

Joona Taipale

Vakiintunut väliaikaisratkaisu: addiktio, itsesäätely ja toistaminen

Johdanto: aineriippuvuudet ja (muut) addiktiot

Erilaiset riippuvuus-suhteet ovat huomattava sosiaalinen ja taloudellinen ongelma. Riippuvuutta esiintyy suhteessa monenlaisiin asioihin, aineisiin ja toimintoihin, mm. päihteisiin, lääkkeisiin, seksiin, peleihin, pornoon, nettiin ja muihin ihmisiin. Nykypsykologiassa addiktio määritellään ”voimakkaana ja totunnaistuneena tahtotilana” (*‘strong and habitual want’*), joka merkittävästi heikentää asianomaisen elämänhallintaa ja johtaa mittavaan haittaan (ks. Sinnott-Armstrong & Pickard 2013; vrt. Franken 2003; Orford 2001; Foddy & Savulescu 2010). Psykiatriassa addiktiot on perinteisesti jäsennetty neurobiologisen hedonismien muotoina – lyhytnäköisinä ja haitoista viis veisaavina nautintopyrkimyksinä (ks. Nestler, Hyman, Malenka 2009, 365–388; vrt. Kosten ym. 2005). Käytössä olevat diagnostiset luokitusjärjestelmät – DSM ja ICD – kytkevät addiktiot neurofysiologisiin ”palkitsemisjärjestelmiin”, jotka päihde ikään kuin ”kaappaa” (Nestler 2013; Blum ym. 2000). Päästessään kosketuksiin aivojen (mesolimbisen dopamiinijärjestelmän) kanssa päihde tulee vallitsevan käsityksen mukaan tuottaneeksi aivoissa muutoksia, jotka lisäävät päihteen käyttöön johtaneen käytösmallin uusimisen todennäköisyyttä (Robinson & Berridge 1993; Robinson & Berridge 2000). Yllä mainitun ”voimakkaan tahto-

tilan” alkuperä jäljitetään näin huumausaineen sisältämiin psykoaktiivisiin ainesosiin. Nämä oletetusti heikentävät itsesäätelyä, saavat aikaan elämänhallinnan heikentymistä ja joukon erinäisiä haittoja. Psykoaktiivisten ainesosien ajatellaan siis sekä *saavan aikaan* että *vakiinnuttavan* kyseiseen huumeeseen kohdistuvan voimakkaan halun: *huumausaine itse* jäsenyy addiktion pohjimmaisena syynä ja ylläpitäjänä.

Vallitsevaa käsitystä tukee entisestään se, että niin DMS kuin ICD käsittelevät addiktioita lähes yksinomaan suhteessa erinäisiin psykoaktiivisiin aineisiin ja määrittävät addiktiot näiden kautta (ks. DSM-V, 483–; ICD-10, F10–F19). Yleisemmän addiktiota koskevan keskustelun sijaan psykiatria tarjoaa diagnoosien kirjjon, jossa addiktioita käsitellään monikossa – DSM-V käsittelee erikseen riippuvuutta alkoholiin, kofeiiniin, tupakkaan, kannabikseen, halusinogeeneihin, inhalantteihin, opioideihin, sedatiiveihin, unilääkkeisiin, ahdistuslääkkeisiin, stimulantteihin (amfetamiinipohjaisiin aineisiin ja kokaiiniin) sekä ”muihin (tai tuntemattomiin) aineisiin”. Psykiatrisessa tutkimuksessa toki on selvitetty addiktioiden välistä ”komorbidi-teettiä” – siis sitä kuinka todennäköisesti yksi addiktiohäiriö esiintyy yhdessä jonkin toisen addiktiohäiriön kanssa. Samoin DSM-V myöntää, että addiktioita saattaa kehittyä myös suhteessa aineisiin, joita manuaalisissa ei käsitellä (ks. DSM-V, 481). Silti *psykiatrian diagnoosijärjestelmät jäsentävät addiktiot suhteessa tiettyi-*

hin psykoaktiivisiin aineisiin ja määrittävät addiktiot painokkaasti näiden (keskimääräisten) vaikutusten perusteella.

Kun aineriippuvuutta tällä tavoin käsitellään addiktion arkkityyppinä, seuraamuksena on, että ne addiktiot, joiden kohteet eivät sisällä psykoaktiivisia ainesosia, tullaan huomaamatta jäsentäneeksi aineriippuvuuksien erikoistapauksena. Näistä DSM-V käsittelee ainoastaan uhkapeliriippuvuutta (*gambling disorder*) (ks. DSM-V, 796, 825). Valinnalla voi olettaa olevan poliittisia motiiveja; muut ei-aineelliset addiktiot (esim. seksiriippuvuus ja internetiriippuvuus) sen sijaan ohitetaan sanomalla, että niitä koskevilta tietämykseltä ”uupuu vertaisarvioitua evidenssiä” (DSM-V, 481) ja että ”vaativat lisätutkimuksia” (DSM-V, 783) ennen kuin niistä voidaan sanoa mitään. Tämä raja- us edelleen vahvistaa vallitsevaa näkemystä addiktion ”ulkoperäisyydestä”. Kun addiktioita sen sijaan ajatellaan ainekeskisen viitekehyyksen ulkopuolella, niiden syyt näyttäytyvät merkittävästi eri tavalla. On luontevampaa ajatella, että heroini, alkoholi, tupakka tai sokeri ovat addiktiivisia sinänsä, kuin ajatella, että internet tai ostoskeskukset itsessään aiheuttavat riippuvuutta. Sinänsä addiktiivisten kemikaalien puuttuessa psykologiset ulottuvuudet näyttäytyvät heti olennaisempina.

Mutta onko asia todella niin selkeä aineriippuvuuksienkaan kohdalla? Entä jos aineriippuvuudessa ongelman ydin ja ensisijainen aiheuttaja ei olekaan *aine itse*? Tätä kysymystä voidaan motivoida esimerkiksi seuraavan huomautuksen avulla. Huumeidenkäyttäjiksi päätyvien ihmisten tiedetään yleensä kokeilevan erilaisia päihteitä ennen kuin he päätyvät ”suosikkihuumeeseensa”. Tämä prosessi saattaa kestää pitkäänkin, ja sen aikana henkilö suhteellisen vaivattomasti vaihtaa yhdestä huumeesta toiseen *siitäkin huolimatta, että kyseisillä päihteillä on aivan erilainen psykoaktiivinen rakenne*. Vaikutelma saattaa siksi olla, että kyseinen henkilö kehittää riippuvuutta, ei tiettyyn huumeeseen, vaan huumeisiin. Jos addiktion materiaallinen sisältö kokonaisuudessaan muuttuu ajan myötä, oletus addiktiivisen käytöksen perustumisesta tiettyihin psykoaktiivisiin ainesosiin (ja niiden neuroalisiin

vaikutuksiin) ei ole uskottava. Addiktiivisen käytöksen dynaamisen kehkeytymisen sijaan psykiatrinen kategorisointi on tässä kohtaa pakotettu jäsentämään kunkin uuden aineen käytön aloittamisen aivan uuden *addiktiohäiriön* syntymisenä. Medikaalinen psykiatria jäljittää addiktiot staattisesti tiettyjen psykoaktiivisten ainesosien ja erilaisten aivoalueiden väliseen (kausaali)suhteeseen, ja siten näkee kyseisissä tapauksissa *erillisten* (joskin enemmän tai vähemmän todennäköisen) *addiktiohäiriöiden sarjan*.

