http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/ 547/

A-klinikan organisoituminen ja sosiaalityö Suomessa 1950-luvulla

Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntapolitiikan
Pro gradu -tutkielma
Lokakuu 1997
Suvi Talvikki Väärälä

Sisältö

1. Johdanto 1

2. Yhteiskuntakehityksen piirteitä 1950-luvun Suomessa 3

2.1 Modernisoituminen 3

2.2 Arvojen muutokset 6

2.3 Perhe-elämä 8

2.4 Sukupuolten väliset suhteet 11

3. Sosiaalisen työn ammatillistuminen 14

3.1 Professionaalistumisteorioista 14

3.2 Sosiaalityön professionaalistumiskehitys 16

3.3 Terapeuttisen asiantuntijuuden erityispiirteitä 21

3.4 A-klinikkatoiminta perhe-elämän vakauttajana 22

4. Tutkimustehtävä 27

5. Tutkimusaineistosta 28

6. A-klinikan syntyminen 31

6.1 A-klinikkatoiminnan vakiintumiseen johtaneet tekijät 31

6.1.1 A-klinikkasäätiö 35

7. A-klinikan sosiaalityön kuva 37

7.1 Työmuotoja 39

7.1.1 Tiimityö 39

7.1.2 Yksilökohtainen sosiaalityö 40

7.1.3 Ryhmätyö 43

7.1.4 Terapeuttinen konsultaatio 44

7.1.5 Koulutuksellinen toiminta ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa 46

8. Perhe sosiaalityön kohteena 49

9. A-klinikan sosiaalityön ideologia 53

9.1 Yhteiskuntaan sopeuttaminen 56

9.2 Ammatti-identiteetin etsintää 58

9.3 Toiminnan päämäärät 61

10. Yhteenveto 64

Lähteet 66

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa tarkastellaan A-klinikan organisoitumista ja sosiaalityötä Suomessa 1950-luvulla. Tarkastellaan miten toiminta käynnistettiin ja millaisia sisältöjä A-klinikan sosiaalityö sai. Tarkastelu kohdistuu sosiaalityön menetelmiin, kohteeseen sekä pohditaan toiminnan ideologista pohjaa. A-klinikan toiminta pyritään liittämään osaksi suomalaisen yhteiskunnan murrosta 1950-luvulla.

Tutkimuksen alkuperäisaineisto muodostuu sosiaali- ja terveysalan aikakaus- ja ammattilehtiartikkeleista 1950-luvulla. Artikkelit ovat pääosin Sosiaalisesta aikakauskirjasta, Alkoholipoliikka- ja Huoltaja-lehdistä. Arkistolähteet kattavat suppean osan kohteesta. Lisäksi tarkastellaan sosiaalityön opetuksessa ja täydennyskoulutuksessa käytettyjä oppikirjoja. Tutkimus on ensisijaisesti aikaisempien tutkimusten uudelleentulkintaa valittujen käsitteiden valossa.

Sodanjälkeisessä yhteiskunnan murroksessa alkoholismi miellettiin merkittäväksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, jonka poistamiseksi käynnistettiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa A-klinikkatoimintaa. Perhettä tukeva toiminta syntyi ulkomaisten esimerkkien innoittamana, mutta se pyrittiin kytkemään suomalaisiin lähtökohtiin. A-klinikan sosiaalityössä kokeiltiin useita työmuotoja tarkoituksena löytää keinot perhe-elämän vakauttamiseksi ja riippuvuuden poistamiseksi. Sosiaalityön taustalla vaikutti pyrkimys sosiaalistaa yksilöt tiukemmin osaksi yhteiskuntaa.

AVAINSANAT: A-KLINIKKA, SOSIAALITYÖ,
PROFESSIONAALISTUMINEN, MODERNISOITUMINEN

1. Johdanto

Sodan jälkeen suomalainen yhteiskunta oli monien muutosten edessä. Sotakorvausten suorittaminen sai aikaan voimakkaan teollistumiskehityksen, joka puolestaan edesauttoi kaupunkien kasvua mittavasta pienviljelijöitä tukevasta ohjelmasta huolimatta. Kaupunkien kasvaessa perheen funktio muuttui. Perinteinen lähiyhteisön talonpoikaisperhe kutistui kaupungissa asuvaksi ydinperheeksi, jossa mies hoiti perheen elatuksen kodin ulkopuolisessa työssä ja vaimo perheen huollon ja hoivan kodin piirissä. Säännöstelyn ja kontrollin vähitellen helpottaessa ihmisille jäi aikaa ja rahaa muihin tarpeisiin. Uuden ilmiön muodosti vapaa-aika, joka toi mukanaan mm. alkoholinkäytön. Uudessa tilanteessa alkoholikulttuurikin sai uudenlaisia tulkintoja.

Alkoholikulttuurin vaikutukset kattoivat niin kansantaloudelliset kuin perhettäkin koskeneet yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Elinolojen muutokset synnyttivät alkoholille uusia käyttöarvoja. Palkkatyöläistyminen merkitsi työn ja vapaa-ajan erkanemista toisistaan erillisiksi elämänpiireiksi. Alkoholinkäyttö sijoittui yhä selvemmin itsekontrollin alaisen vapaa-ajan toiminnaksi. Sosiaalisten merkitysten muodostuminen käyttöarvoiksi oli kollektiivinen prosessi. Tätä prosessia sääteli saatavuus ja voimakas normatiivinen kontrolli. (Sulkunen 1980, 155, 162)

Alkoholin käyttöön kohdistunut normatiivinen kontrolli kiinnittyi meillä lujasti yleiseen moraalitajuntaan, joka oli pitkään pystynyt eristämään alkoholin arkielämästä erilleen, omaan pieneen nurkkaansa elämäntavan kokonaisuudessa. Normatiivinen kontrolli toimi Suomessa vahvana ja elinolojen muutosta jäykästi myötäilevänä moraalivallina. Normatiivinen kontrolli perustui pienviljelijäkulttuurista peräisin oleviin alkoholin merkityksiin, mutta alkoholin uudet käyttöarvot syntyivät modernista valkokauluskapitalismista. Näiden asettuminen tasapainoon ei tapahtunut hetkessä. (Sulkunen 1980, 165)

Mikään sosiaalinen liike ei päässyt tavoitteisiinsa, elleivät sen aatteet olleet yhteydessä yhteiskunnan vallitseviin arvoihin. Näiden arvojen mukaan yksilö oli vastuussa teoistaan ja hänen ei pitänyt tehdä sellaista, mikä vähensi itsekontrollia. Koska alkoholin käyttö aiheutti ainakin osittaista kontrollin menetystä, oli se näin ollen yhteiskunnan keskeisiä arvoja vastaan. Yhteiskunnassamme ei hyväksytty myöskään pyrkimystä ekstaasin omaiseen tilaan. Tämä oli vastoin rationaalisia pyrkimyksiä. Kolmas arvo oli lähinnä humanitäärinen. Lainsäätäjät elivät siinä uskossa, että laki auttaa ihmisiä pyrkimään pois alkoholismista ja perheet tulevat näin autetuiksi. (Bruun 1963)

Alkoholismi nähtiin merkittävänä yhteiskunnallisena ongelmana, jonka hoitamiseksi tarvittiin erikoisjärjestelyjä. Näistä yhtenä ilmeni A-klinikkatoiminnan käynnistäminen ja organisoituminen 1950-luvulla. Sosiaalityö oli se tapa, jolla päihdeongelman poistamiseen ryhdyttiin. Tässä tutkimuksessa pohditaan sitä, kuinka 1940-ja-50-lukujen suomalainen, historiallinen kehitys tiheytyi synnyttäen moderniin yhteiskuntaan vetoavan perhe- ja sosiaalipoliittisen keskustelun, jonka seurauksena A-klinikkatoiminta käynnistyi. Tämän yhteiskunnan vakauttamiskehityksen puitteissa käsitykset modernista perheestä, alkoivat muodostua.

Seuraavassa luvussa eritellään keskeisten käsitteiden; perheen sukupuolijärjestelmän, modernisoitumisen ja professionaalistumisen, keskinäistä vuorovaikutusta sodanjälkeisessä suomalaisessa todellisuudessa. Modernisoituminen muodostaa kehyksen, jonka puitteissa tarkastellaan sukupuolijärjestelmän ja professionaalistumisen muutoksia. Modernisoitumisen edetessä yhteiskunnan toiminnat monimutkaistuivat ja laajentuivat heijastuen perheiden arkeen monin tavoin. Usein tuo vaikutus jäi tiedostamattomaksi yksilötasolla, mutta sitäkin tarkemmin arjen toimintoja pyrittiin ohjailemaan poliittisen päätöksenteon tasolla erilaisissa ohjelmissa ja lainsäädännössä.

2. Yhteiskuntakehityksen piirteitä 1950-luvun Suomessa

2.1 Modernisoituminen

1950-luku oli Suomessa agraarisen, maatalousvaltaisen yhteiskunnan ja modernin, teollistuvan yhteiskunnan välistä murrosaikaa. Sota seurauksineen nopeutti Suomen siirtymistä modernisoituvien valtioiden joukkoon. Sodan jälkeen Suomi tuli osalliseksi uusista kansainvälisistä tieteen sovellutuksista. Modernisoituva yhteiskunta asetti kansalaisilleen uudenlaiset haasteet, joihin ei kyetty vastaamaan perinteisin menettelytavoin. Suomalaisessa perheessä alkoi esiintyä uudenlaisia ongelmia, joihin ei ollut ratkaisumalleja, koska aikaisemmin alkoholismia, avioeroja tai nuorisorikollisuutta ei ollut samassa mittakaavassa esiintynyt eikä niitä oltu pidetty ongelmina ylipäätään. Modernin yhteiskunnan vaatimukset olivat ristiriidassa traditionaalisen yhteiskunnan arvojen ja normien kanssa.

Laajasti ymmärrettynä yhteiskunnan modernisoituminen viittaa toisistaan riippuviin perustavanlaatuisiin taloudellisiin, teknologisiin, sosio-kulttuurisiin ja poliittisiin muutoksiin. Modernisoitumisella ymmärretään tässä tutkimuksessa ennen kaikkea sitä muutosta, mikä tapahtui ihmisten moraalissa, arvoissa ja arjen käytäntöjen tasolla. Sen taustalla vaikuttivat suomalaista yhteiskuntaa kohdanneet teknologiset, poliittiset ja taloudelliset muutokset, jotka muuttivat ihmisten asenteita ja käyttäytymistä. Muutokset aiheuttivat myös uudenlaisia ongelmia ihmisten arjessa. Yhteiskunnan modernisoituminen on siis nähtävä kokonaisvaltaisena muutosprosessina, jossa peilautuivat kaikki ihmiselämän tasot, käytännöt ja henkinen ilmapiiri.

Kapitalismissa etenevä teollinen vallankumous oli keino rikastumiseen, pääomien kasautumiseen ja elintason kohottamiseen. Optimaalisen tuloksen saavuttamiseksi työvoiman laatuvaatimuksiin tuli sisällyttää yrittäjyyttä, kilpailuhenkisyyttä ja hyvää työetiikkaa. Perinteisen perhemallin katsottiin olevan inhimillis-

ten resurssien vapautumisen esteenä kapitalistiseen tuotantoon ja yksityiseen kulutukseen. Länsimainen ihanne modernista miehestä oli rationaalinen, motivoitunut, kilpailukykyinen ja korostuneen yksilöllinen. Välttämätön vastinpari modernille miehelle oli moderni nainen, kotiäiti velvollisuuksineen. Kotiäidin uskottiin mahdollistavan liikkuvan ja riippumattoman miestyöläisen ihanteen. Modernisaatioteoreetikot uskoivat, että varmistaakseen modernin perheen syntymisen, tarvittiin sosiaalityöntekijöitä, modernin elämän asiantuntijoita. He erikoistuivat perheen ongelmiin, lasten kasvatukseen ja äitiyden kontrolliin. (Satka 1995, 119-121)

Myös Suomi sai osansa kansainvälisistä kehitysohjelmista. Keskeinen pyrkimys oli lisätä ihmisten hyvinvointia uusien sosiaalialan erikoistekniikoiden avulla. 1950-luvulla ulkomaiset vaikutteet tulivat vahvasti esille luoden otollisen ilmapiirin uuden ammatillisen menetelmän, yksilökohtaisen sosiaalityön, käyttöönotolle. (Satka 1995, 123)

Kansakunnan vakauttamiseksi aikaansaatu ajattelu sisälsi idean kunnollisesta kansalaisesta, ydinperheestä, sukupuolten välisistä suhteista ja kotitalouden roolista. Aikaisemmin pääasiassa ylempien sosiaaliluokkien omaksumat ajatukset ja roolimallit haluttiin laajojen kansankerrosten omaksuttaviksi. Yhteistä näille alempiin ryhmiin kohdistuneille strategioille oli pyrkimys kasvattaa heistä kansalaisia, työntekijöitä, äitejä ja yksilöitä, jotka kykenisivät huolehtimaan itsestään ja elämään vallitsevien normien mukaisesti. Sosiaalinen muutos koski ihmisten arkielämää ja luokkasuhteita. Ihmiset omaksuivat uuden yksilöllisen identiteetin ja alkoivat elää ydinperhemallin mukaista arkea. (Satka 1995, 15-16)

Valtion ohjaama perheen normalisointi oli viime vuosisadan keksintö. Sen osoittaa esim. Donzelotin tutkimus ranskalaisen yhteiskunnan köyhyydestä ja hyvinvointivaltiosta. Valtion organisoiman köyhäinhoidon avun tarjoaminen ei riittänyt. Avun tarjo-

amisella piti olla tarkoitus; se oli myötävaikuttamassa perheen kuntoutumiseen, normaalitilaan pääsemiseen. Jokaisen avunpyynnön kohdalla tuli paikallistaa ja tuoda esiin se moraalinen epäkohta, joka enemmän tai vähemmän suorasti luonnehti avunpyyntöä. Tässä uudessa politiikassa siveys- ja moraalioppi kytkettiin talouteen. Tähän liittyi jatkuva perheen seuranta, tunkeutuminen perhe-elämän yksityiskohtiin. Perheen voimavarat piti kartoittaa pitämällä silmällä perheen moraalinormeja. (Donzelot 1980, 69)

Perhettä voidaan pitää erilaisten hallinnollisten diskurssien leikkauspisteenä. Myös Suomessa hyvinvointivaltion rakennusvaiheessa oivallettiin, ettei hyvinvointivaltio voisi toimia ilman arkielämän järjestelyjä, jotka sovittavat työn, markkinat ja kodin yhteen. Hallinnon kohteeksi tulivat ns. tavalliset ihmiset. Koti, perhe ja niiden normalisaatio muodostivat "yhteiskunnan perusyksikön". (Keränen 1995, 29)

Sivilisaatiokriittinen näkökulma sosiaalipolitiikan kehityksestä mieltää sosiaalipolitiikan yhteiskunnallisen sosialisaation varmentajana. Sivilisaatiokriittisessä ajattelussa tarkastellaan koko länsimaisen sivilisaation historiaa valtion kansalaisiinsa kohdistamien sosiaalistavien ja kurinpidollisten mekanismien kehittymisen näkökulmasta. Sosiaalipoliittisia ratkaisuja tutkitaan sen mukaan, kuinka ne sosiaalistavat ihmiset yhteiskunnan kehitystason edellyttämille tavoille. Sivilisaatiokriittisestä näkökulmasta sosiaalinen tukitoiminta, kasvatus ja valistus näyttäytyvät kontrollin ja kurinpidon kääntöpuolina, niiden toisina ilmenemismuotoina. Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen valvonta kulkevat käsi kädessä. (Linna II/1988, 78, 79)

Sosiaalipolitiikassa on pitkälle kyse juuri sosialisaatiosta. Sosiaalipolitiikan tehtävänä voidaan nähdä yhteiskunnan kiinteyden ja jatkuvuuden turvaaminen ja sosialisaation varmentaminen. Sosiaalipalvelut vastaavatkin yhteiskunnassa sekä kiinteyden että jatkuvuuden säilymisestä. Sosiaalipalvelut ovat yksi keino sopeuttaa yksilö ja hänen ympäristönsä toisiinsa niin, että yk-

silö pystyisi saavuttamaan oletetun fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa. A-klinikka, kasvatusneuvoloiden tavoin, osana sosiaalipolitiikkaa varmisti osaltaan yhteiskunnan kiinteyttä ja jatkuvuutta tukemalla yhteiskunnan sosialisaatiota. (Linna II/1988, 82) Ja A-klinikathan syntyivät nimenomaan sosiaalistamaan alkoholisteja takaisin yhteiskuntakelpoisiksi.

2.2 Arvojen muutokset

Äkilliset yhteiskunnalliset muutokset, kuten sota, pakottivat ihmiset arvioimaan uudelleen elämänarvojaan. Koska perhe on altis instituutio aatteellisille kannanotoille, on sitä koskeva analyysi helppo kytkeä yhteiskunnalliseen murrokseen. Aikakauden merkitys perheratkaisuja erottelevana tekijänä perustuu siihen, että yhteiskuntarakenteellinen muutos ja sitä koskeva aatteellinen keskustelu kiinnittyivät aikaan. Jollakin ikäryhmällä on tässä muutoksessa muita keskeisempi asema, koska ryhmän jäsenet tulevat silloin aikuisikään. Myös muut alkavat omaksua uudenlaisten arvojen mukaisia elämänratkaisuja. Näin nämä kasautuvat johonkin tiettyyn aikaan erottaen sen muista paremmin kuin ikäryhmät toisistaan. (Jallinoja 1984, 73, 83)

Myös sosiaalipolitiikan kehittyminen oli yhteydessä aikaansa. Sodanjälkeisessä käymistilassa keskeisiä instituutioita koskeva keskustelu velloi kiivaana. Eri foorumeilla käydyt arvokeskustelut heijastivat ihmisten ja valtion tarvetta päästä arkielämän normaalitilaan.

Sodasta ja sotakorvauksista toipuvan Suomen asema Länsi-Euroopan valtioiden joukossa oli jokseenkin erikoinen sodanjälkeisessä poliittisessa tilanteessa. Yhteiskuntarakenteen muutoksessa kasvava väestö keskittyi kaupunkeihin ja taajamiin. Taloudellinen vaihto laajeni. Sidos sotaa edeltäneeseen arvomaailmaan ja minäkuvaan ei hellittänyt kaikilla aloilla yhtä nopeasti. Sisäinen sopeutuminen ei pysynyt ulkoisen sopeutumisen vauhdissa. Vanhojen arvojen kyseenalaistamiseen reagoitiin instituutioita puo-

lustamalla. Usein näiden puolustusten taustalla oli sodan aiheuttama trauma, joka uhkasi yksilöiden ja koko yhteisön jatkuvuuden tunnetta. Kansakunta näytti olevan henkisesti jäljessä omasta kehityksestään. Suomessa yhteiskunnallisen muutoksen vauhti oli liian raju monille niistä, joiden maailmankuva oli muotoutunut ennen sotaa tai sen aikana. Vuosikymmenen edetessä kansallinen identiteetti pirstoutui väestö- ja elinkeinorakenteen, ulkopoliittisen tilanteen ja populaarikulttuurin vaikutuksesta eikä kyennyt enää tarjoamaan yhteistä samaistumiskohdetta ennen sotaa tai sen aikana aikuistuneille. Kulttuurisen yhtenäisyyden haaveet elivät yhä vanhempiin sukupolviin kuuluneiden arvoissa ja toiminnassa. Ilmapiiri oli erittäin integroiva, syvältä suvaitsematon ja pinnalta varovasti salliva. Pohjimmiltaan vanhanaikainen yhteisö etsi hetkittäin uutta, lähinnä olosuhteiden pakosta. Alkava taloudellinen nousukausi loi turvallisuuden tunnetta ja soi mahdollisuuden korjaaviin toimenpiteisiin sodassa traumatisoituneille sukupolville. Ilmeni pientä liikkuvuutta, vaikka hajaannuksen pelossa turvauduttiinkin usein vanhoihin menettelytapoihin. (Tuominen 1991, 125-128)

Osaltaan sodan aikaista ja seuraavan vuosikymmenen käsitystä perheestä ja sukupuolierosta oli muovaamassa Väestöliitto, jonka välineistöä käytettiin ennen kaikkea kansakunnan moraalisen selkärangan vahvistamiseen. (Satka 1993, 58, Satka 1995, 108) Väestöliiton vaikutus naisen asemaan oli melko moniselitteinen kysymys. Järjestön toiminnassa voidaan nähdä monia konservatiivisia, sukupuolten työnjakoa syventäviä piirteitä, kuten äitiyden ihannointi ja sen valjastaminen kansallisiin tarpeisiin, mutta myös äidin oikeuksien puolustamista ja arkipäivän helpottamista. Väestöliitto tutustutti suomalaiset pikku hiljaa joihinkin uudistushenkisiin kansainvälisiin virtauksiin, lähestyttiin avioliitto-ongelmia, seksuaalipoliittisia kysymyksiä ja kehiteltiin ehkäisymenetelmiä ja lapsettomuustutkimusta. (Nätkin 1994, 134)

Ajan ristikkäispaineista kertoo osaltaan Väestöliiton suhtautuminen päivän polttaviin kysymyksiin. Vaikka järjestö panosti

ehkäisymenetelmien kehittelyyn ja valistustoimintaan, se vastusti ehkäisyvälineautomaattien yleistymistä niiden moraalia höllentävään vaikutukseen vedoten. Eräs keskeisimmistä 1940-luvun lopun ja 1950-luvun alun projekteista oli aborttien vastustaminen, eihän ilmiö sopinut sodan jälkeiseen jälleenrakennusajatteluun. Samoin avioerojen suuri määrä oli hälyttävä merkki perhe-elämän alueella. Nämä seikat nopeuttivat Väestöliiton sosiaalineuvoloiden leviämistä. (Rauttamo 1980, 64-66)

2.3 Perhe-elämä

Perheistä tuli erilaisten sosiaalipoliittisten reformipyrkimysten keskeisiä kohteita. Hyvinvointivaltion rakentaminen ja uudistusten toteutuminen nojasivat tietynlaisiin sukupuolten välisiin suhteisiin perheessä ja perinteiseen sukupuolijärjestelmään yhteiskunnassa. Sukupuolijärjestelmän käsite kattaa sukupuolieron ja sukupuolten välisen työnjaon, jotka tulevat tässä tutkimuksessa esiintymään rinnakkaisina käsitteinä. On kuitenkin paikallaan hieman selventää näitä käsitteitä.

