Jalanjäljet miinakentässä

Juoppoudesta ja juomattomuudesta

Nils Holmberg

On varsin tavallista, että juoppo hoitoon tullessaan haluaa päästä selvyyteen siitä, mistä hänen ongelmansa "todella johtuvat", tai että hän haluaa löytää syyn siihen, miksi hänellä "menee pitkäksi". "Sinähän voit olla pitkiäkin aikoja ilman. Miksi sinä nyt taas juot?" kysyi erään asiakkaan veli. Asiakas koki nöyryyttäväksi sen, ettei tiennyt, mitä vastata. "Sen takia mä tänne tulin, että selviäisi, miksi mä juon näin." Henkilökohtaisen syymallin etsiminen on ymmärrettävää. Ilman sitä asiakkaan käytös olisi hänen omissakin silmissään absurdia ja outoa. Joillakin asiakkailla taas on toive, että syiden käsittely jotenkin hillitsisi juomista, ilman että heidän tarvitsisi tehdä mitään itse juomiselle.

Päihdeongelma on oire jostakin; tämä on tarpeellinen näkökulma ehkäisevässä työssä. Järkevät ja tehokkaat ehkäisevät menetelmät edellyttävät tietoa syysuhteista ja mahdollisuutta puuttua syihin jo varhaisessa vaiheessa.

Kuitenkin saman näkökulman omaksuminen voi korjaavassa työssä pyörittää pitkään juonutta asiakasta vuosikausia ammattiauttajien kansoittamassa suojamaailmassa ja samalla estää häntä löytämästä syytä juomattomuuteen ja keinoja sen ylläpitämiseen.

Viina ja viinaongelma

Kun oiremalli omaksutaan korjaavan työn näkökulmaksi, se lähtee siitä, että juoppous on oire häiriintyneestä ympäristöstä tai persoonallisuudesta tai yleensä "jostakin" ja että tämä "jokin" olisi selvitettävä hoitotulosten aikaansaamiseksi.

Jos juoppous on oire taustalla olevasta persoonallisuuden häiriöstä, pitäisi juopoilla olla vaikeampi tausta kuin muilla ihmisillä. Tätä olettamusta on pohdittu G. E. Vaillantin (1977 & 1983) pitkittäistutkimuksissa. *Takautuvasti* tarkastellen juoppous näyttäytyy oireena häiriintyneestä persoonallisuudesta ja lapsuuteen liittyvistä traumoista. Mutta asiaa on tutkittu myös *prospektiivisesti*. Kun kokeneet kliinikot, joilla ei ollut tietoa tutkittaviensa myöhemmistä vaiheista, tarkastelivat alkoholisteiksi kehittyneiden opiskelijoiden lapsuuden ajan kokemuksia, he eivät kyenneet erottamaan niitä muiden opiskelijoiden vastaavista kokemuksista.

Runsaat 40 vuotta kestäneessä pitkittäistutkimuksessa (1938—1980) taas seurattiin 268:aa normaalisti menestynyttä lukiolaista, jotka tutkimuksen käynnistyessä olivat 18-vuotiaita, ja 456:ta bostonilaista koululaista, jotka olivat tutkimuksen alkaessa 11—16-vuotiaita. Bostonilaisista koululaisista puolet asui slummialueella asunnoissa, joissa ei ollut suihkua ja joista vain 30 prosentissa oli keskuslämmitys ja lämmin vesi. Juoppouden kehittymiseen näytti kulttuuritekijöillä olevan suuri vaikutus: syntyperältään irlantilaisista pojista 28 prosenttia kehitti alkoholiriippuvuuden.

Lapsuuden ajan ympäristötekijät ennustivat jossakin määrin aikuisiän psyykkisiä ongelmia, mutta eivät suoranaisesti alkoholismia. Lapsuudenaikaiset emotionaaliset suhteet ja kasvatuksen epävakaisuus taas altistivat alkoholismille vain, mikäli epävakaisuus johtui toisen tai molempien vanhempien alkoholismista. Kuitenkaan henkilöt, joilla oli nuoruusiässä ollut ahdistusoireita, eivät kehittäneet alkoholiriippuvuutta muita useammin. Aikuisiän depressio — silloin, kun se liittyi alkoholiongelmaan — oli valtaosassa tapauksia seurausta alkoholin käytöstä eikä syynä siihen. Niin ikään tutkittavilla esiintyneet sosiaalisen sopeutumisen vaikeudet, heikentynyt turhautumien sietokyky ja lyhytjännitteisyys olivat seurausta pitkäaikaisesta alkoholin käytöstä.

M. L. Kammeierin tutkijaryhmän prospektiivisessa tutkimuksessa (1973) taas todettiin, että juopot opiskelijat, joiden persoonallisuus-

testitulokset hoitolaitoksessa olivat merkittävästi poikkeavia, olivat kymmenen vuotta aikaisemmin olleet testituloksiltaan varsin tavallisia nuoria. Passiivisuuden ja riippuvuusongelmien on todettu olevan enemmänkin seurausta juoppoudesta kuin syynä siihen. Vastaavia tuloksia on saatu heikon itsetunnon ja sulkeutuneisuuden osalta (Vaillant 1980; McCord & McCord 1960).

Onko edellä kuvatun perusteella ajateltavissa, että kontrollin menetys tulee ensin ja että yritykset selittää päihdeongelmaa viittaamalla altistumisvaihetta edeltäviin tekijöihin ovat yrityksiä osoittaa ensisijainen ongelma, päihdeongelma, toissijaiseksi?

Lähemmäksi suomalaisen päihdetyöntekijän arkea päästään tarkastelemalla R. Wimanin (1986) tutkimusta Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaista. Tutkimus perustuu niihin tietoihin, joita asiakkaat antavat sairaalaan tuloa edeltävistä elämänvaiheistaan.

