

JYU DISSERTATIONS 118

Teija Karttunen

Nais erityistä päihdehoitoa

**Etnografinen tutkimus
päihdehoitolaitoksen naistenyhteisöstä**



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
FACULTY OF HUMANITIES AND
SOCIAL SCIENCES

JYU DISSERTATIONS 118

Teija Karttunen

Naiserityistä päihdehoitoa
Etnografinen tutkimus
päihdehoitolaitoksen naistenyhteisöstä

Esitetään Jyväskylän yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa S212
syyskuun 28. päivänä 2019 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Humanities and Social Sciences of the University of Jyväskylä,
in building Seminarium, auditorium S212 on September 28, 2019 at 12 o'clock noon.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2019

Editors

Olli-Pekka Moisio

Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä

Ville Korkiakangas

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Copyright © 2019, by University of Jyväskylä

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7839-6>

ISBN 978-951-39-7839-6 (PDF)

URN:ISBN:978-951-39-7839-6

ISSN 2489-9003

ABSTRACT

Karttunen, Teija

Female-Specific Addiction Treatment: An Ethnographic Study on Women's Community in a Residential Treatment Unit

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2019, 311 p.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 118)

ISBN 978-951-39-7839-6 (PDF)

Alcohol and drug use among women in Finland is currently increasing, meaning there has also been a subsequent increase in women's drug and alcohol-related problems. Women with substance-abuse issues are a diverse group and they demonstrate unique psychosocial characteristics. On the whole, women's substance abuse has an immense impact on their lives, including on their health and social relationships. Furthermore, social stigma, labeling and guilt serve as significant barriers to women receiving treatment.

However, until recently only scant attention has been paid to gender-specific substance abuse and treatment issues. More traditional treatment programs designed primarily for men may not be appropriate for many women. Therefore, substance abuse treatment specifically designed for women has been proposed as a way to meet women's distinctive needs and reduce the barriers they experience to receiving help and remaining in treatment.

This dissertation in social work focuses on women's substance abuse treatment from a female-specific perspective. The data has been collected through ethnographic fieldwork in a residential addiction treatment unit based on the therapeutic community approach. The key components of female specific intervention include (1) gender perspective; (2) issues of body and traumatization; (3) identity, emotions and mental health; (4) social relations; (5) women's addiction problems and the question of personal change. I analyze the occurrence of these elements in my empirical data in the context of a therapeutic community for women. The community is defined here both as a method of conscious, personal change and as the structure of the treatment.

The results indicate that women's treatment issues are comprehensive and that interventions targeted at women are clearly justified. Due to the complex nature of women's substance abuse problems, the question of continuity of care after residential treatment is critical. Relational issues are important for women and therefore the question of how to reintegrate into society is crucial for women's recovery on the whole.

Keywords: women, substance abuse, female specific intervention, community, ethnography

TIIVISTELMÄ

Karttunen, Teija

Naiserityistä päihdehoitoa – etnografinen tutkimus päihdehoitolaitoksen nais-
tenyhteisöstä

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2019, 311 p.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 118)

ISBN 978-951-39-7839-6 (PDF)

Naisten päihteiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat ja riskit ovat lisääntyneet Suomessa. Päihdeongelmaiset naiset muodostavat heterogeenisen ryhmän ja heidän psykososiaaliset taustansa ovat moninaiset. Päihdeongelmat tuottavat naisten elämään hyvin kokonaisvaltaisia seurauksia, jotka välittyvät muun muassa terveyteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Lisäksi sosiaalinen stigma, leimautuminen ja häpeä estävät naisia hakeutumasta hoitoon.

Vasta hiljattain on alettu kiinnittää huomiota sukupuoleen ja sen merkityseen päihdeongelmille ja niiden hoidolle. On havaittu, että perinteiset hoito-ohjelmat eivät välttämättä ole soveltuneet naisille ja että ne on suunniteltu vastaamaan miesten hoidon tarpeisiin. Tätä taustaa vasten on pidetty tärkeänä kehittää erikseen naisille suunnattuja päihdehoitopalveluja, jotka vastaisivat nimenomaan naisten tarpeisiin ja edistäisivät naisen hakeutumista hoitoon ja hoidossa pysymistä.

Tämä sosiaalityön väitöstutkimus tarkastelee naisten päihdehoitoa nais erityisistä näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto on kerätty etnografisen kenttätönn avulla demokraattista yhteisöhoitoa soveltaneen päihdehoitolaitoksen nais-tenyhteisössä. Naiserityinen päihdehoidon interventio muodostuu seuraavista ulottuvuuksista: (1) naiseus ja sukupuolen merkitys; (2) kehollisuus ja traumatisoitumien (3) identiteetti, tunteet ja mielenterveys; (4) sosiaaliset suhteet; (5) päihderiippuvuus ja yksilökohtainen muutostyö. Analysoin näiden ulottuvuuksien ilmenemistä empiirisessä aineistossani terapeutin yhteisöhoidon kontekstissa. Yhteisö on tässä tutkimuksessa sekä yksilöllisen, tietoisin muutostyön menetelmä että hoidon rakenne.

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että naisten päihdehoidon kysymykset ovat monitahoisia ja kompleksisia. Tämän vuoksi myös hoidollisten jatkumojen varmistamista laitoshoidon jälkeen on kriittinen tekijä. Koska suhteisiin liittyvät tekijät ovat olennaisia naisten päihdeongelmille, on naisten toimimisen kannalta olennaista se, miten he pystyvät liittymään ja kiinnittymään yhteiskuntaan uudelleen.

Avainsanat: naiset, päihdeongelma, nais erityinen interventio, yhteisö, etnografia

Author's address	<p>Teija Karttunen Department of Social Sciences and Philosophy University of Jyväskylä teija.e.karttunen@jyu.fi orcid.org/0000-0002-7163-3759</p>
Supervisors	<p>Professor emeritus Mikko Mäntysaari Department of Social Sciences and Philosophy University of Jyväskylä</p> <p>Professor Marjo Kuronen Department of Social Sciences and Philosophy University of Jyväskylä</p> <p>Docent Riitta Granfelt University of Helsinki Researcher Y-Säätiö</p>
Reviewers	<p>Research professor emerita Marja Holmila National Institute for Health and Welfare (THL)</p> <p>Professor Elina Virokannas Faculty of Social Sciences University of Helsinki</p>
Opponent	<p>Professor Elina Virokannas Faculty of Social Sciences University of Helsinki</p>

ESIPUHE

Tämän väitöskirjan polku orastavista ideoista nyt loppuun kirjoitetuksi kokonaisuudeksi on ollut monivaiheinen. Jos keskeinen ajatukseni naisten päihdeongelmista ja niiden hoidon mahdollisuuksista kiteytyy siihen, että kyse on suhteista ja niissä tapahtuvista asioista, niin myös tämä väitöskirja on muodostunut hyvin pitkälti suhteissa. On siis aika kiittää tähän prosessiin eri tavoin osallisina olleita ihmisiä. Ensinnäkin haluan kiittää väitöstutkimustani ohjaneita professori (emeritus) Mikko Mäntysaarta, professori Marjo Kurosta ja dosentti Riitta Granfeltia. Mikkoa kiitän siitä, että uskoit kykyihini – silloin vielä kovin nuorena – tutkijana, kannustit työn toteuttamiseen ja mahdollistit osaltasi tutkimuksen rahoituksen saamisen kolmivuotisen tohtorikoulutettavan paikalla (SOSNET). Olet ohjaustyylilläsi haastanut ajattelemaan asioita laajasti, antanut tilaa oivaltaa ja tehdä itse juuri minulle sopivaa tutkimusta. Marjoa kiitän kaikesta kärsivällisyydestä hitaan polkuni osalta ja siitä uskomattomasta asiantuntijuudesta, jolla olet työtäni ja tekstejäni tarkkasilmäisesti ja perusteellisesti kommentoinut ja ohjannut eri vaiheissa. Kiitos myös siitä, että uskalsit ottaa minut toimitussihteeriksi Janus -lehteen. Tämä oli minulle erittäin tärkeä oppimisen paikka liittyen tieteelliseen kirjoittamiseen, tekstien arviointiin ja julkaisemiseen. Riittaa puolestaan kiitän ensinnäkin siitä, että kotiyliopiston ulkopuolelta tulevana ohjaajana olit valmis tarjoamaan omaa asiantuntemustasi työni eri vaiheissa. Olet analyttisellä ja rakentavalla tavalla kommentoinut työtäni, mistä lämmin kiitos vielä kerran. Väitöskirjani esitarkastajia, tutkimusprofessori (emerita) Marja Holmilaa ja professori Elina Virokannasta kiitän täsmällisistä ja selkeistä lausunnoista, joiden kriittiset ja asiantuntevat huomiot edistivät työni muokkausta ja viimeistelyä. Elina Virokannasta kiitän myös vastaväittäjäksi lupautumisesta. Odotan jo, että pääsen keskustelemaan kanssasi tutkimuksestani.

Tutkimukseni ei olisi syntynyt ilman yliopiston tarjoamaan tiedeyhteisöä, muita tutkijoita, opettajia ja jatko-opiskelijoita. Koen olleeni etuoikeutettu saadessani osallistua Sosiaalityön ja sosiaalipalveluiden valtakunnallisen tutkijakoulun (SOSNET) opetukseen vuosien 2007-2009 aikana. Tänä aikana tutustuin myös lukuisiin muihin jatko-opiskelijoihin ja oma teemaryhmämme oli tärkeä osa jatko-opintoja. Kiitän teemaryhmän ohjaajina toimineita professori Juha Hämäläistä, professori Katja Forssénia sekä dosentti Riitta Haverista sekä teemaryhmään kuuluneita opiskelijajäseniä. Työvuosinani Jyväskylän yliopiston silloisella Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitoksella sosiaalityön yksikkö oli myös tärkeä tutkijaksi kasvamisen yhteisö. Kiitän kaikkia tuolloin yksikössä työskennelleitä ja jatkokoulutusseminaareihin osallistuneita. Erityisesti haluan kuitenkin kiittää YTT Kati Kallista lukuisista sosiaalityöhön liittyvistä keskusteluistamme, työhuoneen jakamisesta, elämän ilojen ja surujenkin yhteisestä pohdinnasta sekä yhteisistä opetusjaksoista sosiaalityössä. YTT Johanna Hieta-mäkeä kiitän ensinnäkin kaikista niistä innovatiivisista, paitsi sosiaalityöhön liittyvistä, myös ”maailmaan parantamiseen” tähtäävistä keskusteluista kahvikuppien äärellä, kasvokkain ja puhelimesta huumorilla höystettynä. Kiitän si-

nuu myös tutkimukseni kommentoinnista eri vaiheissa ja siitä konkreettisesta avusta, jota olit aina valmis antamaan toisinaan haasteellisten ”tilastökäppyröiden” ihmettelystä ja tulkinnassa perehtyessäni hoitotutkimukseen. Kiitos Johanna myös yhteisistä julkaisuista ja toivon, että niitä tulee vielä lisää. Sosiaalityön silloisista jatko-opiskelijoista haluan mainita myös Johanna Moilasen, Sirpa Kannasojan, Kaisa Haapakosken, Maija Mänttären van der Kuipin, Minna Niemen, Helky Häklin, Anu-Riina Svenlinin ja Kati Turtiaisen. Kiitos teille antoisista seminaareista sekä kaikista niistä virallisista ja epävirallisista keskusteluista, joita käytiin sekä tutkimuksesta että ihan jostain muusta.

Myös jatko-opintojen ulkopuolella sain eri tavoin merkittäviä sosiaalityön tutkimukseen ja opetukseen liittyviä kontakteja, joilla on ollut merkitystä tämän tutkimusprosessin aikana. Näistä kiitän ensinnäkin VTM Minna Strömberg-Jakkaa, jonka kanssa olemme yhdessä sekä kirjoittaneet että opettaneet ja moneen kertaan pohtineet sosiaalityötä ja sen tekemistä. Olemme jopa tehneet yhdessä sosiaalityötä aikoinaan Myyrmäen sosiaaliasemalla Vantaalla. Kiitos myös YTT Hannu Piiraiselle sosiaalityöhön, opetukseen ja meitä yhdistäneeseen monikkovanhemmuuteen liittyvistä keskusteluista. Jyväskylän yliopiston avointa yliopistoa ja Helsingin yliopiston avointa yliopistoa kiitän saamistani opetusmahdollisuuksista vuosina 2010-2018. Ne osaltaan edistivät myös väitöstudiumiani ja kehittymistäni sosiaalityön tutkijana ja opettajana. Alkoholitutkimussäätiötä kiitän saamistani apurasta, joka mahdollisti esimiestehtävistä irtautumisen hetkeksi ja opintovapaalle jäämisen käsikirjoituksen työstämistä varten. FM Sini Palolaa kiitän työni kieliasun tarkastamisesta.

Olen tehnyt tutkimustani paljolti myös yliopiston ja akateemisen maailman ulkopuolisissa yhteisöissä. Haluan kiittää pitkäaikaista työnantajaani Vantaan kaupungin Perhepalveluja erilaisista joustoista ja opintovapaista, jotka ovat osaltaan mahdollistaneet tutkimuksen tekemisen ja jatko-opintoihin osallistumisen. Kiitän myös kaikkia esimiehenäni toimineita, jotka ovat uskoneet minun (vielä joskus) valmistuvan. Kiitän myös kaikkia työtovereitani ja esimieskollegoja, joiden kanssa olen saanut työskennellä eri vaiheissa Päihdepalveluissa ja Lastensuojelussa. Näiden kahden eri sektorin työyhteisöissä tutkimukseni sai alkunsa ja työn kriittiset vaiheet sijoittuvat näillä työskentelyn aikoihin. Esimieskollegoista haluan kiittää erityisesti johtava sosiaalityöntekijä Monika Eklundia ja johtava sosiaalityöntekijä Minna Huttusta. Vuodet kanssanne A-klinikkatyön yksikön esimiesryhmässä ja kollegoina opettivat paljon sosiaalityöstä ja päihdehoidoista ja jaksoitte aina olla kiinnostuneita tutkimuksestani, opetustöistäni ja kirjahankkeistani. Silloista A-klinikkatyön päällikkö Pia Heiskaria kiitän paitsi viimeisimmän opintovapaajakson mahdollistamisesta, myös esimiestyöhön kannustamisesta. Myös nykyinen työyhteisöni ja johtoryhmäni Psykososiaalisissa palveluissa on osoittanut aitoa kiinnostusta tutkimukseni loppumetreillä ja vilpittömästi iloa sen valmistumisesta – kiitos teille.

Yliopiston ja työn ohella myös läheiset ystävät ja perheeni ovat tarjonneet merkittäviä suhteita tutkimuksen ulkopuolella, kannustaneet ja kyselleet tutkimuksen ”kuulumisia”. Ystäviäni kiitän siitä kaikesta muusta, jota olette edustaneet ja tarjonneet tutkimustyön vastapainoksi. Kiitos erityisesti Maria Ruohotie-

Lyhty, jonka kanssa olen voinut jakaa myös jatko-opintoihin ja väitöskirjan tekemiseen liittyviä asioita. Vanhempiani kiitän turvallisen kasvuympäristön tarjoamisesta sekä kirjallisuuden ja lukemisen maailmaan ohjaamisesta, mikä on osaltaan saattanut minut tieteen ja tutkimuksen pariin. Lämmin kiitos myös sisarilleni, jotka ovat osoittaneet aitoa kiinnostusta tutkimustani kohtaan. Välimatkojen vuoksi tutkimustani ja sen vaiheita onkin ruodittu paljon myös puhelinkeskusteluissa. Lopuksi haluan kiittää miestäni Juhaa kaikesta siitä kannustuksesta ja tuesta, jota olet näinä kaikkina vuosina tarjonnut. Kiitän sinua myös aidosta vanhemmuuden ja arjen vastuiden jakamisesta, jonka puitteissa lapsia on "vaihdettu lennosta" milloin missäkin saadakseni aikaa kirjoittaa, opettaa ja tutkia. Lapsemme Ella ja Niklas ovat syntyneet keskelle tätä väitöskirjaprojektia ja ovat ilmeisen tottuneita siihen, että "äiti lukee ja kirjoittaa aina". Olen potentiaalisen syyllisyyttä siitä, miten usein olen kotona ja vapaa-aikana uppoutunut tutkimukseen. Kiitos siis Juha, Ella ja Niklas siitä tavallisesta kannattelevasta arjesta, sen iloista ja kaikista niistä mahdollisista tutkimusmaailman ulkopuolisista asioista, joita olette elämäni tuoneet ja muistuttaneet siitä, mikä on kaikkein tärkeintä.

Omistan tutkimukseni kaikille niille naisille, jotka työntekijöinä ja asiakaina ovat mahdollistaneet tämän tutkimuksen toteuttamisen ottaessanne minut osaksi yhteisöä ja sen arkea. Kiitos teille! Toivon tutkimukseni viestin olevan, että päihdeongelmasta toipuminen on mahdollista toisten ihmisten avulla, suhteissa.

Helsingissä 1.9.2019

Teija Karttunen

TAULUKOT

Taulukko 1: Naisten päihdehoidon ulottuvuudet, vaikutukset, hoidon kesto ja hoidossa pysyminen.	55
Taulukko 2: Nais erityisen päihdehoidon ja yhteisöllisyyden ulottuvuudet	92
Taulukko 3. Laitoksen asiakkaiden sukupuolijakauma	95
Taulukko 4. Laitoksen asiakkaiden ikäjakauma	95
Taulukko 5. Laitoksen asiakkaiden työllisyys.....	96
Taulukko 6. Laitoksen asiakkaiden koulutusaste.....	96
Taulukko 7: Naisten yhteistön viikko-ohjelma	112

SISÄLLYS

ABSTRACT

TIIVISTELMÄ

ESIPUHE

KUVIOT JA TAULUKOT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	13
1.1	Tutkimuksen lähtökohdat	14
1.2	Sukupuolen merkitys	17
1.3	Katveesta esille	20
2	NAISTEN PÄIHDEONGELMIEN MONIKERROKSISUUS	23
2.1	Epidemiologinen ja kansanterveydellinen näkökulma	24
2.2	Hoitoon hakeutuminen.....	27
2.3	Kulttuurinen ja päihdepoliittinen ulottuvuus.....	28
2.4	Äitiys, perhe, parisuhde ja miehet	31
2.5	Psykososiaaliset ongelmat ja haavoittuvuus	35
3	KATSAUS AIKAISEMPAAN NAISTEN PÄIHDEHOIDON TUTKIMUKSEEN	39
3.1	Tutkimuskirjallisuuden valikoinnista	39
3.2	Hoidon piirteistä ja tuloksellisuudesta.....	41
3.3	Hoidossa pysyminen, siihen kiinnittyminen ja hoidon päättäminen	47
3.4	Vertailussa "Women Only" ja "Mixed-Gender" -ohjelmat	49
3.5	Tutkimuskatsauksen yhteenvedoa ja tutkimuksellisia haasteita	52
4	TUTKIMUSKOHTENA NAISERITYINEN PÄIHDEHOIDON INTERVENTIO.....	57
4.1	Tutkimuksen keskeiset käsitteet.....	57
4.2	Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	59
4.3	Etnografisen tutkimuksen lähtökohdista.....	60
4.4	Oma etnografinen tutkimusasetelma	62
4.5	Kenttä, osallistuminen ja roolit.....	66
4.6	Aineisto ja sen kerääminen.....	70
4.6.1	Havainnoinnista	71
4.6.2	Kenttämuistiinpanojen kirjoittamisesta	74
4.6.3	Etnografiset haastattelut	78
4.7	Tutkimuseettisiä linjauksia ja rajoja	80
4.8	Metodologisia suuntaviivoja.....	85
4.9	Aineiston analyysin perusteita	89

5	SISÄÄN NAISTENYHTEISÖÖN: KUVAUS TUTKIMUSKOHTEESTA JA SEN TOIMINNASTA	93
5.1	Hoitoon ohjautuminen ja asiakkaiden sosioekonomiset taustat	93
5.2	Yhteisöllisyydestä ja yhteisöhoidon ideologiasta	98
5.3	Arjen siedätyshoitoa ja yhteisöllistä toimintaa.....	111
6	HOITAVA YHTEISÖLLISYYS	117
6.1	Turvallisuus ja kannattelu	117
6.2	Ristiriitoja ja sopusointuja	125
7	NAISENA PÄIHDEHOIDOSSA.....	135
7.1	Oma paikka ja vuorovaikutuksellinen tila.....	135
7.2	Naisten kesken	138
7.3	Naisten päihdehoidon erityisyys	143
7.4	Häpeän läpäisemä naiseus	146
8	KEHOLLISUUS JA TRAUMATISOITUMINEN	152
8.1	Somatisoinnin hallintaa	153
8.2	Suhde omaan kehoon ja itsestä huolehtiminen.....	159
8.3	Sietämätön kosketus.....	163
8.4	Traumaattisten kokemusten äärellä.....	167
9	KATSE OMAAN ITSEEN, TUNTEISIIN JA MIELEEN	172
9.1	Minuuden ja identiteetin tarkastelua.....	172
9.2	Tunteita tutkimassa	181
9.3	Psyykkisen haurauden kohtaamista	189
10	SUHTEESSA TOISIIN	198
10.1	Läheissuhteiden tarkastelua.....	198
10.2	Luottamuksen ja turvallisuuden rajoilla	207
10.3	Suhteiden haastava kenttä.....	210
11	PÄIHDERIIPPUVUUDEN KÄSITTELY MUUTOSTYÖNÄ	213
11.1	Sitovasta päihderiippuvuudesta kohti toipumista	213
11.2	Aktiivinen toimija vai passiivinen sivustaseuraaja?.....	219
11.3	Tavoitteiden asettamista ja arviointia: muutoksen henkilökohtaistaminen	226
11.4	Muutostyön jännitteitä.....	232
11.5	Kohti sosiaalista reintegraatiota	237
12	JOHTOPÄÄTÖKSET	244
12.1	Nais erityisen päihdehoidon intervention toteutumisen arviointia	244
12.2	Yhteisöllisyyden tarkastelua	254
12.3	Suuntaviivoja naisten päihdehoidon kehittämiseksi	257
12.4	Tutkimusasetelman reunaehdoista	263

SUMMARY	268
KIRJALLISUUS	274

1 JOHDANTO

Suomalainen kulttuuri on hyvin päihdemyönteinen, ja erityisesti alkoholiin liittyvä monia korostuneen myönteisiä merkityksiä ja sisältöjä. Suhteessa sukupuoliin tämä kulttuurinen kuva ja koodisto on kuitenkin kaksijakoinen. Perinteisessä kulttuurisessa ja sosiaalisessa ajattelussa naiseus, äitiys ja päihteet ovat olleet toisensa poissulkevia ja yhdistelmänä kielteisillä merkityksillä latautunut, normatiivisia ja moraalisia kannanottoja herättävä ilmiö. Esimerkiksi alkoholi on varsin pitkään ollut eristetty kodin ja perheen ulkopuolelle miesten maailmaan, johon naisia ei ole päästetty, eikä yhteisössä ole hyväksytty naisten juomista. Suomessa alkoholinkäyttö ja humala ovat olleet korostuneesti maskuliinisen toiminnan kenttää sekä sallittu ja ihailtu osa miehisyyttä. Sen sijaan naisten kohdalla juominen ja humala ovat kyseenalaistaneet naisen mahdollisuuksia säilyttää naiseutensa ja moraalisen kunniansa. (Orjasniemi 2005; Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010; Törmä 2011; Simonen 2012.) Alkoholi on siis ollut miehisyyden symboli, kun taas raittius on liitetty naisiin ja feminiinisyyteen ja naiset on nähty miesten juomisen kontrolloijina (Holmila 2001).

Sittemmin naisten julkinen ja avoin päihteiden käyttö on lisääntynyt eikä juovaa naista pidetä samalla tavoin ”huonona” tai moraalisesti kevytkenkäisenä kuten aikaisempina vuosikymmeninä (Markkola 2002; Orjasniemi 2005; Nätkin 2006a). Keskeinen kulttuurinen muutos on ollut siinä, että alkoholista on tullut osa eri-ikäisten naisten elämää (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010; Simonen 2011; Törmä 2011, 30). Nuorten naisten ikäluokassa on omaksuttu sellainen alkoholinkäytön naiskuva, johon liittyy tunne omasta erillisyydestä ja yksilöllisyydestä, ja alkoholinkäyttöä jäsennetään vapautta ja nautintoa korostavan tulkinnan kautta (Simonen 2011, 506). Naiset, joita sitovat toisiinsa työ, harrastukset, opiskelu ja ystävyysuhteet ja joille alkoholista ei ainakaan toistaiseksi ole tullut ongelmaa, voivat muodostaa omia juomarinkejiään, joissa vahvistetaan yhteenkuuluvuuden tunnetta (Orjasniemi 2005, 96). Toisessa, ”märässä päässä” ovat ”karaokeäidit” ja äitien omat ryyppyringit – sosiaalityön ammattilaisille tutut naiset, joiden elämään on kasautunut erilaisia ongelmia raskaan päihteidenkäytön lisäksi (Granfelt 1998, 89; Orjasniemi 2005, 96).

Päihdeongelmainen nainen on kuitenkin edelleen ”toinen”, ”erilainen” ja ikävä muistutus iloisen ja rennon alkoholikulttuurin käänteisestä puolesta. Vielä selvempää ja helpompaa on tehdä eroa ”meidän” ja ”heidän” välillä, kun puhutaan huumeita käyttävistä naisista: katse käännetään nopeasti pois kadulla asuvasta tai laitoksia kiertävästä, aineita suoneen vetävästä naisesta, sillä sellainen elämä ei tavoita tavallisen kansalaisen todellisuutta (vrt. Kandall 2010). Se sosiaalinen kategoria, joka päihdeongelmalliselle naiselle ja erityisesti äidille asettautuu, on hyvin kapea ja häntä ylhäältä päin määrittelevää, poikkeavuutta ja ongelmia korostava (esim. Orjasniemi 2005; Nätkin 2006a; 2006b; Väyrynen 2007; Sinko & Virokannas 2009). Ongelmaa tosin on paljon helpompi peitellä, vähätellä ja hoitaa jakkupuku päällä, omakotitalon suojaisten seinien sisällä työterveyslääkärin kirjoittamalla Antabus-reseptillä ja kylpylälomaksi nimetyllä laitoshoidojaksolla kuin asunnottomana, rahattomana ja vaikeasti mielenterveysongelmaisena yksinäisenä naisena, jonka hoitovaihtoehtoja säätelevät sosiaalitoimi ja terveyskeskuslääkäri. Huumekulttuurin toiminta on korostuneen maskuliinista. Huumeisiin liitetään mielikuvissa vahvemmin myös rikollisuus, poikkeavuus, erilaiset alakulttuurit sekä terveysriskit – jopa kuolema. Kukaan ei myöskään halua saada itselleen ”pirihuoran” leimaa, sillä se on alin kasti, johon nainen voi huumemaailmassa joutua. (Väyrynen 2006; Ojanen 2006.)

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tämän sosiaalityön oppiaineeseen kuuluvan väitöskirjatutkimuksen kohteena ovat naisten päihdeongelmat ja niiden yhteisömuotoinen hoito laitostekstissä. Tarkastelen tutkimuksessani ensinnäkin sitä, mitä on nais erityinen päihdehoito. Toiseksi jäsennän yhteisöllisyyden ulottuvuuksia naisten päihdehoidossa. Olen kerännyt etnografisen aineiston erään kuntayhtymän omistuksessa olevan päihdehoitolaitoksen täysi-ikäisille naisille tarkoitettussa naistenyhteisössä. Aineistoni muodostuu osallistuvasta havainnoinnista, niihin liittyvistä kenttämuistiinpanoista ja etnografisista haastatteluista.

Jäsennän naistenyhteisön hoitoa sukupuolispesifinä, nais erityisenä interventiona. Käsitteellä nais erityisyys viittaa aikaisemman tutkimuksen, teoreettisen luennan ja etnografisen kenttätöön synteessä rakentuneeseen viitekehukseen, jonka ulottuvuuksien kautta analysoin ja lähestyn empiiristä aineistoani. Yhteisöhoidon kontekstiin paikantuva tutkimuskohteeni tuo analyysin kohteeksi myös yhteisöllisyyden, osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden merkityksen naisten päihdehoidossa. Lähestymistapaani aineistoon voi nimittää teoriasidonnaiseksi: siinä aikaisempi tieto ohjaa analyysia ja analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Pyrin myös aineiston analyysin kautta paikantamaan uusia käsitteitä ja näkökulmia naisten päihdeongelmiin ja niiden hoitoon.

Naisten päihdehoitoa koskevan tutkimustiedon avulla on mahdollista kehittää edelleen toimivia työmuotoja sekä tuottaa tietoa näiden asiakasryhmien ongelmista ja tuen tarpeista palveluiden kohdentamiseksi ja kehittämiseksi. Tärkeää olisi kehittää sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotka

lieventävät naisten päihdeongelmiin liittyvää vahvaa kulttuurista ja sosiaalista leimautumista, joka pahimmillaan estää hakeutumasta hoitoon. Tutkimukseni keskeiset tavoitteet liittyvät sukupuolinäkökulman avaamiseen ja edistämiseen sekä päihdeongelmien hoidon sosiaalisten kysymysten esille nostamiseen ja yhteisöllisyyden merkityksen ymmärtämiseen.

Keskeinen *tutkimuksellinen havainto ja tausta* omalle työlleni on ollut se, että päihdeongelmia ja niiden hoitoa koskevassa tutkimuksessa sukupuoli- ja erityisesti naisnäkökulma ovat varsin pitkään olleet vähäisen mielenkiinnon kohteena. Samoin naisille sekä raskaana oleville ja pienten lasten äideille suunnattujen hoitomallien ja niiden tutkimuksen historia on lyhyt. (esim. Howell, Heiser & Harrington 1999; Moore & Finkelstein 2001; Sun 2006; Greenfield ym. 2007a; Niv & Hser 2007.) Myös Suomessa alkoholitutkimus on kohdistunut nimenomaan miesten juomiseen, miehen ja alkoholin väliseen suhteeseen, miehiseen itseilmaisuuksiin tai juopottelevien miesryhmien tarkasteluun (Ahlström 2000, 447; Nätkin 2006a, 9). Sukupuoli on otettu mukaan tutkimukseen lähinnä muuttujana muiden muuttujien joukossa (Saarnio 2002, 269; vrt. myös Väyrynen 2007, 25).

Tutkimuksen *ammattillisena lähtökohtana ja motiivina* on ollut A-klinikatyössä ja lastensuojelutyössä herännyt kiinnostus tutkia tarkemmin äitiyteen, vanhemmuuteen, sukupuolinäkökulmaan sekä raskaus- ja vauva-aikaan liittyviä erityiskysymyksiä tilanteissa, joissa naisen päihteidenkäyttö on muuttunut riippuvuudeksi ja ongelmakäytöksi. Ammatillisesta näkökulmasta tarkasteltuna naisten päihteiden käyttöön liittyy paljon eettisesti jännitteisiä kysymyksiä esimerkiksi tuen, kontrollin, hoivan ja puuttumisen keskinäisistä suhteista sekä äitinä olemisen ja lapsen aseman, oikeuksien ja tarpeiden kysymyksistä (Boelius 2008; Sinko & Virokannas 2009; Leppo 2012a). Aloittaessani väitöstutkimustani olin myös itse kiinnostunut erityisesti äitiyteen, raskauteen ja vauvaperheiden päihdeongelmiin ja niiden hoitoon liittyvistä kysymyksistä. Vähitellen tutkimusasetelma fokusoitui siten, että kiinnostuin sukupuolen ja naiseuden merkityksestä päihdeongelmille ja niiden hoidolle.

Tutkimuksen *yhteiskunnallisena taustana* on tilanne, jossa naisten päihteiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset, terveydelliset, lapsiin ja perheeseen liittyvät ongelmat ja riskit sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve ovat lisääntyneet (esim. Holmila ym. 2013; Karlsson ym. 2013; Kuussaari ym. 2014; Ollgren ym. 2014). Kun naisista vielä 1990-luvun alkupuolella oli raittiita noin 20 prosenttia, arvioitiin luvun olleen vuosina 2000 ja 2008 noin 10 prosenttia. Raittius on kuitenkin sittemmin yleistynyt, ja vuoden 2016 juomatapatutkimuksessa¹ naisista raittiita oli 15 prosenttia. (Karlsson ym. 2013, 20; Härkönen ym. 2017, 19, 43.) Toisaalta monipäihteisyys on tavallista erityisesti alle 35-vuotiailla naisilla (Kuussaari ym. 2014, 273). Tätä ajankohtaista yhteiskunnallista tilannet-

¹ "Juomatapatutkimuksia on tehty Suomessa kahdeksan vuoden välein: 1968, 1976, 1984, 1992, 2000, 2008 ja 2016. Juomatapatutkimusten kohdejoukkona on ollut 15–69-vuoden ikäinen Manner-Suomen alueella asuva väestö. Vuonna 2016 otettiin mukaan myös 70–79-vuotiaat" (Härkönen ym. 2017, 3). Aineisto on kerätty haastatteluin. Raittiuden kriteerinä on juomatapatutkimuksessa pidetty sitä, ettei henkilö ole juonut mitään alkoholijuomia haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana.

ta vasten näen tärkeänä tarkastella naisten päihdehoidon interventioita, sillä päihdekysymyksissä sukupuolella on oma erityinen merkityksensä (Auvinen 2001; Väyrynen 2007; Leisto & Tuomikoski-Koukkula 2010). Myös esimerkiksi Helena Palojärvi (2012), joka on tarkastellut naisten avun saamisen kysymyksiä ja ulottuvuuksia päihdehoitojärjestelmässä, on nostanut esille tarpeen kehittää naisille suunnattuja päihdehoitopalveluita sekä sukupuolen huomioivaa päihde- ja alkoholipolitiikkaa. Palojärven (2012, 121) mukaan naisten ja heidän läheistensä kärsimysten ehkäisemiseksi ja naisten päihdetyön kehittämiseksi tarvitaan tietoista strategiaa ja resursointia.

Avun hakeminen päihdeongelmiin on edelleen haasteellista naisille (Orjasniemi 2005; Väyrynen 2006; Leppo 2012a). Yhtäältä päihdeongelmaisen naisen vaikeudet nähdä itseä hoivan ja huolenpidon arvoisena kääntyy torjunnaksi, hyökkäävyydeksi ja vähättelyksi apua ja tukea tarjoaville tahoille (Karttunen 2013; Virokannas 2013). Toisaalta syvä sisäistetty häpeä, syyllisyys, pelot lasten menettämisestä, omat ennakkoluulot ja palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan kielteiset asenteet muodostuvat helposti kynnyskysymyksiksi hoitoon hakeutumiselle (Ojanen 2006; Väyrynen 2006; Sutinen 2010; Törmä 2011; Leppo 2012a). Naisten päihdehoitoon ohjautumiseen ja hakeutumiseen liittyvät seikat voivat palautua toisenlaisiin tekijöihin kuin miehillä, mikä tulisi huomioida myös hoidon järjestelyissä ja käytännöissä (Bright, Osborne & Greif 2011, 66).

Tutkimukseni on saanut vaikutteita eri tieteenaloilta jäsentäessäni naisten päihdeongelmia, kartoittaessani aikaisempaa tutkimusta ja hahmotellessani tutkimuksen käsitteitä. Tämän moninaisuuden kautta paikannan omaa tutkimustani. Ensinnäkin tutkimukseni on saanut aineksia eri tieteenaloille paikantuvista *sukupuoleen ja naisiin kohdistuvasta päihdetutkimuksesta*. Tämä tutkimus on osittain epidemiologista, osittain naisten päihdeongelmien hoitotutkimusta ja sisältää myös interventioiden vaikuttavuutta sekä kumpaakin sukupuolta koskevaa vertailevaa tutkimusta. Osa tutkimuksista on naisten ja äitien päihdeongelmaa sukupuolispesifinä kysymyksenä analysoivaa ja ilmiötä kuvaavaa tutkimusta. Toiseksi tutkimukseni on saanut vaikutteita *feministisesti orientoituneesta sosiaalityön ja psykoterapian tutkimuksesta* ja niiden tarjoamista lähtökohdista. Näissä tutkimuksissa on käsitelty esimerkiksi sukupuolen merkitystä, jäsentämistä ja teoretisointia sekä sukupuolistuneita ammattikäytäntöjä. Samoin tutkimuksissa on käsitelty naisten kanssa tehtävän sosiaali- ja terapiatyön työmuotoja ja käytäntöjä.

Kiinnostukseni kohteena ovat olleet erilaisiin *sosiaalityön asiakasryhmiin ja sosiaalisiin ongelmiin fokusoituvat tutkimukset*, joiden tematiikka on liittynyt nimenomaan sukupuoleen, naisasiakkaisiin tai naisten elämäntilanteisiin ja ongelmiin. Tutkimusten teemat ovat käsitelleet esimerkiksi marginalisaatiota, asunnottomuutta, parisuhdetta, päihteiden käyttöä, äitiyttä ja perhesuhteita. Edellä mainittujen kysymysten osalta näen tutkimukselleni tärkeänä erityisesti sen suomalaisen sosiaalityön tutkimuksen perinteen, jossa käsitellään sukupuolen, marginalisaation ja sosiaalityön ammattikäytäntöjen kysymyksiä (esim. Granfelt 1998; 2004a; 2004b; 2007; Vanhala 2005; Väyrynen 2007; Virokannas & Väyrynen 2013; Haahtela 2015). Hyödynnän tutkimuksessani myös *laitoksia ja*

yhteisöllisyyttä koskevaa tutkimusta, sillä laitos- ja yhteisönäkökulma toimivat tutkimuskohteeni rakenteena ja käytännöllisenä hoidon menetelmänä. Samoin tutkimuksen empiirisessä osiossa käytän peilauspintana traumoihin fokusoituvaa psykoterapia- ja päihdehoitotutkimusta pyrkiessäni ymmärtämään päihdeongelmaa ja sen hoidon kysymyksiä. Vielä yhtenä tutkimukseni kiintopisteenä näen sen *yhteiskuntatieteellisen päihdetutkimuksen*, joka kontekstoi päihdeongelmia ja niiden hoitoa laajempiin rakenteisiin, kulttuuriin ja yhteiskuntaan ja käsittelee kuntoutumista sekä kokemuksia hoito- ja palvelujärjestelmästä yksilön näkökulmasta (Suomessa esim. Orjasniemi 2005; Knuuti 2007; Perälä 2007; Mattila-Aalto 2009; Leppo 2012a; Hietala 2013; Simonen 2013; Virokannas 2017).

Tunnistan tutkimukseni moniaineksisuuden ja monikerroksisuuden sekä tutkimuksen taustalla vaikuttavien lähestymistapojen ja tieteenalojen että itse tutkimuskohteen analysoinnin osalta. Monipuolisten, erilaisissa yhteyksissä tuotettujen tekstityyppien ja tutkimusten lukeminen, käytännön hoito- ja asiakastyötä koskeviin kuvauksiin ja selvityksiin perehtyminen, kenttätyö ja kirjoittaminen muodostavat toisiinsa kietoutuvan prosessin, jossa tutkimukseni on syntynyt. Tutkimukseni liikkuu eri tasoilla: toisinaan laajempien yhteiskunnallisten näkökulmien, naisten päihdeongelmaa kontekstoivien kysymysten tasolla ja toisinaan yksittäisten asiakastilanteiden ja vuorovaikutustapahtumien tasolla, päihdehoitolaitoksen arjessa ja sen kohtaamisissa sekä niistä tekemieni tulkintojen tasolla. Päihdeongelmien hoidon haaste on siinä, että ne kietoutuvat usein laajoihin yhteiskunnallisiin ongelmiin ja samanaikaisesti ne ovat aina lähiyhteisön ja yksilön pulma (Niemelä 2002a, 65).

1.2 Sukupuolen merkitys

Tutkimukseni keskeiset tavoitteet liittyvät sukupuolen merkityksen ymmärtämiseen naisten päihdeongelmissa ja niiden hoidossa. Näin ollen sukupuoli avaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiökenttää: naisten päihteidenkäytön ja hoidon sukupuolispesifejä kysymyksiä. Päihdehoitomaailma on ollut ennen muuta miesten maailma, ja hoito-ohjelmat on rakennettu paljolti miesten lähtökohdista käsin (Saarnio 2002, 272; Granfelt 2004a, 197) tai niitä on pidetty sukupuolineutraaleina (Kelly, Blacksin & Mason 2001, 288). Perinteisissä kuntoutusohjelmissa ei usein ole riittävästi huomioitu naisille tärkeitä hoidollisia osa-alueita, palvelutarpeita, mielenterveysongelmien, väkivallan ja hyväksikäytön kokemuksia, äitiyteen ja lapsiin liittyviä kysymyksiä ja esimerkiksi naisille soveltuvaa vuorovaikutustyyliä ja orientoitumistapaa (Nelson-Zlupko ym. 1995; Marsh ym. 2000; Kelly ym. 2001; Jessup ym. 2003; Greenfield ym. 2007a). Naisille suunnattujen päihdepalvelujen kehittämistarpeita ja saatavuutta on sekä ammattilaisten että tutkimusten taholta perusteltu ennen muuta naisten erilaisilla hoidollisilla tarpeilla verrattuna miesten vastaaviin. Koska sukupuolten välillä on eroja päihteiden ongelmakäytön taustatekijöissä ja siitä aiheutuvista seurauksissa, saattaa sukupuolispesifi hoito olla hyödyllistä ja edistää naisten hoitotuloksia.

(Esim. Rowan-Szal ym. 2000; Orwin ym. 2001; Ashley, Marsden, & Brady, 2003; Pelissier & Jones 2005; Claus ym. 2007.)

Edelleen on myös niin, että hoidon taustalla oleva addiktioteoria käsittelee sukupuolineutraalia yksilöä (Nätkin 2006a, 9) ja hoito ylipäätään on pitkään ollut yksilöön fokuoituvaa (Covington 2008, 377). Päihteiden käytön seuraukset saattavat olla kuitenkin sukupuolittuneita jo pelkästään siksi, että ihmiset elävät perheissä ja muissa omais-, rakkaus-, hoiva- ja sosiaalisissa suhteissa (Nätkin 2006a, 9). Ylipäätään päihdeongelmaa on pidetty varsin pitkään miesten ongelmana (Tuchman 2010). Olematon ja historiassa tuntematon ilmiö naisten päihteiden käyttö ei kuitenkaan ole. Käytännössä naisten päihteiden käyttöä, sen ongelmoitumista eri näkökulmista ja siihen puuttumisen tapoja voidaan jäsentää ainakin parin vuosisadan ajalta, kuten esimerkiksi yhdysvaltalaisen Shulamith Lala Ashenberg Straussnerin ja Patricia Rose Attian (2002) historiallinen tarkastelu osoittaa (myös Kandall 2010).

Päihdehoidon näennäisessä sukupuolineutraaliudessa tai sukupuolen piiloutumisessa ei ole kyse siitä, että vain päihdeongelmia ja päihdetyötä koskevassa tutkimuksessa olisi ikään kuin unohdettu tai sivuutettu sukupuoli tai naiset ylipäätään. Asiaa voi lähestyä myös yleisemmän, useita yhteiskunnallisen toiminnan alueita määrittelevän sukupuolineutraaliuden ideologian kautta (Laine 2005, 39). Suomalainen hyvinvointivaltio pohjautuu lähtökohtaiseen sukupuolineutraaliuteen, mikä ilmenee erityisesti lainsäädännössä ja julkisissa puhetavoissa (Ronkainen 2008, 395). Suomalaisen hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikka, käytännön sosiaalityö ja niihin kohdistuva tutkimus ovat yhtä lailla näyttäneet varsin pitkään tasa-arvoideologian läpäisemistä ja sukupuolineutraaleina saarekkeina (esim. Kuronen, Granfelt, Nyqvist & Petrelius 2004; Petrelius 2005; Julkunen 2010). Vastaava ilmiö näkyy esimerkiksi naisten terveysongelmia ja terveydenhuoltoa koskevissa kysymyksissä, joissa yleinen universalismi ja oikeudenmukaisuusperiaate ovat Pohjoismaissa olleet terveydenhuollon lähtökohtia. Naisten terveysongelmia ei ole nähty sukupuolikysymyksenä vaan osana ammattiliittojen ja poliittisten puolueiden terveysohjelmia. (Riskä 2005.) Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja asiantuntijat kuvataan lähes aina sukupuolettomina toimijoina tai sukupuolella ei nähdä olevan väliä (Vuori 2001, 364–365). Pyrin tutkimuksessani avaamaan sukupuolen ja ennen muuta naiseuden ja naisena olemisen merkityksiä päihdeongelmien ymmärtämisessä ja hoidossa.

Toisaalta sukupuoli nousee käytännössä vahvasti esille, kun tarkastellaan naisten ja äitien tai miesten ja isien päihteiden käyttöä ja siihen puuttumista koskevaa julkista keskustelua. Julkisuudessa keskustelu naisten päihdeongelmista kiteytyy helposti kysymykseksi sikiövaurioista, raskaana olevien äitien pakkohoidosta sekä erilaisista terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista tai pienten lasten huostaanotoista. Naisten kohdalla mukaan astuu tässä kohden siis päihteiden käytön suhteen yhä voimassa oleva kaksoisstandardi: siihen liittyvä yhtäaikaan hyväksyntä ja paheksunta sekä vaatimukset puuttumisesta ja kontrollista. (Holmila 2001; Nätkin 2003; Orjasniemi 2005; Nätkin 2006a, 2006b; Leisto & Tuomikoski-Koukkula 2010.) Myös esimerkiksi media ja mainokset

tuottavat ja värittävät nuorista naisista ja päihdeiden käytöstä ristiriitaista kulttuurista kuvaa, jossa erilaiset riskit, kulutusyhteiskunnan ihanteet, terveystyöskymykset ja hedonismi vuorottelevat (esim. Månsson & Bogren 2014).

Näen sukupuolen olevan paitsi biologinen fakta, myös sosiaalisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia, määritelmiä ja tulkintoja sisältävä käsite (vrt. Meskus 2009, 27). Itse asiassa englanninkieliset käsitteet *sex* ja *gender* tavoittavat käsitteellisesti paremmin sukupuolen biologisuuden ja sosiaalisuuden (Juvonen, Rossi & Saresma 2010, 12). Sukupuoli on siis paitsi biologiaa, anatomista tai ruumiillista, myös sosiaalista, yhteiskunnallista, symbolista ja kulttuurista. Biologinen sukupuoli viittaa luontoon ja ruumiiseen, kun taas sosiaalinen sukupuoli jäsentyy opittavana ja tuotettavana sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Juvonen, Rossi & Saresma 2010, 12; Lempiäinen 2003, 24.)

Sukupuolieron teoriassa (Lempiäinen 2003) lähtökohtana on, että naiseutta ei voi ymmärtää vain mieheyden kautta eikä mieheyttä naiseuden kautta, sillä kummallakin on oma merkityspotentiaalinsa (Lempiäinen 2003, 25). Sukupuolieron kautta voidaan jäsentää sitä, mikä naispositiossa on erityistä ja omanlaisiaan eli sellaista, mitä ei ole miespositiossa ja päinvastoin. Kirsti Lempiäisen (2003) mukaan nais- ja mieserityisyyden merkityssisällöt syntyvät kontekstin kautta. Lempiäinen käyttää myös käsitteitä nais- ja miessubjekti, joilla korostetaan subjektien sukupuolisuutta. Lempiäisen mukaan ”subjektit rakentuvat ja niitä rakennetaan enemmän tai vähemmän tietoisiksi sukupuoliksi vaikkapa kouluissa tai armeijassa”. Subjektit rakentuvat siis sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Hän kuitenkin tuo esille, että sukupuolen tai esimerkiksi naiseuden sijaan joissakin kohden muut asiat, kuten luokka, ikä tai etnisyys ovat merkityksellisempiä subjektia muokkaavia nimittäjiä. (Lempiäinen 2003, 25–26.)

Päihdeongelmaisten naisten kohdalla naiseus ja sukupuoli ovat toisinaan saattaneet jäädä naisten elämässä ”toissijaisiksi”, ja keskeinen subjektiutta määrittävä tekijä on ollut päihderiippuvuus sekä siihen liittyvät toiminnot ja roolit. Päihdeongelman myötä naisen oma sukupuolisuus ja käsitys siitä, mitä ja millainen hän on naisena, on voinut hämärtyä ja jopa kadota itseltä, se on ollut häpeän läpäisemää tai se on haluttu ”hävittää” oman itsen suojelemiseksi. Näin ollen suhteen muodostaminen omaan sukupuoleen ja naisena elämiseen on tärkeä osa hoitoa. (Väyrynen 2007, 200–202.) Naisten päihdeongelmissa ja niiden hoidossa sukupuoli tulee näkyväksi eri tavoin, samoin kuin sen ruumiillisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvät puolet. Sukupuoli ei ole vain biologiaa, mutta ei myöskään vain diskursseissa ja käytännöissä rakentuva sosiaalinen konstruktio (vrt. Keskinen 2008; Meskus 2009).

Päihdehoidossa sukupuolella voi olla oma merkityksensä siinä, millaisia hoidollisia intressejä ja palvelutarpeita naisilla on ja millaisia esteitä ja kynnyskysymyksiä hoidolle asettautuu. Naisten hoitotarpeisiin ja päihdeongelmiin liittyvät tekijät eroavat miesten tilanteista. Sukupuolieron teoriaa väljästi omassa tutkimuksessani soveltaen (myös Väyrynen 2007, 21) ajattelen, että ideat ja käytännön sovellukset nimenomaan naisille tarkoitetuista päihdepalveluista sisältävät olettamuksen siitä, että naisten päihdeproblematiikkaan ja sen hoitamiseen liittyy jotakin sellaista naisille ominaista, sukupuolispesifiä, mitä perin-

teisillä hoitomuodoilla ei kenties voida tavoittaa. Nimitän tutkimuksessani naissukupuoleen kytkeytyvää erilaisuutta nais erityisyydeksi ja jäsenen tutkimuksessani naisten päihdehoitoa sukupuolispesifinä, nais erityisenä hoidollisena interventiona.

1.3 Katveesta esille

Tutkimuksessa vähitellen virinnyt kiinnostus naisten päihdeongelmiin ja naisten päihdehoitoon näyttäisi ainakin kansainvälisen tutkimuksen mukaan tapahtuneen nimenomaan äitiyskysymyksen kautta. Naisten lisääntyntä päihteen käyttöä ja siihen liittyviä ongelmia ei ole lähestytty niinkään sukupuolikysymyksenä kuin lapsiin ja vanhemmuuteen liittyvänä yhteiskunnallisena ongelmana. Thomas Brady ja Olivia Ashley (2005, 30) liittävät naisten päihdeongelmien hoitoon liittyvän kiinnostuksen viriämisen Yhdysvalloissa 1980-luvun crack-kokaiinin² käytön epidemiaan, jolloin huomio kohdistui crackia käyttäviin naisiin ja erityisesti raskaana oleviin (myös Greenfield & Grella 2009; Jones & Kaltenbach 2013). Christine Grellan (2008) mukaan erilaiset politiikkatason tekijät ovat vaikuttaneet naisten ja äitien päihdehoidon kehittymiseen viimeisten vuosikymmenten aikana Yhdysvalloissa. Siellä äitien päihdeongelma sisältää kriminaalipoliittisia ulottuvuuksia, sillä oikeusjärjestelmälle on annettu valtuus sanktioida raskausaikana päihdealtistuksen seurauksena syntyneitä vammoja (esim. Lester ym. 2004; Flavin & Paltrow 2010). Pohjoismaissa näkyy hoidollinen asennoituminen suhteessa naisten ja äitien päihdeongelmiin avoimen rankaisulinjan sijaan. Tavoitteena on äitien ja vauvojen hoitaminen yhdessä sekä preventiivinen orientaatio (ks. esim. Andersson 2001; Nätkin 2006b; Andersson ym. 2008; Leppo 2012a).

Suomessa sosiologi Salme Ahlström (2000) on aikaisemman tutkimuksen kautta eritellyt syitä siihen, miksi naisten päihteen käytöstä – nimenomaan alkoholin käytöstä – on kiinnostuttu ylipäätään. Ahlströmin (2000, 447) mukaan ensinnäkin naisten alkoholin käyttö on yleistynyt maailmassa. Toiseksi on ymmärretty ja havaittu päihteen vaikutukset sikiöön ja esimerkiksi fetaalialkoholisyyndrooma (FAS) tunnistettiin Yhdysvalloissa 1970-luvulla. Kolmantena selittävänä seikkana on ollut naisten merkityksellinen rooli sosialisointina länsimaissa (Ahlström 2000, 447). Ahlströmin (2000, 447) mukaan huoli alkoholin kulutuksen kasvusta on ollut helppo kohdentaa epäitsenäisiin tai marginaalisiin väestöryhmiin. Esimerkiksi Suomessa naisten alkoholin käytölle julkisissa tiloissa asetettiin rajoituksia vielä 1960-luvun lopulla (mt. 448). Ahlström kui-

² Kokaiini ja crack ovat keskushermostoon kiihottavasti vaikuttavia stimulantteja. ”Katu-kaupassa kokaiini myydään valkoisena, läpikuultavana jauheena. Sitä käytetään nuuskamalla, suonensisäisesti ja joskus suun kautta esim. alkoholiin sekoitettuna. Kokaiinin tehoa vahvistetaan uuttamalla siitä puhdasta kokaiinialkaloideja (free base) kemiallisen prosessin avulla. Free basea käytetään polttamalla sitä savukkeissa tai vesipiipussa. Yksinkertaisemman kemiallisen prosessin tuloksena saadaan crackiä, joka on väriltään beigeä. Sitä käytetään vain polttamalla.” (<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-muut-paihdyttavat-aineet/kokaiini-ja-crack>) (luettu 21.1.2019)

tenkin muistuttaa, että kiinnostuksen viriämisessä ei ole ollut kyse vain valvonnan tarpeesta vaan myös ylipäättään feminismin nousun myötä heränneestä tutkijoiden kiinnostuksesta naisten elämää kohtaan (mt.). Lopuksi Ahlström katsoo myös rakenteiden vaikuttaneen tutkimustoiminnan kehittymiseen ja tuo esille kansainvälisten ja kotimaisten sukupuoleen ja perheeseen liittyvien päihdetutkimusten verkostojen ja projektien muotoutumisen; näissä mukana on ollut myös suomalaisia tutkijoita (ks. tarkemmin Wilsnack & Wilsnack 2002). Ahlström piti 2000-luvun alussa kirjoittamassaan artikkelissa tärkeänä sitä, että ”naisten alkoholin käyttöä tutkitaan uudella vuosituhannella uusista ja laajemmista näkökulmista” (Ahlström 2000, 448). Sukupuolen huomioiva päihdetutkimus on sittemmin lisääntynyt, ja esimerkiksi naisille suunnattuja päihdehoitopalveluja on kehitetty sekä Suomessa että kansainvälisesti. Naisten päihdehoidosta tutkimuskatsauksen laatineet Fiona Martin ja Shaughney Aston (2014, 336) toteavat, että vaikka naisten päihdehoitoa koskevaa tutkimusta on edelleen vähemmän kuin miehiin kohdistuvaa ja vaikka raskaus ja lapset ovat keskeinen tutkimuksellinen kiinnostuksen kohde, on naisista tullut merkittävä päihdetutkimuksen kohde erityisesti epidemiologisesta ja kliinisen hoitotyön näkökulmista.

Haluan omassa tutkimuksessani tuoda esille naisten päihdehoitoon liittyviä kysymyksiä laajemmasta kuin vain äitiyteen ja perherooleihin liittyvästä tarkastelusta käsin. Esimerkiksi Christine Grella (2008, 329) on todennut joidenkin tutkijoiden tuoneen esille sen, että politiikkatasolla tapahtuva raskaana olevien ja äitien päihdehoidon priorisointi voi merkitä muiden naisten hoitomahdollisuuksien kapeutumista (ks. Uziel-Miller & Lyons 2000, 364). Vahvasti äitiyteen, perheeseen ja hoivarooleihin kiinnittyvä lähestymistapa voi sivuuttaa naiset, joilla ei ole lapsia, perhettä tai parisuhdetta (esim. Granfelt 1998; Kuronen 2009). Naisten päihdeongelma on kuitenkin monisävyisempi ja kompleksisempi kuin vain sikiövaurioihin, lastensuojeluun, äitiyteen ja perherooleihin palautuva kysymys. Se ei myöskään rajaudu vain biokemiaan tai lääketieteellisesti määriteltyn riippuvuuteen sairautena, yksilöllisiin ominaisuuksiin eikä mielen-terveysongelmiin tai addiktiiviseen käyttäytymiseen. Tässä tutkimuksessa lähdän siitä, että naisten päihdeongelmat tulisi ymmärtää naisen yksilöllistä psyykkistä ja fyysistä terveyttä laajempaan kokonaisuutena: siihen kiinnittyvät yhteiskuntaan, sen kulttuuriin ja rakenteisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin palautuvat tekijät, jotka osaltaan tuottavat päihdeongelmaisten naisten elämään erilaisia psykososiaalisia kipukohtia ja marginalisoitumista (esim. Granfelt 1998, 2007).

Tutkimus rakentuu siten, että luvussa 2 tarkastelen naisten päihdeongelmaa monikerroksisena ilmiönä. Luvussa 3 teen aikaisempaan tutkimukseen pohjautuvan katsauksen naisten päihdehoidosta. Luvussa 4 määrittelen tutkimusta kannattelevat käsitteet ja aineiston analyysin teoreettisena välineenä toimivan nais erityisen päihdehoidon intervention ulottuvuudet. Lisäksi esittelen tutkimustehtäväni, kuvaan etnografisen tutkimusmenetelmän, aineistoni ja sen analyysin sekä tutkimukseni metodologisia kysymyksiä koskevat ratkaisuni. Luku 5 on ensimmäinen empiirinen tulosluku, jossa esittelen tutkimaani päih-

dehoitolaitosta, sen toimintaa, ideologisia lähtökohtia ja tutkimukseni keskiössä olleen naistenyhteisön. Tämä luku, samoin kuin luku 6, käsittelee erityisesti yhteisöä ja yhteisöllisyyttä naisten päihdehoidossa. Luvuissa 7–11 jäsennän nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksia ja niiden ilmenemistä empiirisessä aineistossa. Tutkimuksen päättää luvun 12 johtopäätökset, joka sisältää tulosten yhteenvedon ohella myös nais erityisen päihdehoidon intervention toteutumisen tarkastelua.

2 NAISTEN PÄIHDEONGELMIEN MONIKERROK-SISUUS

Tarkastelen tässä luvussa naisten päihdeongelmia avatakseni sitä ilmiökenttää, johon tutkimukseni liittyy. En tee systemaattista eroa käsitteiden *päihdeongelma* ja *päihderiippuvuus* välille vaan kuljetan niitä rinnakkain. Kumpikin käsite viittaa siihen, että päihteiden käyttö on jollain tavoin ongelmallista, yksilön toimintaa sitovaa ja rajoittavaa, ei hallinnassa olevaa toimintaa ja käyttäytymistä sekä erilaisia sosiaalisia, terveydellisiä ja psyykkisiä haittoja tuottavaa. Näistä päihdeongelma on ylipäättään väljä ja laaja jäsennyystapa käsitteellistää ongelmallista päihteiden käyttöä ja sisältää hyvin laajan variaation tilanteita ja ongelmavyyhtejä. Päihdeongelmaan sisältyy siis monitahoisia ja -ulotteisia pulmia, ja sille annetut selitykset ovat yhtä lailla vaihtelevia: ajatellaan, että yksilöllä on päihdeongelma, sillä hän on sairas, hän on kokenut traumaattisia kokemuksia tai hän pakenee. (Mattila-Aalto 2009, 12.) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käsityksissä aineriippuvuudet voidaan ymmärtää esimerkiksi opittuna selviytymismallina, tunne-elämän häiriönä tai yhteiskunnallisesti tuotettuna elämäntapana. Ammattilaisten käsitykset ovat sikäli merkityksellisiä, että ne välittyvät asiakkaiden kohtaamiseen ja hoitokäytäntöihin. (Pennonen & Koski-Jännes 2010.)

Tutkimuksissa päihderiippuvuutta on käsitteenä määritelty kenties analyttisemmin kuin päihdeongelmaa eri viitekehyksistä käsin, esimerkiksi kognitiivisesta, psykoanalyttisesta ja behavioristisesta näkökulmasta (ks. esim. Koski-Jännes 1998; 2006; Ruisniemi 2006a). Esimerkiksi lääketieteessä on tarkat kriteerit päihderiippuvuuden diagnosoimiselle sairautena (ks. esim. Poikolainen 2003). Vertaistukeen perustuvissa NA- ja AA-ryhmissä³ hoidon taustalla vaikuttaa käsitys päihdeongelmasta metaforisena ”ikään kuin” -sairautena, ja niissä korostetaan käsitystä ihmisestä henkisenä olentona lääketieteen painottaessa

³ AA-ideologian vaikutusta esimerkiksi Myllyhoitoon ja sen käytäntöihin ovat tarkastelleet Ilkka Arminen ja Riikka Perälä (2001). Elina Kotovirta (2009) puolestaan on tutkinut suomalaista NA-toveriseuraa ja sen merkitystä toipumiselle. Klaus Mäkelä on analysoinut AA:ta yhteiskunnallisena liikkeenä (Mäkelä 1991) sekä AA:ta oma-apuliikkeenä ja sen suhdetta ammattiapuun (Mäkelä 1992).

ihmistä fysiologisena olentona (Ruisniemi 2006a; Kotovirta 2009). Päihderiippuvuudessa ei ole kyse vain jonkin yksittäisen tilan, kuten hyvän olon, tavoittelusta vaan kokonaisvaltaisesta oman psyykkisen ja fyysisen tilan manipuloinnista. Vaikka riippuvuuden seurauksena on lopulta yksilön toiminnan ja elämänhallinnan katoaminen, on alkuperäinen tavoite liittynyt nimenomaan hallinnan tunteen säilyttämiseen. Päihderiippuvuuden ymmärtämisen kannalta on huomioitava ne emotionaaliset ja kognitiiviset tekijät, jotka liittyvät yksilölliseen tarpeentyydytykseen, oppimisprosesseihin, aineiden ja toimintojen palkitsevuuteen sekä mielialavaikutukseen, joka ilmenee jo ennen toimintaa ja käyttötilannetta. (Koski-Jännes 2006, 264–266, 268, 270.)

Päihderiippuvuuksia koskeva keskustelu kiinnittyy myös addiktioihin ja niitä koskevaan käsitteellistämiseen. Addiktion käsitettä alettiin käyttää 1800-luvulla, kun tarkoitettiin alkoholin ja oopiumin kaltaisia tajuntaan vaikuttavia aineita, joiden mittavasta käytöstä aiheutuu sietokyvyn kasvu ja lopettamisesta vieroitusoireita (Koski-Jännes 2006, 260). Sitten addiktiokeskustelun myötä koko riippuvuusproblematiikka on osin arkipäiväistynyt ja se on laajentunut koskemaan eri elämänalueita osin hyvin ”kepeinä” ilmiöinä – yhtä lailla sokeria, mediaa tai shoppailua koskevana kuin liikuntaan ulottuvina – sekä toisaalta tarjonnut tilaa medikalisaatiolle. Kuitenkin reaktiot ja puheen sävyt vaihtuvat riippuen siitä, millaisesta addiktiosta keskustellaan. Negatiivisiin ja vaarallisina pidettyihin addiktioihin kuten huumeriippuvuuteen suhtaudutaan torjuvasti ja paheksuen, kun taas työnarkomaniaa tai pakonomaista urheilua saatetaan jopa ihailla. Työteliäisyys ja ahkeruus ovat luterilaisen etiikan mukaisia hyveitä, mutta holtiton ja hallitsematon päihdekäyttäytyminen on itsekontrollin menettämisen konkretisoitumista ja häpeää tuottavaa. Addiktioilla on myös poliittinen, kansanterveydellinen ja juridinen ulottuvuus, ne vaativat ja tuottavat sääteilyä ja niihin liitetään haittoja ja vaaroja. (Raento & Tammi 2013, 7–8.)

Vaikka päihdeongelmia pidetään tavallisesti henkilökohtaisina, ne ovat silti yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ongelmia sekä lähiyhteisön tasolle palautuvia kysymyksiä (Niemelä 2002a; Koski-Jännes 2006). Tässä tutkimuksessa näkökulmani naisten päihdeongelmiin rakentuu monikerroksisesti: tarkastelen naisten päihdeongelmissa epidemiologisia, kansanterveydellisiä ja yhteiskunnallis-kulttuurisia tekijöitä sekä sitä laajempaa sosiaalisten kysymysten ja suhteiden kenttää, johon näen naisten päihdeongelmien ja hoidon tarpeiden olevan sidoksissa.

2.1 Epidemiologinen ja kansanterveydellinen näkökulma

Naisille suunnattujen päihdepalvelujen kehittämistarpeita ja saatavuutta on perusteltu naisten ja miesten välisillä eroilla suhteessa päihdeongelmien biopsykososiaaliin taustoihin, kehittymiseen, hoitoprosessiin, toipumiseen sekä erilaisiin hoidollisiin tarpeisiin ja tekijöihin, jotka joko edistävät tai estävät hoitoon hakeutumista (esim. Alterman, Randall & McLellan 2000; Ashley, Marsden & Brady 2003; Brady & Ashley 2005; Simpson & McNulty 2008; Tuchman 2010).

Tutkimuksissa on todettu, että naiset ovat haavoittuvaisia erilaisille vakaville sosiaalisille ja terveydellisille haitoille päihteiden käytön seurauksena. Samoin on havaittu, että naisille kehittyy lyhyemmässä ajassa ja vähäisemmällä päihteiden käytöllä riippuvuus, joka on kuitenkin vakavuudeltaan miesten tasolla tai jopa vakavampi. (esim. Arfken ym. 2001; Sarkola & Eriksson 2003; Hernandez-Avila ym. 2004; Greenfield ym. 2007a; Najavits ym. 2007; Tuchman 2010; Kay ym. 2010.)

Viime vuosina naisten päihteiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat Suomessa yleistyneet ja raittiiden naisten määrä on vähentynyt (esim. Kuussaari ym. 2014; Ollgren ym. 2014; Karlsson ym. 2013; Mäkelä ym. 2010). Naisten osuus kulutetusta alkoholista on noussut 40 vuoden aikana 12 prosentista 26 prosenttiin. Erityisesti 18-vuotiaiden tyttöjen raittius on vähentynyt ja humalajuominen lisääntynyt 2000-luvun alusta. Myös lääkkeiden ei-lääkinnällinen käyttö on naisilla yleisempää kuin miehillä. Suhteelliset muutokset niin raittudessa, käytön tiheydessä kuin kerralla kulutetussa alkoholimäärässä ovat naisilla selvästi suuremmat kuin miehillä, vaikka miehet edelleen juovat enemmän ja heille on kasautunut enemmän haittoja. (Mäkelä, Huhtanen & Mustonen 2010, 51–53; Karlsson ym. 2013, 23; Karjalainen & Hakkarainen 2013, 505.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) esittämän arvion mukaan suomalaisista 16–69-vuotiaista miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista viisi prosenttia määrittyi alkoholin suurkuluttajiksi⁴ vuoden 2008 Juomatapatutkimuksessa (Karlsson ym. 2013). Lukuina tämä tarkoittaa 150 000:ta miestä ja lähes 100 000:ta naista⁵. On huomioitava, että suurkulutus ei sinällään vielä tarkoita sitä, että kaikille suurkuluttajille voitaisiin asettaa alkoholiriippuvuuden diagnoosi tai että heille kehittyisi päihderiippuvuus. (mt.)

Huumeiden käytön osalta Suomi on noudattanut kansainvälisiä virtauksia: maassamme on ollut kaksi suurempaa huumeaaltoa, joista ensimmäinen ajoitui 1960-luvulle ja toinen 1990-luvulle. Huumeiden käyttö on yleistynyt selvästi viimeisten 15 vuoden aikana. Vuoden 2010 väestötutkimuksen⁶ mukaan 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista oli ainakin kerran elämänsä aikana käyttänyt jotakin laitonta huumetta. Saman vuoden kyselyssä naisista 13 prosenttia ja miehistä 20 prosenttia ilmoitti joskus kokeilleensa kannabista. (Metso ym. 2012; Varjonen 2015, 29, 31.) Vuoden 2014 kyselyssä kannabiksen käyttäjistä –

⁴ Suurkulutuksella tarkoitetaan kansainvälisessä kirjallisuudessa miehillä vähintään 40:tä ja naisilla vähintään 20:tä grammaa puhdasta alkoholia viikossa. Juomamäärinä tämä tarkoittaa miehillä vähintään 24:ää ja naisilla vähintään 12:ta viikkoannosta. (Karlsson ym. 2013, 21.) Esimerkiksi alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksessa todetaan seuraavaa: Yksi alkoholiannos (n. 12 g alkoholia) on pullollinen keskio lutka tai siideriä, lasillinen eli 12 cl puna- tai valkoviiniä tai 4 cl viinaa. Pullo mietoa viiniä sisältää 6 annosta ja puolen litran kossupullo 13 annosta. Tuoppi A-olutta sisältää 2 annosta.

(<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00049>) (luettu 1.2.2016)

⁵ Luvun on arvioitu olevan alimitoitettu, sillä tutkijoiden mukaan haastateltavat aliraportoivat systemaattisesti omaa kulutustaan. Toisaalta paljon alkoholia käyttävät jättäytyvät pois tutkimuksista, eivätkä asunnottomat ja laitoksissa asuvat sisälly Juomatapatutkimuksen kohderyhmään. (Karlsson ym. 2013, 21.)

⁶ Suomalaisen huumeidenkäyttöä on selvitetty säännöllisten väestötutkimusten avulla vuodesta 1990 lähtien. Kyselyt perustuvat satunnaisotantaan. Toisaalta kyselylomakkeita ei ole lähetetty vailla vakinaista osoitetta oleville eikä laitoksissa asuville, mikä tarkoittaa sitä, ettei kysely tavoita kaikkia huumeiden ongelmakäyttäjiä. (Metso ym. 2012).

eli niistä, jotka olivat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana – naisia oli kolmasosa. Naisista suurimman ikäryhmän muodostavat 15–24-vuotiaat. (Hakkarainen & Karjalainen 2017.) Viranomaisten rekisteritietojen perusteella on arvioitu, että vuonna 2012 Suomessa oli 18 000–30 000 amfetamiinien ja opiaattien⁷ väärinkäyttäjää. Naisia arvioidaan olevan amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjistä lukumääräisesti 5 000–9 000, ja kaikkiaan ongelmakäyttäjistä naisten osuus on noin kolmannes (keskiluku 29 %). Erityisesti opiaatteja käyttävien naisten ryhmässä nuorten naisten (15–24-vuotiaat) osuus on huomattava, peräti 45 prosenttia. Naisten osuus kuitenkin vähenee tasaisesti vanhemmissa ikäluokissa. Kaikkiaan naisten osuuden arvioidaan kasvaneen amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjissä. (Ollgren ym. 2014, 502–504.) Toisaalta sukupuolten välisenä erona on havaittu, että esimerkiksi kannabiksen käytön yhteys aikuistumiseen ja itsenäistymiseen on miehillä ja naisilla erilainen: naisilla kannabiksen käyttö vähenee, mutta miesten sosiaalisessa elämässä ja kaveriporukoissa kannabiksella näyttäisi olevan vahva merkitys aikuisuuden kynnyksellä. (Hakkarainen, Metso & Salasuo 2011, 403–404.)

Naisille päihteiden käytöstä aiheutuvien terveyshaittojen osalta voidaan todeta seuraavaa: kun Suomessa 1960-luvulla ei naisilla esiintynyt juuri lainkaan alkoholiperäisiä maksasairauskuolemia, on naisten osuus maksasairauskuolemista lisääntynyt merkittävästi (Karlsson 2018, 22). Toisaalta vanhemmuusikäisten naisten keskuudessa päihdehoitojen, alkoholikuolemien ja alkoholisyistä sairaalahoidossa käyntien määrät laskivat jonkin verran vuodesta 2000, eikä vuoden 2004 alkoholin hintojen aleneminen lisännyt haittoja (Karlsson ym. 2013, 35). Lääketieteellisestä näkökulmasta tarkasteltuna naisen elimistö sietää päihteitä – erityisesti alkoholia – huomattavasti enemmän kuin miehen. Ylipäätään päihteisiin liittyvät vauriot ja terveyshaitat kehittyvät naisille alhaisemmalla käyttötasolla ja lyhyemmässä ajassa. Naisten päihdeongelmiin kytkeytyy myös erilaista psykiatrista sairastavuutta, itsetuhoisuutta sekä altistumista väkivallalle ja seksuaaliselle hyväksikäytölle. Alkoholinkäytöllä on myös endokrinologisia haittavaikutuksia, se vaikuttaa sukupuolihormoneihin ja voi naisilla johtaa esimerkiksi maskulinisoitumiseen ja hedelmällisyyden alenemiseen. Päihdeongelmaisen naisen kohdalla myös raskaus muodostaa terveydellisen riskin sekä äidille että vauvalle. Lisäksi huumeiden käytön osalta naisilla on miehiä korkeampi riski veriteitse leviäviin tauteihin (HIV, hepatiitit). (esim. Öjehagen 2000;

⁷ Amfetamiini johdoksineen on psykomotorinen stimulantti (kuten kokaiini), joka lisää liikeaktiivisuutta, aiheuttaa kiihtymystä ja euforiaa sekä vähentää väsymyksen tunnetta ja ruokahalua. Ominaista on voimakkaan psyykkisen riippuvuuden kehittyminen. Toleranssin kasvaessa tyypillisiä ovat useita vuorokausia kestävät käyttäjaksot, joissa ainetta ruiskutetaan suoneen 2–3 tunnin välein. (Ahtee 2003a.) Opiaateilla tarkoitetaan oopiumista peräisin olevia synteettisiä morfiinin kaltaisesti vaikuttavia yhdisteitä. Opioidit tuottavat voimakkaan hyvän olon tunteen, mitä pidetään tärkeimpänä pakonomaista käyttöä (addiktiota) motivoivana tekijänä. Opioidien käyttöön liittyy voimakas toleranssin kasvu, jolloin annosta täytyy lisätä vaikutuksen aikaan saamiseksi. (Ahtee 2003b.) Suomessa opioidien käyttö on viime vuosina ollut ennen kaikkea synteettisten lääkeoppioidien käyttöä. Näistä kahta – buprenorfiiniä ja metadonia – käytetään sekä päihteenä että vieroitus- ja korvaushoitolääkkeenä. (Varjonen 2015, 56.) Huumeiden käyttäjien keskuudessa buprenorfiini on Suomessa korvannut heroiniin (Tammi ym. 2011, 48).

Lynch, Roth & Carroll 2002; Sarkola & Eriksson 2002, 2003; Halmesmäki ym. 2007; Kay ym. 2010; Pitkänen ym. 2017.)

2.2 Hoitoon hakeutuminen

Naisten osuus myös sosiaali- ja terveydenhuollon asioinneista päihdeasioiden vuoksi on kasvanut, ja se oli viimeisimmän julkaistun tiedon mukaan 28 prosenttia⁸. Kaikkiaan naisten osuus on kasvanut tasaisesti vuoden 1987 laskennasta lähtien. Myös tässä tarkastelussa nuorten naisten osuus korostui laittomien huumeiden käyttäjien ryhmässä: naisista yli puolet (54 %) oli alle 30-vuotiaita, kun miehistä alle 30-vuotiaita oli 35 prosenttia (Kuussaari ym. 2014, 271). Koko elämänkaaren ajalta tarkasteltuna on tiedossa, että naiset hakeutuvat hoitoon harvemmin kuin päihdeongelmaiset miehet. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat monien tutkimusten mukaan päihdeongelman vakavuus ja motivaatiotaso. Sen sijaan sukupuolispesifit hoitoon hakeutumisesta ennustavat tekijät näyttäisivät riippuvan myös tutkimuskohteena olevasta väestöstä. (Greenfield ym. 2007a, 6.)

Naisten hoitoon hakeutumiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi naisen ikä, etninen tausta, kulttuuri, uskonto, seksuaalinen suuntautuminen, traumahistoria ja samanaikainen psykiatrinen sairaus. Toisaalta naisten päihdeongelmien tunnistamisessa voi olla puutteita, jolloin heitä ei osata samalla tavoin ohjata hoitoon (Westermeyer & Boedicker 2000; O'Neil & Maranda 2007; Bright ym. 2011). Naiset myös saattavat hakea apua terveysongelmiin, joiden yhteyttä päihdeidenkäyttöön ei aina tunnisteta (Öjehagen 2000; Kay 2010). Carla Green ym. (2002) ovat aikaisempaan tutkimukseen perustuen esittäneet, että naisten päihdeiden käyttöön liittyvät kokemukset häpeästä ja rooliristiriidoista saattavat osaltaan myötävaikuttaa siihen, että naisten päihdeongelmia hoidetaan miehiä todennäköisemmin mielenterveyspalvelujen yhteydessä, koska naiset kokevat nämä palvelut vähemmän leimaavina. Palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta tärkeitä ovat myös päihdeongelmaisten naisten omat kokemukset hoitoon hakeutumisesta ja asiakkuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa, jotta oikeanlaisen avun saamiseen vaikuttavat institutionaaliset ja rakenteelliset ongelmat voidaan tunnistaa ja niihin voidaan puuttua (Sorsa & Åstedt-Kurki 2013; Virokannas 2017).

Naisten päihdeongelmien vahvat sosiaaliset sidokset heijastuvat myös naisten hoitoon hakeutumiseen. Ensinnäkin sosiaalinen verkosto voi ylipäätään vaikuttaa naisen päihdeiden käyttöön, ja päihdeongelmaisilla naisilla on usein päihdeitä käyttävä puoliso, ystäviä ja perheenjäseniä. (Greenfield ym. 2007a, 6.)

⁸ Viitataan tässä Kuussaaren ym. (2014) tutkimukseen koskien päihdetapausasiointeja vuodelta 2011. Laskentoja on tehty 2000-luvulla vuosina 2000, 2003, 2007, 2011 ja 2015. Päihdetapauslaskennassa kerätään tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (ei lasten päivähoito) tapahtuvista päihde-ehdoisista asioinneista yhden vuorokauden aikana. Vuoden 2015 osalta käytössäni ei ollut vastaavia sukupuolen mukaan eriteltyjä tietoja, vaan tässä esittämäni luvut koskevat vuoden 2011 tietoja (Kuussaari ym. 2014).

Koska naisten päihdeongelmat ovat usein yhteydessä läheisiin ihmissuhteisiin, voi hoitoon hakeutuminen tarkoittaa näiden suhteiden vaarantumista (Greenfield & Grella 2009, 881). Samoin esimerkiksi väkivallan uhriksi joutuminen parisuhteessa voi vaikuttaa päihdeongelmaisen naisen hoitoon hakeutumiseen, jos se merkitsee riskiä väkivallan lisääntymiselle (Miller ym. 2000). Naisen hoitoon hakeutumiselle ja edelleen hoidossa pysymiselle voi olla merkityksellistä se, miten muu perheyhteisö ja lähiverkosto naisen päihdeongelmaan suhtautuvat ja millaista päihdehoitoa ne voivat tarjota (esim. Finkelstein 1994; Kelly ym. 2001; Tuchman 2010).

Lasten menettämisen pelon ohella päihdehoitoon hakeutumisen kynnyksymyksiksi ja suoranaiseksi esteiksi voivat muodostua naisten kokemukset heihin liitetyistä negatiivisista leimoista, henkilökunnan kielteiset ja stereotyyppisten varaan rakentuvat asenteet, omaan päihdeongelmaan liittyvä häpeä ja salailu, perhevelvollisuudet, lastenhoidon järjestämisen ongelmat, taloudelliset vaikeudet ja epäilykset tarjolla olevien palveluiden soveltumattomuudesta itselle. Lisäksi naisia saattavat estää hakeutumasta hoitoon epäluottamus palvelujärjestelmää ja sen työntekijöitä kohtaan, väkivaltainen ja dominoiva puoliso, monimutkainen perhetilanne, saatavilla olevan sosiaalisen tuen vähäisyys, raskaus ja siihen liittyvät pelot sanktioista ja ammattilaisten tuomitsevasta asennoitumisesta sekä asunnottomuus, palveluiden tiukat sisäänpääsykriteerit ja vankilatuomiot. (Nelson-Zlupko, Kauffman & Morrison Dore 1995; Grella ym. 1999; Marsh, D'Aunno & Smith 2000; Jessup ym. 2003; Greenfield ym. 2007a; Carlson 2006; Väyrynen 2006; Simpson & McNulty 2008; Greenfield & Grella 2009; Leppo 2012a.) Toisaalta on mahdollista, että naisten hoitopalvelujen lisääntynyt tarjonta voi joidenkin naisten osalta helpottaa hoitoon hakeutumista (Weisner 2005, 7; Greenfield & Grella 2009, 881).

2.3 Kulttuurinen ja päihdepoliittinen ulottuvuus

Naisten päihteiden käytön yleistymisessä ei ole kyse vain terveyskysymyksestä tai päihdekäyttäytymisestä. Naisten osalta alkoholin kulutuksen muutokset on liitetty myös osaksi laajempaa naisten aseman ja elämän historiallista muutosta, joka on ulottunut myös koulutuksen, seksuaalisuuden, äitiyden, ammatillistumisen ja työssäkäynnin sekä yhteiskunnallisen aseman ja roolien alueille (Carlson & Österberg 2010, 23; Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010, 50–51; Mäkelä, Tigerstedt & Mustonen 2010, 288–292). Tarja Orjasniemen (2005, 90) mukaan alkoholinkäytön sukupuolijärjestelmä toimii osaltaan yhteiskunnallisten muutosten kulttuurisena peilauspintana. Näin naisten alkoholinkäyttö toimii vapautumisen ja tasa-arvoistumisen mittarina (mt., 92). Esimerkiksi ns. bilejuomisessa sekä naisten että miesten kohdalla pätee sama logiikka, eikä humaltuminen tai runsas alkoholinkäyttö tässä kontekstissa tuota mitään erityistä kontrollia tai paheksuntaa suhteessa naisten käyttäytymiseen (Maunu 2014, 170). Juomisesta, bilettämisestä ja muista kehollisista nautinnoista on 2000-luvulla tullut – kuten Antti Maunu (2014) nimittää – jokamiehen kulttuurioikeuksia, joiden suhteen

yksilö on vapaa toimimaan sukupuolesta tai muista taustalähtökohdista riippumatta (Maunu 2014, 16).

Naisten ja miesten juomatapojen lähentymisestä huolimatta sukupuolieroja on edelleen olemassa, eivätkä naiset ole sellaisenaan omaksuneet miehisiä juomatapoja. Naisilla ja miehillä on toisistaan poikkeavia tarpeita, motiiveja ja syitä juomiselle, ja myös seuraukset ovat sukupuolittuneita. Näyttäisi pikemminkin siltä, että naiset ovat muokanneet juomatapoja itselleen sopiviksi. (Holmila & Raitasalo 2005; Simonen 2013.) Naiset eivät myöskään muodosta homogeenista ryhmää esimerkiksi alkoholinkäytön suhteen, vaan sillä on sidoksia sosiaaliseen ryhmään (Orjasniemi 2005, 93) ja toisaalta sukupolveen (Simonen 2013, 72–75). Jenni Simosen (2013, 74–75) mukaan nuoremmat ja vanhemmat naiset elävät alkoholinkäytön suhteen erilaisissa todellisuuksissa, joissa käsitykset juomisesta, humalasta sekä feminiinisinä ja maskuliinisina pidetyistä alkoholinkäyttötavoista vaihtelevat. Siinä missä vanhempien naisten juomisessa esille tuleva ja feminiinisyyteen liitettävä hoivarationaalisuus suuntautuu miehiin, kohdistavat nuoremmat naiset huomionsa omaan ja kaveriporukan juhlintaan, hauskanpitoon ja ystävien auttamiseen. Toisaalta myöskään naisten päihteiden käyttöön edelleen kohdistuva julkinen paheksunta ei samalla tavalla näytä tavoittavan nuorten naisten juomiseen liittyvää itsetietoisuutta. (Simonen 2013, 75–76.)

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntymisessä on ollut kysymys sukupolvi- ja nuorisoilmioista. Huumeet ovat ylipäättään tulleet tutummiksi suomalaisessa yhteiskunnassa; kyse on *sosiaalisesta altistuneisuudesta* huumeille. Tällä tarkoitetaan sitä, että joko henkilö tuntee jonkun huumeita käyttävän tai että hänelle itselleen on tarjottu tai kaupattu huumeita. Sosiaalisen altistuneisuuden myötä huumeisiin liitetyt pelot ovat lievittyneet ja asenteet muuttuneet myönteisemmiksi. Toisaalta asennemuutokset koskevat lähinnä kannabista, kun taas muihin huumeisiin suhtaudutaan edelleen kriittisesti. (Metso ym. 2012; Varjonen 2015; Hakkarainen ym. 2017.) Huumeiden käyttö on arkipäiväistynyt, ja sillä on vahvempi asema kaupunkilaistuneen nuorison juhlimistavoissa ja myös ongelmakäytössä. (Varjonen 2015, 29; Salasuo & Rantala 2002, 64–65.) Kari Salasuo ja Kati Rantala (2002, 58) kirjoittavat huumeiden viihdekäytöstä, joka voidaan jakaa aineiden ja käytön sisällön, miljöön ja tavoitteen perusteella kahteen osaan: juhlimiseen ja tajunnanlaajentamiseen. Huumeiden viihdekäytössä on kyse myös tavasta viettää vapaa-aikaa, kokea uutta, irrottautua todellisuudesta sekä pyrkiä hetkellisesti äärimmäiseen nautintoon ja parempaan juhlimiskokemukseen (Salasuo & Rantala 2002, 57). Toisaalta viihdekäyttö jo käsitteenä kyseenalaistaa yhteiskunnallisia tabuja huumeiden käytöstä ja niiden käyttäjistä ja häivyttää huumeisiin liittyvää ongelmapuolta (Väyrynen 2007, 35). Sanna Väyrysen (2007, 197) mukaan huumeekokeilut ovat nuorille naisille yksi tapa kyseenalaistaa ja koetella rajoja. Huumeekuvioihin liittyy nuorten naisten mielikuvissa jännitystä, glamouria ja mahdollisuus erottautua keskiverrosta (mt. 198). Huumeiden käytöllä voidaan myös protestoida ja rikkoa perinteisiä patriarkaalisia arvoja ja stereotyyppisiä käsityksiä naisista (Friedman & Alicea 2001, 88–89). Kuitenkin syvän riippuvuuden tasolla huumeekuviot ovat pohjimmiltaan

hyvin maskuliininen, mieskeskeinen toimintakenttä, ja naisen positio siellä voi olla hyvin alisteinen ja vaikea (Ojanen 2006; Väyrynen 2007; Perälä, Kainulainen & Tammi 2012).

Päihdemyönteisen kulttuuri- ja asenneilmaston yhtenä piirteenä Suomessa on puuttumattomuus toisten juomiseen (Orjasniemi 2005, 66). Alkoholipolitiikkaa toteutetaan yksilön ja yhteiskunnan jännitteisessä kentässä, jossa on kyse yksilön omasta vastuusta alkoholiongelman suhteen ja toisaalta valtion legitimitä oikeudesta harjoittaa alkoholipolitiikkaa (Mustonen ym. 2001; Orjasniemi 2005; Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013). Uusliberalistiseen ajatteluun sisältyy käsitys ihmisen yksityisestä vastuusta ja oikeudesta olla "tulematta holhotuksi" valtion taholta, joskin samalla paheksutaan ja keskustellaan kontrollin ja sanktioiden suuntaamisesta niihin, joille päihteistä on tullut ongelma (esim. Orjasniemi 2005, 83–86). Erityisesti huumeiden käyttäjiin liittyy vahvaa kielteistä asennoitumista, jopa suoranaista narkofobiaa (Partanen 2002, 16–19), ja eniten apua tarvitsevat voivat jäädä sen ulkopuolelle (Perälä 2007; Perälä, Kainulainen & Tammi 2012; Virokannas 2017). Myös ammattilaisten keskuudessa käsitykset esimerkiksi päihdeongelmalliselle ihmiselle asettautuvasta moraalista vastuusta vaihtelevat (Pennonnen & Koski-Jännes 2010). Hoidon ja ennaltaehkäisyä näkökulmasta merkityksellisiä ovat ne oletukset ja odotukset, joita liitetään päihdeongelman syihin, seurauksiin ja toimivaan hoitoon, sekä se, missä määrin nämä käsitykset sisältävät ymmärryksen erilaisten sosiaalisten tekijöiden kasautumisen merkityksestä (Goldberg 1999). Yhteiskunnan tasolla mielipideilmaston kiristyminen voi liittyä siihen, että alkoholi- ja päihdehaittoja arvioidaan siitä näkökulmasta, mitä häiriötä ja haittoja ne tuottavat päihteidenkäyttäjien lähiympäristölle ja yhteiskunnan instituutioille (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 7).

Yksilötasolla erityisesti alkoholinkäyttöön liittyvät positiiviset kulttuuriset merkitykset, lupa julkiseen humaltumiseen ja juomisen sosiaalinen paine eivät tue pyrkimyksiä raitistua, kun raittius tai päihteettömyys eivät saa yksiselitteisesti myönteisiä määreitä. Juoma- tai käyttöporukan tarjoama yhteisöllisyys ei kannakaan enää tässä vaiheessa. Juhlissa, illanistujaisissa ja mitä moninaisimmissa yleisötilaisuuksissa alkoholista kieltäytymistä joutuu selittelemään ja jopa häpeämään. (Mustonen ym. 2001, 275; Orjasniemi 2005, 67–69.) "Toisen" alkoholiongelma tai raittius on tabu "muille", normaaleille ja tavallisille (vrt. Seppänen 2012⁹). Antti Maunun (2014) 2000-luvun nuorten kaupunkilaisaikaisten biletystä koskevassa sosiologian väitöstutkimuksessa tuodaan esille se, miten "tavisbilettäjän" juominen on hallittu sosiaalinen tekniikka ja miten "tavis-

⁹ Lääkäri Juhani Seppänen (2012) kuvaa omakohtaisia kokemuksiaan koskevassa kirjassaan *Selvästi juovuksissa* osuvasti raitistumisen ja päihteistä kieltäytymisen haasteita suomalaisen kulttuurin kontekstissa. Kärjistävään tyyliin Seppänen (2012, 221) kirjoittaa seuraavasti: "Raitistunut on Suomessa samassa asemassa kuin työtön, varoittavana esimerkkinä yhteisön ulkopuolella, ei ehkä täysin omaa syytään, mutta tietynlaista heikkoutta osoittaen kuitenkin. Sellainen voi tarttua. Sellaista pitää karttaa"...."Moni julkiraitis on enemmänkin julkialkoholisti. Hän toimii muille sopivana *benchmarkkaajana*. Seisoo nurkassa häpeämässä. Raitis on se, joka saa opetella olemaan hienovarainen muita kohtaan. Hän peittelee, salailee, juo näköisviinaa, tekee kaikkensa, ettei vaarantaisi muiden nautintoa" (Seppänen 2012, 221).

bilettäjältä” edellytetään vastuullisuutta oman toiminta- ja yhteistyökyvyn säilyttämisessä. Sosiaalista erottautumista tehdään alaluokan tyyliin, syrjäytyneisiin, alkoholisoituneisiin tai muihin ongelmiinsa hautautuneisiin bilettäjiin. (Maunu 2014, 84, 170–171.)

Toisaalta päihteiden käytön yleistymistä voidaan kulttuurisena ilmiönä peilata esimerkiksi addiktiokeskusteluun, joka nostaa esille riippuvuuskäyttämisen sosiaaliset ja yhteiskunnalliset sidokset: esimerkiksi sosiologi Anthony Giddens (1995) liittyy addiktiivisen käyttäytymisen lisääntymisen traditioiden purkautumiseen. Giddens näkee riippuvuuden olevan seurausta nykyaikaisesta yksilöllistymisestä, jossa perinteiden tarjoamat kehykset ja toimintahorisontit eivät enää suuntaa ihmisen identiteetin rakentumista tai tarjoa pysyviä moraalisia kiinnittymiskohtia. (Giddens 95–108.) Ihminen voi potentiaalisesti tulla riippuvaiseksi mistä hyvänsä elämäntyylinsä muodosta, mikä on Giddensin näkemyksen mukaan osoitus traditioiden purkautumisesta (Giddens 1995, 103). Suomessa tätä traditioiden murenemistä on edistänyt nopea yhteiskunnallinen rakennemuutos, jossa kaupungistumisen myötä anonymiteetti on yleistynyt ja lähiyhteisöt ovat kokeneet oman muutoksensa. Tämän rinnalla esiintyneet alkoholin saatavuuteen liittyvät poliittiset toimenpiteet ja pyrkimys eurooppalaisiin juomatapoihin ovat väistämättä seikkoja, jotka tulee huomioida tarkasteltaessa myös päihdeongelmien yleisyyttä ylipäätään. (Koski-Jännes 2006, 273.)