Sukupuolijärjestelmän käsite pitää sisällään metodologisen ymmärryksen siitä, että sukupuoli järjestyy yhteiskunnassa monilla tasoilla. Monitasoituudella tarkoitetaan yhteiskunnan rakenteellisia jakoja, symbolisia merkityksiä ja yksilöllistä identiteettiä, joissa sukupuoli on samaan aikaan mukana. Naiset ja miehet tuottavat ja uusintavat yhdessä ihmiselämän kokonaisuutta. Samalla välittyvät sosiaaliset ja kulttuuriset rakenteet sekä oman itsensä ja muiden ihmisten kuva sukupuoliolentoina. Järjestelmä on jokin toimiva kokonaisuus, johon sisältyy sisäisiä ristiriitaisuuksia, katkoksia ja eriaikaisuutta. Sukupuolijärjestelmä on historiallinen ja muuttuva ilmiö. Siihen sisältyy tietty pysyvyys, jonka logiikan ilmenemismuoto voi vaihtua moneen kertaan, vaikka itse peruslogiikka säilyy samana. Sukupuoliero tarkoittaa sitä, että nainen ja naiseus erottuu selvästi miehestä ja mieheydestä käytäntöjen tasolla ja ajatuksellisissa rakenteissa. Ero toteutuu monin tavoin, esimerkiksi lainsäädännössä voidaan

rajata julkinen toiminta miesten ja kotitalous naisten toimintaympäristöksi. Ilman säännöksiäkin naisten ja miesten työt ja toiminta-areenat poikkeavat toisistaan sukupuolijärjestelmän kokonaishierarkiassa. (Rantalaiho 1994, 10-12)

Sodalla oli siis omat vaikutuksensa suomalaisen hyvinvointivaltion syntyhistoriassa. Sota pakotti kansalaisyhteiskunnan uudenlaisiin järjestelyihin työn ja kotitalouden hoidon suhteen. Lastenhoidon ja työvoima-avun järjestäminen enteili tulevia sosiaalipalveluita. Sodan loputtua uudet palvelumuodot perustettiin kuitenkin sodanaikaisille käsityksille huolenpidosta, naisen paikasta perheessä ja sen ulkopuolisessa maailmassa. (Satka 1993, 57) Sukupuolten paikan uudelleenmäärittely aiheutti uudenlaisia ongelmia perheissä. Avioliittoja ravisteli aikaisemmin tuntemattomiksi, kodin seinien sisäpuolelle jääneet pulmat.

Myös kirkon piirissä herättiin aviollisten ongelmien lisääntyessä. Tarve päästä rauhanaikaiseen vakiintuneeseen elämäntyyliin oli ilmeinen. Haluttiin rakentaa myönteistä ja normaalia perhe-elämää. Kirkko koettiin monilla tahoilla vallitsevaa yhteiskuntajärjestystä tukevaksi, kansallista identiteettiä suojaavaksi ja kiinteyttä luovaksi instituutioksi eikä sitä kohtaan esiintynyt juurikaan arvostelua. Agraariseen kulttuuriin sidoksissa ollut kirkko alkoi etsiä muiden instituutioiden tapaan uusia työmuotoja tavoittaakseen teollisuusyhteiskunnan irrallisen ihmisen. Yksi näistä työmuodoista oli A-klinikkatoiminnan ohella perheneuvontatyö. (Mikkonen 1988, 32-33)

Erilaiset perhettä koskevat tulkinnat lähtevät joko siitä, että uudenlaisen perheen pohja oli tunnesuhteissa tai perheen yksityistymisessä, ympäristöstään irtautumisessa. Perheestä tuli palkkatyön symbolinen vastakohta. Samalla perheestä tuli kohde, jolle tapahtui jotain tai sille voitiin tehdä jotain. Perheestä oli tullut myös sosiaalinen ongelma. Perhe oli muodostunut ideologiseksi instituutioksi, sillä siihen liittyi erilaisia merki-

tyksiä. Ne osoittivat, mikä perheessä oli tärkeää ja mikä siinä oli vikana. (Jallinoja 1984, 37-38)

Jacques Donzelot on tullut ranskalaista yhteiskuntaa tarkastellessaan tulokseen, että moderni perhe ei ollut niinkään instituutio vaan mekanismi, joka toimi erilaisten perhemallien (työväenluokkaisen ja keskiluokkaisen mallin) kautta ja niiden painotuksen vaihteluissa, joka ilmeni yksilöiden intresseissä ja perhettä koskevissa valinnoissa. Avioliitto puolestaan oli vanhanaikainen, mutta välttämätön jäänne, perusta sosiaalisen järjestelmän ja perheen välillä. Parempaakaan ei ollut ylläpitämään yhteiskuntajärjestystä. (Donzelot 1980, 91, 94)

Perhe nähtiin tietynlaisena yhteiskunnan selkärankana, jonka hajoamisessa heijastui koko yhteiskunnan hajoaminen. Perhe, joka ennen tarjosi pohjan ihmisten välisille pysyville suhteille, alkoi vähitellen hajota vähemmän pysyviksi ihmissuhteiksi. (Marin 1994, 21) Familistiset ja individualistiset perhekäsitykset heijastivat melko hyvin perheen muutoksen olennaisia tendenssejä. Oli siis kysymys siitä, minkä painon sai toisaalta perhe ja toisaalta yksilö. (Jallinoja 1984, 39) Vaikka tuntui vallitsevan jonkinasteinen konsensus siitä, että perheen funktion oli muuttunut, niin sitä vaikeampaa tuntui olevan muodostaa yhtenäinen käsitys modernista perheestä.

Suomalaisten perheratkaisuissa tapahtui sodan aikana selvä murros. Toisen maailmansodan jälkeen yleistynyt avioliittoisuus ei siis kytkeytynyt yksinomaan famisistisen perhekäsityksen vahvistumiseen, vaan myös seksuaaliseen vapautumiseen. Tämä kanavoitui pääasiassa avioliittoon, josta näytti tulleen henkilökohtaisten tunteiden ja elämänilon tyyssija. Puritaaniseen moraaliin pohjautunut estyneisyys, joka oli edesauttanut naimattomuuden todennäköisyyttä, laukesi. Näin familistiset ja individualistiset näkemykset yhdistyivät mielenkiintoisella tavalla. Tätä perhemyönteisyyden ilmapiiriä kesti 1950-luvun loppuun saakka. (Jallinoja 1984, 73, Satka 1993, 68)

2.4 Sukupuolten väliset suhteet

Sota-aika ja sotakokemukset synnyttivät jännitteitä kaikilla aloilla, mukaan lukien sukupuolten väliset suhteet ja työnjaon. Sodan aikana kansalaisten moraalissa tapahtui muutoksia, jotka heijastuivat ajan perhekäsityksiin. Kuitenkin samaan aikaan valtion suhtautuminen perheisiin radikalisoitui. Organisoitu sosiaalipolitiikka lisääntyi. Valtiovalta ohjasi arkielämän normalisointia perhe- ja asuntopolitiikalla. Oman lisänsä ajan ristikkäispaineisiin toivat kansainväliset opilliset virtaukset, jotka vaikuttivat mm. äiti-lapsi-suhteen uudelleen muovaamiseen ja perhepolitiikkaan yleensä. (Satka 1993, 57-71) Moderni perhe rakennettiin korostamalla ydinperheen ja kotitalouden yksilöllistymistä, perheen sisäisten tunnesiteiden vahvuutta ja erotisoimalla perheenjäsenten väliset suhteet. Kotien "koneistoa" piti kasassa halujen ja tarpeentyydytyksen välinen jännite. (Rose 1990, 201)

Perheen arkielämän tasolla lapset tuli kasvattaa äitien hoidon ja huolenpidon alaisina "onnellisissa perheissä". Tästä syystä naisille annettiin tärkeä rooli kansakunnan rakentamisvaiheessa. Naisen kansalaisuus määriteltiin sen kautta, kuinka hyvin tämä suoriutui perheen sosiaalisessa elämässä. Samanaikaisesti miehen kansalaisuus määrittyi valtion ja julkisen roolin kautta. Hän edusti perhettään ja oli vastuussa sen taloudellisesta uusintamisesta. Toisaalta naisen ja miehen tehtävät olivat täysin toisilleen vastakkaiset, toisaalta ne täydensivät toisiaan. Hyvän mieskansalaisen tunnusmerkkejä olivat raittius, säästäväisyys ja ahkeruus. Naisen osaa kuvasi äitiys ja äidillisyys. (Satka 1995, 17-18) Toisin sanoen sukupuoli määritti nais- ja mieskansalaisen roolit ja yhteiskunnallisen toimintaympäristön.

Yhtäältä kyse oli myös "perhekultista". Sillä viitataan yleensä perhettä ja perheistymistä ihannoivaan ilmapiiriin, jossa sukupuoli määritti yksilöiden tehtävät ja jonka vallitsevaa järjestystä tuettiin korkeimman poliittisen päätöksenteon tasolla,

lainsäädännössä. Toimiva yhteiskunta tarvitsi säädellyn sukupuolijärjestelmän, jonka puitteissa naisen paikka oli kodin piirissä ja miehen kodin ulkopuolisessa työssä yhteiskunnallisena vaikuttajana.

Yvonne Hirdman on osoittanut 1900-luvun ruotsalaista yhteiskuntaa tutkiessaan äitien tehtäväksi yhteiskunnan "pienen elämän" modernisoinnin. Julkisen edistyksen oli realisoiduttava tässä "pienessä elämässä", jossa äidit olivat modernisaation näkymättömiä pioneereja. Modernin yhteiskunnan murroksessa julkisen ja yksityisen klassinen kahtiajako monimutkaistui. Julkisen ja yksityisen välinen raja ja merkitykset joutuivat käymistilaan. Moderneista ajatusmuodoista ja instituuutioista huolimatta sukupuolijärjestelmä säilytti ja uusinsi itseään, myös uusissa paikoissa uudelleen merkittynä. Yksilöt asettuivat edelleen sukupuolisina ja reproduktiivisina olentoina suhteessa toisiinsa. (Julkunen 1995, 17, 21, 24, 28, Hirdman 1989, 149, 154)

Yhteiskunnan interventio tunkeutui kodin seinien sisäpuolelle. Kodin ja "pienen elämän" järjestäminen toimivammaksi jo kodin rakentamisen tasolla kertoi siitä, että yhteisön piti toimia moitteettomasti ja ennen kaikkea tehokkaasti jo sen ytimessä, kodin ja sen seinien sisäpuolella. Kotitöiden rationalisoimistoimet olivat yksi keino korostaa kotityön merkitystä. Kotitaloustieteen yksi funktio oli kuin olikin naisen ja äidin yhteiskunnallisen aseman parantaminen. Jo aikaisemmin tuota asemaa oli pyritty kohottamaan äitiyssuojelullisin toimin ja lapsilisäjärjestelmän luomisella.

Ydinperheen syntymisen myötä korostunut äiti-lapsi-suhde teki isästä "ulkopuolisen". Tätä kehitystä tuki vuoden 1929 avioliittolaki, jossa kodinhoito tulkittiin vaimon työksi ja osuudeksi perheen elatuksessa. Tällä uudella tulkinnalla vahvistettiin osaltaan sukupuolten välistä työnjakoa ja ydinperheajattelua. Kun miehiä yritettiin saada auttamaan perheenemäntiä kodin töissä, tällaisella asennekasvatuksella pikemminkin vahvistettiin

sukupuolten välistä työnjakoa kuin purettiin sitä. Kun miehistä haluttiin tehdä emännän avustajia, se merkitsi sitä, että heidän ei oletettu ottavan vastuuta kotitaloustöistä eikä perhe-elämästä. Vaimo oli entistä enemmän se, joka organisoi koko taloudenhoidon ja muun perhe-elämän. (Ollila, 1993, 56-60, 138-139)

Miehen marginalisoituminen perheestä sai vahvistuksen myös ajan perhetutkimuksen tuoman tiedon kautta. 1950-60-lukujen isätutkimuksen taustalla olivat ajan isyys-, miehisyys-, ja perhekäsitykset. Yhdessä ne muodostivat isyydestä kuvan, joka on täysin erilainen kuin äitiyden edustama empaattinen vanhemmuus. Suhteessa omaan lapseensa 50-luvun isä oli etäinen, viileä ja asiakeskeinen, perheen tunnesuhteiden kannalta marginaalinen henkilö, jonka paikka jäi epäselväksi. Tämä perheestään pomon lailla huolehtiva "perinteinen" isä oli vallitsevana myös meillä sodan käyneitten miesten keskuudessa 50-ja 60-luvuilla. Mies oli sitoutunut perheeseensä siinä mielessä, että hän kantoi vastuun perheen aineellisesta ja ulkoisesta hyvinvoinnista. Tällainen isä oli rajojen asettaja, joka ei halunnut isyyden tunkeutuvan identiteettinsä, miehisyytensä, työhönsä tai harrastuksiinsa. Talcott Parsonsin rooliteoria tuki ajan isyyskäsitystä. Teorian mukaan isällä oli perheessä instrumentaalinen ja äidillä ekspressiivinen rooli. Näin myös perhesosiologia legitimoi isän roolin ulkokohtaisuuden ja äidin roolin tunnepohjaisuuden. 1950-luvun stereotyyppinen käsitys maskuliinisuudesta kirkasti miehen mallin, joka parhaimmillaan oli periaatteen mies, omin käsin huipulle päässyt "self made man". (Huttunen 1994, 50-53)

Ammatillisen asiantuntijuuden keinoin voitiin edesauttaa perheen yhteisyyden säilymistä kohdistamalla työskentely yhteen tai useampaan perheenjäseneen. Työskentelyn tuli kuitenkin keskittyä siihen perheenjäseneen, jolla oli keskeinen asema perheen emotionaalisen, sosiaalisen ja taloudellisen toiminnan vaalimisessa. Äidit nähtiin tämän intervention pääkohteena. (Satka 1995, 146)

Ihmiset sisäistivät henkilökohtaisen vastuunsa yhteiskunnan koossapitävänä voimana, yhteiskunnan täysivaltaisina kansalaisina velvollisuuksineen ja oikeuksineen. Ulkopuolisen intervention käyttö perheen sosiaalisten suhteiden säätelyssä hyväksyttiin luonnollisena osana uutta modernia yhteiskuntaa. Kun perhe nojautui uusien professioiden asiantuntijuuden apuun, olivat he itse asiassa hyväksyneet turvautumisen ulkopuoliseen apuun omaksi oikeudekseen yhteiskunnan jäseninä. Enää ei tarvinnut selviytyä vaikeuksista yksin.

Kyse oli vastavuoroisesta suhteesta, jossa valtiolliset instituutiot tarjosivat asiantuntijuutensa kansalaistensa käyttöön ja vastineeksi nämä samaiset kansalaiset sisäistivät tehtävänsä yhteiskunnan jäseninä. Naiset omaksuivat kodin ja yhteiskunnallisen hoivan osaksi identiteettiään, mieskansalainen otti vastuulleen perheen ja laajemmassa mittakaavassa koko yhteiskunnan talouden ja hyvinvoinnin edellytysten turvaamisen.

3. Sosiaalisen työn ammatillistuminen

3.1 Professionaalistumisteorioista

Funktionalistinen näkökulma professioista lähtee käsityksestä, että professiot olivat vastatendenssi yhteiskunnan kiinteyttä uhkaaville voimille. Professioiden yhteisenä tunnusmerkkinä oli "sosiaalinen moraalius", yhteisöllinen asennoituminen, palveluideaali ja sitä ilmentävä korkea eettisyys. Nämä ominaisuudet tekivät professioista yhteiskuntaa integroivan voiman, uuden sosiaalisen ja moraalisen liitoksen, joka piti koossa ihmisten yhteisöllisyyttä yhteiskunnassa. Professionaalisen järjestön merkitys tällaisen yhteisösuuntautuneen korkean moraalin takaajana oli olennainen, liittyihän professioiden toimintaan informaalia valvontaa ja koulutusta. Professioiden olemukseen liittyi terveyden, turvallisuuden, tiedon, hyvän lain ja hyvän hallinnon tuottaminen. (Konttinen 1989, 24-26)

Erikoistuvaan tieteeseen nojautuva asiantuntemus jäsentyi ammattitoiminnan keskeiseksi pätevyys- ja oikeuttamisperustaksi. Ammatilliset ryhmät vetosivat erikoiskoulutukseen tavoitellessaan professionaalista statusta. Ammatit eriytyivät institutionaalisesti muista yhteiskunnan rakenteista ja organisoituivat oman ammatillisen järjestönsä ympärille. Muutokset liittyivät toisiinsa ja perustuivat yhteiskunnan murrokseen sen siirtyessä traditionaalisesta moderniin vaiheeseen. Erikoistunut ja välineellisesti suuntautunut tiede vahvisti perustaa modernille ammatilliselle professiolle ja sen edustajille, eksperttityyppiselle asiantuntijalle. Ammatillisen ryhmän menestyminen riippui suuresti ryhmän kyvyistä ja mahdollisuuksista sopeutua uudenlaiseen tietoperustaan ja sen mukaisiin koulutusinstituutioihin sekä sen kyvystä ja mahdollisuuksista käyttää niitä hyväkseen. Tehokas edunvalvonta edellytti ammatillisen ryhmän sisäistä kontrollia. Ryhmän oli päätettävä jäsenyytensä kriteereistä. Ryhmän sisäistä kiinteyttä ja uskottavuutta pyrittiin lisäämään eettisen koodin avulla, jossa määriteltiin hyvän ammattitoiminnan kriteerit ja toimintaohjeet niiden täyttämiseksi. Ammattikohtaiseen erityiskoulutukseen liittyi oikeus ammatinharjoitukseen. Tavoittena oli saada valtio myöntämään erityiskoulutuksen hankkineille yksinoikeus tiettyihin työtehtäviin. Potentiaalisten professioiden tavoitteena oli anastaa profession status itselleen kehittämällä koulutusta yläpuolella olevan ryhmän koulutuksen suuntaan tai vaatimalla kentän uusjakoa. (Konttinen 1991, 217-220) Muita keskeisiä profession tunnusmerkkejä olivat työn yleisöä palveleva luonne, motiivien altruistisuus, keskinäinen kollegiaalisuus ja työssä sovellettavan tiedon yleisabstraktisuus. Lisäksi viranhaltijat odottivat asiakkailtaan "sokeaa" luottamusta ammatilliseen kompetenssiinsa. Vastavuoroisesti heillä oli korkea vastuuntunto. (Konttinen 1989, 49)

Uusweberiläinen näkökulma taas näkee professiot monopoleina. Hallitsevat professiot vaativat kontrollia ihmisten tarpeisiin nähden. Professionaalin keskeisiä määreitä eivät olleetkaan pitkä koulutus tai sosiaalinen asema, vaan oleellista oli hänen

valtansa määritellä henkilö asiakkaaksi, tämän tarpeet ja antaa tälle määräyksiä ja ohjeita. (Konttinen 1989, 75-77)

3.2 Sosiaalityön professionaalistumiskehitys

Professiot voidaan ymmärtää historiallisina ammattimuodostumina, joille on yhteistä tunnustettuun erikoistuneeseen tietoon ja tutkintoon pohjautuva monopoliasema markkinoilla, korkea yhteiskunnallinen status ja laajat etuoikeudet. (Konttinen 1989, 151) Esa Konttinen on luonnehtinut suomalaista professiorakennetta valtioon läheisesti liittyneeksi ja sääty-yhteiskunnan rakenteita uusintavaksi. Monet suomalaiset professiot, mm. lääkärit olivat tiiviisti sitoutuneita valtioon ja osallistuivat kansallisiin projekteihin. (Konttinen 1991, 270)

Sosiaalityöntekijöiden ammatillisen profiilin ja yhteiskunnallisen statuksen nostaminen voidaan nähdä samankaltaisena kuin minkä tahansa muun profession syntymisessä. Modernit professiopyrkyiset ryhmät laajensivat ammatillista reviiriään kasvattamalla koulutuspääomaansa ja jatkuvalla erikoistumisella. Tarkoitus oli saavuttaa monopoliasema vanhojen ammattikuntien professioideologiaa seuraamalla. Sosiaalityön uudet ammatit hoitivat yhteiskunnan kannalta välttämätöntä palvelutehtävää, jolloin sosiaalityön ammattiin liittyi vastuu, etiikka ja "yleisen hyvän" palveleminen. "Oikean" profession lailla sosiaalityö pyrki ammatin sisäiseen säätelyyn käyttämällä pätevyyden ja rekrytoinnin kontrollia. Ammatti vaati myös tiedepohjan ja kehittyneen kieli- ja käsitejärjestelmän. Profession sisäistä yhtenäisyyttä sosiaalityöntekijät hakivat ammatillisesta järjestäytymisestä. (Rinne & Jauhiainen 1988, 6-7)

Sosiaalityöprofession mahdollisuudet asemansa vahvistamiseen avautuivat modernisoitumiskehityksen myötä. Suomalaisten perhe-elämässä alkoi ilmetä sodan jälkeen aivan uudenlaisia ilmiöitä. Avioeroluvut alkoivat kasvaa, uskottomuus ja nuoremman sukupolven rikollisuus puhuttelivat suurta yleisöä. Alkoholiongelmai-

siin alettiin kiinnittää yhä kasvavaa huomiota. Perinteisellä tiedolla ei ollut vastauksia ihmisten tarpeisiin. Tavalliset ihmiset tunsivat olevansa neuvottomia uusien ilmiöiden edessä. He odottivat uudenlaisten asiantuntijoiden apua selvitäkseen ongelmistaan. 1950-luvulla tarpeesiin vastattiin perustamalla erityisiä klinikoita, joissa käyttäytymisen asiantuntijat, kuten sosiaalityöntekijät, psykologit ja psykiatrit, tarjosivat ohjausta ja hoitoa ihmisten ongelmiin. Sodanjälkeisiin vuosiin tiivistyi monia esimodernista, agraarisesta yhteiskunnasta moderniin siirtymisen ilmiöitä. Tämä tarkoitti luopumista kollektiivisesta elämäntavasta ja siirtymistä uuteen elämäntapaan, jossa yksilöllisillä valinnoilla oli aiempaa suurempi rooli. Tämä alkoi yhdessä valtion kiinnostuksen kanssa ohjata ihmisten valintoja ja kiihdytti asiantuntija-ammattien yleistymistä. (Satka 1995, 106-107)

Ennaltaehkäisevän ja korjaavan sosiaalityön tulo vahvisti äitien aseman tärkeimpänä uuden ammattikunnan, sosiaalityöntekijöiden, asiakkaana. Ydinperheideologiassa kohde oli äiti, joka oli vastuussa kotitaloudesta, lasten koulutuksesta, terveydestä ja perheenjäsenten moraalikäyttäytymisestä. Yleensäkin sosiaalityöntekijöiden keskittyminen perheeseen ja sen koossapitämiseen leimasi resurssien kohdentamista. Perheen hyvinvointiin panostaminen merkitsi oikeastaan sitä, että työntekijät liittyivät ponnisteluineen meneillään olevaan kansalliseen perheen normalisointiin. Samalla taisteltiin ammatillisesta tilasta, kilpailukyvystä ja käsitteistöstä, joka koski perheen ja privaatin säätelyä. (Satka 1995, 135, 133)

1940-luvulta lähtien kansalaisten yksityiselämä alkoi saada myös poliittista painoarvoa. Valtio alkoi ottaa aktiivisesti osaa suomalaisen perheen jokapäiväiseen elämään. Sosiaaliministeriö keskittyi säätelemään työtä ja kotia, kansalaisten julkista ja yksityistä elämää. Kohteina olivat työmarkkinat, työsuojelu, väestöpolitiikka ja lapsiperheiden hyvinvointi. Tyyppitalojen rakennusohjelma ja samanaikainen kotiäitiyden korostaminen oli-

vat esimerkkejä poliittisesti tuotetusta tavasta elää uudenlaisten kodin ja työn normien mukaan. Yhden perheen koti oli yksityistyvän perheen monumentti, jossa esiteltiin modernin elämäntavan normit ja ihanteet muutoksen kourissa olevalle suomalaiselle perheelle, joka oli siirtymässä kiihtyvää vauhtia kaupunkeihin, sen uusiin lähiöihin. Samalla tultiin esitellyksi perhemalli, joka perustui tiukkaan sukupuolijakoon isän, äidin ja lapsen rooleineen. (Satka 1995, 114-115)