Naisasiakkaista yleisin tyyppi oli tapaus, jota luonnehtivat sekä turvaton lapsuus että päihdeongelman käynnistänyt kriisikokemus (38 %). Toiseksi yleisin oli tyyppi, jossa lapsuus on ollut turvallinen ja päihdeongelma alkanut jostakin kriisikokemuksesta. Miesten osalta sen sijaan olivat yleisimpiä kriisitapaukset (30 %) ja sellaiset tapaukset, joihin ei sisältynyt mitään syytä juoda, ts. ei ollut turvatonta lapsuutta eikä selvää ongelman liikkeelle pannutta kriisiä (29 %). Olennaista on, että tyyppi "turvallinen lapsuus, ei kriisiä" oli miehillä varsin yleinen, kun taas naisasiakkaista vain joka kymmenes kuului tähän luokkaan.

Sekä vuoden 1980 että vuosien 1984—1985 aineistoista havaittiin, että miesten alkoholisoituminen on keskimäärin hitaampaa kuin naisten. Naisilla ensimmäinen avunhakuyritys tapahtuu 3,6 vuoden kuluttua ongelman kokemisesta, mutta miehillä siihen menee 6 vuotta. Runsaasti juova nainen kohtaa aivan toisenlaisen sosiaalisen, taloudellisen ja normatiivisen paineen kuin mies. Vahvistaako tämä sitten yleistä käsitystä, jonka mukaan nainen juo ensimmäiseksi hajalle "sisäisen elämänsä" ja mies elämänsä ulkoiset puitteet?

Alkoholistin taustoja ja alkoholismin syitä koskevat tutkimukset tuottavat usein ristiriitaisia tuloksia, jolloin jokainen voi löytää itselleen sopivan selitysmallin. Jokainen niistä voi olla yhtä paikkansa pitävä siinä rajatussa alkoholiongelmaisten joukossa, jota tutkimus koskee — ja samalla yhtä väärä jotakin toista ryhmää koskevana.

Suomalaisella aineistolla Wiman on osoittanut, millaiset suonsilmät vaanivat varomattomia "syiden etsijöitä". Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut osoittaa, mikä on alkoholismin syy, vaan se, että *yhtä ja yleistä syytä ei voi olla olemassa* (vrt. Holmberg 1984). Kun esimerkiksi mies- ja naisasiakkaiden taustoja vertaillaan, saadaan mukavalta kuulostava tulos, jonka mukaan naisilla on useammin taustalla turvaton lapsuus (60 %) kuin miehillä (40 %). Naisalkoholistit olisivat siis taustoiltaan keskimäärin enemmän "poikkeavia" kuin miehet. Samanlainen ero saadaan tarkasteltaessa alkoholiongelmaa edeltäneitä kriisejä: naisilla on taustalla useammin kriisi kuin miehillä. Tästä voisi kehitellä hienon teorian nais- ja miesalkoholistien alkoholismin syiden eroista.

Wiman (1986) kuitenkin osoittaa, miten koko kaunis kuva kääntyy ylösalaisin, kun otetaan huomioon se selviö, että alkoholiongelma syntyy hitaasti ja eri ihmisillä elämänkaaren eri vaiheissa: 30-vuotiaana ei eroja ole. Naisten ja miesten keskimääräiset erot syntyvät pelkästään siitä, että alle 30-vuotiaana alkoholin kanssa ongelmiin joutuneilla erot lapsuuden taustoissa ovat esitetyn suuntaiset; myöhemmin alkoholisoituneilla sukupuolten välisiä eroja ei ole. Laukaisevien kriisien kohdalla ero taas esiintyy myöhemmin alkoholisoituneilla, mutta ei nuorena alkoholiongelmiin joutuneilla.

Analyysi osoittaa, että alkoholistin taustoja koskevien tutkimusten tuloksista voidaan tehdä mitä moninaisimpia yleistyksiä *riippuen siitä, mitä joukkoa on satuttu tutkimaan.* Ainoa yleistys, joka alkoholismin syyteorioista näyttää jäävän jäljelle, on se, että jokaisen ihmisen alkoholiongelmilla on jotain tekemistä alkoholin kanssa.

Addiktion kehityksestä

Margaret H. Beanin (1981) mukaan on olemassa paljon variaatioita siinä, mitä yksilö tuo alkoholisoitumisprosessiinsa, mutta itse alkoholisoituminen on niin voimakas kokemus, että on mahdollista kuvata sen *yleiset* seuraukset.

Jokaisella alkoholistilla on persoonallisuuden rakenne, joka saattaa ennen alkoholisoitumista olla altistava *tai sitten ei ole* altistava. Mutta jokainen alkoholisoituva kokee siitä aiheutuvia psykologisia vaikeuksia. Nämä vaikeudet "kietoutuvat" alkoholisoitumista edeltävään psykologiseen organisaatioon muokaten alkuperäistä persoonallisuutta. Alkoholisoitumista edeltänyt rakenne "vääristyy" prosessin myötä ja nousee taas uudelleen esille juomattomuuden avulla.

G. Salzman (1981) tähdentää, että addiktiot eivät rajoitu joihinkin luonnetyyppeihin eivätkä jotkut luonteenominaisuudet altista yksilöä addiktiiviselle käyttäytymiselle. Näin ollen esimerkiksi päihdeongelmaa ei tulisi nähdä persoonallisuuden häiriönä, vaan *yleisenä* reaktiona sisäisiin ja ulkoisiin paineisiin. Toinen asia taas on, että yhteisö saattaa luokitella jonkin käyttäytymisen sairaudeksi.

Kuka tahansa voi kehittää addiktion, mikäli jotakin huumetta käytetään jonkin aikaa. N. Bejerot (1972) on todennut, että jokainen, joka on käyttänyt viikon kokaiinia, jää kaipaamaan aineen *vaikutuksia* loppuiäkseen.

Alkoholisoituminen katkaisee edetessään yhteyden erillisten tunnetilojen ja juomisen välillä. Huoltolan asiakkaan on vaikea vastata kysymykseen: "Mihin tunnetiloihin juot?" Vastauksiksi saadaan tyhjänpäiväisyyksiä, koska kysymyksellä ei asiakkaalle ole merkitystä.