Psykiatrinen kategorisointi on hyödyllinen, tärkeä ja oikeutettu diagnostinen väline, mutta addiktion ilmiön kattavampi ymmärtäminen edellyttää psykologisia ja filosofisia analyyseja. Käsitelen tässä artikkelissa addiktiota dynaamisesta näkökulmasta ja jäsenän sitä ajallisesti kehkeytyvänä käyttäytymisen muotona, joka saa eri aikoina eri hahmoja ja sisältöjä. Väitteeni on, että addiktiivinen käytös juontaa juurensa *itsesäätelyn ongelmiin* ja ilmentää eräänlaista psyykkistä *hallintapyrkimystä*. Artikkelin jakautuu neljään osioon, jotka käsittelevät addiktion (1) kohdetta, (2) motivaatiota, (3) dynamiikkaa ja (4) alkuperää. Ensimmäisessä osiossa hyödynnän fenomenologista lähestymistapaa ja argumentoin, että addiktion kokemuksellinen kohde ei ole *aine itsessään* vaan *käyttäjä itse aineen vaikutuksilla varustettuna*. Toisessa osiossa haastan *perinteisiä addiktio-teorioita* ja esittelen kaksi psykoanalyttista tulkintaa addiktiivisen käytöksen päämääristä. Kolmannessa osiossa selvitan *toiston* käsitettä, jäsenän sitä psyykkisenä *sitomispyrkimykseksi* ja kytken aiheita *idealisaation* ja *ambivalenssin* kysymyksiin. Neljännessä osiossa lähestyn addiktiivista käytöstä kehityksellisestä näkökulmasta ja punnitsen riippuvuussuhteiden ja *transitionaaliohjelmien* välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Tältä pohjalta väitän, että addiktiivinen käytös – kuten transitionaaliohjelmien käyttäminen – on *ulkoisesti avustettua itsesäätelyä*.

1. Riippuvuuden kohteesta

Mikä on addiktion *kohde*? Yhtäältä on selvää, että alkoholisti haluaa *alkoholia* ja heroinisti

heroiinia. Varsinaisesti halun kohteena ei kuitenkaan ole kyseinen aine ulkoisuudessaan, vaan se, mitä kyseessä olevan aineen käyttäminen mahdollistaa. Kohdetta ei siis varsinaisesti representoida osana ulkomaailmaa, vaan enemmänkin osana itseä.

Arkielämässä on monia normaaleja arkikokemuksia, joissa raja itsen ja kohteen välillä tavalla tai toisella hämärtyy. Ajaessamme pyörällä ja käyttäessämme vaatteita tai mekaanisia työkaluja käytettävä väline ei ilmene havaintokentässämme olevana oliona – siis jonakin eteemme heitettynä (siis kirjaimellisesti ”objektina”) – vaan väline jäsentyy toiminnallisena osana itseämme, kokemuksellisten mahdollisuuksiemme rakennetekijänä (ks. Taipale 2014, 59–63). Ajaessani pyörällä ympäristö jäsentyy omien liikemahdollisuuksieni valossa, mutta jälkimmäisiä määrittävät myös käytössäni oleva polkupyörä – ja tätä me käyttöesineiltä ensi sijassa haluamme. Kokemus liikemahdollisuuksien kaventumisesta on tuttu jokaiselle: noustessamme pyörän selästä ajomatkan jälkeen liikemahdollisuutemme muuttuvat, seuraava kadunkulma näyttäytyykin toiminnallisesti hiukan kauempana kuin vielä hetki sitten, ja siten ympäristö voi tuntua hyvinkin konkreettisesti muuttuneen. Ennen kuin totumme uuteen tilanteeseen, saattaa hetken ajan tuntua siltä, kuin *meistä itsestämme* puuttuisi jotain. Vastaavasti huumeriippuvainen haluaa ensisijaisesti, ei huumausainetta sinänsä (siis huumausainetta hänestä itsestään erillisenä objektina), vaan niitä *affektiivisiä muutoksia*, jotka huumausaineen käyttäminen – sen tuleminen osaksi itseä – mahdollistaa. Kuten kokemusta pyörän selästä noustessa, myös vieroitusoireita voidaan ehkä lähestyä kokemuksena omien mahdollisuuksien kaventumisesta. Tämän vertauksen käyttökelpoisuus edellyttää kaksi tarkennusta.

Ensinnäkin, mahdollistuneet affektiiviset muutokset voidaan ymmärtää joko ”keinoina” tai ”päämäärinä”. Kuten sanottu, perinteisesti huumeriippuvaisia on kuvattu nautinnonhakuisina henkilöinä, jotka tavoittelevat päihteen vaikutuksia *niiden itsensä vuoksi*, siis päämäärinä sinänsä. Toisaalta affektiiviset muutokset voidaan ymmärtää keinoina erilaisten

päämäärien saavuttamiseksi. Voimme hypätä pyörän selkään paitsi tunteaksemme itsemme nopeammaksi, myös ehtiäksemme johonkin nopeammin, ja samaan tapaan huumausaineiden vaikutuksilla voi toisinaan olla välineellinen arvo. Esimerkkinä tästä voitaisiin mainita sotilaat, jotka taistelutilanteessa käyttävät amfetamiinipohjaisia virkistysaineita, eivät näiden vaikutusten itsensä vuoksi, vaan koska niiden aikaansaama virkeys ja tarkkaavaisuus kohentavat heidän eloonjäämismahdollisuuksiaan. Pienemmässä mittakaavassa voitaisiin puhua dopingista urheilussa. Näissä tapauksissa aineen käytön mahdollistama affektiivis-toiminnallinen muutos ei ole päämäärä sinänsä vaan väline tai keino tietyn *ulkoisen päämäärän* saavuttamiseksi. Affektiivisiä muutoksia voidaan tavoitella myös *sisäisten päämäärien* vuoksi. Palaan tähän aihepiiriin tuonnempana, mutta erottelua on syytä alustaa jo tässä vaiheessa. Päihteen aikaansaamia affektiivisiä muutoksia voidaan tavoitella paitsi *niiden itsensä vuoksi* (esim. klassinen hedonismi) ja *ulkoisten päämäärien vuoksi* (esim. selviytyminen taistelutilanteesta tai menestyminen urheilukilpailussa), myös näiden affektiivisten muutosten *aikaansaamisen tunteen* vuoksi. Tuntemusten ja mielialojen sijaan päihteen käyttö saattaa toisin sanoen tähdätä vaikutelmaan tuntemusten ja mielialojen hallinnasta ja säätelystä. Palaan tähän aiheeseen yksityiskohtaisemmin tuonnempana.

Toinen tarkennus addiktiivisen representaation suhteen liittyy *selektiivisyyteen ja idealisointiin*. Ryyppyä haluavan alkoholistin hahmotus päihteen vaikutuksista on ensinnäkin osittainen. Alkoholisti ei oletettavasti tieteen tahtoen tavoittele alkoholin haitallista puolta – hän tuskin toivoo osakseen neurologisia vaurioita tai edes krapulaa – vaan tavoittelee pelkästään päihteen mieluisia, ”hyviä”, vaikutuksia. Toisaalta hänen käsityksensä myönteisistä vaikutuksista on epärealistinen ja liioiteltu – idealisoitu. Näin ollen se, mitä riippuvainen aineen käytöltään lopulta saa, tapaa olla epäsuhdassa sen kanssa, mitä hän aineen käytöltä *hakee*. Tätä voidaan suhteuttaa pyöräesimerkkiin. Kun ajan pyörällä, en ainoastaan *tunne* itseäni nopeammaksi, vaan *olen* nopeampi ja

ehdin tapaamisiini paremmin. Toisin sanoen se, mitä pyörän käytöltä haluan, on linjassa sen kanssa, mitä pyörän käytöltä saan. Sen sijaan muutaman drinkin aikaansaama tunne maailman ystävällisyydestä tai omasta viehätysvoimasta ovat vain ohikiitäviä vaikutelmia. Tavoitellut affektiiviset muutokset toki saattavat olla jossain määrin realistisiakin – kuten esimerkiksi tapauksissa, joissa joku ottaa ryyppyn tunteakseen itsensä itsevarmemmaksi. Henkilöstä saattaa todella tulla itsevarmempi – mutta vain hetkeksi. Tähän liittyy epärealistisuuden syvempi merkitys. Alkoholistin toiveena tuskin on, että *alkoholin nauttiminen pitäisi yllä hänen itsevarmuuden tunnettaan tai että alkoholi haihduttaisi vaikutuksensa ajaksi pois hänen epävarmuutensa*; toiveena on todennäköisemmin ja yksinkertaisemmin se, että *hän olisi itsevarmempi*. Alkoholien toistuva käyttäminen ei toisin sanoen ainoastaan *pidä yllä* asianomaisen itsevarmuutta, vaan mahdollistaa illuusion siitä, että itsevarmuus on osa *häntä itseään*, ei vain ulkoisen aineen ohimenevää vaikutusta. Vaikka itsevarmuuden tunne saat- taakin olla hetkellisesti todellinen, se on silti epärealistinen tässä merkityksessä.

