

saattaa olla. Sopeutuminen onnistui mukaan tulleilta naisilta.

Kiinteytymisvaiheen aikana avoimuus ryhmässä lisääntyi ja ryhmäläiset oppivat tuomaan esiin niin negatiivisia kuin positiivisiakin tuntemuksiaan. Ryhmä ei missään vaiheessa ollut klassinen terapeutin ryhmä, vaikka ryhmän ilmapiiri loppuvaiheessa olikin hyvin ”terapeutin”.

Ryhmädynamiikkaa ei seurattu systemaattisesti, vaan painopiste oli ryhmän naisten toipumisprosessissa. Koska ryhmä oli kokeiluluonteinen, ryhmätoiminnan eri muotojen vaikutuksia pyrittiin kuitenkin havainnoimaan.

Naisten ryhmän kokemuksia ja opetuksia

Naisten ryhmistä alkoholi-ongelmaisten hoitomuotona ei alussa ollut paljoakaan tietoa saatavilla. Eteneminen tapahtuikin paljolti erehdysten kautta oppimalla. Olen koonnut yhteen joitakin keskeisiä havaintoja naisten ryhmän toiminnasta:

1. Kynnys päihdeongelmaisten naisten ryhmähoitoon on korkea. Naiset ovat tottuneet hoitamaan alkoholi-ongelmaansa kahdenkeskisissä hoitosuhteissa.

2. Suljettu ryhmä sopii päihdeongelmallisille naisille parhaiten. Alkoholi-ongelma eristää ja leimaa naisia, joten on helpompi suljetussa, turvallisessa ryhmässä kertoa toisille naisille ”epäonnistumisesta” naisena.

3. Päihdeongelmaisia naisia yhdistävät ikä ja siihen liittyvät samankaltaiset elämäkokemukset enemmän kuin sama sosiaalinen status tai siviilisääty.

4. Naisten juomatavalla tai alkoholin käyttöajalla ei ollut merkitystä ryhmään sopeutumisen kannalta.

5. Samankaltaisista elämäkokemuksista keskustellessaan naiset käyttivät tunnepitoista arkikieltä. Keskustelut koskettelivat enimmäkseen läheisiä ihmissuhteita.

6. Naisnäkökulma ilmeni siten, että naiset perinteen kautta syntyneen kielellisen ilmaisun avulla pystyivät löytämään yhteyden toistensa elämäkokemuksiin.

7. Ryhmän jäsenet tulivat tietoisiksi naisen asemasta ja rooleista yhteiskunnassa. Tietoisuus ei kuitenkaan sisäistynyt siten, että se olisi johtanut suuriin ja pysyviin muutoksiin naisten rooleissa. Tietoisuus kuitenkin helppotti naisena ”olemista”.

8. Ryhmä opetti päihdeongelmallisille naisille uusia sosiaalisia käyttäytymismalleja niin ryhmässä kuin ryhmän ulkopuolellakin.

Päihdeongelmaisten naisten ryhmä opetti myös sen, että naisilla on oma tapansa ja näkökulmansa tarkastella todellisuutta. Tuo näkökulma on paljolti arjen näkökulma, usein niin arkipäiväinen, että se muuttuu monille mahdolltomaksi havaita. Kuitenkin naiset ryhmässä ymmärsivät toisiaan ja tulivat itsekkin ymmärretyiksi. Tämä ei olisi ollut mahdollista ilman yhteistä, naisille ominaista tapaa havainnoida, tulkita ja selittää vallitsevaa yhteiskuntatodellisuutta sekä omaa asemaa ja rooleja tuossa todellisuudessa.

Lopuksi

Hoidon kannalta tärkeät kokemukset voi tiivistää varsin lyhyesti.

Ensiksikin hoidossa tulisi pyrkiä vapautumaan morali-soinnin painolastista. Useinhan hoitotapahtuma muuttuu kontrolloinniksi ”tiedostamattoman moralismin” myötä, jolloin terapeutti pyrkii yhteiskunnassa vallitsevien arvojen mukaisesti palauttamaan naisen perinteisiin rooleihin, olipa se päihdeongelmaisen naisen tavoitteena tai ei.