On tietysti vaiheita, joissa jokainen juomiskerta on reaktio johonkin tunnetilaan tai tunnistettavissa olevaan psykologiseen ristiriitaan. ("Juon viikonloppumasennukseen." "Juon, kun mieheni on työmatkoilla.") Tämä pätee ehkä varhaisemmassa vaiheessa, mutta ei enää addiktiovaiheessa. Vastaavaa voidaan havaita esimerkiksi ketjupolttamisessa tai pakonomaisessa uhkapelissä.

Välittömät myönteiset seuraukset sisältävät enemmän vahvistavia tekijöitä kuin myöhemmin tulevat seuraukset (Bandura 1969). Vaikka jatkettu juominen voi tuottaa kielteisiä mielialoja, alkoholin *välitön* vaikutus muovaa humalaodotuksia ja niiden suuntaamaa käyttäytymistä tehokkaammin kuin myöhemmät vaikutukset (Marlatt & George 1984). Miten moni viitsisi juoda, jos kankkunen tulisi ensin ja vasta sen jälkeen tulisivat alkoholin myönteiset vaikutukset?

Tiiviin opettelemisen myötä alkoholinsietokyky lisääntyy, ja juominen ei enää ole palkitsevaa. ("Me juotiin itkuviinaa Mervin kanssa ennen kuin tultiin katkolle.") Juomisen keskeinen tarkoitus on tällöin pitää lepakot poissa eli estää lopettamiseen liittyvät kauhun hetket. Vähän samalla tavalla toimii ketjupolttaja, jonka lopettamisajatukset jäävät siihen, ettei hän kestä parin ensimmäisen tupakattoman viikon vieroitusoireita.

Mark Kellerin (1972) mukaan jokaiselle juopolle — kuten syöpölle tai uhkapelurille — kehittyy vuosien mittaan kokonainen patteri kriittisiä vihjeitä ja signaaleja, jotka toimivat juomisen suuntaan. ("Taidanpa poiketa Hesarin toimituksessa — jaa, tossahan toi pubi onkin.") Kyseessä on vuosien kuluessa ehdollistunut käyttäytyminen, joka kytkee muuten järkevältä vaikuttavan yksilön ikään kuin automaattiohjaukseen. Juomisputken käynnistymistä voidaankin verrata kierresyömiseen ("Tällä kertaa syön sydämeni kyllyydestä ylensyömättä."), pakonomaiseen uhkapeliin ("Tällä kertaa lopetan, kun olen voiton puolella.") tai myymälävarkauteen ("Se hetki, kun mä kuljen kassan ohi kasetit taskussa, on yksinkertaisesti upea.") eli käyttäytymiseen, johon liittyy voimakasta tunnetilan vaihtelua.

Alan Marlatt on retkahtamisen ehkäisyohjelmassaan korostanut ns. Reno-vaikutuksen merkitystä (Marlatt & George 1984): Kauan pelaamatta ollut peluri päättää kesälomamatkallaan käyttää tietä, joka vie läpi uhkapelikaupunki Renon, ja huomaa "yllättäen" olevansa taas pelaamassa. Suomessa kai voisi puhua Tallinna-vaikutuksesta: Jonkin aikaa kuivilla ollut juoppo hankkiutuu tilanteeseen, johon sisältyy juomisvihjeiden ylikuormitusta. Ryyppäämisen petaaminen tapahtuu juuri näin: pienin askelin, jotka voivat jäädä asianomaiselta itseltään huomaamatta, hän siirtyy lähemmäksi tuttua juomistapahtumaa. Oma vastuu petaamisesta ohitetaan jälkeenpäin viittaamalla "juomahimoon, joka iski täysin odottamatta" (vrt. Holmberg 1985).

Addiktion kehitys on siis pitkälti osoitus ehdollistuneesta opitusta käyttäytymisestä — ehdollistuminen käyttäytymisen välitöntä mielihyvää tai tasapainoa tuottavaan vaikutukseen — eikä yksinkertaisesta reaktiosta psyko-

logiseen ristiriitaan. Tarpeellisten tykötarvikkeiden ja kriittisten vihjeiden puuttuessa tällainen käyttäytyminen häviää suojatuissa oloissa, kuten huoltolassa, palatakseen taas ilman varoitusta, esimerkiksi asiakkaan ollessa lomalla tai melko pian huoltolasta lähdön jälkeen. ("Pysäkille asti kaikki on selvää.")

Meidän tulisikin Vaillantin (1983) mielestä välttää ottamasta psykodynaamisia motiiveja tai psykologisia ristiriitoja selitysmalliksi ehdollistetulle tai tiedostamattomasti opitulle käyttäytymiselle. "Järjenvastaisessa" käyttäytymisessään juoppo muistuttaa enemmän Skinnerin kyyhkysiä ja Pavlovin koiria kuin Freudin potilasta Doraa tai Breuerin Anna O:ta.

Hyvin opitun asian poisoppiminen on erittäin hankalaa. Anja Koski-Jännes (1985, 120—121) on M. Sanchez-Craigin ja A. Wilkinsonin muistiteoriaan viitaten pohtinut, mitä seurauksia hoidolle on alkoholin erilaisilla vaikutuksilla mielikuvamuistiin ja assosiatiiviseen muistiin. Hän tähdentää, että vaikka esimerkiksi kognitiivinen terapia voi saada aikaan hyviä itsekontrollimenetelmiä, se samalla ohittaa monia vahvasti automatisoituneita assosiatiivisia reaktioita juomisvihjeisiin. Muistiteorian valossa on myös helpompi ymmärtää, miksi ihmiset jopa vuosia kestäneen raittiuden jälkeen äkkiä selittämättömällä tavalla ratkeavat ryyppäämään. Kun tilanne näyttää olevan hallinnassa, tietoista juomiskontrollia ei ole tarvittu enää aikoihin. Kuitenkin poikkeaviin tilanteisiin liittyvät vihjeet ja assosiaatiot saattavat olla vielä "koskemattomia". Tällaisen kohdatessaan pitkään raittiina ollut juoppo voi aloittaa jälleen juomisen.

Juoppouden tulkinnat

Kun päihdeongelmaa on pidetty "oireena jostakin", se on tavallisesti nähty jäävuoren huippuna. Taustalla on ajateltu olevan sellaisia päihdeongelmalle altistavia tekijöitä, joiden käsittely on hoidon aikana ensiarvoisen tärkeää juomiseen vaikuttamiseksi.

