

# *Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta II*

*Pekka Kiviranta*

Alkoholipolitiikka-lehti julkaisi vuonna 1981 artikkelin (Kiviranta 1981), jossa kerroin konsultoivan psykiatrin kokemuksista puolentoista vuoden mittaiselta ajalta eräällä Etelä-Suomen a-klinikalla ja esitin seitsemän asiakastapausta. Nyt julkaistava artikkeli on jatkoa edellä mainitulle ja perustuu niin ikään puolentoista vuoden mittaiselle jatkoajalle samalla a-klinikalla. Minulle on täten kertynyt kokemusta yhteensä kolmen vuoden mittaisesta konsultaatiotyöstä vuosina 1980—82. Toiminta on pysynyt koko ajan samanlaisena. Työssä on käytetty psykodynaamista viitekehystä. Istuntoja on ollut kerran kuukaudessa, tunnin mittaisia. Paikalla on yleensä ollut suurin piirtein koko klinikan henkilökunta, 10—12 henkeä. Asiakasta hoitava työntekijä on aluksi selostanut asiakkaan elämäkertatiedot ja hoidon siihenastisen kulun. Näistä on sen jälkeen keskusteltu ja pyritty hahmottamaan jatkohoidon suuntaviivoja.

Seuraavassa esitän kuusi asiakastapausta<sup>1</sup> jälkimmäisen konsultaatiokauden ajalta. Tapaukset edustavat tyypillisesti sitä aineistoa, jota työntekijät ovat konsultaatioon tuoneet. Tapauksen esittely konsultaatiossa on ollut täysin vapaaehtoista.

*Matti, s. 1947, mekaanikko, naimaton.* Tämä asiakas sisältyy jo vuoden 1981 artikkelin aineistoon, ja hänen tilannettaan on seurattu kolme vuotta eli koko konsultaation ajan. Ensi kerralla hahmoteltu neuroositason diagnoosi osoitautui liian optimistiseksi, ja vähitellen päädyttiin rajatiladiagnosiin. Tämän havainnon perusteena oli mm. se, että asiakas ei kestänyt kahta terapiatuntia viikossa, vaan pelot tulivat sietämättömiksi. Palattiin yhteen terapiakertaan viikossa, mikä osoitautui hyväksi.

<sup>1</sup> Henkilö- ja elämäkertatietoja on muutettu siten, että tunnistaminen on mahdotonta. Tämä on tehty luottamuksellisuuden säilyttämiseksi.

Terapiasuhteen alettua vaikuttaa alkoi Mattilla purkautua esiin vahvaa ahdistusta, mikä ilmeni terapiatuntien ulkopuolellakin riitoina työpaikalla ja kykenemättömyytenä kestää pitkään samassa työpaikassa. Asiakkaan suojautumiskeinona oli tyypillisesti splitti eli maailman jakaminen kahteen toisistaan selvästi erillään olevaan osaan: hyvään ja pahaan. Tällaiselle asetelmalle on ominaista voimakas epävakaisuus ja nopea heilahtelu. Niinpä aikaisemmin hyvänä koettu ihminen saattaa äkisti näyttäytyä täysin pahana, jollaisesta on kiireesti päästävä eroon. Rajatilapotilaalle ominainen ahdistava avuttomuus tuli esiin suhteessa terapeuttiin, jolta asiakas edellytti täydellistä apua ilman omaa ponnistelua parantumisen hyväksi. Asiakkaalla oli lisäksi kaotettua omaan ruumiiseen ja etenkin seksuaalisuuteen liittyviä tunteita. Tämä johtui siitä, ettei hän lapsena ja nuorena ollut juuri lainkaan voinut tutustua omaan ruumiiseensa, koska perheessä kaikki ruumiillisuus ja etenkin seksuaalisuus oli täysin torjuttua.