2.4 Äitiys, perhe, parisuhde ja miehet

Naisten päihdeongelmat yhdistetään vahvasti lapsiin, perheeseen ja äitiyteen. Erilaiset tutkimukset, selvitykset ja raportit osoittavat vaihtelevia lukuja *äitien ja perheissä esiintyvien päihdeongelmien suhteen*. Esimerkiksi lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointieroja koskevassa tutkimuksessa havaittiin alkoholin liikkakäytön olevan hyvin tavallista lapsiperheissä. Tässä tutkimuksessa 6 prosenttia äideistä ja isistä jopa 28 prosenttia käytti alkoholia siten, että alkoholinkäytön riskin voitiin todeta olevan vähintään lievästi kohonnut. (Kaikkonen ym. 2012, 156–160.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) toteutetussa rekisteritutkimuksessa puolestaan havaittiin pienten lasten äitien päihderiippuvuuden lisääntyneen vuosina 1991–2002 (Holmila ym. 2013). Rekisteritietojen perusteella 0–6-vuotiaiden lasten äideistä kahdella prosentilla arvioitiin olevan päihderiippuvuus (Holmila ym. 2013, 39–40). Rekisteröintimerkinnöistä suurin osa liittyi alkoholinkäyttöön, mutta eniten vuosina 1991–2009 olivat lisääntyneet huumesairausten ja huumehoidon laitosmerkinnät synnyttäneillä äideillä (Holmila ym. 2013, 45)¹⁰. Tarkkoja lukuja äitien päihdeongelmien yleisyydestä

¹⁰ Raskaana olevien äitien päihdeongelmien yleisyyden osalta on usein viitattu Marjukka Pajulon ym. (2001) tekemään tutkimukseen, jossa selvitettiin raskauden aikaisen masennuksen ja päihdeongelmien esiintymistä. Tutkimus kerättiin neljän eteläsuomalaisen kaupungin äitiysneuvoloista raskaana olevilta naisilta, joiden raskaus oli kestänyt 14–35 viikkoa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui anonymisti. Lomake jaettiin 575 äidille (potentiaalisia vastaajia laskettiin olleen 680), joista lopulta 391

on käytännössä vaikea esittää, sillä Suomessa ei esimerkiksi ole saatavilla selkeää tutkimus- ja tilastotietoa vanhemmuusvastuussa olevien haitallisen alkoholinkäytön yleisyydestä ja rekisteritiedoissa on puutteita (Karlsson ym. 2013, 35; Holmila ym. 2013, 43).

Äitien ja ylipäätään vanhempien päihdeongelma näyttäytyy vahvasti myös *lastensuojelullisena kysymyksenä* (esim. Koponen 2006; Hyytinen 2007; Young, Boles & Otero 2007; Osterling & Austin 2008; Taylor ym. 2008; Dauber ym. 2012). Lastensuojeluinterventioiden tarpeen ja vanhempien päihdeongelman välisen yhteyden selvittäminen on sikäli haasteellista, että esimerkiksi kodin ulkopuolelle sijoitettuja tai huostaan otettuja lapsia koskevassa tilastoinnissa ei ole valtakunnallisesti yhteisiä tietoja äitien ja isien päihteiden käytön merkityksestä. Yksittäisistä tutkimuksista saadaan joitakin tietoja huostaanottojen yhteydestä vanhempien päihdeongelmiin (esim. Myllärniemi 2006; Halmesmäki ym. 2007; Sarkola ym. 2007; Kahila 2011; Kataja 2012; Holmila ym. 2013; Raitasalo ym. 2015). Esimerkiksi Marja Holmilan ym. (2013, 42) rekisteritutkimuksessa havaittiin, että äitien päihdeongelmalla näyttäisi olevan yhteys pienten lasten tapaturmariskiin, somaattiseen sairastavuuteen sekä psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöihin. Samoin lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat huomattavasti yleisempiä, jos äidillä on päihdeongelma: esimerkiksi vuonna 2002 syntyneistä päihdeongelmaisten äitien lapsista 38 prosenttia oli sijoitettu kodin ulkopuolelle ainakin kerran seitsemän ensimmäisen elinvuoden aikana, kun vastaava luku kaikkien lasten kohdalla oli vain yksi prosentti. Holmila ym. (2013, 42) katsovat tuloksen kertovan toisaalta kasvuympäristön vakavista puutteista ja toisaalta yhteiskunnan reagoimisesta lastensuojelullisiin interventioihin. Holmila ym. (2013, 43) myös arvioivat, että äitien päihdeongelma näyttäisi olevan lisääntyvässä määrin lasten sijoitustarpeen taustalla.

Päihdeongelmaisen naisen äitiys on lähtökohtaisesti riskeillä latautunutta, se rikkoo normatiivista ja ideologista hyvän äitiyden kuvaa ja herättää huolta äidin kyvystä ja soveltuvuudesta toimia vanhempana sekä huolehtia lasten turvallisuudesta, kasvusta ja kehityksestä (Baker & Carson 1999; Brownstein-Evans 2001; Kandall 2010). Myös äitien omissa kokemuksissa nousevat esille kokemukset leimatuksi tulemisesta, särkyvästä äitiydestä ja riittämättömästä vanhemmuudesta päihdeongelman yhteydessä (Törmä 2011; Virokannas 2011; Fowler ym. 2014; Howard 2015). Toisaalta vanhemmuus ja lapset voivat myös toimia kuntoutusta tukevana elementtinä (esim. Sinko & Virokannas 2009; Hyytinen 2007; Ruisniemi 2006b).

On kuitenkin ongelmallista, jos miehet sivuutetaan naisten ja äitien päihdeproblematiikan käsittelyssä ja palvelujärjestelmässä ja jos päihdeongelma

palautti lomakkeen (68 %). Tutkimuksessa havaittiin, että raskaana olevista äideistä 6,4 prosentilla oli päihdeongelma (n=24) ja masennus todettiin 7,7 prosentilla. Pajulon ym. (2001) esittämään lukuun on kuitenkin suhtauduttu myös kriittisesti ja kyseenalaistettu sen yleistettävyys ja tutkimuksessa käytettyjen mittarien soveltuvuus (ks. tarkemmin Mäkelä 2009). Käytännössä ei ole tarkkoja tietoja esimerkiksi raskaudenaikaisen alkoholinkäytön yleisyydestä; samoin haasteita sisältyy alkoholialtistuksen aiheuttamien sikiövaurioiden diagnostiikkaan (Autti-Rämö, Fagerlund & Korkman 2008; Autti-Rämö, Gissler & Ritvanen 2011).

puuttumista edellyttävänä (perhe)ongelmana kietoutuu kapeasti äitiyteen, si-kiövaurioihin ja lapsiin isien ja miesten jäädessä katveeseen (Nätkin 2006a; 2006b). Isyyden, mieheyden ja päihdeongelman yhdistävää tutkimusta ei ylipäätään ole, väittää Arttu Salo (2017, 641). Miehillä kulttuurisesti sallitut ja hyväksyttävänä pidetyt päihteidenkäyttötavat voivat kuitenkin lasten ja perheiden näkökulmasta olla ongelmallisia (Salo 2017, 648). Isien päihdeongelmat näkyvät perheiden arjessa, ne heijastuvat isien vanhemmuuteen, lasten kokemuksiin ja ovat osa päihdeongelmien ylisukupolvista välittymistä. Tutkimus on esimerkiksi tuonut esille jo aikuistuneiden poikien kokemusmaailmassa päihdeongelman syövereihin kadonneen ja väkivaltaisen isän, epäonnistuneen miehen mallin sekä sen, miten tuskallisia muistoja tähän kokonaisuuteen liittyy isä-poikasuhteen ja pojan maskuliinisen identiteetin kehittymisen näkökulmista. (Itäpuisto & Grönfors 2004; Kosonen 2011; Pirskanen 2011.) Toisaalta päihdeongelmaiset äidit voivat kokea syyllisyyttä siitä, että lapselta puuttuu isä yksinhuoltajuuden ollessa tavallinen elämän realiteetti (Mäkiranta 2005, 51; Nätkin 2006b, 46). Hoitojärjestelmässä puolestaan on yritetty löytää paikkaa isille ja koko perheen kuntouttamiselle (Nätkin 2006b; Hyytinen 2007).

Miehet tulevat ylipäätään mukaan osaksi naisten päihdeproblematiikkaa eri tavoin. Esimerkiksi Stephanie Covingtonin (2002) mukaan tutkimuksissa on tunnistettu erilaisia tapoja, joilla naisten suhteet miehiin välittyvät sekä naisten päihteiden käyttöön että päihdeongelmasta toipumiseen: Ensinnäkin miespuoliset kumppanit usein tutustuttavat naiset alkoholiin ja huumeisiin sekä toimivat aineiden välittäjinä naisille riippuvuuden synnyttyä. Päihdeongelmaisten naisten parisuhteissa voi esiintyä myös naisiin kohdistuvaa suoranaista painostamista ja pakottamista päihteiden käyttöön sekä seksuaalisiin tekoihin rahan tai huumeiden hankkimiseksi miehelle (Call & Nelsen 2007). Naisten suhteet miehiin sisältävät paljon pettymyksiä tilanteissa, joissa miehet usein joutuvat vankilaan tai jättävät naisen yksin lasten kanssa. Naiset jäävät tällöin vaille kaipaamaansa emotionaalista tukea mieheltä ja päätyvät edelleen lohduttamaan itseään päihteiden käytöllä. (Covington 2002.)

Naisten päihdeongelmien yhteydessä tulee usein esille myös naisten kokemus parisuhdeväkivallasta. Väkivallan, parisuhteen ja päihdeongelmien muodostama kokonaisuus sisältää naisten päihdeongelman kehittymiseen, toimintakykyyn, sosiaaliseen eristäytymiseen ja avunsaantiin välittyviä tekijöitä (El-Bassel ym. 2001; Call & Nelsen 2007; Lee, Ju & Lightfoot 2010). Esimerkiksi yhdysvaltalaisen Christine Callin ja Judith Nelsenin (2007) tutkimukseen osallistuneista naisista (n=125) osa näki selvän yhteyden oman päihdeongelmansa ja parisuhteensa sekä toisaalta lapsuudessa koetun väkivallan ja hyväksikäytön välillä. Naisista huomattava osa ilmoitti kokeneensa parisuhteessa psyykkistä (40,8 %), fyysistä (49,6 %) ja seksuaalista (32,8 %) väkivaltaa ennen kuin päihdeistä tuli heille ongelma. Lapsuudessa fyysistä väkivaltaa kertoi kokeneensa lähes 70 prosenttia ja seksuaalista hyväksikäyttöä yli 50 prosenttia naisista. Yli puolella naisten nykyisistä puolisoista oli myös päihdeongelma. (mt.) Nabila El-Basselin ym. (2001) metadon-korvaushoidossa olevia naisia koskevassa haastattelututkimuksessa nousi esille keskeisenä avunsaantia vaikeuttavana seikkana

miehen vahva, naisen elämään kokonaisvaltaisesti kohdistama kontrolli ja naisen sosiaalinen eristäminen. Samoin raportoitiin esimerkiksi kotiin tai erilliseen huoneeseen lukituksi joutumisesta.

On kuitenkin syytä huomioida, että väkivallan, parisuhteen ja päihdeongelmien muodostama yhtälö on kompleksinen. Näin on esimerkiksi sen suhteen, missä määrin väkivaltaa on yhteydessä päihteiden käyttöön, mihin muihin mahdollisiin seikkoihin väkivalta liittyy, käyttääkö väkivaltaa nainen vai mies vai kummatkin tai miten naisen päihdeongelman tulkitaan liittyvän parisuhdeväkivallan kokemuksiin¹¹ (ks. tarkemmin esim. Cunradi, Caetano & Schafer 2002; Testa; Livingston & Leonard 2003; Foran & O'Leary 2008; Piispa 2013). Heather Foran ja Daniel O'Leary (2008) toteavat, että aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu erilaisia tuloksia alkoholinkäytön ja väkivallan esiintymisen välisistä yhteyksistä ja niiden vahvuudesta, ja samalla teoreettiset selitykset ilmiölle ovat vaihdelleet. Esimerkiksi Carol Cunradin ym. (2002) tutkimuksessa sekä naisen että miehen alkoholinkäyttö lisäsi riskiä kohtalaisen tai vakavan väkivallan esiintymiselle ja naisten osalta sama vaikutus oli myös huumeiden käytöllä; sen sijaan miehen huumeiden käyttö ei lisännyt huomattavan tai vakavan väkivallan riskiä. Maria Testan ym. (2002) tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että naisen huumeiden käyttö lisäsi riskiä väkivallan kokemiseen, kun taas juomisella ei vastaavaa yhteyttä havaittu. Testa ym. (2002, 1650) muistuttavat, että tutkimuksissa esitetyt havainnot siitä, että naisen päihteiden käyttö lisää riskiä parisuhdeväkivallan kokemiselle ja uhriutumislle on eri asia kuin tästä tuloksesta tehtävät tulkinnat. Interventtioiden kannalta merkityksellinen havainto on, että puolison osallistuminen päihdehoitoon voi vähentää hänen väkivaltaisuuttaan, vaikka hoito sinällään ei fokuisoituisi väkivalta-problematiikkaan (esim. O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy & Murphy 2003; Stuart ym. 2003).

Yhdysvaltalaiset Shulamith Lala Ashenberg Straussner ja Patricia Rose Atia (2002, 23) ovat esittäneet, että (amerikkalaisten) naisten päihteiden käytön tarkastelu historiallisesta kontekstista käsin osoittaa naisten addiktioiden ole-

¹¹ Joissakin tutkimuksissa on todettu sekä tekijän että uhrin päihdeongelman lisäävän riskiä parisuhdeväkivallan esiintymiselle (esim. Cunrad ym. 2002; White & Chen 2002). Ann Cokerin ym. (2000) tutkimuksessa puolestaan naisen oma päihteiden käyttö ei vaikuttanut miehen väkivaltaisuuteen. Stephanie Covington (2002) toteaa omiin aikaisempiin tutkimuksiinsa viitaten, että päihdeongelmaisilla naisilla on muita naisia enemmän kokemuksia väkivallasta ja hyväksikäytöstä elämänsä aikana. Covington katsoo väkivallan ja traumojen muodostavan syklisen kokonaisuuden, jossa jo lapsena väkivaltaa kokenut nainen on aikuisena alttiimpi väkivallalle. Nabila El-Bassel ym. (2001) väittävät, että päihdehoitossa olevien naisten osuudet parisuhdeväkivallan kokemisesta ovat kaksin- tai kolminkertaiset verrattuna muihin naisiin. Suomessa Hanna Kahilan (2011) väitöstutkimuksessa päihdeongelmaisten naisten (n= 524) kuolleisuuden havaittiin olevan 38-kertainen 6-15 vuoden seurantaajaksolla verrattuna muihin naisiin. Riski väkivaltaiseen tai onnettomuuden seurauksena tapahtuvaan kuolemaan oli erityisesti kohonnut. Hee Yun Leen ym. (2010) haastattelututkimuksessa runsaat 68 prosenttia päihdeongelmaisista naisista (n=114) kertoi kokeneensa viikoittain väkivaltaa puolisonsa taholta ja 60 prosenttia ilmoitti puolison joko uhanneen tai käyttäneen asetta tai veistä vähintään kerran väkivaltilanteessa. Brenda Miller ym. (2000) ovat tuoneet esille, että päihdeongelmaisten naisten kokemien väkivallan yleisyyttä koskevat arviot perustuvat usein yksittäisistä hoitopaikoista kerättyihin tietoihin ilman vertailuryhmiä. Lisäksi Miller ym. (2000) kritisivat sitä, että tutkimusotoksissa painottuvat matalan sosioekonomisen taustan omaavat naiset.

van sidoksissa heidän riippuvuuteensa miehistä eri tavoin sekä toisaalta naisten asemaan ja rooleihin yhteiskunnassa. Straussner ja Attia (mt.) kuitenkin toteavat, etteivät naiset välttämättä ole vain passiivisia uhreja, vaan naisilla on yhtä lailla valtaa ja he voivat käyttää sitä joko itsensä voimaannuttamiseen tai tuhoamiseen. Ashenberg Straussner ja Attia katsovat, että hoidon tehtävänä on auttaa naisia tunnistamaan tuo heillä oleva valta ja käyttämään sitä omaksi edukseen. (Ashenberg Straussner & Attia 2002, 23.) Palvelu- ja hoitojärjestelmän kontekstissa polarisoitunut mieskuva tai ”roistoroolituksen” (Nätkin 2006b, 46–47) osoittaminen yksinomaan miehille on vähintään yhtä kyseenalaista ja epäoikeudenmukaista kuin päihdeongelmaisiin naisiin kohdistuva yksioikoinen moralisointi, leimaaminen ja kontrollipuheet. Ruotsalainen päihdetutkija Eva Samuelsson (2015, 201) on huomauttanut, että pitäytyminen naisten ja miesten välisten erojen stereotyyppisessä tarkastelussa voi tuottaa diskriminoivia käytäntöjä päihdehoitoon patologisoimalla naisten toimintaa ja samalla väheksymällä miesten tarpeita.

2.5 Psykososiaaliset ongelmat ja haavoittuvuus

Tutkimuksissa päihdeongelmaiset naiset on usein esitetty uhreina, heikkoina, itsetuhoisina ja epävarmoina yksilöinä, jotka ovat sairaampia ja psykologisesti häiriintyneempiä kuin vastaavassa tilanteessa olevat päihdeongelmaiset miehet (Neale 2004). Samoin naisten kohdalla on havaittu erilaisten traumakokemusten, psykiatristen ongelmien ja päihderiippuvuuden toisiinsa kietoutuminen (esim. Powis ym. 2000; Hien ym. 2004; Cohen & Hien 2006; Coccozza ym. 2005; Covington 2008; Blakey & Bowers 2014). Sosiaalitieteellisestä näkökulmasta tarkasteltuna keskiöön naisten päihdeongelmien ymmärtämisessä ovat puolestaan nousseet perheeseen ja kasvuympäristöön liittyvät tekijät ja kokemukset (esim. Henderson 1997; Howell & Chasnoff 1999; Sacks, McKendrick & Banks 2008), yhteiskunnassa vallitsevat sukupuoliroolit odotuksineen ja sosialisatioon liittyvät kysymykset (Friedman & Alicea 1995; Kearney 1998; Ettorre 2004).

Fiona Martin ja Shaughney Aston (2014) ovat tarkastelleet kriittisesti naisten ja äitien päihdeongelmiin kohdistuvaa tutkimusta. He havaitsivat omassa tutkimuskatsauksessaan, että kaksi keskeistä piirrettä teki naisista erityisen hoitopopulaation: toisaalta suhteellinen tai korostunut haavoittuvuus sekä toisaalta reproduktiokyky ja lastenhoidon velvollisuudet. Haavoittuvuuden osalta esille nousivat erilaiset päihteiden käytöstä aiheutuvat fyysiset ja psykososiaaliset haitat, yhtäaikaiset mielenterveysongelmat, traumat, koettu hyväksikäyttö ja uhriutumisen. Joissakin tutkimuksissa tehtiin jopa suoria kausaalipäätelmiä uhriutumisen ja päihteiden käytön välille. (Martin & Aston 2014, 344–346.) Äitien ja lasten huolenpitovastuun osalta tutkimuksissa nostettiin esille raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön liittyvät terveysriskit, hoitoon hakeutumisen esteet sekä äidin päihteiden käytön vaikutukset lapsiin. (mt. 446.) Katsauksen tutkimuksissa korostettiin myös naisten moninaisia tarpeita verrattuna

miehiin ja tuotiin esille tarve sukupuolen huomioiviin lähestymistapoihin sekä kokonaisvaltaisiin ja integroituihin palveluihin.

Naisten päihdeongelmat kietoutuvat usein koko elämään perhe- ja ihmisuhteiden ohella: työhön, asumiseen, taloudelliseen toimeentuloon, psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen sekä rikollisuuden ja väkivallan kysymyksiin, jotka tuottavat hyvin laaja-alaista huono-osaisuutta ja monia psykososiaalisia ongelmia (Granfelt 1998, 174, 176; 2004, 197; 2007, 85; Mäkiranta 2005, 47–50, 75). Näin ollen hoidon kapea fokuoituminen päihdeongelmaan peittää helposti alleen myös monia sosiaalisia kysymyksiä – esimerkiksi köyhyyden ja kodittomuuden – sekä ne olosuhteet, joihin naisten päihteiden käyttö kytkeytyy (Marcellus 2004, 739). Esimerkiksi päihdeongelmien, köyhyyden ja väkivallan kokemusten ylisukupolvisen välittymisen kysymykset on tärkeää tiedostaa ja ymmärtää (Comfort & Kaltenbach 1996; Howell ym. 1999; Orwin 2001; Liebschutz ym. 2002). Tässä kohden on aiheellista mainita lääketieteen parissa tehdyt tutkimukset äitien päihdeongelmista ja niihin kiinnittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä kysymyksistä. Sosiaalityön ammattikäytäntöjen näkökulmasta kyse on tärkeästä epidemiologisesta tutkimuksesta. Näissä tutkimuksissa on esimerkiksi seurattu HUS:n synnytyssairaaloiden erityisäitiyspoliklinikoiden asiakkuudessa olleita raskaana olevia päihdeongelmaisia äitejä ja heidän lastensa tilanteita raskauden aikana ja sen jälkeen. Osassa tutkimuksia on myös tehty vertailua päihdeongelmaisten äitien ja muiden äitien välillä. Sosiaalityön interventioiden kehittämisen ja naisten päihdeproblematiikan ymmärtämisen näkökulmasta merkityksellisinä näissä tutkimuksissa voidaan pitää esimerkiksi havaintoja sosiaalisesta huono-osaisuudesta, ongelmien kasautumisesta ja pitkäkestoisuudesta, sosiaaliturvaetuuksien käytöstä, lasten huostaanotoista, niitä ennakoivista seikoista sekä lastensuojeluasiakkuudesta ja lasten palvelutarpeita koskevista tiedoista. (esim. Halmesmäki ym. 2007; Sarkola ym. 2007; Kahila ym. 2010; Kahila 2011; Sarkola ym. 2011.)

Yhden mahdollisen tavan tarkastella naisten päihdeongelmia tarjoavat esimerkiksi feministisen sosiaalityön ja psykoterapian lähestymistavat. Ne avaavat naisten elämään kytkeytyvien sosiaalisten ongelmien rakenteellisten lähtökohtien ymmärtämistä. Niissä on korostettu naisten ongelmien psykologisoinnin ja yksilöön palautumisen sijaan yhteiskuntaan, valtaan ja rakenteisiin liittyviä elementtejä sukupuolen huomioivalla tavalla: feministisen sosiaalityön ja terapian piirissä naisten ongelmat on pyritty liittämään laajempiin yhteiskunnallisiin rakenteisiin, jotka välittyvät naisten kokemuksiin ja elämäntilanteisiin (Dominelli 2002; Worell & Remer 2003; Orme 2002). Feministisessä terapiassa naisten psyykkiset ongelmat ja oireet nähdään yksilön pyrkimyksenä kommunikoida omien elämäkokemustensa kanssa, selviytymisstrategioina ja normaaleina reaktioina alistuksen kokemuksiin, ja niiden katsotaan liittyvän naisten sosialisointiin ja rooliristiriitoihin. (Israeli & Santor 2005; Evans, Kincaide, Marbley & Seem 2005; Worell & Reder 2003.) Feministisessä sosiaalityössä naisten yksilöllisten ongelmien on katsottu olevan kollektiivisia, kaikkia naisia koskevia ongelmia, ja ne ymmärretään lähtökohdiltaan yhteiskunnallisina ja sosiaalisina. Niin ikään naisten kokemuksia on jäsennetty sukupuolten välisten

epäsymmetristen valtasuhteiden kautta. (Dominelli & McLeod 1989, 21–33.) Naislähtöistä sosiaalityötä (*woman-centred practice*) 1980-luvun lopulla kehitelleet brittiläiset sosiaalityön tutkijat Jalna Hanmer ja Daphne Statham (1989) totesivat tuolloin, että naisten ongelmissa tulee nähdä yhtä lailla niihin sisältyvät yksilölliset tekijät kuin ongelmien sosiaaliset, taloudelliset ja poliittiset puolet. Hanmerin ja Stathamien mukaan naisten ongelmien jäsentäminen tällä tavoin edellyttää myös työotteelta moniulotteista lähestymistapaa (Hanmer & Statham 1989, 124).

Naisten ongelmien rakenteellisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien tiedostaminen ei tarkoita siis sitä, että työskentelyssä sivuutetaan yksilön sisäinen kokemusmaailma, elämänhistoria ja tosiasialliset teot seurauksineen tai että ongelmat tulkitaan naisalituksen tai sorron kokemusten kautta (vrt. Dominelli & McLeod 1989; Israeli & Santor 2005, 234). Sen sijaan kyse on sukupuolen ja naiseuden merkityksen huomioimisesta osana ongelmien rakenteellisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Esimerkiksi feministinen terapia käsittää asiakkaiden olevan kiinnittyneitä sosiaalipoliittisiin ja kulttuurisiin konteksteihin, ja kestävä psykologisen muutoksen katsotaan edellyttävän niihin liittyvien kysymysten työstämistä yksilöllisten tekijöiden ohella (Evans, Kincade, Marbley & Seem 2005, 269). Feministinen terapiaprosessi eroaa tavanomaisesta terapiasta siten, että se tunnistaa laajempien sosiaalisten ulottuvuuksien heijastumisen terapiatapahtuman ja yksilön elämän väliseen vuorovaikutukseen (Brown 2006, 18). Ymmärrän tämän siten, että terapiaprosessi ei voi olla irrallaan yksilön elämän realiteeteista ja siihen vaikuttavista ulkoapäin tulevista tekijöistä.

Päihdeongelmaiset naiset eivät muodosta homogeenista ryhmää, vaan heidän tilanteensa saattavat poiketa toisistaan paljonkin (Bright ym. 2011; Grel-la 2008; Mäkiranta 2005). Naisten päihdehoidon keskeisiä ulottuvuuksia jäsentäneet sosiaalityön professorit Charlotte Bright, Victoria Osborne ja Geoffrey Greif (2011, 67) toteavat, että päihdeongelmaisten naisten välillä on eroja sosioekonomisessa asemassa, iässä, etnisessä taustassa, seksuaalisessa suuntautumisessa, parisuhteessa ja koulutustasossa. Esimerkiksi mielenterveysongelmien osalta vaihtelua voi olla niiden asteessa (mt.). Samoin on syytä huomioida, että vaikka yhteiskunnallisesti ja kulttuurisesti päihdeongelmaiset naiset asettautuvat marginaaliin asemaan, niin myös marginaalin sisällä voidaan tehdä eroja, luokitteluja ja rakentaa hierarkkisia asetelmia: esimerkiksi yhteisöhoitossa alkoholiriippuvaiset naiset voivat osoittaa hyvinkin avointa halveksuntaa huumeidenkäyttäjiä kohtaan. Erojen tiedostaminen tuo esille sen, että naisten hoitaminen naisten kesken ei vielä ratkaise naisten päihdeongelmien hoitoon liittyviä haasteita. Naissukupuoli ei yksiselitteisesti merkitse jaettua kokemusmaailmaa ja ymmärrystä, sillä naisten elämänkulut kokemuksineen, toisistaan poikkeavat sosiaaliset tilanteet sekä yhteiskunnalliseen asemaan liittyvät tekijät heijastuvat heidän elämäänsä eri tavoin (Williams 1996; Keskinen 2004; Healy 1999; Worell & Remer 2003). Päihdeongelmaisten naisten ei siis voida olettaa jakavan yhtäläistä kokemusta edes päihdeongelmasta ja päihdekulttuurissa elämisestä, saati naisena olemisesta tai naisidentiteetistä. Siksi päihdehoidossa tulisi huomioida naisten tilanteiden ja elämisen tapojen heterogeenisuus, jotta

vältettäisiin naisiasiakkaiden kesken poissulkemisen kokemukset ja naiseuden kapea normittaminen (Healy 1999; Keskinen 2004; Bright ym. 2011).

Lääketieteessä käytössä olevat päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiset menetelmät ja kriteerit (ks. esim. Poikolainen 2003) eivät yksinään tavoita naisten päihdeproblematiikan ydintä. Diagnoosit pikemminkin antavat viitteitä siitä, mihin suuntaan hoitoa tulisi suunnata; lisäksi tarvitaan tietoa muistakin asioista, esimerkiksi psykiatrisesta oireilusta (Poikolainen 2003, 81). Naisten päihdeongelmaa voidaan tarkastella myös psykososiaalisten tekijöiden kasaamana, jossa päihteiden käyttö on ikään kuin reagointia olosuhteisiin, kokemuksiin ja ongelmiin (Granfelt 1998; Väyrynen 2007; Karttunen 2013). Ymmärrän tässä naisten ja äitien päihdeongelmien olevan siis sidoksissa monikerroksisiin tekijöihin: ne rakentuvat suhteissa (itseän, muihin, yhteisöihin, sukupuoleen, sukupolviin), niissä on kyse psykososiaalisista reaktioista, eivätkä ne redusoidu vain fysiologiseksi (aine)riippuvuudeksi, somaattiseksi tai psykiatriseksi terveysongelmaksi tai addiktioksi, pakonomaiseksi käyttäytymiseksi (Jones & Kaltenbach 2013). Kyse on päihdeproblematiikan jäsentämisestä erilaisten toisiinsa kietoutuvien suhteiden kautta ja niihin fokuoituvasta työskentelystä, joka problematisoi myös sukupuolen ja naiseuden merkitystä (Auvinen 2001; Claus 2007; Väyrynen 2007; Karttunen 2013).

3 KATSAUS AIKAISEMPAAN NAISTEN PÄIHDEHOIDON TUTKIMUKSEEN

Tässä luvussa esittelen naisten päihdeongelmien hoitoa koskevaa tutkimusta, joka paikantuu monitieteisesti yhteiskunta- ja hoitotieteelliseen sekä psykologiseen tutkimukseen. Naisia koskeva tutkimus sisältää lähes aina sekä perheen että koko yhteisön näkökulman (Nätkin 2006a, 9). Pysin kuitenkin seuraavassa jäsentämään nimenomaan sukupuoleen ja naiseen kohdistuvaa päihdehoitotutkimusta. Osassa tutkimuksia ovat selvästi nähtävillä myös perheeseen, äitiyteen ja lapsiin liittyvät kysymykset. Tarkastelun painopiste on kansainvälisessä päihdehoitotutkimuksessa. Luvun lopussa pohdin naisten päihdehoidon tutkimuksellisia haasteita tarkemmin ja teen yhteenvetoa aikaisemman tutkimuksen keskeisistä piirteistä.

3.1 Tutkimuskirjallisuuden valikoinnista

Tutkimuskirjallisuuden valinta ja eri teemojen ja painopisteiden tarkentaminen ovat tapahtuneet koko tutkimusprosessin ajan. Haasteena on ollut täsmentää ja rajata soveltuvaa tutkimuskirjallisuutta. Kuvaan seuraavassa tarkemmin sitä, miten olen valinnut ja kartoittanut tutkimuskirjallisuutta. Tämä avaa myös sitä, millaisista aineksista tutkimuksen taustoitusta, käsitteitä, lähestymistapoja ja empiirisen aineiston analyysia on rakennettu. Tiedostan, että toisella tavoin tehdyt rajaukset ja valinnat olisivat tuottaneet toisenlaiset tulokset aineistoon ja siten naisten päihdehoitoon. Tutkimuskirjallisuuden valikointiin ovat vaikuttaneet myös etnografinen kenttätö, siinä tekemäni havainnot, oivallukset ja ideat. Perehdyin ennen aineistonkeruuta aikaisempaan naisten päihdehoitotutkimukseen, joka suuntasi havainnointia kentällä, ja kenttätö taas kohdensi myöhempää lukemistani ja tutkimusten haarukointia. Tämä vuorottelu vaikutti myös tapaani hahmottaa nais erityyppisen päihdehoidon ulottuvuuksia.

Olen pyrkinyt löytämään relevanttia tutkimuskirjallisuutta erilaisten tietokantahakujen kautta. Osa hauista on liittynyt kohdennetusti naisten päihde-

ongelmiin ja sukupuolispesifiin päihdehoitoon. Liian väljät asiasanahaut tuottivat havaintojeni mukaan käytännössä teemoiltaan ja sisällöiltään hajanaisia tuloksia. Ulkomaisista tietokannoista hakujen kohteina ovat olleet mm. CSA (Social Services Abstracts; Sociological Abstracts) ja EBCOhost (Academic Search Premier). Tutkimushauissa olen ollut erityisen kiinnostunut systemaattisista kirjallisuuskatsauksista ja katsausartikkeleista koskien esimerkiksi hoitointerventioita (esim. Howell, Heiser & Harrington 1999; Orwin ym. 2001; Ashley, Marsden & Brady 2003; Brady & Ashley 2005; Sun 2006; Greenfield ym. 2007a; Greenfield ym. 2011; Niccols ym. 2012). Pidän katsausartikkeleiden merkitystä tärkeänä siksi, että ne osaltaan edistivät tutkimuskirjallisuuden kumuloitumista. Niissä on tiivistetty useiden tutkimusten keskeisiä tuloksia, piirteitä ja sisältöjä rajatusta näkökulmasta ja tietyin valintakriteerein. Katsausartikkelit myös johdattelevat keskeisiin käsitteisiin, asiasanoihin ja tutkijoihin ja siten auttavat edelleen soveltuvan tutkimuksen haarukoimisessa.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että yhteiskuntatieteellisissä tai sukupuolen tutkimukseen kiinnittyvissä kansainvälisissä julkaisuissa tarkastellaan naisten päihdeongelmia toisenlaisesta viitekehuksesta käsin kuin (päihde)hoitotutkimukseen keskittyneissä julkaisuissa. *Hoitotutkimukset* lähestyvät naisten päihdeongelmia kansanterveydellisestä, epidemiologisesta ja sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ja tulokulmasta. Lisäksi ne kohdistuvat nimenomaan päihdehoidon interventioihin, hoidon vaikuttavuuteen, tuloksiin, hoitoon hakeutumisen ja hoidossa pysymisen kysymyksiin sekä näihin heijastuviin tekijöihin. Omana selkeänä teemanaan erottuvat raskausajan päihdeongelmat ja niihin kohdistuvat interventiot. *Yhteiskuntatieteellisissä julkaisuissa* puolestaan painottuvat sukupuolta problematisoivat analyysit, kulttuuriset tarkastelut, yhteiskuntakriittiset pohdinnat, marginalisaation näkökulma, yhteiskunnallisen eriarvoisuuden ja (sosiaalisen) politiikan kysymykset. Sosiaalityöhön ja perhetutkimuksen kenttään sijoittuvissa julkaisuissa näkökulmat naisten päihdeongelmiin ja -hoitoon liittyvät päihde- ja lastensuojelupalveluiden tarkasteluun, lastensuojelun toimenpiteiden ja sijaishuollon kysymyksiin (vauva)perheiden päihdeongelmissa, lasten kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin teemoihin, vanhemmuuteen ja äitiyteen.

Väitöskirjaprosessin aikana kirjoittamani julkaisut, jotka koskevat nais erityisen päihdetyön elementtejä (Karttunen 2013), päihdeongelmien ylisukupolvisuuden kysymyksiä perhekontekstissa (Karttunen 2016a) ja vauvaperheiden päihdehoidon orientaatioita (Karttunen 2016b), ovat osaltaan toimineet myös tutkimuskirjallisuuden kartoittamisen tukena ja tässä esitettävän tutkimuskatsauksen jäsentämisen taustalla. Näiden tekstien kysymyksenasettelut ovat edellyttäneet relevantin tutkimustiedon löytämistä ja rajaamista tietokantahakujen avulla. Niiden kirjoittaminen on osaltaan tukenut tutkimukseni lähestymistapojen ja käsitteiden jäsentämistä. Hyödynnän näitä tekstejä ja niiden sisältämää tutkimuskirjallisuutta soveltuvien osien lisäksi muualla tutkimuksessani.

Tarkastelun painopiste on ollut kansainvälisessä tutkimuksessa, sillä varsinainen naisten päihdehoidon interventioita koskeva yhteiskuntatieteellinen tutkimus on edelleen Suomessa vähäistä. Sen sijaan pikkulapsipsykiatriaan ja psykologiaan kiinnittyvä raskaus- ja vauva-ajan päihdehoidon interventioiden

tutkimus on meillä selvästi vahvempaa. Toisaalta päihdeongelmat ovat Suomessa kuitenkin merkittävä yhteiskunnallinen kysymys, ja tätä taustaa vasten huomioiden on päihdeongelmien hoitotutkimuksen vähäisyys ylipäättään jokseenkin kummallista (Saarnio 2009, 25). Naisten ja perheiden päihdeongelmia on kuitenkin tarkasteltu suomalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa laajasti ja analysoitu erilaisia asiakkuuteen, kulttuuriin ja sukupuoleen sekä kohdennetusti äitiyteen liittyviä kysymyksiä. Samoin lapsiin ja lapsuuteen paikantuvat tilanteet ja kokemukset ovat nousseet tutkimuksen kohteeksi. (esim. Granfelt 1998, 2007; Haahtela 2015; Holmila ym. 2013; Hyytinen 2007; Itäpuisto 2005, 2013; Nätkin 2006; Palojärvi 2009, 2012; Raitasalo & Holmila 2012; Sinko & Virokannas 2009; Törmä 2011; Vanhala 2005; Virokannas 2011, 2013, 2017; Väyrynen 2007, 2009.) Julkaistu tutkimus on sikäli merkityksellistä, että se avaa palveluissa kohdattavia ilmiöitä, työkäytäntöjä, palvelujärjestelmän puutteita sekä asiakkaiden kokemuksia ja päihdeongelmiin kiinnittyviä sosiaalisia, kulttuurisia ja rakenteellisia tekijöitä. Näiden tutkimusten kautta saatava tieto voi edistää hoitomuotojen sisältöjen kehittämistä sekä naisten päihdeongelmien ja hoidollisten tarpeiden kokonaisvaltaista ymmärtämistä.

Olen jaotellut tutkimusta teemoittain siten, että ensin tarkastelen tutkimuksia, joissa on jäsennetty *naisten päihdehoidon piirteitä* ja naisille merkityksellisinä nähtäviä hoidon osa-alueita sekä naisten päihdehoidon *tuloksiin ja toimivuuteen* liittyviä havaintoja. Osittain tähän liittyvät myös *hoidossa pysymistä ja hoidon päättymistä* koskevat tarkastelut. Tämän jälkeen esittelen *vertailevaa tutkimusta*, joka kohdentuu naisten hoitotuloksiin women only -ohjelmissa ja mixed-gender ohjelmissa. Teemoittelulla haluan tuoda esille tutkimuksen keskeisiä painopisteitä ja näkökulmia, kun kiinnostuksen kohteena ovat olleet nimenomaan hoitomuodot ja niihin kohdistuva arviointi (hoitoon hakeutuminen, hoidossa pysyminen, hoidon tulokset). Suurin osa tutkimuksista on edustanut tilastollisia menetelmiä hyödyntäviä hoitointerventiotutkimuksia. Tutkimukset ovat kohdistuneet sekä avo- että laitoshoitoon, mutta en ole tehnyt tämän osalta systemaattista erittelyä. Paikoin yksityiskohtaisilla tarkasteluilla olen halunnut osoittaa niitä haasteita, joita naisten päihdehoitoa koskevaan tutkimukseen liittyy.

3.2 Hoidon piirteistä ja tuloksellisuudesta

Kysymys naisille suunnattujen hoitomallien elementeistä ja vaikuttavuudesta on sikäli tärkeä, että tutkimuksissa on usein todettu naisten olevan aliedustettuina päihdehoidon palveluissa päihdeongelmien lisääntymisestä huolimatta, samoin kuin naisten hoitotulosten on väitetty olevan miehiä heikompia (esim. Green ym. 2002; Walton-Moss & McCaul 2006). Toisaalta esimerkiksi Pekka Saarnion (2002) tutkimuksessa, jossa vertailtiin naisten ja miesten muutosvalmiutta, havaittiin naisten olevan valmiimpia muutokseen hoidon alussa. Sen sijaan hoidon keskeyttäminen lisääntyi naisilla hoidon myöhemmässä vaiheessa. (Saarnio 2002, 270.) Saarnio (2002, 272) esittää, että sukupuolten hoitotarpeet

voivat olla ainakin hoidon alussa toisistaan eriävät. Sen mukaisesti naisten vahvempaa hoitomotivaatiota tulisi hyödyntää siirtymällä nopeammin varsinaisiin hoidollisiin sisältöihin, kun taas miehillä hoidon alussa korostuu motivointi. Samoin Katja Kuusisto, Tytti Artkoski ja Pekka Saarnio (2011) ovat tutkineet päihdehoidon avohuollossa yhteistyösuhteen, hoidossa pysyvyyden ja tuloksellisuuden eroja asiakkaiden sukupuolen mukaan. Tutkimuksessa ei todettu eroja nais- ja miesasiakkaiden hoidon jatkuvuudessa eikä tuloksissa. Kuusisto ym. (2011, 39) arvioivat, että työntekijät antoivat varsin yhdenmukaista hoitoa sukupuolesta riippumatta. He totesivat, ettei sukupuoli nouse ainakaan avohoidossa hoitoa rajoittavaksi tai huonontavaksi tekijäksi. Toisaalta tutkimukseen osallistuneet naiset toivoivat miehiä useammin naistyöntekijää, mikä voi liittyä naisten kokemaan väkivaltaan tai hyväksikäyttöön. Samoin naisten osallistuminen seurantajaksolle oli vähäisempää. Kuusisto ym. (2011, 39) pohtivat, voisiko sosiaalinen paine tai sen puute säädellä enemmän hoidossa pysymistä kuin asiakkaiden saama sukupuolittunut kohtelu. Kuusisto ym. kuitenkin (2011, 40) toteavat, ettei heidän tutkimuksensa tulosten perusteella voida tehdä sellaista tulkintaa, etteikö sukupuolella olisi merkitystä päihdehoidossa. Tiettyjen seikkojen osalta eri sukupuolta olevien asiakkaiden hoito ja tuki voivat erota toisistaan ja olla sukupuolittunutta.

Tutkimusten mukaan on viitteitä siitä, että naisten erityisten tarpeiden ja ongelmien huomiointi sekä niihin vastaavien palveluiden järjestäminen ovat yhteydessä hoitoon kiinnittymiseen ja hoidon tuloksellisuuteen (esim. Rowan-Szal, Chatham, Joe & Simpson 2000; Ashley, Marsden & Brady 2003; Grella & Greenwell 2004; Pelissier & Jones 2005; Campbell & Alexander 2006; Claus ym. 2007; Greenfield ym. 2007a; Simpson & McNulty 2008; Greenfield & Grella 2009). Tutkimuksissa tällaisina naisille tärkeinä palveluina osana päihdehoitoa on nähty esimerkiksi erilaiset terveyteen (mm. äitiyshuolto ja terveysneuvonta), lastenhoitoon, työllisyyteen, koulutukseen, toimeentuloon ja asumiseen liittyvät sosiaalipalvelut, kuljetuspalvelut ja palveluohjaus. Samoin olennaisina on pidetty perheongelmiin, vanhemmuuteen, mielenterveysongelmiin, perheväkivaltaan, syömishäiriöihin, traumoihin ja seksuaalisen väkivallan kokemuksiin kohdentuvien palveluiden tarjoamista osana päihdehoitoa. (esim. Marsh ym. 2000; Campbell & Alexander 2006; Claus ym. 2007; Grella & Greenwell 2004; Greenfield ym. 2007a; Greenfield & Grella 2009.)

Naisille tarkoitettujen hoito-ohjelmien keskeisinä piirteinä on pidetty sitä, että työskentelyssä käytetään supportiivista ja empowerment-ajattelua painottavaa sekä toisaalta konfrontaatiota ja hierarkkisia asetelmia välttävää orientaatiota, jossa tiedostetaan itsetuntoon liittyvien kysymysten merkitys sekä päihdeiden ongelmakäytölle että toipumiselle (Grella ym. 1999, 38; Grella & Greenwell 2004, 368; LaFave, Desportes & McBride 2009, 62, 64–65). Riippuvuuden ”kieltämisen murtamisen” sijaan keskeinen painopiste on naisten itsetunnon tukemisessa ja voimaannuttamisessa (*empowerment*). Erityisesti traumaattisia kokemuksia kantaville naisille nämä voivat olla tärkeitä. (Grella ym. 1999; Grella & Greenwell 2004.) Naisille tarkoitettun sukupuolispesifin päihdehoidon on katsottu sisältävän ymmärryksen siitä, että naisten päihdeongelma on sosi-

aalisiin suhteisiin kiinnittyvää, sosiaalisesti ”läpäistynyttä”. Siksi vuorovaikutukseen liittyvät kysymykset ja hoidollisen ympäristön turvallisuus ovat tärkeitä naisille. (esim. Nelson-Zlupko ym. 1995; Finkelstein 1996, 1997; Claus ym. 2007.) Päihdeongelmallisilla naisilla on usein erilaisia mielenterveyteen liittyviä ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta, itsetuhoisuutta ja syömishäiriöitä, ja ne ovat usein yhteydessä erilaisiin traumaattisiin kokemuksiin. Samoin heillä on usein taustallaan erimuotoisen väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön kokemuksia. Mielenterveysongelmien ja traumaattisten kokemusten käsittely asettautuvat näin yhdeksi naisten päihdehoidon kohdealueeksi. (esim. Najavits ym. 1997; Millar & Stermack 2000; Hiebert-Murphy & Woytkiw 2000; Hien ym. 2004; Coccozza ym. 2005; Cohen & Hien 2006; Covington 2008; Sacs ym. 2008; Blakey & Bowers 2014.)

Tutkimuksissa on tuotu esille sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen tuen ja sosiaalisten verkostojen merkitys naisten päihdeongelmasta kuntoutumiselle (esim. Knight ym. 2001a; Falkin & Strauss 2003; Ellis ym. 2004; Tracy ym. 2010; Min ym. 2013). Esimerkiksi Danicia Knight, Gail Wallace, George Joe ja Sarah Logan (2001a) halusivat tutkia, miten laitoshoidossa olevien naisten sosiaaliset suhteet ja psykososiaalinen toimintakyky muuttuvat hoidossa. Tutkimuksen kohteena olevassa hoito-ohjelmassa pidettiin erityisen tärkeänä terveiden ja toimivien suhteiden rakentamista. Tutkimuksessa havaittiin, että myönteistä muutosta tapahtui ihmissuhteissa sekä ystävien ja vertaisten että perhesuhteiden osalta. Psykososiaalisen toimintakyvyn osalta havaittiin naisten itsetunnon ja itsevarmuuden kohentuneen. Samoin masennus, ahdistuneisuus, vihamielisyys ja riskikäyttäytyminen vähenivät. Tutkimus osoitti suhteisiin painottuvan hoidon olevan vaikuttavaa, ja jatkossa tulisi edelleen selvittää hoidollisten elementtien vaikutusta pitkällä aikavälillä naisten ihmissuhteisiin.

Tutkimuksissa on osoitettu myös vanhemmuuteen, äiti-lapsisuhteeseen ja päihdeongelmaan samanaikaisesti kohdentuvien interventioiden toimivuus naisten kohdalla (esim. Carlson 2006; Suchman, Pajulo, DeCoste & Mayes 2006; Niccols ym. 2012; Belt 2013; Pajulo & Kalland 2013). Ne osoittavat osaltaan, miten naisen vanhemmuus ja rooli huoltajana voivat toimia myönteisellä tavalla hoidon tuloksia edistävänä tekijänä (esim. Jeong ym. 2015; Ruisniemi 2006b; Sinko & Virokannas 2009). Samoin esimerkiksi raskaus ja siirtymä vanhemmuuteen on tärkeä hoitoon ja muutokseen motivoiva seikka (esim. Howell ym. 1999; Pajulo & Kalland 2013; Jones & Kaltenbach 2013). Kohdennetusti äitien päihdeongelmiin kiinnittyvät myös ne suomalaista lastenpsykiatria ja psykologiaa edustavat tutkimukset, joissa on tarkasteltu erityisesti äiti-vauvaparien vuorovaikutukseen, kiintymyssuhteeseen, reflektiiviseen funktioon ja niiden tukemiseen tähtääviä interventioita laitos- ja avohoidossa (esim. Pajulo ym. 2008; Pajulo 2010, 2011; Belt ym. 2012a; Belt ym. 2012b; Belt 2013). Näissä on todettu myönteisiä viitteitä äitiyteen, lapsi-vanhempisuhteeseen ja päihdeongelmaan samanaikaisesti kohdistuvien interventioiden toimivuudesta.

Tärkeänä naisten päihdehoidon ulottuvuutena on pidetty ymmärrystä naisten sosialisoinnin ja psykologisen kehityksen merkityksestä naisten päihdeongelmissa sekä yhteiskunnassa ja kulttuurissa tapahtuneiden muutosten hei-

jastumisesta naisten rooleihin, velvollisuuksiin ja identiteettiin. (Luthar & Walsh 1995; Byington 1997; Henderson 1998; Palacios ym. 1999; Covington 2002; Bright ym. 2011.) Näin ollen keskeisiksi työskentelyn kohteiksi asettautuvat minuuteen, identiteettiin ja tunteisiin liittyvät kysymykset osana naisten päihdetyötä (esim. Henderson 1998; Kearney 1998; Zelvin 1999; Trulsson 2000; Väyrynen 2007; LaFave ym. 2009). Kyse on tällöin katseen kääntämisestä naisen sisäiseen kokemusmaailmaan: itseen ja omaan identiteettiin, joihin päihteiden käyttö ja eläminen päihdekulttuurissa heijastuvat naisen minäkuva ja identiteettiä muokaten. Kyse on myös itsen ja muiden välisistä rajoista, niiden ylittymisestä ja rikkoutumisesta. Minään, identiteettiin ja omia rajoja koskeviin kysymyksiin kietoutuvat myös tunteet ja tunne-elämän ongelmat, vaikeus tunnistaa ja käsitellä tunteita sekä erityisesti häpeän ja syyllisyyden läpäisemä kokemus omasta itsestä. (Karttunen 2013.)

Lani Nelson-Zlupko, Eda Kauffman ja Martha Morrison Dore (1995) ovat jäsentäneet naisten päihdehoidon mallia, jossa päihdeproblematiikkaa tarkastellaan sopeutumiskeinona naisten kokemaan alistamiseen ja ylivoimaisiin stressitekijöihin naisten elämässä. He katsovat naisille suunnattujen päihdehoito-ohjelmien heijastavan filosofiaa, joka perustuu osin feministisen teorian lähtökohdille, keskittyy yksilön voimavaroihin ja hyödyntää kokemuksia oppimisen välineinä. Nämä vaihtoehtoiset mallit myös tunnistavat päihteiden käyttöä laukaasevat ympäristöön liittyvät tekijät sekä naisten universaalit kokemukset fyysisestä, verbaalisesta, psykologisesta ja seksuaalisesta väkivallasta. Ohjelmien naistenryhmät puolestaan tarjoavat mahdollisuuden vuorovaikutustaitojen kehittämiseen, myönteisten roolien opetteluun, tunteiden käsittelyyn ja tukea antavien verkostojen muodostamiseen. Yhteisten kokemusten jakamisen nähdään myös auttavan naisia tunnistamaan naisiin kohdistuvan alistamisen yhteiskunnallisia muotoja.

Teoreettisilta ja menetelmällisiltä lähtökohdiltaan tutkimuksissa esitellyissä naisille tarkoitetuissa päihdehoitomalleissa on hyödynnetty empowerment-ajattelun ja supportiivisen työtavan ohella esimerkiksi ratkaisukeskeistä terapiaa, feminististä teoriaa, kognitiivis-behavioristista terapiaa, traumateoriaa, ryhmätyötä, vertaistukeen perustuvien AA- ja NA-ohjelmien periaatteita, yksilöllistä psykoterapiaa, sosiaaliseen tukeen liittyviä lähestymistapoja, kiintymyssuhdeteoriat, motivoivan haastattelun periaatteita, systemistä pariterapiaa sekä erilaisia yhteisömuotoisen hoidon periaatteita ja yhteisövahvistamisen strategioita. Feminististä orientaatiota lukuun ottamatta yhtäkään näistä ei voida itsessään pitää nais erityisenä. Kyse on pikemminkin näihin lähestymistapoihin sisältyvien periaatteiden ja lähtökohtien oletetusta ja osin tutkimuksessakin osoitetusta toimivuudesta ja soveltuvuudesta naisten päihdehoidossa. (Karttunen 2013, 233.)

Olivia Ashley, Mary Marsden ja Thomas Brady (2003) analysoivat 38:aa naisten päihdehoidon vaikuttavuutta koskevaa tutkimusta, joista seitsemän perustui satunnaistettuun koeasetelmaan. He tarkastelivat sitä, miten lastenhoitopalveluiden tarjoaminen, äitiyshuollon yhdistäminen päihdehoitoon, vain naisille tarkoitettujen hoito-ohjelmien, naisten asioihin fokuksittavat hoitosisällöt,

integroitu mielenterveyshoito ja naisten tarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen päihdehoidossa olivat yhteydessä hoidon tuloksiin. Eri tutkimuksissa näiden osa-alueiden sisältymisen päihdehoitoon todettiin vaikuttaneen myönteisesti naisten hoitotuloksiin, tarkasteltiinpa sitten hoitoon kiinnittymistä ja hoidossa pysymistä, päihteiden käytön vähentymistä, psykiatristen oireiden lievittymistä, työllisyyttä, koettua terveydentilaa, riskiä saada HIV-infektio tai syntyneiden lasten terveyttä. (Ashley, Marsden & Brady 2003, 20, 43.) Yhteenvedossaan Ashley, Marsden ja Brady (mt., 45) päätyivät siihen, että erityisesti naisten tarpeita palvelevien osa-alueiden sisällyttäminen päihdehoitoon voi olla hyödyllistä, kun taas kapeasti päihdeongelmaan keskittyvät hoitomallit eivät edistä hoidon tuloksellisuutta naisilla.

Toisessa tutkimuskatsauksessa Thomas Brady ja Olivia Ashley (2005) arvioivat naisten päihdehoidon vaikuttavuutta. Katsaus sisälsi 37 tutkimusta, jotka ajoittuivat vuosille 1980–2002; tutkimuksista seitsemän perustui satunnaisesti koeeasetelmaan. Sukupuolispesifin hoidon kriteereinä tutkimuskatsauksessa pidettiin kolmea ulottuvuutta: hoitomalli sisältää lastenhoitopalveluja ja äitiyshuollon palveluja ja on vain naisille tarkoitettu. Lisäksi tarkasteltiin erikseen mielenterveyspalvelujen sekä naisten kysymyksiin fokusoituvien psyykoedukatiivisten työskentelymuotojen merkitystä. Tutkimuskatsaus osoitti näiden osa-alueiden olevan toimivia naisten päihdehoidossa. Positiiviset hoitotulokset liittyvät päihteiden käytön vähenemiseen, hoidossa pysymiseen, HIV-tartunnan riskin pienenemiseen ja naisten itsetunnon kohenemiseen sekä masennuksen vähenemiseen. Samoin hoidolla oli myönteisiä vaikutuksia syntyvän vauvan terveyteen ja raskauden kulkuun. (Brady & Ashley 2005, 33–39.) Katsauksessa päädyttiin siihen, että kapeasti vain naisten alkoholin tai huumeiden käyttöön paneutuva hoito ei todennäköisesti ole samalla tavoin tuloksellista (Brady & Ashley 2005, 39).

Myös An-Pyng Sun (2006) on kartoittanut aikaisempaa naisten päihdehoidon tuloksellisuutta koskevaa tutkimusta. Sunin tekemä katsaus käsitti 35 tutkimusta, joissa tarkasteltiin hoidon tuloksellisuutta hoidon intensiivisyyden, lastenhoitopalveluiden tarjoamisen, hoidossa pysymisen, palveluohjauksen, yksilöterapiassa mahdollisuuden ja henkilökunnan asennoitumisen näkökulmista. Lisäksi osassa tutkimuksista vertailtiin naisille tarkoitettujen hoito-ohjelmien ja tavanomaisten hoito-ohjelmien vaikuttavuutta. Sunin (2006, 2) mukaan tutkimustulokset naisille suunnattujen hoito-ohjelmien oletetuista paremmista tuloksista verrattuna tavanomaisiin hoitomalleihin olivat keskenään ristiriitaisia. Sun (mt., 19) kuitenkin katsoi, että tarkastelemiensa tutkimusten perusteella voidaan esittää suosituksia elementeistä, joita naisten päihdehoidon tulisi sisältää, jotta hoito olisi vaikuttavaa. Tällaisina elementteinä Sun (mt.) mainitsee yhteisohjauksen, naisten omat ryhmät, palveluohjauksen, lastenhoitojärjestämisen ja supportiivisen yksilökohtaisen työskentelyn. Niin ikään Sun pitää tarkastelemiensa tutkimusten pohjalta tärkeänä henkilökunnan asennoitumista eli konfrontaation ja tuomitsevuuden välttämistä työskennellessä päihdeongelmaisten naisten kanssa.

Linda LaFave, Laura Desportes ja Christine McBride (2009) puolestaan tutkivat naisille tarkoitettua päihdehoito-ohjelmaa, joka perustui feministisen teorian mukaisesti empowerment-ajattelua, valintoja ja asiakassuhdetta korostavaan lähestymistapaan, ratkaisukeskeisyyteen ja motivoivan hoitohaastattelun periaatteille. Tutkimuksensa johtopäätöksissä LaFave, Desportes ja McBride (2009) totesivat sekä kysely- että haastatteluaineiston osoittavan myönteisiä muutoksia hoito-ohjelmaan osallistuneiden naisten elämässä. Heidän mukaansa tilastollisesti merkitsevällä tavalla osoitettu edistyminen toimintakykyä mitaavilla eri osa-alueilla viittasi naisten elämänlaadun kohentumiseen hoidon myötä. Samoin haastattelut vahvistivat näkemystä vain naisille tarkoitettujen hoitomuotojen tarpeellisuudesta sekä psykososiaalisten kysymysten huomioimisen tärkeydestä. Tulosten perusteella he myös katsoivat, että feministiselle empowerment-käsitteelle rakentuva hoitomalli voi olla omiaan edistämään naisten päihdehoidon tuloksellisuutta. (LaFave ym. 2009, 64–65.)

Erityisen hoitomanuaalin käyttöön perustuvan hoitomallin toimivuutta puolestaan selvitti Lisa Najavitsin, Marshall Rosierin, Alan Lee Nolanin ja Michael Freemanin (2007) tutkimus. Kyseessä oli hoitomanuaalin pilottikäyttöä koskeva tutkimus, jonka osallistujat olivat metadon-korvaushoidossa olevia opiaattiriippuvaisia naisia. Hoito sisälsi 12 ryhmämuotoista tapaamista, joiden sisällöt oli suunniteltu nimenomaan naisten tarpeita vastaaviksi ja joissa apuna käytettiin erityistä hoitomanuaalia (*A Women's Addiction Workbook*). Tutkimukseen osallistuneiden naisten tilannetta arvioitiin sekä ennen interventiota että sen jälkeen. Arvioinnissa tarkasteltiin mm. päihdeongelman vakavuutta ja impulsiivis-addiktiivista käyttäytymistä niihin liittyvien eri osa-alueiden kautta. Tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä hoitomanuaalin toimivuudesta, ja arvioinnit osoittivat edistymistä päihteiden käytön vakavuuden ja impulsiivis-addiktiivisen käyttäytymisen osalta. (mt., 8–10.) Kaikkiaan Najavits, Rosier, Nolan ja Freeman (2007, 10) pitivät tuloksiaan lupaavina mutta vasta alustavina. Lopuksi he toteavat, että naisten päihdeongelmien lisääntyminen ja se, että päihdeongelmaiset naiset ovat yhä nuorempia, edellyttävät naisille suunnattujen hoitomallien kehittämistä ja testaamista (mt.).

Kaikkiaan hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa on siis tarkoituksenmukaista lähestyä sitä laajemmin kuin vain päihteiden käyttöä ja raittiutta koskevana kysymyksenä. Hoito voi esimerkiksi tukea työllistymistä, vähentää rikollisuutta, vaikuttaa myönteisesti valmiuksiin toimia vanhempana tai lieventää psykiatrisia oireita (esim. Messina ym. 2001; Porowski ym. 2004; McHugh & Greenfield 2010). Toisaalta hoidosta huolimatta naisilla voi olla ongelmia esimerkiksi ihmissuhteissa, asumisessa ja toimeentulossa. Laitoshoito ei aina ole avohoitoa itsestään selvästi vaikuttavampaa. (Uziel-Miller & Lyons 2000.) Hoidon tuloksiin voivat vaikuttaa myös tarjottavat palvelut. Esimerkiksi Jeanne Marshin, Dingcai Caon ja Thomas D'Aunnon (2004) tutkimuksessa havaittiin, että koulutukseen, asumiseen ja toimeentuloon liittyvät palvelut vähensivät hoidon jälkeistä päihteiden käyttöä sekä naisilla että miehillä. Naisten osalta havaittiin kuitenkin, että naiset hyötyivät miehiä enemmän mielenterveyspalveluista päihteiden käytön vähenemisen näkökulmasta. Erilaisilla riskitekijöillä ja suo-

jaavilla tekijöillä voi olla vaikutusta hoidon tuloksiin pitkällä aikavälillä. Esimerkiksi naisen valmiudella hoitoon voi olla vaikutusta raittiudelle ja päihteiden käytön vähentämiselle (Hser ym. 2003). Toisaalta esimerkiksi Jessica Jeongin ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa havaittiin naisen hoitovalmiudella olevan vaikutusta vanhemmuuteen liittyvien tekijöiden kohentumiseen hoidossa. Samoin naisten osalta merkitystä voi olla esimerkiksi sosiaalisella tuella, arkea kuormittavilla stressitekijöillä, psykiatrisella historialla, tyytyväisyydellä omaan elämään, puolison tai muun läheisen päihteiden käytöllä, puolison hyväksikäytön kohteena olemisella ja kroonisella sairaudella (Comfort & Caltenbach 2000; Comfort ym. 2003; Falkin & Strauss 2003). Naisten kohdalla vertaistukeen osallistumisen tiedetään edelleen vaikuttavan vahvemmin siihen, että nainen siirtyy päihteiden käytöstä toipumisen vaiheeseen (Grella ym. 2008; Timko 2002).

3.3 Hoidossa pysyminen, siihen kiinnittyminen ja hoidon päättäminen

Tutkimuksissa on tarkasteltu myös hoitoon kiinnittymisen ja hoidossa pysymisen sekä hoidon asianmukaisen päättämisen kysymyksiä. Näillä on merkitystä myös hoidon tuloksille. Hoidossa pysymisen ja siihen kiinnittymisen osalta on huomioitava sekä yksilölliset että hoito-ohjelmaan liittyvät tekijät (Knight ym. 2001b; Chen ym. 2004; Greenfield ym. 2007a). Brady ja Ashley (2005) ovat aikaisemman tutkimuksen perusteella todenneet, että muita hoidossa pysymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, etninen tausta, koulutustaso, parisuhdestatus, puolison päihteiden käyttö, päihdeongelman vakavuus hoitoon tullessa, päihteiden käytön aloitusikä, psykiatrisen oireilun vakavuus, hoitoon ohjaava taho, hoidon muoto, intensiivisyys ja palveluiden taso. (Brady & Ashley 2005, 12–13.)

Naiset saattavat keskeyttää hoidon ennen aikaisesti, eikä tähän liittyviä tekijöitä ole ymmärretty riittävästi. Ylipäätään hoidon onnistunut päättäminen edellyttää, että asiakas saavuttaa hoidossa ne henkilökohtaiset ja hoito-ohjelmaan sisältyvät tavoitteet, joita päihdeettömän elämäntilanteen tavoittelu ja ylläpitäminen edellyttävät. (Knight ym. 2001b, 2.) Danicia Knight ym. (2001b, 3) toteavat, että aikaisemman tutkimuksen perusteella on havaittu, että hoidossa pidempään pysyvät naiset ovat vanhempia, heillä on vähemmän hoitovastaisuutta, heitä ei ole käytetty seksuaalisesti hyväksi ja heillä on jokseenkin vakaa sosiaalinen verkosto. Myös raskaus sekä äidin ja lapsen hoito yhdessä edistävät hoidossa pysymistä (myös Grella ym. 2000; Uziel-Miller & Lyons 2000). Heikompaan hoidossa pysymiseen puolestaan on liitetty esimerkiksi psykiatriset ongelmat, pidempään taas korkeampi koulutus ja hoitomotivaatio sekä työllisyys (Kelly ym. 2001; Haller ym. 2002; Chen ym. 2004, 205–205). Esimerkiksi Danicia Knightin ym. (2001b) laitoshoidon koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että tilastollisesti kolme merkittävää tekijää ennakoivat hoidon päättämistä asian-

mukaisesti: koulutustaso, viimeaikaiset pidätykset ja toveripiirin rikollisuus. Naiset, jotka päättivät hoidon asianmukaisesti, olivat korkeammin koulutettuja, heillä ei ollut hoitoa edeltävinä kuutena kuukautena pidätyksiä ja heillä oli vähemmän rikollisuudessa mukana olevia ystäviä. Jennifer Wisdomin ym. (2009) tutkimuksessa puolestaan kiinnitettiin huomiota hoidon organisatorisiin seikkoihin (mm. jonotusaika, työntekijöiden ajankäyttö), käytännöllisiin tekijöihin, hoidon aloitusvaiheeseen ja vertaistuen merkitykseen naisten hoitoon kiinnittymistä edistävinä tekijöinä. Samoin nostettiin esille käsite *bonding* kuvaamaan päihdeongelmaisten naisten tarvetta liittyä toisiin, solmia suhde toisiin asiakaisiin ja työntekijöihin osana hoitoon asettautumisen ja hoidossa pysymisen prosessia.

Patricia Kelly, Beth Blacksin ja Ellen Mason (2001) puolestaan vertailivat toisiinsa hoidon asianmukaisesti päättäneiden ja hoidon keskeyttäneiden naisten tilanteita. He halusivat selvittää, mitkä sosiaaliset tekijät olivat yhteydessä hoidon onnistuneeseen päättämiseen. Keskeiset erot ryhmien välillä olivat seuraavat: Hoidon onnistuneesti päättäneillä naisilla oli korkeampi koulutus, vähemmän lapsia ja heillä oli vähemmän alle 6-vuotiaita lapsia kuin hoidon keskeyttäneillä. Heillä oli myös useammin päihdeettömyyttä tukeva läheinen ihminen, vähemmän lastensuojelun asiakkuutta ja enemmän sosiaalisia ja henkilökohtaisia resursseja. Hoidon keskeyttäneillä naisilla taas oli enemmän lastensuojelun asiakkuutta ja kumuloituneita stressitekijöitä. Kelly ym. (2001, 297) pitivät stressiin tai kaaokseen liittyvinä indikaattoreina psykiatrasta sairastavuutta, parisuhteessa esiintyvää väkivaltaa, asunnottomuutta ja lastensuojelun asiakkuutta. Useiden kaaostekijöiden samanaikaisuus vähensi hoidon päättämistä suunnitelmallisesti. Hoidon suunnitelmallisesti päättäneillä naisilla oli enemmän onnistumisen kokemuksia liittyen koulutukseen, omaan ammattitaitoon ja työelämään. Kelly ym. (2001, 300) pohtivat, voisivatko onnistumiset muilla alueilla tuottaa kokemuksen siitä, että pystyy saavuttamaan tavoitteita. Kelly ym. (2001, 302) toteavat, että sekä hoidon onnistuneesti päättäneiden että sen keskeyttäneiden naisten elämäntilanteiden ja tarpeiden tunnistaminen ja ymmärtäminen voi auttaa hoidon sisältöjen suuntaamisessa.

Kaikkiaan hoidollisten tavoitteiden saavuttaminen, hoidon päättäminen suunnitelmallisesti ja pidemmät hoitajaksot, hoitoon hakeutuminen raskausaikana sekä äidin ja lapsen yhteinen hoito ovat tutkimusten mukaan yhteydessä päihdeettömyyteen ja hoidon muihin tuloksiin (Grella ym. 2000; Uziel-Miller & Lyons 2000; Metsch ym. 2001; Porowski ym. 2004; Greenfield ym. 2004). Myös lastensuojelun ja kriminaalihuollon osallisuudella naisen hoitoon voi olla myönteinen vaikutus hoidossa pysymiseen, mikä tosin saattaa liittyä lasten menettämisen tai vankeustuomion uhkaan (Chen ym. 2004; Predengast ym. 2011). Toisaalta esimerkiksi Nena Messinan, Eric Wishin ja Susanna Nemesin (2001) pitkää laitoshoidoa perinteisessä terapeutisessa yhteisössä (*therapeutic community*) koskevassa tutkimuksessa havaittiin hoitotulosten paranevan sukupuolesta riippumatta pitkässä hoidossa. Keskeinen tulos oli, että 12 kuukauden mittaisessa hoidossa pysyminen vähensi positiivisia huumeeseulatuloksia ja oli yhteydessä parempaan työllistymiseen ja pienentyneeseen rikol-

lisuuteen (pidätetyksi tuleminen). Naisilla fyysisen väkivallan kohteeksi joutuminen lisäsi naisten riskiä retkahtaa. Kummankin sukupuolen kohentuneen työllistymisen arvioitiin mahdollisesti liittyvän siihen, että hoito sisälsi enemmän ammattikoulutukseen liittyviä palveluita kuin lyhyemmissä hoito-ohjelmissa. Kaikkiaan Messina ja kumppanit (2001, 226) päätyvät esittämään, että naiset saattavat tarvita jopa vuoden mittaista strukturoitua laitoshoidoa kyetäkseen palaamaan omaan elinpiiriinsä ja muuttamaan päihdekeskeistä elämäntapaansa.

3.4 Vertailussa "Women Only" ja "Mixed-Gender" -ohjelmat

Toisinaan tutkimusasetelmia rakennetaan myös siten, että vertaillaan toisiinsa naisille tarkoitettuja (ns. Women Only programs, WO) ja tavanomaisia, kummallekin sukupuolelle suunnattuja (ns. Mixed-Gender programs, MG) hoitomuotoja, niiden eroja ja tuloksellisuutta naisten kannalta. Yleisenä olettamuksena on, että nimenomaan naisille suunnatut hoitopalvelut tuottavat parempia tuloksia kuin osallistuminen molemmille sukupuolille suunnattuun hoito-ohjelmaan (esim. Kaskutas ym. 2005, 68). Tutkimuksissa on viitteitä siitä, että sukupuolispesifiä hoitoa tarjoaviin hoito-ohjelmiin osallistuvat naiset ovat pysyneet pidempään hoidossa ja tulokset ovat olleet parempia kuin perinteisiin hoitomalleihin osallistuneilla naisilla (Grella ym. 2000; Greenfield ym. 2004; Brady & Ashley 2005; Prendergast ym. 2011). Osallistuminen women only -ohjelmiin laitoshoidossa voi myös edistää naisen hakeutumista jatkohoitoon avohoidossa (Claus ym. 2007).

Toisaalta tutkimuksissa on havaittu, että women only -ohjelmiin osallistuneet naiset ja mixed gender -ohjelmiin osallistuneet naiset eroavat toisistaan: Women only -ohjelmiin osallistuvilla naisilla on enemmän palvelutarpeita ja vähemmän resursseja, heillä on useammin taustalla seksuaalista hyväksikäyttöä ja todennäköisemmin lapsia huollettavina. Heidän päihteiden käyttönsä on jatkunut pidempään, heillä on aikaisempia päihdehoitojaksoja, he ovat useammin kodittomia, raskaana olevia tai suorittamassa ehdonalaista vankeustuomiota. (Grella 1999; Niv & Hser 2007; Claus ym. 2007a; Hser 2011.) Noosha Niv ja Yih-Ing Hser (2007) arvioivat, että vakavammista ongelmista kärsivät naiset ehkä hakeutuvat helpommin women only -muotoisiin ohjelmiin ja toisaalta heitä myös ehkä herkemmin ohjataan näihin. On myös mahdollista, että sukupuolten väliset erot kommunikointitavoissa ja miesten dominoiva asema saattavat vaikuttaa negatiivisella tavalla naisiin molemmille sukupuolille tarkoitetuissa hoito-ohjelmissa (Greenfield ym. 2007b, 13).

Osa WO- ja MG-ohjelmia tarkastelevista tutkimuksista pikemminkin kyseenalaistaa käsityksen siitä, että naisille kohdennetusti tarkoitettu hoito (WO) tuottaisi itsestään selvästi parempia tuloksia. Esimerkiksi Lee Ann Kaskutas, Lixia Zhang, Michael French ja Jane Witbrodt (2005) vertailivat naisille tarkoitettua päihdehoidon tehokkuutta ja kustannuksia suhteessa mixed-gender -ohjelmiin avohoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin naisten alkoholin ja huumeiden

käyttöä ja riippuvuutta, raittiina pysymistä hoidon aikana ja sen jälkeen sekä psykiatrisia ja sosiaalisia ongelmia. Tuloksia tarkastellessaan Kaskutas, Zhang, French ja Witbrodt (2005) tulivat siihen loppupäätelmään, että naisia voidaan hoitaa yhtä lailla tehokkaasti sekä mixed-gender -ohjelmissa että naisille tarkoitetuissa päihdehoito-ohjelmissa. Samoin Karen Dodgen ja Miriam Potocky-Tripodin (2001) kolmea laitospuotoista hoito-ohjelmaa vertaileva tutkimus kyseenalaisti oletuksen naislähtöisen hoidon paremmista tuloksista. Heidän loppupäätelmänsä oli, että naisille suunnattuja päihdehoitomalleja tulee arvioida uudelleen. Hoitomallin sitominen vahvasti ja yksinomaan naislähtöiseksi ei välttämättä ole tarpeen, vaan joidenkin naislähtöisten palveluiden liittäminen osaksi hoitoa voi olla riittävää. (Dodgen & Potocky-Tripodi 2001, 37.) Brian Bride (2001) puolestaan tarkasteli tutkimuksessaan erään päihdehoitoyksikön hoitotuloksissa tapahtuneita muutoksia sekä ennen että sen jälkeen, kun yksikön alun perin molemmille sukupuolille tarkoitettua hoito-ohjelmaa muutettiin siten, että tarjolla oli myös erilliset naisten ja miesten hoitoryhmät. Tutkimus osoitti, että hoitoryhmän ja sukupuolen mukaisia eroja hoidon pituudessa ja hoitajakson läpikäymisessä ei ollut havaittavissa. Bride (2001, 229) päätyi siihen, että päihdeongelmaisten naisten hoidossa ei ole riittävää vain se, että hoito on tarkoitettu vain naisille ja työntekijät ovat naisia. Muutoksia tulee tehdä myös itse hoito-ohjelmaan; sen täytyy olla erilainen kuin perinteisissä mixed-gender -ohjelmissa.

Toisinaan tutkimustulokset WO-ohjelmien ja MG-ohjelmien toimivuudesta ovat ristiriitaisia tai osittaisia (esim. Greenfield ym. 2007b; Niv & Hser 2007; Prendergast ym. 2011). Esimerkiksi Michael Prendergast, Nena Messina, Elizabeth Hall ja Umme Warda (2011) vertailivat naisten hoitotuloksia avohoidossa women only ja mixed-gender -ohjelmissa. Seurantajakso oli vuoden mittainen, ja siihen osallistui kaikkiaan 259 naista (n=135 WO; n=124 MG). Tutkimuksessa hoidon tuloksia tarkasteltiin suhteessa huumeiden ja alkoholin käyttöön, rikolliseen toimintaan ja pidätyksiin sekä työllisyyteen. Kumpaankin hoitomuotoon osallistuneet naiset osoittivat edistystä kaikilla neljällä osa-alueella. Ryhmien vertailu kuitenkin osoitti ristiriitaisia tuloksia: WO-ohjelmiin osallistuneilla naisilla ilmeni merkittävästi vähemmän päihteiden käyttöä ja rikollisuutta kuin MG-ohjelmiin osallistuneilla naisilla, mutta pidätysten määrässä tai työllisyydessä ei ollut eroja. Ylipäätään työllistymisen osalta kummankaan ryhmän naisten tulokset eivät olleet merkittävästi parantuneet. Tutkijat arvioivat, että tätä saattoi selittää se, että WO-ohjelmiin osallistuneet naiset olivat useammin pienten lasten äitejä ja siten poissa työmarkkinoilta. Toisaalta taas MG-ohjelmiin osallistuneissa naisissa oli enemmän oikeuden määräyksellä hoidossa olevia naisia. Kaikkiaan tutkimuksen kohteena olevien naisten hoitoon ja siihen osallistumiseen liittyi ulkopuolelta tulevaa valvontaa ja kontrollia joko oikeuslaitoksen tai lastensuojelun taholta. Prendergast kumppaneineen arvioi (2011, 346), että tämä pidentää hoidossa olemisen aikaa ja tällä voi olla lähes yhtä tärkeä merkitys hoitoon osallistumisen ja pitkäaikaisten tulosten osalta kuin hoitomuodolla. Kaikkiaan tutkijat tulivat siihen tulokseen, että heidän tutkimuksen-

sa sellaisenaan ei tue näkemystä, jonka mukaan naisten hoito WO-ohjelmissa on vaikuttavampaa kuin hoito MG-ohjelmissa.

Shelly Greenfield, Elisa Trucco, Kathryn McHugh, Melissa Lincoln ja Robert Gallop (2007b) puolestaan tarkastelivat naisille tarkoitetun ja kummallekin sukupuolelle suunnatun ryhmämuotoisen hoidon tuloksia päihdeongelmaisten naisten kohdalla. Kyseessä oli myös uuden naisille tarkoitetun ryhmämuotoisen kuntoutusmallin (Women's Recovery Group) kokeilu, ja tutkimus perustui satunnaistettuun koeasetelmaan. Hoidon päättyessä kahden eri hoitomuodon välillä ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja hoidon tuloksellisuuden suhteen raittiuden näkökulmasta. Sen sijaan kuuden kuukauden seurantajakson aikana naisille suunnattuun ryhmään osallistuneet olivat edelleen vähentäneet päihdeiden käyttöään, mutta ns. sekaryhmään osallistuneilla naisilla vastaavaa kehitystä ei ollut havaittavissa. Erityisesti alkoholin käyttö väheni merkittävästi naisille tarkoitettuun ryhmään osallistuneilla. Naisille suunnattuun ryhmään osallistuneet olivat myös tyytyväisempiä itse hoitoon kuin sekaryhmään osallistuneet. Tutkijoiden johtopäätös oli, että naislähtöinen ja vain naisille suunnattu hoitomuoto saattaa edistää päihitteettömyyttä pidemmällä aikavälillä. (Greenfield ym. 2007b, 44–45.)

WO- ja MG-ohjelmien tuloksia koskevat vertailut ovat pääosin perustuneet lyhyen aikavälin tulosten tarkasteluun, ja varsin vähän on edelleen tietoa hoidon vaikuttavuudesta pitkällä aikavälillä (Hser ym. 2011, 116; Evans ym. 2013, 293). Kuitenkin ainakin kahdessa tutkimuksessa (Hser ym. 2011; Evans ym. 2013) on tarkasteltu hoidon tuloksia pidemmällä aikavälillä. Näiden tutkimusten kohteena ovat olleet raskaana olevat naiset ja äidit. Yih-Ing Hserin, Elizabeth Evansin, David Huangin ja Nena Messinan (2011) tutkimuksessa ei voitu havaita muilta osin keskeisiä eroja kuin WO-ohjelmiin osallistuneiden naisten matalammat vankeustuomiot kolmen vuoden kohdalla. Lyhyellä aikavälillä tulokset olivat yhdenmukaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa siltä osin, että mielenterveyspalvelujen tarve ja rikollisuus vähenivät. Elizabeth Evansin, Libo Lin, Jennifer Piercen ja Yih-Ing Hserin (2013) tutkimuksen seuranta-aika oli 10 vuotta. Tutkimuksessa havaittiin, että 48 prosenttia oli saavuttanut onnistuneen hoitotuloksen, kun tarkasteltiin raittiutta ja hoidonjälkeistä pidätysten määrää. Naisten taustatekijöiden osalta mielenkiintoiset havainnot liittyvät seuraaviin tekijöihin: Hoitoon tuleminen raskausaikana oli yhteydessä myönteisiin hoitotuloksiin vielä 10 vuoden kuluttua hoidon päättymisen jälkeen. Samoin paremmin hoidossa menestyivät ne naiset, joilla oli vähemmän terveysongelmia ja jotka käyttivät metadonia ja harvemmin heroiniä tai marihuanaa. Tutkijat arvioivat, että hoidossa onnistuneiden naisten tuloksia saattoi osaltaan selittää se, että metadon ei aiheuta yhtä vahvaa fyysistä riippuvuutta kuin heroini. Samoin hyviä tuloksia voi selittää rikoksille altistumisen väheneminen. (Evans ym. 2013, 288–299.)

3.5 Tutkimuskatsauksen yhteenvetoa ja tutkimuksellisia haasteita

Olen tässä luvussa tarkastellut naisten päihdeongelmien hoitoon kohdistuvaa tutkimusta. Katsauksen keskeiset havainnot voidaan esittää seuraavasti: Ensinnäkin naisten päihdehoitoa, sen sisältöjä ja tuloksia koskevien tutkimusten tarkastelu osoittaa tutkimustulosten olevan osin keskenään ristiriitaisia. Naisten ja miesten hoidossa pysymisessä, hoidon päättämisessä ja hoidon tuloksissa ei ole suoraviivaisia ja yksiselitteisiä eroja, kuten esimerkiksi Shelley Greenfieldin ym. (2007a) laaja tutkimuskatsaus osoittaa. Greenfield ym. (2007a, 15) katsovat, että sukupuoli dikotomisena riippumattomana ennustetekijänä ei ole kaikkein tarkoituksenmukaisin hoidon tuloksia selittävä tekijä (myös Greenfield ym. 2011). Ei voida yksiselitteisesti edes väittää päihdeongelmaisten naisten ongelmien eroavan päihdeongelmaisten miesten ongelmista, vaan naiset ja miehet saattavat kärsiä yhtä lailla samoista ongelmista (Pelissier & Jones 2005, 363; Neale 2004, 865).

On ylipäätään epäselvää, millainen hoito on naislähtöistä tai sukupuolisensitiivistä, sillä tutkituissa hoitomuodoissa ja niiden tavoitteissa ei välttämättä mitenkään määritellä tätä tai tehdä eroa perinteiseen päihdehoitoon (Dodge & Potocky-Tripodi 2001, 26). Naisten ja miesten erottaminen toisistaan omiksi hoitoryhmikseen tai vain naisille tarkoitettu hoitoympäristö eivät vielä tee hoidosta nais erityistä tai sukupuolisensitiivistä tai edistä hoidon tuloksellisuutta (Bride 2001, 224, 228). Tutkijoiden mukaan olisi syytä selvittää tarkemmin, mikä mekanismi sukupuolispesifissä tai nais erityisessä hoitomuodossa tuottaa hyviä hoitotuloksia naisten päihdehoidossa (esim. Pelissier & Jones 2005; Sun 2006; Claus ym. 2007; Niv & Hser 2007; Greenfield ym. 2007a). Bernadette Pelissier ja Nicole Jones (2005) peräänkuuluttavat sellaisia sukupuolten välisiin eroihin paneutuvia tutkimuksia, joissa selvitettäisiin esimerkiksi sitä, mitkä hoidon elementit ovat yhteydessä positiivisiin hoitotuloksiin naisilla mutta eivät miehillä ja päinvastoin. Nykyisen tutkimustiedon perusteella ei voida ehdottomalla varmuudella todeta eroja hoitotuloksissa sen mukaan, onko nainen osallistunut vain naisille tarkoitettuun hoito-ohjelmaan vai molemmille sukupuolille tarkoitettuun hoitoon, sillä tutkimustulokset women only -ohjelmien ja mixed-gender -ohjelmien toimivuudesta naisten kohdalla ovat keskenään ristiriitaisia (myös Grella ym. 1999; Hser ym. 2011). Tuloksia on myös usein tarkasteltu lyhyellä aikavälillä, eikä vaikutusmekanismeista tiedetä vielä riittävästi (Hser 2001; Evans ym. 2013).

Women only -ohjelmien mahdolliset myönteiset piirteet on liitetty näiden ohjelmien tuottamaan turvalliseen ympäristöön, jossa naiset ovat kokeneet olevansa suojassa miesten taholta tapahtuvalta alistamiselta ja seksuaaliselta häirinnältä. (Greenfield ym. 2007a, 13–14.) Tutkimuksissa on myös todettu, että women only -muotoisiin ohjelmiin ja mixed-gender ohjelmiin osallistuvat naiset eroavat toisistaan: Women only -ohjelmiin osallistuvilla naisilla on enemmän kasautuneita ongelmia, palvelutarpeita sekä vakavampi päihdeongelma. Naisil-

le suunnattujen hoitopalveluiden puolestaan on katsottu mahdollistavan pa-
neutumisen nimenomaan tällaisiin monimutkaisiin psykososiaalisiin ongelmiin;
niille on enemmän tilaa women only -ohjelmissa kuin mixed-gender ohjelmissa.
(Niv & Hser 2007, 194–195; Claus ym. 2007, 27–28; Hser ym. 2011; 117.) Mitä
ilmeisimmin myös sukupuolispesifien ja tavanomaisten mixed-gender -oh-
jelmien toimivuutta naisten kohdalla tulisi tutkia edelleen, samoin kuin sitä,
ketkä päihdeongelmaisista naisista hyötyisivät nais erityisistä hoitomuodoista
(Greenfield ym. 2007a; Evans ym. 2013).

Tutkimusten perusteella näyttäisikin siltä, että tietyt päihdeongelmaisten
naisten ryhmät hyötyisivät enemmän naislähtöisistä tai nais erityisistä hoito-
muodoista. Tällaisina ryhminä tutkimuksissa on mainittu esimerkiksi raskaa-
na olevat tai naiset, joilla on päihdeongelman lisäksi mielenterveysongelmia
(ns. kaksoisdiagnoosi) ja traumahistoria tai syömishäiriö, tai ikääntyvät naiset,
joilla on ongelmia erityisesti alkoholin käytön ja rauhoittavien lääkkeiden
kanssa. (esim. Greenfield ym. 2007a; Greenfield ym. 2011.) Myös Brady ja Ash-
ley (2005, 94) ovat tuoneet esille erilaiset korkean riskin hoitopopulaatiot ja
heidän tarpeensa erityisiin palveluihin. Tällaisina he mainitsevat esimerkiksi
asunnottomat, mielenterveysongelmaiset, väkivaltaa kokeneet ja HIV-infek-
tion saaneet naiset. Samoin esimerkiksi rikoksiin syyllistyneiden ja naisvanki-
en tilanteisiin voi liittyä omia erityisiä palvelutarpeita sekä hoidollisia kysy-
myksiä (Knight ym. 2001b; Grella & Greenwell 2004; Granfelt 2007; Messina
ym. 2010). On mahdollista, että kaikki päihdeongelmaiset naiset eivät tarvitse
nais erityisiä päihdehoitopalveluja tai että ne eivät ole edes hyödyllisiä kaikille
naisille. Keskeistä olisikin kunkin naisen kohdalla arvioida yksilöllisesti, mil-
laisesta hoitomuodosta hän mahdollisesti hyötyy – naisille tarkoitettusta hoi-
dosta vai perinteisestä, kummallekin sukupuolelle suunnatusta hoitomuodos-
ta. (Greenfield ym. 2007a, 15–16; Niv & Hser 2007, 200; Pelissier & Jones 2005,
365.)

Edelleen puhuttaessa hoidon tuloksista tai vaikuttavuudesta on selkei-
den vastausten ja tulkintojen löytäminen tutkimuksista vaikeaa, sillä hoidon
tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta on määriteltävä ja mitattava hyvin eri tavoin.
Hoidossa pysymiseen vaikuttavilla yksilöllisillä ja hoito-ohjelmaan liittyvillä
tekijöillä, näiden tunnistamisella ja hoidon asianmukaisella päättämällä on
myös merkitystä tuloksille. Myös seuranta-ajat vaihtelevat, ja toisinaan muu-
tosta mitataan hoidon vielä ollessa kesken (esim. Knight ym. 2001a). Toisaalta
hoito voi tuottaa muutakin kuin vain päihdeettömyyttä. Se voi esimerkiksi
edistää työllistymistä, vähentää rikollisuutta, edistää sosiaalista toimintakykyä,
vaikuttaa myönteisesti vanhemmuuteen ja näiden muiden vaikutusten kautta
myös tukea päihdeettömyyttä (esim. Messina ym. 2001; LaFave ym. 2009; Po-
rowski ym. 2004).

Suomalaisen palvelujärjestelmän näkökulmasta osa tutkimuksissa maini-
tuista palveluista naisille suunnatun päihdehoidon tärkeinä elementteinä kuu-
lostaa sikäli vierailta, että meillä esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolat sekä päi-
vähoito ovat julkisesti rahoitettuja, koko väestölle tarkoitettuja peruspalveluja
eivätkä ”porkkanoita”, joilla houkuteltaisiin naisia hakeutumaan hoitoon.

(Karttunen 2013, 224.) On syytä pohtia, missä määrin ja miten suomalaisesta kontekstista poikkeavia hoito- ja palvelujärjestelmiä koskevien tutkimusten tuloksia voidaan suoraan siirtää omaan päihdehuoltoomme (Kaukonen 2005; Saarnio 2009; Karttunen 2013). On myös huomioitava, että hoitopopulaatiot ovat sikäli haasteellinen tarkastelukohde, että niille on kasautunut erilaisia ongelmia (Saarnio 2009, 18). Haasteen muodostaa esimerkiksi se, että päihdeongelmaiset äidit pysyvät huonosti hoidossa, seurannassa ja tutkimuksissa (Pajulo 2010, 1210). Hoidon vaikuttavuuden tai tuloksellisuuden ”vaatimattomuutta” puolestaan voi lähestyä myös siitä näkökulmasta, että hoidon parissa ovat ne, joiden ongelma on mittavampi ja samalla myös todennäköisyys toipumiselle huonompi (Kuusisto 2010, 332).

Naisten päihdeongelmia ja niiden hoitoa koskevaan tutkimukseen liittyy myös monia metodologisia haasteita (Orwin ym. 2001; Sun 2006; Grella 2008; Greenfield ym. 2011). Tutkimuksia tehdään erilaisin asetelmin, mittaustavat ja -kohteet poikkeavat toisistaan, osa tutkimuksista kohdistuu laajempiin väestötason tutkimuksiin ja osa suppeampiin kliinisiin hoitopopulaatioihin, joiden koko voi vaihdella huomattavasti. Samoin osallistujien taustoissa ja päihdeongelman vakavuudessa voi olla huomattavaa vaihtelua, ja osa tutkituista hoitomuodoista sijoittuu avohoitoon ja osa laitoshiitoon. An-Pyung Sunin (2006) mukaan naisten päihdehoitoa koskevan tutkimuksen heikkouksia ovat satunnaistettuun koeariin perustuvien tutkimusten vähäisyys, pienet otoskoot sekä hoidon osa-alueita ja tuloksia koskevien määrittelyjen epämääräisyys. Lisäksi hän näkee ongelmana sen, että tehdyistä tutkimuksista puuttuvat usein tarkat tilastolliset analyysit ja että tutkittuja hoito-ohjelmia ei ole kuvattu perusteellisesti. (myös Orwin ym. 2001.)

Tutkimukset osoittavat, että naisten päihdehoidossa esille nousevat lapsiin, äitiyteen, sosiaalisiin ongelmiin, perhetaustaan, sosiaaliseen verkostoon, traumahistoriaan, väkivaltaan ja hyväksikäyttöön sekä psykiatriseen oireiluun liittyvät kysymykset. Hoitoon tulevien naisten yksilölliset taustat ja tilanteet sekä resurssit vaihtelevat, samoin päihdeongelman vakavuusaste. Nähdäkseni tämä naisten päihdeongelmien kompleksisuus ja niihin nivoutuvat eri osa-alueet voivat osaltaan auttaa ymmärtämään sitä, miksi myös tuloksissa on vaihtelua ja ristiriitaisuuksia eikä yksiselitteisiä selityksiä ja valmiita toimintamalleja voida esittää. Päihdeongelmaisilla naisilla on usein samanaikaisia asiakkuuksia eri palveluihin päihdehuollon ohella, ja naisten toipumisessa tulisi huomioida yksilötason tekijät ja hoitoon liittyvät prosessit. Naisten päihdehoitoa koskevien tulosten tarkastelussa olisi huomioitava myös hoitojärjestelmän, hoitofilosofioiden ja sosiaalipolitiikan muutokset. (Hser ym. 2011; Grella & Greenwell 2004.)

Olen taulukkoon 1 tiivistänyt edellä esitettyjä tutkimuksia, niiden keskeisiä havaintoja ja tuloksia:

Taulukko 1: Naisten päihdehoidon ulottuvuudet, vaikutukset, hoidon kesto ja hoidossa pysyminen.

