

KAKSOISDIAGNOSOITUJEN SANKARIMATKA

Tarina samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumisesta

Pia B. Pulkkinen
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen
kuuluva lisensiaatintutkimus
Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala
Maaliskuu 2019



Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department	
Tekijä □ – Författare – Author Pia B. Pulkkinen			
Työn nimi – Arbetets titel – Title KAKSOISDIAGNOSOITUJEN SANKARIMATKA Tarina samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumisesta			
Oppiaine – Läroämne – Subject Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala			
Työn laji – Arbetets art – Level Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen kuuluva liseniaatintutkimus		Aika – Datum – Month and year Maaliskuu 2019	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 114
Tiivistelmä – Referat – Abstract Tutkimus käsittelee samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumista. Tutkimuksessa kuvataan miten ja mitä samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kokeneet henkilöt kertovat toipumisestaan ja palvelujärjestelmän tuesta. Tutkimuksessa tarkastellaan niitä muutoksia, joita tapahtuu kertojien identiteetissä tarinan edetessä. Lisäksi tutkimuksessa analysoidaan sitä, mitkä kertojien käyttämistä identiteetikategorioista toimivat toipumispääomana. Tutkimusaineisto koostuu 13 henkilön narratiivisista haastatteluista. Haastateltavista yhdeksän oli miehiä ja neljä naisia. Kaikilla haastatelluilla henkilöillä oli diagnoosi vakavasta mielenterveyden ongelmasta. Kaikki haastateltavat olivat lisäksi olleet joko sairaalassa tai päihdehuollon laitospalveluissa riippuvuuteensa liittyen. Haastatteluajankohtana henkilöt olivat iältään 34–59 -vuotiaita. Heillä oli runsaasti kokemusta päihde- ja mielenterveyden palvelujärjestelmästä, mukaan lukien integroidut psykiatria- ja päihdepalvelut. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin menetelminä sisällön analyysia, narratiivista analyysia sekä kategorianalyysia. Tutkimuksessa esitelty toipumisen tarina koostuu 13 eri kertojan monista itsenäisistä kertomuksista. Tarina asettuu Joseph Campbellin sankarimatkan kaavaan. Se jakautuu seikkailun kutsun, koetusten tien ja kotiinpaluun episodeihin. Kertojat kuvaavat identiteettiään tarinan eri vaiheissa selkeiden identiteettikuvausten sekä kategoriavihjeiden avulla. Seikkailun kutsun episodissa kertojat sijoittavat identiteettinsä useimmiten tavallisuutta ilmentäviin kategorioihin. Koetusten tien episodissa sosiaalisen identiteetin merkitys korostuu, sillä tavalliseksi kategorisoituminen voi johtaa palvelujen epäämiseen. Kotiinpaluun episodissa identiteettikuvauksia on niukasti, ja sosiaalinen identiteetti on anomaalinen. Poikkeuksen tähän tekevät palvelujärjestelmästä saadut vertais- ja palveluohjaajan identiteetit, jotka tarjoavat kertojille arvostetun aseman sosioekonomisessa luokassa ja viiteryhmissä. Palvelujärjestelmässä samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kokeneista henkilöistä puhutaan kaksoisdiagnoosiasiakkaina tai -potilaina. Kertojat eivät kuitenkaan käytä tätä sosiaalista identiteettiä identiteettikuvauksissaan. Järjestelmässä on vähän kaksoisdiagnoosoiduille henkilöille tarkoitettuja palveluja. Kertojien saamat palvelut ovat joko päihdeongelmallisille tai psyykkisesti sairaille tarkoitettuja, eivätkä edellytä kaksoisdiagnoosiasiakkaaksi leimautumista. Kaikissa episodeissa kertojien käyttämistä identiteetikategorioista on löydettävissä toipumispääomaa. Kaikki kertojien synnyttämät identiteetikategoriat eivät kuitenkaan toipumispääomaa sisällä. Ammattilaiset lisäävät kertojien toipumispääomaa tarjoamalla heille sellaisia sosiaalisia identiteettejä, jotka vahvistavat kokemusta selviytymisestä ja pärjäämisestä sekä tukevat yhteiskunnallista normaliteettia.			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords identiteetti kategoriat toipuminen mielenterveysongelmat päihdeongelmat			



Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Social Sciences		Laitos – Institution – Department	
Tekijä □ – Författare – Author Pia B. Pulkkinen			
Työn nimi – Arbetets titel – Title THE HEROES' JOURNEY Story of Recovery of People with Dual Diagnosis			
Oppiaine – Läroämne – Subject Empowering Social Work			
Työn laji – Arbetets art – Level Professional licentiate thesis		Aika – Datum – Month and year March 2019	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 114
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>The study explores recovery from co-occurring substance abuse and mental health problems. In this study, it is examined how and what people describe of their recovery from substance abuse and mental health problems, and of the help from the service system. The study evaluates the changes that happen in the identity of the narrator during the development of the story. In addition, in this study it is analysed which identity categories work as recovery capital for the narrator.</p> <p>The data consists of narrative interviews with 13 different persons. Nine of the interviewed were men and four were women. All of the interviewed had been diagnosed with a severe mental health problem. In addition, all of the interviewed had been either hospitalised or in institutional substance abuse care due to their addiction. At the time of the interviews, all people were at the age of 34 to 59 years. They had all had extensive experience with the substance abuse and mental health work related service system, including the integrated psychiatric and substance abuse care. Content analysis, narrative analysis and category analysis were used to analyse the interviews.</p> <p>The story of recovery consists of various independent narratives of a total of 13 narrators. The story is based on Joseph Campbell's hero's journey scheme. It divides into three episodes: the call to adventure, the road of trials and the return. The narrators describe their identity in different episodes of the story by using explicit identity descriptions and category implications. In the call to adventure episode, the narrators position their identity into categories describing normality. In the road of trials episode the role of social identity is emphasized because being categorised as normal may lead to withholding of services. In the return episode there is a limited amount of identity descriptions and the social identity is anomalous. An exception to anomaly is found in the identities provided through peer and service counselor within the service system, which provide the narrators a respected position within the socioeconomic class and reference group.</p> <p>In the service system people who have experienced co-occurring substance abuse and mental health problems are addressed as dual diagnosis clients or patients. The narrators however don't use this social identity in their identity descriptions. There is a limited amount of services at offer to people with dual diagnosis. The services received by the narrators are aimed for people with substance abuse or mental health problems and do not require being labelled as a dual diagnosis client.</p> <p>Recovery capital can be found in the identity categories of every episode. However, not all the identity categories created by narrators contain recovery capital. Professionals increase narrators' recovery capital by offering them such social identities that strengthen their experience of survival and coping as well as support their societal normality.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords identity categories recovery mental health problems substance abuse problems			

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen lähtökohdat	8
2.1	Mielenterveys- ja päihdeongelmien selitysmallit	8
2.2	Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ja kuntoutus	16
2.3	Toipumissuuntautunut ajattelu ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelut	18
3	Tutkimuksen toteutus	23
3.1	Tutkimuksen paikantaminen ja tutkimustehtävät	23
3.2	Kertojat	25
3.3	Haastattelut ja aineiston analyysi	28
3.4	Tutkimuksen luotettavuus	32
3.5	Tietosuoja ja etiikka	34
4	Tutkimuksen pääkäsitteet	36
4.1	Kaksoisdiagnosoitu, syrjäytetty ja marginalisoitu kertoja	36
4.2	Tarinan sankari sankarimatalla	37
4.3	Identiteetti	39
4.4	Toipumispääoma	40
5	Aiempi tutkimus	43
6	Seikkailuun kutsu	47
6.1	Lähtökohdat	47
6.1.1	Kova jätkä (taistelija)	49
6.1.2	Kiltti tyttö (pyhimys)	50
6.1.3	Eroottinen tanssija (rakastaja)	51
6.1.4	Aviomies (rakastaja)	53
6.1.5	Muukalainen (taistelija)	54

6.1.6	Puolijulkkis (pyhimys)	56
6.1.7	Lähtökohtien yhteenveto	57
6.2	Matkallelähtö	59
7	Koetusten tie	64
7.1	Varjot	64
7.2	Hoidon ja kuntoutuksen näyttämö	72
7.2.1	Mielenterveys- vai päihdehoitoa?	78
7.2.2	Lääkehoitoa	82
7.2.3	Laitoshoitoa ja -kuntoutusta	84
7.3	Episodin yhteenveto	87
8	Kotiinpaluu	89
9	Tutkimuksen yhteenveto ja pohdinta	96
9.1	Tarinan juoni	96
9.2	Tarinan opetus	101
	Lähteet	106

1 Johdanto

Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat Suomessa sekä kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti että yksilön hyvinvoinnin kannalta merkittäviä haasteita. Näiden kahden ongelma-alueen yhtäaikainen esiintyminen on tavallista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13; Aalto 2007). Samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kokeneita henkilöitä on suomalaisessa kontekstissa tutkittu toistaiseksi vähän. Tätä asiakasryhmää on pidetty järjestelmän näkökulmasta vaativana, ja palvelujärjestelmän puutteet nimenomaan heidän tarpeisiinsa nähden on tiedostettu valtakunnallisella tasolla. Päihde- ja mielenterveyspalveluja on kuluvana vuosikymmenenä yhdistetty ympäri Suomea. Kun palveluja pyritään kehittämään, on tärkeää tuntea niiden käyttäjät ja heidän kertomuksensa, jotta lopputulos olisi asiakaslähtöinen ja tarkoituksenmukainen.

Oma kiinnostukseni tutkimusaiheeseen juontaa työstäni päihdekuntoutuskeskuksen johtajana Helsingin kaupungilla ajanjaksona, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on integroitu. Sosiaalivirasto ja terveyskeskus ovat yhdistyneet vuonna 2013 ensin yhdeksi sosiaali- ja terveysvirastoksi ja edelleen vuonna 2017 yhteiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaksi. Integraation yhtenä tärkeänä lähtökohtana on ollut entistä vaikuttavamman ja kustannustehokkaamman palvelun tarjoaminen niille paljon palveluja tarvitseville 10 prosentille asiakkaita, jotka konsulttitoimisto Nordic Health Groupin tutkimusten mukaan kerryttävät 80 prosenttia järjestelmän kustannuksista (Nordic Health Group 2016). Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen käyttäjistä valtaosan on katsottu kuuluvan tähän asiakasryhmään. Yhteisen työn sujuvoittamiseksi päihdepalvelut ja psykiatriapalvelut on integroitu yhdeksi palvelukokonaisuudeksi. Rakenteellisiin palvelujärjestelmän muutoksiin kytkeytyy hoitoideologian sekä asiakkaiden aseman, roolin ja paikan muutoksia, johon liittyvään keskusteluun myös tämä tutkimus osallistuu (Miettinen ym. 2017, 18; Salo 2011, 285).

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon näkökulmat päihde- ja mielenterveysongelmaan eroavat lähtökohdiltaan. Terveydenhuollossa korostuvat yksilön biologiset ominaisuudet sekä Käypä hoito -suosituksiksi koostetut, tutkijoiden ja ammattilaisten määrittämät näyttöön perustuvat menetelmät. Sosiaalihuollossa taas painotetaan yksilöön vaikuttavia yhteiskunnallisia tekijöitä ja henkilön omaa ja vertaisyhteisön kokemusta palvelujärjestelmän tarjoamasta hoidosta. Parhaimmillaan myös nämä näkökulmat integroituvat ja täydentävät toisiaan sekä mahdollistavat moniulotteisen

ymmärryksen siitä, millaisen ilmiön kanssa olemme tekemisissä. Murto kuvaa päihde- ja mielenterveysongelmia vaikeasti diagnosoitavina ilkeinä ongelmina, joissa auttamiseksi tarvitaan yhden paradigman sijaan laaja-alaista kokemuksellista ja ammatillista osaamista. (Murto 2007, 135, 143.). Haastavimmillaan ongelmat ovat silloin, kun ne ovat vakavia ja esiintyvät samanaikaisesti.

Samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma on yhteen kietoutunut kokonaisuus, josta on vaikeaa, ellei mahdotonta erottaa, missä päihdeongelma muuttuu mielenterveysongelmaksi ja päinvastoin. Tässä tutkimuksessa puhun näistä yhtenä ongelma-ryhmittä aina silloin, kun eriyttäminen ei ole välttämätöntä esimerkiksi erilaisen historiallisen tai hoidollisen lähestymistavan vuoksi. Tutkimukseni näkökulma on sosiaalitieteellinen ja kulttuuritutkimuksellinen. Tämä tarkoittaa, että kuvaan mielenterveysongelman ja päihdeongelman fysiologiaa ja psykologiaa ainoastaan selitysmalleina. Diagnooseja ja lääkettä tarkastelen kertojien niille antamien merkitysten näkökulmasta. Ymmärrän samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena, josta tässä tutkimuksessa fokuksessa on sen sosiokulttuurinen ulottuvuus.

Pyrin tutkimukseni avulla lisäämään ymmärrystä samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta ja siitä toipumisesta sekä kategorisoinnin merkityksestä auttamistyössä. Tutkimus on valmistunut osana sosiaalityön ammatillista lisensiaatin koulutusta. Ammatillisessa lisensiaatintutkimuksessa on mahdollista tutkia ja kehittää omaa työtä ja toimialaa. Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa kehittämisen kohteena tällä hetkellä on erityisesti toipumissuuntautunut palvelujärjestelmä (Psykiatria- ja päihdepalvelut, strategia ja tavoitteet 2018).

Tutkimusaineisto koostuu neljästätoista haastattelusta. Olen haastatellut kolmeatoista samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kokenutta henkilöä, joista erästä kahdesti. Kaikilla kertojilla on kokemusta Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluista. Haastattelut ajoittuvat hallinnollisen integraation jälkeiseen aikaan, vuosiin 2014–2015. Haastattelemini henkilöiden kertomukset edustavat niin sanottua toista tietoa, joka täydentää kustannuksiin ja terveydenhuollon hoitosuosituksiin keskittyvää hallinnollista ja tilastolliseen näyttöön perustuvaa tietoa (Hänninen ym. 2006). Sosiaalityön tutkimuksella on perinteisesti pyritty tuomaan esiin yhteiskunnallisia valtarakenteita. Myös tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin niitä ilmiöitä, joita tapahtuu numeroiden takana.

Asiakkaan aseman, osallisuuden ja erityisen asiakasymmärryksen lisäämistä organisaatioiden palvelutuotannon ohjaajana on peräänkuulutettu koko 2000-luvun ajan (Hallituksen esitys eduskunnalle... 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Partanen ym. 2010). Hänninen ym. (2006) korostavat, että mikäli palvelujen järjestämisessä ja kehittämisessä ei huomioida palvelujen käyttäjien toimintaympäristössä syntyvää tietoa, asiakkaat joutuvat pelkästään mukautumaan maailmaan, jonka ovat luoneet vakiintuneen valta-asemansa perusteella valitut tiedontuottajat. Tutkimusraporttini on yksi tapa antaa ääni palvelujen käyttäjille.

Tutkimusraportin toisessa luvussa esittelen tutkimuksen lähtökohdista. Näitä ovat mielenterveys- ja päihdeongelmien erilaiset selitysmallit, hoito ja kuntoutus sekä toipumissuuntautunut ajattelu. Luvussa kolme käyn läpi tutkimuksen toteuttamista. Esittelen tutkimuksen paikannuksen, tutkimustehtävät, haastattelujen toteutuksen, analyysimenetelmät, luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä sekä tietosuojan ja eettiset pohdinnat. Luvussa neljä määrittelen tutkimuksen pääkäsitteinä kaksoisdiagnosoidun käsitteen sekä siihen liittyvät syrjäyttämisen ja marginalisoinnin käsitteet, sankarin ja sankarimatkan käsitteet, identiteetin käsitteen sekä toipumispääoman käsitteen. Luvussa viisi käyn läpi aiheesta tehtyä aikaisempaa tutkimusta. Luvuissa kuudesta kahdeksaan esittelen tutkimuksen varsinaisen aineiston eli tutkimusaineiston analyysin. Luku yhdeksän on yhteenvedon ja pohdinnan luku, jossa teen johtopäätöksiä sekä palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyviä toimenpide-ehdotuksia.

2 Tutkimuksen lähtökohdat

2.1 Mielenterveys- ja päihdeongelmien selitysmallit

Mielenterveys- ja päihdeongelmille on eri tieteenaloilla omat selitysmallinsa. Mielenterveysongelman lääketieteellinen selitysmalli juontaa aikakauteen 1700-luvun lopusta 1800-luvulle, jolloin ensimmäiset mielisairaalat perustettiin (Pietikäinen 2013). Tällöin Suomessa mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä hoidettiin kunnallisten vaivashoitolaitosten mielisairasosastoilla sekä ensimmäisissä valtion mielisairaaloissa (Miettinen ym. 2017, 19). Potilaat ensimmäisiin laitoksiin oli otettu sosiaalisten syiden vuoksi, sukulaisten, ystävien, seurakuntien johtajien ja köyhäinhoidosta vastaavien suosituksesta. 1800-luvulla mielenterveysongelmien hoidon portinvartijuus siirtyi

lääkärikunnalle ja psyykkisten häiriötilojen diagnosointi sairaudeksi alkoi. (Miettinen ym. 2017, 23; Pietikäinen 2013, 75, 178–179).

Aluksi mielisairaaloissa etupäässä säilytettiin käytökseltään liikaa normaalista poikkeavia henkilöitä ja estettiin heitä häiritsemästä muita kansalaisia. Fyysisen rajoittamisen lisäksi käytössä olivat erilaiset rauhoittamiseen pyrkivät mekaaniset sokkihoidot ja uuvuttavat oksennus- ja ulostuslääkitykset. Lääkityksen ohella potilaiden osallistuminen arjen askareisiin oli tavallista. (Pietikäinen 2013, 161–164, 169, 173–174.) Mielisairaanhoido jaettiin akuuttiin ja pitkäaikaiseen hoitoon, mikä käytännössä johti hoitojen eriytymiseen. Kroonisesti sairaiksi määritellyt, pitkäaikaiseen tai pysyvään hoitoon otetut henkilöt asetettiin taloudelliseen ja juridiseen riippuvuussuhteeseen, joka kapeutti heidän toimijuuttaan. (Miettinen ym. 2017, 19.)

Potilaiden arjen askareisiin liittyvää toimintaa ryhdyttiin 1920-luvulta lähtien kutsumaan työ- ja toimintaterapioiksi (Pietikäinen 2013, 173–174). Vuoden 1952 mielisairaslaki synnytti A- ja B-mielisairaalat, ja laitospaikkojen määrä pitkäaikaishoitoon tarkoitetuissa B-mielisairaaloissa kasvoi vuosikymmenessä viisinkertaiseksi. Käsitys mielenterveysongelmien parantumattomuudesta hidasti avohoidon kehittymistä. Mielisairaslaki velvoitti myös perustamaan huoltotoimistoja, joiden tehtävänä oli pitää kirjaa psykiatrisista potilaista ja rakentaa sairaalasta kotiutetun henkilön hoito ja asumiseen, työllistymiseen ja sosiaaliseen osallistumiseen liittyvä tuki. (Miettinen ym. 2017, 20.)

1960-luvulta alkaen psykiatria kehittyi kohti sosiaalipsykiatriaa. Sosiaalipsykiatrian viitoittamassa laaja-alaisessa mielenterveystyössä terveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä koululaitoksen muodostaman verkoston tavoitteena oli ennaltaehkäistä mielenterveysongelmia. Mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä pyrittiin tunnistamaan ja torjumaan valistuksen sekä terapeuttien ja sosiaalisten interventioiden avulla. Asiakas alettiin nähdä sidoksissa sosiaaliseen ympäristöönsä, mikä johti avohoidon ja yhteisöpsykiatrian korostumiseen sekä asiakkaan kuntoutumisen tunnustamiseen (Miettinen ym. 2017, 21, 24; Hautamäki ym. 2011, 78–82). Samalla modernit psykenlääkkeet tekivät käänteen mielenterveyden ongelmien hoidossa rauhoittamalla levottomat mielisairaalat, joissa aiemmin väkivalta ja sen uhka olivat arkipäivää. (Pietikäinen 2013, 189.)

1990-luvulla lääketieteellinen selitysmalli sivuutti sosiaalipsykiatrian. Psykiatriassa alettiin painottaa psyykkisten häiriöiden neurokemiallista ja -fysiologista ulottuvuutta, aivosairautta. Aivosairauden teoriana oli aluksi välittäjäaineen epätasapaino, mutta

myöhemmin se on kehittynyt kohti monimutkaisia selitysmalleja aivojen ja aivoalueiden kokonaisuudesta ja toiminnasta. (Hautamäki ym. 2011, 78–82.) Tänä päivänä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö arkielämässä selviytymisen, elämän ongelmien ja koettujen tunteiden käsittelykeinona on hyvin tavanomaista. Vuonna 2009 lähes 20 prosenttia suomalaisista käytti keskushermostovaikuttavia lääkkeitä päivittäin (Hautamäki ym. 2011, 72). Vuodesta 2009 vuoteen 2015 uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö väheni, mutta masennuslääkkeiden kulutus pysyi suhteellisen ennallaan ja psykoosilääkkeiden käyttö jatkoi kasvuaan (Kalliokoski ym. 2016, 14–15). Psykoosilääkkeitä käytetään Suomessa enemmän kuin missään muussa Pohjoismaassa. Käytön yleisyyttä on selitetty esimerkiksi avohoitokeskeisyydellä sekä psykoosilääkkeiden määräämisellä myös neurooseihin, somaattisten sairauksien tukilääkitykseksi sekä bentsodiatsepiinien sijasta (Hautamäki ym. 2011, 72–77).

Päihdeongelman lääketieteellistäminen on tapahtunut mielenterveysongelman lääketieteellistämistä myöhemmin. Päihdeongelman hoidon Suomessa voi jäljittää 1800-luvun irtolaisasetukseen, jonka perusteella alkoholin väärinkäyttäjiä ryhdyttiin määräämään työlaitoksiin. Vuosina 1919–1932 voimassa ollut kieltolaki perustui raittiusliikkeen pyrkimyksiin. Sen tavoitteena oli rajoittaa merkittävästi alkoholin saatavuutta. Vuonna 1931 astui lisäksi voimaan laki juopuneena tavatun henkilön huollosta eräissä tapauksissa. Laki kehittyi vuoteen 1937 mennessä alkoholilaki. Alkoholilaki oli sosiaalihuollollinen, mutta samalla voimakkaasti kontrolloiva. Alkoholilaki korvautui 60-luvun alussa lailla päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta. Tämä PAV-laki huomioi alkoholin väärinkäyttäjien lisäksi myös muiden päihteiden käyttäjien sosiaalihuollon tarpeen. Vuoden 1964 sairausvakuutuslaissa päihderiippuvuus ymmärrettiin ensimmäisen kerran sairautena. (Härkönen 2012.)

Päihdeongelman lääketieteellisessä selitysmallissa riippuvuus nähdään aivosairautena, kuten muutkin mielenterveyden häiriöt. Muutoksia aivoissa tapahtuu vasta päihteiden käytön seurauksena, mutta ne ovat suhteellisen pysyviä. Tämä johtaa riippuvuuskäyttäytymisen uusiutumiseen. Lääketieteellisessä selitysmallissa päihderiippuvuuden nähdään olevan itse aiheutettu aivosairaus, johon taipumus kuitenkin ainakin alkoholiriippuvuuden osalta periytyy. Päihderiippuvuuden lääketieteellinen selitysmalli ei sulje pois riippuvuudelle altistavia sosiaalisia tekijöitä tai käsitystä päihderiippuvuudesta ensisijaisesti psykologisena riippuvuutena. (Aalto 2013, 9; Kiianmaa 2013, 23, 26; Leshner 1997.)

PAV-lain vuoden 1987 alussa korvannut Päihdehuoltolaki edellyttää, että päihdepalveluihin pääsee sekä sosiaalisin että terveydenhoidollisin syin

(Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 1. luku § 3). Silloin, kun päihdepalveluja annetaan sosiaalihuoltona, lääkärin määrittämää diagnoosia ei tarvita. Sosiaalialan ammattilaiset toimivat sosiaalihuollon päihdepalveluissa portinvartijoina. He tekevät myös sosiaalihuoltolakiin perustuvan palvelutarpeen arvioinnin. Erityisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan kohdalla palvelutarpeen arvioinnista vastaa virassa oleva sosiaalityöntekijä. Sosiaalihuollossa ICD-10:n tai DSM:n kaltaista luokitusta palveluntarpeille ei ole. Sosiaalihuoltolaki edellyttää kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä huomioimaan hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 4. luku § 36).

Miettinen ym. (2017) toteavat asiakkaan näkökulmasta olevan tärkeää, että tilanteen arviointi on vuoropuheinen neuvottelu. Tarjotun hoidon ja palvelun tulee vastata asiakkaan omaa kokemusta ja tukea hänen omia tavoitteitaan. Kuusiston (2010, 9) mukaan pelkästään hoitoon hakeutuminen on syytä tulkita asiakkaan tosiasialliseksi tarpeeksi saada tukea omalle toipumiselleen. Päihdepalveluissa asiakaslähtöisyyttä on perinteisesti ylläpidetty järjestämällä matalan kynnyksen palveluita, joihin pääsemiseksi ammattilaisarviota ei tarvita.

Salasuo (2013) tulkitsee lääketieteellistämisen kertovan ilmiönä lääketieteellisen ajattelun hallintavallan jatkuvasta kasvusta. Lääketieteen ylivoimaisuus ongelman määrittelyssä kasvaa tyypillisesti silloin, kun sosiaalinen kontrolli ei saa ilmiötä katoamaan. Odotusarvo on, että lääketieteen avulla on löydettävissä se viimeinen, yksilöön menevä selitys siihen, miksi hän toimii normien vastaisesti, sekä ratkaisu tähän ongelmaan. Uskoa tietyn profession kykyyn sekä määritellä ongelma että ratkaista se ainoana ja lopullisena toimijana, kutsutaan professionaalisen dominanssin teesiksi. (Salasuo 2013, 124.) Lääketieteelliset diagnoosit eivät kuitenkaan ole sosiokulttuuriseen ympäristöön nähden itsenäisiä, vaan muotoutuvat suhteessa vallitsevaan kulttuuriseen järjestykseen (Miettinen ym. 2017, 22; Toivio & Nordling 2013, 61).

Kulmala (2006) tulkitsee diagnosoinnin, joka liittyy ongelmien lääketieteelliseen selitysmalliin, kategorisoinnin äärimmäiseksi muodoksi. Lääketieteellisen diagnoosin löytyminen voi olla asiakkaalle helpottavaa, kun oma oireilu nimetään ja itsensä voi asettaa diagnoosin mukaiseen kategoriaan. Vaikka diagnosointi on lääketieteessä tärkeä ja usein tutkimuksen ja hoidon kannalta välttämätön luokittelutapa, on sillä myös kielteisiä vaikutuksia. Diagnoosin saaminen saattaa olla leimaavaa tai rajoittavaa, jos se synnyttää pitkäaikaisdiagnoosille perustuvan potilaan identiteetin. Potilaan identiteetistä voi olla vaikea päästä eroon, vaikka toimintakyky olisikin jo palautunut. Palvelujärjestelmän diagnoosikeskeisyyttä on kritisoitu mahdollisesta

ongelmakeskeisestä oireiden ja puutteiden luokittelusta. Vaihtoehtoisesti hoito- ja kuntoutussuunnitelmat on mahdollista laatia voimavarakeskeisesti vahvuuksien ympärille. (Rissanen 2015, 72, 162; Kulmala 2006, 283, 287.)

Päihdeongelman lääketieteellinen diagnosointi on vähäisempää kuin mielenterveysongelmien. Diagnoosi edellytetään lähinnä terveydenhuollon toimintana järjestettäviin päihdepalveluihin, kuten vieroitus- ja korvaushoitoon. Asiakkaan näkökulmasta diagnosointi kategorisointina ja kriteerinä hoidolle voi sekä edistää että estää yksilöllisen hoidon saamista. Tulkinta riippuu siitä, löytyykö sopivaa portit avaavaa diagnoosia. (Järvikoski ym. 2004.)

Kun päihde- ja mielenterveystyön ammattilaiset puhuvat samanaikaisissa päihde- ja mielenterveysongelmissa olevista henkilöistä, he tyypillisesti nimeävät nämä kaksoisdiagnoosipotilaiksi tai -asiakkaiksi. (Aalto 2007, 1293). Kaksoisdiagnoosia on käytetty käsitteenä reilut parikymmentä vuotta. Helsingin yliopiston kirja-, julkaisu- ja e-aineistohaussa ensimmäinen suomenkielinen kaksoisdiagnoosin käsitteen sisältävä viite löytyy vuodelta 1996 (Nuorvala 1996). Kaksoisdiagnoosoidulla henkilöllä voi ajatella olevan kirjaimellisesti kaksi diagnoosia, joista yksi liittyy mielenterveyden tilaan ja toinen päihteiden käyttöön. Kolmois- tai monidiagnoosin käsitettä voidaan käyttää vastaavasti, mikäli henkilöllä on päihde- ja mielenterveysongelman ohella jokin vakava somaattinen sairaus.

Kaksoisdiagnoosin käsite on ongelmallinen muun muassa siitä syystä, ettei sillä todellisuudessa kuvata henkilön kaikkien lääketieteellisten diagnoosien todellista lukumäärää. On täysin mahdollista, ettei diagnoosia ole annettu lainkaan tai henkilöllä on todellisuudessa lukuisia eri diagnooseja. Kaikille niille palvelujärjestelmän asiakkaille, joilla on sekä päihde- että mielenterveyden ongelma, ei anneta näihin molempiin tiloihin liittyvää lääketieteellistä diagnoosia. Palvelujärjestelmän eri sektoreilla toimivat viranomaiset, järjestelmät ja ammattiryhmät asettavat erilaisia kriteerejä palvelujen saamiseen. Silloin kun palveluihin pääsemisessä päihteiden käyttöön liittyvää diagnoosia ei ole tarvittu, sitä ei välttämättä ole aktiivisesti haettukaan. (Järvikoski ym. 2004.)

Koska jonkinasteisten päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyminen samanaikaisesti on tavallista, on integroitujen palvelujen kehittämisen kannalta ollut käyttökelpoista luokitella kaksoisdiagnoosipotilaiksi tai -asiakkaiksi ainoastaan ne henkilöt, joiden mielenterveysongelmat ovat vakavia. Päihdeongelman esiintyminen samanaikaisesti

mielenterveyden ongelman kanssa on myös yleisintä niiden kohdalla, joiden mielenterveysongelma on vakava (Aalto 2007, 1293–1294; Drake ym. 2007, 132.)

Mielenterveyden ongelmia luokitellaan vakaviksi esimerkiksi diagnoosin, toimintakyvyn heikkenemisen ja tilan keston perusteella. Tavanomaisia vakavaa mielenterveyden ongelmaa kuvaavia lääketieteellisiä diagnooseja ovat esimerkiksi skitsofrenia sekä masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikeat jaksot. Kun vakavaa mielenterveyden häiriötä määritellään toimintakyvyn heikkenemisen kautta, puhutaan vakavista hankaluuksista selviytyä työstä, ihmissuhteista ja itsestä huolehtimisesta. Kun kriteerinä on kesto, ongelmat ovat kestäneet vähintään kahden vuoden ajan. (Drake ym. 2007.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien psykologisessa ja käyttäytymistieteellisessä selitysmallissa huomio kiinnitetään siihen, että vaikka ongelmat luokiteltaisiin lääketieteellisiksi ja fysiologisiksi, niiden diagnostiset kriteerit perustuvat asiakkaan omiin kokemuksiin ja käyttäytymiseen, eivätkä esimerkiksi laboratoriotutkimuksiin tai kuvantamiseen (Hammer ym. 2013). Psykologisessa selitysmallissa mielenterveysongelmien synty liitetään fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi varhaiseen vuorovaikutukseen, kriiseihin ja traumoihin, ihmissuhteisiin sekä elämäntilanteen kuormittavuuteen (Toivio & Nordling 2013, 60).

Käyttäytymistieteellisessä selitysmallissa päihderiippuvuuden aiheuttajaksi nähdään henkilön suhde päihteeseen ja halu muuttaa mielentilaansa (Kushner 2010).

Sosiaalitieteellisessä selitysmallissa painotetaan sellaisia mielenterveys- ja päihdeongelmalle altistavia tilannetekijöitä, joita voidaan ennaltaehkäistä yhteiskunnallisilla rakenteilla. Tällaisia tilannetekijöitä ovat esimerkiksi köyhyys, työttömyys, syrjäytyminen, asunnottomuus, stigmatisoituminen tai haitallinen elinympäristö. Jo pelkästään sosiaalisen ympäristön virikkeettömyyden on todettu lisäävän sekä päihteidenkäyttöä että mielenterveydellisiä ongelmia. (Toivio & Nordling 2013, 63; Kortteinen ym. 1998, 167–168; Bruce 1978.)

Kansanterveydellinen lähestymistapa sairauksiin tukee sosiaalitieteellistä selitysmallia. Sen mukaan viemärijärjestelmään perustuva puhdas vesi ja hygienia sekä riittävä ja monipuolinen ravinto ovat tärkeimpiä erilaisia sairauksia ennaltaehkäiseviä tekijöitä (McKeown 1979). Mielenterveysongelmat alkavat tavallisesti nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Väestötasolla tarkasteltuna ongelmiin altistavia sosiaalisia riskitekijöitä ovat nuori äiti, vanhempien avioero, vanhemman kuolema, vanhempien

heikko koulutus, lapsuuden perheen saama toimeentulotuki sekä vanhemman saama psykiatrinen hoito. (Paananen ym. 2013.)

Sosiokulttuurisessa selitysmallissa mielenterveys- ja päihdeongelmat nähdään yksilön sopeutumattomuutena ja reaktioina ympäröivään yhteiskuntaan ja järjestykseen (Granfield & Cloud 1999, 35; Beresford & Wallcraft 1997). Toisaalta huomioidaan päihteiden käytön ja mielenterveyden määrittely ongelmalliseksi kulttuurisidonnaisina asioina (Toivio & Nordling 2013, 61). Suomalaisessa yhteiskunnassa ja kulttuurissa, joka on alkoholin viihdekäytön läpäisemä, päihteiden käytön ongelmalliseksi määrittely liittyy häpeälliseen kontrollin menetykseen. Moraalinen ulottuvuus koskee myös käytettyä ainetta tai riippuvuuden kohdetta. Suomessa alkoholin käyttöön suhtaudutaan myönteisemmin kuin esimerkiksi huumeiden tai lääkkeiden. (Mäkelä ym. 2010, 44.)

Silloin kun alkoholin käyttö liittyy arjesta poikkeaviin tapahtumiin, tilanteen kontrolloituun juhlistamiseen ja tunnelman kohottamiseen, se ymmärretään viihdekäyttönä. Alkoholin viihdekäyttö on Suomessa kulttuurisesti ja sosiaalisesti hyväksytty ja jopa ritualisoitu tapa toimia. Sosiokulttuurisesta näkökulmasta pohjoisten uskontojen samaanille oli täysin hyväksyttyä nauttia alkoholia voidakseen siirtyä mielensä avulla arkisesta maailmasta yliseen tai aliseen todellisuuteen (Pentikäinen 1992, 326). Samoin tämän päivän tavalliselle suomalaiselle runsaskin päihteidenkäyttö on riitti, jonka avulla siirrytään arjesta juhlaan, profaanista pyhään.

Jatkuva, liian usein tai vääriksi katsotuissa tilanteissa esiintyvä päihtymys vihjaa vakavista puutteista päihteiden käytössä ja mielentilan hallinnassa, mikä herättää moraalista inhoa ja paheksuntaa. Ruuska ja Sulkunen (2013) olettavat suhtautumisen periytyvän raittiusliikkeeltä, joka vaikutti Suomessa 1800-luvun lopusta 1900-luvun alkuun. (mt., 32–33). Myös pelkästään mielentilansa säätelyssä epäonnistuva raitis henkilö leimautuu, kantaa stigmaa. Päihde- ja mielenterveysongelmissa olevien ihmisten stigmatisointi heijastaa kulttuurista asennetta siitä, että ongelmien syntyyn myötävaikuttavat selkärangattomuus, moraalinen heikkous tai jopa syntisyys (Granfield & Cloud 1999, 35).

Käsitteitä riippuvuus tai addiktio käytetään tavallisesti silloin, kun päihteiden kuluttaminen on enemmistön näkökulmasta sopimattoman suurta ja hallitsemattomasti toistuvaa (Raento & Tammi 2013, 7–9). Alun perin riippuvuuden käsite on sisältänyt myös positiivisen konnotaation. Tällöin sillä on viitattu omistautumiseen, antautumiseen, kokonaisvaltaiseen paneutumiseen ja tarmokkaaseen keskittymiseen

tiettyyn asiaan ja toimintaan. 1800–1900 -lukujen taitteessa käsite lääketieteellistyi ja sai omat diagnostiset kriteerinsä. (Salasuo 2013, 106–110.)

Giddens puhuu riippuvuudesta toistokäyttäytymisenä, joka on pakoksi muuttuva tapa. Toistokäyttäytyminen voi aiheuttaa myös myönteisiä kokemuksia. Se voi luoda tunteen persoonan eheydestä, hallinnasta, jatkuvuudesta ja turvallisuudesta. Siitä luopuminen voi vastaavasti olla ahdistavaa. (Giddens 1990, 72.) Vaikka päihteiden runsas, arkeen ulottuva käyttö on sosiaalisesti paheksuttua, ovat jotkut muut nykypäivän toistokäyttäytymisen tavat, kuten jatkuva työnteko tai liikkuminen, sosiaalisesti hyväksytyjä. Se, määrittelläänkö riippuvuus haitalliseksi, ja kuka tai millainen näkemys määrittelyä ohjaa, kertoo aikakaudesta, kulttuurista sekä määrittelijän yhteiskunnallisesta valta-asemasta ja auktoriteetista ongelman määrittelyssä. (Salasuo 2013, 106–110.)

Suomalaisessa valtakulttuurissa myös päihteiden käytöstä kokonaan kieltäytyvä henkilö on poikkeava, sillä Sotkanetin vuoden 2016 tilaston mukaan täysin raittiita suomalaisista on ainoastaan noin 10 prosenttia. Vaikka alkoholin kokonaiskulutus on vuodesta 2009 alkaen hivenen laskenut vuosittain, on se edelleen miehillä kaksin- ja naisilla nelinkertainen verrattuna 1970-luvulla käytettyyn määrään (Sotkanet.fi 2016). Sosiokulttuurisesta näkökulmasta mielenterveyden ja päihteiden käytön ongelmallisuuden aika- ja paikkasidonnaisuus johtaa siihen, että se, mikä yhdessä yhteiskunnallisessa tilanteessa ja kulttuurissa voidaan tulkita poikkeavaksi, voidaan toisessa yhteiskunnallisessa tilanteessa ja kulttuurissa tulkita kuuluvaksi johonkin muuhun kategoriaan (Toivio & Nordling 2013, 61).

Kulttuuriset käsitykset määrittävät myös sen, kenen katsotaan olevan poikkeavasta käyttäytymisestä vastuussa. Päihteiden käytön kohdalla tämä näkyy esimerkiksi poliittisessa keskustelussa päihteiden käytön ja saatavuuden kontrolloinnin oikeutuksesta. Näkökulma, jonka mukaan yksilö on itse vastuussa omasta terveydestään, ei katso yhteiskunnallisen päätöksen alkoholin saatavuudesta olevan vastuussa riippuvuudesta sen enempää, kuin esimerkiksi sokeri on diabeteksestä (Ruuska & Sulkunen 2013, 35). Mielenterveysongelmien kohdalla nykyisessä länsimaisessa psykiatristen sairauksien tautiluokituksessa DSM:ssä sureminen, joka kestää yli kaksi viikkoa, luetaan psyykkiseksi häiriöksi. Luokituksen aikaisemmin käytössä olleessa versiossa häiriöksi diagnosoinnin aikaraja oli yksi vuosi. (Pietikäinen 2013, 12; Raento & Tammi 2013, 14.)

2.2 Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ja kuntoutus

Mielenterveys- ja päihdeongelman selitysmalleilla on merkitystä siihen, minkä uskotaan olevan vaikuttavaa ongelmien ennaltaehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Lääkehoito ja lääkinällinen kuntoutus nähdään vastauksena silloin, kun psyykkinen oireilu tai riippuvuus ymmärretään aivojen toimintaan liittyvänä neurologisena tai aivokemiallisena häiriönä. Lääketieteellisesti ohjautuva lääkinällinen kuntoutus voi sisältää paitsi lääkehoitoa myös psykososiaalisia menetelmiä. Vakavat mielenterveys- ja päihdeongelmat rinnastuvat lääketieteellisestä näkökulmasta muihin kroonisiin sairauksiin, kuten aikuisiän diabetekseen, verenpainetautiin ja astmaan (White 2008). Hoidon tavoitteeksi asetuu tällöin ensisijaisesti oireiden hallintaan saaminen ja kuolleisuuden vähentäminen lääkehoidon, elämäntapamuutoksen ja terapian avulla (Drake ym. 2007; Leshner 1997).