Sodanjälkeisessä kotien valistuksessa ja sosiaalietuuksissa esiteltiin standardit, suositukset ja kelpoisuudet sille, mitä pidettiin normaalina. Tällaiset normit eivät olleet yksin riittäviä toteuttamaan vallitsevaa politiikkaa, vaan välineeksi tarvittiin hyvin koulutettua ja osaavaa työvoimaa, kokonainen siviilivirkamiesten armeija. (Satka 1995, 116-118) Terveydenhuollon ja sosiaalityön ammatillisen koulutuksen aloittaminen oli yksi valtion käynnistämiä uusia järjestelmiä. Yksi syy uusien professioiden synnylle oli tehokkaan hallinnoinnin turvaaminen, sen nähtiin olevan niin valtion kuin tavallisten ihmistenkin jokapäiväisen elämisen turvaamista. (Satka 1995, 106)

1950-luvun sosiaalityössä mukana ollut Marjatta Eskola kartoitti 1980-luvun alussa sosiaalityön kehitystä Suomessa. Hänen mukaansa sosiaalisten ongelmien luonne asetti ajassaan oman haasteensa ratkaisumallien etsimiselle. Toisaalta olosuhteiden muuttuminen, kehityksen eteneminen ja tiedon tason kohoaminen lisäsivät mahdollisuuksia kokeilla uusia menettelytapoja. Kun sosiaalisen työn saralla rinnastettiin toisiinsa parantamisen, kasvattamisen ja auttamisen instituutioita, voitiin todeta näiden olevan vanhoja ihmisen elämään olennaisesti kuuluneita osia. Sosiaalinen instituutio, rooliodotusten mukainen yhdenmukainen käyttäytyminen, pukeutui siihen muotoon, mikä kullekin ajalle ja yhteiskunnalle oli sen tuotantorakenteesta ja elämäntavasta riippuen ominaista. (Eskola 1981, 23, 25)

Ammatillinen toiminta, jota alettiin kutsua sosiaalityöksi, alkoi 1950-luvun puolivälissä. Vuosikymmenen loppuun mennessä maassamme toimi noin 20 perheneuvolaa, muutama avioliittoneuvola, A-klinikoita, ammatillinen kuntoutusklinikka ja lastensuojeluyhdistys. Yleensä nämä klinikat operoivat ammattilaisten muodostamina ryhminä, jotka tarjosivat apuaan perheille, jotka kärsivät aikaisemmin jokseenkin tunnistamattomista ongelmista esim. aviollisissa suhteissa, lasten kasvatuksessa ja nuorten käyttäytymisessä. 1950-luvun puoliväliin mennessä jokainen mainituista klinikoista kehitti aktiivisesti omaa ammatillista sosiaalityötään caseworkin pohjalta tai jollain tavalla sitä painottaen. (Satka 1995, 125-126)

Vastakoulutettujen huoltotyöntekijöiden haaste oli sopeutua paikallisen sosiaalihallinnon patriarkaaliseen perintöön. Samaan aikaan heidän piti mukauttaa käsitteelliset järjestelmänsä toisaalta agraarisen yhteiskunnan perinnön kanssa, toisaalta kysymyksiin, jotka koskivat kotien modernisointia, muuttuvaa avioliittoinstituutiota, perhettä, äitiyttä ja lapsuutta. Uusien ammattilaisten piti vakiinnuttaa joustava ammatillinen työote ja asenne kyetäkseen toimimaan sodanjälkeisessä jokapäiväisen elämän murroksessa sen hyvin erilaisissa yhteyksissään. (Satka 1995, 140)

Sodan jälkeiset vuodet olivat käsitteellisen hämmennyksen aikaa suomalaisessa sosiaalityössä. Aikaisemmat lait, käytännöt ja vapaaehtoistyöhön perustunut köyhäinhoito eivät soveltuneet ammatillisen toiminnan perustaksi. Institutionaaliset käytännöt ja lakipykälien noudattaminen sanelivat pitkälle työntekijöiden menettelyä. (Satka 1995, 141) Toisaalta voitiin puhua samanaikaisesti sosiaalityön ammatillisesta vapaudesta, vapaudesta ja mahdollisuuksista kokeilla perinteisestä poikkeavia työtapoja, mutta toisaalta oltiinkin kiinni vanhojen instituutioiden käytännöissä.

Kun perheen sisäisten suhteiden säätely tuli sosiaalityön päivittäisen käsittelyn kohteeksi, perheen oikeudellinen asema jäi riittämätömäksi, koska siihen ei sisältynyt perheen psyko-sosiaalista tarkastelua. Ammattilaiset tarvitsivat tosiasioita siitä, mitä säädellään ja miten ja kuinka tunnistetaan tietyn perheen tarpeet. Tarvittiin tietoa, miten voitiin tukea ihmisten jokapäiväistä perhe-elämää, varsinkin niiden joukossa, jotka elivät alkoholismin, avio-ongelmien ja avioerojen riskiryhmässä. Käyty keskustelu keskittyi normaalin ja epänormaalin perheen tunnistamiseen. Sovelletut normit lainattiin ajan ydinperhekeskustelusta. (Satka 1995, 145-146)

1950-lukua voidaan pitää sosiaalityön kehityksessä menetelmien vuosikymmenenä, sillä kiinnostus riitti voimakkaasti juuri tälle saralle. Kun sosiaalihuollon uudistaminen oli ollut sodan takia lähes pysähdyksissä, vilkastui se tällä vuosikymmenellä näkyen lainsäädäntöuudistuksina ja uusina työmuotoina. Ihmisen sielunelämä ja sen kestokyky murtautuivat osaksi kunnallisen huoltotyön työrutiinin arvojärjestelmää. Edellisellä vuosikymmenellä alkanut koulutus alkoi näkyä. Sosiaalityön koulutusta annettiin sosiaalihuoltajakoulutuksena Yhteiskunnallisessa korkeakoulussa, sosionomikoulutuksena Svenska Medborgarhögskolan -nimisessä oppilaitoksessa ja sosiaalihoitajakoulutuksena Valtion sairaanhoito-oppilaitoksessa. (Eskola 1981, 31)

Byrokratisoitumisen ja ammatillistumisen vaikutukset alkoivat näkyä klinikoiden toiminnan virallistamisen myötä. Tämän on nähty johtuvan yhteiskunnan kehystekijöistä, joita ovat kasvava työvoiman jakaantuminen, erikoistuminen ja rationalisaatio. Byrokratisoitumisella ja professionaalisella asiantuntijuudella on nähty useita yhtäläisyyksiä. Molemmat pyrkivät rationaalisuuteen ja perustuvat universaaleihin standardeihin asiakkaasta. (Linna II/1988, 66)

3.3 Terapeuttisen asiantuntijuuden erityispiirteitä

Nikolas Rose on tutkinut brittiläistä yhteiskuntaa ja sitä, miten kodeissa ja kouluissa asiantuntijat neuvoivat, miten ihmisten tuli toimia. Sosiaalinen ja poliittinen valta tunkeutui yksityiselämän alueelle. 1800-luvulta alkaneen tieteellistymiskehityksen myötä yhteiskunnan suhtautuminen kansalaisiinsa pääasiassa tuottavina työläisinä ja kuluttajina monimutkaistui. Yksilöiden väliset suhteet tulivat keskeiseksi psykologisille teorioille ja asiantuntijuudelle. Psykologisten tekijöiden kartoittaminen keksittiin mittaamaan yksilöä subjektina ja hallinnon kohteena, ei vain puolustushallinnossa, vaan tehtaissa, perheissä, kaikilla elämän alueilla. Yksilöiden väliset eroavaisuudet tehtiin näkyviksi ja mitattaviksi. (Rose 1991, 15-19, 134)

Vaikka suurin osa terapeuttisen asiantuntijuuden leviämistä tarkastelleet tutkimukset onkin tehty lähinnä ulkomailla ja ulkomaisista lähtökohdista, voidaan vastaavan suomalaisen kehityksen olleen periaatteiltaan pitkälle samanlainen kuin mitä on todettu tapahtuneen Britanniassa ja Pohjois-Amerikassa.

Valtion huoli työläisistään pelasi niin työnteossa kuin työn ulkopuolellakin. Malliasuinalueet, vapaa-ajanviettomahdollisuudet ja yleiset kirjastot tulivat edistämään kulttuuria ja työläisten elämänlaatua. Avainhenkilöitä tässä työn ja työn ulkopuolisen elämän verkossa tulivat olemaan sosiaalityöntekijät. Psykologinen lapsuuden ja perhe-elämän normittaminen aukaisi sääntelylle ja epäsuoralle vallankäytölle uuden väylän. (Rose 1991, 62-63, 131)

Moraalisten kieltojen ja yleisten lakien sijasta keskeistä oli tarjota ihmisille oman itsensä ymmärtämisen ja muokkaamisen tekniikoita ja tämän avulla pyrkiä ohjaamaan yksilöitä hallitsemaan itseään ja suuntaamaan elämäänsä. Erilaisten oppaiden sukupuolijakoa vastaavat aviomies ja vaimo ovat muotoja, joihin subjektin on mukauduttava, eettinen päämäärä on täydellinen avioliitto,

sukupuolirakkauden huipentuma, joka on yhteiskunnallisesti tuottava ja joka rikastuttaa yksilöiden elämää. (Helen 1995, 337) "Uusi psykologia" oli ´sosiaalisen tyytyväisyyden tiedettä, jota psykologisesti orientoituneet sosiaalityöntekijät pyrkivät selventämään yhdessä klinikoiden psykologien kanssa. Professionaalistumiskehityksen yksi ulottuvuus oli yksittäisten asiakkaiden dokumentointi arkistoihin ja tarkkoihin potilaskertomuksiin. (Rose 1990, 134, 155)

Uusi professionaalinen asiantuntijuus ei tunkeutunut koteihin, vaan asiakas etsi ekspertin käsiinsä omasta halustaan. Ekspertti ei halunnut mitään muuta toimintamandaattia kuin sen minkä asiakas vaati ja oli halukas tälle myöntämään. Työskentely lähti asiakkaan vapaaehtoisuudesta. Asettamalla itsensä ankarien instituutioiden ja perheen yksityisyyden välimaastoon, ekspertit auttoivat yksilöä löytämään jälleen sen tien, mitä tämän tuli seurata. Psykodynaaminen sosiaalityö tuotti sellaista tietoa ja tekniikoita, jotka auttoivat tulkitsemaan ja korjaamaan perheen sisäisissä suhteissa ilmeneviä häiriöitä tavalla, joka ylläpiti kansalaisten vapaudentunteita ja säilytti valtion ja perheen keskinäiset velvoitteet uusien sukupolvien sosiaalistamisessa. (Donzelot 1980, 170, Rose 1991, 131, 167)

3.4 A-klinikkatoiminta perhe-elämän vakauttajana

1950-luvulla alkanut A-klinikkatoiminta tarkoitettiin päihdeongelmaisten palvelutoiminnaksi. Sen tarkoituksena oli ihmisten vapaaehtoinen hoitoon hakeutuminen ja aktiivinen työskentely päihdeongelman ratkaisemiseksi. Muita klinikkatoiminnan periaatteita olivat avohoitokeskeisyys, yksilöllisyys ja perhekeskeisyys. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon kunnioitettiin. A-klinikkatoiminnan alkutaipaleella uutta ja omaleimaista oli, että tarjottiin vapaaehtoisuuteen perustuvia avohoitopalveluja ja haluttiin kokeilla uusia sosiaalityön menetelmiä. Tästä syystä klinikat kehitettiin sosiaalityöntekijäjohtoisiksi. Se oli kansainvä-

lisestikin ainutlaatuista sillä lääketieteellinen painotus oli monissa maissa vastaavilla klinikoilla yleistä. (A-klinikkasäätiö 1980, 2, A-klinikkasäätiön henkilökunnan Toimintaohje 1957)

A-klinikkatoiminta syntyi Suomeen kansainvälisten esimerkkien innoittamana, mutta sitä ei kopioitu sellaisenaan, vaan toiminta pyrittiin kytkemään suomalaisiin lähtökohtiin. Angloamerikkalaisia menetelmiä ei voitu soveltaa suoraan suomalaiseen sosiaalityöhön, olihan kyseessä erilainen kulttuuriympäristö ja taloudelliselta ja tekniseltä kehitykseltään erilainen maa. Sosiaalityön ammatillisten valmiuksien kehittely tapahtui kuitenkin tiiviissä yhteydessä alan kansainväliseen kehitykseen. Selvänä osoituksena tästä oli mm. vilkas opiskelijoiden ja sosiaalialan asiantuntijoiden lähettäminen stipendiaatteina länsimaihin. Koulutuksellisen avun etsiminen maan rajojen ulkopuolelta oli tärkeää jo siksi, että uudet oppialat ja koulutussektori kokonaisuudessaan tarvitsi ammatillisesti osaavaa opettajakuntaa. Monilla aloilla opettajat olivat yhtä aloittelijoita uuden edessä kuin oppilaansa.

Professionaalista toimintaa edelsi voimakas koulutuksellinen ekspansio. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia koulutettiin lähinnä kotimaassa, mutta osa lähti uusien menetelmien "lähteille", esimerkiksi Yhdysvaltoihin. Suomalaisen asiantuntijuuden koulutuksellinen pohja sai vaikutteita ulkomailta tulleilta kouluttajilta, mm. Yalen yliopiston professori M.A. Jellinekin tutkimuksista ja YK:n sosiaalityön asiantuntijana vaikuttaneelta Helvi Boothelta. Molemmat heistä kävivät tutustumassa suomalaiseen sosiaalihuoltojärjestelmään ja konsultoimassa uusien ammattien harjoittajia.

Koulutuksen lisääntymisen myötä 1950-luku oli voimakasta uusien professioiden, professionaalisen asiantuntijuuden nousun aikaa. Kaikki nämä yhteiskunnallisen muutoksen tasot asettivat sosiaalityölle ja sen nuorelle ammattikunnalle uudenlaisia haasteita, joihin se pyrki vastaamaan käynnistämällä ammatillista koulutus-

ta ja soveltamalla suomalaisiin olosuhteisiin kansainvälisiä sosiaalityön virtauksia. Sodanjälkeisen alkoholistihuollon uudistuksessa nojauduttiin siihen ajatukseen, että professionaalinen asiantuntijuus toisi osaltaan ratkaisun perheen arkielämässä ilmenneisiin katkoksiin.

Modernisoituminen ja professionaalistuminen ovat toisiinsa niin tiukasti kietoutuneita ilmiökenttiä, ettei niitä voi erottaa joutumatta vaaraan sekaantua käsitteiden viidakkoon. Voidaan sanoa, että nämä ilmiöt kaikkine ulottuvuuksineen ruokkivat toinen toisiaan. Modernisaation käyttövoimaa olivat professioiden asemien muutokset, yhteiskunnan kiihtyvä teollistuminen ja tämän kehityksen mukanaan tuomat sosiaalisten suhteiden ongelmat. Vastaavasti professioiden positiot järjestyivät uudelleen sen mukaan, miten niistä löytyi potentiaalia ja tietotaitoa ratkaista modernin kansalaisen ja perheen ongelmat. Professionaalistumiskehitystä on kuitenkin tutkittu paljon ja lähestytty monin eri tavoin.

Suomalaisen yhteiskunnan siirtyminen traditionaalisesta moderniin ei tapahtunut ilman valtion ohjausta. Tilanne oli samanlainen useissa Euroopan maissa. Ruotsissa, kuten Suomessakin, valtiovallan intresseihin kuului lieventää muutoksen aiheuttamia ongelmia. Ennen sotaa alkanut sosiaalivaltion pystyttäminen eteni laajan perhepoliittisen lainsäädäntötyön puitteissa. Näistä esimerkkeinä olivat lapsilisäjärjestelmä, verohelpotukset monilapsisille perheille ja asuntotuotannon voimakas lisääminen. Eräs ilmentymä yhteiskunnan intressistä normaalitilan saavuttamiseksi olivat erilaiset klinikat, jotka tulivat hoitamaan ihmisten henkistä ja fyysistä terveyttä. Ne tarvitsivat koulutettua henkilökuntaa.

Suomen ensimmäiset AA-kerhot perustettiin vuonna 1947 Helsinkiin ja kaksi vuotta myöhemmin Vaasaan 1930-luvulla perustettujen amerikkalaisten esikuvien mukaan. Vaikka Suomen AA-liikettä ei voida pitää A-klinikkatoiminnan juurena, on huomattava, että

Helsinki ja Vaasa olivat ne paikkakunnat, joissa syntyivät myös ensimmäiset A-klinikat. (A-klinikkasäätiö 1980, 8) AA-liikettä ei suoranaisesti voida pitää yhteiskunnan normalisointiprojektin osana. Sen eettinen pohja perustui kuitenkin sellaisille yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyille arvoille, että AA-liikkeen toiminta sai julkisen hyväksynnän. AA-ideologia tähtäsi omalla tavallaan juoppouden kitkemiseen yksilöiden elämästä.

Juoppouden lisäksi muutkin avioelämän ongelmat nostettiin tieteellisen tarkastelun alle, mm. frigiditeettiä pidettiin avioliiton sukupuolielämän pääongelmana. Seksologia ja psykoanalyyttiset teoriat otettiin ohjaamaan ja parantamaan avioelämää. Avioliitto-oppaissa ilmaistiin huoli avioliiton koossapysymisestä ja tyydyttävyydestä, koska avioerojen määrä alkoi kasvaa erityisesti maailmansotien jälkeisinä aikoina. (Helen 1995, 334-337)

Suomessa avioliittoneuvontatyö alkoi varsinaisesti sotien jälkeen, mutta jo aikaisemmin olivat lääkarit antaneet seksuaalineuvontaa tarvittaessa. Monet sodan aikana solmitut avioliitot ajautuivat karille uskottomuuden tai sodan aiheuttamien muiden syiden takia. Liitot perustuivat usein tilapäiseen tai lyhyeen tuttavuuteen. Vaikea asuntopula ja taloudelliset ongelmat heikensivät pariskuntien selviytymistä. Tälle pohjalle syntyi suomalainen avioliittoneuvontatyö, joka varsinaisesti käynnistettiin Tampereella syksyllä 1944. (Sipilä 1961, 21-23)

Avioliitoneuvontaa pyrittiin laajentamaan. Vuoden 1948 kirkolliskokouksen päätöksen mukaan kirkon oli ryhdyttävä aktiiviseen työhön avioliittojen tukemiseksi. Laadittiin komiteamietintö siitä, mitä kirkko voisi tehdä avio- ja kotielämän tukemiseksi sekä vaikeuksissa olevien äitien auttamiseksi. Avioliittoneuvonta oli laajennettava perheneuvonnaksi sekä yleensä ihmissuhteita koskevaksi sielunhoidoksi. Vuoden 1953 alusta avioliittoneuvonnan nimi muutettiin Perheasiain Neuvottelukeskukseksi. (Sipilä 1961, 25, 28, 43) Avioliittoneuvonta alkoi pappien työna, mutta vuodesta 1956 lähtien päätoimisina perheneuvojina on toiminut

myös muiden ammattien edustajia, kuten psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. (Mikkonen 1988, 30)

A-klinikkaa aikaisemmin käynnistetty kasvatusneuvolaprojekti paiski töitä melko samantapaisten ongelmien parissa. Myös sillä ohjenuoraksi oli jo aiemmin tullut mahdollisimman kelvollisten kansalaisten kasvattaminen. Varsinaisia taustateorioita kasvatusneuvolatyössä ei vielä tuolloin ollut, mutta psykologisten tutkimusvälineiden kehittäminen oli ajankohtaista. Psykoanalyyttinen näkemys yksilöterapian taustalla tuli vallitsevaksi (Linna II/1988, 66). Psykologi teki kotikäynnit, mutta nämä tehtävät siirtyivät sosiaalityntekijöille virkojen perustamisen myötä. Kasvatusneuvolan pioneerivaiheen työskentelyä hallitsi sosiaalipedagoginen ote. Tämä oli ajan hengen mukaista. Kansallisuusaate eli voimakkaana ja yhteiskunnan etu saneli myös kasvatusneuvolatoiminnan periaatteet. Kyseessä oli sosiaalistaminen ja nimenomaan standardoiminen, samankaltaistaminen normien mukaiseksi. (Linna I/1988, 66-68, 73)

Kyse oli siis laajasta yhteiskunnallisesta huolesta avioliittojen pelastamiseksi. Monella taholla perustettiin keskuksia tai toimipisteitä tarjoamaan perheille apua ja neuvontaa. Yhteiskunnan normalisoinnissa edettiin sodan jälkeen tasapainottavia arkielämän perusrakenteita vahvistaen. Patriarkaatin, miehen johtama perhe ja siihen kytkeytyvät perinteiset suhteet olivat kiintopisteenä. Perhekäsitykset elivät kiivasta vuoropuheluaan koko sodanaikaisen ja sodan jälkeisen vuosikymmenen. Varsinkin valtion intressinä voi nähdä olleen perhekeskeisen käsityksen vahvistamisen. Tästä ovat osoituksena monet perhettä tukemaan käynnistetyt järjestelyt, kuten juuri A-klinikkatoiminta ja kasvatus- ja perheneuvolat.

4. Tutkimustehtävä

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan A-klinikkatoiminnan syntyä Suomessa 1950-luvulla. Tutkitaan sitä, miten toiminta lähti liikkeelle ja mitä A-klinikan sosiaalityö oli sisällöllisesti. Pyritään valottamaan A-klinikan sosiaalityön menetelmiä, kohdetta ja ideologiaa. Tässä tutkimuksessa ei pyritä kokonaisnäkemyksen esittämiseen, vaan keskitytään A-klinikan taustalla vaikuttaneiden ilmiöiden valottamiseen. A-klinikan toiminta pyritään yhdistämään osaksi suomalaisen yhteiskunnan murrosta 1950-luvulla.

Tässä tutkimuksessa yhteiskunnan modernisoitumisella tarkoitetaan sitä yhteiskunnallista muutosta 1950-luvulla, jossa kokonainen kansakunta siirtyi perinteisestä, agraarisesta yhteiskuntamuodosta teolliseen yhteiskuntaan. Yksilöiden rooli yhteiskunnan täysivaltaisina kansalaisina sai uudenlaisia merkityksiä. Aikaisemmin yksilöt oli arvotettu tuotannollisena kapasiteettina ja yhteiskunnallisen hyödyllisyyden tarpeista käsin. Nyt yksilöön liitettiin tuottavuuden lisäksi kuluttajan rooli. Tämä taas vaati kulutuksen käyttövoimaa, rahaa. Muuttoliike kaupunkeihin nopeutui. Tässä murrosvaiheessa keskeiset sosiaaliset lähiyhteisöt menettivät otteensa yksilöiden ja perheiden elämässä. Kyläyhteisön tilalle tuli kaupunkimainen yhteisö ja perheet pienenivät.