Addiktion kohteella on siten varsin eriskummallinen ”ontologinen” asema. Kohde on vahvasti epärealistinen ja idealisoitu, eikä siten *ulkoinen objekti*, mutta se ei myöskään ole pelkästään kuviteltu tai hallusinoitu, eikä siten sisäinen objekti, vaan jotain näiden väliltä. Tämä kuvaus tulee lähelle siirtymävaiheobjektin käsitettä: molempien funktiona on tavallaan lykätä realiteettien ilmaantumista ja ylläpitää illuusiota, että tietynlaiset affektit ovat itsen hallinnassa. Palaan tähän vertailuun myöhemmin. Addiktion kohteen alustava jäsenitys mahdollistaa nyt addiktiivisen käytöksen motivaatioiden tarkastelun.

2. Perinteiset addiktioteoriat ja psykoanalyttinen perinne

Perinteiset addiktioteoriat nojaavat paljolti *nautintologiikan* varaan: huumausaine tuottaa mielihyvää ja ihminen luonnollisesti tavoittelee mielihyvää (ks. Fenichel 1945, 347). Huumeriippuvuutta on tämän logiikan valossa hah-

motettu itsekokeskeisenä hedonismina, jossa nopea mielihyvä sivuuttaa käytön ilmeisetkin haittapuolet. Tässä ajattelutavassa addiktiot erottuvat tavanomaisista haluista vain määrällisesti, ei laadullisesti. Addiktiivinen käyttäytyminen jäsentyy ”egosyntonisena” toimintana ja näin jyrkästi eroaa ”egodystonisesta”, pakonomaisesta käytöksestä. Addiktiota on tästä näkökulmasta myös politisoitu – esimerkiksi Foddy ja Savulescu kirjoittavat, että ’addiktio’ on vain ”ahdasmielinen sana, joka kuvataan sellaisia ihmisiä, jotka tavoittelevat mielihyvää tavalla, joka sattuu olemaan sosiaalisesti paheksuttavaa” (Foddy & Savulescu 2010, 20).

Nähdäkseni kysymys addiktiivisen käytöksen motivaatiosta riippuu olennaisesti siitä, mistä vaiheesta käsin addiktiota tarkastellaan. Perinteinen hedonismiteoria joltain osin soveltuu kuvaukseksi kehittyvän addiktion alkuvaiheista, mutta kokonaiskuvauksena se ajautuu ongelmiin, koska pitkäaikaiset huumeidenkäyttäjät eivät enää jonkin ajan jälkeen saa aineen käytöstä mielihyvää. Entinen huumeriippuvainen antaa tyypillisen kuvauksen: ”Alussa kokaiini kirkasti ja voimisti tiettyjä iloja, mutta ajan myötä se imi mielihyvän ja värin elämästäni. Mutta vaikka näin tämän selvästi, minusta tuntui, etten kyennyt lopettamaan.” (Szalavitz 2007.) Kun huumausaineen käyttö ei ole enää miellyttävää, miksi jatkaa? Tässä kohtaa toinen perinteinen teoria nostaa päätään. *Ehkä addiktiivinen käytös ei tähtääkään mielihyvään vaan on itsetuhoista toimintaa?* ”Itsetuhoiteorian” kannattaja saattaisi haastaa hedonismiteorian väittämällä, että jo aineriippuvuuden alkuvaiheissa itsetuhoisuus näkyy orastavasti siinä, että aineen käyttäjä viis veisaa aineen käytön ilmeisistä haitoista – tämä taipumus olettavasti vain voimistuu ja selkiytyy ajan kuluessa. Vaikka itsetuhoiteoriassa addiktiivinen käytös ei tähtääkään mielihyvään, se on kuitenkin yhdenmukainen hedonismiteorian kanssa sikäli, että myös siinä addiktiivinen käytös jäsentyy ”egosyntonisena” toimintana: addikti ymmärretään masokistina tai itsetuhoisena tapauksena, jonka tavoitteena on kärsiä tai kuolla, ja hänen addiktiivinen käytöksensä on toimimista tämän tavoitteen mukaisesti. Yksi mahdollisuus olisi yhdistää näitä perin-

teisiä käsityksiä soveltamalla hedonismiteoriaa addiktion alkuvaiheitten ja itsetuhoteoriaa myöhempien vaiheiden kuvaamiseen. Tällöin addiktio näyttäytyisi ajallisena kehityskulkuna, jonka myötä käyttäjä hiljalleen muuttuu hedonistisesta nautinnontavoittelijasta itsetuhoiseksi ihmisraunioksi.

Oli miten oli, perinteisten teorioiden välillä on kaksi yhtymäkohtaa. Ensinnäkin: yhteinen nimittäjä teorioiden välillä on oletus, jonka mukaan addiktiivisen käytöksen ensisijainen motivaatio ja tavoite on päihteen *affektiivisissä vaikutuksissa itsessään* (nautinnossa tai kärsimyksessä). Erona on se, että hedonismiteoria tulkitsee haittavaikutusten sivuuttamisen negatiivisesti (kieltämyksenä tai torjuntana), kun taas itsetuhoteoria hahmottaa saman sivuuttamisen positiivisesti (hyväksyntänä tai jopa toiveena). Toiseksi: perinteisissä teorioissa addiktiivinen käytös on siten käsitelty ”egosyntonisena” toimintana, jota tulee hoitaa pyrkimällä ensi sijassa vaikuttamaan potilaan epäsuotuisiin haluihin ja taipumuksiin.

Addiktiivinen käytös ei kuitenkaan yleensä ala sattumanvaraisesti vaan reaktionä tiettyihin kokemuksellisiin olosuhteisiin. Huumausaineen mahdollistamat affektiiviset muutokset (esim. nautinto tai kärsimys) eivät näytä siten *tyhjentävän* addiktiivisen käytöksen motivaatioita. Viime vuosikymmeninä useat tutkijat ovatkin painottaneet huumeiden käytön sopeutumismisfunktiota: ”Toisin kuin yleisesti uskotaan, huumeriippuvuus ei ole pakoa yhteiskunnasta vaan epätoivoinen yritys löytää paikkansa jälkimmäisessä” (Zoja 2000, 15). Vastaavasti psykoanalyttisessa perinteessä on lähestytty addiktioita ”epäonnistuneena yrityksenä auttaa itseä” (*‘an attempt at self-help that fails’*) (Krystal & Raskin 1970, 11; vrt. Kaplan and Wieder 1974, 11; Wurmser 1997 [1974], 95; Krystal 1994; Khantzian 1985; Khantzian 2003, 10; Khantzian & Albanese 2008; Fetting 2011, 93–110; Winship 2011, 104). Vallalla on ollut kaksi ajatussuuntaa. Yhtäältä addiktiivista käytöstä on hahmotettu yrityksenä *korjata* tiettyjä *itsen puutteita ja vajavaisuuksia*; toisaalta sitä on jäsennetty yrityksenä *käsitellä ratkeamattomia psyykkisiä konflikteja* (ks. Wurmser 1995, 233). Kutsun näitä jatkossa

”vikamalliksi” ja ”konfliktimalliksi”.