Mutta vaikka juoppo tiedostaisi oman käyttäytymisensä perimmäisiä motiiveja, tällä ei sinänsä tarvitse olla mitään vaikutusta hänen juomiseensa. Tilanne on vähän samanlainen kuin niillä psykoanalyytikoilla, jotka polttavat jokaisen terapiatunnin välillä. Vaikka he syvällisesti ymmärtävät omia oraalisia tarpeitaan ja vaikka heillä on kosketus aiemmin torjuttuihin introjektioihin, he silti polttavat. Heillä ei vain ole painavaa syytä olla polttamatta.

D. L. Gerardin ja G. Saengerin (1966) suorittamassa eri klinikoiden lähestymistapojen vertailussa päädyttiin siihen, että mitä vähemmän työntekijät olivat kiinnostuneita juomiskäyttäytymisen mahdollisista "syistä" ja niihin liittyvistä psykodynaamisista tekijöistä, sitä enemmän mahdollisuuksia heillä oli vaikuttaa juomiskäyttäytymisen muutoksen suuntaan. Dynaamisella psykoterapialla ei nähty olevan suurtakaan merkitystä silloin, kun pyrittiin vaikuttamaan itse juomiseen. Asiakkaat tosin olivat tiedostavinaan kaiken, mutta eivät hyötyneet tästä "tiedostamisesta" ja käyttivät sitä lähinnä verukkeena omalle passiivisuudelleen.

Esimerkkejä:

"Me pengottiin sen terapeutin kanssa varmaan kaikki mahdolliset koukerot mun menneisyydessä. Että mikä on vaikuttanu mihinki. Yhellä lomalla mä join, mutta en mä sitä sille kehannu kertoa. Oli olevinaan tärkeämpää puhumista." Miespuolinen asiakas oli ollut edellisen huoltolahoidon jälkeen kuukauden selvin päin. Sen jälkeen hän meni ottamaan "pari kaljaa". Edellisestä huikasta tuntui olevan pitkä aika, ja kai "sitä aatteli, että se hoitokin on jotenki vaikuttanut". Juominen pysyi kolmen seuraavan kuukauden aikana melko mukavasti hallinnassa, mikä lisäsi asiakkaan itseluottamusta ja riskitilanteiden vähättelyä — tämä taas ennakoi siirtymistä lipsahduksista retkahtamiseen.

Naisasiakas kertoi olleensa kolme vuotta mielenterveystoimiston työntekijän psykoterapiassa: "Se istu enimmäkseen hiljaa ja kuunteli, kun mä kerroin, mitä oli viikolla tapahtunu. Saihan sieltä lääkkeitä, kun oli oikein vaikeeta." Juomakaudet kuitenkin pitenivät, ja asiakas saapui sittemmin sosiaalisairaalaan mukanaan kaksinkertainen päihdeongelma: alkoholi ja lääkkeet.

Kolmas asiakas oli käynyt vuoden ajan ennen sairaalaan tuloaan psykoterapiassa miettimässä suhdettaan maailmaan. Kun potilaan vaimo oli ihmetellyt sitä, että juominen oli ennallaan, potilas oli tokaissut: "Etkö tiedä, että analyysi puree vasta parin vuoden

päästä." Eräällä tunnilla terapeutti oli sitten huomannut pahanhajuisen partaveden viskin tuoksuksi, minkä jälkeen hän ilmoitti olevansa valmis jatkamaan hoitosuhdetta sitten, kun potilas oli tehnyt jotain juomiselleen.

Juoppo pelkää juomakautensa jälkeen monesti mielenterveytensä puolesta ja hakee psykiatrista apua. Bean (1981) kertoo naisesta, jolle ensimmäinen psykiatri oli juopottelua seuranneiden muistinmenetysten perusteella antanut diagnoosin hysteerinen amnesia. Toinen psykiatri oli määritellyt vieroitusvaiheeseen kuuluvan vapinan ja unettomuuden ahdistusneuroosiksi. Kolmas oli todennut naisen juomakaudella vallitsevan itsetuhokäyttäytymisen ja päätellyt, että naisella on vakava luonnehäiriö. Muut neljä psykiatria olivat lisänneet tautiluetteloon rajatilapersoonallisuuden, affektiivisen persoonallisuushäiriön, masennuksen, jossa on hypomaanisia piirteitä, sekä murrosiästä peräisin olevan sopeutumisreaktion. Kukaan ei ollut rekisteröinyt naisen alkoholiongelmaa tai ottanut puheeksi naisen alkoholin käyttöä. Potilas ei ollut itsekään tuonut sitä keskusteluun.

Kun juoppouden komplikaatioita hoidetaan juomisen "syinä", tuloksena ei ole psykodynaaminen vaan *oblomovilainen* hoito-ote. ("Ei se mitään, vaikka asiakas ei edisty, kunhan on hyvä hoitosuhde.") Kun juoppo kuitenkin haluaa päästä eroon juoppouden komplikaatioista, oblomovilainen hoito-ote johtaa rauhoittavien lääkkeiden käyttöön ilman, että välttämättä käsiteltäisiin ahdistuksen ja masennuksen syytä — juoppoutta.

Edellä olevaa ei pidä käsittää psykodynaamisen terapian vulgaarikritiikiksi. Psykodynaaminen terapia tai psykoanalyysi eivät ole jäävuoren huippujen eli päihdeongelman mitätöintiä tai syiden etsintää. E. Rechardt ja P. Ikonen (1977) ovat painottaneet, että psykoanalyysi ei tutki käyttäytymisen "syitä", vaan sen kunkinhetkistä tarkoitusta. "Syitä" pohtivat psykologiset pseudotulkinnat olivat heidän mielestään ominaisia "villeille" analyytikoille ja monille psykoterapeuteille. Tällöin terapia saa muinaistutkimuksen luonteen ja on asiakasta passivoivaa.

Psykoanalyytikot eivät olekaan olleet kovin kiinnostuneita addiktioiden hoidosta (ks. esim. Harding 1975). Totesihan jo Freud, että kokaiiniriippuvuuden hoito edellä kuvatuilla menetelmillä johti tuhoisiin seurauksiin.