Toiseksi erityishuomiota tulisi kiinnittää siihen, että päihdeongelmaisten naisten valmiudet ihmissuhteiden solmimiseen lisääntyisivät. Ihmissuhteiden luomisesta ei kuitenkaan saa tulla pakonomaista, vaan myös yksinäisyys vapaaehtoisena valintana saattaa olla päihdeongelmaisen naisen tavoitteena.

Kolmanneksi alkoholi-ongelma tulisi nähdä ensisijaisesti elämisen ongelmana, jolloin naisen arkielämän kaikki osat tulee käsittää yhdeksi kokonaisuudeksi. Päihdeongelmaa hoidettaessa tuleekin porautua niihin monikerroksisiin dynaamisiin ilmiöihin, jotka kätkeytyvät naisen päihdeongelman taustalle. Vasta tätä kautta tulevat naisen elämäkokonaisuudessa mahdollisiksi sellaiset muutokset, jotka estävät alkoholi-ongelman laukeamisen myös tulevaisuudessa. Elämäkokonaisuuden osa-alueet saavat uuden, paremmin naista tyydyttävän järjestyksen.

Irja Hyttinen

Raittiuden edistäminen valistusterveydenhoitajille?

Nyt kun raittiustyölain mukaista raittiustyötä yrittäen työntää sosiaalitoimen hoidettavaksi (raittiustyölain muutosesitys), olisi syytä pohtia, mikä olisi paras tapa tehdä tätä työtä ja miltä perustalta sitä pitäisi lähteä tekemään? Jos kunnissa raittiustyö annettaisiin sosiaalilautakuntien hoidettavaksi, niin olisi suuri vaara, että koko kunnan väestöön kohdistuva päihde- ja tupakkavalistus loppuisi ja raittiustoimen työvoima- ja taloudellisia resursseja siirrettäisiin päihdehuollon puolelle, alkoholi-ongelmaisten kanssa työskentelyyn. Mielestäni ennalta ehkäisevän raittiustyön voimavaroja ei ole syytä eikä varaa uhrata korjaavien toimenpiteiden rahoittamiseen. ”Eivät terveet tarvitse prantajia vaan sairaat”, meille sanotaan usein, mutta raittiustyön tarkoituksena on terveitä elämäntapoja edistävää informaatiota sekä päih-teitä ja tupakkaa koskevaa faktatietoa tarjoamalla ja esittelemällä ehkäistä se, että ”terveistä tulisi sairaita”. Mielestäni meidän yhteiskunnallamme ei ole varaa luopua tästä työstä. Pelkkä Alkon ja lääkintöhallituksen ”kaukovalistus” ei korvaa jatkuvaa ja säännöllistä kunta-kohtaista valistus- ja kasvatustyötä. Sosiaalitoimeen yhdistäminen siis mielestäni lakkauttaisi tämän ennalta ehkäisevän työn (sosiaalitoimi paisuu muutenkin kuin ”pullataikina”). Sosiaalitoimi on mielestäni niin holhous- ja valvonta-ajattelun läpätunkema (vielä enemmän kuin raittiustoimi!), ettei sillä ole edes edellytyksiä hoitaa yksilön valinnanvapautta kunnioittavaa, pelkästään päätök-

sentekoa tukevaa raittiuskasvatus- ja raittiusvalistustyötä. Ollaanko tässä antamassa ”pirulle pikkusormi” ja se vie . . . ? On siis vakavasti kysyttävä: Kuka tai mikä tekee kaiken sen tarpeellisen ja vaikean työn, jota raittiuslautakunnat ja raittiustyöntekijät nykyisin tekevät? Nykyiset ”uudistusesitykset” merkitsivät tämän työn romuttumista. Ne eivät ole vastauksia kysymykseeni.

