

Varsinaista alkoholismin hoitoa ja erityisesti hoidon sisällön tutkimusta on Suomessa tehty vähän sekä absoluuttisesti että verrattuna alkoholismin fysiologisen ja sosiologisen tutkimuksen määrään. Pekka Kivirannan (1977) mukaan hoitoprosessin erittelyn jääminen toisarvoiseen asemaan johtuu toisaalta alkoholismin olemuksesta, toisaalta hoidon vaatimattomista tuloksista. Hoidon sisällön sijasta on pohdittu enemmän ulkoisia hoitoon liittyviä toimenpiteitä, kuten esim. hoitoonohjausta ja sen toteuttamista. Eri hoitomuodoilla saatuja tuloksellisuuskilpailuja tarkasteltuaan C. D. Emerick (1975) totesi, että hoitotekniikoiden kehittäelyillä näyttää olevan vähäistä merkitystä tulosten kannalta. G. Edwards (1977) tutkijaryhmineen totesi, että yksinkertaisilla neuvontatoimilla saavutetaan päihdeongelmaisten kohdalla yhtä hyviä tuloksia kuin intensiivisellä pitkäaikaisterapialla.

Emerickin yhteenvedon perusteella käy ilmi, että vaikka tekniikoita hiottaisiin kuinka, hoidon tuloksellisuus ei välttämättä lainkaan parane. Hoidon tuloksellisuuden arviointi on mahdollista vasta sen jälkeen, kun on eritelty se kohdealue, johon jollakin menetelmällä pyritään vaikuttamaan. Ilman tällaista erittelyä jokainen tekniikka näyttää tuottavan aivan saman tuloksen.

Objekti ja kohde

Kysymys päihdeongelmaisiin suuntautuvan hoitotoiminnan kohteesta ja tavoitteesta pyhäytyy helposti siihen, mitä päihdeongelmaisella tarkoitetaan ja ketkä katsotaan päihdeongelmaisiksi. Päihdehuollon toiminnan kohteen ongelma ei kuitenkaan ole tässä.

Jotta kohteen käsitteeseen sisältyvä ajatus saataisiin selvemmäksi, on aiheellista erottaa toisistaan toiminnan objekti ja kohde (Leiman 1982). Päihdehuollon toiminnan objekti-

na on ihminen. Toiminnan kohteena ovat kuitenkin vain ihmisen ja hänen elämänsä sellaiset erityispuolet, joita ei tavoiteta normaalisuusperiaatteen avulla. Ihminen on toiminnan objektina niin a-klinikalle kuin sosiaalitoimistolle, poliisilaitokselle, työvoimatoimistolle ja asuntolautakunnalle. Objekti on sama, mutta näissä eri organisaatioissa toiminta kohdistuu tämän objektin eri puoliin. Esimerkiksi työvoimatoimiston toiminnan kohteeksi voidaan ajatella ihmisen ja työmarkkinoiden välinen vuorovaikutus ja siihen vaikuttaminen.

Kohde näyttäytyy erilaisena eri tieteiden näkökulmasta. Psykologian kannalta päihdehuollon kohteena on persoonallisuuden kehitys — siinä tapahtuneiden häiriöprosessien korjaaminen. Kohde on syytä pitää erillään kohderyhmä-sanasta. Kohderyhmällä viitataan yleensä johonkin ikä- tai väestöryhmään, johon konkreettisia toimenpiteitä suunnataan. Riippuen siitä, mistä käsin suhde työn objektiin muodostetaan, syntyy erilaisia näkökulmia. Hoitotoiminnassa kohteena on ihmisen suhde päihdyttäviin aineisiin. Tämä yleinen määritelmä vaatii konkreettisempaa erittelyä kussakin hoitosuhteessa.

Kun kohde on oikein määritelty, työ osuu oikeaan kohtaan siinä problematiikassa, joka vyöryy klinikan ovesta sisään. Tällöin myös työhön liittyvät hoitotoimenpiteet nousevat problematiikan olemuksesta eivätkä määräydy toisarvoisista tekijöistä, kuten esim. henkilökohtaisesta viehtymyksestä joihinkin menetelmiin. Kun asiakkaita vyöryy sisään, on pystyttävä panemaan tärkeysjärjestykseen ongelmia, jotka ovat yksilöllisiä: ”Mikä tämän asiakkaan kohdalla tarvitsee terapiaa, mikä kannustusta.”

Ilman työn teoreettista ymmärtämistä hoitoyritys muuttuu etenevästä prosessista erilaisten kikkakokoelmien soveltamiseksi (vrt.