Perinteiset arvot ja toimintanormit eivät enää päteneet uudessa ympäristössä, vaan yksilöiden suurimmaksi haasteeksi tuli sopeutuminen nopeutuneisiin muutoksiin. Valtiolliset instituutiot ryhtyivät ohjaamaan ihmisten arkipäivän normalisointia monin eri tavoin. Käytännössä uudenlainen professionaalinen asiantuntijuus tunkeutui koteihin tarjoten työmenetelmänsä yksilöiden ja perheiden ongelmien ratkaisemiseksi. Ihmisten arkiajattelun tasolla taas pyrittiin luomaan yhtenäinen käsitys hyväksyttävistä arvoista ja muodostamaan normit ihannekansalaiselle.

Uudet asiakkaiden vapaaehtoisuuteen perustuvat avohuoltoklinikat olivat osa yhteiskuntaelämän normalisointia. Yhteistä näille klinikoille oli niiden keskittyminen perheiden ongelmien ratkaisemiseen. Perhe- ja kasvatusneuvolat, A-klinikat, Väestöliiton sosiaalineuvolat ja kirkon perheneuvolat ovat kaikki esimerkkejä valtion ulkopuolisten tahojen tuottamista sosiaalipalveluista, niiden taloudellinen ja hallinnollinen pohja pyrittiin saattamaan kuntien ja yhteisöjen vastuulle.

5. Tutkimusaineistosta

Tämän tutkimuksen alkuperäisaineisto muodostuu keskeisiltä osiltaan sosiaali-ja terveysalan aikakaus-ja ammattilehtiartikkeleista 1950-luvulta. Artikkelit on valittu pääosin Sosiaalisesta aikakauskirjasta, Alkoholipolitiikka-ja Huoltaja-lehdistä. Nämä aikalaislähteet muodostavat melko kirjavan ja runsaan aineiston. Lehtiartikkelien lisäksi tarkastellaan ajan sosiaalityön opetuksessa ja täydennyskoulutuksessa käytettyjä oppikirjoja. Keskeisimmät näistä ovat Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisut vuosilta 1956-1961 ja A-klinikkasäätiön julkaisut vuosilta 1956-1984. Arkistolähteet A-klinikan käynnistysvaiheesta, Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön työvaliokunnan kokouspöytäkirjat sekä valtioneuvoston kirjelmät kattavat suppean osan tämän tutkimuksen kohteesta.

Muina aineistoina ovat myöhemmin tutkimuskohteesta kirjoitetut historiikit, analyysit ja artikkelikokoelmat. Haastattelut toimivat muun materiaalin tukena ja kysymysten virittäjänä. Tutkimuksen kohdetta käsittelevänä tieteellisenä kirjallisuutena käytetään mm. Mirja Satkan väitöskirjaa "Making social citizenship" ja Nikolas Rosen teosta "Governing the soul". Tässä tutkimuksessa tukeudutaan ensisijaisesti aikaisempiin tutkimuksiin aihealueesta. Tutkimus on siis pääpiirteiltään aikaisemman tutkimuksen uudelleenlukemista valittujen käsitteiden valossa.

Lähteet ja lähdekritiikki on ymmärretty tutkimuksen empiirisyyden ja objektiivisuuden takeiksi. Lähdekritiikillä pyritään hallitsemaan lähdeaineistoon kohdistuvaan tulkintakannan- oton ja historiallisen todellisuuden välistä epävarmuutta. Lähdekritiikin voi jakaa ulkoiseen ja sisäiseen. Ulkoisessa lähdekritiikissä asiakirjalähde sijoitetaan tapahtumahistorialliseen kontekstiinsa. Pyritään rekonstruoimaan asiakirjalähteen syntyprosessi. Sisäisessä lähdekritiikissä puolestaan arvioidaan, miten suuri ja minkä asteinen paikkansapitävyys on kullakin asiakirjan kertomalla asialla. Lähteessä olevia tietoja käytetään päätelmiin, jotka koskevat asiakirjan syntytapahtumasta erillään olevia, asiakirjan historiallisesta todellisuudesta kertovia seikkoja. Asiakirjat ovat usein luonteeltaan vain päätöksentekoa kirjaavaa. Päätöksiä edeltänyttä keskustelua ja vaihtoehtojen harkintaa ei ole kirjattu, vaikka tutkijaa kiinnostaa juuri se, miten eri ratkaisuvaihtoehtoihin on päädytty. (Rasilainen 1995, 60-62, Kirkinen 1994, 172, Kalela 1993, 43-47) Ongelma on se, millainen näyttö on riittävää menneisyyttä koskevien johtopäätösten tekemiseen. Lähdekritiikki ei ole "metodi" totuuden selvittämiseksi. Voimme ainoastaan tietää sen, kuinka asianlaita on ollut pienemmällä tai suuremmalla todennäköisyydellä. (Rasilainen 1995, 68)

A-klinikan roolia perheen vakauttajana voidaan tutkia analysoimalla siitä kirjoitettuja tekstejä institutionaalisessa kontekstissaan. Jokaista instituutiota koskevan kirjoittelun voidaan ajatella jakautuvan kolmeen samanaikaisesti olemassaolevaan kategoriaan. Ensimmäisen muodostaa tietyn instituution julkilausumaton toimintatapa ja ideologia. Siihen sisältyy mm. sukupuolten ja sukupolvien välillä vallitseva järjestys. Instituution ideologia kattaa myös ajankohtana vallitsevan arvo- ja normijärjestelmän, joka ohjaa instituution toimintoja. Diskursiivinen taso koostuu instituution keskeisistä käsitteistä, sosiaalisten ongelmien tulkintametodeista ja institutionaalisesta itseymmärryksestä. Kolmannen, arjen toiminnassa konkreettisen tason muodostavat yksilöiden ja instituution sisäisten ryhmien jokapäi-

väiset käytännöt. Tiettyä ilmiötä koskevat tekstit, kirjoittelu ja ajan henki muovaavat institutionaalista ajattelutapaa. Samat tekstit tarjoavat puolestaan käytännön toimijoille arjen ilmiöiden tulkintakehyksen sekä vaihtoehtoiset toimintamallit (työmenetelmät, jne.). (Satka 1996)

A-klinikan suhteen kaikki nämä tasot ovat myös löydettävissä. Näkymättömän ideologisen tason muodostivat sodan jälkeinen jälleenrakennusvaiheen, valtion roolin kasvuun ja vallitsevien perhe-ja sukupuolinormien puitteissa käyty keskustelu alkoholistihuollon muutoksista. Diskursiivisella tasolla A-klinikkaa ja alkoholistihuoltoa käsittelevä tutkimus ja kirjallisuus, alan oppikirjat ja A-klinikan julkikirjoitettu hoitoideologia rakensivat ratkaisevasti institutionaalista itseymmärrystä. 1950-luvun A-klinikan sosiaalityön käytäntöjen taso ilmenee hoitokertomuksissa ja haastatteluissa siinä määrin kuin se ylipäänsä on mahdollista jälkikäteen tavoittaa. Myös hoitokertomukset ja haastattelut olivat saman diskurssin ja ideologian lävistämiä.

Tekstejä pitää tulkita oman aikakautensa ehdoin. Ensinnäkin voidaan esittää kysymys: "Mitkä ovat aikakauden uudet käsitteet tai käsitteelliset innovaatiot." Toisekseen, ketkä tarvitsivat näitä uudistuksia ja mihin tarkoitukseen? Entäpä näiden rinnakkaisilmiöt? Mitkä olivat seuraukset? Miten uudet tavat ja käsitteet alkoivat uudelleen organisoida todellisia käytäntöjä? (Satka 1996) A-klinikan suhteen näitä ihmisten jokapäiväisen elämän häiriötekijöitä olivat alkoholismi ja häiriöt perhe-ja työsuhteissa. Taustalla voi myös nähdä sota-aikana alkaneen moraalin höltymisen, avioerojen ja perheongelmien lisääntymisen ja päihteiden käytön kasvun. Vanhat alkoholistihuollon toimenpiteet eivät uudessa tilanteessa kyenneet vastaamaan ajan tuomiin uusiin ongelmiin.

Tässä vaiheessa on paikallaan sanoa muutama sananen tämän tutkimuksen aineistosta ja sen todistusvoimasta. 1950-luvun oppikirjoja voi tulkita aikakautensa menetelmäinnostuksen parhaimpina

ilmentyminä. Tämän takia niiden idealistiseen sosiaalityön tekemisen kuvaan tulee suhtautua tietyin varauksin. Toisaalta niistä voi lukea vallinneen arvoilmaston heijastumia. Keskeisimmäksi aineistoksi ja samalla todistusvoimaltaan pitävimmäksi voidaan arvioida 1950-luvun aikauslehtikirjoittelun. Mm. Huoltaja-lehden sivuilla käytiin vuoropuhelua eri menetelmistä ja menetelmällisistä kokeiluista. Arkistomateriaalit muodostavat virallisen päätöksenteon tason, mutta vain suppean osan siitä. Tässä piileekin tämän tutkimuksen heikkous. Haastattelut toimivat tutkimuksen ilmiökentän paikoittaisina kuvaajina.

6. A-klinikan syntyminen

6.1 A-klinikkatoiminnan vakiintumiseen johtaneet tekijät

Alko otti käyttöön vuonna 1943 ns. ostajaintarkkailujärjestelmän, mitä on pidetty alkusysäyksenä sekä A-klinikkatoiminnalle että Alkon nykyiselle kuluttajavalistukselle. Aluksi ostajaintarkkailussa ei pyritty kovinkaan syvälliseen huollolliseen toimintaan, ohjeiden antaja oli pikemminkin poliisi kuin avun tarjoaja. Myymälässä tarkkailija saattoi ottaa myymälätodistuksen alkoholijuomien epäillyltä väärinkäyttäjältä. Ostajaintarkkailua murensi se, että viidennes myyntikieltolaisista jätti myymälätodistuksen anomatta eli jäi ns. passiiviseksi myyntikieltolaiseksi. Nämä passiiviset eivät raitistuneet, vaan käyttivät laitonta alkoholia tai korvikkeita. (A-klinikkasäätiö 1980, 5) Ostajaintarkkailu ei kyennyt merkittävästi muuttamaan juomatapoja. Olemassaoleva laitosvaltainen alkoholistihuoltokaan ei houkutellut väärinkäyttäjiä, joten syntyi eräänlainen sosiaalinen tilaus muulle kuin lakisääteiselle, usein pakkoon perustuvalle alkoholistihuollolle. Lisäksi monet päihdeongelmaiset vierastivat lähinnä jyrkkää alkoholista pidättäytymistä vaativia kansalaisjärjestöjä. (Mäki 1996, haastattelu)

Pekka Kuusen vuonna 1952 julkaisema Väkijuomakysymys-teos korosti kansan kulttuurisen kehityksen merkitystä raittiuden ja juo-

matapojen edistämisessä. Hänen mukaansa kehityksen pohjaksi tarvittiin tasaisempia oloja ja yleistä hyvinvointia. Kehitystä voitiin kuitenkin nopeuttaa muokkaamalla yleistä mielipidettä. Kansalaisihanteeksi ei riittänyt se, että osoitettaisiin mitä kunnon kansalaisen sopii tehdä, vaan ihanteen tuli lisäksi olla luonteeltaan myönteinen. Kodin, koululaitoksen ja järjestöjen tehtäväksi tuli antaa kansalaisihanteelle elävä ja myönteinen sisältö. Kuusen mukaan Alkoholiliikkeen kokeilema ostajaintarkkailu ja valtiollisesti toteutettu alkoholistihuolto perustuivat menetelminä yhteiskunnnan hallitsemiseen, toisin sanoen pakkoon. Kuusi nosti lääketieteen juoppouden ja alkoholismin käsittelijänä ylivoimaiseksi yhteiskunnallisen huoltotoiminnan rinnalle, ongelmaksi muodostui lähinnä sovittaa lääketieteellinen hoito yhteiskunnalliseen huoltoon. Ratkaisuna tähän hän näki sairaaloiden yhteyteen sijoitettavat alkoholistipoliklinikat, "A-poliklinikat". Lääketieteen merkitys väärinkäyttäjien käsittelyssä ei rajoittuisi pelkkään hoitoon, vaan Kuusen peräänkuuluttama lääketiede palauttaisi uskon alkoholistien auttamiseen yleensä ottaen. (Kuusi 1952, 349, 351-352) Läätieteen korostaminen liittyi pyrkimykseen ymmärtää alkoholismi sairautena. Alkoholismia kohtaan esiintyi vielä vankkoja ennakkoluuloja. Vapaaehtoisuuteen perustuvan alkoholistihuollon mahdollisuudet lepäsivät näiden ennakkoluulojen väistymisessä.

Alkoholiliikkeen aikakauslehden, Alkoholipolitiikka-lehden sivuilla pohdittiin laajemminkin kulttuurin merkitystä alkoholismin hoidossa. Aikuiskasvatusta ja kansanvalistustyötä esitettiin yhdeksi keinoksi "viinapulman" ratkaisussa. (Meri 1953, 56-57) Esitetyt parannusehdotukset ilmensivät Suomessakin esiintyneitä sosiaalipedagogisia kannanottoja, joissa korostettiin valtion kasvatusvastuuta kansalaisistaan.

Kuusen Väkijuomakysymys herätti laajaa huomiota ja siitä kirjoitettuja arvosteluja esiintyi useiden julkaisujen sivuilla, mm. Alkoholikysymys-lehdessä N:o 1/1953 ja Alkoholipolitiikka-lehdessä N:O 1/1953. Molemmissa tähdennettiin teoksen merkitystä

Alkoholiliikkeen henkilökunnan koulutustyössä ja yliopistollisessa opetuksessa.

Kunniaa A-klinikka-ajatuksen tuomisesta Suomeen ei voida panna yhden henkilön osalle. Monet pyrkivät kehittämään julkista mielipidettä Suomessa sellaiseksi, että ajatus alkoholiongelmaisten hoidosta hyväksyttiin yleensä. Monet kehittivät ajatusta avohuollosta. Mukana olivat kirkon lisäksi useat vapaaehtoisen alkoholistihuollon järjestöt, kuten Pelastusarmeija, Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys, Kansan Raittiusapu ja AA-liike. (Toivola 1952, 78, Toivola 1954, 133-134) Pekka Kuusen ansiot mielipidevaikuttajana perustuvat hänen aktiiviseen toimintaansa ostajaintarkkailun parissa. Ajan mittaan tarkkailun luonne muuttui enemmän psyko- ja sosiaaliterapeuttiseen suuntaan; ajatus A-klinikoista alkoi olla aluillaan. (Virtanen 1982, 69-71, Sääski 1954, 81-85) Vasta kun julkinen mielipide oli kypsä, voitiin ryhtyä toteuttamaan ajatusta.

Julkisen mielipiteen merkitystä valaisee Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön työvaliokunnan kokouksessa tehdyt päätökset. Kokouksessa harkittiin tiettyjen kasvatus- ja huoltoasiain liittämistä säätiön ohjelmaan. Varsinaiseen propaganda- ja kasvatustyöhön tuli siirtyä erittäin varovasti sen jälkeen kun säätiö oli hankkinut tarpeellisen määrän arvonantoa suuren yleisön keskuudessa suorittamillaan tieteellisillä tutkimuksilla. (VKTS:n työvaliokunnan kokous 15.1.1952) A-klinikkasäätiön perustamistilaisuudessa puettiin sanoiksi työvaliokunnassa muhineet ajatukset laajasta yhteistyöstä valtion ja kuntien kesken sekä yleisen mielipiteen merkityksestä A-klinikoiden leviämiselle. (Toivola 1965, 14)

A-klinikkatoimintaa edelsi vuonna 1948 sosiaaliministeriön ja Alkoholiliikkeen yhteistyön tuloksena perustettu väliaikainen tutkimuspoliklinikka. (Lanu 1957, 253) Jo aikaisemmin eduskunnassa oli tehty mm. toivomusaloite juopuneina tavattujen henkilöiden tarkoituksenmukaisesta käsittelystä ja korostettu alkoho-

listihuollon kehittämisen merkitystä. Asiaa selvittämään lähti sosiaaliministeriö sisäasiainministeriön avustuksella. (Eduskunnan toivomus N:o 353, 2.4.1948, Sisäasiainministeriön kirje Sosiaalimisteriölle 28.12.1948) Valtioneuvosto kutsui komitean selvittämään juopuneiden käsittelyä. Tähän komiteaan kuuluivat Helsingin kaupungin huoltolautakunnan apulaisjohtaja, varatuomari Osmo Toivola, lääketieteen tohtori Erkki Jokivartio, Helsingin kaupungin poliisilaitoksen huolto-osaston johtaja Kauko Hyppölä, Kansan Raittiusavun johtaja Uuno Raatikainen ja Sosiaaliministeriöstä lääketieteen lisensiaatti Rakel Jalas. (Valtioneuvoston esittely 31.10. 1949) Sosiaalimisteriö puolestaan asetti toimikunnan johtamaan juoppous- ja alkoholismikysymyksen tutkimista Suomessa. Toimikuntaan kuuluivat Sosiaalimisteriön köyhäinhoidon ylitarkastaja Paavo Mustala, Oy Alkoholiliike Ab:n filosofian maisteri Pekka Kuusi, professori Martti Kaila ja Sosiaalimisteriön apulaistarkastaja Rakel Jalas. (Sosiaaliministeriö 5.11.1949) Tästä toimikunnasta muotoutui vuoden sisällä Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiö (myöhemmin Alkoholitutkimussäätiö). Pääasiallisesti lääketieteellistä alkoholistien hoitoa antava alkoholistipoliklinikka aloitti toimintansa vuonna 1950, mutta vasta vuoden 1953 lopulla perustettiin säätiön A-klinikat Vaasaan ja Helsinkiin. (Lehtimäki 1962, 683-684)

Vuonna 1950 perustetun Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön tarkoituksena oli tukea tutkimusta, jonka voitiin katsoa auttavan väkijuomakysymyksen ymmärtämistä ja hoitamista. Säätiö seurasi alunpitäen A-klinikoiden toimintaa ja kehitystä ulkomailla. Aikaisemmin maassamme käyttöönotetut kasvatusneuvolat ja Väestöliiton perheneuvonta antoivat menetelmällisiä ja toiminnallisia virikkeitä A-klinikkatoiminnalle. (A-klinikkasäätiö 1980, 4, 12)

Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön vuosikokous myönsi 1953 apurahan professori Martti Kailalle Euroopan maihin tehtävää opintomatkaa varten. Matkalla oli tarkoitus perehtyä alkoholiongelmaisten lääketieteelliseen hoitoon, jotta vastaava toiminta voitaisiin myös Suomessa panna alulle. Kailan havaintojen perus-

teella Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö päätti käynnistää kaksivuotisen A-klinikkakokeilun. Kailan matkan tiimoilta järjestetty tiedotustilaisuus sai tiedotusvälineiden huomion ja pitkälti Kailan asiantuntijuus vaikutti siihen, että A-klinikkaajatukselle saatiin julkinen hyväksyminen. (A-klinikkasäätiö 1980, 14-16)

A-klinikkakokeilua ja julkisen hyväksynnän saamista edelsi laajasti käynnistynyt lehtikirjoittelu mm. Huoltaja-lehdessä. Tarve alkoholistihuollon uudelleenorganisoinnista haluttiin tuoda esille ensinnäkin sosiaalihuollon saralla, olivathan huoltotyöntekijät uusien haasteiden edessä jo koulutuksellisten uutuuksienkin vuoksi. Vuosi 1952 oli erityisen vilkas tässä suhteessa, mm. sosiaalitarkastaja Eero Lempinen puki Huoltajan sivuilla sanoiksi koko maata askarruttaneen huolen epäsosiaalisista elämäntavoista, ennen kaikkea väkijuomien käytöstä. Hän asetti tavoitteeksi täydellisen yhteiskunnallisen turvallisuuden saavuttamisen. (Lempinen 1952) Ja jo aikaisemmassa numerossa Osmo Toivola oli tehnyt selkoa alkoholistihuollon vaiheista edellisillä vuosikymmenillä. Kirjoituksilla haluttiin ennen kaikkea oikaista vääriä käsityksiä alkoholismista ja sen hoidosta. (Toivola 1952)

6.1.1 A-klinikkasäätiö

A-klinikkatoiminta vaati organisatorista uudistusta. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön työvaliokunta asetti toimikunnan, joka esitti klinikkatoiminnan vakinaistamista ja vapaaehtoisuuteen perustuvan alkoholistien hoidon keskittämistä keskusjärjestön, A-klinikkasäätiön alaisuuteen. A-klinikkasäätiö perustettiin 10.10.1955 merkittävien yhteiskunnallisten järjestöjen taustatuella. A-klinikkasäätiön taustayhteisöt olivat Oy Alkoholiliike Ab, Duodecim-seura, Finska Läkaresällskapet, Kansan Raittiusapu ry., Maalaiskuntien Liitto ry., Sosiaalihuollon Keskusliitto ry., Suomen kirkon seurakuntatyön Keskusliitto, Suomen kirkon sisälähetysseura ry., Suomen lääkäriliitto, Suomen mielenterveysseura, Suomen Punainen Risti, Suomen Raittiusjärjestö-

jen Liitto, Työterveyslaitos, Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys ry., Väestöliitto ja Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö. (Lanu, 1957, 253, Kuusi 1955, 141-142, Alkoholipolitiikka n:o 5/ 1955, 173)

Rahoituksen suhteen valtion panostus, julkinen rahoitus, on ollut keskeinen alusta alkaen. Vaikkei vielä vuoden 1956 talousarviossa ollut määrärahaa A-klinikkatoimintaa varten, tuli kyseisen vuoden toiminnan rahoitus Alkon lahjoituksena. Seuraavan vuoden määrärahan myöntämisessään valtio lähti siitä ajatuksesta, että kunnat, lähinnä väkijuomaliikkeen voittovaroista saamillaan osuuksilla perustaisivat ja ylläpitäisivät klinikkatoimintaa. Asiaa edistämään tarvittaisiin kuitenkin erillinen, vapaamuotoinen elin, A-klinikkasäätiö. Määrärahan myöntäminen oli merkittävä, koska laissa ei ollut merkintää "alkoholistipoliklinikoista". Vasta joulukuussa 1959 hallitus antoi eduskunnalle esityksen raittiushuoltolaiksi. (A-klinikkasäätiö 1980, 43-44)

A-klinikkatoiminta käynnistettiin siis 1950-luvun alussa. Tuotantoa ja yhteiskuntamoraalia tukevat sosiaalipoliittiset uudistukset sisälsivät myös alkoholistihuollon uudistamisen. Aluillaan olevien A-klinikoiden toiminta poikkesi kuitenkin melkoisesti vallinneesta kontrolliin ja laitoshoitoon perustuneesta alkoholistihuollosta. Alkuvaiheessa ei juurikaan syntynyt yhteistoimintaa silloisten alkoholistihuoltoloiden tai kuntien huoltolautakuntien kanssa, pyrkihän A-klinikka tietoisesti korostamaan eroaan lakisääteiseen huoltoon nähden. (Auvinen 1996, 165, 170) Täytyy muistaa kuitenkin, että A-klinikkatoiminta käynnistettiin tukemaan lakisääteistä alkoholistihuoltoa. Muiden perheklinikoiden leviäminen nopeutti avohoitopalveluiden yleistymistä laajemmassa mittakaavassa.