Erilaisia terapioidia ja psykososiaalisia menetelmiä hyödynnetään silloin, kun mielenterveyden ongelmat ja riippuvuus ymmärretään psykologisiksi, käyttäytymiseen liittyviksi ja sosiaalisiksi ongelmiksi. Päihdeongelman psykososiaalisessa hoidossa keskitytään aineen ominaisuuteen erilaisten mielentilojen tuottajana sekä asiakkaan mahdollisuuteen toimia toisin. Hoitoon liitetään korvaavien elämysten tarjoamista. Toipumista estäviä ajatusrakennelmia pyritään purkamaan ja toipumista edistävää ajattelua ja toimintaa vahvistamaan. Psykososiaalinen hoito voi perustua joko yksilö-, ryhmä- tai yhteisökohtaiseen keskusteluun ja toimintaan. (Knuuti 2007, 20.) Kun hoito toteutetaan sosiaalisena kuntoutuksena, asiakasta tuetaan irrottautumaan niistä sosiaalisista rakenteista, ryhmistä ja yhteisöistä, jotka aiheuttavat pahoinvointia ja joissa päihteitä käytetään. Vastaavasti häntä tuetaan kiinnittymään sellaiseen toimintaan ja ryhmiin, joissa luodaan ja ylläpidetään toipumiskulttuuria, ja joihin kuuluminen ehkäisee syrjäytymistä. (Murto 2007, 140.) Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluvat asiakkaan osallisuuden vahvistaminen ja voimaannuttaminen, sekä erilaiset työhön kuntoutumisen menetelmät, kuten työtoiminta. Lindh määrittää sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteeksi tukea syrjäytettyjen ihmisten paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla heidän sosiaalista toimintakykyään ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä (2013, 26). Myös sosiaalinen kuntoutus voi sisältää erilaisia terapeuttisia menetelmiä.

Nykyisin vakiintunein tapa ymmärtää mielenterveys- ja päihdeongelmia on nähdä ne integratiivisesti psykofyysissosiaalisina ongelmina. Ongelmilla katsotaan olevan tausta niin geneettisessä alttiudessa, kognition, emotionin ja motivaation osa-alueilla kuin toiminnallisessa altistumisessa ja sosiaalisissa tilannetekijöissä.

Mielenterveysongelmien ja addiktiivisen päihdekäytön ymmärretään aiheuttavan ja perustuvan muutoksiin aivoissa, käyttäytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa. (Hammer ym. 2013, Kushner 2010, Miettinen ym. 2017, 23). Tämänkaltaisessa ajattelutavassa myös hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat kokonaisvaltaisia. Lindhin mukaan palvelujärjestelmän kannalta on ongelmallista, että hoito- ja kuntoutuspalvelujen ammattien kehitys on perustunut eriytyneeseen tiedeperusteiseen asiantuntijuuteen, jossa ihmisen toiminta- ja työkykyä tarkastellaan erillisinä ja osittain toisistaan irrallisina fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuksina (Lindh 2013, 61).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ja kuntoutus eivät tänä päivänä vältty ekonomistiselta hyötyajattelulta sen enempää kuin muukaan palveluntuotanto. Ekonomistisessa hyötyajattelussa taloudellista tuloksellisuutta edellytetään kaikessa toiminnassa. Ajattelun taustalla on markkinalogiikka ja konsumerismi, jonka mukaisesti toinen osapuoli tuottaa ja toinen ostaa. Konsumerismin idea perustuu ajatukseen asiakkaasta kuluttajana. Kuluttaja-asiakkaan käsitteen omaksumisen myötä valtaa siirtyy asiantuntijoilta asiakkaalle ja yhteistyössä korostuu kumppanuus. Kuluttaja-asiakkaat nähdään individualistisesti vapaina ja kykenevinä suunnittelemaan ja laskelmoimaan omaa toimintaansa ja sen seurauksia. Vapauteen liittyy vastuu omista teoista ja valinnoista. Asiakasta vastuutetaan tekemään yhteisön normien mukaan oikeita valintoja. Riskit yksilöllistetään eli niiden toteutumisesta vastuun kantavat yksilöt aikaisemman kollektiivisen hyvinvointivaltion vastuun sijasta.

Yhteiskuntavastuun ja sosiaalisten oikeuksien sijaan korostetaan sosiaalista vastuuta. Yhteisöllinen vastuu siirtyy yhteiskunnalta ihmisen lähiyhteisöille ja tätä kautta ihmisen sosiaalisen pääoman merkitys kasvaa. (Juhila ym. 2016; Juhila 2006, 65–69.)

Taloudellisen tuloksellisuuden vaatimukseen liittyy olennaisesti myös vaikuttavuuden vaatimus. Vaikuttavuutta pyritään arvioimaan erilaisilla mittareilla, jotka liittyvät tavallisesti siihen, miten hyvin suoritteilla on pystytty saamaan tavoitteita vastaavia vaikutuksia ja miten palvelutarpeet ovat tulleet tyydytetyiksi. (Rajavaara 2007, 129.)

Yksiselitteisesti vaikuttavien palvelujen järjestäminen päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville on haasteellista. Ihmisen elämässä on jatkuvasti läsnä lukuisia toipumisen kannalta kriittisiä hoidon ja kuntoutuksen ulkopuolisia tekijöitä. (White 2008, 12.) Jotkut lääkkeelliset hoidot näyttävät vaikuttavan, mutta

eivät paranna ihmistä, ainoastaan lievittävät oireita (Hautamäki ym. 2011, 81). Psykososiaalisista hoidoista on todettu ainoastaan se, että hoitaminen on vaikuttavampaa kuin hoidotta jättäminen. Hyvä ja luottamuksellinen terapeutin vuorovaikutus ja yhteistyösuhde sekä asiakkaan odotukset ja uskomukset ovat vaikuttavampia kuin se, mitä psykososiaalista menetelmää muutoin käytetään. (Saarnio 2009a; Saarnio 2009b) Tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden vaatimukset eivät itsessään ota kantaa siihen, millaisia pyrkimyksiä näiden kautta halutaan toteuttaa ja mitä varten palvelut ovat olemassa (Rajavaara 2007, 200).

2.3 Toipumissuuntautunut ajattelu ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelut

Mieli 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma loi Suomeen otollisen ympäristön toipumissuuntautuneelle ajattelulle. Toipumissuuntautuneessa ”recovery”-ajattelussa toipumisen käsitettä ei omista mikään yksittäinen tieteenala tai ammattikunta. Toipumisen nähdään sisältävän sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutumisen suhteessa ympäröivään yhteisöön, että yksilöllisen ja henkilökohtaisen kasvun, toivon ja merkityksellisyyden löytymisen. Toipuminen nähdään yksilöllisenä prosessina, jolloin työntekijän tehtävänä on tukea kuntoutujaa liittoutumalla tämän omien tavoitteiden kanssa. (Drake ym. 2007, 133.) Hoidon ja kuntoutuksen keskiössä on kuntoutujan voimaantuminen ja toimijuuden vahvistaminen. Toipumisen ajatellaan olevan henkilökohtainen prosessi, jota ulkopuolelta ei voi arvottaa. (Kankaanpää & Kurki 2013, 9.) Toipumissuuntautuneessa ajattelussa uskotaan, että mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön liittyvistä ongelmista toipuminen on paitsi mahdollista, myös todennäköistä. (Le Boutillier ym. 2011, 1474.) Toivon ylläpitämisessä merkityksellistä on haaveiden olemassaolo. Vetovoimaiset haaveet aikaansaavat sekä tietoisia että tiedostamattomia ratkaisuja ja valintoja haaveiden suunnassa. (Toivio & Nordling 2013, 330.)

Toipumisen ymmärretään tapahtuvan eri ihmisillä eri aikaa ja se saavutetaan käyttämällä eri reittejä. Toipua voi sekä oireista huolimatta ”recovery in” että oireettomaksi ”recovery from”. (Kankaanpää & Kurki 2013, 9; Drake ym. 2007, 133.) Toipumissuuntautuneessa ajattelussa vakavat päihde- ja mielenterveysongelmat nähdään pitkäaikaisina ja toistuvina ongelmina. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö ongelmista voisi toipua kokonaan. Itsehoidolla ja henkilön omalla vastuulla

toipumisestaan nähdään ensiarvoinen merkitys, samoin kuin hänen suhteellaan läheisiin, paikallisyhteisöön ja yhteiskunnallisiin instituutioihin. Lyhytkestoisen, kriisitilannekeskeisen, oireiden hallintaan keskittyvän ja ammattilaisen päätöksentekoon perustuvan akuuttihoidon sijasta toipumiskeskeisessä järjestelmässä keskitytään rakentamaan sellaista pitkäjänteistä ja kannattelevaa apua, joka tukee ihmisen omaa yksilöllistä toipumisprosessia. (White 2008, 3, 6–10.) Toivon ylläpitämisen ja toipumisen kannalta merkityksellistä on se, mitä viestiä asiakkaalle hänen tilansa luonteesta välitetään. Toipuminen mahdollistuu, kun henkilön pystyvyysodotukset ovat riittävän korkealla ja hänellä on toimivia selviytymisstrategioita. Vastaavasti selviytymistaitojen puuttuminen on yhteydessä päihteiden käyttöön retkahtamiseen. (Peele 2004, 50, 141.)

Toipumissuuntautunutta ajattelua voidaan toteuttaa sekä päihde- että mielenterveyspalveluissa. Integroiduissa palveluissa päihde- ja mielenterveysongelmia arvioidaan kokonaisuutena ja apua on mahdollista saada samanaikaisesti molempiin. Perinteisesti samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman hoidossa ja kuntoutuksessa on käytetty joko jaksottaista tai rinnakkaista mallia. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin ongelmista yhtä, yleensä päihdeongelmaa, ja vasta sen helpottuessa toista. Rinnakkaisessa mallissa puolestaan hoidetaan molempia ongelmia samanaikaisesti, mutta eri tahoilla ja ilman tiivistä yhteydenpitoa tai selkeää yhteistä toimintatapaa. (Aalto 2007, 1295–1296.)

Jotta asiakkaiden olisi helpompaa saada tarvitsemiaan palveluja, on päihde- ja mielenterveyspalveluja 2000-luvun kuluessa yhdistetty. Helsingin kaupungilla sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhdistävän organisaatiomuutoksen tavoitteena olivat muun muassa sujuvien palveluketjujen muodostaminen, terveyserojen kaventaminen ja voimavarojen kohdentaminen asiakaspalveluun. Samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kanssa kamppailevat henkilöt olivat asiakasryhmä, joka virastojen yhdistämisessä nousi erityisesti esille. Tämä asiakasryhmä nimettiin jo suunnitteluvaiheessa kaksoisdiagnoosiasiakkaiksi. Aiemmassa organisaatiomallissa kaksoisdiagnoosiasiakkaat näyttäytyivät toisaalta palvelujen väliinputoajana ja toisaalta suurten taloudellisten kustannusten aiheuttajina. Organisaatiomuutoksen oletettiin tehostavan nimenomaan heille suunnattuja palveluja.

Helsingissä sosiaali- ja terveysviraston yhdistäminen toimi osaltaan vastauksena sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaiseman Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman asettamaan haasteeseen kehittää päihde- ja mielenterveyspalveluja. Suunnitelmassa kehoitettiin vahvistamaan asiakkaan asemaa, lisäämään edistävää ja

ehkäisevää työtä, järjestämään palvelut toiminnallisena kokonaisuutena, jossa pääpaino on perus- ja avopalveluissa, sekä sovittamaan yhteen päihde- ja mielenterveystyö. Käytännön ehdotuksina mainittiin muun muassa päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakkaiden ja muiden palvelujenkäyttäjien yhdenvertainen kohtelu ja pääsy palveluihin, peruspalvelujen joustavat ja matalakynnyksiset yhden oven palvelut, kokemusasiantuntijoiden ja vertaisten mukaan ottaminen palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelujen koordinointi toimivaksi palvelukokonaisuudeksi sekä päivystyksellisten, liikkuvien ja konsultaatiopalvelujen lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13–17.)

Helsingissä psykiatrian ja päihdehuollon palveluketjuja ja asiakkaiden asiointia pyrittiin sujuvoittamaan yhdistämällä psykiatrian poliklinikat ja A-klinikat ensin hallinnollisesti ja vähitellen myös fyysisesti integroiduiksi psykiatria- ja päihdekeskuksiksi. Peruspalvelujen päihde- ja mielenterveystyötä tekevien sairaanhoitajien toiminta terveysasemilla vakiinnutettiin. Hoidon ja kuntoutuksen paremman saatavuuden tavoitetta kuvaamaan otettiin motto: ”Tulit juuri oikeaan paikkaan, kuinka voin auttaa?”.

Hallinnollinen integraatio tai edes yhteiset toimitilat eivät kuitenkaan yksinään takaa tarvittaviin palveluihin pääsyä. Avainasemassa palvelujen saatavuudessa ovat ammattilaiset, jotka neuvovat, ohjaavat ja valitsevat asiakkaita eri palveluihin. Michael Lipskyn määritelmän mukaan asiakastyön ammattilaiset ovat katutason byrokraatteja, jotka käyttävät joko suoraa tai epäsuoraa julkista valtaa oman arkensa asettamisessa paineissa suhteessa sairauksien ja vaikeiden elämäntilanteiden herkistämiin asiakkaisiin (Lipsky 1980). Ihmiset, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia, asettavat erityisen haasteen palvelujärjestelmälle, sillä sosiaalihuollon eettisten periaatteiden mukaisesti ihmisiä tulisi auttaa heidän tarpeidensa mukaan. Tällöin heikkoja ja alisteisessa asemassa olevia tulisi tukea muita enemmän. (Metteri 2012, 38.) Jotta eri ammattialoja ja organisaatiokulttuureja edustaville palvelujen portinvartijoille syntyisi yhteinen ymmärrys asiakkaista ja heidän tarvitsemistaan palveluista, tarvitaan ammattilaisten keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuvaa yhteistyötä. Rakenteellinen integraatio toimii tällaiselle yhteistyölle ainoastaan näyttämönä. (Sinkkonen ym. 2012.)

Stenius ym. (2012) tarkastelevat päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiota Suomen kunnissa ja jakavat sen järjestelmä- ja palveluintegraation. Tällaisessa jaottelussa järjestelmäintegraatio tarkoittaa, että palvelut ovat saman poliittisen ohjauksen ja hallinnonalan alaisuudessa ja niiden resurssit tulevat samasta budjetista. Palveluintegraatiossa taas päihde- ja mielenterveyspalvelut tarjotaan samassa palvelussa

tai yhteisissä tiimeissä hallinnollisesta yhteydestä riippumatta ja toimintaa ohjaa yksi yhtenäinen hoito- tai asiakassuunnitelma. (mt., 171.)

Päihde- ja mielenterveysongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa painopisteet ovat erilaisia. Hoidossa pyrkimyksenä on lääkityksen ja psykososiaalisen tuen avulla hillitä tai hävittää ongelmien aiheuttamia oireita tai niiden syitä. Kuntoutuksessa taas tavoitteena on vahvistaa niitä taitoja ja tukitoimia, joiden avulla toimintakyky palautuu. (Drake ym. 2007, 131.) Käytännössä hoito ja kuntoutus limittyvät pitkälti toisiinsa, eikä niitä ole tässäkään tutkimuksessa pyritty yksityiskohtaisesti toisistaan erottamaan.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutus kuuluvat ensisijaisesti julkisen sektorin vastuulle. Julkisin varoin järjestetty kuntoutus tähtää yleensä opiskelu-, työ- tai toimintakyvyn palautumiseen, ylläpitoon tai saavuttamiseen. Kuntoutuksen keinoin voidaan edistää onnistunutta työhön paluuta. Tuulio-Henriksson (2013) toteaa kuitenkin, ettei kuntoutusjärjestelmän tehtävä ole työllistää ihmisiä. Työllisyyden taatavat ovat toimivat työmarkkinat. (mt., 158.)

Jos asiakas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi, kunnan vastuulla on huolehtia siitä, että hän saa tietoa muista kuntoutusmahdollisuuksista. Tavanomaisia muita kuntoutusvaihtoehtoja ovat Kelan kuntoutukset, erityisesti kuntoutuspsykoterapia. Kunnat järjestävät palveluja itse sekä ostavat niitä yrityksiltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Kuntoutusjärjestelmä muodostuu monen toimijan kokonaisuudesta, jossa asiakkaan oikea-aikainen ohjaus tarpeenmukaisesti ja sopiviin palveluihin on olennaista. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus monipuolistanee toteutuessaan toimijakenttää entisestään. Toimivien ja yksilöllisten palveluketjujen aikaansaaminen pirstaleisessa toimintaympäristössä vaatii toimivaa yhteistyötä. Panostaminen hoidon alkuvaiheeseen ja kuntoutuksen huolelliseen suunnitteluun on vaikuttavaa sekä kustannustehokasta niin päihde- kuin mielenterveysongelmien kohdalla. (Tuulio-Henriksson 2013, 151–155.)

Lindh (2013) tuo esille, ettei monimutkaisuus itsessään ole perustelu kuntoutusjärjestelmän tai -prosessin mahdolliselle toimimattomuudelle. Kompleksisena systeeminä kuntoutusjärjestelmään kuuluu olennaisesti ja luonnollisesti kaaos ja epäjatkuvuus. Lindh toteaa, että järjestelmästä riippumatta kuntoutusta tuotetaan jatkuvasti erilaisiksi kuntoutustoimenpiteissä, kuntoutuksen käytännöissä, vuorovaikutuksessa, puheissa, teksteissä ja toimintaverkostoissa. (mt., 29–30)

Kuntoutusprosessi on paitsi kuntoutusjärjestelmän prosessi eli palveluketju, myös kuntoutujan muutosprosessi eli kuntoutuminen. Muutosprosessissa työntekijän

tehtävänä on kunnioittaa kuntoutujan subjektiutta, osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia. Palveluketjua tulee suunnitella yhteistyössä ja vuoropuhelussa kuntoutujan kanssa niin, että se vastaa hänen muutoksensa vaihetta. Kuntoutujan vastuulle jää vaativaan ja työlääseen prosessiin sitoutuminen. Prosessin myötä kuntoutujan tulisi löytää keinoja ja toimintatapoja tulla toimeen ennen kaikkea omassa arjessaan, arkeen liittyvissä rooleissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä.

Kuntoutumisessa ensisijainen tavoite on, että kuntoutuja löytää itselleen sopivan elämäntavan ja pystyy elämään omien edellytystensä mukaista hyvää elämää. (Tuulio-Henriksson 2013, 158; Järvikoski ym. 2004, 19–21.)

Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 kiinnitettiin erityistä huomiota mielenterveys- ja päihdeongelmaisten henkilöiden ja muiden palvelujen käyttäjien yhdenvertaiseen kohteluun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13–17). Palvelujen saatavuuden lisäksi yhdenvertaisuus syntyy ammattiauttajien tavasta kohdella asiakkaitaan. Särkelä esittää tavoitteeksi emotionaalisesti latautuneen asiakassuhteen, jossa työskentelyn molemmat osapuolet ovat tunnetasolla merkityksellisiä toisilleen (Särkelä 2001, 38).

Toipumissuuntautuneessa järjestelmässä palvelut valitaan niiden käyttäjien tarpeen eikä ammattilaisten määrittelyjen perusteella. Ammattilaisten tehtävänä on järjestää asiakkaan käyttöön hänen tarvitsemiaan resursseja. Toipumissuuntautunut järjestelmä tähtää jatkuvaan tukeen, jossa oleellinen osa on kuntoutujan itsehoito, vertaisryhmät ja lähiyhteisöjen tuki. Toipumisen edistymistä mitataan pitkällä aikavälillä. Koska toipumista voi tapahtua myös oireista huolimatta, ei onnistuneen hoidon tai kuntoutuksen määrittelynä käytetä oireiden häviämistä tai laitoshoidon tarpeen loppumista. Toipumista tapahtuu, kun henkilö pystyy omasta mielestään elämään mielekästä ja tyydyttävää elämää. (Toivio & Nordling 2013, 330; White 2008, 19.)

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa toipumissuuntautunutta järjestelmää on kehitetty suunnitelmallisesti vuodesta 2016 (Sosiaali- ja terveysvirasto, käyttösuunnitelma 2016). Pisimmällä järjestelmän toteuttaminen on päihdepalveluissa. Helsingin kaupungin toipumissuuntautuneen järjestelmän tavoitteena on yhtenäistää ja parantaa päihdepalvelujen saatavuutta ja lisätä asiakkaiden osallisuutta koko palveluprosessin ajan. Toipumissuuntautuneessa järjestelmässä pyritään tarjoamaan joustavat verkostomaiset palvelut osana asiakkaiden omaa elinympäristöä. Toipumisen tukena käytettävät interventiot määritellään ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyössä. Kokonaisarvioinnissa käytetään perusteena asiakkaiden riippuvuuden vaikeusastetta, sosiaalista tilannetta, toipumispääomaa ja muutosvaihetta. (Jaakkola 2018.)

3 Tutkimuksen toteutus

3.1 Tutkimuksen paikantaminen ja tutkimustehtävät

Tämä tutkimus nojaa fenomenologiseen ja konstruktivistiseen tutkimusperinteeseen. Tutkimus on narratiivisella tutkimusotteella tehtyä sosiaalityön tutkimusta, mutta sivuaa myös uskontotieteellistä myyttien, kategorioiden ja kulttuurien tutkimusta.

Sosiaalitieteissä kulttuurin käsitteellä on tarkoitettu jonkin yhteisön tai yhteiskuntaluokan kesken omaksuttua elämäntapaa ja maailman hahmottamisen tapaa. Kulttuurintutkimuksessa tehdään ymmärrettäväksi historiallisesti ja kulttuurisesti ehdollisiksi ajateltuja asioita. Sosiaalitieteellinen tutkimus on kulttuurintutkimuksen näkökulmasta merkitysten tutkimista. (Alasuutari 2007, 55–63.)

Ihmisten yksilöllinen elämä ja yksilölliset tarpeet ymmärretään tällä hetkellä merkityksellisempinä kuin aikaisemmin hyvinvointivaltion historiassa. Markkinoille ja erilaisille palveluille on asetettu yhä enemmän vaatimuksia yksilöllisyydestä.

Yksilöllistämisyhtymysten tueksi tarvitaan tietoa palvelujen käyttäjien kokemuksista. Kun klassisen tiedon määritelmän mukaan tieto on ”hyvin perusteltu tosi uskomus”, kokemustiedon määrittelyssä korostuu kokemuksellisuus ja kokijan aktiivisuus tiedon muodostamisessa. (Nieminen 2014, 14–15)

Tajunnallisuuden ja kehollisuuden ohella henkilön elämäntilanne on ehto kokemuksen syntymisessä. Ihminen liittyy todellisuuteen elämäntilanteensa kautta.

Merkityssuhteiden syntyminen tajunnassa edellyttää elämäntilanteen, siinä missä tajunnan syntyminen edellyttää aivotoiminnan. Jotkut henkilön elämäntilanteen osatekijöistä ovat kohtalonomaisia, kuten vanhemmat, geenit ja syntymäpaikan yhteiskuntarakenne. Toiset osatekijöistä taas ovat henkilön itse valittavissa, kuten puoliso, ystävät ja harrastukset. (Rauhala 2015, 41–42, 50.) Oleminen muuttuu kokemukseksi konkreettisissa tilanteissa, jossa henkilö toimii. Tilanteet vaihtelevat ja niihin liittyy jatkuvasti toisin toimimisen mahdollisuus. (Karjalainen 2006, 320.)

Ihmisen elämäntilanne on osaltaan paitsi mahdollistamassa myös määrittämässä hänen kokemustaan. Yksilöiden ja ryhmien kokemukset yhteiskunnassa muodostuvat erilaisiksi riippuen siitä, mikä on heidän asemansa sosiaalisessa järjestyksessä. (Nieminen 2014, 22.)

Kun päihde- ja mielenterveysongelmissa olevia ihmisiä asetetaan marginaaliin, syrjäytetään, erilaistetaan ja luokitellaan ”niiksi toisiksi” kyse on antropologian näkökulmasta ilmiöstä, jossa kollektiivinen ajattelu on kaapannut yksilön oman ajattelun. Yhteiskunta ikään kuin ajattelee meissä. (Anttonen ym. 2011, 9; Granfelt 1998, 80.) Yksilöllinen ajattelu ja moraaliin liittyvät tunteet ovat aina suhteessa yhteiskuntaan ja sen instituutioihin. Yhteisöllisen valtakulttuurin kannalta päihde- ja mielenterveysongelmat näyttävät helposti vaarallisina, riskialttiina tai kiellettyinä asioina, jotka uhkaavat yhteiskunnallista puhtautta ja järjestystä. (Douglas 2011, 32–34.)

Douglas toteaa ihmisten asettavan maailman moraalisten ja poliittisten sääntöjen alaiseksi. Näihin sääntöihin liittyvistä lainalaisuuksista valitaan sopiva selitys erilaisille ilmiöille ja vallitsevat selitykset määräävät yhteisöjen järjestymisen tavan. Ihmistä kohtaavat vaikeat elämäntilanteet, kuolemantapaukset ja sairaudet antavat mahdollisuuden määrittellä käyttäytymistä näitä ennen. Tietynlainen käyttäytyminen uhkaa ja asettaa vaaraan yhteisen hyvän. (Douglas 2011, 32–34.) Lapsi, joka luonnostaan ei luokittele, kasvatetaan tai kasvaa sisälle yhteisön arvomaailmaan ohjeiden, sääntöjen ja kieltojen välityksellä sekä siirtymäriitteihin koodatulla pyhäperinteellä. Perinne siirtyy ajatusten lisäksi kehoon, jonka avulla ihmiset ilmentävät esimerkiksi mieheyttä ja naiseutta, puhtautta ja saastaisuutta, arvostettua käyttäytymistä ja soveliasta pukeutumista. (Anttonen 1992, 13.)

Douglasin mukaan kategoriat ovat elimellinen osa inhimillistä tiedonkäsittelyä. Maailmaa havainnoidaan omien kiinnostuksenkohteiden läpi. Kiinnostuksenkohteita ohjaavat kaavamaiset hahmotustavat, skeemat. Havainnoista hyväksytään ensisijaisesti ne, jotka sopivat parhaiten havainnoijan jatkuvasti rakentuvaan kaavamaiseen käsitykseen maailmasta. Sopimattomia havaintoja pyritään vääristelemään tai hylkäämään ne kokonaan. Maailma hahmottuu sopivien lokeroiden, kategorioiden kautta, joiden väliin jäävä ajattelu on anomalioiden, kaaoksen, epäjärjestyksen ja epäpuhtauden värittämää. Epäjärjestys, lika, onkin Douglasin määritelmän mukaan ainetta väärässä paikassa – kuten kengät pöydällä tai astiat makuuhuoneessa. Epäjärjestys on anomaalista, sellaisia asioita ja elementtejä, jotka hämmentävät ja ristiriitaistavat huolella rakennetut luokittelut. Kun anomalia kohdataan, se tulee helposti luokitelluksi varmaksi poikkeavuudeksi, joka osaltaan täsmentää sen joukon rajoja, joihin se ei kuulu. Kun ihminen kohtaa anomalian, hänelle avautuu myös mahdollisuus tarkistaa omia skeemojaan. Skeemat kuitenkin periytyvät aina jossain

määrin ympäröivältä yhteisöltä ja kulttuuriset kategoriat ovat yhteisiä asioita, joihin liittyvien oletusten muokkaaminen voi olla haasteellista. (Douglas 2011, 47, 80–90.)

Tätä tutkimusta varten haastattelemiini henkilöt elävät tai ovat eläneet hyvin poikkeuksellisissa olosuhteissa, osana päihdeidenkäyttömaailmaa tai syvällä yksinäisyydessä. Heitä on palvelujärjestelmän taholta syrjäytetty, marginalisoitu ja kaksoisdiagnosoitu. Näillä koetuilla olosuhteilla on vaikutusta siihen, miten he toimintaympäristöstään kertovat ja millaiseksi heidän todellisuutensa rakentuu. Tutkimuksessa kuvaan miten ja mitä samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman kokeneet henkilöt kertovat toipumisestaan ja palvelujärjestelmän tuesta. Tämä on ensimmäinen tutkimustehtäväni. Seuraavat kaksi tutkimustehtävääni liittyvät haastattelemiini henkilöiden identiteettiin. Tarkastelen niitä muutoksia, joita tapahtuu kertojien identiteetissä tarinan edetessä. Lisäksi analysoin sitä, mitkä kertojien käyttämistä identiteettikategorioista toimivat toipumispääomana.

Käytän käsitettä kertoja haastattelemistani henkilöistä, sillä vaikka itse olen kirjoittanut tämän tutkimusraportin, tutkimuksen varsinaisia kertojia ovat he, joiden kertomuksiin tutkimus perustuu. Hyvärisen (2010) tavoin erotan kertomuksen käsitteen tarinan käsitteestä. Puhun kertomuksesta silloin kuin viittaa kertojien tuottamiin erillisiin katkelmiin elämästään ja kokemuksistaan. Kertojien eri kertomusten tulkitsen muodostavan yhden tarinatyyppin, tarinan sankarimatkasta. Käytän käsitteitä palvelujen käyttäjä tai asiakas silloin, kun viittaa kertojiin henkilöinä, jotka hakevat tai saavat apua palvelujärjestelmältä. Kuntoutuja tai toipujan käsitteitä käytän silloin, kun viittaa heihin omassa kuntoutumis- tai toipumisprosessissaan.

3.2 Kertojat

Palvelujen käyttäjiltä kerättävän niin sanotun toisen tiedon on mahdollista paljastaa piilossa ollutta todellisuutta ja kannustaa ihmettelemään vallalla olevia käytäntöjä ja rakenteita (Määttä 2012, 49). Haastattelututkimuksessa oleellista on haastateltavien valinta. Faulknerin mukaan käyttäjälähtöisessä tutkimuksessa tärkeää on haastatella myös sellaisia henkilöitä, joille palveluja ei myönnetä (Faulkner 2009, 15). Tässä tutkimuksessa olen valinnut kertojiksi sellaisia palvelujen käyttäjiä, jotka ovat kokeneet samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman sekä hakeneet ja saaneet apua palvelujärjestelmältä. Kertojissa on mukana sellaisia henkilöitä, joilla on ollut vaikeuksia saada tarvitsemiaan palveluja. Hekin ovat kuitenkin lopulta päässeet

järjestelmään sisään. Heidän kertomuksistaan on löydettävissä sitä toipumispääomaa, joka toimii voimavarana palveluihin hakeutumisessa.

Tutkimusaineistoni koostuu neljästätoista eri haastattelusta. Olen haastatellut neljäätoista eri kertojaa, joista erästä kahdesti. Yksi haastatteluista ei tallentunut ja jäi siksi analysoitavasta aineistosta pois. Myös tämä haastattelu antoi tutkimuksen tekoon käyttökelpoista taustatietoa. Analysoitavan aineiston on tuottanut lopulta kolmesta kertojaa, joista yhdeksän on miehiä ja neljä naisia. Kertojat ovat haastatteluajankohtana iältään 34–59 -vuotiaita. Haastattelut ovat kestoltaan noin tunnin mittaisia, poikkeuksena yksi kertojan voinnin vuoksi alle puoleen tuntiin jäänyt keskustelu. Olen litteroinut itse haastatteluista kahdeksan. Kuusi ensimmäistä haastattelua on litteroinut Meri Rientamo, jolle olen luovuttanut kyseisen aineiston haastateltujen henkilöiden luvalla pro gradu -tutkimusta varten. Kertojat näihin ensimmäisiin haastatteluihin olen rekrytoinut epävirallista reittiä, ennen Helsingin kaupungilta saamaani tutkimuslupaa. Sanatarkasti litteroitua aineistoa on yhteensä 213 liuskaa, joista 111 liuskaa on Rientamon litteroimia. Litteroidun aineiston fontti on Times New Roman, koko 12, riviväli 1,5.

Olen edellyttänyt vakavaa mielenterveyden häiriötä kuvaavaa diagnoosia kaikilta tutkimuksen kertojilta. Olen päätenyt tähän edellytykseen, vaikka ymmärrän, että diagnostiset kriteerit ovat sopimuksenvaraisia, ettei kaikilla vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivillä henkilöillä diagnooseja ole, ja että diagnoosi on vain ”läpivalaisu” ihmisen tilanteesta tietyssä kulttuurisessa paikassa ja tietyssä ajankohtana. Terveystieteiden mukaisiin hoito- ja kuntoutuspalveluihin pääsemisen kriteerinä on terveydenhuollon ammattilaisen tekemä arvio, joka tavanomaisesti sisältää lääkärin tekemät diagnoosit. Koska mielenterveysongelmien hoito Suomessa on ensisijaisesti toteutettu terveydenhuollossa, on palvelujärjestelmän piirissä olevilla mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä tavallisesti mielenterveyden häiriön vakavuutta kuvaava lääketieteellinen diagnoosi. Monilla haastatteleillani henkilöillä on vakavaa mielenterveyden häiriötä kuvaavan diagnoosin lisäksi diagnooseja lievemmistä mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveyteen liittyvistä diagnooseista kertojat mainitsevat erilaiset masennustilat (vaikea/psykoottinen/toistuva) (9/13), erilaiset persoonallisuushäiriöt (5/13), psykoottiset häiriöt (4/13), skitsofreeniset häiriöt (2/13), kaksisuuntainen mielialahäiriö (2/13), ahdistuneisuushäiriöt (2/13), sosiaaliset fobiat (2/13), stressireaktiot (2/13), unihäiriö ja burn out eli työuupumus.

En ole edellyttänyt kertojilta päihdeongelmaan liittyvää lääketieteellistä diagnoosia. Päihdeongelmien hoito on Suomessa toteutettu ensisijaisesti sosiaalihuollossa (Stenius

ym. 2012, 168). Sosiaalihoitolaain mukaisiin hoito- ja kuntoutuspalveluihin pääsy on tavallisesti sosiaalialan ammattilaisen arvioon perustuvaa, eikä edellytä lääketieteellisiä diagnooseja. Olen käyttänyt päihdeongelman vakavuudesta kertovana mittarina sitä, että kertoja on ollut päihteiden tai lääkkeiden addiktiivisen käytön vuoksi palvelujärjestelmän tarjoamista hoidoista intensiivisimmässä, joko sairaalassa tai laituskuntoutuksessa. Kertojien käyttämistä päihdeistä mainintoja saavat alkoholi (13/13), amfetamiini (5/13), kannabis (5/13), heroini (2/13), lsd (2/13), lakka eli GBL (2/13), ekstaasi (2/13), kokaiini, metamfetamiini, oopiumi sekä muuntohuumeet MDPV (3/13), Daisy eli desoksipipradroli sekä etyyliifenidaatti. Lisäksi väärinkäyttöä mainitaan seuraavien lääkeaineiden kohdalla: bentsodiatsepiinit, buprenorfiini, pregabaliini (Lyrica), alpratsolaami (Xanor), tramadoli, kodeiini, barbituraatit, syklitsiini ja insuliini.

Olen rajannut kertojat sellaisiin henkilöihin, jotka ovat tutkimushetkellä päihdeettömiä sekä jonkinlaisessa päihde- tai psykiatrisessa hoidossa tai kuntoutuksessa. Haastatteluhetkellä viisi kertojista on joko psykiatrisessa tai päihdehuollon laitoshoidossa avo-osasto- tai intervallijaksolla. Loput ovat enemmän tai vähemmän kiinnittyneenä avohoidon palveluihin. Haastatteluryhmän rajauksella olen pyrkinyt siihen, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat tulleet tietoisesti mukaan, ja ovat jo saaneet apua akuuteimpaan hoidon ja palvelun tarpeeseensa. Kertojista kukaan ei haastatteluhetkellä ole tavanomaisessa ansiotyössä. Työvoimapolitiittisessa toimenpiteessä tai vapaaehtoistyössä kertojista on seitsemän. Koska kaikki kertojat ovat keski-ikäisiä, heillä on hoitohistoriansa ajalta runsaasti erilaisia kokemuksia palvelujärjestelmästä. Tämä on mahdollistanut monipuoliset kertomukset hoito- ja kuntoutuspalveluista.

Sovellan tässä tutkimuksessa toipumissuuntautuneen ajattelun määritelmää toipumisesta. Vaikka kertojat eivät haastatteluajankohtana käytä aktiivisesti päihdeitä, monella sekä mielenterveys- että päihdeongelmat ovat edelleen elämässä läsnä. Toipumista kertojilla on tapahtunut siinä, että he ovat oppineet sopeutumaan ja löytämään teitä ulos kaikkein pahimmista tiloista ja olosuhteista. Tällaiset oppimiskokemukset ylläpitävät käsitystä pärjäämisestä ja selviytymisestä.

3.3 Haastattelut ja aineiston analyysi

Tulkitsen haastattelemieni henkilöiden kertovan itsestään ja elämästään tavalla, joka toistaa ikaikaista sankarimatkan kaavaa. Jokainen kertomus on samalla yksilöllinen, uniikki kuvaus kertojansa ainutkertaisesta elämästä. Sankarimatalla liikutaan fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti marginaalisissa tiloissa. Marginaali käsitteenä kuvaa paitsi sivussa myös sellaisella näköalapaikalla olemista, josta avautuu erilainen näkökulma elämään ja yhteiskuntaan. Marginaalissa eläminen voi johtua paitsi pakosta ja vastentahtoisuudesta myös ainakin osittain omasta valinnasta. Marginaalissa elävien näkökulman hyödyntäminen voi auttaa palvelujärjestelmää havaitsemaan uusia mahdollisuuksia. (Granfelt 1998, 82–87.)

Empiirinen tieto, perustuipa se sitten ensikäden kokemukseen tai toisen käden tulkintaan kuullusta kokemuksesta, on aina eri asia kuin kokemuksen kohde (Rauhala 2015, 49). Analyysissa tulkitsen haastattelemieni henkilöiden kertomuksia, kuvauksia kokemuksistaan. Kyseessä on yksi mahdollinen tulkinta kerrotuista kokemuksista. En väitä, että kyseessä olisi täydellinen kuvaus tapahtuneesta tai että edes tavoittelisin kertojien suoraa kokemusta. Kokemuksen sanoittaminen väistämättä myös rajaa sitä ja kenties luo jotain uutta. Ääneen lausuttu ajatus ei ole aivan sama kuin ajateltu. (Douglas 2011, 120.)

Sanoittamisen prosessissa muotoutuneet kertomukset ovat sellaisenaan arvokkaita. Puhumalla ja kertomalla asioista ihminen jäsentää asioita ja löytää niille merkityksiä. Kertomusten kautta asiat merkityksellistyvät ja muuttuvat osaksi kertojansa ymmärrystä itsestään ja maailmasta. Konstruktivisessa tutkimusperinteessä ihmisten ymmärretään luovan merkityksiä todellisuudesta kielen avulla. Vuorovaikutus sekä luo kulttuurisia ja moraalisia normeja että perustuu niihin. (Patton 2002, 96–102.) Konstruktivismin teoreettiseen viitekehykseen perustuvassa sosiaalityössä ajatellaan, että ihmisellä tilanteestaan riippumatta on merkittäviä voimavaroja sekä itsellään ja ympärillään. Tapa, millä tilanne sanoitetaan, on avain uusiin positiivisiin mahdollisuuksiin. (Parton & O’Byrne 2000, 2.)

Olen rekrytoinut vapaaehtoiset kertojat tuntemieni avainhenkilöiden kautta. Minulla on ollut Helsingin kaupungin tutkimuslupa kutsua tutkimukseen psykiatria- ja päihdepalvelujen asiakkaita. Suurimman osan kertojista olen tavannut jo ennen tutkimustilannetta asiakkaan tai vertaisohjaajan roolissa. En kuitenkaan ole osallistunut

suoraan asiakastyöntekijänä yhdenkään kertojan hoitoon tai kuntoutukseen. Koska haastattelujen tarkoituksena on ollut kerätä tietoa suhteesta palvelujärjestelmään, olen käyttänyt haastattelupaikkoina rauhallisia työ- ja neuvotteluhuoneita päihdekuntoutuskeskuksesta, psykiatrisesta sairaalasta, päihdepoliklinikalta ja psykiatrian poliklinikoilta sekä vertaistukijärjestön tiloista. Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat haastatteluajankohtana olleet hoidon tai kuntoutuksen piirissä ja sitä kautta muodostaneet suhteen palvelujen fyysisiin tiloihin.

Haastattelutilanteessa olen pyytänyt kertojia kuvaamaan omaa historiaansa liittyen päihde- ja mielenterveysongelmiin sekä niiden hoitoon ja kuntoutukseen. Olen lähtenyt tekemään tutkimusta palvelujärjestelmän näkökulmasta. Päämääränäni on ollut selvittää psykiatria- ja päihdepalvelujen käyttäjien kokemuksia kuntoutuksen virallisesta palvelujärjestelmästä. Teemahaastatteluiksi ajatteleman haastattelut ovat laventuneet narratiivisiksi haastatteluiksi, kun kertojat ovat alkaneet kertoa toipumisensa tarinaa lapsuudesta tai ensimmäisten oireiden ilmestymisestä alkaen aina kertomishetkeen saakka. Heidän näkökulmastaan palvelujärjestelmä on ollut ainoastaan yksi elämän monista näyttämöistä.

