

koholin määrän kasvuun viittaa sekin, että nykyään matkailijat tuovat mukanaan aiempaa suhteellisesti enemmän olutta ja viinejä. Verottomasti tuotujen oluen, viinin ja väkevien alkoholijuomien suhde lähenee lain sallimien enimmäismäärien suhteita, vaikka se on vielä kaukana siitä. Edelleen kannattaa muistaa, että matkailijat eivät tällä hetkellä juuri käytä hyväkseen mahdollisuuksiaan tuoda maahan alkoholijuomia verot maksaen. Turistialkoholin osuus alkoholien kokonaiskulutuksesta oli noin 2 prosenttia 1960-luvun lopussa, noin 4 prosenttia vuonna 1976 ja noin 7 prosenttia vuonna 1984. Jos kokonaiskulutuksen kasvu pysyy vähäisenä ja turistialkoholin kasvu ennallaan, on turisti-alkoholin osuus kokonaiskulutuksesta 1990-luvun alussa noin 10 prosenttia. Jo nyt, mutta viimeistään 1990-luvulla turistialkoholi alkaa olla alkoholipoliittisesti merkittävä pelkän määränsä vuoksi, tarkasteltiinpa sitä kansanterveyden tai valtiontalouden näkökulmasta. Pohdittaessa verotta myytävän alkoholien kohtaloa on huomattava, että siihen liittyy monenlaisia intressejä. Ensiksikään verotta ostetun alkoholien hankinta ei enää ole jonkin pienen kansanosan etuoikeus; vuoden 1984 juomapatutkimuksen haastatelluista joka kolmas ilmoitti hankkineensa ja tuoneensa Suomeen verottomia juomia. Vanhastaanhan taas on tuttua laivayhtiöiden suuri riippuvuus verottomasta myynnistä. Esimerkiksi tällä hetkellä suurimmat Suomen ja Ruotsin väliä liikennöivät laivayhtiöt saavat kolmanneksen tuloistaan verottomasta myynnistä (Talouselämä nro 2, 1986).

Korvikealkoholien käyttö on tällä hetkellä määrällisesti erittäin vähäistä. Korvikealkoholien käytön jatkuva seuranta on kuitenkin tärkeä tehtävä. Tilastoimatonta alkoholinkulutusta koskeva aineisto nimittäin osoittaa, että juuri tällä alueella käydään jatkuvaa taistelua kontrollin ja käytön, usein säännösten ja niiden kiertämisen välillä. Ilman jatkuvaa seuranta ja tehokasta valvontaa korvikealkoholien käytöstä voi helposti kehittyä valtakunnallisia tai paikallisia epidemioita.

### *Kirjallisuus*

Mäkelä, Klaus: Tilastoimatonta alkoholinkulutus ja lainon liike ennen ja jälkeen lainuudistuksen. Alkoholipoliittikka 35 (1970): 2, 68—77

Mäkelä, Klaus: Unrecorded consumption of alcohol in Finland, 1950—1975. Reports from the Social Research Institute of Alcohol Studies No. 126. Helsinki 1979

Mäkelä, Klaus: The changing nature of unrecorded alcohol consumption in Finland in the postwar period. Contemporary Drug Problems 10 (1981):1, 103—144

Simpura, Jussi: Tilastoimatonta alkoholien kulutus uuden

alkoholilain aikana. Alkoholipoliittikka 42 (1977): 3, 107—177

Simpura, Jussi & Österberg, Esa & Haavisto, Kari: Alkon lakon vaikutukset juomien hankintaan keväällä 1985. Alkoholipoliittikka 51 (1986): 2, 90—97

Talouselämä nro 2, 1986

Österberg, Esa: Tilastoitu ja tilastoimatonta alkoholinkulutus. Teoksessa Simpura, Jussi (toim.): Suomalaisten juomatavat. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja nro 34. Jyväskylä: Gummerus, 1985.

*Esa Österberg*

---

## ***A-klinikasäätiö ja psykodynaamisen hoidon tragedia***

Minua on ennenkin julkisessa sanassa nimitelty päihdeongelmaiseksi pelkästään sillä perusteella, että satun toimimaan päihdehuollon johtotehtävissä. Tämän lisäksi ovat amerikkalaiset terapeutit kuulemma nyt tulkinneet, että minulla on myös suuria psykologisia ongelmia, joita torjun erityisen voimakkaasti.