Kysymys ei tässä yhteydessä kuitenkaan ole siitä, onko dynaaminen psykoterapia mielekäs vai epämielekäs hoito-ote, vaan siitä, mihin kohtaan juoppojen hoitoa se *aikaperspektiivillä* on mielekästä sijoittaa.

Juoppouden seuraukset

Kun hoidon kohteena on juomiskäyttäytyminen, ovat ne syyt, jotka mahdollisesti ovat päihdeongelman taustalla, vähemmän kiinnostavia. Syyt ovat erilaisia ja yksilöllisiä, mutta pitkään jatkuneiden päihdeongelmien *seuraukset* ovat yleisiä ja yhteisiä. Juoppouden seurauksena puoliso lähtee tai tekee lähtöä, työnantaja kyllästyy, kun työssä tulee enemmän virhetoimintoja kuin ennen, ja näistä tekijöistä seuraa ahdistusta, masennusta ja katkeruutta. Vaikka päihdeongelma alun alkaen voi olla oire monestakin asiasta, on tärkeämpää sanoa asiakkaalle, että se jatkuessaan tuottaa itsessään erilaisia oireita. Prosessin edetessä asiakkaan problematiikka muuttaa muotoaan: yksilölliset ongelmat siirtyvät taka-alalle ja juopon ongelmat nousevat päällimmäisiksi.

K. Weckrothin (1983) mukaan juominen muuttuu perustoiminnaksi, jolle muut elämän toiminnat ovat alisteisia. Lapinjärven huoltolan asiakkaista hän siirtyy käyttämään yhteistä nimikettä "X", koska tarinat ovat samankaltaisia, yhteneväisiä; "X" voi olla kuka tahansa. Kun juoppoudessa on edetty kyllin pitkälle, "X" voi tosiaan keskeisten ongelmiensa — juopottelun seurausten — suhteen olla melkein kuka tahansa huoltola-asiakas.

Kun juomisesta on kehittynyt primaarinen ongelma, joka pitkälle selittää muut ongelmat, on hoidossa aluksi pureuduttava yleiseen ja yhtäläiseen problematiikkaan, juopon tottumuksia ylläpitävään minäkäsitykseen ja ajattelutapaan. Rinnakkain on paneuduttava asiakkaan sosiaaliseen kuntoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin ja hänen toimintaedellytystensä kohentamiseen; työtä ei ehkä ole tehty yli vuoteen, asunto on saattanut mennä, elatusmaksut ovat rästissä jne.

Tämän hetken juoppouden syyt eivät ole menneisyydessä eivätkä tulevaisuudessa, vaan nykyhetken ajattelutavassa ja sitä tukevissa

uskomuksissa, mm. käsityksessä tulevaisuudesta. Juoppouden seurauksista kärsivä henkilö tarvitsee niitä suojellakseen omaa itsekunnioitustaan. "Ei oo muuta jäljellä kuin tämä kirottu juopon ylpeys", sanoi asiakas, joka vielä 60-luvun lopulla eli Pohjois-Karjalassa täynnä toivoa ja elämänuskoa. Sitten pantiin pellot pakettiin ja pullot etelän lähiöihin, ja Juuan Ponnistuksen lupaava kyky siirtyi etelään ja riskiryhmään.

Laukaisevien tekijöiden käsittely sen jälkeen, kun juomisesta on kehittynyt addiktio, on ajan tuhlausta. Ne tekijät, jotka aikoinaan olivat mukana vaikuttamassa päihdeongelman syntymiseen, ovat vuosien varrella menettäneet merkityksensä. "Ei minulla lapsuudessa tällaisia kankkusia ollut", kertoi naisasiakas tuhahtaneensa selviämisaseman työntekijälle, joka halusi pohtia asiakkaan noidankehän taustaa.

Pitkään jatkuneessa päihdeongelmassa työntekijä kohtaa alkoholin ympärillä pyörivän suhteellisen itseohjautuvan systeemin, jonka suhde alkuperäisiin syihin on katkennut.

Lyhyen tähtäyksen tavoitteeksi hoidossa tulee tällöin erilaisille pitkään juoneille asiakkaille yhteisen systeemin muuttaminen. *Pitkän tähtäyksen* tavoitteeseen voi tarpeen vaatiessa sisältyä varsinaista psykoterapeuttista työtä sekä lisäksi mahdollisen perheen hoitamista.

Analoginen tilanne on luonteeltaan vastakkaisessa kulutusongelmassa, anorexia nervosassa. Muun muassa H. Bruch (1979) on todennut, että anorexia-potilaan paino on ensin saatava nousemaan. Vasta sen jälkeen on mahdollisuus itse psykoterapeuttiseen työhön. Muuten terapeutti pääsee käsittelemään vain niitä persoonallisuuden vääristymiä, jotka ovat voimakkaasti alentuneen painon *seurausta*. Terapeutin on osoitettava potilaalle, miten painon alentuminen vaikuttaa tämän minäkäsitykseen ja ajattelutapaan ja miten tämä ei koske vain häntä, vaan myös muita anorektikoita.

Juomattomuuden syy on menneisyydessä

Asiakas voi kuitenkin kieltää yhteisen aineksen olemassaolon säilyttääkseen illuusion ongelmiensa ainutlaatuisuudesta. Joissakin tapauksissa hänestä tulee "kyllä mutta" -asiakas, joka ei ryhmätilanteissa samastu kehenkään. ("Kyllä minullakin on välillä mennyt pitkäksi, mutta . . .") Tällöin samastumisen sijasta on etualalle noussut vertailu yksilöllisestä problematiikasta käsin. Tämä voi johtaa siihen, että asiakas ei hyödynnä muilta asiakkailta saatavissa olevia oppimiskokemuksia. Pahimmassa tapauksessa hänestä tulee päihdehuollon etäispääte, joka säännöllisin väliajoin hakeutuu hoitoon etsiäkseen syitä siihen, miksi asiat menevät päin honkia, kun hän juo. Näin oli laita senkin asiakkaan, joka oli kolmatta kertaa pitkässä laitoshoidossa. Sinä päivänä, jona hän pääsi hoidosta, hän törmäsi käytävällä ryhmätyöntekijään ja sanoi tälle: "En minä sitä juomista aio miettiä, se on ihan toissijainen juttu. Minä aion ottaa selvää niistä mun fiksaatioista, se on paljon tärkeämpää."