Narratiivinen haastattelu on luonteeltaan elämäkerrallinen haastattelu, mutta mahdollistaa menetelmänä kertomuksen ohjaamisen tutkimuskysymyksen kannalta oleellisiin tilanteisiin ja ilmiöihin. Haastattelumenetelmäni lähestyy puolistrukturoitua teemahaastattelua siinä, että tilaisuuden tullen olen ohjannut kertojia kysymyksieni avulla kuvaamaan erityisesti hoitoon ohjaamisen tai hakeutumisen syitä ja motiiveja, mahdollisia toisten osapuolten tekemiä hoitoonohjauksia tai tahdosta riippumattomia hoitajaksoja, palvelujen saatavuutta ja hoitoketjujen toimivuutta, kohtaamisia auttamistyön ammattilaisten kanssa, kuntoutumis- ja toipumisprosessin etenemistä sekä arvioimaan elämänsisältönsä oppimisen näkökulmasta. Koska olen pyrkinyt kartoittamaan kertomuksia suhteessa palvelujärjestelmään, en ole tehnyt haastatteluja identiteetin tai toipumispääoman käsitettä mielessä pitäen tai sankarimatkan rakennetta koskellen. Tutkimuksen viitekehikseksi ja pääkäsitteiksi muotoutuneet teoretisoinnit ovat täsmentyneet vasta aineiston analysoinnin vaiheessa ja niiden valintaa voi tässä mielessä pitää aineistolähtöisenä.

Kertojat käyvät läpi kokonaisia elämänkulkuja, matkoja kohdusta haudan partaalle ja takaisin elämään. Näissä kertomuksissa he toimivat itse pääosassa, sankareina. Nämä huomiot ovat johdattanut minut tyyppittelemaan kertojien käyttämän tarinatyyppin juuri sankarimatkaksi. Teen analyysia Campbellin hahmotteleman sankarimatkan kaavan mukaisissa episodeissa. Jaan aineiston seikkailuun kutsun, koetusten tien sekä

kotiinpaluun episodeihin, joiden näen toistuvan kertomusten rakenteessa. Seikkailuun kutsun episodiin paikallistan ne kertomukset, joissa kertojat puhuvat ajasta ennen päihde- ja mielenterveysongelmien kasaantumista sekä kertomukset ensimmäisistä viitteistä päihde- ja mielenterveysongelmasta. Jaan ensimmäisen, seikkailuun kutsun episodin lähtökohtien ja matkallelähdön osiin. Keskimmäisen, koetusten tien episodin jaan varjoihin sekä hoidon ja kuntoutuksen näyttämöön. Varjoihin sijoitan samanaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa kuvaavat kertomukset. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämölle paikallistan palvelujärjestelmää kuvaavat kertomukset. Luen palvelujärjestelmää kuvaaviksi kertomuksiksi myös kertomukset asumispalveluista. Vaikka asumispalveluissa tarjotaan hoidon ja kuntoutuksen sijaan hoivaa ja huolenpitoa, ovat ne Helsingissä osa toipumissuuntautunutta järjestelmää. Tarinan viimeiseen, kotiinpaluun episodiin sijoitan ne kertomukset, joissa kertojat kertovat tilanteestaan haastatteluajankohtana.

Ymmärryksen kertojien käyttämästä tarinatyypistä ja episodijaosta perustuu omaan esitietooni paitsi sosiaalityöstä, myös uskontotieteestä valmistuneena maisterina. Kyseessä on yksi tulkinta siitä, miten kertojat kertomuksensa rakentavat. Teen analyysia episodien sisällä ja käytän siinä sisäkkäin erilaisia menetelmiä. Sisällön analyysissa kuvaan kertojien kokemuksia, erityisesti kokemuksia palvelujärjestelmästä ja käytettävissä olevaa toipumispääomaa. Narratiivisessa analyysissä tarkastelen kertomisen tilannetta ja tapaa, kuten kertojien käyttämiä kerronnallisia konventioita. Kategoria-analyysi on tärkein käyttämäni menetelmä, sen avulla analysoin kertojien tapaa kuvata, nimetä ja kategorisoida identiteettiään.

Kategoria-analyysissä luokittelua kutsutaan kategorisoinniksi ja luokitteluun perustuvia nimeämisiä kategorioiksi. Kategorisoinnissa nimetään ja luokitellaan ihmisiä ja asioita sekä määritellään itseä ja toisia. Jokinen ym. (2012, 9–18) määrittävät kategoria-analyysille kahdeksan lähtökohtaa: 1) kategoriat ovat kulttuurista tietoa, 2) kategoriat ovat tekemistä, 3) kategorisoimme sekä ihmisiä että muita objekteja, 4) oletamme kategorioille täsmäntäviä määreitä, 5) määreet vihjaavat kategorioista, 6) kategorioilla tuotetaan moraalista järjestystä, 7) kategoriat ymmärretään kontekstissaan ja 9) kategorioita on kaikkialla ja kaikissa aineistoissa.

Kategoria-analyysi perustuu käsitykseen siitä, että ihmiset ylläpitävät sosiaalista järjestystä vuorovaikutuksen avulla. Kerrottujen tapahtumien kulku täydentyy kuulijan mielessä tilanteeseen sopivilla oletuksilla eli institutionaalisilla todellisuuksilla. Kuulija ymmärtää tapahtumat osana suurempaa kokonaisuutta. Kuulija odottaa myös toisten hahmottavan tilanteen samoin, mikä on yhteisymmärryksen edellytys. Vakiintunutta

todellisuutta tuotetaan ikään kuin huomaamatta siten, että toiminta on synkroninen vakiintuneen todellisuuden kanssa. Todellisuutta ylläpidetään myös silloin, kun ristiriitaiset toiminnot haastavat vakiintunutta todellisuutta. Ristiriitaisen toiminnan tekijälle asetetaan selontekovelvollisuus eli velvoite perustella tekonsa. (Juhila 2006, 205–209.)

Arkielämässä ihmisiä tunnistetaan sijoittamalla heidät erilaisten kategorioiden jäseniksi, mikä suuntaa kategorioijan toimintaa ja suhdetta heihin tietynlaiseksi. Toiminnat, jotka määräytyvät sidoksissa tiettyihin kategorioihin, ovat kategoriasidonnaisia. Jotkin kategoriat muodostavat toisiinsa sidoksissa olevia, usein hierarkkisesti suhteutuvia kategoriakokoelmia tai kategoriapareja. Tällaisia kategoriakokoelmia ja -pareja ovat esimerkiksi kristitty-muslimi-hindu tai uhri-syyllinen. Kategoriakokoelmat rakentuvat ja vaihtuvat tilannekohtaisesti. Kategorian valinta ohjaa tuottamaan ja kuulemaan puhetta eri tavoin, koska eri kategorioihin liitetään erilaista kulttuurista tietoa. (Jokinen ym. 2012a, 25–30; Juhila ym. 2012b, 50.)

Tarkastelen kategoria-analyysin avulla kertojien synnyttämiä identiteetin luokitteluja. Kertojat rakentavat itselleen erilaisia identiteettejä sankarimatkan eri vaiheissa. Aineiston analyysissä määrittelen identiteettikategorioita sekä kertojien identiteettikuvausten että heidän käyttämiensä kategoriavihjeiden avulla. Identiteettikuvauksiin sisällytän ne substantiivit, joilla kertojat nimeävät itsensä, sekä ne adjektiivit, joilla he luokittelevat itseään. Identiteettikuvauksiksi ymmärrän pysyväisluonteiset persoonan kuvaukset, kuten ”oli hirvee tarve rankasta ja vahingoittaa itteesä, et on niin huono ihminen”. Sen sijaan identiteettikuvauksiksi en katso tilannekohtaista tapahtumakuvausta, kuten ”ilman mitään näkyvää syytä oli yhtäkkiä ihan äärettömän masentunu tai kiukkune ja vihane”.

Jotta saisin nostettua haastattelemieni henkilöiden tuottamat kertomukset tutkimuksen keskiöön, kuvaan aineistoa runsain suorin lainauksin. Luokittelen kertojien identiteettikuvauksillaan rakentamat identiteetit yläkategorioihin. Yläkategorioista ja niiden alle kuuluvista identiteettikuvauksista esittelen ne, jotka kertovat toipumispääomasta. Kaikki kertojien rakentamat identiteetit eivät toimi toipumispääomana. Nimenomaan toipumispääoma on kuitenkin palvelujärjestelmän kannalta kiinnostava voimavara, sillä se mahdollistaa asiakkaan toipumista ja palaamista tavanomaiseen elämään.

3.4 Tutkimuksen luotettavuus

Sosiaalityössä työskennellään tavanomaisesti ihmisten kanssa, jotka ovat poikkeavassa asemassa tai tilanteessa vallitsevaan ja normaaliin nähden. Tällainen marginaalissa olemisen paikka voi liittyä esimerkiksi köyhyyteen, työttömyyteen, vanhemmuuteen tai psyykkisiin ongelmiin ja päihteiden käyttöön, kuten tässä tutkimuksessa. (Juhila 2006, 104–105.)

Marginaalista käsin tutkimisessa asioita tarkastellaan päinvastaisesta suunnasta kuin esimerkiksi syrjäytymisen tutkimisessa, jossa tarkkailun suunta on valtavirrasta syrjäytyneisiin. Marginaalista katsottuna syntyy niin sanottua toista tietoa, joka on virallisen ja usein objektiivoin tiedon vastakohta. Sosiaalityön kohtaamiset ovat tärkeitä paikkoja, joissa marginaalissa olevan ihmisen hallussa oleva toinen tieto kohtaa sosiaalityöntekijän ammatillisen ja virallisen hallinnollisen tiedon ja sen on mahdollista siirtyä eteenpäin järjestelmän hallinnollisille ja poliittisille toimijoille. (Juhila 2006, 105–106.) Sosiaalityön tutkimus on yksi vakiintunut tiedon siirtämisen tapa.

Tutkimus on yksi sosiaalityön väline. Sosiaalityöntekijää ja tutkijaa ei palvelujärjestelmää tarkastelevassa tutkimuksessa voi täysin erottaa. Käytännöllinen yksilön auttaminen tutkimuksen avulla on paitsi mahdotonta myös eettisesti ja tutkimuksen luotettavuuden kannalta arveluttavaa. Sosiaalityön tutkimuksessa on kuitenkin mahdollista tutkia inhimillistä vuorovaikutusta suhteessa inhimilliseen hyvinvointiin poliittisesti ja moraalisesti kantaaottavalla tavalla. Tätä kautta voi pyrkiä edesauttamaan sellaista sosiaalista muutosta, joka johtaa inhimillisen hyvinvoinnin kasvuun. (Dominelli 2005, 229–230.)

Tämän tutkimuksen toimintaympäristönä on palvelujärjestelmä, jossa itse työskentelen, ja osa kertojista on sellaisia, joiden kuntoutuksen kehittämiseen ja toteuttamiseen olen itse osallistunut. Tutkimuksessa syntyvä tieto perustuu vuorovaikutustilanteeseen, jossa kertojat sanallisesti kuvaavat minulle kokemustaan, sekä omaan esitietooni tutkimuskentällä työskentelevänä päihdetyön ammattilaisena. Kahden osittain erilaisen kokemusmaailman yhdistyessä ilmiöstä on pyrkimys kehittää entistä tarkempi kuva.

Sillä, että olen ollut alusta saakka osa tutkimuskenttää, on varmasti ollut oma merkityksensä haastattelutilanteiden kannalta. Kertojat ovat joko tienneet tai tunteneet minut ammattiroolissani. Kenties heille on muodostunut käsitys siitä, millaisista asioista

olen kiinnostunut ja mitä kuulen mielelläni, mikä on voinut ohjata kertomusten sisältöjä. Ammattiroolini ja valitsemani haastattelupaikat ovat voineet vaikuttaa käytettyihin sanoihin. Toisaalta yhteisellä historialla on ollut varmasti etua keskustelujen luottamuksellisen ilmapiirin syntymisessä. Kertojat ovat voineet paitsi myötäillä myös tietoisesti haastaa omia ajatuksiani. Kokemuksellisen tiedon jakamisessa keskinäisen luottamuksen ja solidaaristen siteiden syntyminen ovat tärkeitä tekijöitä (Hyväri 2014, 183).

Kertojat puhuvat haastattelutilanteessa kokemuksistaan avoimen ja vilpittömän oloisesti. Kertoessaan he palaavat tapahtumahetken tunnetiloihin - joku liikuttuu, toisen on pakko poistua fyysisestä tilasta hetken ajaksi. Työntekijänä olen tuntenut tai ainakin tiennyt suurimman osan haastateltavista jo pidemmän aikaa, eikä minulla ole syytä epäillä heidän kertomustensa todenperäisyyttä. Fenomenologisessa tai konstruktiiivisessa tutkimusperinteessä objektiivista, universaalia totuutta ei edes tavoitella (Laine 2018). Tämän sijaan pyrkimyksenäni on kyseisiä tutkimusperinteitä seuraten tavoittaa kertojien tilannekohtaisia merkityksiä ja kuvata vuorovaikutuksessa rakentuvaa todellisuutta.

Tutkimusaineiston syntymisen tapa ja tilanne on hyvä huomioida tutkimustuloksia arvioitaessa. Asetelma ei kuitenkaan automaattisesti heikennä tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimukseni tavoitteena on pelkästään lisätä ymmärrystä ilmiöstä, ei kuvata sitä tyhjentävästi. Haastattelun vuorovaikutustilanne on varsin tavanomainen ja luonnollinen palvelujärjestelmän asiakkaan ja ammattilaisen keskustelu päihde- ja mielenterveysongelmista ja niistä toipumisesta. Tutkijan rooli tosin on auttajan roolia rajatumpi. Sosiaalityön arki toteutuu asiakkaiden ja työntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa, auttamistyö on keskustelua (Jokinen ym. 2000, 15).

Dominellin määritelmän mukaan sosiaalityön tutkimus tutkii inhimillistä vuorovaikutusta suhteessa inhimilliseen hyvinvointiin. Se on poliittisesti ja moraalisesti kantaaottavaa ja pyrkii edesauttamaan sellaista sosiaalista muutosta, joka johtaa inhimillisen hyvinvoinnin kasvuun. Dominelli toteaa, että sosiaalityöntekijä oman alansa tutkijana pystyy hyvin tuomaan esille kentän tarpeita ja tekemään tutkimusta niin, että se hyödyttää käytännön työtä. (Dominelli 2005, 229–230)

Rekisteriaineistoihin perustuva tutkimus toistaa helposti yleiskatsauksellista virallista tietoa ja sen lähtökohtia ja kysymyksiä. Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista löytää niitä tekijöitä, joita tilastoissa olisi hyvä tarkastella, jotta ne kuvaisivat paremmin tutkittavien henkilöiden elämää ja heidän näkökulmastaan merkityksellisiä asioita.

Tietojärjestelmien kehittymisen myötä rakenteista, raportteina hyödynnettävää tietoa on mahdollista saada entistä monipuolisemmin.

Sosiaalityön tutkimuksen tekeminen marginalisoitujen ryhmien kanssa velvoittaa eettiseen pohdintaan. Tutkimuksen kohdetta ja sitä valaisevia henkilöitä on kohdeltava arvostaen ja tutkimuksen subjekteina passiivisten tuloksia odottelevien objektien sijaan. Tämä asettaa tutkijan tietynlaiseen tilivelvollisuuteen tutkittaviaan kohtaan. (Hänninen ym. 2006, 3; Dominelli 2005, 229–230.)

Olen informoinut kertojia siitä, ettei tutkimukseen osallistumisella ole myönteistä tai kielteistä vaikutusta heidän omaan hoito- tai kuntoutusprosessiinsa, mutta pyrin tuottamaan tietoa palvelujärjestelmästä ja sitä kautta osallistumaan sen kehittämiseen. Palvelujen kehittäminen käyttäjälähtöisiksi on käyttäjälähtöisessä tutkimuksessa tiedonantajien tärkeimpiä motiiveja osallistua tutkimukseen (Faulkner 2009, 15; Beresford & Wallcraft 1997, 81).

Yksi tutkimuksen kertojista on lukenut tämän tutkimusraportin sen eri kehitysvaiheissa neljästi tutkimusprosessin aikana: helmikuussa vuonna 2015, kesäkuussa vuonna 2016, heinäkuussa vuonna 2017 ja tammikuussa vuonna 2019. Hänen huomionsa ja kannustava palautteensa sekä häntä kohtaan kokemani eettinen tulosvastuu on motivoinut minua tuomaan prosessin päätökseen.

3.5 Tietosuoja ja etiikka

Kun tutkitaan ihmisen kokemuksia, tässä tutkimuksessa kokemuksia päihde- ja mielenterveysongelmista ja niihin liittyvän palvelujärjestelmän ominaisuuksista, tunkeudutaan samalla heidän yksityiselämäänsä, joka on suojattu jo perustuslaissa (Kuula 2011). Tämän ymmärtäminen tarkoittaa nöyryyttä haastatteluissa esille tulevan tiedon ja siihen liittyvän itsemääräämisoikeuden suhteen. Olen luvannut kaikille kertojille mahdollisuuden keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen koska tahansa kesken haastattelun ilman perusteluja. Kukaan kertojista ei ole kuitenkaan niin tehnyt. Kuula (2011) tähdentää, että silloin kuin tutkija työskentelee tutkimusalallaan, hänen tulee kiinnittää erityistä huomiota omaan tutkijan rooliinsa ja vaitiolovelvollisuuteensa, eikä hän voi käyttää tai jakaa tutkimustilanteessa saamiaan tietoja ilman haastateltavan lupaa edes silloin, kun kokisi sen auttavan haastateltavaa.

Tutkijan rooli ei kuitenkaan tarkoita, etteikö haastattelun yhteydessä voisi käyttää sosiaalityöntekijän ammattitaitoa esimerkiksi palveluihin ohjaamisessa. Esimerkiksi Nousiainen (2015, 69) kertoo hyödyntäneensä ammatillista osaamistaan, kun hän haastatteli mielenterveysongelmissa olevaa naista. Nousiainen kuvaa kokeneensa tämän paitsi mahdollisuutena myös eettisenä velvollisuutena. Itselläni on ollut mahdollisuus keskustella monien kertojien kanssa myös haastattelujen ulkopuolella, joko työntekijän tai tuttavien roolissa, jolloin vuorovaikutuksen muoto ja sisältö on ollut erilainen. Näissä keskusteluissa olen voinut tuoda esille yleisellä tasolla palvelujärjestelmän keinoja, mahdollisuuksia ja rajoja auttaa. Varsinaiset tutkimushaastattelut ovat kuitenkin noudattaneet sellaista tutkimuksen institutionalisoitua mallia, jossa kertojat ovat kertoneet, ja itse olen kuunnellut.

Tutkin arkaluonteisiksi katsottuja asioita ja olen edellyttänyt kertojien ilmoittautuvan mukaan tutkimukseen diagnoosiansa perusteella, joten on tutkimuseettisesti oleellista, ettei tutkimuksen raportoinnista voida suoraan tunnistaa tutkittavia tai heidän mainitsemiaan henkilöitä. Vaikka jotkut kertojista ovat ilmaisseet valmiutensa puhua heille tärkeästä aiheesta myös omalla nimellään, en käytä raportoinnissa nimiä tai mitään muita suoria henkilötietoja. Jotta kertojien ainutkertaiset elämäkerrat eivät piirtyisi liian tunnistettaviksi, en yksilöi suorista lainauksista muuta kuin kertojan sukupuolen. En myöskään kannattele kertojien yksilökohtaisia kertomuksia episodien yli yhtenäisiksi tarinoiksi. Kuvaamani toipumisen tarina on kuvaus sankarimatkasta, joka koostuu monen eri kertojan monesta itsenäisestä kertomuksesta. Kertojien osallistuminen tutkimukseen ja kertomusten sisältöjen tuottaminen on ollut ehdottoman vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä tietoja niistä voi jäljittää esimerkiksi asiakas- tai potilastietojärjestelmistä. Koska kyseessä on ammatillinen lisensiaatintutkimus, olen informoinut kertojia siitä, että tulen mahdollisesti käyttämään anonymisoitua tutkimusaineistoa myös myöhemmässä väitöskirjatutkimuksessa. Haastatteluaineisto on hallussani salasanalla huolellisesti suojattuna mahdollista jatkotutkimusta varten.

4 Tutkimuksen pääkäsitteet

4.1 Kaksoisdiagnoositu, syrjäytetty ja marginalisoitu kertoja

Kaksoisdiagnoosin käsite on järjestelmälähtöinen, eikä sitä tässä tutkimuksessa esiinny kertojien itsensä tuottamissa kuvauksissa identiteetistään. Kertojat eivät siis omasta tarkastelu- ja määrittelypositiostaan katsottuna ole kaksoisdiagnoosipotilaita tai -asiakkaita. Käytän tutkimuksessa kaksoisdiagnoosoidun käsitettä, kun viitataan samanaikaisia päihde- ja mielenterveysongelmia kokeneisiin kertojiin.

Kaksoisdiagnoosoidun käsitteellä pyrin tekemään näkyväksi kertojille osoitetun, ei heidän itsensä valitseman sosiaalisen identiteetin ja paikan järjestelmässä.

Diagnoosin käsitteellä viitataan tavanomaisesti lääketieteelliseen diagnoosiin, jonka voi antaa Suomessa ainoastaan lääkäri. Diagnoosi ei kuitenkaan ole historiallisesti pelkästään lääketieteellinen termi. Jo vuonna 1917 Richmond totesi sosiaalisella diagnoosilla pyrittävän yhtä lailla eksaktiin kuvaukseen; sosiaalisen diagnosoinnin menetelmän kohteena oli tällöin asiakkaan persoona ja sosiaalinen tilanne (mt., 51). Ammattipuheessa sekä sosiaali- että terveydenhuollon työntekijät viittaavat samanaikaisissa päihde- ja mielenterveysongelmissa oleviin asiakkaisiin kaksoisdiagnoosin saaneina tekemättä tai tarkistamatta heidän tosiasiallisia diagnoosejaan.

Silloin kun päädytään tilanteeseen, jossa ihminen kaipaa tai hänen nähdään tarvitsevan ammatillista väliintuloa mielenterveytensä tilaan tai päihteiden käyttöön, tilanne arvottuu negatiivisesti. Koska tilanne on poikkeuksellinen, sairaaksi tai riippuvaiseksi diagnosoimisen lisäksi ihmistä uhkaa syrjäyttäminen, kokonaan ulkopuolelle asettaminen. Syrjäytetyn yksilön tai ryhmän mielipiteitä ja näkökantoja ei kuulla tai heidän osallisuutensa oikeutta kyseenalaistetaan (Laine ym. 2010, 11).

Siinä missä syrjäyttäminen on aktiivista toimintaa, syrjäytyminen kuvaa prosessia, jossa yksilöt ja ryhmät toisiaan seuraavien menetysten kautta ajautuvat yhä kauemmaksi yhteiskunnallisesta valtavirrasta (Granfelt 1998, 78). Syrjäyttämisen ja syrjäytymisen käsitteet kuvaavat negatiivista asiantilaa. Marginalisaation käsite on moniulotteisempi, se huomioi paitsi valtavirrasta ulos asettamisen tai joutumisen myös reunoille hakeutumisen. Reunoilla elämiseen liittyy ainutlaatuisen tarkasteluasema sekä

yhteisöllisyys, jossa ongelmaksi ei hahmotu irrallisuus valtakulttuurista, vaan sieltä käsin osoitettu mitätöiminen ja pakkointegraatio. (Granfelt 1998, 81–82.)

Diagnosoimisen, syrjäyttämisen ja marginalisoinnin sijaan pysyville, mutta valtakulttuurista poikkeaville tavoille ajatella ja käyttäytyä, voidaan löytää ja nimetä myös omia kategorioita. Näillä kategorioilla on yhteiskunnallisessa järjestyksessä oma paikkansa ja arvonsa. Länsimaista tällaisia kategorioita massiiviselle päihteiden käytölle tai hyvin poikkeukselliselle mielenterveyden tilalle on tänä päivänä vaikea löytää. Maailmalta sopivia kategorioita on löydettävissä esimerkiksi intialaisten pyhien miesten, Sādhujen, ryhmästä. Intiassa Sādhujen on yhteisön normien mukaan mahdollista käyttää kannabista tai käyttäytyä erikoisesti, kuten elää alastomina tai kuolettaa raajoja. Sādhujen valaistumisen saavuttamiseksi harjoittamien menetelmien oletetaan mahdollisesti kehittyneen aiemmista samanistisista käytännöistä. Myös Suomessa samaaneilla, noidilla, on aikoinaan ollut oma arvostettu paikkansa osana järjestelmää. Samaanien paikka kuitenkin on, kuten Sādhuilla nykypäivän Intiassa, legitimoitu pyhyydellä ja uskonnollisilla pyrkimyksillä, eikä päihde- tai mielenterveysongelmilla. (Pentikäinen 1998; Hultkrantz 1993.)

Kristinusko ei tarjoa mitään samaanien tai Sādhujen kaltaista uskontoon perustuvaa yhteisöllistä kategoriaa, vaan vakavissa päihde ja mielenterveysongelmissa oleville tarjotut sosiaalisen identiteetin kategoriat määrittyvät sosiaali- ja terveystieteen tutkijoiden ja ammattilaisten tuottamien päihde- ja mielenterveysongelmien selitysmallien kautta. Viime vuosina päihde- ja mielenterveysongelman kokeneille henkilöille on kuitenkin alkanut vakiintua palvelujärjestelmässä uusi paikka ja arvo kokemusasiantuntijoiden ja vertaisohjaajien kategoriassa.

4.2 Tarinan sankari sankarimatalla

Tarkastelen kertojien yksittäisten kertomusten muodostamaa toipumisen tarinaa sankarimatkan tarinatyypinä. Sankarimatalla on ylevä kaiku. Sankarin käsitteen käyttöä samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta kärsivien henkilöiden kohdalla voi kritisoida naiiviksi. Campbell (2008, 14) ei kuitenkaan romantisoi kertomusten sankaria, vaan määrittelee sankariksi ihmisen, joka on pystynyt henkilökohtaisista ja paikallisista tekijöistä johtuvista esteistä ja rajoituksista huolimatta sopeutumaan yleispäteviin, ihmiselle normaaleihin elämän muotoihin. Campbell puolustaa myyttejä, satuja ja niiden sankareita ja korostaa, että ikaikainen sankarin

matka suuntautuu itse asiassa sisäänpäin, mielen sisäisten demonien voittamiseen. Sankari etsii unohdettuja voimia, joiden avulla yhteisöä voidaan uudistaa. (Campbell 2008, 22.)

Samanaikaisia päihde- ja mielenterveysongelmia kohdanneet kertojat ovat demoninsa kohdanneet, ja palvelujärjestelmässä kadonneita voimiaan etsineet. He ovat aloittaneet sopeutumisensa takaisin valtakulttuuriin. Palvelujen käyttäjänä heillä on asiantuntijuutta uudistaa järjestelmää. Sankarimatka on narratiivinen jäsennys siitä, miten kertojat kertovat toipumisestaan. Sankari on tietoisesti valitsemani käsitepari kaksoisdiagnosoidulle, koska se kohottaa kertojat hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden objektin asemasta subjekteiksi. Toimijoina heillä on erityistä arvoa ympäröivän yhteisön ja palvelujärjestelmän näkökulmasta.

Campbellin (2008, 7, 15) mukaan mytologian ja riittien tärkeimpänä tehtävänä on toimia henkisenä apuna tuottamassa sellaisia symboleja, jotka vievät ihmistä eteenpäin. Hän puhuu uudistamisesta elettyjen kokemusten viisaudella. Sankari palaa kokemuksensa jälkeen valaistuneena takaisin ja opettaa sen, mitä hän on uudistuneena oppinut elämästä. Campbellin teos *The Hero with a Thousand Faces*, suomeksi Sankarin tuhannet kasvot, ilmestyi ensimmäisen kerran vuonna 1949. Monet päihde- ja mielenterveysongelmia kokeneet henkilöt puhuvat kokemuksistaan paitsi tässä tutkimuksessa myös erilaisissa vertaisryhmissä – toipumiskulttuuria voi pitää yhtenä esimerkkinä yhteisöllisyydestä, jossa eletyn elämän tarinoita jaetaan ja arvostetaan.

Myyteissä ja saduissa kerrottu tarina seuraa kulkua, jossa kaikkein luovimmat teot pohjaavat siihen, että niiden tekijä on ensin jollain tapaa kuollut maailmalta. Väliaikaisen pimeän vaiheen jälkeen sankari palaa takaisin ikään kuin uudesti syntyneenä, suurena ja voiman täyttämänä. Campbellin kaava yleismaailmallisesta seikkailusta osittuu eri vaiheisiin. Sankarimatkan ensimmäisenä vaiheena on matkaan lähtö, toisena initiaatio eli maailmalta kuoleminen ja uudelleen syntyminen, kunnes viimeisessä vaiheessa sankari palaa ja liittyy jälleen yhteisöön, jotta hänen saavuttamaansa henkistä voimaa voidaan levittää maailmaan. (Eliade 2003, 216; Campbell 2008, 15, 28–29.)

Campbell pystyttää sankarimatkan eli monomyytin teorian C. G. Jungin rakentamalle perustalle (Campbell 2008, 13). Jungin teoriassa sankari on yksi kollektiivisen tiedostamattoman arkkityypeistä. Arkkityypit tulevat esiin tietoisesta tahdosta riippumatta myyteissä ja taiteessa. Ne ovat symbolisia kuvauksia mielen sisäisistä liikkeistä. Sankari arkkityyppinä on mielensisäisen jumaluuden tai puoli-jumaluuden

projektio. (Segal 1999, 69–70.) Myös varjo kuuluu Jungin arkkityyppeihin; se kuvaa tietoisien mielen torjumia ajatuksia. Varjo sisältää kaiken sen, mitä tietoinen mieli pitää epäsovittavana, pahana ja ”toisena”. (Robertson 2016, 148–149.)

Campbell toteaa, että riippumatta siitä onko tarinoiden ja myyttien sankari naurettava vai ylevä, uskonnollinen tai uskonnoton, hänen matkansa olennaiset piirteet eivät juurikaan vaihtele. Tarinoihin liittyy kosmogoninen kehä, jonka mukaisesti sankari ei kärsi matkansa vaivoja löytääkseen tai saavuttaakseen jotain uutta, vaan saadakseen takaisin jotain sellaista, mitä hänellä on jo ollut. Sankari löytää viisauden siitä, mitä hän on kantanut mukanaan koko matkan ajan. Sankarimatkan ohella myös kuvaukset sankarista itsestään toistuvat kertomuksesta toiseen. Saduissa ja myyteissä sankari esiintyy tavanomaisesti joko taistelijana, rakastajana, hallitsijana tai jopa tyrannina, maailman pelastajana tai pyhimyksenä. Nämä tavanomaiset sankarin hahmon alatyypit ovat kollektiivisesti jaettuja malleja, jotka löytyvät paitsi tämän tutkimuksen toipumisen tarinasta, myös kirjallisuudesta ja elokuvakerronnasta edelleen ja yhä uudelleen. (Campbell 2008, 16, 21–22, 287–306.)

4.3 Identiteetti

Jaan tutkimuksessa käyttämäni identiteetin käsitteen henkilökohtaiseen ja sosiaaliseen identiteettiin. Henkilökohtainen identiteetti on se, jonka kukin tiettyssä tilanteessa tuo itsestään esille kertomalla haluamallaan tavalla itsestään tai elämästään. Sosiaalinen identiteetti taas on se, jota henkilölle tarjotaan ulkoapäin. Ulkoapäin tarjottu identiteetti sisäistetään helposti osaksi henkilökohtaista identiteettiä. Sosiaalinen identiteetti voi olla henkilölle joko rajoittava tai vahvistava. (Kulmala 2006, 61–62.) Ihminen jäsentää ja ilmaisee identiteettiään pitkälti kertomuksen keinoin (Hyvärinen 2017). Hänen tapansa ymmärtää itseään, käyttäytyä ja toimia on sidoksissa siihen, miten hän kategorisoi itsensä (Juhila ym. 2012a, 33). Vuorovaikutuksessa rakentuva henkilökohtainen identiteetti tarvitsee peilauspinnakseen toisia ihmisiä (Kulmala 2006, 65).

Tarve kategorisoida toiset ihmiset perustuu haluun orientoitua heihin ja koordinoida yhteistä toimintaa. Valittu kategoria sisältää kulttuurista tietoa siitä, mitä tekoja vuorovaikutuskumppani tekee ja mitä ominaisuuksia hänellä on. Kategorisointi on seurauksellista toimintaa, sillä se tuottaa sosiaalisia identiteettejä. Sosiaaliset identiteetit toteutuvat vuorovaikutuksessa ja täydentävät toisiaan. Esimerkiksi palvelujärjestelmän

sisällä tapahtuvissa kohtaamisissa on oletusarvoisesti kaksi peruskategoriaa: ammattilaisen ja asiakkaan. Jos vuorovaikutuksen osapuolet asettuvat näihin identiteetteihin, heille syntyy tietynlaiset roolit. Identiteetti tässä mielessä tarkoittaa, että itseä esitetään siten, että roolisuoritus sopii yhteen vuorovaikutuskumppanin kanssa. (Juhila 2006, 205–209.)

Tajfelin mukaan sosiaalisen ryhmän jäsenyys vaikuttaa tapaan, jolla henkilö määrittelee itseään. Se sosiaalinen ryhmä, johon henkilö kokee kuuluvansa, saa merkityksen ”meinä”. Toisiin ryhmiin kuuluvat taas ovat toisia, ”heitä”. Ihmiselle merkittävät sosiaaliset ryhmät ohjaavat hänen käyttäytymistään, mistä johtuen kokemus omasta viiteryhmästä on myös toipumisen kannalta merkityksellinen. (Tajfel 2010, 254–255.)

Toipumista tukevien sosiaalisten ryhmien jäsenyyden on katsottu voivan vauhdittaa identiteetin muutosta käyttäjästä toipujaksi (Rodriguez & Smith 2014). Sosiaalinen identiteetti paitsi vaikuttaa ihmisen minäkuvaan myös määrittää ihmisten välisiä suhteita (Miettinen ym 2017, 35; Ruisniemi 2006, 65; Kulmala 2006). Sosiaalisen identiteetin merkityksellisyys toipumisen kannalta on todettu esimerkiksi tutkimuksissa päihdehuollon terapeuttisesta yhteisohidosta sekä vertaisryhmistä. Tutkimuksessa terapeuttisesta yhteisohidosta todetaan, että aikuisen kuntoutujan vahva identifioituminen terapeuttiseen yhteisöön on kytköksissä hoitoon sitoutumiseen ja sen suorittamiseen loppuun, vaikka hän samaan aikaan identifioi itsensä vielä myös päihdeitä käyttävään ryhmään. Vastaavasti identifioituminen hoidossa osaksi toipujayhteisöä, käyttäjäyhteisön sijaan, ennakoi merkittäviä muutoksia niin päihdeiden käytön määrissä ja kerroissa kuin elämäntyytyväisyydessä. (Dingle ym. 2015.) Kiinnittyminen vertaisryhmiin, kuten AA ja NA, ennakoi useampia päihdeettömiä kuukausia ja parempaa itsenäistä toipumiskykyä (Buckingham ym. 2013).

4.4 Toipumispääoma

Toipumispääoma on käsite, jota käytetään kuvaamaan niitä resursseja, joita henkilö voi hyödyntää käynnistääkseen ja ylläpitääkseen muutosprosessiaan. Toipumispääoman käsite on amerikkalainen ja sopii hyvin ajatteluun, jossa ihmisen oma vastuu ja lähiyhteisön tuki korostuvat. Perusajatukseltaan se lainaa ranskalaisen Bourdieun luokittelua erilaisista pääoman muodoista, joista fyysinen pääoma eli varallisuus on sosiaalisella pelikentällä ainoastaan yksi niistä tavoittelemisen arvoisista pääoman muodoista. Muut pääoman muodot ovat sosiaalinen pääoma, joka perustuu

verkostoihin, ja kulttuurinen pääoma, joka perustuu vaikutusvaltaan. (Bourdieu 2002, 291–302.)

Toipumispääoma jakautuu erilaisiin osa-alueisiin, joista toiset ovat henkilökohtaisia ja toiset yhteisöllisiä. Henkilökohtaista toipumispääomaa ovat sellaiset voimavarat, jotka edistävät, tai joiden puute estää toipumista. Henkilökohtaista toipumispääomaa ovat esimerkiksi fyysinen pääoma eli omaisuus ja varallisuus sekä inhimillinen pääoma. Inhimillistä pääomaa ovat sopeutumis-, selviytymis- ja pärjäämiskyvyt. Nämä perustuvat esimerkiksi terveyteen ja toimintakykyyn, koulutukseen, omaksuttuihin arvoihin ja normeihin, oppimis- ja ongelmanratkaisukykyihin, optimismiin, itsetuntoon ja pystyvyysodotuksiin. (White & Cloud 2008, 1–2.)

Henkilökohtaiseen toipumispääomaan kuuluu myös sosiaalinen toipumispääoma, joka sisältää toipumista tukevat sosiaaliset verkostot ja läheiset ihmissuhteet. Toipumista tukeva sosiaalinen pääoma mahdollistaa niin materiaalisen kuin emotionaalisenkin tuen. Toipumista tukee jäsenyys sellaisissa sosiaalisissa verkostoissa ja ryhmissä, joiden sosiaaliset odotukset tukevat toipumista. (White & Cloud 2008, 1–2.) Myös motivaatio elämäntavan muutokseen yhdistyy sellaiseen sosiaaliseen ympäristöön, joka haluttua muutosta tukee. (Granfield & Cloud 1999, 194.) Vertaisyhteisöt ja toipumiskulttuuri ovat merkittäviä tekijöitä ihmisen toipumisen kannalta (Korkiamäki 2013, 49-50; Knuuti 2007, 32).

Yksilön hallussa olevan toipumispääoman lisäksi White & Cloud (2008) nimeävät yhteisön hallussa olevan toipumispääoman. Yhteisöllistä toipumispääomaa ovat esimerkiksi kulttuuriset arvot ja asenteet sekä hoitoon ja kuntoutumiseen tarjotut palvelut ja tilat. Myös monipuoliset järjestäytyneen vertaistuen mahdollisuudet ovat yhteisöllistä toipumispääomaa. (mt., 1–2.) Toipumispääoma ei liity pelkästään päihdeongelmasta toipumiseen. Aktiivisen käytön aikana toipumispääoma on voimavara, jonka turvin hoitoon voi hakeutua, toipumiseen motivoitua ja sitä myöhemmin ylläpitää. Toipumispääoman avulla tyytyväisyys elämään voi säilyä. (Mawson ym. 2015, 2.)

Inhimilliseen pääomaan kuuluvista ihmisen psyykkisistä voimavaroista voidaan puhua positiivisen mielenterveyden käsitteellä. Positiivinen mielenterveys sisältää lääketieteellisesti arvioidun normaaliuden lisäksi erilaisia psyykkisiä vahvuuksia ja kykyjä, jotka liittyvät esimerkiksi kypsyyteen, positiivisiin tunteisiin, tunneälyyn ja sosiaaliseen kyvykkyyteen, koettuun hyvinvointiin sekä resilienssiin eli valmiuksiin toipua ja sopeutua, ”ponnahtaa takaisin”. Monet mielen hyvinvointiin liittyvistä

psykkisistä voimavaroista ovat käytettävissä erityisesti silloin, kun ihminen kokee mielenterveyden oireilua tai muita vastoinkäymisiä. Esimerkiksi resilienssi tulee näkyväksi vasta vastoinkäymisissä. (Appelqvist-Schmidlehner ym. 2016.)

Toipumispääoman käsite viittaa resilienssiä laajempaan kokonaisuuteen, joka sisältää selviytymis- ja stressinsietokyvyn lisäksi esimerkiksi ihmisen sosiaalisiin verkostoihin ja sosioekonomiseen asemaan liittyviä tekijöitä. Toipumispääoman käsitteen alun perin lanseeranneet Granfield & Cloud (1999) ovat tutkineet päihdeongelmasta ilman ammatillista hoitoa tai vertaisryhmien tukea toipuneita selvittääkseen, mitkä ovat ne tekijät, jotka mahdollistavat spontaanin toipumisen. He toteavat, ettei toipuminen ole yksilösuoritus, vaan se pitää ymmärtää ennen kaikkea sosiaalisesta ja vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta. Sosiaaliseen pääomaan sisältyvät luottamussuhteet ja sosiaalinen kontrolli toimivat välineenä toipumiseen siinä missä esimerkiksi menestymiseen työelämässä.

Granfield & Cloud argumentoivat, ettei toipuminen ole tahdon asia, vaan kykyyn palata normaaliin elämään vaikuttaa se toipumispääoma, jota toipujat ovat keränneet ennen riippuvuuttaan, ja jonka he kykenevät säilyttämään aktiivisen päihteiden käytön ajan. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt itse tulkitsivat voittaneensa riippuvuutensa omavoimaisesti. Granfieldin & Cloud kuitenkin toteavat toipumispääoman määrittäneen ne mahdollisuudet, jotka olivat tutkittavien käytettävissä henkilökohtaisen muutostyön tukena. Ilman vaikuttavaa hoitoa tapahtuneen toipumisen kannalta merkittävin toipumispääoman osa-alue oli se sosiaalinen pääoma, joka puskuroi päihdeongelman edessä tapahtuvaa henkilökohtaisen toipumispääoman hupenemista. Sosiaalinen pääoman turvin henkilöt pystyivät pitämään asunnon, työpaikan ja taloudellisen turvan huolimatta uhasta näiden menettämiseen. Sosiaalinen pääoma sisälsi myös velvoitteita toisia ihmisiä kohtaan, joiden seurauksena henkilö koki pelkoa päihteidenkäyttönsä laajuuden paljastumisesta. Sosiaalinen pääoma tarjosi myös muuta emotionaalista, taloudellista ja työllistymiseen liittyvä tukea. (Granfield & Cloud, 138–147, 191.)

