

Biolääketieteellinen näkemys alkoholismista lähtee siitä aikanaan varmaankin valankumouksellisesta havainnosta, että ihmisen toiminnot — käyttäytyminen, ajattelu, tunteet ja tuntemukset — näkyvät myös aivoissa erilaisina sähkökemiallisina prosesseina. Muuttamalla toimintaansa tai ajattelutapaansa tai reagoimalla erilaisiin tilanteisiin ihminen samalla muuttaa aivotoimintaansa, ja vastaavasti suoraan aivoihin vaikuttavat aineet (sokerista erilaisiin huumaaviin aineisiin saakka) vaikuttavat ihmisen tuntemuksiin ja käyttäytymiseen. Biolääketiede tarkastelee tätä molemminpuolista vuorovaikutusketjua tyypillisesti vain sen toisesta päästä tutkien, miten muutokset aivoissa vaikuttavat käyttäytymiseen.

Jonkin huumaavan, suoraan keskushermostoon vaikuttavan aineen käyttö on houkutteleva tutkimuskohde, koska siinä on käyttäytymiselle löydettävissä konkreettinen kausaalinen syytekijä. (Tosin on huomattava, että aineen vaikutus aivoihin ei selitä *koko* käyttäytymistä, koska paljon myös riippuu siitä, miten yksilö reagoi tuntemiinsa aineen vaikutuksiin. Esimerkiksi päihtymystä voidaan yhtä hyvin yrittää peitellä kuin korostaa. On

myös tehty tutkimuksia, joissa koehenkilöille on annettu alkoholitonta juomaa, mutta kerrottu sen sisältävän alkoholia, ja saatu näin aikaan ”plasebohumala”.) Kun tästä näkökulmasta selitetään sellaisten yksilöiden käyttäytymistä, jotka toistuvasti käyttävät jotain ainetta, tällainen pysyvä käyttäytymispiirre pyritään myös selittämään aineen vaikutuksilla, tässä tapauksessa jollain pysyvillä muutoksilla, joita kyseinen aine on aivoihin aiheuttanut. Tässä yhteydessä puhutaan *riippuvuudesta*, siitä että yksilön aivot ovat sopeutuneet aineen jatkuvaan olemassaoloon verenkierrossa ja toimivat normaalisti vain, kun ainetta on veressä. Siten aineen jatkettulla käytöllä yksilö ehkäisee vieroitusoireita, äkillisestä käytön lopettamisesta aiheutuvia epämiellyttäviä tuntemuksia. Tästä on johdettu siihen ajatukseen, että korjaamalla mahdolliset aivojen muutokset jollain lääkeaineilla kyseisen aineen toistuva käyttö saadaan loppumaan.

Tältä kannalta ”aineettomat” ongelmat tai käyttäytymishäiriöt ovat ongelmallisempia. Yksilö voi myös kärsiä esimerkiksi pelihimosta, pakonomaisesta syömisestä tai laihduttamisesta, ”pakoneurooseista”, ”skitsofre-

niasta” jne. Uskollisena kausaaliketjulle aivojen toiminnan kausaalisesta vaikutuksesta käyttäytymiseen biolääketiede yrittää näissäkin tapauksissa löytää jonkin muutoksen aivoissa, niin että korjaamalla jollain lääkkeellä kyseinen muutos ongelma poistettaisiin. Sikäli kuin on kysymys kaikenlaisista ”riippuvuuksista”, ne yritetään esimerkiksi määritellä niin, että kaikki sellaiset käyttäytymistavat, joiden lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, ovat ”addiktiivista käyttäytymistä”.

Tässä on vain se ongelma, että — kuten Klaus Mäkelä seminaarikeskustelussa totesi — näin määriteltynä ”addiktion” käsite laajenee äärettömiin ja tulee erottelukyvottomäksi.