Tähkä 1980). Esimerkiksi ryhmätyön käytön lama päihdehuollossa voidaan nähdä tätä taustaa vasten (ks. Tiimi 1/82). Ryhmätyön menetelmät tulivat aikoinaan päihdehuoltoon ilman, että missään olisi todettu niillä olevan erityistä vaikutusta nimenomaan päihdeongelmaisten hoidossa. Yleisiä ryhmätyön menetelmiä sovellettiin problematisoimatta niiden yhteyksiä tähän erityiseen sovellusalueeseen eli hoitotyössä liikuttiin ”ihmiset yleensä”-tasolla.

Erilaiset terapeuttiset muotimenetelmät tulevat ja menevät kuin iskelmät konsanaan. Näiden menetelmien käyttö perustuu lähinnä niiden placebo-vaikutukseen, mutta niillä ei välttämättä ole mitään erityisvaikutusta siihen erityisongelmaan, jota hoidetaan. Vaikutus perustuu mm. työntekijän vakuuttuneisuuteen juuri tämän menetelmän tehokkuudesta. Tällaisessa työotteessa voidaan ohje-
nuorana pitää ”Käytä uutterasti uutta menetelmää, hoida mahdollisimman monia asiakkaita, ennen kuin menetelmä menettää uskottavuutensa”. Ajankohtaisena ilmiönä päihdehuollossa on nähtävissä moneen hoitopaikkaan levinnyt kritiikitön perhe- ja lyhytterapian soveltaminen, ilman että problematisoitaisiin niiden sovellusaluetta päihdehuollossa. Menetelmäkeskeisesti toimittaessa saadaan hyviltä näyttäviä tuloksia, kun hoidossa olleet ovat valikoituneet juuri menetelmään soveltuviksi. Hoitotyössä, auttamisessa, jokaiseen ongelmatilanteeseen tulisi kehittää omat vastinmallinsa (Kytöharju 1978).

Työskenneltäessä ilman hoidettavan ongelman erityislaadun erittelyä ja siitä seuraavien hoidollisten erityisvaatimusten huomioonottoa, kohteen määrittely jää tiedostamattoman persoonallisuusteorian ja henkilökohtaisten intressien varaan. Koska ei ole määrittelykohdetta, johon yritetään vaikuttaa, ei voida vastata kysymykseen, miksi epäonnistuttiin tai onnistuttiin. Pitkäkään käytännön työkokemus sinänsä ilman kokemuksen teoreettista erittelyä ei paranna työntekijän kykyä käyttää hoitomenetelmiä ongelman edellyttämällä tavalla (vrt. Brehmer 1980).

Tässä kirjoituksessa pyrin täsmentämään psykologista näkökulmaa ja arvioimaan sen osuutta päihdehuollossa.

Persoonallisuuden rakenteet

Persoonallisuus kehittyy vuorovaikutuksessa yhteiskunnan kanssa, välittäjinä toimivat esim. perhe, koulu jne. (Boschowitsch 1970). Vuorovaikutuksen sisällössä on normatiivinen aspektinsa, eli se, minkälaisia ihmisiä pyritään kasvattamaan, sisältää arvion siitä, mikä on tervettä ja mikä häiriintynyttä. Toisen asteen instituutioiden, esim. hoitoinstituutioiden, yhteiskunnallinen tehtävä on korjata sitä, mikä on häiriintynyttä (mikäli ajatellaan yhteiskunnan sujuvuutta), ja korjata toiminnallista häiriötä, joka on syntynyt persoonallisuuteen vaikuttavien instituutioiden työskentelyssä. Persoonallisuuden rakenteet kypsyvät historiallisesti: kehityksen edetessä varhaisvuosista aikuisikään näistä rakenteista tulee pysyvämpiä. Persoonallisuuden kehityksessä henkilöstä tulee oman toimintansa subjekti, joka pystyy jäsentämään sitä yhteiskunnallista todellisuutta, jossa hän elää, ja tietoisesti suuntaamaan omaa toimintaansa siinä (Scho-rochowa 1976).

Terveen persoonallisuuden keskeisenä tunnusmerkkinä voidaan näin ollen pitää perspektiivisyyttä, oman kehityksen etenemistä suuntaavaa toimintaa (Leiman 1977). Alkoholi-ongelmaisilla tällainen perspektiivisyys näyttää monessa tapauksessa pirstoutuneen tai jääneen kehittymättä (Halonen 1980). Peruseriaatteena yksilön kehityksessä, oli se häiriintynyttä tai tervettä, on se, että kehitys tapahtuu yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa; persoonallisuuden rakenteet ovat tulosta tämän vuorovaikutuksen sisäistymisestä. Kehittyessään yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus muuttuu siten, että yksilön osuus lisääntyy — myönteisessä kehityksessä yksilön mahdollisuudet suunnata omaa toimintaansa lisääntyvät. Yksilölle tässä vuorovaikutuksessa muotoutuvat persoonallisuuden rakenteet vaikuttavat kehityksen edetessä yhä enemmän.

