painos edn, Gaudeamus, Helsinki, , pp. 13.

Perälä, J. 2002, "Hidasta ja nopeaa - heroiinin ja amfetamiinin käytön etnografia" in *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*, eds. O. Kaukonen & P. Hakkarainen, 2. painos edn, Gaudeamus, Helsinki, , pp. 68.

Perälä, J. 2011, "*Miksi lehmät pitää tappaa?*" : *etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä*, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Pitkänen, T. & Holopainen, A. 2014, *Päihdeongelmaisia kuormittavat monet asiat*. Tiimi 5/2014.

Pitkänen, T, Kaskela, T, Tourunen, J, Levola, J ja Holopainen A. 2014 Toimintakykyä kartoittava Paradise24fin-lomake: Tausta ja käyttöohjeet A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 61. 2014. <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/4/2173>

Poikolainen, K. 2013, "Suomalainen viinapää" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 31.

Putnam, R.D. 2000, *Bowling alone : the collapse and revival of American community*, Simon & Schuster, New York.

Pylkkänen, K. 2013, "Riippuvuudet markkinailmiönä" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 104.

Pylkkänen, K. 2013, "Riippuvuusmielikuvat ja hoidon haasteet" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 167.

Rantalaiho, L. 2010, "Erving Goffman : terveyden ja sairauden dramaturgia" in *Yhteiskunta ja terveys : klassisia teoreettisia näkökulmia*, eds. U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen, Gaudeamus, Helsinki.

Raunio, K. 2004, *Olellainen sosiaalityössä*, Gaudeamus, Helsinki.

Romakkaniemi, M. & Väyrynen, S. 2011, "Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta" in *Kuntoutus muutoksessa / toim. Aila Järvikoski, Jari Lindh ja Asko Suikkanen ; toimituskunta: Kristiina Härkäpää, Aila Järvikoski, Jari Lindh, Marjo-Riitta Mattus, Asko Suikkanen.*

Salasuo, M. & Rantala, K. 2002, "Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana" in *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*, eds. O. Kaukonen & P. Hakkarainen, 2. painos edn, Gaudeamus, Helsinki, , pp. 38.

Salmela, S.M. 2012, *Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D) : Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot*, Jyväskylän yliopisto.

Sarpavaara, H. 2013, "A Peircean analysis of counselors' interpretations and clients' responses in motivational interviewing sessions", *Social Semiotics*, vol. 23, no. 1, pp. 67-82.

Selin, J. 2011, *Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965-2005*, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Soikkeli, M. 2013, "Ehkäisevä päihdetyö ja sen tulevaisuus" in *Pääasiana alkoholi. Käytöt, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 112.

Tanhua, H., Perälä, R., Varjonen, V., Forsell, M., Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M., Perälä, R., Tanhua, H. & Perälä, R. 2012, *Huumetilanne Suomessa 2012*, Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, [Helsinki].

Terrion, J.L. 2013, "The experience of post-secondary education for students in recovery from addiction to drugs or alcohol: Relationships and recovery capital", *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 30, pp. 3.

Tigerstedt, C. 2013, "Suomalaisten alkoholinkulutuksen nousun salat" in *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.*, ed. T. Peltoniemi, Lundbeck [Turku], Helsinki: Lönnberg Painot, pp. 24.

Weckroth, A. 2007, "Mitä merkitsee "psykososiaalinen" päihdehoidossa?", *Yhteiskuntapolitiikka-YP*, vol. 72, no. 4, pp. 426-436.

Weinberg, D. 1997, "Lindesmith on Addiction", *Sociological Theory*, vol. 15, no. 2, pp. 150-160.