7. A-klinikan sosiaalityön kuva

Angloamerikkalaisesta kirjallisuudesta ja alkolitutkimuksesta saatiin uusia ideoita ostajaintarkkailun kehittämiseen ja alettiin pyrkiä yksilölliseen huoltoon. Käytännölliset vaikeudet muodostuivat kuitenkin ylivoimaisiksi. Henkilökunnalta puuttuivat edellytykset asiakkaiden keskusteluterapiaan eikä huonetiloja keskusteluita varten ollut. Alkoholimyymälä ei ollut otollinen paikka hoidolliselle käsittelylle, tulihan asiakas juuri ostamaan alkoholijuomia. (A-klinikkasäätiö 1980,6)

Yalen yliopiston päihdeongelmaisten hoitoklinikat olivat yksi vahvimmista vaikuttajista A-klinikkatoiminnan syntyyn Suomessa. Pohjana toiminnalle oli Karl M. Bowmanin ja E.M. Jellinekin teos "Alcohol addiction and its treatment", jossa todettiin, että alkoholismin tausta ja ilmeneminen on hyvin erilainen eri alkoholisteilla. Tämän vuoksi myös hoidon tuli olla laadultaan monimuotoista ja juuri alkoholistien psykoterapiaa tuli tehostaa. Uutta oli klinikoiden pyrkimys saada alkoholiongelmaiset hoitoon vapaaehtoisesti. Alkoholia ja työtehoa käsittelevän tutkimuksen perimmäinen tarkoitus oli saada liike-elämä ja teollisuus tukemaan A-klinikoita taloudellisesti, koska hoitamattomana alkoholiongelma aiheutti enemmän kustannuksia kuin sen hoito. (A-klinikkasäätiö 1980, 9, VKTS:n työvaliokunnan kokous 27.5.1955)

Päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjiin sovellettiin neuvontaa ja ohjausta, valvontaa sekä huoltola-, sairaala- ja muuta laitoshuoltoa. Avohuollossa ja laitoshuollossa tuli kiinnittää erityistä huomiota hoidon vapaaehtoisuuteen, hoitoon hakeutumisen syihin, yksilöllisyyteen, perheen tukemiseen, luottamuksellisuuteen, myönteisen asennoitumisen edistämiseen ja lääkinnölliseen hoitoon. (Toivola 1962, 192-194)

Alkuajoista lähtien A-klinikan hoidossa painotettiin keskustelua joko henkilökohtaisesti tai ryhmässä sosiaalityöntekijän kanssa. Työssään sosiaalityöntekijä käytti henkilökohtaisen huollon tai

sosiaalisen ryhmätyön menetelmää. Keskusteluja tuki lääkärin valvoma lääkehoito. Lääketieteellinen alkoholismin hoito oli joko akuutin tai kroonisen alkoholismin hoitoa. Lääkehoidolla voitiin helpottaa potilaan tilaa lievittämällä tuskaisuutta ja levottomuutta. Psykoterapeuttisen hoidon ohella lääkehoidosta saattoi tulla arvokastakin hyötyä. A-klinikalla katsottiin, että uudet hoitomuodot ja lääkäreiden aktiivisempi mukanaolo alkoholistien käsittelyssä lisäsi potilaiden luottamusta hoitotuloksiin. Hoidolliseen toimintaan vaikuttivat taloudelliset tekijät ja henkilökunnan osaamisen suomat mahdollisuudet ja rajoitukset. Eniten vaikutti kuitenkin käsitys alkoholismista. (Mäki 1963, 4, Huttunen 1965, 49, Elosuo 1966, 7, Toivola 1954 133-134)

Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Härkälä 1992) A-klinikan sosiaalityö on nähty miltei yksinomaan yksilökohtaiseen sosiaalityöhön erikoistuneena yksikkönä. Aikalaiset ovatkin kritisoineet tulkintoja, joissa 1950-luku on nähty pelkästään caseworkin vuosikymmenenä (mm. Eskola 1996, haastattelu). Sosiaalityön tekemiseen vaikuttivat mm. kolme asiaa. Ensinnäkin olivat laajat sosiaalipoliittiset uudistukset, suunnittelu ja lainsäädäntötyö. Käytössä oli myös ryhmätyön soveltaminen yhteiselämän ohjauksen välineenä. Kolmantena asiana oli jo edellä mainittu yksilöllinen työmenetelmä, casework. Ryhmätyön käyttö ei vielä ollut yhtä tietoista ja selvää kuin henkilökohtaisen huollon menetelmän. Varsinaisessa huoltotyössä ryhmätyön ottivat käyttöönsä lähinnä alkoholistihuolto, AA-liike ja A-klinikat. (Eskola 1981, 33, Isola-Eskola & Rikberg 1960, 53-67, Eskola 1965, 22; Eskola 1996, haastattelu, Rikberg 1965, 23, Hakola 1965, 16)

Yksi keskeinen sosiaalisen työn muoto, yhdyskuntaan vaikuttaminen miellettiin liittyväksi läheisesti henkilökohtaiseen huoltoon ja sosiaaliseen ryhmätyöhön. Yhteistähän näille kolmelle menetelmälle oli niiden pyrkimys yksilön parempaan sopeuttamiseen ympäristössään. Sosiaalityöntekijän rooliin kuului yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen tutkiminen. Ympäristöön vaikuttaminen oli ennen kaikkea sitä, että oli tartuttava alko-

holismia edistäviin tekijöihin. Mielenkiinto kohdistui mielenterveyden kannalta edullisiin asenteisiin, kasvatusasenteisiin, koulujärjestelmään ja suhtautumiseen poikkeavaan käyttäytymiseen. Yhteiskuntaan vaikuttava politiikka kuului sosiaalityön alaan. (Österberg 1966, 4)

A-klinikan keskeisin sosiaalityön innovaatio oli se menetelmien kirjo, jota toiminnan alkuvaiheista lähtien hoitotyössä sovellettiin. Vaikka A-klinikalla tukeuduttiin vahvasti yksilötyön menetelmään, oltiin avoimia erilaisille menetelmällisille kokeiluille. Uutta olivat ryhmähoidon käyttö, työnohjauksen rooli ja ennen kaikkea tiimityö, joka mahdollisti moniammatillisen työmuodon leviämisen. Esittelenkin seuraavassa lyhyesti A-klinikalla omaksuttuja työmuotoja ja aikansa uutuuksia, jotka ovat pitkälti käytössä vielä tänäkin päivänä.

7.1 Työmuotoja

7.1.1 Tiimityö

A-klinikkatyön ytimen muodosti työryhmä, tiimi, jonka jäsenten, sosiaalityöntekijän, sairaanhoitajan ja lääkärin asema ja merkitys vaihtelivat. Yhteistä heille oli, että heillä oli henkilökohtainen hoitosuhde samaan potilaaseen ja hänen hoidossa oleviin läheisiinsä. Taustalla vaikuttivat konsultoiva psykiatri ja sosiaalityöntekijöiden työnohjaaja. Lääketieteellisistä lähtökohdista huolimatta sosiaalityöntekijän asema haluttiin nostaa keskiöön. "Team-työ" katsottiin lähinnä lääkärin ja sosiaalityöntekijän tiiviiksi yhteistyöksi sekä hoidossa että hoidon suunnittelussa. Lääkärien, erityisesti psykiatrien vähälukuisuuden takia sosiaalityöntekijän rooli sai yhä enemmän sijaa klinikoiden johdossa. Hoitotiimissä alkoikin korostua sen psykososiaalinen luonne. (A-klinikan organisaatiota tutkimaan asetetun toimikunnan mietintö 1955, 23, Mäki 1996, 18)

Tiimistä muodostui eri ammattien edustajien yhteisharkintaan perustuva työryhmä. Ihmistä pyrittiin lähestymään kokonaisuutena, joka oli muuttuvassa suhteessa lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan. Eri alojen edustajien yhteistoiminta edellytti "ammatillista täysi-ikäisyyttä", jokaisen oli hallittava alansa tietoperusta ja käsitteistö. Hänen tuli olla myös tietoinen tietojensa rajallisuudesta. (Erä-Esko&Immonen&Tirkkonen 1954, 147-148)

Moniammatilliset tiimit muodostettiin A-klinikkatoiminnan alkuvaiheessa ulkomaisten esikuvien mukaan ilman sen kummempaa pohdintaa niiden tarkoituksenmukaisuudesta eri tilanteissa. Niiden ammattirakenne ja toimintamalli on säilynyt lähes muuttumattomana. A-klinikoiden sosiaalityöpainotteisuudella, myös klinikoiden johtamisessa on pyritty sekä yhteiskunnallisen, sosiaalisen että hallinnollisen tietämyksen mukanaoloon. Alkuperäinen tiimityön idea oli ajassaan uusi ja rohkea. Tiimissä tarvittiin eri tyyppistä yhdessä tekemisen taitoa yksin tai vuorottain tekemisen sijasta. (Auvinen 1996, 173-174, Erä-Esko & Immonen & Tirkkonen 1954, 147-152, A-klinikkasäätiön henkilökunnan Toimintaohje 1957, Huttunen 1960, 47) Yhdessä tekemisen henkeä, tiimiä korostivat myös molemmat haastateltavani. Täytyy muistaa alkuaikojen vaikeus sovittaa uusien ja vanhojen ammattiryhmien käytännöt ja käsitteistöt toimivaksi kokonaisuudeksi.

Tiimityö oli eräänlainen hoitokokousmuoto, jonka puitteissa lääkärit, psykologit ja sosiaalityöntekijät vaihtoivat säännöllisesti mielipiteitään klinikan potilaista. Tarkoitus oli jo hoidon varhaisessa vaiheessa päästä riittävän tarkkaan diagnoosiin, jotta hoitopäämäärät voitiin määritellä. (Huttunen 1960, 46)

7.1.2 Yksilökohtainen sosiaalityö

Hoito- ja huoltoalan keskustelussa, lehdissä ja kirjallisuudessa, yksilöhoito sai merkittävän sijan 1950-luvulla. Yksilöhoito tai henkilökohtainen huolto oli yksi A-klinikan sosiaalityön muoto, jossa toisen osapuolen muodosti sosiaalityöntekijä ja

toisen asiakas. Työmenetelmän käytössä huomio kohdistui ennen kaikkea asiakkaan yksilöllisiin ongelmiin, jotka liittyivät joko suoranaisesti alkoholinkäyttöön tai henkilön omaisen kokemiin alkoholiongelmiin. Keskeistä oli asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Tuhkanen 1966, 5)

Yksilöhoidon periaatteessa mainittiin mm. sosiaalityöntekijän velvollisuuden kaksinainen luonne. Hänen oli pidettävä mielessään myös velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan. Perheen sosiaalista ja emotionaalista vaikutusta yksilön persoonallisuuden kehitykseen pidettiin merkitykseltään keskeisenä. (Hennum 1958, 13)

A-klinikan sosiaalityöntekijä aloitti yhdellä menetelmällä, yksilökohtaisella sosiaalityöllä. Sen kautta nousivat esiin kysymykset sosiaalityön ammatin yhteiskunnallisesta tehtävästä, arvomaailmasta, tietopohjasta ja menetelmistä ylipäänsä. (Mäki 1996, 42) Kuitenkaan työprosessi tai menetelmä ei koskaan ollut yksiselitteinen, vaan se etsi muotonsa siitä organisaatiosta, asiakkaiden elämäntilanteesta ja myös yleisistä asenteista ja kulttuuritaustasta. (Mäki 1996, haastattelu)

Yksilötyössä hoitokertomusten kirjoittaminen nousi merkittäväksi työn arvioinnin ja hoitoprosessin etenemisen kannalta. Hoitokertomus oli sosiaalityöntekijän laatima hoidon apuväline ja esitys asiakkaan ja työntekijän välisestä vuorovaikutussuhteesta ja käytetyistä yksilötyön menetelmistä ja työtavoista. Siitä oli luettavissa työntekijän osuus potilaan hoidossa, hänen asennoituminen potilaaseen, potilaan asennoituminen työntekijään ja hoitoon yleensä sekä näissä suhteissa tapahtuneet muutokset. Kirjaamisen kannalta oli tärkeää suorittaa muistiinpanot välittömästi keskustelujen jälkeen. Koska potilaiden ongelmat olivat pääasiassa psykososiaalisia, niin A-klinikan hoitokertomukset vaativat lähinnä psyko-sosiaalista tietoa hoitotoiminnan pohjaksi. Toisaalta piti huomioida myös ympäristötekijät alkoholismia edesauttavana tai estävänä tekijänä. (A-klinikkasäätiön toimin-

taohje hoitohenkilökunnan käyttöön 1957, 8, Isola & Immonen, 1955, 115-117, Satka 1995, 164-167)

Kiinnostus yksilökohtaiseen sosiaalityöhön (casework) johtui Helmi Mäen mukaan pitkälti siitä, että sosiaalityöntekijöiden työ oli sodan jälkeen pitkälti käytännön työtä yksittäisten asiakkaiden kanssa ja casework antoi valmiuksia juuri asiakastyöhön. Sosiaalihoitajien koulutus sairaaloiden sosiaalityöhön käynnisti ensimmäisenä caseworkin opettamisen Suomessa vuonna 1945. (Kohtauspaikkana A-klinikka 1984, 61-62) Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö päätti ns. casework-toiminnan aloittamisesta Helsingin klinikalla vuoden 1953 aikana. (VKTS:n työvaliokunnan kokous 12.1.1953)

Ensimmäiset merkit caseworkin tulosta Suomeen oli nähtävissä jo 1940-luvulla, jolloin Huoltaja-lehdessä esiteltiin USA:n huoltotyötä. 1950-luvun menetelmäinnostuksen huipentumana on pidetty Ahlan ja Tarvaisen teosta "Henkilökohtainen huolto" vuodelta 1959. Sosiaalityöntekijälle katsottiin olevan eduksi eräänlainen "riisuttu psykologia". 1960-luvulle tultaessa casework vakiinnutti asemansa ja ohjasi käytännön työtä. (Saarnio 1984, 11-13)

1950-luvulla kirjoitetut yksilökohtaisen sosiaalityön artikkelit ja oppikirjat synnytettiin suuren menetelmällisen innostuksen vallassa. Mahdollisuus ammatillisen osaamisen ulottamiseen perheiden ongelmiin oli Suomessa varsin uusi ajatus. Lehtiartikkelit ja harvat caseworkmenetelmän hallitsevat henkilöt yhdessä ulkomailta tulleiden asiantuntijoiden kanssa tutustuttivat suomalaiset yksilökohtaisen sosiaalityön ajatuksiin. Aluksi psykologisesti orientoitunut menetelmä aiheutti hämmennystä. (Satka 1995, 153-155)

Yksilöhoitoa ei voitu erottaa täysin ryhmätyöstä. Näiden välimaastoon sijoittui perheterapia, joka yksilöiden ja perheiden auttamismenetelmänä oli kehittymässä traditionaalisten yksilö- ja ryhmäkohtaisten menetelmien rinnalle merkittäväksi auttamisen

välineeksi. Sosiaalityöntekijä, joka hallitsi yksilökohtaisen hoidon, sovelsi osaamaansa perheterapiaan. Perheen merkitys yksilöiden kehitysympäristönä nousi tarkastelun kohteeksi. Perheterapia pohjautui ajatukseen, että perheen piirissä tapahtuvia emotionaalisia ja sosiaalisia häiriötiloja voitiin parhaiten hoitaa ottamalla koko perhe hoidon kohteeksi. Tämä tuli tarkoittamaan lähinnä sitä, että alkoholistien avohuollossa pyrittiin hoitamaan lähinnä vaimoja. Toiminnan tarkoituksena oli asiakkaan ympäristön muokkaaminen potilaan hoidolle suotuisaksi. Perhe sellaisenaan ei ollut asiakkaana. Vaimo oli hoidon jatkuessa lähinnä apulaisterapeutin roolissa. (Kinanen 1968, 104-111, Mäki 1963, 3-6, 9,14)

7.1.3 Ryhmätyö

"Sielullisen hoidon" alaan kuuluva ryhmähoito otettiin käyttöön uutena työmuotona vuonna 1956, ensimmäisenä Helsingin A-klinikalla. Ryhmähoidossa koottiin potilasryhmiä keskustelemaan alkoholismista ja sen hoidosta. Maisteri Anne-Marie Hennum perehdytti A-klinikkalaisia ryhmähoitoon Englannin opintomatkalta saamien kokemustensa perusteella. Vuoteen 1957 mennessä ryhmähoito sai määrätietoisemman luonteen. Esimerkiksi yksistään Järvenpään sosiaalisairaalassa ryhmähoitotilaisuuksia vuonna 1959 oli 573. (Tirkkonen 1963, 126, Lehtimäki 1962, 685)

Ryhmäterapia ja -huolto muodostivat yhteistoimintamuodon psykiatreille ja sosiaalityöntekijöille. Joskus oli ilmeisen vaikea sanoa kummalla puolella työn painopiste kulloinkin oli. Tyypillistä kaikille ryhmätyön muodoille oli suunnitelmallinen pyrkimys ryhmäkokemuksen saavuttamiseen. Katsottiin kuitenkin, että AA-liikkeen hoito muodosti tehokkaimman ryhmähuollon muodon. A-klinikalla ei ollut tarjota samanlaisia vertaisryhmäkokemuksia kuin AA-liikkeellä. (Immonen 1960, 10-11, Isola-Eskola & Rikberg 1960, 54)

Ryhmähoitoa suoritettiin ryhmätyön periaatteiden ja menetelmien mukaan. Myös ryhmähoidossa käytettiin hoitokertomuksia. Havainnoitsija tai ryhmätyöntekijä laati ne välittömästi jokaisen hoitokokouksen jälkeen. (A-klinikkasäätiön toimintaohje hoitohenkilökunnan käyttöön 1957, 3,9)

Useimmat potilaat tulivat ryhmään vasta sen jälkeen, kun he olivat yksilöhoidossa vähitellen kypsyneet siihen, että he osaisivat käyttää ryhmää tehokkaasti ongelmiensa selventämiseen. Näin ollen siis hoitomuodot kulkivat rinta rinnan. Kokonaishoitonäkemys alkoi yhä selvemmin värittää potilaiden valintaperusteita ja ryhmätyön päämääriä. (Huttunen 1960, 50-51, Isola-Eskola & Rikberg 1960, 56-66)

Ryhmähoidossa oli paitsi itse alkoholisteja, myös heidän perheenjäseniään. Sosiaalisen ryhmätyön tarkoituksena oli auttaa yksilöitä tarkoituksenmukaisten ryhmäkokemusten avulla ratkaisemaan arkielämässään henkilökohtaisia pulmia ja tehostamaan sosiaalista toimintaansa. Tärkeimpänä ryhmän toiminnan kannalta oli ryhmäohjaajan ja ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus. Eniten käytettiin vapaasti etenevää keskustelua, jota ohjaaja pyrki tarkoituksenmukaisesti ohjailemaan. Ryhmä saattoi muodostua potilaista, aviovaimoista, aviopuolisoista tai se oli ns. sekaryhmä. Perheryhmähoitoa, jolloin perhe tuli lapsineen ja mahdollisine kotiapulaisineen yhdessä klinikalle, käytettiin muun perhehoidon ohella. (Siera 1966, 6)

7.1.4 Terapeuttinen konsultaatio

Vuonna 1958 perustettu Therapeia-säätiö tuli merkittäväksi virikkeiden antajaksi A-klinikkasäätiön terapeuttisen työn tekijöille. Therapeia-säätiö edusti dynaamista psykiatriaa, joka perusti tulkintansa ihmisen elämänvaiheiden murroskohtiin, kriiseihin. (A-klinikkasäätiö 1980, 54) A-klinikan sosiaalityöntekijöille psykiatrisen asiantuntijuuden käyttö oli ensisijaisesti konsultointia. 1950-luvulla sosiaalityöntekijän roolia vielä

etsittiin, joten psykoterapiaan lähestyminen, konsultointi, aiheutti keskustelua sosiaalityön ja psykoterapian suhteesta. (Isola & Immonen 1955, 115-117, Kohtauspaikkana A-klinikka 1984, 154-155) Asiaa selventämään ilmestyi A-klinikkasäätiön julkaisusarjassa Helmi Mäen kirjoittama "Neuvottelevan asiantuntijan käyttö sosiaalityössä" pääasiassa henkilökunnan koulutusta silmälläpitäen.