Sosiaalinen kannattelu paitsi auttaa toipumisprosessissa myös suojaa ihmistä ennakolta inhimilliseltä pahoinvoinnilta ja sairastavuudelta. Kortteisen ja Tuomikosken (1998) tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä todettiin sosiaalisella kannattelulla olleen ratkaiseva merkitys työ- ja toimintakykyisenä säilymiseen. Sosiaalista kannattelua on olemassa sekä yhteisöllisenä, yhteisiin arvoihin ja niin sanottuun lahjan logiikkaan perustuvana, että yhteiskunnallisena, vastikkeelliseen vaihtoon perustuvana muotona. Yksilöllistä selviytymistä tukevat yhteisön tuki ja taloudellinen turva. Mikäli yhteisön tukea ei ole olemassa, ihmisen sosiaalinen luottamus ja usko toisten

vilpittömyyteen kärsivät, jolla on suora yhteys sekä somaattiseen että mielen terveyteen. (mt., 168–175.)

5 Aiempi tutkimus

Samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumista on tutkittu suomalaisessa sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa vähän. Sen sijaan identiteetti on yksi sosiaalityön tutkimuksen peruskäsitteistä ja siihen liittyvää tutkimusta on tehty runsaasti. Hyväri (2001) on itseni tavoin tunnistanut Campbellin hahmotteleman ikiaikaisen sankarimatkan kaavan, kun hän väitöskirjassaan haastattelee päihde- tai mielenterveysongelman kokeneita saman alan toimijoita. Hyväri käsitteellistää kertojat marginaaliin joutuneiksi ja sieltä itsensä ulos kamppailleeksi. Hänen tutkimusintressinsä kohdistuu paitsi kertojien rooleihin ja identiteetin muotoutumiseen, myös siihen miksi ja miten marginaalista selviytymisen tarina rakentuu yksilöllisen kokemuksen ylittäväksi poliittisuudeksi. Kokemuksen politiikan hahmottelussa fokus on sankarimatkan kaavaa seuraten erityisesti viimeisessä episodissa, jossa sankari palaa kotiin uudistamaan yhteisöä.

Päihderiippuvuudesta toipumisen prosessissa tapahtuvaa identiteetin muutosta on tutkinut Ruisniemi (2006) väitöskirjassaan. Ruisniemi vertailee toipujien minäkuva päihdekuntoutuksen alussa ja lopussa. Kuten Hyväri, myös Ruisniemi löytää päihdekuntoutuksen jälkeen tehdyistä haastatteluista selviytymistarinan. Ruisniemi ei kuitenkaan seuraa tulkinnassaan sankarimatkan kaavaa. Selviytymistarinan lisäksi hän tunnistaa aineistosta tasapainoilutarinan ja kasvutarinan. Ruisniemen tutkimuksessaan toipujien minäkuva muuttuu päihdekuntoutuksen myötä joustavammaksi. (mt. 5, 76, 145.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten leimattua identiteettiä ja toiseutta on väitöskirjassaan tutkinut Kulmala (2006). Hyödynnän tutkimuksessani Kulmalan toiseuden ja toisen käsitteiden välistä erontekoa. Toiseus on Kulmalan mukaan kokemus siitä, ettei kuulu joukkoon. Toiset taas ovat henkilöitä, jotka ovat mukana henkilökohtaisen identiteetin rakentamisessa. (mt., 70–71.) Kulmala toteaa, että luokitteluilla on todellista vaikutusta asiakkaiden elämään, mistä syystä ammattilaisten on tärkeää tiedostaa käyttämiensä kategorioiden merkityksellisyys (mt. 81).

Väyrynen (2007) on tutkinut väitöskirjassaan huumeiden käytön merkityksiä naisten elämässä ja huumeiden käyttöä identiteetin rakentajana. Väyrynen kuvaa päihteitä ongelmallisesti käyttävän naisen yhteiskunnallista statusta alhaiseksi ja arvottomaksi ja käyttömaailmassa eläviä naisia valtakulttuurista katsottuna leimautuneiksi ja poikkeaviksi. (mt., 37–43.) Hänen haastattelemiensa naisten elämässä huumeiden käyttöön kiinnittyminen ja kiinnijääminen on merkinnyt toisaalta riippuvuutta huumeista, huume kuvioista ja niihin liittyvistä käytännöistä ja toiminnoista, ja toisaalta irrallisuutta suhteessa omaan itseen ja naiseuteen, toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan (mt., 199).

Toipumispääoma on identiteettiä tuoreempi ja vähemmän käytetty käsite sosiaalityön tutkimuksessa. Knuuti (2007) on tarkastellut väitöskirjassaan huumeidenkäytön lopettaneiden elämänmuutosta ja arjen rakentumista elämäntavan, toipumisen ja marginaalisuuden käsitteiden avulla. Marginaalisuuden käsite Knuutin tutkimuksessa kuvaa sitä positiota, jossa haastateltavat ovat aiemmin eläneet ja josta he ovat toipumisen myötä pyrkimässä pois (mt., 32). Marginaaleista löytyy yhteisöllisyyttä, joka ei kuitenkaan aina tue ihmisen toimintakykyä valtakulttuurissa. Huumeiden käyttö on tavallisesti yhteisöllistä, sosiaalista toimintaa, johon voidaan alun perin hakeutua elämäntavan ja ajattelumaailman vuoksi. (Knuuti 2007, 63). Toipumispääoman käsite on suhteellisen uusi, eikä Knuuti käytä sitä vielä, kun hän puhuu marginaalien yhteisöllisyydestä ja sosiaalisesta pääomasta.

Sen sijaan Kuusisto (2010) ottaa toipumispääoman käsitteen käyttöön, kun hän vertailee väitöskirjassaan alkoholiongelmastaan toipuneiden erilaisia toipumisreittejä. Kuusisto esittää, että alkoholismien hoidossa ja -kuntoutuksessa tulisi arvioida asiakkaan toipumispääomaa ja sen osalta etenkin muutosvalmiutta, alkoholiongelman vaikeusastetta sekä pystyvyysodotuksia ja uskomuksia hoidon merkityksestä omalle toipumiselle. Toipuminen Kuusiston tutkimuksessa tarkoittaa kokonaisvaltaisia muutoksia asiakkaan elämässä ja myönteisen ajattelun lisääntymistä. (mt., 9, 277, 290.)

Rissanen (2015) tarkastelee väitöskirjassaan omaa psyykkistä sairastumistaan, hoitoaan psykiatrisessa sairaalassa, kuntoutumistaan ja identiteettinsä muutoksia tuon prosessin aikana. Rissanen tutkimusmenetelmä on autoetnografinen. Hän tutkii palvelujärjestelmän rakenteen, ominaisuuksien ja institutionaalisten käytäntöjen vaikutuksia omaan kokemukseensa, rooliinsa ja identiteettiinsä asiakkaana.

Rissanen toteaa lääketiedeinstituution kasvamisen, lääketieteen vallan laajenemisen sekä erilaisten elämäntapahtumien lääketieteellistämisen olevan seurausta lääketieteen

ammattilaisten tämänhetkisestä monopolista kaikkeen siihen, mikä määrittellään sairaudeksi tai hoidoksi. Kuntoutujan kannalta ongelmalliseksi voi tällaisessa katsantokannassa koitua yhteiskunnallisten ja sosiaalisten tekijöiden unohtaminen. Tämä taas johtaa pyrkimykseen muuttaa pelkästään yksilöä, eikä tilanteeseen vaikuttavia yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia rakenteita. Rissanen tarjoilee ratkaisuna kokemusasiantuntijatoiminnan ja vertaistuen hyödyntämistä, kun mielenterveyspalveluja pyritään kehittämään kuntoutujan kokonaistilannetta paremmin huomioivaksi. Hän tuo esille myös sosiaalisen tuen ja psykoterapian tärkeyden lääkkeellisen hoidon rinnalla. (Rissanen 2015, 177, 184, 194.)

Päihdehuollon asemointi uudelleen ja kytkeminen osaksi terveydenhuoltoa on herättänyt paitsi toiveita psykiatrisen hoidon saatavuuden paranemisesta päihdeongelmallisille myös erilaisia pelkoja liittyen päihdeongelman lääketieteellistymiseen mielenterveysongelman tavoin. Mielenterveys- ja päihdetyön yhdistäminen on herättänyt huolta päihdetyön suoranaisesta katoamisesta. (Väyrynen ym. 2015, 115.) Riikka Perälä (2012) tarkastelee väitöskirjassaan haittojen vähentämisen politiikkaa terveysneuvontapisteiden toiminnassa ja sen taustalla. Terveysneuvontapisteiden perustehtävä määrittyy terveydenhuollosta ja kansanterveydellisistä lähtökohdista, nimenomaisesti tartuntatautien ehkäisystä. Suomessa terveysneuvontapisteissä on alusta asti tarjottu kuitenkin myös psykososiaalista tukea, sosiaalneuvontaa. (mt., 21–22.)

Perälän etnografisen tutkimuksen johtopäätöksenä on, etteivät päihdeongelman lääketieteellistymiseen liittyvät pelot ole toteutuneet. Haittojen vähentämisen politiikka terveysneuvontapisteiden toiminnan taustalla ei ole kyseenalaistanut päihdeongelmien hallinnan psykososiaalista mallia, vaan pikemminkin tuonut siihen lisää uuden elementin. Tämä uusi elementti on ollut huumeiden käyttöön liittyvien terveydellisten kysymysten hallinta. Perälä pitää tärkeänä, ettei haittojen vähentämistä jatkossakaan nähdä pelkkänä kansanterveystyönä tai huumeongelmien lääketieteellisenä haltuunottona, vaan myös tukena sosiaaliselle ulottuvuudelle. (Perälä 2012, 86.)

Huumemarkkinoilla toimivia miehiä tutkinut Jussi Perälä (2011) toteaa kyseisten miesten olevan huumeita käyttävien naisten tavoin syrjäytyneitä ja valtakulttuurin toimijoihin nähden rakenteellisesti alempiarvoisia (mt., 129–130). Perälä kuvaa etnografiaan perustuvassa väitöskirjassaan helsinkiläisten huumemarkkinoiden eri tasolla toimivien miesten elämää ja toimijarooleja. Hänen mukaansa huumemarkkinoiden alemmalla ja keskitasolla toimivien miesten elämä ja toiminta ovat usein kaoottista ja riippuvuuksien ohjaamaa. Väkivallan ja terveyshaittojen uhka ovat

arkipäivää ja käyttäjän ja aineen puhtaus ylellisyyttä. Jussi Perälän, kuten Riikka Perälänkin, palvelujärjestelmää koskevat johtopäätökset liittyvät haittoja vähentäviin palveluihin, joiden tarkoituksena on ensisijaisesti vähentää terveyshaittoja ja kuolleisuutta. Oman tutkimukseni fokus taas on kuntouttavissa palveluissa.

Laitila (2010) on terveystieteiden tieteenalaan kuuluvassa väitöskirjassaan tutkinut asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Laitilan tutkimuksen johtopäätökset ovat, että asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksiin on kiinnitettävä huomiota erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa. Osallisuuden kannalta merkittävää ovat riittävä tiedonsaanti sekä aitojen valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien olemassaolo. Laitilan mukaan asiakkaan osallisuutta voidaan tukea palvelujen asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla.

Rientamon (2015) pro gradu -tutkielmassa tarkastelun kohteena ovat sairauden merkitykset kaksoisdiagnoisoidun henkilöiden elämässä. Kanssani osittain samaa haastatteluaineistoa analysoiva Rientamo tunnistaa aineistosta samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman somaattiset, psykososiaaliset sekä psyykkiset ja sosiaaliset merkitykset. Vaikka asiakkaiden haastatteluissa korostuvat erityisesti psyykinen ja sosiaalinen, Rientamo toteaa aineistossa puhuttavan kuitenkin vain vähän sosiaalityöstä kuntoutuksessa. Esille tuleva sosiaalityön rooli on lähestulkoon pelkästään taloudellinen ja tarjotut palvelut keskittyvät psykiatriaan ja terapiaan. Rientamo huomioi joidenkin asiakkaiden tietyssä elämänvaiheessa tipahtaneen tai uhanneen tipahtaa palvelujen piiristä, koska heikko yleiskunto, sosiaaliset pelot ja muu mielenterveydellinen oireilu ovat hankaloittaneet kotoa poistumista. Rientamon tutkimuksen johtopäätös on, etteivät kaksoisdiagnoisoidut henkilöt nykyisellään saa tarvitsemaansa hoitoa ja kuntoutusta hoidon yksipuolisuuden, moniammatillisessa työssä nimeämättä jäävien vastuuhenkilöiden puuttumisen ja kotiin vietävien palvelujen puuttumisen vuoksi. (mt., 72–76.)

6 Seikkailuun kutsu

On ihmisiä, jotka eivät ole seuranneet nykyisiä turvallisesti viitoitettuja teitä, vaan sitä erityistä, vaimeaa kutsua, jonka saavat kuulla ne, jotka kuulevat yhtä hyvin sisältään kuin ulkopuoleltaankin tulevia ääniä.

- Joseph Campbell, *Sankarin tuhannet kasvot*

Tässä tutkimuksessa esittelemäni sankarimatka on toipumisen tarina, joka alkaa samalla hetkellä kuin ensimmäiset oireet ja ongelmat. Narratiivisen analyysin näkökulmasta tässä ei ole ristiriitaa, vaan kyse on Campbellia mukaillen kosmogonisesta kehästä, joka esiintyy lukuisissa, etenkin pyhissä kertomuksissa. Kosmogoninen kehä kuvaa, kuinka sankari saa kutsun ja lähtee matkaan, mutta ei loppujen lopuksi löydä polultaan mitään uutta. Sen sijaan hän saa takaisin jotakin sellaista, mitä hänellä on kaiken aikaa jo ollut. (Campbell 2008, 21–22.) Tämä pätee myös toipumisen, jonka lahjaa on lopulta mahdoton antaa ihmisen itsensä ulkopuolelta. Muutoshalukkuus vaihtelee yksilöllisesti. Muutoksen vaiheet voidaan ryhmitellä esimerkiksi Prochaskan ja DiClementen jaottelun mukaisesti esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, toiminta- ja ylläpitovaiheisiin. (Velicer ym. 1990.) Ammatillaiset voivat tukea muutoshalukkuutta esimerkiksi motivoivalla haastattelulla. Toipumisen edellytyksiä voidaan vahvistaa toipumis pääomaa kasvattamalla. Resilienssi, valmius toipua, on kuitenkin jokaisen sisäänrakennettu ominaisuus.

6.1 Lähtökohdat

Tutkimuksen kertojien matkat alkavat eri pisteistä. He ovat lähtöisin erilaisista perheistä ja heidän mukaansa saama toipumisen alkupääoma vaihtelee. Muutamat kertovat toisen vanhemmista puuttuneen lapsuuden kodistaan. Toiset yhdistävät lapsuuden ja nuoruuden henkisen oireilun ja pahoinvoinnin lapsuusajan traumaattisiin kokemuksiin. Kertajat ovat kokeneet vanhempansa hylkäämistä, kuolemaa, väkivaltaa ja alkoholisoitumista. Yksi kertoja toteaa, ettei muista ensimmäisistä kymmenestä ikävuodestaan yhtään mitään. Toinen muistelee miettineensä itsemurhaa päivittäin jo

kuusivuotiaana. Osalla päihdeongelma on kehittynyt hyvin nuorena. Kertojista nuorimpana alkoholinkäytön aloittanut muistelee humalahakuisen juomisen alkaneen hänen ollessaan ainoastaan kymmenvuotias. Kolme kertojista on nuoruudessaan otettu huostaan ja sijoitettu laitospäivähoitoon. Neljä taas kuvaa lapsuudenkotiaan suhteellisen tavalliseksi tai keskiluokkaiseksi perheeksi. Tavallisessa perheessä kertoja itse on ollut se, joka erottui joukosta. Toisista erottaneina tekijöinä kertojat mainitsevat masennukseen tai maanisyyteen taipuvaisen käyttäytymisen, ujouden, kiltteyden tai kyvyttömyyden lopettaa mökillä kavereiden kanssa aloitettua juomista muutoin kuin sammumalla. Jotkut eivät halua kertoa lapsuudestaan mitään.

Osa on elänyt hyvinkin tavallista elämää pitkälle aikuisikään. Eräs kertojista kuvaa alkoholin käytön runsastuneen vasta lähes nelikymppisenä, jolloin lyhyt työmatka poisti vaatimuksen ajokuntoisena pysymisestä. Toinen toteaa saman ikäisenä ymmärtäneensä juomisen, jota käytti masennuksen lääkityksenä, johtaneen alkoholismiin.

Kun kertojat kuvailevat elämäänsä ennen tavanomaisen arjen jättämistä, ja päihde- ja mielenterveysongelmien viitoittamalle sankarimatkalta lähtöä, he nimeävät ja kuvaavat itseään seuraavin tavoin:

hirveen herkkä lapsi, pojan viikari, hullu tarzan, perikeskiluokkaisen perheen vanhin tyttö, nuori ja vähän villi, arka ja ujo, helppo kohde narsistille tai jopa psykopaatille, ei varsinaisesti koulukiusattu muttei paljon puuttunut, päivänsäde, kova jätkä, duracell-pupu, kiltti tyttö, ihan kakara, poikamies, perheetön, päiväopiskelija, eroottinen tanssija, ravintolakokki, ylioppilas, yomerkonomi, kirjanpitoapulainen, atk-yhteyshenkilö, atk-suunnittelija, atk-ihminen, it-konsultti, freelancer, osakas firmassa, yrittäjä, puolijulkis

Kaikki kertojat eivät sanoita seikkailuun kutsun episodin identiteettiään millään tietyllä adjektiivilla tai substantiivilla. Toiset luokittelevat itsensä useampaan samanaikaiseen tai peräkkäiseen kategoriaan. Valtaosa niistä tavoista, joilla kertojat identiteettiään kuvaavat, kertoo mukaan saadusta toipumispääomasta. Kertojat kuvaavat henkilökohtaista fyysistä ja inhimillistä toipumispääomaa, kuten lapsuudenperheen tuloluokkaa, ammattia ja hankittua koulutusta. Osa kuvauksista liittyy sosiaaliseen pääomaan, kuten perheenjäsenyyteen, parisuhdestatukseen ja asemaan omassa viiteryhmässä.

Kertojat määrittävät identiteettiään myös henkilökohtaisten ominaisuuksien kautta. Mainittuja persoonallisuuden piirteitä ovat herkkyyks, helppous, kiltteys, arkuus, ujous, kakaramaisuus, hulluus, villiys ja kovuus. Se, että eri ominaisuuksia arvotetaan

kulttuurissamme eri tavoin, tulee esille kertojien tavassa kertoa niistä. Myönteisesti tai neutraalisti arvoitettuja ominaisuuksia, kuten herkkyyttä ja kiltteyttä, tai edes kakaramaisuutta, ei tarvitse erikseen perustella. Kielteisemmin arvoitettuihin ominaisuuksiin taas liittyy kulttuurisesti omaksuttu selontekovelvollisuus. Selonteko on erityinen toiminto, jolla perustellaan ja annetaan selitys nimenomaan kulttuurisesti poikkeavaksi tulkittaviin asiantiloihin ja tekoihin. (Juhila ym. 2012a, 21.)

Sankarimatkalle lähtevät kaikki 13 kertojaa. Lähtökohtien esittelyssä paneudun erityisesti kuuteen heidän tuottamistaan identiteetikategorioista. Esittelemäni identiteetikategoriat perustuvat sekä eksplisiittisiin identiteetikuvauksiin että implisiittisiin kategoriavihjeisiin. Identiteetikategoriat linkittyvät toisiinsa joko kategoriapareina tai -kokoelmina. Kategoriat ovat kova jätkä, kiltti tyttö, eroottinen tanssija, aviomies, muukalainen ja puolijulkkis.

6.1.1 Kova jätkä (taistelija)

Kertojan kuvaama kovan jätkän identiteetikategoria tuo esille arkkityyppisen sankarin taistelijana. Kertoja, joka lähtökohtien kuvauksessa luonnehtii itseään kovaksi jätkäksi, perustelee kuvaustaan seuraavasti:

M: (...) Se oli semmosta, kovan jätkän roolia piti vetää. Et semmonen se mun elämä on ollu, että... No se alko jo nuorena koulukodissa se juttu että. Siellä, kun mitä mä oon miettiny nyt jälkeinpäin, semmonen kolmetoistavuotias, niin... Mä jouduin ryöstää siellä ihmisiä ja kaikkee...

Kertoja täydentää kuvaustaan kovasta jätkästä kertomalla kyseessä olleen roolin, mikä on viesti siitä, ettei kovuus ollut koko totuus itsestä, vaan opeteltu itsen esitystapa, representaatio. Hän kertoo myös joutuneensa ryöstelemään, mikä viestii, että kyseessä on ollut olosuhdesidonnainen toimintatapa. Kova jätkä on elämän kovan koulun kasvatti. Kertoja kuvaa tapahtunutta itsemyötätuntoisesti. Hän eläytyy tilanteeseensa kolmetoistavuotiaana ja aikuisen näkökulmasta tunnistaa siihen liittyvän surun.

Kertoja identifioi itsensä osaksi jengiä, joka käyttää päihkeitä ja pahoinpitelee toisia ihmisiä. Jengi toimii turvana siihen, ettei kertoja itse joudu laitoksessa pahoinpidellyksi tai tuntemaan huonommuutta suhteessa toisiin. Sosiaalinen pääoma, jota jengi viiteryhmänä tarjoaa, ei ole toipumispääomaa, mutta sisältää kuitenkin emotionaalista tukea ja fyysistä suojaa vaativissa olosuhteissa.

Sosiaalinen pääoma on toipumispääoman ydin (Granfield & Cloud 1999). Se on voimavara, joka tuottaa hyvinvointia ja jonka avulla voimme saavuttaa asioita, joiden saavuttaminen yksin on joko vaikeaa tai jopa täysin mahdotonta (Korkiamäki 2013, 17.). Sosiaalinen pääoma kasvaa sosiaalisissa verkostoissa tuen, normien, kontrollin ja nautitun luottamuksen myötä (Ruuskanen 2002). Putnam (2000) jakaa sosiaalisen pääoman erilaisiin ominaisuuksiin, joista läheisten suhteiden tuottama sitova sosiaalinen pääoma tuottaa elämässä pärjäämistä ”getting by”, kun taas löyhemmät siteet eli yhdistävä sosiaalinen pääoma tuottaa elämässä eteenpäin pääsyä edistäviä resursseja ”getting ahead”. Elämää koulukodissa kuvaava kertoja tuo epäsuorasti esille, että ajautumisessa jengin jäseneksi kyse on ollut nimenomaan arkielämässä pärjäämisestä.

Kertojan lapsuutta kuvaava näyttämö on 80-luvun koulukotiympäristö, jossa päihde- ja mielenterveysongelmilta suojaavia tekijöitä on vähän ja saatavilla oleva sosiaalinen pääoma sisältää paljon riskejä. Kertojan sankarimatka alkaa jo varhain. Nuorella iällä ja vaativissa olosuhteissa matkakumppanit valikoituvat, eikä niitä valikoida. Sosiaalista pääomaa nuorten vertaissuhteissa tutkinut Korkiamäki (2013) korostaa, että vaikka sosiaalinen pääoma käsitteenä on välineellinen ja symboloi yhteisöllistä asemaa, sen merkitys ei aina ole tiedostetussa fyysiseksi tai inhimilliseksi pääomaksi muuntumisessa. Sosiaalinen pääoma tarjoaa nuorille ennen kaikkea subjektiivista hyvinvoinnin tunnetta, mahdollisuuden olla osallisena ja kuulua johonkin sekä saada emotionaalista tukea silloin, kun sitä haluaa tai tarvitsee. (mt., 165–167.)

6.1.2 Kiltti tyttö (pyhimys)

Siinä missä identiteetin kuvaaminen kovaksi jatkäksi vaatii kulttuurisesti taakseen selonteon, toisten kertojien mainitsemat ominaisuudet arkuus, ujous, kiltteys ja kakaramaisuus eivät sitä edellytä. Kovan jatkän kategoriaparina seikkailuun kutsun episodissa esiintyy kiltti tyttö. Kiltti tyttö on yhteistä hyvää tuottava esikuvamainen hahmo, jota ei kulttuurisen koodimme mukaan tarvitse perustella. Identiteettikategoria kuvaa sankaria pyhimyksenä, ihailtavana henkilönä, joka toimii kuten edellytetään. Kiltti tyttö käyttäytyy paremmin kuin viiteryhmänsä. Kertoja, joka itseään kiltiksi tytöksi luonnehtii, kuvaa kuitenkin tämän identiteetin käänköpuolena altistumisen sosiaaliselle eristämislle ja sitä kautta päihteidenkäytön houkuttelevuudelle.

N: Ala-asteella jo mulla oli sellanen tilanne että vaikka oli hyvä koulussa niin en oikeen kuulunu näihin mihinkään piireihin että olin aina sosiaalisten piirien laitamilla ja kärsin siitä ite kovasti.

Kertomuksessa lapsuudenkodin tarjoamat fyysinen ja inhimillinen pääoma eivät suojele kilttiä tyttöä kokemukselta yksinäisyydestä ja ulkopuolisuudelta, kun omaan vertaisryhmään kuulumisen kokemus koululaisena on heikko. Allardt puhuu hyvinvoinnin eri ulottuvuuksista, joista having viittaa elintasoon, loving yhteisyyssuhteisiin ja being itsensä toteuttamiseen ja ihmisenä olemiseen. Loving-ulottuvuuteen kuuluvan yhteisön merkitys yksilön hyvinvoinnille on Allardtin mukaan keskeinen. Mikäli henkilöllä ei ole sellaista yhteisyyttä tai ryhmää, jonka hän kokee omakseen, voidaan puhua yksilöllisestä hätätilasta. (Allardt 1998, 38–43.) Kiltin tytön keskiluokkaisessa perheessä välittämistä osoitetaan toiminnallisesti pitämällä huolta läksyistä ja harrastuksista, mutta tunteiden osoittaminen ja sitä kautta välitetty emotionaalinen tuki on niukkaa. Kertomuksesta välittyy kokemus niukasta sosiaalisesta pääomasta, vaikka toipumispääoman muut osa-alueet ovat hyvin käytettävissä.

6.1.3 Eroottinen tanssija (rakastaja)

Kertojien identiteetin muodostumiseen liittyy sekä uhriutumisen että toimijuuden kokemuksia. Siinä missä koulukotiin sijoitetun kovan jätkän identiteetikertomus on kuvaus olosuhteiden aiheuttamasta uhriutumisesta, on eroottisen tanssijan ammatin valinnan kertojan identiteetikertomus kuvaus toimijuudesta. Halutun identiteetin saavuttaminen houkuttelee ja edellyttää aktiivista toimijuutta, vaikka identiteetti sijaitseekin valtakulttuuriin nähden marginaalissa.

Sankarin kuvauksena eroottisen tanssijan identiteetti asettuu rakastajan alatyyppiin. Eroottinen tanssija perustaa esityksensä seksiin, jonka yhteisöllisesti ja kulttuurisesti hyväksyty paikka on rakkaudellisissa suhteissa. Moralistisen näkemyksen mukaan siinä missä siveellinen seksi toteutuu kilttien tyttöjen toimesta yksityisissä, epäkaupallisissa, yksiavioisissa, aviollisissa, lisääntymiseen liittyvissä ja heteroseksuaalisissa suhteissa, jää siveetön kaupallinen seksi tuhmien tyttöjen tehtäväksi. Länsimainen naiskuva jakaa naiset madonnan ja huoran kategorioihin. Ensimmäiseen näistä liittyy neitseellinen lisääntymiskyky ja jälkimmäiseen siveetön seksuaalisuus. Naissukupuoleen kohdistuva stigmatisointi perustuu naisen määrittelyyn miehen ja hänen tarpeidensa kautta. Eroottisen tanssijan työ luokituu seksityöksi, joka on tarpeellista miehen seksuaalisten

halujen tyydyttämiseksi, mutta jonka status työmarkkinoilla on alhainen. Seksityö näyttäytyy likaisena työnä, joka tahraa myös tekijänsä. (Grandy & Mavin 2012, 91–94; Koivunen, 9–10.) Eroottisen tanssijan identiteetti on tuhman tytön identiteetti, joka on kiltin tytön kategoriapari.

Päihde- ja mielenterveystyössä marginaaleihin sijoittuneiden tai sijoitettujen henkilöiden tapaaminen on arkipäivää. Sen sijaan henkilön asema toimijana tai uhrina on yksilöllistä. Sosiaalityöntekijän näkökulmasta myös kertojan tilanteessa relevanttina kilpailevana kertomuksena olisi tarjolla kertomus uhriutumuksesta. Tarjoan tätä vaihtoehtoa kertojalle kahden valinnaisen eri verbin avulla.

P: Miten sä...? Mitkä niinku sun kontaktit oli, miten sä niinku jouduit tai pääsit...?

N: Miten mä pääsin, tai löysin, joo. Se oli Helsingin Sanomissa, en mä tiedä saaks enää nykyään, mut oli ilmotus, ohjelmatoimiston ilmotus, missä etsittiin niinku eroottisia tanssijoita ja mä niinku kyl tiesin heti, mistä siin oli kysymys ja mä vastasin siihen ilmoitukseen ja siitä se lähti.

Kertoja torjuu päättäväisesti ehdotukseni eroottisen tanssijan työhön joutumisesta ja valitsee tapahtuneesta kertoviksi verbeiksi pääsemisen ja löytämisen. Juhilan mukaan uhrius ja toimijuus liittyvät erityisesti vastuun kysymyksiin. Siinä missä uhriksi määrittyvä ymmärretään vähemmän vastuulliseksi, aktiivinen toimija mielletään vastuun ottajaksi. (Juhila 2006, 212–214.) Toimijuuden korostuminen tässä ja monissa muissa kertojen kuvauksissa viestii paitsi oman historian ja toipumisen haltuunotosta myös siitä yksilön vastuun korostumisesta, joka 1990-luvun laman jälkeen on muuttunut yhteiskunnallisen keskustelun valtavirraksi. Konsumerismin ideologia perustuu yksilön vastuuttamiseen. (Juhila ym. 2016; Juhila 2006, 47).

Kertomuksissa on mahdollista paitsi toistaa olemassa olevaa järjestystä myös luoda uutta järjestystä. (Juhila ym. 2012a, 22). Tässä kertojan assertiivinen kertomus työpaikan valinnasta tietoisena tekona toimii tehdyn valinnan normalisoijana. Tavalliseksi määrittely on tapa vastustaa negatiivista kategorisointia (Juhila 2012, 215). Kertoja asettaa toiminnan tavallisen kategoriaan, eikä anna siitä selontekoa.

Katkelmassa on kuvattu haastattelutilanteessa kertojan kanssa käymäni hiljainen neuvottelu kertojan identiteetistä. Kertojan päättäväisyys toimii vastapuheena, jolla hän torjuu hänelle tarjoamani uhrin kategorian ja valitsee toimijan kategorian. Aktiivisen

toimijan valintana eroottisen tanssijan työ asettautuu luonnolliseksi ammatinvalinnaksi tanssimista rakastavalle nuorelle naiselle. Havainto eroottisen tanssijan ammatista aktiivisena valintana on tullut esille myös esimerkiksi Grandyn & Mavinin (2012) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan alalle motivoivia tekijöitä olivat taloudelliset hyödyt sekä vapaus toimia itsenäisenä ammatinharjoittajana (mt., 99). Eroottisen tanssijan ammatti kasvattaa fyysistä pääomaa siinä missä muukin työ, ja tanssijalla on siihen vaadittava ammattitaito. Aktiivinen toimijuus luo mahdollisuuden subjektina toimimiseen ja sankaruuteen toimialalla, joka lähtökohtaisesti perustuu naisen objektivointiin.

6.1.4 Aviomies (rakastaja)

Päihde- ja mielenterveysongelmaiseksi ei synnytä, vaan sellaiseksi määritellään. Itsensä lähtökohtaisesti ihan tavalliseksi määrittelemällä on mahdollista vastustaa stigmatisoivaa päihde- ja mielenterveysongelmaiseksi kategorisoimista.

Jäsenyyskategorisoinnin kehittäjä Harvey Sacks on todennut tavallisuuden olevan ihmisten keskinäisen toiminnan perusoletus, jonka kehyksessä kaikki tulkitaan (Juhila 2012, 215).

M: Ja sillan mulla oli pitkä tauko juomisen suhteen, kun tota menin vaimon kanssa, sen aikasen vaimon kanssa yhteen ja naimisiin, niin mulhan oli siellä, saatto olla kaks ja puol vuotta ihan heti ensimmäinen raitis kausi. Sit mä join yhden illan olutta, sit mä lopetin siihen sen. Ja se, minkä takia mä lopetin sen, niin se johtu ihan puhtaasti siitä, että mä ajattelin, että okei, jos mä jatkan tätä juomista, niin tää mun hieno avioelämä menee pilalle. Mä en tavallaan lopettanu sitä juomista niinku vaimon takia, niinku häntä varten, vaan mä tein sen puhtaasti itsekkäistä syistä. Et mä tiedän, et jos mä jatkan tätä, niin multa loppuu tää ihmissuhde ja tää hieno elämä, mikä mulla oli. Mulla oli hyviä työpaikkoja ja muuta. Että usein puhutaan just siitä, että ei saa lopettaa, tai ei kannata lopettaa kenenkään muun takia. Se pitää paikkansa, mutta niinku tässä tapauksessa mä lopetin sen ihan itsekkäästi, ettei se ihmissuhde loppuis. Ja se, muutenkin mä näin ihan selvästi, että okei, et jos mä jatkan tästä, niin multa lähtee työpaikat, multa lähtee kaikki.

Aviomiehen identiteettiä seikkailuun kutsun episodissa rakentava kertoja kuvaa päihteenkäyttönsä kohtuukäytön vaihetta. Parisuhdestatukseen perustuva

identiteettikuvaus laajenee kertomuksessa kohtuukäyttäjän kategoriaan, joka syntyy kontrolloitua päihteidenkäyttöä kuvaavan kategoriavihjeen perusteella. Myös kohtuukäyttäjän kategoria kielii tavallisuudesta ja normaaliudesta. Tavallisuus ja normaalius ovat lähtöpiste, josta kerrottu matka alkaa ja lähtee kulkemaan kohti marginaalia ja poikkeavaa sosiaalista identiteettiä. Myös aviomiehen kertomus sisältää ennakkointia. Tuleva on jo läsnä, kun kertoja kuvaa tiedostamaansa päihteidenkäytön aiheuttamaa vaaraa elämäntavalle, jota hän itse valtakulttuurin tavoin arvostaa.

Kertoja kuvaa seikkailuun kutsun episodiin liittyvää aviomiehen identiteettiä itselleen hyvin merkityksellisenä. Hän on valmis kontrolloimaan käyttäytymistään, ettei menettäisi kumppaniaan. Suhde vaimoon on sosiaalista pääomaa, joka toimii lähtökohtien esittelyssä kertojan toipumispääomana. Samoin kuin eroottisen tanssijan myös aviomiehen identiteettikategoria istuu arkkityyppiseen kuvaukseen sankarista rakastajana. Kuitenkin siinä missä eroottisen tanssijan osoittama rakkaus on yhteisön moralistisessa tulkinnassa anomaalista ja poikkeavaa, aviomiehen tapa osoittaa rakkautta heteroseksuaalisessa aviosuhteessa vastaa yhteisöllistä kulttuurista normia.

6.1.5 Muukalainen (taistelija)

Tavallisen aviomiehen identiteettikategoria kutsuu luontevaksi kategoriaparikseen epätavanomaisen, muukalaisen kategorian. Muukalaisen kategoriapari löytyy kertomuksesta, jossa kertoja kuvaa muuttoaan Suomeen ja pärjäämättömyyttään koulussa. Huono koulumenestys yhdistyy vieraasta kulttuurista saapumisesta aiheutuvaan toiseuteen, muukalaisuuteen. Toiseus tarkoittaa kokemusta erilaisuudesta, ulkopuolisuudesta ja mahdollisesti myös eriarvoisuudesta. Toiseutta kokevat henkilöt eivät koe olevansa tavallisia tai kuuluvansa joukkoon. (Kulmala 2006, 70.) Tässä kertomuksessa kertoja ei sanoita suoraan toiseuden kokemustaan, vaan sijoitan tutkijana hänen kuvaamansa identiteetin muukalaisen kategoriaan kulttuurisen päättelyn avulla. Merkittävänä kategoriavihjeenä toimii kertojan kuvaama paluumuutto.

M: (...) Sitte muutettiin takas Suomeen kun mä olin, tulin kolmannelle luokalle peruskouluun, ni mä oon ollu vissiin yheksän vuotta sitte suurinpiirtein vanha. Ja tota koulu ei koskaan oikein sujunut ja asiat ei vaan jääny päähän, ihan sama kuinka paljon luki ja sillan ei kauheesti mitään lukihäiriöttestejä tai mitää tämmösii tehty et ko siitä on kumminki melkein kolkyt vuotta aikaa. Sit mä tota urheilin, mä alotin sillan 6-vuotiaana siel

[ulkomailla] treenaa (...) ja jatkoin tääl Suomessa sitte tota 15-vuotiaaks asti. Et siit tulee tommonen vähän vajaa kymmenen vuotta tai kymmenen vuotta suurin piirtein, ja treenasin tosi aktiivisesti (...)

Kertoja valitsee aina itse kertomuksensa. Tässä tapauksessa kertoja rakentaa kertomuksensa juonen niin, että kuvausta paluumuutosta seuraa kuvaus koulunkäynnin vaikeudesta. Yhdestä kulttuurista toiseen siirtyminen altistaa sille, ettei osaa toisen tai kummankaan kulttuurin kaikkia vakioituja arvoja ja yhteisesti jaettuja, usein hyvin tiukkoja luokitteluja. Tällöin henkilö itse ei ole myöskään yksiselitteisesti luokiteltavissa, vaan kategorisoituu yhteisössä moniselitteiseksi tai anomaaliseksi. (Douglas 2011, 90–91.)

Koulussa pärjäämättömyys osoittautuu kulttuuriseksi poikkeustilaksi, sillä kertojan kuvaus sisältää selonteon. Kertoja täyttää kulttuurisesti koodatun selontekovelvollisuutensa vihjaamalla oppimisvaikeuksiensa johtuneen lukihäiriöstä, jota tuolloin ei vielä osattu todeta. Hän täsmentää, ettei kyse ollut laiskuudesta tai siitä, etteikö hän olisi opiskellut riittävästi, jotka olisivat kulttuurisesti kielteisemmin arvotettuja vaihtoehtoisia selityksiä. Kertojan aikuisena konstruoima tulkinta tilanteesta kuvaa jälkiviisautta, joka on tyypillinen tapa kuljettaa kertomusta samanaikaisesti sekä tapahtuman että kertomistilanteen ajassa (Hyvärinen 2010, 93).

Jahnukainen on kuvannut syrjäytymiseen johtavan mallin, joka alkaa vaikeuksista koulussa tai kotona. Viisitasoisessa mallissa oppimisvaikeuksia seuraa koulun keskeyttäminen, huono työmarkkina-asema, työttömyys ja sitä kautta köyhyys, ja lopulta päihteiden käyttö ja rikollinen toiminta. (Jahnukainen & Järvinen 2005, 671.) Kertoja kuitenkin löytää onnistumisen kokemuksensa koulumaailman ulkopuolelta, kontaktilajista, jossa hän pärjää erinomaisesti. Kokemus pärjäävyydestä urheilun saralla on tärkeää inhimillistä pääomaa, ja sitä kautta toipumispääomaa. Tarinan sankarina muukalainen sijoittuu taistelijan alatyppiin.

Kaikella toiminnalla on erilaisia sosiaalisia merkityksiä, jotka opitaan pitkälti jo lapsuudessa. Opettajina toimivat sekä perhe että muut sosiaaliset verkostot. Merkitykset rakentuvat erilaisiksi riippuen esimerkiksi sosioekonomisesta luokasta tai vallitsevasta kulttuurista. (Currid-Halkett 2017, 3.) Douglasin (2011) kulttuurisen kategorisoinnin mallin mukaisesti kaikenlaista moniselitteisyyttä halutaan yhteisössä mielellään vähentää esimerkiksi luokittelemalla asia erityistapaukseksi, pyrkimällä poistamaan se, välttämällä sitä, luokittelemalla se vaaralliseksi tai vaihtoehtoisesti antamalla sille symbolisesti merkittävä asema.

Kulttuurisesti moniselitteinen tai anomaalinen luokka on aina riski yksilölle, jolle se merkitsee uhkaa yhteisöllisestä syrjäyttämisestä.

6.1.6 Puolijulkkis (pyhimys)

Monen kertojan lapsuus on ollut turvaton. Neljä kertojista kuvaa ainakin toisella vanhemmistaan tai holhoojistaan olleen päihdeongelman, muutama mainitsee myös mielenterveysongelmat. Jotkut ovat lapsuudenkodissaan joutuneet todistamaan traagisia tapahtumia joko sivullisena tai itse osallisena.