<p>HOITOON HAKEUTUMISEN ESTEET</p> <ul style="list-style-type: none">• pelko lasten menettämisestä• lastenhoitovastuu• muut perhe-velvollisuudet• puolison päihdeongelma• dominoiva, väkivaltainen puoliso• salailu, häpeä, pelko leimautumisesta• henkilökunnan asennoituminen• taloudelliset kysymykset• tarjolla olevat palvelut vs. koetut tarpeet• vähäinen sosiaalinen tuki• asunnottomuus• vankeus, vankilatuomiot• hoito-ohjelmien sisäänpääsykriteerit• raskaus, siihen liittyvät pelot sanktioista
<p>NAISILLE TÄRKEÄT PALVELUT JA HOIDON KESKEISET PIIRTEET</p> <ul style="list-style-type: none">• terveyspalvelut, mm. äitiyshuolto, perhesuunnittelu• lastenhoitopalvelut• työllisyyteen, koulutukseen, toimeentuloon ja asumiseen liittyvät sosiaalipalvelut• kuljetuspalvelut• palveluohjaus• mielenterveyspalvelut, psykiatrisen oireilun huomioiminen• perheväkivaltaan, syömishäiriöihin ja seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvät palvelut• traumanäkökulma hoidossa• turvallinen hoidollinen ympäristö• äitiyteen ja vanhemmuuteen fokusoituva työ• supportiivinen yksilökohtainen työote• vahvan konfrontaatiota välttävä vuorovaikutustyyli• yhteisöhoito, ryhmät• kapea paneutuminen päihdeongelmaan ei riittävää
<p>HOIDON VAIKUTUKSET</p> <ul style="list-style-type: none">• päihteiden käytön vähentäminen• raittiuden lisääntyminen• psykiatristen oireiden lievittyminen• rikollisuuteen liittyvien toimintojen vähentyminen• myönteiset vaikutukset vanhemmuuteen• asumistilanteen vakiintuminen• työllisyyden paraneminen• voimaantuminen

- toimintakyvyn paraneminen
- raskauteen liittyvät terveysvaikutukset, mm. keskossuus, pienipainoisuus
- päihdeongelmainen puoliso heikentää tuloksia
- osallistuminen vertaistuen muotoihin yhteydessä toipumisen vaiheeseen siirtymisessä
- myönteiset muutokset sosiaalisissa suhteissa

HOIDON KESTO JA HOIDOSSA PYSYMINEN

- hoidon pituus vaikuttaa tuloksiin
- pitkä laitoshoido yhdessä lasten kanssa edistää tuloksellisuutta
- hoitontulo raskausaikana vaikuttaa myönteisesti
- hoidon asianmukainen päättäminen/ tavoitteiden saavuttaminen vaikuttaa tuloksiin
- hoito-ohjelman piirteet
- yksilölliset tekijät
- hoidossa pysymistä edistävät mm.
 - korkeampi ikä
 - pidempi koulutus
 - työllisyys
 - lastensuojelun ja kriminaalihuollon osallisuus
 - puolison tai muun merkityksellisen läheisen päihteettömyys
- hoidossa pysymistä heikentävät mm.
 - matala koulutus
 - vakavat psykiatriset
 - ongelmat
 - taustalla seksuaalista hyväksikäyttöä
 - työttömyys
 - lähipiirin rikollisuus
 - vähäinen sosiaalinen tuki

4 TUTKIMUSKOHTENA NAISERITYINEN PÄIHDEHOIDON INTERVENTIO

Esittelen tässä luvussa tutkimustani kannattelevat käsitteet, tutkimustehtäväni ja sitä täsmentävät tutkimuskysymykset. Lisäksi kuvaan etnografista tutkimusasetelmaa ja siihen liittyvää aineistonkeruuta, tutkimuseettisiä kysymyksiä sekä tutkimukseni metodisia ratkaisuja.

4.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Tämän tutkimuksen tehtävänä on tarkastella naisille tarkoitettua yhteisömuotoista päihdehoitoa nais erityisenä interventiona. Tutkimusympäristönä toimi erään kuntayhtymän omistuksessa ollut päihdehoitolaitos ja sen naistenyhteisö. Tutkimuksen pääkäsitteitä ovat *interventio, nais erityisyys ja yhteisöllisyys*. Nämä kannattelevat tutkimustani ja liittyvät tutkimuksen teoreettisen pohjan rakentamiseen sekä toisaalta aineiston analyysiin. Käsittelem seuraavassa näitä käsitteitä tarkemmin.

Viittaan tässä tutkimuksessa *interventiolla* tietoiseen ja tavoitteelliseen muutokseen tähtäävään toimintaan ja sitä koskevaan yksilölliseen prosessiin, jota hoidossa pyritään tukemaan (Fraser 2009; Fraser ym. 2009; Fraser & Galinsky 2010). Laitoshoidojakso naistenyhteisössä oli oma kohdennettu interventionensa. Sen aikana pyrittiin yhteisömuotoisella hoidolla tukemaan naisten tavoitteellista, muutokseen pyrkivää yksilöllistä kuntoutumisen prosessia. Interventionissa on siis tässä kyse myös yhteisöllisestä prosessista. Pyrin avaamaan tutkimani intervention sisältöjä ja hoitokäytäntöihin nivoutuvia teoreettisia lähtökohtia. Intervention käsitteen kautta jäsenän tutkimuksessani sitä, mitä hoidon taustalla olevat teoreettiset ja hoitoideologiset lähestymistavat työskentelyyn tuottavat ja mitä ne mahdollisesti sulkevat pois. Empiirisen aineiston analyysi ja sitä tarkastelevat tulokset avaavat nais erityisen päihdehoidon intervention tavoitteita ja sisältöjä eli sitä, mihin työskentelyllä pyrittiin ja millaisia painopisteitä hoito sai.

Naiserityisyyden käsitteen määrittely ei ole mitenkään yksiselitteistä, sillä siihen sisältyy oma problematiikkansa, kuten esitin luvussa 3. Käsitteen käyttöön liittyy ensinnäkin epäselvyyttä: sillä voidaan viitata työmenetelmään tai tiettyihin työmenetelmiin, ammatilliseen orientoitumistapaan, ideologisesti sävyttyneeseen ajattelumalliin tai tietynlaisiin päihdekuntoutuksen sisällöllisiin elementteihin. Naiserityisyyden kriteeriksi ei tutkimusten mukaan riitä se, että sekä työntekijät että asiakkaat ovat naisia tai jokin työmuoto vain nimetään nais erityiseksi (esim. Kaskutas 2005; Bride 2001). Päihdetyön kontekstissa tarkasteltuna epäselvyyttä nais erityisyyden määrittelyssä tuottaa osaltaan se, että esimerkiksi englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään varsin erilaisia käsitteitä kuvaamaan työtä päihdeongelmaisten naisten kanssa. Esimerkkeinä mainittakoon tässä sellaiset käsitteet tai termit, kuten *gender-specific*, *women specific*, *female specific*, *women only -program*, *gender responsive* ja *gender sensitive*. Käsitteellistämisen haasteet liittyvät osaltaan siihen, että naisten päihdehoitoa koskevien tutkimusten hoito-ohjelmien sisältöjen ja taustalähtökohtien puutteellista kuvausta on ylipäättään pidetty ongelmallisena (esim. Orwin 2001; Sun 2006), kuten toin esille luvussa 3.5.

Huolimatta näistä pulmista olen lukemieni tutkimusten pohjalta päätenyt siihen, että käsitteellisesti *naiserityisyys* koostuu tietyistä ulottuvuuksista ja saa tässä tutkimuksessa sisältönsä aiemmissa tutkimuksissa esitettyjen naisten hoidon painopisteiden, toimivina piirteinä nähtyjen ulottuvuuksien sekä teoreettisten ja menetelmällisten lähtökohtien kautta. Naiserityisyyttä ei voida redusoida yksittäisten menetelmien tai terapiatekniikoiden tasolle, asiakkaan ja työntekijän kasvokkaiseen vuorovaikutukseen. Sen sijaan se perustuu moniaineeksiseen lähestymistapaan eikä ole palautettavissa yhteen tiettyyn ideologiseen tai teoreettiseen suuntaukseen tai tutkimusalaan. Päihdehoidon käytännöissä kyse on kokonaisvaltaisesta työotteesta, joka huomioi sukupuolen. (Karttunen 2013.)

Tiivistän luvussa 3. esittämäni naisten päihdehoitoa koskevan tutkimuskatsauksen ja aikaisemmin kirjoittamani artikkelin (Karttunen 2013) perusteella nais erityisen päihdehoidon ulottuvuudet seuraavasti:

- Naiseus ja sukupuolen merkitys päihdeongelmissa ja niiden hoidossa
- Minuus, identiteetti, tunteet ja niihin fokusoituva työ
- Traumaattiset kokemukset ja psykiatrisen oireilun huomiointi
- Suhteet eri näkökulmista
- Päihdeongelma, siihen nivoutuvat psykososiaaliset kysymykset ja yksilöllinen muutostyö

Näiden ulottuvuuksien kautta ymmärrän siis nais erityisyyden rakentuvan ja määrittelen niiden olevan nais erityisen päihdehoidon keskeisiä osa-alueita. Tulosluvuissa tarkastelen sitä, millä tavoin nämä ulottuvuudet ilmenevät tutkimassani naistenyhteisön työskentelyssä ja millaisia painopisteitä nais erityisyys hoidossa saa.

Oman kontekstinsa nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksiin sekä niiden ilmenemiseen tuottaa tässä tutkimuksessa laitos ja sen yhteisöllinen päihdehoito. *Laitos* on paikallinen ympäristö ja fyysinen tila, jossa nais erityinen päihdehoito toteutuu. Toisaalta laitos luo rakenteelliset kehykset toiminnalle: säännöt, valvonnan ja organisaation, jossa yhteisö toimii. Laitos myös kiinnittää naisten päihdehoidon sosiaali- ja terveydenhuoltoon, hoidolliseen ja organisatoriseen instituutioon. Tutkimani laitos toimii osana päihdehoidon palvelujärjestelmää, jota säätelevät lait ja erilaiset hoito(ideologiset) painotukset hoidon sisällöissä ja toteutuksessa. *Yhteisöllisyys* menetelmänä fokuoituu hoitamaan yksilöllistä häiriötekijää – eli tässä päihdeongelmaa – sekä muuttamaan jäsentensä elämäntapaa sekä sosiaalista ja persoonallista identiteettiä (De Leon 1994; Ruisniemi 2006a). Arja Ruisniemi toteaa yhteisön olevan ”yksilöä varten ja sen tehtävänä on olla yksilöllisen muutoksen resurssi” (Ruisniemi 2006a, 12). Yhteisöä käytetään siis yksilöllisen muutoksen toteuttamiseen. Vuorovaikutuksellisenä ympäristönä yhteisö on paikka ja tila, jossa asioita, ongelmia ja tilanteita määritellään ja tulkitaan uudelleen. (Ruisniemi 2006a, 35.; DeLeon 1994)

Yhteisöllisyys käsitteenä paikantuu tutkimuksessani selkeästi *institutionaalisen yhteisön* kattokäsitteen alle: institutionaalisella yhteisöllä tarkoitetaan erilaisia auttamis-, hoiva-, terapia-, kavatus- ja kuntoutusinstituutioita. Yhteisöllisyys ei institutionaalisissa yhteisöissä jäsenyys kansalaisuuden, suvun, alueen tai emotionaaliseen läheisyyden kautta. Sen sijaan jäseniä sitoo toisiinsa jokin jaettu, yhteinen ongelma eikä jäsenyys näissä instituutioissa ole aina omaehtoisuuteen perustuvaa. Institutionaaliset yhteisöt toimivat korvaavina tahoina luonnollisissa ja paikallisissa yhteisöissä syntyville hyvinvointivajeille. (Raitakari 2008, 223.) Sosiaalityön näkökulmasta erilaisille asiakkuuteen pohjautuville yhteisöille on tarvetta tilanteessa, jossa yhteisöjen kiinnipitävyys ei ole varmaa ja jossa sosiaalisten ongelmien yksilölliset ratkaisut korostuvat (Korkiamäki ym. 2008, 16).

4.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimustehtäväni on siis analysoida naisille tarkoitettua yhteisömuotoista päihdehoitoa nais erityisenä interventiona ja tutkia nais erityisyyden ulottuvuuksien ilmenemistä empiirisessä aineistossani. Asetan tutkimuskysymykseni seuraavasti:

- Millainen nais erityinen interventio toteutuu naistenyhteisön työskentelyssä?
- Millaisia ulottuvuuksia yhteisöllisyys saa naisten laitospuolisessa päihdehoidossa?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kautta lähestyn tutkimassani laitoksessa työskentelyä naisten kanssa sukupuolispesifinä, nais erityisenä interventiona. Lähtökohtana on sukupuolen näkyväksi tekeminen. Nais erityisyyden kautta pyrin

jäsentämään naiseuden saamia merkityksiä sekä naisten päihdeongelmille että niiden hoidolle. Se sisältää ymmärryksen naisten päihdeongelmista ja hoidon keskeisistä sisällöistä ja käytännöllisistä ulottuvuuksista. Sen kautta hahmotan myös päihdeongelmaisten naisten asiakkuuksiin liittyviä (kynnys)kysymyksiä, palvelutarpeita, naisten päihdetyöhön kiinteästi nivoutuvia psykososiaalisia ongelmia sekä niiden kohtaamisen kysymyksiä. Lisäksi nais erityisyyden kautta tarkastelen naisten päihdehoidon ammatillisia, teoreettisia ja työmenetelmiin sisältyviä lähtökohtia ja tausta-ajatuksia.

Toisen tutkimuskysymyksen kautta jäsenän yhteisöllisyyden, vertaistuen ja sosiaalisten suhteiden sekä laitostekstien merkitystä päihdeongelmista toipumiselle. Lähtökohtana tälle tarkastelulle on yhteiskunnallinen tilanne, jossa yhä enemmän valtaa saavat tulkinnot päihdeongelmista lääketieteellistä hoitoa vaativina sairauksina ja sosiaalisten tekijöiden sivuuttaminen. Hoitojärjestelmään sisältyy erityisesti huono-osaisia ja moniongelmaisia asiakkaita ulossulkevia elementtejä ja laitostekstien päihdekuntoutuksen saatavuudessa on ongelmia (esim. Murto 2002; Kaukonen 2005; Hietala 2013). Yhteisöllisyys avaa sosiaalitieteellisen näkökulman naisten päihdeongelmien ja niiden hoidon tutkimukselle. Yksilökohtaisen ja suljetun, työntekijän ja asiakkaan välisen hoitosuhteen sijaan hoitavana kontekstina on yhteisö suhteineen.

Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa sukupuoleen ja erityisesti naiseuteen liittyvistä kysymyksistä päihdeongelmien ja niiden hoidon yhteydessä. Liitän naisten päihdeongelmat paitsi kansanterveydellisiin ongelmiin, myös sosiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen kysymyksiin, joissa sosiaalinen konteksti, sukupuoliroolit ja palvelujärjestelmän näennäinen sukupuolineutraalius ovat merkityksellisiä naisten päihdeongelmien synnylle, määrittelylle ja hoidolle. Tutkimuksessani sukupuolinäkökulma päihdehoitopalveluihin edistää myös naiseuden merkitysten ymmärtämistä päihdeongelmissa laajemmin kuin vain äitiysteemaan redusoituvana tarkasteluna, sillä palvelu- ja hoitojärjestelmän vahva kiinnittyminen äitiyteen on omiaan poissulkemaan yksinäiset, perheettömät ja lapsettomat naiset (Granfelt 1998). Yhteiskuntatieteellisen päihdetutkimuksen näkökulmasta tutkimuksessani on kyse myös uusien näkökulmien, käsitteiden ja niiden sisältöjen jäsentämisestä päihdehoitoon sekä päihdeongelmia ja niiden hoitoa koskevan yhteiskuntatieteellisen ymmärryksen syventämisestä.

4.3 Etnografisen tutkimuksen lähtökohdista

Tutkimukseni aineisto on kerätty etnografista menetelmää soveltaen erään päihdehoitolaitoksen naisyhteisössä. Yleisesti ottaen etnografia on tutkimukselle monitieteinen ja laaja lähtökohta, mikä on johtanut termin kirjajaan tulkinnaan: Toisille etnografia on filosofinen paradigma ja metodologia, toisille taas metodi, jota sovelletaan tarpeen mukaan. Termillä voidaan viitata tutkimusmenetelmään, analyysitekniikkaan, tutkimus- tai esitystapaan tai omaan tieteelliseen tyyliin eli genreen. Martyn Hammersley ja Paul Atkinson (1995) ovat

määritelleet etnografian jokseenkin väljästi ja katsovat sen edustavan erityistä sosiaalitutkimuksen metodia tai joukkoa metodeja, joiden ero muuhun laadulliseen tutkimukseen ei ole kovin ehdoton. Etnografian tyypillisenä tunnuspiirteenä Hammersley ja Atkinson (1995,1) pitävät tutkijan osallistumista tutkittavien päivittäiseen elämään tietyn, riittävän pitkän ajan. Hammersleyn ja Atkinsonin (mt., 2) mukaan etnografia tuo läheisesti näkyviin ne rutinoituneet tavat, joilla ihmiset selviävät ja toimivat arkisessa elämässään. Robert Emerson, Rachel Fretz ja Linda Shaw (1995) puolestaan katsovat etnografisen tutkimusotteen ytimen muodostuvan kahdesta, toisiinsa sidoksissa olevasta toiminnosta: osallistuvasta havainnoinnista ja kirjallisten kenttämuistiinpanojen tuottamisesta.

Etnografian alkuajoista ja syntyhistoriasta on esitetty erilaisia tulkintoja, mutta pääosin sitä pidetään 1900-luvun ilmiönä. Perinteinen, *antropologiaan* kiinnittynyt etnografia on kohdistunut jonkun ryhmän tai yhteisön tapaan rakentaa sosiaalista todellisuutta, käyttää valtaa ja tuottaa merkityksiä sekä tehdä toimintaa ohjaavia tulkintoja. Pääsääntöisesti etnografia on "toisen" tutkimista, jolloin tavoitteena on kuvata tämän toisen kokemuksia, kulttuuria ja maailmaa sekä sosiaalista todellisuutta siten, kuin hän sen näkee. Vieraista kulttuureista kiinnostuneen antropologisen etnografian ohella voidaan puhua myös *sosiologisesta* etnografiasta, joka on kiinnostunut oman yhteiskunnan tutkimuksesta ja kuvauksesta. Sosiologinen asennoituminen etnografiassa näkyy erityisesti pyrittäessä itsen ja toisten havainnoimisen avulla ymmärtämään sosiaalisten prosessien mekanismeja sekä toimijoiden välisestä vuorovaikutuksesta syntyviä prosesseja. (Pösö 1993; Hammersley & Atkinson 1995; Vanhala 2005; Tikkamäki 2006; Honkasalo 2008.) Sosiaalitieteellisenä siltana antropologiasta sosiologiseen etnografiaan toimi ns. Chicagon koulu 1920- ja 1930-luvuilla, jolloin Chicagon yliopiston sosiologit kiinnostuivat oman kaupunkinsa elämästä, siihen liittyvästä massiivisesta muuttoliikkeestä ja urbaanin elämäntavan muotoutumisesta (Atkinson, Coffey & Delamont 2003; Deegan 2001). Sittemmin antropologian, etnologian ja kvalitatiivisen sosiologian väliset rajat ovat muuttuneet entistä epäselvemmiksi (Eräsaari 1995, 50).

Ylipäätään on kiistelty etnografisen tutkimuksen erityisistä piirteistä – siitä, onko kyse kulttuurisen tiedon esilletuonnista, yhteisöjen holistisesta kuvauksesta vai sosiaalisen vuorovaikutuksen muotojen systemaattisesta tutkimuksesta. (Honkasalo 2008, 4; Hirvonen 2000, 48; Pösö 1993, 29; myös Van Maanen 1988.) Etnografiaa ei voida pitää yhtenäisenä tutkimussuuntana, vaan etnografian historiasta ja taustalta löytyy sidoksia erilaisiin tieteellisiin paradigmoihin ja tapoihin toteuttaa ja kirjoittaa etnografiaa. Etnografisen tutkimuskäytäntö on yhden metodin sijasta lainannut aineksia toisistaan poikkeavista ja keskenään kamppailevista metodologisista suuntauksista, kuten fenomenologiasta, symbolisesta interaktionismista, etnometodologiasta, marxismista, feminismistä, semiotiikasta, kulttuurin tutkimuksesta sekä postmodernismista. Etnografisen tutkimus on myös muuttunut sen maailman ja kulttuurin myötä, jonka se on kulloinkin kohdannut. (Atkinson, Coffey, Delamont, Lofland & Lofland 2001; Hammersley & Atkinson 1995; Jordan & Yeomans 1995.)

Etnografiseen tutkimusotteeseen on kohdistettu myös kritiikkiä jopa tutkimussuuntaan hyvin perehtyneiden ja sitä käytännössä soveltaneiden tutkijoiden taholta (esim. Hammersley 1990; Hammersley 2006). Etnografiaa on kritisoitu muun muassa siitä, että se on toisinaan "vain tarinan kerrontaa" (LeCompte 2002); sen kyky tuottaa luotettavia teoreettisia kuvauksia on kyseenalainen (Hammersley 1990); etnografiaa soveltavat tutkijat eivät aina huomioi riittävästi omien arvojensa ja olettamustensa vaikutusta tutkimukseensa ja siten aineiston analyysiin ja tulkintaan (Brewer 1994), ja etnografiseen tutkimukseen liittyy usein vain vähän metodologisten kysymysten pohdintaa (MacKenzie 1994). Esimerkiksi John Brewer (1994) kuitenkin tulkitsee etnografiaa soveltavien tutkijoiden ja teoretikkojen taholta tulevan (itse)kritiikin pikemminkin etnografiaa rekonstruoivaksi sekä etnografisen tutkimuksen ja kirjoittamisen "hyvään käytäntöön" ohjaavaksi kuin etnografisen metodin hylkäämiseen tähtääväksi (myös MacKenzie 1994).

Etnografisia tutkimuksia voi sinällään olla vaikea sijoittaa yksiselitteisesti johonkin tiettyyn suuntaukseen tai kategoriaan niiden metodologisten lähtökohtien perusteella (Koro-Ljunberg & Greckhamer 2005). Marja-Liisa Honkasalo (2008, 5) on esittänyt, että kenttätyö, konteksti, merkitys ja tiheä kuvaus ("*thick description*"; Geertz 1973) ovat ne neljä elementtiä, joiden kautta voi tavoittaa etnografiasta jotain olennaista, ainakin pienimmän yhteisen nimittäjän. "Vaikka niiden saamat sisällöt ja niiden väliset suhteet ovat muuttuneet, itse käsitteet ovat säilyttäneet keskeisen paikkansa", kirjoittaa Honkasalo (2008, 5). Honkasalon (mt.) mukaan etnografian kohde puolestaan muodostuu ilmiön tuottamisen eli tulkinnessa käytettyjen käsitteiden kautta ja ne kietoutuvat toisiinsa tutkimusprosessissa. Tutkimusmenetelmänä etnografiaan liittyy se ainutlaatuisuus, joka mahdollistaa liikkumisen kahden eri maailman välillä ja olla osallisena näissä molemmissa; etnografia on tapa nähdä, kokea, kuulla, olla läsnä, kuulua yhteisöön ja olla silti sen ulkopuolella.

Tarja Pösö (2004) kuvaa sitä, miten etnografiaa voidaan jäsentää prosessina, "jossa jatkuvasti haetaan suhdetta tietoon, tietämiseen ja tiedon tuottamiseen tutkijan, käsitekeskustelujen ja tutkimuskohteen välisenä vuorovaikutuksena" (Pösö 2004, 21-22). Tunnistan tämän prosessimaisuuden osaltaan myös omassa tutkimuksessani. En ole kuitenkaan paikantanut tekemääni etnografiaa mihinkään tiettyyn koulukuntaan tai suuntaukseen.

4.4 Oma etnografinen tutkimusasetelma

Päihdeongelmien, päihteenkäytön ja päihdehoidon tutkimusta on hallinnut paljolti kvantitatiivinen tutkimusote. Laajempi kiinnostus päihdetutkimusta kohtaan sekä Yhdysvalloissa että Euroopassa levisi antropologiaan ja sosiologiaan kuitenkin 1960-luvulla. (Hunt & Barker 1999; Power 2001; Rhodes & Moore

2001; Neale, Allen & Coombes 2005.)¹² Viimeisten vuosikymmenten aikana etnografisen metodin soveltamisella on ollut huomattava merkitys päihdeongelmien, päihteiden käytön ja päihteitä käyttävien alaryhmien sekä niiden elämäntapojen ja kokemusten tutkimukselle (Stahler & Cohen 2001; Rhodes & Moore 2001). Erityisesti 1950- ja 60-luvuilla etnografinen tutkimus kyseenalaisti vallinneen lääketieteellisen näkemyksen huumeriippuvuudesta sairautena ja huumeidenkäyttäjistä passiivisena, ahdistuneena ja ei-kunniallisena väestöryhmänä. Sen sijaan etnografinen tutkimus osoitti huumeidenkäytön olevan sosiaalinen kokemus ja huumeiden käyttäjien olevan normaaleja, itseohjautuvia yksioita, jotka osallistuivat elämäntapaan, joka vain sattui olemaan rikollinen. Etnografinen päihdetutkimus on kohdistunut ennen muuta huumeiden käyttöön sellaisissa väestöryhmissä, jotka ovat olleet marginaalissa rodun, etnisen alkuperän, sukupuolen tai sosiaalisen asemansa perusteella. (Hunt & Barker 1999, 126; Stahler & Cohen 2001, 7; Neale, Allen & Coombes 2005, 1587.) ”Katuethnografioissa” on haluttu kuvata hyvin läheltä huumeiden käyttäjien arkea, toimintaa, sosiaalisia suhteita sekä vallan ja sosiaalisen eriarvoisuuden kysymyksiä urbaanissa suurkaupunkiympäristössä ja toisaalta erilaisten rakenteellisten ja poliittisten tekijöiden merkitystä (esim. Bourgois 2002; Mahler & Dixon 2002; Bourgois & Schonberg 2009).

Suomalaista etnografista päihdetutkimusta edustavat esimerkiksi Antti Weckrothin (2006) tutkimus lääkkeellisestä korvaushoidosta huumehoitolaitoksessa, Tuulikki Forssénin (2005) tutkimus huumehoidon asiantuntijuuden rakentumisesta sekä Jouni Tourusen (2000) ja Riitta Granfeltin (2007) vankiloiden päihdekuntoutusta koskevat tutkimukset. Anna-Liisa Hännikäinen-Uutelan (2004) ja Juha Santalan (2008) tutkimuksissa tarkastellaan yhteisöhoiton kysymyksiä. Riikka Perälä (2012) puolestaan on tutkinut huumeiden käyttäjien asiakaskokemuksia terveysterveystapasteissa ja Anna Leppo (2012a) raskaana olevien päihdeongelmaisten äitien kanssa tehtävää hoitotyötä erityisäitiyspoliklinikalla. Jussi Perälän (2011) sosiologian väitöskirja käsittelee 2000-luvun alun huumemarkkinoita Helsingissä ja sitä voidaan pitää eräänlaisena suomalaisena ”katuethnografiana” (mt. 39). Outi Hietalan (2013) yhteiskuntapolitiikan väitöskirja A-klinikan asiakaskahvilasta puolestaan on yhtäältä asiakaskulttuureja ja päihdeasiakkuutta sekä toisaalta päihdelähtöisiä elämäntapoja ja alakulttuuria koskeva tutkimus. Hyödynän oman aineistoni analyysissä tätä kotimaista tutkimusta soveltuvin osin.

¹² Kvalitatiivisen päihdetutkimuksen kehitys on ollut yhteydessä paitsi yleisempään kvalitatiivisen tutkimuksen ja sen menetelmien laajentumiseen, myös yhteiskunnan ja kulttuurin muuttuneisiin olosuhteisiin ja niiden myötä muuttuneisiin tutkimustarpeisiin. Erityisesti huumeiden tutkimuksen alueella nimenomaan HIV:n ja AIDS:n ”ilmaantumisen” on tulkittu symbolisoivan historiallista käännettä kvalitatiivisen huumeiden tutkimuksen menetelmien kehityksessä; tällöin huoli huumeiden injektioikäytön myötä leviävästä kansanterveydellisestä uhasta edisti osaltaan kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien hyväksyntää, joustavuutta ja innovatiivisuutta päihdetutkimuksen kentällä. (Rhodes & Moore 2001; Neale, Allen & Coombes 2005.) Etnografisen päihdetutkimuksen avulla on ylipäätään voitu selvittää päihdeongelmaisten ihmisten käsityksiä ja kokemuksia päihdeongelmista, niiden hoidosta ja päihdeongelmiin kietoutuvista muista sosiaalisista kysymyksistä ja päihderiippuvuuden sävyttämästä arjesta.

Paikannan oman tutkimukseni osaksi paitsi etnografista päihdetutkimusta, myös suomalaisen sosiaalityön laitostutkimuksen ja sosiaalityön etnografisen tutkimuksen perinnettä (esim. Mäntysaari 1991; Pösö 1993; 2004; Forsberg 1998; Granfelt 1998; 2007; Törrönen 1998; Hurtig 2003; Vanhala 2005; Laakso 2009; Haahtela 2015). Erityisesti Riitta Granfeltin (1998; 2007), Anni Vanhalan (2005) ja Riikka Haahtelan (2015) tutkimukset ovat tärkeitä omalle tutkimukselleni siten, että ne paitsi edustavat sosiaalityössä tehtyä etnografista tutkimusta, ne myös kiinnittyvät tutkimukseni kannalta keskeisiin teemoihin liikkeessaan naisten psykososiaalisten ongelmien ja asiakkuuden kysymysten ympärillä. Ne tuovat osaltaan esille päihdeongelmiin nivoutuvien sosiaalisten ongelmien ja yhteiskunnallisen eriarvoisuuden ja erimuotoisen institutionaalisen poissulkeamisen kysymykset naisten tilanteissa ja kohtaamisissa palvelujärjestelmässä. Näen näiden tutkimusten kertovan siitä kompleksisesta luonteesta, joka naisten päihdeongelmia sävyttää. Tutkimukset jäsentävät sitä, mitä ilmikäyttäytymisen taustalta paljastuu ja millaisiin sosiaalisiin tekijöihin naisten päihdeongelma on sidoksissa. Myös ongelmiin nivoutuvien sukupuolispesifien tekijöiden merkitys nousee esille. Lisäksi niissä on yksityiskohtaista kuvausta ja hienosyistä analyysia käytännöistä, naisten (psyko)sosiaalisista ongelmista, kokemuksista, asiakkuuksista ja työntekijöistä – jotain sellaista, mitä esimerkiksi kvantitatiivisella päihdehoitotutkimuksella ei voida tavoittaa. On ylipäätään eri asia todeta, millaisia tuloksia jostakin hoitointerventiosta todennäköisesti seuraa kuin jäsentää ja kuvata, mitä hoidossa tapahtuu ja millaisia käytäntöjä hoito sisältää. Juuri tätä jälkimmäistä katson myös oman etnografiani toteuttavan.

Keskeisenä lähtökohtana etnografisen orientaation valitsemiselle tutkimuksessani on luonnollisesti ollut tutkimusasetelma ja tutkimuskohde: päihdehoitolaitos ja sen yhteisömuotoinen päihdehoito naisille tarkoitettussa yhteisössä. Etnografinen tutkimusasetelma on tutkimuksessani mahdollistanut naisten päihdeongelmien ja niiden hoitoon liittyvien kysymysten, ammatillisten käytäntöjen ja työntekijöiden toimintatapojen ymmärtämisen ja jäsentämisen tavalla, joka ei esimerkiksi yksinomaan teemahaastatteluin olisi ollut mahdollista. En usko, että olisin voinut ymmärtää tai kuvata naistenyhteisössä tehtävää työtä ja arkea, sen hienosävyisiä vivahteita, vuorovaikutusta ja työhön kietoutuvaa vahvaa yhteisöllisyyttä ilman etnografista kenttätöitä (myös Granfelt 2007; Perälä 2012). Uskon, että jotain hyvin olennaista olisi jäänyt tavoittamatta, jos olisin valinnut jonkin muun metodisen orientaation etnografian sijaan. Riitta Granfelt (2007) kirjoittaa: "Arjen toimintoihin osallistumalla tutkija voi pyrkiä tavoittamaan työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia paitsi kuuntelemalla myös yrittämällä riittävän pitkään katsoen oppimaan näkemään osallistujien tavoin" (Granfelt 2007, 25). Näkemällä ja kokemalla asettautuivat tutkimuskohteeni rutiinit, käytännöt, normit sekä yksittäiset tapahtumat ja kohtaamiset osaksi laajempaa kokonaisuutta, ja kykenin vähitellen ymmärtämään, mistä päihdeongelmaisten naisten kanssa tehtävässä työssä oli kyse ja millaisia elementtejä siihen liittyi. Toisaalta etnografisen tutkimuksen ominaispiirre – tietynlainen hitaus ja "kentällä notkuminen", niin ärsyttävältä ja puuduttavalta

kuin se joskus tuntuikin – mahdollisti ymmärtämisen, oivaltamisen, kysymisen ja ihmettelyn (Pösö 2004).

Laitos aineistonkeruun ympäristönä ja kenttätyöni kontekstina on omalla tavallaan erityinen, sillä se on oma mikromaailmansa tai pienoisyhteiskuntansa sääntöineen, normeineen, ja se on tietyllä tapaa suljettu muulta maailmalta. Mielikuvissa laitos saa usein negatiivisia merkityksiä, se liitetään kontrolliin, valvontaan, sulkemiseen, itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen, passivoitumisen ja laitostumisen pelkoihin sekä toimintojen kapeutumiseen (Vanhala 2005, 221). Sosiologi Erving Goffman (1969) on erottanut toisistaan laitoksen toiminnallisena tilana (esimerkiksi koulu) ja totaalisenä instituutiona (esimerkiksi vankila), jossa rajoitetaan vuorovaikutusta suhteessa ulkomaailmaan. Tutkimani laitos oli julkisen sektorin toimintaa ja sitä sitoivat tietyt juridiset velvoitteet. Samoin esimerkiksi puhelimen käyttöä koskevat sopimukset¹³ rajoittivat vuorovaikutusta laitoksen ulkopuolelle ja öisin laitoksen ovet lukittiin. Muutoin laitos ei kuitenkaan toiminnoiltaan ja konkreettisesti ollut eristetty muurein tai aidoin muusta yhteiskunnasta – kuten goffmannilainen totaalinen instituutio. Asiakkaiden olemisen ja toiminnan säätely oli kokonaisuudessaan jokseenkin väljää. Keskeisen normittavan kehyksen sille muodosti yhteisöhoito-ideologian ohella kuntoutuksen perussopimus, jonka noudattamiseen asiakkaat sitoutuivat hoidon alussa omalla allekirjoituksellaan.

Aloittaessani väitöskirjatutkimustani olin kiinnostunut sekä äitiys- että naiseustematiikasta ja niiden käsittelystä naisten päihdeongelmien hoidossa. Muotoilin tutkimusasetelman, jossa toteutin etnografisen aineistonkeruun kahdessa päihdehuollon laitoksessa, joissa työskenneltiin päihdeongelmaisten naisten, äitien ja heidän vauvojensa kanssa. Käytännössä tutkimusympäristöinä olivat erään kuntayhtymän omistaman päihdehoitolaitoksen naistenyhteisö sekä yksi Ensi- ja turvakotien liiton alaisista päihde-ensikodeista osana Pidä kiinni -hoitojärjestelmää (ks. Andersson, Kuorelahti & Hyytinen 2008). Taustalla tässä asetelmassa minua ohjasi käsitys siitä, että erilaisin menetelmin ja lähtökohdin sekä organisaatioin toimivia päihdehuollon laitoksia tutkimalla olisi mahdollista saada laajempi ja jäsentyneempi kuva päihdeongelmaisten naisten ja äitien päihdehoidosta, sen käytännöistä ja siihen liittyvistä ammatillisista lähtökohdista sekä erilaisista hoito- ja organisaatiokulttuurisista tekijöistä. Päädyin kuitenkin lopulta rajaamaan väitöskirjatutkimukseni tarkastelemaan vain naistenyhteisön toimintaa ja naisille suunnattua hoitoa nais erityisenä interventio-¹⁴. Tämä ratkaisu hahmottui ja realisoitui minulle käytännössä kenttäkoke-

¹³ Laitoksen perussopimuksen mukaisesti asiakkaiden tuli pitää puhelin äänettömällä klo 8-16 eivätkä puhelut saaneet häiritä muita asiakkaita. Naistenyhteisössä asiakkaat säilyttivät puhelimia omissa huoneissaan. Tarvittaessa sai käyttää myös naistenyhteisön toimiston puhelinta.

¹⁴ Toisen aineiston, äitien ja vauvojen yhteisen päihdehoidon tarkastelun, poisjättäminen tästä tutkimuksesta oli minulle vaikea valinta. Olin kuitenkin saanut luvan tutkia hyvin herkkää asiakasryhmää ja heidän kanssaan tehtävää työtä ensikotiympäristössä. Sekä työntekijät että asiakkaat päästivät minut hyvin suojatulle ja yksityiselle alueelle seuratakseni ensikodin päivittäistä arkea, äitien ja vauvojen elämää paikassa, joka lähtökohtaisesti oli sillä hetkellä heidän kotinsa. Koin ja koen edelleen tutkijana velvollisuudekseni myös julkaista ensikotityötä koskevaa aineistoani ja tehdä näkyväksi ensikodin hoitotyötä äitien ja

musten jälkeen ja aineiston analysoinnin vaiheessa, kun yritin sovittaa näitä kahta tutkimuskenttää samaan käsikirjoitukseen.

Kumpikin kenttä on silti vaikuttanut näkemyksiini naisten päihdehoidon keskeisistä kysymyksistä. Ne myös suuntasivat havaintojani ja lukemistani ja toisaalta syvensivät taitojani toteuttaa etnografiaa osin erilaisissa ympäristöissä. Ne kuitenkin avasivat kaksi toisistaan sillä tavoin poikkeavaa tapaa kohdata naisten ja äitien päihdeongelmia, etten löytänyt tutkimuksellisesti järkevää ja tarkoituksenmukaista tapaa sijoittaa niitä yhteen väitöstutkimukseen¹⁵. Kummankin laitoksen yhteisöjen ja hoidon arki kuvasi eri näkökulmista päihderiippuvaisten naisten elämää ja niitä asioita, jotka hoidossa nousevat pinnalle ja keskiöön, ja toisaalta niitä vaihtelevia orientoitumistapoja, joita naisten päihdeongelmiin voidaan työskentelyssä ottaa. Erilaisin tavoin ja hoitototeutuksien toimivat laitokset ja niiden hoito voivat kumpikin tuoda tärkeitä asioita ja työskentelyn kohteita päihdeongelmasta kuntoutumisen prosessiin.

4.5 Kenttä, osallistuminen ja roolit

Etnografisessa tutkimuskirjallisuudessa puhutaan usein sisäänpääsystä kentälle. Tämä kenttä on usein jokin yhteisö, kulttuurin (osa)alue tai yhteiskunnan instituutio, johon tutkija ”astuu” sisään – tuttuun tai vieraaseen (Palmu 2007, 139). Minulle tämä kenttä muotoutui päihdehuollon laitosmaailmaan sijoittuvasta naistenyhteisöstä. Kenttä, jolle astuin, oli itselleni osin vieras ja osin tuttu ympäristö: tuttu siinä merkityksessä, että olin ennen kenttätöitä työskennellyt sosiaalityöntekijänä päihdehuollossa ja toisaalta vieras siten, että työkokemukseni oli avopalveluista eikä laitosteknisistä kuten tutkimuksessani (myös Keskinen 2005, 139–140). Tarja Tolonen ja Tarja Palmu (2007, 89) kirjoittavat tutkijan astuvan erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin, joita kehystävät niin viralliset suhteet kuin sosiaaliset asemat ja yhteiskunnalliset rakenteet. Tolosen ja Palmun (mt.) mukaan tutkijan sosiaalinen asema kentällä on ”vähintäänkin epävakaa”. Tällä Tolonen ja Palmu viittaavat tutkijoiden kokemuksiin siitä, miten kentälle pääsy on kaootista toimintaa, ovensuihin tai välitiloihin pääytymistä.

vauvojen kanssa. Näin ollen tavoitteenani on julkaista ensikotityötä koskevaa tutkimusta erillisjulkaisuna (esim. Karttunen 2016b).

¹⁵ Kenttien kautta avautui kiteytetysti kaksi erilaista jäsennyystapaa naisten ja äitien päihdeproblematiikkaan: *Naistenyhteisössä* hoidon painopiste oli naisen suhteessa omaan itseensä ja naisena elämisen kysymyksiin. *Ensikodin* ympäristössä hoito kiinnittyi äiti-vauvaparin suhteeseen ja sen vahvistamiseen. Ensikoti oli selkeästi lastensuojelulaitos, ja sen sidoksena lastensuojeluun oli hyvin vahva. Naistenyhteisön puolestaan tunnistin selkeästi päihdehoidon kentälle sijoittuvaksi. Ensikodin hoito on selvästi varhaisen puuttumisen interventio. Sillä pyrittiin ehkäisemään ylisukupolvisten ongelmien välittymistä sekä kiintymyssuhdehäiriöiden ja vauvojen kehityksen ongelmien syntymistä ja vaikuttamaan myönteisesti äiti-lapsisuhteen laatuun (Pajulo & Kalland 2008; Pajulo & Kalland 2013; Pajulo 2010; 2011; Karttunen 2016b). Naistenyhteisön hoito puolestaan lävisti koko täysi-ikäisen naisen elämänkaaren eri vaiheineen, eikä sillä ollut tällaista kehitys- ja preventio-orientoitunutta fokuksa.

Millaiselle kentälle minä pääsin sisälle, miten se tapahtui ja millainen oli sosiaalinen asemani tutkimassani naistenyhteisössä? Virallinen sisäänpääsy kentälle, tutkimuskohteenani olevan päihdehoitolaitoksen naistenyhteisöön, tapahtui jokseenkin helposti ja kivuttomasti. Virallisen sisäänpääsyn edellytyksenä tai ensimmäisenä kynnyksenä oli ensin tutkimusluvan saaminen¹⁶ ja tutkimuskohteeksi valikoituneen naistenyhteisön henkilökunnan kiinnostus osallistua tutkimukseen. Ennen tutkimuksen aloittamista esittelin tutkimustani ja tapasin koko laitoksen henkilökuntaa sekä naistenyhteisön työntekijät, jotka olivat valmiita sitoutumaan tutkimukseeni. Ymmärsin jo tuolloin, ettei tutkimuksestani tule mitään, jollen kykene rakentamaan riittävän luottamuksellista suhdetta työntekijöihin kentällä. Luottamus puolestaan oli edellytyksenä sille, että pääsin sisälle yhteisöön ja sen arkeen myös virallisen kynnyksen ylittämisen jälkeen. Samoin keskeisenä kentälle sisäänpääsyn edellytyksenä oli sukupuoleni: tutkimani naistenyhteisö on todellakin vain ja ainoastaan naisille, ja naissukupuoli oli sisäänpääsyn edellytyksenä niin asiakkaille kuin työntekijöille – ja myös tutkijalle.

Ennen aineistonkeruun alkua sosiaalityön jatkokoulutusseminaarissa esitelmässäni seminaaripaperissa kirjoitin kenttätöön aloittamisesta seuraavaa:

”Oletan, että asiakastyön ja päihdetyön kokemuksen kautta sisäistetty ja työntekijöiden kanssa yhteisesti jaettu ammattikieli ja -koodisto, päihdeongelmien ja -hoidon tuntemus sekä kyky tietynlaiseen, ammattiin perustuvaan ja erityisesti hoidolliselle ja terapeuttiselle työlle ominaiseen asennoitumiseen auttavat minua osaltaan luottamuksellisen suhteen luomisessa työntekijöihin.” (seminaaripaperi 22.5.2007)

Helpotukseni oli suuri, kun huomasin tämän pitävän paikkansa ainakin osittain. Jaetun ammatillisen osaamisen ja kokemuksen kautta pystyin lähestymään työntekijöitä luontevalla, heille tutulla tavalla – alkuun enemmän ehkä sosiaalityöntekijänä kuin tutkijana, minkä tein aivan tietoisesti. Eräs työntekijöistä ottikin tämän esille ensimmäisen kenttäjakson aikana ja kertoi kokeneensa läsnäoloni aluksi häiritsevänä. Hän kuitenkin koki tilanteen muuttuneen, kun olin alkanut keskustella hänen kanssaan ”asioista”. Nämä ”asiat” ovat liittyneet paljolti päihdeongelmiin, päihdehoitoon ja omiin kokemuksiini sosiaalityöntekijänä erityisesti päihdehoidossa. Se, että tutkijan roolin takaa paljastui myös *joku muu*, edisti osaltaan luottamuksen syntymistä. Sosiaalityöntekijän ammatti ja kokemukset päihdehoidossa työskentelystä eivät kuitenkaan olleet vain keino rakentaa luottamusta ja suhteita kentällä, vaan koin niiden myös helpottaneen kentällä olemistani. Esimerkiksi käytetty kieli oli minulle tuttua: ymmärsin, mistä puhuttiin, ja osasin itsekin käyttää samaa kieltä sekä siihen liittyviä ammattitermejä ja käsitteitä. Samoin tunnistin tutuiksi asiakkaiden tietyt toimintatavat ja reagoitintyyliä enkä esimerkiksi pelästynyt tai ihmeteltyt voimakasta psyykkistä oireilua, eivätkä vieroitusoireiset asiakkaat hätkähdyttäneet.

Asiakkaat suhtautuivat minuun luontevasti ja huomioivat myös minut arkisissa tilanteissa, esimerkiksi kattoivat myös minulle astiat pöytään, tervehti-

¹⁶ Päihdehoitolaitoksen johtaja myönsi minulle erillisen tutkimusluvan, jonka nojalla minulla on yksinoikeus keräämääni aineistoon ja sen käyttöön väitöskirjaan, siihen nivoutuviin erillisiin artikkeleihin ja mahdolliseen post doc -tutkimukseen.

vät minua saapuessani ja kysyivät, lähdenkö heidän kanssaan rannalle tai ostosmatkalle. Toisinaan asiakkaat olivat hieman epävarmoja siitä, kuka olen ja miten minuun pitäisi suhtautua: pitääkö minulta esimerkiksi kysyä mielipidettä seuraavan viikon retkisuunnitelmasta tai voiko minulta kysyä henkilökohtaisia asioita samalla tavoin kuin yhteisössä puhutaan muidenkin kanssa henkilökohtaisista asioista? Demokraattisen yhteisöhoidon periaatteiden mukaisesti henkilökunta totesi asiakkaille, että lähtökohta on, että kaikilta voi kysyä mitä hyvää - myös yhteisöön saapuneelta tutkijalta. Minun henkilökohtaiseksi ratkaisukseni jäi se, mitä kerroin ja miten vastasin.

Toisaalta sekä työntekijät että asiakkaat mielsivät minut ensisijaisesti tutkijaksi, ja toisinaan joku työntekijä kysyikin: "No, mikä on tutkijan syväanalyysi tästä tilanteesta?" Minut myös esiteltiin aina tutkijana sekä uusille asiakkaille että yhteisön ulkopuolisille työntekijöille. Tutkijan roolista huolimatta minut otettiin hyvin avoimesti mukaan erilaisiin työntekijöiden keskinäisiin tilanteisiin, ja esimerkiksi viikoittaisissa henkilökuntakokouksissa puheenjohtaja kysyi aina myös minun kuulumisiani. Samoin saatettiin harmitella poissaoloani toteamalla: "Voi sun ois pitänyt olla täällä sillon!" Harmittelua kuulin sekä asiakkailta että työntekijöiltä. Työntekijät myös ikään kuin yrittivät auttaa tutkimukseni tekemistä toteamalla, että "sun on ehdottomasti tultava jollekin retkelle... niillä aina tapahtuu!" tai kehottamalla minua osallistumaan itse erilaisiin asiakkaille tarjottaviin luoviin ja toiminnallisiin työskentelytapoihin, "jotta sä saat niin ku myös itse kokea sen". Avoin keskustelu asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa roolistani ja läsnäolostani sekä niiden herättämistä tunteista ja ajatuksista auttoi minua pääsemään sisälle kenttään. Toisaalta pohdin avoimesti ääneen työntekijöille kokemuksiani naistenyhteisössä. Koin päässeeni sisään kentälle, mutta en vain tutkijaksi vaan myös yhteisön jäseneksi ainakin jollakin tapaa. Eräs työntekijä totesikin jonkin aikaa kentällä oltuani minun olevan nyt selkeä osa yhteisöä ja piti sitä hyvänä, koska "täällä ei voi muuten olla".

Käytännössä ensimmäinen kenttätöyön vaihe osoittautui minulle haastavaksi varsin monella tapaa - eikä vähiten siksi, että päihdehuollon laitoshoido oli itselleni vierasta aluetta, vahvasta yhteisöhoidon lähestymistavasta ja siihen liittyvistä käytännöistä puhumattakaan. Toisaalta varsin tarkasti strukturoitu päiväohjelma auttoi minua nopeasti hahmottamaan tietyt rutiinit, käytännöt ja työn sisältöä. Kenttätö myös herätti itsessäni monia kysymyksiä sekä tutkijana että sosiaalityöntekijänä. Keskeisenä oli taustalla jatkuvasti vaivannut kysymys siitä, olinko ylipäättään tekemässä etnografiaa vai jotakin ihan muuta. Aloittaessani kenttätöä olin tutkijana hyvin epävarma etnografisen kenttätöyön toteutuksen "oikeaoppisuudesta". En ollut aina täysin varma, istuiko työntekijöiden työhuoneen sohvalla nyt sosiaalityöntekijä vai tutkija. Koin tämän sosiaalityöntekijän ja tutkijan identiteettien pohdinnan tärkeäksi siinä mielessä, että minulla on hyvin vahva sosiaalityöntekijän identiteetti ja olen omaksunut sosiaalityöntekijän rooliin kuuluvat toiminta- ja puhutavat. Sen sijaan kenttätöyön alussa oli tutkijana oleminen minulle vielä vierasta. Toisaalta havaitsin vähitellen itsessäni myös tämän tutkijan identiteetin kehittyneen ja vahvistuneen. Tätä havainnollistaa hyvin tilanne, jossa miltei hätäännyin: Jäin erään kerran yksin asiak-

kaiden kanssa laitoksen rantasaunan pihaan, ja eräs asiakkaista alkoi selvästi ahdistua. Vaikutti siltä, että hän vähintäänkin saa paniikkikohtauksen tai kävelee kohta suoraan veteen. Sosiaalityöntekijän roolissa toimiessani tällainen tilanne ei olisi ollut minulle vieras tai epävarmuutta herättävä, mutta olin tuolloin onnistunut uppoutumaan tutkijan asemaan ja orientoitunut siihen, ja nyt tilanne näytti vaativan toisenlaisen position ottamista.

Sirpa Lappalainen (2007a, 10) kirjoittaa osuvasti todetessaan ruumiillisen ja emotionaalisen läsnäolon tekevän etnografisesta tutkimusprosessista erityisen (ks. myös Hurtig 2003; Tjora 2006). Kentällä ollessani tämä etnografian kokonaisvaltaisuus ja henkilökohtaisuus yllättivät (Granfelt 2007, 24). Kohdatesani erityisesti itseni ikäisiä nuoria naisia ja kuunnelllessani heidän elämäntarinoitaan ja ajatuksiaan en voinut olla pohtimatta, mikä lopulta erotti minut heistä – tai miksi me olimme niin erilaisissa asemassa ja miten elämämme olivat menneet aivan erilaisia ”käsikirjoituksia” noudattaen. Toisaalta onnistuin sulautumaan yhteisöön siten, että yhteisössä piipahtaneet muut asiakkaat eivät tieneet minun olevan tutkija, vaan minua luultiin asiakkaaksi (myös Granfelt 2007, 23). Toisaalta minun itseni oli aluksi vaikea erottaa, kuka oli työntekijä ja kuka asiakas, sillä saapuessani kentälle ensimmäistä kertaa ei pälyilevä katseeni löytänyt etsimäänsä: avainnippuja käsissä, avaimia roikkumassa kaulassa tai nimikylttejä rinnuksissa – niitä eräänlaisia aseman ja vallan symboleja, joilla olisin erottanut vaivattomasti työntekijät asiakkaista. Esittäytymistilanteissakin minulle kerrottiin vain ystävällisesti nimi, eikä siitä voinut päätellä, esittäytyikö minulle asiakas vai työntekijä. Alkuun minulle myös naureskellen huomauteltiin, kun virastoissa työskennelleenä sosiaalityöntekijänä tottuneesti suljin avonaisia ovia ja etsiskelin sähkölukkoja, kulkulätkiä ja avaimia, joilla lukita ja avata ovia. Kaikki tämä oli täysin vastoin demokraattisen yhteisöhoidon periaatteita, jotka vähitellen sisäistin, ja huoletta jätin ovet auki silläkin uhalla, että henkilökohtaiset tavarani katoaisivat johonkin – eivätkä ne kadonneet.

Etnografiassa tutkija osallistuu yhteisön arkeen pyrkien mobilisoimaan kaikki aistinsa havainnointiin: tutkija katselee, kuuntelee, tunnustelee, haistelee ja maistelee tutkimassaan yhteisössä (Lappalainen 2007c, 113). Juuri tätä minäkin pyrin tekemään havainnoidessani naistenyhteisön arkea, yhteisön tapahtumia, työntekijöiden ja asiakkaiden vuorovaikutusta ja kohtaamisia, työntekijöiden keskinäistä kanssakäymistä sekä hoitoon kuuluvia käytäntöjä, kuten ryhmiä. Olin näissä tilanteissa ollut usein vain hiljaisena sivustaseuraajana keskittyen kuuntelemaan, näkemään, muistamaan ja havainnoimaan. Esimerkiksi varsinaisissa ryhmäistunnoissa olin selkeästi havainnoijan roolissa, en osallistunut keskusteluun enkä kommentoinut sitä millään muodoin. Näin onnistuin paremmin häivyttämään itseni taustalle ja jopa unohduksiin: esimerkiksi ryhmäkeskustelun jälkeen työntekijä saattoi hämmentyneenä kysellä, olinko ollut paikalla, koska hän ei ollut ”rekisteröinyt” mitenkään olemistani. Myös siitä sain palautetta, että ilmeeni ei koskaan ”värähtänytkään” eikä kasvoistani voinut ”lukea”, mitä jostakin tilanteesta ajattelin, vaikka mitä olisi tapahtunut.

Tapa, jolla osallistuin tutkimani yhteisön elämään ja eri toimintoihin, oli intensiteetiltään vaihteleva, ja mitä ilmeisimmin tutkijan läsnäolo kentällä on

aina osallistumista johonkin ja vaikuttaa yhteisöön tutkijan ollessa osa tutkimansa yhteisön sosiaalista järjestystä (Emerson; Fretz & Shaw 1995, 2–3; Lappalainen 2007c, 113; Hammersley & Atkinson 1995). Emerson, Fretz ja Shaw (1995, 3) puolestaan ovat todenneet, että tutkijan ja yhteisön jäsenten väliset suhteet eivät niinkään muuta tai häiritse tapahtuvaa sosiaalista vuorovaikutusta vaan pikemminkin paljastavat yhteisön jäsenten sosiaalisten suhteiden muotoutumisen ehtoja ja lähtökohtia. Kentällä ollessani koin käyväni itseni kanssa ikään kuin jatkuvaa sisäistä keskustelua ja arviointia siitä, miten minun kannattaisi jossakin tilanteessa olla ja osallistua. Ratkaisujen ja valintojen paikkoja olivat toisaalta myös ne tilanteet, joihin en osallistunut lainkaan. Liitän itse nämä pohdintani osallistumisen intensiteetistä osaksi kysymystä paikastani tutkijana. Tuula Gordon ja kumppanit (2007, 46–47) toteavat tutkijan olevan jatkuvasti liikkeellä, valitsevan ja muokkaavan paikkaansa sekä toimivan eettisten normien, tutkimusintressiensä ja spontaanien tunteiden muodostamassa kehyksessä. Koen oman osallistumiseni intensiteetin ja tutkijan paikan hakemisen hahmottuneen jokseenkin samalla tavoin. Kaikkiaan koen monissa tilanteissa olleeni tutkijana todellakin rajalla tai välitilassa (vrt. Lappalainen 2007b; Granfelt 2007): olin yhteisön sisällä ja silti sen ulkopuolella. Kentältä lähteminen osoittautui kuitenkin vaikeaksi, sillä en millään olisi halunnut vielä poistua kentältä – yhteisön, sen tapahtumien ja ihmisten ”imu” oli niin vahva (vrt. Granfelt 2007, 25; Pösö 2004, 22).

4.6 Aineisto ja sen kerääminen

Etnografiselle tutkimukselle on tyypillistä aineistojen monipuolisuus. Osallistuvan havainnoinnin (*participant observation*) ja siihen kytkeytyvien kenttämistiinpanojen ohella tyypillisiä aineistoja etnografiassa ovat keskustelut ja haastattelut, tekstuaaliset aineistot ja dokumentit sekä historiallinen ja omaelämäkerrallinen materiaali. Lisäksi etnografiassa voidaan kerätä ja tulkita erilaista visuaalista materiaalia, esimerkiksi valokuvia, videoita ja elokuvia. Käyttämällä erilaisia tiedonkeruumenetelmiä ja aineistoja voidaan samasta ilmiöstä saada tietoa eri näkökulmista ja näin pyrkiä mahdollisimman rikkaaseen ja syvään analyysiin. (Mietola 2007, 151; Emerson, Fretz & Shaw 1995, 1–2; Atkinson, Coffey, Delamont, Lofland & Lofland 2001, 4–5; Atkinson, Coffey & Delamont 2003, 15.)

Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu *havainnointiaineistoista* ja työntekijöiden *etnografisista haastatteluista*. Havainnointiaineisto pitää sisällään myös omat pohdintani ja reflektointini, ja nimitän tätä aineistoa kokonaisuudessaan *kenttämistiinpanoiksi*. Lisäksi minulla on käytössäni tutkimuskohteenani ollutta päihdehoitolaitosta koskevaa kirjallista *dokumenttiaineistoa*, jota käytän tutkimuksessa lähinnä täydentävänä, informatiivisena aineistona. Havainnointi on pitänyt sisällään vaihtelevan pituisia havainnointijaksoja: kerrallaan 2–8 viikkoa, keskimäärin 3–4 arkipäivää viikossa, ja päivittäinen havainnointiaika yleensä 6–8 tuntia kerrallaan. Naistenyhteisössä toteuttamani havainnointijaksot sijoittuvat vuosille 2007 ja 2008, kun kokonaisuudessaan aineistonkeruu sijoittui vuo-

sille 2007–2010 kerätessäni sitä kahdessa eri laitoksessa. Havainnointini on tallennettuna puhtaaksi kirjoitettuna 136 sivun laajuisena (fonttikoko 12, riviväli 1) tekstiaineistona naistenyhteisön osalta, ja nämä kenttämuistiinpanot sisältävät omia huomioitani, kysymyksiäni ja oivalluksiani. Aineisto on muodostettu kronologisesti siten, että päivän tapahtumat etenevät episodeittain (1, 2, 3 jne.) ja kukin episodi on nimetty tapahtuman mukaan (ks. tarkemmin kohta ”kenttämuistiinpanojen kirjoittamisesta”). Haastatteluaineisto muodostuu tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden työntekijöiden haastatteluista. Naistenyhteisössä tein viisi haastattelua eli haastattelin kaikki yhteisön työntekijät. Lisäksi työntekijöiden kanssa päivittäin käymäni keskustelut havainnointijaksojen aikana sisältyvät kenttämuistiinpanoihin. Kestoltaan naistenyhteisössä tekemäni haastattelut vaihtelivat tunnista vajaaseen kahteen tuntiin. Olen litteroinut haastattelut ja kirjoittanut puheen sanasta sanaan (sivumäärä 87, fonttikoko 12, riviväli 1). Haastattelut toteutin havainnointijaksojen välissä useammalla eri kerralla. Haastatteluaineisto täydentää kenttätöiden aikana syntyneitä havainnointiaineistoa eli kenttämuistiinpanoja. Haastattelujen sisältöjä jaetukäteissuunnittelua ovat ohjanneet vahvasti kentällä heränneet kysymykset ja oivallukset sekä jo kertynyt havainnointiaineisto. Kentältä kertynyt kirjallinen dokumenttiaineisto puolestaan sisältää mm. tilastotietoja asiakasmääristä ja asiakkaiden sosioekonomisista taustoista, organisaatiokuvauksia, työtapojen mallinnuksia, asiakastyössä käytettäviä lomakkeita, viikkosuunnitelmia ja toimintakertomuksia. Tutkimuksessa käytän niitä kehystämään ja tarkentamaan muuta empiiristä aineistoa lähinnä kuvatessani tutkimuskohdetta ja sen toimintakulttuuria. Nämä dokumentit eivät sisällä henkilötietoja. Varsinainen aineistonkeruu on fokusoitu ennen muuta työntekijöihin ja heidän tekemäänsä työhön päihdehoidon sisältöjen, työtapojen, menetelmien ja lähtökohtien jäsentämiseksi. Jäsenmän seuraavassa tarkemmin sitä, miten toteutin havainnointia, kenttämuistiinpanojen kirjoittamista ja etnografisia haastatteluja.

4.6.1 Havainnoinnista

Varsinaisessa havainnoinnissa pyrin ensin jäsentämään yhteisön arkea ja sen rutiineja, toistuvia tapahtumia ja käytäntöjä, jotta ymmärtäisin sen kontekstin, jossa varsinainen hoito toteutui. Toisaalta näen arjen rutiinit sinällään jo kuntouttavina elementteinä samalla kun ne muodostavat osan hoidon rakenteellisesta kehyksestä. Havainnointiani voi jäsentää ajallisesti ja tilallisesti. Vaikka tarkastelin aina kerrallaan tiettyjä yksittäisiä tapahtumia omissa aikoina ja tilaan liittyvissä konteksteissaan, yritin myös jäsentää tapahtumia kokonaisuudeksi, jossa hoito tapahtui. Havainnoidessani koin ikään kuin liikkuvani vuoroin yksilöiden, yhteisön ja instituution (tässä: laitos) muodostamilla eri tasoilla tai niiden rajapinnoilla.

Ajallisesti havainnointini ajoittui ja rajautui arkipäiviin ja virka-aikaan (klo 8–16), jolloin naistenyhteisön työntekijät olivat töissä¹⁷. Tässä ajallisessa kehyk-

¹⁷ Naistenyhteisön työntekijöistä paikalla oli kerrallaan 1-5, riippuen siitä, jäikö joku vielä illaksi töihin tai oliko joku arkivapaalla viikonloppuvuoron johdosta. Naistenyhteisössä

sessä toteutui naistenyhteisön hoidon ”virallinen” osuus. Se, mitä naistenyhteisössä ja laitoksessa muina vuorokaudenaikoina ja viikonloppuisin tapahtui, välittyi minulle vaihtelevasti erilaisten keskustelujen ja tilannekuvausten kautta. Tämä aikaan liittyvä ulottuvuus tuottaa siis yhden rajauksen aineistolleni. *Tilallisesti* havainnointia voisi jäsentää siten, että havainnoinnin kannalta tärkeimpiä tiloja naistenyhteisössä olivat keittiö, työntekijöiden työhuone ja ryhmähuone. Esimerkiksi *keittiö* oli yhteisön arjessa keskeinen tila, jossa päivä alkoi (aamupalaverit), jossa juotiin kahvit, käytiin päivän toimintojen välissä erilaisia keskusteluja ja jossa oleiltiin, leivottiin, luettiin lehtiä ja kirjoja tai esimerkiksi tehtiin ristisanatehtäviä tai sudokuja. Keittiö avautui olohuoneeseen, jossa myös satunnaisesti oleskelin ja josta käsin saatoin seurata keittiön tapahtumia. Työntekijöiden *työhuone* puolestaan oli yhteisön tiloista se, jossa hoidettiin asiakkaiden käytännön asioita (esimerkiksi asiakastyön dokumentointia tietokoneella, puhe- luita, lääkkeiden jakoa), jossa työntekijät olivat saatavilla ja keskustelivat keskenään ja johon asiakkaat saivat vapaasti tulla keskustelemaan tai hoitamaan omia asioitaan. *Ryhmähuoneessa* pidettiin erilaiset keskusteluryhmät, viikkoarviointi ja viikkosuunnittelu. Havainnointijaksojen aikana toki välillä poistuimme yhteisön ulkopuolelle esimerkiksi ulkoilemaan tai ostoksille ja myös laitoksen yhteisiin tiloihin, kuten yhteisökokouksiin ja päivän aterioille tai kellarissa olevaan tilaan mielikuvatyöskentelyyn. Myös näitä naistenyhteisön ulkopuolisia tilanteita, joihin naistenyhteisön asiakkaat ja työntekijät osallistuivat, havainnoin, ja niiden tapahtumia on mukana aineistonäytteissä. Kirjausten tarkkuus tosin vaihtelee tilanteen mukaan. Esimerkiksi koko laitoksen yhteisestä ajanvietosta saattaa olla vain maininta. Naistenyhteisön asiakkaat osallistuivat myös kaikille laitoksen eri yhteisöjen naisasiakkaille tarkoitettuun Askelryhmätyöskentelyyn¹⁸. Naistenyhteisön työntekijät ohjasivat näitä ryhmiä yhteistoiminnallisesti toisten yhteisöjen naistyöntekijöiden kanssa. Myös näistä tilanteista on kuvauksia.

Asiakkaiden omat huoneet olivat sellaista yksityisaluetta, jolle en koskaan astunut ilman erillistä kutsua (ks. myös Pösö 2004, 23). Tällöin asiakkaat halusivat esimerkiksi esitellä omaa huonettaan tai näyttää valokuvia lapsistaan. Naistenyhteisön perällä oleva parveke, jossa naiset tupakoivat, osoittautui minulle ”kielletyksi alueeksi” – tai niin sen koin, vaikka kukaan ei suoraan kieltänytkään minua menemästä sinne. Muutoin koin yhteisön tilat joustaviksi ja demokraattisen yhteishoidon periaatteiden mukaan avoimiksi ja myös minulle sallituiksi läsnäolon paikoiksi. Kaikkiaan naistenyhteisön jaetut, yhteiset tilat muodostivat siis keskeiset fyysiset puitteet havainnoinnin toteuttamiselle.

oleminen edellytti asiakkailta sellaista toimintakyvyn tasoa, että asiakas pystyi olemaan yhteisössä myös ilman työntekijöiden jatkuvaa läsnäoloa. Esimerkiksi iltaisin, öisin ja viikonloppuisin vuoroissa oli eri yhteisöjen työntekijöitä ja he työskentelivät eri paikoissa laitosta, eivät olleet kohdennetusti naistenyhteisössä. Asiakkaat olivat käytännössä keskenään öisin naistenyhteisössä. Myös asiakasmäärä väheni viikonloppuisin, kun osa suuntasi suunnitellulle kotiharjoittelujaksolle.

¹⁸ Ryhmän viitekehys perustui NA:n 12 askeleen mukaiseen työskentelyyn ja siinä käytetään työkirjaan.

Laitoksen päivää rytmittäneet säännölliset tapahtumat ja rutiinit jäsensivät havainnointiani sekä tilallisesti että ajallisesti. Havainnointini oli luonnollisesti selektiivistä ja vajavaista, sillä tutkijan on suorastaan mahdotonta suunnata huomiota kaikkeen mahdolliseen tapahtuvaan (Gordon ym. 2007; Tjora 2006). Toisinaan toivoinkin, että kanssani olisi ollut toinen tutkija tarjoamassa reflektiivistä peiliä tekemilleni havainnoille ja esiin nousseille kysymyksille. Uskaltauduin kuitenkin käyttämään tässä apuna toisinaan työntekijöitä, joiden kanssa vaihdoin näkemyksiäni ja kokemuksiäni eri tilanteista. Toisinaan työntekijät myös pyysivät itse suoraan kertomaan havainnoistani tai halusivat tietää, miten olin nähnyt jonkin tilanteen (myös Keskinen 2005, 134–135). Kyse ei ole vain havaintojen luotettavuudesta: huomiokyvyn merkitys on siinä, että sen valikoivuus vaikuttaa aineiston muodostukseen ja siihen, mitä tutkija nostaa aineistosta esiin (Granfelt 2007, 22, 24). Luonnollisestikin tutkimusasetelmaani sisältynyt kiinnostukseni sukupuolen merkitykseen¹⁹ päihdeongelmissa ja niiden hoidossa ohjasi myös havainnointiani. Alun haparoinnin ja epävarmuuden tuntemusten jälkeen havainnointini vähitellen tarkentui ja fokusoitui, kun kenttä tuli tutuksi ja oivalsin sen perusrakenteet toimintoineen ja vuorovaikutuskuvioineen. Opin myös esittämään kentälle ja itselleni kysymyksiä siten, että pääsin havainnoinnissani ihmettelyn sijaan myös ymmärtämisen tasolle. Etnografisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkimys luonnollisiin kysymyksiin ja vastauksiin; etnografian ei siis tule kentälle mennessään olettaa tietävänsä oikeita kysymyksiä etukäteen, vaan sekä kysymykset että vastaukset tarkentuvat tutkimusprosessin aikana. (Lehtinen 2003, 58–59; Tikkamäki 2006, 154.) Kenttäjaksojen aikana ymmärsin myös havainnoineeni sellaisia asioita, tapahtumia ja toimintoja, joiden tulkitsin olevan jokseenkin keskeisiä naisten päihdehoidossa mutta joille oli aluksi vaikea antaa nimeä. Ihmettelin alkuun paljon esimerkiksi erilaisia käsi- ja jalkahoitoja ja niiden merkitystä hoidolle. Lopulta pääsin kiinni siihen laajempaan ilmiöön, jota tässä tutkimuksessa kutsun *kehollisuudeksi*.

Erilaisissa ajallisissa ja tilallisissa konteksteissa puolestaan pyrin havainnoimaan ympärilläni tapahtuvaa siten, että kiinnitin huomiota muun muassa seuraaviin asioihin: yhteisön käytännöllinen tapahtuminen, tekeminen ja toiminta ("Mitä täällä oikein tapahtuu?"; ks. myös Perälä 2012; Haahtela 2015); työntekijöiden keskinäinen vuorovaikutus ja reflektointi; työntekijöiden orientoituminen ja toiminta eri tilanteissa, työntekijöiden ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus; konfrontaatiotilanteet ja interventiotilanteet; rutiinit ja niistä poikkeamiset. Erityisesti pyrin kiinnittämään huomiota sellaisiin tilanteisiin ja kohtaamisiin, joissa määriteltiin ja tulkittiin ongelmia (erityisesti päihdeongelmia), asetettiin tavoitteita ja arvioitiin niiden toteutumista sekä pyrittiin ohjaamaan asiakkaiden toimintaa ja orientoitumista kohti muutosta. Samoin olin kiinnostunut tilanteista ja tapahtumista, jolloin sukupuoleen ja naiseuteen liittyvät asiat ja kysymykset nousivat esille, sekä siitä, miten ne ilmenivät ja millaisten asioiden

¹⁹ Toisaalta esimerkiksi sukupuoli on sikäli vaikea havainnoinnin kohde, että se läpäisee kaikkea toimintaa ja olemista ja silti ikään kuin pakenee. Ja samalla sukupuoli on itsestään selvää, olemassa olevaa ja silmin nähtävää. Sukupuolen havainnointi on muutakin kuin sen toteamista, että "täällä on naisia töissä naisten kanssa". Tämä sukupuoleen liittyvä ongelma tuli esille myös analyysin vaiheessa.

den yhteydessä. Lisäksi pyrin ymmärtämään sitä yhteisöllisyyden kokonaisuutta ja dynamiikkaa, jossa kaikki tapahtui. On todettava, että osa tapahtumien ja tilanteiden merkityksistä jäsenyi minulle vasta kenttäjakson jälkeen lukiessani aineistoa ja tutkimuskirjallisuutta.

Oman haasteensa havainnoinnille laitoksessa asetti yhteisön jatkuva muutos: asiakkaita tuli, lähti ja keskeytti yhteisön muuttuessa sen mukaisesti. Yhteisön asiakkaiden ikä, elämäntilanteet ja sosiaaliset taustat vaihtelivat huomattavasti haastaen yhteisöllisyyden rakentumista. Lisäksi asiakkaiden fyysinen kunto ja psyykkinen vointi sekä hoitoon liittyvät odotukset ja mielikuvat vaikuttivat yhteisöön, sen ilmapiiriin, yhteisön jäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen ja toimintoihin. Jatkuva muutos edellytti myös työntekijöiltä kykyä orientoitua jatkuvasti uudelleen ja muuttaa tarvittaessa toimintatapaansa. Tutkijana jouduin yhtä lailla sopeutumaan jatkuvaan muutokseen ja siihen liittyviin katkoksiin, vaihdoksiin, yllätyksiin ja ristiriitoihin. Tilanteita ei voinut pysäyttää tutkijalle ihmeteltäviksi.

4.6.2 Kenttämuistiinpanojen kirjoittamisesta

Osallistuvan havainnoinnin kumppani etnografiassa ovat tutkijan kirjoittamat kenttämuistiinpanot, joissa tutkija pyrkii mahdollisimman tarkkaan, yksityiskohtaiseen ja ymmärtävään kuvaukseen kentän tapahtumista (Emerson; Fretz & Shaw 1995, 64). Aloittelevana tutkijana minua ilahdutti suunnattomasti Emersonin, Fretzin ja Shaw'n (1995, 5) toteamus siitä, ettei ole olemassa yhtä ainutta oikeaa tapaa kirjoittaa kenttämuistiinpanoja. Tästä lohdullisesta neuvosta huolimatta koin välillä epävarmuutta siitä, miten kirjoittaa, mistä ja miten paljon.

Kirjoitin kenttämuistiinpanoja kahdessa eri vaiheessa: sekä kentällä että kentän jälkeen kotona. Kentällä kirjoittaessani aloitin aina kirjoittamalla päivämäärän. Tämän jälkeen kirjoitin muistiinpanoja siten, että numeroin tapahtumat jo niitä muistiin kirjoittaessani ja käytin niistä nimeä episodi, esimerkiksi episodi 1: aamupalaveri. Näin pystyin helpommin erottelemaan tapahtumat toisistaan. Mikäli kyseessä oli tilanne, jossa kaikki yhteisön jäsenet olivat paikalla (esim. aamupalaveri tai viikkosuunnittelu), en erikseen listannut osallistujien nimiä. Sen sijaan kirjasin poissa olevat ja mahdollisuuksien mukaan myös poissaolon syyn (esim. asiakas mennyt lääkärin vastaanotolle). Episodien numerointi ilmaisi tapahtumien kronologisen järjestyksen, ja muistiinpanoja lukiessa voi havaita, miten jokin aamulla kirjattu tapahtuma episodissa X oli saanut jatkoa iltapäivällä episodissa Y. Episodien alku ja loppu ovat useimmiten olleet selkeitä ja liittyneet jonkin toiminnan tai tilanteen selvään alkamiseen, etenemiseen ja päättymiseen (esimerkiksi ryhmät). Toisaalta esimerkiksi episodi "työhuoneessa" saattaa sisältää useamman eri tapahtuman tai keskustelun. Episodi on saattanut alkaa esimerkiksi minun ja työntekijöiden käymällä keskustelulla ja asiakkaan tullessa paikalle "vaihtua lennosta" hänen tilanteensa selvittelyyn. Yksittäisten episodien sisällä saattaa siis olla paljon vaihtuvia tilanteita, tapahtumia, teemoja ja osallistujia. Nämä vaihdokset tuottavat aineistoon myös kat-

koksia ja keskenjäämistä. Jouduin myös itse sopeuttamaan omaa toimintaani ja keskittymistäni vaihtuvuuteen ja säröihin.

Episodiin väliin jäi ns. tyhjää, jolloin muistiinpanojen perusteella *ei tapahdu mitään*. Nämä ns. tyhjät tilanteet ja ajat ovat useimmiten esimerkiksi vapaan oleilun aikaa, ruokataukoja, asioiden hoitoon varattuja aikoja ja erilaisia siirtymätilanteita. Valinta on ollut sekin, etten kirjoittanut näistä tilanteista kovinkaan systemaattisesti, vain joitakin hajanaisia merkintöjä ja huomautuksia. Toisaalta nämä ovat myös olleet sellaisia hetkiä, joita olen itse käyttänyt nimenomaan kenttämuistiinpanojen kirjoittamiseen. Keskeisenä perusteluna kirjaimattomuudelle on myös se, että näissä tilanteissa ei ole ollut läsnä työntekijöitä, vaan he ovat saattaneet olla hakemassa esimerkiksi postia, kirjoittamassa asiakasasiakirjoja tai annostelemassa lääkkeitä, ja asiakkaat ovat vetäytyneet omiin huoneisiinsa tai lähteneet hoitamaan omia asioitaan yhteisön ulkopuolelle. Toisaalta keskustelutilanteet näissä kohden asiakkaiden kanssa olivat tavallisempia. Ajattelen, että olin toisella tavoin ”tavoitettavissa” istuessani vaikka kahvilassa keittiössä tai olohuoneessa.

Kentällä kirjoittaessani nimesin siis episodeja joko tapahtuman tai tilan mukaan, mutta aineiston analyysin vaiheessa yhdenmukaistin ja tiivistin episodien nimiä. Kirjoittamisen kautta muodostuneet kenttämuistiinpanot kokonaisuudessaan rakentuvat seuraavasti nimettyjen episodien²⁰ kautta:

- Aamupalaveri
- Ryhmä (sis. keskusteluryhmät, rentoutus ym. kehollisuuteen liittyvät ryhmät, toiminnalliset ryhmät, NA-askelryhmä)
- Viikkosuunnittelu
- Viikkoarviointi
- Keittiössä
- Työhuoneessa
- Yhteisökokous (kaikkien yhteisöjen yhteinen)
- Mielikuvatyöskentely
- Henkilökuntakokous (työntekijöiden työkokous)
- Muu nimetty episodi satunnaisesta tai yksittäisestä tapahtumasta (esim. ”retkellä”, ”ostosmatka Kaupunkiin”, ”metsässä”, ”rannalla”)

Näissä episodeissa todellistui laitoksen ja yhteisön arki, niissä tapahtuivat kentän tilanteet, keskustelut ja toiminnot. Niissä ihmiset (työntekijät, asiakkaat ja minä tutkijana) puhuivat, liikkuivat, toimivat, reagoivat ja tunsivat. Ne muodostavat myös sen kehityksen, jossa tietoni ja näkemykseni naisten päihdehoi-

²⁰ Aineistonäytteiden osalta olen kuitenkin nimennyt ryhmäepisodeja kohdennetusti myös ryhmien osalta, esimerkiksi ”ryhmä” tai ”askelryhmä”.

dosta rakentui aineistonkeruun myötä. Havaintoni näissä kehyksissä ovat olleet rajallisia ja valikoituneita, mikä on vaikuttanut myös kirjoittamiseeni ja kenttämuistiinpanoista rakentuvaan aineistoon. Hieman huumoria käyttäen voisi kai todeta, että hahmottelen ”sohva- ja keittiötason teoriaa” naisten päihdehoidon keskeisistä sisällöistä yhteisöhoidon kontekstissa: työhuoneen sohvalla, keittiön pöydän ääressä tai ryhmähuoneen nojatuoleissa käytiin monta erilaisten tunteiden ja oivallusten sävyttämää keskustelua siitä, mitä on päihdeongelma, miten sitä voi lähestyä, mikä on tavoitteellista toimintaa, mikä on tärkeää ja mikä parhaiten auttaisi tässä tilanteessa eteenpäin. Tunnistan kuitenkin sen, etteivät kirjaamani kentän tapahtumat ja tilanteet todennu tyhjiössä, vaan ne ovat sidoksissa kontekstiin, yhteisöön ja laitokseen ja siellä vallitsevaan ammatilliseen kulttuuriin ja hoitoideologiaan.

Päiväkodin lapsiryhmässä etnografista tutkimusta tehnyt Sirpa Lappalainen (2007c, 127–127) on kuvannut omaa kirjoittamistaan siten, että kentällä muistiinpanojen kirjoittamisen keskeisenä periaatteena oli saada kirjatuksi mahdollisimman nopeasti mahdollisimman paljon, sillä tavoitteena oli mahdollistaa mieleen palauttaminen. Samaa voisi todeta omasta tavastani kirjoittaa muistiinpanoja kentällä ollessani ainakin kenttäjakson alkuvaiheessa. Kenttätöön alussa kirjoitin todellakin muistiin kaiken mahdollisen ”varmuuden vuoksi” niistä tilanteista, jotka valitsin havainnointini kohteeksi. Tietysti tämä havainnoinnin kohdistaminen tiettyihin asioihin, toimintoihin ja tilanteisiin samoin kuin niistä kirjoittaminen tai kirjoittamatta jättäminen ovat metodologisia valintoja, ja niissä on kyse jonkinlaisesta analyysin esivaiheesta (Emerson; Fretz & Shaw 1995, 51). Kenttätöön edetessä kirjoittamiseeni tyyli muuttui, kun opin kohdentamaan havainnointia tarkemmin ja ymmärsin paremmin, mitä yhteisössä oli kulloinkin meneillään ja mistä toiminnoissa oli kyse.

Pyrin jo kentällä kirjoittamaan mahdollisimman sanatarkkoja dialogeja käydyistä keskusteluista ja kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, mistä tilanteessa on ollut kyse. Toisaalta ymmärrän, että näissä yksityiskohtaisissa kirjauksissa merkityksellistä ei ole vain se, mistä ja miten niissä puhutaan, vaan myös se, mihin puhumisella pyritään (Hurtig 2003, 62). Sosiaalityöntekijänä toimiessani olin oppinut nopeaksi muistiinpanojen kirjoittajaksi ja pystyin hyvin myös palauttamaan mieleen näkemäni ja kuulemani. Tästä oli luonnollisesti paljon apua kirjoittaessani kenttämuistiinpanoja. Minun oli suorastaan välttämätöntä kirjoittaa jo kentällä mahdollisimman tarkasti, sillä en kyennyt enää päivän päätteeksi palauttamaan mieleeni tapahtumia, tilanteita, keskusteluja ja asioita pelkkien avainsanojen tai lauseiden (*jottings*) avulla (ks. *jottings*: Emerson, Fretz & Shaw 1995, 30). Kokeilin tätä, mutta huonolla menestyksellä.

Kenttämuistiinpanojen kirjoittamisen tapa ja paikka vaihtelivat tilanteen ja tuntemuksieni mukaan. Toisinaan kirjoitin muistiinpanoja hyvin avoimesti esimerkiksi ryhmässä. Toisinaan taas kirjoitin ikään kuin vaivihkaa, työntekijöiltä ja asiakkailta piilossa esimerkiksi rustaamalla muistiinpanoja puoliksi pöydän alla vihko sylissäni. Toisinaan en pitänyt muistiinpanovälineitä lainkaan esillä tai mukana vaan kirjoitin muistiinpanot tilanteen päätyttyä. Erillisiä kirjoittamiskieltoja työntekijöiden taholta en naistenyhteisössä kohdannut. Tut-

kijana koin laitoksen tilana siten, että se mahdollisesti tarvittavan etäisyyden ottamisen ja vetäytymisen kirjoittamaan rauhassa. Toisinaan toimin siten, että työntekijöiden kirjoittaessa työhuoneessa omia asiakasmuistiinpanojaan tietokoneelle istuin itse sohvalla kirjoittamassa omia muistiinpanojani. Tällöin pystyin hyvin myös keskeyttämään kirjoittamisen siltä varalta, että ”jotain tapahtui”. Työhuoneen sohvalla käytiin myös useita tärkeitä ja tutkimuksen kannalta mielenkiintoisia keskusteluja ja seurasin hyvin ainutlaatuisia kohtaamisia ja tilanteita.

Yritin mahdollisuuksien mukaan kirjoittaa kentällä tekemäni muistiinpanot puhtaaksi tietokoneella niin pian kuin mahdollista. Kronologisesti toisiaan seuraavien episodien avulla oli helpompi palauttaa mieleen tapahtumia ja tuntemuksia. Muistiinpanoja puhtaaksikirjoittaessani mieleen tuli usein myös muita, syystä tai toisesta alun perin kirjoittamatta jääneitä asioita, tapahtumia ja muistikuvia. Samoin muistiinpanojen puhtaaksikirjoitus tuotti uusia oivalluksia nähdystä, kuullusta ja koetusta. Kirjasin tässä vaiheessa myös metodologiaan ja teoriaan liittyviä oivalluksia, kysymyksiä ja ideoita. Kirjoittaminen auttoi niin ikään jäsentämään omia tuntemuksia ja siten orientoitumaan uuteen päivään kentällä. Toisinaan kirjoittaminen oli tuskallista, hidasta ja puuduttavaa, eikä ajatuksia aina pystynyt sanoittamaan ja saattamaan kirjalliseen muotoon (ks. myös Pösö 2004, 25–26).

Kenttämuistiinpanoissani on väistämättä myös aukkoja, katkoksia ja epämääräisiä kuvauksia, joiden merkitys on jäänyt epäselväksi jopa itselleni. Analyysivaiheessa olenkin harmitellut joissakin kohdissa, miksi jokin kuvaus tai tilanne on jäänyt kesken ja miksi kirjoittaminen on päättynyt. Ajattelen, että osa näistä liittyy nopeisiin tilannemuutoksiin ja tilanteiden konkreettisiin keskeytymisiin. Osa kenttämuistiinpanojen puutteista voi liittyä omaan väsymykseeni, keskittymisen herpaantumiseen tai siihen, että olin ”unohtunut” miettimään jotain aikaisempaa tilannetta. Osa puutteista liittyi myös kokemattomuuteeni tutkijana. Jälkeenpäin olen myös pohtinut sitä, missä määrin jonkin tilanteen merkitys on jäänyt siinä kohden ymmärtämättä ja olen sivuuttanut sen. Toisaalta analyysivaiheessa kenttämuistiinpanoja lukiessani totesin, että niissä ”puhui ja kuului” useampi kertoja ja kokija: minun ja työntekijöiden rinnalla kenttämuistiinpanoissa äänen saavat myös asiakkaat, heidän elämänsä, näkemyksensä ja kokemuksensa. Siten asiakkaat ovat myös merkittävällä tavalla osallistuneet aineiston ja koko tutkimuksen tuottamiseen puhumalla, olemalla, toimimalla, reagoimalla, haastamalla, kysymällä ja tunteita ilmaisemalla. Uskaltaudun myös tulkitsemaan tätä asiakkaiden tuottamaa aineistoa. Vaikka minä menin kentälle tutkimaan nimenomaan työntekijöitä ja heidän työtään, tulivatkin asiakkaat mukaan hyvin aktiivisesti. Näen tämän liittyvän laitoksen toimintaa vahvasti ohjanneeseen demokraattisen yhteisöhoiton ideologiaan, jonka merkitystä en kenttätyön alkaessa täysin ymmärtänyt.

Keskeisimmät kenttämuistiinpanojen kirjoittamista koskevat kysymyksetni liittyivät paljolti myös havainnointia koskeviin kysymyksiin: Kirjoitanko oikeita ja tarkoituksenmukaisia asioita? Miten tapahtumista, tilanteista ja havainnoidusta tulisi kirjoittaa? Kenelle oikeastaan kirjoitan – itselleni, tutkimalleeni

yhteisölle, tiedeyhteisölle vai tutkimukseni potentiaaliselle yleisölle? Miten voisin kirjoittaa muistiinpanoja luotettavalla, mahdollisimman tarkalla ja eettisellä tavalla? Miten luotettava tai kattava aineisto tästä muodostuu? Osittain pohdintani kirjoittamisen kysymyksistä liittyy ymmärrykseeni kirjoittamisen merkityksellisyydestä etnografiassa, sillä kirjoittamiseen liittyvät käytännöt ja valinnat – myös se, mistä kirjoittaa tai ei kirjoita – eivät ole yhdentekeviä tutkimuskohteesta tuotettavien kuvausten ja tulkintojen kannalta (Emerson, Fretz & Shaw 2001; myös Van Maanen 1988). Aineiston tekstuaaliseen muotoon saattamisessa on kyse myös tiedon tuottamisesta (Atkinson, Coffey & Delamont 2003, 14). Kysymys kenttämuistiinpanojen kirjoittamisesta on sikäli tärkeä, että koko etnografia tuotetaan kirjoittamalla siten, että tutkimusprosessin eri vaiheet oikeastaan jäsentyvät erilaisten kirjoittamisen tapojen ja muotojen kautta (Lappalainen 2007c, 115; Palmu 2007, 144–145).

4.6.3 Etnografiset haastattelut

Osallistuvan havainnoinnin ja siihen kytkeytyvien kenttämuistiinpanojen ohella haastattelut ovat olleet olennainen osa etnografista tutkimusta, ja näistä haastatteluista käytetään nimitystä *etnografinen haastattelu*. (Warren 2002, 85.) Joissakin tutkimuksissa etnografisella haastattelulla tarkoitetaan kaikkia tutkijan ja tutkittavien välisiä kohtaamisia ja vaihtoja kentällä; kyse on siis informaaliin keskustelujen rinnastamisesta erityisessä haastattelutilanteessa tapahtuviin keskusteluihin. Toisaalta esille on myös tuotu näiden kahden tilanteen, niissä tuotettavan puheen ja niihin sisältyvien erilaisten roolien ja sääntöjen erot. Haastattelussa puheelle rakentuu erityinen konteksti, jossa asiantuntijan/tietäjän paikka annetaan haastateltaville. (Mietola 2007, 159; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 32–33). Erotan tutkimuksessani toisistaan etnografiset haastattelut ja informaaliset keskustelut toisistaan. Ne olivat tilanteina luonteeltaan ja sisällöltään erilaisia.

Omassa tutkimuksessani tein viisi varsinaista haastattelua naisyhteisön työntekijöiden kanssa, mutta erilaisia informaaleja keskustelutilanteita oli päivittäin. Ne on kirjattu osaksi kenttämuistiinpanojani. Haastattelujen tekemättä jättäminen olisi tarkoittanut tutkimuksessani kenttätöiden jäämistä vakaaksi. Informaaliin keskustelutilanteiden haaste oli siinä, että niiden sisältöjä ja käänteitä ei voinut ennakoita, etukäteen kehystää ja suunnitella. Erilaisissa arjen informaaleissa keskustelutilanteissa työntekijät selostivat ja jäsensivät minulle omaa työtään puhumalla arkisen työnsä lomassa. Näissä keskusteluissa työntekijät myös selittivät tai tarkensivat jotain tilannetta tai tapahtumaa, jossa olin ollut havainnoimassa. Osa työntekijöiden puheesta oli ”ääneen ajattelua”, reflektointia tai minulle ”syötiksi” heitettyjä retorisia kysymyksiä. Toisinaan keskustelutilanteet jäivät hyvin lyhyiksi, ne keskeytyivät, ne tapahtuivat kävellessämme huoneesta tai tilasta toiseen tai keskusteluihin liittyi lisää osallistujia. Sen sijaan haastattelutilanteessa olin kunkin työntekijän kanssa kahdestaan, ilman keskeytyksiä ja tilanteeseen keskittyneenä. Haastattelutilanteet mahdollistivat siis pysähtymisen ja tarkentavien kysymysten esittämisen paikan. Haastatteluissa halusin antaa tilaa nimenomaan työntekijöiden puheelle ja ajatuksille.

Etnografisia haastatteluja ohjaavat tutkijalle kentällä muodostuneet käsitkset ja havainnot, kentän herättämät kysymykset, oivallukset ja jaettu kokemusmaailma yhdessä kentän toimijoiden kanssa (Tolonen & Palmu 2007; Mietola 2007). Haastattelut ovat siis sidoksissa kenttätööhön, pitkäaikaiseen oleskeluun ja vuorovaikutukseen tutkittavien kanssa ja kentällä muotoutuviin suhteisiin. Tutkimuksessani haastattelujen sisällöt rakentuivat väljästi hahmottelemani teemarungon ja kunkin työntekijän kanssa haastattelun aikana esille tulleiden teemojen ympärille. Ensimmäisen kenttäjakson jälkeen olin erityisen kiinnostunut siitä, miten työntekijät näkivät ensinnäkin sukupuolen merkityksen sekä yhteisöllisyyteen ja yhteisöhoitoon liittyvät kysymykset. Samoin olin kiinnostunut siitä, miten työntekijät jäsensivät omaa rooliaan ja tehtäväänsä sekä työskentelyn tavoitteita. Teemaruoko siis jäsenyi muun muassa edellä mainittujen sukupuoleen, naiseuteen ja yhteisöllisyyteen sekä hoidon tavoitteisiin liittyvien teemojen kautta. Käytännössä toteutin naistenyhteisön työntekijöiden haastattelut ensimmäisen kenttäjakson jälkeen siten, että olin ollut poissa kentältä useita kuukausia ja ehtinyt reflektoida havaintojani ja lukea tutkimuskirjallisuutta. En olisi osannut jäsenellä teemoja ilman suhdetta kenttään, sen ihmisiin ja tapahtumiin.