Vikamallin pääajatuksen esittää Kohut, jonka mukaan huumeiden käyttö ”korvaa puutteita psykologisissa rakenteissa” (Kohut 1971, 46). Addiktio ymmärretään tällöin kohdistettuna pyrkimyksenä psyykkisen tasapainon palauttamiseksi, siis eräänlaisena psyykkisenä ”itselääkintänä”, ja addiktiivinen käyttäytyminen näyttäytyy periaatteessa yhtä ymmärrettävänä kuin särkylääkkeen ottaminen päänsärkyyn. Perinteisiin teorioihin verrattuna ”vikamalli” näyttää addiktiivisen käytöksen inhimillisempänä. Huumeiden käyttöä ei ajatella itsetarkeituksellisenä toimintana vaan pyrkimyksenä ”korjata” erilaisia puutteita itsessä. Kaavamaisesti ilmaistuna: rauhoittavat opiaatit toimivat vastavoimana aggressio-ongelmaisilla, kokaani sopii paremmin itsetunto-ongelmaisille ja depressiivisyyteen taipuville, alkoholi taas heikentää estoja ja käy ”lääkkeeksi” sosiaalisista estymistä kärsiville, kun psykedeeliset huumeet puolestaan haihduttavat tyhjyyden ja merkityksettömyyden tuntemuksia (ks. Wieder & Kaplan 1969; Milkman & Frosch 1973; Khantzian 2008, 24–26). Toisin sanoen huume, jota henkilö päätyy käyttämään kokeilujakson jälkeen, on kaikkea muuta kuin sattumanvarainen: ”Ihmiset tapaavat suosia niitä huumeita, jotka auttavat heitä tulemaan toimeen ennen kaikkea niiden affektien kanssa, jotka heitä eniten vaivaavat” (Wurmser 1997 [1974], 95). Aivan kuten migreenistä kärsivät päätyvät käyttämään eri lääkkeitä kuin kroonisista suolistovaivoista kärsivät, vastaavasti addiktiivisessä käytöksessä henkilön psykologinen rakenne puutteineen määrittää tyydyttävän ”itselääkinnän” muodon.

”Konfliktimalli” sekin hahmottaa addiktiivisen käytöksen eräänlaisena itselääkintäyrityksenä, mutta paikantaa itselääkinnän tavoitteen, ei *primääriaffekteihin* vaan *sekundääriaffekteihin*. ’Sekundääriaffekteilla’ viitataan tässä siihen, että tunnemme toisinaan syyllisyyttä huonotuulisuudestamme, turhautumista surullisuudestamme, tai *huolta* aggressioistamme. Joskus affektiiviseen tilaamme kohdistuva toissijainen affekti – esim. syyllisyys (huonotuulisuudesta) – korostuu niin, että se jättää ensisijaisen affektin – esim. huono-

tuulisuuden – kokonaan varjoonsa. Voimakas esimerkki tästä on vauva, jonka hiukan liian pitkään jatkuneeseen näläntunteeseen kohdistuva ahdistus näyttää hetkellisesti syrjäyttävän itse näläntunteen niin, että vauva täytyy rauhoittaa ennen kuin hänet saadaan kiinnostumaan syömisestä. Vastaavasti aikuiselämässä oman tunne-elämämme hallitsemattomuus saattaa olla ahdistavaa ja sitä koskeva avuttomuuden tunne korostunutta. Kun primääriafekteja ei saada kuriin tai hallintaan, saattaa niitä koskeva voimattomuuden tunne (sekundääriafekti) synnyttää ”narsistista raivoa”, suuttumusta oman voimattomuuden suhteen (Wurmser 1997 [1974]). Psykkisen luovuttamisen ja lannistumisen sijaan henkilö voi tällöin pyrkiä päihteiden avulla luomaan vaikutelmaa oman tunne-elämän hallittavuudesta, tai, negatiivisesti ilmaistuna, kumoamaan tai kääntämään vaikutelmaa tunne-elämän hallitsemattomuudesta (ks. McDougall 1992, 66; Dodes 1996, 815). Tässä mallissa päihteiden käytön tavoitteena ei siis ole ensi sijassa vaikuttaa primääriafekteihin vaan sekundääriafekteihin. Painotus on merkittävästi erilainen: *tiettyjen tunteiden tai mielialojen* sijaan addiktiivinen käytös tähtää pikemminkin tiettyjen tunteiden tai mielialojen *aikaansaamisen tunteeseen*. Tavoitteena on toisin sanoen tunne (=sekundääriafekti) oman tunne-elämän (=primääriafektien) hallinnasta. Freudia mukaillen voidaan sanoa, että kyseessä on yritys osoittaa, että ego on kuin onkin ”herra omassa talossaan”.

Vaikka huumeiden käyttöön saattaa liittyä pyrkimys mielihyvään, ”konfliktimallin” mukaan se kuitenkin ennen kaikkea motivoituu pyrkimyksestä *hallinnan tunteeseen*. Sándor Radó tiivistää perusajatuksen seuraavasti:

”Ego vertaa itseään alkuperäiseen narsistiiseen ideaaliinsa. Silloin, aivan kuin taivaista, saapuu farmakologisen mielihyvävaikutuksen ihme. Tai, mikä olennaista, tuo ihme ei tarkemmin sanottuna suinkaan saavu taivaista *vaan sen saa aikaan ego itse*. Käden taianomainen liike tuo tykö maagisen substanssin ja, katso, tuska ja kärsimys haihtuvat, kurjuuden tunne häviää ja mielihyvän aallot levittyvät kehoon. On aivan kuin egon ahdinko olisi ollut vain painajaista; sillä nyt näyttää siltä, että ego on kuin

onkin se omnipotentti jättiläinen, joka se aina pohjimmiltaan ajatteli olevansa. Farmakologisessa nosteessa ego kasvaa takaisin täyteen narsistiseen mittaan.” (Radó 1997 [1933], 57; kursivointi JT.)

Dodes havainnollistaa ”konfliktimallin” perusajatusta seuraavan esimerkin avulla. Isä saa tietää, että hänen poikansa on vuosien varrella kavaltanut suuria määriä rahaa heidän perheyrikyksestään. Pojan erottaminen tai julkinen syyttäminen toisi nöyryytystä koko perheelle, mutta asian ohittaminen ei sekään tule kysymykseen, ja isä kokee olevansa umpikujassa. Hän ei tunne voivansa suoraan tehdä asialle mitään, ja neuvottomuudessaan hän alkaa juoda. Perinteisen ”hedonismiteorian” näkökulmasta isä juo piristääkseen itseään; sen sijaan ”itsetuhoteorian” näkökulmasta hän pyrkii tuottamaan itselleen tuskaa tai vihasuoksissaan tuhoamaan itsensä. Jättäessään huomiotta isän pyrkimysten yhteyden hänen kokemukselliseen tilanteeseensa, perinteiset teoriat jäivät pinnallisiksi. ”Vikamallissa” isän juomista sen sijaan saatettaisiin selittää pyrkimyksenä niiden psyykkisten rakenteiden voimistamiseksi, joita tarvitaan tuskallisten primääriafektien kestämisessä: isä oletettiin hyväksyy umpikujatilanteensa, eli tavallaan alistuu sille, ja hänen juomisensa hyväksyvästi palvelee selviytymistä tilanteesta. ”Konfliktimalli” sen sijaan tulkitsee isän toiminnan pyrkimyksenä vaikuttaa sekundääriafekteihinsa psyykkisessä konfliktitilanteessa. Isä kokee neuvottomuutta hallitsemattoman tilanteen edessä, mutta psyykkisen konfliktitilanteen hyväksymisen sijaan hän pyrkii alkoholin avulla *kääntämään* piinaavaa avuttomuuden tunnetta ratkaisemattomassa psyykkisessä konfliktitilanteessa. Psykologisen ”laastarin” sijaan päihteiden käyttö näyttäytyy siis ”keinotekoisena affektipuolustuksena” (Wurmser 1997 [1974], 95, 103), *psyykkisenä kompromissina* tai *korviketoimintona (parapraxis)*, jonka funktio on kääntää psyykinen voimattomuuden tila. Omiin affektien säätelyminen keinotekoisena avustajan kanssa ei toki ratkaise konfliktia, mutta se *väliaikaisesti kääntää* piinaavan, omaan tunne-elämäänsä kohdistuvan voimattomuuden tunteen (sekundääriafektin).