M: Se isän kuolema on ollu mulle ilmeisesti niin traumaattinen kokemus, et mä oon blokannut sen pois muististani, et, ja tota alkoholin käyttö lähti siin yhentoista ikävuoden kieppeillä ja sit niinku sen verran tuli sit, niinku seksielämä alko jo samoihin aikoihin, niinku ei edes tienny niistä asioista mitään, et ihmetteli vaan, et vielä vähän vanhempien porukoissa aina, et mä olin niin isokokonen ja muuta, et mut otettiin mukaan siihen porukkaan ja.

Freudilaisen psykoanalyysin teoriassa pelottava tai tasapainoa järkyttävä tapahtuma voi johtaa muistikuvien häviämiseen mielestä (Stafford-Clark 1969, 17). Puolijulkkikseksi itsensä nimeävä kertoja arvioi lapsena koetun isän kuoleman tällaiseksi tapahtumaksi. Kun kokemusten moninaisuus on paljon suurempi kuin oman ikäisillä yleensä, vertaisryhmäksi ja sosiaalisen pääoman lähteeksi muodostuu luontevasti itseä vanhempien lasten ja nuorten ryhmät. Rohkeutta vaativalle sankarimatkalle lähtevälle lapselle tai nuorelle pikkuvanhuus ei kuitenkaan ole poikkeava asiantila, vaan sitä toistavat kertomukset aina Ihmemaiden Liisasta ja Dorotheystä Harry Potteriin. Traumaattisen lapsuuden kokeneen kertojan matkallelähtöä viivästyttää menestyksekkäs toiminta yritysmaailmassa, mikä kerryttää toipumispääomaa myöhempää taivalta ajatellen. Ammatti tuo mukanaan niin taloudellista vaurautta kuin sosiaalisia verkostojakin. Toisaalta työhön liittyvät taloudelliset huolet tuovat tullessaan myös jatkuvasti lisääntyvän päihteiden käytön.

Puolijulkkiksen identiteetikategoria on osa suurempaa idolin kategoriaa ja linkittyy sitä kautta kuvaukseen sankarista pyhimyksenä. Tämän päivän ihailut ja jopa palvotut idolit ovat julkisuuden henkilöitä ja pop-kulttuurin tähtiä esimerkiksi musiikin tai urheilun saralla (Price 2000, 204–205). Julkisuus kohottaa sosiaalista statusta ja kasvattaa tätä kautta kulttuurista, inhimillistä toipumispääomaa. Arvostettu asema omassa

viiteryhmissä kerryttää myös sosiaalista pääomaa. Puolijulkkis edustaa muukalaisen kategoriaparia, sillä siinä missä muukalainen on taustaltaan erilainen ja lähtökohtaisesti vieras myös tuttaville, on puolijulkkis lähtökohtaisesti myös tuntemattomien tuttu. Toisaalta puolijulkiksen identiteetikategoria laajentaa aviomiehen ja muukalaisen kategoriaparin kategoriakokoelmaksi. Siinä missä aviomies on yhteisöllisen normituksen mukaan hyvin tavallinen ihminen ja muukalainen poikkeava ja anomaalinen, on puolijulkkis olemukseltaan melkein pä puoliksi jumala. Puolijumala syntyy jumalan ja ihmisen liitosta ja on kuolevainen, kunnes kuolemansa jälkeen saavuttaa pyhyden. Tarinoiden sankarille tämä on tyypillinen, kristinuskostakin tuttu, alkuperä.

6.1.7 Lähtökohtien yhteenveto

Seikkailuun kutsun episodissa kertojat aloittavat kertomaan oman elämänsä tarinaa, jossa he itse ovat kertomuksen päähenkilöitä, sankareita. Kertojat esittelevät kertomuksensa päähenkilön, joka toistaa arkkityyppistä kuvausta sankarista. Seikkailuun kutsun episodissa kertojat tuovat sankarin alatyypeistä näyttämölle taistelijan, rakastajan ja pyhimyksen.

Kertojat kategorisoivat identiteettiään sekä nimeämällä sen että kuvailemalla sitä erilaisin adjektiivein. Toisaalta he implikoivat erilaisista identiteetikategorioista kategoriavihjeiden avulla. Kertojat vihjaavat tiettyyn identiteetikategoriaan nimeämällä erilaisia kulttuurisesti kategoriasidonnaisia toimintoja, kuten kontrolloitu alkoholinkäyttö tai paluumuutto. Monilla kertojista matkalle lähtöä edeltää kuuluminen tavanomaisiin koululais-, opiskelija-, työ- ja perheyhteisöihin. Kertomukset tavallisen opiskelijan tai aviomiehen identiteetistä kuvaavat tilannetta, jossa ollaan lähtökuopissa. Matka ei ole tuolloin vielä alkanut, eikä palvelujärjestelmällä vielä ole roolia.

Lähtökohtien kuvaamisessa suosituin identiteettikuvaus on viittaus sosioekonomiseen asemaan ja koulutustasoon. Eniten näihin yläkategorioihin kuuluvia mainintoja saa ammatti. Ammattitaito määrittää sosiaalisen statuksen ja on luonteeltaan kulttuurista, inhimillistä pääomaa. Tämä kasvattaa toipumispääomaa. Jari Lindh (2013) toteaa työn olevan yhä edelleen yksi merkittävimmistä toiminnallisuuden elementeistä, jonka kautta yksilö voi tuntee kuuluvansa yhteiskuntaan, vaikka työn sisällöt ja organisoitavat ovatkin tällä hetkellä yhteiskunnallisessa muutoksessa (mt., 45). Työpaikat toimivat myös tärkeinä sosiaalisen pääoman lähteinä.

Toiseksi suosituin tapa kuvata identiteettiä on kuvaus henkilökohtaisista ominaisuuksista. Henkilökohtaisia ominaisuuksia kuvaavia substantiiveja ovat pojanviikari, tarzan, päivänsäde, duracell-pupu ja kakara. Samaan yläkategoriaan kuuluvia adjektiiveja taas ovat herkkä, hullu, kova, kiltti, nuori ja vähän villi sekä arka ja ujo. Myös henkilökohtaiset ominaisuudet ovat toipumista tukevaa inhimillistä pääomaa silloin, kun ne vahvistavat itsetuntoa ja tuottavat kokemuksen pärjäämis- ja selviytymiskyvystä. Perheenjäsenyyteen tai siitä paitsi jäämiseen liittyviä identiteettikuvauksia seikkailuun kutsun lähtökohtien episodissa on kolme. Perhe ymmärretään yleisesti yhteiskunnan perusyksiköksi. Se on myös luonnollinen ja tärkeä sosiaalisen pääoman lähde. Perheenjäsenyyden puuttuminen on jäämistä vaille tätä luonnollista sosiaalista pääomaa.

Loput lähtökohtien identiteettikuvaukset liittyvät sosiaaliseen asemaan viiteryhmässä. Kertojat kuvaavat itseään ”puolijulkikseksi”, ”helpoksi kohteeksi narsistille tai jopa psykopaatille”, tai olleensa ”ei varsinaisesti koulukiusattu muttei paljon puuttunut”. Puolijulkiksen asema heijastaa korkeaa sosiaalista statusta ja tätä kautta toipumispääomaa. Sen sijaan narsismin, psykopatian tai koulukiusaamisen kohteena oleminen kertovat uhriutumista ja sosiaalisen pääoman puutteesta.

Kertojat sijoittavat identiteettinsä useimmiten tavallisuutta ilmentäviin kategorioihin ja perustelevat näistä poikkeamista selonteoin. Selonteot sisältävät kuvauksia tilanteista ja olosuhteista, kuten lukihäiriötä tunnistamaton koululaitos tai ankara koulukotiympäristö. Vaativat olosuhteet aiheuttavat uhriutumista, kuten jengiin ajautumista. Toisaalta ne synnyttävät toimijuutta marginaalisissa tiloissa, kuten eroottisen tanssijan ammatin. Uhriutumisen ja toimijuuden yksilöllinen vaihtelu toimii muistutuksena siitä, ettei asiakkaan toimijuutta voi ennakoida tai olettaa hänen olosuhteidensa perusteella. Juhila (2006, 212–213) tuo esille, että kategorisoinnit ovat seuraussellisia ja oletukseen perustuva kategorisointi voi pahimmillaan johtaa asiakkaan identiteetin kannalta toimimattomiin ja sitä kautta tarpeettomiin interventioihin. Asiakkaan kokemus toimijuudesta on tärkeä tieto ennen auttavaksi tarkoitettun intervention valitsemista. Uhriutumisen ennako-oletus marginaalisissa tiloissa toimivien henkilöiden kohdalla vahvistaa kulttuurista stigmaa ja henkilön tahrautumista. Tahrautuminen taas kaventaa toimijuuden ja toiminnan mahdollisuuksia paitsi yksilöllisellä myös yhteisöllisellä tasolla.

Lähtökohtia kuvatessaan kertojat määrittävät identiteettiään suhteessa toipumisen alkupääomaan. Identiteettikuvauksissa nimetään fyysistä pääomaa kuten perheen tuloluokka, inhimillistä pääomaa kuten ammatti sekä sosiaalista pääomaa kuten

perheenjäsenyys. Toipumispääomassa on yltäkylläisyyttä ja puutetta eri kertomuksissa erilaisilla osa-alueilla. Kertojalla, joka kuvaa fyysistä ja inhimillistä pääomaansa alhaiseksi, löytyy kuitenkin olosuhteissa selviytymisen kannalta riittävästi sosiaalista pääomaa. Vastaavasti kertojalla, joka kuvaa fyysisen ja inhimillisen pääomansa korkeaksi, on sosiaalisen pääoman suhteen vajausta. Sosiaalinen pääoma ei ole aina toipumispääomaa, vaan muodostuu sellaiseksi vasta silloin, kun sen lähteenä olevan yksilön, yhteisön tai ryhmän normit tukevat toipumista, eivätkä kannusta päihteenkäyttöön. Ongelmien ennaltaehkäisyn kannalta on merkittävää, että toipumispääoma koostuu erilaisista osa-alueista. Näiden karttumiseen voidaan erilaisten yhteiskunnallisten, yhteisöllisten ja yksilöllisten toimenpiteiden avulla vaikuttaa.

6.2 Matkallelähtö

Seikkailuun kutsun episodissa kertojat toistavat valtaosin valtakulttuurissa tavalliseksi ja normaaliksi luokiteltua elämäntapaa. Tämä sisältää koulussa käymistä, töitä ja ydinperheessä elämistä. Se, että seikkailuun kutsun episodissa kytkeydytään tavanomaisiin yhteisöllisiin toimintoihin, muodostaa tarinallisen, mutta sanoittamattoman kontrastin kuvaukselle myöhemmästä identiteetistä. Tulevaisuuden minä kuuluu jonnekin muualle, valtakulttuuria marginaalisempaan ja anomaalisempaan tilaan.

N: Ja pääsin onneks kuitenkin musiikkilukioon ja siellä alkoholin käyttö toki jatku aina niin ku lukiossa biletetään et ehkä vähä innokkaampi olin sit jo sillon bilettään mutta että tuota... En usko että hirveesti poikkesin kuitenkaan siitä massasta. Lukioaika oli tokaluokalle asti aika tasasta mut siinä oli semmosta tietynsuuntasta... Yritän täs just ettii ku johonki kirjasin ne nii hyvin nää mun, mun mun oireet. Että siinä oli sellasta levottomuutta, sit oli se kauheen tasasta jaksoo, sit oli taas tällästä eristäytymisjaksoo, mä läksin esimerkiksi Helsinkiin töihin 18-vuotiaana ilmottamatta oikeestaan etukäteen kellekkään. Hankin töitä ja tulín asumaan kummin luokse.

Musiikkilukioon pääsnyt kertoja kuvaa itsensä innokkaasta juhlimisestaan huolimatta pääsääntöisesti muiden kaltaiseksi. Hän luokittelee itsensä osaksi opiskelijayhteisöä. Hän rakentaa itselleen opiskelijan identiteettiä, mutta juonellistaa kertomusta ennakoimalla samalla tulevaa. Ennakointiin liittyvät kuvaukset levottomuuden ensioireista ja irtiottopyrkimyksistä.

Kutsu seikkailuun on tapahtuma, joka Campbellin sanoin merkitsee muodonmuutoksen mysteerin alkamista. Ihminen kasvaa ulos elinpiiristään, jonka vanhat käsitteet, ihanteet ja emotionaaliset kaavat eivät enää pidä. (Campbell 2008, 43). Osalla kertojista tämä on asteittainen prosessi.

M: (...) Ja sit joskus siin 18 ikävuoden kieppeillä alko nää ensimmäiset mielenterveysongelmat, sillei et tajus, et sillon mul tuli ensimmäinen lähtö sillosee Hesperian sairaalaan, et mä viiltelin itteni, mikä yleensä on naisten juttu, nuorten naisten juttu, mut mulle se lähti siitä, et mä muistan sen tilanteen hyvin, et mä olin mutsin luona, sit mä olin, menin kylpyyn, otin partakoneen terän ja rupesin viiltelee niinku rintaa ja käsiä ja makasin siin. Mä olin just lukenut ton Mika Waltarin Ihmiskunnan viholliset, ni siinä tän pääheebon naisystävä tai elämän rakkaus tekee sen itsemurhan, just sillai et vetää valtimot, mikä mun mielestä oli hirveen kaunis juttu. Et se ei ollu mun mielestä niinku tuomittavaa tai mitään, päinvastoin hirveen kaunista ja sit joku laitto tai tää mies laitto sille viel tota sen kolikon suuhun, et se pystyy maksaa tuonelan lautturille ja se jäi mul hirveen vahvana niinku, se herätti mussa hirveen vahvan tunteen, mä halusin kokeilla sitä. Ja tota, se tuntu, sen mä muistan, et se tuntu äärimmäisen hyvältä, kun mä katoin kun se veri pulppuili, ni se kaikki paha olo tuli sen veren mukana pois.

Kertoja kuvailee rikkaasti ja yksityiskohtaisesti yksittäistä tapahtumaa, johon liittyy itsemurha-ajatuksia ja sellaisia tekoja, joita kulttuurissamme tavanomaisesti pidetään osoituksena vakavasta mielenterveyden häiriöstä. Kuvauksesta tulee esille tapahtuman merkityksellisyys kertojalle. Hän sanoittaa tapahtuman kiehtovaksi ja suhtautumisensa kuolemaa kohtaan uteliaisuutena sen sijaan, että kuvaisi esimerkiksi poikkeukselliseen tapahtumaan liittyvää pelkoa tai vastenmielisyyttä.

Campbellin sankarimatkan kaavassa airut on seikkailun ilmoittaja, jota tavanomainen maailma pitää vastenmielisenä, pelottavana tai pahana. Airuen viitoittama tie sisältää kuitenkin ilmoituksen vastaanottajalle lupauksen jostakin timanttisesta. Seikkailun ilmapiirille on ominaista, että siihen liittyy lumous, joka on asianomaiselle vastustamatonta. Campbell nimittää sankarin matkan ensimmäistä vaihetta kutsuksi seikkailuun. Kutsu seikkailuun merkitsee, että kohtalo on kutsunut kertojan ja siirtänyt hänen henkisen elämänsä tuntemattomalle alueelle. Campbell kuvaa tätä aluetta tuntemattomaksi seuduksi, jolla on tarjota matkaajalle aarteita, mutta myös outoja ja epävakaita olentoja sekä käsittämättömiä tuskia. (Campbell 2008, 42–48.) Waltarin kirjan henkilöahamo toimii kertomuksessa Campbellin sankarimatkan kaavan

mukaisena airuena, joka ennakoi niitä voimia, jotka ovat saapumassa näyttämölle. Airuen ilmaantuminen kutsuu joko kohti elämää, tai kuten tässä tapauksessa, kohti tilastollisesti nopeutettua kuolemaa.

Kertomuksilla on olennainen merkitys identiteettimme muodostumiselle (Kaasila 2008, 44). Toimijuutta painottavissa kertomuksissa tavanomaisesta elämäntavasta erkaantuvan sankarimatkan ensimmäiset ratkaisevat askeleet otetaan tietoisesti. Matkallelähdön syynä voi olla esimerkiksi se, että kertojan oma aiempi identiteetti on osoittautunut sosiaalisesti toimimattomaksi ja hänelle on syntynyt halu muutokseen.

N: Ja ku menin yläasteelle sitte päätin että nyt loppu tämä sosiaalinen syrjiminen ja ihan tietosesti aloin ensin polttaa tupakkaa ja sitten siihen tuli alkoholi aika nopeesti, 15-vuotiaana sitten mukaan, viikonloppujuopottelu. Että pääsin siitä kiltin tytön imagosta pois ja porukoihin. Mut mulla se oli se alkoholinkäyttö, se ei oo ollu, se aika nopeesti meni se kokeiluvaihe ohi et se oli ihan rakkautta ensisilmäyksellä.

Kiltin tytön kategoriassa kertoja kokee tulleen sosiaalisesti syrjityksi ja päihteiden käyttö toimii väylänä ”porukoihin”. Ajatus päihteiden käytön ja jopa addiktion rationaalisuudesta on päihdetutkimuksessa tuttu. Becker & Murphy (1988) sekä Skog (1999) toteavat, että lyhyellä aikavälillä päihteiden käyttö voi olla hyvinkin järkiperäinen valinta ja lisätä käyttäjän hyvinvointia, samoin kuin pitkällä aikavälillä lopettamisyrityksen voi vastaavasti estää haluttomuus kokea vieroitusoireita tai muuta, edes tilapäistä, käytön lopettamisen aiheuttamaa epämukavuutta ja heikennystä hyvinvoinnille.

Porukoihin pääsemisen tarina ei loppu tähän, vaan päihteiden käytön maailma vie kiltin tytön, kuten monet muutkin kertojat nopeasti mennessään. Seikkailuun kutsun episodissa päihteet vapauttavat sosiaalisesta estyneisyydestä tai luovat tilan harjoitella yhteenkuuluvuutta. Aluksi niiden lupaama tulevaisuudenkuva on vallitsevaa ruusuisempi.

M: Niin sit mä tutustuin alkoholiin 14-vuotiaana ja se oli sit se vapautus siitä kaikesta. Se nostatti sitä itsetuntoo sen verran ja rohkeutta ja sillon pysty sosiaalisesti kanssakäymään muiden kanssa. Ja se oli semmonen, siihen tilanteeseen niinku, tutustuin siihen ikään alkoholiin, ni se oli just siihen sopiva aika, et mä olin kaikista huonoimmassa kunnossa. Ja sit siihen tuli nopeesti semmonen suhde siihen alkoholiin, et mä uskon, et se on vahvasti geneettistä myös, perimää, että on semmonen alttius

päihdeongelmaan myös. Meijän suvussa on myös masennusta ja mielenterveysongelmia, myös vahvasti päihteisiin hakeutuvaa porukkaa, ja on tota luultavasti. Ja siitä se turva varmasti helposti tulee. Et päihdeongelma kehitty helposti ja nopeesti. Mul oli se ensimmäinen humala, se oli vahvasti se rakastumistilanne, ja ties, et mä tuun juomaan lisää ja 15-vuotiaana mä sanoin mun kavereille jo, et musta tulee alkoholisti isona. Vaikka mä en halunnu sitä. Tai mä en tienny mitä se tarkoittaa, mä luulin, et se on hauskaa.

Kertojat vertaavat päihteisiin tutustumista rakastumiseen. Matkallelähdön tyyliä on romanssi. Päihteiden aktiivikäyttö näyttää rationaalisenä valintana, joka tarjoaa vallitsevissa olosuhteissa jäsenyyden arvostetummassa sosiaalisessa ryhmässä – tai edes jossain sosiaalisessa ryhmässä. Päihteiden käyttö myös tuottaa rakastumisen kaltaista mielihyvää. Kertoja kuvaa ajatelleensa alkoholismia olevan hauskaa. Tätä käsitystä alkoholin kyllästyksen kulttuurimme seireenit ylläpitävät muun muassa juomalauluperinteellä ja tarinankerronnalla, jossa humalatiiloja ja niissä tapahtuneita toivailuja muistellaan yhteisöllisesti lämmöllä. Campbell (2008, 42) toteaa seikkailun alkavan, kun yksilö pääsee kosketuksiin sellaisen maailman kanssa, johon liittyviä voimia hän ei täysin ymmärrä.

Kertojien matkallelähtö on lähtöä joko syvemmälle tai kokonaan uuteen, marginaalissa sijaitsevaan päihdekulttuuriin.

M: (...) hoidin ne asiat pois alta siitä ja sit mä vaan päätin, et okei, et nyt mä niinku juon. Ja tota se lähti aika nopeesti sitte niinku hanskasta ja tota siin vaiheessa tuli tota tosi raivosti noi bentsot tota kuvioihin, et tota mä hankin, hankin semmoses puolessa vuodessa itteni semmoseen bentsokoukkuun, et siin oliki lääkäreillä ihmettelemistä sitte.

Psyykkisiä ongelmia ja somaattisia sairauksia tai niiden pahenemista ei kertomuksissa kuvata valintoina. Ainakin osittain ne ovat kuitenkin seurausta siitä valinnasta, jonka kertojat tekevät päihteiden käyttöön liittyen. Kertojat kuvaavat massiivista päihteiden käyttöä seuraavina tiloina psykooseja (3/13), persoonallisuushäiriöitä (2/13), paniikkihäiriön, ahdistuksen, masennuksen, viiltelyn, väkivaltaisuuden, maksakirroosin, kroonisen tinnituksen sekä erilaiset vammautumiset, etenkin käsivammat (2/13).

Kaikkien kertojien kohdalla seikkailuun kutsua ei seuraa välitön matkallelähtö. Kieltäytyminen onkin yksi Campbellin sankarimatkan kaavan itsenäisistä vaiheista.

M: Mä menin duuniin tonne puoleks vuodeks palkkatuella tonne [työpaikkaan] ja mul meni käsi niinkö, käsi meni sijoiltaan, mut kyl mä vedin siellä piriä ja pilvee ja iltasin aina kaljaa, et en mä aineista ollu päässy mihinkään. Mut näytin siellä ihmisille, et kyl mä tän hallitsen, et kaikki ok. Annoin semmosen kuvan.

Campbellin mukaan kutsusta kieltäytymisen syynä on tavanomaisesti jääminen vangiksi ikävystymiseen, kovaan työhön tai kulttuuriin. (Campbell 2008, 49.) Seikkailuun kutsun episodissa moni kertojista on vielä kiinni yhteiskunnassa, ja pitää hallussaan tai jopa kartuttaa mukaan saamaansa toipumispääomaa. Tämän episodin aikana kertojat suorittavat ammattikoulun ja muita opintoja, tekevät työtä esimerkiksi konsulttitoimistossa ja keittiötehtävissä, solmivat avo- ja avioliittoja ja saavat lapsia.

Toipumispääomaa ovat paitsi opitut tiedot ja tiedot sekä päihteettömyyttä edellyttävät velvoitteet, myös sellaisen sosiaalinen normiston omaksuminen, jossa päihteiden käytön tulee olla hallittua (White & Cloud 2008, 1–2). Kohtuukäyttö on yleisempää siellä, missä hallitsematonta päihteidenkäyttöä paheksutaan. Seikkailuun kutsun saanutta tavanomainen elämä ei kuitenkaan enää tyydytä.

M: (...) kyl se vähän niinku nolotti käydä pokkaas sieltä se stipendi, koska mä olin niinku hoitanu kaikki hommat edelleen niinku superhyvin, mut se päihteiden käyttö siin sivus oli kyl tosi radikaalii

Tavanomaisen arjen kulissien takana kertoja on jo siirtynyt sosiaalisen koodiston tuolle puolen. Matka on alkanut.

7 Koetusten tie

7.1 Varjot

Romanssin vaaleanpunaiset aurinkolasit tippuvat matkalle, kun kertojien suhde päihteisiin syvenee. Kertojat joutuvat kohtaamaan päihde- ja mielenterveysongelmien esiintuoman varjonsa, joka ei ole aina miellyttävää katseltavaa. Kun kertojat kuvaavat aikoja, jolloin ongelmat ovat pahimmillaan, he nimeävät ja kuvaavat itseään seuraavasti:

alkoholisti, päihteiden väärinkäyttäjää, ongelmakäyttäjää, päihteidenkäyttäjää, nisti ja ylpeä siitä, sekopää, kissanainen, heikkoluontoinen ihminen, kassatarjoilija, taksikuski, yökuski, vuoropäällikkö, projektipäällikkö, tutkimusassistentti, huumekauppias, ulospäinsuuntautunut ihminen, periaatteen kaveri, luotettava tyyppi, hyvä tyyppi, hyvä mies, ei sairas, semmoinen joka on hoitanut aina kaikki velat, hermoraunio kaveri joka ei uskalla edes soittaa puhelimella, tosi epärehellinen ja kiero kaveri, hyvää riistaa asuntoloiden asukeille, yksinäinen persoona, eristäytyvä persoona, muukalainen omassa kotimaassa, yksinäinen mies, huono ihminen

Toipumispääomaan liittyviä kuvauksia tältäkin ajalta on, mutta vähemmän. Kertojien yksilöittäin eniten käyttämä substantiivi on alkoholisti (5/13). Varjoissa kukaan kertojista ei vielä nimeä itseään psyykkisesti sairaaksi, vaikka sekopääksi ja kissanaiseksi itsensä kuvaaminen tähän kategoriaan vihjaavatkin. Alkoholin liikakäyttö ja sitä kautta alkoholismi on lähempänä tavallista ihmistä ja yhteiskunnallista normaliteettia kuin muut samanaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa luonnehtivat identiteettikategoriat. Seikkailuun kutsun episodissa eräs kertojista muistelee tietoisesti halunneensa tulla alkoholistiksi. Alkoholista käyttävät suomalaisessa kulttuurissa lähestulkoon kaikki, kun vain osa kärsii mielenterveysongelmista. Käytetyt kategoriat ovat sidonnaisia siihen, mikä aikakauden kulttuurissa katsotaan hyväksytyksi ja mikä ei (Suoninen 2012, 93–94). Alkoholistin ymmärretään eri tavoin olevan vastuussa teoistaan, toiminnan subjekti, kuin psyykkisesti sairaan. Psyykkisesti sairaan tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan käytännössä yleisemmin kuin päihdeongelmaisen. Psyykkisesti sairas voidaan lain nojalla asettaa toimenpiteiden kohteeksi, mikä

toimijuutta korostavassa kulttuurissa on erityisen häpeällistä ja leimaavaa eikä istu sankarin kuvaukseen. (Miettinen ym. 2017, 26; Laine ym. 2010, 15.)

Varjoissa täysipainoisen elämän kannalta merkittävät voimavarat ja toipumispääoma ovat alkaneet huvia. Ongelmien kasautuminen on käynnistänyt syrjäytymisprosessin, mikä tarkoittaa yhteiskunnassa tavallisina ja tavoiteltavina pidettyjen osallisuuden muotojen ulkopuolelle ajautumista (Juhila 2006, 54). Seikkailuun kutsun episodin tavallisuutta kuvaavia identiteetikategorioita on edelleen käytössä, mutta vähemmän. Seikkailuun kutsun episodista varjoihin siirryttäessä sosioekonomiseen asemaan liittyvät identiteetikuvaukset vähenevät noin puoleen. Varjoissa tähän yläkategoriaan kuuluvat identiteetikuvaukset sisältävät muun muassa maininnan huumekauppiasta. Tarinan tässä vaiheessa kertojat eivät käytä lainkaan koulutustasoon tai perheenjäsenyyteen liittyviä identiteetikuvauksia.

Varjojen maailmassa tyypillisin tapa kuvata identiteettiä on viittaus henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Kertojat alkavat kuvata identiteettiään suhteessa sosiaaliseen eristäytymiseen, mikä kieli sosiaalisen pääoman vähenemisestä. Joku kuvaa yksin jäämistään kertomuksella ”hermorauniosta kaverista, joka ei uskalla edes soittaa puhelimella”, toinen puhuu ”yksinäisestä persoonasta” tai ”eristäytyvästä persoonasta”, kolmas ”muukalaisuudesta”, neljäs ”yksinäisestä miehestä, joka odottaa ystävää, jota ei koskaan tule”. Toisaalta henkilökohtaisia ominaisuuksia koskevilla kuvauksilla tuodaan esille myös myönteistä suhdetta olemassa oleviin matkatovereihin kertomalla esimerkiksi periaatteellisuudesta ja luotettavuudesta.

Myös sankari maailman pelastajana tekee matkaansa varjoissa.

N: (...) ja tota mä aloin seurustelea sellasen miehen kans, joka oli heroinisti, ja sitten tota, halusin sit niinku pelastaa sen maailman ja koko maailman ja niinku et, se päihteiden käyttö loppuu siihen, kun mä teen sen lapsen ja (...)

Laittomien huumeiden varjoissa naisten toimijuus mahdollistuu usein miesten kautta (Väyrynen 2007, 124). Yksi tapa kurottaa marginaalista kohti valtakulttuuria on synnyttää uutta elämää. Raskaus ja äitiys tarkoittavat naiselle sekä oikeutusta että velvollisuutta toimia toisin (Väyrynen 2007, 161). Sankarina kertoja tarjoaa tätä mahdollisuutta myös kumppanilleen.

Varjoissa suuri osa kertojien tekemistä identiteetikuvauksista ja identiteettiin liittyvästä nimeämisestä poikkeaa jo selvästi valtakulttuurissa tavanomaisina pidetyistä identiteetikategorioista. Suhde päihteisiin toimii yleisesti identiteettiä määrittävänä

tekijänä. Eräs kertojista kuvaa olevansa ”nisti ja ylpeä siitä”. Suhde päihteisiin tulee esiin kaikkiaan viidessä erilaisessa identiteetikategoriassa.

Sosiaaliset identiteetit todentuvat vuorovaikutuksessa ja niitä tuotetaan siten, että ne täydentävät toisiaan. Vuorovaikutuksen onnistumiseksi roolisuoritusten on sovittava yhteen. (Juhila 2006, 206–207.) Kategoriat ja niihin liitettävät määreet ovat aina paikallisesti tuotettuja ja tulkittuja (Juhila ym. 2012b, 62). Koetusten tien episodissa kaikilla kertojilla on jo kontakti palvelujärjestelmään ja sen tapaan jäsentää ja kategorisoida asioita ja henkilöitä. Myös kertomistilanne ja se, että minä kuulijana edustan päihdetyön ammattilaista, vaikuttaa kertojien tapaan kertoa.

Jotkut kertojista käyttävät itsestään useita eri adjektiiveja, jotka ovat näennäisesti ristiriitaisia. Eräs kertojista kuvaa itseään samanaikaisesti luotettavana toimijana (käyttömaailman sisällä) ja epärehellisenä ja pelokkaana (suhteessa valtakulttuuriin). Tällainen identiteetin kuvaus on dilemmaattinen, se sisältää tasapainoilua kahden erilaisen kategorian välillä. Suoninen jakaa identiteetin käsitteen mukana kulkevaan, tilanteiseen ja vuorovaikutusidentiteettiin. Mukana kulkeva identiteetti on suhteellisen pysyvä ja perustuu tilanteesta toiseen pysyvään ominaisuuteen, kuten sukupuoli tai ikä. Tilanteinen identiteetti taas viittaa rooleihin, jotka ovat käytössä tietyissä vakiintuneissa tilanteissa kuten myyjä-ostaja tai auttaja-autettava -suhteissa. Vuorovaikutusidentiteetti rakentuu vuorovaikutuksessa ja muuntuu keskustelu- tai muun vuorovaikutustilanteen myötä. (Suoninen 2012, 97, 115) Kertojan rooli käyttömaailmassa on erilainen kuin valtakulttuurissa, mikä luo hänelle kaksi erilaista tilanteista identiteettiä. Tilanteiset identiteetit perustuvat tilannekohtaisissa rooleissa esiin tuleviin ominaisuuksiin.

Käytettyjen kategorioiden lisäksi oleellista on se, ketkä kategorioista neuvottelevat ja missä (Juhila ym. 2012b, 62). Matkalle lähteneestä on tullut valtakulttuurille poikkeava, ja kertojan pelko siitä, ettei enää tule otetuksi tasavertaisena mukaan määrittelemään omaa identiteettiään, on vahva.

N: Niin ja varmaan se pelko siitä et tulee niinkun leimatuks hulluks oli niin vahva sillon vaikeimpina vuosina. Mä en varsinaisesti, mul ei ollu sellasia harhoja et mä olisin kuullu jotain ääniä esimerkiks tai nähny mitää näkyjä tai tällästä harhasuutta ei ollu. Ja sit mun päihteiden käyttö ei ollu niin rankkaa kuitenkaan et se olis ollu jotain juoppohulluuskohtauksii tai tällästä.

Kulmalan (2006) tutkimuksessa hulluksi leimautumisen pelko vaikuttaa siihen, haetaanko mielenterveyden ongelmiin apua. Hän toteaa, että hullun kategoria kantaa

mukanaan erityisen vahvaa stigmaa ja leimatuksi joutuminen aiheuttaa huolta psykiatriseen sairaalaan passittamisesta ja pelkoa oman itsemääräämisoikeuden ja vapauden menettamisestä. (mt., 284–285.) Kertajat käyttävät sankarimatallaan äidin identiteetikategoriaa. Sen sijaan isän identiteetikategoriaa kuvauksista ei löydy. Äitiys on osa lapsen saaneen naisen identiteettiä, ja naisella hulluksi leimaaminen tarkoittaa mahdollisesti erityistä huolta lasten huoltajuuden menetyksestä.

Itsekategorisointi on eri asia kuin muiden tuottama kategorisointi (Jokinen ym. 2012, 62). Varjonsa kohdannut voi itse kategorisoida itsensä ”hulluksi”, vaikka samaan aikaan pelkäisi samaa, poikkeavuutta osoittavaa leimaa toisten antamana.

M: Ja nykyäänki ku ihmiset kyselee siitä että ”aijaa et sä et juo, että mikä sulla on”, mä sanon et mä oon hullu. Niin sit se keskustelu loppuu yleensä siihen ja hyvä näin.

Päihde- ja mielenterveysongelmaisen kategoriat ovat valtakulttuuriin nähden anomaalisia, joten niitä on luonnollista pyrkiä torjumaan. ”Hulluksi” tai ”nistiksi” itsensä kategorisoimalla voi kuitenkin pyrkiä sellaiseen kapinalliseen tekoon, jossa kantaa identiteettiään ylpeydellä, siihen liittyvää stigmaa väheksyen. Toisaalta se voi joissain tilanteissa olla myös alistuva teko, johon liittyy itsensä tuomitseminen ja vähättely. (Juhila 2012, 212–215.)

Koetusten episodi on vaihe, jolloin päihteiden käyttö muuttuu viihteestä välttämättömyydeksi. Se mahdollistaa normaalin toimimisen. Pimeimpinä aikoina kertojen päihteiden käyttö on addiktiivista ja massiivista.

M: En mä nyt pystyny lähtee himast aamulla edes ulos, ellen mä nyt vetäny jotain kolmee Tenoxii ja muutamaa Xanorii siihen päälle ja tota päivän mittaan tota ni vaikka kymmenen tota yhen millin Xanorii tai kymmenen kymppimillist Diapamii. Se oli niinku vakioannos, tota, ja alkoholi siihen päälle.

Varjojen maailmassa matka on pelossa kulkemista. Varjon voi luonnehtia sisältävän paitsi vaikeimmat ajat ja tilanteet myös ne syvimmit salaisuudet ja kipeimmät asiat, joista kertojat eivät itsessään pidä, eivätkä aina osaa sanoittaa tai edes tunnustaa itselleen (Toivio & Nordling 2013, 87).

Kun kertojat kuvaavat identiteettiään, he toisinaan turvautuvat kertomuksen sivuhahmojen, toisten, heistä käyttämiin ilmaisuihin. Nämäkin kuvaukset ovat identiteetin kannalta merkityksellisiä, sillä kertoja valitsee aina kertomuksensa, sen mitä

kertoo, ja mitä jättää kertomatta. Identiteetti rakentuu vuorovaikutuksessa, paitsi kertomisen hetkellä myös sitä edeltäen (Hyvärinen 2010, 105). Toisten tekemä kuvaus itsestä on tarjous sosiaalisesta identiteetistä. Tarjottuun sosiaaliseen identiteettiin viittaamalla on mahdollista painottaa tilanteen vakavuutta, tuoda kertomuksen perusteluksi ammattilaisen tekemä arvio. Toisten tekemiä identiteetin kuvauksia varjojen maailmassa ovat työvoiman palvelukeskuksen työntekijän luonnehdinta siitä, kuinka kertoja on “nuorena ollu niin villi ja nyt kävelee niinku zombie”, poliisin tulkinta “laista piittaamattomasta taparikollisesta” ja psykiatriasta saadut, joko tosiasialliset tai oletetut arviot ”kaverista, joka onkin nyt oikeasti kipee”, ”liian radikaaleja tekoja tehneestä kundista” ja ”lelusta, josta ei enää ehjää saada, joka on nyt liian rikki”.

Varjo on paitsi uhka myös ilmentymä sellaisille ajatuksille tai teoille, joita valtakulttuuri ja jopa hoito- ja kuntoutushenkilökunta pelkää ja kammoksuu. Näiltä ajatuksilta ja impulsseilta asiakkaat voivat henkilökuntaa suojella. Kuntoutujalle itselleen tämänkaltainen ajattelu tai toiminta voi olla luonnollista, kiinnostavaa tai jopa huvittavaa. Varjoissa fyysinen todellisuus ja mielen luoma maailma sekoittuvat. Tapahtumat voivat jälkikäteen arvioituna asettua psyykkisen häiriötilan kategoriaan, mutta tapahtumahetkellä ne ovat muodostaneet ihan tavallisen arjen sellaisena kuin kertoja sen silloin on tuntenut.

N: No sit, se oli kyl tosi nopee, et mä en muista oikeestaan niist vuosista niinku mitään muuta kun niinku sen, että mä oon karkaillu ja mä oon ollu niinku harhojeni kanssa metsissä. Ja se oli ihan silleen, et mua äänet ohjaili ihan täysin ja mä en pystyny niinku millään erottaan totuutta siitä, et mikä on niinku totta ja mikä on harhaa. Mul ei ollu hajuukaan, et voi olla jotain harhoja. Et tavallaan se, mitä sä näät ja kuulet, on totta.

Vahvoista oireista huolimatta matka hoitoon ja kuntoutukseen kiinnittymiseen voi olla hyvinkin pitkä. Kertomus toistaa Koski-Jänneksen ym. kahdenkymmenen vuoden takaisen tutkimuksen havaintoja, joissa päihteidenkäyttäjiltä kesti keskimäärin 10 vuotta, että he alkoivat kokea toimintansa ongelmalliseksi. Sekäkäyttäjien ryhmällä tämä aika oli jopa 13 vuotta. (Koski-Jännes ym. 1998, 43.)

Joskus tilanne voi ammattilaisen arviossa näyttäytyä edelleen normaalin rajoihin asettuvana, vaikka kertojan omassa kokemuksessa varjon aiheuttamat ongelmat ovat jo merkittäviä.

N: Ja silloin [vuosiluku] kesällä nii, silloin mulla lähti mopo käsistä silloin kesälomalla ihan totaalisesti. No alkoholin kanssa tietysti ja sit muutenki pörräsin tuolla pitkin Helsinkiä ja ja tuota, sekoilin, sekoilin kaikenlaista ja (...) kanssa asuttiin yhdessä silloin tuossa (...) nii yhtäkkiä mä vaan sanoin et nyt tää loppu, mä muutan pois ja lainaa mulle kakstonnia rahaa. Et ihan niinku näin seinään, muutamassa päivässä. Ja muutin pois ja sain asunnon, se on kumma juttu että hypomaniassa mulla on onnistunu yleensä aina äärimmäisen hyvin tiettyyn rajaan saakka. Sain kämpän ja muutin pois ja onneks en sentään työpaikkaa sössiny että siitä ku sit tokenin niin tuli tietysti hirvee ahdistus ja sellanen mitä ihmettä mä oon menny tekemään ja mikä toi tyyppi on joka täällä asuu ku mä tietysti muutin toisen kundin kanssa. Ja ja ja silloin mä hakeuduin sitten, mä aattelin et nyt ei kyl, niinkun nyt menee liian lujaa et mitä täs on takana ja mielenterveystoimistoon hakeuduin itse. Ja silloin tuota näin yhen kerran näin lääkärin siinä joka sano että ei sulla niinku oo täs mitään, mitään niinku taustalla. Et eihän mitään rauhottavia määrää. No sit mä sanoin et en mä rauhottavia tullu hakemaankaan.

Kertoja kuvaa tilannetta, jossa hän voi pahoin, ja tuntee hämmennystä ja ahdistusta tekemistään teoista. Hoidon kynnyksestä vartioiva ammattilainen kategorisoi hänet kuitenkin potentiaalisiksi lääkkeiden väärinkäyttäjäksi. Kertoja jää vaille tarpeelliseksi kokemaansa apua. Tilanteeseen sopivan diagnoosin ja itselleen sopivan lääkehoidon hän kertoo saaneensa vasta 17 vuotta myöhemmin.

Kertojat kuvaavat varjoja värikkäästi ja turvautuvat erilaisiin kerronnallisiin tyyllilajeihin, niin tragediaan kuin komediaankin. Siinä missä harhaisuus voi jälkikäteen naurattaakin, masennuksen ja ahdistuksen kuvaamisen luonnollinen ja rehellinen tyyllilaji on tragedia.