Yritän vastata itse. Minusta tuntuisi, että parhaiten tätä työtä tehtäisiin, jos raittiustyö yhdistettäisiin yleiseen terveyskasvatustyöhön. Terveyskeskuskuntainliittoihin perustettaisiin riittävästi valistushoitajien virkoja (terveydenhoitajan koulutus), ja heidän tehtävänään olisi yleinen terveyskasvatus ja -valistus. Tällöin terveyskasvatus ei olisi pirstaleista ja ainekeskeistä. Sen tulisi tarjota ihmisille terveyttä edistävän päätöksenteon aineksia. Se ei saisi kuitenkaan olla vain terveyskasvatusta ja -valistusta, vaan siinä olisi otettava huomioon elämäntapakysymykset. Ovathan esim. päihdeongelmat usein enemmän sosiaalisia ongelmia kuin terveysongelmia. Valistushoitajien tulisi vastata koulujen päihde- ja tupakkakasvatuksesta (siellä missä opettajat eivät sitä tehokkaasti tee), työpaikkaterveystunneista ja koko kuntainliiton alueen väestöön kohdistuvasta monipuolisesta tiedottamisesta ja kampanjoinnista. Siis lähes kaikesta siitä, mitä raittius toimi nykyisin tekee. Raittius toimelle kuuluva alkoholiolojen seuranta ja alkoholiolojen valvonnan seuranta voitaisiin siirtää lääninhallituksen alaisille päätoimisille alkoholitarkastajille.

Valistushoitajat eivät saisi linnoitautua terveyskeskuksiin tekemään vain asiakastyötä, vaan työn tulisi olla ulospäin suuntautuvaa, aktiivista ja ”hakevaa” terveyskasvatus- ja terveysvalistustyötä.

Valistushoitajat törmäisivät samanlaisiin ongelmiin kuin kaikki muutkin valistajat: ihmiset eivät ole loputtomiin motivoitavissa, ohjattavissa ja kasvatettavissa. Yksilöt asettavat itse omat tavoitteensa ja toteuttavat oman muutoksensa. Terveyskasvatus voi olla vain terveitä elämäntapoja edistävän informaation esittelyä ja tarjoamista päätöksenteon aineksiksi. Raittiustyöntekijöihin verrattuna heillä ei olisi kuitenkaan hartioillaan sitä menneisyyden taakkaa, joka meillä on, ja tämäkin osaltaan voisi helpottaa heidän työtään.

Nykyisillä resursseilla terveystoimi ei kykenisi hoitamaan monipuolista raittius työtä, kun sen omaan ennalta ehkäisevään terveyskasvatustoimintaankaan ei näytä voimavaroja riittävän. Ja kuten sanoin: Alkon ja lääkintöhallituksen ”kaukovalistus” ei korvaa jatkuvaa ja säännöllistä alueellista terveyskasvatus- ja terveysvalistustyötä. Viisainta olisi perustaa johonkin kuntainliittoon riittävästi virkoja valistusterveydenhoitajille ja katsoa, kuinka he selviävät yleisestä terveys- ja raittiuskasvatuksesta ja raittiusvalistuksesta. Nykyistä raittiuslautakuntajärjestelmiä ei pidä mennä muuttamaan, ellei voida varmistaa sitä, että muutokset ei merkitse koko työn romuttumista tai sen tasan laskua.

Raittius työn siirtäminen terveyskeskuskuntainliittojen valistushoitajille tekisi nykyisistä raittius työntekijöistä tarpeettomia, mutta olenkin etsinyt pelkäämään ”ideaalista” tapaa tehdä tätä työtä ja sivuuttanut työllisyysnäkökulman. Onko esityksessäni mitään järkeä?