Kerran viikossa tapahtuvalla terapialla asiakkaan ja terapeutin välille syntyi rakentava ihmissuhde, jossa oli turvallisuutta, ja ahdistus vähentyi selvästi. Tämä kävi ilmi tunnelman muutoksena konsultaatiotilanteessa, josta viimeisellä kerralla puuttui vuotta aikaisemmin esiintynyt paniikinomainen ahdistavuus. On odotettavissa, että Matti kykenee terapian jatkuessa kohenemaan edelleen ja käsittelemään ongelmiaan yhä paremmin. Juominen on pysynyt terapian aikana melko hyvin kurissa eikä ole kertaakaan ajautunut hillittömäksi juomiskierteeksi.

*Seija, s. 1948, ekonomi, eronnut.* Asiakkaalla ollut harvaksyntyinen kontakti klinikkaan vuodesta 1975 lähtien. Tätä ennen hän on ollut kerran Hesperiaassa vaikean ahdistusperiodin vuoksi. Hoidon alkuvaiheessa asiakas oli halukas keskustelemaan ja käsittelemään ongelmiaan,

mutta sitten ongelmien käsittely tuli niin ahdistavaksi, että Seija rupesi juomaan ja hoitokontakti jäi. Hyvin ankara isä, äiti kuollut varhain, kaksi nuorempaa sisarta. Seija oli lapsuudessaan hyvin yksinäinen ja koki suurta vaikeutta lähestyä muita ihmisiä.

Solmi avioliiton vuonna 1970, tytär ja poika syntyivät vuosina 1971 ja 1972, liitto päättyi eroon vuonna 1975 miehen löydettyä toisen naisen. Eroon myötävaikutti Seijan melko runsas juominen avioliiton aikana. Asiakas aloitti uuden hoitokontaktin klinikan kanssa vuonna 1980 sairastetun deliriumin jälkeen masennuksen ja itsemurha-ajatusten vallassa. Työnantaja oli jo suositellut eläkkeelle hakeutumista. Seija oli solminut erittäin destruktiivisen avoliiton kahta vuotta aikaisemmin. Mies oli väkivaltainen. Mies kävi ajoittain yhdessä Seijan kanssa klinikalla keskustelemassa. Kuitenkin kävi ilmi, että mies haki etupäässä taloudellista etua ja oli ensisijaisesti kiinnostunut Seijan mahdollisesta eläkkeestä. Seijan diagnoosi on selvä rajatila. Tältä pohjalta selittyvät hakeutumiset destruktiivisiin ihmissuhteisiin. Konsultaatiossa päädytään jatkamaan Seijan hoitoa ja lujittamaan hoitokontaktia. Miehen hoidosta sen sijaan luovutaan, koska mieheltä puuttuu tunnepohjainen kontakti sekä itseensä että Seijaan.

*Veikko, s. 1950, varastomies, eronnut.* Asiakas on ollut ajoittain työttömänä, jona aikana hän on juonut. Nyt jälleen työssä varastomiehenä. Veikko sairasteli lapsena paljon, etenkin astmaa. Veikko on keskimäinen kolmesta lapsesta. Isä avuton ja pehmeä sekä kokonaan vaimonsa varjossa, äiti ankara ja määräilevä. Veikko on käynyt harvakseltaan ja parin viime vuoden aikana tiheämmin klinikan naistyöntekijän luona. Veikko on edelleen äärimmäisen riippuvainen vanhemmistaan, käy näitä päivittäin tapaamassa ja antaa äitinsä määrällä elämänsä mielin määrin. Veikko solmi avioliiton vuonna 1970, liitto purkautui Veikon juomiseen kestätyään viisi vuotta. Kaksi lasta: tyttö ja poika. Nykyisin hän elää avoliitossa; ei lapsia.

Veikko ei hoidon alkuvuosina, jolloin kontaktin oli harvempaa, kyennyt puhumaan olenmaisista ongelmistaan juuri lainkaan vaan ajautui keskusteluissa epäolennaisuuksiin. Noin kolmen viime vuoden aikana hoidossa on tullut esiin alkoholistien terapiassa usein esiintyvä hahmoton ahdistus, jonka kurissa pitämiseksi