Psykiatrisen konsultaation tarvetta perusteltiin myös perhekokonaisuuden hoitamisen kautta. Alkoholipotilasta hoitaessaan sosiaalityöntekijän huomio suuntautui paitsi potilaaseen myös tämän sosiaaliseen kenttään, erityisesti hänen perheeseensä. Sosiaalityölle oli ominaista, että työntekijä otti huomioon nämä molemmat tekijät samanaikaisesti. Hän ei tarkkaillut potilasta ja tämän elämäntilannetta ulkopuolisena, vaan eteni ammatillisen suhteen avulla hoidossa vaihe vaiheelta yhdessä asiakkaan kanssa. Hoidon aikana vahvistettiin potilaan ja hänen ympäristönsä terveitä voimavaroja pyrkimyksenä lievittää ja lääkitä niitä ongelmia ja häiriöitä, joita tässä vuorovaikutussuhteessa ilmeni. Tämän vuoksi sosiaalityöntekijä tarvitsi tietoa myös potilaan persoonallisuuden kehityksestä ja hänen ihmissuhteistaan riippuen hoidon päämäärästä, joka oli aina kussakin tapauksessa täysin yksilöllinen. Jotta työntekijä pystyi ymmärtämään potilaiden ristiriitoja ja häiriytyneitä ihmissuhteita ja niiden taustana olevien tekijöiden psykodynamiikkaa, hän siis tarvitsi erityisesti psykiatrian tietoja. (Mäki 1962, 31, Mäki 1963, 4, Bruun 1961, 78-80, Toimintaohje 1957)

Psykiatris-sosiaalinen hoito oli sekä työnohjaajan että psykiatrin ohjaamaa. Tätä hoitomuotoa suoritti sosiaalityöntekijä käyttäen yksilötyön periaatteiden mukaista pääosin haastatteluihin perustuvaa menetelmää. Potilas saattoi samanaikaisesti olla yksilöhoidossa tai ryhmähoidossa tai molemmissa. Potilaiden tehokas hoito edellytti ryhmätyön ja yksilötyön työntekijöiden jatkuvaa ja kiinteää keskinäistä vuorovaikutusta. (A-klinikkasäätiön toimintaohje hoitohenkilökunnan käyttöön 1957, 3,7)

Terapeuttinen konsultaatio ei koskenut yksinomaan A-klinikan potilaita. Psykiatrista konsultaatiota käytettiin myös työntekijöiden keskuudessa. Työntekijöiden työtä selkiyttämään perustettiin työnohjaajan virka. Vuodesta 1958 työnohjaajan toimi muutettiin Helsingin A-klinikalla kokopäivätoimiseksi. Sosiaalityöntekijöiden työssään kohtaamat ongelmat purettiin työnohjauksessa, jossa työntekijää askarruttavat seikat otettiin keskusteltaviksi. (Huttunen 1960, 49)

Alkoholipoliklinikan työnohjaus keskittyi työntekijän ja työnohjaajan kahdenkeskisiin keskusteluihin. Keskustelujen aiheena oli työntekijän hoitama potilas. Työnohjauksen antaman tuen turvin sosiaalityöntekijän oli mahdollista paremmin oppia käyttämään omaa persoonallisuuttaan työskentelyprosessissa. Tehokas työnohjaus taas edellytti, että työnohjaaja oli tutustunut etukäteen potilaasta laadittuun hoitokertomukseen ja keskustelulle varattiin tarpeeksi aikaa. (Hennum 1958, 146-147)

7.1.5 Koulutuksellinen toiminta ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

Tehokas hoito edellytti usein hoidollista yhteistyötä paitsi alkoholistihuollon myös muiden sosiaalisten ja lääkinnällisten tahojen kanssa. A-klinikka oli yhteistoiminnassa alkoholistihuoltoloiden ja -kotien, sairaaloiden, tutkimuslaitosten, AA-kerhojen, sosiaalilautakuntien, työnantajien, avioliittotoimistojen, kasvatusneuvoloiden, asumisen viranomaisten, poliisin ja vankeinhoidon ja hengellisten ja muiden sosiaalisten järjestöjen kanssa. (A-klinikan toimintaohje hoitohenkilökunnan käyttöön 1957, 7) Helsingin A-klinikan ja AA-liikkeen yhteistyö vakiintui 1950-jälkipuoliskolla jopa siinä määrin, että useimpien klinikan potilaiden kohdalla otettiin esille AA-liikkeen hyväksikäyttö jossain hoidon vaiheessa. Vastavuoroisesti AA-liike lähetti jäseniään A-klinikalle hoitoon ja käytti klinikan työntekijöitä esitelmänpitäjinä. (Huttunen 1960, 51)

Yhteistyö eri viranomaisten kanssa ei ilmeisesti aina onnistunut toivotulla tavalla, vaikka A-klinikat perustettiin juuri täydentämään lakisääteistä huoltoa. A-klinikan organisaatiota tutkinut toimikunta tähdensi mietinnössään yhteistyön parantamisen merkitystä avohoidon ja laitoshoidon kesken. Potilaiden siirtyminen avohoidosta suljettuun hoitoon ja päinvastoin, tuli tapahtua joustavasti. Yhteistyön paraneminen nähtiin yhtenä avohoitovaltaisuuden yleistymisen edellytyksenä, sillä avohoito tarjosi suljetusta hoidosta palaavalle mahdollisuuden asteittaiseen sopeutumiseen perheeseen, työhön ja muuhun lähiympäristöön. (A-klinikan organisaatiota tutkimaan asetetun toimikunnan mietintö ja ehdotukset klinikkatoiminnan kehittämisestä 1955, 11)

A-klinikan alusta lähtien oli sosiaalityössä keskeisellä sijalla tutkiva ote. Toiminnassa kytkettiin käytäntö ja teoreettinen ajattelu jatkuvaksi vuorovaikutukseksi. Taustalla vaikutti Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö, joka oli ollut A-klinikkatoiminnan alullepanija. Tutkivaa työotetta on pidetty yhtenä A-klinikan menestymisen ja kehittymisen ytimenä. (Mäki 1996, haastattelu) Koulutuksen suhteen toimipaikat (A-klinikka, kirkon perheasiain neuvottelukeskus ja Pelastakaa Lapset ry.) yhdistivät voimansa ja kehittivät toimipaikkakoulutusta. Laajin kurssi pidettiin Helsingissä 1957 kestäen kolme kuukautta ja siihen osallistui 35 sosiaalityöntekijää. (Mäki 1988, 83)

Maalle, jonka korkeamman koulutuksen mahdollisuudet olivat heikot ja jonka resursseista suurin osa meni sotakorvausten maksamiseen, ei ollut helppoa kouluttaa uusia sosiaalialan ammattilaisia. Tämän takia ulkomailta tarjolle tullut tietotaito ja opetus otettiin valtionkin taholta innostuneesti vastaan. Sodan jälkeen mahdollisuudet ulkomailla opiskeluun kasvoivat äkillisesti. Yksityisten amerikkalaisten säätiöiden lisäksi huomattavan taloudellisen helpotuksen tarjosi YK:n asiantuntijavaihto, joka kattoi useat Euroopan maat sekä Pohjois-Amerikan. (Satka 1995, 117) Suomeen perustettiin mm. Rockefeller-säätiön tuella terveydenhuollon tutkimus- ja opetuskenttä. Tämän lisäksi Yhdys-

valloissa koulutettiin eksperttejä sosiaali-ja terveydenhuollon tarpeisiin. (Mäki 1996, haastattelu)

Yalen yliopiston professori, Maailman Terveysjärjestön asiantuntija, E.M.Jellinek oli aloittanut Yhdysvalloissa Yale-Plan-klinikkatoiminnan, josta saadut tutkimustulokset tulivat myös suomalaisen alkoholistihuollon ulottuville. Professori Jellinek vieraili Suomessa tammikuussa 1952. Hän ehdotti sairaaloiden, poliklinikoiden ja huoltoloiden verkostoa varustettuna tarpeellisella määrällä koulutettua henkilökuntaa. (A-klinikkasäätiö 1980, 10) Suomalaiset eivät sellaisenaan omineet ns. Jellinekin mallia, josta osoituksena oli mm. Kuusen Väkijuomakysymyksessään (1952) esittämä kombinaatio, lääketieteellisen hoidon ja yhteiskunnallisen työn "A-poliklinikka".

Yhdistyneiden Kansakuntien sosiaalialan teknisen avun kautta saatiin 1950-luvun alkupuolella kolme asiantuntijaa kouluttamaan suomalaisia. Heistä erityisen merkittävä panos oli Helvi Boothella vuosina 1954-1956. A-klinikkasäätiön, Pelastakaa Lapset ry:n ja kirkon perheneuvojien kanssa järjestettyjä yhteiskursseja pidettiin vuosina 1957-1959, 1961 ja 1962. Kurssit sisälsivät henkilökohtaisen huollon opiskelua, psykiatriaa, psykologiaa, sosiologiaa, ryhmätyötä ja -terapiaa ja muuta yleistä yhteiskuntaoppia. Opettajina toimivat sosiaalihuoltaja Kalervo Kinanen, maisteri Liisa Hakola ja sosiaalihoitaja Helmi Mäki. Oppikirjoina olivat Ahla-Tarvaisen " Henkilökohtainen huolto", Hennumin "Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa" ja Perlmanin "Social Casework". (Mikkonen 1988, 35-59, Rinteelä 1965, 20, Hakola 1965, 16) Sosiologia, psykologia ja psykiatria säilyivät vielä seuraavallakin vuosikymmenellä täydennyskoulutuksessa. Näiden lisäksi opiskeltiin henkilökohtaista huoltoa, sosiaalista ryhmätyötä ja konsultaatiotyöskentelyä. (Hyttinen & Vanhatalo 1965, 36)

Eräs 1950-luvulle tunnusomainen piirre oli juuri täydennyskoulutusluontoisesti pidetty työpaikkakoulutus. Vastaperustetuilla

A-klinikoilla oli tässä merkittävä rooli. Koulutus kohdistui nimenomaisesti sosiaalityön menetelmien, lähinnä henkilökohtaisen huollon käsittelemiseen. Toinen osoitus menetelmiin keskittyneestä luonteesta oli oppikirjatuotannon kasvu. 1958 ilmestyi Anne-Marie Hennumin "Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa". Ahla & Tarvaisen "Henkilökohtainen huolto" ilmestyi vuotta myöhemmin. (Eskola 1981, 32)

8. Perhe sosiaalityön kohteena

Jos lähdetään siitä oletuksesta, että A-klinikalle asetettiin joitakin kirjoittamattomia normeja, hoidollisia tai yhteiskunnallisia kriteerejä, löytyy tekstilähteistä väljiä, mutta selvästi tulkittavia, usein yksittäisiäkin lauseita koskien esimerkiksi sitä, miten kustakin yksittäisestä klinikasta riippui se, mitä "potilasaineksella" tahdottiin ymmärtää. Mm. Oulun A-klinikan esimies korosti vuonna 1962 asiakkaiden kuuluvan perheelliseen aktiiviväestöön. Samoin useissa alan oppikirjoissa ja aikalaiskirjoittelussa (Mäki 1962/1963/1996, A-klinikka- säätiö 1955-1980, Kohtauspaikkana A-klinikka 1984, Lanu 1961, Österberg 1978, Hennum 1958, Alkoholipotilas hoidossa 1956) alkoholismia ja perhettä tarkasteltiin kokonaisuutena jo klinikkatoiminnan alkuajoista lähtien. Oulun klinikan kohdalla vuonna 1961 toiminnalle asetettin tehtäväksi tavoittaa "työssäkäyviä, perheellisiä ja yleensä yhteiskunnan aktiivikansalaisia". (Mäki 1996, 8, VKTS:n työvaliokunnan kokous 27.5.1955, Tuominen 1968, 14)

Perhekeskeisyys tuli esille myös Mäen haastattelussa, joskin hän halusi painottaa perheettömien ja eronneiden asiakkaiden osuutta potilasmäärissä. Toisaalta Mäki korosti perhekeskeisyyden periaatteen omaksumista koko hoitoprosessia koskevaksi. Ajatusta perhekeskeisyyden omaksumisen yhteiskunnallisista kytköksistä ei tunnettu omaksi eikä A-klinikan sosiaalityössä yleisesti tiedostetuksi. Ovenrakopuhe-artikkelissaan (1996,21) Mäki mainitsee, että alkoholismi siveellismoraalisena ongelmana kyllä otettiin huomioon, mutta sen ehdoilla ei lähdetty toimimaan. Kuitenkin

Mäki myöntää perheen vakauttamista koskeneen kysymyksen yhteydessä, että A-klinikkasäätiössä oltiin itsessään tietoisia tällaisesta toiminnan ulottuvuudesta, mutta muut eivät kysymystä ajatelleet. Yhteiskunnan asenteet eivät kuitenkaan voineet olla vaikuttamatta, samoin eivät myöskään yksittäisten työntekijöiden perhe- ja kokemustaustat. Pyrittiin kyllä yhteisiin tavoitteisiin, mutta A-klinikoilla ei kontrolloitu yksittäisiä työntekijöitä tai tapauksia. (Mäki 1996, haastattelu)

A-klinikoilla todettiin varsin pian, että alkoholismi koskee koko perhettä. K.E. Lanu ilmaisi asian jo vuonna 1956: "...alkoholistin vaimon hoito on usein yhtä tärkeää kuin alkoholistin itsensä hoito". Vasta vuotta 1958 pidetään perhehoidon alkamisvuotena. Säätiön vuosikertomuksessa todettiin perheen saamisen hoitoon olevan ensisijainen tavoite. Perhehoito mahdollisti kokonaisvaltaisen hoidon. (A-klinikkasäätiö 1980, 59) Alkoholismia ei A-klinikkasäätiön ideologiassa olla koskaan pidetty yksilöllisenä ominaisuutena, vaan sitä on tarkasteltu vuorovaikutussuhteissa ja tutkittu linkkinä perheen kokonaistoimintaan. Helmi Mäen sanoin: "Potilas vaikuttaa perheenjäsentensä persoonallisuuteensa ja koko perhe ryhmän toimintaan. Perhe puolestaan lievittää tai ylläpitää alkoholismia". (Kohtauspaikkana A-klinikka 1984, 138, Huttunen 1965, 48)

Perheen merkitys ja huomioonottaminen sosiaalityöntekijän työssä kiteytettiin perhekeskeisyysperiaatteeseen. Se koski koko työsuoritusta ja kaikkia menetelmiä, mutta erityisesti se liitettiin henkilökohtaisen huollon menetelmään. Näin kirjoitti Helmi Mäki vuonna 1963 julkaistussa artikkelissaan "Alkoholipotilaan ja tämän vaimon yhtäaikaisesta hoidosta". Tutkimuksessa korostettiin perheen olevan sellainen sosiaalinen ryhmä, jonka vaikutus ihmiseen on erittäin voimakas. Ihminen käsitettiin sekä tuntein että reaalisin tosiasioin sidotuksi perheeseensä, sen sosiaaliseen asemaan ja sen sielullisiin tunnepohjaisiin voimiin. Häntä ei voida ymmärtää ilman näiden sosiaalisten siteiden huomioonottamista. Perhekeskeisyys alkoi merkitä pitkälti naimisis-

sa olevan alkoholipotilaan vaimon hoitoa. Näinkin siitä huolimatta, että A-klinikalla oltiin tietoisia esimerkiksi lasten vaikeuksista alkoholistiperheissä. A-klinikalla hoidon päämääräksi tuli perhekriisin lieventäminen yleisesti ja erityisesti aviopuolisoiden auttaminen sellaiseen suhteeseen keskenään, että he voisivat paremmin kuulla toisiaan ja tulla itse kuulluksi. Näin he voisivat nähdä syvemmälle sekä toisen että oman käyttäytymisensä takana oleviin voimiin ja odotuksiin, joita heillä elämänsä suhteen parhaillaan oli. (Mäki 1963, 3-5, 11)

Työntekijä otti Mäen mukaan "diagnostisessa ajattelussaan" huomioon sellaiset seikat, kuten miehen aseman perheessä, hänen ja hänen vaimonsa väliset suhteet, juomisen tuomat haitat sekä potilaalle perheen isänä että muille perheen jäsenille. Niin ikään tarkasteltiin mitä juomisessa tapahtuneet muutokset vaikuttivat potilaaseen ja vaimoon. Vastaamattomaksi kuitenkin jäi, miten vaimon hoito vaikutti mieheen. Mäki tuli kuitenkin siihen tulokseen, että sellaisten naimisissa olevien miesten keskimääräinen hoitoaika oli pitempi ja hoitokäyntejä enemmän, joiden vaimot olivat hoidossa kuin sellaisten, joiden vaimot eivät olleet hoidossa. (Mäki 1963, 14)

A-klinikoilla tehdyissä hoitokertomuksissa perheellisen miehen rooli keskittyy lähinnä perheenelättäjänä toimimiseen. Suhteet aviovaimoon muodostuivat lähes poikkeuksetta ongelmallisiksi lasten jäädessä sivuosan esittäjiksi. Huoli lapsista oli lähinnä huolta näiden aineellisen hyvinvoinnin turvaamisesta. (Rinteelä 1956, 51, Hennum 1958, 15, Sääski 1954, 83) Monien alkoholipotilaiden sosiaalisessa kehityksessä havaittiin häiriöitä lapsuuden isä- ja äitisuhteissa. (Hennum 1958, 18, Erä-Esko 1954, 19)

A-klinikoilla tiedostettiin kulttuuristen tekijöiden vaikutus alkoholismiin. K.E.Lanu selvitti vuonna 1960 alkoholismia kulttuuriristiriitojen valossa. Alkoholi määriteltiin lähinnä maskuliiniseksi välineeksi, olihan naisalkoholistien määrä häviävän pieni. Kulttuuritekijät määräsivät sen, että naisten alkoholin-

käyttöä ei hyväksytty. Uskonnolliset ja raittiusliikkeen normit vaikuttivat vielä varsinkin koulukasvatuksessa, mutta myös julkisten toimintojen välityksellä yleisessä mielipiteessä. Kulttuuriristiriidat olivat kärjistyneet yleisen demokratisoitumisen, tekniikan kehittymisen ja kaupungistumisen myötä. Kulttuuriristiriidoilla selitettiin myös alkoholistien ongelmia. Perinteiset miehiset perusarvot, kuten työ, vaatimattomuus, velvollisuudentunto ja tietty karskius eivät päteneet sellaisinaan uusissa ympäristöissä, naisten ja miesten rooliodotukset poikkesivat toisistaan. Nainen oli nyt valtataistelun vaativa osapuoli, kilpailija lähes kaikilla elämän alueilla. Edelleen peräänkuulutettiin vaimon vastuuta miehensä alkoholismista: "Miten miehen alkoholismiin olisi vaikuttanut toisenlainen vaimo, jonka intressit olisivat keskittyneet kotipiiriin?" Lanu 1960, 81-99)

Terve kotielämä haluttiin nostaa yhdeksi työn tavoitteeksi. Väestö- ja perhepoliittiset argumentit löivät itsensä läpi myös Huoltaja-lehden sivuilla. Terveen yhteiselämän juuret nähtiin kotien maaperässä, joten suuri osa avustuslainsäädännöstä tähtäsi juuri kotien ja perhe-elämän lujittamiseen. Väestöpolitiikka nähtiin jo tuolloin aikansa tunnukseksi. Perhepolitiikka oli vastavaikutus niille voimille, mitkä teollistuneessa yhteiskunnassa uhkaavat koteja ja niiden rauhaa. Tarkastelun keskiöön nousivat asuntokurjuus ja avunanto itse kodin piirissä perhekokonaisuuden säilyttämiseksi. (Kotilainen 1952) Avioliiton sopeutumista alkoholismiin käsiteltiin mm. Alkoholipolitiikan numerossa 2/1955, jonka artikkeli perustui amerikkalaiseen tutkimukseen. (Immonen 1955, 62-63)

Avioliitoisuuden ja ydinperheen ihannointi säilyi pitkälle 1970-luvulle asti, jolloin ilmestyi mm. Heikki Wariksen uudistettu painos vuonna 1968 julkaistusta teoksesta "Muuttuva suomalainen yhteiskunta". Yksi huolestuttavimmista ilmiöistä oli tuolloin avioerojen jatkuva lisääntyminen, minkä seurauksena ilmaantui yhä enemmän ns. "epätäydellisiä perheitä". Syitä tähän ilmiöön Waris etsi mm. kaupungistumisesta ja "eronhaluisista vanhemmis-

ta". (Waris 1974, 110) Tuossa vaiheessa perheeseen kohdistunut idealismi sai jo väistyä, mutta vielä 1950-luvun sosiaalialan keskusteluissa huomio kiinnittyi perhekokonaisuuden tervehdyttämiseen.

Perhekokonaisuuden huomioonottaminen oli olennainen osa yksilöhoidon olemusta. Yksilön auttamisen tuli olla sopusoinnussa sen yhteisön auttamisen kanssa, jossa yksilö vaikutti, ensisijaisesti hänen oman perheensä. (Hennum 1958, 104) Äärimmilleen vietynä ajatus kuului:"Auttamalla perhettä sosiaalityöntekijä auttaa potilasta. Kun esim. potilaan vaimon asennoituminen tämän auttamisen välityksellä saattaa muuttua, on juuri hänellä mitä parhain tilaisuus "hoitaa" miestään. (Hennum 1958, 155)

Voittopuolisesti A-klinikoilla ajateltiin, että jos potilas oli avioliitossa, ei alkoholismin takia avioliittoa kannattanut kevein perustein lopettaa. Ja ajan lapsipsykologiakin korosti lapsen kehitystä koskevassa tiedossaan, että kehityksen kannalta oli hyvä, että perheessä oli molemmat vanhemmat. (Mäki haastattelu 1996) Vallitseva käytäntö oli siis perheyhteisyyden säilyttäminen, vaikka toisaalta korostettiin yksilön vastuuta omasta elämästään ja hoitoon sitoutumisessa.

Samantapaisen ajattelun, joskin ehkä astetta voimakkaampana, voi nähdä myös Väestöliiton toiminnassa. Miestä, erityisesti vaikeaa miestä, katsottiin naisen kautta. Usein ajateltiin, että esiintyi liioittelua miesten huonojen omunaisuuksien suhteen. Laadukkaan avioliiton eteen tuli molempien osapuolten tehdä työtä. Usein tämä asetelma vain keskittyi naisen toiminnan problematisointiin. (Nätkin 1997, 161-163)

9. A-klinikan sosiaalityön ideologia

Yhteiskuntaelämää tutkivat tieteet pystyivät antamaan uusia työvälineitä väkijuomahaittojen torjuntatyössä työskentelevien käyttöön. Klinikoilla oli tarkoitus käsitellä väärinkäyttäjiä

ns. "patteriston" avulla. Tämän ajattelun mukaisesti pyrittiin yhdistämään lääketieteen, psykologian ja sosiaalitieteiden tietous saman tapauksen käsittelyssä. (Sääski 1955, 44-46) Myös aikansa arvostetuimpiin sosiologeihin lukeutuva Erik Allardt piti luonnollisena, että väkijuomakysymykseen etsittiin ratkaisua eri tieteenalojen edustajien yhteistyöllä. Hän piti mahdollisena, että eri tieteiden tulosten perusteella oltaisiin voitu muodostaa yleinen ja ristiriidaton alkoholin käytön teoria. Tämä elellytti kuitenkin edes jonkinlaista yhdenmukaisuutta eri tieteiden ihanteissa ja tehtävissä. (Allardt 1960, 9) Luotettiin siis vakaasti tieteiden tuovan avun uusiin yhteiskunnallisiin ja sosiaalisiin ongelmiin.

Modernisaatioon kuului ilmiöiden järjestäminen hallittaviksi kokonaisuuksiksi. Tähän pyrittiin mm. erilaisilla suunnittelustrategioilla. Sosiaalisella suunnittelulla tarkoitettiin sosiaalisen ajattelun ja toiminnan yhdistelmää, jonka tuli tunnistaa, soveltaa ja evaluoida toimenpiteitä, joiden avulla väestön arvostamat sosiaaliset päämäärät voitiin tehokkaasti saavuttaa. Suunnittelun kannustimena oli pyrkimys rationaalisesti varautua sosiaalisia uhkaolosuhteita vastaan. Sosiaalinen suunnittelu viittasi tiettyyn yhteisölliseen sopeuttamisprosessiin. Sosiaalipolitiikan keskittyessä etupäässä kulttuurin formalisoitujen ja institutionalisoitujen puolien tarkasteluun, sosiaalinen suunnittelu käsitti selvästi integraalisemman taipumuksen operoida sellaisilla tekijöillä, kuten arvot, kasvatus ja traditio. Teollinen kulttuuri teki väkijuomakysymyksestä näkyvän ongelman sosiaalisessa, perhe- ja kansantaloudellisessa mielessä. Alkoholipoliittisen suunnittelun teoreettista kehystä etsittiin mm. funktionaalisesta teoriasta, jonka mukaan tuli määritellä ne sosiaaliset toimet, joiden seuraamuksien tasapaino merkitsee tilanteen kontrollia tai korjaantumista ilman että merkittäviä häiriöitä ilmaantuu. (Sariola 1960, 117-127)

Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiössä tultiin tietoisiksi sosiaalisen kontrollin mahdollisuuksista viimeistään K.E.Lanun jul-

kaistua teoksensa "Poikkeavan alkoholikäyttäytymisen kontrolli" (1956), joka käsitteli ostajaintarkkailun ja sen eri toimenpiteiden vaikutuksia väkijuomien liiallisen käytön rajoittamisessa. Tutkimuksessa alkoholikäyttäytymisen kontrolli määriteltiin sosiaalisen kontrollin alaan kuuluvaksi toiminnaksi. Lanu tarkasteli aihetta lähinnä sosiologiselta ja sosiaalipsykologiselta kannalta, jonka mukaan poikkeavuus käsitettiin käyttäytymiseksi, joka ei ollut tavanomaista tai yleisesti hyväksyttävää.

Modernissa yhteiskunnassa poikkeavuus käsitettiin luonnollisena ilmiönä. Oikeastaan haluttiin tehdä poikkeavuuksista ja elämän pienistä epätäydellisyyksistä, ei niinkään hyväksyttävämpiä vaan helpommin lähestyttäviä, ainakin asiantuntijoiden taholta. Yhteiskunnan mielipiteessä oli siis tapahtunut oleellinen muutos poikkeavuuden ymmärtämisessä.