Etnografisessa haastattelussa molemmat osapuolet tietävät jo ennestään jotakin toisistaan ja haastateltava toimii informanttina kertoen paitsi tuntemuksistaan ja kokemuksistaan, myös tutkimuskentän tapahtumista (Palmu 2007, 91-92). Se, että haastattelija ja haastateltava ovat kenttätöön myötä tulleet tutuiksi toisilleen, saattaa helpottaa haastattelua sinällään. Toisinaan ennakkokäsitykset voivat yllättää haastattelutilanteessa sekä haastateltavan että haastattelijan (Mietola 2007). Tutkijan tekemät tulkinnat voivat olla täysin erilaisia verrattuna haastateltavan omiin ajatuksiin, perusteluihin ja tulkintoihin omasta toiminnastaan kentällä. (Tolonen & Palmu 2007, 92.) Nähdäkseni tutkijan vaihtuvat roolit ja positiot, yhtäaikainen yhteisön jäsenyys ja ulkopuolisuus – rajalla oleminen – heijastuvat etnografiseen haastattelutilanteeseen, joka on yhtä lailla neuvottelun, suhteiden, asemien ja roolien paikantamista kuin muukin kenttätö. Siksi voikin olla vaarallista tuudittautua siihen, että kentällä mutkattomilta ja sujuvilta vaikuttavat suhteet olisivat väistämättä samanlaisia haastattelutilanteessa – tai että haastateltavan olisi yhtä helppo keskustella haastattelutilanteen muodostamassa kehyksessä kuin epävirallisemmissä kohtaamisissa ja vuorovaikutustilanteissa kenttätöön lomassa. (Mietola 2007; Tolonen & Palmu 2007.) Tämän havaitsin myös omissa haastatteluissani: joillekin työntekijöille haastattelutilanne oli huomattavasti vaikeampi ja jännittävämpi kuin se, että olin mukana heidän päivittäisessä työssään ja jatkuvasti ”selän takana”. Samoin digitaalinen sanelin, jolle haastattelut nauhoitin, aiheutti enemmän ahdistusta kuin kynäni ja vihkonni. Koin itse haastattelutilanteen muita keskusteluja virallisempänä ja mietin, missä määrin tämä liittyi siihen, että minuun, tapaani olla ja ihmetellä oli totuttu toisenlaisessa tilannekehyksessä. Kyse on siis siitä, miten paljon kontekstin vaihtuminen yhteisön tapahtumien ja soljuvan arjen mukana kulkemisesta ”suljettujen ovien taakse” sijoittuvaksi oli vastoin työntekijöiden sisäistä-

miä demokraattisen yhteisöhoidon periaatteita ja jo sellaisenaan ”vaivaannuttavaa” tai mahdollisesti teki tilanteesta epämurkavan.

Tutkimuksessani etnografiset haastattelut täydensivät aiemmin kertynyttä havainnointiaineistoa ja niistä rakentuvia kenttämuistiinpanoja. Tutkimuksessani haastattelut liittyivät kentän tapahtumiin sillä tavoin tiiviisti, että haastateluaineistoa ei voi ymmärtää ilman kentän tapahtumien tuntemusta. Analyysissä ja empiiristä aineistoa kokevissa luvuissa olen käyttänyt rinnakkain havainnointi- ja haastateluaineistoa. Toisaalta haastattelutekstejä tulee lukea siitä kontekstista käsin, jossa haastateltavani puhuivat: he työskentelivät laitoksessa, jossa toteutettiin yhteisöhoitoa ja olivat omaksuneet yhteisöhoitoon kiinnittyvän ajattelu- ja työskentelytavan. Lisäksi he orientoituivat puheessaan omasta koulutus-, työ- ja elämänhistoriastaan käsin.

Kaikkiaan aineistonkeruuta voi luonnehtia prosessimaiseksi, mikä selittää myös sen, miksi se kokonaisuudessaan (kahdessa eri laitoksessa) ajoittuu useammalle vuodelle (2007-2010). Tähän on vaikuttanut se, että tutkimuskohteita oli alkujaan kaksi ja ne sijaitsivat eri puolilla Suomea. Tutkimuksen kannalta prosessimaisuus on merkinnyt ajatusten ja jäsenysten kehittelyä ja tarkentamista, teoreettisen ymmärryksen syvenemistä. Etäisyyttä kenttään, sen tapahtumiin ja aineistoon on luonnollisesti tuottanut aikajänne, joka aineiston keruun ja väitöskirjan kirjoittamisen välillä on. Samoin työskentelyni edelleen päihdehoidon kentällä sosiaalityöntekijänä ja esimiehenä on vaikuttanut tapaani katsoa ja ymmärtää keräämääni aineistoa. Myös jo aiemmin mainitsemani julkaisut (Karttunen 2013; Karttunen 2016a, 2016b), jotka olen kirjoittanut osana tutkimusprosessia, ovat kohdentaneet näkökulmaani aineistoon. Pidän mahdollisena sitä, että pitkä aikajänne on myös syventänyt ymmärrystäni tutkimastani ilmiöstä ja kentän tapahtumista. En näe aineiston menettäneen merkitystä tai olevan vanhentunutta, sillä tutkimuskohteen ilmiö (naisten päihdeongelma) ja interventio (naisten päihdehoito) ja sen tarkastelun kysymykset ovat edelleen ajankohtaisia ja empiirisen aineiston havainnot ja teemat relevantteja.

4.7 Tutkimuseettisiä linjauksia ja rajoja

Tutkimuksessani ei mainita oikealta nimeltä laitosta ja sen yhteisöä, joista aineisto on kerätty. Myös työntekijöiden, asiakkaiden ja heidän läheistensä anonymiteetti turvataan käyttämällä peitenimiä, jotka vaihtuvat toistuvasti tutkimuksen eri luvuissa ja aineistonäytteissä siten, että lukija ei kykene yhdistelemään tai seuraamaan tiettyä työntekijää tai asiakasta koskevia aineistonäytteitä. Tutkimuseettikan näkökulmasta pidin tärkeänä sitä, että tutkimuskohteen valinta perustui siihen, etten tuntenut ennestään henkilökuntaa tai asiakkaita. Näin ollen oma ammatillinen taustani lastensuojelun ja A-klinikan sosiaalityöntekijänä sulki pois osan mahdollisista tutkimuskohteista, sillä koin eettisesti ja ammatillisesti kyseenalaiseksi ja vaikeaksi tutkia laitosta, jonka henkilökunta, työtavat tai asiakkaat olisivat olleet minulle ennestään tuttuja.

Vaikka tutkimus ei suoranaisesti ole kohdentunut asiakkaisiin eikä aineisto sisällä esimerkiksi asiakashaastatteluja, asiakaskyselyjä tai asiakasasiakirjojen käyttöä, olen pyrkinyt huomioimaan asiakkaiden näkökulman tutkimustilanteissa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkailta on aina pyydetty suostumus tutkijan läsnäoloon tilanteissa, joissa aineistonkeruu on liittynyt yksittäisen asiakkaan tilanteeseen. Laitos myös erikseen informoi asiakkaita (kirjallinen tiedonanto) tutkimuksestani, ja asiakkaiden kanssa keskusteltiin ja neuvoteltiin yhteisesti ennen havainnointijaksojeni alkua. Tutkijana pidin asiakkaille erillisiä tiedotustilaisuuksia tutkimuksestani ennen havainnointijaksoa tai sen aluksi. Toki osa asiakkaista tuli hoitoon kesken kenttäjaksoni, mikä oli etukäteisinformoinnin sekä suostumuksen ja vapaaehtoisuuden varmistamisen näkökulmasta eettisesti haasteellista. Uusille asiakkaille esittelin aina itseni ja kerroin tutkimuksestani. Toisinaan joku työntekijöistä tai asiakkaista oli jo ehtinyt kertoa minusta etukäteen, ja tutkimusinformaationi oli avoimesti kaikkien nähtävillä. Asiakkailta oli aina lupa ja oikeus pyytää tutkimuksen keskeyttämistä havainnointijaksolla tai kieltää se kokonaan heidän oman hoitojaksonsa aikana. Aineistonkeruun aikana näin ei tapahtunut kertaakaan, vaan asiakkaat osoittivat poikkeuksetta mielenkiintoa ja myönteistä suhtautumista tutkimuksen toteuttamiseen ja toivat usein esille aiheen tärkeyden myös heille itselleen. Osa asiakkaista toi esille olevansa pikemminkin tyytyväisiä siihen, että ”kerrankin joku kytää työntekijöitä ja mitä ne tekee!” Sen sijaan eräänlaisen jääviystilanteen johdosta olen itse keskeyttänyt yhden havainnointijakson tutkimuseettisistä syistä ja palannut aineistonkeruun pariin myöhemmin.

Tutkimusympäristönä päihdehoitolaitos näyttäytyi minulle eettisesti vaativana, sillä etnografia mahdollistaa tutkijan ”katoamisen” ympäristöön, osaksi sitä. Tällöin tutkittavat ovat vielä enemmän haavoittuvassa ja suojattomassa asemassa, koska he ”unohtavat” tutkijan. Koin eettiseksi velvollisuudekseni aina välillä muistutella tutkittaviani siitä, että paikalla oli myös tutkija. Jotkut tilanteet koin kiusallisina juuri tämän hyvin kehittämäni ”tapettiin liukenemisen” taidon vuoksi ja mietin, mikä oikeus tai peruste minulla oli olla näissä paikalla. Aineistoa kerätessäni pidin keskeisinä eettisinä periaatteinani asiakkaiden yksityisyyden suojelua (mistä voi ja saa kirjoittaa, mitä minulla on oikeus tietää asiakkaasta), käytännöllistä sensitiivisyyttä (esimerkiksi havainnointitilanteesta poistuminen asiakkaan voimakkaan ahdistuksen johdosta tai suora, tietyistä tarjolla olleista havainnointitilanteista kieltäytyminen), työntekijöiden toiveiden kunnioittamista aineistonkeruun käytäntöjen suhteen (esimerkiksi missä ja milloin muistiinpanoja saa kirjata) ja tarkkaa pitäytymistä tutkijan roolissa. Työntekijöiden näkökulmasta pyrin toimimaan siten, etten ainakaan lisännyt heidän kuormitustaan ja pyrin kuulostelemaan, missä kohden oli mahdollista kysyä, selvittää tai pyytää pysähtymään kanssani. Läsnäolonni unohtaminen kuitenkin merkitsi sitä, että heidän olemisensä, tekemisensä, ilmeensä, eleensä, puheensa ja reaktionsa olivat lähtökohtaisesti tutkijan katseen alla – ja lopulta kirjoitetussa muodossa, tämän väitöstutkimuksen aineistonäytteissä, analyysin osina ja teoreettisesti tulkittuina.

Koska tutkimus ei kohdentunut asiakkaisiin, pidin tärkeänä eettisenä periaatteena sitä, että en koskaan lähestynyt asiakkaita oma-aloitteisesti. Keskustelin asiakkaiden kanssa vain heidän omasta aloitteestaan. Suhteessa asiakkaisiin puntaroin usein sitä, miten voin missäkin tilanteessa ja paikassa olla, toimia tai lähestyä heitä. Yhteisön arkeen osallistuminen kuitenkin edellytti toimintaa ja olemista myös asiakkaiden kanssa. Olisi ollut keinotekoisia pitäytyä kontaktissa ja vuorovaikutuksessa vain työntekijöiden kanssa. Se olisi todennäköisesti myös estänyt koko kenttätyön ja antanut minusta vähintäänkin ylimielisen vaikutelman. Silti usein mietin, häiritseekö asiakkaita ulkopuolisen jatkuva ”nurkissa notkuminen” tai olinko liian etäinen pyrkiessäni olemaan häiritsemättä ketään ja mitään. Sain kuitenkin – sitä mitenkään pyytämättä – asiakkailta suoraa palautetta siitä, että heitä ei länäoloni häirinnyt. Pikemminkin minua myös innokkaasti esiteltiin uusille yhteisön asiakkaille, poissaolajani ihmeteltiin ja kyseltiin, tulenko vielä takaisin. Samoin asiakkaat ilmaisivat usein ilahtuvansa, kun huomasivat minun palanneen takaisin: ”No näkeehän suakin pitkästä aikaa!” Jotkut asiakkaat olivat myös poissa ollessani miettineet, että minun pitäisi jäädä heidän kanssaan yöksi laitokseen päästäkseni kunnolla sisälle yhteisöön. Jotkut asiakkaat kertoivat pitävänsä tutkimustani tärkeänä ja hakeutuivat oma-aloitteisesti seuraani keskustelemaan tutkimuksestani. Samalla jotkut heistä halusivat jakaa kanssani kokemuksiaan liittyen päihdeongelmaansa, naiseuteen ja äitinä olemiseen. Näissä tilanteissa he myös jakoivat kanssani hyvin vaikeita elämäkokemuksiaan. Pidin näitä hetkiä erittäin merkityksellisinä itselleni ja tulkitsen ne luottamuksen osoitukseksi. En kuitenkaan koskaan ottanut mitään kantaa tai esittänyt mielipiteitä, sillä en pitänyt sitä eettisesti oikeana. En myöskään halunnut ottaa sitä riskiä, että minun olisi nähty olevan jollakin tavoin puolueellinen joko asiakkaiden tai työntekijöiden suuntaan. Näissä tilanteissa olin kuuntelijan roolissa. Toisaalta myöskään tutkimuslupani ei kattanut asiakkaiden haastatteluja.

Tilanteissa, joissa ilmeni jännitteitä työntekijöiden ja asiakkaiden välillä tai joissa asiakkaat olivat ärsyyntyneitä tai ahdistuneita, saattoi joku asiakas toisinaan yrittää vaatia, että osallistuisin ryhmäkeskusteluun tai kertoisin oman mielipiteeni. Näissä kohden kieltäydyin systemaattisesti. Kyse oli tietoisesta passiivisen roolin ottamisesta, sillä halusin mahdollisimman vähän häiritä erilaisia tilanteita, enkä halunnut kommentteillani aiheuttaa hämmennystä tai ristiriitoja. Ajattelen, että tämä kuvasti pyrkimystäni säilyttää objektiivisuus rajatesani itseni ammatillisen toiminnan ja vastuun ulkopuolelle (Hurtig 2003, 59). Mitä epämuodollisemmasta tilanteesta oli kyse, sitä aktiivisempaa toimintani ja osallistumiseni oli. Tuolloin uskaltauduin myös vapaampaan vuorovaikutukseen asiakkaiden kanssa. Toisinaan mietin sitäkin, olinko sittenkin liian varovainen suhteessa asiakkaisiin. Toisinaan minut vedettiin mukaan erilaisiin tilanteisiin ja tarjottiin aktiivisempaa roolia, esimerkiksi koko laitoksen yhteisessä keskusteluryhmässä myös minun oletettiin osallistuvan vuorollani keskusteluun ja olevan osa ryhmää. Tai jos osallistuin mielikuvatyöskentelyyn yhdessä asiakkaiden kanssa, jaoin myös omat kokemukseni ja tunteeni heidän kanssaan.

- jaoin siis osan omaa yksityisyyttäni heille. Oletan myös tämän lisännen asiakkaiden luottamusta.

Erittäin tärkeänä pidin sitä, että onnistuin luomaan kunnioittavan ja luottamuksellisen suhteen työyhteisön jäseniin. Myös asiakkaiden luottamuksen saaminen oli välttämätöntä, ja työntekijöiden osoittama luottamus toimi usein välittävänä tekijänä tässäkin. Luottamuksen rakentuminen oli edellytys sille, että "kentälle" pääseminen, sinne meneminen, siellä oleminen ja siitä kirjoittaminen oli ylipäätään mahdollista. Toisaalta myös kirjoittaminen pitää sisällään eettisiä valintoja ja pohdinnan paikkoja. Avaan seuraavaksi tätä kysymystä oman tutkimukseni kannalta.

Ensinnäkin tutkijana pohdin sitä, millaisen kuvan tutkimuskohteesta ja tutkimuksessa esiintyvistä ihmisistä esitän ja miten se suhteutuu muissa tutkimuksissa esitettyihin näkemyksiin tai julkiseen keskusteluun. Erityisesti päihdeongelmaisiin naisiin kohdistuu yleisellä tasolla hyvin vahvoja, negatiivisesti latautuneita mielikuvia ja käsityksiä. On syytä pohtia, millainen merkitys näillä käsityksillä ja mielikuvilla on naisten päihdehoidon resursoinnin ja kehittämisen näkökulmasta tai siltä kannalta, herättävätkö ne myötätuntoa, sääliä, paniikkia ja halua auttaa vai inhoa, vihamielisyyttä, syyttelyä ja naisten vastuuttamista ongelmistaan ja hoidostaan. Tai millaisia palveluita tällöin tarjotaan: yksilöllisten tarpeiden mukaista hoivaa, terapiaa, tukea ja korjaavia, eheyttäviä kokemuksia vai kontrollia, tiukkaa normittamista ja sopeuttamista? Ei siis ole yhdentekevää, miten olen sanani asetellut ja millaisia ilmaisuja olen käyttänyt. Usein olenkin joutunut poistamaan, muuttamaan ja korjaamaan tekstiä ja olen pysähtynyt miettimään sanojen merkitystä ja muille välittyvää viestiä: tarkoitinko tosiaan näin, tai entä jos viestini tulkitaan toisin kuin tarkoitin?

Sosiaalityön tutkimuksen kohteena olevat sosiaaliset ongelmat, ilmiöt ja asiakasryhmät ovat usein tutkijoille kiusallisia ja vaikeita sikäli, että sana- ja käsitevalintojen merkitys korostuu (esim. Pösö 2002; Granfelt 2002). Sanoja ja käsitteitä puntaroidessaan ja kuulostellessaan tutkija joutuu kysymään itseltään, suhtautuuko hän tutkimuskohteeseensa alentuvasti, ylimielisesti tai liian tietävästi, tai vähätteleekö, romantisoiko, leimaako tai patologisoiko hän sitä sanoiltaan. En kiistä tämän pohdinnan vaikeutta ja tuskallisuutta. Haluan kaikin tavoin välttää tekstissäni epäkunnioitusta ja halveksuntaa, vahingoittamista tai vääristellyn kuvan esittämistä huonoilla tai epäonnistuneilla käsite- ja sanavallinnoilla. Käsitteiden ja sanojen problematiikkaa sosiaalityön tutkimuksessa pohtinut Tarja Pösö kirjoittaa siitä, miten tutkija on vaikeassa tilanteessa näissä pohdinnoissaan ja jää usein pikemminkin "sanattomaksi" tutkimuskeskusteluista apua etsiessään (Pösö 2002, 109).

Sosiaalityössä ja sen tutkimuksessa kohdataan asioita ja kokemuksia, jotka ovat kauheita, ahdistavia, kohtuuttomia, osin käsittämättömiä ja traumatisoivia. Tutkijan on nämä nimettävä, todettava ja kuvattava. Tämä ei mielestäni ole "mässäilyä" tai tirkistelyä, moralisointia, kauhistelua tai tutkimukseen osallistuneiden ihmisten elämän riisumista tai paljastamista. Pahuudesta, rumuudesta, avuttomuudesta, kärsimyksestä ja ylipäätään tunteita herättävistä kysymyksistä on voitava kirjoittaa, mutta arvostaen ja kunnioittaen (Granfelt 2002).

Sanavalinnat eivät kuitenkaan ole merkityksellisiä vain tutkimuksen ja tieteellisyyskannalta, vaan ne ovat olennaisia myös sosiaalityön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta (Pösö 2002). Oikea ja väärä, hyvä ja paha sekä syyllisyys ja häpeä ovat sosiaalityön asiakkaina olevien ihmisten elämässä olevia tosiasioita, ja sosiaalityön ammattilaiset kohtaavat niitä päivittäisessä työssään. Tutkimustekstissä siloittelu, siistiminen tai sivuuttaminen eivät niitä poista. Kantaaottamattomuus tai neutralisointi ovat nekin tapoja käyttää valtaa, jolloin on kysyttävä, mitä tämä merkitsee sosiaalityön asiakkaina oleville ihmisille ja heidän tilanteilleen. Sosiaalityön ammattilaisille tieteen nimissä neutralisoitu ja kaikesta emotionaalista latauksesta puhdistettu teksti näyttäytyy arkisesta työkentästä, sen ilmiöistä ja siellä kohdattavien ihmisten tilanteista irrallisena. Siitä ei tällöin saa ”mitään irti”, kuten eräs tutkimukseeni osallistunut työntekijä totesi keskustellessamme tutkimustiedon hyödyntämisestä. Käsitteisiin ja sanoihin liittyvien valintojen haasteellisuus on myös siinä, että akateemiseen maailmaan sijoittuva tutkija on kohti sosiaalisia ongelmia kurottautuessaan vaarassa joutua itse tekemisiin konkreettisen kaaoksen, arvostiritojen, epä määräisyyden, kärsimyksen ja moraalisten kysymysten kanssa. Tekstiliuskoihin hukkuvien sanojen pyörittely ja muotoilu sekä abstraktit ilmaisut voivat etäännyttää ja kadottaa sidoksen siihen reaali maailmaan, jota tekstin on tarkoitus kuvata. Jos tutkija tavoittelee tutkimuksellaan sitä, että tutkimuksen havaintoja ja tuloksia voidaan hyödyntää sosiaalityön ammattikäytännöissä, on pakko esittää seuraava kysymys: mitä hyötyä on sellaisesta sosiaalityön tutkimuksesta, jolla ei ole kohtaamispintaa sosiaalityön, sen ammattilaisten ja asiakkaiden jakaman arkitodellisuuden kanssa edes sanavalintojen osalta?

Sanat, joilla olen kuvannut tässä tutkimuksessa havaitsemiani ilmiöitä, eivät ole neutraaleja. En vain totea asiaintiloja tai tekemiäni havaintoja. Ilman sanoihin, ilmaisiin ja lauseisiin sisältyviä adjektiiveja ja emotionaalisia konnotaatioita sivuuttaisin jotain olennaista, ehkä jopa kaunistelisin tai vähättelisin. Olen toisinaan kokenut vaikeana löytää kaikelle näkemälleni ja kuulemalleni tunnelmat ja merkitykset välittäviä sanoja, ja törmään siis tutkijana omaan avuttomuuteeni ja tietämättömyyteeni (Granfelt 2002, 130). En siis voi olla varma, tavoittaako lukija kaikki ne emotionaaliset sävyt, joita pyrin tekstilläni välittämään tapahtumista ja tilanteista. Käyttämäni sanat, lauseet ja virkkeet sisältävät pyrkimykseni tavoittaa naisten kokemaa hätää, ahdistusta, kipua, kärsimystä ja elämän rosoisuutta, mutta myös yhteisön tuottamaa turvallisuutta, kannattelua ja korjaavia kokemuksia. Kovilta ja rujoilta kuulostavat ilmaisut ja sanat – esimerkiksi ”vitunkantotelineen raamit” tai ”huorakompleksi” – ovat usein suoria lainauksia asiakkaiden puheista ja olen ne sellaisenaan halunnut kirjoittaa. Toisaalta rajuus ja epäsovinnaisuus olivat usein kehystäneet myös naisten elämää ja sen kokemuksia ja ilmenivät siten puheen tasolla. Siksi ne myös esiintyvät tekstissäni ja mielestäni täysin oikeutetusti.

Olen tekstissäni käyttänyt myös ilmaisuja ja sanoja, joiden kautta pyrin välittämään kunnioituksen, arvostuksen ja pyyteettömän hyväksynnän sävyjä erityisesti työntekijöiden asenteiden, olemisen, vuorovaikutuksen ja toiminnan kuvausten kautta. Silloin esille tulevat pehmeys, ymmärrys ja empatia. Toivon

tekstini sanojen välittävän myös uskoa toipumisen mahdollisuuteen sekä toivon ja myönteisyyden merkitystä naisten hoidossa. Osan tapahtumien yksityiskohdista olen häivyttänyt tai poistanut varsinaisesta tekstistä työntekijöiden ja asiakkaiden suojelemiseksi. Jokainen aineistosta esittämäni haastattelusitaatti, lainaus suorasta keskustelusta ja episodikuvaus on harkitusti kirjoitettu. Peilauspintaa niistä tekemilleni tulkinnoille olen hakenut eri tavoin painottuneesta tutkimuskirjallisuudesta, mikä nähdäkseni on osaltaan toiminut tutkimustani vahvistavalla tavalla. Tutkimuskirjallisuus on myös auttanut minua tutkijana ottamaan etäisyyttä emotionaalisesti virittyneisiin aineistokohtiin ja vaikuttanut siten myös tekstin rakentumiseen.

4.8 Metodologisia suuntaviivoja

Etnografinen aineistonkeruu, havainnointi ja kirjoittaminen toisiinsa kietoutuneena prosessina on aina jollakin tapaa vajavaista etnografisen aineiston ollessa useaan kertaan suodattunutta: kaikkea ei ehdi havaita, kaikkea havaitsemaansa ei kykene kirjaamaan eikä kaikkea kirjaamaansa saa aina aineistoksi (Lappalainen 2007c, 127). Etnografia on kiistatta työläs, hidas ja kokonaisvaltaisuudessaan henkisesti, fyysisesti ja emotionaalisesti kuormittava lähestymistapa tutkimukseen. Tunnistan ja tiedostan aineistoni – kenttämuistiinpanojen ja haastattelujen – olevan osin vajavaista ja sidottua siihen kontekstiin, jossa aineisto on tuotettu. Tässä mukaan tulee myös se ammattilais- ja asiakaskulttuuri, jossa havainnoimaani työtä tehtiin. Aineiston tuottamiseen sisältyy siis sosiaalisia, ideologisia ja myös aikaan ja paikkaan liittyviä ehtoja ja rajauksia. Ymmärrän naisten päihdehoidon intervention näyttäytyvän tässä viitekehyksessä eri tavoin kuin jossakin toisessa päihdehoidon yksikössä. Jo laitos ympäristönä tekee tutkimuskohteesta toisella tapaa suljetun systeemin ja eri tavoin toimivan kuin päihdehuollon avoimuuden yksikön, esimerkiksi A-klinikan. Nämä rajaukset vaikuttavat myös siihen, millainen kuvaus kentästä ja nais erityisestä päihdehoidon interventiosta tässä tutkimuksessa rakentuu.

Kontekstin merkitystä omassa etnografisessa tutkimuksessaan pohtinut Suvi Keskinen (2005, 122) toteaa, että osa tutkijoista painottaa tilannekontekstia, ja tarkastelu rajautuu tällöin siinä ilmenevien vuorovaikutustapahtumien analysointiin. Keskinen mukaan kuitenkin osa tutkijoista pitää tärkeänä käsitellä tilannekontekstia laajemman kulttuurisen jatkumon tai yhteiskunnallisten rakenteiden merkitystä aineiston tulkinnassa. Näen, että omassa analyysissäni liikun sekä mikrotason että makrotason jäsenystavoissa suhteessa aineistoon (Hurtig 2003, 61–63). Yhtäältä kuvaan analyysissäni ja sen aineisto-otteissa yksityiskohtaisia tapahtumia, käytettyä kieltä ja vuorovaikutusta mikrotasolla sekä esitän tulkintoja terapeutin työn näkökulmasta, toisaalta taas haluan ymmärtää tapahtumia laajemmassa hoitojärjestelmään ja yhteiskuntaan liittyvässä kontekstissa makrotasolla. Jäsenän esimerkiksi naisten päihdeongelmasta kuntoutumista yksilökohtaisen muutostyön näkökulmasta ja sitä, miten tuota muutostyötä tehtiin yhteisön ja vertaistuen avulla. Näen kuitenkin työskentelyllä

laajemman sosiaalisen funktion: naisten reintegraation yhteiskuntaan. Samoin kuntoutumiseen liittyvät kysymykset palautuvat analyysissäni kysymyksiin naisten mahdollisuuksista saada riittäviä päihdehoidon palveluita ja naisten päihdeongelmaan heijastuviin sosiaalisiin tekijöihin, jotka välittyvät hoidon arkeen ja naisten elämään laitoshoidon jälkeen.

Etnografian kentässä on siis kyse siitäkin, miten tuota kenttää koskevan totuuden nähdään olevan tavoitettavissa. Naturalistisen ajattelun mukaan tutkijan on mahdollista tavoittaa yksilön tai yhteisön aito, autenttinen maailma, todellinen arki ja tapahtumat menemällä lähelle. Kysymällä kentän toimijoilta ja jäseniltä tutkija saa tietoa siitä, ”miten asiat ovat”. Sen sijaan postmodernissa näkemyksessä maailma ei olekaan yksi eikä totuus ole yhdenmukainen ja sama kaikille, vaan kentän toimijat hahmottavat totuutta kukin omasta perspektiivistään. (Hammersley & Atkinson 1995; Gubrium & Holstein 1997.) Perinteinen etnografia perustui naturalistiseen tutkimusotteeseen, jossa tutkijan objektiivisuus ja ilmiön objektiivinen tarkastelu olivat keskeisiä tavoitteita ja jossa tutkijan omien arvojen vaikutus pyrittiin mahdollisimman tarkasti eliminoimaan. Taustalla vaikutti realistisen käsityksen mukainen usko objektiiviseen todellisuuteen. Postmoderni etnografia on kuitenkin kyseenalaistanut tiheään kuvaukseen perustuvan metodologisen asenteen, ja vähitellen esille nousi objektiivisen todellisuuden kyseenalaistava antirealistinen lähestymistapa. Lingvistisen käänteeseen ja narratiivisuuden myötä huomio siirtyi etnografiaan tekstinä, mikä johti kielen ja merkitysten aseman vahvistumiseen. Samalla näkökulma muuttui tiheistä kuvauksista (*thick descriptions*) tiheisiin tulkintoihin (*thick interpretations*). (van Maanen 1995, 9; Kincheloe & McLaren 2003, 462; Tikkanmäki 2006 160–161.)

Näen oman kenttäsuhteeni paikantuvan näiden kahden metodologisen suuntauksen välimaastoon. Olen mielestäni pyrkinyt kuvaamaan ja kirjoittamaan tapahtumat ja tilanteet sellaisina kuin ne tapahtuivat ja olivat ja niin kuin ne näin ja kuulin. Siten myös lukutapaani suhteessa aineistoon voi nimittää realistiseksi: olen lukenut aineiston tapahtumia ja kuvauksia sekä haastattelupuhetta ”sellaisenaan” olemassa olevina kuvauksina todellisuudesta ilman, että olisin ottanut etäisyyttä erilaisin metodisin työkaluin, esimerkiksi diskursianalyttisin välinein (ks. myös Perälä 2012, 65). Toisaalta tunnistan oman lähtökohtani, valikoinnin ja rajaamisen vaikutukset ja olen pyrkinyt avaamaan ja kirjoittamaan niitä auki myös tässä tutkimusraportissa. Samoin tunnustan aineiston syntymisen reunaehdot ja kontekstin.

Voi myös ajatella niin, että ajatteluni tässä tutkimuksessa paikantaa minut *maltilliseen tai heikkoon sosiaaliseen konstruktionismiin* suhteessa totuuteen ja todellisuuteen (ks. esim. Heiskala 2000)²¹. Maltillisessa konstruktionismissa si-

²¹ Vastaavalla tavalla itseään ovat paikantaneet Tanja Vehkakoski (2006) ja Henna Pirska-
nen (2011) omissa väitöskirjoissaan pohtiessaan tutkimustensa lähtökohtia suhteessa tie-
toon, tietämiseen ja todellisuuteen. Heidän tekstiensä lukeminen auttoi myös minua omien
lähtökohtieni jäsentämisessä. Kirsi Juhila (1999) puolestaan on esittänyt jäsenyyksen onto-
logisesta ja episteemisestä konstruktionismista. Näistä ontologisessa konstruktionismissa
tutkimuskohdetta ei kokonaisuudessaan palauteta kieleen (realismi), kun taas episteemi-
sessä konstruktionismissa ei oteta kantaa todellisuuden olemassaoloon kielen ulkopuolella

toudutaan realistiseen totuuskäsitykseen: sen mukaan ainakin osa maailmasta on objektiivisesti olemassa riippumatta kielestä ja siitä, millaisia havaintoja, käsityksiä ja niitä koskevia väitteitä tehdään. Maltillisessa konstruktionismissa korostetaan havaintojen ja merkityksenannon sosiaalisuutta, ja se huomioi yhteiskuntien kulttuurisen muuntelun kirjon. Siinä ei kuitenkaan kiistetä fyysisten ja mentaalisten tosiasioiden ylikäsitellistä ja kielen ulkopuolista olemassaoloa tai biologiaan ja luonnonympäristöön palautuvia rajoja. Ilmiöt ja oliot saavat siis merkityksensä kielessä, mutta todellisuus ei riipu eikä rakennu vain kielen varaan. (Crotty 1998, 10; Heiskala 2000, 198–199; Vehkakoski 2006; 13–14.) Esimerkiksi realismia edustava John Searle (1995) katsoo, että on olemassa ns. raa-koja ei-institutionaalisia tosiasioita, jotka ovat objektiivisesti olemassa riippumatta ihmisten mielipiteistä tai havainnoista (esim. puu, kivi, vuori). Samoin on olemassa institutionaalisia asioita, jotka ovat muodostuneet ihmisten välisten sopimusten kautta (esimerkiksi raha, avioliitto) ja ovat olemassa sitä kautta. Kasvaessaan tiettyyn kulttuuriin ihminen havaitsee ja ymmärtää ne yhtä itseltään selvästi olemassa olevina ja todellisina kuin vaikkapa puut, vuoret ja kivet. (Searle 1995, 2–4.) Erilaiset ei-institutionaaliset tosiasiat ovat ensisijaisia. Jos yksilö ei oleta, että oman mielen ulkopuolella on olemassa tavaroita, paikkoja, tapahtumia tai kokemuksia, ei silloin myöskään ole mitään, mistä luoda sosiaalisia konstruktioita. (Searle 1995, 120–125, 190–191.)

Sosiaalityön tutkimuksen ja sosiaaliin ongelmiin kohdistuvien interventioiden näkökulmasta sosiaalinen konstruktionismi voi olla pulmallinen lähtökohta. Esimerkiksi Elina Pekkarinen ja Maria Tapola-Haapala (2009, 191) katsovat, että sosiaalisten ongelmien ehkäisy ja poistaminen on mahdollista, kun ongelmat kyetään näkemään ratkaisumahdollisuuksia edellyttävinä todellisina ongelmina, ei vain kielellisinä ilmiöinä. Ajattelen siis siten, että esimerkiksi päihderiippuvuus on todellinen, olemassa oleva ongelma, johon voidaan kohdentaa erilaisia interventioita. Ymmärrän kuitenkin, että päihderiippuvuuden määrittelyyn ja tulkintaan sisältyy erilaisia sosiaalisia, yhteiskuntaan ja kulttuuriin liittyviä ulottuvuuksia (Hacking 2009, 14). Myös yksilöt voivat antaa omalle päihdeongelmalleen erilaisia merkityksiä. Tämä ei silti poista sitä tosiasiaa, että esimerkiksi lääketieteessä voidaan havaita tiettyjä fysiologisia reaktioita, muutoksia ja terveyshaittoja päihteiden käytön seurauksena.

Päihdeongelman olemassaolo ei ole riippuvainen siitä, ymmärretäänkö päihdeongelma yhteiskunnassamme vaikkapa syntyinä, poikkeavana käyttäytymisenä, pahana tapana, reagointina traumaan tai muihin vaikeisiin olosuhteisiin, vääristyneiden ajatus- ja uskomusmallien vahvistamana toimintana tai millaisia merkityksiä sille annetaan. Päihdehoitoon hakeutuvan keski-ikäisen miesasiakkaan päihdeongelma ei katoa, maksa-arvot eivät alene eikä haimatulehdus parane sillä, että asiakas itse ei ”usko” näiden tietojen tarkoittavan omalla kohdallaan ”mitään” tai määrittelee päihdeongelman olevan tosiasia siinä vaiheessa, kun on mennyt ”ammatti, auto, asunto ja akka”. Vaikka raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön liittyvät sikiövauriot ovat samalla tavoin lääketieteellinen

(relativismi). (Juhila 1999, 162–163, 175.) Käsitän niin, että tämän jaottelun voidaan ymmärtää vastaavan maltillisen ja tiukan konstruktionismin erottelua.

fakta, on eri asia, millainen sosiaalinen ongelma tästä konstruoidaan tai millaisia juridisia toimia asiaan voidaan kohdistaa. Esimerkiksi äitien päihdeongelma on suhteellisen nuori sosiaalinen ongelma, mikäli ajatellaan sen tieteellistä ja ammatillista konstruointia. Suomessa aiheesta on keskusteltu 1980-luvun alusta alkaen, jolloin ensimmäiset lääketieteelliset havainnot sikiövaurioista nousivat täällä julkiseen keskusteluun. Erityisesti sikiöiden ja vauvojen kohdalla naisten päihdeongelmat tuovat esille tietyntylaisia äitiyspoliittisia tai maternalistisia sävyjä, joilla on paitsi kansanterveydellinen, myös lastensuojelullinen ulottuvuus. (Nätkin 2001; 2006a.) Alkoholi on kuitenkin ollut sikiölle teratogeeninen aine jo ennen 1980-luvulla tapahtunutta ongelman konstruointia. Samoin esimerkiksi Tanja Vehkakoski (2006) on pohtinut vammaisuuden määrittymistä realismin ja konstruktio- nismien välimaastoon sijoittuen: Vehkakoski toteaa, ettei kiellä eroja ihmisten psyykkisissä tai fyysisissä ominaisuuksissa todella olemassa olevina objektiivisi- na asioina mutta uskoo kuitenkin tiettyjen erilaisuuksien nimittämisen vammai- suudeksi olevan aika- ja kulttuurisidonnainen prosessi. Vehkakoski pitää yhtä epärealistisena käsityksenä sitä, että vammaiselle henkilölle annettava nimitys tai asema olisi palautettavissa vain yksilön piirteisiin kuin sitä, ettei näillä psyykki- sillä tai fyysisillä piirteillä olisi mitään tekemistä nimeämisen kanssa. (Vehkakos- ki 2006, 17.)

Mitä edellä kirjoitettu merkitsee tutkimukselleni? Ajattelen, että tutkimuk- sessa esitetyt kuvaukset kentän tapahtumista, tilanteista ja niiden merkityksistä ovat minun. Tapaani nähdä, ymmärtää ja kiinnittää huomiota ovat vaikuttaneet koulutukseni ja työtaustani päihdehuollon ja lastensuojelun sosiaalityöntekijänä sekä teoreettisen luennan kautta rakentunut esiymmärrykseni naisten päihde- ongelmista, niihin liittyvistä monikerroksisista tekijöistä ja päihdehoidon inter- ventioista. Myös oma persoonani, elämäkokemukseni ja niiden suodattama tapa hahmottaa asioita ja olla suhteessa maailmaan on ollut läsnä kentällä ja kirjoittamisessani. Tunnustan siis sen kriittisen realismin mukaisen kannan, jonka mukaan empiiriset havainnot eivät ole läheskään yhdenmukaisia reaali- sen todellisuuden kanssa, joka on riippumaton tietoa käsittelevästä toimijasta (Danemark ym. 2002, 95; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 188). Ja edelleen: todellisuudesta on mahdollista tehdä erilaisia tulkintoja, jotka voivat olla vir- heellisiä (mt.). On mahdollista ja jopa todennäköistä, että muut tilanteissa ja tapahtumissa läsnä olleet ovat toisinaan kiinnittäneet huomion eri asioihin tai ymmärtäneet niitä osin eri tavoin. Toisaalta uskon työntekijöiden tunnistavan ilmiöt ja tapahtumat, joista kirjoitan ja joita kuvaan; kyse ei siis ole jostakin mi- nun konstruoimastani tarinasta tai fiktiosta. (myös Hurtig 2003, 48–49.) Etno- grafia ei ole puolueetonta, tutkija on osa kenttää ja vaikuttaa tulosten syntymi- seen ja niiden esittämisen muotoon (Pösö 2004, 2005). Ajattelen, että etnografi- seen prosessiin väistämättä sisältyvää subjektiivisuutta lievensivät teoreettisen kirjallisuuden ja metodikirjallisuuden lukeminen sekä ajatusteni ja kysymysteni auki kirjoittaminen kenttämuistiinpanoihin (ks. myös Perälä 2012, 59). Samoin kävin paljon keskusteluita kentällä. Reflektoin sitä kautta kokemuksiani ja oival- luksiani ja pystyin suhteuttamaan niitä työntekijöiden kommentteihin ja poh- dintoihin.

4.9 Aineiston analyysin perusteita

Havainnointi- ja haastatteluaineistosta koostuva tekstimassa ei itsestään muodostu tuloksiksi ja kirjoitetuksi tutkimusraportiksi. Erilaisten ajatusten, ideoiden ja oivallusten kirjoittaminen aineistonkeruun vaiheessa on osaltaan jo osa analyysia. Kyse on prosessista, jossa kenttä, tutkimustehtävä ja aineisto ovat rakentuneet. Aineisto ei sinällään siis ole olemassa raakamateriaalina. (Törrönen 1999, 43–44.) Jäsenän analyysia prosessina tai vaiheina, joiden hahmotan toteutuneen seuraavasti: Ensimmäisten kenttäjaksojen jälkeen olen silmäillyt ja lukenut aineistoani teoreettisen kirjallisuuden rinnalla ja poiminut siinä toistuvia teemoja ja kysymyksiä. Tässä on ollut tunnustelun, ihmettelyn ja kokeilun sävyä, ja olen ”testauttanut” ajatuksiani erilaisissa työpapereissa osana jatko-opintoja. Osittain myös kenttämuistiinpanoissa esiintyvät episodit ja niiden nimeäminen – kuten tässä luvussa aiemmin selostin – voidaan nähdä osana aineiston analyysia, sillä myös ne ovat suunnanneet tarkasteluani aineistoon ja siten naisten päihdehoidon interventioon ja sen eri osa-alueisiin. Toisaalta itse hoito toteutuu noissa episodeissa, ja ne muodostivat tietyt kehykset havaitulle työskentelylle ja yhteisön arjelle. Episodeja lukemalla puolestaan voi päästä tarkastelemaan sitä, mitä tapahtui, mistä puhuttiin ja miten toimittiin – siis itse sisältöön. Episodin nimi ei sinällään vielä kerro mitään siitä, mitä kaikkea esimerkiksi ”työhuoneessa” tapahtui.

Hain analyysille myös ”ryhtiä” järjestämällä kenttämuistiinpanojani näiden episodien mukaan. Ne tiivistivät osaltaan kenttää ja sen tapahtumia. Toisinaan luin kenttämuistiinpanoja kokonaisuutena ja toisinaan esimerkiksi vain ryhmäepisodeja. Havaitsin ryhmäepisodien muodostavan ehyemmän kokonaisuuden kuin vaikkapa yhteisökokouksia koskevat episodit, jotka ovat huomattavasti epäselvempiä, sotkuisempia ja katkonaisempia. Ryhmäepisodien tapahtumien ymmärtäminen ja tarkastelu on siis ollut helpompaa. Haastatteluaineisto puolestaan on muodoltaan, sisällöltään ja tyyliltään toisenlaista kuin kenttämuistiinpanot. Se kiinnittyy selkeämmin tiettyihin teemoihin ja sisältää myös suoria kysymyksiä ja vastauksia sekä tutkijan ja haastateltavien keskustelua sanatarkaksi tekstiksi kirjoitettuna.

Tutkimukseni käytännöllisen aineiston analyysitavan voi paikantaa sisällönanalyysiin, joka on yksi laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Se voidaan ymmärtää sekä yksittäisenä metodina että väljänä kehyksenä. Varsin monet eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat lähtökohdiltaan sisällönanalyysiin, sikäli kun se ymmärretään kirjoitettujen, nähtyjen tai kuultujen aineistojen löyhänä kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93.) Koska halusin analyysiini vahvempaa teoreettista kehystä, sidoin analyysini nais erityisen intervention tarkastelussa – joskin tekniseltä toteutukseltaan hieman väljästi soveltaen – *teoriasidonnaiseen sisällönanalyysiin*. Siinä aikaisempi tieto ohjaa analyysia ja analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Verratuna teorialähtöiseen sisällönanalyysiin on aineistonkeruu tässä vapaamuotoisempaa: Teoriasidonnaisessa sisällönanalyysissä aineiston hankinta on vapaata

suhteessa teoriaosan jo tiedettyyn tietoon tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Sen sijaan teorialähtöisessä analyysissä ilmiötä koskeva aikaisempi tutkimustieto määrittää vahvasti myös aineiston hankinnan tavat. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 98–100.)

Kun pohdin omaa analyysiani, sitoo juuri aineistonkeruun toteutus analyysin teoriasidonnaiseen sisällönanalyysin orientaatioon. Tutkimuksessani aikaisempi teoreettinen tieto liittyy siis siihen, miten ymmärrän nais erityyisen päihdehoidon intervention ulottuvuudet. Toisaalta tämä käsitys rakentui synteessissä kenttätöön ja teoreettisen luennan vuorotellessa. Aikaisempi tieto ei siis ehdottoman tarkasti määritellyt ja rajannut sitä, miten aineiston keräsin. Teoriasidonnaisessa analyysissä on kyse myös abduktiivisesta päättelystä, jolloin tutkijan ajattelussa vuorottelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit (Tuomi & Sarajärvi 2006, 99). Näen, että juuri teoreettisen luennan ja kenttätöön synteesi tuottivat abduktiivisen päättelyn logiikkaa analyysiin.

Pyrkiessäni ymmärtämään ja kuvaamaan naistenyhteisön toimintaa, tapahtumia ja työntekijöiden työtappaa sekä tavoittamaan työntekijöiden ja naisten näkökulmia otin aineistoon ja tutkimaani interventioon etäisyyttä selkeän teoreettisen tulokulman kautta. Empiirinen aineisto oli minulle tärkeä peilauspinta naisten päihdeongelmien ja niiden hoidon jäsentämiselle ja ymmärtämiselle. Kuitenkin näkökulmaani aineiston analyysiin on vahvasti vaikuttanut aikaisempi naisten päihdehoitoa ja sen interventioita koskeva tutkimus. Olen kentän tapahtumien ja hoidon sisällön tarkastelussa ja aineiston analysoinnin vaiheessa tukeutunut vahvasti nais erityyisen päihdehoidon ulottuvuuksiin (ks. luku 4.1), joista siis muodostuu nais erityyisen päihdehoidon interventio. Kontekstoin kentän tapahtumat yhteisömuotoiseen päihdehoitoon laitosympäristössä. Näin kokonaisuudessaan mahdollistui rajattu ja perusteltu tulokulma aineistoon ja siten tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja tulosten esittäminen.

Vaikka nais erityyisyyden jäsentäminen pohjautuu vahvasti aikaisempaan tutkimukseen ja tuottaa siten tietyt rajatut painopisteet, joiden kautta nais erityyisyys tässä tutkimuksessa rakentui (ks. luku 4.1), näen sen olevan silti joustava; se saa sisältönsä myös tekemästäni etnografisesta kenttätöystä naistenyhteisössä ja siten kertyneestä tutkimuksen aineistosta. Kyseessä on siis teoreettisen luennan ja kenttätöön kautta rakentunut synteesi. Perehdyin ennen aineistonkeruuta aikaisempaan naisten päihdehoitotutkimukseen, joka suuntasi havainnointia kentällä, ja ensimmäinen kenttäjakso tuotti osaltaan oivalluksia hoidon keskeisistä painopisteistä. Nämä havainnot fokusoivat edelleen tutkimusten valikointia ja lukemista, mikä puolestaan tarkensi kenttätöön toisen vaiheen havainnoinnin painopisteitä. Tutkimuksen empiirisissä osioissa analysoin sitä, miten nais erityyisyyden ulottuvuudet näkyvät tutkimuskohteessani, naistenyhteisössä, ja kyse on teorian ja empirian vuoropuhelusta. Olen siis analysoinut aineistoa luvussa 4.1 esittämiäni nais erityyisen päihdehoidon ulottuvuuksien näkökulmasta. Olen esittänyt aineistolle kysymyksiä, nimennyt, koodannut ja teemoitellut aineiston pyrkiessäni jäsentämään ja hahmottamaan nais erityyisen päihdehoidon intervention rakentumista yhteisöhoidossa laitostekstissä. Toisaalta olen pyrkinyt säilyttämään herkkyuden ja avoimuuden jäsennyksen

ulkopuolisille tulkinnoille, oivalluksille ja uusille käsitteille, minkä teoriasidonnainen orientoituminen mahdollistaa abduktiivisen päättelyn logiikan kautta.

Tutkimukseni aineistonäytteissä on paljon yksittäisiä pienempiä kohtia, osioita ja pätkiä, jotka olen irrottanut jostakin isommasta kokonaisuudesta kuvaamaan tai havainnollistamaan jotakin asiaa. Yksittäiset episodit esimerkiksi ryhmäistunnosta saattoivat olla niin pitkiä, ettei sellaisten liittäminen tutkimustekstiin ole järkevää. Valitsemani aineistonäytteet tulevat tekstin kokonaisuudessa ymmärrettäviksi ja ovat tarkoituksenmukaisia kulloinkin kuvatussa teemaattisessa yhteydessään, ne eivät ole irrallisia ”leikkeitä”. Olen kuitenkin myös esittänyt pidempiä aineistonäytteitä silloin, kun se on mielestäni ollut tarkoituksenmukaista. Valinnat siitä, mitkä kohdat olen kulloinkin ottanut aineistonäytteiksi ja lukijalle havainnollistavaksi materiaaliksi ja miten olen näitä tulkinnut, ovat minun. Tukea ja suuntaa näiden valintojen tekemiselle olen saanut jäsentämäni nais erityisen päihdehoidon intervention ulottuvuuksista.

Yhteisöllisyyttä koskeva tarkastelu tapahtuu aineistossa ensinnäkin siten, että olen avannut tutkimuskohteeni käytännöllistä toimintaa ohjannutta hoitoidologiaa eli demokraattista yhteisöhoitoa ja sen lähtökohtia. Yhteisöllisyyden perustuva ymmärrys ei siis jäsentynyt vain yhteisöä ja yhteisöllisyyttä koskevan teoreettisen keskustelun vaan tutkimuskohteessa itsessään määritellyn, laitoksen toimintaa ohjaavan hoitoidologisen lähestymistavan kautta. Näin ollen olen myös avannut empiirisessä aineistossa demokraattisen yhteisöhoiton periaatteiden ilmenemistä ja yhteisöllisyyden rakentumista. Yhteisöllisyyden avaamisen ja konkretisoinnin kautta (luku 5) astutaan sisään naistenyhteisöön. Se luo keskeisen kehyyksen koko hoidon ymmärtämiselle ja tässä siis nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksien ilmenemiselle tässä laitoksessa (luvut 7–11). Yhteisöllisyyden rakentumista koskeva luku (6) puolestaan tarkastelee sitä, miten yhteisöllisyys muodostuu tietoiseksi hoidon välineeksi. Yhteisöllisyys ja demokraattisen yhteisöhoiton periaatteet heijastuvat läpi analyysin, sillä esimerkiksi yksilöllistä muutostyötä, tunteisiin ja minuuteen liittyvää työskentelyä, toteutettiin yhteisön muodostamassa kontekstissa, ei yksilökohtaisessa, työntekijän ja asiakkaan välisessä hoitosuhdetyöskentelyssä. Yhteisöllisyys on siis sisäänrakennettuna koko nais erityisyyden tarkasteluun.

Olen nimennyt taulukkoon 2 väitöskirjani empiiriset tulosluvut kronologisessa järjestyksessä. Tulosten raportoinnissa nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksilla on vahva asema tutkimuksessani sikäli, että ne näkyvät myös tuloslukujen nimeämisessä. Samoin yhteisöllisyyttä kohdennetusti tarkastelevat luvut on nimetty yhteisöteeman mukaisesti.

Taulukko 2: Nais erityisen päihdehoidon ja yhteisöllisyyden ulottuvuudet

TULOSLUKU	YHTEISÖLLISYYS
5. Elämää naistenyhteisössä: Kuvaus tutkimuskohteesta ja sen toiminnasta	Yhteisöhoiton teoreettinen ja hoitoideloginen tausta
6. Hoitava yhteisöllisyys	Yhteisö tietoisena hoidon välineenä ja strategiana
TULOSLUKU	NAISERITYISYYS
7. Naisena päihdehoidossa	Naiseuden ja sukupuolen merkitys
8. Kehollisuus ja traumatisoituminen	Kehollisuuden ja traumatisoitumisen ulottuvuudet hoidossa
9. Katse omaan itseen, tunteisiin ja mieleen	Minuuteen, identiteettiin, tunteisiin ja psykiatriseen oireiluun liittyvät kysymykset
10. Suhteessa toisiin	Suhteet eri näkökulmista
11. Päihderiippuvuuden käsittely muutostyönä	Päihdeongelmat, psykososiaaliset kysymykset ja yksilöllinen muutostyö

Taulukosta havaitaan, että luku 8 (”Kehollisuus”) käsittelee aihetta, joka ei sisälly temaattisesti suoraan määrittelemääni nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksiin. Sen olisi voinut toisaalta sijoittaa myös sukupuoleen kiinnittyväksi teemaksi, ja kokeilinkin aluksi tällaista jäsenystapaa. Kuitenkin teeman sisällön ja laajuuden vuoksi päätin antaa sille kohdennetusti tilaa omana kokonaisuutenaan, jota traumatisoitumisen käsittely täydentää ja myös avaa teoreettisesti. Traumatisoituminen puolestaan sisältyy jäsentämääni nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksiin. Kehollisuuden analyysia koskevat valinnat havainnollistavat nais erityisen päihdehoidon käsitteellistä joustavuutta sen salliessa vahvasti empiirisen aineiston kautta jäsenyvän teeman analysoinnin ja sisällyttämisen. Kehollisuuden ulottuvuus ei suoraan ja tällaisessa muodossa ole tullut esille muissa tutkimuksissa.

Empiiristen tuloslukujen jälkeen tutkimuksen lopussa yhtenä tärkeänä tehtävänä on arvioida ja tarkastella sitä, miten nais erityisyyden ulottuvuudet käytännössä todellistuivat empiirisessä aineistossa ja mitkä puolet mahdollisesti korostuivat. Samoin kiinnitän huomioni siihen, mille osioille löytyi vähemmän empiiristä vastinetta verrattuna aikaisemmassa tutkimuksessa esitettyihin nais erityisen päihdehoidon piirteisiin.

5 SISÄÄN NAISTENYHTEISÖÖN: KUVAUS TUTKIMUSKOHTEESTA JA SEN TOIMINNASTA

Kuvaan tässä luvussa tutkimuskohteenani olevaa naistenyhteisöä ja sen toimintaa osana päihdehoitolaitosta. Kutsun tutkimuskohteeni päihdehoitolaitosta Laitokseksi ja sen naistenyhteisöä Ruusuksi. Asiakkaista käytän termejä ”asiakkaat”, ”naiset” tai ”ruusut”. Kuvaan seuraavassa Laitoksen hoidon yleisiä rakenteita, hoitoon ohjautumista ja asiakkaiden sosioekonomisia taustoja sekä yhteisöllisyyttä ja hoitoideologiaa. Nämä kuvaukset toimivat ovenavauksena sisälle Laitokseen ja naistenyhteisöön, jotta varsinainen päihdehoidon arki ja käytännöt tulevat ymmärretyiksi. Tutkimuskohteen, sen työntekijöiden ja asiakkaiden anonyymiteetin turvaamiseksi Laitosta ja naistenyhteisöä koskeva kuvaus tapahtuu varsin yleisellä tasolla.

5.1 Hoitoon ohjautuminen ja asiakkaiden sosioekonomiset taustat

Tutkimuskohteena oleva naistenyhteisö on osa erään kuntayhtymän omistamaa päihdehoitolaitosta, joka muodostui useista demokraattiseen yhteisöhoitoon perustuvista yhteisöistä. Muut yhteisöt olivat esimerkiksi miehille tarkoitettuja yhteisöjä, sekayhteisöjä, perheyhteisö ja huumeiden käyttäjien yhteisö²². Asiakkaat ohjautuivat eri yhteisöihin lähetepерustaisesti siten, että lähettävä taho ohjasi lähetteen suoraan tiettyyn Laitoksen yhteisöön. Käytännössä lähettävinä tahoina olivat Laitoksen omistajina olevan kuntayhtymän jäsenkuntien sosiaali- ja terveystoimien yksiköt, esimerkiksi lastensuojelu, aikuissosiaalityö, kuntien päihde- ja mielenterveyspalvelut ja asumispalveluyksiköt. Laitokseen ohjattiin asiakkaita myös vankiloista ja kuntayhtymän jäsenkuntien sairaanhoitopiirien sairaaloista. Hoitoon tulon edellytyksenä oli kunnan myöntämä maksusitou-

²² Aineistonkeruun jälkeen yhteisöjen organisoitumisessa ja määrässä on tapahtunut muutoksia, mutta naistenyhteisö säilyi edelleen omana yhteisönään.

mus kuntaosuuden kustantamiseen. Lisäksi perittiin erillinen asiakasmak-suosuus; tämän kattamiseen asiakkaan oli mahdollista hakea toimeentulotukea.

Laitoksessa toteutettiin osana kuntouttavaa yhteisöhoitoa myös lääke- vieroitusta ja korvaushoitoa. Lisäksi oli mahdollista osallistua työtoimintaan ja työkokeiluun. Laitoksessa järjestettiin vertaistukiryhmiä (AA, NA), ja asiakkail-la oli mahdollisuus osallistua lähikaupunkien vastaaviin ryhmiin. Laitos teki yhteistyötä vankeinhoidon kanssa, ja Laitoksessa oli mahdollista suorittaa yh-dyskuntapalvelua tai lopputuomio tai asiakas saattoi olla koevapaudessa. Kun-toutumisjakson aikana pyrittiin rakentamaan asiakkaan ja hänen yhteistyötaho-jensa kanssa tarkoituksenmukainen ja riittävä tukiverkosto päihdeettömän arjen tueksi. Laitoshoidon ohella asiakkaille tarjottiin muun muassa tuettua asumista, avokäyntejä ja intervallijaksoja varsinaisen laitoshoidon jälkeen sekä kun-nille konsultointia ja erillisiä ostopalveluja, esimerkiksi jalkautuvaa päihdetyötä. Laitoksen kuntayhtymän jäsenkunnille tarjoamalla muilla palveluilla pyrittiin osaltaan turvaamaan kooltaan ja palvelurakenteeltaan erilaisten kuntien asiak-kaiden mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan päihdehoitopalveluja.

Asiakaspaikkoja naistenyhteisössä oli kahdeksan ja tarvittaessa yksi lisä-paikka, ja työryhmään kuului 5 työntekijää. Myös Laitoksen muu naispuolinen henkilökunta osallistui tarvittaessa työskentelyyn naistenyhteisössä, ja eri oppi-laitosten opiskelijoiden harjoittelujen ohjaus oli osa naistenyhteisön arkea. Nais-tenyhteisöön sai tulla ilman katkaisuhoidoa, joskin sitä suositeltiin asiakkaille en-nen hoitojakson aloittamista. Perushoitojakson pituus naistenyhteisössä oli kuu-kausi, mutta myös tätä pidemmät, esimerkiksi 2–3 kuukauden mittaiset hoitojak-sot olivat mahdollisia. Naistenyhteisön jälkeen asiakas saattoi siirtyä suunnitel-mallisesti johonkin muuhun Laitoksen yhteisöön, ja lisäksi asiakkaille tarjottiin mahdollisuutta osallistua intervallijaksoille varsinaisen hoitojakson päätyttyä. Näin ollen yhteisössä oli usein samaan aikaan sekä peruskuntoutusjaksolla olevia asiakkaita että intervallihoidossa olevia asiakkaita. Puolisoa ja lapsia ei nais-tenyhteisöön voinut ottaa mukaan, mutta vierailut olivat mahdollisia Laitoksen muissa tiloissa. Lapset saivat myös yöpyä äitinsä luona naistenyhteisössä. Koko perheen yhteinen hoito taas oli mahdollista perheyhteisössä.

Käytössäni on ollut taustamateriaalina Laitoksen toimintakertomuksia, joissa on satunnaisina vuosina esitetty tietoja myös asiakkaiden sosiodemogra-fisista taustoista²³. Eri vuosilta on saatavissa hieman eri taustatekijöihin kohdis-tuneita tietoja, ja ne koskivat pääosin koko Laitosta, eivät tiettyjä yhteisöjä ja niiden asiakkaita. Sukupuolen mukaan eriteltyjä tietoja oli saatavissa vaihtelevasti. Esimerkiksi vuodelta 2008 on tieto, jonka mukaan naistenyhteisössä oli ollut 76 naista koko vuoden aikana ja hoitojaksoja oli alkanut kaikkiaan 120. Näistä hoitojaksoista 20 (16,7 %) oli keskeytynyt ja huomattava osa asiakkaan

²³ Päihdehoidon asiakkaiden taustoista laajemmin kiinnostunut lukija voi halutessaan pe-rehtyä esimerkiksi Tuuli Pitkäsén ym. (2017) tutkimukseen A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Helsingin Kettutien A-klinikalla ja Arabianrannan päihdeklini-kalla vuosien 1990 ja 2009 välillä asioineita potilaita (n=10 898) koskevaan rekisteritutkimukseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, millaiset ihmiset olivat tulleet päihdehoidon asiakkaiksi ja heidän tilanteitaan pidemmällä aikavälillä. Samoin selvitettiin asiakkaiden kuolleisuuden riskiä.

omasta pyynnöstä (n=9). Taulukoon 3 on koottu *asiakkaiden sukupuolijakauma*²⁴ koskevat tiedot vuosilta 2006–2008 koko Laitoksen osalta. Taulukosta on selvästi havaittavissa naisten määrän hoidossa lisääntyneen, joskin miehet olivat edelleen enemmistönä.

Taulukko 3. Laitoksen asiakkaiden sukupuolijakauma

Asiakkaiden sukupuolijakauma	Vuosi 2006	Vuosi 2007	Vuosi 2008
naisia	96 (27,6 %)	115 (32 %)	123 (32,2 %)
miehiä	252 (72,4 %)	245 (68 %)	271 (69 %)
asiakkaita yhteensä	348	360	394

Laitoksessa toteutettiin myös tulohaastatteluja, joihin vastasi vuonna 2006 yhteensä 264 asiakasta, ja vuonna 2007 vastaajia oli 283. Haastateltavia oli siis vähemmän, kuin mitä Laitoksessa oli asiakkaita kyseisinä vuosina, sillä osa asiakkaista ei ehtinyt vastata lyhyeksi jääneen hoitajakson vuoksi. Sukupuolen mukaan eriteltyjä tietoja oli saatavissa vaihtelevasti. Tulohaastatteluja koskevaa yhteenvetoa vuosilta 2006–2007 esitän seuraavissa taulukoissa.

Ikäjakauman osalta (taulukko 4) voidaan todeta, että nuorimmat eli alle 25-vuotiaat asiakkaat olivat selvästi vähemmistönä. Suurin osa asiakkaista oli 30-vuotiaita tai sitä vanhempia, eli asiakaskunta painottui työikäisiin. Sen sijaan 60-vuotiaita tai sitä vanhempia oli jälleen alle 10 prosenttia asiakkaista. Siviilisäädyltään naimattomia oli lähes puolet kumpanakin vuotena (48,4 % vuonna 2006 ja 51,9 % vuonna 2007), avoliitossa vajaa 10 prosenttia ja naimisissa noin 12 prosenttia. Asumuserossa tai eronneita ilmoitti olevansa noin neljännes.

Taulukko 4. Laitoksen asiakkaiden ikäjakauma

Ikäjakauma	Vuosi 2006	Vuosi 2007
18-19	3 (1,1 %)	2 (0,8 %)
20-24	20 (7,1 %)	30 (11,4 %)
25-29	36 (12,7 %)	40 (15,2 %)
30-39	56 (19,8 %)	44(16,7 %)
40-49	94 (33,2 %)	73 (27,7 %)
50-59	53 (18,7 %)	60 (22,7 %)
60-	20 (7,1 %)	13 (4,9 %)
ei tietoa	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)

²⁴ Kaikki tässä esitettävät taulukot koskevat koko Laitosta, ei vain naistenyhteisöä.

Työllisyyden suhteen havaitaan, että työttömyys oli yleisempää kuin työssä käyminen (taulukko 5). Sen sijaan opiskelijoiden osuus asiakkaista oli matala.

Taulukko 5. Laitoksen asiakkaiden työllisyys

Työllisyys	Vuosi 2006	Vuosi 2007
ansiotyössä	26 (11,7 %)	37 (14 %)
työttömänä	139 (61,1 %)	150 (56,8 %)
eläkeläinen	36 (17 %)	47 (17,8 %)
opiskelija	5 (1,8 %)	6 (2,3 %)
kotitaloutta hoitava	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)
muu / ei tietoa	23 (8,1 %)	22 (8,3 %)

Koulutustietojen osalta (taulukko 6) todettakoon seuraavaa: suurin osa asiakkaista oli käynyt kansakoulun/peruskoulun (73,1 % vuonna 2006 ja 79,2 % vuonna 2007), ylioppilaita oli noin 15 prosenttia (15,2 % vuonna 2006 ja 14,0 % vuonna 2007). Sen sijaan vailla peruskoulutusta oli alle prosentti. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus oli matala ja yleisempää oli, että asiakkailla oli ammattikoulutason tutkinto. Toisaalta ilman ammattikoulutusta oli lähemmäs 40 prosenttia.

Taulukko 6. Laitoksen asiakkaiden koulutusaste

Ammattikoulutus	Vuosi 2006	Vuosi 2007
korkeakoulu	17 (6 %)	9 (3,4 %)
opistoaste	16 (5,7 %)	36 (13,6 %)
ammattikoulu	104 (36,7 %)	91 (34,5 %)
ammattikurssi	33 (11,7 %)	32 (12,1 %)
ei ammattikoulutusta	110 (38,9 %)	96 (36,4 %)
ei tietoa	3 (1,1 %)	

Lähes puolet ilmoitti *asumismuodokseen* vuokra-asunnon (45,9 % vuonna 2006 ja 48,1 % vuonna 2007), ja omistusasunnossa asui vajaa 20 prosenttia. Asunnottomia oli reilu neljännes (25,4 % vuonna 2006 ja 27,7 % vuonna 2007) ja tukiasunnossa, asuntolassa tai yhteismajoituksessa ilmoitti asuvansa reilu prosentti (vaihtelu 1,1 %-1,9 % vastanneista), mikä konkreettisenä lukuna oli alle 10 asiakasta kumpanakin vuotena.

Käytettyjen päihteiden osalta sekä naisista (koko Laitos) että miehistä pelkästään alkoholia ilmoitti käyttävänsä suurin osa (naisista 63,9 % vuonna 2006

ja 60 % vuonna 2007) ja reilu 30 prosenttia naisista oli sekakäyttäjiä (36,1 % vuonna 2006 ja 31,3 % vuonna 2007). Sen sijaan miehillä sekakäytön osuus vaihteli ja oli vuonna 2006 yli 40 prosenttia ja vuonna 2007 alle 30 prosenttia. Asiakkaista yli 80 prosenttia ilmoitti tupakoivansa. Vuoden 2007 osalta selvitettiin myös kolmea yleisintä päihdettä kolmen viimeisen käyttökuukauden aikana. Pääpäihteeksi nimettiin useimmiten alkoholi, sitten amfetamiini, lääkkeet ja buprenorfiini. Toisena ja kolmantena päihteenä käytettiin eniten lääkkeitä ja kannabista.

Enemmistö asiakkaista tuli suurista kaupungeista (asukasluku yli 100 000), ja ensimmäistä kertaa juuri tässä Laitoksessa hoidossa oli noin 70 prosenttia asiakkaista. Keskimääräinen *hoitojakson* pituus vaihteli 22–30 vuorokauden välillä. Hoitojaksoista keskeytyi vuonna 2006 noin 20 prosenttia, ja vuonna 2007 keskeytyneiden hoitojaksojen osuus oli 22,4 prosenttia. Vuonna 2007 suurin osa keskeytymisistä perustui asiakkaan harkintaan, joitakin asiakkaita siirtyi sairaalaan ja hoitomaksuun liittyvät syyt olivat taustalla kahden asiakkaan kohdalla. Muutoin keskeytymisten tarkempina syinä mainittiin esimerkiksi sopeutumsvaikeudet, yhteisöhoitoon liittyvät seikat, perhetilanne, lapsen kiireellinen sijoitus, päihteiden käyttö, asiakkaan subjektiivinen arvio hoidon hyödyttömyydestä, sitoutumattomuus sekä parisuhteen aloittaminen toisen asiakkaan kanssa.

Aineistonkeruu tarkensi osaltaan naistenyhteisön asiakkaiden sosioekonomista profiilia ja päihdeongelmaa koskevia tietoja. Ensinnäkin asiakkaina olleet naiset olivat saattaneet aloittaa käytön hyvin varhain, esimerkiksi jo 12-vuotiaana²⁵. Käytettyjen päihteiden kirjo oli laaja: alkoholin ja tupakan ohella naisten päihteidenkäyttöhistoria sisälsi mm. kannabista, amfetamiinia, ekstaasia, opiaatteja, sieniä ja erilaisia lääkkeitä. Päihteitä oli juotu, pistetty, nuuskattu ja poltettu. Joidenkin naisten kohdalla päihteiden käyttö uhkasi koko elämää, raskitti kehoa eri tavoin ja oli hengenvaarallista. Naisten päihteiden käytön yhteydessä oli esiintynyt myös somaattisia ongelmia, pahoinpitelyjä, tapaturmia, itsetuhoisuutta, onnettomuuksia sekä yliannostuksia ja niihin liittyviä elvytystilanteita. Asiakkaina olleet naiset olivat myös sosioekonomisilta taustoiltaan hyvin erilaisia. Naisten työ- ja koulutushistoriat, toimeentulo, asumistilanne sekä perhe- ja parisuhteet vaihtelivat. Samanaikaisesti kuntoutusjaksolla saattoi olla varhaisnuoruudesta lähtien kovia huumeita käyttäneitä juuri täysi-ikäisyyden saavuttaneita nuoria naisia, eläkkeelle jäätyään juomaan alkaneita isoäitejä, matalan perustoimeentuloturvan varassa eläviä keski-ikäisiä naisia sekä korkeasti koulutettuja ja hyvässä ammatillisessa asemassa työskenteleviä naisia (ks. myös Nätkin 2006b, 28–29). Käytännön laitoshoidon arjessa mielenkiintoisia kohtauksia ja tilanteita olivat ne, joissa naiset tunnistivat erilaiset asemansa ja tilanteensa. Esimerkiksi joillekin naisille saattoi olla ”aivan uutta” ja vierasta todellisuutta toisten naisten arkea läpäisseet kokemukset asunnottomuudesta, köy-

²⁵ Erityisesti alkoholin käytön aloittaminen varhaisella iällä muodostaa riskin. Tuuli Pitkäsen (2006) väitöstutkimuksen mukaan sekä varhainen alkoholin käytön aloittaminen (ikä 14 tai alle) että runsas juominen myöhäisnuoruudessa ovat yhteydessä yhtä lailla suurempaan humaltumistiheyteen kuin alkoholin ongelmakäyttöön aikuisiällä. Nämä yhteydet olivat vahvoja eivätkä ne riippuneet esimerkiksi omaan käyttäytymiseen tai lapsuusperheeseen liittyvistä taustatekijöistä.

hyydestä tai väkivallan sävyttämistä miessuhteista. Ne elämän ja arjen sosiaaliset ja taloudelliset realiteetit, joista käsin naiset hoitoon tulivat, asettautuivat ja lähtivät, olivat hyvin vaihtelevia. Kuitenkin kaikkien naisten päihdeongelman vakavuusasteen voidaan olettaa olleen huomattava sillä perusteella, että heidät oli ohjattu laitostuntoutukseen.

Laitoksen toimintakertomusten mukaan (julkaisemattomia) asiakkaat ohjautuivat Laitokseen yhä huonommassa kunnossa ja usein vaikeista elämäntilanteista. Laitoksessa tehty keskeinen havainto oli, että koko palvelujärjestelmän yhteisenä haasteena oli saada palveluketju toimimaan siten, että kuntoutustoimet ja tuki olisivat oikea-aikaisia ja oikein mitoitettuja. Toinen merkittävä haaste oli siinä, että erityisesti pienemmissä kunnissa ei ollut tarjota laitoksesta kotiutuvalle päihdeongelmalliselle mitään tukea tai jatkohoitoa. Laitoksen toiminnassa tärkeänä pidetyn hoitojatkumoajattelun toteuttaminen ei aina ollut mahdollista puutteellisten resurssien vuoksi. (Laitoksen toimintakertomus; Raportti Laitoksesta; julkaisemattomia.) Lähtökohtana kuitenkin oli, että kuntoutusjakson pituus intervallijaksoineen suunniteltiin yhteisen arvion pohjalta asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Lisäksi tärkeänä pidettiin sitä, että kuntoutusjakson aikana pystyttäisiin rakentamaan asiakkaan näkökulmasta riittävä ja päihteetöntä arkea tukeva verkosto.

5.2 Yhteisöllisyydestä ja yhteisöhoidon ideologiasta

Hoitoideologian ymmärtämisellä on sikäli tärkeä merkitys, että hoitoideologioilla on todettu olevan huomattava vaikutus siihen, miten ongelmat määritellään ja millaisia palvelumuotoja tarjotaan; hoitoideologia siis vaikuttaa hoitoon ja sen käytäntöihin. Laitoksen toimintaa ohjaavan hoitoideologian avaamisen kautta tulee paremmin ymmärrettäväksi myös se, miksi ja millä tavoin työntekijät työssään orientoituivat tutkimassani yhteisössä. Ideologiat ovat monimutkaisten intersubjektiivisten neuvottelujen tulosta eikä niitä voi palauttaa yksilön tasolle, joskaan niitä ei voi täysin erottaa yksilöllisistä uskomuksista. Hoitoideologia on kollektiivin tai organisaation ominaisuus, joka palvelee olemassa olevien rakenteellisten järjestysten legitimointia. Ideologia on sekä henkilökohtainen että kollektiivisesti jaettu, se on yhtä aikaa sekä sosiaalisen toimijan että ryhmän tai yhteisön ominaisuus ja se ilmenee vuorovaikutussuhteessa. (Scheid 1994, 670–671.)

Laitoksessa toteutettu yhteisöhoito tarkoittaa ”koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen” (Murto 1997, 13). Tällöin yhteisöhoito pitää sisällään sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön että terapiaan, kuntoutukseen ja kasvatukseen liittyvät periaatteet. Kaiken yhteisössä tapahtuvan tulisi edistää kasvatukselle tai kuntoutukselle asetettuja tavoitteita. (mt.) Yhteisöhoidon käytännölliset mal-

lit voidaan jakaa terapeuttiin ja kasvatuksellisiin yhteisöihin²⁶. Kari Murron (1997, 14–15) esittämän jäsenyyksen mukaan yhteisöhoito sisältää psykiatriset terapeutit yhteisöt, huumeiden käyttäjille tarkoitetut terapeutit yhteisöt sekä häiriintyneille ja epäsosiaalisille lapsille ja nuorille tarkoitetut hoitoyhteisöt.

Terapeuttien ja kasvatuksellisten yhteisöjen keskeiset erot liittyvät menetelmiin ja toiminnallisiin rakenteisiin. Kasvatukselliset yhteisöt jaetaan yleensä yhteisökasvatuksellisiin yhteisöihin ja kasvatuksellisiin kollektiiveihin, kun taas terapeutit yhteisöt voidaan jaotella psykodynaamisiin ja sosiodynaamisiin yhteisöihin. Terapeutin hoito- ja kasvatusmallin historia Euroopassa voidaan paikantaa 1940-luvun Englantiin, jossa psykiatrit Maxwell Jones ja Tom Mainen kehittivät johtamisensa sairaaloissa terapeutista yhteisöä psykiatrisessa hoidossa. Mainelainen yhteisö perustui psykodynaamiseen teoriaan, jossa toiminnan painopiste oli tunteissa ja niiden tulkinnaissa. Jonesilaisessa eli sosiodynaamisessa yhteisössä puolestaan toiminta oli tärkeässä asemassa oireiden tunnistamisessa. (Murto 1997, 13–15; Hännikäinen-Uutela 2004, 119–121.)

Yhteisöllisyyden pohjautuvan hoitomallin periaatteet voidaan jaotella toiminnallisiin ja ideologisiin: Toiminnallisuuteen liittyvät yhteisökokoukset, työnteko, yhteisön ryhmätoiminta, käytöksen ulkoinen muutos ja yhteisön sosiaalinen rakenne (vertaistuki, hierarkia). Toiminnan kannalta merkityksellisiä ovat myös henkilökunnan rooli ja organisaation kautta tuleva tuki yhteiselle toiminnalle. Ideologiaan kiinnittyviä lähtökohtia ovat puolestaan avoimuus, rehellisyys, turvallisuus, tasa-arvo ja vastuullisuus. Näillä periaatteilla ajatellaan olevan sekä pedagoginen että parantava funktio. (Ruisniemi 2006a, 36.) Päihdehoitoon liittyvien yhteisöllisten hoitomuotojen voidaan katsoa eroavan toisistaan sen perusteella, millaisin yhteisöllisin järjestelyin niissä pyritään luomaan asiakkaiden terapeutteja ja pedagogisia vuorovaikutustapahtumia (Santala 2008, 146). Näin rakentuvat erilaiset kuntoutusideologiat tai hoitomallit.

Päihdehoidon kentällä terapeutteja yhteisöjä alettiin perustaa Yhdysvalloissa huumeongelmista kärsiville 1960- ja 1970-luvuilla. Tunnetuimmat ja ensimmäiset näistä olivat vuonna 1957 perustettu Syanon ja 1960-luvun alussa perustettu Daytop. Terapeutit yhteisöt olivat aatteellisesti vahvasti antipsykiatrisia, ne perustuivat vertaistukeen, itseapuun sekä ruohonjuuritasolta, käytännön työstä ja kokemuksista nouseviin lähtökohtiin. Ne olivat päihdeettömiä, hierarkkisia yhteisöjä, joissa elettiin yhdessä ympäri vuorokauden pitkiä aikoja (15–24 kk). Henkilökunta muodostui osin entisistä huumeiden käyttäjistä. Tavoitteena oli valmistautua elämään päihdeettömää elämää yhteisön ulkopuolella. (Tims, Jainchill & De Leon 1994; De Leon 1994; Melnick & De Leon 1999; Kaplan & Broekaert 2003; Ravndal 2003; Broekaert 2006.) Terapeutteissa yhteisöissä päihdeongelma ymmärrettiin poikkeavana käyttäytymisenä, joka heijasti ongelmia persoonallisuuden kehityksessä tai kroonisia puutteita sosiaalisissa,

²⁶ Yhteisöhoitoon historiallisista juurista voidaan todeta, että jo valistusajalla oli tehty alustavia yhteisöhoitollisia avauksia osana mielensterveyshoidon uudistuksia, esimerkiksi parisiilaisessa sairaalassa lopetettiin kahleiden käyttö vuonna 1789. Samoin esimerkiksi 1900-luvun alussa perustettiin lapsille tarkoitettuja kasvatustaitoksia, joista tunnetuimpia ehkä ovat Poikien tasavalta ja Pikku Kansainyhteisö. (Murto 1997, 12–15; Hännikäinen-Uutela 2004, 119.)

kasvatuksellisissa tai taloudellisissa taidoissa (Melnick & De Leon 1999, 308). Päihteiden käyttö nähtiin koko persoonallisuutta läpäisevänä ongelmana ja addiktio oireena. Terapeuttiset yhteisöt toisaalta tunnistivat asiakkaiden erilaiset sosiaaliset lähtökohdat, niiden yhteydet päihdeongelman taustoihin (psykologiset ja sosiaaliset syyt). Näin ollen käsitys oli, että osa asiakkaista saattoi tarvita totuttautumista tavalliseen elämään (*habituation*) ja toisten kohdalla olennaisempaa oli paluu jo aikaisemmin tuttuun elämäntapaan (*rehabilitation*). (De Leon 1994, 18–19.)

Euroopassa terapeuttisen yhteisön käsite puolestaan yhdistettiin psykiatri Maxwell Jonesiin ja hänen kehittämänsä työhön psykiatrisessa hoidossa. Jones itse piti ”vanhana” terapeuttisena yhteisönä psykiatrian piirissä kehitettyä mallia ja ”uutena” taas Yhdysvalloissa kehitettyä hyvin pragmaattista mallia päihdehoidon sektorilla. Eurooppalaiset ja yhdysvaltalaiset terapeuttiset yhteisöt, niiden ajattelu ja toiminta sisälsivät yhtäläisiä piirteitä, mutta niissä oli myös painotuseroja sekä käytännöissä että tutkimuksissa (ks. tarkemmin esim. Ravnal 2003). Yhdysvaltalaisen mallien ajatuksiin ja käsityksiin terapeuttisten yhteisöjen hoidon vaikuttavuudesta suhtauduttiin osin varauksellisesti Euroopassa (Ravnal 2003; Kaplan & Broekaert 2006). Charles Kaplanin ja Erik Broekaertin (2006, 207) mukaan eurooppalaiset terapeuttisen yhteisön sovellukset päihdehoidon kentällä saivat epäilemättä vaikutteita yhdysvaltalaisilta edeltäjiltään, mutta ne kehittivät jo lähtökohtaisesti omia identiteettejään soveltuakseen kansallisiin sosiaalipoliittisiin olosuhteisiin, ja niiden kehittymiseen heijastuivat psykiatrian piirissä jalansijaa saaneen sosiaalipsykiatrian ideat (mt. 207–208).

Perinteiset terapeuttiset yhteisöt ovat näyttäytyneet päihdeongelmallisille naisille ja äideille osin ongelmallisina (esim. Jainchill & De Leon 1991; Segraeus 2005). Esimerkiksi päihdeongelmaisten naisten alisteinen asema yhteiskunnassa ja päihdekulttuurissa saattaa toistua edelleen yhteisössä, eivätkä ne välttämättä sovellu hyväksikäytön uhreiksi joutuneille (Segraeus 2005, 164). Terapeuttisen yhteisön käsityksissä hoito oli ensisijaista ja tällöin esimerkiksi äitiys ja vanhemmuus tarkoittivat, että hoidon fokus muuttui (Janchill & De Leon 1991, 279). Perinteisen terapeuttisen yhteisöhoiton mahdollisuudet ja toimivuus ovat myös muutoinkin kohdanneet kritiikkiä. Sittemmin terapeuttiset yhteisöt ovatkin muokanneet ja joustavoittaneet toimintaansa vastaamaan paremmin muuttuneen yhteiskunnan tilannetta ja erilaisten asiakasryhmien tarpeita, ja sen sovelluksia on yhtä lailla laitos- kuin avohoidossa. (Broekaert 2006; Melnick & De Leon 1999.) Esimerkiksi ideologinen suhtautuminen korvaushoidon myötä päihdehoidon kentällä esille tulleeseen haittoja vähentävään suuntaukseen ei ole samalla tavoin ehdottoman kielteistä kuin aikaisemmin (Broekaert 2006). Toisaalta on myös käyty keskustelua siitä, mitkä ovat edelleen päteviä terapeuttisten yhteisöjen piirteitä ja lähtökohtia ja miltä osin niitä on mahdollisuus muuttaa (Kaplan & Broekaert 2006). Eri tavoin terapeuttisen yhteisön periaatteita soveltavia hoitoyksiköitä keskeisesti yhdistävä lähtökohta – sekä muista hoitomuodoista erottava tekijä – on yhteisön tietoinen ja tarkoituksellinen käyttö hoidon välineenä sosiaalisen ja psykologisen muutoksen edistämiseksi. (De Leon 1994, 22.)

Tämän tutkimuksen kohteena olleen Laitoksen keskeinen, kaikkea toimintaa ohjaava hoitoideologinen lähtökohta oli Maxwell Jonesin demokraattisen yhteisöhoidon malli²⁷, jossa painottuu *realiteettikonfrontaatio*. Maxwell Jonesia pidetään varsinaisena terapeutin yhteisön kehittäjänä, ja hän toimi pitkälti kokemuksellisen oppimisen pohjalta. Jonesin lähtökohtainen määritelmä terapeutille yhteisölle oli, että koko yhteisö – henkilöstö ja potilaat – ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. Työntekijöiden ammattitaidon ohella tärkeä hoidollinen elementti on nimenomaan sosiaalinen ympäristö. (Jones 1968.) Jonesin ajattelussa demokraattisen yhteisöhoidon lähtökohtien kehittäminen pohjautui vaihtoehtojen etsintään lääketiedejohtoiselle laitopsykiatrialle. Jones halusi välttää laitopsykiatriaan liittyvän suljetun systeemin piirteiden – hierarkkisuuden, asiantuntijakeskeisyyden, byrokraattisuuden ja autoritaarisuuden – ja niihin liittyvien ongelmien toistumisen. Nämä psykiatrisen laitoshoidon piirteet vaikuttivat sekä henkilökunnan että asiakkaiden toimintaan ja vuorovaikutukseen. Jones tavoitteli kahdensuuntaiseen kommunikaatioon perustuvaa avointa järjestelmää, joka vaikutti yhtä lailla henkilökunnan kuin asiakkaidenkin toimintaan ja orientoitumiseen. Käytännössä tämä tarkoittaa kontrollin vähentämistä, vallan ja vastuun tasapuolisempaa jakautumista kaikille ja asiakkaiden osallistamista. (Jones 1968; Murto 1997; Hännikäinen-Uutela 2004; Santala 2008.) Ideologisenä lähtökohtana on, että kypsäksi aikuiseksi voi kasvaa luottamuksellisen ilmapiirin ja vapauden kautta (Santala 2008, 156). Demokraattisessa yhteisössä tavoitellaan lämmintä, hyväksyvää ja sallivaa ilmapiiriä, mikä edellyttää yhteisöltä sietokykyä poikkeavuuden ja häiriöiden suhteen (Santala 2008, 152).

Demokraattisen yhteisökuntoutuksen keskeisiksi periaatteiksi asettautuvat siis sallivuus, yhteisöllisyys, demokratia ja realiteettikonfrontaatio. (Santala 2008; Murto 1997.) Ensinnäkin lähtökohtana on, että *demokraattiseen päätöksentekoon* osallistuvat sekä asiakkaat²⁸ että henkilökunta. Demokratiaperiaatteen myötä voidaan hyödyntää asiakkaiden vaikutusta toisiinsa eli vertaisryhmän sosiaalista painostusta. Hoidon kannalta voi olla tarkoituksenmukaista hämärtää auktoriteettia, sillä tällöin voidaan paremmin tutkia asiakkaiden vääristyneitä käsityksiä auktoriteettihenkilöistä. *Sallivuus* puolestaan tarkoittaa sitä, että yhteisön jäsenet suhtautuvat toisiinsa suvaitsevaisesti, myös poikkeavuuteen. Tällöin asiakkaiden oma problematiikka nousee esille. Sallivuus mahdollistaa uudenlaisten toimintatapojen kokeilun turvallisesti. *Yhteisöllisyys* tarkoittaa tässä yhteydessä ihmisten välistä läheisyyttä, välitöntä kommunikaatiota ja epämuodollisuutta. Lähtökohta on, että jokaisella on oikeus olla osallisena kaikkeen ja että kaikkea mitä asiakas tekee, sanoo tai puhuu, voidaan käyttää terapeutista. Yhteisö tuottaa emotionaalisesti korjaavia kokemuksia tuottamalla osallisuuden kokemuksia asiakkaille, joilla on usein taustalla osattomuutta ja hylätyksi tuleamista. Todellisuuden kohtaaminen, *realiteettikonfrontaatio*, toteu-

²⁷ Erilaisia yhteisöhoidon muotoja suomalaisessa kontekstissa ovat kuvanneet esimerkiksi Kari Murto (1997) ja Anna-Liisa Hännikäinen-Uutela (2004). Terapeuttien yhteisöjen (*therapeutic community*) lähtökohdista, sovelluksista ja niihin kohdistuneesta tutkimuksesta ks. tarkemmin esimerkiksi Tims, De Leon & Jainchill 1994, Kaplan & Broekaert 2003 sekä De Leon & Wexler 2009.

²⁸ Jones käyttää käsitettä potilas, mutta itse käytän käsitettä asiakas.

tuu siten, että asiakkaat saavat jatkuvaa palautetta siitä, miten muut ovat kokee-
neet heidän käyttäytymisensä. Tällä tavoitellaan sitä, että asiakas tulee tietoi-
seksi defenseseistään, ja horjutetaan hänen sietokykyään niiden suhteen. Asiak-
kaiden keskeinen problematiikka on osaltaan siinä, että he eivät näe oman käyt-
tämisen vaikutusta ympäristöön. (Jones 1968; Murto 1997, 25–29.)

Terapeuttiset yhteisöt ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa olevien ihmis-
ten muodostamia, ja niiden perustehtävä on terapia. Yhteisö on siis tässä tietoi-
sesti rakennettu sosiaalinen ympäristö, joka tukee henkilökohtaista kasvua ja
muutosta ja jonka vuorovaikutus ja ryhmäprosessit valjastetaan toteuttamaan
tätä terapeuttista funktiota (Hännikäinen-Uutela 2004, 122). Toipuminen ja kun-
toutuminen terapeuttisen yhteisöhoidon kontekstissa ymmärretään siten, että
päihdeongelma ei ole yksilöstä irrallinen oire vaan osa kokonaisuutta. Päihde-
riippuvuus heijastuu erilaisina kognitiivisina ja käyttäytymiseen liittyvinä oi-
reina. Päihdeongelma on tuottanut yksilön elämään erilaisia kielteisiä vaiku-
tuksia ja lähtökohtana muutokselle on, että yksilö ottaa vastuuta ongelmastaan
ja sen ratkaisusta. (Ruisniemi 2006a, 25–26.)

Sosiaalisen oppimisen käsite kuvaa sitä keskeistä prosessia, jonka kautta ke-
hitys yhteisössä toteutuu. Sosiaalinen oppiminen tapahtuu arkisissa tilanteissa
ja erityisesti kriiseissä, joissa tunteet aktivoituvat. Sosiaalisen oppimisen edelly-
tyksenä on valmius tutkia omia tunteita, ajatuksia, asenteita ja käyttäytymistä
muutoksen aikaansaamiseksi. Henkilökunnalta tämä edellyttää valmiuksia,
rohkeutta ja motivaatiota pysähtyä päivittäin arkisten tilanteiden, tekemisten ja
tekemättä jättämisten ääreen ja tutkimaan niitä. Sosiaalinen oppiminen on arjes-
sa tai elämästä oppimista, ja tavoitteena on tukea yksilöiden kehittymistä vas-
tuullisiksi yhteisön jäseniksi. (Jones 1968, 67–91.) Näitä sosiaalisen oppimisen
kohtia ja paikkoja kuvaavat aineistossani esimerkiksi ne erilaiset tilanteet ja
kohtaamiset, joissa näennäisesti tapahtui hyvin arkisia asioita: suunniteltiin asi-
ointivapaata, käytiin ostoksilla, keskusteltiin yhteisössä elämisen haasteista,
riideltiin tai pelättiin ja pohdittiin retkahdusta. Sosiaalinen oppiminen edellyt-
tää ympäristön olevan riittävän turvallinen, ja on huomioitava, että ihmisillä on
taipumus vältellä oman toimintansa ja siihen liittyvien tunteiden tarkastelua ja
altistamista yhteiselle reflektoinnille. Tavoitteena on pyrkimys tuottaa muutosta
myös käyttäytymisen tasolla siten, että muutos kantaa myös hoidon ulkopuoli-
seen ympäristöön. (Jones 1968, 73, 87, 91.) Yhteisöllisessä kontekstissa keskei-
nen oppimisen edellytys on mahdollisuus yhteisiin keskusteluihin, joissa on
aikaa tutkia ja pohtia elettyä, tehtyä ja yhteisön tilaa sekä mahdollisia ongelmia
ja suunnata toimintaa uudelleen (Murto 2000, 143).