Kari Saari

Nils Holmberg analysoi Jalanjalkia miinakentässä -artikkelissaan (Alkoholipolitiikka 4/86) mm. päihdeongelman psykologista taustaa. Hän toteaa, että ”syy” juomiseen useimmiten jää selvittämättä, koska juomiseen ei koskaan voida löytää yksiselitteistä syytä. ”Syy” analysointi jää kuitenkin Holmbergilta pinnalliselle psykologiselle tasolle: ”Ainoa yleistys, joka alkoholismiin syyteoriasta näyttää jäävän jäljelle, on se, että jokaisen ihmisen alkoholiongelmissa on jotain tekemistä alkoholin kanssa”. Eli ”jos juot niin tulet joko alkoholistiksi tai sitten et”.

Psykologina en kuitenkaan voi tyytyä näin pinnalliseen selitykseen ja pyrinkin seuraavassa erittelemään joitakin tekijöitä, joita yleensä päihdeongelman takaa löytää.

Päihdeongelma, joka on kehittynyt alkoholismiksi, on oire pahoinvoinnista, ei suinkaan mikään ”käyttäytymisen muoto”. Alkoholisti aina toisaalta kärsii ongelmaansa ja toisaalta hyötyy siitä fysiologisella, psykologisella ja sosiaalisella tasolla. Alkoholisti on aina tietoinen (enemmän tai vähemmän) siitä, että on tuhoamassa itseään hitaasti. Alkoholisti siis valitsee itse ”sairautensa”.

Jos ihminen itse valitsee tuhoutumisen, on oireen takaa aina löydettävissä joitakin seikkoja, joita voidaan nimittää juomisen ”psykologisiksi syiksi”. Psykosomatiikan tutkimus on osoittanut, että ihminen ennen sairastumistaan aina kokemustasolla elää umpikujassa. Ihmisen elämäntilanne tuntuu lohduttomalta. Tulevaisuudesta ei ole löydettävissä toivoa eksistentiaaliseen ongelmaan, ”olemisen ongelmaan”. Ihmisen perusturvallisuus on heikko. Hänen ihmissuhteensa ovat pinnallisia, hyötynäkökulmaan perustuvia eivätkä pysty tyydyttämään häntä emotionaalilla tasolla. Psykologin termeillä hän elää ”emotionaalisesti (tunne-elämältään) köyhää elämää”.

Kriisinäkökulma, johon Holmberg artikkelissaan viittaa, on ymmärrettävä aivan toisella tavalla kuin Holmberg pinnallisessa positivismissaan tekee. Ei suinkaan kriisien määrällä ole mitään merkitystä päihdeongelman esiintymiselle myöhemmässä iässä, vaan oleellista on se, miten kriisit on ratkaistu emotionaalilla tasolla, eli se, onko kriisityöskentely tapahtunut vai jäänyt puolitehen. Alkoholistien kohdalla kriisityöskentely yleensä on jäänyt reaktiovaiheeseen ja tunnettyöskentely on jäänyt selvittämättä, koska vanhemmilla on lapsen joutuessa kriisiin ”ollut parempaa tekemistä”. Vanhempien oma tunneköyhyys on siis heijastunut kyvyttömyytenä antaa tarpeeksi emotionaalista tukea lapselle kriisin kohdatessa.

Kun päihdeongelma puhkeaa, se aina liittyy johonkin ajankohtaiseen kriisivaiheeseen, jonka läpikäyminen sinänsä tekisi juomisen turhaksi. Mutta koska päihdeongelmaisen sosiaalinen kenttä on muodostunut hänen ”puolinaisen persoonallisuutensa” (tunneköyhän) ympärille, hän itse ei pysty tätä akuuttia kriisivaihetta ratkaisemaan vaan katsoo, että se hyöty, jonka ”kuolemantien” valitseminen hänelle tuottaa, on suurempi kuin se haitta, joka hänellä tästä vaivastaan on. Alkoholismi on siis nähtävä vakavana ”sairautena”; äärimmäinen tarkoitus päihdeongelmalle itselleen on sillä saavuttaa toisaalta jonkinlainen reaktio ympäristössä ja aktivoida auttamishalua sosiaalisessa kentässä ja toisaalta myös saavuttaa