juodaan. Ahdistuksen kestäminen on ollut hyvin vaikeaa, ja Veikon astma on ajoittain pahentunut. Kyseessä on psyykkisellä tasolla ilmenevän ahdistuksen kestäminen vaikeus ja ahdistuksen ilmeneminen täten ruumiillisena oireena. Lisäongelmana hoidossa ovat pojan taholta tulevat paineet Veikkoa kohtaan. Poika etsii Veikosta isää, mutta Veikko ei kuitenkaan kykene isyyteen, koska hän itse on aikanaan jäänyt vaille oman isänsä huomiota. Jottei Veikko joutuisi aivan ahdistuksensa lamauttamaksi, yritetään hänelle hoidossa tulkita, ettei hän voi edellyttää itseltään täysipainoista isyyttä, ennen kuin hänen oma isäntarpeensa tulee hoidossa riittävässä määrin selvitettyksi ja kohdatuksi. Päädytään siihen, että hoidossa pyritään kyselemään Veikon unia, jotta tämä saisi paremmin kosketusta tiedostamattomaan sielunelämänsä ja voisi tämän kosketuksen avulla saada hahmoa ahdistukseensa. Kokeuksen mukaan ongelmiaan torjumaan tottuneet ihmiset eivät kysyttäessä aluksi muista uniaan, mutta jos terapeutti on sitkeästi niistä kiinnostunut, saattaa asiakkaankin kiinnostus uniaan kohtaan herätä ja hän alkaa kertoa niitä.

Veikon diagnoosi on rajatila, taustalla saattaa olla latentti psykoosikin. Hoito on todella ongelmallista, koska avovaimo on psyykkisesti varsin sairas ja liitossa saattavat tuhoiset voimat olla etualalla. Päätetään joka tapauksessa jatkaa hyvin sujuvaa hoitokontaktia ja kiinnittää päähuomio Veikon mahdollisuuksiin käsitellä kovaa ahdistustaan ja pyritään oivalluksen lisäämiseen, koska sen avulla on ahdistuksen käsittely parhaiten mahdollista ja koska samalla voidaan estää kovan juomiskierteen alkaminen.

*Helvi, s. 1942, tarjoilija, naimisissa.* Asiakas on aloittanut miehensä kanssa a-klinikalla käymisen vuonna 1973; tällöin molemmat puoliset olivat erittäin ahdistuneita. He ovat käyneet sen jälkeen yhdessä muutaman kerran vuodessa klinikalla. Helvillä on erittäin vaikea suhde äitiin; äiti on ollut hyvin sitova. Helvi on ainoa lapsi. Äiti on nykyisin psykoosin vuoksi sairaseläkkeellä. Helvillä on ollut maanis-depressiivisen psykoosin vaiheita, joiden vuoksi hän on aina ollut sairaalahoidossa. Myös miehen perheessä on vaikeaa psyykkistä häiriötä: miehen äiti sairastaa skitsofreniaa ja isä on AA:n avulla pitkään raittiina pysynyt alkoholisti. Puolisoilla

on yksi lapsi. Vaikka Helvi onkin käynyt etupäässä yksinään klinikan työntekijän vastaanotolla, on myös yhteistapaamisia jatkuvasti tarvittu, koska mies kotona siirtää vaimoonsa suhteestaan äitiinsä peräisin olevia vaikeita tunteita ja tästä syystä ajoittain syntyy kaoottisia tilanteita. Yksi samanlainen sekasortoinen tunnepurkaus sattui klinikallakin yhteistapaamisen aikana.

Helvin tilannetta käsitellään konsultaatiossa kaksi kertaa kahden ja puolen vuoden välein. Helvi on koko ajan kyennyt olemaan työssään tarjoilijana, vaikka hänellä välillä onkin ollut juomakausia. Yhtään psykoottista episodiatä tänä aikana ole ollut. Perhetilanne on tänä aikana kohentunut, eikä kaoottisia tunnepurkauksia ole sattunut läheskään niin usein kuin aikaisemmin. Koska kyseessä on psykoottisaisesti häiriytynyt alkoholisti, tarvitaan välttämättä pitkäaikaista yhteydenpitoa klinikkaan. Varsinaiseen tiiviimpään tiedostamatonta sielunelämää käsittelevään hoitoon ei Helvin kohdalla ole paljon mahdollisuuksia, mutta tulkitsevan aineksen käyttö hoidossa on mahdollista. Tärkeintä on pysyvän ja turvallisen hoitokontaktin säilyminen. Noin kerran kuukaudessa tapahtuvat tapaamiset riittävät.