Spesiaalitoimintojen lisääntyessä ihmisten tehtävät ja käyttäytymispiirteet monimuotoistuivat, tulivat epäyhtenäisemmiksi. Syntyi käyttäytymisen yhdenmukaistamisen tarve, koska yksilöiden suhteet muihin olivat muodostuneet teollistuneessa yhteiskunnassa persoonattomiksi. Ajateltiin, että yksilön käyttäytymistä hallitsivat usein epävarmuuden tunteet. Juuri yksilöiden lisääntyneet persoonattomat suhteet aiheuttivat sen, että ihmiset tarvitsivat yhä enemmän yhteiskunnallista apua asioittensa hoitamisessa joutuen samalla näiden elinten kontrolloitaviksi. (Lanu 1956, 5-6)

Usko tapojen ja perinteiden vaikutukseen yksilön käyttäytymisen ja ajattelun muokkaamisessa oli ohitettu. Luotettiin järjestettyyn toimintaan yhteiskunnan monimutkaistuessa. Kontrollin tarve ja tehtävät lisääntyivät. Ilmaantui uusia, eri tarkoituksia palvelevia yhteenliittymiä, joiden toiminta ja keskeiset suhteet vaativat säännöstelyä. Kontrollin tuli näin ollen keskittyä yhteisöjä ja ryhmiä voimakkaammille elimille, valtiovallalle ja sen edustajille. Mitä enemmän yhteiskunta kehittyi, sitä selvemmin pyrittiin muuttamaan monet suunnittelemattomat kontrollit

tietoisiksi ja organisoiduiksi, yhteiskunnan kokonaisetua palveleviksi. Valtion politiikka määräsi hallinnon kautta, sallitun käyttäytymisen rajat, se säännösteli aktiivisuutta ja passiivisuutta. (Lanu 1956, 11-12, 17)

Lanu tuli lausuneeksi vuonna 1956 A-klinikkatoiminnan todellisen yhteiskunnallisen funktion. A-klinikat toteuttivat "kontrollin ideologiaa", joka oli läpäisemässä ihmisten arkielämän monella eri tasolla. Auttaminen, kontrolli ja sopeuttaminen kulkivat tässä ideologiassa käsi kädessä.

9.1 Yhteiskuntaan sopeuttaminen

AA-liikkeen , A-klinikoiden ja alkoholistihuoltoloiden asiakkaista vuosilta 1960-1961 tehty tutkimus osoitti, että kunkin toimipisteen käyttäjät poikkesivat toisistaan. Klinikkalaisia vaivasi muita enemmän ahdistuneisuus. Huoltolalaiset puolestaan olivat epäsosiaalisempia, enemmän sanktioiden ja kontrollien kohteiksi joutuneita sekä fyysisesti huonommassa kunnossa. AA-laiset näyttäytyivät selvästi pisimmälle alkoholisoituneina, kokemuksia kaikista alkoholiin liittyvistä haitoista oli selvästi enemmän. (Kiviranta 1968, 58) A-klinikan sosiaalityö houkutteli siis selvemmin suhteellisesti paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevia asiakkaita, joiden alkoholismi uskottiin olevan helpommin parannettavissa. Asiakkaiden ahdistuneisuuden kokemukset ohjasivat myös hoitokäytäntöjä. Psykologisesti suuntautunut sosiaalityö löysi näin kohderyhmänsä alkoholisairaiden monenkirjavasta joukosta.

Pekka Kuusi näki vuonna 1965, että yksilöön kohdistunut toiminta oli menettänyt taloudellisen tuen luonnettaan, oltiin siirrytty yksilöiden yleiseen tukemiseen. Etualalla olivat yksilön sopeuttamispyrkimykset. Kuusi katsoi, että alkoholitutkimus ja A-klinikkatoiminta olivat hyödyntäneet koko yhteiskunnan sopeuttamispalvelua. (Tiimi 3/1965, 15)

Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö lähti perustamaan A-klinikkasäätiötä lukuisten järjestöjen kanssa. Säätiö näki nykyaikaisen sosiaalityön tehtäväksi auttaa yksilöä sopeutumaan sosiaaliseen ympäristöönsä. Tähän päämäärään päästäisiin parhaiten yhteiskunnan eri elinten kiinteällä yhteistyöllä. A-klinikkatoiminta ulotti yhteistyönsä paitsi virallisen alkoholistihuollon ja muun sosiaalihuollon alalle, myös hallinnollisiin viranomaisiin, lääkinnällisiin ja mielenterveydellisiin elimiin, ammatillisiin ja taloudellisiin yhteisöihin sekä perhehuollollisiin ja kasvatus- ja valistustoimintaa harjoittaviin laitoksiin. Säätiö katsoi, että A-klinikkahoidon vapauttava ja henkisesti kypsyttävä vaikutus näkyi työmoraalin ja työkunnon paranemisena lisäten näin myös tuotantokykyä. Tähdennettiin sitä seikkaa, että hoitoon hakeutuvat eivät yleensä olleet yhteiskunnan huollon varassa, vaan työkykyisiä, oman ja perheensä toimeentulon ansaitsevia yksilöitä, joiden työkunto ja sosiaalinen sopeutuminen saatiin hoidon avulla turvatuksi. Säätiö näki A-klinikkatoiminnan merkittävänä kansanterveyden kohottajana, pitkällä tähtäimellä se tuotti hyötyä kansantaloudelle ja tuotantoelämälle. (VKTS:n työvaliokunnan kokous 27.5.1955, liite N:o 1)

Alkoholipoliklinikoiden synty liittyi alkoholismin ymmärtämiseen suuren luokan sosiaalisena kysymyksenä, samaan tapaan kuin tuberkuloosi ja sydänsairaudet. Oleellinen ero oli siinä, ettei alkoholisti vaarantanut vain omaa terveyttään ja toimeentuloaan, vaan saattoi vaaraan myös perheensä ja lapsensa. Käytännöllisen huollon ja hoidon, kenttätyön avulla pyrittiin alkoholismin vauriot supistamaan vähimpään mahdolliseen, suojelemaan alkoholistin omaisia ja sopeuttamaan potilas uudelleen yhteiskuntaan ja lähiympäristöön. (Rikberg 1956, 3) Vaikka alkoholismi ymmärrettiin sairaudeksi, jolla oli kansanterveydellisiä vaikutuksia, oli alkoholistihuollossa kuitenkin vankka käsitys siitä, että kyse oli loppujen lopuksi yksilön käyttäytymisen ja yhteiskunnan vaatimusten välisestä ristiriidasta.

Alkoholipotilas saattoi joutua ristiriitaan yhteiskunnan kanssa, mikä toisaalta saattoi johtua vaikeuksista erilaisissa auktoriteettisuhteissa, toisaalta alkoholinkäytön luomista sosiaalisista seurauksista. Yhteiskunnan oli pakko puuttua alkoholistin elämään yleisen turvallisuuden nimissä tai valvoessaan yksilön sosiaalisten velvollisuuksien täyttämistä. (Hennum 1958, 20)

K.E. Lanu kiteytti vuonna 1956 alkoholistien hoidon päämäärät yhteiskunnan normalisointifunktioon tukeutuen. Hän lähti ajatuksesta, jonka mukaan yhteisöt ja ryhmät ovat kautta aikojen pyrkineet yhdenmukaistamaan jäsentensä käyttäytymistä, vain tarpeet ja tarkoitusperät olivat muuttuneet. Yhteisö pyrki suojautumaan ja puolustautumaan ilmiöiltä, jotka koettiin vaarallisina, yhteisön turvallisuutta uhkaavina. Sodan jälkeinen yhteiskunta erosi menneestä siinä, että pyrkimykset poikkeavien ilmiöiden kontrolloimiseksi olivat tulleet tietoisemmiksi. Yhteiskunta käytti tiedettä ja tekniikkaa tasapainottaessaan kehityksen etenemistä. Yhteiskunnan laajentuneet tehtävät ja ongelmat edellyttivät voimien tarkoituksenmukaista ja suunnitelmallista käyttöä. Omaksuttiin preventiivisyyden periaate, jota sovellettiin terveydenhuollollisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin toimintoihin yhä enenevässä määrin. Alkoholismin käsittelyn lähtökohta oli sosiaalinen, kuten ennenkin. Yhteiskunnan reaktiot pohjautuivat niihin moninaisiin haittoihin, joita alkoholismi aiheutti yhteiselämälle, perheelle, tuotannolle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Lanun mielestä oli siten varsin ymmärrettävää, että alkoholismin vastustamiseen tähtäävät toimet olivat lähtöisin ensi sijassa yhteiskunnan ja sen jäsenten yhdenmukaistamistarpeista ja -vaatimuksista. (Lanu 1956, 113-115)

9.2 Ammatti-identiteetin etsintää

1950-luvun sosiaalityön keskusteluareena oli Sosiaalityö-lehti, joka aloitti toimintansa vuonna 1958. Päätavoitteenaan lehti ilmaisi lisäävänsä ja syventävänsä sosiaalityön ammatillista tietoa ja taitoa. Kirjoituksista voidaan löytää kiinteä pyrkimys

määritellä, tarkastaa ja muovata sosiaalityöntekijän ammattia yhteiskunnan tarpeita vastaavaksi. Kirjoitukset olivat samalla keskustelua ammatin ulkopuolisten kanssa sosiaalityöhön kohdistuneiden väärinkäsitysten kumoamiseksi ja käsitteellisen selvyyden saamiseksi. Malleja haettiin myös ulkomaisesta kirjallisuudesta, josta saatiin mm. sosiaalityön määritelmä. Sen mukaan sosiaalityö tuli määritellä kokonaisvaltaisesti, jolloin arvot, tarkoitus ja hallinnolliset valtuudet sosiaalityön käytännöissä huomioidaan. Sosiaalityö-lehdessä heijastui suomalaisen sosiaalityön eräs vaihe, jossa liikkuivat sosiaalityötä koskevat monenlaiset käsitykset ennen kaikkea ammattikunnan omassa piirissä. Vahvaa käsitystä sosiaalityöntekijän ammatillisesta pätevyydestä ei juuri näyttänyt löytyvän ammattikunnan ulkopuolelta. (Eskola 1981, 29, 27, Mäki 1988, 84) Ammattikunnan sisälläkin oli taipumuksia pitää lääkärin ammattia "kypsempänä" kuin sosiaalityöntekijän, pohjautuihan lääkärien työskentely vuosisataisiin perinteisiin, kun taas sosiaalityöntekijän työskentelyä pidettiin usein sattumanvaraisena. Kaivattiin perusteellisempaa sosiaalisen työn määritelmää. (Erä-Esko & Immonen & Tirkkonen 1954, 147-152) Suurin osa Sosiaalityöhön kirjoittaneista oli sosiaalityöntekijöitä. Lisäksi lehden vakituisiin kirjoittajiin kuului sosiologeja (esim. Allardt), sosiaalipoliitikkoja (esim. Waris, Nieminen) ja lääkäreitä, joiden tutkimusluontoiset artikkelit välittyivät myös alan opiskelijoille. (Mäki 1988, 84) Sosiaalityön ammattia koskenut kirjoittelu oli osa ammattikunnan pyrkimystä vakaan ja arvostetun profession asemaan yhteiskunnassa. Sosiaalityöntekijöiden ryhmä alkoi täyttää kaikki ne vaatimukset, joita professioksi pyrkivillä voidaan olettaa olevan. Sosiaalityö perustui koko ajan lisääntyvälle kotimaiselle tutkimukselle. Tietopohjaa tarkennettiin ulkomaisen tieteellisen tutkimuksen seuraamisella. Ryhmän kiinteyttä pidettiin yllä ammatillisella järjestäytymisellä. Ammatin edustajat halusivat itse osallistua koulutuksen kehittämiseen ja ammatillisen toimintakentän rajaamiseen.

Mutta jo aikaisemmin sosiaalihuollon kenttä oli käynyt vuoropuheluaan käytettävistä menetelmistä ja yhteiskunnan arvoista yleensä. Huoltaja-nimisen aikakauslehden sivuilla esittelivat kantojaan niin sosiaalihuollon ammattilaiset kuin esimerkiksi kirkollisen puolen keskeiset vaikuttajat. Juuri Huoltaja-lehdessä ilmenevät ajan vallitsevat käsitykset. Avioliiton ja perheen ongelmat saivat runsaasti tilaa 1950-luvun alun numeroissa. Matti Joensuu tähdensi avioliittojen tarvitsevan neuvontaa, ongelmat kaupunkimaisessa ympäristössä ja teollisuusyhdyskunnissa nähtiin erityisen polttavina. Hänen mukaansa huoltotyöntekijöillä, lääkäreillä, terveyssisarilla, kätilöillä ja opettajilla oli tärkeä osa avioliittovaikeuksissa olevien perheiden tukemisessa. Samaan aikaan opetusministeriö toimitti perhekasvatussuunnitelmaa kouluja ja nuorisoa varten. Nuoria pareja kasvatettiin avioliittoon erityisillä avioliittokursseilla. Tähän kasvatustehtävään pastori Joensuu katsoi kirkolla olevan luonnollinen ote. (Joensuu 1952)

Koko 1950-luvun alkupuoli meni A-klinikkatoiminnan yhteiskunnallisesti tutuksi tekemiseen. Koetoiminnan tuloksista haluttiin tiedottaa positiiviseen sävyyn, olipa joukossa yhteiskuntapoliittisesti värittyneitä puolusteluja, kuten Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön vastauksesta Tampereen kaupunginhallitukselle vuodelta 1954 ilmeni. Potilaiden pääosan kerrottiin pysyneen raittiina, he olivat yleensä kyenneet hoitamaan perheensä ja taloutensa. Klinikan antaman tuen turvin he täten pysyivät veroa maksavina kansalaisina eivätkä joutuneet yhteiskunnan rasitukseksi. (VKTS:N työvaliokunnan kokous 6.4.1954, 27.5.1955) Samoihin perusteluihin päätyi myös Tampereen kaupungin huoltotoimenjohtaja Valfrid Ahti. A-klinikkatoiminnan ansiosta oltiin hänen mukaansa voitu pelastaa yhteiskunnalle työtunteja ja -päiviä ja samalla säästetty kaupungin huoltoapumenoissa. A-klinikkatoiminta arvioitiin Tampereella verrattomaksi avuksi lakisääteiselle huollolle. (Ahti 1965, 24) Eri tahot perustelivat A-klinikkatoiminnan hyödyllisyyttä siis eri tavoin. Toisille tärkimpänä esiintyi kansantaloudelliset seikat ja se, kuinka paljon alkoho-

listihuolto säästi kuntien ja valtion varoja. Toisille taas kansanterveydelliset seikat näyttäytyivät keskeisenä A-klinikkaa perustelevana tekijänä. Ammattikunnan sisällä nojauduttiin kuitenkin näiden lisäksi muihin tekijöihin.

Lauri Tarvainen on todennut artikkelissaan Sosiaalityö-lehdessä (1/1960), että se erityisala, jossa sosiaalityöntekijä voi antaa ryhmälle jotakin ainutlaatuista, on sosiaalitieteet, eli sosiaalityöntekijän ominaisin pääoma on sosiaalinen tietous. (s. 8) Sosiaalitieteiden tietoperusta auttoi sosiaalityöntekijöitä asiakkaiden ongelmien ratkaisupyrkimyksissä. Samalla he tulivat auttaneeksi yhteisöä laajemmassa mittakaavassa pyrkiessään sopeuttamaan yksilöt siihen. Sosiaalitieteiden lisäksi työntekijä pyrki soveltamaan työssään käyttäytymistieteiden tuomaa tietoa.

A-klinikka edusti terapeuttisena laitoksena luonnollisesti ihmiskäsitystä, joka nojautui käyttäytymistieteisiin. Terapia tarkoitti nimenomaan tunteisiin vaikuttamista ja ihmissuhteiden hoitamista. (Österberg 1969, 173)

9.3 Toiminnan päämäärät

Hoitopäämäärät vaihtelivat hoitavan henkilön, laitoksen, toimiston ja yhteiskunnan mukaan. Menetelmät olivat aina, koulutuksesta ja yhtenäistämispyrkimyksistä huolimatta, jossain määrin persoonallisia. Hoitopäämäärään vaikuttivat hoitavan henkilön ammatillinen koulutus, omat persoonalliset kokemukset ja näkemykset, jotka hänellä oli alkoholismista ja sen hoidosta. Lakisääteisessä alkoholistihuollossa päämäärien asetteluun vaikuttivat lain laitokselle asettamat velvoitteet. Nämä vaikutteet olivat jossain määrin vieraita vapaalle alkoholistityölle. Lakisääteisessä huollossa toimenpiteet saattoivat pohjautua yhteiskunnallisiin lähtökohtiin. Toimenpiteiden perusteena oli mm. perheen suojaaminen, ympäristölle koituva häiriö tai pahennus, kuten laki sanoi. (Lanu 1956, 115-116) Lanu pohti itsekin käytettävien menetelmien erilaisuutta, miten tavoitteet ovat syntyneet ja kenen

pyrkimyksiin ne pohjautuivat. Hän tuli siihen tulokseen, että yhteiskunta yhteisöineen ja kulttuureineen on viime kädessä se lähde, josta erilaisten hoitopäämäärien syntyyn vaikuttavat tekijät ovat lähtöisin. Yleinen mielipide asennoitumisessa eri asioihin, mm. alkoholismiin vaikuttaa eri kanavien kautta kaikkiin kansalaisiin. Se mitä yhteiskunta alkoholistien hoidolta odotti, riippui ensinnäkin siitä, millaisena alkoholismi nähdään ja ymmärretään. Yhteiskunnan odotukset ilmenivät tavanomaisina siinä, että alkoholisti nähtiin yksin ongelmiensa aiheuttajana ja yksinomaisena hoidon kohteena. Aviovaimon tehtäväksi jäi lähinnä tietojen antajan rooli. (Lanu 1956, 119-121)

Sosiaalityöntekijä toimi laajalla "ulospäin" suuntautuvalla tavalla. Työntekijän tuli kiinnittää huomionsa paitsi potilaaseen, myös tämän sosiaalisen kentän tukemiseen tai muuttamiseen potilaalle ja tämän ympäristölle mahdollisimman suotuisaksi. Tässä työssään sosiaalityöntekijä tapasi potilaitten omaisia ja toistuvin keskusteluin vaikutti myös näiden asennoitumiseen. Viime kädessä klinikan toimintaperiaatteet ja työn organisaatio asettivat rajat työntekijän työlle. (Hennum 1956, 8, Toimintaohje 1957)

Alkoholipoliklinikkaa pidettiin sosiaalityön toimistona. Tällaisena se, edistäessään yksilöitten ja perheitten sosiaalista sopeutumista, piti tavoitteenaan myös koko yhteiskunnan parasta, sen rakentumista ja hyvinvointia. Tässä mielessä alkoholipotilaan suhteet muihin ihmisiin, hänen työolosuhteensa ja elinympäristönsä saivat myös yhteiskunnallista merkitystä. (Hennum 1958, 33)

Ingalill Österberg eritteli A-klinikkasäätiön hoitoideologian historiaa A-klinikkasäätiön johtajien kokouksessa vuonna 1978. 1950-luvulla keskityttiin saamaan alkoholisteja vapaaehtoisesti hoitoon. Vuosia 1953-1957 Österberg kutsui "pikkupsykiatrien vaiheeksi". Sosiaatyöntekijät pyrkivät tuolloin yhdistämään työssään perinteisen sosiaalityön ja psykiatrisen tiedon ja

työskentelyn. Österberg on liittänyt vasta seuraavaan vuosikymmeneen käsitteet ryhmä- ja perhehoidosta, joskin perhehoidon ottaminen työkäytäntöihin tapahtuikin 1950-luvulla. Erityisesti mainitaan vuosi 1958, jolloin korostettiin työnohjauksen ja työpaikkakoulutuksen merkitystä. Samana vuonna alettiin orientoitua caseworkista kohti ryhmä- ja perhehoitoa. (Österberg 1978) Ehkäpä tämä on myös osoitus siitä, että tuo vuosikymmen oli kiivasta erilaisten työmuotojen kokeilua ja hapuilua uusien menetelmien välillä. Samalla pyrittiin ammattikunnan aseman vahvistamiseen muiden ihmissuhdeammattien joukossa.

Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiössä tähdennettiin hoitavan henkilöstön koulutuksen tarpeellisuutta. Pohja- ja yleiskoulutuksen lisäksi pidettiin tarpeellisena riittävää erikoistumiskoulutusta. Säätiön työvaliokunta päätyi ehdotuksessaan kantaan, jossa keskusklinikan yhteyteen perustettaisiin koulutusyksikkö, joka perehtyisi alkoholistihuollon eri aloilla työskentelevien koulutukseen. Koulutuksen tähdentäminen liittyi ammattikunnan professionaalisen kompetenssin ja arvostuksen lisäämiseen. Tutkimussäätiössä korostettiin, että "henkilökunnan koulutus ja henkilökohtainen soveltuvuus ihmissuhteiden hoitoon määräsi työn tason. Siten korkeatasoisen hoidon saavuttamiseksi olisi välttämätöntä päästä vaikuttamaan alalle aikovien valintaan , koulutukseen ja tehtäviin harjaannuttamiseen". (A-klinikan organisaatiota tutkimaan asetetun toimikunnan mietintö ja ehdotukset klinikkatoiminnan kehittämisestä 1955, 20)

A-klinikoilla haluttiin irti yhteiskunnan kontrollista ja holhouksesta. Etsittiin uutta asennetta ja työvälineitä. A-klinikan alkuvaiheessa voi jo nähdä eräänlaista orastavaa ajattelua siitä, että sosiaalityö voi vaikuttaa myös yhteiskuntaan, josta tulevat paineet eivät aina ole terveitä. Sosiaalityön rooli yhteiskunnan muuttajana tai muutosprosessina lähti yksilöiden auttamisesta kohti laajempaa kenttää. (Mäki 1996)

10. Yhteenveto

A-klinikan perustamisvaihe ja sen ensimmäinen vuosikymmen osoittautuivat mielenkiintoiseksi tutkimusalueeksi, elettiinhän hyvinvointivaltion rakennuksen alkuvaihetta. Hyvinvointivaltion selkärangan muodosti ydinperhe, jonka ongelmat nostettiin yhteiskunnallisen tarkastelun kohteeksi. Perheestä tuli taustavoima koko yhteiskuntaa koossapitäville prosesseille ja häiriöt, kuten alkoholismi, kodin seinien sisällä tulivat merkityksellisiksi monin eri tavoin julkisessa elämänpiirissä. Kansallinen projekti kodin ja perheen merkityksen korostamiseksi sai vastakaikua monelta taholta.