Varsinainen huolenaihe Pekka Kivirannalla (Alkoholipoliittikka 1/86 ja erikoisnumero 16. 1. 86) on kuitenkin suomalaisen päihdehuollon nykytila ja siinä erityisesti psykodynaamisen yksilöterapiatan osuuden väheneminen. Asia on todella pohtimisen arvoisen, siis kysymys siitä, mikä on päihdehuollon asiakaskunnan hoitamiseksi sopivin, tuloksellisin ja ”paras” teoreettinen viitekehys ja toimintamalli keskusteluun ja vuorovaikutukseen tukeutuvassa hoidossa. Päihdehuolto tarvitsisi todella parasta vaihtoehtoa erityisesti nykyaikana, kun yhteiskunnan tuloksellisuusvaateet päihdeongelmien hoidon osalta ovat paljon voimaperäisemmät kuin monella muulla hoitoalalla.

Vastausta etsittäessä haluan jakaa tämän laajan kysymyksen osakysymyksiin: Mistä ilmiöistä päihdeongelmissa on kyse, mitä sanovat hoitotulostutkimukset, mitä kokemuksia käytännön hoitotyöntekijöille ja päihdehuollon asiakkaille on kertynyt sekä mitkä ovat käytettävissä olevat hoitoresurssit?

Päihdeongelmien selityksiä on lukuisia, mm. synnynnäinen aineenvaihdunnallinen alttius, päihteen aiheuttama elimellisten toimintojen muuttuminen, vakava (jopa psykoosin asteinen) mielenterveyden häiriö, opittu käyttäytymismalli, perheen tai muun lähi-ihmisten muodostaman ryhmän vuorovaikutuksen häiriö, puutteelliset elämänotot tai ”heikko luonne”. Näiden kaikkien pohjalta on kehitetty hoito-ohjelmia, jotka lähtöteoriaansa kannalta ovat perusteltuja ja näin ollen myös omalla tavallaan syvällisiä. Syvällisyydestä olen jyrkästi eri

mieltä Pekka Kivirannan kanssa, joka pitää syvällisenä pelkästään itse edustamaansa psykodynaamista hoitolinjaa. Yhtä hyvin oppimisterapeuttinen hoito voi olla syvällistä, yhtä hyvin systeemiteoreettinen perheterapia voi olla syvällistä, yhtä hyvin myllyhoito voi olla syvällistä. Syvällisyyttä on arviotava oman teorian mukaisella mitalla eikä lainattava mittavälineitä muualta. Pitkä hoito ei välttämättä ole syvällistä eikä lyhyt hoito pinnallista. Esimerkiksi systeemiteoreettisesti ajatellen tiedostamattoman sielunelämän tutkiminen ei ole keskeisin asia, vaan ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja pelisääntöjen hyvinkin syvälinen muuttaminen ja siten yksilöiden kasvun aikaansaaminen. Toki on todettava, että psykodynaaminen teoria on suuresti edesauttanut monien uudempien hoitoteorioiden ja -käytäntöjen kehittämistä. Ovathan monet systemisen perheterapian etevimmistä edustajista hankineet ensin psykoanalyttikon koulutuksen.

Erilaisia hoitomuotoja vertailevat tuloksellisuus-tutkimukset (ulkomailla tehdyt, suomalaisia ei juurikaan ole) antavat tavallaan masentavan kuvan. Tieteelliset kriteerit täyttävissä tutkimusaineistoissa hoitotavat eivät tuloksiltaan eroa merkittävästi toisistaan. Lyhyet hoidot antavat keskimäärin saman tuloksen kuin pitkätkin, taustateoriasta riippumatta. Toisaalta asia voidaan nähdä myös myönteisesti: Hoidossa on lupa käyttää useammanlaisia lähestymistapoja ja on syytä valita tapauskohtaisesti sopivimman tuntuiset keinot. Yksittäiset käytännön hoitotyöntekijät näkevät asian usein juuri näin, vaikkei tieteelliseen vertailuun olekaan mahdollisuutta. Eri asia on, jos sitoutuu tiukasti yhteen ainoaan viitekehykseen; silloin ei ole varaa nähdä muissa hoitotavoissa mitään hyvää.