*Tero, s. 1939, kartanpiirtäjä, naimisissa.* Asiakas on aloittanut käynnit a-klinikalla vuonna 1976, piti sen jälkeen vuosien tauon mutta palasi uudelleen vuonna 1981 tarkoituksenaan aloittaa hoito tosimittelemällä. Teron isä on alkoholisti, äidillä on voimakasta taipumusta ahdistuneisuuteen. Hänellä on kaksi nuorempaa sisarta, joilla ei ole alkoholi ongelmia. Asiakas on käynyt klinikan sosiaalityöntekijän vastaanotolla muutamia kertoja. Konsultaation tapahtuessa Tero on pyrkimässä melko vaikean juomakauden jälkeen takaisin koulutustaan vastaaviin työtehtäviin. Tero on muutaman kerran elämänsään vannonut juomisen takia puliukkotasolle, mutta on sieltä aina kyennyt nousemaan takaisin ammatillisesti vaativiinkin tehtäviin. Tätä huipulla oloa on yleensä kestänyt muutaman kuukauden ajan, sen jälkeen Tero on usein alkanut juoda, mikä on johtanut työpaikan menetykseen, kerran perheen hajoamiseen sekä muutaman kerran vajoamiseen korvikealkoholin käyttäjäksi. Keskustelussa todetaan, että tällaista sahaavaa, joskaan ei aina näin äärimmäistä elämäntyyliä esiintyy a-klinikan asiak-

kailla suhteellisen usein. Tällaisella ihmisellä on vaikea ja näissä tapauksissa lähinnä narsistinen persoonallisuuden häiriö. Rajatilapotilaalta tällainen kyky sosiaaliseen nousuun usein puuttuu. Terossa on hänen suurista vaikeuksistaan huolimatta selviä maailmanmiehen ominaisuuksia, kuten narsistisesti häiriytyneillä ihmisillä usein on. Ongelmana Terolla ja sahaavaa elämäntyyliä harrastavilla on ankara yliminä, joka ei voi pitkään sallia menestystä ja hyvää oloa, vaan tuhoisalla tavalla vaatii rangaistusta. Tällöin on uusi alamäki jälleen edessä. Teron hoitomahdollisuudet ovat rajalliset, kunnes hän on valmis muodostamaan kiinteämmän hoitosuhteen klinikkaan. Mikäli hoitosuhde syntyy, on tulkitsevan aineksen käyttö hoidossa hyödyksi, koska tällöin voitaisiin varovasti selvittää potilaalle hänen persoonallisuutensa tuhoisia rakenteita. Tällä olisi mahdollisuus lieventää Teron elämänkulun heilahtelua äärimmäisyydestä toiseen.

*Lauri, s. 1942, mittamies, naimisissa.* Asiakas on vanhojen vanhempien ainoa lapsi, isällä vaikeita alkoholi ongelmia. Lauri on mennyt nuorena naimisiin, avioliitosta syntyi yksi lapsi. Avioliitto on ollut alusta asti vaikea, ja Lauri on ajoittain asunut poissa perheensä luota. Juomakaudet olleet viikkojen mittaisia, ja niiden jälkeen on toisinaan tarvittu katkaisuhoidoa. Viime vuosina Laurilla on ollut toinen nainen, jonka luokse hän on mennyt aina silloin, kun oman perheen kanssa on ollut vaikeuksia. Lauri on käynyt a-klinikalla kolmen viime vuoden aikana harvakseltaan noin kuukauden välein. Tiiviimpää hoitoa on ehdotettu, mutta ehdotuksesta Lauri on aina pelästynyt ja on ollut selvästi haluton tiiviimpään kontaktiin. Laurilla on vaikea, lievän skitsofrenian tasoa oleva psyykinen häiriö. Hänellä on aivan tavaton tarve symbioottiseen suhteeseen naisen kanssa, mutta toisaalta hän pelkää kovasti oman itsensä menettämistä ja sulautumista naiseen. Tästä syystä Laurin suhde naiseen on ollut jatkuvaa yhteyteen hakeutumista ja yhtämittaista pakoa pois naisen luota. Tällä perusteella selittyy jatkuva vuorottelu kahden naisen välillä. Symbioottinen läheisyyden tarve ja fuusion pelko tulevat ilmi myös suhteessa klinikan työntekijään. Lauri haluaa käydä hoidossa, mutta pelkää mahdottomasti liiallista läheisyyttä. Tämä on valitettavaa, koska vain riittävän kiinteässä