M: (...) Mutta että se ilmenee, ilmenee kumminkin semmosena tavallaan apeutena ja no, ehkä ahdistuneisuus on, ehkä se on kumminkin enemmän semmosta tuskasuutta, että taasko, että jälleen kerran yksi päivä, missä ei ole mitään järkeä. Että elämällä sillä tavalla ei niinkun, se tuntuu hiukan merkityksettömältä ja tavoit... Niinkun tietyt tavoitteet puuttuu. Mutta tuo, en osaa siihen paremmin vastata, että se on semmonen ahdistuksen ja tuskasuuden välimuoto, et jatkuvasti on niinku huono olla. Et on niinku hermostunut ja tuota vaikea keskittyä niinku mihinkään. Että ei pysty lukemaan, television kattaminen ei onnistu, netissä surffailu ei oikein

onnistu, et ei oo tämmöstä keskittymiskykyä ollenkaan. Ja se tuota. Sitten se menee lähinnä siinä sängyssä nuokkuen. Ja todella odottaen vaan, että millon olisi, olisi tuota joku sovittu tapaaminen tai tämmönen niinkun jonku viranomaisen kanssa hoidettava asia tai muuta. Että ne on semmosia asioita, mitä sitten odottaa.

Keskellä samanaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa eläminen aiheuttaa sankarimatkaajallekin kärsimystä, elämä kutistuu vuorovaikutukseen ammattilaisten kanssa ja kietoutuu oman pahan olon ympärille. Päivien merkityksellisyys liittyy ensisijaisesti kokemukseen niiden hukkaamisesta.

Päihteiden käyttö ja mielen sekavuus johtavat kertomuksiin onnettomuuksista, loukkaantumisista ja ympärillä kuolevista hahmoista. Eläminen keskellä draamaa ja jännitysnäytelmää muuttuu arkipäiväiseksi ja terveyskeskusten päivystykset ja tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito alkavat tulla tutuiksi. Läheisten lisäksi huolta joutuvat kantamaan tapahtumia todistavat sivulliset.

M: (...) Mä olin unohtanu tota rotsini johonki kapakkaan ja sit se oli talvi ja ei mul ollu sit muut vaihtoehtoo ku murtautuu sinne omaan himaani. Kiipesin jonku kattoikkunan kautta tietenki, rikoin sen ja teloin itteni niis lasinsiruis ihan hyvin ja naapuri soitti, et sinne on murtauduttu ja koirapartio tuli siihen ja tota siin oli niinku ihan ihme sählinkii tai joku tosi sekava tilanne tota ja ennen ku se päätty (...)

Katkelman lopussa kertoja juonellistaa draamaansa viittauksella tuleviin käännteisiin, joista hän kertoo myöhemmin. Toipumispääomaa on tähän asti riittänyt asunnon säilyttämiseksi. Koetusten tien episodiin liittyy kuitenkin olennaisesti myös asuntojen, työpaikkojen ja merkityksellisten ihmissuhteiden menetykset.

Campbell luonnehtii koetusten tietä sarjana toistaan vaikeampia koettelemuksia. Saduissa ja myyteissä tällaisilla teillä ovat liikkuneet esimerkiksi samaanit, jotka hakivat manalasta sairaiden ihmisten kadotettuja tai ryöstettyjä sieluja. (Campbell 2008, 81–84.) Tämän tutkimuksen kertojat eivät löydä käyttäytymiselleen mitään selitystä tai perustelua, vaan ihmettelevät itsekin omia ajatuksiaan ja toimintaansa matkan synkimpinä hetkinä.

Käsittämätön toiminta tarkoittaa osalla kertojista laittomien päihteiden käyttöön kytkeytyvää tai muuta rikollisuutta. Rikollisuuteen liittyy tuomioita, joita suoritetaan vankilassa.

M: (...) Siellä mä menin ekan kerran niinku psykoosiin, siellä [vankilassa]. Että mä vedin sitä piriä, mä tein semmosen... Heroiinin olin jo lopettanu. No mä oon kyllä kaikkee kamoja kyllä vetäny, että mikä menee päähän, niin mä en niitä luokittelen, luokittelen silleen, et. Joo, mä tein bunkkerin sinne selliin ja et, ei vartijat pääse. Sit ne tuli semmosten paloruiskujen kans ja ne luuli, et mä oon humalassa ja mä muistan sen ja mä olin ihan sekasin, sekasin. Se oli semmonen kokemus, kun mä sain rundia ja lähdin moneks päivää, et enää niinku ikinä ikinä, niinku tota niin vankilaan, se oli niinku mun juttu, et ei enää. Tiili rupes puree niin pahasti. Et se kaman käyttö oli hirveetä siellä.

Kertomuksessa vankila toimintaympäristönä on nimenomaan rangaistuslaitos, joka suojaa ympäröivää yhteisöä yksilöltä, muttei yksilöä hänen omilta päihde- tai mielenterveysongelmiltaan. Granfelt toteaa vankilan olevan kynnyksetön yksikkö, jonne pääsevät kaikki rikoksenteijät, mukaan lukien psyykkisesti sairaat ja vaikeasti päihdeongelmaiset. Paikkana vankila sekä kerää ongelmassa valmiiksi olevia ihmisiä että altistaa ahdistavuudellaan mielenterveyden häiriöille ja huumeiden käytölle. (Granfelt 2010, 134–135.)

Tragedian sijaan komediallinen kerronta antaa tilaa tapahtuneelle jälkikäteen nauramiselle. Matkan nämäkin vaiheet on eletty ja niistä on selvitty kertomaan tarina, jolla on myös viihdearvoa.

M: Joo, sit vikan, kolmanten iltana ku ne vei ni mä olin niinku maijassa, ni mä katoin et miks tos on valoja, vilkkuu tuolla niinku katossa, et se on vähän rikki, sit mä revin sen katon irti ja olin voitonriemusena, huusin, et tuol on seurantalaitteet ja [naurua] tota niinku mua seurataan. Ne laitto mut rautoihin odottaa siel [putkassa], niinku kädet selän taakse, ni mä olin sielläkin jotenki taiteillu itteni sillei, et mul oli kädet niinku ihan käytettävissä. Ne oli ihan turhautuneita, turhautuneita siihen, ettei raudatkaan pidätte. Mut tuota, joo. Olin mä siihen, sitten ko pääs, ni tota menin johonki tämmösiin turvallisiin niinku paikkoihin, paikkoihin, jotka mä koin turvallisiksi. No mä aloitin, mä menin sinne (...) kirjastoon tota lukee jotain kirjaa ja mä jonku uutisen kohdalla, jonkun uutisen perusteella olin niinku päätelly, et jotenki väriaineella vois tehdä rahaa [naurua], sit mä yritin skannerin ja kopiokoneen kaa jotain, selitin siellä ja tutkin niit roskiksia siellä ja kuivattelin sukkia siel pattereilla [naurua] ja ne heitti mut ulos sieltä.

Tapahtumille nauraminen voi kuvastaa oman tilansa hyväksymistä, tilanteeseen sopeutumista ja toimintansa anteeksiantoa. Näitä pidetään joissain terapiasuuntauksissa, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapiassa, yhtenä toipumisen edellytyksistä (Hayes 2013). Campbellin (2008, 21) mukaan siinä missä tragedia murskaa tavanomaisen elämän muodot, komedia ylistää elämän monimuotoisuuden hurjaa ja huoletonta riemua.

Kun kertojat kuvaavat tapahtumia varjoissa, kuvaus on intensiivistä ja yksityiskohtaista. Hyvärinen huomioi elokuvamaisen tarkan kuvaustavan liittyvän siihen, että tapahtumat ovat kertojalleen aivan erityisen tärkeitä (Hyvärinen 2010, 93). Koetusten tien episodi on haastattelutilanteessa sankarimatkan tärkein episodi, se oikeuttaa kertojan kertomaan juuri tätä tarinaa. Koetusten tien kulkeminen tekee kertojasta merkityksellisen juuri tämän tutkimuksen suhteen.

Oli varjojen kohtaaminen sitten vaaraan kutsuvaa, lamaannuttavaa tai egoistiseen ja itsetuhoiseen käyttäytymiseen johtavaa, on sekä sisäiset että ulkoiset varjot kuitenkin kukistettava, jotta matka voi jatkua. Lopulta kertojat tai jotkut heidän läheisistään ovat tulkinneet päihde- ja mielenterveysongelmat siinä määrin haastaviksi, että he ovat hakeutuneet tai heidät on ohjattu hoidon piiriin. Palvelujärjestelmän kynnyksenvartijan tekemä tilanteen luokittelu riittävän ongelmalliseksi on tyypillinen edellytys hoito- ja kuntoutuspalvelujen saamiselle. Kaikki kertojat ovat saaneet varjojensa kukistamiseen apua ja kaikilla on kokemuksia myös hoidosta tai kuntoutuksesta sen intensiivisimmässä muodossa, laitoksessa.

7.2 Hoidon ja kuntoutuksen näyttämö

Jotkut matkalle lähteneet ovat löytäneet koetusten tien varrelta sellaisia henkilöitä ja yhteisöjä, jotka ovat kasvattaneet sosiaalista pääomaa ja sitä kautta siirtäneet hoito- ja kuntoutuspalveluihin hakeutumista. Kaikki nämä hahmot ja verkostot eivät vie toipumista eteenpäin, vaan kuuluvat aivan toiseen tarinaan.

M: Semmonen yks äijä oli, joka on mua auttanu aika paljo, tota semmonen iso huumeukko. Se on järjestäny mulle kaikkii, mistä mä saan ja tommosta. No se oli jeesausta, että se on ite lopettanu, mutta se on, järjesteli, emmä tiitä, se järjesteli mulle kaikkii hyvii juttuja, sil on suhteita joka paikkaan.

Campbell nimeää kertomuksissa esiintyvät auttajat suojelejahahmoiksi, jotka myyteissä ja tarinoissa kuvataan usein pienikokoisina vanhoina ukkoina tai eukkoina. Suojelejahahmot antavat seikkailijalle taikaesineitä, jotka suojelevat häntä matkalla. (Campbell 2008, 57.)

Tähän saakka kertojat ovat matkanneet varjoissa yksilöllisiä teitään, mutta nyt he saapuvat yhteiselle näyttämölle, psykiatrian ja päihdehuollon palveluihin. Toipumispääomaksi heidän hallussaan oleva sosiaalinen pääoma muuttuu silloin, kun se edistää toipumisen sankarimatkaa. Toipumispääoma on käytössä esimerkiksi silloin, kun kertojan saattaa palveluihin joku sosiaalisen verkoston toimijoista. Joidenkin kertojien hoitoon hakeutumista on auttanut ammattilainen. Hoitoon kertojan saattaneista läheisistä mainintoja saavat työkaverit (2/13), sisko (2/13), äiti, vanhemmat, vaimo, tyttöstävä, tyttöstävän äiti, lasten isä, ex-mies, kesäheila ja kaveri.

Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä kertojat rakentavat identiteettiään suhteessa siihen, saavatko he palveluja. Jos vastaus on myönteinen, identiteettiä rakennetaan suhteessa palveluun. Samanaikaisessa päihde- ja mielenterveysongelmassa palveluihin pääsyä on vartioimassa monia kynnyksenvartijoita. Eräs kertoja kuvaa palvelujärjestelmän molemmilta sektoreilta saamaansa torjuntaa. Tapahtuma on merkityksellinen ja muuttaa hänen identiteettiään.

M: (...) silloisen A-klinikan asiakkuus oli mul myös, silloin tuli just tää, se, et kun siel oli tää mun loppuneuvottelu, että mis mun hoito jatkuu, niin molemmist suunnist, et meet eka A-klinikalle ja hoidatat päihdeongelmas, ja A-klinikalt niinku, et kun sul on toi mielenterveysongelma, ni hoida se ja tuu sit meille. Et silloin oli se, jäi niinku, et mä luovutin, et mä en menny kumpaankaan sitte, ku tuntu ettei kelpaa.

Jaksottaisen hoitomallin perinne ja vastuun siirtely ilkeiden ongelmien hoidossa ovat sitkeitä. Tilanteen heikentyessä kaksoisdiagnosoitu asiakas voi näyttäytyä liian sairaana intensiivisimpiin sosiaalihuollon palveluihin, kuten laitoksessa toteutettavaan sosiaaliseen kuntoutukseen. Toisaalta hänet voidaan edelleen tulkita liian terveeksi intensiivisimpiin terveydenhuollon palveluihin, kuten psykiatriseen sairaalahoitoon. Palvelujen kynnyksenvartijana toimivat paitsi ammattilaishenkilöt myös kasvoton järjestelmä. Tällöin järjestelmään sisäänrakennetut torjuntamekanismit aiheuttavat rakenteellista syrjintää. Apua saadakseen on oltava kyvykäs vaatimaan.

N: (...) Nii nii tuota, mä niinkun vaadin että mun on päästävä puhumaan jonkun kanssa. Että tää ei voi mennä näin että te pidätte mut ensin 7 päivää

suljetulla ja sitten potkasette pihalle koko hoitojärjestelmästä. Et eihän tää näin mee, et jostain syystähän mä sinne suljetulle oon joutunu. Ja tuota sit mä pääsin siihen arvioitavaks, miten se meni et siinä oli lääkäri ja hoitaja ja sit oli se kolmen kuukauden arviointiaika jonka jälkeen mä sen lopetin.

Kertoja kuvaa tilannetta, jossa hänelle ei järjestetä jatkohoitoa osastojakson jälkeen, ennen kuin hän aktiivisesti sellaista itselleen vaatii. Kuvaus tuo hoidon ja kuntoutuksen näyttämölle sankarin taistelijana. Campbell (2008, 289) huomioi mytologisen taistelijan taistelevan nimenomaan tulevien asioiden puolesta, ei olemassa olevaa puolustaen.

Palvelujen järjestäminen perustuu tänä päivänä pitkälti kuluttaja-asiakkuuden, konsumerismin ajatukselle. Palvelujen käyttäjät nähdään asiakkaina, jotka aktiivisesti hakeutuvat tarvitsemiinsa palveluihin ja valitsevat oman hoitopaikkansa. Tämän matkakertomuksen sankareista kaikki ovat saaneet hoitoa ja kuntoutusta. Matkaan on kuitenkin sisällynyt myös ulos jäämistä silloin kun voimat ovat olleet vähissä, eikä kykyä palvelujen vaatimiseen ole ollut.

M: Se oli hyvin harhasta pään sisällä, että päivät oli hyvin ykstoikkosia. Aamulla herätys ja ruokaileen. Mä yritin siel harrastaa jotain liikuntaa, mut se meni, se 6 viikkoo oli, mä menin vähän huonompaan kuntoon oikeestaan, mä olin työkunnossa, kun mä menin, mä olin työelämässä, mut siin kuudessa viikossa, mä lähin sielt [psykiatrisesta sairaalasta] kuuden viikon hoidon jälkeen, mä menin kotiin, ei ollu mitään jälki-, mä olin siel sohvalla sen jälkeen puol vuotta. Mä makasin sohvalla järkyttävässä masennuksessa. Mitään muuta ei pystyny ku juoda kaljaa ja sen avulla sit olla välillä jonku kaverin seurassa. Siin on kyl kehitettävää meijän palvelujärjestelmässä. Siinä jotenkin helposti jää ihminen ulos sitten.

Laitos- ja avopalvelujen liitoskohta on hauras ja mahdollistaa väliinpuotoamisen. Järjestelmässä liitoskohtiin liitetään puutteellisesti tukea, kotiin vietäviä palveluja on vähän ja päihde- ja mielenterveysongelmien hoito toteutetaan jaksoittaisen mallin mukaan. Lisäksi riskiajattelu voi toimia kuntoutuspolulle pääsemisen esteenä. Riskiajattelulla ammattilainen pyrkii suojaamaan joko samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta kärsivää asiakasta, toisia palveluja käyttäviä asiakkaita tai palvelua itsessään.

M: Et mähän olin siel päiväsairaalassa neljä kuukautta, ne oli kahen kuukauden jaksoja, pari jaksoo siellä ja sen jälkeen tota psyka polilla mua yritettiin uudestaan saada sinne muutamaaan otteeseen, mutta tota se ei

onnistunu sen takia, et ne sano, et me ei voida ottaa tota tommost kundii tänne et nää voi häiriintyy nää muut potilaat, et nää on niinku niin radikaalei tekoja, mitä toi kundi on tehny.

Potilasturvallisuuden takaaminen on tärkeää, mutta tiukimmillaan se johtaa psykososiaalisen hoidon totaaliseen epäämiseen. Itsensä vahingoittaminen ei ole automaattisesti uhka toisille. Samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat poista eivät ihmisen muita ominaisuuksia tai taitoja, kuten älykkyyttä, luovuutta tai kykyä rakastaa ja oppia. Sayce toteaa, että mielenterveyspalvelujen käyttäjät ovat tottuneet siihen, että heitä estetään tekemästä asioita vedoten potentiaaliseen riskiin, joskus suoraan, joskus peitellysti. Tällainen riskiajattelu rajaa palvelujen käyttäjien mahdollisuuksia. Masentuneelle ei ehkä anneta tarpeeksi vaativia työtehtäviä vedoten hänen riskiinsä stressaantua tai psykoosista kärsivä uhataan häätää vedoten naapureiden riskiin häiriintyä. (Rissanen 2015; Knuuti 2007, 144; Sayce 2005, 167–174) Nordlingin (2017) mukaan riskiajattelussa erilaiset vastuukysymykset, toipujan suojeleminen ja toipujan edun ajaminen toimivat naamiona hoidon ja kuntoutuksen objektisoiville valtasuhteille.

Suojelevaksi tarkoitettu riskiajattelu johtaa helposti todennäköisempään riskiin leimaamisesta, sosiaalisesta eristämisestä ja marginalisoinnista (Beresford 2005). Ilman positiivista riskinottoa ei voi olla itsenäisyyttä, sosiaalista osallistumista tai saavutuksia. Riskinotto on oleellista toipumisen kannalta, sen avulla otetaan oma rooli takaisin ja löydetään toivo. Sayce (2005) korostaa, että ilman riskinottoa kukaan ei voi tehdä mitään, sillä esimerkiksi jokainen ihmissuhde tai työpaikkahakemus sisältää riskin torjunnasta ja jokainen asunnosta poistuminen riskin jäädä auton alle. (mt., 167–174.) Kaikkiin kaksoisdiagnosoidun asiakkaan ja palvelujärjestelmän eriäviin intresseihin täysin vastaavaa palvelua ei välttämättä ole olemassakaan. Ilman olemassa olevien hoito- ja kuntoutuspalvelujen tarjoamista matka voi jäädä jatkumatta ja sankari jää varjoihin.

Siinä missä auttamistyön ammattilaiset voivat pyrkiä suojelemaan asiakasta, toisia asiakkaita tai palveluja, myös asiakkaat voivat pyrkiä suojelemaan joko hoitohenkilökuntaa tai itseään palvelujärjestelmältä. Tällöin asiakas vaikenee ajatuksistaan henkilökunnan läsnä ollessa ja avautuu mieluummin kaltaisilleen, vertaisille.

M: Tavallaan se, että siinä puuttuu niin sanotusti se hoitohenkilökunnan rooli. Siinä ollaan tasavertaisesti potilaita ja tavallaan ne tuntemukset ja kokemukset on hyvin samankaltasia. Ja niistä on helpompi puhua sillon ku

siihen ei tule sitä niin sanottua hoitavaa otetta, että se voidaan niinku kertoa kaikessa raadollisuudessa, että tuota, että tänään tekis mieli mennä hirttämään itsensä. Ja se oli tavallaan aika rankkojakin juttuja, mitä sitten ei tuota ehkä hoitohenkilökunnalle kerrottu, että ei lähdetä M1:llä tarkkailuun, et se oli tavallaan myöskin, huumorin kautta sitä käytiin sitten niinku läpi. Ja siinä sit kumminkin ihmiset huomasi että tässähan aika samankaltasista asioista puhutaan, että ihmiset oli vaan niinku eri vaiheissa niissä asioissa. Ja siitä paljon oli puhetta, että kenellä on minkäkinlainen lääkitys, et onko se auttanut ja niin edespäin. Niinku et sitä tietoo vaihdettiin aika paljon ja sitten niinkun muutenkin niinku kokemuksia terveydenhuollon piiristä ja että mikä on ollu hyväkin paikka ja niin edespäin ja. Että se keskittyi aika pitkälti sen saadun diagnoosin ympärille ja sitten sen saadun hoidon setvimiseen tai sen läpikäymiseen, miten on kokenut oman olonsa osastolla. Mutta se oli jollain tavalla hyvin helpottavaa. Että kumminkin ne omahoitajan käydyt keskustelut, siinä oli tavallaan aina se roolitus, että siinä odotettiin, tai siinä oli semmonen puhumaton toive ilmassa, että se, sen tapaamisen aikana, että se hyödyttäisi jollain tavalla, edesauttaisi sellaista nopeaa paranemista. Ja kumminkin diagnoosi, missä ei ole mahdollisuutta semmoseen äkilliseen paranemiseen. Niin siinä oli aina semmonen tunne, että niitä omia tuntemuksia ehkä tuli puhuttua siinä muodossa, hiukan lievemmässä muodossa, mitä ne ehkä todellisuudessa saatto olla.

Suojelijana toimiva kertoja on toimija, siinä missä suojelun kohde on uhri. Tarinan sankari, joka pelastaa itsensä ja ihmiset ympärillään, hakee ilmenemismahdollisuuksiaan myös hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä.

Toipumissuuntautuneen ajattelun juuret ovat kansalaisoikeuksissa ja siinä, että asiakas tunnustetaan toiminnan objektin sijaan subjektiksi. Toimiminen asiakkaiden tai potilaiden etujärjestöissä edellyttää kuntoutujalta itsensä kategorisoimista palvelujen asiakkaaksi. Tavoitteena tällaisella järjestäytymisellä on kokemustiedon saaminen osaksi päätöksentekoa, palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeuden vahvistaminen, yhdessä tekeminen ja palvelujen käyttäjien tasa-arvoisuuden tunnustaminen. (Beresford 2005.)

Kertojat kuvaavat palvelujärjestelmässä rakentuvaa identiteettiään seuraavilla adjektiiveilla ja substantiiveilla:

narkkari, aika addikti, päihdeongelmainen, psyykkisesti sairas, asunnoton, A-klinikan asiakas, pitkäaikainen asiakas, erikoismies, ainoa potilas joka sai käyttää A-klinikalla [tiettyä] lääkitystä, vaikea tapaus, poikkeuksellinen asiakas, ei mikään ihannepotilas, riippuvuuksille herkkä ihminen, heikoin ihminen mitä voi olla, paska jätkä, paha, ryhmäihminen, yhteisöhenkinen ihminen, sellainen ihminen joka ei tykkää hissuttelusta ja hyssyttelystä, taistelijaluonne, selviytyjä, ei niitä jotka haisee viinalle, ei mikään hullu enää, käyttävä äiti, äiti, perheenäiti, myyntineuvottelija, 54-vuotias

Identiteettikuvaukset vaihtelevat synkästä paskan jätkän identiteetistä humoristiseen erikoismiehen identiteettiin. Myös hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä suosituin tapa kuvata identiteettiään ovat henkilökohtaiset ominaisuudet. Kertojat nimeävät itseään niillä sanoilla, joita ammattilaiset käyttävät ja esimerkiksi psyykkisesti sairaan identiteettikategoria saa nyt ensimmäisen mainintansa.

Palvelujärjestelmällä on perinteisesti ollut taipumus määritellä tiukasti käyttäjänsä paikka ja sitä kautta kaventaa yksilöllisen toimijuuden ja roolituksen mahdollisuuksia. Miettinen ym. (2017) puhuvat rakenteiden ja nimeämisen painolasteista, jotka kytkeytyvät hallintaan ja valtaan, ja joiden historialliset käytännöt määrittelevät asiakkaiden asemaa ja liikkumatilaa. Painolastia tuottavina rakenteina he näkevät psykiatrisen hoidon laitoshoitokeskeisyyden, mielenterveysongelmissa olevien eristämisen ja akuutti- ja pitkäaikaishoidon eriyttämisen. Nimeäminen taas tuottaa painolastia silloin, kun se kategorisoi tilanteet ja avuntarpeet siten, että ihmisen ainutkertainen tilanne häviää. (mt. 18–22.)

Tarpeenmukaista hoitoa ja kuntoutusta saadakseen kertojat pystyttävät identiteettiään erityisyyden varaan. Identiteettikuvaukset kertovat poikkeuksellisesta asiakkuudesta. Samanaikaisissa päihde- ja mielenterveysongelmissa oleva kertoja on järjestelmälle vieras, eikä samaistu muihin asiakkaisiin. Ilkeiden ongelmien varjo ja toipumisen valo käyvät kertomuksissa kamppailua identiteetin määrittäjinä. Ammattilaiset voivat vahvistaa toiveikkuutta tarjoamalla kuntoutujalle voimaannuttavaa sosiaalista identiteettiä sen sijaan, että käyttäisivät stigmatisoivaan kategoriaan perustuvaa nimeämistä.

N: Et ne piti mua tosi vastuuntuntosena äitinä, et kun mä olin jotenkin niinku puhunu ääneen niistä mun ongelmista ja silleen.

Lapselleen itse apua hakenut kertoja saa lastensuojelusta myönteisen palautteen, joka vahvistaa sekä toimijuutta että äidin identiteettiä silloinkin, kun lapsen etu vaatii äidin päihdekuntoutukseen lähtemistä.

Neutraalit perheenjäsenyyteen, ammattiin tai ikään liittyvät identiteetikuvaukset saavat hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä enää neljä erillistä mainintaa. Palvelujärjestelmässä tapahtuu kuitenkin myös toipumista, mitä ilmentää erään kertojan pitkää psykiatrasta sairaalahoitoa seuraava luonnehdinta itsestään ihmisenä, joka ei ollut ”mikään hullu enää”.

7.2.1 Mielenterveys- vai päihdehoitoa?

Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä kertojien valikoituminen ensisijaisesti joko päihde- tai mielenterveyspalveluihin määrittyy sekä institutionaalisen kategorisoinnin että itsekategorisoinnin perusteella.

N: Ja 2003 mä menin uudestaan A-klinikalle. Koska mäki pidin, kato ku tässä on ollu ongelma et mua on aina kohdeltu päihdeongelmaisena. Ja mä oon pitäny itsekin itseäni vain ja ainoastaan päihdeongelmaisena.

Kertomuksessa ohjautuminen päihdepalveluihin tapahtuu psyykkisestä oirehdinnasta huolimatta. Kertojalle matkan varrella tarjoiltu sosiaalinen identiteetti on ollut päihdeongelmaisena identiteetti, joka on sulautunut osaksi hänen henkilökohtaista identiteettiään. Kertoja hakeutuu sosiaalihuollon päihdepalveluihin terveydenhuollon mielenterveyspalvelujen sijaan, kun integroitua hoitoa ja kuntoutusta ei ole olemassa. Valitut asiakaskategoriat ovat seuraamuksellisia, ja voivat johtaa kokonaiselle asiakkuusuralle (Jokinen 2012, 228–229). Kertojan kohdalla tämä tarkoittaa asiakkuutta, jossa pelkkä päihdeongelma on hoidon keskiössä. Päihteiden käytön ongelmalliseksi tunnistaminen sulkee pois mielenterveysongelman tunnistamisen tai ainakin sen puheeksi ottamisen.

Toisessa kertomuksessa vastaavanlainen valikoituminen tapahtuu toisinpäin. Kertoja kuvaa ohjautumistaan terveydenhuollon mielenterveyspalvelujen asiakkuuteen ja päihdeongelman jäämistä huomiotta.

M: Mut tota mä en hoitanu sitä päihdeongelmaa, mä en menny A-klinikalle esimerkiks, vaan mä hoidin sitä mielenterveyspuolta, koska siellä oli ne

diagnoosit ja sitä mä hoidin. Siihen jotenki puututtiin huonosti siihen päihteiden käyttöön. Siitä kyl puhuttiin, mutta kun meidän hoitajärjestelmällä on tosi huono diagnoointi päihdesairauksille, niin se jäi hoitamatta. Koska siihen, jos sitä ei diagnosoida, niin sitä ei myös hoida.

Kertojat toistavat kertomustensa retoriikassa sen paradigman mukaista selitysmallia, jonka piiristä he ovat apunsa saaneet. Sosiaalihuollon päihdepalveluissa tilannetta kuvaavana käsitteellisenä valintana on päihdeongelma, kun taas terveydenhuollon toimintaympäristössä riippuvuus käsitteellistyy päihdesairaudeksi. Monet kertojista osallistuvat palvelujärjestelmän tuottaman hoidon ja kuntoutuksen lisäksi myös 12 askeleen itseapuryhmiin. 12 askeleen hoito-ohjelmissa päihdeaddiktio ymmärretään parantumattomana sairautena, jonka kanssa voi kuitenkin opetella elämään.

Lääkehoidon sijaan AA- ja NA-ryhmät korostavat henkisyttä ja vertaisryhmän tukea ja päivä kerrallaan raittiina elämistä. Päihderiippuvuus ymmärretään totaalisenä ongelmana. Ihminen ei voi olla vain vähän riippuvainen. (Ruisniemi 2006, 54, 196.)

Kun kertoja hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä kuvaa identiteettiään ”aika addiktiksi” hän puhuu ajasta, jolloin hän ei ole vielä sisäistänyt addiktin identiteettiä. Alkoholistin tai addiktin identiteetin omaksuminen on 12 askeleen ohjelmassa edellytys toipumiselle. Se tarkoittaa voimattomuuden ja hallitsemattomuuden myöntämistä päihteen ja addiktin edessä. (Shepley 2011.)

Kertomuksilla paitsi toistetaan kulttuurisia tarinoita, myös luodaan niitä. Se, mitä käsitettä kulloinkin käytetään ja miten tilanne ymmärretään, on merkitystä sekä hoidon että toipumisennusteen kannalta. Uskomus päihderiippuvuudesta parantumattomana sairautena ennakoi päihteiden käytön uusiutumista sen lopettamisen jälkeen (Peele 2004, 50, 141). Toisaalta, ellei addiktiiviselle päihteidenkäytölle terveydenhuollossa ole antaa sopivaa nimeä ja kategorialokeroa, se voidaan anomaliana sivuuttaa ja jättää kokonaan hoitamatta. Asiakkaan kannalta tuhoisinta on, jos päihdeongelmaa pidetään hänen ylimielisenä tietoisena valintanaan, josta hän saa maksaa erilaisten sanktioiden, kuten aineiden hallussapito- ja käyttörangaistusten muodossa (Leshner 1997).

Päihde- ja mielenterveysongelmien hoito ja kuntoutus tapahtuvat instituutioissa, joilla on perinteisesti ollut oma rajattu paikkansa keskinäisessä työnjaossa. Päihdeongelmia on hoidettu pääasiassa sosiaalipalveluissa ja mielenterveysongelmia pääasiassa terveyspalveluissa. Nämä eri palvelut ovat itsenäisesti hallinneet sekä sitä millaisia ihmisiä auttavat, että käsitystä siitä, mistä ongelmat johtuvat ja miten niissä tulisi auttaa. Tämä on taustalla edelleen vaikuttava kulttuurisesti vakiintunut puhetapa, diskurssi, joka tulee esille monissa kertojien kertomuksissa.

Kertomuksissa psykiatrian ja päihdehuollon yhteinen näyttämö jakaantuu sektoreihin. Erilaiset interventiot valitaan sektoreilla organisaation perinteen mukaisesti.

Tapahtumapaikka A-klinikka

M: Sit mä meen sinne, et mitä nytte, ni, et ”Mun pitäis arvioida se, et puol vuotta sun pitäis nyt sit käydä ain sillon tällön ja et sä kelpaat sinne, niinku psykiatrian polille. Ja oot ilman alkoholi.” Et mä olin niinku, et en mä sit, mä menin ihan paniikkii, et mä olin, et ”Miten sä voit arvioida, et jos sä oot sosiaalityöntekijä koulutukseltas, tai sosiaaliohjaaja, siis sosionomi, ni millä helvetillä sä arvioit mun mielentilaa, millä kriteereillä ja millä ammattiosaamisella?”.

Kertomuksesta käy ilmi, kuinka kertoja ymmärtää mielenterveyden tilan arvioinnin terveydenhuollon työntekijän erityisosaamiseksi, jolloin sosiaalihuollon työntekijän interventio näyttäytyy puoskarointina. Vastaavasti kertomuksessa, jossa terveydenhuollon ammattilainen vastaa sosiaalsiin ja taloudellisiin ongelmiin konkreettisen auttamisen sijaan kertojaa rauhoitellen, tilanne näyttäytyy kertojalle tosiasioiden väistämisenä.

Tapahtumapaikka psykiatrinen sairaala

M: Se on itse asiassa pirun turhauttavaa, että, että siinä vaiheessa kun yrittää selittää, että nyt lähtee kämppä alta ja et ”tehkää ny jotain”, ni sit kummiskin keskustelu on, että toteaa, että ”kyllä nyt, että ymmärrän, että sinua nyt ahdistaa, mutta kyllä elämällä on tapana, että kyllä asiat järjestyy sitten aina parhain päin”. Että sit kun siinä yritti kysyä, että mitenköhän olis näitä ihan konkreettisia toimenpiteitä, millä nää asiat nyt tosissaan järjestyisi, niin niitä ei sit osattu millään tavalla, et niihin ei sit otettu kantaa, oltiin vaan, että, et ”hengitä rauhassa ja että käy vaikka saunassa”.

Kertojien kuvaukset toistavat järjestelmän integraatiopyrkimyksistä huolimatta aiemmissa tutkimuksissa esille tullutta mielenterveys- ja päihdetyön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erillisyyttä. Tilanne ei näytä tässä suhteessa juuri muuttuneen vuonna 2007 valmistuneen Knuutin väitöstutkimuksen jälkeen. Knuutin tutkimuksessa samaan aikaan mielenterveyden ongelmasta kärsineet ja huumeita käyttäneet toipujat toteavat, ettei psykiatrisessa sairaalassa ollut käsitelty huumeiden käyttöä edes silloin, kun hoitoon kirjautumisen syynä oli amfetamiinin käytöstä aiheutunut psykoosi. Mikäli

päihdeongelma oli järjestelmälle tiedossa, se oli käytännössä ainoastaan hankaloittanut hoitoon pääsyä. (Knuuti 2007, 72–73.)

Toisaalta Väyrysen ym. (2015) tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdetyöntekijät kokevat, ettei asiakkaan ongelman ensisijaisuus enää määritä ammattilaisten keskinäisen yhteistyön käynnistämistä aiempien vuosikymmenten tavoin (mt., 116). Samoin eräs tämän tutkimuksen kertojista kuvaa oman valinnanmahdollisuutensa hoitopaikan määrittelyssä kasvaneen vuosien aikana.

M: [Päivystyksessä] sit lääkäri sano mulle, tän viidennen kerran jälkeen, et "Kun sä (...) lähet hoitoon, niin lähet sä [vieroitushoitopaikkaan], siel on huomen sulle paikka kello kaheksan, sun pitää olla siellä, tai sit sä lähdet [psykiatriseen sairaalahoitoon]. (...) Et nyt sul on viel valinnan mahdollisuus." Valitsin [vieroitushoitopaikan]. Mut mitä tos sit tuli niinku et, miten se on muuttunu, just et (...) päiväsairaalan aikaan se yhteistoiminta ei ollu niinku, kukaan ei halunnu, ei kelvannu mihinkää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön edellytyksinä Väyrynen ym. pitävät eri toimijoiden yhteistä kieltä ja toimintakulttuuria, jossa eri ammattiryhmien erityisosaaminen tunnustetaan ja tunnustetaan (Väyrynen ym. 2015, 124–125). Asiakaslähtöisissä palveluissa ammattilaisten työnjako ja käytetyt menetelmät määrittyvät asiakkaan tarpeen ja toivomusten mukaisesti.

Palvelujärjestelmä tarjoaa kokonaisuudessaan vain rajatusti hoitoa ja kuntoutusta henkilöille, joilla on samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma. Aktiivisen asiakkuuden kestoajat ovat määrääkäsia päihdepoliklinikoilla ja psykiatrian ryhmämuotoisissa kuntoutuksissa. Sairaala- ja päihdehuollon laitoskuntoutusjaksoja on lyhennetty. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettuihin asumispalveluihin voi olla kuukausien, jopa vuosien jonot.

M: Ja silloin tota ni laitettiin tota ihmiset, jaettiin kahteen pinkkaan käytännöllisest katsoen, et ne ketkä, tai kun siel muuttu systeemit, et kaikki kenel oli yhdistyny nää mielenterveys- ja päihdepalvelut, ni ne laitto kahteen pinkkaan ihmiset ja semmoset, jotka tarvii jatkohoitoo viel ja semmoset, ketkä ei tarvii hoitoo, et ne on niin hyvä kondikses. Ja mä olin siin pinkassa, et pärjään ihan hyvin itekseni ja tota. No meniks siin sit kolme kuukautta tai puol vuotta tai jotain, sit mä sain itteni semmoseen kondikseen, et sit oli vaihtoehdot taas aika vähissä, vähissä tota.

Kertomuksissa tulee esille ammattilaisten tekemä kategorisointi, jolla he luokittelevat toipujan tavalliseksi tai selviytyjäksi perusteluna sille, ettei hoitoa tai kuntoutusta enää tarjota. Kertajat viittaavat lääkärin tekemään kategorisointiin henkilökohtaisista ominaisuuksista ”sä oot selviytyjätyyppi et työelämään siitä, et terveemmät kotiin” ja tavallisuudesta ”en mä tiä jos mä oisin ollu sit joku likanen, resunen nii oisko mua sitte pidetty ihan oikeesti hulluna (...) mut ku mä olin tällänen perheenäiti, on omistusasunnot ja kaikki” silloin, kun heidän näkökulmastaan kyse on ollut hoidon keskeyttämisestä. Seikkailuun kutsun episodissa vaalitusta tavallisen identiteetistä tulee hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä uhka palveluista ulos joutumiseen. Tällöin potentiaalisesti stigmatisoivista ammattilaisten käyttämistä kategorioista ja sosiaalisen identiteetin tarjoksista tulee houkuttelevampia. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan tai -potilaan nimeä kertajat eivät kuitenkaan edelleenkään käytä. Palvelujärjestelmässä on vähän kaksoisdiagnoosin saaneille nimettyjä erityispalveluja, joten narkkarin, päihdeongelmaisen, asunnottoman ja psyykkisesti sairaan sosiaalisen identiteetin hyväksyminen riittää palvelujen saamiseen.

7.2.2 Lääkehoitoa

Vaikka inhimilliseen vuorovaikutukseen perustuva hoito ja kuntoutus ovat määräaikaista, lääkehoidon jatkamisessa samanlaisia määräaikoja ei ole. Kertomuksissa kuvataan pitkäkestoisen lääkehoidon eli psyykenlääkkeiden ja korvaushoitolääkkeiden tarjontaa. Kertajista kaksi on ollut korvaushoidossa. Pitkäkestoisia psyykenlääkityksiä on ollut kaikilla. Erityisesti yhden tietyn lääkeaineen, ketiapiinin, määrääminen tuli kertomuksissa toistuvasti esille sekä laitos- että avoympäristössä, erityisesti päihdepalveluissa.

M: (...) Ja mä en halua yhtään mitään ylimäärästä ja mul lukee papereiskin jossain siellä, et mä en suostu syömään neuroleptejä esimerkiks ollenkaan. Et mul on ollu tota esimerkiks no vaikka toi Ketipinor, mikä nyt on se Seroquelin rinnakkaislääke, ni Ketipinor on varmaan yleisin lääke mitä suurin piirtein kirjoitetaan, must tuntuu, et sitä kirjoitetaan jostain tota ihan jalkasienestä johonki tota päänahan hilseilyyn ja kaikkeen silt väliltä, et joka paikassa ihmisille kirjoitetaan sitä. Ja mul on ollu ihan riittäviä määriä, et mul on ollu 1000 millii vuorokaudes esimerkiks, mikä on aivan käsittämätön annostus ja tota mä en niinku kaipaa mitään enää.

Haastattelussa en kysy yhtään oma-aloitteista kysymystä lääkeshoidosta. Kertajat mainitsevat kuitenkin toisen polven psykoosilääke Ketipinorin esimerkkinä tarkemmin kohdentamattomasta lääkeshoidosta sekä psykiatriassa että päihdekuntoutuksessa (4/13). Alhon mukaan psykoosilääkkeenä tunnettua ketiapiinia käytetään lisäämään raittiita päiviä ja vähentämään runsaan juomisen päiviä erityisesti nuorena alkaneen alkoholiriippuvuuden hoidossa (Alho 2013, 64).

Kaksi kertojaa mainitsee itsensä lähtökohtaisesti lääkekielteisiksi. Molemmilla heistä on kuitenkin riippuvuutta aiheuttava lääkitys, johon psykologinen kiintymys on vahva. Lääkkeen saatavuutta molemmat pitävät ehdottomana edellytyksenä hoidossa pysymiselle. Molemmat kertajat ovat palvelujärjestelmän piirissä kokeilleet vastentahtoisesti lukuisia erilaisia lääkityksiä ja kokemus juuri kyseisten lääkkeiden toimivuudesta itselle on perustavanlaatuinen. Kertajat antavat näille lääkkeille merkityksen hoitoon kiinnittävänä ja sitouttavana tekijänä, ja kyseenalaistavat järjestelmässä tapahtuvaa hoitokäytäntöjen päivittämistä. Hoitokäytäntöjen päivittäminen johtaa hoidon myöhemmässä vaiheessa kieltäytymiseen niiden samojen lääkkeiden määräämisestä, joita aiemmassa vaiheessa on aktiivisesti tarjottu.