Kehitystehtävät, jotka asetetaan ihmisille, näyttäytyvät yksilön ja ympäristön välisinä ristiriitoina, ja kehitys etenee siten, että yksilö ratkaisee niitä. Jos yksilö jostain syystä ei pysty ristiriitoja ratkaisemaan, ne siirtyvät persoonallisuuden rakenteiden sisäisiksi ristiriidoiksi. Myöhemmin ratkaisematta jääneet,

sisäistyneet ristiriidat vaikeuttavat yhteiskunnan asettamien kehitystehtävien ratkaisemista. Myös aikuisiän jotkut ongelmat ovat ensisijaisesti yksilön ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen liittyviä ristiriitoja. Jos persoonallisuuden rakenteet eivät ole kypsyneet kykeneviksi näitä ratkaisemaan, tarvitaan ulkoisia keinoja kuten esim. alkoholia. Päihteiden väärinkäyttöä voidaan myös pitää vinoutuneena yrityksenä luoda rakenteita (Reenkola 1980). Kuitenkin on olemassa sellaisia yksilön ja ympäristön välisiä ristiriitoja, kuten esim. työttömäksi joutuminen, joita on äärimmäisen vaikea ratkaista kehityksellisesti myönteisellä tavalla. Tällaiset tapaukset muodostavat kuitenkin vain osan kaikista alkoholiongelmaisista.

Kaikki tämä viittaa voimakkaasti siihen, että myös päihdeongelmaisten suhteen tarvitaan tietoa persoonallisuuden kehityksen sekä terveistä että häiriintyneistä prosesseista. Hoidollisesti vaikuttavat tekijät määräytyvät sen mukaan, ovatko ongelmana pääasiallisesti yksilön sisäinen ristiriita ja siitä seuraava kykenemättömyys vastata ympäristön asettamiin haasteisiin vai ovatko ongelmana ympäristöön sijoittuvat liialliset vaatimukset ja esim. epäinhimilliset työolot, joissa yksilöllä ei ole mahdollisuuksia käyttää hyväkseen itsessään olevia positiivisia voimavaroja.

A-klinikkasäätiön toimintamalli

A-klinikkasäätiön toimintaideologiassa on keskeisellä sijalla teesi ”Päihdeongelmainen on enemmän samanlainen kuin erilainen muihin ihmisiin verrattuna”. Ideologia on parhaiten ymmärrettävissä 60-luvun leimautumisprosessien erittelyjen ja poikkeavuuskäsitteen tarkastelujen taustaa vasten. (Esim. Kettil Bruun: Alkoholisti on henkilö, jonka ympäristö on leimannut alkoholistiksi.) Se on tietyn historiallisen tilanteen tuote. Toimintaideologian yhtenä tavoitteena oli vapaaehtoisuusperiaatteella toimivien hoitopaikkojen hoitokynnyksen madaltaminen sekä päihdeongelmaisten eristämisen vähentäminen. Kohdeyhmäksi määriteltiin heterogeeninen joukko ihmisiä, joita hoidetaan toimintaideologian tarkistamisen jälkeen (ks. Murto 1980) kokonais kuntoutuksen periaatteiden mukaisesti.

Alkoholismia pidetään ensisijaisesti sosiaalisenä ongelmana, eikä käytännön hoitotyössä ole kovin suurta tarvetta tietää, onko asiakas alkoholisti vai ei. Samaisen mallin mukaan katsotaan, että päihteiden käytöstä pidättäytyminen onnistuu vain ympäristössä, jossa elämisen perustarpeet on tyydytetty: päihdeongelmallisella on asunto, toimeentulo ja ihmissuhteita (Murto 1980).

Hoidon tavoitteeksi saadaan näin ulkoisten olosuhteiden parantaminen eikä niinkään sellaisen subjektin tuottaminen, joka voisi omista lähtökohdistaan käsin määritellä itselleen tavoitteita. Kokonaiskuntoutus palvelee toimintamallina yhteistyön lisäämistä sosiaalihuollon eri alueiden välillä, ja sen taustalla häämöttää normatiivinen käsitys ”hyvästä elämästä” eli siitä ulkoisesta tilasta, jonka toteutumisesta seuraa sisäisen tilan kuntoutuminen. Päihdeongelmaisten kokonaiskuntoutuksen toteuttamisen keskeisinä edellytyksinä ovat tällöin myös sellaiset työpaikat, joissa työskentelyolosuhteet ja tuotanto on sopeutettu ottamaan huomioon ihmisten erilaiset suorituskyvyt (Murto 1981).