A-klinikkatoiminta muiden perheklinikoiden tavoin oli pitkälti kaupunkeihin keskittynyt ilmiö. Siksi siinä ovatkin tunnistettavissa useat modernisaation tunnusmerkit. Kaupungistuminen pienensi perheitä, niiden sisäiset sosiaaliset ja taloudelliset suhteet muuttuivat. Tuottavuutta ja yhteiskuntajärjestystä horjuttava alkoholinkäyttö koettiin kaupunkimaisessa ympäristössä yhdeksi asiantuntija-apua vaativaksi ongelmaksi. Erilaisten perhevaikeuksien hoitamiseksi perustettiin nämä erikoistuneet klinikat, joiden uskottiin funktionalismin hengessä tuovan täsmäaseen ongelmien poistamiseksi. Tässä myös onnistuttiin. Klinikoiden käyttäjämäärät kasvoivat läpi koko 1950-luvun (Lehtimäki 1962, 684, A-klinikkasäätiö 1980, 128). A-klinikka oli omalta osaltaan vakauttamassa suomalaisen perheen arkea ja luomassa edellytyksiä perheen selviytymiselle nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa.

Kirjoitetut tekstit ja käyty keskustelu, joka koski sosiaalihuoltoa muovasivat uuden ammattikunnan, kuntien virkamiesten joukon, jonka erityisalana oli toimiminen kaikkivoipina kodin vahteina varmistaakseen suomalaisen arkielämän mallikkaan jatkumon. Perhettä koskeneet kirjoitukset olivat osoitus sosiaalityön ja -huollon perhekeskeisestä ideologiasta. Huoltotyöntekijät

olivat valtion virkamiehiä, joiden tekemästä työstä tuli yksi instrumentti hallinnollisessa modernisaatiostrategiassa. Tarkoituksena oli muodostaa side yksityisen ja julkisen elämänalueen välille. (Satka 1995, 151-152)

Suomessakin kiihtynyt teollistuminen vaati tuotannon mutkatonta sujumista niin työpaikoilla kuin niiden ulkopuolellakin. Vuosisadan vaihteesta alkanut psykologisoiva työn- ja sosiaalisten suhteiden tutkimus saavutti lakipisteensä maailmansotien molemmin puolin, jolloin poikkeusolosuhteet vaativat yhteiskunnan ja sen jäsenten häiriötöntä toimintaa yhteisen päämäärän hyväksi. Tämän harmoonisen ideologian haluttiin jatkuvan myös sodan jälkeen. Yksityinen ja julkinen sidottiin toisiinsa uusien julkisten palveluiden kautta, jossa asiantuntijat kartoittivat perheiden arkea. Kansalaiset kytkettiin ideologiseen kansalaiskasvatukseen, jonka kautta uusi kansalaisen malli omaksuttiin.

A-klinikoiden tuli vastata päihdehuollon valtakunnallisiin ja paikallisiin tarpeisiin tarjoamalla aikaisemmasta poikkeavaa alkoholistien hoitoa. Sosiaalityötä suunnattiin ihmisten elämänkokonaisuuden, sen yhteiskunnalliset ehdot huomioonottavaan ja ihmisten oman elämänhallintaan painottavaan suuntaan. A-klinikan sosiaalityössä kokeiltiin ja otettiin käyttöön erilaisia työmuotoja. Nämä A-klinikan menetelmälliset kokeilut ja tutkiva työote olivatkin aikansa merkittävin sosiaalityön innovaatio ja klinikkatoiminnan jatkumisen edellytys. A-klinikan sosiaalityön kohteeksi tuli perhe, vaikka klinikoiden työssä painotettiin yksilön henkilökohtaisten ja subjektiivisten elämänratkaisujen merkitystä päihderiippuvuuden hoidossa. Perhekokonaisuuden ideologinen merkitys tuli esille A-klinikkatoiminnasta julkikirjoitetuissa teksteissä, alan oppikirjoissa, lehdissä ja tutkimuksissa. A-klinikan sosiaalityön taustalla vaikutti pyrkimys sosiaalistaa yksilöt tiukemmin osaksi yhteiskuntaa. Hienovarainen ja monitasoinen kontrolli läpäisi ihmisten arkitoiminnan A-klinikan sosiaalityön välityksellä.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

ARKISTOLÄHTEET:

A-klinikan organisaatiota tutkimaan asetetun toimikunnan mietintö ja ehdotukset klinikkatoiminnan kehittämisestä. 29.3.1955. Alko-yhtiöt Oy, Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen arkisto, Helsinki.

Eduskunnan toivomus toimenpiteistä juopuneina tavattujen henkilöiden tarkoituksenmukaisen käsittelyn aikaansaamiseksi. Helsingissä 2.4.1948. Valtion arkisto Helsinki.

Sisäasiainministeriön vastaus Sosiaaliministeriölle joulukuun 28. päivänä 1948. Asia: Eduskunnan toivomus toimenpiteistä juopuneena tavattujen henkilöiden tarkoituksenmukaisesta käsittelystä. Kansallisarkisto, Helsinki.

Sosiaalimisteriön ilmoitus Oy Alkoholiliike AB:lle marraskuun 5. päivänä 1949. Kutsu toimikunnan jäseneksi johtamaan juoppous- ja alkoholikysymyksen tutkimista Suomessa. Sosiaaliministeriön arkisto, Helsinki.

Valtioneuvoston ilmoitus apulaisjohtaja Osmo Toivolalle maaliskuun 31. päivänä 1949. Kutsu komitean jäseneksi toimittamaan selvityksen ja tekemään ehdotuksen juopuneina tavattujen henkilöiden tarkoituksenmukaisesta käsittelysta. Kansallisarkisto, Helsinki.

Valtioneuvoston päätös kasvatusneuvoloille myönnettävästä valtionavusta 2.2.1950. Kansallisarkisto, Helsinki.

Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön työvaliokunnan kokouspöytäkirjat. Alko-Yhtiöt Oy, Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen arkisto Helsinki.

15.1.1952. Pöytäkirja

12.1.1953. Pöytäkirja

6.4.1954. Pöytäkirjan liite N:o 3, vastaus Tampereen kaupungin hallitukselle. Asia: A-klinikkatoiminnan tarpeellisuus.

27.5.1955. Pöytäkirjan liite N:O 1, perustettavan A-klinikkasäätiön toimikunnan kirjelmä.

HAASTATTELUT:

Eskola, Marjatta. 20.6.1996

Mäki, Helmi. 26.6.1996

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Auvinen, Anja. 1987. A-klinikkatyön historiaa. Moniste.

Kettil Bruun. Alkoholismi sosiaalisen käyttäytymisen ilmiönä. A-klinikkasäätiön hoitohenkilökunnan neuvottelupäivillä 25.-27. 10.1963 pidetty alustus. A-klinikkasäätiön keskustoimiston arkisto Helsinki.

Satka, Mirja. The analysis of texts in their institutional context. Moniste 27.5.1996.

Satka, Mirja. The interpretation of textual documents in the context of the epoch. Moniste 27.5.1996.

Toimintaohje. Tarkoitettu hoitohenkilökunnan käyttöön. A-klinikkasäätiö 1957. Moniste. A-klinikkasäätiön keskustoimiston arkisto Helsinki.

Österberg, Ingalill. A-klinikkasäätiön hoitoideologian historia. Kokousmoniste. A-klinikkasäätiön johtajien kokous 8.-9.5.1978. A-klinikkasäätiön keskustoimiston arkisto Helsinki.

KIRJALLISUUS:

Ahla, Antti. Kirja-arvosteluja ja selostuksia: Yleisesitys väkijuomakysymyksestä. Alkoholikysymys N:o 1, 1953. Suomen akateeminen raittiusliitto.

Ahti, Valfrid. A-klinikkatoiminta sosiaaliviranomaisen silmin nähtynä. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3/1965. Hämeenlinna.

A-klinikkasäätiö 1955-1980. Erkki J. Immonen, Lasse Murto, Sisko Pajunen, Ingalill Österberg. 1980.

A-klinikkasäätiö perustettu. Alkoholipolitiikka N:o 5, 1955. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Allardt, Erik. Ymmärtävä ja luonnontieteellinen tutkimusote alkoholin käytön tutkimuksessa. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 10, 1960. Uudenmaan kirjapaino Oy Helsinki.

Auvinen, Anja. Moniammatilliset suhteet A-klinikkatyössä teoksessa Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Toim. Anna Metteri. Sosiaalityöntekijäin Liitto r.y. Edita Helsinki 1996.

Bruun, Kettil & Markkanen, Touko. Onko alkoholismi parannettavissa? Kokeellinen tutkimus nykyaikaisen alkoholipolitiikan hoitotuloksista. Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja N:o 11. Helsinki 1961.

Donzelot, Jacques. The policing the families. Welfare versus the state. Hutchinson & Co London 1979.

Elosuo, Reino. Lääkkeistä alkoholismin hoidossa. A-klinikan menetelmät. Tiimi N:o 3, 1966.

Erä-Esko, Helena. Alkoholistien riippuvuussuhteen käsittelystä. Alkoholipolitiikka N:o 1, 1954. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki

Erä-Esko, Helena, Erkki J. Immonen & Jorma Tirkkonen. Lääkärien ja sosiaalityöntekijäin yhteistyö alkoholipotilaiden hoitoon erikoistuneella klinikalla. Alkoholipolitiikka N:o 5, 1954. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Eskola, Marjatta. Muodostui ryhmä. Tiimi 10-juhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:O 3/1965. Hämeenlinna.

Eskola, Marjatta. Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalityön kuva. Teoksessa Sosiaalihuollon näköaloja. Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol.127. Tampereen yliopisto 1981

Gerris, Jan. Perhearvot vanhempien silmin. Teoksessa Ydinperheestä yksilöllistyviin perheisiin. Juha Virkki. 1994 WSOY Areena-sarja Juva.

Hakola, Liisa. Sosiaalityön menetelmien käyttökelpoisuudesta alkoholistihuollossa. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3/1965. Hämeenlinna 1965.

Helen, Ilpo. Kainous ja kylmyys, naisellisen nautinnon ongelma. Teoksessa Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa. Toim. Timo Joutsivuo ja Heikki Mikkeli. Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen arkisto 106. Helsinki 1995.

Hennum, Anne-Marie. Toimintamuodot. Teoksessa Alkoholipotilas hoidossa. A-klinikoiden toimintaa ja hoitokertomuksia. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 5, 1956 Helsinki.

Hennum, Anne-Marie. Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 1 1958 Pieksämäki.

Hirdman, Yvonne. Att lägga livet till rätta -studier i svensk folkhemspolitik. Carlsson Bokförlag Helsingborg 1989.

Huttunen, Jouko. Isyys ja miehisyys: isä perhesosiologisessa tutkimuksessa. Teoksessa Ydinperheestä yksilöllisiin perheisiin. Juha Virkki. WSOY Areena-sarja Juva 1994.

Huttunen, Reino. Helsingin A-klinikan kehitys vuosina 1954-1959. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 10, 1960. Uudenmaan kirjapaino Oy Helsinki.

Hyttinen, Arvo & Vanhatalo, Eero. Olimme aivopesussa -mietteitä koulutusajasta 10.10.-63-30.4.-64. Tiimi N:o 3, 1965

Härkälä, Sirpa. Casework-traditio -amerikkalainen sosiaalityön menetelmä Suomessa. Helsingin yliopisto Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma 1992.

Immonen, Erkki J. Miten perhe sopeutuu alkoholismin kriisiin? Alkoholipolitiikka N:o 2, 1955. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Immonen, E.J. Viimeaikaiset virtaukset alkoholisairaiden hoidossa. Alkoholikysymys N:o 1, 1960.

Isola, Marjatta & Immonen, Erkki J. Kertomus alkoholipotilaan hoidosta. Alkoholipolitiikka N:o 4, 1955. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Isola-Eskola, Marjatta & Rikberg, Olav. Ryhmähoitokokemuksia A-klinikkasäätiössä. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:O 10, 1960. Uudenmaan kirjapaino Oy Helsinki.

Jallinoja, Riitta teoksessa Perhe, työ ja tunteet. Ristiriitoja ja ratkaisuja. Elina Haavio-Mannila, Riitta Jallinoja, Harriet Strandell. WSOY Juva 1984.

Joensuu, Matti. Avioliitto tarvitsee neuvontaa. Huoltaja N:o 3. 1952.

Joensuu, Matti. Avioliittoneuvonnan käytäntöä. Huoltaja N:o 4, 1952.

Julkunen, Raija. Feministiseen analyysiin. Teoksessa Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Leena Eräsaari, Raija Julkunen ja Harriet Silius. Vastapaino Tampere 1995.

Kaila, Martti. Väkijuomakysymyksen käsikirja. Alkoholipolitiikka N:o 1, 1953. Alkoholiliikkeen aikakauskirja, Helsinki.

Kalela, Jorma. Argumentaatio ja rekonstruktio tutkimusprosessissa. Turun yliopisto, Poliittinen historia Julkaisuja C:43. Gummerus Jyväskylä 1993.

Keränen, Marja. Yksityisen ja julkisen muuttuvat rajat. Teoksessa Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Leena Eräsaari, Raija Julkunen ja Harriet Silius. Vastapaino Tampere 1995.

Kinanen, Kalervo. Näkökohtia perheterapiasta. Sosiaalityö N:o 4, 1968.

Kirkinen, Heikki. Historiatieteiden näkökulma. Teoksessa Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Toim. Vesa A.

Niskanen. Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus Yliopistopaino 1994.

Kiviranta, Pekka. Tutkimus AA-liikkeen, A-klinikoiden ja alkoholistihuoltoloiden klienteistä. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste N:o 31. Oy Alkoholiliike Ab, Helsinki 1968.

Kohtauspaikkana A-klinikka. Toim. Eeva Aalto, Jukka Mäki, Jussi Nissinen, Ingalill Österberg. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 8/1984. Gummerus Jyväskylä.

Kolme kysymystä tohtori Pekka Kuuselle. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3/1965. Hämeenlinna.

Konttinen, Esa. Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 45, Jyväskylän yliopisto 1989.

Konttinen, Esa. Perinteisesti moderniin. Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino Tampere 1991.

Kotilainen, Niilo. Terve kotielämä sosiaalihuollon tavoitteeksi. Huoltaja N:o 20, 1952.

Kuusi, Pekka. A-klinikkasäätiön synty. Alkoholipolitiikka N:o 5, 1955. Helsinki. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Kuusi, Pekka. Väkijuomakysymys. Otava, Helsinki 1952.

Lanu, K.E. Poikkeavan alkoholikäyttäytymisen kontrolli. Kokeellinen tutkimus muodollisen kontrollin vaikutuksesta alkoholikäyttäytymiseen. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 2, Helsinki 1956.

Lanu, K.E. A-klinikkatoiminta ja siitä saatuja kokemuksia. Sosiaalinen aikakauskirja N:o 7-8, 1957. Sosiaalimimisteriö Helsinki

Lanu, K.E. Kulttuuriristiriidat ja alkoholismi. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja N:o 10, 1960. Uudenmaan kirjapaino Oy Helsinki

Lanu, K.E. Päämäärät alkoholistien hoidossa. Teoksessa Heikki Waris ja 15 tohtoria. Juhlakirja Heikki Wariksen täyttäessä 60 vuotta. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja N:o 7, 1961.

Lehtimäki, Lenni. Suomen ensimmäinen alkoholistipoliklinikka. Huoltaja N:o 21, 1962. Helsinki.

Lempinen, Eero. Alkoholistihuoltajan työsaralta. Huoltaja N:o 20, 1952. Helsinki.

Linna, Pirkko. Psykiatris-yhteiskunnallisesta työstä kasvatus- ja perheneuvonnaksi. Suomen kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan juurien ja kehityksen tarkastelua. Suomen kasvatusneuvolain liiton tutkimus osa I. VAPK Helsinki 1988.

Linna, Pirkko. Kasvatus- ja perheneuvolan asemasta ja tehtävistä suomalaisessa yhteiskunnassa. Kasvatus- ja perheneuvolan "roolin" tarkastelua neuvoloiden henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmasta. Suomen kasvatusneuvolain liiton tutkimus osa II. VAPK Helsinki 1988.

Marin, Marjatta. Perhe ja moraali: vuosisata perhekeskustelua. Teoksessa Ydinperheistä yksilöllistyviin perheisiin. Juha Virkki. WSOY Areena-sarja Juva 1994.

Meri, Sirkka-Liisa. Henkinen kypsymättömyys alkoholismin aiheuttajana. Alkoholipolitiikka N:o 2, 1953. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Mikkonen, Eila. Kirkon perheneuvojien koulutus Suomessa 1950-ja 1960-luvuilla. Käytännöllisen teologian pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto 1988.

Mäki, Helmi. Alkoholipotilaan ja hänen vaimonsa yhtäaikaisesta hoidosta. Erillispainos Sosiaalityö-lehdestä N:o 3/1963. Helsingin yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkielma N:o 24.

Mäki, Helmi. Karavaani kulkee ja koirat haukkuu -sosiaalityön metodikiista Suomessa 1950-1960. Pitkänsillan pohjoispuolelta, periaatteista eri aatteisiin. Sosiaalihallitus 20 v. juhlakirja. Painokaari Helsinki 1988.

Mäki, Helmi. Neuvottelevan asiantuntijan käyttö sosiaalityössä. Yleiset periaatteet ja psykiatrinen konsultaatio alkoholipotilaan hoidossa. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3, Hämeenlinna 1962.

Mäki, Helmi. Ovenrakopuhe. Kolme kirjoitusta A-klinikkasäätiön alkuajoista. A-klinikkasäätiön raporttisarja N:o 18, Helsinki 1996.

Nätkin, Ritva. Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Gaudeamus, Tampere 1997.

Nätkin, Ritva. Väestöpolitiikka, abortti ja äitiys -hyvinvointivaltion ammattilaisten ja naisten suhteen tarkastelua. Teoksessa Naisten hyvinvointivaltio. Toim. Anneli Anttonen, Lea Henriksson ja Ritva Nätkin. Vastapaino Tampere 1994.

Ollila, Anne. Suomen kotien päivä valkenee -Marttajärjestö suomalaisessa yhteiskunnassa vuoteen 1939. Suomen Historiallinen Seura Helsinki 1993.

Rantalaiho, Liisa. Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Teoksessa naisten hyvinvointivaltio. Toim. Anneli Anttonen, Lea Henriksson ja Ritva Nätkin. Vastapaino Tampere 1994.

Rasilainen, Aki. Lähdekritiikki ja todistusharkinta. Teoksessa Lähihistoria -teoriaan, metodologiaan ja lähteisiin liittyviä ongelmia. Toim. Timo Soikkanen. Turun yliopiston Poliittisen historian tutkimuksia 1, Turku 1995.

Rauttamo, Mari. Valistusjärjestöstä toimeenpanevaksi elimeksi. Väestöliiton syntyhistoria ja liiton toimintaa vuosina 1941-1960. Väestöliitto Helsinki 1980.

Rikberg, Olav. Alkoholipoliklinikoiden synty. Teoksessa Alkoholipotilas hoidossa. A-klinikoiden toimintaa ja hoitokertomuksia. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 5, Helsinki 1956.

Rikberg, Olav. Matkan varrelta. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:O 3/1965. Hämeenlinna.

Rikberg, Olav. Tapaus S. Teoksessa Alkoholipotilas hoidossa. A-klinikoiden toimintaa ja hoitokertomuksia. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 5, Helsinki 1956.

Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto. Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turun yliopiston Kasvatustieteiden tiedekunta Julkaisusarja A:128, Turku 1988.

Rinteelä, Urho. Näin se alkoi. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3/1965. Hämeenlinna.

Rinteelä, Urho. Tapaus K. Teoksessa Alkoholipotilas hoidossa. A-klinikoiden toimintaa ja hoitokertomuksia. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 5, Helsinki 1956.

Rose, Nikolas. Governing the soul. The Shaping of the private self. Routledge London 1991.

Saarnio, Pekka. Sosiaalityö, psykologia, terapia: yksilökohtaisen sosiaalityön psykologisten perusteiden tarkastelua. Tampereen yliopisto Sosiaalipolitiikan laitos. Tampere 1984.

Sariola, Sakari. Alkoholipoliittisen suunnittelun mahdollisuus. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja N:o 10, Uudenmaan kirjapaino Oy Helsinki 1960.

Satka, Mirja. Sota-aika perhekäsitysten ja sukupuolten suhteiden murroksena. Teoksessa Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Toim. Pertti Haapala. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura. Tampere 1993.

Satka, Mirja. Making social citizenship. Conceptual practices from the Finnish poor law to professional social work. Publications of Social and Political Sciences and Philosophy University of Jyväskylä. Jyväskylä 1995.

Siera, Henrik. Ryhmätyö. A-klinikan menetelmät. Tiimi N:o 3, 1966

Silius, Harriet. Sukupuolitetun ammatillisuuden julkisuus ja yksityisyys. Teoksessa Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Leena Eräsaari, Raija Julkunen ja Harriet Silius. Vastapaino Tampere 1995.

Sipilä, Juha. Kirkon perheneuvontatyö Suomessa. Käytännöllisen teologian laudaturtyö, Helsingin yliopisto 1961.

Sulkunen, Pekka. Alkoholin kulutus ja elinolojen muutos toisen maailmansodan jälkeen. Helsingin yliopisto 1980.

Sääski, Juhani. Ostajaintarkkailun työmenetelmistä. Alkoholipolitiikka N:o 3, 1954. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Sääski, Juhani. Väkijuomien väärinkäyttäjien kasvatus- ja huoltotyön kehittämisen tarve maassamme. Alkoholipolitiikka N:o 2, 1955. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Tarvainen, Lauri. Sosiaalityöntekijän rooli. Sosiaalityö N:o 1/1960.

Tirkkonen, Jorma. Alkoholistien vastaanottolaitoksesta sosiaalisairaalaksi. Juhlakirja P.I.Tuoviselle 60-vuotispäivänä 2.5. 1963. Erikoispainos: Alkoholikysymys N:o 2, 1963. Suomen akateeminen raittiusliitto ja Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö.

Toivola, Osmo. Alkoholistihuollon tilinpäätös 15 vuodelta. Huoltaja N:o 4, 1952.

Toivola, Osmo. Päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huolto. Huoltaja N:o 6, 1962.

Toivola, Osmo. Vapaaehtoisuus alkoholismin hoidossa. Alkoholipolitiikka N:o 5, 1954. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Toivola, Osmo. Vapaaehtoisuus ja polikliininen hoito. Tiimi 10-vuotisjuhlanumero. A-klinikkasäätiön julkaisu N:o 3/1965. Hämeenlinna.

Tuhkanen, Anja-Maija. Henkilökohtainen huolto. A-klinikan menetelmät. Tiimi N:o 3, 1966.

Tuominen, Eero. Hajaorganisoitu alkoholistihuoltomme. Alkoholipolitiikka N:o 1, 1968. Alkoholiliikkeen aikakauskirja Helsinki.

Tuominen, Marja. "Me kaikki ollaan sotilaitten lapsia". Sukupolvihegemonian kriisi 1960-luvun suomalaisessa kulttuurissa. Otava Keuruu 1991.

Virtanen, Matti. Pekka Kuusi ja Alkon nykypolitiikan juuret. Alkoholipolitiikka 1982:2, vol.47. Alkon aikakauskirja Helsinki.

Waris, Heikki. Muuttuva suomalainen yhteiskunta. WSOY Helsinki 1974.

Österberg, Ingalill. Hoitavan laitoksen ja yhteiskunnan välisestä vuorovaikutuksesta. Huoltaja N:o 6, 1969.

Österberg, Ingalill. Yhdyskuntaan vaikuttaminen. A-klinikan menetelmät. Tiimi N:o 3, 1966.