Asiakaskeskeisyys – tai potilaskeskeisyys, kuten Jones asiaa nimittää –
edellyttää, että yhteisö luopuu perinteisestä asiantuntijanäkökulmasta kohti
asiakaskeskeisempää kuntoutuskulttuuria, mikä on ainakin suomalaisessa hoi-
tojärjestelmässä koettu haastavaksi (Santala 2008, 147). Yhtenä selityksenä tähän
saattaa olla se, että Suomessa päihdehoitoon ja laitosmaailmaan on historialli-
sesti liittynyt pakkoa, kuria ja valvontaa korostavia elementtejä (Kaukonen
2002a, 146–149). Myös asiakkaiden kokemuksissa on tullut esille mielivallan
mahdollisuus päihdehoitolaitoksissa (esim. Hietala 2013, 236–239). Tältä osin

Laitoksessa pyrittiin toimimaan päinvastoin demokraattiseen yhteisohoidon ideologiaan sitoutumisen kautta. Asiakaskeskeisyyden ja ei-hierarkkisuuden periaatteen yhtenä ilmenemismuotona oli se, miten jakoa työntekijöihin ja asiakkaisiin oli toisinaan vaikea hahmottaa:

Uusi asiakas saapuu melko pian aamupalaverin päätyttyä. Nuori, pienikokoinen ja hoikka nuori nainen esittelee itsensä Kaisaksi. Saattajana äiti – päättelen näin heidän yhdennäköisyydestään. Ruusut tervehtivät ystävällisesti ja esittelevät itsensä vuorotel- len. Tunnelma on leppoisaa. Ei mitään ”virallista” esittelyä, vaan muun toiminnan lo- massa tapahtuvaa. Keitetään kahvia. Sinikka (työntekijä) esittelee Kaisalle Ruusun tilo- ja ja Kaisalle varattua huonetta. Juodaan kahvia. Työntekijät kertoilevat samalla Ruu- susta ja käytännön asioista. Kaisa toteaa selvästi hämmentyneenä, että hänen on nyt vähän vaikea erottaa, että ”kuka on potilas ja ketkä työntekijöitä”. Sinikka ja Mari (työntekijä) rientävät toteamaan, että ”täällä ei ole lainkaan potilaita, on asiakkaita”. Mari toteaa, että kenelläkään työntekijällä ei ole mitään virallisia nimilappuja tai muuta, josta voisi päätellä tämän kuuluvan henkilökuntaan. (KMP_keittiössä1)²⁹

Asiakkailla oli yhtä lailla vastuu yhteisön käytäntöjen esittelystä ja uuden asi- akkaan sosiaalistamisesta yhteisöön ja sen tapoihin. Ei ollut vain työntekijöiden tehtävänä tai oikeutena kertoa, miten yhteisössä toimittiin ja elettiin, vaan koko yhteisön.

Myös asiakkaat itse kertoilevat Kaisalle Ruususta ja työntekijät kehottavat naisia vas- taamaan Kaisan esittämiin kysymyksiin. Jonkin ajan kuluttua Oona (työntekijä) opas- taa Kaisaa ja näyttää tälle yhteisön tiloja. Seisovat toimiston ulkopuolella, jossa on isol- le pahville kirjattu Ruusun arvot ja käy niitä läpi Kaisalle. Oona korostaa puheessaan arvojen käytännöllistä merkitystä. (KMP_keittiössä1_jatko)

”Nii, et jos on niin ku sellaset odotukset et paljon kahdenkeskisiä keskusteluja”, sanoo Tuovi (asiakas). ”Et yrittää sitte vaik aina ite niin ku uusia tulijoita opastaa ja kertoa... Että ku jos teillä (viittaa tällä työntekijöihin; TK) on niin kova kiire ku välillä on”, jatkaa Tuovi pohdintaansa siitä, miten uusi ruusu on hyvä ottaa vastaan yhteisöön. (KMP_ryhmä2)

Asiakaskeskeisyyteen mahdollisuuden tarjoavat erilaiset keskustelufoorumit, päivittäin toistuvat kohtaamiset koko yhteisön kanssa, ja ne tukevat asiakas- keskeisyyden vahvistumista. Jokainen yksikkö – tässä tutkimuksessa Laitoksen yhteisö – tarvitsee omat yhteiset kokouksensa, joissa voidaan tutkia yhteisön tilannetta yksilö-, ryhmä- ja ihmissuhdetasolla (Murto 1997, 241). Kari Murron mukaan (1997, 240) yhteisöllisen eheyden turvaaminen edellyttää säännöllisiä kokouksia päivittäisten keskustelujen lisäksi. Yhteisohoidossa tärkein kokous

²⁹ Olen nimennyt aineistonäytteet/sitaatit seuraavasti: KMP=kenttämuistiinpanot ja tämän jälkeen tulee tunniste, josta lukija tunnistaa episodin tarkemman kontekstin, esimerkiksi onko kyseessä ryhmä vai esimerkiksi työhuoneessa käyty keskustelu. Numerointi etenee kronologisessa järjestyksessä sen mukaan, monesko aineistonäyte on kyseessä tässä tutki- muksessa. Esimerkiksi merkintä ”KMP_ryhmä2” tarkoittaa, että kyseessä on 2. aineistonäyte, joka koskee ryhmätilannetta. ”KMP_ryhmä10_jatko” viittaa siihen, että kyseessä on juu- ri aiemmin kirjoitetun episodin ”KMP_ryhmä10” jatkoa kuvaava osio. Aineistossa merkin- tä TK viittaa Teija Karttuseen, ja olen tekstiin lisännyt joitakin luettavuutta lisääviä täs- mennyksiä. Joissakin kohden olen merkinnyt myös tarpeen mukaan, onko kyse asiakkaasta vai työntekijästä. Työntekijöiden haastattelut on myös numeroitu omalla järjestysnumerol- laan sen mukaan kuin haastattelunäyte esiintyy tutkimuksessa. Merkintä -- tarkoittaa, että välistä on poistettu jokin pitkä, muuta asiaa koskeva osuus tai on tullut keskeytys, esim. asiakkaat poistuneet tupakalle.

on *yhteisökokous* (Ruisniemi 2006a, 36), ja ilman näitä ei Murron mielestä (1997, 241) voida puhua yhteishoidosta. Tutkimassani Laitoksessa näitä oli kaksi kertaa viikossa: tällöin kaikki Laitoksen yhteisöt ja koko henkilökunta³⁰ kokoontuivat yhteen. Näissä tilaisuuksissa puheenjohtajana ja sihteerinä toimi vuorolleen kukin yhteisö, ei hoitohenkilökunta. Yhteisökokouksen keskeiset tehtävät liittyvät perustehtävän esillä pitämiseen, päätösten tekemiseen kokoukselle delegoiduissa asioissa, sääntöjen sopimiseen ja niiden noudattamisen valvontaan, eri yhteisöjen välisten ristiriitojen sovitteluun ja avoimen kommunikaation turvaamiseen koko yhteisössä. (Murto 1997, 240–241.) Yhteisökokouksiin osallistuminen ja siellä tehdyt päätökset ja käydyt keskustelut välittyivät myös naistenyhteisön arkeen ja liittyivät sen osaksi Laitoksen toiminnallista kokonaisuutta.

Laitoksen yhteisökokouksen merkityksellisyyttä päätöksenteon foorumina havainnollistaa esimerkiksi se, että sillä oli valta päättää asiakkaan uloskirjoittamisesta eli hoidon päättämisestä vakavan sääntörikkomuksen perusteella. Esimerkiksi Ruusussa kuntoutumisjaksolla olleen naisasiakkaan kohdalla henkilökunta olisi vielä antanut asiakkaan jatkaa hoitoa, mutta yhteisökokous päätti toisin ja asiakas uloskirjoitettiin. Työntekijät sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoina eivät siis olleet sellaisessa hierarkkisessa asemassa suhteessa asiakkaisiin, että he olisivat asettautuneet tässä asiassa yhteisökokouksessa tehtyä päätöstä vastaan. Toisaalta päätös ei myöskään ollut vain naistenyhteisön sisäinen asia, vaan koko Laitoksen muodostaman yhteisön kautta otettiin vahvasti kantaa yksittäisen asiakkaan tilanteeseen:

Vilma (asiakas) oli toimistossa varastanut lääkkeitä jo lähteneen asiakkaan dosetista, jota ei vielä oltu ehditty laittaa pois. Irmeli (työntekijä) oli ihmetellyt Vilmalle tämän kuntoa ja väsymystä ja suoraan kysynyt Vilmalta, onko tämä päihtynyt. Vilma oli kieltänyt tämän. Lopulta Vilma oli kuitenkin itse kertonut varastaneensa lääkkeitä ja selvittänyt asiaa perjantain yhteisökokouksessa, jossa päätettiin kirjata Vilma ulos. Vilma joutui poistumaan Laitoksesta hyvin nopealla aikataululla viikonloppua vasten. Haasteksi muodostui se, että Vilma oli metadon-korvaushoidossa. (KMP_toimistossa3)

Asiakkaan hoitoon lähettänyt taho ei hyväksynyt tätä uloskirjoitusratkaisua ja syytti Laitoksen henkilökuntaa siitä, että asiakas oli varastanut lääkkeitä. Lähettävä taho oli työntekijöiden kertoman mukaan todennut, että ”kyllähän jokainen narkkari varastaa, jos sille annetaan siihen tilaisuus!” Laitos puolestaan toimi oman ideologiansa periaatteiden mukaisesti eli luotti asiakkaisiin ja toisaalta antoi yhteisökokoukselle vallan kontrolliin ja sanktioihin ja tässä siis uloskirjoittamiseen. Kuitenkin Laitoksen ulkopuolella ratkaisut tulkittiin toisin eikä niitä aina ymmärretty. Esimerkiksi kuvatussa tilanteessa lähettänyt taho uhkasi järjestää Laitokselle syytteen lainsäädännön rikkomisesta. Tapahtumasarja osoittaa mielestäni sen, miten Laitos muodosti oman systeeminsä normeineen ja toimintatapoineen. Sen suhde ja vuorovaikutus ulkopuoliseen maailmaan tapahtuivat sen oman ideologian mukaisesti, ja toimintalinjan ollessa poikkeava suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoihin syntyi jännitteitä ja ristiriitoja.

³⁰ Myös hallinnon, keittiön ja kiinteistöhuollon henkilöstöä osallistui yhteisökokouksiin, ei vain hoitohenkilökunta.

Asiakkaiden kuntoutumisen näkökulmasta tarkasteltuna yhteisölle annettu päätösvalta antoi osaltaan kokemuksen osallisuudesta ja vastuusta sekä valankäytöstä ja poikkesi siitä, mitä viranomaisinstituutiot ja laitokset tyypillisimmin asiakkaiden kokemuksissa ja mielikuvissa saattoivat edustaa. Yhteisökokouksissa käsiteltiin myös erilaisia yhteisöissä esiin nousseita kysymyksiä, suunniteltiin koko Laitoksen yhteisiä retkiä ja muuta yhteistoimintaa, pohdittiin yhteisten tilojen käyttöä tai käsiteltiin henkilökunnan ja asiakkaiden välillä ilmenneitä näkemuseroja. Yhteisökokouksissa asiakkaita vastuutettiin päätösten tekemiseen ja sovittuihin käytäntöihin sitoutumiseen:

Tässä yhteisökokouksessa paljon keskustelua herättää kännykkäkäytäntö. Periaatteena on (asiakkaat myös allekirjoittavat tämän perussopimuksessa; TK), että kännykät pidetään omassa huoneessa äänettömällä ja että niitä ei viedä yhteisön ulkopuolelle. Tässä asiassa on kuitenkin jatkuvasti ongelmia ja nyt puhutaan siitä, onko kyse piittaamattomuudesta vai tietämättömyydestä vai molemmista. Yksi miesasiakas ilmoittaa olevansa kyllästynyt tähän jatkuvasti toistuvaan keskusteluun ja ehdottaa, että sopimusta rikkovalta henkilöltä otettaisiin (henkilökunta siis) pois kännykkä kahdeksi viikoksi, "kun ei mee muuten jakeluun", hän perustelee. Työntekijät eivät innostu tällaisesta sanktiomenettelystä. (KMP_yhteisökokous4)

Toinen miesasiakas kokee työntekijät kyylääjinä ja kyttääjinä, jotka vahtaavat asiakkaiden puhelimia. Osa asiakkaista ei lainkaan ymmärrä, miksi puhelimia ei saisi pitää yhteisön ulkopuolella. Työntekijät muistuttavat kuntoutumisrauhasta sekä itselle että myös muille, sillä muita saattavat puhelut häiritä tai he saattavat kuulla niistä sellaisia asioita, jotka heitä ahdistavat. Osa asiakkaista on sitä mieltä, että sopimukseen pitää sitoutua, mutta rikkomuksiin puuttuminen on henkilökunnan asia. Työntekijät tuovat kuitenkin esille sen, että käytännön rikkomiseen voi puuttua kuka hyvänsä yhteisön jäsen - siis myös asiakas. Asiakkaat kuitenkin ilmeisen mielellään sälyttäisivät huomautukset ja puuttumiset työntekijöille. - - Lopulta sovittiin, että jokainen yhteisö käsittelee kännykän käyttöön liittyviä kysymyksiä ja että yhteisesti asiaan palattaisiin uudelleen yhteisökokouksessa. Tämä päätös siis kirjattiin myös kokouspöytäkirjaan. (KMP_yhteisökokous4_jatko)

Vallan ja vastuun jakaminen edellytti työntekijöiltä luottamusta ja uskoa siihen, että asiakkaat pystyivät, osasivat, sitoutuivat ja toimivat, kuten yhdessä päätettiin. Kaikissa päihdehoitolaitoksissa näin ei ole, vaan asiakkaat saatetaan nähdä riippuvuutensa vuoksi kyvyttöminä kantamaan vastuuta (Weckroth 2006, 86). Toisaalta mistä hyvänsä ei yhteisökokous kuitenkaan voinut päättää, sillä Laitoksella oli oma juridinen vastuunsa tietyistä, esimerkiksi asiakasturvallisuuden liittyvistä kysymyksistä. Tällöin koko demokraattisuuden periaatteen olemassaolo saatettiin kyseenalaistaa:

Yhteisökokouksessa käydään erityisesti keskustelua siitä, että henkilökunta on päättänyt, että Laitoksessa ei saa tatuoida - ei itseään eikä muita, ei rahasta eikä ilmaiseksi. Yksi sairaanhoitajista kertoo lääkärin perustelut. Asiakkaat vastustavat tätä. Siru (asiakas toisesta yhteisöstä; TK) puolustaa tatuoivaa asiakasta kertomalla, miten on huomannut tatuoinnin rauhoittavan asiakasta ja auttavan kuntoutumaan "kun on paha olla". Asiakkaat kokevat, että demokraattinen yhteisöhoito on vain puhetta, koska "jos sain muualla sitten päätetään kuitenkin". Työntekijöistä Anni toteaa, että se, että "jotain ei lue säännöissä, ei tarkoita, että se olisi hyväksyttyä ja että siihen ohjaajat kannustaisivat asiakkaita. Että muutoinhan jouduttaisiin laatimaan satojen sivujen lista siitä, mitä ei saa tehdä". Toinen työntekijä Elisa tuo myös esille sen, että "tämä on laitos ja laitoksella on aina vastuu siitä, mitä laitoksessa tapahtuu". (KMP_yhteisökokous5)

Demokraattisen yhteisöhoidon tavoitteena on vähentää asiakkaiden riippuvuutta ammattilaisista, jolloin demokraattisen päätöksenteon ensisijainen tehtävä on edistää asiakkaiden kollektiivista ja yksilöllistä vastuuta (Santala 2008, 156). Yhteisökokouksissa tapahtuva asioista päättäminen, erilaisten vaihtoehtojen miettiminen, toisten näkemysten kuuleminen, keskustelu, konfliktien ratkaiseminen, vastustaminen tai puolesta puhuminen sekä sovittuihin asioihin sitoutuminen toimivat harjoituskenttänä laajemmalle yhteiskunnalliselle osallisuudelle ja osallistumiselle. Asiakkaat saivat kokemuksen siitä, että heidän mielipiteillään oli merkitystä, he saivat osallistua ja tehdä päätöksiä. Toisaalta se vaati myös vastuun ottamista. Tämä edisti hoitoon sisältyvän reintegration tavoitetta, uudelleen liittymistä ja kiinnittymistä sekä toisaalta sosiaalistumista. Laitos ja sen yhteisöt olivat kuin yhteiskunta pienoiskoossa.

Laitoksen hoitoidologiassa korostunut vertaistuki, sosiaalinen oppiminen ja vahva yhteisöllisyys merkitsivät sitä, että naistenyhteisössä yksilökohtainen työskentely jäi hyvin vähäiseksi. Se rajoittui käytännössä tulo- ja lähtöhaastatteluihin, jatkosuunnitelman tekemiseen, terveydenhuoltokäynteihin ja kuntoutusohjaajan tapaamiseen. Periaatteena oli, että kaikki kuntoutuminen, ongelmien työstäminen ja hoitoon liittyvät päätettävät yksilökohtaiset asiat – esimerkiksi asiointivapaat – käsiteltiin yhteisössä ja sen foorumeilla. Työ ei lähtökohtaisesti sisältänyt yksilökohtaista hoitosuhdetyöskentelyä, joka olisi toteutunut asiakkaiden ja työntekijöiden kahdenvälisinä keskusteluinä suljettujen ovien takana. Hyvin poikkeuksellisissa ja erittäin sensitiivisissä tilanteissa näin kuitenkin saatettiin menetellä, esimerkiksi seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvien kokemusten käsittelyssä. Tällöin arvioitiin, että asiakkaan asian käsittely edellytti korostuneesti suojelua, turvaamista ja yksityisyyttä. Naistenyhteisössä yhteisön ja vertaistuen keskeinen asema hoidossa konkretisoitui jo siinä, miten asiakkaat huomasivat olemisen ja elämisen yhteisössä vaativan kovaa työtä ja omaa aktiivisuutta ja miten odotukset yksilökohtaisesta terapiasta sai unohtaa. Osa asiakkaista selvästi yllättyi tai hämmäntyi näistä hoidon piirteistä:

”Et jos ajattelee, et mä vaan tuun tänne lepäilemään ja hoitamaan sit itteäni, ni saa sen kyllä unohtaa”, toteaa Päivikki (asiakas). ”Ja kyllä mä korostaisin sitä, miten tärkeätä on se, miten otetaan vastaan ku tulee tänne”, jatkaa Päivikki edelleen. Muut nyökkäävät. ”Et kyllä mä ainaki olin aluksi et mikä tää paikka... et ku sillä Tarjalla (työntekijällä) oli sillo aikaa vaa se kymmenen minuuttia ja ku mäki olin luullu et mä saan niin ku oman hoitajan ja ne omat keskustelut...” muistelee Anne (asiakas). (KMP_ryhmä6)

”Mut tässä ois kyllä meillä niin ku varmaan opittavaa, että ne jotka tänne lähettää, ni et ne tietäisi että tää on tosiaan yhteisöhoitoa ja että täällä ei sillai niin ku oo omaa työntekijää ja niitä kahdenkeskisiä keskusteluja, vaan et se tapahtuu niin ku tässä yhteisössä ja ryhmissä”, toteaa Tiia (työntekijä). ”Et olihan täs just yksiki, joka keskeytti... että oli luvattu paljon intensiivisiä kahdenkeskisiä keskusteluja ja sitte ku niitä ei tullukaan...” jatkaa Tiia. (KMP_ryhmä6_jatko)

Koko naistenyhteisössä toteutettavan hoidon hienous ja ainutkertaisuus kiteytyi juuri tähän keskeiseen kentällä tekemääni havaintoon, ja se palautui demokraattisen yhteisöhoidon ideologiaan ja sen käytännölliseen toteutumiseen: asiakaina olleet naiset itse tuottivat ja muoivasivat keskeisellä tavalla hoidon sisällöt ja painopisteitä ja säätelivät syvyyttä eli sitä emotionaalista tasoa, jolla

työskentelyssä kulloinkin liikuttiin. Työntekijät antoivat tälle tietoisesti tilaa ja toteuttivat näin osaltaan asiakaskeskeisyyttä ja jaettua asiantuntijuutta (Juvonen ym. 2018). Työntekijät eivät määrittäneet sitä, mikä oli tärkeintä hoidossa tai mihin työskentely painottui. Työntekijät seurasivat ja havainnoivat tarkasti yhteisön tapahtumia, naisten keskinäisiä suhteita, vuorovaikutusta ja yhteisön tunnelmia. Näiden perusteella he suuntasivat ja säätelivät omaa toimintaansa sekä sitä, miten paljon työntekijöiden aktiivisuutta tai kannattelua yhteisö tarvitsi. Tekemiensä havaintojen ja tulkintojen pohjalta työntekijät myös päättelivät, millaisella tasolla työskentely kunkin yhteisön kohdalla voi liikkua ja mihin suuntaan prosessia tuli ohjata.

Kirsi (työntekijä) luonnehtii Ruusun olevan tällä hetkellä "teiniosasto" viitaten asiakkaiden nuoreen ikään. "Milja ja Sini vaatii niin ku semmosta konkretiaa ja käytäntöä... Et siihen tulokseen me on niin ku tultu", toteaa Kirsi. "Et vain se on olemassa, mikä näkyy - - kaikki muu, et se on jo sitte haasteellista... Et tää kahvikuppi on niin ku olemassa, mutta mikä on kahvikupin syvempi olemus ni se... jaa'a..." (KMP_henkilökuntakokous7)

Työntekijöiden työorientaatiolle oli ominaista erilaisten avointen kysymysten ja vastakysymysten suosiminen, ääneen ihmettely sekä näin tapahtunut yhteisön prosessien ohjaaminen ja naisten huomion suuntaaminen. Vaikka suoraa ja vahvaa konfrontaatiota vältettiin, osattiin myös naisten toiminnan ja puheiden välistä ambivalenssia hyödyntää ja osoittaa se naisille. Työntekijöillä oli myös viimesijainen vastuu toiminnasta. Nämä tekemäni havainnot selittävät osaltaan myös sitä, miksi naisten omilla kuvauksilla, puheenvuoroilla ja heidän toimintansa tarkastelulla on huomattava asema empiirisen aineiston tarkastelussa ja esittämisessä. Aineistonäytteissä havaitaan, miten työntekijät vetäytyivät taustalle, ohjasivat toisinaan hyvin harvasanaisesti tapahtumia, antoivat äänen ja tilan asiakkaille³¹. Pyrkimyksenä oli saada yhteisöstä niin kannatteleva ja vahvaan vertaistukeen perustuva, että se ikään kuin "hoiti itse itsensä". Kyse oli tietoisesta toimintastrategiasta, ja se perustui nimenomaan demokraattisen yhteishoidon ideologisiin lähtökohtiin. Naisten tuli ottaa itse vastuuta omasta hoidostaan ja toimia aktiivisesti - puhua, osallistua ja toimia yhteisössä sekä tuottaa siten ymmärrystä omasta päihdeongelmastaan vertaistuen ja sosiaalisen oppimisen kautta. Työntekijöiden haasteena oli sovittaa omaa toimintaansa ja läsnäoloaan siten, että he osaltaan tuottivat turvallisuutta asiakkaille ja samalla silti tarjosivat riittävän tilan vertaistuen, riippumattomuuden ja itseohjautuvuuden kehittymiselle yhteisössä.

"Jotenkin se läsnäolo on kuitenkin aika tärkeä, että kyllä asiakkaat äkkiä kommentoi sitä meidän poissaoloa tai sitä meidän kiireisyyttä. Vaikka sitä ei suoraan siinä sanota, että asiakkaat kokisi olonsa turvattomaksi, niin jotenkin kuitenkin kokevat, että kyllä työntekijän läsnäolokin on tärkeä, vaikka demokraattisen yhteisön periaatteena on, että

³¹ Aloittaessani aineistonkeruun tunsin itse hyvin heikosti demokraattisen yhteishoidon periaatteita, joten etnografisesta kenttätyöstä muodostui osin toisenlainen kuin olin ennakooinut. Odotin siis vahvempaa työntekijälähtöisyyttä ja siten työntekijöiden aktiivisempaa roolia. Käytännössä oli kuitenkin niin, että työntekijöiden "aktiivisuus" ja orientoituminen ilmenivät toisin kuin olin odottanut. Näin ollen myös aineistossa selvästi ilmenevä asiakkaiden äänen ja kokemusten vahva painottuminen yllätti.

me voitaisiin tehdä itsemme tarpeettomiksi olemalla niin vähän paikalla kuin mahdollista tai niin vähän ohjaavia kun mahdollista. Mut kyl se kumminkin tässä se tasapaino täytyy löytyä jostain välimaastosta, että asiakas ja asiakkaat kokee jotenkin tämänkin paikan turvallisena". (työntekijän haastattelu_1)

Toisaalta edellä kuvattu asiakkaiden turvattomuutta koskeva pohdinta osoitti, että työntekijöiden oli kyettävä riittävän intensiiviseen vuorovaikutukseen ja läsnäoloon yhteisön arjessa. Samoin työntekijöiden tuli kyetä fyysisen tilan jakamiseen asiakkaiden kanssa (vrt. Weckroth 2006, 110–113.). Tasapainottelu saatavilla olon ja tilan antamisen suhteen edellytti yhteisön ja sen jäsenten hyvää tuntemusta sekä yhteisön vuorovaikutusilmapiirin ja dynamiikan jatkuvaa arviointia.

Yhteisöhoidon toimivuuden näkökulmasta merkityksellistä oli, että työntekijät sitoutuivat omassa toiminnassaan demokraattisen yhteisöhoidon periaatteisiin. Näin työntekijät tukivat hoidon rakenteiden pysyvyyttä, joka oli vasta-kohta päihdemaailman kaaokselle.

Karoliina ilmestyy keittiöön. Hän pyytää keittiössä olevalta Merviltä (työntekijä) asiointilupaa ja haluaa, että asiasta keskusteltaisiin. Mervi toppuuttelee ja sanoo, että "keskiviikon aamupalaverissa... turhaan sitä liian aikaisin". Karoliina jatkaa edelleen, mutta Mervi ei taivu vaan toteaa: "Yhteisö päättää asiasta, en minä... Sä vain teet sen asiointilupaesityksen ja sitte yhdessä katotaan sitä silloin keskiviikkoamuna, että onko se asianmukainen se sun meno." Karoliina yrittää selvästi saada Merviltä jo lupauksen asiointivapaasta, mutta Mervi pitää tiukasti kiinni siitä, että asia käsitellään yhteisössä keskiviikon aamupalaverissa. (KMP_keittiössä8)

Demokraattisen yhteisöhoidon perusideaa luottamuksesta asiakkaiden kykyyn tehdä rationaalisia valintoja ja toimia rehellisesti osoitti esimerkiksi se tapa, jolla työntekijät asiakkaan saapuessa hoitoon ottivat esille erilaiset kontrolliin liittyvät kysymykset. Asiakkaaseen uskottiin, hänelle haluttiin antaa mahdollisuus osoittaa olevansa luotettava ja siten osaltaan tuotettiin arvostuksen ja kunnioitukseksi tulemisen kokemuksia. Työntekijöiden asenteet ja puhetapa eivät perustuneet stereotyyppien varaan rakentuvaan olettamukseen valehtelevista tai epäluotettavista päihdeongelmaisista asiakkaista (Goldberg 1999, 11). Tämä saattoi olla joillekin asiakkaille hämmäntävä kokemus.

Niina (työntekijä) tiedustelee Anulta (asiakas), miten tämä haluaa, että lääkitys hoidetaan: haluaako Anu, että hänelle annetaan aina lääkkeet lääkkeenottoaikana vai haluaako hän säilyttää lääkkeitä omassa huoneessaan dosetissa. Anulla on lääkeriippuvuus ja siltikin Niina osoittaa luottamusta ja antaa Anun itse valita lääkkeiden säilytys- ja antotavan. Anu haluaa työntekijän aina antavan hänelle lääkkeet ja että työntekijät säilyttävät hänen lääkkeitään. Niina tiedustelee Anulta myös, onko hänellä tapa "jemmata lääkkeitä". Niina sanoo, että tämä kysytään kaikilta asiakkailta aina ja että he luottavat asiakkaan sanaan. Anu sanoo, että ei piilottele lääkkeitä eikä ymmärrä sellaista ja että näki kun jotkut tekivät sitä psykiatrisella osastolla. Niina tiedustelee myös, onko Anulla laukussaan jotain sellaista, mikä ei kuulu päihdehoitoon – päihteitä, teräaseita jne. Anu vastaa kieltävästi. Niina toistaa Anulle työntekijöiden luottavan asiakkaaseen, mutta kertoo heillä kuitenkin olevan tarvittaessa oikeus "ratsata huone ja laukat". (KMP_työhuoneessa9)

Asiakkaan annettiin itse kertoa, miten asiat olivat, oliko hänellä jotain kiellettyä mukanaan, mihin hän arvioi itse pystyvänsä ja miten toimivansa. Toisaalta samalla tuotiin esille mahdollisuus puuttua – ratsata, tsekata ja testata. Vaihtoeht-

toinen toimintastrategia ja hoitokulttuuri olisivat tuottaneet asetelman, jossa hoitoon tuleva asiakas olisi ensin näyttänyt laukkunsa sisällön työntekijän edessä, luovuttanut lääkkeensä lukittuun lääkekaappiin ja antanut valvotun huumeeseulan. Naistenyhteisössä näin ei siis lähtökohtaisesti menetelty asiakkaan saapuessa hoitoon. Sen sijaan asiakkaalle annettiin heti ovella tulotilanteessa mahdollisuus osoittaa olevansa luotettava ja rehellinen. Toisaalta työntekijät pitivät myös tärkeänä sitä, että he tunnistivat, miten turvallinen tai turvaton olo asiakkaalla itsellään oli esimerkiksi oman päihdekäyttämisen aktivoitumisen suhteen. Asiakkaaseen siis luotettiin ja hänen annettiin opetella vastuun ottamista. Asiakasta ei kuitenkaan tarkoituksella asetettu tilanteeseen, jota hän ei kokenut hallitsevansa ja jossa turvallisuus vaarantui.

”Että ei välttämättä asiakaskaan koe sitä oloaan turvalliseksi, jos hänellä on ne lääkkeet. Et monta kertaa asiakas sanoo siinä tilanteessa, että mä en nyt pysty tai et mä en nyt halua ottaa sitä riskiä, et mun tekee mieli napsia niitä eri tavalla kun mitä on määrätty. Mut et monta kertaa kuulee asiakkaan suusta sen myös niin päin, että kiitos luottamuksesta, että näin on sitte annettu lääkkeet omaan huoneeseen otettavaksi, että saa sitä sitten omaa vastuutaan kasvattaa tälläkin lailla”. (työntekijän haastattelu_2)

Työntekijät pyrkivät myös aidosti luottamaan yhteisön kykyyn antaa palautetta ja toteuttaa kontrollia, jolloin he pitäytyivät puuttumasta joihinkin tilanteisiin. Toisaalta työntekijät joutuivat jatkuvasti pohtimaan sitä, millä tavoin säädellä omaa toimintaansa – milloin heidän tuli rajata asiakkaiden toimintaa tai puuttua siihen ja milloin taas saattoi seurata tilannetta sivusta. Oman aseman ja roolin paikantaminen yhteisössä ei aina ollut yksiselitteistä työntekijöille.

Ruusun työntekijöistä Hellevi ottaa henkilökuntakokouksessa esille Ilonan tilanteen. Kertoo, miten Ilona on nyt pyytänyt häneltä kahdesti lupaa lähteä ryhmästä. Hellevi sanoo vastaavansa aina, että ”en mä tiedä” ja antavansa ratkaisusta vastuuta yhteisölle, mutta kukaan yhteisöstä ei vastaa mitään ja niin Ilona vaan poistuu. Huumeita käyttäneille asiakkaille tarkoitetun yhteisön ohjaaja Mika toteaa tähän, että ”Ilonalle voi myös sanoa sellaisia terveisiä, että esimerkiksi meillä ei sitten lähdetä kesken ryhmien tai voi mennä pakkaamaan laukkujaan!” (Suunnitelmana oli, että Ilona jatkaa hoitoa naistenyhteisön jälkeen huumeita käyttäneille tarkoitetussa yhteisössä; TK) (KMP_henkilökuntakokous10)

Yhteisölle annettu kannattelun, tuen ja keskinäisen kontrollin tehtävä edellytti työntekijöiltä kykyä olla puuttumatta tai puuttua tilanteisiin vain harkitusti sekä uskoa yhteisön toimintakykyyn. Valmiita vastauksia ja toimintamalleja ei mielellään esitetty ja usein kysymykset jätettiin asiakkaille pohdittaviksi. Näin työntekijät ohjasivat asiakkaita prosessoimaan ja pohtimaan itse sekä ottamaan näin vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Asiakkaiden ja yhteisön puolesta tekeminen, määrääminen, päättäminen ja valvonta olivat vältettäviä toimintastrategioita. Toisaalta esimerkiksi yllä oleva episodi havainnollistaa, miten naistenyhteisön työntekijän joustavuus ja yhteisön toimintakykyisyyden ”heräämisen” odottelun malttaminen oli pidemmälle menevää kuin huumehoidon yhteisön työntekijän, joka lähestyi asiaa hyvin suoraviivaisesti: joko asiakas sopeutui tai hän sai lähteä kotiin. Tutkimukseni ei voi varmuudella ottaa kantaa siihen, oliko demokraattisen yhteisöhoidon ideologian toteutumisessa astevaihteluja Laitoksen eri yhteisöissä, mutta tällainen mielikuva minulle toisinaan muodos-

tui. Toisaalta pohdin sitä, missä määrin tässä saattoi olla kyse siitä, miten nais-tenyhteisössä ymmärrettiin naisten päihderiippuvuuden ja hoidon kysymykset.

Työtä vahvasti ohjannut periaate siitä, että asiat käsitellään yhteisössä, näkyi jopa yhteisön tilojen käyttöä koskevissa ratkaisuissa: esimerkiksi työntekijöiden työhuoneen ovi oli aina avoinna ja sen sulkemista yleensä selitettiin tai pyydettiin anteeksi. Sulkeminen oli siis poikkeavaa, sille täytyi olla jokin painava peruste. Asiakkaat myös puhuivat näiden avointen ovien äärellä tietäen varsin hyvin, että muutkin voivat kuulla ja nähdä ja ottivat sen riskin, että joku ”juoruaa”. Vastuu luottamuksellisesta ilmapiiristä, sen syntymisestä ja väälimisestä oli kaikilla:

Yhteisöön on saapunut uusi asiakas ja puhutaan yhteisön periaatteista. Irene (työntekijä) toteaa: ”Se on tosiaan tää luottamuksellisuus tosi tärkeä asia... Et ihan muutenkin tässä meidän kuntoutuksessa, et mitä me muille kerrotaan ja tän yhteisön ulkopuolella.” Irene kohdistaa puheensa erityisesti naisille ja sanoo: ”Et mitä sä itse toivoisit, että sun selän takana susta puhutaan – et mitään, eli älä säkään puhu muista niiden selän takana.” (KMP_ryhmä11)

Asiakkaiden ja työntekijöiden välisten suhteiden muovautumisen kannalta merkityksellistä oli, että myös asiakkaita koskevat asiat käsiteltiin pääasiassa joko koko yhteisön kesken tai työhuoneessa siten, että ovi oli auki. Suljettujen ovien takana tapahtuvia neuvotteluja ja sillä tavoin rakentuvaa sosiaalista välimatkaa (Vanhala 2005, 231; Tolonen 2001, 79–81) pyrittiin minimoimaan. Tällöin kyse oli esimerkiksi tilanteesta, jossa asiakkaan psyykkinen kunto oli jotenkin poikkeuksellisen huono ja työntekijä koki tarvetta pohtia toisten kanssa oman toimintansa suuntaamiseksi oikein tai jossa asiakkaan siirtymistä toiseen yhteisöön haluttiin pohtia koko Laitoksen henkilökunnan omassa kokouksessa ja pyydettiin konsultaatiota muilta Laitoksen työntekijöiltä.

Toisaalta jo tilojen kautta toteutunut avoimuus tarkoitti sitä, että kaikki oli kaikkien saatavilla. Lähtökohtana oli, että yhteisön jäseniin luotettiin – siis siihen, että kukaan ei varasta, ei vie toisten asiakkaiden tai Laitoksen omaisuutta. Avoimuuden ja luottamuksen periaatteet toimintaa, olemista ja vuorovaikutusta ohjaavina edustivat toisinaan hyvin vahvaa kontrastia sille maailmalle, josta asiakkaat yhteisöön tulivat. Riitta Hyytinen (2008, 100) kirjoittaa kognitiivisesti, emotionaalisesti ja moraalisesti korjaavista kokemuksista päihdehoidossa. Hyytisen mukaan päihdemaailmassa eläneen ihmisen käsitykset, toimintatyyli ja kokemukset ovat muotoutuneet sitä maailmaa vastaaviksi. Myös toimintaympäristö on tukenut vääristyneitä käsityksiä esimerkiksi petosten ja pettämisen sallimisesta tai fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden rajojen rikkomisesta. Päihdehoidossa on mahdollista tuottaa näille vastakkaisia ja korjaavia kokemuksia – kokemuksia siitä, että luotetaan, ei satuteta eikä ylitetä rajoja. Yhteisö, sen jäsenet ja siinä muodostuvat sosiaaliset suhteet toimivat tässä merkittävässä roolissa. (Hyytinen 2008, 100–101.)

5.3 Arjen siedätyshoitoa ja yhteisöllistä toimintaa

Tutkimani Laitoksen profiloituminen yhteisöhoitoon ja sen toteutukseen merkitsi hoidollisten käytäntöjen ja sisältöjen kiinnittymistä yksilökohtaisen orientaation sijaan ryhmämuotoiseen työskentelyyn. Tämän taustalla oli sitoutuminen demokraattisen yhteisöhoiton ideologiaan, jonka periaatteita ja käytännöllisiä ulottuvuuksia kuvasin edellisessä luvussa. Naistenyhteisön toiminnan tarkastelu edellyttää sen ymmärtämistä, että yhteisöllisyyden kautta toteutettiin yhteisön perustehtävää ja hoidon tavoitteita. Naistenyhteisön perustehtävä muodostui seuraavien julkilausuttujen lähtökohtien kautta: Ensinnäkin yhteisö oli tarkoitettu kaikille sellaisille naisille, jotka olivat kiinnostuneita tutustumaan itseensä selviytyäkseen päihdeongelmastaan. Toiseksi työskentelyn painopiste oli omien voimavarojen löytämisessä ja niiden vahvistamisessa. Perustehtävä kiteytyi siis voimavarakeskeisyyteen ja päihdeongelmasta selviytymiseen itsensä tuntemisen kautta. Lähtökohtaisesti kaikkea yhteisössä tapahtuvaa tulisi arvioida ja tarkastella siitä näkökulmasta, miten erilainen toiminta ja tekeminen tukevat tavoitteen suuntaista toimintaa (Särkelä 2001a, 145). Antti Särkelän (2001a, 145) mukaan yhteisö voi muodostua ja olla olemassa vain tämän yhteisesti jaetun päämäärän, perustehtävän, kautta.

Yhteisöhoitossa toiminnallisella rakenteella tarkoitetaan kaikkia niitä toimintaepisodeja, jotka rytmittävät asiakkaiden tai potilaiden aikaa (Murto 1997, 239). Laitoksen arjessa yhteisöhoiton orientaatio konkretisoitui siinä, miten vahvasti lähes kaikki toiminnot rakentuivat yhteisön ympärille, ryhmissä tapahtuvaksi toiminnaksi, olemiseksi ja vuorovaikutukseksi. Ryhmillä ja yhteisössä tapahtuneilla kohtaamisilla ja toiminnoilla oli erilaisia funktioita: esimerkiksi aamuryhmien tarkoitus oli orientoitua päivään ja ajankäytön suunnitteluun. Keskusteluryhmissä puolestaan työstiin omaa elämäntilannetta ja tutkittiin omaa päihdeongelmaa. Naistenyhteisön toimintaa voidaan jäsentää seuraavien työtapojen kautta:

- Ryhmätoiminnot: keskusteluryhmät, teemaryhmät yhteisön arjessa sekä yhteisön arkea strukturoivat kohtaamiset ryhmänä, esimerkiksi aamupalaverit, viikkosuunnittelu ja viikkoarviointi
- Vertaistukeen perustuvat ryhmät sekä Laitoksen sisällä että ulkopuolella: NA- ja AA-ryhmät, Askel-ryhmä
- Yhteisökokous 2 kertaa viikossa (kaikkia Laitoksen yhteisöjä koskeva), kerran viikossa toteutettu yhteisöjen yhteinen vapaamuotoinen tapaaminen (ohjelmavastuu ja suunnittelu viikoittain eri yhteisöillä)
- Toiminnallisuuteen ja luoviin menetelmiin perustuvat työtavat: erilaiset toiminnalliset ryhmät (esim. taideterapia, toimintaterapia), taidelähtöiset menetelmät (esim. maalaaminen, savityöt), kehollisuuteen ja rentoutumiseen liittyvät ryhmät (esim. akupunktio, intialainen päähieronta), retket, yhteinen liikunta, mielikuvatyöskentely, päiväkirjojen kirjoittaminen

Oman päihdeongelman tutkiminen toteutui vahvasti ryhmien kontekstissa riippumatta siitä, käytettiinkö keskusteluun vai toiminnallisuuteen palautuvia menetelmiä. Kuntoutumisen kysymykset ja kokemusten reflektointi palautettiin pääasiassa yhteisön tasolla tapahtuvaksi työskentelyksi silloinkin, kun asiakkaat muuhun pyrkivät. Myös virallisen hoito-ohjelman ulkopuolella Laitoksen toiminnot oli organisoitu yhteisöllisyyteen ja ryhmiin perustuen, esimerkiksi vapaa-ajan vietto (esimerkiksi elokuvien katselu, lentopallon pelaaminen tai muu harrastustoiminta). Kukin yhteisö huolehti myös yhteisvastuullisesti omien tilojensa siisteydestä. Samoin päivän ruokailut toteutettiin koko Laitoksen kanssa yhdessä. Yhteisön omat kahvihetket olivat sosiaalisia suhteita ja niiden rakentumista tukevia sekä yhteisöllisyyttä vahvistavia tilanteita. Seuraavassa on esimerkki naistenyhteisön viikko-ohjelmasta havainnollistamaan asiaa:

Taulukko 7: Naistenyhteisön viikko-ohjelma

KLO	MAANAN- TAI	TIISTAI	KESKIVIIKKO	TORSTAI	PERJANTAI
7.30	aamupala	aamupala	aamupala	aamupala	aamupala
8.00	aamupalaveri	aamupalaveri	aamupalaveri	aamupalaveri	aamupalaveri
8.30	yhteisökokous	akupunktio	akupunktio	akupunktio	akupunktio
10.00	viikkosuunnitelu	ryhmä: rajat	ryhmä: rooleista	ryhmä: rooleista 2	mielikuvatyöskentely ja rentoutus
11.15	lounas	lounas	lounas	lounas	lounas
12.30	ryhmä: suhteista	asiointia / Kaupunkiin	ryhmä: kirje itselleni	Askel-ryhmä (NA)	viikkoarviointi
14.00	päiväkahvi	päiväkahvi	päiväkahvi	päiväkahvi	päiväkahvi / yhteisökokous
14.30	liikuntaa	kirjastoon	Talo-yhteisön järjestämä yhteisötapaaminen	liikuntaa	
16.00	päivällinen	päivällinen	päivällinen	päivällinen	päivällinen
		Elokuva Torppa - yhteisössä	NA-ryhmä Talossa	AA-ryhmä Tu- vassa	
19.30	iltapala/sauna	iltapala/sauna	iltapala/sauna	iltapala/sauna	iltapala/sauna

Kuntoutuminen yhteisössä rakentui viikoittain laaditun viikko-ohjelman mukaisesti, ja se loi perusrakenteen yhteisön toiminnoille ja tapahtumille niin ajallisesti kuin tilallisesti. Päiväohjelmaa noudattivat yhteisössä lähtökohtaisesti

kaikki, mikä sitoutti osaltaan koko yhteisön toimintaan ja jäsenyyteen. Toisaalta esimerkiksi päivittäiset akupunktiot olivat vapaaehtoisuuteen perustuvaa toimintaa. Ne oli tarkoitettu niille naisille, jotka kokivat hyötyvänsä akupunktiosta tai jotka olivat kiinnostuneita kokeilemaan sitä. Esimerkiksi akupunktion aikana osa työntekijöistä oli tavoitettavissa yhteisössä ja naisilla oli mahdollisuus hoitaa omia asioitaan (esim. viranomaispuhelut), lukea, puuhastella muuta tai levätä. Samoin iltaisin järjestetyt NA- ja AA-ryhmät perustuivat vapaaehtoisuuteen. Niitä tarjottiin yhtenä mahdollisuutena kiinnittyä vertaistukeen matalalla kynnyksellä, kun niihin oli mahdollista osallistua helposti ja osin tuttujen ihmisten kanssa. AA- ja NA-ryhmien sekä NA:n askeltyöskentelyn osalta on tässä kohden todettava, että niitä ei ideologisesti nostettu Laitoksen toimintaa ohjaaviksi³². Demokraattisen yhteisöhoidon ideologia oli pikemminkin salliva myös tässä suhteessa: se hyväksyi AA:n ja NA:n osana yhteisöjen ja Laitoksen toimintaa, yhtenä mahdollisena päihdeongelmasta oppimisen kenttänä. Asiakkaiden ei edellytetty sitoutuvan AA:n ja NA:n käsityksiin päihdeongelmasta ja toipumisesta (vrt. Ruisniemi 2006a, 48, 53-56).

Lounaan ja iltapäivän toimintojen väliin jäävä aika käytettiin asioiden hoitamiseen ja vapaaseen oleiluun, ja silloin työntekijät olivat saatavilla ja läsnä yhteisössä. Sinällään kyse ei ollut "tyhjistä ajasta", vaan tuolloin esimerkiksi tehtiin tulohaastatteluja, hoidettiin kirjallisia töitä tai jaettiin lääkkeitä. Näillä tauoilla ja ajallisilla katkoksilla voidaan nähdä olevan myös psykoedukatiivinen tehtävä eli tavallisuuteen ja arkeen sopeuttaminen ja totuttaminen. Tavoitteena oli, että aktiiviseen päihteiden käyttöön liittyvät toiminnot, impulsiivisuus ja tunnetilojen vaihtelut korvautuvat toisenlaiseen toimintaan – päihdeettömään arkeen – ohjaavalla rakenteella ja sen toiminnoilla. Käytännössä tavanomainen arki ja sen rutiinit olivat olennainen kiintopiste kuntoutumisen alkamiselle:

Ryhmässä mukana ruusujen lisäksi myös Perheyhteisön ohjaaja Tuire ja asiakkaana tällä viikolla aloittanut Inkeri. Ryhmän aiheena on tänään: "miten autan itseäni". Esimerkkeinä tulevat esille kirjoittaminen, puhuminen, liikunta ja musiikki. Viittauksia Ruusussa ja Laitoksessa olemiseen: samantilaisessa tilanteessa olevat auttavat, vertaistuki; "täällä oleminen". Työntekijät kysyvät, miten laitoksessa oleminen auttaa. Ruusut tuovat esille laitoksessa olemiseen liittyen turvallisuuden, arjen ja sen rutiinit. Mikä tuottaa turvallisuutta, kysyvät työntekijät. Ruusut vastaavat: luottamus. (Asiakas) Armi toteaa, että "Ruusussa ei mietitä rutiineja siten, että tehdäänkö jotain vai ei vaan ne tehdään!" (KMP_ryhmä12)

Arki ja sen rutiinit olivat osa turvallisuuden kehystä ja niihin liittyvät toistot, samankaltaisuus ja jopa tylsyys olivat sinällään kuntouttavia elementtiä. Ne loivat päihdeettömälle elämälle uudenlaisen kehyyksen, joka rakenteisti ja sääteli toimintoja. Yhdessä tekeminen, tavalliset arkiaskareet, rutiinien mukaisesti etenevät päivät ja viikot tuottivat tasapainoisuutta ja jatkuvuutta (myös Törrönen 2003, 229). Tämä arkisuus, rutiinit ja niihin liittyvä tietty tylsyys ja toistuvuus toimivat "arjen siedätushoitona" aikaisempaan päihdekeskeiseen elämään nähden, jota saattoi luonnehtia kaaosmaisuus, jossa toiminta oli impulsiivista ja

³² Jotkut tutkijat ovat kritisoineet esimerkiksi AA-ideologiaa naisille soveltumattomana (esim. Lafave ym. 2009), mutta myös puoltavia näkemyksiä on esitetty (esim. Covington 2002).

jäsentymätöntä ja jossa pakonomainen päihteiden käyttö oli ensisijainen toiminto suhteessa muuhun. Virginie Debaere, Stijn Vanheule ja Ruth Inslegers (2014, 255–256) kirjoittavat, että terapeuttisissa yhteisöissä turvallisuuteen nivoutuvan kannattelevan ympäristön rakentuminen perustuu ärsykkeiden poissaoloon (ei päihteitä eikä niihin liittyviä verkostoja ja ihmissuhteita), ulkomaailmasta eristäytymiseen (rajoitettu kanssakäyminen ja kontaktit) sekä tarkasti määriteltyihin käyttäytymistapoihin (rehellisyys, vastuullisuus, sääntöjen noudattaminen), mikä lisää ennustettavuutta ja mahdollistaa rauhallisen yhteiselön.

Laitoksessa muodostuu siis toisenlainen toimintaa ja arkea ohjaava toimintarakenne (ks. Särkelä 2001b, 48–49). Laitoksen arjen rakenteet ja rutiinit merkitsivät myös sen havainnollistamista, että tilanteet eivät pääty kaaokseen vaan tapahtumilla on selkeä alku ja loppu, ajallinen ja toiminnallinen rakenne. Lastensuojelun vauvaperhetyön haasteita pohtinut psykologi Hannele Törrönen (2003, 230) toteaa mielestäni osuvasti kirjoittaessaan arjen auttavan ja kantavan, kun äidiltä puuttuvat sanat ja puhe. Tärkeä havainto on sekin, että ”yhteinen arki suojaa myös työntekijän ja äidin vuorovaikutusta ylivoimaisilta tunteilta” (Törrönen 2003, 230). Myös naistenyhteisössä mahdollisuus konkreettiseen tekemiseen yhdessä – oli se sitten yhteisten tilojen siivousta, leivontaa, metsässä kävelyä tai mansikoiden poimimista – toimi puskurina sille, että asiakas tarvittaessa pystyi kiinnittymään toimintaan ja suuntaamaan puheen ja huomion siihen tilanteen käydessä ylitsepääsemättömän ahdistavaksi. Tai saatettiin olla ihan hiljaa, joskin sen – samoin kuin omien ajatusten kanssa olemisen – sietäminen saattoi olla haastavaa.

Naistenyhteisön toiminnassa konkretisoitui esimerkiksi se, miten yhteisön arjen toistuvat rutiinit lähtien päivä- ja viikko-ohjelmasta sekä niiden systemaattisesta tukemisesta ja kertaamisesta tuottivat sellaisen struktuurin, joka mahdollisti naisille pysähtymisen, ihmettelemisen ja havahtumisen oman tilanteen äärelle. Näiden voidaan ajatella olevan tärkeitä sille, että päihdeongelman käsittelylle voidaan raivata ”tilaa”. Päihdeongelman käsittely ja oman elämän muuttaminen on vaikeaa, jos elämää kuormittavat stressitekijät tai suorastaan kaaosmaiset suhteet ja elämäntyö eivät anna sille tilaa (Kelly ym. 2001). Hoitollisesti kyse oli merkittävästä asiasta, sillä ylipäätään tavalliseen päivärutmiin ja toiminnallisuuteen tottuminen saattoi olla vierasta ja vaatia aikaa:

”Ku on todellakin niitä ihmisiä, jotka on ollu pitkään vaaka-asennossa et ne ei oo ollu missään, ni pelkästään se, et totuttelee siihen, et on pystyasennossa koko päivän tai luovasti käy nukkumassa jossain välissä, mut ihan vapaastihan ihmiset voi sitä tehdä sitte. Nyt meil on semmonen yhteisö, jotka lähtee päiväkävelyille ruuan jälkeen... Ne vetää ihan lenkin tossa ennen iltapäiväryhmää ja sitte ne on posket punasena tossa ryhmässä. Et nyt on taas semmosii ihmisiä, jotka hyvin aktiivisesti liikkuu. Meilhän oli jossain kohdassa aikasemmin viel päiväkahvin jälkeen joku teemajuttu, mut se levisi sit siihen et sit ei oo aikaa tehdä niitä kirjallisia tai ihmiset ei jaksa enää. Et osahan käy sitte iltaryhmissä, mut ei läheskään kaikki”. (työntekijän haastattelu_3)

Asiakkaita, joilla oli vaikeuksia esimerkiksi herätä aamuisin ja sopeutua Laitoksen päivärutmiin, ei pääsääntöisesti suinkaan henkilökunta herätellyt ja patistellut. Sen sijaan asiakkaalle ihmeteltiin ääneen tilannetta ja tiedusteltiin, miten voitaisiin jatkossa auttaa häntä toimimaan tässä toisin – eli heräämään ajoissa ja

huolehtimaan itse siitä, että osallistuu toimintoihin ohjelman mukaisesti. Herättämisestä huolehtiminen tai päiväohjelman noudattamisen valvonta olisivat olleet vastoin demokraattisen yhteisöhoiton ideologiaa, ja seuraava kysymys olisi ollut, kenen hoidosta ja oppimismahdollisuudesta tässä oli kyse.

Toisaalta tarkka päiväohjelma ja sen rutiinit tuottivat sellaisen ulkoisen ympäristön, jonka vakauttavat rakenteet toivat suojaa ja vahvistusta myös mielen hauraudelle. Työntekijät pitivät keskeisenä hoidon elementtinä arjen mallintamista ja rytmittämistä. Sen nähtiin tekemisen, suunnittelun ja toiston kautta tukevan myös päihteettömyyttä. Mallioppimisen kautta asiakkaan ajateltiin ymmärtävän, mikä on toiminnan suunnittelun merkitys laitoshoidon jälkeen. Elämä jäsenyi sattumien ja impulsiivisuuden sijaan ajallisesti ja toiminnallisesti strukturoiduksi tapahtumien jatkumoksi, johon pystyi vaikuttamaan. Näin vahvistettiin asiakkaan kokemusta subjektiivisesta toimijuudesta. Automaattisiksi toiminnoiksi muuttuneet rutiinit tukivat myös psyykkistä tasapainoa, ja asiakas pystyi keskittymään muuhunkin kuin psyykkiseen koosa pysymiseen. Aikatauluissa pitäytymisen ja sitoutumisen kautta opeteltiin arvostamaan myös toisia ja heidän aikaansa.

”Mut sen merkitys on jo ihan sen rytmien tuojana et kello kaheksan kymmenen on aamupalaveri ja ennen sitä on aamupala syöty... Niin ku sehän on ihan hirveen tärkeä osa et olla jossakin rytmissä, semmosessa päivärytmissä missä suurin osa täst yhteiskunnasta on. Osa asiakkaistahan tekee jo pelkästään sen asian kanssa valtavasti töitä, ihan hirveesti. Ja ja sitte toisaalta se merkitys on siinä, et kun on suunniteltu, yhdessä suunniteltu jotakin niin olkoon se sit mitä onkaan, ni se tekee sen, et ihmiset pitää siitä kiinni älyttömän hyvin. Meidän ei juuri täydy ketään käydä pyytämässä tai pyydystelemässä vaan niin ku... se on yhdessä sovittu ja suunniteltu.” (työntekijän haastattelu_4)

”Et tavallaan se viesti ja merkitys siinä et kun siihen päivään menee jotain niin silloin se rytmikin säilyy. Ja kun sä teet jotain, sit sul on vapaa-aikaa ja sit sä nukut. Et se on tämmöstä arjen mallintamista niin ku myöskin. Et ehkä ihmisil ei oo ehkä niin ku ryhmiä näin, mut ku ne tekee sitä suunnitelmaa täst eteenpäin, ni näkee et siel täytyy olla jotakin. Hirveen harvat ihmisethän kokee niin et on aivan liikaa, mut ensimmäisinä viikkoina aika monet sanoo et huh huh kun ei tienny mis pitäis olla ja miten meen... Ja sillai niin ku menee paljon aikaa – toki kaiken uuden oppiminen vie sitten enemmän aikaa... Ja onhan se viel sit se merkityshän et kylhän me sillä kunnioitetaan toinen toisiamme et me ollaan niin ku sovitus paikas sovittuun aikaan.” (työntekijän haastattelu_5)

Toisaalta yhteisön rutiineissa ja ohjelmassa oli myös joustavuutta ja arjen tapahtumien sovittamista kulloisenkin yhteisön intressien mukaan; toimimattomista sisällöistä oltiin valmiita luopumaan. Voidaan ajatella, että tämä harjaannutti joustavuuteen ja sopeutumiseen: asiakkaat saivat kokemuksen siitä, että muutoksista huolimatta toimintojen ja tapahtumien merkitys ei kadonnut eikä järjestys vaihtunut kaaokseen.

Yhteisön arkea säätelevä päiväohjelma oli ennalta suunniteltu ja laitoksen määrittämä, ja siten se poikkesi muusta yhteiskunnasta, jossa eri toiminnot toteutuvat yleensä eri ihmisten kanssa, esimerkiksi asuminen, nukkuminen ja työ (Törrönen 1999, 18). Laitoksessa toimintoihin sisältyy aina jonkinlaisia pakkoja, joissa toisten ihmisten kanssa joudutaan sommittelemaan ja luovimaan tilan ja ajan käyttöä (Vanhala 2005, 221). Laitoselämä muodostuu keskeisesti ihmissuhteista ja niissä elämisestä. Rinnakkaiselo voi vaatia sinnittelyä, sillä näitä suhteita

ta, näiden ihmisten kanssa elämistä tässä tilanteessa ei ole itse valittu, eikä niihin sisälly samalla tavoin voimakkaita biologisia ja tunneperäisiä siteitä kuin esimerkiksi perhesuhteisiin. (Vanhala 2005, 227–228; Jallinoja 2009, 18.) Laitoksen yhteisöelämässä omasta yksityisyydestään joutuu väistämättä luopumaan jollakin tasolla. Esimerkiksi oma huone³³ saattaa tällöin muodostua tärkeäksi yksityisyyden varjelemisen paikaksi, keinoksi rajata ja suojata itseään sosiaalisilta suhteilta ja toisten jatkuvalta läsnäololta (Vanhala 2005, 229–230). Toisaalta huonetoveri saattaa merkitä myös psykologista turvallisuutta ja helpottaa yksinäisyyden tunteita.

Yhteisöhoitoon tuleva asiakas joutui sopeutumaan näihin rakenteisiin ja siihen, että eri toiminnot toteutuvat samojen ihmisten kanssa – riippumatta siitä, millaisiksi hän koki nämä toiset, yhteisön tilat, aikataulut ja arkisen järjestyksen. Laitoselämän sääntöihin, päiväjärjestykseen sekä toisiin ihmisiin sopeutuminen ja orientoituminen puolestaan ovat osa institutionaalista todellisuutta, organisaation toimintakäytäntöjä (Vanhala 2005, 235). Yhteisö loi rakenteet toiminnolle aamusta iltaan, mutta se oli myös hoitoväline: yhteisö kuunteli, reagoi, otti jäsenekseen, tuki, haastoi ja konfrontoi sekä antoi palautetta, mutta myös kannatteli.

³³ Naistenyhteisössä osa huoneista oli yhden hengen huoneita, osa kahden. Asiakkaan ja tilanteen mukaan työntekijät päättivät ennen asiakkaan saapumista, miten asiakkaat huoneisiin sijoittuivat. Tästä huoneisiin jakautumisesta ei minun tutkimusjaksojeni aikana kertaakaan muodostunut ongelmia.

6 HOITAVA YHTEISÖLLISYYS

Jotta yhteisöä voidaan käyttää hoidon välineenä, on olennaista se, miten yhteisöllisyys rakentuu. Demokraattisen yhteishoidon ideologia asetti naistenyhteisön toiminnoille ja vuorovaikutuksen tavoille tietyt reunaehdot, kuten edellisessä luvussa kuvasin. Käytännössä naistenyhteisön yhteisöllisyys rakentui siellä olevien ihmisten, sen jäsenten – työntekijöiden ja asiakkaiden – toiminnan, vuorovaikutuksen ja suhteiden kautta. Yhteisön muodostumiseen vaikutti osaltaan myös se, millaisia asiakkaat olivat, millaisin odotuksin, motiivein ja taustoin yhteisöön tultiin ja miten yhteisöön asettauduttiin (myös Vanhala 2005). Ruusussa yhteisön rakentumisen keskeiset tekijät liittyivät myös yhteisön turvallisuuteen ja kykyyn kannatella sen jäseniä psyykkisesti ja sosiaalisesti sekä arjen kuntouttavaan merkitykseen. Turvallisuus ja suhteet muodostivat siis ne keskeiset elementit, joista yhteisöllisyys muodostui naistenyhteisössä ja jotka mahdollistivat sosiaalisen oppimisen. Hoidollisuuden kannalta merkityksellistä oli, mitä yhteisön arjessa tapahtui, miten ihmiset yhteisössä toimivat, reagoivat, tunsivat ja millainen vastavuoroisuuden kenttä ja dynamiikka tästä rakentui.

6.1 Turvallisuus ja kannattelu

Silja (työntekijä) ja jokin aika sitten Ruusuun saapunut Jenni tekevät perussopimusta. Silja kertoo Jennille Laitoksen periaatteet, jolloin esille tulevat päihitteettömyys, oman käyttäytymisen hallinta, nollatoleranssi väkivallan suhteen, suhteet muihin asiakkaisiin, luottamuksellisuus, oma vastuu tunteista ja kuntoutumisrauha (mm. romanssit). Silja korostaa omien tunteiden hallinnan merkitystä: ”Pilaat oman kuntoutuksen, Ruusun ilmapiiriin” - - ”Olet osa Ruusua, siksi se mitä teet ja miten asennoidut vaikuttaa koko Ruusuun”. Silja toteaa, että näiden tukemiseksi asiakkaiden kanssa tehdään erilaisia sopimuksia: ”Olemme hyviä tekemään erilaisia sopimuksia: en huuda, en kiroile, syön lounasta”, kertoo Silja. Kuntoutumisrauhalla Silja tarkoittaa sitä, että ”olet hoitamassa itseäsi, keskity omaan kuntoutukseen. Varsinaista sääntölistaa ei tässä Laitoksessa ole”, ja Silja jatkaa toteamalla, että ”lopetimme säännöt, kun niitä vastaan pitää aina joidenkin kapinoida”. (KMP_työhuoneessa13)

Edellä oleva aineistonäyte on tilanteesta, jossa työntekijä ja juuri yhteisöön tullut asiakas keskustelivat yhteisön toiminnan periaatteista ja lähtökohdista. Asiakkaan vastuu käyttäytymisestään, asennoituminen, kyky toisia kunnioittavaan ja arvostavaan toimintaan sekä luottamuksen vaaliminen asettautuivat keskeiseen merkitykseen siinä, että naistenyhteisö toimi, oli turvallinen ja kuntouttava. Yhteisö ei muodostunut vain työntekijöiden ammatillisen toiminnan kautta, vaan asiakkailla oli tässä merkittävä rooli. Ensimmäiset kokemukset tulotilanteessa, yhteisön ovensuussa, saattoivat olla hyvin merkityksellisiä siinä, miten tulevaan jaksoon orientoiduttiin.

Anna-Leena (asiakas) puhuu pitkään ja vuolaasti siitä, miten hyvän vastaanoton hän on kokenut saaneensa, kun tuli Ruusuun. Marika (työntekijä) tarttuu tähän heti ja kysyy: "Mikä sulle teki sen, et sut otettiin hyvin - mistä sulle tuli sellanen tunne?" Anna-Leena miettii ja toteaa sitten: "Et on samalla asialla kun muut - et ei ruveta kukkoilemaan." (KMP_viikkoarviointi14)

Kohtelun ja kohtaamisen tavalla oli suuri merkitys Ruusussa. Se rakentui pitkälle toisten naisten kautta saatavalle peilaukselle ja vuorovaikutukselle, ja nämä kokemukset saattoivat olla päinvastaisia, kuin mihin naiset olivat aiemmassa elämässään tottuneet.

"Tytöt on ottaneet ihanasti vastaan, ovat neuvoneet - tytöt on viikon ruusu! Nyt itkettää, on niin hyvä olo... Mä itken erittäin harvoin... tää on sellaista hyvän olon itkua!" (KMP_viikkoarviointi15)

Sari kertoo myönteisistä alkuvaiheen kokemuksistaan Ruusussa: "Ja vaikka mä aluksi pelkäsin, et mitä siitä tulee et pelkkiä naisia... Ei tarvinnu linnottautua huoneeseen, ei selän takana puhumista... Kaikki veti yhtä köyttä!" (KMP_keittiössä16)

Hannele (asiakas) kuvaa tuntemustaan näin: "Kun on paikkoja, jossa mennään ohi - - täällä olen tullut kohdatuksi ja huomatuksi." Maija (asiakas) kertoo viikon olleen merkityksellinen koko yhteisön kannalta: "Et te uudet kyllä säväytitte... uudet ruusut eheytti." (KMP_viikkoarviointi17)

Kokemukset kohdatuksi ja huomatuksi tulemisesta sekä kunnioitus, arvostus ja luottamus muodostivat sen keskeisen turvallisuuden kehyksen, jonka puitteissa omaa tilannetta uskallettiin lähteä tutkimaan ja työstämään lähtökohtaisesti itselle vieraiden ja tuntemattomien ihmisten kanssa. Se, millaisen kokemuksen nainen saa hoitoon saapuessaan työntekijöistä ja näiden saatavuudesta, toisista asiakkaista, mahdollisuuksista liittyä ja keskustella sekä vuorovaikutuksellisen tilan ja tuen löytymisestä, voi vaikuttaa merkittäväällä tavalla hoitoon kiinnittymiseen ja hoidossa pysymiseen (Wisdom ym. 2009). Hoitoon tulevilla asiakkaila on odotuksia, jotka liittyvät käytännöllisen avun saamiseen, vuorovaikutukseen ja sosiaalisiin suhteisiin, ja ne kohdistuvat sekä työntekijöihin että toisiin asiakkaisiin (Kulmala, Valokivi & Vanhala 2003, 127-130; Vanhala 2005, 236). Silloin merkityksellistä on se, millainen kokemus yhteisön ilmapiiristä muodostuu. Kokemus yhteisön turvallisuudesta heijastuu myös psyykkiseen hyvinvointiin, kykyyn rauhoittua ja asettautua.

Keskustelussa tulee esille se, miten asioiden jakaminen Ruusussa sujuu, kun on niin turvallinen ympäristö. Katja (työntekijä) toteaa, että ”yritetään luoda sellainen turvallisuus Ruusuun, että voi ilmaista niitä tunteitaan ja asioitaan... Että voi sanoa ihan kaikkia asioita”. (KMP_ryhmä18)

Saimi kertoo, miten ”uni on hyvää” – hänellä on ollut pitkään univaikeuksia, mutta nyt nukkunut omien sanojensa mukaan ”ihmeen hyvin”. Muut nyökkäilevät. Saimi miettii, josko univaikeudet ovat hänellä pohjimmiltaan psyykkisiä ja liittyvät turvallisuuden tunteen tarpeeseen. Joku ruusuista toteaa, että ”täällä on turvallista”. Mirja (työntekijä) vahvistaa yhteisön olevan turvallinen, yhteisö tuottaa turvallisuutta. (KMP_aamupalaveri19)

Naistenyhteisön turvallisuus oli vahvasti myös sukupuoleen kiinnittyä kysymys. Seuraavassa haastattelusitaatissa eräs työntekijä jäseni naistenyhteisön merkitystä naisten turvallisuuteen liittyen:

”No sen merkitys mun mielestä on tänne tulevalle ruusulle usein... usein se, että nyt ei tarvi pelätä, nyt ei tarvi jännittää, nyt ei tarvi välttämättä tälläytyä eikä laittaa itseään, koska täällä on vain naisia. Jotenkin turvallisuus on mun mielestä ensimmäisenä se, mikä liittyy naisyhteisöön. Kyllä se täälläkin joskus naisten kesken sitten järkkyy, mut silloin kun uus ruusu tänne tulee niin se on usein se ensimmäinen asia, että nyt on turvassa. Vain naisia ympärillä, et nyt on turvassa.” (työntekijän haastattelu_6)

Hoitoon tuleva päihdeongelmainen nainen oli täällä turvassa toisten naisten kanssa – myös niiltä sukupuolistuneilta väkivallan ja hyväksikäytön kokemuksilta, joita hänen elämänsä aikana saattoi olla. Hän oli suojassa niin miesten asenteilta, puheilta, teoilta kuin katseiltakin. (esim. Nelson-Zlupko; Morrison Dore, Kauffman & Kaltenbach 1996; Kelly ym. 2001.) Päihdehoitolaitoksissa ilmenevä seksuaalinen häirintä voi olla hyvin moninaista, se voi kohdistua sekä naisiin että miehiin ja liittyä esimerkiksi raskaana olevien naisten kohdalla hyvin yksityiskohtaisiin kyselyihin kehon muutoksista (Weckroth 2006, 57). Ja toisaalta: vaikka naistenyhteisö tarjosi konkreettista ja emotionaalista suojaa miesten väkivallalta ja seksuaaliselta häirinnältä, saattoi vastaava ilmiö todentua myös naisten kesken:

”Meillä on yhden kerran Ruusun historiassa ollut tilanne, jossa oli tämmöstä naisten välistä seksuaalista häirintää ja se oli ikävää.” (työntekijän haastattelu_7)

Toisen naisasiakkaan taholta koettu seksuaalinen häirintä rikkoi tässä tilanteessa osaltaan yhteisön turvallisuutta. Toisaalta seksuaalinen häirintä ei ollut pois-
saoleva asia Laitoksen arjessa, vaikka Ruusun osalta naistenyhteisö näyttikin suojaavan siltä. Laitoksessa ilmenevät ahdistelu- ja häirintätilanteet nostettiin esille esimerkiksi koko Laitoksen yhteisökokouksissa.

Käydään myös läpi sitä, että Laitoksessa ei myöskään saa ahdistella seksuaalisesti toisia, ei saa käyttää alentavaa kieltä, kertoa rivoja juttuja jne. eikä muutoinkaan häiritä: ”Se on jo siellä perussopimuksessa tää kuntoutumisrauha”, toteaa Aila (työntekijä; TK). Keskustelua siitä, kenen pitäisi tai kuka voi ja saa puuttua häirintään. Työntekijöiden näkemyksen mukaan kaikki voivat puuttua, jos havaitsevat häirintää. Joku asiakkaista (mies; TK) tuo kuitenkin esille, miten asiakkaana on vaikea puuttua vaikka näkisikin sellaista tapahtuvan ja toteaa, että sitten pitää ilmoittaa asiasta henkilökunnalle (joka voi sitten puuttua; TK). ”Ja se on sitte niin, että täällä se kertominen on eri

asia kun kentällä, et täällä se ei oo vasikointia”, toteaa asiakas vielä perään.
(KMP_yhteisökokous20)

Seksuaaliseen häirintään ja ahdisteluun suhtauduttiin kielteisesti. Sitä ei pidetty normaalina tai asiaan kuuluvana, eikä sitä haluttu kuitata ”vain vitsailuna”. Vastuu häirintään puuttumisesta asettautui koskemaan sekä työntekijöitä että asiakkaita. Toisaalta asiakasnäkökulmasta seksuaalisesta häirinnästä kertominen näyttäytyi laitoshoidon kontekstissa eri tavoin kuin ”kentällä”: laitoksessa siitä piti kertoa henkilökunnalle, eikä sitä tulkittu ”vasikoinniksi” kuten päihdeidenkäyttömaailmassa. Myös yhteisöjen välillä otettiin avoimesti esille tilanteet, joissa naiset olivat kokeneet häirintää. Tällaista tilannetta kuvasi yksi työntekijöistä haastattelussa:

”Joskus on ollu semmonenki tilanne et oltiin kaks yhteisö, mut siit on jo jonkin aikaa, mut oli niin ku Torppa (miestenyhteisö; TK) ja Ruusuyhteisö ja sit me yhdessä pohditettiin et mitä tässä oikeen tehdään kun on erilaisii. Et ihan oikeen kahteen kertaan istuttiin alas ja osa koki et ihan turhaan et ei koskenu mua pätkän vertaa. Mut sit niille ihmisille, joille se oli niin kun, niin niille se oli kuitenkin ihan niin kun hyvä kokemus.”
(työntekijän haastattelu_8)

Häirintänä, ahdisteluna ja tungettelevana käyttäytymisenä koetun toiminnan käsittely oli tärkeää, vaikka osa naisista ei ollutkaan kokenut kenenkään miehen toimineen väärin tai ahdistelleen heitä Laitoksessa. Avoimuus ja asian esille ottaminen voivat osaltaan purkaa naisten alisteista roolia ja asemaa maskuliinissa päihdekulttuurissa. Erilaista seksuaalista häirintää ja väkivaltaa kokeneille naisille voi olla merkityksellistä, että kokemuksesta voi ja saa puhua eikä sitä vähätellä tai sivuuteta. Ylipäätään se, että asia tunnustetaan ja nimetään seksuaaliseksi häirinnäksi voi olla tärkeä viesti ja oivallus: seksuaalista häirintää ei tarvitse sietää, se on väärin eikä kuulu normaaliin kanssakäymiseen. Tämä tunnistaminen ja nimeäminen voidaan nähdä yhtenä nais erityyppisen hoidon ulottuvuutena. (esim. Nelson-Zlupko, Kauffman & Morrison Dore 1995; Nelson-Zlupko, Morrison Dore, Kauffman & Kaltenbach 1996; Covington 2002; Bright ym. 2011.)

Turvallisuus ei siis rajautunut vain fyysiseen tilaan, esimerkiksi päihdetörmään ympäristöön tai väkivallan ja sen uhan poissaoloon, vaan se oli myös psykologinen ja emotionaalinen tila:

Työntekijät pohtivat sitä, miten levottomuus Ruusussa alkaa perjantaisin ja pohtivat, mikä merkitys sillä on yhteisön ja sen asukkaiden turvallisuuden tunteelle, että työntekijät eivät olekaan saatavilla. Annika pohtii: ”Mut mistä se turvallisuus sitte tulee, jos ei itsellä ole sitä turvallisuutta... et jos minussa ei sitä ole?” Jään miettimään Annikan kysymystä: miten jäsenyväät tarvitsevuuden, saatavuuden ja turvallisuuden kokonaisuus naisten päihdehoidossa? Voivatko työntekijät täyttää noilla kolmella alueella muodostuneet tarvevajheet, jotka ovat syntyneet pitkän ajan myötä ja joiden taustat ovat usein lapsuudessa? (KMP_työhuoneessa21)

Turvallisuuden tunnetta pyrittiin toisaalta vahvistamaan jo rakenteellisilla, tilaan ja toimintoihin liittyvillä ratkaisilla, mutta myös työntekijöiden ja yhteisön toiminnan, vuorovaikutuksen ja läsnäolon kautta:

”Niin osa siitä turvallisuuden tunteesta tulee toki siitä ja onhan tää toki niin kun rakenteellisesti siten, että Ruusu on erillinen, mut koko Laitoshan on aika syrjässä. Et ne ihmiset, jotka tulee suuresta kaupungista, niin on kokenu sen suuren kaupungin turvattomana, niin täällä sitten maalla tulee turvaa myös siitä, että eihän tänne nyt kukaan todellakaan. Vaikka sellasiakin on tapahtunut, niin se ei oo kuitenkaan yleistä, että tänne niin kun tuotaisiin huumeita tai että täällä olisi päihtyneitä ihmisiä tai että tänne tulisi joku pullon kanssa ja että se järkyttäisi sitä rakenteista tulevaa turvallisuutta.” (työntekijän haastattelu_9)

”Ni kyl mä aattelen, että meidän henkilökunnan tehtävä on myös tavalla tai toisella luoda sitä turvallisuutta, että olemalla läsnä tai jotenkin järjestelemällä asiat niin, että me ei ainakaan omalta osaltamme lisätä turvattomuutta – mitä se nyt sitten ikinä onkin. Että asiakas ihan oikeasti tulee nähdyksi, tulee kuulluksi, tulee huomioon otetuksi. Ni kyl mä katon, et sekin lisää sitä turvallisuuden tunnetta.” (työntekijän haastattelu_10)

Viimeisessä haastattelusitaatissa turvallisuus kietoutui työntekijöiden läsnäoloon ja oman toiminnan säätelyyn, jossa asiakasta aidosti kuultiin ja hän tuli nähdyksi. Käytännössä turvallisuuden ja turvattomuuden kysymys konkretisoitui siinä, pystyikö asiakas olemaan hoidossa ja työstämään omaa päihdeproblematiikkaansa yhteisössä muiden kanssa kokemuksiin peilaten. Sisäinen turvallisuuden tunne ja usko itseen mahdollistivat lopulta myös turvallisen siirtymän laitoksesta kotiin ja ulkomaailmaan. Toisaalta Laitos toimi suojaavana ympäristönä, jossa myös stressinsietokyky koheni. Naiset esimerkiksi ottivat toisinaan esille sen, miten pelkäsivät retkahtamista ja siksi pysyivät tiiviisti yhteisössä ja Laitoksessa erossa ulkomaailmasta. Laitos toimi näin sosiaalisesti eristävänä ympäristönä, jonka suojaan oli helppo ja hyvä kätkeytyä – jos ei muuten, niin pysymällä konkreettisesti sisällä ja kieltäytymällä poistumasta Laitoksesta edes kotiin käymään.

Naistenyhteisössä keskiössä olleen turvallisuuden rakentumista voidaan tarkastella myös suomalaisten naisten ja äitien päihdehoidon uusien työmuotojen yhteydessä esille nostetun kiinnipitävän ympäristön käsitteen kautta (esim. Andersson 2001; Pajulo, Suchman & Kalland 2006; Andersson, Hyytinen & Kuorelahti 2008; Haahtela 2015). Se perustuu psykodynaamisen teorian objekti-suhteiden koulukuntaa edustaneen lastenpsykiatri D. W. Winnicottin ajatteluun, ja sen lähtökohtana on äidin ja lapsen välinen suhde, mutta se laajenee käsittämään myös muita suhteita. Asiakastyössä kiinnipitävän ympäristön ytimenä on tarjota tila luottamuksen rakentamiseen asiakkaille, joiden perusluottamus ihmisiin on hauras tai se puuttuu kokonaan. Se sallii heikkouden ja riippuvuuden ja antaa tilaa heikkouden ja särkymisen kohtaamiselle. (Andersson 2008, 21; Granfelt 1998, 162–163.) Asiakkaalle voi olla hyvin merkityksellistä se, että työntekijät ”pitävät kiinni”, eivät luovuta, ilmaisevat huoltaan asiakkaan hyvinvoinnista ja tarjoavat mahdollisuutta hoitoon ja asiakassuhteeseen, vaikka asiakas ei siihen vielä ole itse valmis (Andersson 2008, 21). Päihdehoidossa tällainen lähestymistapa voi parhaimmillaan tuottaa naiselle kokemuksen siitä, että hän on tärkeä ja hyväksytty omana itsenään sellaisenaan ilman ehtoja.

Inkaa pelotti tulla naistenyhteisöön ”mut tää on tosi hyvä porukka ja saan olla oma itteni”. Anu kertoo pystyneensä olemaan ilman lääkkeitä ja Taru on iloinen saadessaan jatkaa Ruusussa ja saatuaan vielä huonekaverinkin. Kaarina sanoo olevansa iloinen sii-

tä, että "aina kun menee johonkin niin aina on löytynyt seuraa... Muut raahaa mut mukaan". (KMP_viikkoarviointi22)

Kannatteleva ja kiinnipitävä ympäristö synnytti kokemuksia hyväksytyksi tulemisesta ja sosiaalisten siteiden vahvistumisesta. Kyse oli myös korjaavista kokemuksista yksinäisyydelle ja kelpaamattomuudelle. Naistenyhteisön kannattelu oli toisinaan hyvin konkreettista esimerkiksi tilanteissa, joissa joku naisista koki syvää ahdistuneisuutta, pelkoa ja häpeää, jotka välittyivät sosiaalisen toimintakyvyn tasolle:

Stina on tänään ahdistunut. Itkee. Kokee olevansa kehonsa vanki: ikään kuin alaston eikä voi peittää rintojaan ja mahaansa. Ja vielä jälkeensä kokee vaikeana Laitoksen ruokalassa olemisen: "Että tuijottaako ne mua ja ajattelee, että siinä se läski nyt hakee ruokaa!" (KMP_viikkosuunnittelu23)

Miia itkee ja sanoo, että haluaisi vain jäädä piiloon Ruusuun. Pelkää tulevaa yhteisökokousta, jossa Ruusulla on puheenjohtajuusvuoro. Kati (asiakas) lupaa lukea Miian kirjoittamat Ruusun kuulumiset, "jos se vaan auttaa sua yhtään". Miia pelkää, mitä muut hänestä ajattelevat ja että muut näkevät hänen lävitseen. (KMP_aamupalaveri24)

Kummankin naisasiakkaan kokema vaikea tilanne ratkaistiin yhteisön toimesta: Stinaa autettiin siten, että muut naiset ympäröivät Stinan ja hän sai kulkea ja olla yhteisön, muiden naisten keskellä ruokalassa – suojassa vieraiden katseilta. Miia puolestaan tarjoutui toinen asiakas tukemaan konkreettisesti ottamalla osan tehtävistä itselleen. Siinä, missä päihdemaailman piireissä ja porukoissa usein huijattiin, kammitettiin ja pyrittiin hyötymään toisista, osoitettiin naistenyhteisössä solidaarisuutta, ymmärrystä ja tukea. Parhaimmillaan eri-ikäiset ja erilaisista taustoista tulevat naiset kykenivät löytämään jaetun kohtaamispiinnan, tukemaan toisiaan ja muodostamaan sellaisia vertaisuuteen perustuvia sosiaalisia suhteita, joita haluttiin säilyttää vielä kuntoutusjakson päättymisen jälkeen:

Tänään on Miran viimeinen päivä Ruusussa ja hän kotiutuu illalla. Janita (työntekijä) pyytää Miraa kertomaan, mikä on koko jakson keskeinen oivallus. Mira miettii hetken ja luettelee sitten: pysähtyminen, etäisyys siviiliin, asioiden käsittely, vertaistuki ja kokemus siitä, että kuuluu nyt johonkin. "Tuli sellainen tunne Ruusussa", hän kiteyttää. Janita toteaa tähän: "Yhteenkuuluvuus ja vertaistuki täällä on tosi tärkeitä ja ilman niitä ei oikein edes voi kuntoutua." Mira nyökyttelee ja jatkaa: "Ja äitinä mulla on se syyllisyys... täällä on huomannu, että on niin ku muitakin" (samassa tilanteessa olevia äitejä; TK). Naiset toteavat heidän yhteyden kuitenkin jatkuvan, vaikka kuntoutusjakso päättyykin. (KMP_viikkoarviointi25)

Antaessaan ryhmässä palautetta "vanhemmille naisille" eli Liisalle, Raijalle ja Sirkalle Anni (asiakas) toteaa, miten on kokenut tärkeänä sen, että "on voinut peilata omaa itseä ja elämäänsä vanhemman naisen kokemuksiin ja käsityksiin". Tuula kertoo, miten on kokenut täällä tulevaisuuden ymmärretyksi ja että saa olla, mitä on. Tuula myös kertoo oppineensa erityisesti Riikalta (toinen asiakas) oman naiseuden hoitamista ja sen, että ei tarvitse mahtua raameihin. Tuula toteaa tyytyväisenä vielä Riikalle: "Että tällainen lihava tati on saanut ehkä ensimmäisenä kuulla monista sellaisista asioista, mistä et oo kenellekään puhunu!" (KMP_ryhmä26)

Yhteisön käyttämiseen hoitovälineenä heijastuivat myös esimerkiksi naisten psyykkinen kunto ja se, millaisessa muutostyön vaiheessa naiset olivat saapu-

essaan ja miten kiinni he olivat vielä päihteidenkäyttömaailmassa. Esimerkiksi intervallijaksolle tulevat naiset saattoivat toimia yhteisöä rauhoittavalla ja eteenpäin vievällä tavalla, kun heidän tilanteensa oli vakiintuneempi ja he olivat edenneet kuntoutumisessa. Naisten elämänhistoriassa olleet kokemukset turvallisuuden ja luottamuksen horjumisesta heijastuivat myös siihen, miten naiset kykenivät olemaan yhteisössä. Työntekijät olivat herkkiä arvioimaan sitä, milloin naisen sisäinen turvattomuus oli niin haurasta, ettei yhteisössä oleminen ollut mahdollista:

”Että toisilla on niin suuri sisäinen turvattomuus että... että tää on aivan kauhea paikka, kun tämä on avoin ja itsensä varassa ja kun tarvii sitä turvaa ulkonaisesta niin kun päivän tiukasta ohjelmasta ja valvonnasta ja siitä et henkilökuntaa on aina saatavilla. Ja mä aattelen, et silloin on tosi väärin ihmistä kohtaan vaatia olemaan täällä... Jos tota se on liian raskas, niin hyvä kun demokraattinen yhteisö onkin, niin ihmistä kunnioittava kun se onkin... Kuitenkin niin kun kannattaa harkita jokaisen kohdalla erikseen onko tää juuri se paikka, jota tässä elämäntilanteessasi tarvitset.” (työntekijän haastattelu_11)

Usein asiakkaat itse tunnistivat oman kyvyttömyytensä asettautua ja toimia yhteisössä, mutta myös yhteisö viestitti tästä:

”Siitä puhutaan ja tota ensinnäkin sen ruusun kanssa, et kuin sä voit... Usein tää ihminen sanoo, et mulla on kauhee olla – et he tunnistaa sen itse. Ja toinen on muu yhteisö – on sellainen... Kun Ruusussa yleensä puhutaan avoimesti kaikista asioista ja niin puhutaan tästäkin – että mitä Ruusun yhteisöllisyydelle kuuluu ja he kyllä sanoo, että tuo se ei osaa olla.” (työntekijän haastattelu_12)

Voimakas sisäinen turvattomuus saattoi ilmetä siten, että nainen omaksui yhteisössä sellaisia vakiintuneita rooleja ja tehtäviä, jotka eivät olleet millään tavoin tarkoituksenmukaisia. Tällöin omaa oloa ja olemista ulkoistettiin toiminnan tasolle, eikä silloin ei tarvinnut pysähtyä tutkimaan omaa mieltä ja tunnetiloja tai sietää turvattomuutta:

”Ja se tulee niin kun, että yhteisössä ei voi olla sellasta, joka on kaikkien palvelija, semmonen touhutiina, joka lataa aina tiskikoneen, siivoaa ja luuttuaa, kääntää ja vääntää, vaikka kuinka tykkäis – se ei tee yhteisölle hyvää. Ja sitte yhteisössä ei voi olla semmosia vapaamatkustajia, jotka ottaa niitä palveluksia vastaan et ne molemmat on niin kun yhtä tuhoisia. Yhteisö on yhteisö kun kaikki tekee jotakin.” (työntekijän haastattelu_13)

Tällainen sivuun jääminen, vetäytyminen ja konkreettiseen tekemiseen tai toisten hoivaamiseen keskittyminen ei ollut yhteisön kannalta toimivaa eikä kuntouttavaa – kuten ei sekään, että yhteisöön tultiin ”notkumaan”. Toimivan yhteisön edellytyksenä olivat yksilöiden vastuullisuus, aktiivisuus, sitoutuminen ja vastavuoroisuus.

Toisinaan työntekijät refleктоivat kanssani näkemystä, joka heille asiakkaasta oli muotoutunut tilanteessa, jossa vaikutti siltä, että nainen ”suoritti” hoitoa. Aktiivinen osallistuminen ja tavoitteen mukainen toiminta oli tällöin korostuneen haasteellista. Samoin ryhmiin ja keskusteluihin osallistuminen oli usein passiivista, hajanaista, asioiden vierestä puhumista tai itsen ulkopuolelle suuntautuvaa kommentointia. Käytännössä oleminen naistenyhteisössä oli täl-

löin syömistä, nukkumista, seurustelua, kahvin juomista, tupakointia ja olemista, ja naiset olivat ikään kuin ”säilössä” Laitoksessa. Kuntoutuminen yhteisössä kuitenkin rakentui nimenomaan aktiivisen osallistumisen, yhteisen keskustelun ja oman elämän, itsen ja kokemusten reflektoinnin keinoin, ei ulkoisin suorittein, esimerkiksi ryhmäistuntojen määrällä tai strukturoitujen lomakkeiden täyttämällä. Tutkimustieto puolestaan viittaa siihen, että vakava päihdeongelma ja pyrkimys ulkoistaa oma päihdeongelma ennakoivat vaikeuksia toipumisessa ja retkahtamisaineita (Kuusisto 2010, 280).

Passiivisuuden ja sivustaseuraajan roolin omaksuneet naiset eivät kyenneet hyödyntämään sitä sosiaalisen oppimisen areenaa, jonka yhteisö muodosti kuntoutumiselle, oman päihdeongelman työstämiselle ja ymmärtämiselle. Työntekijät osoittivat näissä tilanteissa kärsivällisyyttä ja odottelivat asiakkaan omaa havahtumista.

”Et onhan niin ku tääl ollu asiakkaita, jotka vaan on ollu suorittamassa tätä ja silloin se ei oo sitä, mitä mä toivon. Et tämmösen kurssin suorittamalla (naurahtaa) ni ei oikee... sil ei päästä niin ku mihinkään.” (työntekijän haastattelu_14)

Ryhmän jälkeen puhumme Annen kanssa Kertusta (asiakas). Anne pyörittelee silmiään ja päätään. Toteaa, että ”Kun Kerttu... ei ole vielä siinä vaiheessa... Kerttu vain on - ei ole itse ymmärtänyt omaa riippuvuuttaan... Mut joku muu on, kun se täällä on.” (KMP_työhuoneessa27)

Omasta päihdeongelmastaan tietoiset, sen tunnistanee ja sitä työstäneet naiset puolestaan olivat aktiivisia eri tavoin: he oivalsivat, osallistuivat, tarttuivat työntekijöiden ohjaukseen, muiden naisten tarjoamaan vertaistukeen ja yhteisöön ja pääsivät käsiksi riippuvuuden eri ulottuvuuksiin oman elämänsä kokonaisuudessa. He siis kykenivät käyttämään yhteisöä sosiaalisen oppimisen kenttänä. He kykenivät hyödyntämään yhteisön jäseniltä saatuja ajatuksia, näkemyksiä ja yhteisön arkisia tilanteita oman elämänsä tarkastelussa. Myös ryhmien ulkopuolella he työstivät aktiivisesti omaa tilannettaan, esimerkiksi kirjoittamalla päiväkirjaa, tekemällä NA-ohjelman Askel-tehtäviä, osallistumalla NA- tai AA-ryhmiin tai osallistumalla oman jatkohoitonsa suunnitteluun ja järjestelyihin. Näihin toimintoihin työntekijät myös aktiivisesti naisia ohjasivat: ”Jos edes kokeilisit... miettisit, voisiko se olla mahdollista.” Työntekijöiden tyyli oli hyvin hienovarainen ja suuntaa antava. Se jätti asiakkaalle tilaa miettiä, mistä hän itse ajatteli hyötyvänsä.

Virginie Debaeren, Stijn Vanheulen ja Ruth Inslegersin (2014) mukaan terapeuttisen yhteisön hoidollinen ympäristö on yhtä aikaa sekä frustroituva että kannatteleva. Välitöntä tarpeentyydytystä ei tarjota, jolloin tukahdutetut tai piilossa olevat tunteet ja affektiiviset reaktiot tulevat esille (*frustrating environment*). Näin päihdeongelmainen havahtuu ja tulee tietoiseksi omista tunteistaan, hän reagoi tapahtumiin, toisiin ihmisiin ja heidän toimintaansa yhteisössä. Terapeuttisessa yhteisössä yksilö ei kuitenkaan voi vetäytyä tai torjua reaktioitaan palaamalla päihteiden käyttöön. Kannatteleva ympäristö ja sen tuottama turvallisuus auttavat pysymään hoidossa näissä kohdin (*holding environment*). Totunnaisiin reagointi- ja tarpeentyydytystapoihin turvautumisen sijaan terapeutti-

nen yhteisö edellyttää jäseniltään, että tunteet puetaan sanoiksi tai kirjoitukseksi ja ajatukset jaetaan toisten kanssa asianmukaisella tavalla – ilman verbaalista aggressiota, väkivaltaa, syytelyä, defensesihin turvautumista tai ylipäättään acting out -tyylistä käyttäytymistä. (Debaere ym. 2014.)

Tietoisuus ja kyky käsitteellistää ja sanallistaa omia sekä toisten tunteita ja reaktioita puolestaan myötävaikuttavat päihdeongelmaisten asiakkaiden mentalisaatiokyvyn kehittymiseen.³⁴ Mentalisaatiokyvyn merkitys on siinä, että se parantaa yksilön kykyä säädellä omia tunnetilojaan ja rauhoittaa itseään ja tuottaa sitä kautta vakautta ja joustavuutta ihmissuhteisiin. Kehittynyt mentalisaatiokyky on myös suojaava tekijä kriisi- ja stressitilanteissa. Debaeren ym. (2014) tutkimuksessa esitettyjä käsityksiä tulkiten voidaan päihdeongelma ymmärtää siten, että siinä on kyse tunnereaktioiden hallinnan ja tarpeidentyydytyksen säätelyn ongelmasta. Varhaiset vuorovaikutussuhteet ovat mentalisaation kehittymisen kannalta keskeinen kenttä, mutta mentalisaatiokyky voi vahvistua myös myöhempien hyvien ihmissuhteiden ja hoidon avulla. Näin ollen siis Debaeren ym. (2014) tutkimuksen perusteella terapeutin yhteisö tuottaa mentalisaation kehittymistä edistävän intervention sen sisältämien lähtökohtien ja hoidollisen ympäristön piirteiden avulla.³⁵ Ajattelen, että toiset ihmiset eli tässä muut yhteisön jäsenet ovat merkityksellisiä.