Malli osoittautuu behavioristiseksi ja jättää problematisoimatta ne vuorovaikutusprosessit, informaatioprosessoinnin väliin tulevat muuttujat, joiden kautta ulkoinen tila välittyy. Päihdeongelmainen on itse asiassa tässä mallissa palautettu ympäristössä olevien olosuhteiden objektiksi, jonka ongelmiin vaikutetaan parhaiten ympäristötekijöihin vaikuttamalla. Mitään ongelmaa tästä mallista ei seuraa, mikäli alkoholisoitumista edistävät ristiriidat ovat sijoitettavissa pääasiallisesti yksilön ympäristöön.

Ongelmalliseksi tämä metodologinen työohje tulee tilanteessa, jossa päihdeongelma pääasiallisesti määräytyy yksilön yksilöllisistä erityispiirteistä (sisäisistä ristiriidoista). Tällöin mallin mukaan toimimalla yksilön sisäisiä ristiriitoja käsitellään ulkoisten olosuhteiden ominaisuuksina, eikä konfliktien hallintaan johtava sisäinen työskentely pääse käyntiin (vrt. Reenkola 1980).

Ulkoisten olosuhteiden säätely on tärkeä, mutta useimpien asiakkaiden kohdalla riittämätön ehto päihdeongelman hoitamiseksi. Malli on reduktionistinen ja muistuttaa itse asiassa enemmän sosiaalipoliittista ohjelmaa

kuin välineitä käytännön hoitotyöhön antavaa metodologista työohjetta. Se kuvastaa meillä 70-luvulla keskusteluun tullutta sosiaalideterminismin linjaa, jota ovat edustaneet eräät läntiset marxilaiset suuntaukset. Näissä on Y.-P. Häyrysen (1981) mukaan esiintynyt taipumusta palauttaa psyykinen yksilöllisyys talous- ja yhteiskuntarakenteeseen, jolloin psyyken aktiivinen rooli hämärtyy.

Kun kokonaiskuntoutusmallissa lähestytään ongelmaa nimenomaan behavioristisesta näkökulmasta, suotuisan kehityksen edellytykset ymmärretään ympäristötekijöiksi tai -olosuhteiksi ja itse kehitys näiden olosuhteiden muokkaamaksi ja säätelemäksi prosessiksi. Kun mallista puuttuvat *välitysprosessit*, yhteiskunnallisen ja yksilötason yhteydet hahmotetaan hyvin mekaanisesti. Yhteiskunta ei heijastu suoraan olosuhteiden objektien tabula rasaan, vaan *sisäisten ehtojen* kautta. Esimerkiksi L. I. Božovitšin (1977) mukaan ympäristövaikutusten tulokset kuitenkin riippuvat ennen kaikkea siitä, millaisten yksilöllisten erityispiirteiden kautta ne välittyvät ja millaisia elämyksiä ne herättävät.

Ingallil Österberg (1980 & 1981) näkee päihdeongelmaisten ja muiden väliset eroavuudet kiinnostavina ja käsitteellistämisen arvoisina ajatellen lähinnä niitä syrjintämekanismia, joiden kohteeksi monet päihdeongelmaiset ovat joutuneet jo hyvin varhain. Erityisesti hän korostaa useiden päihdeongelmaisten poikkeuksellista herkkyyttä, epäuskoa, heikkoa kontaktikykyä sekä vaikeutta saada ilman tukea yhteys omiin luoviin voimavaroihin. Halu nähdä asioissa vain hyvät puolet on ymmärrettävää, mutta ei hyväksyttävää. Ammatillisen hoitotoiminnan tulee rakentua muunkin kuin pelkän positiivisen ihmiskäsityksen ja erilaisten menetelmien hallinnan varaan. Persoonallisuuspiirteitä ei tule nähdä irrallisina tai sanoa irrallisina hyväksi tai pahoiksi, vaan ne on liitettävä siihen yhteyteen, jossa ne saavat merkityksensä.