Vaikka ”vikamalli” tarjoaa uskottavan kuvauksen siitä, miksi huumeenkäyttäjät alkavat suosia tiettyä huumetta, se huonommin selittää, miksi ihmiset jatkavat ”suosikkihuumeensa” käyttämistä sen ”lääkinnällisen” vaikutuksen heikennyttä. Malli näyttää siksi heikommin soveltuvan pitkäaikaisten addiktoiden ymmärtämiseen. ”Konfliktimalli” sen sijaan näyttäisi sopivan paremmin addiktion koko kehityskaareen. ”Vikamalli” ja ”konfliktimalli” eivät toisaalta sulje toisiaan pois. Joidenkin potilaiden ymmärtämisessä yksi malli saattaa toimia toista paremmin, ja monet tutkijat ja klinikot omaksuvat käyttöteoriaansa aineksia molemmista malleista. Erottelu primääriaffektien ja sekundääriaffektien motivoiman toiminnan välillä on kuitenkin olennainen paitsi teoreettisesti, myös kliinisesti. Kliinisestä näkökulmasta keskeinen kysymys on se, tuleeko addiktiivinen käyttäytyminen tulkita *egosyntonisena* vai *egodystonisena*. ”Vikamallissa” psykoaktiivisten aineiden käyttäminen hahmottuu *tervetulleena korjausliikkeenä* hankalassa tilanteessa. Niin kuin pääsärkyä, joka ei muuten näytä hellittävän, voidaan tietien tahtoon hoitaa särkylääkkeen avulla, ”vikamalli” johtaa ajattelemaan, että huumeiden käyttö on vastaavassa mielessä egosyntonista toimintaa. Tilanne ei ole tavoiteltu, mutta ratkaisu on. Sen sijaan ”konfliktimallissa” psykoaktiivisten aineiden käyttäminen nähdään, ei tervetulleena korjausliikkeenä, vaan epätoivoisena ja tavallaan pakonomaisena toimintana: sen tavoitteena on keinotekoisesti, ulkoisella avustuksella, saada aikaan tunne itsesäätelystä tilanteessa, jossa kestävämpään hallinnantunteeseen tähtäävät egosyntoniset toimintaylläkkeet eivät näytä mahdollisilta. Kyseessä on siis eräänlainen itsesäätelypyrkimyksen psyykinen ”siirtymä” (*Verschiebung*) (ks. Freud 1992, 259–; Dodes 2002, 54; Dodes 2003, 123–124), korvike, kompromissi, tai ”pienempi paha”.

”Vikamallissa” addiktiivinen käytös näyttää siis *egosyntonisena*, ”konfliktimallissa” taas *egodystonisena* toimintana. Siten jälkimmäisessä addiktiot tulevat lähemmäs pakko-oireita. Erottelu on kliinisesti erittäin merkittävä, koska se pitkälti määrittää suositeltavan hoitomuodon. Jos addiktiivinen käytös ymmär-

retään egosyntonisena – ja siten tietynlaisena ”tahdonvoiman väärinkäyttönä” (ks. *Alcoholics Anonymous* 2012, 40) – hoitosuositukset taipuvat suorasukaisempien, medikaalisten ja kognitiivis-behavioraalisten perinteiden suuntaan. Jos addiktiivinen käytös sen sijaan jäsentyy monimutkaisempiin tiedostamattomiin mekanismeihin nojaavana egodystonisena toimintana, addiktiot tulevat lähemmäs pakko-oireita, ja asianmukaisten hoitosuositusten voidaan olettaa kääntyvän voimakkaammin psykodynaamisiin terapiamuotoihin. Oli miten oli, paljon riippuu teoriasta.

3. Toistaminen ja hallintapyrkimys

Riippumatta siitä, ymmärretäänkö addiktio suhteessa primääri- vai sekundääriafekteihin, voidaan psykoanalyttisesti ajatella, että kyseessä on *pyrkimys säädellä omaa tunne-elämää*. Pitkäaikaisissa riippuvuuksissa tämä näyttää pyrkimyksenä ”muuttaa passiivinen kärsimys aktiiviseksi” (ks. Khantzian 1989, 75). Asiaa voidaan havainnollistaa esimerkin avulla. Kuvittele jonkun vihaisesti potkaisevan tienvarteen hajonnutta pyöränsä, sysäten sen kiukkuisesti luotaan ja mutisten: ”Senkin hyödytön rämä!” Pyörään suunnatun aggression myötä henkilö pyrkii ottamaan aktiivisen roolin suhteessa tilanteeseen. Joutuessaan ei-toivottuun tilanteeseen hän korostuneesti vähättelee pyörän merkitystä itselleen ja työntää sen pois – ja tulee näin ikään kuin näytelleeksi asetelman, jossa hän itse hankkiutuu pyörästä eroon. Vaikka aggressio ei tietenkään korjaa tapahtunutta, se kuitenkin mahdollistaa ohimenevän vaikutelman, että kaikki on oikeastaan juuri niin kuin henkilö itse haluaisi. Sen sijaan, että kyseinen henkilö hyväksyisi toiveittensa ja ulkoisten realiteettien välisen eroavuuden, aggressiollaan hän ikään kuin tulee jälkikätesi muokanneeksi omat toiveensa vallitsevien realiteettien mukaisiksi ja näin yrittää pitää uhkaavaa narsistista loukkausta loitolla.

Aggressio on tietenkin kestävätkin ratkaisu. Sen mahdollistama illusorinen hallinnan tunne hiipuu pois yhtä nopeasti kuin tulikin. Kypsä mieli hyväksyy tosiasiat ennen pitkää ja sopeutuu tilanteeseen. Toisaalta illusio-

ta voidaan myös *pitkittää*. Tässä kohtaa yksi merkittävä psyykkinen funktio on *toistaminen*. Freud tunnetusti käsittelee ”Fort-Da” -leikkiä, jossa lapsi toistuvasti heittää tiettyä lelua pois sanoen ”fort” (*’poissa’*), ja sitten hakee lelun takaisin sanoen ”da” (*’täällä’*) (ks. Freud 1993, 70–). Freudin mukaan kyseinen lapsi käsittelee kyseisen leikin avulla tuskallista erokokemustaan: lapsen äiti lähtee töihin aamusta ja palaa usein vasta iltamyöhään. Freudin mukaan lapsi toistaa leikissään tätä sinänsä tuskallista kokemusta, ei tunteakseen tuskaa, vaan saadakseen aikaan tunteen siitä, että *hän itse* lähettää äidin pois ja palauttaa tämän takaisin. Voidaan ajatella, että kuten edellä pyöräesimerkissä, kyseisen lapsen piilotajuksena tavoitteena on vaikutelma siitä, että tilanne on hänen mielensä mukainen. Freudin sanoin lapsi oli ensin ”passiivinen” ja alistunut tuskalliselle kokemukselle, mutta toistamalla tilannetta tahdonalaisesti hän ”omaksui aktiivisen roolin” (Freud 1993, 72). Vaikka lapsi ei pääse eroon *tuskallisesta kokemuksestaan* (primääriaffekti), hänen *suhteensa tähän tuskalliseen kokemukseen* (sekundääriaffekti) muuttuu.

Ikonen ja Rechart ovat painottaneet toistamisen *sitovaa* luonnetta (ks. Ikonen & Rechart 2012). Psyykkinen ”sitominen” on normaali prosessi, jonka tarkoituksena on sovittaa tavalla tai toisella häiritsevä psyykkinen sisältö psyyken kokonaisuuteen. *Sublimaatio* on kypsän mielen tapa sitoa epärealistisia, mahdotomia tai muuten häiritseviä toiveita psyyken kokonaisuus huomioon ottaen, jolloin kyseiset toiveet voivat epäsuorasti, muuntuneina, tulla tyydytyviksi. Kehittymättömämpi sitomispyrkimys toteutuu *aggressioesimerkissä*, jossa mieli ikään kuin pyrkii hetkellisesti ja vääristäen vakuuttamaan itselleen, että todellisuus on sen oman toiveen mukainen – pyörähän on vain ”hyödytön rämä”, jota en siten suinkaan haluaisi itselleni! Eri muodoissaan *pakonomainen toistaminen* kuuluu sekin kehittymättömämpiin tapoihin sitoa häiritseviä psyykkisiä sisältöjä. Arkinen esimerkki tästä on se, että nukkumaan mennessä kuluneen päivän tapahtumat saatavat jäävät ”pyörimään mieleen”. Saatamme esimerkiksi olla epävarmoja siitä, tuliko sittenkään tehtyä oikea ratkaisu jonkin asian

suhteen. Vaikka jokaisen ”kierroksen” jälkeen päätyisimme siihen, että tekemämme ratkaisu oli kyllä aivan oikea tai jopa väistämätön, kysymys herää aina uudelleen ja toistuvasti vaatii uutta käsittelyä. On aivan kuin mieleemme ei oikein *kuuntelisi* omaa vakuutteluun ratkaisun oikeellisuudesta: kyseinen ajatus ei (syystä tai toisesta) kunnolla kiinnity tai löydä paikkaansa mielessämme, vaan jää kerta kerran jälkeen irralliseksi. Toistaminen on tässä tapauksessa epätoivoinen ja paniikinomainen yritys rauhoittua: mieleemme pyrkii epätoivoisesti sitomaan ajatuksen ja näin pakottaa meidät miettimään asian läpi ”vielä kerran”.