Hoitokeinojen valinnan ratkaisee lopulta se, mitä kukin työntekijä osaa ja mihin hän on saanut koulutuksen. Psykodynaamisen yksilöterapian hyvin osaavia työntekijöitä on päihdehuollon palveluksessa vain harvoja, mm. sen vuoksi, että päihdehuollossa ei ole juuri lainkaan virkoja psykiatreille eikä psykologeille, joiden mandaattiin psykodynaamikat ovat etupäässä kuuluneet. Sen sijaan esim. ryhmäterapiaan ja systeemikeskeiseen perheterapiaan päihdehuollon henkilökunta on saanut koulutusta laajasti (ja syvällisesti!). Myös suoran työnohjauksen toteutuksessa yksisuuntaisen peilin ja/tai videoiden avulla päihdehuolto on edelläkävijäorganisaatioita maassamme. Työnohjauksen vahva perinne päihdehuollossa siis jatkuu ja vahvistuu edelleen antaen terapeuteille mahdollisuuden sekä työtapojen kehittämiseen että oman henkilökohtaisen kasvun edistämiseen.

Yksilöterapia on edelleenkin yleisin terapeuttinen työtapo päihdehuollossa, joskin teoriapohjana

ja toteutustapana on psykodynaamisen viitekehyksen rinnalla aikaisempaa useammin esim. systeemi-teorian tai kognitiivisen käyttäytymisteorian sovel-lutus. Olen Pekka Kivirannan kanssa samaa mieltä siitä, että myös psykodynaamisella hoidolla on päihdeongelmien alueella edelleenkin oma tärkeä sijansa, ehkäpä alimitoitettu muihin lähestymistapoihin verrattuna. Koulutukselliset ja ammatilliset resurssit huomioon ottaen päihdehuollon erityis-palvelujen lienee parasta suuntautua yhteistyöhön psykiatrisen terveydenhuollon ja yksityissektorin kanssa ja ohjata sinne niitä päihdeongelmaisia asiakkaita, jotka kykenevät pitkää psykodynaamista yksilöterapiaa hyödyntämään.

Pekka Kivirannan kritiikki kohdistuu päihdehuollossa erityisesti A-klinikkatoimintaan, jossa hän itsekin on viime aikoihin asti ollut mukana. Silti hän tuntuu olevan tietämätön toiminnan tavoitteista ja menetelmävalikoimasta. Suorastaan virheellisesti hän näkee ”pelkän raitistamisen” toiminnan ainoaksi päämääräksi. A-klinikkatoiminta jos mikä on maassamme ollut laventamassa tavoitteita yksipuolisista raitistusajatteluista kohti monipuolista ihmisen hyvinvointia ja oman elämän hallintakykyä.

Kymmenen viime vuoden aikana suomalainen päihdehuolto on eri lohkoillaan kehittännyt uusia hoitomuotoja monipuolisemmiksi kuin koskaan ennen ja yrittänyt näin vastata niihin hoidollisiin haasteisiin, joita päihdeongelma eri muodoissaan tarjoaa. A-klinikkasäätiö on pyrkinyt toteuttamaan sille annettuja valtakunnallisiakin tehtäviä erityisesti koulutuksen sektorilla. Myös käytännönläheistä tutkimustoimintaa pyritään lisäämään, mikäli siihen saadaan resursseja. Perinteisessä muodossaan psykodynaaminen hoito on monista syistä jäänyt muiden hoitotapojen varjoon. Ehkäpä sen renessanssi tulee myöhemmin uudelleen, mutta ”tuotekehittelyä” kyllä tarvitaan, jotta sen soveltuvuus päihdehuoltoon paranisi. Aiheesta on viime vuosina kirjoitettu todella vähän millään foorumeilla. Pekka Kiviranta ja muut ”vanhat psykoanalyttikot”, pankaa toimeksi!

Entäpä jos todella en tiedosta omaa tai työyhteisöni turtumusta? Tämä on totuuden hetki myös A-klinikkasäätiötä ja koko julkista päihdehuoltoa ylläpitäville organisaatioille. Hyvät neuvot ovat nyt kalliit: Miten nykyisiä resursseja tulisi suunnata, mitä lippua pitää kantaa, kuka on pätevä terapeutiksi? Mitä päihdehuollon asiakkaat sanovat?

*Rauno Mäkelä*