Österbergin esille tuoma päihdeongelmaisten poikkeuksellinen herkkyys on myönteinen piirre toisenlaisessa persoonallisuuden rakenteessa (Scott 1961), ja puutteellisen uskonsa omiin voimavaroihinsa päihdeongelmainen usein kieltää ja muuntaa kaikkivoipaisuus-harhaksi, jota hän voi ylläpitää esim. juuri

juomisen avulla (Heather & al. 1975; McClelland 1972). Heatherin tuloksellisuustutkimuksessa todettiin myös, että huonoimmin menestyivät hoidon jälkeen ne laitosasiakkaat, jotka pitivät itseään tavallisen kohtuukäyttäjän kaltaisina.

Kun jokapäiväisessä elämässä luonnehdimme ihmisen persoonallisuutta, sisällytämme siihen erilaisia piirteitä. Teemme tämän käyttämättä mitään kehiteltyä kriteeriä erottamaan "persoonalliset" ja "ei-persoonalliset" erityispiirteet. Valikoimalla ja yhdistelemällä yksittäisiä psykologisia ja muita piirteitä tällaista kriteeriä ei ole yleensäkään mahdollista löytää. Samat ihmisen erityispiirteet voivat olla eri ihmisillä eri suhteissa hänen persoonallisuuteensa. Joissakin tapauksissa niillä ei ole mitään tekemistä persoonallisuuden kanssa, ja toisissa ne voivat olla aivan oleellisia persoonallisuuden luonnehtijoita (Leontjev 1977).

Tätä taustaa vasten voimme paremmin ymmärtää, miksi esim. ne päihdeongelmaiset, joiden itsekunnioitus hoidon aikana nousee eniten, myös retkahtavat useammin kuin muut (Heather & al. 1975). Voidaan olettaa, että hoidon keskittäminen "positiivisiin voimavaroihin" ei ole tuloksekasta, ellei oteta huomioon kokonaisrakennetta, ellei "myönteisiä" ja "kielteisiä" piirteitä soviteta toisiinsa (vrt. Holmberg 1981). Jos pyrimme vaikuttamaan johonkin ominaisuuteen, ratkaisun perustana täytyy olla arvio siitä, miten aikaansaatu muutos vaikuttaa kokonaisrakenteeseen (vrt. Tähkä 1979). "Persoonallisuus ei koostu irrallisista osista, vaan se on erikoislaatuinen kokonaisvaltainen muodostelma" (Leontjev 1977, 145).

Hoitosuhde ja sisäiset ehdot

Keskittyminen "positiivisiin voimavaroihin" silloin, kun ristiriidat yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa ovat sisäistyneet persoonallisuuden rakenteisiin, merkitsee alkoholiterapiassa sitä, että tällöin usein ilmenevä transferenssin kahtiajakoisuus (jonka keskeisin ilmentymä on vaikeus sisällyttää sekä myönteisiä että kielteisiä tunteita samaan vuorovaikutussuhteeseen) jää ottamatta huomioon, mikä johtaa hoidon tehotto-

muuteen. Kun keskeinen sisäinen ehto (raken-teellinen häiriö) jää vähemmälle huomiolle, työntekijä saattaa hoidon edetessä aiheuttaa asiakkaalle paineita, jättää tuomatta esiin vastakkaista materiaalia, esim. syyllisyyttä, häpeää tai ahdistusta, jolla saattaa olla keskeinen merkitys alkoholin kulutuksen kannalta. Päihdeasiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen voi olla työntekijälle ahdistava kokemus (Kiviranta 1981), ja työntekijä voi oman taantumisen pelon takia pyrkiä suojautumaan. Pidemmälle kehittyneissä päihdeongelmissa on olennaista realiteettien vastainen kaikkivoipaisuus (yksi ilmentymä on hoitoon hakeutumisen lykkääntyminen). Myös hoitosuhteessa asiakas yrittää tarjota tätä kuvaa itsestään luodakseen kaikkivoipaisuutta ylläpitävän hoitosuhteen. Tähän vuorovaikutussuhteeseen voi joku omista tarpeistaan lähtien suostua ja siten välttyä oman kaikkivoipaisuutensa menettämiseltä (vrt. Ranta 1981). Tiedostamattomiin tarpeisiin perustuva hoitosuhde ei välttämättä häiritse kumpaakaan osapuolta. Se saattaa esiintyä ns. fiksun hoitosuhteen muodossa; tällöin alkoholi-ongelmainen on "oivaltavan" asiakkaan roolissa ja terapeutti toimii "etevänä" terapeuttina (Murphy 1980).¹

Mitä voimakkaampia tunteita asiakas työntekijässä herättää, sitä enemmän työntekijä tarvitsee sisäisiä ehtoja huomioon ottavaa tiedollista viitekehystä. Hoitosuhteesta ei tule yhtä helposti ongelmaa ylläpitävää vaan sen poistamiseen pyrkivää silloin, kun se perustuu tosiasioihin sekä omien ja asiakkaan rajoitusten ymmärtämiseen (vrt. Koistinen 1980; Salonen 1978).