hoitosuhteessa voitaisiin hänen häiriönsä hoitoon kunnolla pureutua. Laurin hoito onnistuisikin parhaiten laitoksessa, esim. Järvenpäässä, jossa voitaisiin järjestää kiinteää psykoterapeuttista hoitoa. Lauri ei kuitenkaan missään tapauksessa suostu lähtemään Järvenpäähän, koska myös laitos näyttäytyy hänelle uhkaavana paikkana, johon sulautuminen pelottaa. Laurille on koko ajan ollut tyyppillistä, että hän ei ole kertaakaan pysähtynyt kokemaan ja pohittimaan pelkojaan, vaan hän on tottunut aina panemaan toimeksi joko juomalla tai lähtemällä pois sen naisen luota, jonka läheisyys on alkanut pelottaa. Tilanteen ollessa tällainen ei paljoa ole tehtävissä toistaiseksi. Harvakäyntistä hoitoa on aihetta jatkaa ja odottaa, olisiko Laurilla jossain myöhemmässä vaiheessa halua tiiviimpään hoitoon.

Edellä esitetyt kuusi tapausta kuten edellisen artikkelin seitsemän tapausta (Kiviranta 1981) ovat suhteellisen vaikeita. Tällaisissa tapauksissa konsultaatiotilanteen yhteisneuvottelu on ollut hyödyllinen ja voinut valaista asiakkaan tilannetta useilta eri puolilta, mikä puolestaan on antanut jatkohoidolle perspektiiviä. Mielenkiintoisinta konsultaatio on silloin, kun asiakkaan tilannetta voidaan käsitellä uudestaan vuosien välein kuten Matin ja Helvin tapauksissa. Kuitenkin myös yhden ainoan konsultaation aikana saa työntekijä uutta valaistusta asiakkaan hoitoon ja muut työntekijät vertailukohtia omaan työhönsä.

Kolmen vuoden kuluessa on konsultaatiotyöstä hahmottunut selkeä kuva. Totesin edellisessä artikkelissa, että konsultaatioon tuodaan klinikan kaikkein vaikeimmat asiakkaat. Tätä väitettä on syytä hiukan tarkentaa. Konsultaatioon tulevat vaikeat tapaukset mutta eivät aina kaikkein vaikeimmat. Myös vaikeita skitsofrenikoita on klinikan aineistoissa, mutta näitä ei ole käsitelty konsultaatioissa. Ilmeisesti henkilökunta on pitänyt näitä liian ongelmallisina; tuskin heidän hoitoonsa voitaisiin yhdellä konsultaatiokerralla paljoakaan vaikuttaa. Tällaisten asiakkaiden ongelmien hoito edellyttäisikin säännöllistä työhönsä. Myöskään lievimpiä tapauksia ei tuoda konsultaatioon; aineistossa ei kolmen vuoden aikana ollut ainuttakaan neuroositasoisesti häiriytyntä.

Viime vuosina päihdeongelmien hoitoa koskevassa keskustelussa on ilmennyt melkoista

hämmennystä. Erilaiset teoreettiset viitekehykset ovat olleet etualalla. Päihdeongelmat on useimmiten nähty biologisena prosessina tai sosiaalisena ongelmana. Vaikka nämä lähestymistavat avaavat mielenkiintoisia tieteellisiä näköaloja, ei niiden avulla tarjoudu sanottavasti mahdollisuuksia ymmärtävään hoidolliseen lähestymiseen. Niinpä pinnallinen juomisen poistaminen on viime vuosina ollut lähes ainoa hoidon päämäärä. Tällaisen tavoiteasettelun valossa selittyvät ne tutkimustulokset, joiden mukaan kaikki hoitomuodot antavat suurin piirtein samanlaisia tuloksia. Kuvaamieni kahdentoista asiakastapauksen tarkastelu ei tue käsitystä alkoholismista ensisijaisesti biologisena prosessina tai sosiaalisena ongelmana. Ilman psykodynaamista ajattelua ei näiden asiakastapausten ymmärtäminen ole lainkaan mahdollista.