Addiktiivisen käytöksen toistorakenteessa voi vastaavasti nähdä sitomispyrkimyksen. Kuten edellä ehdotin, päihteiden toistuva käyttö ei ainoastaan pidä yllä tiettyjä (primääri)affekteja – esim. itsevarmuuden tunnetta – vaan myös vaikutelmaa, että kyseiset affektit ovat itsen hallinnassa ja tässä mielessä osa itseä. Vertaus polkupyörän käyttöön on jälleen valaiseva. Ajaja on normaalisti tietoinen siitä, että hänen (tämänhetkiset) liikemahdollisuutensa johtuvat paljolti siitä, että hän on pyörän selässä; sen sijaan alkoholisti näyttäisi ohittavan sen tosiseikan, että hänen (tämänhetkinen) itsevarmuutensa tms. on hänen nauttimansa juoman aikaansaama hetkellinen tunne, ei pysyvä osa häntä itseään. Toisin kuin pyöräilijä, addikti näyttää tässä suhteessa ajattelevan ikään kuin kahdessa rekisterissä.

Tällainen ”kaksinainen kirjanpito” (*’double bookkeeping’*) (ks. Henriksen & Parnas 2014) heijastuu addiktioihin yleisesti liittyvässä ambivalenssissa (lat. *ambi*, ”molemmat” + *valentia*, ”voima”). Freud tunnetusti ihmetteli, kuinka psykoterapeuttisen hoidon yksi suurimmista esteistä piilee potilaiden haluttomuudessa parantua. Addikteissa on nähtävissä jotain vastaavaa: yhdellä hetkellä he vakaasti haluavat lopettaa päihteen käytön, kun taas seuraavalla hetkellä tästä päättäväisyydestä ei näytä olevan jälkeäkään. Vastaavasti huume saattaa yhtäältä ilmetä addiktille korostetun positiivisessa valossa, ”hyvänä” ja haluttavana, toisella hetkellä taas ”huonona” tai ”pahana” (McDougall 1992, 66–67). Addiktiivisen objektsuhteen kehkeytyminen ei kuitenkaan

ole suorasukainen kumulatiivinen prosessi. Huumeen ”arvon” vaihtelu tulee sen sijaan ymmärtää heilahteluna. Jos huumeen mieluisat ja epämieluisat representaatiot kumulatiivisesti yhdistyisivät ajan myötä yhtenäiseksi objekti-representaatioksi, huume näyttäytyisi ”realistisemmin” – osittain haluttavana ja osittain luotaantyöntävänä. Sen sijaan addikti näyttää häilyvän kahden miltei vastakkaisen representaation välillä kykenemättä integroimaan näitä.

4. Itsesäätely ja addiktion alkuperä

Tietysässä kehitysvaiheessa pienten lasten hahmotus hoitajastaan sisältää edellä mainittua voimakasta heilahtelua. Psykoanalyttisissa kehitysteorioissa puhutaan tässä yhteydessä ”lohkomisesta” (’splitting’) (Tähkä 2001, 113–). Hoitajan ollessa tyydyttävä hän on yksinomaan tyydyttävä; vastaavasti pettymyksen kokiessaan lapsi voi hyvinkin kouriintuntuvasti arvottaa hoitajan tyystin kelvottomana ja työntää tämän luotaan kuin hajonneen pyöränrämmän. Toisin kuin kehityksellisesti myöhemmissä viha/rakkaus -suhteissa, joissa mieluisat ja epämieluisat representaatiot jäsentyvät yhtenäisen kohteen piirteinä, mainitussa kehitysvaiheessa eri representaatiot ovat vasta yhdistymässä yhtenäiseksi kohderepresentaatioksi (nk. ”objektikonstanssi”) ja heilahtelu on vielä dissosiativista. Dissosiaatio ”täysin hyvän” ja ”täysin huonon” välillä nojaa paljolti kohdetta koskevaan idealisaatioon, joka täytyy hiljalleen purkaa ennen kuin kohderepresentaatio voi muodostua yhtenäisemmäksi. Suotuisissa olosuhteissa – kun tyydytykset ja pettymykset ovat riittävässä tasapainossa ja niiden välinen heilahtelu ei ole äärimmäistä – lapsi pystyy vähitellen purkamaan idealisoidun kohderepresentaation, hahmottamatta kohdetta enää destruktiivisesti kaikkinsa kelvottomana tai ”täysin huonona”. Näin lapsi tulee integroineeksi kohderepresentaatioon sekä mieluisia että epämieluisia representaatiota. Tämä paitsi yhtenäistää lapsen objekti-suhdetta, myös tekee siitä realistisemmän (ks. Tähkä 2001, 114–; ks. myös Taipale (tulossa)).

Kehityksellinen vertaus on tässä kohtaa valaiseva. Kuten lapsi ennen ”objektikon-

tanssin” saavuttamista, myös addikti näyttää huumetta koskevissa representaatioissaan heilahtelevan ”täysin hyvän” ja ”täysin huonon” välillä. Huumetta koskevien representaatioiden välinen vaihtelu on kuitenkin niin äärimmäistä – ne ovat niin kaukana toisistaan –, ettei representaatioita kyetä yhdistämään. Addikti idealisoi huumeen, representoi sen täysin hyvänä ja hahmottaa sen osaksi itseään – ja ohittaa (tai dissosioi) huumeen ”huonot”, haitalliset ja epämieluisat puolet. Nämä ovat ikään kuin kokonaan toinen tarina. Näin ollen juuri se, mikä lapsen kohdalla mahdollistaa objektikonstanssin kehityksen, uupuu addiktiin huumesuhteesta. Suotuisissa tapauksissa lapsen hoitaja ”kannattelee” lasta silloinkin, kun tämä aggressiivisesti kieltää rakkautensa ja ”tuhoaa” objektin (Winnicott 1971, 120): purkauksista huolimatta hoiva ja turva ovat alituisesti saatavilla eikä lapselta edellytä aktiivisuutta niiden saamiseksi, ja siten lapsi voi laskeutua kiukunpuuskistaan turvallisesti. Sen sijaan, kun huumeen vaikutus hiipuu, addikti putoaa tyhjän päälle. Huumausaine itse on mykkä ja eleetön, ja sen vaikutuksen käynnistäminen tai ”eloon herättäminen” on addiktiin itsensä vastuulla. Päihde on tässä mielessä kuin epäluotettava ja ”resistantti” hoitaja, ja addiktiin suhde siihen muistuttaa rakenteellisesti ”ambivalenttia kiintymyssuhdetta”, johon kuuluu ”hyvän objektin” loputon etsintä (Taipale 2016, 10–11; vrt. Flores 2004; LaFond Padykula & Conkling 2010). Yhdistäessään nautintonsa idealisoituun ”täysin hyvään” objektiin, pettymysten kohdalla addiktille ei jää muita vaihtoehtoja kuin yhdistää nämä ”täysin huonoon” objektiin, joka on ikään kuin aivan eri asia.