Jos henkilö vain tarvitsee auttavaista, ymmärtävää ja lämmintä ystävää, hänen ei tarvitse mennä psykoterapiaan. Psykoterapiaan

¹ Tämän taustalla voidaan myös nähdä monen alkoholi-ongelmaisen vaikeus olla autettavan asemassa (Matefy 1971). Avun vastaanottajana olemisen edellyttää aina jonkinasteista kaikkivoipaisuudesta luopumista. Transferenssin kahtiajakoisuudesta johtuen alkoholi-ongelmainen voi tällöin kokea joutuvansa avuttoman autettavan asemaan. On kiintoisaa todeta, että autettavan asemassa olemisen saa toisenlaisen merkityksen vertaisryhmissä, joissa toteutuu auttamisen ja autettavana olemisen kyseys (ks. esim. Tarkka 1980; Holmberg 1980).

mennään silloin, kun on tarvetta ylittää arki-järki, kun tarvitaan kehittyneempää psykologisten toimintojen ymmärtämistä ja siihen perustuvien tekniikoiden sovellusta (Kernberg 1982). Työskentelyn ei siis tule perustua ensisijaisesti välittömään kokemukseen (jolloin yhtenä vaarana on, ettei hallita vastatransferenssi-ilmiötä), vaan siihen rationaaliseen käsitykseen, joka syntyy asiakastyöskentelyssä saatavan kokemuksen pohjalta teoreettisen tiedon valossa (Salonen 1978). Ellemme käsitteellisesti ymmärrä hoitotoiminnan kohteen erityislaatua ja sitä synnyttäneitä vuorovaikutusprosesseja, emme myöskään kykene organisoimaan hoitotapahtumassa esiintyvää vuorovaikutusta niin, että sillä on asiakasta tervehdyttävää vaikutusta.

Kohde ja hoitotyön jäsentäminen

Monimutkaisissa työprosesseissa (esim. hoitotyössä) keskeisin instrumentti on työn jäsentäminen ja ohjaaminen kohteen kannalta olennaisten käsitteiden avulla. Työryhmä tarvitsee tietoa asiakkaan elämäntilanteesta ja persoonallisuudesta rakenteesta sekä näiden välisestä vuorovaikutuksesta. Tämän lisäksi eri ammattiryhmien edustajat joutuvat miettimään, mikä puoli tästä vuorovaikutussuhteesta on heidän edustamansa ammattiryhmän näkökulmasta katsottuna työn kohteena. Mikäli työryhmä toimii objektitason määrittelyn varassa (eli hoitaa juoppoja sen koommin tarkentamatta, mihin pyritään vaikuttamaan), tämä johtaa siihen, että eri ammattiryhmien erityistaito ei tule käyttöön. Seurauksena tästä voi olla työnjaon hämartyminen ja ammattiroolien yhteensulautuminen: "Kaikkihan me tehdään samaa." Ammattiroolien hämartymsilmiöihin vaikuttavat tietysti muutkin seikat, kuten esim. palkkauserot ja niihin liittyvä arvostusten hierarkia (esim. tekemällä niitä tehtäviä, jotka kuuluvat arvostushierarkiassa korkeammalle oleville ammattiryhmille, pyritään nostamaan omaa statusta sen sijaan, että mietittäisiin, mitä omasta koulutuksesta käsin voisi tehdä). Koska työryhmissä ei ole psykologisen ammattikäytännön edustajaa, jää psykologinen näkökulma persoonallisuusrakenteiden kehityksestä puuttumaan kokonaan, tai tätä tietoa sovelta-

vat työntekijät, joilla ei ole tähän koulutusta. Sisäisten ehtojen tunteminen on välttämätöntä, jotta kyettäisiin muodostamaan käsitteellisesti jäsentynyt kokonaiskuva esim. a-kliinika-organisaation työn kohteesta.

Myös tiedonkeruun kannalta kohteen määrittelyllä on keskeinen merkitys. Käsitteellisesti määritelty ja rajattu toiminnan kohde suuntaa välttämättä empiiristä toimintatavan hahmottamista. Ei suinkaan ole tarpeen tietää kaikkea mahdollista ihmisen elämästä, vaan vain toiminnan suunnittelun ja kohdentumisen kannalta välttämätön tieto on hankittava (tätä tarkoittaa "käsitteellisesti jäsentynyt kokonaiskuva") (Leiman 1983). Esim a-kliinikka-toimintaa kehittäessämme emme tarvitse empiiristä tietoa ihmisestä objektina, vaan ainoastaan niistä vuorovaikutussisällöistä, jotka ovat toiminnan kohteena.