Kuten edellä todettiin, millä tahansa käyttäytymisellä on vastineensa aivojen sähkökemiallisissa prosesseissa, ja siten mistä tahansa tottumuksesta luopuminen aiheuttaa yksilölle epämiellyttäviä tuntemuksia, mielihapaa jne. Jos saunominen todettaisiin epäterveelliseksi ja jos suomalaiset päättäisivät lopettaa tuon pahan, epäterveellisen tavan, meillä olisi paljon siihen liittyvistä vieroitusoireista kärsiviä. Näistä ongelmista biolääketiede yrittää päästä eroon määrit-

telemällä kriteerejä ”normaalin” ja ”patologisen” aivojen toiminnan erottamiseksi toisistaan. Selvien elimellisten vikojen tai vaurioiden osalta asia on helppo, mutta näyttää siltä, että ”addiktion” suhteen sellaisia ei löydy vaan että ehdotetut yksilölliset ”syyt” addiktioille ovat vain pientä yksilöiden keskeistä variaatiota. Joudutaan väkisinkin siihen esittämään analogiaan varpaiden palelluttamisen yksilöllisistä taustoista: aina löytyy se ensimmäinen varpaansa palelluttanut, mutta kukaan ei ole pakkaselle immuuni. Tällöin esim. alkoholistin määrittelyminen pelkästään sen perusteella, että hän eroaa biologisilta ominaisuuksiltaan muista, käy hankalaksi; enintään voidaan yrittää sanoa, että jotkut ovat esim. aivojensa toiminnan kannalta ”alkoholistisempia” kuin toiset. Tosin nämäkin eroavuudet rajoittuvat lähinnä kahteen seikkaan. Ensinnäkin jatkuva alkoholin käyttö lisää alkoholinsietokykyä, kun aivot mukautuvat toimimaan ”normaalisti”, vaikka (tai vain kun) veressä on alkoholia. Tällainen sietokyvyn kasvu on palautuva ilmiö. Toiseksi alkoholi aiheuttaa erilaisia vaurioita aivoihin, mm. tuhoaa aivosoluja. Molemmat näistä ilmiöistä ovat kuitenkin runsaan ja jatkuvan alkoholin käytön seurauksia, eivät synnynnäisiä, yksilöllisiä poikkeavuuksia.

Niinpä biolääketiede jou-

tuu addiktioita määritellesään havaittujen biologisten erojen tai muutosten lisäksi turvautumaan lisäkriteerinä yksilön raporttoimaan kokemukseen kyvyttömydestä hallita esim. juomistaan tai uhkapelin pelaamistaan. Näiden kliinisesti todettujen lisämääreiden kautta joudutaan kuitenkin pois puhtaan biologisesta addiktioimäritelmästä, eikä puheella vaikkapa alkoholismista *pelkästään* ”aivojen sairautena” ole katetta. Toinen, järkevämpi mahdollisuus olisi tietenkin pitäytyä yksilöllisten, biologisten erojen tutkimiseen, tarkastella, mitä runsas juominen tekee aivoille tai mitkä synnynnäiset, yksilölliset erot kenties tilastollisessa mielessä ennustavat sitä, kenestä tulee ”alkoholisti” ja kenestä ei. Suuruiset puheet siitä, että alkoholismi sellaisenaan on ”aivojen sairaus”, ovat käytettävissä olevan todisteaineiston valossa vähintäänkin hätköityjä yleistyksiä.

Alussa totesin, että ihmisen toiminnot näkyvät aina aivoissa erilaisina sähkökemiallisina prosesseina ja että niin ajattelun tai toiminnan muuttuminen kuin erilaiset kemialliset aineetkin ”vaikuttavat” näihin prosesseihin (aivofysiologian kannaltahan sähkökemialliset prosessit ovat ajattelua eivätkä ajattelun ”vaikutusta”). Aivoihin vaikuttavilla aineilla ei ole mekaanista, suoraa syy-seuraus-suhdetta toimin-

taan tai ajatteluun, vaan esimerkiksi päihtyvä ihminen *ottaa* aivojen ja muun ruumiin toiminnan muutokset huomioon toiminnan muutuneina reunaehtoina; joidenkin asioiden hallitseminen on hankalampaa kuin selvänä, ja kulttuurista ja lainsäädännöstä riippuen päihtymys voi myös esimerkiksi *legitimoida* normaalista poikkeavaa käyttäytymistä tai päinvastoin tehdä normaalista käyttäytymisestä (kuten autolla ajamisesta) laitonta.