6.2 Ristiriitoja ja sopusointuja

Laitoksen arjen ydintä ovat toiset ihmiset ja toisten läsnäolo. Tähän sisältyy yksi laitouselämän dilemmoista, jossa toisaalta ovat yhtä aikaa läsnä vertaistuki, ymmärrys, jaetut kokemukset, turva ja apu sekä toisaalta pakotettu kanssakäymi-

³⁴ Teoreettisena käsitteenä *mentalisaatio* paikantuu samaan psykoanalyttiseen koulukuntaan, kuten jo aiemmin mainittu winnicottilainen kannatteleva ja kiinnipitävä ympäristö. Mentalisaatiolla tarkoitetaan ihmisen kykyä pohtia omaa ja toisen ihmisen näkökulmaa ja kokemusta sekä kykyä erottaa nämä toisistaan. Lapsen mentalisaatio kehittyy vaiheittain mentalisaatioon pystyvän aikuisen mielen avulla. Kun vanhempi kykenee huomaamaan, sietämään ja rauhoittamaan vauvan stressitilaa oikea-aikaisesti ja riittävän usein, alkaa myös vauva vähitellen kyetä rauhoittamaan ja säätelemään itse itseään sekä ymmärtämään itsensä ja vanhemman erillisyyttä. Kehittynyt mentalisaatio liittyy pitkälti turvalliseen kiintymykseen. Puutteellinen mentalisaatiokyky on yhteydessä vakaviin varhaisiin traumakokemuksiin, elämänhallinnassa ja ihmissuhteissa esiintyviin vaikeuksiin, psyykkisiin häiriöihin sekä päihdeongelmiin. (Larmo 2010; Pajulo, Salo & Pyykönen 2015.) Debaere ym. (2014, 259) toteavat, ettei terapeutin yhteisön toimivuutta ole alkujaan teorisoitu mentalisaation näkökulmasta; tutkimuksessa affektoiden hallinnan ja säätelyn ongelmat sekä mentalisaation rooli addiktioille ovat vasta hiljattain tulleet esille.

³⁵ Mentalisaation vahvistamiseen pyrkiviä interventioita on ryhdytty kohdentamaan erilaisiin riskiryhmiin, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmaisiin äiteihin (Pajulo, Salo & Pyykönen 2015; Karttunen 2016b). Reflektiivisen funktion ja mentalisaatiokyvyn vahvistamiseen liittyvillä interventioilla näyttäisi olevan myönteisiä hoitotuloksia päihdeongelmaisten äitien kanssa (Karttunen 2016b). Toisaalta vaikeasti traumatisoituneiden päihdeongelmaisten äitien kanssa ei ole saatu toivotunlaisia tuloksia mentalisaatiokyvyn kehittämisen osalta (esim. Pajulo 2011). Sen sijaan myönteisiä viitteitä näyttäisi olevan mentalisaation perustuvien yhteisöllisten lähestymistapojen hyödyntämisestä koulukiusaamisen ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä sekä lasten arjen ympäristöissä, esimerkiksi päivähoidossa (Pajulo, Salo & Pyykönen 2015, 1056).

nen ja sen vastenmielisyys (Vanhala 2005, 229–230). Myöskään tutkimani yhteisön arki ja elämä eivät olleet vain yhteistä jakamista, ymmärrystä ja sopusointua vaan toisinaan myös konfliktien, epäselvyyksien ja katkosten sävyttämää. Nämä toivat osaltaan esille myös demokraattisen yhteisöhoidon haasteita, jotka liittyivät asiakkaiden keskinäisiin suhteisiin, työntekijöiden ja asiakkaiden väliin suhteisiin ja rooleihin, vallan kysymyksiin sekä työntekijöiden toimintaa luonnehtineen vetäytymisen ja aktiivisuuden vaihteluun.

”Siis fakta on se, että kaikki täällä puhuu paskaa toisista selän takana”, toteaa Saaga (asiakas). Minttu (asiakas) pohtii sitä, miten yhteisöllisen asumisen haasteina on jatkuva tunteiden vellominen, väärinymmärrykset, konfliktien välttely ja se, miten pitää miettiä, mikä mieliala nyt muilla on tai sanooko väärin. Outi (asiakas) tuo esille sen, että asioista pitäisi voida puhua ja korostaa keskittymistä omaan toipumiseen ja muiden hyväksymistä. (KMP_keittiössä28)

Yhteisön vuorovaikutukseen ja dynamiikkaan vaikuttivat yksittäisten naisten lähtemiset ja tulemiset sekä naisten aikaisemmat yhteiset kokemukset päihteidenkäyttöporukoissa, jolloin siellä olleet ristiriidat saattoivat valua nais-tenyhteisöön. Yhteisössä riideltiin kuten missä hyvänsä kodissa tai perheessä alkaen hyvin arkisista asioista. Osa kiistoista päättyi itkuun ja mököttämiseen. Konflikti- ja ristiriitatilanteiden hoidollinen ulottuvuus oli siinä, että niissä sai harjoitella omien tunteiden ja ajatusten ilmaisua turvallisissa ja säädellyissä rakenteissa ilman päihkeitä ja tilanteiden äärimmäistä kärjistymistä esimerkiksi väkivallaksi tai paikkojen hajottamiseksi.

Viikkosuunnittelun aikana ilmenee naisten keskinäistä kinailua. Erityisesti Satun ja Heidin välillä kipinöi. Molemminpuolista syytelyä. Käy ilmi, että tuntevat toisensa Kaupungin huumeporukoista ja heillä on yhteisiä tuttuja. Sadun mielestä ”Heidi vaihtaa mua” ja Heidn mielestä Satu keskittyy muiden nokitteluun, ”jotta ei tarvitsi miettiä omia asioita ja kuntoutua... et just sellaset väittää et niitä kytätään!” Syntyy hirveä kiista siitä, mitä ja miten viikonloppuna vuorossa ollut ohjaaja Annika on toiminut ja kenen olisi pitänyt poistua olohuoneesta juttelemaan muualle. Sekavaa. Toiset asiakkaat, Tanja ja Niina puolestaan ovat loukkaantuneet siitä, että vaikka he eivät olleet juttutuellella ja olisivat halunneet katsoa televisiota, piti Annikan ja Sadun ”vaa puhuu jotain tyhmää... jostain koirista”, kivahtaa Tanja. Hän kertoo juuri aiemmin valittaneensa Annikalle, miten hänellä on tosi huono olla ja ahdistaa ”ja sit se vaan tulee tohon jotain lässyttää... Et vaik mä olin just sille selittäny miten vaikeeta on.” Naiset kiistelevät siitä, kenen olisi pitänyt puhua, mistä ja missä. Työntekijöistä Petra keskeyttää ja huomauttaa: ”Kyllä tekin olisitte voineet nätisti sanoa, että hei, me halutaan katsoa televisiota, voitteko mennä juttelemaan vaikka keittiöön.” Tanja hiljenee ja toteaa ”niin joo”. (KMP_viikkosuunnittelu29)

Riittelyt ja konfliktit olivat osa sitä yhteisöllisen elämän ja sosiaalisen oppimisen kenttää, jolla naiset harjoittelivat vastavuoroisissa suhteissa olemista, toisen hyväksymistä ja sietämistä sekä toisaalta sen tarkastelua, miten itse näissä tilanteissa reagoi. Jos oli vaikea olla oman itsen kanssa, kestää omia olotiloja ja tunteita, kanavoitui tämä myös yhteisössä olemiseen ja toimimiseen. Näissä tilanteissa työntekijät myös rohkaisivat ja kehottivat asiakkaita pohtimaan yhdessä, miksi yhteisössä oleminen oli vaikeaa, ahdistavaa tai jopa sietämätöntä. Yhteisössä opittiin, että myös ristiriitojen ratkaisu kuuluu tavanomaiseen inhimilliseen elämään ja niitä on mahdollista ratkaista keskustelun avulla.

"Avoimuus pitäisi säilyä... asioista voi sanoa kauniisti", sanoo Sanni (asiakas). Soile (työntekijä) tarttuu ja tuo esille asiallisen palautteen antamisen ja että "pitäisi päästä eroon jatkuvasta haukkumisesta ja syyllistämisestä". (KMP_keittiössä30)

Erimielisyydet tai kireä ilmapiiri saattoivat nostaa pintaan oman turvattomuuden ja avuttomuuden tunteet ja johtaa toisinaan esimerkiksi juomahalujen aktivoitumiseen. Työntekijät käyttivät näitä tilanteita keskeisesti tunnistamisen ja oppimisen paikkoina, ohjasivat naisia pysähtymään ja tutkimaan tilanteita. Konfliktitilanteissa työntekijät jopa "alireagoivat" niihin ja odottivat asiakkaiden omaa toimintaa, aktiivisuutta ja vastuullisuutta (myös Santala 2008, 154).

Miina (asiakas) ilmestyy ovelle ja istuu. Pyytelee anteeksi kun äsken suuttui ja huusi. Sanoo kokevansa syyllisyyttä tilanteesta ja että syy on hänen. Sirja (työntekijä) toteaa, että Miina ei ole yksin syyllinen ja toteaa sitten: "Tällaista se on yhteisössä, jossa on monta ihmistä, joilla on kipeitä asioita ja pinna kireellä" ja jatkaa sitten: "Sä voit miettiä vaikka kuinka kauan, et mitä Janette (asiakas, jonka kanssa Miinalla riitoja; TK) tekee tai aattelee, mut auttaako se sua?" "Mitä voisit tehdä itsesi kanssa, että meillä täällä Ruusussa olisi hyvä olla ja voidaanko me jotenkin auttaa siinä?" Miina hymähtelee ja kysyy sitten: "Miksi sää sitä multa kysyt?" Sirja toteaa, että "tämän kysymyksen mä haluaisin esittää jokaiselle ruusulle". (KMP_työhuoneessa31)

Yhteisömuotoinen hoito, jossa oltiin jatkuvasti toisten kanssa säädellyissä olosuhteissa, suorastaan "kutsui" esiin naisten oman problematiikan ilmenemistä ja ristiriitoja. Niihin suhtauduttiin hoidollisesti ja ne otettiin työskentelyn kohteiksi. Niiden välttely ja kiertely sekä ahdistuksen, ilmassa leijuvan aggression ja epävarmuuden sivuuttaminen olisivat pikemminkin voineet estää kuntoutumista. Nyt ne oli tunnistettava, nimettävä ja kohdattava. Niiden kautta kuitenkin päästiin usein lähelle tärkeitä kysymyksiä omasta itsestä, suhteesta toisiin ja elämään. Riitta Granfelt (1998, 147) on kirjoittanut siitä, miten päihdehoito voi pikemminkin pahentaa ongelmia, jos vaikeita asioita ei uskalleta kohdata ja käsitellä, kun sekä työntekijä että asiakas arastelevat, eivät uskalla tai pysty.

Osa naisista esimerkiksi reagoi vahvasti myös yhteisön jäsenissä tapahtuneisiin muutoksiin. Oman aseman ja roolin saatettiin pelätä tällöin muuttuvan, koska ihmiset ja vuorovaikutuksen dynamiikka muuttuivat. Erilaisten tunteiden - esimerkiksi ahdistuksen tai ärtymyksen - välittyminen yhteisöön tuli tällöin selvästi esille, ja asiakkaita pyrittiin tukemaan näissä tilanteissa. Asiakkaita ei jätetty yksin selviytymään, sietämään tai ahdistumaan, ja työntekijät reflektoivat asiakkaille myös omia heränneitä tunteitaan näissä tilanteissa.

Ulla (asiakas) on ollut äkäisenä eilisestä lähtien, mistä Anneli (työntekijä) ystävällisesti huomauttaa. Ulla ei ensin myönnä, että näin olisi - "ei mulla mitään" - hän tokaisee nopeasti, mutta hetken päästä sanookin, että häntä jännittävät aina uudet ihmiset. Kerroo, että häntä jännittää, kun tulee uusia asiakkaita ja toteaa, että muutokset ovat aina hänelle vaikeita. Ulla kuvaa, että jännitys kasaantuu ja purkautuu sitten "napsumalla". Ulla haluaa pyytää "anteeksi, jos mä oon jotain loukannu... en mä tarkottanut... Mä vaan ku olin..." Toteaa, että Ruusun tasapaino on ikään kuin järkkynyt: "Ei ole harmoniaa kun yhteisössä on jatkuvaa muutosta", sanoo. Toteaa aikaisemmin hänen, Lauran ja Karoliinan muodostaneen pitkään "sen ydinporukan" Ruusussa, mutta nyt tilanne on muuttunut. Toteaa myös tunnelman olleen haikea Karoliinan lähdettyä. Meri (työntekijä) tuo esille sen, miltä yhteisön jatkuva muutos näyttää työntekijöiden näkökulmasta (eri vaiheessa olevat asiakkaat esimerkiksi; TK) ja toisaalta asiakkaiden näkökulmasta. Anneli kysyy Ullalta: "Voitaisiinko me jotenkin tukea sua näissä muutos-

tilanteissa?" Ulla toteaa tähän, että "oon puhunu tyttöjen kanssa". Myös Hilla (asiakas) toteaa, että "keskenäänhän me vasta puhutaanki!" Meri nyökkäilee "hyvä hyvä" ja toteaa yhteishoidon toimivan juuri näin, "että asiakkaat keskenään jatkavat ja työstävät asioita ja tuntemuksia" ja että "parhaimmillaan työntekijät tekevät itsensä tarpeettomiksi yhteisön toimiessa". (KMP_aamupalaveri32)

Joillekin naisille yhteisössä ilmenneet erimielisyydet olivat ahdistavia, he halusivat vetäytyä niistä ja jopa välttelivät omien mielipiteiden esittämistä. Tilanteissa, joissa yhteisössä oli paljon ristiriitoja, koettiin väsymystä ja vaikeuksia keskittyä omaan kuntoutumiseen. Silloin huomio kiinnittyi helpommin muihin asioihin kuin itse yhteisön perustehtävään. Yhteisön ilmapiirin ollessa herkkä konflikteille saattoivat tilanteet muuttua hetkessä rauhallisista riitaisiksi, itkua ja mielihapaa sekä aggressiota huokuviksi. Naisten puheen- ja äänensävyt muuttuivat, kasvojen näennäiset hymyt peittivät alleen halveksuntaa ja ylimielisyyttä suhteessa toisiin. Näissä tilanteissa eivät myöskään työntekijät jääneet ulkopuolisiksi. Heidän tehtävänsä oli kuitenkin hallita ja säädellä tilannetta omalla toiminnallaan ja puhumalla avoimesti ristiriidoista ja reaktioista.

"Olen ollut passiivinen... Se mun kauhu - koen sen uhkana, kun kaksi ihmistä on eri mieltä. Et ku mun pitäisi valita puoli", huokailee Salli (asiakas). Salli kuvaa omaa passiivisuuttaan ja miten kokee, että pitäisi valita puoli ristiriitatilanteissa. Mietti, että "mun täytyisi niin ku ottaa vastuuta enemmän tästä ryhmästä... yhteisöstä". Tuulia ja Päivi (työntekijät) puhuvat siitä, miten jokaisen tulisi pohtia sitä, "mitä minä voisin tehdä" ja miten "jokaisen tulisi ottaa vastuuta yhteisöstä... meidän kaikkien!" Toinen asiakas Piia kuvaa omia tuntemuksiaan ja arviotaan yhteisön tilanteesta: "Mää lähdin positiivisella mielellä... Yritän niin ku, mut tulee aika epätoivonen fiilis et mikä ihme niin ku on..." (KMP_viikkosuunnittelu33)

Siru (asiakas) ilmestyy ovelle seisomaan (poistui välillä, kun hermostui keskustelun aikana; TK) ja alkaa syyttää Eveliinaa (asiakas) siitä, miten "Sofia sano, et sä oot sanonu täällä ohjaajille, et mä oon kakara! Mä en oo mikään kakara!" Tuula (työntekijä) toteaa Sirulle, että hän ei ainakaan ole kuullut sellaista, samoin Päivi, toinen työntekijä. Seuraa kiivasta keskustelua Sirun ja Eveliinan välillä. Tuula joutuu puuttumaan tähän ja komentamaan Sirun menemään ulos parvekkeelle. Eveliina alkaa itkemään. "Eveliina, me selvitään tästä", lohduttaa Tuula päättäväisesti, mutta rauhallisesti. Eveliinanakin poistuu. Tuula huokailee ja arvioi myös omaa toimintaansa ja toteaa, että "musta tuntuu nyt tosi riittämättömältä" ja pohtii "olisinko itse voinut toimia tässä jotenkin toisin". (KMP_viikkosuunnittelu33_jatko)

Myös minä tunnistin selvästi sähköistyneen ilmapiirin ja toivoin silloin hartaasti "liukenevani tapettiin". Tällaisessa tunnelmassa havainnointi oli raskaampaa. Nämä olivat niitä hetkiä, jolloin minua saatettiin yrittää vetää työntekijöiden ja asiakkaiden väliin asiakkaiden toimesta. Asiakkaat saattoivat esimerkiksi väittää työntekijöiden suostuneen johonkin vain siitä syystä, että minä olin paikalla, he valittivat minulle "huonosta hoidosta", halusivat kuulla minun mielipiteeni jostain tilanteesta tai kehottivat tekemään tutkimusta jostain "toimivammasta paikasta". Ristiriitatilanteissa tuli korostuneesti esille se, miten asiakkaiden omat tunteet ja yhteisössä olevat tunteet sekoittuivat tai niitä oli vaikea erottaa toisistaan. Vastuu yhteisöllisyyden aktiivisesta rakentamisesta ja säilyttämisestä oli kuitenkin kaikilla - sekä asiakkailta että työntekijöillä. Työntekijöiden oli osaltaan kyettävä luottamaan yhteisön toiminta- ja kannattelukykyyn eli siihen, että yhteisö pystyi toimimaan ja kuntouttamaan vaikeista tilanteista huolimatta.

Jaana (asiakas) tuo myös esille, miten toisinaan ainakin hänen on vaikea erottaa, onko joku tunne nyt hänen tunteensa vai yhteisössä oleva tunne. Työntekijät tuovat myös esille sen, miten asiat pitäisi käsitellä heti tässä ja nyt: "Et ei kiitos arkeologisia kaivauksia", toteaa Maarit (työntekijä). Sirpa (työntekijä) toteaa, että konfliktitilanteissa myöskään "se jatkuva vanhojen kaivelu ei edistä positiivisen ilmapiirin syntymistä". Asiakkaista Hilla tuo esille, miten Ruusu viimeksi piti yhtä ja kaikilla oli kivaa kun voittivat tietovisassa "et rehellisyys ja yhdessä tekeminen". Maarit pohtii ääneen: "Haluaisin sellaisen Ruusun, jossa voidaan keskustella." - - "Tää keskustelu on tuntunu hyvältä. Et lähdetään miettimään, mikä veis meitä eteenpäin ja mitä me voitaisiin tehdä toisin." (KMP_keittiössä34)

Pirita (työntekijä) yrittää välillä kohdentaa keskustelua keskinäisestä syytelystä siihen, miten kaikilla on yhteinen vastuu yhteisöstä ja siitä, miten suunnata omaa toimintaa kohti yhteisöllisyyttä eikä kohti vastakkainasettelua. Pirita tuo myös esille sen, "miten jatkuva puhe siitä, miten teidän pitäisi tai kun te ette tee, ei tuo muutosta Ruusun arkeen". (KMP_viikkosuunnittelu35)

Yhteisön arjessa toistuvat riidat ja tilanteiden kärjistyminen tai henkilökuntaa vasten asettautuminen saattoivat liittyä myös yksilötason muutostyön haasteellisuuteen:

Menemme työhuoneeseen ennen kahvia. Lilja (työntekijä) toteaa minulle: "Mä siis ihan tärisin ja pitelin niin ku vaan kiinni tiukasti tuolin käsinojista" ja viittaa tällä äsken kiireään ja riitaisaan tilanteeseen ryhmähuoneessa. Kysyn Liljalta mistä nyt vallitseva tilanne - vastakkainasettelu asiakkaiden ja työntekijöiden välillä koko Laitoksessa - hänen mielestään johtuu. Lilja toteaa minulle, että "täällä on nyt paljon ihmisiä siis jotka haluaa lopettaa päihteidenkäytön joo, mutta eivät halua muuttaa mitään elämässään." (KMP_työhuoneessa36)

Kun yksilötason psyykkinen problematiikka ja ambivalentti suhtautuminen muutokseen ja omaan päihdeongelmaan välittyvät koko yhteisöön, on tilanne hoidollisesti erilainen kuin jos vastaava ilmenee yksilökeskeisessä hoitosuhdetyöskentelyssä. Tässä se tuli myös muille näkyväksi ja tutkittavaksi ja saattoi yhtä lailla nostattaa toisten asiakkaiden vastaavat ahdistukset ja pelot pintaan. Yksilön problematiikasta tulikin yhteisötason ongelma, johon reagoitiin ja johon tartuttiin puhumalla siitä, kyselemällä ja tutkimalla sitä yhteisön eri foorumeilla alkaen aamupalaverista, jossa jäsennettiin omia tunnetiloja ja välittömiä kuulumisia. Silloin myös yhteisön arjen päivittäisten rutiinien tuottamat toistot kannattelivat ja toivat pysyvyyttä.

Tavanomaiset riitatilanteet ja erimielisyydet eivät kuitenkaan vielä vaarantaneet yhteisön turvallisuutta, vaan ne saattoivat selvittelyn myötä jopa lujittaa yhteisöä. Ne auttoivat myös naisia oppimaan tunnistamaan omia reagoitintapojaan ja muuttamaan niitä. Realiteettikonfrontaation käytännöllisen toteutumisen kautta asiakkaat saivat palautetta omasta toiminnastaan: näin muut näkivät, kokivat, ymmärsivät tai tunsivat sinun puheesi, ilmeesi tai tekemisesi. Riidat ja erimielisyydet sovittiin, päästiin yhteisymmärrykseen, yritettiin ymmärtää toisten näkökulmia ja pohtia oman toiminnan rajoja, arki jatkui ja yhteisö pysyi. Sen sijaan turvallisuutta murensi esimerkiksi se, että joku joko nais-tenyhteisössä tai muussa yhteisössä käytti päihteitä hoidon aikana ilman, että henkilökunta oli tästä vielä tietoinen. Vain asiakkaat jakoivat tämän salaisuuden mutta eivät jostain syystä kyenneet tuomaan asiaa esille. Todellisuus oli

silloin kaksijakoinen. Asiakkaan luvaton toiminta ja päihitteettömyyden periaatteen rikkominen kuitenkin lopulta levisivät yhteisön tunneilmaston ja dynamiikan tasolle:

”Harvoin, hirveen harvoin tää mun mielestä koetaan niin kun turvattomana... Ja mun täällä ollessani on muutaman kerran käyny niin, että se turvattomuus on tullu sellasen asiakkaan myötä, jolla on täällä päihiteitä tai joka käyttää täällä päihiteitä tai joka käyttää lääkkeitään väärin. Ja ja se ei näy välttämättä vielä niin kun semmosena asiana, että työntekijät tietäisi siihen vielä mitään kantaa ottaa. Et se näkyy jotenkin siinä yhteisössä semmosena... meinasin sanoo levottomuutena, mut ei, ei se levottomuutena näy, vaan semmosena, et voidaan ruveta puhumaan epäluottamuksesta tai jotenkin kahden todellisuuden olemassaolosta tai jostain semmosesta ihan muusta asiasta ja sitten turvallisuus tavalla tai toisella järkkyy...” (työntekijän haastattelu_15)

Samoin selkeän särön turvallisuuteen toivat esimerkiksi tilanteet, joissa asiakas varasti toisilta tai osoitti voimakkaan avointa vastarintaa tai halveksuntaa yhteisöä ja hoitoa kohtaan tai yritti saada muita asiakkaita asettautumaan henkilökuntaa vastaan. Joihinkin kärjistyneisiin tilanteisiin jopa työntekijät saattoivat reagoida siten, että he alkoivat toimia vastoin demokraattisen yhteisöhoidon periaatteita:

Pauliina (työntekijä) kertoo, että kaikki oli alkanut heinäkuun ensimmäisen viikonlopun aikana. Eräässä toisessa yhteisössä oli joku miesasiakkaista myynyt erilaisia pilleireitä muille asiakkaille ja Pihla, yksi naistenyhteisön asiakkaista, oli kertonut tästä henkilökunnalle. Oli syntynyt levottomuutta ja asian johdosta useampi asiakas jouduttiin uloskirjoittamaan. Sitten alkuvuikosta Ruusussa Marika ja Jonna (asiakkaita) olivat riidelleet kunnolla niin, että Marika oli hermostunut ja paiskannut (ainakin; TK) oman muistivihkonsa. Muut olivat pelästyneet ja ”siis jopa Kiia oli sulkenut ovia” (Pauliina viittaa tällä erityisesti Kiian vaalimaan ajatteluun Ruususta demokraattisena yhteisönä, jonka yhtenä tunnusmerkkinä ovat avoimet ovet – aina; TK). Pauliina kuvaa tilanteen olleen ”tiukka siinäkin mielessä, että just oli tullut kaksi uutta ruusua”. (KMP_työhuoneessa37)

Vieroitusoireet, hoidon ulkopuoliseen elämään liittyvät ongelmat, stressi ja ahdistus sekä korkeat odotukset hoidolle saattoivat lisätä tyytymättömyyttä ja kanavoitua vastustamiseen. Hoito ei siis ollut mikään irrallinen, eristettävä saareke naisten elämässä, ja tämän oivaltaminen saattoi olla pelottavaa ja nostattaa epävarmuuden tunteita. Joillekin asiakkaille työntekijöiden passiiviselta vaikuttava toimintatyyli sekä työntekijöiden ja asiakkaiden ei-hierarkkinen aseointuminen yhteisössä tuottivat suunnatonta ahdistusta, ärtymystä, sopeutumisvaikeuksia sekä hoidon toimivuuden kyseenalaistamista. Voidaan ajatella, että kyse oli osaltaan näiden naisten sisäisestä psyykkisestä turvattomuudesta. ”Se tuottaa helvetillisen pelon”, eräs asiakas kuvasi omaa tuntemustaan siitä, kun ei tiennyt, mitä ja keitä työntekijät olivat. Joillekin naisille tarve selkeyteen ja turvallisuuden kulminoitui toiveeseen työntekijöiden ”nimikylteistä ja titteleistä rinnuksissa”. Sisäisen turvattomuuden myötä oli vaikea sietää ja hyväksyä sitä, ettei ollut täsmällisiä sääntöjä ja ohjeita, joita yksiselitteisesti noudattaen voisi kuntoutua ja päästä irti päihdeongelmasta.

Sini puhuu kiihtyneesti ja on hermostunut: ”Siis mitä nää täällä on... Et onko nää muka työntekijöitä vai mitä kansakulkijoita? Et ku se ei oo selvää – et ei oo mitään työntekijöitä ja asiakkaita, et meille on sanottu, että ei ole eroa työntekijöiden ja asiakkaiden vä-

lillä! "Ja kirjoita (puheenvuoro suunnattu minulle selvästi; TK), "että meille sanottiin, että jos haluatte puhua, niin puhukaa keittiöhenkilökunnan kanssa!" jatkaa Sini ja lopettaa sitten. "Et mikä siinä on niin vaikeeta sanoo, et on täällä töissä?" tivaa Katariina työntekijöiltä ja jatkaa: "Mä haluan ammatillista näkökulmaa enkä mitään amatöörimäistä... Et me ollaan ihan liikaa puhuttu omista jutuistamme keskenään et se on se ongelma", hän kivahtaa. "Et mitä te ootte meille!?" kysyy myös Ronja (toinen asiakas). Heli (työntekijä) tarttuu tähän nyökyttelemällä ja toteamalla, että "meidän täytyy puhua siitä, mitä on demokraattinen yhteisökuntoutus ja miten se ohjaa meidän toimintaa". (KMP_viikkosuunnittelu38)

Kirsti (työntekijä) ja minä menemme Yhteisökokouksen jälkeen työhuoneeseen. Jutta (asiakas) kiiruhtaa huoneeseen perässämme ja alkaa heti selittämään, miten "siis mun pää hajoo... ihan oikeesti, mä haluun tietää, mitä te ootte - et oottes te nyt työntekijöitä, ohjaajia, mitä kanssakulkijoita?" Jutta elehtii käsillään ja kuulostaa tuskaiselta. Kirsti ojentautuu lähemmäs Juttua ja pyytää: "Älä hei hajota päätäs, me voidaan puhua tästä ja niinku yhteisökokouksessa oli puhe, et yhteisöissä mietittäisiin, et mitä se yhteisö ja yhteisöllisyys oikein on." (KMP_työhuoneessa39)

Naisten työntekijöille esittämä kysymys "keitä ja mitä te oikein olette" kertoi kaipuusta auktoriteettiin ja roolien selkeyteen. Asiakasta tarkasti neuvova, ohjaava, määräävä, käskyjä ja valmiita vastauksia antava sekä sääntöjen noudattamista valvova työntekijä olisi ollut vahva auktoriteetti mutta näin toimiessaan myös ottanut vastuun asiakkaan kuntoutumisesta. Sen sijaan naistenyhteisössä - vallitsevan hoitoideologian mukaisesti - annettiin naisille itselleen tehtäväksi valita, päättää ja ohjata itseään ja ottaa näin itse vastuu oman päihdeongelman käsittelystä. Kuntoutumista ei voinut ulkoistaa toisten tehtäväksi. Työntekijöille oli demokraattisen yhteisöhoidon periaatteiden mukaisesti tärkeää se, että ammatillista etäisyyttä ei korostettu ja että työntekijät ja asiakkaat olivat tasa-vertaisessa asemassa:

Emilia (työntekijä) tuo omassa palautteessaan esille myös oman syynsä Ruusussa olemiseen: paitsi että hän on täällä töissä, hän on myös oppimassa ja kasvamassa ihmisenä. "On aika iso juttu tämmönen tasavertaisuus, että ei ole niin ku vastakkainasettelua työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa", hän toteaa. (KMP_ryhmä40)

Demokraattisen yhteisöhoidon haasteena voidaan pitää sitä, miten työntekijät käytännössä kykenevät tätä tasavertaista suhdetta asiakkaisiin toteuttamaan ja vaalimaan. Valta ja kontrolli eivät kuitenkaan ole kokonaan häivyttävissä ja poistettavissa ammatillisuuteen perustuvassa työskentelyssä. Toisaalta työntekijät tunnistivat sen, että heidän roolinsa vaihteli, heihin suhtauduttiin ristiriitaisesti ja toisinaan heille asetettiin selkeästi "se pahiksen rooli". Tällöin kyse oli tilanteista, joissa asiakkaita jouduttiin rajaamaan tai heidän toimintaansa jouduttiin puuttumaan.

(Keskustelu työntekijöiden kanssa lounaalla³⁶) "Lindaha ei siis siedä rajoittamista... Et meillä on ollut aika tekemistä siinä... Tää oli jo nyt toinen... Eka oli se kun varasti lähikaupasta ja nyt tää puhelinjuttu", selittää Tuulikki (työntekijä). "Ja mä oon sitte se pahis tässä", toteaa Marita (työntekijä). Tuulikki ja Marita keskustelevat "pahiksen" roo-

³⁶ Se, että työntekijät käsittelivät jotakin päivän tilannetta tai asiakasta yhteisön ja avoinna olevan työhuoneen ulkopuolella, oli hyvin poikkeuksellista ja harvinaista. Tätä en naistenyhteisössä aineistoa kerätessäni ymmärtänyt ja osannut pohtia tarkemmin.

lista Ruusussa. "Mä olen kyllä aika usein", sanoo Tuulikki. "Niin, sä olet sairaanhoitaja ja sulla on ne lääkkeet", sanoo Marita nauraen. (KMP_laitoksen ruokasalissa41)

Suoran puuttumisen ja kontrollin paikkoja olivat esimerkiksi tilanteet, joissa asiakkaan epäiltiin olevan päihtynyt:

Siirrymme työhuoneeseen. Työntekijät ovat hämillään ja ihmettelevät keskenään sitä, sitä, miten "Kati sillai putosi... ihan nuukahti". Lotta (työntekijä) sanoo luulleensa Katin väsymyksen johtuvan "niistä lääkkeistä", mutta käy ilmi, että lääkkeensä Kati on ottanut aamulla ja ollut Ruusuun tullessa aivan pirteä eikä siis ole Ruusussa saanut mitään (ylimääräisiä; TK) lääkkeitä. Työntekijät päättävät ottaa Katilta heti seulan. - - Pikaseula antaa (Katille; TK) positiivisen tuloksen buprenofriinin ja bentsodiatsepiinin osalta. Työntekijät pohtivat, ettei Subutexin enää pitäisi näkyä ja seulat olleet edellisessä hoitopaikassa siltä osin puhtaat. Miettivät, että todennäköisesti kannabis voisi enää näkyä. Ihmettelyä työntekijöiden taholta. Pohtivat, pitäisikö seula lähettää varmistukseen vai ei. Ansa miettii ääneen: "Vai kannattaisiko ratsata se laukku?" (KMP_työhuoneessa42)

Välittömän huumeseulan vaatiminen ja mahdollisuus asiakkaan tavaroiden tarkastamiseen toivat esille väistämättä työn juridisen puolen, laitoksen vastuun ja turvallisuuskysymykset sekä demokraattisen hoitoidelogian vastaisen menettelyn. Samoin esimerkiksi hoidon alussa asiakkaan allekirjoittamaa, kirjallista kuntoutuksen perussopimusta voidaan periaatteessa pitää demokraattisen yhteisöhoidon ideologian vastaisena (myös Santala 2008). Siinä määriteltiin olemiselle, elämiselle ja vuorovaikutukselle keskeiset normit, joiden noudattamiseen asiakkaat sitoutuivat.

Asiakkaille auktoriteetin hämärtäminen, yhteisölle ja siten asiakkaille itselleen annettu valta päättää ja toimia sekä toisaalta työntekijöiden samanaikainen mahdollisuus kontrolliin ja rajaamiseen olivat toisinaan vaikea yhtälö käsitellä ja sisäistää (myös Santala 2008). Tunnustan itsekkin hämmentyneeni välillä joistakin tilanteista tai ihmetelleeni, miksi työntekijä ei ymmärtänyt "peräännyä" tai ei mielestäni käyttäytynyt tilanteessa riittävän ammatillisesti. Kontrasti omaksumalleni sosiaalityöntekijän roolille ja käsitykselleni ammatillisen toiminnan rajoista ja tyylistä oli toisinaan hyvin vahva. En siis sinällään ihmetellyt, jos harhoille altis, psyykkisesti heikossa kunnossa oleva ja vieroitusoireinen asiakas koki epävarmuutta, pelkoa ja ahdistusta ja miltei "hyppi silmille".

Toisaalta myös Laitoksen henkilökunnan kesken kysymys asiakkaiden ja työntekijöiden välisistä suhteista nousi toisinaan esille. Osa työntekijöistä toi selvästi esille, että joidenkin työntekijöiden ja asiakkaiden väliset rajat olivat liiankin joustavat. Tämä ilmeni esimerkiksi siten, että asiakkaat kertoivat työntekijöiden henkilökohtaisia asioita toisille asiakkaille ja työntekijöille. Asiakkaila oli siis sellaisia työntekijöihin liittyviä tietoja, joita heillä ei olisi pitänyt olla – joku työntekijä oli näitä tietoja heille kertonut. Tämä selvästi herätti työntekijöiden keskuudessa epäluottamusta, ristiriitoja, ärtymystä, paheksuntaa ja loukkaantumista. Laitoksen yhteisön ammatillisuus, turvallisuus ja hoidollisuus kuitenkin edellyttivät käytännössä sitä, että työntekijöiden ja asiakkaiden väliset rajat oli kyettävä hahmottamaan ja niistä oli pidettävä kiinni.

Ylipäätään demokraattisen yhteisöhoidon periaatteita toteuttavassa yhteisössä olemisen ja toiminta on tietyllä tapaa vaativaa jo siitä syystä, että demo-

kraattisen yhteisöhoidon ideologia on monimutkainen, hajanainen ja muille vaikeasti välitettävä (Santala 2008, 157). Naistenyhteisössä toteutettava demokraattinen yhteisöhoito edellytti siis sekä asiakkailta että työntekijöiltä tietynlaista joustavuutta, sopeutumista ja erilaisuuden hyväksymistä sekä jatkuvaa yhteisön tapahtumien, suhteiden ja ilmapiirin pohtimista sekä oman toiminnan aktiivista reflektointia. Tämä teki yhteisössä olemisesta myös psyykkisesti vaativaa ja raskasta. Demokraattisen yhteisöhoidon periaatteiden haasteellisuus tarkoitti sitä, että Ruusu ei välttämättä ollut kaikille naisille soveltuvin hoitomuoto, jos oma turvattomuuden tunne olisi edellyttänyt selkeää työntekijäjohtoisuutta, hyvin vahvoja rakenteita, tarkkaa hoitomanuaalia ja hierarkkisuutta. Osa naisista ei kyennyt käyttämään oman kuntoutumisensa apuna vertaistukea tai sen merkitystä ei ymmärretty, ja työntekijöiltä toivottiin valmiita vastauksia ja toimintamalleja. Vertaistuen ei uskottu aina riittävän ja kantavan, ja kaipuu työntekijöiden vahvempaan rooliin tuotiin toisinaan voimakkaasti esille. Yhtäältä vertaistuen torjunta saattoi liittyä siihen, että toisten ongelmien pohdinta nosti esille omat ahdistukset sekä liian lähelle tulevat ja samankaltaiset kokemukset. Toisaalta vertaistuen hyödyntäminen edellytti sekä toisten kokemusten kuuntelemista ja vastaanottamista että vastavuoroista omasta henkilökohtaisesta elämästä jakamista, mitä ei välttämättä pidetty itselle luontevana.

Camilla (asiakas) hermostuu ja tokaisee, että nyt hänen tekee mieli alkoholia. Camillan mielestä he ovat puhuneet toisilleen liikaa: "et siihen tarvittaisiin sitä henkilökuntaa!" Puhetta siitä, miten omilla asioilla ei haluta kuormittaa muuta yhteisöä, toisia asiakkaita ja miten naiset kaipaavat tässä työntekijöiden apua. (KMP_viikkosuunnittelu43)

Vertaistuen vahva rooli ja asema naistenyhteisössä tarkoitti asiakkaille mahdollisuutta kokea asiantuntijuutta ja voimaantumista omassa asiassa (Nylund 2005, 207). Ylipäätään vertaistukeen liitetään myönteisiä odotuksia siitä, miten se mahdollisesti voi vastata erilaisiin kansalaisten tuen ja avun tarpeisiin ja edistää hyvinvointia (Hyväri 2005). On kuitenkin todettava ja tunnistettuakin, että vertaisryhmiin ja vertaistukeen liittyy myös kielteisiä piirteitä (ks. esim. Nylund 2005, 204–205; Mattila-Aalto 2009, 123–124). Asiakkaiden kokemus voi olla, että ryhmän kannettavaksi voi tulla emotionaalisesti raskaita taakkoja ja toisten ongelmien ja hädän kuuntelu voi olla vaikeaa (Palojärvi 2009, 54–55). Naistenyhteisön institutionaalisessa ympäristössä toteutettu vertaisuuteen vahvasti perustuva työskentelyorientaatio sisälsi kuitenkin ammatillisen tuen ja ohjauksen sekä tarvittaessa myös puuttumisen.

Demokraattisen yhteisöhoidon ideologiaa ilmensi myös laitoksen ja työntekijöiden omaksuma puhekulttuuri. Työntekijät eivät esimerkiksi tarkastelleet naisia potilaan, sairaan, narkomaanin tai alkoholistin kategorioiden kautta, eikä asiakkaiden tarvinnut sellaisiksi tunnistautua ja itseään nimetä. Asiakkaita ei myöskään työntekijöiden puheissa luokiteltu "narkomaaneiksi", "alkoholisteiksi" tai "addikteiksi", vaan pääsääntöisesti käytettiin käsitteitä päihdeongelma, riippuvuus, asiakas, nainen ja ruusu. Näin tämän neutraalina puhetapana, jossa asiakkaita tai heidän käyttäytymistään ei lokeroitu käytetyn päihteen mukaan, sillä sitä ei pidetty olennaisena päihdeongelmasta kuntoutumiselle ja oman päihdeongelman käsittämiseksi. Asiakkaille ei siis jäsennetty ammattilaisten

puheen tasolla ja käsitevalinnoilla päihdeongelman identiteettiä ja sijoitettu asiakkaita tietyllä tavoin nimettyyn asiakkuuskategoriaan (vrt. Kulmala 2004; Hyväri 2005). Tämä on jokseenkin päinvastainen havainto, kuin minkä esimerkiksi Antti Weckroth (2006) teki korvaushoitoa huumehoitolaitoksessa koskevassa sosiologian väitöstutkimuksessaan. Weckroth (2006, 53) kirjoittaa, miten työntekijät esimerkiksi kuvasivat asiakkaita käsitteen *riippuvuus* avulla tai käyttämällä jotakin lääke-alkuista sanaa. Käytössä olivat esimerkiksi set ”lääkehakuinen”, ”opiaattiriippuvainen” tai ”lääkkeisiin fiksoitunut”. Samoin esimerkiksi päihdeongelmaan liittyvä sairausteemaan liittyvä puhe, lääketieteellisen sanaston käyttö tai käyttäytymisen analysointi päihteiden vaikutusten kautta tulkittuna eivät olleet tavanomaisia tai vallitsevia jäsennostapoja naistenyhteisössä ja siellä esiintyneessä keskustelukulttuurissa (vrt. Weckroth 2006, 51–53).

Tämä naistenyhteisön puhekulttuuri saattoi myös lisätä joidenkin naisten ahdistuneisuutta, kun kukaan ei tarkasti määritellyt, luokittanut eikä sen perusteella ohjannut tai määrännyt toimimaan. Luokittelu ”hulluksi, sairaaksi, nistiksi tai alkkikseksi” olisivat – niihin sisältyvistä kielteisistä mielikuvista ja leimoista huolimatta – merkinneet joillekin naisille tuttua kategoriaa, johon samaistua ja johon kiinnittyvän roolin mukaan toimia. Nyt sellaista ei tarjottu eikä tällaisia käsitteitä käytetty – ei juuri edes asiakkaiden kesken. Sen sijaan piti löytää uudenlainen tapa olla minä, elää minun elämäni ja rakentaa suhteita toisiin yhteisön tuella. Yhteisö siis toimi sekä minän että sosiaalisten suhteiden kuntouttamisen kenttänä ja peilauspintana.

Naistenyhteisössä käytiin toisinaan keskustelua siitä, mitä on yhteisöllisyys, mitä naiset siltä toivoivat ja miten se voisi toimia, jotta se olisi myös kuntoutumista tukevaa. Naisten yhteisöllisyyteen liittyvä ahdistus, tyytymättömyys ja epävarmuus otettiin vastaan, niitä tutkittiin ja asiakkaiden toiveita tulittiin vastaan.

Pirjo (asiakas) pyytää, että kaikki saisivat omat yksilölliset keskusteluajat: ”Siis mulla on ainakin niin paljon... Ja kyllä mä uskon et meillä kaikilla on semmosta, mitä pitää saada puhua.” Työntekijöistä Ellen nyökkää ja toteaa, että ”laitetaan tiistaille kello yhdeksän kolmekymmentä alkaen... jokaiselle on neljäkymmentäviisi minuuttia. Mä laitan listan tonne ja siihen voi sitten varata oman ajan”. (KMP_vuoksuunittelu44)

Työntekijöiden yhteisöluokutaito tarkoitti konkreettisesti sitä, että heillä oli kyky joustaa ja soveltaa demokraattisen yhteisöhoidon periaatteita yhteisön toimivuuden turvaamiseksi. Tämä vaati työntekijöiltä tarkkaa ja perusteltua harkintaa, miten toimia yhteisössä. Perustelut joustamiseen ja oman toiminnan muokkaamiseen palautuivat viime kädessä siihen, miten tukea yhteisöä siten, että se aidosti toimi hoidon välineenä ja kykeni toteuttamaan perustehtävänsä eli voimaannuttamaan ja auttamaan naisia selviytymään päihdeongelmasta omaan itseen tutustumisen ja reflektoinnin kautta.

7 NAISENA PÄIHDEHOIDOSSA

Ensimmäisenä nais erityisen päihdehoidon ulottuvuutena tarkastelen sitä, miten naiseus ja sukupuoli merkityksellistyivät naistenyhteisön päihdehoidon kohtaamisissa ja arjessa. Tässä luvussa jäsenän sitä, millaisiin keskeisiin kysymyksiin ja ulottuvuuksiin sukupuoli ja naiseus aineistossani kiinnittyy, millaisissa kohdissa se tulee näkyviin ja puheeksi ja millä tavoin. Aineistoa analysoidessani havaitsin sukupuolen empiirisen jäsentämisen haastavaksi. Sukupuoli on lähtökohtaisesti itsestään selvä, mutta analyysin tasolla se näyttikin pakenevan ja leviävän. Näin se olikin paikannettavissa lukuisiin eri kohtiin ja teemoihin aineiston episodeissa. Sukupuoli läpäisi eri tavoin naisten elämää, olemista ja toimintaa, päihdeongelmia ja suhteita. Sukupuolen ja naiseuden merkitysten tavoittamiseksi olen kuitenkin kohdennetusti etsinyt aineistosta niitä paikkoja, joissa esillä ovat naiset, naiseus ja sukupuoli.

7.1 Oma paikka ja vuorovaikutuksellinen tila

Sukupuolen merkitys naistenyhteisössä nousi esille jo ensimmäisissä kohtaamisissa kentällä, kun keskustelimme naistenyhteisön asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa tutkimuksestani, sen tavoitteista ja toteuttamisen tavasta naistenyhteisössä. Keskustelussa tuli selkeästi esille naistenyhteisö vain naisille tarkoitettuna paikkana, minkä nähtiin mahdollistavan avoimuuden ja työskentelyn syvällisyyden. Tässä siis rakentui yksi sukupuoleen kiinnittyvä rajanveto, joka liittyi sensitiivisyyteen, jota miesten mukanaolo hoidossa olisi saattanut murentaa.

”Mä halusin just nimenomaan naistenyhteisöön... en minnee sekayhteisöön... En mä siellä olisi voinut olla niin avoin ku nyt ja mennä niin syvälle, jos siinä olis jotain miehiä ollut”, kertoo Kaisa (asiakas) omista lähtökohdistaan päästä hoitoon naistenyhteisöön. ”Tää Ruusu on just naisille tarkoitettu paikka”, nyökyttelee toinen naisiasiakas. (KMP_ryhmä45)

Naistenyhteisössä sukupuoli merkitsi lähtökohtaisesti sellaista rajaa, jossa nais-sukupuoli oli ehdoton edellytys sille, että voi olla asiakkaana, työntekijänä – ja

myös tutkijana – Ruusussa. Esimerkiksi Laitoksessa muutoin toteutettavan työkierron osalta miestyöntekijöillä ei ollut mahdollisuutta tulla töihin Ruusuun. Rajaa sukupuolten välille tehtiin konkreettisesti myös fyysisiin tiloihin liittyvillä ratkaisuilla. Ruusua naisten omana paikkana korosti se, että yhteisö toimi omassa erillisessä rakennuksessaan ja tilassaan. Naistenyhteisö erottui muusta Laitoksesta myös siinä, miten sen tiloja oli sisustettu, miten näitä valintoja oli pohdittu ja miten naisten läsnäolon saattoi ulkopuolinenkin aistia:

”Joo, ja sitten kerran ne miehet (laitoksen eräästä yhteisöstä; TK) oli vierailulla täällä meillä ja ne istu tossa meidän olohuoneessa ja nuuski että ai, ai täällä tuoksuu ihan naiselta!”, kuvailee Hannele (työntekijä). Vastaavasti taas miesten yhteisön tiloista puhutaan hieman säälien: ”Että onhan sielläkin ihan oma tuoksunsa, hyvä jos elävänä sieltä selviää... niin miesten yhteisössä jos vaikka käy”, nauraa Mervi (työntekijä). (KMP_ryhmä45_jatko)

Naisellisuus siis ”imeytyi seiniin” ja sillä osaltaan tehtiin eroa miehiin ja maskuliinisuuteen. Naisten tilalla oli oma esteettinen ulottuvuutensa. Se oli erilainen kuin Laitoksen muissa tiloissa, jotka oli rajattu miehille, Laitoksen henkilökunnalle tai kaikkien asiakkaiden yhteiseen käyttöön.

”Et siis meillähän ei täällä ole miehiä eikä niillä tänne mitään asiaa olekaan”, sanoo toipakasti Mervi. ”Meillähän on sellainen oikein oma huuto, että jos joku mies tänne tulee... että ääk!” nauraa hän perään. Muut naiset nauravat mukana. (KMP_ryhmä45_jatko)

Myös Riikka Haahtela (2015, 84) kuvaa, miten sukupuolierityisyys asunnottomien naisten parissa tehtävässä naistyössä ilmeni kodinomaisissa ja viihtyisissä tiloissa, joissa naisille annettiin hoivaa, huolenpitoa ja huomiota. Naistenyhteisön tiloissa naiset olivat omissa oloissaan, vaikka miehiä olikin muualla Laitoksessa niin työntekijöinä kuin asiakkaina. Fyysisen tilan tasolla tapahtuva erotautuminen merkitsi myös henkistä tilaa ja rajaa, vaikka miehiä kohdattiinkin muualla Laitoksessa. Oli tilanteita, joissa havaitsin naisten toimivan Laitoksen muissa tiloissa ja yhteisöissä toisin kuin omassa yhteisössään. Naisten tapia toimia, olla ja ilmaista itseään siis muuttui paikan ja tilan mukaan. Eloisa, iloinen ja puhelias nainen saattoi yhteisön ulkopuolella muuttua hiljaiseksi ja vuorovaikutuksesta vetäytyväksi. Esimerkiksi yhteisökokouksessa, johon osallistui kaikkien yhteisöjen jäsenet ja koko Laitoksen henkilökunta, naiset saattoivat istua puhumattomina ja aurinkolasit silmillä sisätiloissa, tai oman yhteisön ulkopuolella liikuttuiin vahvasti tiiviinä ryhmänä. Havainnot herättivät pohtimaan, oliko kyse vain siitä, ettei oltu ”naisten kesken” vai yleisemmistä sosiaalisista peloista ja jännittämisestä.

”Mä en osaa sanoa johtuuko se siitä että on miehiä vai kaiken kaikkiaan vieraita ihmisiä... Monet ruusut toimii toisella tavalla. Siihen tulee aina mukaan tää jännite naisen ja miehen välillä – ei välttämättä tietoisesti. Usein se on sellanen, jota ruusu ei itsekään havaitse ja kuitenkin se on olemassa. Ja toisaalta ihan hyvä et tämmönen jännite on niin ihmiskunta pysyy maan päällä – muuten loppuis ihmiset! (nauraa)” (työntekijän haastattelu_16)

Vaikeneminen ja vetäytyminen voivat liittyä kielteisiin kokemuksiin siitä, miten nainen on yrittänyt hakeutua esimerkiksi AA-ryhmiin ja tullut torjutuksi niissä sukupuolensa perusteella. Erityisesti sekaryhmissä omista asioista puhuminen voidaan kokea käytännössä mahdottomaksi tai puheenaiheet pyritään pitämään neutraaleina ja naisille tärkeät kysymykset jäävät pois. (Törmä 2011, 86; Greenfield ym. 2013, 777.) Naisten ja miesten erilainen vuorovaikutustyyli ja tavat osallistua keskusteluun voivat toistaa hoidossa samoja kaavoja kuin päihdeidenkäyttömaailmassa, mikä tuottaa ongelmia ns. sekahoitoryhmissä ja saattaa johtaa naisten vaikenemiseen ja vetäytymiseen (Bright, Osborne & Greif 2011). Juuri tätä naisten näkymättömyyttä ja äänettömyyttä pyritään murtaamaan nais erityisissä hoitomalleissa. Naisten ja miesten välisten suhteiden problematiikkaan päihdeidenkäyttömaailmassa palautuu nähdäkseni myös se, miksi esimerkiksi hoitohenkilökuntaan kuuluvat, oman toipumiskokemuksensa omaavat miehet voivat olla naisten näkökulmasta ongelmallisia. Perinteisten hoitomallien yhtenä ongelmana on pidetty sitä, että niihin sisältyvä käsitys leimatusta addiktista sallii kontrolloivat ja rankaisevat menettelyt sekä korostaa työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vallan jakautumista. Näiden seikkojen toistuminen hoidossa ja päihdeongelmasta toipuneiden miestyöntekijöiden toimesta herättää naisissa pelkoa ja epäluottamusta, sillä ne palautuvat naisten kokemuksiin miehistä, hyväksikäytöstä ja alisteisesta asemasta päihdeidenkäyttömaailmassa. (Salter & Breckenridge 2014, 167–168.)

Eräs työntekijä kommentoi haastattelussa seuraavasti naistenyhteisön asiakkaiden osallistumista laitoksen yhteisiin tapahtumiin ja järjestettyyn ohjelmaan:

”Mut kylhän meidän naisten on tosi vaikea lähtä johonkin tietokilpailuun et ellei ne niin ku yhdessä päättä et nyt mennään kaikki. Et jos siel on joku semmonen ruusu... jotkut jotka saa kaikki mukaansa, mut muuten se on sit tärkeempää et on jotain tekemistä täällä.” (työntekijän haastattelu_17)

Oma yhteisö koettiin riittävänä toiminnallisena ympäristönä ja toisten kanssa olemisen mahdollistavana paikkana. Toisaalta naistenyhteisön suoranainen fyysinen erillisyys jo tuotti sen rakenteen, jossa muiden kanssa ei oltu samalla tavoin tekemisissä. Toisaalta tämä etäisyys muusta Laitoksesta nähtiin nimenomaan turvaa tuovana elementtinä:

”Kyllähän miehet tulee sittekin tosi lähelle olemalla tuossa ruokasalissa mukana ja Laitoksessa yleensä mukana. Kyllä ne vaikuttaa Ruusun elämään, et kyllä tässä on kuitenkin sellainen tietty rauha, naisrauha.” (työntekijän haastattelu_18)

”En mä tiedä onko osa sitä, just se, sitä että suurin osa voi ehkä heittäytyä semmoseksi... semmoseksi... Et kun tänne ei tule sitä kilpailuasemaa mikä tulee niin kun sukupuolirooleista välttämättä kun täällä on vaan naisia. Osa siitä turvallisuudesta tulee tästä rakenteesta, että me ollaan erillään täällä. Tässä talossa ei itse asiassa ole kun käymäselään miehiä – et tää rakenne tukee sitä osittain.” (työntekijän haastattelu_19)

Sukupuolella oli siis paikkaan liittyviä ulottuvuuksia, joissa tehtiin fyysistä rajaa naisten ja miesten välille. Naistenyhteisö nähtiin naisille suojaa ja turvaa konkreettisesti antavana fyysisenä tilana. Turvallisen tilan toinen ulottuvuus oli kui-

tenkin vahvasti psykologinen, jolloin naisen kesken toimiminen ja yhteisössä oleminen mahdollistivat myös hyvin henkilökohtaisten kysymysten käsittelyn:

"Ja meillä puhutaan kaikesta sitte ihan avoimesti... Et semmosiakin, mitä ihmiset hädin tuskin on ehkä ees ystävättärilleen puhuu.... Että käydään sitte kaikki kierukoista alkaen... hyvin intiimit asiat", toteaa Saila, yksi työntekijöistä. (KMP_ryhmä46)

Naistenyhteisössä olemista luonnehdittiin tietynlaisena vapautena olla ja tehdä "naisten juttuja". Tällöin ei täytynyt pohtia ja arvailla, mitä joku niistä ajatteli tai joutuisiko naurunalaiseksi, niin että olisi pitänyt rajoittaa omaa käyttäytymistä ja ilmaisua:

"Oisitko sä Susanna esimerkiksi voinu kuvitella kulkevasi täällä naama vihreänä ja tukka sipulinutturalla (viittaa ruusujen pitämään kauneusiltaan yhteisössä; TK), jos täällä ois ollu miehiä?" kysyy Mervi (työntekijä). "Siis en tosiaan (nauraa), en olisi... kiva... naama vihreänä jos täällä jotain miehiä... en varmana olisi!", nauraa Susanna päättään pyöritellen. (KMP_ryhmä46_jatko)

Vain naisten kesken olemisen mahdollisti aitouden tavassa olla, toimia, tuntea, reagoida, tehdä asioita ja tuoda esille omaa itseä ja sen eri puolia (myös Greenfield ym. 2013, 776). Se vapautti totunnaisista tavoista ja sosiaalisesta paineesta toimia ulkopuolisten odotusten mukaisesti. Nämä odotukset ja rajoitukset liitettiin miehiin ja heidän läsnäolonsa; naamat vihreinä istuminen ei olisi ollut mahdollista, jos paikalla olisi ollut miehiä. Miesten läsnäolo olisi tuonut tilanteisiin erilaisen dynamiikan ja nostanut esille toisenlaisia kysymyksiä (Salter & Breckenridge 2014, 170–171). Kummallekin sukupuolelle tarkoitettujen hoitoyhteisön miehinen kulttuuri voi olla naisia eri tavoin ahdistavaa ja vaikeuttaa yhteisöön kiinnittymistä (Hännikäinen-Uutela 2004, 189).

Naistenyhteisö tarjosi tilan tulla nähdyksi myönteisellä tavalla ilman arvioivia, kontrolloivia tai häpeän tunnetta tuottavia katseita. Hyvin sensitiivisten ja lähelle itseä tulevien asioiden työstämisen mahdollisuus liittyi käsitykseen naistenyhteisöstä riittävän turvallisenä paikkana. Koska kokemukset turvassa ja ei-turvassa olemisesta palautuivat usein kielteisiin kokemuksiin ja suhteisiin miesten kanssa, liittyi sukupuolen merkityksen ymmärtämiseen myös naisten suhde miehiin. Näin miehet tulivat osaksi naisten hoitoa ja naistenyhteisöä. Vaikka miehiä ei fyysisesti ollutkaan paikalla, olivat he läsnä puheissa, puhelinkeskusteluissa, piippaavien kännyköiden tekstiviesteissä ja kokemuksissa jopa niin vahvasti, että toisinaan nainen keskeytti hoitonsa palatakseen – usein yhtä lailla päihdeongelmaisen – miehensä luo. Käyttäytymistä ja oireilua sävyttivät miesten tekoihin palautuvat traumat. (Karttunen 2013, 226.) Palaan tähän vastakkaista sukupuolta koskevaan suhdekysymykseen luvussa 10.

7.2 Naisten kesken

Aineistossani sukupuolen merkitys naistenyhteisössä kiinnittyi myös siihen, miten naisten keskinäisen työskentelyn ajateltiin mahdollistavan naisille tärkei-

den asioiden käsittelyn. Naistenyhteisössä sukupuoli liittyi myös vertaistukeen, naisten kesken tapahtuvaan kohtaamiseen ja ymmärtämiseen. Tämä palautui siis olettamukseen jaetuista sukupuolittuneista kokemuksista. Toisilta naisilta saadun vertaistuen ja toisten tukemisen kautta koettiin voimaantumista ja uskallusta pohtia omaa elämää, päihdeongelmia, äitiyttä, parisuhdetta ja muita ihmissuhteita, omaa lapsuutta ja vaikeita kokemuksia. (Nelson-Zlupko, Kauffman & Morrison Dore 1995, 49–51; Auvinen 2001, 129–130; Palojärvi 2009, 35–36, 51–54.) Joillekin asiakkaille Ruusu naisten paikkana ja naisten kesken tarjosi ensimmäisen kerran konkreettisen tilan, paikan ja mahdollisuuden keskittyä turvassa ja rauhassa oman itsensä kohtaamiseen ja hoitamiseen – ei miehiin, lapsiin tai omiin vanhempiin.

Sini toteaa Ruusun olevan ”paras paikka, missä oon ollut”. ”Vaikka välillä hiillostetaan, mut alkaa sitte ite miettii.” Sini sanoo kokevansa Ruusun turvallisenä paikkana eikä siksi enää edes halua lähteä Laitoksesta. Haluaa pitää etäisyyttä muuhun elämään, keskittyä vain omaan itseensä ja siihen, miten tästä selviää. (KMP_viikkoarviointi47)

Istumme jälleen ryhmähuoneessa ja on viikkoarvioinnin aika. Kukin ruusu kertoo vuo- rollaan omista viikon tavoitteistaan ja esittää oman arvion niiden toteutumisesta. Mari kertoo mietiskelleensä ja olleensa avoimempi ryhmässä. Tiina (asiakas; TK) sanoo suosittelevansa rauhoittumista: ”Hanki lisää aikaa, koska ei osaa ja pysty käsittelemään asioita yhtäkkiä jos ei ennen ole ollut tällaisessa paikassa.” Työntekijöistä Taina tarttuu tähän ja kyselee: ”Mikä auttaisi pääsemään syvällisemmin... miten me muut voitaisiin auttaa?” Asiakkaista Aino ehdottaa tähän heti, että tehtäisiin ensi viikolla elämänpöytä. (KMP_viikkoarviointi48)

Tiinan puheessa ”tällainen paikka” viittasi juuri naistenyhteisöön, jossa voi olla rauhassa ja keskittyä omaan itseensä. Usein naisten haasteena olikin se, miten pysäyttää itsensä: miten pysyä hoidossa, hillitä omat impulssinsa ja antaa itselleen aikaa. Pysähtymistä oman elämän äärelle ja itseen keskittymistä voidaan lähestyä naisten hoivavastuiden ja sosiaalistumisprosessien näkökulmasta: Ensinnäkin naiset nähdään usein ensisijaisesti toisten hoivaajina huolenpitäjän ja vastuunkantajan roolissa, ja nämä samat roolit saattavat toistua myös päihdehoidossa tai esimerkiksi tilanteissa, joissa parisuhteessa mies juo (Finkelstein 1994; Palojärvi 2009; Simonen & Törrönen 2015). Myös naisten omissa kokemuksissa ilmeni se, miten omat tarpeet ja huolenpito itsestä unohtuivat tai ne sivuutettiin, koska itseä ei nähty niiden arvoisena (Auvinen 2001; Karttunen 2013; Virokannas 2013). Samoin työntekijät tunnistivat naisten olemisessa, puheissa ja toiminnassa tämän itsensä vähättelyn ja sivuuttamisen problematiikan:

”Ni et miten sen itsen hoitamisen, itsen hellimisen... sen kautta... Naiset on monesti niitä jotka on joko unohtaneet itsensä ihan kokonaan ja ikään kun palvelleet kaikkia muita ja niin ku pyrkineet pitämään sitä kaikkee muuta ja saattaneet todella unohtaa itsensä ihan vuosikausiksi. Ja aina jotenkin et mitkä kaikki arvot siinä sitte onkaan... Kaikki muu on menny edelle ja minä itse vasta viimisenä.” (työntekijän haastattelu_20)

Huomion ja katseen kiinnittämistä omaan itseen jäsennettiin naistenyhteisössä keskeisesti naiseuden ja naisena elämisen tarkastelun kautta. Naistenyhteisö mahdollisti tämän oman naiseuden löytämisen ja sen opetteluun: sen tutkimisen

ja kokeilun, millaista on olla ja elää naisena. Siihen oli mahdollista saada peilauspintaa toisilta naisilta:

”Et ei oo välttämättä jotenkin se semmoinen naiseus löytyny sinä aikana kun on päihkeitä käyttäny ja kun se naiseus ei oo löytyny, niin täällä sitä on hyvä harjoitella.” - - Kyl sitä varmaan harjotellaan ihan heti tossa vaikka aamupalaverissa, et joku siihen tulee jo ihan tiptop laittautuneena, et jos aikasemmin on siinä omassa elämässään, vaikkakin on ollu siinä miesvaltasessa jossa sitte - et mitä mä äskön selitin et se seksuaalisuus tulee esille siinä kun kohdataan niitä miehiä. Mut et vaikka nää naiset on tullu jostain sellasesta, missä on enemmistö ollu miehiä, ni kyllä nainen siinäkin tilanteessa kun se päihneiden käyttö on oikein lähteny kasvamaan, niin on lakannu välittämästä siitä, miltä näyttää, onko ollu kovin naisellinen, on(ko) tullut semmoseksi sukupuolettomaksi kokonaan... Niin täällä sitten ehkä sitten rupee välittämään itsestään niin paljon, että - ja siihen mun mielestä se vertaistuki on aina hyvä, että jos joku huolehtii hyvin itsestään, niin kyllähän se tossa näkyy verrattuna siihen, joka ei jaksu hiuksiaan kammata tai hampaitaan pestä tai saati huulipunaa tai muuta laittaa.” (työntekijän haastattelu_21)

”Ku tääl on myös niitä naisia, jotka on ollu niin kauan hyviä jätkiä et ne ei ees muista millasta on olla nainen tai ne ei oo tulleet sellaisiksi naisiksi vaan ne on alottaneet sen päihneiden käytön niin myöhään et nyt on tullu - -” (työntekijän haastattelu_22)

Naiseuden löytäminen, arvostaminen ja kunnioittaminen olivat tärkeitä hoidollisia ulottuvuuksia. Työntekijät pitivät hyvin tärkeänä osana kuntoutumista sitä, että nainen löysi omaa naiseuttaan ja kiinnitti siihen huomiota. Oman naiseuden tiedostamista ja löytämistä voidaan pitää tärkeänä siitakin syystä, että sukupuolen kautta jäsenyyty myös osaltaan käsitys siitä, kuka ja millainen minä olen. Dorothy Henderson ja Carol Doyle (1997, 474) toteavat monien päihdeongelmaisten naisten kadottaneen kykynsä kunnioittaa ja rakastaa naisia samoin kuin itseään naisena (ks. myös Väyrynen 2007, 141). Esimerkiksi feministisessä terapiassa on nähty tärkeänä arvottaa uudelleen perinteisesti feminiinisiksi luonnehdittuja ominaisuuksia ja korostettu itsensä arvostamista naisena (Worrell & Remer 2003). Päihderiippuvuus tuottaa irrallisuutta suhteessa omaan sukupuoleen, ja suhdetta siihen tulee työstää uudelleen. Naiseus on voinut kadota päihdeongelman alle, sitä on voitu piilotella tai oman sukupuolen häivyttäminen on ollut keino suojata itseä miesvaltaisessa päihdekulttuurissa. (Väyrynen 2007, 136, 167, 199-201.)

Keskeisenä työstämisen kohteena naistenyhteisössä olikin suhde sukupuoleen, omaan naiseuteen ja toisiin naisiin. Omaa naiseutta ja naisena olemisen tapaa jäsennettiin naisten puheissa miehiltä elämänsä aikana saadun palautteen ja miessuhteissa kertyneiden kokemusten kautta. Tämä oli sinällään merkityksellinen havainto, sillä miehiltä saadun palautteen, huomion ja hyväksynnän merkitys saattoi jopa korostua joidenkin naisten kohdalla (myös Haahela 2015, 86). Osana päihneiden käyttöä oli saatu huomiota miehiltä, ja se oli ollut yhtäältä itsetuntoa hivelevää ja toisaalta myös vastenmielisiä piirteitä sisältävää.

Ryhmässä käydään keskustelua raitistumisesta ja sen edellyttämistä muutoksista: ”Ootteko ihan oikeasti miettineet, mistä joudutte luopumaan (kun aikoo raitistua; TK)?”, pyytää Inka (työntekijä) naisia pohtimaan. Eevi toteaa heti: ”Vauhdista, juomisesta... on meno ja musaa, miesten huomio ja sitä kautta saatu itsetunnon kohotus,

hyväksynnän hakeminen – semmonenkin, mitä ei aina ole edes välttämättä halunnut.”
(KMP_ryhmä49)

Työntekijät kuitenkin pyrkivät edistämään sitä, että naiset tiedostaisivat vastakkaisen sukupuolen merkityksen oman naiseutensa ja oman itsensä arvottamisen jäsentämiselle ja pohtisivat, miksi se koettiin niin merkitykselliseksi. Toisaalta tärkeää oli esimerkiksi omalta äidiltä ja ylipäätään toisilta naisilta saatu peilauspinta naisena elämisen ja olemisen tapoihin oman naiseuden hahmottamisessa ja muovaamisessa. Suhde toisiin naisiin saattoi kuitenkin olla problemaattinen: koettiin, ettei kuuluttu joukkoon tai ettei muihin naisiin voinut luottaa, tai oltiin ”jätkämäisiä”. Ystävyyssuhteiden luominen toisiin naisiin ei ollut itsestäänselvää ja yksinkertaista tai naispuolisia ystäviä ei ylipäätään ollut. (Hendersson & Doyle 1997; Väyrynen 2007, 136; Haahtela 2015, 86–87.)

Pinja puhuu omasta epäluottamuksestaan tyttöjä ja naisia kohtaan ja kertoo siksi jännittäneensä tuloa naistenyhteisöön ja epäilyksistään. (KMP_rannalla50)

Sanni kertoo koulukiusaamisestaan ja että on havainnut sen ”miten kieroja ja kaksinaamaisia muijat on”. Toteaa, että hänellä ei oikeastaan koskaan ole ollut ketään tyttöä ystäväenä, vaan on ollut paljon poikia ystävinä. (KMP_rannalla50_jatko)

Vaikeuksissa asettautua suhteisiin toisten naisten kanssa saattoi olla kyse irrallisuudesta suhteessa omaan sukupuoleen, naiseuteen, joka koettiin vieraana ja outona. Kun ei tiennyt, miten toimia oman sukupuolensa ja oman naiseutensa kanssa, oli yhtä lailla vaikea toimia ja olla toisten naisten kanssa. Epäilevä ja jopa kielteinen suhtautuminen muihin naisiin oli haasteellinen tekijä naistenyhteisössä olemiselle, sillä hoito perustui vahvasti naisten keskinäiseen vertaistukseen ja sen tuottamiseen. Naisilta itseltään saadun palautteen ja työssä kertyneiden kokemusten perusteella työntekijöiden käsitys vertaistuen toimivuudesta naisten päihdehoidossa oli vahva.

TK: Miten sä näät niin ku sitte sen et kun on naistenyhteisö niin mikä sen merkitys on yksittäiselle naiselle?

Työntekijä: ”Vertaistuen kautta hirveen suuri. Et se on se kun sitä asiaa on täällä kysely ja jotenki niin ku tutkittu, ni sen vertaistuen merkityshän on niin ku valtavan iso. Ja sit se et kylhän naiset melkein lähes viikottain tuo sen jollakin tavoin, et on se vaan tärkeätä, et me voidaan puhuu just sillo vaan näist meidän asioista ja sillo jää pelit miesten kanssa... Niin ku tää miellyttäminen... se jää niin ku pois... se jää niin ku suurimaks osaks pois. Pääsääntöisesti se on niin et se on hyvänä koettu asia et jotkut jännittää sitä aluksi – ja et eihän täst voi tulla mitään ku ku tappelu ku tääl on kymmenen naista. Mä oon aina pärjänny paremmin miesten kanssa – nää tämmöset tyypit...”
(työntekijän haastattelu_23)

Yhteisössä toteutettava ”naisille naisten kesken” -periaate hoidon lähtökohtana saattoi siis olla epäilyksiä herättävä. Naissukupuoli ei merkinnyt välitöntä jaettava ymmärrystä ja kokemusten kohtaamista. Näin ollen naistenyhteisö olikin ambivalentti suhteessa sukupuoleen, naiseuteen: Yhtäältä naistenyhteisö merkityksellistyi turvallisena, feminiinisyyttä korostavana ja arvostavana sekä miehiltä, maskuliinisuudelta ja niihin liittyviltä kielteisiltä kokemuksilta ”vapaana” alueena ja siten myönteisiä merkityksiä saavana paikkana. Toisaalta negatiiviset

kokemukset ja käsitykset toisista naisista muodostuivat yhtä lailla haasteelliseksi lähtökohdaksi hoidolle ja naistenyhteisön toimivuuden kyseenalaistavaksi ajatteluksi.

”Toisaalta sitten on ruusuja, jotka kuvailee itseä sanomalla, että mä oon hyvä jätkä ja jotka on aivan niin kun järkyttyneitä siitä et pitääks mun niin kun tulla naisten kanssa toimeen et mä en niin kun tykkää tästä. Et mä oon aina tullu miesten kans toimeen et miehet on ollu aina se jonka kanssa mä niin kun hoidan asiat. En mä osaa naisten kans, ne vaan virkkaa pitsiä ja sitten taas ollaan sen peruskysymyksen äärellä, et kuka mä olen, millanen mä olen – identiteettitason kysymyksiä. Et jos on naisen keho, niin nainenhan siinä on jonkun määritelmän mukaan. Mä pidän sitä tärkeänä et on naisten yhteisö.” (työntekijän haastattelu_24)

Naisten kesken tapahtuvan kokemusten jakamisen, yhteisen pohdinnan ja vertaistuen merkitys kiteytyivät siihen ajatukseen, että naisten elämä ja kokemukset olivat erilaisia kuin miehillä. Naisille suunnattua NOVAT-ryhmätoimintaa tutkinut Helena Palojärvi (2009, 24) esittää, että ymmärtääkseen naista tulee olla nainen. Palojärven (mt.) mukaan naisena olemisen kokemusten ymmärtämisen edellytyksenä on tieto naisen asemasta ja elämästä yhteiskunnan jäsenenä. Naistenyhteisön toiminnassa ja työntekijöiden ajattelussa naiseus itsessään nähtiin arvona – ei parempana tai huonompana kuin mieheys vaan erilaisena, ja tätä erilaisuutta arvostettiin. Sukupuolieron teorian lähtökohtana on, että naiseutta ei voi ymmärtää vain mieheyden kautta eikä mieheyttä naiseuden kautta, sillä kummallakin on oma merkityspotentiaalinsa (Lempiäinen 2003, 25). Sukupuolen merkityksen tiedostamista pidettiin tärkeänä, jolloin työntekijöiden yhdeksi tehtäväksi asettautui naisena olemisen peilauspinnan tarjoaminen oman naisena elämisen kautta:

”Ja niin ku sanoin tos jo, niin kylhän se niin ku naisena olemisen esimerkkinä oleminen. Et kyl mä aattelen, et se on tosi tärkeetä täällä Ruusussa. Jotenki, et miten minä naisena koen, ajattelen, tunnen... toimin, valitsen.” (työntekijän haastattelu_25)

”Mä oon eläny naisen elämää, mä oon ollut pikkunen tyttö, mä oon ollu nuori nainen, mä oon ollu äiti ja vaimo ja nyt mä olen mummu ja uusiosinkku. Mä oon nähny sitä tätä ja tuota... Ikä ja omat kokemukset antaa tähän niin kun perspektiiviä sillai, että voi niin kun ajatella niitä erilaisia näkökulmia ja tilanteita, joista käsin asiakkaat omaa elämäntilannettaan katselee.” (työntekijän haastattelu_26)

Työntekijät tiedostivat ja refleктоivat myös sukupuolen ja naisena elämisen kokemusten merkitystä työlleen ja naisten ymmärtämiselle. Työskentelyä voi luonnehtia siten, että se oli sukupuolinäkökulman huomioivaa ja sukupuolen merkityksen tiedostavaa ja sitä pohtivaa. Työntekijöiden puheessa tai työta-voissa ei kuitenkaan ilmennyt valmista ja normittavaa naiseuden mallia, johon naisia olisi yritetty asettaa. Naisten tilanteita ei esimerkiksi jäsennetty ensisijaisesti hoivaroolien tai äitiyden kautta. Työntekijät eivät myöskään arvottaneet omaa elämänsä tai sen kokemuksia millään tavoin ”paremmiksi” tai ”oikeammaksi” kuin naisiasiakkaiden. Nämä olivat sikäli merkityksellisiä havaintoja, että äärimmillään työntekijän omat käsitykset ja kokemukset naisen elämästä voivat muodostua suoranaiseksi normiksi yhdestä hyvästä ja oikeasta tavasta olla nainen tai äiti. Näin ne voivat muodostua jopa naisiasiakkaiden kokemaa

alistusta uusintaviksi. (Laine 2005, 129, 143, 144, 176.) Naisten päihdehoitotyössä voidaan pitää tärkeänä sitä, että työntekijä on tietoinen omasta henkilöhistoriasta ja suhteesta omaan sukupuoleen sekä näiden välittymisestä työhön.

7.3 Naisten päihdehoidon erityisyys

Naistenyhteisön erityisyys Laitoksen toiminnan kokonaisuudessa kiteytyi siihen, miten naisten päihdeongelman kanssa työskentelyn nähtiin olevan erilaista kuin muissa yhteisöissä. Tämän erilaisuuden tavoittaminen vaati aikaa ja katseen kohdistamista toisenlaisiin seikkoihin ja kysymyksiin kuin mihin työntekijät olivat muualla tottuneet. Tätä havainnollistavat esimerkiksi Laitoksen toisessa yhteisössä työskentelevän Annen näkemykset ja kokemukset:

”Me tehdään paljon Tuvassa (yksi Laitoksen muista yhteisöistä; TK) niin ku päihdetyötä ja varmaan niin ku teki (viittaa Ruusun työntekijöihin), mut se lävähtää jotenkin kasvoihin se... Et kestää ennen ku pääsee siihen sisälle siihen Ruusuun... Siellä on niin ku eri asiat esillä.” (KMP_henkilökuntakokous_51)

Anne kertoi opiskelleensa oppisopimuksella päihdetyöntekijäksi ja olleensa sen myötä naistenyhteisössä työssäoppimisjaksolla viisi viikkoa: ”Mä asetin silloin tavoitteeksi ymmärtää naisten päihdeproblematiikkaa... että huh, huh... aivan mahdotonta!” Anne hahmotti työskentelyn miesten kanssa olevan paljon suurempaa kuin naisten kanssa, erilaista: ”Kun naisilla tähän liittyy niin paljon kaikkea.” Annen näkemyksissä naiset ja miehet, heidän päihdeongelmansa ja siten työtavat poikkesivat toisistaan ja naisten tilanteisiin sisältyi jotain erityistä, jota oli vaikea nopeasti tavoittaa ja täsmällisesti nimetä. Yksi naistenyhteisön työntekijöistä puolestaan toi esille Ruusun erityisyyden haastattelussa seuraavalla tavalla:

”Ruusulla on tavallaan ihan oma erikoinen leimansa tässä - - johtuu varmaan siitä, että tää on pelkästään naisille ja se tekee tästä yhteisöstä... Täällä on kuitenkin suurin osa miehiä, se tekee tähän jotenkin semmosen omanlaisensa. Mut jotenkin myös se tapa työskennellä niin kun perusteellisesti... on ehkä se mikä on tyypillistä naisille ja tekee tämän yhteisön myös erilaiseksi.” (työntekijän haastattelu_27)

Työntekijän pohdinnassa tuli esille ajatus siitä, että sukupuolen ohella - kun kaikki olivat naisia - erityisyys liittyi myös kokonaisvaltaiseen tapaan lähestyä naisten tilanteita. Haastattelussa työntekijän näkemys siitä, mitä nainen tuo mukanaan tullessaan hoitoon, kuvastaa hyvin sitä moninaisuutta, joka työn kohteeksi asettautuu naisten päihdeongelmien hoidossa:

”Meillähän on semmonen sanonta, että kun mies tulee tänne (laitokseen; TK) ni tulee mies ja muovipussi, mutta sitte ku tulee nainen, niin tulee nainen, yhdeksän matkalaukkua, mies, äiti, isä, lapset, naapuri ja ystävä... siis verkosto, kaikki ne tulee.” (työntekijän haastattelu_28)

Kun kyse on päihdeongelmaisesta naisesta, hoitoon ei tule vain nainen vaan ongelmaan kietoutuvat sosiaaliset suhteet ja niiden dynamiikka. Tutkimuksissa nais erityyksen hoidon piirteinä on pidetty nimenomaan kokonaisvaltaista, holistista lähestymistapaa ja naisten psykososiaalisten tarpeiden huomioimista (esim. Comfort & Kaltenbach 2000; Grella, Joshi & Hser 2000; Orwin, Francisco & Bernichton 2001; Covington 2008). Tiettyjen terapeuttisten tekniikoiden tai strukturoitujen hoitomallien noudattamisen sijaan olennaisempana on pidetty työntekijöiden kykyä osoittaa empatiaa ja lämpöä naisten vuorovaikutustilanteissa (esim. Fendrich, Hubbell & Lurigio 2006). Hoidon fokusoitumista yksinomaan päihdeongelmaan ei ole pidetty riittävänä (esim. Ashley, Marsden & Brady 2003; Campbell & Alexander 2006). Esimerkiksi Linda LaFave, Laura Desportes ja Christine McBride (2009) ovat kritisoineet päihdehoidossa vahvasti vaikuttavaa perinteistä AA-ideologiaa ja vallitsevaa sairaustulkintaa päihdeongelmista ja katsovat, että ne eivät palvele naisten tarpeita eivätkä huomioi naisten erilaisia tilanteita tai yhteiskuntaan ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. AA-ideologiaa LaFave ym. (2009) ovat kritisoineet muun muassa siitä, että siinä keskitytään yksinomaan täysraittiuteen mutta ei huomioida elämänlaatuun liittyviä kysymyksiä tai naisten kokemaa syyllisyyttä mahdollisista retkahduksista. Sairautulkinta puolestaan ei huomioi esimerkiksi sukupuoliroolien vaikutusta terveyteen tai ympäristön ja sosialisoinnin merkitystä. (LaFave, Desportes & McBride 2009, 52–53.)

Muun Laitoksen henkilökunnan ja yhteisöjen näkökulmasta naistenyhteisö, sen asiakkaat, toiminnot ja työskentelytavat poikkesivat Laitoksen toisten yhteisöjen toiminnasta. Toisinaan työntekijät kokivat, ettei naistenyhteisön toimintaa ja lähtökohtia aina ymmärretty oikealla tavalla.

”Meillä oli työntekijäpalaveri joku viikko sitten tossa ja mä vieläkin niin kun... Mä en pysty unohtamaan yhden toisen yhteisön työntekijän – kun meillä Ruusussa tehdään niin kun kaikenlaista – huudetaan niin kun ämpäriin... Eli me ei oo koskaan huudettu ämpäriin (nauraa), mutta tää oli se käsitys... Et kyllä meidän yhteisön (muut laitoksen työntekijät ja asiakkaat; TK) ihmiset on niin kun ihmetelly meidän ruusuja, et on ne vähän outoja. Me ei oo koskaan huudettu ämpäriin, mut jotenkin se jäi niin kun mietittämään. Mut mulle jäi se niin kun kirkkaasti mieleen se hänen äänensävyensä ja se miten hän niin kun, että hei...Varmaan muulle Laitokselle ei ihan selkeesti avaudu se narratiivisuus ja NLP ja se, mitä me ollaan täällä tekemässä. Et ehkä me kuitenkin katoaan erilaisesta näkökulmasta tai se, että miesten on ehkä haasteellisempaa ymmärtää sitä... kehollisuutta tai jotain semmosta, että mitä iloa on siinä, että tekee jotain käsihoitoa tai jalkahoitoa tai istuu jotkut kurkut silmillä... Ollaan ja mikä on se idea... Ku he ei oo vielä kokeillu?” (työntekijän haastattelu_29)

Työntekijän kokemuksessa esille nousi naistenyhteisön toimintojen ja lähestymistapojen ”käsittämättömyys” ja poikkeavuus verrattuna muiden yhteisöjen tapaan toimia ja orientoitua päihdeongelmien hoitoon. Myös toinen työntekijä kuvasi haastattelussa sekä eroavaisuuden sallimista että toisaalta tasapuolisuutta:

”Mut sillee Ruusu on yks Laitoksen yhteisö, että meillä on ihan samanlaiset vastuut ja velvollisuudet täällä Ruusussa ja se on mun mielestä niin kun hyvä asia, et ei naisia niin kun kohdella täällä yhtään sen eriarvoisemmin kun mitä miehiä, miesvaltasia yhteisöjä tai miesyhteisöjä. Ja ehkä naisilta sallitaan sit ehkä kuitenkin enemmän... Nais-

yhteisölle... sille sallitaan jotain vähän erilaista eikä sitä edes pidetä ihan kummallisena – tai sitä pidetään kummallisena, mut se on vaan ihan positiivista (nauraa)! Jotenkin sillä lailla...” (työntekijän haastattelu_30)

Työntekijä kuitenkin toi vielä haastattelussa esille, että työskentely naisten kanssa oli erilaista ja saattoi olla toisille työntekijöille vaikeaa:

”Että tänne on myös vaikea saada tähän naisyhteisöön työntekijää ihan äkkiä, kun muilla yhteisöjen työntekijöillä on vähän semmoinen olo tai tunne, että täällä on hankala olla töissä – että naisten kanssa on hankala työskennellä.” (työntekijän haastattelu_31)

Muiden työntekijöiden näkökulmasta tämä haasteellisuus tai vaikeus liittyi naisten ja miesten erilaisiin tapoihin olla vuorovaikutuksessa (myös esim. Claus ym. 2007; Bright, Osborne & Grief 2011):

”Esimerkiksi just Anu (toisen yhteisön työntekijä; TK) sano tossa, et naisethan menis rikki hänen tavastaan sanoa asioita tai puhua asioista, et ne menis ihan oikeasti rikki. Et ku miesten kanssa se on niin yksinkertaista ja sitä jotenkin sanoa töräytetään ja toinen töräyttää takaisin ja sit se on siinä.” (työntekijän haastattelu_32)

”Niin kyllähän täällä yhteisössä niin oikeasti aika pitkälle tulee mietittyä, että ei aiheuta ensinnäkin pahaa mieltä tai herätä jotenkin liian suuria tunteita siihen asiaan nähden ja sitten toisaalta aika paljon myös sitten jatketaan myös sitten sitä vatvomista, että oliko tää nyt sitten tässä. Et oliko se tää asia vai tuliko siihen sitten vielä niin kun se sataviiskyt tunnetta vielä mukaan ja jos ne kaikki sataviiskyt tunnetta vielä joudutaan käymään läpi, niin se on aika syvällistä ja monimutkaista ja aikaa vievää. Et siihen ei sitten semmoinen työntekijä, joka ei oo yhtään täällä ollu, niin ei välttämättä oo heti valmis.” (työntekijän haastattelu_33)

Naiset määrittyivät näissä pohdinnoissa herkkinä, särkyvinä ja toisenlaisina kuin miehet siinä, miten voi puhua ja olla, haastaa, konfrontoida ja lähestyä. Työntekijöiden näkökulmasta empatian ja lämmön osoittaminen kohtaamisissa on merkityksellistä työskenneltäessä naisten kanssa. (Ks. myös Fenrdich, Hubbell & Lurigio 2006.) Laitoksen muille työntekijöille sekä naisten hoidon orientaatiot että naisten päihdeongelmat hahmottuivat jollain tavoin erityisinä ja vahvasti emootioiden tasolle menevänä työskentelynä. Vertailua tehtiin sekä toisiin yhteisöihin, jotka olivat joko miesten yhteisöjä tai sekayhteisöjä, että miesten kanssa työskentelyyn. Seuraavassa haastattelusitaatissa naisten yhteisön työntekijä kuvasi Ruusussa sijaistaneen toisen yhteisön työntekijän antamaa palautetta:

”Tunteista puhutaan avoimemmin tai niitten vaikutuksesta ja jostakin ja sitten toi... Meillä oli kesällä yks miesten yhteisön ohjaaja, joka oli aivan järkyttynyt. Ihan tossa päiväkahvilla kun oltiin – et yhdessä päivässä oli puhuttu enemmän tunteista kun miesten yhteisössä koko kuukauden aikana. Ja mä olin ihan hämmästynyt, koska mun mielestä se oli ihan tavallinen päivä eikä mitään erityistä tunnepuhetta ollut ilmassa... Ja sittenkin se oli erilaista.” (työntekijän haastattelu_34)

Ruusun omalle työntekijälle tunnepitoisuus oli tavallista, kun taas vieraileva työntekijä oli kokenut tunnepuheen paljouden yllättävänä ja erilaisena verrattuna työskentelyyn Laitoksen miesten kanssa. Naisten päihdeongelmien hoidon erityisyys ja vaativuus liitettiin siis vuorovaikutustyyliin ja kokonaisvaltaiseen

lähestymis- ja työskentelytapaan, jota muiden yhteisöjen työntekijät eivät aina ymmärtäneet. Avoin konfrontointi ja vuorovaikutuksen suoruus toimivat vastinparina sille sensitiiviselle ja tunnustelevalle lähestymistavalle, jota naisten kanssa työskenneltäessä ensisijaisesti suosittiin. ”Tuhanteen kertaan miettiminen ja vatvominen” luonnehti naistenyhteisön keskustelutilanteiden vuorovaiikutustyyliä ja toimintaa. Muiden yhteisöjen työntekijöille välittyi kuva naistenyhteisön naisista hauraina, ja oman lähestymistavan pelättiin ”rikkovan” naiset. Naisten erityisyys liitettiin myös naisten taustoissa oleviin väkivallan ja hyväksikäytön sävyttämiin traumaattisiin kokemuksiin, naisten haavoittuvaan asemaan päihdekulttuurissa, tunteiden ja tunnetyön keskeiseen merkitykseen sekä oman naiseuden ja naisena elämisen tavan löytämiseen ja vahvistamiseen.

7.4 Häpeän läpäisemä naiseus

Keskeinen naisten päihdeongelmaan välittyvä, sitä ylläpitävä sekä hoitoon haikutumiseen ja toipumiseen vaikuttava tekijä on häpeä. Se sävyttää vahvasti päihdeongelmaisten naisten kokemuksia, olemista ja toimintaa. Näin ollen häpeän merkityksen ja olemuksen ymmärtäminen sekä häpeän käsittely on olennaista naisten päihdehoidossa. Perinteisissä hoito-ohjelmissa naisten tarvetta häpeän käsittelyyn ei kuitenkaan ole välttämättä tunnistettu tai sen käsittelyyn ei ole ollut mahdollisuutta. (Esim. Wiechelt & Sales 2001; Covington 2002; Segraeus 2005; Greenfield & Grella 2009; Palojärvi 2009; Sutinen 2010; Hernandez & Mendoza 2011; Törmä 2011.) Pohdin seuraavassa tarkemmin tätä teemaa ja sen ilmenemistä aineistossani.

Sosiologi Riitta Jallinoja (2009) kuvaa vieras-metaforan kautta sitä, miten päihdeongelma perheessä olevana vieraana merkitsee salailua, häpeää ja puhumattomuutta – jopa täyttä vaikenemista, eroa ja eristämistä. Ikään kuin se, mistä ei puhuta ja mitä ei paljasteta, lakkaa olemasta. Päihdeongelmaan liittyvän häpeän myötä vahvaa salaamisen ja suojelun tarvetta ilmeni myös naistenyhteisön asiakkaiden tilanteissa. Seuraava aineistositaatti kuvaa erään naisen pohdintoja siitä, mitä oli olla päihdeongelmainen nainen ja miten se saattoi olla ristiriidassa ulkoiseen elämäntilanteeseen, yhteiskunnalliseen asemaan tai koulutukseen liittyvien odotusten ja mielikuvien kanssa. Silloin ongelma pyrittiin salaamaan myös omilta perheenjäseniltä:

Marjatta tuo esille alkoholisteihin liitettävät kielteiset uskomukset, joiden mukaan alkoholisti on ”likainen, haiseva, kadulla kulkeva” – ja siksi Marjattakaan ei ole kertonut päihdeongelmastaan ja on halunnut salata olevansa hoidossa. Marjatta kertoo jättäneensä miehelleen lapun, josta hän voi lukea selityksen, jos joku soittaa ja kysyy Marjatta. Ja mitä Marjatta sitten on? Hän on eläkkeellä oleva lehtori, oman kuvauksensa mukaan ”keskiluokkainen mallikansalainen”, joka omien sanojensa mukaan on juomalla brandyä tullut alkoholistiksi. Marjatta jatkaa kertomalla salailun paineesta suhteessa miehensä jo aikuisiin lapsiin: ”Niiden maailma romahtaisi... et isän naisystävä onkin alkoholisti!” (KMP_ryhmä52)

Ymmärsin naistenyhteisön työskentelyn häpeän näkökulmasta siten, että yhteisön hyväksyvän ilmapiirin kautta avautui mahdollisuus purkaa häpeään liittyvää taakkaa, salaamisen tarvetta. Päihdeongelman peittely oli voinut sitoa naisen voimavaroja ja estää hoitoon hakeutumista:

”Ja sit se on tietysti vielä niinkin että ku aika moni päihdeongelmainen on salannu aivan hirvittävän pitkään – tehny niin ku valtavan työn salatakseen... Ollu älyttömän sitkee, sinnikäs ja kekseliäs. Niin sit ku tääl ei tarvi esittää, ni kylhän siit vapautuu aivan älyttömästi niin ku energiaa ja voimaa tehä jotakin muuta.” (työntekijän haastattelu_35)

Vasta kun tarve piilotella ja vaieta oli poistunut, oli mahdollista tarkastella omaa päihdeongelmaa vapautuneemmin. Ilmiönä ja työskentelyn kohteena häpeän haasteellisuus liittyy osaltaan siihen, että naisten päihdeongelmien yhteydessä siihen liittyy stigma, ei-toivottu sosiaalinen leima. Stephanie Covingtonin (2002) mukaan nimenomaan stigma, sen vahvuus ja seuraukset ovat erilaisia päihdeongelmaisten naisten ja miesten kohdalla. Naiset sisäistävät päihteiden käyttöön liittyvän häpeän, stigman, epätoivon ja pelon. Sen sijaan miehet pysyvät paremmin ulkoistamaan päihdeongelmaan liittyvää syyllisyyttä, ja poikkeava miesrooli saattaa olla jopa kulttuurisesti hyväksytty. Stigma ja uhka päihdeongelman paljastumisen mahdollisista seurauksista, esimerkiksi lasten menettämisestä, johtavat naisilla ongelman kieltämiseen ja pyrkimykseen minimoida päihteiden käytön vaikutuksia. (O'Connor ym. 1994; Wiechelt & Sales 2001; Covington 2002; Törmä 2011.) Häpeä sukupuolittuneena ilmiönä (Hernandez & Mendoza 2011, 376) tekee siitä nais erityisen kysymyksen päihdehoi-dossa.