Hoitajaa koskevien idealisaatioiden purkamisen on pitkä ja työläs kehityksellinen prosessi. Lapsen alkaessa tajuta, että hoitaja aina ole aina tyydyttävä – ”täysin hyvä” –, hän joutuu samalla kasvokkain oman avuttomuutensa kanssa. Suotuisissa olosuhteissa kehitys toteutuu tältä osin asteittain ja verkkaisesti, jolloin tosiasioiden hyväksymiselle jää enemmän aikaa ja tilaa. Tässä kohtaa lapsen realiteettisuhteen kehittymistä tukee ja edesauttaa erilaisten siirtymävaiheobjektien käyttö: tällainen kohde,

yleensä pehmolelu, ”edustaa” hoitajan rauhoittavaa läsnäoloa, mutta kyseinen kohde on toisaalta todellinen (ts. ei vain hallusinoitu) ja, mikä tärkeintä, lapsen hallinnassa (Winnicott 1971, 8). Leikin esimuotona siirtymävaiheobjektien käyttö mahdollistaa lapselle vaikutelman askarruttavan tilanteen hallittavuudesta: toisperäisen tunnesäätelyn uupuessa pehmolelua rutistava lapsi toteuttaa eräänlaista avustettua itsesäätelyä (ks. Taipale 2016).

Pehmolelulla on rauhoittava vaikutus ja lapsi tulee nopeasti ”riippuvaiseksi” siitä (Winnicott 1971, 1). Korvatessaan hoitajan läsnäolon, joskin vain väliaikaisesti, pehmolelu helpottaa lapsen eroahdistusta ja näin edistää psykologista itsenäistymistä. Siirtymävaiheobjekti on siten tunnesäätelyn avustajana kehitysvaiheessa, jossa lapsen itsesäätelykyvyt ovat vielä kehittymättömät. Samaan tapaan kuin pehmolelu mahdollistaa vaikutelman rauhoittavan läsnäolon hallinnasta, toistuva päihteiden käyttö vastaavasti mahdollistaa vaikutelman, että henkilö ei ole affektiansa armoilla vaan niiden herra. On toki syytä painottaa myös eroja näiden kahden kokemusmuodon välillä. Siirtymävaiheobjektin kehityksellinen funktio on ”kannatella” lasta silloin, kun tyydyttävä hoitaja ei ole fyysisesti tai psyykkisesti paikalla. Suotuisissa olosuhteissa lapsi hiljalleen sisäistää hoitajan rauhoittavan funktion, jolloin pehmolelu – siis väliaikaisratkaisu – jää taakse. Huume sekin palvelee itsesäätelyä mainitulla tavalla, mutta siinä missä lapsi normaalisti kasvaa ulos ”riippuvuudestaan” rakkaaseen pehmoleluunsa, addiktiin riippuvaisuus sen kuin voimistuu. Addikti jää tässä mielessä kiinni väliaikaisratkaisuun.

Addiktiiviset kohteet on toisinaan yhdistetty siirtymävaiheobjekteihin. Tähkä väittää, että objektikokemuksen menetyksen uhkaan liittyvä yleistyyvä ahdistus saa rajatilatyyppisen potilaan ”turvautumaan ensimmäiseen tarjottavaan objektiin”. Sen lisäksi, että potilas saattaa käyttää toisia ihmisiä ”itsekokemuksensa funktionaalina tukijoina”, hän voi ”pyrkii korvaamaan tynnyttävän funktionaalisen objektin läsnäolon erilaisilla psyykoaktiivisilla kemiallisilla aineilla. Viimeksi mainittujen koettu erillisyyden inhimillisistä objektimielikuvista samoin kuin

niiden käyttöön liittyvä potilaan oma näennäinen kontrolli antavat huumeelle tai alkoholille helposti transitionaaliobjektin luonteen, johon potilas saattaa kehittää addiktiivisen riippuvuuden.” (Tähkä 2001, 423–424; vrt. Miller 2002, 293–302). Tähkä tulkitsee tässä huumeen tai alkoholin väliaikaiseksi korvikkeeksi objekteille, jotka käsitetään narsistisesti, itsekokeumuksen (täysin hyvinä) tukijoina. Epävakaan ja (kirjaimellisestikin) haihtuvan luonteensa takia addiktiiviset kohteet ovat kuitenkin *kehnoja* korvikkeita. McDougall vertaa huumausainetta ”patologisiin transitionaaliobjekteihin”, jotka – toisin kuin varsinaiset transitionaaliobjektit – eivät luo pysyvää läsnäoloa psyykkiseen rakenteeseen vaan joita täytyy ”loputtomasti etsiä ulkomaailmasta” (McDougall 1992, 67).

Tässä artikkelissa esitetyn käsityksen mukaan addiktiivinen käytös ei siis vain ole toistuvaa vaan myös toistavaa: se toistaa tiettyjä käytäytymisen muotoja, jotka edeltävät varsinaista addiktiivista käyttäytymistä. Ihminen on alun perin riippuvainen kanssaihmisistä, ja huumeriippuvuus voidaan rakenteellisesti ymmärtää tämän riippuvuuden tietynä patologisena johdannaisena. Kuten varhaislapsuuden siirtymävaiheobjektit, huumeet ja alkoholi nekin toimivat tunteita säätelevän korvikeobjektin tavoin tilanteessa, jossa itsesäätely on kehittymätöntä. Olen toisessa yhteydessä käsitellyt väitettä, jonka mukaan tunteita säätelevän objektin sisäistämisessä ilmenevät ongelmat heijastuvat myöhemmin itsesäätelyn ongelmina (ks. Taipale 2016).

Lopuksi muutama sana Freudista, joka tunnetusti liittää addiktiot itsetyydytykseen: ”Minulle on valjennut, että itsetyydytys on – ’alkuperäinen addiktio’, jonka seurannaisina ja korvikkeina muut addiktiot (alkoholi, morfiini, tupakka, jne.) syntyvät” (Freud, kirje Wilhelm Fliessille joulukuun 22. 1897). Freudin väite sopii nähdäkseni hyvin yhteen tässä esitetyn ajatuskulun kanssa, olettaen että itsetyydytys ymmärretään laajasti affektiivisen itsesäätelyn muotona joka sisältää muttei rajoitu genitaaliseen masturbaatioon. Tämä täsmennys on

nähdäkseni oikeutettu ottaen huomioon, että Freudille seksuaalisuus ja mielihyvä ovat kokonaisvaltaisia teemoja, jotka sisältävät yhtä lailla esigenitaaliset mielihyväpyrkimykset – kuten lapsilla peukalon imeskely. Tässä valossa Freudin väitteen ydin voidaan paikantaa ajatuksen kehityksellisestä jatkumosta affektiivisen itsesäätelyn eri muotojen välillä. Peukalon imeminen, rakkaan pehmolelun rutistaminen, genitaalinen masturbaatio ja huumeiden käyttäminen ovat kaikki affektiivisen itsesäätelyn muotoja, joiden myötä subjekti pyrkii eri tasoilla lieventämään riippuvuuttaan toisista ihmisistä ja ottamaan näin haltuun tunne-elämänsä (joko primääri- tai sekundääriaffektien mielessä). Olennaista kaikissa mainituissa on vaihtelu siitä, että subjekti voi itse – *muista ihmisistä riippumatta* – rauhoittaa, stimuloida tai muuten säädellä itseään ja omia tuntemuksiaan (ks. Loose 2011, 5; vrt. Fetting 2011, 109–110). Toisaalta on syytä painottaa, että peukalon imeminen ja pehmolelun halaaminen ovat sijaistoimintoja, väliaikaisratkaisuja, joiden avulla lapsi ikään kuin ”pelaa aikaa” odottaessaan hoitajan todellisen läsnäolon mahdollistamaa varsinaista täyttymystä (ruokkiminen, rauhoittava läheisyys tms.). Tästä regressiivisyydestä huolimatta mainituilla objektsuhteilla on progressiivinen funktio. Vastaavassa mielessä huumeiden ja alkoholin toistuva käyttäminen voidaan ymmärtää väliaikaisratkaisuna, mutta ratkaisu on eri tavalla kestävä kuin transitionaaliobjektien kohdalla. Pyrkinessään alituisesti kontrolloimaan jotain, mitä ei täysin voi kontrolloida, addikti löytää itsensä toiston limbosta. Hän jää kiinni väliaikaisratkaisuun. Toistuvasti sivuuttamalla sen, miten edellisellä kerralla kävi, addikti pyrkii epätoivoisesti sitomaan ajatuksen ”hyvästä objektista”, ja kerta kerran jälkeen ajautuu toistamaan asetelman siinä toivossa, että ”tällä kertaa” objekti ei tuottaisikaan pettymystä. Ja näin paradoksaalisesti nimenomaan *pyrkimys kontrolloimiseen* päätty kontrollin menettämiseen.