Lääkehoitoa määrätään erilaisissa toimipisteissä, kun taas toteutus jää asiakkaalle itselleen. Toteutus tapahtuu kodissa, jossa välttämättä kukaan palvelujärjestelmän toimijoista ei käy. Pitkään jatkuvat lääkekokeilut voivat johtaa kodin apteekkisoitumiseen.

M: (...) Mul on ollu ihan käsittämättömii määrii lääkkeit kotona, mitä niinku A-klinikalt ku oli niit lääkekokeilui loppuvaiheessa ni tota ne ei jaksanu enää kirjottaa respoi mulle uusist lääkkeistä, ne anto mulle ain paperipussin messiin ja sano, et kokeile jos tää, et täs on nyt niinku viikoks, et kokeile jos tää tehoo tai jotain. Jossain vaiheessa mä vaan katoin sitä mun lääkekaappii niinku et se oli parempi ku jossain pikku apteekissa, sivuapteekissa, suurin piirtein se valikoima ja tota. Ja mä en muista minkä itsemurhayrityksen yhteydessä ne sitten tota, kun mä lähin sielt sairaalasta, ni mä annoin ne kaikki lääkkeet pois silloselle tyttöystävälle säilytykseen ja sillä tavalla.

Jos kotona ei käy auttamisen ammattilaisia, ei siellä välttämättä käy kukaan muukaan. Kotoa poistuminen taas voi olla palvelujen käyttäjälle ajoittain mahdotonta esimerkiksi

pelkotilojen, ahdistuksen ja massiiviseen päihteiden käyttöön ja syömättömyyteen liittyvän huonokuntoisuuden vuoksi (Rientamo 2015, 52, 56). Samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipuminen tapahtuu vain harvoin suoralla tiellä. Usein toipumiseen sisältyy mielenterveysoireiden jaksottaisen pahenemisen ja päihteisiin retkahtamisen sivupolkuja hoitokokeiluista huolimatta (Tuulio-Henriksson 2013, 146; Toivio & Nordling 2013, 330; Kuusisto 2010, 278).

Päihteidenkäyttöporukoista luopuminen on joskus luopumista kaikista vapaa-ajan kontakteista. Aikuisen ihmisen yksinäisyys on kipeä mutta totuttu tosiasia.

M: (...) Mulla ei oo nyt viiteentoista vuoteen ollu yhtään ystävää. Ja ne viimisetkin pari, kolme, vielä niiltä joskus tuli puheluita ja jotain viestejä, mä en vastannu, ja mä halusin vaan olla yksin. Ja sitä mä tein, mä vielä jossain vaiheessa kymmenen vuotta sitte varmaan vielä kävin siellä lähikapakoissa, mutta sitte se muuttu siihen, että mä istuin kotona yksin. Mä ostin joko kolme varttipulloa giniä tai sitten kaks sitä puolen litran pulloa giniä per päivä ja sit mä olin yksin kotona ja ryyppäsin. Mul ei ollu yhtään kaveria. Ei mul oo vieläkään. (...) Mutta mä ymmärrän sen, että siis normaalilla ihmisellä ni pitäis olla sosiaalisia suhteita, kontakteja ihmisiin, ja olla joku, jolle soittaa ja jutella. Mul ei o.

7.2.3 Laitoshoitoa ja -kuntoutusta

Laitoshoito ja -kuntoutus ovat palvelua, joka tapahtuu ympärivuorokautisesti tietynlaisessa kontekstissa, sairaalassa tai kuntoutuskeskuksessa. Laitos tarjoaa paitsi hoitoa ja kuntoutusta, myös seuraa yksinäiselle, asuinsijan, ruokaa ja lääkkeitä. Psykiatriset sairaalat pyritään tänä päivänä sijoittamaan ensi sijaisesti yhteyteen somaattisen sairaalahoidon kanssa. Yhteistoiminta somatiikan kanssa korostaa sairaalan ja tietyn osaston sisällä tapahtuvaa hoitoa. Päihdehuollon laituskuntoutuksessa on tyypillisesti edelleen mahdollisuus myös ympäristössä tapahtuvaan työtoimintaan.

M: (...) mä tunsin toipuvani oikeestaan paremmin sen työtoiminnan aikana, koska se anto vähän vapaammin aikaa sulatella niitä asioita rauhassa, että, et mä olin lähellä jotain kriisiä sen ryhmätoiminnan aikana, koska se oli sen verran intensiivistä, että mä en ehkä ollu siinä psyykkisessä kunnossa vielä

niin lyhyen alkujakson, puoltoist viikkoo, kaks viikkoo, jälkeen, että se ois ollu ihan ajankohdaltaan paras mahdollinen.

Eräs kertojista kuvaa psykiatrian ja päihdehuollon erona, että psykiatriassa keskitytään siihen, miten ihmisen psyyke vaikuttaa käyttäytymiseen. Päihdepalveluissa taas keskitytään käytännön asioihin ja ihmisen selviytymiseen kuntoutuksen jälkeen. Kuvaus on pelkistys siitä, kuinka terveydenhuollossa keskiössä on yksilö ja sosiaalihuollossa suhde ympäröivään yhteisöön. Asiakaslähtöisesti integroidut päihde- ja mielenterveyspalvelut sisältävät sekä yksilökeskeistä että sosiaalista kuntoutusta.

Hoidon ja kuntoutuksen erilaiset institutionaaliset kontekstit tuottavat itsessään tiettyjä vakiintuneita kategorijäsenyyksiä, esimerkiksi psykiatrinen sairaala tuottaa hoitajan ja potilaan kategoriat (Jokinen ym. 2012, 40).

M: Että siinä oli vähä niinku sellanen asetelma että, ”me hoitajat”, niillä hoitajilla oli sellanen tietty ammattirooli ja sit tavallaan me olimme sit potilaita joilla oli herkkä ulkokuori ja sitten sen mukaan meitä myöskin kohdeltiin. Että, että siellä oikein kiiteltiin jos laittoi astianpesukoneen päälle ja niinku... Itse koin sen tilanteen vähä nurinkuriseksi että ookoo selvä, että... Mutta myöskin siellä sit käytti, muutamat ihmiset olivat uhriperiaatteella että he ”minulla on niin paha olo koko ajan” ja tietenki sieltä hoitajat sitten taputtaa kädelle ja ”ei kyllä sinä olet vahva ihminen, kyllä sinä pärjää”.

Psykiatrinen sairaalahoito perustuu ammatilliseen arvioon, jonka perusteella henkilö voidaan tarvittaessa paitsi ottaa suojaan, myös eristää muusta yhteisöstä. Käytäntö vahvistaa erontekoa ”meidän” ja ”heidän” välillä ja nimenomaan ”heidän” leimaamista toiseksi. (Miettinen ym. 2017, 26.) Toiseuden olemassaoloon perustuva auttaja-autettava -kategoriapari voi suojata ammattilaista. Kertojille latautuneita ja merkityksellisiä, kertomisen arvoisia kohtaamisia ovat kuitenkin ne, kun auttaja on keskustellut kertojan kanssa ”niinku ihmiset keskustelee keskenään”, hänet on kohdattu baarissa tai hänen kanssaan on käyty ravintolassa syömässä. Tällöin kohtaaminen on tapahtunut tasa-arvoisina kuluttajina, hierarkiattomassa ympäristössä.

Toisin kuin arkipäivän ympäristössä, institutionaalisissa konteksteissa annettujen kategorijäsenyyksien murtaminen ja vaihtoehtoisten jäsenyyksien valinta edellyttää asiakkaalta neuvottelua ja jopa kamppailua (Jokinen ym. 2012, 79). Helpompaa on mennä leikkiin mukaan.

M: Ja kyl sen ite ymmärtää et se on tosi vaikeeta et ihminen joka on todella masentunu eikä jaksa sitte oikeestaan muuta ku maata siinä sängyllä niin... Että siitä sitte lähtee tekemään tämmöstä, jotenki aktiivisesti ajamaan sitä omaa asiaa niin se tuntuu aika kaukaselta ajatukselta ja... Ja sit sitä ei niinku jaksa tehdä ja sit se ruokkii juuri sitä itseinhoo että enkö mä nyt tätäkään jaksa ja tällä tavalla. Se sitten niinkun ylläpitää sitä masennustilaa tai ylipäättään sitä sairautta mitä sitten sairastaakin ja sit jossain vaiheessa rupee tapahtumaan se ikävä laitostuminen, että se tavallaan olo on huono ja sä käyttädyt sit sen mukaisesti et olo on huono. Ja hoitajakso vaan pitenee ja pitenee ja pitenee ja sitte, koska siinä tavallaan mitään ei tapahdu ja sua kohdellaan semmosena, niin siitä tulee niinku liian, liian iso osa sitä sun omaa identiteettiä siitä sairaudesta ja sitten tulee hyvin helposti se niinkun uhri, uhriajattelu siinä sitten et lähtee tavallaan siihen leik... Emmä sano et leikkiin mukaan mut tavallaan sitten omaksuu sen potilaan roolin vähän liiankin hyvin että näyttelee sitä ja voivoi... Että on kokoajan voivottelemassa sitä siinä hoitajille et nyt mua ahdistaa kyllä tosi paljon ja ”no, selvä, ota Ketipinor”.

Kertomukseen on sisäänkirjoitettu prosessi, jossa institutionaalinen hoito toimijuuden tukemisen sijasta tuottaakin uhriutumista ja sitä kautta vaarantaa kuntoutujan aseman sankarina, jonka tahdon ja tarpeiden tulisi viedä matkaa eteenpäin. Rauhala puhuu kategorisoitumisesta ja käsitteellistymisestä ihmisen ajattelun olemuksellisina piirteinä, joilta voidaan välttyä vain olemalla ajattelematta (Rauhala 2015, 98). Rissanen taas toteaa, että joskus oikeus olla potilas ja sairas saattaa tuntua hyvältä ja tarpeelliselta, erityisesti lepäämisen kannalta, mutta tämänkaltainen potilaan rooliin asettuminen ei edistä kuntoutumista (Rissanen 2015, 76, 82).

Kertomuksen seuraavassa käänteessä kuvattu hoitajan tekemä kategoriajäsenyys joutuu uhatuksi, kun hoidettava ei jäsenyys pelkästään autettavaksi potilaaksi, vaan hänelle on tarjolla myös toisenlaisen kategorian jäsenyys, aivan toisenlaisesta kontekstista.

M: Siel tuota kattelin sitä meininkiä ja siinä semmonen hauska juttu sattuu että siellä oli hoitajana sitten tuota ensirakkauteni ja hän kerran ku vaa näki nii ei häntä sit enää sen jälkeen nähnykkää että hän varmaan jääväsi itsensä siitä sitten pois.

Potilaan kategoriaan liittyvä kulttuurinen tieto on tietoa toiminnan kohteena olemisesta. Vastustamalla potilaan kategoriaa ja kyseenalaistamalla hoitajan kategorian kertoja

tuottaa vastapuhetta, joka on voimaannuttavaa ja vahvistaa toimijuutta. Sankari rakastajana saapuu hoidon ja kuntoutuksen näyttämölle. Ensirakastajan identiteettikategoria poistaa hierarkian auttajan ja autettavan väliltä, mutta samalla tekee hoitotyön mahdolliseksi hierarkkisuuteen perustuvassa palvelujärjestelmässä. Autettava ei asetu hänelle institutionaalisesti asetettuun potilaan rooliin, jolloin järjestelmään tietynlaisena sisäänrakennettu vuorovaikutus ei onnistu.

Palvelujärjestelmässä asiakkaan ja ammattilaisen välistä hierarkiaa on pyritty aika ajoin madaltamaan. Tämä on ollut pyrkimyksenä esimerkiksi sosiaalipsykiatrisen perustuvassa demokraattisessa yhteisöhoitossa. Yhteisöhoito kukoisti psykiatrisessa sairaalahoidossa toisen maailmansodan jälkeen ja päihdekuntoutuksessa 1980-luvulla. Jonesin kehittämä demokraattinen yhteisöhoito perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ammattilaisten ja asiakkaiden välillä sekä tunteiden ilmaisun sallimiseen. Yhteisöhoiton mallissa asiakkaat, heidän läheisensä sekä henkilökunta ovat yhdessä mukana sekä hoitoon liittyvässä päätöksenteossa että hoidon toteutuksessa. Lopullinen vastuu ja päätöksentekovalta säilyvät kuitenkin yhteisön pitkäaikaisimmilla jäsenillä eli käytännössä henkilökunnalla. (Jones 1968, 86–91.) Demokraattisen yhteisöhoiton ajatukseen perustuvaa päihdekuntoutusta on toteutettu muun muassa Helsingin kaupungin päihdekuntoutuskeskuksessa.

7.3 Episodin yhteenveto

Koetusten tien episodissa kertojat kuvaavat elämäänsä päihde- ja mielenterveysongelman synkimmissä varjoissa sekä kokemuksiaan hoidon ja kuntoutuksen näyttämöltä. Koetusten tiehen liittyvä kuvaus on elokuvamaisen tarkkaa, värikästä ja rikasta, mikä osoittaa episodin olevan tutkimuksen merkityksellisimmän. Kertojat ottavat käyttöön uusia päihteiden käyttöön, palvelujärjestelmän asiakkuuteen sekä sosiaaliseen eristäytymiseen liittyviä identiteettikategorioita. Myös tavallisuutta kuvaavia identiteettikategorioita on edelleen käytössä, mutta selvästi vähemmän kuin seikkailuun kutsun episodissa. Kertomuksissa lähtökohdista sosioekonomiseen asemaan, koulutustasoon ja perheeseen liittyviä mainintoja on yli puolet kaikista identiteettikuvauksista. Sen sijaan kertomuksissa varjoista näihin yläkategorioihin kuuluvia mainintoja on enää alle kolmasosa. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä sosioekonomista

asemaa, koulutustasoa ja perhettä kuvataan enää muutamassa identiteettikuvauksessa.

Varjoissa kulkevista sankarimatkaajista 5/13 nimeää itsensä alkoholistiksi. Psykkisesti sairaan identiteettikategoria saa ensimmäisen eksplisiittisen mainintansa hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä. Fyysiseen pääomaan eli omaisuuteen ja varallisuuteen linkittyvät identiteettikategoriat puuttuvat koetusten tien episodista kokonaan. Huumekauppiaksi itsensä nimeävä kertoja toteaa kuitenkin tilannekohtaisessa kuvauksessa tehneensä työllään niin sanotusti helppoa rahaa.

Koetusten tien episodi merkitsee sankarimatkan kaavassa initiaatiota eli maailmalta kuolemista ja uudelleen syntymistä. Kertojat katoavat ensin valtakulttuurilta marginaaleihin, varjoihin, ja palaavat jälleen näkyviin hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä, missä he saavat uuden nimen. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä kertojat ottavat käyttöön asiakkaan ja potilaan identiteettikategoriat. Koetusten tien episodissa kertojat paikkaavat seikkailuun kutsun episodissa kerättyä ja nyt hupenevaa fyysistä ja inhimillistä toipumispääomaa yhteisöllisellä toipumispääomalla. Yhteisöllinen toipumispääoma tässä yhteydessä tarkoittaa palvelujärjestelmän tarjoamia hoidon, kuntoutuksen ja vertaistuen palveluja, jotka sisältävät uusia kulttuurisia arvoja ja asenteita.

Kertojat kuvaavat asunnottomuus- ja vankilajaksoja, mutta samalla tukea, jota he saavat taloudellisesti, asumiseen ja palveluihin hakeutumiseen omaisiltaan ja läheisiltään. Kertojat hyödyntävät myös sellaista sosiaalista pääomaa, joka ei ole toipumispääomaa. Toipumisen tarinaa hidastavat matkakumppanit käyttävät seurana päihteitä, antavat asua asunnossaan ja pitävät sen siistinä, tarjoavat ruokaa ja päihteitä – eivätkä kertojat vasikoi heitä viranomaisille. Sosiaalinen pääoma osoittaa kuitenkin vähenemisen merkkejä, mistä kielivät kertojien käyttöön ottamat uudet sosiaalista eristäytyneisyyttä valottavat identiteettikuvaukset. Kertomukset sisältävät kuvauksia ”hermorauniosta kaverista, joka ei uskalla edes soittaa puhelimella”, ”yksinäisestä persoonasta”, ”eristäytyvästä persoonasta”, ”muukalaisuudesta” sekä ”yksinäisestä miehestä, joka odottaa ystävää, jota ei koskaan tule”.

Kuten seikkailuun kutsun episodista, myös koetusten tien episodista on löydettävissä sankarillista toimijuutta. Siitä kertovat esimerkiksi ylpeän nistin, taistelijan ja selviytyjän identiteettikuvaukset sekä pyrkimys pelastaa ihmisiä ja

taistella käyttöönsä palveluja. Koetusten tien episodi sisältää vastapuhetta tuottavan kuvauksen ensirakkaudesta, joka haastaa palvelujärjestelmää tunnistamaan sen sisälle rakennettua uhriuttavaa hierarkkisuutta. Valmisteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen sisältyvä tuottaja-kuluttaja -jäsenitys on kategoriaparina kenties perinteistä auttaja-autettava -kategoriaparia tasa-arvoisempi. Tämä ei kuitenkaan ole ainoa mahdollinen tapa ajatella uudelleen palvelujärjestelmän ja asiakkaan suhdetta; samanlaisia pyrkimyksiä on ollut aikojen saatossa myös palvelujen sisällä.

8 Kotiinpaluu

Campbellin sankarimatkan kaavassa kotiin palaavan sankarin tehtävänä on uudistaa yhteisöä sen avulla, mitä hän on matkallaan oppinut. Kun tarinan sankari on koetusten tieltä löytänyt häneltä kadoksissa olleet asiat, on hänen vastuullaan palata takaisin elämään ne mukanaan. (Campbell 2008, 167.) Myyttinen sankari voidaan ottaa vastaan esimerkiksi ylösnousseena vapahtajana. Saduissa ja elokuvissa matkaltaan aarteineen palaava sankari saa prinsessan ja puoli valtakuntaa. Toisinaan sankari vain ratsastaa vaitonaisena auringonlaskuun kohti uusia seikkailuja.

Tässä tutkimuksessa kertojien kotiinpaluun tunnelmaa sävyttävät juhlien tai uusien seikkailujen sijaan hiljaisuus, vaatimattomuus ja nöyryys. Kotiinpaluun episodissa tavoitteet ja kiitollisuuden aiheet ovat pieniä ja arkisia.

N: Kaikista tärkeintä on tänään muistaa raittiina pysyminen ja itsensä hoitaminen. Mä oon saanu hyvii ihmissuhteita, raittiita ihmissuhteita. Mulla on kissa. Mä jaksan tänä päivänä tiskatakki jopa kotona joka päivä ja huolehtii itsestäni ja joskus jopa laittaa meikkiä. Siit se rakentuu se arki, pikkuasioista. Arjessa on se salaisuus, se salaisuus ei oo missään isois jutuis vaan niis pienis jutuis.

Arjessa on oma ilonsa, jonka salaisuus on uudessa kyvyssä selviytyä sen asettamista velvollisuuksista. Matkalta on opittu taitoja, joista yksi on kärsivällisyys.

M: Ja se on parempi laittaa yks tikku ristiin, jos pitää miljoona tikkuu ristiin laittaa, ku et yhellä heitolla kaikki tiputtaa, et kaikki tai ei mitään.

Alkoholismiin altistavista persoonallisuudenpiirteistä on tehty tutkimuksia. Cloningerin tyyppityksen mukaan riippuvuudelle altistavat esimerkiksi impulsiivisuus, elämishakuisuus ja kyvyttömyys oppia virheistään (Kiianmaa 2013, 30). Impulsiivisuudesta pois oppiminen ja kärsivällisyyden taito on merkittävä lisäys kertojan inhimilliseen pääomaan.

Toinen kertomuksissa esille tuleva taito on rehellisyys. Päihdekuntoutuksessa sen avulla luodaan yhteisöllistä turvallisuudentunnetta (Granfelt 2003, 72–75). Koski-Jänneksen ym. (1998, 183) tutkimuksessa rehellisyys ja rohkeus seurasivat riippuvuuskäyttäytymisen lopettamista toipumisreitistä huolimatta. Rehellisyys on Suomessa yhteisöllinen normi, jolla tehdään eroa toisiin kulttuureihin. Rehelliseksi itseään kuvaava kertoja osoittaa tavallisuutta ja valtakulttuuriin kuulumista.

M: Mä elämässä ensimmäisen kerran rupesin rehelliseksi tuolla [laitoskuntoutus]. Et se oli yks semmonen juttu, mikä pitää mua raittiina. Et se on se mun tärkein juttu. Et jokaisella ihmisellä on se oma juttu, mulla on se rehellisyys.

Matkalla opittujen taitojen käyttö edellyttää raittiutta. Kuusiston (2010) tutkimuksessa alkoholismista toipuneet lopettavat alkoholin ongelmakäytön ja palaavat normaaliin elämään. Myös tämän tutkimuksen kertojille tavallisuus ja normaalius, joka määritteli lähtökohtia ennen päihde- ja mielenterveysongelmiin joutumista, on jälleen arvostettu tavoitetila. Campbellin (2008, 22, 223–230) kuvaamaa kosmogonista kehää seuraten sankari löytää uuden merkityksellisyyden niistä yhteisöllisesti hyvinä pidettävistä asioista, joita hän on aikakautensa ja kulttuurinsa kasvattina kantanut koko ajan mukanaan. Tamminen (2000, 61) kuvaa päihdetoipujien tavoitteeksi irrottautumisen päihteiden käytön tuomasta kollektiivisesti koetusta poikkeavuudesta. Douglas (2011) määrittelee tämänkaltaisen poikkeavuuden yhteistä hyvää uhkaavaksi anomaliaksi.

Kertojille tavoittelemisen arvoinen tavallisuus ja normaalius tarkoittavat mahdollisuutta osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan esimerkiksi työn ja kuluttajuuden kautta.

N: (...) ja toipuminen on myöskin sitä, et mä niinku ajattelen sitä, et mä kuntoudun ja opettelen tätä uutta, et mä vois in joku päivä elää haavettani ja olla niinku tän yhteiskunnan jäsen, saada tehdä vähän töitä. Et mä en haluu olla mikään suuri ihminen, vaan pieni ihminen kuitenkin. Niinku yks muurahainen siin kasas. Ja jotenki niinku olla... Maksaa omat laskuni ja kuuluu tähän juttuun.

Pelkkä käyttökulttuurista irrottautuminen ja valtakulttuuriin liittyminen eivät kuitenkaan riitä, vaan tilalle täytyy löytää myös sellaisia toimintoja, jotka ovat yksilöllisesti merkityksellisiä kertojalle itselleen. Kuten eräs kertojista toteaa:

M: Pähhteettömyys on elämä miinus alkoholinkäyttö. Entinen elämä miinus alkoholinkäyttö, mikä on aika huono ratkasu. Siis sen tilalle ei oo tullu mitään sellasta uutta, mikä olis samanlainen ku, tuonu jotain virikkeitä, auttanu tähän masennukseen.

Ilman uutta sisältöä elämä tuntuu merkityksettömältä, vaikka päihdeongelma olisikin jo selätetty. Toipuminen ei pelkisty pähhteettömyyteen sen enempää kuin mielenterveyden oireilun puuttumiseen. Knuutin (2007, 169) mukaan tavoiteltavan arvoinen tavallinen elämä ei merkitse samaistumista epämääräiseen ja merkityksiltään tyhjään normaliteettiin. Virokannas (2004, 141) puhuu konventionaalisesta normaalista, joka päihdeitä käyttävien ja vaihtoehtoisesti elävien nuorten mielikuvissa sisältää paitsi myönteisiä ulottuvuuksia myös tylsyyttä ja ahdistavuutta. Yhteiskunnan normeihin sopeutuminen voi olla järjestelmän näkökulmasta kuntoutumista, mutta ilman yksilöllisen merkityksellisyyden löytymistä siitä ei voi puhua toipumissuuntautuneen ajattelun mukaisena toipumisena. Toipumissuuntautuneessa ajattelussa keskiössä on yksilön oma kokemus hyvästä elämästä (Toivio & Nordling 2013, 329).

Kuntoutumista ja toipumista voi tapahtua, vaikka oireet eivät häviäisikään (Tuulio-Henriksson 2013; Kankaanpää & Kurki 2013, 9; Drake ym. 2007, 133). Tämän tutkimuksen kertojista osa ei edes haaveile elämästä ilman päihde- tai mielenterveysongelmaa. Toipumista kuvaa tällöin esimerkiksi harhojen hyväksyminen osaksi elämää, sekä tavoite elää pähhteittä.

N: Tän kanssa oppii elämään että. Sinnittelis vaan, ettei siihen keppanaan tarvis turvautua.

Kertojan tavoitteena ei ole tavanomainen päihdeidenkäyttö, mikä suomalaisessa kulttuurissa tarkoittaisi kohtuukäyttöä. Toipumisessa pyrkimyksenä voi olla kiinnittyminen toipumiskulttuuriin eli eläminen pähhteettömässä marginaalissa keskellä alkoholilla kyllästettyä valtakulttuuria. Tällöin oma marginaalinen asema on itse haluttu ja valittu, eikä edellytä pakkoa tai vastentahtoisuutta. Toipumiskulttuuri on usein ehdoton, sillä varsinkin raittiuden alussa kohtuuden ja riskikäytön välinen raja on toipujalle häilyvä (Knuuti 2007, 42). Normaaliutta toipumiskulttuurissa elävälle on oma tunnustettu paikka, jossa voi toimia tasavertaisena muiden kanssa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi mahdollisuutta saada alkoholiton juomavaihtoehto oletuksena tai todeta se,

ettei juo, ilman selontekoa. Kuten Knuuti toteaa, päihdeongelmasta selviytymisen jälkeen ihmisen elämä on aina erilaista kuin ennen riippuvuuden syntymistä, eikä suhde päihteisiin koskaan muutu merkityksettömäksi toipujalle. (Knuuti 2007, 31.)

Kotiinpaluun episodissa kertojat kuvaavat identiteettiään seuraavilla substantiiveilla ja adjektiiveilla:

vertsi, palveluohjaaja, päihteen, täysraitis, alkoholisti, hyvin NA:lainen, sairas ihminen, hullu, maaninen, skeptinen kyynikko, herkkä ihminen, putkiaivo, perheetön, äiti

Tapa kuvata identiteettiä henkilökohtaisten ominaisuuksien avulla säilyy läpi koko sankarimatkan. Se on myös kotiinpaluun episodissa suosituin identiteetin kategorisoinnin tapa. Identiteetin kuvaus sankarimatkan viimeisessä episodissa on kuitenkin huomattavan niukkaa. Kulttuurissamme koetusten tieltä kotiin palaavia kertojia ei oteta vastaan juhlittuina sankareina. Toipujalta puuttuu oma hyväksytyt ja arvostettu sosiaalinen identiteettinsä. Päihteiden käytön lopettaneet kertojat ovat liminaalitulassa; vanha päihdeongelmaisen identiteetti ei enää vastaa kokemusta itsestä, mutta tilalle ei ole vielä löytynyt uutta. Virokannas (2004, 26) kuvaa väitöstutkimuksessaan päihdekuntoutuksessa olevien nuorien kokevan samankaltaista määrittelemättömyyttä.

Kotiinpaluun episodissa kertojat kuvaavat suhdettaan päihteisiin ensimmäisen kerran raittiutena. 12 askeleen itseapuryhmät AA ja NA perustuvat oman elämäntarinan jakamiseen ja toipumisen keskiössä on uuden identiteetin kertomuksellinen rakennustyö (Arminen 1998, 15). Kertojien identiteettikuvauksissa tämä näkyy alkoholistin ja NA:laisen identiteetin sisäistämisenä. Ulkoapäin tuotetut sosiaaliset identiteetit sisäistyvät usein ihmisen henkilökohtaiseksi identiteetiksi (Kulmala 2006). Tämä on havaittavissa myös kotiinpaluun episodissa. 12 askeleen ohjelmiin perustuvien identiteettikuvausten lisäksi kertojat toistavat palvelujärjestelmältä saatuja vertais- ja palveluohjaajan nimiä. Kaikkia ammattilaisten tekemiä sosiaalisen identiteetin tarjouksia he eivät kuitenkaan ole vielä rohjenneet sisäistää. Näissä identiteettikuvauksissa lääkäri on kutsunut kertojaa ”lääketieteelliseksi ihmeeksi” tai ”onnenpekaksi” tai sanonut, ettei ”tunnista samaksi ihmiseksi enää”.

Uudet sairaan, hullun ja maanisen identiteettikuvaukset täydentävät psyykkisesti sairaan identiteettikategoriaa, jonka kertojat ovat omaksuneet hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä. Palvelujärjestelmä on perinteisesti ohjannut

samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta kärsivien hoitoa jaksottaiseen suuntaan, jossa päihdeongelma hoidetaan ensin. Kotiinpaluun episodissa kaikkien kertojien päihteiden käyttö on hallinnassa, joko ilman järjestynyttä tukea, vertaisryhmän, avo- tai laitospalvelujen tuella. Sen sijaan mielenterveydessä on edelleen parantamisen varaa. Sankarimatka on opettanut nöyryyttä hyväksyä myös mahdollisesti stigmatisoiva sairaan sosiaalinen identiteetti. Sairaana kategorian omaksuminen helpottaa palvelujen saamista.

Tarinan sankarin pöyhkeilevistä alatyypeistä – taistelijasta, pyhimyksestä, hallitsijasta tai maailman pelastajasta – kotiinpaluun episodissa on vaikeaa tunnistaa yhtäkään. Rakastaja on kuitenkin edelleen jäljellä.

N: Tottakai se kipu on niinku sellanen mitä, mikä liittyy esimerkiksi niinku mun omii lapsii, sillee et mä en pystyny sitä vanhemmuutta viemään loppuun niinku mä olisin halunnu niin kylhän sen kans pitää viel tehä paljo töitä.

Vanhemmuuden kategoriavihjeen kautta rakentuva äidin identiteetikategoria kuvaa sankaria rakastajana. Äitiyteen liittyy surua, itsemyötätuntoa ja toivetta lasten kanssa yhteisestä elämästä, tavalla tai toisella. Lapset ovat rakkaimpia, vaikka asuisivat muualla ja vaikka yhteys olisi toistaiseksi katkennut. Lasten elämästä poissaolevan äidin toimijuutta kertomuksessa kuvaa valmius tehdä töitä vanhemmuuden eteen. Lapsensa takaisin saaneen kertojan toimijuutta kuvaa se, että hän pystyy kertomaan lapselleen siitä mitä on tapahtunut, ja mitä seurauksia tapahtumilla on ollut. Äidin identiteetti liittyy perheenjäsenyyteen, joka myös kotiinpaluun episodissa tarjoaa toipumispääomaa.

Kotiinpaluun episodissa sankarimatka on takana, mutta tulevaisuus on tuntematon. Varsinkin päihteettömyydessä tavoitteena on usein 12 askeleen ohjelman opetusten mukaisesti vain tämä päivä. Vaikka yhteisöllisesti tarjolla ei olisi mitään sopivaa sosiaalisen identiteetin kategoriaa, voi silti iloita, että on yleensä olemassa.

M: Että ei luuppaa sitä menneisyyttä, se on tosi tuhoisaa, en mä voi saada sitä hienoo korttipakkaa, mikä mulla oli joskus sillon nuorena miehenä, takas, en voi, mut mä voin silti niinku tällä hetkellä tuntea hyvää oloa siitä, että mä olen minä.

Se, miltä kertojat odottavat pysyvyyttä, on palvelujärjestelmältä saatava apu ja tuki. Kertojat kuvaavat toipumisen pitkänä prosessina, johon saadun tuen tulisi niin ikään

olla ilmapiiriltään kiireetöntä ja luonteeltaan pitkäkestoista. Siinä missä aktivointipolitiikkaan perustuva palvelujärjestelmä haluaa tarjota nopeita ja tehokkaita hoito- ja kuntoutusohjelmia, kertojat toivovat henkistä hoivaa ja kestäviä ammattilais-ihmissuhteita.

M: Niinku esimerkiks kun mul oli A-klinikalla viis vuotta sil samal sosiaaliterapeutil, ketä jäi eläkkeelle sitte, ni siin viides vuodes oppi jo tuntee ihmisen aika hyvin ja vähän niinku ehkä ennakoimaan sen käyttäytymistä, kaikkee tämmösii positiivisia asioita, mitä ei ehdi syntyä siinä, et jos sut otetaan johonki A-klinikalle ja sit tehään joku nopee arvio ja syötetään vähän lääkkeitä ja lähetetään ulos.

Hoiva käsitteenä eroaa hoitotyöstä siinä, ettei sen perusta ole terveydenhuollollinen, vaan sosiaalihuollollinen. Hoiva on asiakaslähtöistä, käytännöllistä ja tunneperäistä ja sitä määrittelee läsnäolo, välittäminen ja sitoutuminen. Toisin kuin hoito ja kuntoutus, hoiva on kestoltaan arkista ja jatkuvaa. Hoivan saaminen kytkeytyy henkilökohtaiseen sosiaaliseen ja fyysiseen pääomaan sekä yhteisölliseen pääomaan. Käytännössä kyse on verkostoista, varallisuudesta ja käytettävissä olevista palveluista. Hoiva järjestyy usein epäammattillisesti ja palkattomasti ja on sukupuolittunutta eli naisten tuottamaa. Tällaisena hoivan saatavuuden kysymys on kysymys sosiaalisista oikeuksista ja tasa-arvosta. Kaikilla ei ole hoivan saamisen mahdollisuutta ilman riittävän käyttäjäystävällistä palvelujärjestelmää. (Aarva 2009, 34–36; Juhila 2006, 153–155, 161–166.)

Henkinen ja sosiaalinen hoiva eroavat ruumiillisesta ja jatkuvaan läsnäoloon perustuvasta hoivasta. Henkinen hoiva käsittää esimerkiksi toivon sytyttämisen keskelle pimeimpiä hetkiä:

M: (...) oli mun työntekijä, sitte mä sanoin, et nyt menee kämppä ja (...) sano, et ei mee. Se oli rosiksessa se kämppä ja kaikkee, mä sain pitää sen. Mulla oli vuokralla ja mä maksoin sitä ja sosiaalitoimisto makso sitte loput. Ei sitä ollu, ku muutama satanen. Se meni oikeuteen, mutta sain pitää.

Sosiaalityössä erityisesti henkisen ja sosiaalisen hoivan ymmärretään olevan osa huolenpitosuhdetta. Vaikka hoiva ja huolenpito sisältyvät niin sosiaalityön arvoihin, teorioihin kuin käytäntöihinkin, niiden paikka tehokkuutta korostavassa palvelujärjestelmässä on moniongelmaisten asiakkaiden tarpeisiin nähden liian ahdas. (Juhila 2006, 153–155.) Nopeuteen perustuvaa tehokkuutta palvelujärjestelmässä peräänkuulutetaan vastakkaisesta tutkimusnäytöstä huolimatta. Toipumisprosessi kestää

myös tutkimusten mukaan vuosia ja varsinkin pitkäaikaistyöttömien avoimille työmarkkinoille sijoittumista edistävän aktivointipolitiikan tulokset ovat olleet vaatimattomia. (Hämäläinen 2013, 184–185; Knuuti 2007.)

Kertojille tärkeää on palveluihin pääseminen matalalla kynnyksellä. He toivovat, että luokittelun ja mitattavien arvojen sijaan työskentelyn pohjaksi otettaisiin yksilöllinen tilanne.

M: (...) mä oon niinkun todennu että tää mielenterveyshoidon organisaatio on aika jotenki joustamatonta ja et se on liian numerokeskeistä. Että tuota, vaikka kaks ihmistä niinku kirjottaa jonku ahdistuksen kohtaan sen numero kolmosen niin silti tarinat siellä takana on aivan erilaisia mistä ne lähtökohdat on. Ja että tässä niinku yritetään puristaa ne kaikki oireet tai oireilut aina yhden diagnoosin taakse ja ihmisiä kohdellaan niinkun et pelkästään sen diagnoosin pohjalta. Että ehkä enemmän ois toivonnu semmosta niinku yksilökeskeistä niinku lähestymistä (...) et oltais vaikkapa käyty ne lomakkeet läpi et miksi vastasit tähän näin.

Kertomuksissa esille tuotu toive koskee yhtäläisesti sekä psykiatrian että päihdehuollon palveluja.

N: (...) Ettei vaa oo et katotaa et ”äitillä on alkoholiongelma” piste niinku. Ja äiti on väsyny... Et nähtäs, et miks se äiti on väsyny, mitä sille on tapahtunu siellä taustalla.

Toipumissuuntautuneessa järjestelmässä mittaamista ja kategorisointia tärkeämpää on kysymys siitä, mitä asiakkaan elämässä on tapahtunut. Tämä johtaa niiden tekijöiden jäljille, jotka ovat aiheuttaneet tilan heikentymistä. Kysymystä tarkastelemalla kuntoutuja oppii tuntemaan omia oireita laukaisevia tekijöitä ja välttämään niitä tai hakemaan tukea riittävän ajoissa. (Toivio & Nordling 2013, 330–331.)

Tämän tutkimuksen kertojat ovat osanneet kertoa sankarimatkastaan, sen lähtökohdista ja matkallelähdestä, kohtaamistaan varjoista sekä hoidosta ja kuntoutuksesta.

Kotiinpaluun kohdalla sanat loppuvat. Ne, jotka ovat eläneet kertomaan, hiljenevät. Palvelujärjestelmää tämä haastaa ottamaan toipujat vastaan sankareina ja sanoittamaan heille uusia sosiaalisia identiteettejä. Ammattiin ja perheenjäsenyyteen liittyvät identiteettikategoriat sisältävät päihitteettömyyteen liittyviä velvoitteita, vahvistavat tavallisuutta ja kohottavat sosiaalista statusta sekä omanarvontuntoa. Myönteiset henkilökohtaiset ominaisuudet tukevat käsitystä selviytymisestä ja pärjäämisestä.

Identiteettityötä ja toipumispääoman kertymistä tukeva palvelujärjestelmä ylläpitää tämänkaltaisia identiteettikategorioita.

Kokemusasiantuntijan ja vertaisen kategoriat ovat suhteellisen uusia sosiaalisen identiteetin kategorioita, joiden turvin päihde- ja mielenterveysongelman kokenut henkilö voi jakaa matkallaan oppimiaan tietoja ja taitoja. Kokemusasiantuntijan asiantuntija-asema edellyttää palvelujärjestelmältä sen tunnustamista sekä mahdollisuuksia toimia asiantuntijana (Miettinen ym. 2017, 32). Siinä missä vertainen tai vertaisohjaaja toimii asiakastyössä ihmisenä, joka tuntee varjojen maailman ja on löytänyt oman polkunsu sieltä ulos, kokemusasiantuntija edustaa palvelujen käyttäjää, jonka luonnollinen toiminta-areena on palvelujen kehittäminen.

9 Tutkimuksen yhteenveto ja pohdinta

9.1 Tarinan juoni

Tässä tutkimuksessa kertojat kuvaavat samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumista sankarimatkan tarinatyyppin mukaisesti. Kertomuksissa he esiintyvät itse päähenkilöinä, sankareina. Sankarimatka koostuu seikkailuun kutsun, koetusten tien ja kotiinpaluun episodeista. Sankarin arkkityyppiset ilmentymät ja toimijuus ovat läsnä tarinan kaikissa episodeissa.

Kertojien identiteetti muuttuu ja rakentuu erilaiseksi episodista toiseen. Tämän tutkimuksen kertojat ovat ennemmin tai myöhemmin saaneet toipumisensa tueksi tarvitsemiaan palveluja. Kaikissa episodeissa heidän käytössään on toipumispääomaa, joka toimii resurssina palvelujen saamiseen ja toipumiseen. Toipumispääoma tulee esille käytetyissä identiteettikategorioissa.

Kertojien matka alkaa seikkailuun kutsun episodista. Tässä tarinan ensimmäisessä episodissa kertojat kuvaavat lähtökohtiaan ja matkallelähtöään. Esittelen matkaan lähtijöiden kuusi identiteettikategoriaa, jotka muodostan identiteettikuvausten sekä kertomuksiin sisältyvien kategoriavihjeiden avulla. Nämä kovan jätjän, kiltin tytön, eroottisen tanssijan, aviomiehen, muukalaisen ja puolijulkiksen identiteettikategoriat linkittyvät toisiinsa muodostaen joko kategoriapareja tai -kokoelmia.

Sankarimatkan ensimmäisessä episodissa kertojat sijoittavat identiteettinsä useimmiten tavallisuutta ilmentäviin kategorioihin. Näistä poikkeamista he perustelevat selonteoin. Selonteot sisältävät kuvauksia tilanteista ja olosuhteista ja niiden aiheuttamasta uhriutumisesta. Esimerkki uhriutumisesta on kertomus jengiin ajautumisesta. Toisaalta kertojat kuvaavat toimijuutta marginaalisissa tiloissa, eivätkä perustele tekemiään valintojaan selonteoin. Esimerkki toimijuudesta on kertomus eroottisen tanssijan ammatin valinnasta.