Häpeästä voi tulla vahvasti yksilön sukupuolta kehystävä jäsenystapa. Tällöin esimerkiksi omaa naiseutta hahmotetaan korostuneesti häpeän kautta tulkittuna. Myös omassa aineistossani sukupuoli ja naisena oleminen jäsenyivät naisten kokemuksissa ja puheissa usein erilaisten negatiivisten määreiden kautta: häpeällisenä, rumana, lihavana, huoraksi leimattuna, halveksuttavana ja torjuttuna sekä kelpaamattomana. Häpeän kokemukset tuottivat osaltaan irrallisuutta. Tällöin esimerkiksi nuorelle naiselle oli musertava kokemus, kun hän ei kelvannut omana itsenään ja muut jäsensivät häntä dikotomian huora ja ei-huora kautta:

Minttu kertoo olleensa sijoitettuna ja siellä muut tytöt haukkuivat häntä piri-huoraksi. Minttu toteaa, että hänellä ei oikeastaan koskaan ole ollut ketään tyttöä ystävä-nä, vaan on ollut paljon poikia ystävinä. Jatkaa sitten: ”Mut pojissa on vaan se, et jos sä et anna ni sää oot huora ja sit jos sä annat, ni sitte sä vasta huora ootkin.” (KMP_rannalla53)

Omaa itseä ja naisena olemista saatettiin jäsentää puhumalla esimerkiksi huorakompleksista, jossa nainen uskoi myös muiden pitävän häntä huorana. Huorittelu voidaan nähdä osana päihdeongelmaisiin naisiin ja tyttöihin liittyvää kulttuurista ja sosiaalista häpäisemistä ja eron tekemisenä muihin naisiin. Naisten kokemuksissa huoran leiman saattoi saada omasta toiminnasta riippumatta (ks. Saarikoski 2012). Osa nimittelystä vaikutti sijoittuvan päihteiden käytön alakulttuuriseen tyyliin, jota esiintyi sekä naisten keskinäisenä nimittelynä että miesten taholta tapahtuvana. Erilaiset huorittelun kokemuksiin liittyvät muistot

kiinnittyivät osaksi sitä muistojen kokonaisuutta, jossa juotiin alkoholia tai käytettiin aineita oman olon sietämiseksi. (Ks. huorittelusta myös Väyrynen 2007, 132–136.) Huorittelijoina saattoivat yhtä lailla toimia toiset tytöt ja naiset, pojat, poika- ja miesystävät, isät kuin omat lapset tai oma äiti. Huoritteluun liittyvän häpäisemisen lisäksi naiseutta oli saatettu halventaa myös muilla objektivilla ja nöyryyttävillä nimityksillä ja teoilla:

Pirjo miettii, häpeääkö mies Pirjoa: ”Ku mulle yksikin sano, et kun hävettää noi vitunkantotelineen raamit.” Pirjo kertoo myös tekstiviesteistä, joita mieheltä saa ja lukee niitä meille ääneen. Pirjo sanoo, että ei haluaisi saada sellaisia viestejä. Sisällöltään viestit ovat törkeitä ja rivoja. (KMP_työhuoneessa54)

Yllä kuvatussa tilanteessa Pirjolla ei ollut merkitystä persoonana, tuntevana ja kokevana subjektina, sillä hän oli objekti, joka tiivistyi ”vitunkantotelineen raameiksi”. Miehen arvion mukaan nuo ”raamit” olivat vielä vääränlaiset, ei-hyvät, ei-kelpaavat, sillä hän häpesi niitä. Lisäksi samainen mies lähetti Pirjolle vielä Ruusuun tekstiviestejä, jotka olivat tyyliään rivoja ja röyhkeitä. Vaikka Pirjo toi esille, ettei haluaisi saada sellaisia viestejä, ei hän tässä kohden kyennyt tekemään asialle mitään – torjumaan itseensä kohdistuvaa häirintää ja ahdistelua, jollaisina työntekijät ne ymmärsivät. Pirjo ei myöskään ollut varma siitä, halusiko hän suhteen loppuvan ja ihmetteli, miksi he eivät voineet miehen kanssa olla julkisesti pariskunta.

Pirjon kanssa tämän tilanteesta keskusteleva työntekijä Katriina toteaa suhteen kuulos-tavan hyväksikäyttösuhteelta. Katriinan mielestä mies on käyttänyt hyväkseen Pirjon tilannetta ja toteaa, että myös Pirjolla on oltava oikeus tuoda esille omia tarpeitaan ja tunteitaan. Katriina kuitenkin heittää lopuksi ilmaan ikään kuin kysymyksen Pirjon ja miehen suhteesta todeten: ”mut jotain se silti palvelee sulle... et mitä se on? Joku siinä on...” (KMP_työhuoneessa54_jatko)

Elina Reenkola (2018, 34) kirjoittaa naisten kehon häpäisystä, lutka-häpäisystä ja huorittelusta verbaalisen häpäisemisen ilmiönä. Reenkola (mt.) käyttää käsitettä *body shaming* eli kehon häpäisy, jolla tarkoitetaan anatomiaan, erityisesti ylipainoon, kokoon, rintoihin tai muihin ruumiinosiin kohdistuvia suoria kommentteja, joiden kohteiksi naiset ja tytöt joutuvat eri tavoin. Erilainen ulkonäköä ja kehoa koskeva nimittely ja arviointi, huorittelu, painostaminen seksiin ja raiskaaminen olivat naisten kokemuksissa vahvasti sukupuolistuneita väkivallan muotoja, joilla osoitetaan valtaa ja alistamista sekä sanojen että tekojen tasolla. Niiden tarkoitus on nöyryyttää, tuottaa häpeää ja huonommuuden tunnetta. Ne voivat myös olla traumatisoivia ja psyykkistä hyvinvointia musertavia, ja niistä voi tulla keskeinen osa identiteettiä. Naisten kokemuksia läpäisivät objektivointi, kohteeksi joutuminen ja esineellistäminen. Kun nainen toistuvasti määrittyi toisten katseiden, sanojen ja tekojen kautta kaikkea muuta kuin arvostettavaksi ja kunnioitettavaksi ihmiseksi ja naiseksi, saattoi käsitys itsestä olla niin vääristynyt, ettei nainen edes ymmärtänyt tulleen häväistyksi ja nöyryytetyksi tai tunnistanut seksuaalista häirintää ja väkivaltaa. Osa naisista kuitenkin oli hyvin tietoisia tästä häpäisyn kohteena olemisesta: ”Siis ku mä ite koen että mua on niin ku häpäisty sekä äitinä että naisena” (KMP_keittiössä57).

Hoidollisesta näkökulmasta tarkasteltuna häpeän problemaattisuus liittyy juuri siihen, miten vahvasti siitä tulee osa yksilön identiteettiä ja omaa ihmisenä olemista läpäisevä tila ja tunne. Lähtökohtaisesti häpeä ei ole huono asia, vaan yksilö voi tuntea myös tervettä häpeää, mikä voi ohjata tarkastelemaan ja muuttamaan omaa toimintaa. Häpeä myös suojelee yksilön minuutta, rajoja ja intimitteettiä. (Wiechelt & Sales 2001; Dearing ym. 2005; Wiechelt 2007; Reenkola 2018.) Alkoholismista toipuneiden äitien kokemuksista väitöskirjassaan tutkinut Tiina Törmä (2011, 86) kirjoittaa naisten kokemuksista siitä, miten juovalla naisella ei ole ihmisarvoa ja jopa eläimiin sekaantujien katsottiin pääsevän vähemmällä moralisoinnilla. Tällainen kokemus itsestä edellyttää hoidolta hyvin syvällistä minän ja identiteetin tasolle palautuvaa työskentelyä. Myös naistenyhteisön työntekijät tunnistivat ja nimesivät näitä häpeään ja itseinhonon liittyviä kokemuksia naisten elämänsä elämissä ja pitivät tärkeänä niiden ottamista työskentelyn kohteeksi:

”Jotenkin se itsensä hyväksyminen joka tapauksessa... itsensä hyväksyminen sellasena naisena ku on. Ja jotenki niin ku sen, mitä kaikkee sitte onkaan tähän mennessä tapahtunu tai mitä siin elämänpiiris tai kokemuksis onkaan ni jotenki, et millanen nainen. Kyl se on identiteettitason kysymys et millanen nainen mä olen, millanen nainen mä haluan olla. Ja sitte ku siin on jotenkin viel se semmonen, et siinhän tulee helposti tää menneisyys ja siel tulee äiti, äitiys, siel tulee ne niin ku kaikki ne ketjuasiat... Kyl jotenki niin ku senkin käyminen tavallaan, et miten must tämmönen tulikaan. Ja sen niin ku avaaminen, et ku ihmisillä on aika monella tasolla ku sanoin just tos aikasemmin, et niitä haavoja on niin monella tasolla... Ni sen naiseuden ja itsensä kokemisen, et jos siin on siin on ollu se puoliso, joka on mitätöiny, alistanu tai kumppani joka on hyvin mitätöiny ja alistanut... tehny kaikenmoista ja sitte on niin ku itse naisena... Ei ole mitään – ei koe edes itseään naiseksi niin ni semmosen niin ku hoivaaminen tavallaan niin ku tos ryhmässä varsinkin niin ku näyttäytyy. Just se semmonen itsensä arvostamisen ajatus.” (työntekijän haastattelu_36)

Syvälle minän tasolle ulottuvana olemisen ja kokemisen tilana häpeän suora työstäminen voi kuitenkin olla haasteellista. Häpeäkokemukset tulivatkin usein hoidon kohteeksi osana muita kysymyksiä, eivät siis suoraan häpeäksi ja siihen kohdistuvaksi työskentelyksi nimettyinä.

”Ja sitte toisaalt se, että aika monesti naisilla on niin ku sanoin jo niin siin on semmoin häpeän ja salailun ketju ja se semmonen niin ku takana tai edessä tai missä se nyt niin ku onkaan, niin sillan kylhän ensinnäkin se et sitä saa kuorittua et vasta sitten miten päin se menee, mut voisinn tunnistaa et kuka minä olen, millanen minä olen ni kylhän siihen menee aikaa.” (työntekijän haastattelu_37)

Häpeän taakse pääseminen, sen ”kuoriminen” ja siten oman minän äärelle pääseminen ovat työskentelyssä aikaa vieviä prosesseja. Toisaalta päihdeongelmiin liittyvä kieltäminen, ulkoistaminen ja syyllisyyden sivuuttaminen voivat toimia defensesseinä nimenomaan häpeän käsittelylle. Häpeään taipuvainen yksilö voi käyttää alkoholia tai huumeita käsitelläkseen kivuliaita häpeän tunteita. Käytännön tilanteissa häpeä sekoittuu syyllisyyden tunteisiin. Toisiinsa kutoutuneina ne voivat tuottaa torjuntaa ja siten hoidosta vetäytymistä. Syyllisyys kuitenkin on eri tason kysymys kuin häpeä, sillä häpeä liittyy yksilön olemiseen. Sen sijaan syyllisyys palautuu tekoon, jota voi pyytää anteeksi ja jonka voi saa-

da anteeksi. (Schulman 2005, 19.) Näiden kahden erottelu toisistaan olisikin erittäin tärkeää päihdeongelmien hoidossa³⁷.

Häpeän käsittelyyn hoidon kontekstissa liittyy kuitenkin se ongelma, että työntekijät saattavat tahtomattaan ja tiedostamattaan vahvistaa asiakkaiden häpeäkokemuksia (myös Rechartt & Ikonen 1998). Esimerkiksi päihdehoidossa käytettävät menetelmät ja erityisesti konfrontaatioon pyrkivät hoitoasetelmat saattavat lisätä ja vahvistaa häpeää sekä naisten että miesten kohdalla. Naiset, jotka ovat jo ennen hoitoa alttiita häpeälle, voivat sisäistää syyttävän asenteen, kokea siten vielä suurempaa häpeää ja reagoida keskeyttämällä hoidon. (O'Connor ym. 1994.) Shelly Wiechelt ja Esther Sales (2001) havaitsivat AA:n piirissä olevia naisia koskevassa tutkimuksessaan, että voimakas sisäistetty häpeä oli yhteydessä suurempaan retkahtamisriskiin ja heikompaan sosiaaliseen sopeutumiseen. Vahva sisäistetty häpeä siis välittyi myös naisten toipumiseen ja koettuun hyvinvointiin, ja toisaalta pidemmälle toipumisessaan edenneiden naisten todettiin kärsivän lievemmästä häpeästä. Toisaalta päihdehoidossa on mahdollista kohdistaa toimivia interventioita nimenomaan häpeään. Yhtenä esimerkkinä tästä voidaan mainita Virginia Hernandezin ja Carmen Mendozan (2011) tutkimus, joka kohdistui päihdeongelmaisten naisten häpeän käsittelyyn ja sen vähentämiseen pyrkivään ryhmämuotoiseen psykoedukatiiviseen interventioon³⁸. Tutkimuksessa havaittiin myönteisiä tuloksia ryhmään osallistuneiden naisten yleisessä terveydentilassa ja hyvinvoinnissa, masennusoireiden lieventymistä ja itsetunnon kohentumista. Sisäistetty häpeä lievittyi ja itseen suuntautunut häpeäpuhe ja itsen syyttäminen vähenivät. Sen sijaan käsitys addiktiosta tuottamasta stigmasta omalle itselle ei vähentynyt (tilastollisesti) merkittävä tavalla. (Hernandez & Mendoza 2011, 386–387.)

Ajattelen, että pyrkimys asiakkaan hyvään ja sen edistämiseen ei ole vapaa nöyryytyksen ja häpeän tuottamisen mekanismeista. Päihdehoidon työntekijöiden tulisikin olla tietoisia siitä, miten he omalla toiminnallaan voivat joko vahvistaa tai lieventää asiakkaiden kokemaa häpeää ja sen aktivoitumista. Palaan lopuksi vielä hetkeksi naistenyhteisön ja laitoksen arjen tasolle ja pysähdyn tarkastelemaan sitä keskustelu- tai puhekulttuuria, jonka kautta osaltaan pyrittiin purkamaan naisten sisäistämää häpeää osoittamalla heille kunnioitusta.

³⁷ Häpeän käsitteellistämiseen, kliiniseen arviointiin ja käsittelyyn osana päihdehoitoa liittyy haasteita; päihdeongelma ja häpeä muodostavat kompleksisen kokonaisuuden. Samoin tutkimuksissa on tuotu esille esimerkiksi tarve eriyttää syyllisyyden ja häpeän käsitteet sekä niihin liittyvä ymmärrys toisistaan. Arkikielessä ja esimerkiksi asiakkaiden puheissa ne kuitenkin samaistetaan helposti. (Esim. Wiechelt & Sales 2001; Dearing, Stuewig & Tagney 2007; Wiechelt 2007.)

³⁸ Interventio taustalla on Brené Brownin (2006) muotoilema teoria nimeltä shame resilience theory (SRT). Interventio kohdistuu häpeän, sen ulottuvuuksien, häpeää laukaisevien tekijöiden sekä sitä ilmentävien kehon ja toiminnan tasolla tapahtuvien reaktioiden tunnistamisen opettamiseen. Interventio muodostuu 12 ryhmäistunnosta, jossa kussakin on oma ryhmässä käsiteltävä teemansa. Päihdeongelmaisten naisten ohella interventiota on sovellettu mm. psykiatrisessa hoidossa ja vankiloissa. Interventio on yhteneväinen sukupuolitietoisten päihdehoidon interventioiden käsitteiden ja periaatteiden kanssa tunnistaen mm. päihdeongelmaisiin naisiin heijastuvat sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset vaikutukset. Se myös korostaa naisten valtaistumista (empowerment) edistäviä strategioita, joiden avulla naiset voivat saavuttaa hallinnan tunteen oman elämänsä suhteen. (Ks. tarkemmin Brown 2006; Hernandez & Mendoza 2011.)

Eräänlaisena vastapuheena (ks. Juhila 2004) naisten kokemuksille itsestä eri tavoin huonona ja kelpaamattomana naisena sekä voimakkaille häpeän ja itseinhon tunteille voidaan pitää esimerkiksi sitä, miten asiakkaita kutsuttiin ”ruusuiksi”. Työntekijät käyttivät usein yhteisön naisista käsitettä ”ruusu”, ”meidän ruusut” tai kertoivat: ”Tänään meille tulee uusi ruusu.” Laitoksessa oltiin ylipäätään herkkiä sille, miten asiakkaista puhuttiin. Kyse ei ollut siitä, että vain erilaisia rivoja ilmauksia, häirintää tai ahdistelua ilmaisevaa kielenkäyttöä olisi pidetty kiellettyinä ja puuttumista vaativina. Esimerkiksi asiakkaiden nimittäminen ”tytöiksi” tai ”pojiksi” herätti avointa paheksuntaa. Seuraava aineistote on henkilökunnan kokouksesta, jossa sekä asiakkaiden että työntekijöiden tapa puhua nousi esille:

Sari kertoo havainneensa viikonloppuna asiakkaiden käyttävän rumaa kieltä ja piti sitä ongelmallisena, koska nytkin oli ollut paljon lapsivieraita. Päätetään ottaa asia esille Laitoskokouksessa. Tässä yhteydessä Pauliina tokaisee, että kyllä henkilökunnankin pitää ottaa huomioon oma kielenkäyttönsä, ”eikä niin ku puhua pojista tai tytöillä niin ku täällä äsken joku teki”. - - ”Et meillä on naisia ja miehiä asiakkaina!” (KMP_henkilökuntakokous55)

Ylipäätään tällaisilla hienovaraisilla ja ehkä viattomiksi tarkoitetuilla sutkauksilla voidaan tahattomasti aiheuttaa mielipahaa ja tuottaa kokemuksia alentavasta kohtelusta, jossa asiakkaat asetetaan ikään kuin lapsen asemaan: voidaan ajatella, että ”tyttö” ja ”poika” viittaavat alaikäiseen, lapseen, ja kuitenkin kyse oli aikuisille tarkoitettusta hoitoyksiköstä. Toisaalta esimerkiksi työttölyyn liitetään kulttuurissamme selkeästi seksistinen asennoituminen: ei niin vakavasti otettava, naiivi, lapsenomainen. Tällaisten kokemusten toistuminen päihdehoidossa voi vahvistaa erityisesti naisasiakkaiden muualla kokemaa aliarviointia, väheksymistä ja sivuuttamista. Puhumisen tapojen sensitiivisyydellä on merkitystä korostuneesti silloin, kun työskennellään marginaaliin sijoittuvien asiakasryhmien kanssa. Riikka Haahtela (2015, 40–41) kuvaa asunnottomien naisten kanssa tehtävää naistyötä koskevassa väitöskirjassaan sitä, mikä merkitys etunimellä kutsumisella ja nimien muistamisella on: näkymättömästä asunnottomasta naisesta tulee tällöin näkyvä, persoonallinen yksilö. Tämä voi vaikuttaa myönteisesti myös asiakkuuden ja vuorovaikutuksen rakentumiseen. Siksi sillä, miten naisia kutsuttiin myös naistenyhteisössä ja Laitoksessa, oli merkitystä, sillä puheella tuotetaan ja vahvistetaan myös institutionaalista miinusta ja asiakaskäsityksiä (Raitakari 2006).

8 KEHOLLISUUS JA TRAUMATISOITUMINEN

Tarkastelen tässä luvussa kahta naisten päihdehoidon keskeistä teemaa: kehollisuutta ja traumatisoitumista sekä niihin kohdistuvaa työskentelyä. Luvun painopiste on kehollisuuden analysoinnissa, ja traumanäkökulma on siihen vahvasti nivoutuva ja sitä täydentävä. Koska kehollisuuden tematiikka nousi esille yllättävän vahvalla tavalla, päätin ottaa sen omaksi analyysin kohteeksi. Sovellan siis tässä kohden myös nais erityyppisen päihdehoidon käsitteellistämiseen sisältyvää joustavuutta ja tuon esille vahvasti empiiriseen aineistoon palautuvan teeman omana erillisenä alueenaan. Traumatisoituminen ja traumaattiset kokemukset sen sijaan ovat aikaisemmassa tutkimuksessa selkeästi esille nostettuja teemoja naisten päihdehoidossa (esim. Cocozza ym. 2005; Amaro ym. 2007; Gatz ym. 2007; Covington 2008; Sacks, McKendrick & Banks 2008; Chung, Domino & Morrissey 2009). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole painottunut kehollisuus trauman tarkastelussa, vaan esimerkiksi traumat huomioivan hoidon vaikuttavuus. Traumanäkökulmalla on tässä luvussa kahtalainen merkitys: yhtäältä se tuo teoreettista ymmärrystä kehollisuuteen, ja toisaalta traumaattisiin kokemuksiin kohdistuva työskentely on osa nais erityyppistä päihdehoitoa.

Kehollisuuden ilmiöt ja niihin kohdistuva työskentely tulevat ymmärrettäviksi sen käsityksen kautta, jossa havaintojen ja toiminnan ymmärretään tapahtuvan kehon välityksellä. Hoidon yhdeksi tavoitteeksi voitiin mielestäni näin ollen ymmärtää kehotietoisuuden lisääminen. Kehollisuudella tarkoitan tutkimuksessani sen tarkastelua, millaisia kehoon liittyviä kysymyksiä sekä työskentelyn ja ymmärtämisen tapoja aineistossa ilmeni. Ajattelen, että päihdeongelman takana oleva elämä ja sen kokemukset ilmenivät myös kehon, sen oireiden ja kokemusten tasolla. Asiakkaina olevat naiset kertoivat siis kokemuksistaan myös kehon välityksellä. Tiedostan tässä kohden liikkuvani sosiaalityön kannalta haasteellisella kentällä, sillä sosiaalityö operoi vahvasti yksilön sosiaalisen ja yhteiskunnallisen asemoitumisen ja näihin liittyvien kysymysten kanssa; sosiaalityössä kehoon liittyvän teoreettisen ymmärryksen paikantami-

nen on huomattavasti haasteellisempaa³⁹ (Cameron & McDermott 2007). Sosiaalityön ammatillisen keskustelukulttuurin näkökulmasta voi olla vaikea löytää sopivia käsitteitä ja lähestymistapoja kehollisuuden tematiikan käsittelyyn. Myöskään minulle kehon ja kehollisuuden ymmärtäminen ja koko teeman nimeäminen ei ole ollut yksiselitteistä: aihe oli itselleni osin vieras, ja se asettautui minulle tutun sosiaalityön kentän ja vahvasti kielelliseen vuorovaikutukseen perustuvan työskentelyorientaation ulkopuolelle. Siksi ilmiön tavoittaminen, nimeäminen ja tarkastelu oli haasteellista.

Valitsin keskeisiksi näkökulmiksi kehollisuuteen aineistossani (psyko)somatisaatiota ja traumatisoitumista koskevan ymmärryksen⁴⁰. Näen niiden kautta rakentuvan teoreettisen tulokulman – lääketieteeseen ja psykiatriaan palautuvasta taustasta huolimatta – jäsentävän aineistossani paikoin vaikeaksi osoittautunutta ilmiötä, jonka ymmärtäminen olisi kuitenkin välttämätöntä päihdeongelmaisten naisten kuntoutumisen tukemiseksi. Kehollisuuden ohittaminen tässä tutkimuksessa siksi, että sen avaaminen ja käsitteellisen tarttumapinnan löytäminen on ollut vähintäänkin haasteellista, olisi sivuuttanut jotakin hyvin olennaista tutkimani naisten päihdehoidon intervention tarkastelusta.

8.1 Somatisoinnin hallintaa

Aloitan kehollisuuteen liittyvän analyysin tarkastelemalla somatisoinnin näkökulmasta⁴¹ niitä erilaisia psykosomaattisia oireita, joita naisilla hoidon aikana ilmeni, ja miten naistenyhteisön työntekijät niiden suhteen toimivat. Somatisaatio viittaa ilmiöön, jossa tietoiset tai tiedostamattomat psyykkiset tekijät tuottavat fyysisen sairauden pelkoa tai sellaista fyysistä oireilua, jolle ei löydy elimellistä selitystä. Yksilön subjektiivinen kokemus sairaudesta tai huonosta kunnos-

³⁹ Nadine Cameron ja Fiona McDermott (2007, 14) väittävät, että sosiaalityö on sivuuttanut biologisen ja fysiologisen kehon käsitteellistämisen ja että sosiaalityöltä puuttuu vankka teoria erilaisten fysiologisten ilmiöiden ulottuvuuksista, esimerkiksi tunteista, kognitiosta ja somatisaatiosta.

⁴⁰ Koska koin kehollisuuden teorisoinnin haasteellisena, hain peilauspintaa omalle pohdinalleni ja ymmärrykselleni esimerkiksi amerikkalaisen nykyfilosofi Richard Shustermanin ajatusten kautta. Shusterman käyttää käsitettä *somaestetiikka* kuvaamaan perinteistä mind-body -näkökulmaa. Shusterman pyrkii ylittämään keho-mieli-dikotomian ja on kriittinen filosofialle, joka on hänen mukaansa sivuuttanut kehon ja kehollisuuden merkityksen ajattelulle. Shusterman ymmärtää somaestetiikan yhtäältä sisäisenä kehotietoisuutena ja toisaalta kehon käyttämisenä tiettyjen asioiden ulkoiseen ilmaisemiseen. Shustermanin jaotteen mukaan somaestetiikan yhtenä osa-alueena on pragmaattinen somaestetiikka. Se tarkastelee erilaisia kehonkäytön menetelmiä, kuten joogaa, hierontaa tai tanssia, kehotietoisuuden lisäämisen menetelminä. (Shusterman 2006; 2008.) Tätä käsitystä vasten esimerkiksi naistenyhteisössä käytettävät keholliset lähestymistavat ovat siis pragmaattista somaestetiikkaa. Shustermanin teorisoitien ohella olen tietoinen ruumiista ja ruumiillisuudesta käydystä keskustelusta sosiaalitieteissä (esim. Jokinen 1997; Nykyri 1998) ja hyödynnän myös tähän liittyvää tutkimusta.

⁴¹ Somatisaation näkökulma tässä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tulkitsisin naisten oireita ja kehollisia reaktioita lääketieteessä esitetyn, diagnostisen somatisaatiohäiriön ilmenemisenä (ks. esim. Heikkinen ym. 2000; Karvonen ym. 2016). Somatisaatio on tässä kohden sosiaalityön ulkopuolelta tuleva käsitteellistämisen väline ymmärtää, miten keho, mieli, tunteet ja ajattelu ovat läsnä ihmisten toiminnassa ja reagoinnissa.

ta ei siis välttämättä ole yhteydessä fysiologisiin vaurioihin. Somatisointi voi olla päivittäistä tai satunnaista, ja ilmiönä se on sinällään hyvin inhimillinen ja tavallinen. Oireet ovat yleensä funktionaalisia ja liittyvät peruselintoimintoihin: sydämen ja hengityksen rytmiiin, ruokahaluun, ruuansulatukseen, eritystoimintoihin, unirytmiiin ja mielialaan. Toisaalta nämä toiminnot ovat herkkiä stressin kokemukselle, ja siksi ihminen alkaa tuntea itsensä sairaaksi pitkittyneen stressin seurauksena. (Karvonen, Läksy & Räsänen 2016, 219; Svennevig 2003, 48.) Toisinaan somatisaatiossa saattaa olla kyse opitusta reagoitavasta: tunnetilan sijaan keho reagoi jollakin epämiellyttävällä tavalla, esimerkiksi kivulla tai lihasten kiristymisellä. Lääketieteen näkemys on, että esimerkiksi lapsi voidaan opettaa somatisoimaan tai yksilö kriisissään ratkaisee tilanteen somatisoinnilla. (Heikkilä, Kalliokoski & Larivaara 2000, 2425; Svennevig 2003, 132.)

Somatisoinnissa on kyse psyykkisestä puolustusmekanismista, jossa ruumiilliset oireet lievittävät psyykkistä ahdistusta (Karvonen, Läksy & Räsänen 2016, 219). Somatisaation ymmärtämisen kannalta voidaan mielen ja ruumiin nähdä olevan koko ajan suhteessa toisiinsa ja kommunikoivan keskenään (Heikkilä, Kalliokoski & Larivaara 2000, 2426). Näin ihminen eri elämäntilanteissa ilmaisee tunteitaan sekä kehollaan että psyykellään, joko samanaikaisesti tai vaihdellen (Nykyri 1998, 37). Somatisoinnin ohella puhutaan myös psykosomaatikasta kuvaamaan mielen ja kehon yhteyttä sekä niitä erilaisia epä-määräisiä ahdistuksen, pahan olon ja stressin tunteita, jotka välittyvät kehoon ja mieleen (Tiihonen 1997, 112–113). Somatisoinnin tematiikka ulottuu myös erilaisiin traumaattisiin kokemuksiin, joissa keho kantaa näitä kokemuksia sanatomissa muodoissa (esim. Punamäki 2004).

Naistenyhteisössä kehollisuuden tematiikka tuli vahvasti esille ensinnäkin erilaisten psykosomaattisten oireiden muodossa. Tällöin mielen sisäinen kaaos, epätoivo, huolet ja ahdistus purkautuivat ja ilmenivät myös somaattisina oireina, joille ei välttämättä löytynyt lääketieteellistä syytä ja selitystä⁴². Ymmärsin näiden psykosomaattisten oireiden olleen mahdollisia, koska yhteisö oli riittävän turvallinen eikä niitä myöskään kummeksuttu. Erilaisina oireina ilmeni unettomuutta, itkuisuutta, eri puolilla kehoa olevia kipuja, pahoinvointia, väsymystä tai oksentelua. Toisinaan esimerkiksi päänsärky- ja väsymyspuhe läpäisi koko naistenyhteisön. Tai esimerkiksi lämpimästä kesästä huolimatta kaikkia asiakkaita palelsi ja he saattoivat istua sisällä huopiin kietoutuneina:

Keskustelemme yhteisössä vallitsevasta ”sairausbuumista”: Kaikki naiset valittavat eri vaivoja, Meri suorastaan matkii Annia valittamalla olevansa ”ihan jäässä” ja ollut Annin kanssa aamuisin saunassakin. Annilla on siis edelleen opiaattien vieroitusoireita ja kärsii siksi erilaisista kivuista ja kylmyydestä. Lisäksi Meri on kääriytynyt myös vilttiin. (Työntekijä) Toinin mielestä ruusut yrittävät näin ”saada pointseja” ja että kyse on huomionhausta. (KMP_työhuoneessa56)

Psykosomaattinen oireilu näyttäisi liittyvän erityisesti naisiin, sillä oireiden olemassaolon on ajateltu olevan naisille hyväksytympää kuin miehille. Oireet voivat toimia naisten kollektiivisena kielenä, sillä erilaisista oireista ja kehon

⁴² Laitoksessa oli myös oma poliklinikka, sairaanhoitajia ja lääkäri. Kaikki asiakkaat myös tavattiin erikseen poliklinikalla.

tuntemuksista valittaminen on yksi tapa puhua asioista (Nykyri 1997, 77; Ahola 1992, 5-8 Nykyrin 1997, 77 mukaan).

Naisten kuvauksista ja olemisesta saattoi havaita, miten osa kehon tuntemuksista sekoittui ahdistuksen ja paniikin tunteisiin yhdeksi monimutkaiseksi vyyhdiksi, jossa kehollinen ja tajunnallinen yhdistyivät. Kehon kautta ilmaistiin sitä epämääräistä pahaa oloa, jota toisinaan oli vaikea pukea sanoiksi. Kielen tasolla fyysiseksi tai biologiseksi määriteltä kehon tunne ei itsestään selvästi avaudu laajempaan merkityksenantoon, sillä olemme kielen ja käsitteiden vankeja, kirjoittaa Arto Tiihonen (1997, 106). Tiihosen (mt.) mukaan lääkkeisiin turvautumisen sijaan kivun ja ahdistuksen hoitaminen ”syvemmälle lihaan ja sen tuntemuksiin menemällä voisi avata kivun syitä sellaisilla tavoilla, jotka paljastuessaan edistäisivät itsetuntemusta sekä kykyä ehkäistä ja hoitaa kiputiloja ilman mekaanista hermojen rauhoittamista” (Tiihonen 1997, 106).

Juulia toteaa hänellä olleen vaikeaa ja että on saanut itkukohtauksia. Kertoo saunan auttaneen kuitenkin vieroitusoireisiin. Juulia miettii, ovatko vieroitusoireet psyykkisiä vai fyysisiä. Hän miettii, tulevatko ne, siksi, että hän ajattelee niiden tulevan vai ovatko oireet aitoja. (KMP _viikkoarviointi57)

Inka pohtii, onko hänen voinnissaan osittain kyse psyykkisistä vieroitusoireista, koska ollut nyt pidemmän aikaa juomatta. Aliisa kertoo nukkuneensa huonosti ja kuvaa oloaan siten, että ”pää on ihan tyhjä”. Naureskelee. Kertoo miettineensä yöllä kylmää lonkeroa. ”Ehkä jännitän kotiin menoa”, hän toteaa. Työntekijöistä Johanna tarttuu tähän ja ehdottaa: ”Voisiko kroppa kertoa, että on vielä käsiteltäviä asioita? - - Sullla on vielä aikaa... ehdit miettimään sitä, miten työstä jännitystä selvinpäin.” Seija sanoo olevansa hyvin hermostunut. Valittaa sydämentykytystä ja käsien tärinää. (KMP _aamupalaveri58)

Lotta ilmestyy työhuoneen ovelle. Kertoo käyneensä oksentamassa ja että jännitys purkautui näin. Jaana nyökyttelee ja toteaa Lotan ihan tärisseen päivän aikana ”et se ihan näky se jännitys ja nyt se purkautu.” (KMP_työhuoneessa59)

Kehon oireilun kautta voidaan ilmaista - ja toisaalta omaan itseen kohdistaa - niitä tunteita, joita kulttuurissa ei ole perinteisesti pidetty naisille soveliaina tai joiden ilmaisu näkyvästi koettaisiin kontrollin menettämisenä (Nykyri 1997, 71, 77-79). Kosketukseen perustuvia hoitoja⁴³ psykologian väitöskirjassaan tutkinut Hanna Svennevig (2003) toteaa emootioiden ilmenevän väistämättä kehossa, sen asennoissa, ilmeissä ja esimerkiksi punastumisena. Svennevigin mukaan kehon reaktio ei kuitenkaan ole tunnereaktio vaan pikemminkin tunnetyhjiö, joka aistitaan kipuna tai ahdistuksena. Tunnistamalla kehon reaktioita voidaan saada tarttumapintaa siihen, mitä psyyken alueella tapahtuu - tai jää tapahtumatta. (Svennevig 2003, 18, 117.) Voidaan ajatella niin, että ihmisen fyysinen

⁴³ Tutkitut hoitomuodot olivat Rosen-menetelmä, Rebalancing-kehoterapia, Kajava-hieronta ja vyöhyketerapia, ja valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli naisia. Tavallisimpia hoitoon hakeutumisen syitä olivat niska-hartiavaivat tai fyysiset kiputilat. Psyyken alueen ongelmista yleisimpiä olivat väsymys, stressi, masennus ja jännittyneisyys. Toisaalta suurin osa hoidon tarpeesta liittyi haluun lisätä itsetuntemusta ja vapauttaa itseilmaisua. Tutkimuksessa hoitoon hakeutuneiden psyykkistä hyvinvointia verrattiin lähtötilanteessa erään suuren yrityksen naistyöntekijöihin.

olemus on jonkinlainen psyykkisen tilamme ruumiillistuma, kirjoittaa Svennevig (Svennevig 2003, 21).

Naistenyhteisön työntekijät eivät tulkinneet erilaisia kehollisia oireita ensisijaisesti psykiatristen sairauksien kautta. Psykiatria sinällään kuitenkin tunnistaa, että somatisointi on yhteydessä psykiatrisiin sairauksiin, ja joissakin häiriössä se on olennainen oire; esimerkiksi masennukseen ja paniikkihäiriöön sekä traumaperäiseen stressihäiriöön voi liittyä myös somaattisia oireita. (Karlsson & Koponen 1995; Antervo 2017.) Työntekijät lähestyivät erilaisia somaattisia oireita ja niihin kietoutuvia tunnetiloja rauhallisella ja tunnustelevalle otteella. Naisten oireiden aitoutta tai olemassaoloa ei kyseenalaistettu. Niihin ei myöskään lähdetty etsimään välitöntä syytä ja selitystä ja sen myötä nopeaa ja tehokasta oireen poistamiseen tähtäävää ratkaisua. Sen sijaan naisten kertomaa pyrittiin ymmärtämään, naisia kuulosteltiin ("kerro lisää") ja ohjattiin rentouttamaan itseä. Samalla naisia myös ohjattiin tarkastelemaan ja tutkimaan oireita kehon ja mielen viesteinä. Toisaalta on syytä huomioida, että läheskään aina ei ollut kyse siitä, etteikö nainen olisi osannut pukea sanoiksi omia tunteitaan tai ei olisi ymmärtänyt kehon oireiden ja mielen välisiä yhteyksiä. On mahdollista, että joidenkin ihmisten keho reagoi erittäin herkästi, riippumatta esimerkiksi heidän verbaalisista valmiuksistaan kuvata tunteita (Svennevig 2003, 131–132).

Naistenyhteisön työntekijät tulkitsivat kehon tuntemusten olevan yhteydessä emootioihin ja ajatuksiin psyykkisellä tasolla, jolloin ne eivät olleet vain irrallisia viestejä, tuntoja tai kipuja. Näin erilaiset kehoon suuntautuvat hoidot – kuten kasvohoito, jalkahoidot tai niskahieronta – voidaan ymmärtää paitsi itsensä huolehtimisena ja itsensä tuntemisena, myös rentoutumisena ja ajatusten selkiyttämisenä sekä tällaisten keinojen käyttöön ohjaavana toimintana:

"Niä, jotenkin jos mä aattelen, niin mä itse nautin ihan mielettömästi sellasesta, että mä teen itse itselleni hyvää. Se tuntuu mukavalta, se saa ajatukset jotenkin ehkä levollisemmaksi tai rentoutuneemmaksi ja jotenkin mä koen sellaista yhteistä kun siinä on sitte muitakin naisia. Niin kyl mä uskon niin kun että se liittyy siihen... siihen tota itsen tuntemiseen ja itsestä huolehtimiseen, että mä osaan ihan oikeesti tehdä itselleni niin hyvää et vaik joku muu tuntuis tosi kivitalon korkuselta tai hankalalta niin joku tämänönen voi oikeesti rauhoittaa mua tai saada ajatukset selkeemmiksi tai vaikka vaan sen rentoutuksen kautta hakea jotain uusia ajatuksia." (työntekijän haastattelu_38)

Hierontaa, akupunktiota ja rentouttamista tarjottiin naisille esimerkiksi tilanteissa, joissa he olivat ahdistuneita tai halusivat helpotusta vieroitusoireisiin. Hoitoja voitiin toteuttaa hyvin spontaanisti asiakkaan tai työntekijän aloitteesta sopivassa tilanteessa tai erikseen suunniteltuna ajankohtana. Hoitoja toteutettiin pienessä ja rauhallisessa, valaistukseltaan sopivassa tilassa. Näissä tilanteissa työntekijät olivat usein kaksistaan asiakkaan kanssa. Esimerkiksi asiakkaan niskaa hieroessaan työntekijä selitti samalla rauhallisesti asiakkaalle, mitä oli tekemässä ja rohkaisi naista kuulostelemaan itseään ja omaa oloaan. Jotkut asiakkaat rohkaistuivat näissä tilanteissa puhumaan toisella tapaa kuin ryhmissä, ja kevyemmän ja arkisen jutustelun kautta oli helpompi siirtyä syvällisempiin kysymyksiin. Se, että työntekijä koskettaa asiakasta, edellyttää työntekijältä tarkkaa ammatillista harkintaa, ja hänen on huomioitava asiakkaan subjektiivinen kokemus omista kehon rajoista ja oikeudesta koskemattomuuteen. Hoito-

työn kontekstissa kulttuurinen kielto koskettaa vierasta ihmistä voidaan ohittaa asiakasta kunnioittaen. Toisaalta asiakkaan näkökulmasta se, että työntekijä koskettaa häntä, voi olla erittäin merkityksellistä, sillä kosketuksella on psykologinen ulottuvuus: se lisää luottamusta ja turvallisuutta, rauhoittaa ja viestittää välittämisestä, inhimillisyydestä ja huolenpidosta. (Routasalo 1998.)

Vaihtoehtoisilla toimintaehdotuksilla pyrittiin tukemaan sellaisen kokemuksen muodostumista, että kaikkiin kehon kautta välittyviin tuntemuksiin tai oireisiin ei tarvittu lääkkeitä, vaan niitä voitiin helpottaa toisilla tavoilla. Samalla naiset saivat kokemuksen siitä, että oireet eivät olleet ylitsepääsemättömiä tai heidän vaikutusmahdollisuuksiensa ulottumattomissa. Omaa kehoa ja sen toimintaa ja reagoitintapoja oli mahdollista oppia hallitsemaan ja oireita ymmärtämään. Työntekijöiden orientoitumisella ja kehollisella asettautumisella tilanteisiin oli oma merkityksensä. Yleensä myös levottomat ja ahdistuneet asiakkaat rauhoittuivat ja asettautuivat, kun työntekijät pysyivät rauhallisina, säätelivät omaa käyttäytymistään ja kehon eleitä sekä ohjasivat asiakkaita käytännölliseen toimintaan. Asiakkaan kertoessa esimerkiksi oudoista tuntemuksista sydämessä työntekijät eivät heti huolestuneina ottaneet esille verenpainemittaria tai lähettäneet asiakasta Laitoksen lääkärin luo.

Netta ilmestyy ovelle ja kysyy "voiko tulla?". Nyökkäilyä. Netta jää ovensuuhun ja selittää omaa oloaan: on levoton. Pyytää Propralia. Ei nyt löydy, pitäisi hakea polilta. Kristiina ehdottaa Propralin sijasta salviamuskattia: "Teet käsi- ja jalkahoidon itsellesi, rentouttavaa ja rauhoittavaa musiikkia", ehdottaa Kristiina. Netta vastaa että "mä en nyt pysty... oon niin levoton". Lääkkeen sijasta tarjotaan siis muuta vaihtoehtoa rentoutua. Netalla on edelleen vieroitusoireita sekä osin lääkkeisiin liittyvää sydämentykytystä, johon saanut Propralia. (KMP_työhuoneessa60)

Saara (työntekijä) neuvoo Paulalle erilaisia tapoja rentoutua ja muistuttaa erilaisista ratkaisutavoista, joista ryhmissä on puhuttu vaihtoehtoina lääkkeille. (KMP_työhuoneessa61)

Samoin vieroitusoireiden osalta toteutettiin "siedätyshoitoa", kun välitöntä ja nopeaa helpotusta esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden avulla ei tarjottu:

Opiaatteja käyttänyt ja niistä katkaisuhoidossa vieroittautunut Pamela valittelee edelleen vaivaavia vieroitusoireita, vaikka hänen mukaansa "pahimmat reflat on jo tietty takana". Valittaa väsymystä, palelua, tärinää ja kyselee "lääkityksen takia" lääkärille pääsyä. Työntekijät kertoivat minulle aiemmin, että Pamelalla on "muutenkin aika reilu lääkitys". Rita toteaa, että Pamelalla on jo lääkitys ja että vieroitusoireita voi hoitaa muutenkin, esimerkiksi liikkumalla, saunomalla, vähentämällä kahvia, juomalla esimerkiksi kuumaa kaakaota: "Et mahdollisimman vähän lääkkeitä... eihän ne pillerit mitään onnea tuo." Pamela tyytyy tähän ja poistuu. (KMP_työhuoneessa62)

Lääkkeiden käyttö osana hoitoa oli korostuneen hallittua Laitoksessa, ja lääkkeisiin suhtauduttiin kriittisesti: "Eihän ne pillerit mitään onnea tuo." Tulkitsin tämän liittyvän osaltaan siihen lähtökohtaan, että hoidon ei haluttu vahvistaa jo olemassa olevaa päihderiippuvuutta lisäämällä lääkkeitä tai aloittamalla uusi lääkitys ilman huolellista harkintaa. Valittu hoitolinja oli sikäli perusteltu, että tutkimusten perusteella on tiedossa, että päihteiden käyttöä hillitsevien lääkkeiden käyttö on yhteydessä heikompiin hoitotuloksiin ja että asiakkaiden voi

olla vaikea hahmottaa reseptilääkkeiden yhteyttä omaan päihdeongelmaansa. Lääkkeillä voi olla toimintakykyä palauttava vaikutus, mutta päihteen käytön jatkuessa voivat lääkkeet ylläpitää ja pahentaa päihdeongelmaa edelleen. (Kuisisto & Saarnio 2012; Rakkolainen, Koski-Jännes, Tolonen & Tuomisto 2015.)

Naistenyhteisössä asiakkaiden yksittäiset pyynnöt lääkkeiden lisäämisestä ja lääkärille pääsystä saatettiin siis sivuuttaa. Asiakasta kokemuksineen ja tarpeineen ei kuitenkaan torjuttu vaan tarjottiin tilalle jotakin muuta – sellaista, mikä oli mahdollista myös kotiloissa ilman turvautumista lääkkeellisiin keinoihin tai päihteisiin. Kieltämättä työntekijät – ja myös asiakkaat ainakin hetkelisestään – olisivat joissakin tilanteissa varmaankin päässeet helpommalla, jos lääkkeitä olisi käytetty runsaammin ja aktiivisemmin. Sen sijaan yhteisö kannatteli psyykkisesti ja somaattisesti oireilevia naisia ja työntekijät pyrkivät löytämään vaihtoehtoisia keinoja oireiden helpottamiseen. Demokraattisen yhteishoidon ideologian viitekehyksessä tulkittuna yhteisö siis salli ja sieti poikkeavuutta ja häiriöitä. Tällöin erilaiset oireet voitiin ottaa myös työskentelyn kohteeksi, kun oireita ei välittömästi häivytetty tai poistettu eikä sitä vältelty. Asiakkaalle saattoi olla merkityksellistä se, että oireiden subjektiivista kokemusta ei kyseenalaistettu ja niiden lievittämiseksi pyrittiin löytämään toimivia ja turvallisia tapoja. Esimerkiksi kroonisesta kivusta kärsivät ovat kertoneet toistuvista mitätöinnin, epäilyksen ja kohtaamattomuuden kokemuksista tilanteessa, jossa lääketieteellistä syytä ja diagnoosia kivulle ei ole voitu asettaa. Kipua ei tällöin ole virallisesti tunnustettu olemassa olevaksi. Tällainen on johtanut pahimmillaan eristäytymiseen ja häpeään sekä sosiaalisen kivun kokemiseen. (Utriainen & Honkasalo 2004, 41–43.)

Kun haastattelutilanteessa keskustelimme kehoon liittyvistä ulottuvuuksista naisten päihdeongelmien hoidossa ja pyysin työntekijää pohtimaan tätä puolta työskentelyssä erityisesti naisten näkökulmasta, kuvasi eräs työntekijä sitä seuraavasti:

”En mä sit tiedä, onko naiset jotenkin tutumpia kehonsa kanssa. Et naisethan tuntee, milloin munasolu on irtoamassa, kuukautiset on tulossa tai menossa tai jotakin. Tai jos aatellaan et raskauden aikana tuntee vauvan liikkeitä ja... kuulostelee kehoaan. Se on jotenkin yks olennainen osa sitä naisena olemista niin kuulostella omaa kehoaan... Aattele nyt: nainen, joka on perinteisesti hoitanu lapset, niin kokeilee kyynärpäillään onko kylpyvesi sopivaa ja et... Perinteinen arki, jossa on keskiössä lapset ja kodin hoito... niin nainen vaivaa pullataikinaa, leipätaikinaa... tuntee siinä, että no lisää pikkusen jauhoja. Sehän on siis äärimmäisen kehollista koko ajan. Jos mies vääntää jakoavaimella jotain mutteria kiinni – no kyllä hänkin tuntee sen, että kyllähän se on tiukassa, mut ei se oo niin jokapäiväistä. Et metsästää jänistä tai ajaa jotain rekkaa... Kyllähän siinä tarvii sitä kehollisuutta, mut perinteisesti nää roolit on menneet niin et naisilla on enemmän sitä kehollisuutta. Mut mä en kuitenkaan näkisi niin et kehollisuus on vaan yksin naisten oikeus.” (työntekijän haastattelu_39)

Kehollisuus nähtiin siis tärkeänä, mutta ei yksinomaan naisille kuuluvana asiana. Toisaalta kehollisuus ymmärrettiin luonnollisena, naisten elämään ja arkeen ”perinteisesti” kuuluvana ulottuvuutena, joka liittyi hoivaan ja huolenpitoon. Siten se asettautui myös luontevaksi osaksi naistenyhteisön toimintaa. Kehollisuudella on siis myös sukupuoleen liittyvä sidos: naiset ja miehet kokevat ruumiin eri tavoin, ja ruumiilliset kokemukset heijastuvat – tiedostaen tai

tiedostamatta – yksilön käsitykseen omasta naiseudestaan tai mieheydestään (Tiihonen 1997; Kosonen 1998). Myös Svennevig (2003, 125) katsoo, että joko naisen suhde omaan kehoon on tiiviimpi kuin miehillä tai sitten kulttuuri sallii naisille toisella tapaa oman kehon kuuntelun ja näin myötävaikuttaa esimerkiksi erilaisiin kosketushoitoihin hakeutumiseen.

Naistenyhteisössä käytettyjen kehollisten lähestymistapojen mahdollisuuksia voidaan peilata Svennevigin (2003) kosketukseen perustuvia hoitoja koskevan tutkimuksen tuloksiin. Svennevig toteaa, että erityisesti psykologista tukea tarvitsevat näyttäisivät hyötyvän tällaisista hoitomuodoista ja että kehoa on mahdollista käyttää apuna itseymmärryksen lisäämiseen (Svennevig 2003, 132). Myös erilaisten psykiatristen ja neuropsykiatristen oireiden hoidon yhteydessä on havaittu viitteitä esimerkiksi hierontaan perustuvien hoitojen myönteisistä vaikutuksista (Mäkelä 2005). Svennevig (mt.) kuitenkin huomauttaa, että kehon avulla työskentelyssä on kiinnitettävä huomiota pintaan nousevien tunteiden ja mielikuvien voimakkuuteen; esimerkiksi psykoosialttiille ihmisille tällainen työskentely ei sovellu. Svennevig havaitsi tutkimuksessaan, että kosketushoidot lisäsivät esimerkiksi vireyttä ja rentoutuneisuutta, kohottivat mielialaa, helpottivat ahdistuneisuutta ja lievensivät vihan tunnetta. Olennainen merkitys näyttäisi kuitenkin olevan hoitosuhteella, joka oli yhteydessä asiakkaiden kokemaan tyytyväisyyteen ja hyötyyn. Hoidon vaikutukset puolestaan käytännössä lähes katosivat hoitosuhteen päätyttyä. Voidaan puhua siis hoiva-vaikutuksesta. (Svennevig 2003, 125–127.)

Hoivavaikutuksella voi olla keskeinen merkitys näiden erilaisten kehollisten menetelmien käytölle naistenyhteisössä. Svennevig (2003, 125–126) kirjoittaa kosketushoitojen biologisista, psykologisista ja kulttuurisista vaikutusmekanismeista. Psykologiset ja kulttuuriset mekanismit viittaavat juuri kohdatuksi ja kuulluksi tulemisen kokemuksiin ja lohdutuksen saamiseen sekä siihen, että sekä työntekijä että asiakas uskovat hoidon myönteisiin vaikutuksiin. Toisaalta voidaan ajatella niinkin, että vaihtoehtoisilla hoidoilla on erilaisia tavoitteita: ne voivat liittyä joko fyysisen hyvinvoinnin kohentamiseen tai psykologiseen muutokseen. Ensin mainitussa keskeisiä ovat esimerkiksi työntekijän taidot tuottaa rentoutusta keholle ja jälkimmäisessä taas tuetaan asiakkaan itsereflektiokykyä ja sen vahvistumista. (Svennevig 2003, 131.) Havaintojeni perusteella päädyn esittämään, että naistenyhteisön kehollisissa työtavoissa nämä tavoitteet vaihtelivat.

8.2 Suhde omaan kehoon ja itsestä huolehtiminen

Ilmiötasolla kehollisuuden tematiikka tuli esille myös siinä, miten naiset suhtautuivat omaan kehoonsa, miten he esimerkiksi puhuivat omasta vartalostaan ja seksuaalisuudesta. Oman vartalon ”huonona” ja ”puutteellisena” näkeminen

ja kokeminen oli tavallista. Erityisesti syöminen ja ruoka näyttäytyivät naisten tilanteissa problemaattisina teemoina⁴⁴.

Irina (asiakas) nousee ylös ja kiskoo ”jenkkakahvojaan”: ”Mä haluan pois nää!” Kirsi kuuntelee Irinan puhetta. Irina puhuu paljon ja pitkään. Uskaltaa puhua avoimesti syömisongelmistaan ja saa tästä myös positiivista palautetta. Kirsi kyselee: ”Mikä sinua auttaisi? Miten me voitaisiin tukea sua siinä?” Kirsi jatkaa pohtimalla: ”Onko tässä nyt jälleen kyse siitä, että kelpaanko mä... olenko ok? Siitähän täällä ollaan viime aikoina jotenkin puhuttu paljon.” (KMP_aamupalaveri63)

Myös Riina kertoo omasta syömishäiriöstään, kuihtumisestaan ja miten oma ulkonäkö on toisinaan ahdistanut niin paljon, että on kaupungilla kulkenut huppu päässä ja pitänyt mahdollisimman isoja vaatteita. Riina kiskoo ihoaan lantiolta ja toteaa, että on hoidossa lihonut todella paljon ja tokaisee: ”vittu läskii täällä ja täällä!” (KMP_rannalla64)

Omaan kehoon liittyvät tunteet kietoutuivat osaksi sitä kokemusta, joka heillä oli naisena olemisesta ja itsestään ylipäätään. Käsitys siitä, millainen oma keho on ja millainen suhde yksilöllä on siihen, rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja kohtaamisissa saadun palautteen kautta. Kehon ja sen kokemisen kautta piirretään rajaa itsen ja muiden välille. Omaan kehoon liitettävät negatiiviset mielikuvat sekä kehoon kohdistuva rankaiseminen ja laiminlyönti kutoutuivat osaksi syvällisempää kysymystä siitä, miten naiset näkivät itsensä ja oman arvonsa ylipäätään.

Heli kertoo rankaisevansa itseään, jos ei jaksanut nousta aamulla kello kuusi lenkille, sillä silloin Helin mukaan laihtuu paremmin, kuin jos aloittaa liikkumisen vasta illalla. (KMP_aamupalaveri65)

Pilvi toteaa laiminlyöneensä itseään ja omia perustarpeitaan: ei nuku, ei syö kunnolla. Kuvaa tätä myös jonkinlaisena itsensä rankaisemisena. (KMP_aamupalaveri66)

Kohtuuden ja omien rajojen hahmottaminen niinkin tavallisilla elämänalueilla, kuten ruoka ja liikunta, näyttäytyi heilurimaisena liikkeenä ääripäiden välillä. Toisinaan kyse oli päihkeitä korvaavien riippuvuuksien ilmenemisestä⁴⁵, joilla voidaan helpottaa omia tunnetiloja tai hakea mielihyvää. Naisten päihdehoidossa keskeiseksi työskentelyn alueiksi jäsentyvät siis myös naisten syömistapoihin ja liikuntaan liittyvän toiminnan seuraaminen, arviointi ja tarvittaessa näihin kohdistuva suora työskentely. (Harrop ym. 2010; Nokleby ym. 2014.)

Kehollisuuden ilmiöihin kohdistuvan työskentelyn tavoitteena oli edistää naisten fyysistä terveyttä ja hyvinvointia. Esimerkiksi syömisongelmallisuus

⁴⁴ Syömishäiriöihin liittyvän problematiikan ja oireilun on ylipäätään havaittu olevan yleistä naisten päihdeongelmien yhteydessä. Kriittikinä tosin on esitetty, ettei naisten syömishäiriöitä ja samanaikaista päihdeongelmaa sekä niihin kohdentuvaa yhteistä hoitoa ole juuri tutkittu (esim. Calero-Elvira ym. 2009; Harrop & Marlatt 2010; Nokleby 2012; Nokleby, Pedersen & Skårderud 2014). Syömishäiriöiden ja päihderiippuvuuden dynamiikassa voi olla samankaltaisuutta ja toisiaan vahvistavia elementtejä (van Wormer & Askew 1997; Harrop & Marlatt 2010).

⁴⁵ Yksi tavallisimmista tavoista irrottautua riippuvuudesta on korvaava riippuvuus (Koski-Jännes ym. 1998, 145–146), ja tämä ilmiö on tunnistettu toipumista ja hoitoa koskevissa tutkimuksissa (esim. Knuuti 2007; Pärttö, Hännikäinen-Uutela & Määttä 2009; Kuusisto 2010).

ja riutuminen heijastuvat myös mielialaan ja kykyyn prosessoida asioita, kun fyysistä energiaa ei ole. Samoin voi olla vaikea erottaa toisistaan nälkiintymiseen liittyviä somaattisia oireita ja päihderiippuvuuteen kiinnittyviä vieroitusoireita. (Harrop ym. 2010.) Naistenyhteisössä säännöllisestä päivä- ja ruokailurytmistä pidettiin tiukasti kiinni, ja se oli asiakkaita velvoittava. Se oli osa hoitoa. Työntekijät myös seurasivat hienovaraisesti asiakkaiden syömistä, ja asiakkaille suunniteltiin tarvittaessa yksilökohtainen ruokavalio kuntoutumisen tueksi:

Leila on tyytyväinen uuteen ruokavalioon, kehuu ja kiittelee: ”Miten ihanaa ruokaa... Eikä ole yhtään nälkä!” Leilalla on kihti, hän haluaa laihtua ja nyt keittiössä on tehty hänelle soveltuva ruokavalio. Lisäksi Leila on iloinen siitä, että on jälleen aloittanut lenkkeilyn Ruusuun saavuttuaan. Sirkka (työntekijä; TK) korostaa jälleen ravitsemuksen tärkeyttä osana kuntoutumista ja sanoo keittiöhenkilökunnan olevan osa Ruusua ja että ”he ovat hyvin tärkeitä meille”. (KMP_aamupalaveri67)

Tanja ei käynyt syömässä ja selittää: ”Kun en muistanukkaan.” Erja (työntekijä) korostaa syömisestä merkitystä kuntoutuksessa ja osana päiväohjelmaa, ”jota meillä kaikki Ruusussa noudattavat”, hän huomauttaa. (KMP_aamupalaveri68)

Kehollisuuteen liittyvät ilmiöt toivat ylipäätään esille sen, miten vakavan päihdeongelman myötä oman kehon ja terveyden laiminlyönti ulottui yksilön sellaisiin perustarpeisiin, kuten syömiseen, nukkumiseen ja peseytymiseen.

Puhetta siitä, miten ei aina jaksakaan mennä suihkuun, kun juo. Miina ja Anni sanovat, että he eivät tunnista tällaista: ”Kyllä mä oon aina sen huolehtinu et pesen itteni vaik mikä on – se on varmaan sit tohon juomakulttuuriin liittyvää.” Muut ruusut nyökyttelevät. Anni miettii hetken ja muistelee sitten, että mut olihan mulla kerran pää ihan veressä enkä mä siitä niinku... et mieltikää... tukka veressä!” Tulee esille ajatus itsestä huolehtimisen kertovan, että välittää itsestään, haluaa itselleen hyvää: ”Hoitaa itsensä vuoksi, on niin ku ansainnu sen”, sanoo Miina. (KMP_jalkahoidossa69)

Oman itsen laiminlyönti voidaan nähdä myös itsen mitätöintinä ja kadottamisena, näkymättömiin häivyttämisenä, kun ei koe olevansa hoivan ja huolenpidon arvoinen (Auvinen 2001; Virokannas 2013). Tätä peruskokemusta naistenyhteisössä haluttiin muuttaa. Kehoon suuntautuvan huomion ja huolenpidon kautta hoidettiin omaa itseä kokonaisvaltaisesti:

”Se on osa kuntoutumisen prosessia, mä välitän siitä, miten mä ite voin – mä kuuntelelen sitä, miltä musta tuntuu, minkälaisia tuntemuksia mun keholla on, minkälaisia tunteita se herättää – mitä muuta kuin tääl puhutaan, mitä kuntoutumisessa vois oikeestaan muuta puhua. Mitä mä kehossani tunnen, mitä tunteita se mussa herättää, mitä ajatuksia se mussa herättää ja millä mä tulkitsen ja mitä merkityksiä mä annan niille ajatuksille – ja siitähän me puhutaan täällä aamusta iltaan... millasta on.” (työntekijän haastattelu_40)

”Jos nyt ihan oikeesti käy miettimään sitä, niin monille naisille ulkonäkö on tosi tärkeä. Ja toisaalta niin kun mä mietin näitä vuosia Ruusussa niin osa meidän naisista on hyvin miehekkäitä... että päihteen vaikutuksesta on miehistyneet, et koko olemukseltaan ovat hyviä jätkiä ja mieltävät itsensä enemmän niin kun miesten kanssa olemaan ja tota kun sellanen nainen alkaa löytämään jotakin että... Meil on ollu ruusuja, jotka on ensimmäistä kertaa elämässään laittaneet kynsilakkaa – tai ruusu haluaa mennä kampaajalle – niin se on... se on tosi iso juttu. Et se on niin kun sitä itsestä välittämistä ja sitä

kuntoutumisen prosessia, että alkaa kaiken kaikkiaan niin kun kiinnostumaan et kuinka mä niin kun voin.” (työntekijän haastattelu_41)

Kyse oli siitä, että välitti itsestään, halusi antaa arvoa omalle keholleen, jota oli voitu häpäistä, nöyryyttää eri tavoin ja johon omat syyllisyyden ja kelpaamattomuuden tunteet olivat kanavoituneet. Naisasiakkaan sisäisen tilan muutos ja voimaantuminen voivat näkyä ulkoisena muutoksena, esimerkiksi itsestä huolehtimisena (Laine 2005, 152–153).

Kehollisuuteen kiinnittyvä työskentely oli myös yksi esimerkki siitä, miten naistenyhteisössä pidettiin tärkeänä löytää erilaisia tapoja kommunikoida naisten kanssa. Keskusteluun perustuvaa työskentelyä ei näin ollen pidetty ainoana toimivana tapana ohjata asiakasta oman tilanteensa jäsentämiseen ja ymmärtämiseen:

”Ja me on mietitty sitä silloin, kun me on jossain vaiheessa käyty näitä multisensorisen ajattelun juttuja, et totta kai kun se tulee kauheen monen aistin kautta ni kylhän se vaikuttaa niin ku meihin ihan selkeesti. Et se kehollisuuden huomioiminen on tosi tärkeä ihan sen takia et me muutenkin aika paljon aivoilla ja sillä ihmiset pyrkii niin ku selittämään eikä kuitenkaan pysty selittämään sillä aivojen käytöllä – tavallaan ei pysty selittää sitä, ni sitte saa sitä myöskin muuta kautta niitä impulsseja, ni sitä voi ehkä osakkin löytää sitä hyvinvointia ja sitä, et tää on musta kivaa ja tästä mä tykkään, tätä mä haluan tehdä. En mä ollu muistanukkaan...” (työntekijän haastattelu_42)

Joillekin asiakkaille kielen ja puheen kautta jäsentyvä ymmärrys ja kohtaaminen saattoi olla haasteellista, jolloin oman tilanteen työstämisen tapoja etsittiin muita reittejä pitkin:

”Ja sitte tietysti siin on ehkä tämmönen pointti mitä ehkä mitä me on joskus mietitty et ku keskustelu on yks taso ja kaikki meidän asiakkaat ei oo niin ku siinä niin ku kirkkaimmillansa tai parhaimmillansa, et ne kognitiivisen... Joko se on et siel on selkeesti laskua tai se ihminen ei oo jotenki niin ku tottunu keskustelemaan... Et keskustelu on vaan yks tapa jotenki hahmottaa itseensä niin mehän on ihan ääneen yhdessä työryhmänä – muistan sanoneeni... Me vaan on niin ku yhdessä mietitty et pyritään et siin viikossa ois myös jonkun muun kautta tulevaa, et on se sit tämmönen kinesteettinen tai sitte se on joku piirtämisen tai... tai joku tämmönen.” (työntekijän haastattelu_43)

Puhe ja kieli työvälineinä saattoivat olla haasteellisia siitä syystä, että päihteet olivat vaurioittaneet aivoja ja vaikuttaneet kognitiivisiin kykyihin. Toisaalta osa naisista ei ollut tottunut keskustelun kautta tapahtuvaan asioiden jäsentämiseen. Vaihtelevat tavat saada kontaktia asiakkaaseen ja löytää tälle sopivia tapoja tutkia omaa tilannettaan olivat työntekijöiden herkkyyttä asiakkaiden yksilöllisille taipumuksille: lähtökohtana oli, että työntekijät muokkasivat toimintaansa ja olemistaan asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kehollisuuteen liittyvä toiminta oli siis yksi työntekijöiden keino hakea kommunikaation kanavaa ja rohkaista naisia tutkimaan omaa tilannettaan. Kun naistenyhteisössä yhtäältä pyrittiin kielen ja merkityksenannon tasolla jäsentämään kehon viestejä, tunnistamaan tunteita ja ymmärtämään somatisaatiota, toisaalta kosketukseen liittyvien lähestymistapojen kautta tavoiteltiin ymmärrystä ja vuorovaikutuksen tapaa toisella tavoin.

8.3 Sietämätön kosketus

Yhtenä kehollisuuden tematiikkaan kiinteästi sidoksissa olevana ilmiönä nais-tenyhteisössä esille nousivat erilaisten kehollisuuden ja traumaattisten koke-
musten yhteen kietoutumiset. Traumaattisella tapahtumalla tarkoitetaan esi-
merkiksi onnettomuutta, kidutusta, rikoksen uhriksi joutumista, koulukiusaa-
mista tai pitkäkestoista psyykkistä ja fyysistä kaltoin kohtelua kasvuympäris-
tössä. Traumatisoivassa tapahtumassa ihminen kokee sietämätöntä avutto-
muutta, pelkoa vahingoittumisesta, äärimmäistä hallitsemattomuutta ja on
epävarma omasta selviytymisestään ja tilanteen lopputulemasta. (Antervo 2017,
133–134.) Pohjimmiltaan *traumatisoitumisessa* on kyse realisaation puutteesta:
psyykkisen tasapainon kannalta on merkityksellistä, että yksilön kokemasta
traumaattisesta tapahtumasta tulee osa yksilön elämäntarinaa, sen tulisi tuntua
omalta ja todelliselta kokemukselta. Tämä edellyttää kokemusta sisäisten ja ul-
koisten havaintojen yhdistymisestä, synteisiä koetusta tapahtumasta. Integraa-
tion edellytyksenä on, että synteisin lisäksi tapahtuman merkitys ymmärretään
oman elämän jatkumossa (tämä tapahtui minulle oikeasti) ja yksilö kykenee
hahmottamaan, miten kokemus sijoittuu aikaan ja todellisuuteen. (Suokas-
Cunliffe & van der Hart 2006, 2001–2002.)

Aineistossani naisten traumaattiset kokemukset liittyivät erimuotoiseen
väkivaltaan, hyväksikäyttöön, kaltoinkohteluun sekä hylätyksi tulemisen ko-
kemuksiin. Niihin kietoutuivat myös kysymykset turvallisuudesta, vaille jäämi-
sistä sekä korjaavien kokemusten ja hoivan merkityksestä naisten kanssa tehtä-
vässä päihdetyössä. Traumaattiset kokemukset olivat joidenkin naisten kohdal-
la olleet osa lapsuuteen ja aikaisempiin ihmissuhteisiin kiinnittyneitä kokemuk-
sia. Toisilla ne olivat osa nykyistä parisuhdetta, ja joillakin ne olivat nivoutu-
neet keskeisesti elämään päihteidenkäyttömaailmassa. (Karttunen 2013.) Trau-
mojen ja kehollisuuden muodostaman kokonaisuuden problematiikka tuli ai-
neistossani esille esimerkiksi siinä, millä tavoin naiset kestivät ja sietivät oman
kehon koskettamista:

Seuraan Petraa (asiakas) ja Liisaa (työntekijä) pienehköön huoneeseen, jossa on leppoi-
sa ja hempeä sisustus. Tämä on rentoutumista ja hiljentymistä varten sekä Ruusussa
annettavia hoitoja ja akupunktiota varten. Liisa kertoo käyttävänsä modernia rentout-
tavaa vyöhyketerapiaa. Hieroo nyt Petran niskan, pään, hartiat, kasvoja. Liisa kertoo
tekevänsä naisille pää-, niska-, käsi- ja jalkahoitoja. Nyt taustalla soi rentouttava, rau-
hallinen ”aaltomusiikki” (merenkohinaa, aaltoja). Liisa kertoo erilaisten hoitojen hel-
pottavan usein ahdistusta. Kertoo, että tässä saa kokemuksen pyyteettömästä koske-
tuksesta ja viittaa tässä kohden monien naisten kokemuksiin raiskauksista, pahoinpite-
lyistä, ja hyväksikäytöstä. Liisa selittää: ”Saa olla hoidettavana ja saa kokemuksen siitä,
että tulee hoidetuksi. Monilla on vaikeuksia antaa koskettaa itseään.” Liisa huomaut-
taa: ”Jopa terveydenhuolto tunnustaa, että kosketus on viimeinen asia, jonka ihminen
tunnistaa ja tuntee ennen kuolemaa.” (KMP_rentoutushuoneessa70)

Työntekijä ymmärsi kosketuksen sikäli merkityksellisenä viestikanavana, että
se tunnistetaan vielä kuoleman hetkellä, elämän jo päättyessä. Kehon kieli toi-
mii pääasiallisena vuorovaikutuksen kanavana myös ihmisen elämän alkuvai-
heessa: äidin ja vauvan ruumiillisen vuorovaikutuksen kautta rakentuu varhai-

nen dialogi, joka kannattelee lasta psyykkisesti ja tuottaa kokemuksen turvasta ja rakkaudesta. Kosketuksella on vaikutusta pienen lapsen hermoston kehittymiseen sekä stressin säätelykykyyn, ja mielen rakentumisen lähtökohtana on ensin kyky kokea ruumiillisia tunteja. Varhaiset kokemukset tulevat vanhemman toiminnassa esiin ruumiin muistin eli proseduraalisen muistin avulla, esimerkiksi liikkeissä, kosketuksessa ja katseissa. (Svennevig 2003; Siltala 2003; Schulman 2003; Mäkelä 2005.)

Seuraavassa haastattelusitaatissa eräs työntekijä puolestaan pohti sitä, miksi kehollisuuteen liittyvät asiat olivat joillekin asiakkaille hyvin vieraita ja miten viestit välittyvät ihmiselle ylipäätään eri aistikanavien kautta:

”Mä aattelen et se vois liittyä siihen, mikä on se oma viestintäkanava, millä ottaa viestejä vastaan. Jos on kinesteettinen ihminen niin ottaa tuntoaistin kautta... ottaa vastaan tietoa, niin kehollisuushan on ihan ensimmäisenä siinä listalla. Jos on visuaalinen ihminen, jos näkö on semmonen... sen aistin kautta tuleva tieto on tärkeää, niin silloinkin kehollisuus on tärkeää: miltä mä näytän? Jos on auditiivinen ihminen, niin silloin kuuloaisti on... niin mitä välii sillä on oikeesti, miltä mun vaatteet tuntuu tai miltä mä näytän? Tietenkään kukaan ihminen ei oo pelkästään jotakin, niin ajattelen oisko tällä sitten jotain merkitystä, et mikä tekee sitten - -” (työntekijän haastattelu_44)

Kehollisuuden vieraus ja torjunta ilmenivät esimerkiksi siten, että kaikki naiset eivät kyenneet antamaan toisen koskea omia kasvoja, käsiä tai koko kehoa lainkaan. Toisaalta uskallus sallia tämä saattoi olla hoidollisesti tärkeä kokemus:

”Vilja oli myös laittanut Violan kulmat ja tehnyt jalkahoidon. Viola ihmettelee itseään, koska oman kertomansa mukaan ei ole vuosiin antanut kenenkään koskea itseään eikä kasvojaan: ”En mä ole voinut edes kuvitella, että joku koskisi mua.” Viola on ilmeisen tyytyväinen edistymiseensä. Saa positiivista palautetta työntekijöiltä. (KMP_aamupalaveri71)

Turvallisen ja kannattelevan yhteisön myötä oli mahdollista heittäytyä ”toisten käsivarsille” ja kokea huolenpitoa ja hoivaa. Kipeä kysymys oli, pystyikö luotamaan toisiin ihmisiin ja heidän kannattelukykyynsä, jos peruskokemuksena oli syvä epäluottamus.

”Yks juttu mitä me usein niin kun tehdään – erityisesti niin kun kesän aikaan - - niin retkeillessä niin otetaan riippumatto mukaan. Se että kun ollaan nuotiolla, kävelty metsässä, istuttu nuotiolla tai mitä vaan niin on mahdollisuus heittäytyä riippumattoon ja vaan... Se on vaan niin tavattoman hoitava kokemus... oikee riippumattoterapiaa! Jos puhutaan riippuvuudesta, niin - - se että voi olla jonkun varassa ilman, että tekee sen hyväksi yhtään mitään. Se on uskomaton kokemus ja se on aika iso kysymys monille ruusuille et uskaltautuu heittäytyä toisen varaan ja kokee, et hei tää keinuu tässä. Se jotenkin niin kun nostaa sieltä kehon muistista tosi paljon asioita... sylistä, kannetuksi tulemisesta, sylin puutteesta, hoivan puutteesta tai hoivasta. Nää on aika mielenkiintosa seikkoja: näin pieni ja yksinkertainen asia... Ja toisaalta taas on niitä ruusuja, jotka on tavattoman vieraita kaikelle keholliselle.” (työntekijän haastattelu_45)

Työntekijöiden käsitys oli, että keho muisti, vaikka mieli haluaisi unohtaa tai lohkota torjutut muistot. Voidaan ajatella myös niin, että keho säilöi muistoja (Tiihonen 1997, 106). Raija-Leena Punamäen (2004, 59) mukaan ihminen ei välttämättä ole sanallistanut kokemusta edes itselleen, vaan se on säilynyt ruumiin muistona, jonka emotionaalinen ja sosiaalinen jakaminen on vaikeaa. Esimer-

kiksi Merja Laitisen tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat lapsuudessa koetun seksuaalisen hyväksikäytön myötä kehossa yhä aikuisiällä ilmeneviä reaktioita, vaikeuksia hallita ja kontrolloida niitä sekä sitä, miten tietyt äänet, hajut tai muut ärsykkeet saattoivat laukaista niitä. (Laitinen 2004, 226–227.) Vastaavista ruumiin muistin reaktioista kertoivat myös Kirsi Nousiaisen (2013) haastatellamat, väkivaltaa kokeneet äidit. Toisaalta vanha trauma voi saada uuden selityksen ajallisen etäisyyden ja sen tuoman ymmärryksen myötä, jos tätä traumaa pystytään jollakin tavoin käsittelemään (Tiihonen 1997, 106). Tiihonen (1997, 114) katsoo, että erilaisten ruumiillisten kokemusten tutkimisen kautta on mahdollista tulla tietoisiksi omista erilaisista kiputiloistaan, joiden taustalla voi olla jokin yksittäinen(kin) ruumiillinen kokemus, jossa koettu ahdistus toistuu tiettyissä olosuhteissa. Toisinaan naisilla oli taustallaan sellaisia traumaattisia kokemuksia, että esimerkiksi kasvohoidot, jalkahieronta tai koskettaminen ahdistivat ja niistä kieltäydettiin systemaattisesti, tai riippumatossa makaaminen silmät kiinni tuotti ylitsepäsemättömiä kauhun ja ahdistuksen tunteita. Ulkopuoliselle tällainen irrationaalinen pelko ja paniikki olisi saattanut näyttää käsittämättömältä. Naisten henkilökohtaisia elämänhistorioita ja niissä olevia traumaattisia kokemuksia vasten ne kuitenkin asettautuivat ymmärrettäviksi ja toisaalta keskeisiksi työskentelyn kohteiksi.

Traumatisoituminen on siis seurausta tapahtuman epäonnistuneesta integroinnista. Tällöin yksilön olemassaoloa uhanut integroimaton ylivoimainen tapahtuma ei saa päätöstä mielessä. Sen sijaan traumatisoitunut elää sitä uudelleen todellisen uhan ollessa jo ohi. Myös keho reagoi siten, kuin uhkaava tilanne olisi edelleen päällä. Tällöin esimerkiksi lapsena pahoinpidelty aikuinen saattaa spontaanisti säikähtää toisen ihmisen nostamaa kättä (lyömisen pelko), vaikka nykyhetki olisi täysin turvallinen, vailla ulkoista uhkaa. (Suokas-Cunliffe 2006a, 19–20; Suokas-Cunliffe 2006b, 12.) Aineistossani trauman irrallisuus itsestä ilmeni esimerkiksi tunnekuvausten puutteellisuutena ja tyhjiytenä. Naiset saattoivat puhua sisällöltään hyvinkin vakavista, itselle vahingollisista ja jopa henkeä uhkaavista kokemuksista ilman mitään tunnesidosta, esimerkiksi taponriityksestä ja siihen liittyvästä pakenemistilanteesta. Naisilta saattoi puuttua kokemus pyyteettömästä kosketuksesta, jonka taustalla ei ollut mitään vastavaatimusta, esimerkiksi suostumista painostettuna seksiin. Traumaattisia kokemuksia kantaville naisille kosketus yhdistyi mielen tasolla esimerkiksi väkivaltaan, pakottamiseen, turvattomuuteen ja kipuun, ja niiden taustat saattoivat olla jo varhaislapsuudessa: lyötynä, alistettuna, väheksyttynä, hylättynä, raiskattuna. Kehollisuuteen liittyvät työtävät toivat pintaan nämä vaikeat kokemukset sekä niihin palautuvat epäluottamuksen, arvottomuuden ja rikkinäisyyden tunteet.

”Ja sit siin on ehkä sekin, että tota jotenkin sen oman ruumiinkuvan hyväksyminen juuri sellasena kun se on, niin on, voi olla niin kun siltä pieneltä tytöltä tälle aikuiseksi naiseksi aika kummallinen, aika vinoutunut, aika väärä. Et jos siellä matkan varrella on ollu jo siinä varhasessa vuorovaikutuksessa semmosia puutteita ja kolhuja ja hyväksikäyttöä ja ruumiillista kuritusta ja päihheet on ehkä sitte tullu mukaan vähän isompana... Ja on tullu hyväksikäytetyksi, on ehkä vartaloaan myynny tai käyttäny kauppatavarana, niin mun mielestä jotenkin sillä, että sietää... sietää kosketusta niin tota sitä joutuu joskus opettelemaan ihan pienillä askelilla. Ja se voi olla ihan vaikka se, että antaa

jonkun hieroa omia käsiään – se tuntuu hyvältä, siinä on se kosketus, se toisen ihmisen läsnäolo, jotenkin jakamaton läsnäolo, huomio. Ja ne on ehkä sellasia asioita, mitä täytyy opetella, et niitä ei oo ehkä tullu matkan aikana opeteltua tai niitä ei ole ollut mahdollista oppia.” (työntekijän haastattelu_46)

Yhteisössä kuulin käytettävän ilmaisua ”pakokauhun maat” kuvaamaan osin näitä traumaattisten kokemusten tiloja, joihin naiset arkisilta ja viattomilta vaikuttavissa tilanteissa – kuten vaikkapa intialaisessa päähieronnassa – ajautuivat ja jotka estivät ja kapeuttivat omaa toimintaa.

Toisaalta näitä kehollisuuteen liittyviä tilanteita pyrittiin tietoisesti myös hyödyntämään siihen, että naiset oppisivat tavoittamaan omia tunteitaan, miistojaan ja pohtimaan omia reaktioitaan. Ajattelen, että tällaisten reaktioiden ilmeneminen, niiden äärelle pysähtyminen ja mahdollisuus tutkia niitä oli mahdollista hyvin pitkälle siitä syystä, että työntekijät kykenivät luovasti ja intuitiivisesti hyödyntämään omaa asiantuntemustaan ja kokeilemaan keskustelulle vaihtoehtoisia tai sitä täydentäviä työtapoja⁴⁶. Naistenyhteisön toiminnassa työntekijät arvioivat kulloinkin sitä, missä määrin esimerkiksi erilaisia kehoon liittyviä toiminnallisia tilanteita ja osioita voitiin ottaa viikko-ohjelmaan. Naisia ei myöskään painostettu tähän mitenkään, mutta sitä tarjottiin yhtenä mahdollisena tapana:

”Ja jotenkin ne meidän kosketteluhoitot tai semmoset hoidot missä toinen toistamme kosketellaan niin, niin tota siitä voi oikeesti kieltäytyä, et ne ei oo sellasia, et kaikkien on pakko antaa jalkansa toisten käsittelyyn, et sit yritetään tarjota, et no entäs kädet, entäs hartiat, päänahka – joku paikka! Vaikka sitten vaan ihan pikkasen, alottaa siitä! Et jopa siitä voi tulla hyvä olo, jos nyt vain uskallat.” (työntekijän haastattelu_47)

Kehollisuus oli yksi keino lähestyä vaikeita kokemuksia, avata niihin liittyviä tunnemuistoja ja toisaalta ohjata hakemaan mielihyvää ilman päihteitä tai helpottaa erilaisia psykosomaattisia oireita.

En tässä tutkimuksessa voi ottaa kantaa siihen, oliko joidenkin naisten käyttäytymisessä tai oireissa – ja siis tässä luvussa kuvaamissani tilanteissa ja naisten reagoititavoissa – kyse lääketieteellisen diagnostiikan mukaisen dissosiaatiohäiriön⁴⁷ mukaisesta oireilusta (Lauerma 2002; Suokas-Cunliffe & Van

⁴⁶ Kehollisuuteen liittyvien työtapojen kokeiluun he olivat toisaalta saaneet valmiuksia myös sensomotorisesta koulutuksesta. Ajatuksena oli monen aistikanavan käyttö työskentelyssä. Psykoterapian piirissä on oma erityisalueensa, sensomotorinen psykoterapia. Sen parissa on kehitetty mm. traumoihin kohdistuvaa työskentelyä, joka huomioi kehollisuuden osuuden traumojen hoidossa. (Esim. Ogden & Minton 2000; Langmuir ym. 2012.)

⁴⁷ Vakavassa *dissosiaatiohäiriössä* on kyse kroonisesta psyykkistä ja fyysisistä toimintakykyä haittaavasta tilasta, jonka tausta liitetään yleisesti varhaiseen traumatisoitumiseen kiintymyssuhteissa. Dissosiaatio ilmenee voimakkaina psyykkisinä oireina tai erilaisina somaattisina oireina, joille ei löydy lääketieteellistä selitystä. (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006.) Dissosiaatio on tila, jossa ihminen sulkee tietoisensa tajunnan ulkopuolelle ylivoimaiselta tuntuvan tilanteen. Se tuottaa häiriöitä kehittyvässä identiteetissä sekä muutoksia tietoisuudessa ja muistissa (Silberg 1997; Viheriälä & Rutanen 2010, 2673). Rakenteellisen dissosiaatioteorian mukaan traumatisoitumisen seurauksena yksilön persoona jakautuu näennäisen normaaliin osaan, joka jatkaa tavallista elämää erillään menneestä traumapahtumasta, ja emotionaaliin persoonan osiin, jotka kantavat trauman muistot sekä mielen että kehon tasolla (Suokas-Cunliffe 2006b, 10). Emotionaaliset persoonat sisältävät rajoittuneita havaintoja traumakokemuksesta sekä niihin liittyviä puolustautumismekanismieja – siis eloonjäämisrakenteen osia, joita ovat taistelu, pako, jähmettyminen, totaali-

der Hart 2006). Sinällään yksittäiset dissosiatiiiviset oireet voivat liittyä erilaisiin mielenterveyshäiriöihin (Lauerma 2002). Katson kuitenkin, että traumatisoitumista koskevan ymmärryksen kautta voidaan saada tarttumapintaa naisten päihdeongelmien hoidon ulottuvuuksiin ja esimerkiksi tässä luvussa kuvattujen episodien ymmärtämiseen. Traumatisoitumiseen liittyvät kysymykset tulevat esille myös muissa tämän tutkimuksen luvuissa, ja liitän ne osaltaan esimerkiksi sosiaalisen toimintakyvyn alenemiseen, erilaisiin psykiatriisiin oireisiin ja niiden ilmenemiseen, naisten vaikeuksiin solmia ihmissuhteita sekä asettautua hoitoon.

8.4 Traumaattisten kokemusten äärellä

Traumanäkökulma on tuonut esille naisten päihteiden käytön ymmärtämisen myös itselääkintänä: se on voinut olla psykologinen suojautumiskeino käsitellä vaikeita kokemuksia ja tunteita ja auttanut selviytymään arjessa edes hetkellisesti (Nätkin 2006a, 49; Belt & Punamäki 2007, 205). Päihteet voivat myös olla traumatisoituneen naisen sisäistävä keino rauhoittaa ja lohduttaa itseä (Covington 2008, 381). Hoidon toimivuuden näkökulmasta erityisen haasteen muodostavat pitkäkestoiset, jo lapsuuteen ja varhaisnuoruuteen paikantuvat ja kroonistuneet traumakokemukset naisten elämänkulussa (Sacks, McKendrick & Banks 2008; Resko & Mendoza 2012).

Traumatisoitumiseen liittyvän ymmärryksen myötä laitoshoidon merkitys avautuu toisella tavalla. Laitoshoidon tarjoma turvallinen hoidollinen ympäristö on traumatisoituneelle korostuneen tärkeää, samoin kuin riittävän turvalliset rajat, jotka varmistavat myös fyysisen koskemattomuuden (Covington 2002, 2008). Tällöin asiakasta ei esimerkiksi painosteta osallistumaan kuvaamiini vaihtoehtoihin hoitomuotoihin ja kehollisiin lähestymistapoihin. Laitoshoidon arjen struktuurit puolestaan tuottavat pysyvyyttä ja jatkuvuutta sekä tukevat kiinnittymistä nykyhetkeen, mikä on tärkeää traumatisoituneille asiakkaille⁴⁸. Esimerkiksi naistenyhteisön työntekijöiden pyrkimys palauttaa asiakkaita ny-

nen alistuminen ja toipuminen (Suokas-Cunliffe 2006b, 23). On kuitenkin esitetty, että käsitukseen todella erillisistä persoonista olisi syytä suhtautua varauksella, kun puhutaan dissosiatiiivisista identiteettihäiriöistä (ks. Lauerma 2002, 2202–2204).

⁴⁸Traumatisoituneen ihmisen toiminta- ja havainnointikyky voi alentua huomattavasti ilta- ja yöaikaan nykyhetkeen sitovien arjen toimintojen puuttuessa. Tällöin traumatisoitunut saattaa olla kuin turvaton ja avuton pieni lapsi, sillä emotionaalisten, traumamuistojen kantavien osien tunkeutuminen mieleen lisääntyy. (Suokas-Cunliffe 2006b, 12–13.) Näin esimerkiksi hyvin suoraviivaiset säännöt siitä, millaiset toiminnot ovat sallittuja itsensä rauhoittamiseen voivat merkitä näille naisille kauhun, paniikin, sietämättömän turvattomuuden, ahdistuksen ja psyykkisen putoamisen tiloja. Sallitaanko esimerkiksi laitoksessa ristinähtävien tai sudokujen täyttämisen, värityskuvien värittäminen tai palapelien tekeminen keinoina pitää oma mieli tässä ja nyt -tilanteessa vai pidetäänkö tällaista ”puuhastelua” päihdeongelman työstämisen välttelyä ja todetaan sallituksi tavaksi vaikkapa NA-askelten työstäminen ja AA-kirjallisuuden lukeminen? Asiakkaiden orientoituminen voi olla hyvin ambivalenttia: samaan aikaan kun esimerkiksi yöaikaan suljetut ovet ahdistavat, toisaalta avoimet ovet ja sitä kautta mahdollisuus siihen, että joku tulisi omaan huoneeseen, pelottavat.

kyhetkeen ja välittömään kontaktiin, pysäyttäminen hetkiin sekä suuntautumisen käytännölliseen tekemiseen olivat työntekijöiden tietoinen toimintastrategia lähestyä naisten traumaattisia kokemuksia ja nostaa niitä työskentelyn kohteeksi. Tämä sisälsi selkeästi ymmärryksen traumojen, dissosiaation ja kehollisuuden yhteyksistä sekä tämän kokonaisuuden merkityksestä naisten päihdeongelmille ja niistä kuntoutumiselle. Näen tämän osaltaan selittävän sitä, miksi kehollisuuden tematiikka otettiin naistenyhteisössä tietoisena työskentelyn kohteeksi. Kaikessa vaikeudessaankin siihen uskallettiin tarttua. Työntekijöiden toiminnassa oli mielestäni myös yhtäläisyyksiä siihen, miten esimerkiksi psykologi ja traumapsykoterapeutti Anne Suokas-Cunliffe (2006b) kuvaa trauman hoidon kysymyksiä: Suokas-Cunliffen (2006b, 14) mukaan olennaista on vaikuttaminen, jolla traumatisoitunutta autetaan havainnoimaan sisäisiä ja ulkoisia tapahtumia ja kiinnittymään nykyhetkeen. Samoin on tärkeää pyrkiä edistämään kehon ja mielen välistä yhteyttä siten, että pelko sisäisiä tapahtumia kohtaan muuttuisi uteliaisuudeksi ja kokevan minän rinnalle tulisi havainnoiva minä (mt.).