Oman juopottelun ainutlaatuisuuden korostaminen on myös itseriittoisuutta pönkittävä ratkaisu. Uskomus, että "minä voin lopettaa, koska haluan", mahdollistaa alun alkaen juoppouden etenemisen. Tähän uskomukseen liittyy käsitys tahdonvoimasta ja itsekontrollista jonain sellaisena, mitä ihmisellä on, eikä sellaisena, mitä hän tekee.

Miten sitten löytää vuorovaikutusratkaisuja ja ajankäyttömuotoja, jotka tarjoavat vastakkaisia aineksia minäkäsitykselle ja perususkomukselle kyvystä vetää itsensä hiuksista kuiville?

Näkisin, että ns. *vertaisryhmillä* — asiakasyhdistyksillä tai AA:lla — on tässä tarjottavanaan monipuolisia oppimiskokemuksia, jotka menevät yli ammattiauttajien palveluarsenaalin. Nämä ovat sellaisia, jotka auttavat pitkään juonutta päihdeongelmaista siirtymään yksipuolisista riippuvuuksista *vastavuoroiseen solidaarisuuteen* yhteisten kokemusten pohjalta.

Vertaisryhmät toimivat useimmiten varsin mainioina riskitilanteissa tarvittavien selviytymistaitojen oppimissaarekkeina. Tämä koskee varsinkin niitä asiakkaita, jotka ovat juoneet ihmissuhteensa ja joilta hyvinvoinnin saavuttaminen muuten vaatisi lähes epäinhimillistä uusista ihmissuhteista kieltäytymistä (vrt. Holmberg 1980, 42—44; Wiman 1986, 101—102). Retkahtamisen pelko ja sen taustalla oleva katastrofifantasia estävät monta juomattomuuteen pyrkivää asiakasta menemästä erilaisiin juomisalttiutta lisääviin sosiaa-

lisiin tilanteisiin, joissa he ehkä aikaisemmin ovat solmineet ihmissuhteita. Tällöin asiakasyhdistysten tai AA:n yhteistoimintamuodot voivat auttaa asiakasta luomaan uusia ihmissuhteita ja antaa samalla malleja toimia vanhoissa suhteissa.

Vertaisryhmien merkitys on myös siinä, että ne voivat antaa juopolle *uuden kuvan tulevaisuudesta*. Yhteisissä tilaisuuksissa hän voi — sen sijaan, että vertailisi itseään kohtuukäyttäjiin — samastua ryhmän muihin jäseniin, joiden oleminen kuivilla kertoo, ettei elämä siihen lopu, kun raitistuu.

Vaikka juominen ei alkoholiongelmaiselta ole enää pitkiin aikoihin vaatinut sen kummempia syitä, juomattomuus vaatii. Kun pieni vähemmistö aikuisväestöstä on tyystin käyttämättä alkoholia, juoposta tulee raitistuessaan hyvin poikkeava. Juomattomuuden ylläpitäminen edellyttää tämän takia tietoista valintaa ja siihen aluksi jopa fanaattiselta vaikuttavaa sitoutumista. Asiakkaan on siis paljon tärkeämpää löytää hoidosta syitä juomattomuudelleen kuin juomiselleen.

Juomisen syy on milloin missäkin, mutta *juomattomuuden syy on menneisyydessä*. Monet asiakkaat, jotka ovat menettäneet kontrollikykynsä, pyrkivät epätoivoisesti takaisin ns. normaaliuteen unohtaen, että "normaalius" ei heidän kohdallaan sisällä kohtuukäytön mahdollisuutta. Nick Heather näkee AA:n merkityksen olevan juuri tämän kaltaisen muistamattomuuden ehkäisyssä (Heather & al. 1975). Kun juomattomuuden syyt ovat menneisyydessä, raitistuneen juopon on hyvä käydä säännöllisin väliajoin samastumassa vähemmän aikaa raittiina olleisiin, jotta hän muistaisi, *miksi hän on ilman* alkoholia.

Vertaisryhmillä on kuitenkin rajoituksensa: AA tarjoaa ratkaisuja yhteisen problematiikan pohjalta. Raitistumisen myötä saattaa kuitenkin nousta esiin ongelmia, jotka vaativat ammatti-ihmisen apua. Näin on jo senkin takia, että juoppoutta edeltänyt problematiikka nousee juomattomuuden myötä etualalle juopon ongelmien siirtyessä taustalle.

Yksilöllistä problematiikkaa ei — varsinkaan, jos se on hyvin vaikeaa — aina hoideta vertaisryhmien keinoin. Siihen tarvitaan psykoterapeuttista ja mahdollisesti myös perheterapeuttista asiantuntemusta; siirtyminen märästä kuivaan perhejärjestelmään ei tapahdu ongelmitta. Psykoterapeuttista apua saatetaan tarvita myös erilaisten kriisien käsittelyyn. Joskus vertaisryhmän jäsen ei kriisitilanteessa suostu tarkastelemaan yksilöllistä problematiikkaansa, vaan linnoittautuu yhteisen ohjelman luoman suojamuurin taakse. Hän on tällöin vaarassa tehdä juomattomuudesta ja/tai AA:laisuudesta uuden defensiivisen elämänstrategian itselleen.