Seikkailuun kutsun episodissa kertojat rakentavat identiteettiään tavallisimmin viittaamalla ammattiinsa. Ammattiin ja koulutukseen liittyvät identiteettikuvaukset muodostavat sosioekonomisen aseman ja koulutustason yläkategoriat. Nämä yläkategoriat sisältävät inhimillistä pääomaa ja ovat osaltaan toipumispääomaa. Seikkailuun kutsun episodissa toiseksi yleisin tapa kuvata identiteettiä on kuvaus henkilökohtaisista ominaisuuksista. Myös persoonallisuuden piirteet ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet ovat inhimillistä pääomaa silloin, kun ne vahvistavat kokemusta selviytymisestä ja pärjäämisestä. Muut ensimmäisen, seikkailuun kutsun episodin identiteettikuvaukset sisältävät kuvauksia perheenjäsenyydestä, asemasta viiteryhmissä ja tuloluokasta. Perheenjäsenyys on sosiaalista pääomaa, samoin kuin arvostettu asema viiteryhmissä. Tuloluokka taas on kuvaus fyysisestä pääomasta, joka inhimillisen ja sosiaalisen pääoman tavoin kerryttää toipumispääomaa.

Kertojien sankarimatka etenee kohti koetusten tien episodina. Koetusten tien episodissa kertojat kuvaavat kohtaamiaan varjoja sekä saapuvat hoidon ja kuntoutuksen näyttämölle. Varjoissa tyypillisin identiteettikuvaus on kuvaus henkilökohtaisista ominaisuuksista. Kertojat alkavat rakentaa identiteettiään suhteessa sosiaaliseen eristäytymiseen. Tämä kielii sosiaalisen pääoman vähenemisestä. Sosioekonomiseen asemaan liittyvät kuvaukset vähenevät noin puoleen, eikä koulutustaso tai perheenjäsenyys saa enää mainintoja. Yksilöittäin kertojat nimeävät itsensä useimmiten alkoholistiksi. Varjoissa toipumispääoma tulee esille niissä identiteettikategorioissa, jotka liittyvät ammattiin ja myönteisiin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin.

Kertomuksissa palvelujärjestelmä on ainoastaan yksi matkan näyttämöistä. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämö kokoa kaikki tarinan kertojat, jotka ovat tätä ennen vaeltaneet koetusten tiellä yksilöllisiä polkujaan. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä suosituin tapa kuvata identiteettiä on kuvaus henkilökohtaisista ominaisuuksista. Sosiaalisen identiteetin merkitys korostuu, sillä tavalliseksi kategorisoituminen voi johtaa palvelujen epäämiseen. Kertojat nimeävät itseään yhä enemmän niillä sanoilla, joita ammattilaiset käyttävät, ja esimerkiksi

psykkisesti sairaan identiteetikategoria saa nyt ensimmäisen mainintansa. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan tai -potilaan nimeä kertojat eivät identiteetikuvauksissaan käytä. Kertojien saamat palvelut ovat joko päihdeongelmallisille tai psykkisesti sairaille tarkoitettuja, eivätkä edellytä kaksoisdiagnoosiasiakkaaksi leimautumista.

Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä kertojien käytössä oleva sosiaalinen pääoma muuttuu toipumispääomaksi kertomuksissa palvelujen saamisessa auttaneista viranomaisista ja läheisistä. Toipumispääoma syntyy ydinperheitä ja sydänystäviä laajemmissa verkostoissa. Kertojia hoitoon saattaneista henkilöistä mainintoja saavat esimerkiksi työkaverit, tyttöystävän äiti, ex-mies ja kesäheila. Kertojat rakentavat asiakkaan identiteettiä erityisyyttä korostamalla. Samanaikaisissa päihde- ja mielenterveysongelmissa oleva kertoja ei samaistu muihin psykiatrian ja päihdepalvelujen asiakkaisiin.

Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä sosioekonomisen aseman yläkategoriaan kuuluvat identiteetikuvaukset vähenevät entisestään. Sen sijaan perheenjäsenyyteen liittyvät identiteetikuvaukset palaavat kertomuksiin. Nämä identiteetikuvaukset kertovat äitiydestä. Apua hakeva, käyttävä äiti saa vahvistusta toimijuudelleen ja toipumispääomalleen ammattilaisten tarjoamasta sosiaalisesta identiteetistä, kun hänet nimetään vastuuntuntoiseksi äidiksi.

Kun henkilökohtainen toipumispääoma koetusten tiellä hupenee, korostuu yhteisöllinen toipumispääoma. Kertomukset tarjotuista palveluista ja vertaisryhmien toiminnasta kuvaavat yhteisöllistä toipumispääomaa. Hoidon ja kuntoutuksen näyttämöllä konteksti tuottaa vakiintuneena kategorijäsenyyksenä hoitajan ja potilaan kategoriat. Vuorovaikutus ei onnistu, jos sen osapuolet eivät asetu valmiiksi määriteltyihin rooleihin (Juhila 2006, 205–209). Näin käy kertomuksessa, jossa hoitaja jäävää itsensä auttamistyöstä, kun kertoja tuottaa ensirakastajan vastapuhetta, eikä suostu asettumaan potilaan rooliin.

Sankarimatkan viimeisessä episodissa kertojat saapuvat kotiin. Kotiinpaluun episodissa kertojien identiteettikuvaus on huomattavan niukkaa. Koetusten tieltä hengissä selvinneet matkaajat eivät ole yhteisön silmissä juhlistettuja sankareita, vaan anomaalisia hahmoja ilman selkeää sosiaalista identiteettiä. Vertaisohjaajan eli ”vertsin” ja palveluohjaajan identiteetikuvaukset muodostavat tähän poikkeuksen. Näiden identiteettikuvausten kohdalla palvelujärjestelmän määrittämä sosiaalinen identiteetti antaa kertojalle arvostetun aseman sosioekonomisessa luokassa ja viiteryhmässä.

Vertsin ja palveluohjaajan identiteettikuvaukset sisältyvät yläkategoriaan sosioekonomisen asemasta sekä yläkategoriaan asemasta viiteryhmässä. Nämä yläkategoriat sisältävät sekä sosiaalista että inhimillistä pääomaa ja kartuttavat toipumispääomaa.

Taulukko 1: Toipumispääomaa sisältävät identiteetin kategoriat episodeittain.

EPISODI	identiteettikuvaus	yläkatgoria	toipumispääoman laji
Seikkailuun kutsu, lähtökohdat	<i>päiväopiskelija, eroottinen tanssija, ravintolakokki, ylioppilas, yo-merkonomi, kirjanpitoapulainen, atk-yhteyshenkilö, atk-suunnittelija, atk-ihminen, it-konsultti, freelancer, osakas firmassa, yrittäjä</i>	sosioekonominen asema, koulutustaso	inhimillinen pääoma
	<i>hirveen herkkä lapsi, pojan viikari, hullu tarzan, nuori ja vähän villi, arka ja ujo, päiväsäde, kova jätkä, duracell-pupu, kiltti tyttö, ihan kakara</i>	henkilökohtainen ominaisuus	inhimillinen pääoma
	<i>perikeskiluokkaisen perheen vanhin tyttö</i>	perheenjäsenyys, tuloluokka	sosiaalinen pääoma, fyysinen pääoma
	<i>puolijulkkis</i>	asema viiteryhmässä	sosiaalinen pääoma
Koetusten tie, varjot	<i>ulospäinsuuntautunut ihminen, periaatteen kaveri, luotettava tyyppi, hyvä tyyppi, hyvä mies, ei sairas, semmoinen joka on hoitanut aina kaikki velat</i>	henkilökohtainen ominaisuus	inhimillinen pääoma
	<i>kassatarjoilija, taksikuski, yökusi, vuoropäällikkö, projektipäällikkö, tutkimusassistentti</i>	sosioekonominen asema	inhimillinen pääoma
hoidon ja kuntoutuksen näyttämö	<i>ryhmäihminen, yhteisöhenkinen ihminen, sellainen ihminen joka ei tykkää hissuttelusta ja hyssyttelystä, taistelijaluonne, selviytyjä, ei niitä jotka haisee viinalle, 54-vuotias</i>	henkilökohtainen ominaisuus	inhimillinen pääoma
	<i>äiti, perheenäiti</i>	perheenjäsenyys	sosiaalinen pääoma
	<i>myyntineuvottelija</i>	sosioekonominen asema	inhimillinen pääoma
Kotiinpaluu	<i>päihteetön, täysraitis, alkoholisti, hyvin NA:lainen, herkkä ihminen, putkiaivo</i>	henkilökohtainen ominaisuus	inhimillinen pääoma
	<i>palveluohjaaja, vertsi</i>	sosioekonominen asema, asema viiteryhmässä	inhimillinen pääoma, sosiaalinen pääoma
	<i>äiti</i>	perheenjäsenyys	sosiaalinen pääoma

9.2 Tarinan opetus

Perinteisissä tarinoissa sankari on se, joka selviytyy koettelemuksista kertomaan tarinaansa ja jakamaan viisauttansa. Sankari on kuolematon. Tämän tutkimuksen kertojista yksi on kuitenkin kuollut tutkimusprosessin aikana. Vakavissa mielenterveysongelmissa olevat kohtaavat kuoleman keskimäärin 15–20 vuotta muita aiemmin (Wahlbäck ym. 2011). Pitkäsen (2017, 23) tutkimuksessa päihdehuollon laitostuntoutuksessa olleiden, myöhemmin huumeisiin kuolleiden elinikä oli noin 35 vuotta ja alkoholiperäisiin tauteihin kuolleiden noin 50 vuotta. Kuolleisuuden vähentäminen perustelee kuntouttavien palvelujen ohella järjestettävät haittoja vähentävät palvelut. Elämän pituuden lisäksi merkityksellistä, jopa merkityksellisempää, on elämän laatu. Palvelujärjestelmältä tämä vaatii kykyä auttaa ja tukea päihde- ja mielenterveysongelmissa olevia pysymään kiinni sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteisöllisessä toiminnassa. Se edellyttää yhteisöllisen toipumispääoman säilyttämistä ja kartuttamista.

Palvelujen portinvartijat jakavat tavallisesti tarvetta niukemmin resursseja.

Konsumerismin ideologia vaatii asiakkailta sen kaltaista aktiivisuutta, johon akuuteissa päihde- ja mielenterveysongelmissa oleva ei aina pysty. Toisaalta tuottaja-kuluttaja -asetelma vauhdittaa institutionalisoituneen auttaja-autettava -asetelman purkautumista. Hoitoon ja palveluihin ohjaamisessa ja niissä tukemisessa läheiset ja omaiset ovat tärkeässä asemassa. Asiakaskeskeisessä palvelujärjestelmässä asiakkaan annetaan itse määrittellä läheisverkostonsa. Verkostoa myös tuetaan asiakkaan tukemisen ohella.

Sekä vakavaan päihde- että vakavaan mielenterveysongelmaan liittyy sosiaalista eristäytymistä ja haastavaa käyttäytymistä. Tästä syystä asiakkaan omaisten tai läheisten tarjoama tuki voi olla rajallista tai sitä ei ole enää lainkaan. Sosiaalisen verkoston tuki palvelujen vaatimiseen ei voi olla edellytys palvelujen saamiseksi. Palvelujärjestelmän on tarjottava myös matalan kynnyksen ja kotiin vietävää palvelua. Erityisen tärkeää tämä on niille päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville henkilöille, joilla toipumispääomaa on vain vähän. Toipumispääoma on ongelmien ennaltaehkäisy, hoidon ja kuntoutuksen kannalta keskeinen tekijä. Toipumispääoman arviointiin on olemassa valmiita mittareita, joiden avulla voi arvioida asiakkaan henkilökohtaista fyysistä, inhimillistä ja sosiaalista pääomaa sekä hänen paikallisyhteisönsä toipumispääomaa. Granfieldin & Cloudin (1999) mukaan sosiaalinen pääoma on

toipumispääoman ydin. Toipumispääomaa synnytetään kuitenkin myös ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Tässä tutkimuksessa tulee esille käytettyjen identiteettikategorioiden merkitys toipumispääoman lähteenä.

Kuntoutujan sosiaalisen pääoman kartuttaminen vaatii järjestelmältä asiakkaiden aktiivista auttamista vertaisryhmiin ja toipumiskulttuuriin kiinnittymisessä niiden kohdalla, joilla sosiaalista pääomaa ei juuri ole. Vertaistuen saaminen itselle kasvattaa sosiaalista pääomaa, mutta myös sen antamisen toisille on todettu vahvistavan omaa raittiutta (Zemore 2004, 1019–1020). Päihde- ja mielenterveysongelmista toipuneille vertaisen ja kokemusasiantuntijan käsitteet tarjoavat sellaisen yhteisöllisesti hyväksytyyn kategorian, jossa heidän kulkemaansa matkaa ja kokemuksiaan arvostetaan.

Tämän tutkimuksen kertojista kuusi toteaa yrittäneensä itsemurhaa. Ilkeiden ongelmien keskellä on tärkeää ylläpitää toivoa. Kertojille toivoa ovat antaneet yksittäiset työntekijät, merkitykselliset lääkkeet, valinnaiset hoitopaikat sekä vertaisyhteisöt. Järjestelmän tiukka jaottelu hoidossa hyväksytyihin lääkkeisiin tai asiakkaalta edellytettävään riittävään normaaliuteen ehtona psykososiaalisen tuen saannille ovat sen sijaan tukahduttaneet heidän toivoaan.

Kertomuksissa tulee esille vaikeudet saada erityisesti psykiatrasta hoitoa. Vuoden 2014 sosiaalihuoltolaki edellyttää sosiaalipalveluissa järjestettävän asiakkaan tarpeiden mukaista mielenterveystyötä, kuten neuvontaa ja ohjausta mielenterveyttä suojaavista ja sitä vaarantavista tekijöistä sekä tarpeenmukaista yksilön ja perheiden psykososiaalista tukea (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 3. luku 11§, 25 §). Sosiaalipalveluissa järjestettävää mielenterveystyötä voidaan vahvistaa tutustumalla mielenterveysongelman psykologisiin, käyttäytymistieteellisiin ja sosiokulttuurisiin selitysmalleihin ja tarjoamalla näihin perustuvia ennalta ehkäiseviä ja perusterveydenhuoltoa tukevia mielenterveyspalveluja. Nämä palvelut voidaan toteuttaa psykiatrasta erikoissairaanhoidon matalammalla kynnyksellä.

Palvelujärjestelmältä samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma vaatii paitsi hoitoa myös hoivaa, huolenpitoa ja vahvaa palveluohjauksellista otetta osana kuntoutusta. Näitä ilman asiakas on vaarassa siirtyä kokonaan virallisen järjestelmän ulottumattomiin, varjojen maailmaan. Varjoissa laskujen annetaan valua ulosottoon, erilaiset pelot ja väkivalta ovat arkipäivää, lääkityksiä haetaan ensisijaisesti päihdekäyttöön ja elämäntapa rahoitetaan rikollisella toiminnalla. Monimutkaisissa ja kuormittavissa tilanteissa huolenpidon toteuttaminen edellyttää koordinoitua. Tällaisissa elämäntilanteissa eläviltä ihmisiltä on kohtuutonta odottaa asiakas-

kuluttajuutta, jossa itse selvittää etuuskia ja palveluja, vertaillaan niitä ja vaaditaan itselle sopivia palvelukokonaisuuksia. Koordinointiin keskittyvä yksilökohtainen palveluohjaus on huolenpidon sisältävä sosiaalityön menetelmä, joka mahdollistaa ja tukee asiakkaan yksilöllistä toipumisprosessia (Juhila 2006, 177).

Ihmisen elämässä on monia erilaisia vaiheita; polku alkaa jostain ja päättyy jonnekin ja niiden välillä on seikkailu. Avun tarpeen keskellä vaikeita aikoja ja haastavia tilanteita käy läpi oman elämänsä sankari. Sankari on taistelija, rakastaja ja maailmanpelastaja, joskus pyhimyskin. Sankari ei ole ”toinen”, vaan kuten minä itse. Toimijuus ei aina tule esille palvelujen sisällä, vaan vaatii kurkistamista asiakkaan arjen näyttämöille. Pohjola tuo asiakaslähtöisyyttä haastamaan asiakasohjautuvuuden käsitteen, jossa asiakkaan tarpeet määrittävät palveluja astetta velvoittavammin (Pohjola 2017, 309–310). Parhaimmillaan asiakkaan toimijuutta ja sankarimatkaa tuetaan kokonaisvaltaisesti ja konkreettisesti kohti hänen itse määrittelemäänsä päämäärää, vähemmän kynnyksenvartijana ja enemmän mentorina, joskus vain matkakumppanina.

Samanaikaisissa päihde- ja mielenterveysongelmissa elävien henkilöiden kohtaamat tilat, ajatukset ja tilanteet ovat tavanomaista elämää eläville auttamistyöntekijöille vieraita ja jopa pelottavia. Tämä vaatii työntekijöiltä rohkeutta. Oman moraalisen normiston yhteisöllisen ja kulttuurisen luonteen tunnustaminen auttaa työntekijää tunnistamaan ja antamaan tilaa marginaaleissa elävien asiakkaiden omille tulkinnoille. Näistä tulkinnoista on mahdollista löytää ymmärrettäviä näkökulmia sekä avauksia dialogiin. Koetusten tieltä hengissä selvinneet henkilöt ovat työntekijöille arvokkaita kumppaneita. Kotiin palanneet voivat toimia toisia kulkijoita ymmärtävinä vertaisina. Kehittäjinä ja vaikuttajina heidän osaamistaan tarvitaan palvelujen suunnitteluun ja muotoiluun (Niskala ym. 2017, 8).

Pohjola varoittaa yksittäisen asiakaskokemuksen mystifioinnista ja keinotekoisesta jalustalle nostamisesta, joka johtaa tiettyjen kokemusasiantuntijoiden käyttöön kehittämistoiminnassa kerrasta toiseen (Pohjola 2017, 313). Monet tähän tutkimukseen osallistuneista kertojista toimivat erilaisissa vertaisyhteisöissä ja -järjestöissä, joiden ottaminen mukaan palvelujen kehittämiseen yksittäisten ihmisten sijaan voi olla hedelmällisempi tapa tehdä vastavuoroista ja tasavertaista yhteistoiminnallista kehittämistä. Järjestöjen asiantuntijuus on jatkuvasti uusiutuvaa vaihtuvien jäsenten ja uusien kokemusten kautta (Hokkanen ym. 2017, 279). Pohjola tuo esille toimivina asiakaskokemusta hyödyntävinä rakenteina myös kehittämiskahvilat, -tuvat ja -kammarit, raadit, neuvostot, foorumit ja paneelit, työryhmät sekä aluelautakunnat, jotka perustuvat asiakkaiden muodostamassa ryhmässä tehtävään kehittämistyöhön.

Yhteistoiminnallisessa kehittämisessä asiakkaiden kokemustieto sekä ammattilaisten kokemus- ja teoretieto kohtaavat parhaimmillaan vapaamuotoisena, tasa-arvoisena ja dialogisena vuorovaikutuksena. Aitojen näkemysten jakaminen ja omana itsenä toimiminen mahdollistuvat silloin, kun osapuolet kokevat olonsa riittävän turvalliseksi. (Pohjola 2017, 315, 318).

Toipuminen on pitkä prosessi. Kertajat kuvaavat tarvitsevansa pitkäkestoista ja kiireetöntä tukea. Riittävä tuki sisältää hoidon ja kuntoutuksen ohella henkistä hoivaa ja huolenpitoa. Ammattilaisten tekemät diagnoosit ja muut eksaktia tilannekuvausta tavoittelevat kategoriat tarvitsevat rinnalleen ja tilalleen selkokieleisiä ja vähemmän stigmatisoivia kategorisointeja. Tavallisuutta ilmentävien kategorioiden käyttö ainoastaan hoidon tai palvelun lopettamisen yhteydessä pakottaa asiakkaat hyväksymään sellaisia sosiaalisia identiteettejä, joiden turvin he voivat saada palveluja, mutta jotka eivät tue heidän tosiasiallista toimijuuttaan. Toipumispääomaa kartutetaan tarjoamalla asiakkaille sellaisia sosiaalisia identiteettejä, jotka vahvistavat heidän toimijuuttaan ja yhteiskunnallista normaliteettia. Asiakaslähtöiset palvelut kantavat vielä viimeisen, kriittisen siirtymäkohdan yli, kokonaan irti niistä identiteettikategorioista, jotka ovat rakentuneet suhteessa palvelujärjestelmään.

Myös tämän tutkimuksen tekeminen on ollut pitkä prosessi. Tänä aikana minun on ollut mahdollista seurata ja tukea psykiatria- ja päihdepalvelujen kehittämistä. Joitakin tässä tutkimuksessa esiin tulleita havaintoja ja kertojien esille tuomia epäkohtia on jo pystytty Helsingin kaupungin palveluissa korjaamaan. Ehkä tärkeimpänä niistä ovat virassa olevien sosiaalialan ammattilaisten tuominen osaksi psykiatrista hoitoa, mikä on mahdollistanut täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisen sosiaalisissa ja taloudellisissa ongelmissa oleville psykiatrian asiakkaille, sekä toipumispääomamittarin ottaminen päihdepalveluissa osaksi palvelun- ja hoidontarpeen arviointia.

Tutkimus on valmistunut oman työn ohessa lukuun ottamatta viiden kuukauden osittaista ja kahden kuukauden päätoimista opintovapaata. Näiden mahdollistamisesta kiitän työnantajiani Helsingin kaupunkia ja Oy Apotti Ab:tä. Yksi sankarimatka on tullut nyt päätökseensä. Olen kiitollinen niistä kertomuksista, joihin tämä tutkimus perustuu. Olen ollut etuoikeutettu, kun olen päässyt refleктоimaan tehtäväkenttäni tutkimuksen kautta. Kertajat ovat avanneet minulle ja tämän tutkimuksen lukijoille elämäänsä pelotta ja riskejä kaihtamatta. Olen kiitollinen heidän osoittamastaan luottamuksesta.

***M:** (...) Vaikeita, niin vaikee puhuu itestään.*

***P:** Kiva kuunnella kuitenkin.*

Lähteet

- Aalto, Mauri (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 1293–1298.
- Aalto Mauri (2013) Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 7–15.
- Aarva, Kim (2009) *Hoivan ja hoidon lähijohtaminen*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Alasuutari, Pentti (1999) *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Alho, Hannu (2013) Alkoholiriippuvuuden lääke- ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 55–64.
- Allardt, Erik (1998) Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Teoksessa J.P. Roos & Tommi Hoikkala (toim.) *Elämänpolitiikka*. Helsinki: Gaudeamus, 34–53.
- Anttonen, Veikko (1992) Uskonto ihmisen elämässä ja kulttuurin rakenteessa. Teoksessa Juha Pentikäinen & Katja Pentikäinen (toim.) *Uskonnot maailmassa*. Helsinki: WSOY, 10–30.
- Appelqvist-Schmidlehner, Kaija & Tuisku, Katinka & Tamminen, Nina & Nordling, Esa & Solin, Pia (2016) Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti* 24/2016, VSK 71, 1759–1764.
- Arminen, Ilkka (1998) *Therapeutic Interaction. A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Beresford, Peter & Wallcraft, Jan (1997) *Psychiatric System Survivors and Emancipatory Research: Issues, overlaps and differences*. Teoksessa Colin Barnes & Geof Mercer (toim.) *Doing Disability Research*. Leeds: Disability Press, 67–87.
- Beresford, Peter (2005) *Social Approaches to Madness and Distress. User Perspectives and User Knowledges*. Teoksessa Jerry Tew (toim.) *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers. E-kirja.
- Bourdieu, Pierre (2002) *The Field of Cultural Production, or: The Economic World Reversed*. Teoksessa Graig Calhoun, Joseph Gerteis, James Moody, Steven Pfaff & Indermohan Virk (toim.) *Contemporary Sociological Theory*. Hoboken: Blackwell Publishing, 289–304.
- Buckingham, Sarah A. & Frings, Daniel & Albery, Ian P. (2013) Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 27(4), 1132-1140.
- Campbell, Joseph (2008) *The Hero with a Thousand Faces*. Novato: New World Library.
- Currid-Halkett, Elizabeth (2017) *The Sum of Small Things. A theory of the Aspirational Class*. Princeton: Princeton University Press.

- Dingle, Genevieve A. & Stark, Claire & Cruwys, Tegan & Best, David (2015) Breaking good: Breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *British Journal of Social Psychology* Volume 54, Issue 2, 205–404.
- Dominelli, Lena (2005) *Social Work Research: Contested Knowledge for Practice*. Teoksessa Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (toim.) *Social Work Futures. Crossing Boundaries, Transforming Practice*. New York: Palgrave Macmillan, 223-236.
- Douglas, Mary (2011) *Puhtaus ja vaara. Rituaalistisen rajanvedon analyysi*. Tampere: Vastapaino.
- Drake, Robert E. & Mueser, Kim T. & Brunette, Mary F. (2007) Management of Persons with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorder: Program Implications. *World Psychiatry* 6, 131–136.
- Eliade, Mircea (2003) *Pyhä ja profaani*. Helsinki: Loki-Kirjat.
- Faulkner, Alison (2009) Principles and Motives for Service User Involvement in Mental Health Research. Teoksessa Jan Wallcraft, Beate Schrank & Michaela Amering (toim.) *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. Chichester: A John Wiley & Sons Ltd. Publication, 13–24.
- Giddens, Anthony (1990) *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.
- Granfelt, Riitta (1999) *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden Seura.
- Granfelt, Riitta (2003) *Päihitteettömien päivien talo. Tutkimus Kivitaskuyhteisöstä asukkaiden tulkitsemana*. Espoo: Espoon Diakoniasäätiö.
- Granfelt, Riitta (2010) *Syrjäytymisestä vapaaksi vankilassa?* Teoksessa Terhi Laine, Susanna Hyväri & Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveystieteet*. Helsinki: Tammi, 131–146.
- Granfield, Robert & Cloud, William (1999) *Overcoming addiction without treatment*. New York: New York University Press.
- Grandy, Gina & Mavin Sharon (2012) *Doing Gender in Dirty Work: Exotic Dancers Construction on Self-Enhancing Identities*. Teoksessa Ruth Simpson (toim.) *Dirty Work: Concepts and Identities*. London: Palgrave Macmillan, 91–112.
- Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (2017) HE 15/2017 <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015#idp445166208> Luettu 8.1.2019.
- Hammer, Rachel & Dingel, Molly & Ostergren, Jenny & Partridge Brad & McCormick, Jennifer & Koenig, Barbara (2013) Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm. *AJOB Neurosci.* 4(3), 27–32.
- Hautamäki, Lotta & Helén, Ilpo & Kanula, Saara (2011) *Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa*. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 70–110.
- Hayes, Steven H. (2013) *Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää*. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

- Hokkanen, Liisa & Nikupeteri, Anna & Laitinen, Merja (2017) Kokemusasiatuntijuus järjestöllisenä vaikuttamisena. Teoksessa Anneli Pohjola, Maarit Kairala, Hannu Lyly & Asta Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa. Tampere: Vastapaino, 265–285.
- Hyväri, Susanna (2001) Vallattomuudesta vastuuseen – Kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001. Helsinki: Tietosanoma.
- Hyväri, Susanna (2014) Palvelujen käyttäjiä osallistava kehittämis- ja tutkimustoiminta. Teoksessa Ari Nieminen, Ari Tarkiainen & Elina Vuorio (toim.) Kokemustieto, Hyvinvointi ja paikallisuus. Raportteja 177. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 177–191.
- Hyvärinen, Matti (2010) Haastattelukertomuksen analyysi. Teoksessa Johanna Ruusuvoori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. E-kirja.
- Hyvärinen, Matti (2017) Kertomushaastattelu. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvoori (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino. E-kirja.
- Hämäläinen, Kari (2013) Aktivointipolitiikan talouspoliittiset tavoitteet, tulokset ja merkitys yhteiskunnassa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Elsa Kesitalo (toim.) Kaikki työuralle! Työttömien aktivointipolitiikkaa Suomessa. Teema 18. Helsinki: THL, 173–189.
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2006) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes.
- Härkönen, Tero (2012) Päihdehuoltolainsäädännön kehittyminen Suomessa. Nykyisen päihdehuoltolain muotoutuminen ja siihen johtaneet tekijät. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Historia- ja maantieteiden laitos.
- Jahnukainen, Markku & Järvinen, Tero (2005) Risk factors and survival routes: social exclusion as a life-historical phenomenon. *Disability & Society* Vol. 20, No. 6, October 2005, 669–682.
- Jaakkola, Virpi (2018) Toipumisorientoitunut hoitojärjestelmä Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa. Julkaisematon esitys. Luettu 16.1.2019.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraali. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, Arja (2012) Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen Kategoriat, kulttuuri & moraali. Tampere: Vastapaino, 227–269.
- Jones, Maxwell (1968) *Social Psychiatry in Practice. The Idea of the Therapeutic Community*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2012) Poikkeavan kategorian jäsenyyden tuottaminen ja vastustaminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen Kategoriat, kulttuuri & moraali. Tampere: Vastapaino, 175–225.

- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012a) *Kategoria-analyysin juuret*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraalit*. Tampere: Vastapaino, 17–43.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012b) *Kategoria-analyysin teesit*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraalit*. Tampere: Vastapaino, 45–87.
- Juhila, Kirsi & Raitakari, Suvi & Hansen Löfstrand, Cecilia (2016) *Responsibilisation in governmentality literature*. Teoksessa Kirsi Juhila, Suvi Raitakari & Christopher Hall (toim.) *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. London: Routledge. E-kirja.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2004) *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY.
- Kaasila, Raimo (2008) *Eri lähestymistapojen integroiminen narratiivisessa analyysissä*. Teoksessa Raimo Kaasila, Raimo Rajala & Kari E. Nurmi (toim.) *Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä*. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.
- Kalliokoski, Annika & Voipio, Tiina & Ruokoniemi, Päivi (2016) *Psykyklääkkeiden käyttö on muuttunut 2000-luvulla*. *Sic! Lääketietoa Fimeasta*, 14–15.
- Kankaanpää, Sini & Kurki, Marjo (2013) *Recovery-ajattelu*. Teoksessa Hanna Falk, Marjo Kurki, Päivi Rissanen, Päivi, Sini Kankaanpää & Niina Sinkkonen *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 39*. Helsinki: THL, 9–10.
- Karjalainen, Jouko (2006) *Sivutietoa*. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Stakes, 319–335.
- Kiianmaa, Kalervo (2013) *Alkoholin vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys*. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 17–30.
- Knuuti, Ulla (2007) *Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*. *Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Koivunen, Hannele (1995) *Madonna ja huora*. Helsinki: Otava.
- Korkiamäki, Riikka (2013) *Kaveria ei jätetä! Sosiaalinen pääoma nuorten vertaissuhteissa*. Tampere: Suomen Yliopistopaino.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998) *Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä*. Helsinki: Tammi.
- Koski-Jännes, Anja & Jussila, Antti & Hänninen, Vilma (1998) *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava.
- Kulmala, Anna (2006) *Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kuula, Arja (2011) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Kushner, Howard I. (2010) Toward a Cultural Biology of Addiction. *BioSocietes* 5(1). https://www.researchgate.net/publication/43014590_Toward_a_Cultural_Biology_of_Addiction Luettu 2.2.2019.

Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi (2010) Mitä on syrjäytymisen vastainen työ? Teoksessa Terhi Laine & Susanna Hyväri & Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi, 9–25.

Laine, Timo (2018) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Raine Valli, Juhani Aaltola & Anne Laajalahti (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin, 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. E-kirja.

Laitila, Minna (2010) *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. University of Eastern Finland. *Dissertations in Health Sciences*, 31.

Le Boutillier, Clair & Leamy, Mary & Bird, Victoria & Davidson, Larry & Williams, Julie & Slade, Mike (2011) What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services* vol 62, no. 12, 1470–1476.

Leshner, Alan I. (1997) Addiction is a Brain Disease and It Matters. *Science* vol. 278, 45–46.

Lindh, Jari (2013) *Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Mawson, E. & Best, D. & Beckwith, M. & Dingle, G. A. & Lubman, D.I. (2015) Social Identity, Social Networks and Recovery Capital in Emerging Adulthood: A Pilot Study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 10:45.

McKeown, Thomas (1979) *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. New Jersey: Princeton University Press.

Metteri, Anna (2012) *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Miettinen, Riikka & Romakkaniemi, Marjo & Laitinen, Merja (2017) Historialliset painolastit asiakkaiden aseman haastajina. Teoksessa Anneli Pohjola, Maarit Kairala, Hannu Lyly & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Tampere: Vastapaino, 15–37.

Murto, Lasse (2006) Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) *Vääryyskirja*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 135–143.

Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2010) Miten Suomi juo? Alkoholin käyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa *Suomi juo. Suomalainen alkoholin käyttö ja sen muutokset 1968 – 2008*. Teema: 8, 39–54. Helsinki: THL.

Määttä, Anne (2012) *Perusturva ja poiskäännyttäminen*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

- Nieminen, Ari (2014) Kokemustiedon määritelmä ja muodot – Kohti uutta kokemuksen politiikkaa? Teoksessa Ari Nieminen, Ari Tarkiainen & Elina Vuorio (toim.) Kokemustieto, Hyvinvointi ja paikallisuus. Raportteja 177. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 14–30.
- Nordic Health Group (2016) Paljon palveluita tarvitsevien asukkaiden palveluiden integraatio ja ennaltaehkäisy sote-uudistuksessa. NHG:n näkemys 6.11.2016. https://www2.nhg.fi/nhgfi/wp-content/blogs.dir/164/files/2016/11/NHG_Integraatio_uudessa_sotessa.pdf Luettu 8.1.2019
- Nordling, Esa (2017) Toipumisorientaation perusteet. Julkaisematon esitys. Luettu 18.2.2019
- Nousiainen, Kirsi (2015) Narratiivinen haastattelu performanssina tuetun asumisen yksikössä. Kun päihdeongelma ja mielen sairaus ovat osallisina näyttämöllä. Teoksessa Sanna Aaltonen & Riitta Högbäck (toim.) Umpikujasta oivallukseen. Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Nuorvala, Yrjö (1996) Psykkisesti vaikeasti sairaat päihteiden ongelmakäyttäjät: kaksoisdiagnoosien problematiikkaa. Dialogi 6: 1.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Gissler, Mika (2013) Social Determinants of Mental Health: A Finnish Nationwide Follow-Up Study on Mental Disorders. Journal of Epidemiology and Communal Health. Vol 67 (12), 1025.
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) (2010) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: THL.
- Patton, Michael Q. (2002) Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Peele, Stanton (2004) Miten voitat riippuvuudet: 7 vallankumouksellista keinoa riippuvuuksista vapautumiseksi. Helsinki: Rasalas.
- Pentikäinen, Juha (1992) Pohjoisen uskonnot. Teoksessa Juha Pentikäinen & Katja Pentikäinen (toim.) Uskonnot maailmassa. Helsinki: WSOY, 308–335.
- Perälä, Jussi (2011) Miksi lehmät pitää tappaa? Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Perälä, Riikka (2012) Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:6. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Pitkänen, Tuuli (2017) Päihdeongelmaisilla korkea riski kuolla ennen aikaisesti. Tiimi 4, 22–23.
- Pohjola, Anneli (2017) Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa Anneli Pohjola, Maarit Kairala, Hannu Lyly & Asta Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa. Tampere: Vastapaino, 308–325.
- Price, Joseph L. (2000) An American Apotheosis: Sports as Popular Religion. Teoksessa Bruce David Forbes & Jeffrey H. Mahan (toim.) Religion and Popular Culture in America. Berkeley: University of California Press.

Psykiatria- ja päihdepalvelut, strategia ja tavoitteet. (2018) Julkaisematon esitys. Luettu 16.1.2019.

Putnam, Robert (2000) *Bowling alone*. New York: Simon & Schuster.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Raento, Pauliina & Tammi, Tuukka (2013) *Addiktio – ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö*. Teoksessa Tuukka Tammi & Pauliina Raento (toim.) *Addiktio-yhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä*. Helsinki: Gaudeamus, 7–27.

Rajavaara, Marketta (2007) *Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Richmond, Mary (1917) *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.

Rientamo, Meri (2015) ”Toivon et voisin joku päivä elää haavettani ja olla tän yhteiskunnan jäsen – mä en haluu olla mikään suuri ihminen, vaan pieni ihminen kuitenkin, yksi muurahainen siinä kasassa.” Laadullinen tutkimus sairauden merkityksistä kaksoisdiagnooitujen aikuisten elämässä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Yhteiskuntatieteiden laitos.

Rissanen, Päivi (2015) *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015*. E-kirja.

Robertson, Robin (2016) *Jungian Archetypes: Jung, Gödel, and the History of Archetypes*. Open Road Distribution. E-kirja.

Rodriguez, Lymarie & Smith, Jonathan A. (2014) *Finding Your Own Place: An Interpretative Phenomenological Analysis of Young Men’s Experience of Early Recovery from Addiction*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Volume 12, Issue 4, 477–490.

Ruisniemi, Arja (2006) *Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Ruuska, Arto & Sulkunen, Pekka (2013) *Addiktiosairaus ja moraalitieteellinen alkoholiajattelun kehitys*. Teoksessa Tuukka Tammi & Pauliina Raento (toim.) *Addiktio-yhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä*. Helsinki: Gaudeamus, 28–50.

Ruuskanen, Petri (2002) *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi: Näkökulmia sosiaali- ja terveystieteille*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Saarnio, Pekka (2009a) *Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. Yhteiskuntapolitiikka 6/2009 vol. 74, 632–643*.

Saarnio, Pekka (2009b) *Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus*. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) *Irti päihdeongelmista*. Helsinki: Edita, 14–31.

Salasuo, Mikko (2013) *Omistautuminen – tapa hallita mahdollisuuksien paljoutta*. Teoksessa Tuukka Tammi & Pauliina Raento (toim.) *Addiktio-yhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä*. Helsinki: Gaudeamus, 106–124.

Salo, Markku (2011) *Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet*. Teoksessa Ilpo Helén (toim.)

Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 259–302.

Sayce, Liz (2005) Risk, Rights and Anti-discrimination Work in Mental Health: Avoiding the Risks in Considering Risk. Teoksessa Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (toim.) Social Work Futures. Crossing Boundaries, Transforming Practice. New York: Palgrave Macmillan, 167–181.

Segal, Robert Alan (1999) Theorizing About Myth. Amherst: University of Massachusetts Press.

Shepley, Nick (2011) Addiction & Recovery. Luton: Andrews UK.

Sinkkonen, Sirkka & Taskinen, Helena & Rissanen, Sari (2012) Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa Sari Rissanen & Johanna Lammintakanen (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Versio 1.0. Sanomapros, 79–96.

Skog, Ole-Jørgen (1999) Rationality, Irrationality and Addiction – Notes on Becker’s and Murphy’s Theory of Addiction. Teoksessa Jon Elster & Ole-Jørgen Skog (toim.) Getting Hooked. Rationality and Addiction. Cambridge: Cambridge University Press.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysvirasto, käyttösuunnitelma 2016. (2006) Julkaisematon dokumentti. Luettu 16.1.2019.

Stafford-Clark (1969) Mitä Freud todella sanoi. Helsinki: WSOY

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 2/2012 vol. 77, 167–175.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Mielenterveys ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf
Luettu 27.12.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Selvityshenkilötyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Raportteja ja muistioita 2013:7.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26005.pdf Luettu 28.12.2013.

Sotkanet (2016) Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista.
<http://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index> Luettu 29.10.2016.

Suoninen, Eero (2012) Identiteettien rakentuminen. Teoksessa Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen Kategoriat, kulttuuri & moraali. Tampere: Vastapaino, 89–130.

Särkelä, Antti (2001) Välittäminen ammattina. Tampere: Vastapaino.

Tajfel, Henri (2010) Human Groups & Social Categories. Studies in Social Psychology. Cambridge: Cambridge University Press.

Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (2009) Johdanto. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 7–11.

Tamminen, Mikko (2000) Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihteidenkäytön lopettamisesta. Raportteja 247. Helsinki: Stakes.

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2013) Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuulio-Henriksson, Annamari (2013) Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto & Marketta Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu, entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto. E-kirja.

Velicer, Wayne F. & DiClemente, Carlo C. & Rossi, Joseph S. & Prochaska, James O. (1990) Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. Addictive Behaviors Volume 15, Issue 3, 271–283.

Virokannas, Elina (2004) Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumeyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta. Tutkimuksia 144. Helsinki: Stakes.

Väyrynen, Sanna (2007) Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huumekeuvioissa. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.

Väyrynen, Sanna & Lindh, Jari & Romakkaniemi, Marjo (2015) Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen työntekijöiden neuvottelut professionaalista yhteisöllisyydestä. Teoksessa Sanna Väyrynen, Kaisa Kostamo-Pääkkö & Pekka Ojaniemi (toim.) Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. Tallinna: United Press Global.

Wahlbeck, Kristian & Westman, Jeanette & Nordentoft, Merete & Gissler, Mika & Laursen, Thomas Munk (2011) Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders. Br J Psychiatry, 199(6), 453–458.

White, William L. (2008) Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care. Scientific Rationale and Promising Practices. Pittsburg: the Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services. http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf Luettu 6.6.2016.

White, William L. & Cloud, William (2008) Recovery Capital: A Primer for Addiction Professionals. Counselor, 9(5), 22–27.

Zemore, Sarah E. & Kaskutas Lee Ann & Ammon, Lyndsay N. (2004) In 12 step groups, helping helps the helper. Addiction 99 (8), 1015–1023.