Psykodynaamisen ajattelun hyväksikäyttö päihdeongelmien hoidossa on viime vuosina ollut varsin niukkaa. Tämä on aikaansaanut sen, että päihdeongelmien hoito on jäänyt yhä enemmän jälkeen muiden mielenterveysongelmien piirissä tapahtuneesta edistyksestä, joka on suurelta osin perustunut psykodynaamisen ajattelun leviämiseen työntekijöiden keskuudessa. Tilannetta kärjistää vielä se, että myös ruumiillisesti sairaiden ongelmapotilaiden hoidossa on psykodynamiikan tuntemus osoittautunut hedelmälliseksi (Rekola 1979; Virta & al. 1980). On myönnettävä, että psykodynaamisen lähestymistavan omaksuminen on suhteellisen työlästä. Siinä hien työntekijän on teoreettisen tiedon hankkimisen lisäksi suostuttava ainakin jossain määrin tarkastelemaan omassa itsessään heräviä tunteita ja oman sielunelämänsä rakennetta. Tässä tarkastelussa voi oma psykoterapia, työhönsä tai konsultaatio olla selvästi avuksi. Jos oman sielunelämän tarkastelu tuntuu työntekijästä hyvin vieraalta, on ymmärrettävää, ettei siihen ole sanottavasti halua. Jos leipätyönä kuitenkin on psyykeltään häiriytyneiden ihmisten, esim. päihdeongelmaisten ja alkoholistien, hoito, edellyttää oman itsen kanssa sovussa oleminen jonkin muun viitekehyksen omaksumista hoidossa. On valitettavaa, että päihdehuollon piirissä tämä omaksuminen useammin kuin muun psykiatrisen hoidon alueella tapahtuu siten, että tunne-elämän ongelmien olemassaolo sekä asiakkaissa että itsessä koko-

naan kiistetään. Seurauksena on umpikujainen hoitotilanne ja näköalaton hoito.

### *Kirjallisuus*

Holmberg, Nils: Mitä päihdehuolto hoitaa I—II. *Alkoholipolitiikka* 47 (1982):6, 338—345 & 48 (1983):4, 198—207

Kernberg, Otto: Borderline conditions and pathological narcissism. Aronson. New York 1975

Kiviranta, Pekka: Alkoholismin hoidon problematiikka I—II. *Alkoholipolitiikka* 41 (1976):6,

252—256 & 42 (1977):1, 19—23

Kiviranta, Pekka: Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta. *Alkoholipolitiikka* 46 (1981):5, 234—239

Rekola, Juhani: Ongelmia hoitosuhteessa — työnohjaus avuksi? *Suomen lääkärilehti* 34 (1979): 17—22

Virta, Pekka & Makkonen, Eeva & Rekola, Juhani: Terveyspalvelujen ongelmalliset suurkäyttäjät Helsingin terveyskeskuksessa. *Suomen lääkärilehti* 35 (1980): 2075—2079.

## *English Summary*

*Pekka Kiviranta: Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta II (Experiences of a Consultant Psychiatrist Working at an A clinic, II)*

The writer presents six case histories from an A clinic, concluding that the background for each subject's drinking problem was a severe psychological disorder: psychosis, borderline disorder or narcissistic disorder. The psychodynamic approach was applied as a frame of reference for consultative work; it proved very useful in efforts to understand

alcoholism and in providing perspective on the treatment of alcoholic patients.

The writer discusses the present confusion in theoretical and practical orientation in the treatment of alcoholism, and finds that the psychodynamic approach unfortunately plays a minor role in the treatment of alcoholic patients. The reverse should be the case, for psychodynamics is often the only key to understanding the difficulties of an alcoholic patient.

*Alkoholipolitiikka Vol. 49: 217—221, 1984*