Tässä suhteessa päihtymys toiminnan ulkoisena reunaehdona ei eroa muista toiminnan ulkoisista reunaehdoista, kuten sosiaalisesta asemasta tai kulloisestakin interaktiutilanteesta. Tässäkin suhteessa toimija *ottaa* huomioon ulkoiset ehdot (sellaisina kuin hän ne hahmottaa) ja reagoi niihin esimerkiksi niin, että yrittää sopeuttaa kulutuksensa käytettävissä oleviin rahavaroihin. Alkoholin käyttö on yksi toiminto, jolla yksilö voi reagoida erilaisiin tilanteisiin; se voi olla ärtymyksen ja tyytymättömyyden ilmaus tai vaikkapa tapa juhlistaa jotain merkkipäivää. Ihmiseruumiissa tapahtuvat fysiologiset prosessit ovat yksi toiminnan ehtojen tyyppi, mutta nähdäkseni olisi kovasti yksinkertaistavaa redusoida juominen ja alkoholismi alkoholikemiaksi ja aivojen fysiologiaksi. Esimerkiksi vieroitusoireiden välttäminen

tai siirtäminen voi olla yksi juomisen jatkamisen motiivi, mutta se on tuskin koskaan ainoa motiivi, eikä sillä voi selittää muuta kuin ”juomisputken” aikaista juomista. Krapulan kärsimisen jälkeistä juomisen uudelleen aloittamista selittävät yleensä muut tekijät, kuten sosiaaliset tilanteet, asenteet ja tottumukset.

Erilaiset käsitykset alkoholismista tai sopivasta ja sopimattomasta juomatavasta ovat myös osa niitä ulkoisia ehtoja, jotka yksilöt pienemässä tai suuremmissa määrin ottavat huomioon toiminnassaan ja omassa juomatavassaan. Erilaiset käsitykset ja määritelmät alkoholiongelmissa ovat myös keinoja ja pyrkimyksiä ratkaista alkoholien käyttöön liittyviä ongelmia. Jos yksilö (ja hänen lähipiirinsä) esimerkiksi katsoo, että hän on ”alkoholisti” ja siten kyvytön kontrolloimaan juomistaan, hän määrää itselleen lääkkeeksi absolutismin. Näin juomisongelma tulee ratkaistuksi. Samalla tuo diagnoosi todentuu sitä kautta, että yksilö pitää kontrollikyvyttömyytään toimintansa ulkoisena

reunaehtona, eikä retkahduksen sattuessa todellakaan kykene kontrolloimaan juomistaan. Samoin kuin vaakuutetaan, että alkoholismi on aivojen sairaus, yritetään ehkä välttää alkoholiongelmissa kärsivien leimaamista ”moraalittomiksi” kansalaisyksiksi tai lievittää alkoholiongelmaisen umpikujaa entisestään syventävää syyllisyyden kokemusta. Toisaalta siten ehkä herätetään toivoa siitä, että jonain päivänä tutkijat löytävät vastalääkkeen, niin että koko juoppoutumisen vaara poistuu. Vastavasti puheet alkoholistien laadullisesta poikkeavuudesta normaaliväestöön nähden valavat ehkä joihinkin uskoa siihen, että ”normaali” kansalainen voi juoda huoletta.

Tällainen kulttuurinen näkökulma alkoholiongelmiin ei merkitse sitä, että väitettäisiin viimeinkin keksityn, mitä alkoholismi ”todella” on. Kyseinen näkökulma osallistuu itsekin siihen diskursiiviseen peliin, jossa alkoholiongelmiä selitetään ja niistä kärsiviä määritellään ja jonka kautta vaikutetaan itse siihen ilmiöön, jonka se-

littämisestä tässä pelissä näyttää ensi silmäyksellä olevan kysymys. Se eroaa erilaisista alkoholismien *teorioista* enintään siinä, että se yllyttää refleksiiviseen pohdintaan eri teorioiden esittämien ”suurten kertomusten” roolista itse ilmiötä muovavina paradigmoina. Käytännön seurauksena tästä voisi ajatella esimerkiksi lyhytterapeuttisesti orientoituneita hoito-ohjelmia, joissa asiakkaat *purkavat* kaikkia niitä kertomuksia ja määritelmiä itsestään ja ongelmistaan, jotka ovat toimineet itseään toteuttavina ennusteina. Kaikkien käsitysten ja koko yksilöllisen identiteetin tarkasteleminen vain kertomuksina, joita me itsellemme ja toisillemme kerromme, voi varmaankin olla vaikeaa ja tuottaa tunteen oman yksilöllisyyden ja identiteetin menettämisestä, mutta se voi myös vapauttaa rakentamaan uusia kertomuksia, joiden toteuttaminen omassa elämässä ei johda samanlaisiin ongelmiin kuin vanhat kertomukset.

PERTTI ALASUUTARI