Niin kauan kuin toiminnan kohdetta ei ole selvästi rajattu ja määritelty, ei myöskään voida ratkaista kysymystä toimintaa palvelevan tiedon sisällöstä eikä tiedonhankinnan suuntautumisesta. Koulutuksesta tulee epäyhtenäinen sarja toisistaan irrallaan olevia tiedon sirpaleita — systemaattisen täydennyskoulutuksen suunnittelu eri ammattiryhmille vaikeutuu. Kun toiminnan kohdetta ei tarkemmin määritellä, menetelmät määräytyvät objektitason lähtökohdista ja saattavat elää omaa elämäänsä kohteesta irrallaan. Toimintamalliksi esitetty kokonaiskuntoutuksen periaate on edellytyksiä luovaa toimintaa eikä niinkään kohteeseen suunnattua toimintaa. Se, että yhteistoiminta sujuu eri organisaatioiden kesken, luo vasta edellytykset varsinaiseen kohteeseen suunnatulle toiminnalle.

Esimerkkeinä siitä, miten kohteen ymmärtäminen voi saada aikaan luovia hoitosovelluksia, mainittakoon Ilkka Halosen (1982) yksilöllisen ryhmäterapien kokeilu päihdeongelmaisiin, A.-M. ja S. Immais (1981) kokeemukset päihdeongelmaisten ryhmähoidosta sekä S. Koskelan (1981) yhteisökasvatusmenetelmän soveltaminen huoltolassa.

Tässä kirjoituksessa päihdehuollon kohteen määrittelyn problematiikkaa olen kyennyt käsittelemään vain hyvin yleisellä tasolla. Artikkelissa esitettyjen käsitteiden soveltamista käytäntöön kehitellään edelleen artikkelin toisessa osassa.

Kirjallisuus

Boschowitsch, L. I.: *Persönlichkeit und ihre Entwicklung im Schulalter*. Volk und Wissen Vorseiger Verlag. Berlin 1970

Božovič, L. I.: Persoonallisuuden muodostumisen psykologiset lainmukaisuudet yksilön kehityksessä. *Kasvatus* 8 (1977): 4, 218—224

Brehmer, B.: In one world: Not from experience. *Acta Psychologica* 45 (1980): 223—241

Edwards, G. & al.: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J. Stud. Alc.* 38 (1977): 1004—1031

Emerick, C. D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment vs. no treatment. *Quart. J. Stud. Alc.* 36 (1975): 88—109

Halonen, I.: Alkoholien ongelmakäyttäjien hoidon perusteista. *Psykologia* 15 (1980): 4, 195—202

Halonen, I.: Yksilöllistä ryhmäterapiää päihdeongelmaisille. *Alkoholipolitiikka* 47 (1982): 3, 177—179

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 — konstruktioiteoreettinen näkökulma. *Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1980: 2*. Järvenpää 1980

Holmberg, N.: Päihdehuollon asiakkaan todellisuuden kohtaamisesta. *Tiimi* 1981: 2, 26—28

Häyrynen, Y.-P.: Väilysovelma, elämänpössi, psykodiagnostiikka — 80-luvun haasteita. *Psykologia* 16 (1981): 2, 77—83

Immaisi, A.-M. & Immaisi, S.: Kokemuksia ja arviointia päihdeongelmaisten ryhmähoidosta Järvenpään sosiaalisairaallassa. *Ryhmätyö* 1981: 3

Kernberg, O.: Haastattelu. *Psykologiuutiset* 1982: 3

Kiviranta, P.: Alkoholitöterapins problematik I—II. *Alkoholpolitik* 40 (1977): 1, 20—24 & 2, 53—57

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

Koistinen, P.: Realiteetteja unelmien tilalle.