Loppusanat

Olen tässä käsitellyt addiktion psykologista dynamiikkaa, esittänyt sen epätoivoisena yri-

tyksenä saada ote omasta elämästä ja havainnollistanut, kuinka objektsuhdeteorian kautta voidaan paremmin ymmärtää addiktion rakenteita ja mekanismeja. Väitin, että addiktion ulkoinen viitepiste – esim. alkoholi, heroini, pelaaminen, sosiaalinen media, tai miksei älypuhelimien räplääminen – on addiktion *päämäärän* sijaan itsesäätelyn keino. Tässä valossa huumausaineiden toistuva käyttäminen näyttätyy pikemminkin oireena kuin ongelman ytimenä. Aineriippuvuuden ydin ei ehkä olekaan aineessa vaan riippuvuudessa itsesäään. Kuten addiktioita laajasti käsitelleet Wieder ja Kaplan tiivistävät: ”Huumeet eivät käytä ihmisiä, ihmiset käyttävät huumeita” (Kaplan & Wieder 1974).

Artikkeli hyväksytty 28.8.2017.

Kirjallisuus

- Alcoholics Anonymous** (2012). Twelve steps and twelve Traditions. New York City: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-V).
- Blum, Kenneth, Braverman, Eric R., Holder, Jay M., Lubar, Joel F., Monastr, Vincent, Miller, David, Lubar, Judith O., Chen, Thomas J. H., Comings, David E.** (2000). The reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(Suppl I-IV), 1–112.
- Dodes, Lance M.** (1996). Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(3), 815–835.
- Dodes, Lance M.** (2002). The heart of addiction: A new approach to understanding and managing alcoholism and other addictive behaviours. New York: HarperCollins Publishers.
- Dodes, Lance M.** (2003). Addiction and psychoanalysis. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 11(1), 123–134.
- Fenichel, Otto** (1945). The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W. W. Norton & Company.
- Fetting, Margaret** (2011). Perspectives on addiction: An integrative treatment model with clinical case studies. Los Angeles: SAGE Publications.
- Flores, Philip J.** (2004). Addiction as an attachment

disorder. Lanham: Jason Aronson.

Foddy, Bennett & Savulescu, Julian (2010). A liberal account of addiction. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 17(1), 1–22.

Franken, Ingmar H. A. (2003). Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27(4), 563–574.

Freud, Sigmund (1992). *Unien tulkinta*. Suom. Erkki Puranen. Jyväskylä: Gummerus.

Freud, Sigmund (1993). *Johdatus narsismiin ja muita esseitä*. Suom. Mirja Rutanen. Helsinki: Love-kirjat.

Henriksen, Mads G. & Parnas, Josef (2014). Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 542–547.

Ikonen, Pentti & Rechart, Eero (2012). *Thanatos, häpeä ja muita tutkielmia*. Espoo: Prometheus.

Kaplan, Eugene H. & Wieder, Herbert (1974). *Drugs don't take people, people take drugs*. New Jersey: Lyle Stuart, Inc.

Khantzian, Edward J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264.

Khantzian, Edward J. (1989). Addiction: self-destruction or self-repair? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 75–76.

Khantzian, Edward J. (2003). Understanding addictive vulnerability: an evolving psychodynamic perspective. *Neuro-Psychoanalysis*, 5(1), 5–21.

Khantzian, Edward J. & Albanese, Mark J. (2008). *Understanding addiction as self medication: Finding hope behind the pain*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

Kohut, Heinz (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.

Kosten, Thomas R., George, Tony P., Kleber, Herbert D. (2005). The neurobiology of substance dependence: implications for treatment. Teoksessa Frances, Richard J., Miller, Sheldon I., Mack, Avram H. (toim.), *Clinical textbook of addictive disorders*, 3–15. Third Edition. London: The Guilford Press.

Krystal, Henry (1994). *Integration and self-Healing: Affect, trauma, alexithymia*. London: Routledge.

Krystal, Henry & Raskin, Herbert A. (1970). *Drug dependence: Aspect of ego functions*. Detroit: Wayne

State University Press.

LaFond Padykula, Nora & Conklin, Philip (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351–360.

Loose, Rik (2011). Modern symptoms and their effects as forms of administration: a challenge to the concept of dual diagnosis and to treatment. Teoksessa Goldman Baldwin, Yael, Malone, Kareen, Svolos, Thomas (toim.), *Lacan and addiction: An anthology*, 1–37. London: Karnac.

McDougall, Joyce (1992). *Theatres of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. London: Routledge.

Milkman, Harvey M. A. & Frosch, William A. (1973). On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 242–248.

Miller, Julie (2002). Heroin addict: the needle as transitional object. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30(2), 293–304.

Nestler, Eric J., Hyman, Steven E., Malenka, Robert C. (2009). *Reinforcement and addictive disorders. Teoksessa Molecular neuropharmacology: A foundation for clinical neuroscience. Second Edition*, 364–388. New York: McGraw-Hill Medical.

Nestler, Eric J. (2013). Cellular basis of memory for addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(4), 431–443.

Orford, Jim (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15–31.

Radó, Sándor (1997 [1933]). *The Psychoanalysis of pharmacothymia*. Teoksessa Yalisove, Daniel L. (toim.), *Essential papers on addiction*, 52–68. New York & London: New York University Press.

Robinson, Terry E. & Berridge, Kent C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247–291.

Robinson, Terry E. & Berridge, Kent C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95(8s2), 91–117.

Sinnott-Armstrong, Walter & Pickard, Hanna (2013). *What is addiction*. Teoksessa Fulford, K. W. M., Davies, Martin, Gipps, Richard G. T., Graham, George, Sadler, John Z., Stanghellini, Giovanni, Thornton, Tim. (toim.): *The Oxford handbook for philosophy and psychiatry*, 851–864. Oxford: Oxford University Press.

Szalavitz, Maia (2007). So, what made me an addict? *Special to The Washington Post*, 28.8.2007.

Taipale, Joonas (2014). *Phenomenology and embo-*

diment: Husserl and the constitution of subjectivity. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.

Taipale, Joonas (2016). Self-regulation and beyond: affect regulation and the infant-caregiver dyad. *Frontiers in Psychology*, 7(889), 1–13. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00889.

Taipale, Joonas (tulossa). The pain of granting otherness: interoception and the differentiation of the object. *Gestalt Theory: An International Multidisciplinary Journal*, 2017.

Tähkä, Veikko (2001). Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Helsinki: WSOY.

Wieder, Herbert & Kaplan, Eugene H. (1969). Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacologic effect. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24(1), 399–431.

Winnicott, Donald W. (1971). *Playing and reality*. London & New York: Routledge.

Winship, Gary (2011). *Addictive personalities and why people take drugs: The spike and the moon*. London: Karnac Books.

World Health Organization (1994). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision (ICD-10)*.

Wurmser, Leon (1995). "The substance-abusing patient". Teoksessa Schwartz, Harvey J., Bleiberg, Efrain, Weissman, Sidney H. (toim.), *Psychodynamic concepts in general psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Wurmser, Leon (1997 [1974]). "Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use". Teoksessa Yalisove, Daniel L. (toim.), *Essential papers on addiction*, 87–108. New York & London: New York University Press.

Zoja, Luigi (2000). *Drugs, addiction & initiation: The modern search for ritual*. Einsiedeln: Daimon Verlag.