Sinänsä kiinnostava ilmiö on, että vertaisryhmien rooli erilaisten addiktioiden hoidossa on säilynyt terapeuttisista muotivirtauksista huolimatta (tai niistä johtuen?). Juopoilla on AA, syöpöillä Painonvartijat ja Nimettömät ongelmasyöjät, pelureilla mm. Englannissa ja USA:ssa Gamblers Anonymous jne. Näissä keskitytään ongelmakäyttäytymisen *lopettamisen syihin* eikä spekuloida itse ongelmakäyttäytymisen mahdollisilla syillä. Lisäksi niissä neuvotaan, miten juoppo voi pysyä raittiina, syöppö poissa jääkaapin luota ja miten uhkapeluri voi välttää pelipöydät. Vertaisryhmien voima on yhteisissä kokemuksissa ja heikkouksissa. ("Kun olet astumassa miinakenttään ja näet siinä jalanjälkiä, seuraa niitä hyvin tarkkaan."[1])

Käytännössä vertaisryhmien toimintaan hakeudutaan pitkään jatkuneen ongelmakäyttäytymisen vuoksi, jolloin haitat ovat jo suuret. Vaikka Painonvartijat ei edellytä tulokkailta kuin viiden kilon ylipainoa, uusilla jäsenillä on ylipainoa keskimäärin 13—16 kiloa.

Kuten edellä todettiin, ongelmakäyttäytymisen lopettamisen syy on aluksi menneisyydessä. Palkitsevien kokemusten myötä tasapainoisen ravinnon nauttimisen ja juomattomuuden jatkamisen motiivit siirtyvät myös nykyisyyteen. Syöpön ensimmäisiä palkitsevia kokemuksia on farkkujen osto ja siirtyminen pois jumbohousuista. Raitistunut juoppo taas huomaa, että kaikki tarpeelliset asiat voi tehdä selvin päin.

Lyhyt ja pitkä tähtäin

Klaus Mäkelä (1983) on tarkastellut vertaisryhmien lähestymistavan ja *kognitiivisen käyttäy-*

---

[1]Irlantilaisten AA:laisten käyttämä sanonta.

tymisterapian yhtäläisyyksiä. Molemmissa kiinnitetään päähuomio siihen, miten juomista — tai syömistä — voidaan tässä ja nyt oppia välttämään. Molemmissa hyödynnetään kognitiivista uudelleenjäsentämistä ja toiminnan uudelleenarviointia.

Kognitiivisen lähestymistavan ideoita käytäntöön soveltanut Martha Sanchez-Craig (1985) korostaa, että nopein tie on selvittää asiakkaan nyhyhetken ongelma, juominen, sillä juuri se aiheuttaa vaikeuksia. Ei ole tarkoituksenmukaista ajatella, että alkoholismi on oire jostakin ja että "se jokin" täytyy ensin ratkaista. Silloin hoidossa keskitytään juomisen oletettuihin syihin eikä asiakkaan nykyiseen käyttäytymiseen. Kun poraudutaan itse juomiseen, monet ongelmat häviävät, ratkeavat itsestään. Uusia tietysti tulee, mutta niitä on helpompi hoitaa selvin päin.

Jotkut addiktioiden hoitoon kehitetyt kognitiiviset menetelmät ovat *transaddiktionaalisia.* Esimerkiksi Alan Marlattin retkahtamisen ehkäisyohjelmaa voidaan pienin muutoksin soveltaa yhtä hyvin tupakoinnin kuin juomisen lopettamiseen. Ongelmajuojien hoidossa kehitettyjä kognitiivisia tekniikoita sovelletaan Hollannissa myös muiden addiktioiden, kuten ongelmasyönnin, hoitoon. Jotkut sikäläiset addiktioklinikat hoitavat jo nyt ns. non-substanssiaddiktioita, kuten työnarkomaniaa ja kleptomaniaa (Walburg 1985).

Tässä artikkelissa on keskitytty pitkään jatkuneisiin päihdeongelmiin ja juomisen lopettamiseen. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät soveltuvat sekä varhaisvaiheen juopoille että kauemmin juoneille ihmisille. Kognitiivisesta näkökulmasta juoppoa voidaankin verrata huonoon autoilijaan: Kerran toisensa jälkeen hän tekee samat virheet samoissa risteyksissä, ei osaa peruuttaa, ei löydä koskaan parkkipaikkaa, ja kun löytää, ei mahdu siihen. Huonoa autoilijaa ei opasteta seulomalla hänen pyöräilytaitoaan, vaan panemalla hänet opiskelemaan autonajossa toistamiaan virheitä. Näin ollen kognitiiviset menetelmät tarjoavat vähemmän aikaa juoneille myös kontrolloidun juomisen vaihtoehdon (ks. Koski-Jännes 1985 & 1986). Mitä enemmän on juotu, sitä enemmän kasvaa kuitenkin edellä kuvattujen tukitoimien tarve.

Pyrkiessään lyhyen tähtäimen tavoitteeseen päihdetyöntekijällä on oltava eriytynyt kuva siitä, mitkä asiat ovat itse päihdeongelman hoitumisen kannalta ensisijaisia, mitkä toissijaisia eli minkälaisissa miinakentissä asiakas alkuvaiheessa joutuu poukkoilemaan. Ei riitä, että asiakas tekee asioita oikein, vaan hänen on opittava tekemään oikeita asioita. Syöpön ei ole hyvä mennä nukkumaan ranskanleipä tyynyn alla eikä juopon valvoa nälkäisenä kaljapullo jääkaapissa.

Kun juomisongelma on saatu hallintaan siten, että pitkään juonut asiakas on löytänyt motiivin juomattomuudelleen ja oppinut tekniikan sen ylläpitämiseksi, on mahdollista tarvittaessa katsoa, kuinka syvä oli se kivijalka, jolle juoppous rakentui.

Unelmat ja realiteetit

Työntekijän ei kuitenkaan pidä mennä osoittamaan juopottelua ylläpitäviä uskomuksia "järjenvastaisiksi" tai "alkoholistisiksi", ellei hänellä ole tarjota tilalle *rakentavaa* näkökulmaa.

Näytelmässään "Jäämies tulee" Eugene O'Neill on kuvannut, miten ryyppyporukka varjelee juoppouttaan raittiuden ilosanomaa tuovalta entiseltä tuurijuopolta. Hän haluaa murskata ryyppyporukan jokaisen jäsenen unelman ("pipe dream"), joka tekee tämän elämän siedettäväksi. Raitistuneella tuurijuopolla, Hickeyllä, ei kuitenkaan ole mitään, mitä tuoda murskattujen unelmien, juopottelua yllä pitävien uskomusten, sijaan.