Tiimi 1980: 2, 8—11

Koskela, S.: Yhteisökasvatus päihdeongelmaisten huollossa. *Sosiaaliturva* 69 (1981): 6, 273—275

Kytöharju, S.: Suomen päihdehuoltojärjestelmä. Teoksessa: Savio, A. & Sulkunen, P. (toim.): *Alkoholistihuollon keinot ja tuloksellisuus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisu* ja 1978: 1. Järvenpää 1978

Leiman, P.: Materialistinen psykologia ja sen avaamia näkökulmia psyykkisten häiriöiden diagnostisiin ja psykoterapeuttisiin ongelmiin II. *Psykologia* 12 (1977): 5—6, 2—13

Leiman, P.: *Det förebyggande mentalhälsoarbetets utveckling i Finland. Nordisk psykologi* 34 (1982): 2, 66—78

Leiman, P.: Ehkäisevän mielenterveystyön perusteet: raportti ehkäisevän mielenterveystyön valtakunnallisen koulutuksen työskentelestä. Julkaistaan 1983

Leontjev, A. N.: Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. *Kansankulttuuri* 1977

Matefy, R. E. & Kalish, R. A. & Cantor, J. M.: Self-acceptance in alcoholics who accept and reject help. *Quart. J. Stud. Alc.* 32 (1971): 1088—1091

McClelland, D. & al.: *The drinking man. Alcohol and human motivation.* Free Press. New York 1972

Murphy, H. B. M.: Hidden barriers to the diagnosis and treatment of alcoholism and other misuse. *J. Stud. Alc.* 41 (1980): 417—428

Murto, L.: A-klinikkasäätiö uuden vuosi-

kymmenen vaihtuessa. *Tiimi* 1980: 1, 3—4

Murto, L.: Päihdeongelmaiset työnhakijoina. *Alkoholipolitiikka* 46 (1981): 5, 225—226

Ranta, M.: Epäsosiaalisuus kehityksellisestä näkökulmasta. *Psykologia* 16 (1981): 1, 12—16

Reenkola, T.: Psykodynamiikka ja vieraspsykkisen ymmärtäminen. *Psykologia* 15 (1980): 6, 345—356

Salonen, S.: Suljettu hoitolaitos potilaan itsetunnon kannalta. Teoksessa: Alanen, Y. & Tähkä, V. (toim.): *Psykoanalyysin ja psykoterapian suuntauksia.* Weilin + Göös 1978

Schorochowa, E. W.: *Der psychologische Aspekt des Persönlichkeitsproblems.* Teoksessa: Schorochowa, E. W. (toim.): *Zur Psychologie der Persönlichkeit.* VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften. Berlin 1976

Scott, E. M.: The technique of psychotherapy with alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 22 (1961): 69—80

Tarkka, T.: Autetut auttajina. Kohtaamisia AA-liikkeen kanssa. *WSOY.* Helsinki 1980

Tähkä, V.: Psychotherapy as phasespecific interaction. Towards a general psychoanalytic theory of psychotherapy. *Scand. Psychoanal. Rev.* 2 (1979): 113—132

Tähkä, V.: Psykoterapian merkitys terveydenhuollossa. *Psykologia* 15 (1980): 6, 327—338

Österberg, I.: *Terapeutit: arvioikaa te hoitoa!* *Tiimi* 1980: 2, 3—4

Österberg, I.: *Omapa on asiiasi?* *Tiimi* 1981: 5, 3—5.

English Summary

Nils Holmberg: Mitä päihdehuolto hoitaa I (What Alcohol Welfare Seeks to Treat, I)

In areas where metapsychological understanding is not lacking altogether but remains incomplete, methods may be used for their presumed specific effect, while being without specific activity for the condition being treated. One of the main problems with studies of treatment effectiveness has been their tendency to neglect the question of treatment specificity. If we do not specify the interactional processes being treated, i.e. the target of treatment activity, the methods may become ends in themselves.

Alcoholism as an umbrella term for a variety of

pathological drinking behaviors has made it difficult for the professional field to specify treatment goals and type of intervention required for these different conditions. In Finland a sociological model stressing the importance of environmental factors has dominated the field to the extent that the incorporation of psychological knowledge concerning the target of treatment has been regarded to be of lesser importance.

However, without considering the various stages that personality development proceeds through, the client's problem cannot be adequately conceptualized. In the beginning conflicts mainly occur in the interaction between the individual and his envi-

ronment, but later, if early developmental conflicts have not been adequately resolved, problems may become increasingly more intrapersonal. For an adult alcoholic the problem is not only the environment; a problematic factor worthy of conceptualization in a treatment model is the way an alcoholic structures and anticipates his environment. Therefore only a model that integrates environmental

factors and the client's way of structuring them is seen to lead to realistic differential treatment methods.

Finally, the author makes use of the distinction between the object (Objekt) and the target (Gegenstand) of treatment activity, and provides an initial clarification as to the implications this distinction has for professional activity in the field.

Alkoholipolitiikka Vol. 47: 338—345, 1982