Näytelmän päähenkilö Jimmy Tomorrow on saanut nimensä siitä, että hän joka päivä puhuu, kuinka hän huomenna lähtee entiseen työpaikkaansa ja järjestää asiansa kuntoon. Hickey myllyttää jokaista kaveria yksitellen, ja niinpä Jimmy lähteekin näytelmän loppuvaiheessa talsimaan kohti työpaikkaansa. Hän palaa jonkin ajan kuluttua kapakkaan. Väsyneenä hän kertoo tajunneensa, miten monta vuotta siitä oli, kun hän oli ollut työpaikallaan, joten hän meni satamalaiturille istumaan ja istui siellä tuntikausia. Unelma paluusta juoppoutta edeltävään aikaan oli mennyt — ja samalla toivo.

Hickey taas ei ollenkaan käsittänyt kiittämättömyyttä, jota hän saa osakseen osoitettuaan jokaisen unelman — unelmaksi. Saadak-

seen maun viinaan takaisin ryyppyporukka tarttuu viimeiseen oljenkorteen. Porukka toteaa Hickeyn hulluksi, mikä poistaa ryyppyporukkaan kohdistuneen muutospaineen. Viinassa on taas maku, ja kaverit voivat jatkaa rauhassa istumistaan ja unelmointiaan: "Hän taisi olla hullu koko ajan, Hickey-parka, siksi hän puhui meille niin outoja. Unelmia? Hänellä se suurin unelma oli. Hän luuli olevansa terve."

Kirjallisuus

Bandura, A.: Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969

Bean, M. H.: Denial and the psychological complications of alcoholism. In: Bean, M. & Zinberg, N. (eds.): Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism. New York: Free Press, 1981

Bejerot, N.: A theory of addiction in an artificially induced drive. Am. J. Psychiat. 128 (1972): 842—846

Bruch, H.: The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Vintage Books, 1979

Gerard, D. L. & Saenger, G.: Out-patient treatment of alcoholism: a study of outcome and its determinants. Brookside Monograph No 4. Toronto 1966

Harding, G.: Psychotherapy in the treatment of drug dependence. A survey of scientific literature. In: Boström, H. & Larsson, T. & Ljungstedt, N. (eds.): Drug dependence — treatment and treatment evaluation. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1975

Heather, N. & al.: Changes in construing and outcome of group psychotherapy for alcoholism. J. Stud. Alc. 36 (1975): 1238—1253

Holmberg, N.: AA sosiaalisena liikkeenä — konstruktioteoreettinen näkökulma. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1980: 2. Järvenpää 1980

Holmberg, N.: Automaattisista ajatuksista itsesäätelyyn. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja päihdeongelmat. Alkoholipolitiikka 49 (1984): 6, 305—314

Holmberg, N.: Ryyppäämisen petaamisohjelma — miten vältyt hoidon kielteisiltä seurauksilta eli raittiudelta. Alkoholipolitiikka 50 (1985): 4, 206—207

Kammeier, M. L. & Hoffmann, H. & Loper, R. G.: Personality characteristics of alcoholics as college freshmen and at time of treatment. Quart. J. Stud. Alc. 34 (1973): 390—399

Keller, M.: On the loss-of-control phenomenon in alcoholism. Br. J. Add. 67 (1972): 153—166

Koski-Jännes, A.: Alkoholiongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste n:o 172. Helsinki 1985

Koski-Jännes, A.: Kuinka paljon on liian paljon? Opas juomisen vähentäjille ja lopettajille. Keuruu: Otava, 1986

Marlatt, G. A. & George, W. H.: Relapse prevention: introduction and overview of the model. Br. J. Add. 79 (1984): 261—273

McCord, W. & McCord, J.: Origins of alcoholism. Stanford: Stanford University Press, 1960

Mäkelä, K.: Elämäntapanäkökulma ja hoitotutkimukset. Alkoholipolitiikka 48 (1983): 5, 250—255

Rechardt, E. & Ikonen, P.: Psykoanalyyttinen tulkinta. Psychiatrica Fennican julkaisusarja n:o 24. 1977

Salzman, G.: Psychodynamics of the addictions. In: Mule, S. J. (ed.): Behavior in excess. An examination of the volitional disorders. New York: Free Press, 1981

Sanchez-Craig, M.: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja päihdeongelmat. Järvenpään sosiaalisairaalassa 15. 6. 1985 pidetty seminaariesitelmä

Vaillant, G. E.: Adaptation to life. Boston: Little, Brown, 1977

Vaillant, G. E.: Natural history of male psychological health, VIII: Antecedent of alcoholism and "orality". Am. J. Psychiat. 137 (1980): 181—186

Vaillant, G. E.: The natural history of alcoholism: causes, patterns, and paths to recovery. Harvard University Press, 1983

Walburg, J.: 15 years of behavior therapy in the Netherlands. 15th Annual Congress of the European Association for Behavior Therapy, 29. 8.—1. 9. 1985, München

Weckroth, K.: Ajatuksia ihmisen toiminnasta ja sen tutkimisesta. Sosiaalipsykologian lisensiaatintutkielma. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto 1983

Wiman, R.: Alkoholismi elämänkaaren osana. Hoitomallien kritiikkiä ja kehittämislähtökohtia. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja n:o 24. Järvenpää 1986.

English Summary

Nils Holmberg: Jalanjäljet miinakentässä (Footprints in a Minefield)

To treat addictions, severe drinking problems, overeating, gambling etc. it is advisable to concentrate, at the start of the treatment, on the maladaptive behaviour itself, and to disregard whatever causes (psychic or social) may be at the root of it. Otherwise the therapist is mainly confronted with problems (psychic or social) which are the consequences that of behaviour. The author suggests an approach to treatment that starts with methods suited to the short-term aim, i.e. a change in drinking behaviour. Once abstinence is achieved and the client has the motivation and the technique to maintain it, it is possible, if necessary, to check on the 'depth of the iceberg' (the long-term aim). Moreover, it is suggested that when treating severe drinking problems, a great deal can be gained from the parallel use of self-help groups, in order to get the client to move from one-sided dependencies to mutual solidarity.

Alkoholipolitiikka Vol. 51: 217—226, 1986