Toisaalta asiakkaiden kantamat traumaattiset kokemukset muistoihin haastoivat työntekijöitä pohtimaan omaa toimintaansa ja sitä, mikä missäkin tilanteessa olisi oikein tai mahdollista:

"Ku mä mietin tota Outiakin, et antavat kahden viikon maksusitoumuksen... ja mitä nyt on tullu kaikkea esille", sanoo Hannele. "Mä ajattelin et se asia (Outin) oli sellanen, että sitä ei niin ku ryhmässä ja muiden kans käsitelty vaan siks mä sen oman keskustelujan otin Irmalle", jatkaa Hannele (työntekijä) - - "Et se on nyt kirjottanut kirjeitä ja se on niin ku muuttunut... se ei enää sillai roiku painostavana ja hiertävänä asiana koko yhteisössä", selittää Hannelle Raijalle. "Mut ei se ollu isä tai kukaa sellanen, vaan joku muu - vieras", sanoo Hannele kohdistuen puheensa Raijalle (toiselle työntekijälle). "Et sitä vois jatkaa vielä sen verran, mä aattelen, että kun te meette huomen sinne kävelyille (retken aikana; TK), ni mä jäisin siihen pitää sitä tulta nuotiossa Outin kans ja me sitte poltettaisiin ne kirjeet." "Et ku ne kirjeet polttaa, ni se on siinä sitte", selittää Hannele. "Se voi olla hyvin terapeutista", jatkaa Hannele selittäen minulle. "Ja kirjeessä voi niin ku kirjoittaa sen asian uudelleen... et mitä Outin ois pitänyt tietää tai tehdä, mitä sen namusedän, joka houkutteli ostamaan karkkia ja vei sitte mettään, niin mitä sen ois tarvinnu ja mitä sen kioskin tätin ois tarvinnu tietää... Et miten asioitten ois pitänyt olla, että ei ois tapahtunu sitä mitä nyt tapahtu", Hannele selittää minulle Outin tilannetta. (KMP_työhuoneessa72)

Keskustelemme työntekijöiden kanssa seksuaalisesta hyväksikäytöstä päihdeongelmaisten naisten elämänselityksessä. Liisa ja Tuija sanovat sen olevan "siis todella tavallista". "Mutta ku ei meillä oo sitä koulutusta siihen... et miten pitkälle me voidaan mennä näissä asioissa ja miten syvälle me voidaan niin ku avata", pohtii Liisa. Hän jatkaa kertomalla erilaisista terapeutteisista tavoista, joita hän on naisten kanssa työskennellessään soveltanut. "Et joskus olen joitakin käärynny niin ku paksun peiton sisään... tiukasti sinne sisään rullalle... sellaiseen kohtuaseen... Ja kerran yksikin kuvasi, miten se niin ku koki ihan uudelleen syntyvänsä. Ja mä muistan että sitte joku rupesi itkemään, mutta ku sen kädetki oli siellä peitossa käärittynä, ni mä sitte pyyhin sen kyyneleet." "Ne on ollut tosi isoja juttuja näille naisille. Et he on niin ku päässy kokemaan sitä hoivaa, mistä he on niin ku jääneet paitsi ja sitte saaneet kokea uudelleen sen... se on terapeutista", sanoo Liisa liikuttuen samalla itsekin kyyneleihin. (KMP_lounaskeskustelu ruokasalissa73)

Kahdessa edellä olevassa esimerkissä avattiin lyhyesti seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvää problematiikkaa naisten kokemuksissa ja toisaalta työskente-

lyn haasteita. Työntekijöiden oli pohdittava kulloinkin sitä, miten pitkälle työskentelyssä oli tarkoituksenmukaista edetä oma osaaminen ja laitoskuntoutusjakson lyhyt kesto huomioiden. Vaikka työskentelyn periaatteisiin kuului, että naisten kokemuksia ja tilanteita käsiteltiin ryhmässä ja vertaistuen kautta, näkyi tässä työntekijöiden herkkyyks yksilöllisen ja henkilökohtaisen työskentelyn tarpeelle. Tämä oli toisaalta myös naisia suojaavaa ja yksityisyyden rajan vetämistä. Kirjoittaminen, kirjeet ja niiden polttaminen sekä peittoon kääriminen kohtuaseentoon kuvaavat toisenlaista tapaa lähestyä vaikeaa kokemusta kuin perinteinen puheelle rakentuva työskentelytapa⁴⁹. Nämä olivat työntekijöiden keinoja tarjota naisille terapeutisia, emotionaalisesti korjaavia ja eheyttäviä kokemuksia. Työntekijöiden käsityksen mukaan seksuaalisen hyväksikäytön työstäminen kirjoittamalla tapahtuma kirjeen muotoon ja polttamalla se auttoi myös naista vapautumaan koetusta häpeästä ja syyllisyydestä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että asiakkaalle selkeästi tuotiin esille, ettei pienen tytön joutuminen seksuaalisen väkivallan kohteeksi ollut hänen vastuullaan. Asettautuminen kohtuaseentoon, turvaan peiton sisään, ja työntekijän osoittama hoiva ja kyynelten pyyhkiminen puolestaan antoivat kokemuksen hoivatuksi tulemisesta – jostain sellaisesta perustavanlaatuisesta, varhaisissa ihmissuhteissa toteutuvasta kokemuksesta, josta monet päihdeongelmaiset naiset olivat jääneet vaille aikaisemmassa elämässään.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden tasolla vaikeasti traumatisoitunut voi olla myös aikuisena edelleen alttiimpi vahingoittaville kokemuksille ja suhteille juuri realisoitumattoman trauman vuoksi. Tällöin ihminen saattaa esimerkiksi ajautua ihmissuhteisiin, joissa hänen tarpeensa ja toiveensa eivät tule kuulluiksi. (Suokas-Cunliffe 2006b, 11–13.) Erilaiset traumatisoivat kokemukset voivat toistuessaan muuttua osaksi arkea, eikä omaa hätää ja avun tarvetta tunnisteta. Aineistossani esimerkiksi väkivalta osoittautui tällaiseksi asiaksi joidenkin naisten elämässä; se normalisoitui, sitä vähäteltiin ja omaan itseen kohdistuviin uhkiin alireagoitiin, niistä ei välitetty.

Naiset tuovat keskusteluun esille myös sen, miten esimerkiksi parisuhdeväkivaltaa vähätellään yhtä lailla: ”Mä äitillekin selitin, et ei tässä mitään... kompastuin rappusissa – ja oikeesti en pystynyt istumaan ku toisella puolella. Et siinä sitte töissä kaupan kassalla.” Tai kun joku ulkopuolinen on soittanut poliisiin apuun väkivaltatilanteeseen: ”Ei tässä mitään... me just sovittiin – ja meinasin just kuolla.” Useat naiset ryhmässä tunnistavat tämän: koettua väkivaltaa vähätellään ja sen, miten erilaisiin uhkiin alireagoidaan. (KMP_ryhmä74)

Työntekijöiden yhtenä tehtävänä olikin osoittaa naiselle omasta itsestä huolehtimisen tärkeys, naisen arvokkuus omana itsenään sekä väkivallan jäsentäminen ei-normaalina ja ei-hyväksyttävänä. Väkivallan käsittelyn kannalta on merkittävää, että työntekijät eivät sijoita päihdeongelmaisten naisten väkivaltakokemuksia ”normaalin” kategoriaan päihdeikäyttömaailmassa ja siinä kontekstissa ikään kuin elämäntapaan liittyvänä ilmiönä (Väyrynen 2009, 201–203).

⁴⁹ Myös psykologian professori Raija-Leena Punamäki (2004) on omista tutkimuksissaan tuonut esille, että traumojen hoidossa voidaan käyttää myös sosiokulttuurisia lähestymistapoja, esimerkiksi kirjallisuutta, teatteria ja elokuvaa.

Yhteisössä erityisesti ne naiset, joilla ei ollut väkivaltakokemuksia, saattoivat yhtäältä olla sekä tyrmistyneitä ja järkyttyneitä toisten kokemuksista että todeta suoraan, ettei väkivalta kuulu parisuhteeseen eikä siitä tule ymmärrettävää ja selitettävää (edes) naisen päihdeongelman myötä.

Kuntoutumisen kannalta on tärkeää ymmärtää, että traumaattisilla kokemuksilla on emotionaalisen ja psyykkisen puolen ohella myös ihmisen sosiaaliinseen toimintakykyyn heijastuva vaikutus:

Aurora alkaa kuvata omaa tilannettaan parisuhteessa, jossa usko itseen melkein katosi ihan pienissä arkisissa toiminnoissakin – jopa usko siihen, että osaa käydä kaupassa ilman äitiä: ”Jos toistetaan, että susta ei ole mihinkään, siitä tulee todellisuutta ja se menee aina toiminnan tasolle... En uskalla edes kävellä ku ajattelen, että en sitä osaa... Tai et osaanko mä kaupassakaan... et äiti mukaan.” Auroran kertoma liittyy parisuhteeseen, jossa toinen hallitsi häntä väkivalloin ja alistamisen myötä tapahtui uskon menetys itseen. ”Epäuskosta itseen tulee todellisuutta, ei pysty normaaleihin asioihin... menee ihan pikkulapsen tasolle – ei enää osaa mitään. Ei usko et ees munia osaa keittää, ei osaa tehdä valintoja...” kertoo puolestaan Sara. Sara tuo kuitenkin esille myös korjaavien kokemusten merkityksen eheyttävänä ja sen, miten nämä korjaavat kokemukset voivat olla pieniäkin asioita: esimerkiksi joku kiittää ruuasta. Sara kuvaa juuri tilannetta, jossa uusi miesystävä kiittää pienistä arkisista asioista ja hän on aivan ihmeissään, kun on tottunut niin toisenlaiseen kohteluun. Työntekijöistä Jenni nyökyttelee ja toteaa, että ”monilla naisilla on itsetunto alhaalla ja kuntoutuksen tarkoituksena on edes vähän saada muutettua sitä”. Jenni tuo myös esille, ”miten voimme itse vaikuttaa siihen, miten muut uskovat itseensä: eli että ei ainoastaan joku vaikuta meihin vaan myös se, miten me itse toimimme, vaikuttaa muiden kykyyn uskoa itseensä.” (KM_askelryhmä75)

Läheisessä ihmissuhteessa koettu alistaminen, vähättely ja erimuotoinen väkivalta muokkasivat naisten käsitystä omasta itsestä, mikä syveni jopa epäilyksi siitä, osaako edes kävellä, keittää kananmunia tai tehdä muita arkisia asioita, ja naiset vajosivat pienen lapsen tasolle. Trauma kietoutui siis siihen, miten nainen näki itsensä ja uskoi itseensä. Aikuisen pystyvyyden tunteen sijaan omaa olemista ja toimintaa luonnehtivat lapsuuteen liitettävä epävarmuus ja tarvitsevuus, jossa omaa äitiä kaivattiin mukaan kauppaan, kun ei muuten uskaltanut, pystynyt eikä enää osannut. Toisaalta aineistoni esimerkit osoittavat, että hyvin pienistä teoista, eleistä ja sanoista, toisenlaisten kokemusten ja tilanteiden kautta voitiin rakentaa tunnetta pystyvyydestä ja siitä, että kelpasi, riitti ja oli hyvä: joku kiitti ruuasta ja osoitti arkista huolenpitoa, ja tätä kokemusta vaalittiin omassa mielessä suurena ihmeellisyytenä. Käsitys itsestä voi muuttua vähitellen toisilta saadun arvostuksen, huolenpidon ja kunnioituksen kautta (Laitinen 2004, 273–280). Kehollisuuteen kohdistuvat työmuodot palvelivat osaltaan tätä naisten tarvitsemaa kokemusta saada kokea olevansa hyväksyty ja tuntea pyyteetöntä mielihyvää.

”Ehkä suurin siinä on se itsen hyväksyminen, et vaik mun ois nyt kuinka vaivasenluiset jalat, niin mä voisin nauttia siitä, että joku hoitaa mua, joku oikeasti koskettaa mua ja siitä voi oikeasti tulla mulle hyvä olo. Kyllä mun mielestä oikeasti kaikki se mitä me täällä tehdään koskettamalla tai tota jotenkin niin kun omaa... Kun mun tulee mieleen niin kun, et ei vaan niin kun koskettamalla vaan jotenkin niin kun sitä omaa kuvaa... omaa kuvaa piirtämällä, omaa kuvaa katsomalla, ni se on se on jotenkin itsen tunteamista, itsetuntemuksen lisäämistä. Ja kyllä se mulle pitää sisällään semmosta tota... semmosta toipumista – toipumista sellaisista kokemuksista, jotka on ollu kaikkea muuta kun miellyttäviä sillon, jos toinen ihminen on koskenut jotenkin väärällä tavalla tai

on kokenut jotenkin omat voimat niin pieneksi, et toiset on saanu pyyhkiä jalkojaan minussa, en ole pystynyt sanomaan, että näin ei tehdä.” (työntekijän haastattelu_48)

Traumatisoituneen ihmisen luottamus itseen ja toisiin on hyvin haurasta, mikä kapeuttaa hänen toimintaansa. Psykologisesti ymmärrettynä trauman työstäminen edellyttää mielensisäisiä ja sosiaalisia voimavaroja (Punamäki 2004, 64). Päihdeongelmaisten naisten kohdalla näillä kummallakin alueella voi olla puutteita. Traumaattisen kokemuksen käsittelyyn ja siitä selviytymiseen aikuisiällä heijastuu myös se, miten yksilö on aikaisemmissa elämänvaiheissaan ja ihmissuhteissaan sisäistänyt hoivan, huolenpidon, luottamuksen ja kyvyn ottaa vastaan apua ja turvaa (Punamäki 2005, 191–197). Myötätuntoisen kohtaamisen ja jakamisen kautta on mahdollista oppia olemaan yhteydessä traumoihin palautuviin, pahoin koettuihin tunteisiin ja tekoihin.

”Et ne on kans ollut semmosia varmasti hyvin eheyttäviä keskusteluja mitä on käyty. Ihan ryhmässä käytyjä keskusteluja... Tosi niin ku semmosia, et ihmiset on voinu sanoa asioita, mitä ne ei oo voinu sanoa neljäänkymmeneen vuoteen kenellekään. Et on semmosia vanhempia naisia jotka alkaa puhua... Et nyt te kaikki tiedätte tän... voi, että mulla on hyvä olla. Tavallaan se palautehan tulee siin välittömästi, kun saa semmosen pois sieltä salaisuuksien kammioista semmosen, et täst ei voi puhuu kenellekään ikinä, joka taas sitoo sitä energiaa et... Nii, ne voi olla niin kauheen monenlaisia ne asiat.” (työntekijän haastattelu_49)

Kaikkein traumaattisimmille kokemuksille voi olla vaikea löytää edes sanoja, tai kertomiseen saattaa sisältyä pelko kontrollin menettämisestä. Traumaan kietoutuva häpeäkokemus vaientaa. (Punamäki 2004, 59; Suokas-Cunliffe 2005.) Samoin ilmenee vaikeuksia muistaa tapahtumien ajankohtaa tai järjestystä (Virokannas 2013, 67). Naistenyhteisön toiminnassa pyrittiin kuitenkin mahdollistamaan vaikeista ja haavoittaneista kokemuksista puhuminen tarjoamalla tälle tilaa ja aikaa, jos nainen vain oli itse siihen valmis. Vaikeiden elämäntilanteiden käsittely edellyttää työntekijöiltä sensitiivisyyttä siinä, millaisella tasolla kokemuksia on tarkoituksenmukaista jäsentää, miten paljon asiakkaat tarvitsevat etäisyyttä ja läheisyyttä tai kokevat tarvetta pysyä asialinjalla ja niukoissa kuvauksissa (Granfelt 2007, 132, 135). Havaitsemissani tilanteissa olennaisinta ei aina ollutkaan se, mitä työntekijät tai asiakkaat sanoivat tai miten syvällistä tuo puhe oli, vaan tunnelmat, ilmapiiri, hyväksyntää välittävät katseet, kosketuksen mahdollisuus ja myös hiljaisuuden salliminen (myös Granfelt 2007, 135).

9 KATSE OMAAN ITSEEN, TUNTEISIIN JA MIELEEN

Tarkastelen tässä luvussa minuuteen, tunne-elämään ja mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä ja niihin kohdistuvaa työskentelyä naisten päihdehoidossa. Tutkimus tunnistaa näiden kaikkien olevan keskeisiä naisten päihdehoidon kohdealueita (esim. Henderson 1998; Kearney 1998; Zelvin 1999; Trulsson 2000; Väyrynen 2007; LaFave ym. 2009). Kuvaan tässä luvussa ensinnäkin sitä, millaista minään ja identiteettiin liittyvää tarkastelua naistenyhteisön työskentelyyn sisältyi ja miten näille kysymyksille annettiin tilaa. Luvun toinen temaattinen kokonaisuus liittyy tunteisiin ja niiden tunnistamisen ja käsittelyn merkitykseen päihdeongelman hoidossa. Kolmanneksi käsittelen psyykkistä haurautta ja mielenterveyden oireita sekä niiden kohtaamisen kysymyksiä. Luvun kokonaisuudessa on kyse naisten sisäiseen (kokemus)maailmaan paikantuvista teemoista. Yhteisöhoidon kontekstissa tämä merkitsee yksilön sisäistä työskentelyä ja reflektointia suhteessa toisiin ja toisten kanssa.

9.1 Minuuden ja identiteetin tarkastelua

Identiteettiin ja minuuteen kohdistuvalla työskentelyllä on keskeinen merkitys päihdeongelmasta toipumiselle ja muutostyölle (esim. Koski-Jännes ym. 1998; Niemelä 2002b; Ruisniemi 2006a; Kiiveri & Hännikäinen 2009). Päihteet muokkaavat yksilön identiteettiä, ja toisaalta päihteet voivat olla keino löytää omaa, kadonnutta itseä. Näin päihdeongelmasta toipuminen ei tarkoita vain päihteettömyyteen siirtymistä vaan myös siirtymistä identiteetistä toiseen, ja se edellyttää siis uudenlaisen näkemyksen muodostamista itsestä. (Niemelä 2002b, 81–82; Ruisniemi 2006a, 243.) Anja Koski-Jänneksen ym. (1998) mukaan riippuvuudesta vapaan identiteetin sisäistäminen tapahtuu kahdella vaihtoehtoisella tavalla: joko yksilö ottaa käyttöön aikaisempia minuuden puolia, jotka riippuvuus on syrjäyttänyt, tai hän rakentaa kokonaan uuden minuuden (Koski-Jännes ym. 1998, 171–172).

Naistenyhteisön työntekijöiden käsityksissä heidän perustehtävänsä kietoutui keskeisesti juuri minuuteen liittyvien kysymysten ympärille. Seuraava ote on työntekijän haastattelun kohdasta, jossa keskustelimme työntekijöiden tehtävistä ja rooleista naistenyhteisössä:

”Kyl mä nään et meidän tehtävä on auttaa sitä asiakasta löytämään sellasia asioita, mitä me toivotaan ja ollaan katottu että päihdekuntoutuksessa olisi hyvä löytää, hyvä oppia, hyvä käydä läpi, tavalla tai toisella ottaa käsittelyyn. Sitä me tehdään mun mielestä jo aamupalaverista lähtien kaikissa ryhmissä.”

TK: ”Mitä ne asiat on? Kertoisitko niistä.”

Työntekijä jatkaa: ”No ehkä eniten sellasta itsetuntemisen, itsetuntemuksen lisääntymistä, se ois ehkä yks tärkeimmistä... Ja jotenkin ehkä se niin kun itsetuntemus sitte toisaalta pitää sisällään niin kun sen päihdeongelman käsittelyn tavalla tai toisella, että... Että sitä rehellisyyttä ja avoimuutta, mitä me niin kun Ruusussa asiakkaalta odotetaan, että oppis käyttämään itselleen hyödyksi... Niin se pitää sisällään myös sen, että käy läpi sitä tapaansa käyttää päihdettä tai jotenkin sitä elämää, mitä on eläny, sitä päihteistä elämää, niin käy sitä läpi. Ja tunnistaa niitä niin kun mitä itsessä siinä tilanteessa on tapahtunu, mitä käytöstä siihen on liittyny ja sitä kautta niin ku vähän pääsee perille myös siitä, miten siitä vois lähteä eteenpäin - - jotenkin matkan jatkuminen on niin kun se tehtävä, miten me sitä asiakasta niin kun ohjataan.... Miten tästä eteenpäin lähdetään jatkamaan matkaa, mitkä asiat jotenkin olisi hyvä ottaa huomioon.” (työntekijän haastattelu_50)

Katseen kääntäminen omaan itseen ymmärrettiin myös päihdeongelman ja siihen liittyvien toimintojen ja koko elämänkirjon läpikäymisenä ja työstämisenä. Päihteiden ongelmakäytön ymmärrettiin lävistävän itseä hyvin kokonaisvaltaisella tavalla, eikä sitä voinut irrottaa minuuden ulkopuolelle sijoittuvaksi toiminnoksi. Siksi minuuteen liittyvät pohdinnat asettautuivat hoidossa keskiöön. Työskentelyn myötä naiselle saattoi vähitellen kirkastua ajatus siitä, että hän itse haluaa löytää oman itsensä ja tutkia sitä, omia ajatuksiaan ja tunteitaan:

Anja toteaa ajatelleensa ”niin sitä kotiinlähtöä”, mutta nyt selvisikin, että hän saa jatkoa hoidolleen vielä kaksi viikkoa. Toteaa sitten tavoitteekseen ulkoilun, ruokavalion säilyttämisen ja koko jakson tavoitteeksi onnellisuuden ilman päihteitä ja omien vahvuuksien löytämisen. (Työntekijä) Hilikka tarttuu tähän ja kysyy: ”Miten sun tavoite nyt muotoutuu kun sait jatkoajan?” Anja miettii hetken ja vastaa sitten: ”No löytää itteni.” Työntekijöistä Taina jatkaa tästä kysymällä: ”Mitä se tarkoittaa... että löytää itsensä?” Anjan mielestä se tarkoittaa sitä, ”et niin ku tunnen itteeni... Siis mä oon ollut itteltäni hukassa!” Laura jatkaa Anjan pohdintoja ja toteaa pohtineensa, miten uskaltaisi mennä syvemmälle omiin ajatuksiin, tunteisiin - ja että ei itse vielä kovin paljon uskalla. Hilikka toteaa, että eihän yksin tarvitsekaan mennä vaan ehdottaa, että ”mennään toisen kanssa, ei tarvitse yksin kohdata niitä asioita”. Laura huokaisee ja toteaa itsetutkiskelun olevan aika pelottavaa. (KMP_viikkosuunnittelu76)

Naisten haasteeksi asettautui se, miten kohdata omat ongelmansa ja oma itsensä. Tällöin keskeiseksi kysymyksiksi asettautui sen pohtiminen, millainen oli se minuus, joka oli ongelmasävytteinen, ja millainen se minuus, jossa oli jotain hyvää ja myönteistä. Päihdeongelmasta kuntoutumisessa tärkeänä ulottuvuutena oli riippuvuuden syövereihin kadonneen minuuden löytäminen ja itsensä tunteminen. Riippuvuudesta kuntoutuminen voidaan ymmärtää myös identiteettikriisinä, jossa yksilö havaitsee, ettei ole sellainen kuin haluaisi olla tai on

kuvitellut olevansa. *Henkilökohtaisena minuusprojektina* voidaan pitää sellaista identiteettiä kohdistuvaa työskentelyä, jossa pyritään löytämään aito, syvällinen minä ja elämäntapa. (Koski-Jännes ym. 1998, 172, 174–175.) Tällaisena mielestäni hahmottui myös se naistenyhteisön työskentely, jossa tuettiin sisäistä kasvua ja oman itsen löytämistä osana muutostyöskentelyä ja kehitystä (Koski-Jännes ym. 1998, 178). *Sosiaalisena minuusprojektina* puolestaan jäsentyy se työskentely, jossa jäsennetään suhdetta toisiin ja omaa asemoitumista sosiaalisissa verkostoissa ja tehdään eroa päihdekeskeiseen sosiaaliseen maailmaan (Koski-Jännes ym. 1998, 174). Tätä puolta naistenyhteisön työskentelyssä ilmensivät erityisesti ne tilanteet, joissa kohdennetusti käsiteltiin naisten suhteita toisiin ja asemoitumista ulkopuoliseen maailmaan.

Yhteisöhoitossa omaan itseen ja omiin ajatuksiin suuntautuvaa pohdintaa ja tarkastelua sekä tunteiden tutkimista ei tarvinnut tehdä yksin vaan yhdessä toisten kanssa. Toisaalta valmiita vastauksia siihen, millainen ja kuka minä olen, ei yhteisössä annettu, vaan naisen oli uskallettava itse lähteä tähän työskentelyyn:

”Yks asiakas takavuosina sanoi kun täällä ei oo ohjekirjaa mistä asiat kävis selville, niin tuota se on varmaan aika tuskasta, kun täytyykin kääntää katse sisäänpäin ja miettiä, mitä mieltä mä jostakin olen... Mitä minä ajattelen, kuinka minä ilmaisen mielipiteen ja mitä mieltä mä tästä ylipäättään olen, kun ei ole ohjekirjaa, jossa sanotaan mitä mieltä mä oon – mitä mieltä on oikein olla, mikä on oikea vastaus kysymykseen.” (työntekijän haastattelu_51)

Aineistossani naisten keskeiset identiteettiä ja minään liittyvät kysymykset koskivat vaikeuksia olla itsensä kanssa, kokemuksia minän riittämättömyydestä ja oman minän rajoista. Naisten kokemus omasta itsestä oli usein vahvasti erilaisin kielteisillä sävyillä väritetty. Oma itse hahmotettiin riittämättömänä, kelpaamattomana ja vääränlaisena ihmisenä. Naisten käsityksiä läpäisivät kokemukset siitä, että hyväksytyksi tuleminen ihmissuhteissa oli ollut ehdollista, eli naisen oli täytynyt olla tietynlainen ja jopa itselleen vieras. Koettu pakko esittää itsensä tietynlaisena puolestaan voi ajaa yksilön hakemaan helpotusta riippuvuutta tuottavista toiminnoista (Koski-Jännes ym. 1998, 182). Käsitystä itsestä huonona ja kelpaamattomana on voitu tuottaa ja vahvistaa kaikkein läheisimmissä suhteissa, omassa perheessä ja omien vanhempien toimesta (ks. myös Sariola 2006):

Naisten puheissa kuvausta siitä, miten ei ole koskaan riittänyt kenellekään, joten miten voisi riittää itsellekään. Kuvausta siitä, miten on toistuvasti saanut kuulla, että ”miks sä oot tollanen?” Puheenvuoroissa toistuvat kokemukset siitä, että hyväksyntää ei saa ilman ehtoja. (KMP_ryhmä77)

Ihmisen elinympäristöllä ja keskeisillä toiminta-areenoilla on keskeinen merkitys identiteetin rakentumiselle ja näin myös sillä, millaista palautetta ja arviointia yksilöön liitetään. Kun ihmiset kuvaavat omaa elämäänsä, he myös määrittelevät samalla itseään ja arvioivat ja asettautuvat johonkin paikkaan tai positioon suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäröivään yhteiskuntaan (Kulmala 2004, 231). Päihdeongelmaisiin naisiin yleisesti liitetyt kielteiset mielikuvat ja puhutavat

ovat omiaan vahvistamaan naisten jo valmiiksi sisäistämää negatiivista käsitystä itsestä, jossa he vertasivat itseään toisiin ja normaalina pidettyyn. Minää koskeviin pohdintoihin siis välittyi käsitys itsestä ei-normaalina, poikkeavana (ks. myös Granfelt 1998; Virokannas 2004). Päihdeongelman ei nähty sopivan tavallisen ja normaalin naisen elämäntarinaa ja yhteiskunnallisiin odotuksiin (myös Törmä 2011).

”Ja juova nainen on yleinen nainen... Saa kohdella huonommin kuin tavallista naista.”
(naisasiakkaan kommentti; KMP_ryhmä78)

Tällainen uskomus ja käsitys voi olla hyvin vahva, eikä sitä voi sivuuttaa naisten päihdehoidossa. Käsitys itsestä huonona ja kelpaamattomana voi välittyä hyvin laaja-alaisesti eri elämänalueille ja omiin rooleihin, esimerkiksi äitiyteen (esim. Törmä 2011; Virokannas 2011; Howard 2015). Työntekijöiden mukaan tärkeänä hoidollisena tavoitteena pidettiin sen kokemuksen tuottamista, että nainen voisi uskoa olevansa paras ja riittävä minä:

TK: ”Miten sitten kun asiakas poistuu täältä, niin mitä sä toivot, että hänellä ois täältä mukanaan?”

Pilvi: ”Et minä olen minä ja paras siinä. Et itse asiassa ei ole ketään muuta näin hyvää minää kuin minä. Ja semmosen viestin tavallaan niin ku... mitä kautta se sit millonka tulee mut varmaan on niin ku aika useinkin sitä niin ku... käsitellään sitä niin ku.”
(työntekijän haastattelu_52)

Epävarmuus ja huono itsetunto heijastuivat myös siihen, miten naiset havaitsivat jatkuvasti miettivänsä sitä, mitä muut heistä ajattelivat. Samoin koettiin vaikeana sivuuttaa muiden näkemyksiä ja luottaa siihen, että kelpasi ja riitti sellaisenaan:

Myöhemmin aamupalaverin jälkeisellä kahvilla Sonja (asiakas) kertoo, miten hän aina miettii, mitä muut hänestä ajattelevat, että muut pitävät häntä sellaisena, tällaisena tai tuollaisena ja että uskaltaako siksi puhua omista ajatuksistaan. Työntekijöistä Anneli tarttuu tähän Sonjan pohdintaan siitä, miten muut ihmiset meitä arvioivat ja miten he meidät näkevät. Anneli toteaa, että nyt on appelsiiniterapian aika. Anneli latoo jonoon eri kokoisia appelsiineja ja niiden ympärille osoittamaan banaaneja kääntyneinä kohti appelsiinia. Anneli kertoo, että appelsiini kuvaa minää tässä ja nyt, jolle ympärillä olevat banaanit eli muut ihmiset antavat palautetta ja jotka toimivat peileinä minälle. Appelsiini eli minä kasvaa kun se saa palautetta banaaneilta eli ihmisiltä – palaute ja muilta saatu peilaus mahdollistavat minän kasvun ja kehityksen. Anneli toteaa, että palaute voi olla hyvinkin erilaista ja että kulloistakin minää kuvaavan appelsiinin ympärillä on eri banaaneja eli eri ihmisiä, jotka siinä elämän ja kasvun vaiheessa antavat palautetta ja toimivat peileinä. Anneli toteaa myös, että osa banaaneista eli toisista ihmisistä puuttoa väistämättä minän kasvun ja kehityksen myötä tai ne menettävät merkityksensä ja tilalle tulee uusia. (KMP_keittiössä79)

Työntekijä pyrki ”appelsiiniterapiaa” soveltamalla havainnollistamaan toisten ihmisten merkitystä minälle ja sen rakentumiselle. Työntekijä toi tilanteessa esille sen, miten muut ihmiset antavat palautetta ja toimivat peileinä, mikä mahdollistaa minän kasvun ja kehityksen. Toisaalta nämä peileinä ja palautteen antajina toimivat ihmiset muuttuvat ja vaihtuvat. Yllä olevassa episodissa työntekijä yritti rohkaista asiakasta ja auttaa tätä näkemään yli sen, ”mitä muut ajat-

televat”. Toisaalta työntekijän näkemys toi esille sen, miten muut ihmiset, sosiaalinen vuorovaikutus ja palaute ovat merkityksellisiä siinä, miten käsitys itsestä muovautuu ja millaisen peilikuvan itsestään muiden kautta näkee. Siksi sillä on merkitystä, millaisten suhteiden ja kohtaamisten kautta yksilön minäkuva rakentuu, ja toisaalta näissä suhteissa se voidaan myös murskata ja nujertaa tai se voi vääristyä. Sosiaalisen peilauksen kautta yksilö hakee suuntaa omalle toiminnalleen ja itsetunnolleen. Tämä peilaaminen ei kuitenkaan anna totuutta itsestä vaan tuottaa kuvia ainoastaan toisten heijastuksista. (Lahikainen 2011, 128.)

Toisinaan oman itsen hyväksyminen oli naisille äärimmäisen vaikeaa, ja se kanavoitui kielteiseen käsitykseen omasta kehosta. Sekään ei kelvannut, eikä siinäkään ollut mitään hyvää. Työntekijät tiedostivat tämän naisten vaikeuden tunnistaa ja nimetä positiivisia määreitä omaan kehoonsa liittyen. Esimerkiksi seuraavassa episodissa työntekijä yrittää houkutellessa asiakasta löytämään ”edes” yhden hyvän puolen omasta vartalostaan ja vahvistamaan siten asiakkaan käsitystä itsestä:

(Työntekijä) Anneli ohjaa Sonjaa katsomaan itseä peilistä pieni osa kerrallaan – enemmän tai vähemmän. Anneli kertoo, että jotkut pystyvät katsomaan vain osan kehostaan, jotkut pystyvät katsomaan lopulta koko vartaloon. Anneli siis ohjaa Sonjaa katsomaan itseä peilistä pieni osa-alue kerrallaan kasvoista lähtien (osoittaa toki myös muille tämän puheensa) ja miettimään, ”mikä on ok – mitä hyvää minussa on, näkökulma siihen.” Sonja sanoo töksäyttään, että mikään omassa kehossa ei ole hyvää. ”No, eikö edes pikkusormi, peukalo...?”, kysyy Anneli hämmästyneenä. ”Ei ole!”, on Sonjan tiukka vastaus. (KPM_keittiössä80)

Työntekijät pitivät tärkeänä tarjota naisille korjaavia kokemuksia myös omaan itseen liittyvien kokemusten tasolla. Jos naisella oli vahvasti negatiivisesti jäsenytynyt käsitys itsestään, saattoi olla erittäin merkityksellistä se, että opeteltiin antamaan ja ottamaan vastaan positiivista palautetta, kuulemaan ja näkemään itsessä oleva hyvä:

Ryhmän lopuksi tehtiin siten, että kaikille (myös minulle ja nyt ryhmästä pois olleelle Tiialle ja ohjaaja Raijalle) jätettiin ryhmähuoneeseen omalla nimellä varustetut laput, joihin ruokatauon aikana voi käydä kirjoittamassa ”palautetta” kunkin nimen alle. Ajatus tästä lähti ryhmässä käydystä pohdinnasta siitä, miten muut minut näkevät ja miten tämän miettiminen vaikuttaa omaan toimintaan, esimerkiksi uskallanko itkeä tai uskallanko paljastaa syvimmät tuntemukseni. Onko kyse siitä, että pelkää paljastaa oma minä toisille? Oivallan, että keskeistä Ruusussa on oppia välittämään itsestä ja sen kysyminen itseltä: Miten voisi oppia tykkäämään itsestä ja hyväksymään itsensä? (KMP_ryhmä81)

Palautteen antamisessa pyrittiin osaltaan voimaannuttavaan ja kannustavaan lähestymistapaan, tukemaan naisen pystyvyudentunnetta ja eheyttämään itsetuntoa, jotka kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa tuodaan esille naiseriityisen hoidon piirteinä (esim. Grella ym. 1999; Greenwell ym. 2004)⁵⁰. Aineis-

⁵⁰ Tässä yhteydessä käytetään usein käsitettä empowerment. Sille ei kuitenkaan ole yksiselitteistä suomennosta, ja usein suomeksi käytetään käsitteitä valtaistuminen, valtaistaminen, voimaantuminen tai voimavaraistuminen. Käsitteellä on erilaisia filosofisia ja ideologisia taustoja, jotka tuottavat sen merkityssisältöön vaihtelevalla vahvuudella poliittisia ja

tossani voimaantuminen jäsenyi yksilöstä itsestään lähtevänä henkilökohtaisena ja sosiaalisena prosessina, jota ei voi ulkoistaa. Se on sidoksissa yksilön omaan haluun, tavoitteiden asettamiseen, luottamukseen ja käsitykseen itsestä ja omista mahdollisuuksista. (Siitonen 1999, 116–118.) Voimaannuttamiseen ja itsetunnon kohottamiseen pyrkivän työtteen merkitys ja tärkeys tuli esille esimerkiksi siinä, miten joidenkin naisten oli vaikea ottaa vastaan myönteistä palautetta tai he eivät olleet tottuneet siihen tai epäilivät sen aitoutta ja pyyteettömyyttä (myös Ruisniemi 2006a, 154). Seuraavassa episodissa annettiin kohdennetusti palautetta pian kotiutuvalle Katjalle:

Katja arvioi tilannettaan ja toteaa, että on saanut järjestettyä asuntoasiansa, kirjoittanut päiväkirjaa, ollut läsnä ryhmässä ja kertoo stressin olevan nyt pois. (työntekijä) Sarita: "Olet tehnyt tosi isoja juttuja tällä viikolla... tosi hienoa! Sarita kääntyy muiden puoleen ja kysyy: "Mitä palautetta annatte Katjalle ryhmistä? Karoliina toteaa Katjan rauhoittuneen, pystyy keskittymään ja on osallistunut. Oona toteaa: "On puhunut enemmän. Karoliina jatkaa: "Oot saanu luottamusta itseen ja ryhmiin, että voit puhua... Olet onnistunut tällä viikolla, tomerasti on asiat hoidossa!" (työntekijä) Leila: "Luottamusta oot saanut, jännität vähemmän... Ajattele, että kukaan muu ei voi sanoa sun asioista ja sun tunteita... Ne on ihan oikeita (vastauksia; TK). Et ei siis ole olemassa valmiiksi "oikeita" vastauksia joita ryhmässä pitäisi esittää, vaan ne ovat "oikeita" vastauksia joita kukin omassa asiassaan esittää." Sarita huomauttaa vielä: "Kun kuuntelee toista, on niin ku peilin edessä: et mitä nää asiat on mun elämässä - se on ryhmien idea täällä." (KMP_viikkoarviointi82)

Naistenyhteisön riittävän kannatteleva, turvallinen ja naisen omana itsenään hyväksyvä ilmapiiri loi puitteet voimaantumisen kokemuksen todellistumiselle ja itsetuntemuksen kohenemiselle. Arvostuksen, hyväksynnän, luottamuksen ja kunnioituksen kokeminen ovat merkityksellisiä voimaantumisen kokemuksen syntymiselle. Tällaisessa ympäristössä mahdollistuvat myös onnistumisen kokemukset. Nämä ovat yhteydessä mm. minäkuvaan, riskinottoon ja rohkeuteen kokeilla itselle uusia haastavia ratkaisuja. (Siitonen 1999, 144, 154.) Ruusun työntekijöiden tietoinen tavoite oli löytää jokaisessa oleva hyvä ja vahvistaa sitä:

Miia pohtii jatkohoitosuunnitelmiaan Ruusun jälkeen. Keskustelussa käy ilmi, että Miia "ei ainakaan Myllyhoitoa" halua. (Työntekijä) Leena toteaa Myllyhoidon olevan hierarkkinen yhteisö: "Et siellä niin ku pitää ansaita se paikka... meillä Ruusussa ei ole niin. Et Myllyhoidossa lähdetään siitä, että päihdeongelmaisella on identiteetti, joka pi-

vaikuttamiseen liittyviä painotuseroja. (Kuronen 2004.) Empowermentin käsitteestä tarkemmin esim. Marjo Kuronen (2004) tai Bam Börjling (2005). Juha Siitonen (1999) on kasvatustieteen väitöskirjassaan jäsentänyt yleisen formaalin voimaantumisteorian, joka muodostuu viidestä premissistä ja jonka jäsentämisessä Siitonen on käyttänyt mm. empowerment-käsitteeseen liittyvää keskustelua. Siitosen ajattelu vastannee lähemmin aineistossani esiintyneen voimaantumisen sisältöjä ja merkitystä. Aineistossani empowerment voimaantumisenä ei siis saa merkityssisältöä niinkään naisten alisteiseen asemaan ja sortoon liittyvänä tiedostamisena, eriarvoisuuden ja valtasuhteiden mekanismeja tunnistavana ja vaikuttamiseen pyrkivänä kuin yksilön sisäiseen prosessiin sekä sosiaaliseen ympäristöön ja sieltä saatavaan tukeen palautuvana (Siitonen 1999, 116–118). Yhteyksiä esimerkiksi sosiaalityön kriittisiin traditioihin ja feministiseen sosiaalityöhön aineistoni ei osoita, joskin toisaalta myös niiden osalta on kaipaillu empowermentin ideoiden konkretisoitumista ja sovellusmahdollisuuksien tarkastelua julkisen sektorin sosiaalityön kontekstissa (Kuronen 2004, 288–293). Yksilötason prosessina ymmärretty voimaantuminen asettautuu vastamaan osuvammin julkisen sektorin sukupuolineutraalina pidettyä käytäntöä (Kuronen, Granfelt, Nyqvist & Petrelius 2004).

tää murskata ensin, mut me pyritään vahvistamaan sitä hyvää, mitä jokaisessa jo on.”
(KMP_rentoutushuoneessa83)

Kokemukset oman itsen riittämisestä ja hyväksynnästä rakentuivat pienistä arkisista asioista, kohtaamisen tavoista ja yksilöllisen huomioon kautta. Ruusussa työskentelyn lähtökohtana oli tukea kunkin naisen identiteetin myönteisiä puolia. Työskentelyssä nähtiin naisten identiteettiä sävyttävän ja sitovan päihderiippuvuuden taakse, jossa naisessa oli lähtökohtaisesti myös hyvää, osaavaa ja pystyvää. Ennakko-olettamuksia ja tiukkoja normituksia siitä, mitä tämä hyvä ja oikea yksilössä olivat, ei ollut. Naistenyhteisön työskentelyssä ei siis ollut paikannettavissa ideologisesti vahvoja sitoumuksia ja määrityksiä siitä, millainen on päihdeongelmaisen ihmisen persoonallisuus ja miten sitä tulisi muuttaa (vrt. Hännikäinen-Uutela 2004, 126–127, 199–200). Joissakin yhteisöhoitomalleissa erilaiset minuuden riisumiseen (ks. Goffman 1969) pyrkivät tapahtumat, käytännöt ja toimenpiteet sekä säännöt luovat pohjaa yksilön minuuden muokkaamiselle, ja yhteisö ottaa vastuun persoonallisuuden muutosprosessista. Alkuvaiheessa yhteisöön tulevan asiakkaan kokemuksia luonnehtivat usein häväistys, nöyryytys ja painostaminen samankaltaisuuteen, kunnes asiakas ymmärtää, mikä merkitys näillä on ollut. (Hännikäinen-Uutela 2004, 153–156.) Sen sijaan naistenyhteisössä pyrittiin karttamaan ja välttämään kaikin tavoin juuri tällaisten kokemusten syntymistä, ja lähtökohta minuuden ja identiteetin työstämiselle rakentui toisin. Ajattelen, että naistenyhteisön orientaatio ja yhteisön toimintakulttuuri oli salliva, sensitiivinen ja naisiin myötämielisesti suhtautuva myös minään fokusoituvan työskentelyn näkökulmasta. Psykologisesti merkityksellinen ja hoitava kokemus saattoi olla sillä, että nainen koki tullessa nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi omana itsenään.

”Siis ajatus siitä että... toisaalta sen lisäksi et se on hoitavaa niin myös se et tulee nähdyksi ja tulee kuulluksi. Ja se on tosi pelottavaa, et joku näkee ihan oikeesti mut sellasena kun mä oon. Joku ihan oikeesti kuuntelee mua ja arvioi – kuulemaansa ja entäs jos mä en olekaan riittävän hyvä. Ne tulee niin kun tosi usein näissä Ruusun arkipäivän tilanteissa. (työntekijän haastattelu_53)

Käsitys oman minän riittävydestä on myös yhteydessä yksilön ymmärrykseen oman minän rajoista. Kehityksellisesti minän rajojen hahmottaminen on merkityksellistä sikäli, että ihmisen peruskokemukseen sisältyy pyrkimys löytää ja säilyttää eheä minäkokemus. Minuuden tuottaminen edellyttää jatkuvaa minän rajojen eli psyykkisen autonomian alueen ylläpitoa. Tämän rajan kehittyminen minän ja ei-minän välille tapahtuu hitaassa prosessissa kasvun myötä. (Vuorinen 1998.) Päihdeongelmaisten naisten kohdalla aikuisuuteen liitettävä kypsyys ja tasapainoisuus omien rajojen suhteen oli kuitenkin usein hyvin epävarmaa. Rajaa minän ja muiden välille oli vaikea asettaa.

Ryhmän aiheena tänään ovat rajat. Työntekijät ohjaavat pohtimaan, mitä ihmiselle tapahtuu, jos ei ole rajoja. Ruusujen vastauksista kuulen rajattomuuden merkitsevän seuraavia asioita: ”epävarma olo”, ”on ihan pihalla”, ”on liian kiltti, tekee kaiken”, ”ei osaa sanoa ei”, ”voi tehdä ja sanoa mitä hyvänsä”, ”on anarkisti” ja ”joutuu hyväksikäytettäväksi”. - - Anna-Leena (työntekijä) puhuu kyvystä olla vuorovaikutuksessa itsen ja ympäristön välillä ja että osaa kontrolloida sitä, mitä kertoo ja paljastaa itses-

tään. "Eli on kykyä säädellä avoimuutta ja suojella itseä", muotoilee Anna-Leena. (KMP_ryhmä84)

Rajattomuus teki suojattomaksi ja haavoittuvaksi hyväksikäytölle, alistamiselle ja nujertamiselle eri tavoin. Omaan minään liittyvien rajojen merkityksen hahmottamisessa oli kyse sen jäsentämisestä, miten naiset näkivät oman toimintansa ja olemisensa suhteessa muihin, miten itsenäiseen tai riippumattomaan toimintaan ja ajatteluun he uskoivat ja ajattelivat pystyvänsä. Tarve saada ja kokea hyväksyntää ja olla samanlainen sääteli naisten olemista ja toimintaa. Usein naiset toimivat vahvasti muilta saadun palautteen perusteella, vaikka se olisi johtanut hyvin tuhoaviin lopputuloksiin ja tunteeseen siitä, että ei kelpaa eikä riitä. Pelko hylätyksi tulemisesta johti pakonomaiseen miellyttämisen tarpeeseen, jossa omat tarpeet, oikeudet ja tunteet olivat toissijaisia. Rajojen löytäminen ja asettaminen puolestaan merkitsivät orastavaa itsen arvostamista ja minään liittyvää muutostyötä, mitä päihdeongelmasta kuntoutuminen edellyttää.

"Sillä on ehkä suurin merkitys siinä, että oppii pitämään huolta itsestään, niin oppii laittamaan rajoja. Rajaamaan sitä, mitä mä oikeasti haluan – omalta elämältäni, mitä mä nyt tässä hetkessä haluan ja mitä mä en ehdottomasti halua. Mitä mulle saa tehdä, mitä mä saan tehdä, mitä mulle ei ehdottomasti saa tehdä. Jotenkin sitä on ehkä se, että oppii pitämään huolta itsestä, että ei jatkuvasti altistu semmosille ylikävelyille, hyväksikäytölle – taloudellisesti, seksuaalisesti – millä hyvänsä alalla niin ku." (työntekijän haastattelu_54)

Naistenyhteisössä minuuteen liittyvässä työskentelyssä pidettiin tärkeänä itsetuntemuksen vahvistamista ja oman minän rajojen löytämisen tukemista. Naisten aikaisemmissa ihmissuhteissa ja elämänhistoriassa toistuivat usein kokemukset kunnioitusvajeesta ja arvostuksen puutteesta, oman minän riittämättömyydestä ja rajojen rikkoutumisesta. Ruusussa työntekijät asettivat työskentelyn tietoiseksi tavoitteeksi ihmisarvon takaisin antamisen ja kunnioituksen osoittamisen sekä siten minäkäsityksen eheyttämisen. Näiden nähtiin tapahtuvan vuorovaikutuksen ja kohtaamisen kautta. Hyvin tärkeänä pidettiin sellaisen kokemuksen tuottamista, että nainen voisi tuntea ja ymmärtää, että hän itsessään ja sellaisenaan on hoivan, huolenpidon ja päihteettömän elämän arvoinen. Kunnioituksen ja arvostuksen kokemusten tuottamisen toivottiin kantavan naisia Laitoksen ulkopuolella ja vahvistavan naisten toimintakykyä ja sen sisäistämistä, että oma minä on tärkeä.

Milja: "Jotenki olla kauheen herkkänä sille, et mikä ton ihmisen juttu tässä niin ku on."

TK: "Mitä sä aattelet et mihin se johtaa?"

Milja: "Siihen, että se ihminen voi niin ku – mä uskon siihen tosi vahvasti, et se ihminen voi niin ku olla oma itsensä. Ja jotenki niin ku ruveta sitä kautta miettimään, et mikä hänelle on niin ku... Et se ei tuu sillee, et minä niin ku neuvon tai minä ohjaan ja opastan, vaan et hän voi ihan ittenänsä olla ja sanoo et nyt koen tätä ni voidaanko yhdessä. Ja sitte saada sen kokemuksen, et minä olen arvokas. Ja kun mä uskon siihen, et nainen on... Ruusussa voi saada kokemuksen, et on arvokas, niin se kantaa myös muualla. Et kaikki ne kokemukset mitä tääl rakennetaan et mitkä rakentuu siinä, niin ne kantaa sit eteenpäin ihan sillä, et ne tulee siit ihmisen hyväksynnästä ja sen kautta et se näkee jotenki senkin et kuka minä olen, millanen minä olen – ni saa tavallaan myöski

niin sitte sen peilin niin ku siihen ja sitä kautta voi niin ku rakentaa, ikään kuin eheyttää itteensä ja saada voimia siihen omaan arkeensa ja sitte niin ku siihen itsensä hoitamiseen ja semmoseen et miten tärkeetä se on et minä oon minä.” (työntekijän haastattelu_55)

Minuuteen liittyvää työskentelyä toteutettiin naistenyhteisössä myös erilaisten narratiivien käytön ja mielikuvatyöskentelyn⁵¹ avulla. Seuraava episodi havainnollistaa naisten vaikeuksia pohtia omaa itseä ja omaa elämää. Siinä mielikuvatyöskentelyn sisältämän tarinan, sen herättämien symbolien ja tunteiden kautta lähestyttiin omaa menneisyyttä ja tulevaisuutta sekä itsen liittyviä mielikuvia. Osallistuin itsekin tämän harjoituksen tekemiseen, ja tehtävän auki purkaminen paljasti, miten eri tavoin minun ja asiakkaina olleiden naisten käsitkset ja tarinat poikkesivat toisistaan.

Teemana on työstää mielikuvatarinan avulla omaa minuutta – mitä minä olen, kuka minä olen jne. Ennen aloitusta ryhmää ohjaava Inka tuo esille minän, minuuden pohdinnan ja itsetutkiskelun olevan olennaista, kuntoutuksen ytimessä olevia asioita. Osallistun itsekin tähän mielikuvatyöskentelyyn. Inka käyttää tehtävässä apuna ”Niityllä”-tarinaa, jossa kuljetaan eri elämäntilanteiden, tapahtumien ja kohtien kautta kohti tulevaa. Tarinassa symboliikka ja kerronta tapahtuu erilaisten luontoon liittyvien elementtien kautta. Työskentelyn jälkeen ruusut ovat hyvin ahdistuneita ja kokevat harjoituksen olleen rankka. Olen hämilläni. Tykkäsin tästä itse kovin ja minusta tämä oli todella mielenkiintoista enkä ahdistunut yhtään. Miksi minun kokemukseni tästä samasta tilanteesta oli suorastaan päinvastainen kuin ruusuilla? Osin vastauksemme poikkesivat huomattavasti toisistaan. Tarinaa siis purettiin auki käymällä kysymykset kohta kohdalta läpi siten, että jokainen – minä mukaan lukien – kertoi oman vastauksensa. Ratkaisevin ero vastauksissamme oli ehkä viimeisen kysymyksen kohdalla, jossa muut näkivät kalliolta sen, mistä olivat tulleet eli menneisyyden ja sen tapahtumat – minä näin vain osan siitä (rannan, jolla olin ollut) pienenä pisteenä ja kaukana lähtöpisteenä ollutta niityä en nähnyt enää lainkaan. Juulia (työntekijä) kertoo tämän kohdan kuvanneen sitä, mitä näemme tulevaisuudessa: muut näkivät menneisyytensä tulevaisuudessaan – ja minä tulevaisuuden. Tämä työskentely siis aiheutti asiakkaissa ahdistusta ja pelkoa. Naisten poistuttua jäämme kaksin Inkan kanssa keskustelemaan. Inka pohtii, vaatiiko hän joskus sittenkin liikaa, kestävätkö ruusut ja mitä seurauksia näistä harjoituksista on. (KMP_mielikuvatyöskentely85)

Minulle tuohon mielikuvatyöskentelyyn liittyvä keskeinen oivallus oli se, miten voimakkaita reaktioita ja tunteita lähtökohtaisesti neutraalit tarinan kehukset saattoivat mielen tasolla tuottaa ja miten eri tavoin asiakkaina olleet naiset maailmaan orientoituivat verrattuna itseeni. Hoidollisesti tällaisten työtapojen käyttö edellytti työntekijöiltä sensitiivisyyttä, harkintakykyä, psykologista ymmärrystä ja reflektointitaitoja. Työntekijöiden oli päästävä kiinni siihen psykologiseen kokemusmaailmaan ja henkilöhistoriaan, josta naisten reaktiot nousivat. Näin he pystyivät myös refleктоimaan ääneen omia havaintojaan ja auttamaan siten naisia ymmärtämään itseään. Hienovaraisuuteen ja oman kokemuksen

⁵¹ Mielikuvatyöskentely oli osa yhteisön viikottaista toimintaa. Se oli tavoitteellista toimintaa, jolla pyrittiin mm. harjoittelemaan omien ajatusten, tunteiden ja itseä koskevien käsitusten reflektointia ilman päihteitä. Keinoina käytettiin erilaisia tarinoita tai kehyskertomuksia. Tilana toimi tähän erikseen tarkoitettu rauhallinen huone, jossa oli mahdollista maata lattialla patjoilla. Tilanteen rakenne oli aina sama: ensin pysähdyttiin, oltiin hiljaa, rentoutettiin keho ja keskityttiin omaan itseen, tarinan tai kehyskertomuksen kuunteluun ja maattiin lattialla patjoilla silmät kiinni. Lopuksi käytiin keskustellen läpi heränneitä ajatuksia, tunteita ja mielikuvia. Työntekijä ohjasi näitä eri vaiheita ja työskentelyn kulkua.

kautta oppimaan pyrkivä orientaatio, jossa käytettiin apuna erilaisia narratiiveja ja mielikuvia, ei silti tarkoittanut, että työskentely olisi ollut kepeää jutustelua tai liikkunut fiktion tasolla. Pikemminkin naisten hyvin vahvat reaktiot, avoin ahdistuminen ja pelokkuus osoittivat työskentelyn vaativuuden ja sen, miten olennaisten kysymysten äärellä tällöin liikuttiin – mutta ei yksin vaan yhdessä yhteisönä, sen kannattelemassa ja tukemassa.

9.2 Tunteita tutkimassa

Naisten päihdehoidon yksi keskeinen alue liittyy tunteisiin, niiden tunnistamisen ja käsittelyn merkitykseen päihdeongelman hoidossa. Tunnetyön ytimessä olivat tunteiden tunnistaminen, nimeäminen ja normalisointi, oman toiminnan etäännyttäminen välittömästä tunnereaktiosta sekä tunteiden käsittelyn ja säätelyn hallinta tarkoituksenmukaisella tavalla – ilman päihteiden tuomaa vahvistusta tai vaientamista. Naistenyhteisön työntekijöiden näkökulmasta tunteisiin liittyvät kysymykset, tunteiden tunnistaminen, nimeäminen, ilmaiseminen ja käsittely nähtiin olennaisena ja nimenomaan naisiin liittyvänä alueena:

”Ehkä se mikä on tyypillistä naisille ja tekee tämän yhteisön myös erilaiseksi, mut ehkä myös se, että vaikka kuuleekin niin kun muilta kollegoilta, että jokaisessa yhteisössä käydään noita tunteita läpi ja on tunnetyöskentelyä, niin ehkä se kuitenkin täällä naistenyhteisössä on vielä enemmän sellanen tapa setviä asioita tunteiden kautta. Ja jos joku viisas ihminen on joskus sanonut, että päihdeongelma on tunne-elämän sairaus niin jotenkin kyllä sen tässä niin kun näkee, et tääl on niin kun hyvin hyvin herkkiä naisia ja hyvin hyvin herkästi reagoivia naisia oli asia mikä hyvänsä.” (työntekijän haastattelu_56)

Tunteiden ”setviminen”, naisten herkkyyden ja reagoitavuuden tunnistaminen sekä erilaisten asioiden käsittely nimenomaan tunteiden kautta nähtiin erityisenä orientaationa ja korostuneesti naisiin liittyvänä verrattuna muihin Laitoksen yhteisöihin. Samoin päihdeongelma määrittyi yllä olevassa sitaatissa tunne-elämän sairaudeksi, minkä tulkittiin ilmenevän emotionaalisena herkkyytenä. Ymmärrän työntekijän viittaavan naisten herkkyydellä ja reagoimisella tässä kohdin siihen, että naisten reaktiot saattoivat ulkopuolisen silmin olla ylimitoitettuja suhteessa tilanteeseen ja tapahtumiin; tilanteet ”ylikuormittuivat” herkästi emotionaalisilla sävyillä. Joistakin hyvin arkisista ja pienistä asioista saattoi muodostua korostuneen tunnepitoisia ja vahvoja reaktioita herättäviä ja kehkeytyä kaikenlaista ”draamaa”. Sen sijaan jotkin henkilökohtaiset tapahtumat ja kokemukset kuitattiin ilman mitään tunnekosketusta ikään kuin täysin yhdentekevinä asioina. Tämä ylireagoiminen myös tunnistettiin, ja tätä toimintatapaa ohjattiin ottamaan suoran harjoittelun kohteeksi:

Keskustelua siitä, miten erilaiset reaktiot voivat olla yliampuvia ja vääriä. ”Taistele ja pakene” -reaktio, joka ehkä joskus menneisyydessä (ihmiskunnan historiassa) oli funktionaalinen, menee nyt yli ja ohi tai on liian voimakas: ”Ne selkäytimestä tulevat reaktiot saattavat osua voimalla nykyhetkessä väärään kohtaan... voisiko tätä jotenkin har-

joitella?” pohtii Irmeli. ”Miten siis hallita voimakkaana syöksyviä pelon, paniikin ja ahdistuksen tunteita?” (KMP_ryhmä86)

Työskentelyssä siis tunnistettiin se, että johonkin tilanteeseen tai tapahtumaan liittyvä emotionaalinen reaktio saattoi perustua virhetulkintaan. Tunne-elämän sairautena tulkittuna päihdeongelma sisälsi myös tunteisiin liittyvää epävarmuutta ja kohtaamattomuutta, ja naiset pohtivat sitä, millaiset tunteet olivat sallittuja ja miten tunteita nimetään ja kohdataan. Pelkistetty määritelmä tunteelle on, että tunne tarkoittaa tunnistettua tai nimettävissä olevaa kokemusta ja että tietynlainen perustunteisto kuuluu synnynnäisesti ihmisen olemukseen (Turunen 2004, 160). Näitä perustuntemuksia ja niitä kuvaavia tunnesanoja hoidossa siis pyrittiin tavoittamaan. Tunnepuheen toivottiin myös johtavan itsetuntemuksen lisääntymiseen ja sen työstämiseen, millaisia tunteita naiset kokivat ja miksi. Tunteista myös jatkuvasti kyseltiin ja pyydettiin konkretisoimaan ja jäsentämään omaa tunnetilaa, olipa tuo ilmaisu miten arkinen tokaisu hyvänsä:

Käydään läpi ruusujen kuulumisia eilispäivästä ja -illasta sekä aamun tunnelmista. Saja antaa palautetta kommentteista ja haastaa täsmentämään ruusujen tuntemuksia: ”Mitä tarkoittaa ihan hyvä? Täsmennystä kiitos!” (KMP_aamupalaveri87)

Ilmaukset ”ihan hyvää” tai ”ei mitään ihmeellistä” olivat vastauksia, joihin työntekijät pysäyttivät, tarttuivat ja haastoivat naisia täsmentämään ja kertomaan, mitä on, kun ”ei kuulu mitään” tai kun kuuluu ”ihan hyvää”. Puheen tasolla tunneilmaisu saattoi olla niukkaa tai toteavaa, mutta käyttäytymisen tasolla ilmeni voimakkaita tunteita ja vahvaa reagointia. Hoidollisesti pidettiin tärkeänä sitä, että naisia tuettiin löytämään välineitä käsitellä ja kohdata omia tunteitaan ilman päihteitä – oli käytössä sitten puhuminen, kirjoittaminen tai mikä hyvänsä keino oppia tunnistamaan ja tuntemaan tunteitaan sekä pohtimaan niiden viestiä:

”Siihenhän sitä päihdettä käytetään, monet ainakin kertoo näin, et kun tuntuu niin kamalalta, ahisti ja sitten mä rikoin paikat ja mä join pääni täyteen. Niin miten tätä prosessia vois tarkastella, minkälaisin kaikin mahdollisin keinoin? Onko se, että tekee päänsä kanssa töitä, istuu ryhmähuoneessa ja pohtii – onko se se juttu, onko se oikeeta työtä? Jos hän kirjottaa ne paperille, niin se on varmaan vielä oikeempaa työtä? Jos siitä tekee niin kun piirtoheitinkalvon, niin se on vielä oikeempaa työtä tai jos siitä kirjottaa 700-sivusen kirjan niin tekeekö se sen mielipiteen paremmaksi tai oikeaksi? Vai onko se juttu siinä, että mä kuuntelen itseäni? Miltä tämä tuntuu mun kehossa, mitä tunteita ja ajatuksia se herättää ja mitä merkityksiä mä sille annan?” (työntekijän haastattelu_57)

Naisten kokemuksissa ja kuvauksissa päihteet olivat joko keino turruttaa omia tunteita tai kokea ja vahvistaa niitä. Naisten puheissa tunteet, niiden puuttuminen, välttäminen, sammuttaminen tai voimistuminen olivat yhteydessä erilaisiin päihteidenkäyttötilanteisiin. Toisinaan tunteet sekoittuivat myös somaattisiin ja psyykkisiin oireisiin (ks. luku 8) ja ilmenivät kehon fyysisinä reaktioina, esimerkiksi oksentamisena. Erilaiset tunteet näkyivät ja kuuluivat naistenyhteisön arjessa ja tarttuivat yhteisössä naisesta toiseen, välittyivät työntekijöiden tietoisuuteen ja läpäisivät koko yhteisön tunnelmaa. Tunteet kertoivat mielestä-

ni siitä, että jotain hyvin merkityksellistä tapahtui, naiset reagoivat ja ilmaisivat itseään ehkä ensimmäistä kertaa. Tunteet tulivat läpi arkeen eri tilanteissa ja niitä tuotiin myös kotoa ja menneisyydestä:

”Ja sit kuitenkin ku tulee tämmösiä tunneasioita tääl tulee kuitenkin koko ajan käsitte-lyyn – et viimiseks nyt sit siitä et yks asiakas on ollu viikonloppuna kotona ja kaikki oli menny ihan eri taval ku piti. Et tota... et sit ku siit nousee niin paljo niit tunteita just et ku tapaako lapsen, eikö tapaa lasta... mitä siit sit niin ku seuraa. Tai et kun siellä ei kumppani olekaan samalla tavalla virittäytynyt kun itse on. Ja sit tulee kauheit ristiriit-oi siihen suhteeseenki saman tien ku jo menee, ilman et on viel kerennyt tapahtuu mi-tää ni niitä sitte purkamalla tässä. Ni kylhän se tunteista se päivä täyttyy.” (työntekijän haastattelu_58)

Vihaa, häpeää, syyllisyyttä, iloa, onnea, tyytyväisyyttä, tyytymättömyyttä, hel-potusta, ikävää ja pelkoa – kaikkea näitä näin ja kuulin, niitä koettiin ja niistä puhuttiin. Tunteet muuntuivat toiminnaksi ja tekemiseksi, niitä piirrettiin ku-viksi, puskettiin ulos liikkumalla, kohdattiin ja käsiteltiin unissa tai huudettiin metsässä ulos.

Viivi on levoton. Kertoo voimakkaista mielialavaihteluista viikonloppuna. Toteaa sit-ten saaneensa kyllä apua keskusteluista vuorotyöntekijän kanssa, liikunnasta ja siitä, että järjesti itselleen jotain konkreettista tekemistä. Kertoo leiponeensa perjantaina pannukakun, kun ”olin niin kiukkunen, mutta hyvää siitä tuli!” (KMP_aamupalaveri88)

Aamupalaverissa Nea on hyvin väsyneen oloinen. Kertoo olleensa koko yön ”jossain huumeluolassa”. Kokee, että ei ole nukkunut lainkaan. Painajaisia, ahdistusta. Kertoo olleensa niin peloissaan, että ei uskaltanut avata silmiään. Avasi kuitenkin ne lopulta ja oli helpottunut tajutessaan olevansa Ruusussa. Tullut siitä turvallinen ja helpottunut olo. Kokee alitajuntansa käyvän asioita läpi syvältä. (KMP_aamupalaveri89)

Viikkoarvioinnissa Säde kertoo kirjoittaneensa päiväkirjaa omista tuntemuksistaan. Kertoo purkaneensa päiväkirjaan myös Tarua (toista asiakasta; TK) kohtaan tunte-maansa vihaa ja pettymystä. Oli myös hakannut nyrkkeilysäkkiä ja ”kuvittelin, et se on Taru... siis ku mitä mä sitä teihin (viittaa ruusuihin ja työntekijöihin; TK) alan purka-maan... säkki auttoi!” Työntekijöistä Kristiina toteaa fyysisen väsyttämisen olevan yksi keino purkaa tunteitaan. (KMP_viikkoarviointi90)

Työntekijät kannustivat toiminnalliseen ja tekemisen tasolle ulottuvaan tuntei-den käsittelyyn. Asiakkaita ohjattiin etsimään tunteilleen erilaisia itselle sovel-tuvia ja toimivia purkautumisen tapoja:

(Työntekijä) Raakel kirjoittaa fläppitaululle tekstin ”Miten toimit kun olet vihainen?” ja pyytää sitten ruusuja kertomaan omia kokemuksiaan tästä. Ruusut kertovat, että kun ovat vihaisia he: ”kävelen pois”, ”tulen fyysisesti aggressiiviseksi”, ”huudan äänek-käästi”, ”sanon ilkeitä asioita toiselle”, ”menetän täysin kontrollin”, ”pidän mykkäkou-lua”, ”itken”, ”mitätöin toista” ja ”tuhoan tavaroita”. Tämän jälkeen Raakel kirjoittaa fläppitaululle tekstin ”Miten purkaa vihaa rakentavasti?” Ruusut kertovat tekevänsä seuraavia asioita: ”kirjoitan paperille, että mä vihaan sua, mä tapan sut”, ”lähden hak-kaa säkkiä” (liikunta), ”piirtäminen”, ”minusta tuntuu -taktiikka” ja ”vihaan, koska rakastan” (rakkaat asiat aiheuttavat kipua, esimerkiksi pettäminen) (KMP_ryhmä91)

Tunteiden työstämisen keskeinen hoidollinen funktio on siinä, miten tunteiden käsittely mahdollistaa esimerkiksi vaikeiden kokemusten työstämisen. Sen si-jaan tunteiden torjunta jättää yksilön jatkuvaan välttämisen tilaan ja lisää

psykkistä kuormitusta. (Tegelsten 2007, 50–51.) Yhtenä keinona käsitellä ja tunnistaa omia tunteita ja niihin liittyviä asioita naistenyhteisössä oli päiväkirjan kirjoittaminen. Työntekijät rohkaisivat ja kannustivat naisia aktiivisesti (tunne)päiväkirjojen kirjoittamiseen. Niiden tarkoitus oli olla henkilökohtaisia ja yksilölle itselleen jäävä reflektoinnin väline. Kirjoittaessaan ihminen on kosketuksissa sisäiseen maailmaansa ja hän tuottaa sen sisältämiä ajatuksia, kokemuksia ja tunteita. Yksilö voi tällöin purkaa auki ja ulos sen, mikä aikaisemmin on saattanut sisällä olla epämääräinen möykky tai jäsentymätön kokonaisuus.

”Kerran mä tein sillai, että kaikki sai kirjoittaa ne kamalat ja pahat asiat johon on syylistynyt ja sitte me menttiin rantaan ja mä tein nuotion... Ne naiset tuli yksitellen, osa luki kirjeen ääneen tai kerto asian, osa oli hiljaa... Ja sit me poltettiin se ja mä sanoin aina, että sä saat anteeksi”, kertoo Irja minulle. ”Se on vapauttavaa, että sä saat niin ku anteeksi ne pahat asiat”, jatkaa Irja hiljaa. (KMP_lounaskeskustelu ruokasalissa92)

Viikkoarvioinnissa Päivi kertoo lukkiutuneensa omaan huoneeseensa ajatusten ja ahdistuksen kanssa. On ollut itkuinen. Marjaana puhelee ääneen kysellen samalla: ”Milloin on hyvä tuoda oma asiat julki toisille... silloin kun ajatukset kiertää kehää?” Päivi nyökkäilee ja kertoo kirjoittaneensa päiväkirjaa. Marjaana tukee Päivin kirjoittamista. Viikon ruusuna Päivi sanoo sen, ”kun pääsin tänne asti enkä antanu periksi”. Marjaana palaa vielä päiväkirjan kirjoittamiseen ja kysyy: ”Mä siitä tunnepäiväkirjasta... että onko tullut oivalluksia tunnepäiväkirjan alueella?” Päivi selittää, että ”kun kirjoittaa oman tunteen paperille, sen ymmärtää itsekkin paremmin” - - ”On apua, en muuten teiskään.” (KMP_viikkoarviointi93)

Yhteisön toimivuuden näkökulmasta tunteet olivat sikäli problemaattinen kysymys, että tunneilmaisujen osalta naistenyhteisössä esiintyi paljon aikuisuuden ikä- ja kehitystasosta poikkeavaa reagointia:

Lounaan jälkeen istumme jälleen työhuoneessa. Minä, Sinikka ja Kaisa. Keskustelua Ruusussa olevista asiakkaista. Sinikka toteaa: ”Mä oon kuullu joskus sanottavan, että tunne-elämän kehitys pysähtyy siihen ikään, jolloin aloittaa päihteidenkäytön... Se näkyy kyllä täällä - ihan kun kattoo tota käyttäytymistä, valintoja ja ratkaisumalleja, joita ruusuilla on.” Kaisa jatkaa: ”Esimerkiksi Jessikalle ei lainkaan ole tärkeitä asioita äitiydessä ne kuten aikuisille naisille yleensä ja se siis oli kuitenkin 21! Tai sitte niin kun vaikka toi tämän aamuinen saunajuttu... että taas jonkun muun pitäisi ottaa vastuu... että ei vaan pitäisi mennä ulos!” (KMP_työhuoneessa94)

Työntekijät keskustelevat Karoliinasta. Saara tuo esille sen, miten kokee, että Karoliinaan (19 v.) on vaikea saada kontaktia. Hanna huokaisee ja pohtii: ”Niin... se on alottanut päihteidenkäytön tosi nuorena... ihan tosi rajua juomista jostain... mitä 12-vuodesta lähtien... Et sen mukaan sitten... et, mistä niin ku puhutaan 12–13-vuotiaan kanssa? Mitä... miten sen ikäisten kanssa ja mistä puhutaan?” (KMP_työhuoneessa95)

Lähtökohtainen oletamus oli, että Ruusu oli aikuisista naisista muodostuva yhteisö. Työntekijöiden näkemyksen mukaan tuo aikuisuus oli kuitenkin usein kadoksissa, mikä ilmeni asiakkaiden tunne-elämän, käyttäytymisen ja valintojen tasolla. Monen asiakkaan kohdalla kulttuuriset odotukset ikään ja elämäntaiheisiin liittyvistä rooleista, toiminnasta ja käyttäytymisestä eivät olleet toteutuneet esimerkiksi koulutuksen, perhe-elämän tai työelämään osallistumisen näkökulmista (Raitakari & Juhila 2011, 195–197). Kehityksellisestä näkökulmasta tarkasteltuna tunteiden ja niihin liittyvien kokemusten säätelyä voi oppia vain yhteydessä toisiin ihmisiin, harjoittelun ja peilauksen kautta. Jos yhteyttä

toisiin ei ole, eivät kokemukset kertaudu eikä yksilön mieli jalostu. Yhteyden katoaminen toisiin, katkokset ja säröt yhteydessä ovat yksi voimakkaimmista stressijärjestelmän käynnistäjistä. Tällaiset kokemukset ja niihin liittyvät ongelmat lapsuudessa ovat merkityksellisiä aikuisuuden tunne-elämälle, säätely ja itsensä rauhoittamisen valmiuksille ja taidoille. (Sajaniemi ym. 2015, 82–83.) Siksi emotionaalinen vaurioituminen sekä varhaisissa suhteissa että päih- teidenkäyttömaailmassa tuottivat hoidollisesti haastavan tilanteen.

Asiakkaiden kokemusmaailmasta käsin osa tunteista hahmottui naisille kiellettyinä tai vaikeina. Naistenyhteisössä näistä kiellettyinä pidetyistä tunteis- ta – kuten aggressiosta ja vihasta – tehtiin kuitenkin naisille sallittuja ja niiden sisältöjä ja merkityksiä tutkittiin. Naisten kokemuksissa oli tavanomaista, että omat kielteiset tunteet oli saatettu kanavoida muihin, esimerkiksi omaan lap- seen, tai koettu viha kääntyi itseä vastaan, itsensä vihaamiseksi:

Naiset puhuvat siitä, miten heillä on kokemuksia siitä, että lapset eivät saa olla vihaisia, vain isä saa olla vihainen vaikka koko ajan ja äiti silloin kun isä ei ole kotona. Maisa (työntekijä) tarttuu tähän ja huomauttaa kaikkien tunteiden olevan hyviä, mutta rat- kaisevaa on se, missä ne ilmenevät ja missä mittasuhteissa ja millä tavoin. Keskustelua siitä, miten vihan ilmaiseminen vaikenemisena on suurta vallankäyttöä. Maisa johdat- taan pohtimaan sitä, voiko ihminen huomaamattaan kohdistaa vihaa väärää henkilöön – esimerkiksi omaan lapseen, koska ei uskalla olla esimerkiksi miehelle vihainen. Kes- kustelu kääntyy siihen, miten pitkittynyt viha vie kaiken energian, on tuhoavaa, ihmis- tä syövää ja johtaa katkeruuteen ja miten on toisaalta myös raskasta olla vuodesta toi- seen vihan kohteena. Joillakin ruusuilla on kokemuksia siitä, miten on omassa lähisu- vun piirissä jonkun jatkuvan vihan kohteena, jopa vuosia. Maisa pohtii ääneen: ”Tie- tääkö sitä aina, että sisällä on vihaa... Kun se voi tulla jostain kaukaa eikä sitä ole silloin pystynyt ilmaisemaan... Jos on sellaisia tilanteita, että ei edes tajua, että se on vihan tunne?” Aliisa toteaa, että pelon takana on usein vihaa ja että ”mussa on niin paljon vi- han lonkeroita... Mä oon täynnä vihaa – mun terapeutti sanoi näin. Ja kun mä oon pe- lännyt niin paljon niin mä en oo tunnistanu et se on se viha siellä taustalla – kun vasta nyt! Siis mä en oo pystynyt mun tunteita tunnistamaan...” Maisa jatkaa sa: ”Mitä sitten jos vihaa itseään?” (KMP_ryhmä96)

Ruusujen keskustelussa itsensä vihaaminen on myrkyllistä, vahingollista, itsetuhoista ja ankaraa ja että on ylipäättään vaikea tunnistaa itsevihaa. Maisa (työntekijä) tarttuu tähän itsevihan tunnistamiseen ja kyselee: ”Miten viha itseä kohtaan on tullut esille?” Itseviha on ruusujen kertoman mukaan ilmennyt siten, että ”oon rypännyt”, ”en pese itseä, en välitä itsestä”, ”en huolehdi omista perustarpeistani – laiminlyön ne”, se on ”en mää mitään tarvi -ajattelua ja itsensä mitätöintiä” ja ”antaa kohdella itseä huonosti, ku mä olen niin huono” ja sitä, että vihaa sitä käyttäjää itsessään. Maisa toteaa näihin kommentteihin: ”Varmaan on niin, että jos vihaa itseään niin aattelee, että muutkin vihaa... Et voiko uskoa, että joku rakastaa?” (KMP_ryhmä96_jatko)

Tuija Nykyrin (1998) mukaan naiset kokevat usein vihan ilmaisemisen suoraan olevan ongelmallista, jolloin viha purkautuu epäsuorasti ruumiin kielellä (Ny- kyri 1998, 41). Itseen suunnattu viha ilmeni laiminlyöntinä, väheksyntänä, päih- teiden käyttönä ja tunteena siitä, että vihaa sisällään olevaa käyttäjäminää, joka oli joku muu kuin mitä oikeasti haluaisi olla. Viha kietoutui myös pelkoon ja palautui jo lapsuudessa koettuun vihattuna olemiseen. Työntekijä kuitenkin käsitteellisesti omassa puheessaan vihan yhtenä tavallisena ja oikeutettuna tun- teena. Siitä ei tehty Ruusussa tabua tai kieltoa naisille, kuten se heidän koke- muksissaan oli määrittynyt.

Torjunnan ja kieltämisen sijaan naistenyhteisössä koko tunteiden kirjo otettiin tietoisesti työskentelyn kohteeksi työntekijöiden toimesta. Tunteet normalisoitiin siten, että niiden todettiin kuuluvan elämään ja ihmisyyteen ja opetettiin, ettei niitä pidä torjua vaan ne tulee kohdata. Seuraavassa episodissa työntekijä (Satu) ohjasi asiakasta (Miisa) käsittelemään ristiriitaista ja hermostuneisuutta aiheuttanutta tunnetta, joka liittyi asiakkaan lääkeriippuvuuteen ja tämän epävarmuuteen siitä, mitä vaihtoehtoja rauhoittaville lääkkeille olisi, vaikka asiakas niitä haikaili ja toiset varoittelivat niiden vaaroista:

Työntekijöistä Satu pyytää Miisaa kertomaan myös muille, mistä oikein on kyse. Miisa toteaa, että "kyllä ne tietää! Tätä on jo puitu... Ja tytöt kans kielsi, että älä ota niitä!" Satu toteaa, että "palataan siihen kuitenkin hetkeksi". Miisa selittää: "No en tienny mikä on bentso kunnes Satu tänään piirsi sen kuvion... Ku mulla on ollut ne paniikkikohtauksiin ja nyt mä kuulenki, et niihin jää koukkuun!" Yksi asiakasta (Laila) toteaa Miisalle, että voihan Miisa ottaa Propralia. Satu selittää Propralin olevan beetasalpaaja, joka tasoittaa mm. sydämen tykytystä. Laila naureskelee ja sanoo: "Mä käytän kans Propralia... ja kato miten rauhallinen mä oon... kyllä ne suakin rauhoittaa!" Miisa jatkaa: "Tää ei oo menny vielä mun pään läpi... Mun täytyy miettiä sitä... Mulle ei ole selitetty sitä..." Satu toteaa rauhallisesti: "Sä mietit sitä nyt rauhassa." Miisa huokaillee: "Mä hermostun tällasista asioista..." Satu nyökyttelee: "Ihan rauhassa... hermostu vaan rauhassa." Muut nauravat ja Miisa kysyy itsekin nauraen: "Hermostu rauhassa... älytöntä... miten sillai voi tehdä, että hermostuu rauhassa!?" Muut nauravat. Satu jatkaa ja selittää: "Se on tunne (hermostuminen; TK), jota sun pitää työstää. Ku ei niitä tunteita voi estää... ne tulee... et mikään ei tunnu miltään - tunteet tulee siksi kun me ollaan ihmisiä! Et se jos ne tunteet ja niiden tää tulo aiheuttaa tällasta... Eri tunteet on erilaisia... Et miten niiden kans sitte ollaan. Muistatte ku puhuttiin siitä pakenemisesta..." Satu ohjaa tunnistamaan omia tunteitaan ja työstämään niitä eikä pakenemaan niitä päihteisiin tai lääkkeisiin, kuten Miisa on aikaisemmin tottunut toimimaan. Puhetta tunteiden kanssa elämisestä ja olemisesta. Satu jatkaa: "On ollu se päihde, joka on sumentanut... Nyt täytyy harjoitella sitä tunteiden kohtaamista. Miten se uusi minä suhtautuu näihin tunteisiin?" Ruusut ovat hetken hiljaa. Kertovat sitten, miten tunteiden kohtaaminen selvänä on uudelle minälle pelottavaa, rankkaa, haastavaa, palkitsevaa, ahdistavaa ja mielenkiintoista. (KMP_viikkoarviointi97)

Episodissa tuli esille tunteiden normalisointi ja työntekijän käsitys siitä, että tunteet oli käsiteltävä ja oli tutkittava sitä, miten päihteetön minä tunteeseen suhtautuu ja ottaa sen haltuun. Tunteet olivat siis sellaisia tiloja, joita pystyi hallitsemaan ja käsittelemään, niiden ei tarvinnut antaa viedä ja ohjata toimintaa. Tunteisiin liittyviä fysiologisia reaktioita haluttiin myös oppia ymmärtämään, normalisoimaan ja ottamaan niihin etäisyyttä siten, että tunne pysyi hallinnassa:

Maarit (työntekijä) ehdottaa, että käydään läpi pelkotilannetta. Ruusujen keskustelun pohjalta otetaan esimerkiksi se, "kun jo etukäteen pelkää mokaavansa", erilaiset arkiset tilanteet - vaikkapa pelko, että kompastuu, kun vie ruokatarjotinta Laitoksen ruokalassa tai pelko siitä, että pilaa tulevaisuuden alkamalla käyttää kamaa uudelleen vaikka nyt onkin hoidossa. Keskustelua kehoviesteistä. Maarit selittää: "Keho on viisas, voimme paremmin kun kuuntelemme kehoa." Raakel kertoo omista kehoviesteistään - siitä, miten vatsaa kouraisee tietyllä tavalla jännittäessä. Työntekijöiden taholta puhetta siitä, miten voi oppia tunnistamaan omat kehoviestit. Maarit tuo esille kehoviestien ja niiden tulkinnan merkityksen ja viitaa tässä kykyyn erottaa ne oikeista sairauksista. Maarit selittää, miten Ruusussakin on välillä huomattu, miten joku huomaa, että ai, tää on taas tätä mun jännitystä ja siksi mun vatsaan sattuu tai sydän tykyttää. (KMP_ryhmä98)

Yhtenä työskentelyn tavoitteena oli pyrkimys vaikuttaa myönteisesti naisten tunteiden säätelykyvyn kehittymiseen. Tämä puolestaan välittyy yksilön kykyyn toimia sosiaalisissa suhteissa, oman toiminnan ohjaamiseen ja yksilön hyvinvointiin. (Kokkonen 2010.) Esimerkiksi seuraavassa episodissa työntekijä ohjasi motivaatiopulasta kärsineitä, kyllästyneitä ja valittavia naisia tekemiseen ja toimintaan tunteiden käsittelyssä. Työntekijän tavoitteena oli osoittaa, miten toimintaan suuntaamisella ja konkreettisella tekemisellä voi olla vaikutusta oman tunnetilan muuttamiseen:

Ruusut eivät ole innokkaina aloittamassa toimintaterapiaa. Tästä kertovat esitetyt kommentit: "Ei voi vähempää kiinnostaa olla täällä" ja "Mä en ala mitään". Kiroilua. Ryhmää ohjaava Erja (työntekijä) toteaa, että ei täällä ole pakko olla ja kysyy sitten, että "no mitä nyt sitten tehdään?". Joku heittää ilmoille sellaisenkin ajatuksen, että "tämähän oli Viljan idea". "Siis Viljako muka päätti, että viikko-ohjelmassa on toimintaterapiaa ja nyt voi sitten hyvin vain todeta, että minua ei tämä huvita?", Erja kyselee ja tarttuu tähän heittoon toteamalla, että yhteisö päättää siitä, mitä nyt tapahtuu, mitä seuraavaksi tehdään. Erja pohtii naisille ääneen sitä, että ei nyt itsekään tiedä, mitä Ruusussa on meneillään. Aino (asiakas) ehdottaa josko voitaisiin pohtia sitä, miksi toiminta ja tekeminen on niin vaikeaa... miksi se ei kiinnosta. Naisista Pia reagoi tähän välittömästi ja tokaisee: "Ei vittu huvita puhua! Kaikki tekee sitä mitä haluaa." Pia kertoo olevansa turhautunut ja kyllästynyt puhumaan. Erja toteaa Pialle, että kaikkea voidaan tehdä, mikä tapahtuu perussopimuksen puitteissa. Erja lähestyy naisten keskuudessa vallitsevaa innottomuutta osallistua toimintaterapiaan ja tehdä jotain toteamalla, että omaa kurjaa oloa ja sitä, että ei huvita ja ylipäätään tunnetilaa voi myös lähestyä siten, että tunne, toiminta ja ajatukset vaikuttavat toisiinsa, "siis jos haluaa näin teoreettisesti ajatella", hän toteaa. Erja jatkaa selittämällä, että oma tunnetilakin voi muuttua, kun alkaa tehdä jotakin; jos yhtä muuttaa, vaikuttaa se muihinkin. (KMP_toimintaterapia99)

Kielteiselle tunnetilalle ja siihen liittyvälle kiroilemiselle haettiin vaihtoehtoista ilmaisutapaa: piirtämistä, maalaamista ja siten oman tunnetilan muutosta ja työskentelyinnon herättelyä. Osa naisista sai myös kokemuksen siitä, että omat pakottavilta tuntuvat tunnetilat on mahdollista ylittää, vetohalut ja juomahalut voivat lievittyä, kun tekee jotain muuta konkreettisesti eikä toimi kuten ennen – eli ei ratkaise tilannetta ja "vitutusta" käyttämällä päihkeitä. Osana tunteiden tunnistamista, käsittelyä ja kohtaamista käytettiin tavanomaisen keskusteluun perustuvan työtavan ohella myös mielikuvatyöskentelyä ja kehollisuuteen liittyviä työtapoja. Näissä tilanteissa tavoitteena oli ohjata asiakkaita mielikuvien herättelyn ja kuvitteellisten tilanteiden harjoittelun kautta jäsentämään omia tunteitaan ja niihin liittyviä reaktioita turvallisella tavalla. Vastaavaa harjoitusta edusti myös seuraava tehtävä, jota Ruusussa sijaisena toiminut Laitoksen työntekijä ehdotti:

Krista ehdottaa Juulialle tehtäväksi "tyhjä tuoli" -harjoitusta⁵² ruusuille. Krista selostaa minulle, että tässä harjoituksessa on tyhjä tuoli, jolle kukin kuvittelee vuorotellen sen ihmisen, jolle on jostain syystä vihainen, surullinen tms. Sitten tälle tuolille kerrotaan tuo. "Onko liian rankka?", kyselee Krista Juulian mielipidettä. Juulian mielestä harjoitus on hyvä, mutta hän ei ole varma onko sen aika nyt. Krista myöntelee: "Niin, mähän

⁵² Tätä harjoitusta sovelletaan myös psykoterapiassa, ja sen avulla voidaan käsitellä esimerkiksi vihaan, pettymykseen jne. liittyvää primaarikokemusta ihmissuhteissa (esim. Auvinen, Saarenpää, Salo & Salonen 2004).

en tunne tätä väkeä täällä...” Juulia selittää kantaansa: ”Sen pitäisi niin ku jotenki syntä siitä ryhmästä.” (KMP_työhuoneessa100)

Ruusun oma työntekijä piti harjoitusta sinällään hyvänä ja toimivana mutta toi esille tärkeän tekijän: aloitteen oli tultava jollain tavalla naisista itsestään, ja tulisi käydä ilmi se, että naiset halusivat kokeilla toisenlaista tapaa ilmaista tunteitaan toista ihmistä kohtaan. Työntekijän orientaatio ja tapa suhtautua harjoitukseen havainnollisti laajemmin sitä työtapaa, joka Ruusussa oli: yhteisön ja sen naisten tarkka kuuntelu ja sensitiivisyys siinä, miten vaikeita ja tärkeitä asioita lähestytään. Ketään ei pakolla pakotettu tuntemaan, kokemaan ja kokeilemaan. Myös hiljaisuus ja vetäytyminen sallittiin tai se, että jokin emotionaalisesti raskas asia sivuutettiin – siihen ei koskettu. Yhteisön kokonaisdynamikasta riippui myös, mitä lähdettiin kokeilemaan tai millaisin keinoin jotakin (tunne)teemaa työstettiin. Tämä edellytti työntekijöiltä ammatillista kykyä lukea yhteisön tilanteita, vuorovaikutussuhteita ja tunnelmia.

Yksi tunnetyön ulottuvuus liittyi siihen, miten työntekijät ilmaisivat omia tunteitaan ja käyttivät niitä tietoisesti. Kuitenkin esimerkiksi työntekijän avoin ja julkinen itkeminen asiakkaiden nähden saattoi herättää vahvoja tunnereaktioita. Seuraava episodi havainnollista sitä, miten työntekijöiden itkuun suhtauduttiin kielteisesti ja koko yhteisön toimivuus kyseenalaistettiin.

Menemme keittiöön. Ottaessani kahvia asiakkaista Minna tokaisee minulle, että ”naisyhteisö ei sitte toimi... ettäs tiedät! Pitäis olla sekayhteisö... ja me ei saada olla edes tekemisissä muiden yhteisöjen kanssa, ei saada tutustua...” Minna jatkaa ryöppyävää puhettaan kahvipöydässä. ”Ku yks kokematon likka valvoo koko laitosta yksin viikonloppuna – siis mä en nyt tarkota sua (nyökkää Iiristä kohden).” Minna jatkaa selittämällä: ”Ja henkilökunta vollottaa ni eihän täs uskalla mitää kertookaan, et mitä ne kestää.” Työntekijöistä Kaarina tiedustelee, kuka on itkenyt. Asiakkaat kertovat sekä Y-yhteisössä työskentelevän Marjan että X-yhteisössä työskentelevän Johannan käyneen itkemään. Tämä on mielenkiintoista mielestäni, sillä molemmat ovat ns. toipuvia päihdeongelmaisia ja siis itse riippuvuuden kokeneita työntekijöitä. En ole varma, tietävätkö kaikki ruusut tätä. Joku työntekijöistä toteaa itkemisestä, että ”me ollaan vaan ihmisiä”. Joku asiakkaista toteaa työntekijän itkun olevan osoitus heikkoudesta ja että työntekijät eivät saisi itkeä asiakkaiden nähden. Kaarina ja Iiris tarttuvat tähän ja ryhtyvät pohtimaan itkemistä: ”Siis mähän vuodatan jatkuvasti kyyneleitä”, toteaa Kaarina. ”Mut mitä voi kertoa jos ollaan niin herkkiä... et voiko mitää kamalaa”, pohtii Minna. Kaarina vastaa: ”Niin ja sit jos joku kertoo jotain ihan kamalaa, niin mulla nousee tukka pystyyn!” Iiris toteaa työntekijöiden Ruusussa pyrkivän ”edistämään sitä, että voisi itkeä, kun moni ei ole tehnyt sitä vuosiin ennen kuin tulee tänne”. Kaarina ja Iiris puhuvat itkun luonnollisuudesta osana elämää. Kiia toteaa, että on alkanut vasta ”täällä niin ku itkeä... ihan hirveesti”. (KMP_keittiössä101)

Jäin tilanteen jälkeen pohtimaan itkemistä siitä näkökulmasta, että siinä on kyse kosketuksen saamisesta omiin tunteisiin, kokemuksiin ja muistoihin syvällisellä tavalla ja myös kehon fysiologisesta reaktiosta. Itkun merkitys päihdeongelmaisille naisille saattoi olla myös siinä, että salli itselleen itkun ja itkemisen. Ne ovat saattaneet aiemmin olla kiellettyjä ja torjuttuja. Toisaalta itkeminen on naisten kohdalla liitetty ”avuttomaksi tavaksi purkaa vihaa” (Nykyri 1998, 44). Asiakkaiden ilmaisema paheksunta ja ahdistuminen siitä, että henkilökuntaan kuuluva itki julkisesti työpaikallaan, saattoi heijastaa asiakkaiden oman sisäisen maailman epävarmuutta, avuttomuutta, pelkoja tai turvattomuutta. Se saattoi

ilmentää asiakkaan kokemaa epäilystä siitä, pystyikö henkilökunta kannattelemaan ja kestämaan asiakkaita psyykkisesti vai asettautuiko asiakkaille vastuu työntekijöiden tukemisesta. Työntekijät kuitenkin asettautuivat tässä pohtimaan itkun ja erilaisten tunteiden normaaliutta ja inhimillisyyttä sekä siten häivyttämään eroa ja rajaa asiakkaiden ja työntekijöiden välillä ”kyyneleet silmissä ja tukka pystyssä”. Itku otettiin myös tietoiseksi kuntoutumisen tavoitteeksi: saat luvan ja tilan itkeä, se itku kuullaan ja sinua lohdutetaan.

9.3 Psyykkisen haurauden kohtaamista

Yhtenä naisten päihdeproblematiikkaan keskeisesti kiinnittyvänä ja hoidon kannalta tärkeänä osa-alueena ovat erilaiset psykiatriset oireet ja mielenterveysongelmat (esim. Marsh, Cao & D’Aunno 2004; Markoff, Fallon, Reed & Elliot 2005; Cohen & Hien 2006; McHugh & Greenfield 2010). Jäsenän nyt tämän luvun lopuksi sitä, miten näihin kokemuksiin, ongelmiin ja oireisiin tartuttiin, miten niitä naistenyhteisössä lähestyttiin, ymmärrettiin ja otettiin työskentelyn kohteeksi. Tämä tematiikka nivoutuu osaltaan myös luvussa 8. käsittelemääni traumanäkökulmaan. Lukujen näkökulmat ovat kuitenkin eri tavoin painottuneita. Ylipäätään on huomioitava, että naisilla saattoi esiintyä erilaisia psykiatrisia oireita ilman traumataustaa.

Ensinnäkin naisten mielenterveyteen liittyvät ongelmat ja oireet olivat naistenyhteisön arjessa haaste sikäli, että kyseessä oli päihdehoitolaitos, ei psykiatrinen hoitoyksikkö. Yhteisöhoitoon osallistuminen ja yhteisössä eläminen saattoi käytännössä olla vaikeaa tai mahdotonta, jos asiakas ei ollut psyykkisesti riittävän hyvässä kunnossa. Toisaalta asian voi nähdä niinkin, että turvallinen yhteisö mahdollisti oireiden ilmenemisen ja psyykkisen oireilun voimistumisen. Käytännössä kuitenkin voimakkaasti psyykkisesti oireilevat naiset tarvitsivat usein vahvempia hoidollisia rakenteita ja henkilöstöresursseja kuin naistenyhteisössä tai ylipäätään Laitoksessa oli tarjolla. Samalla kuitenkin kuntien säästöpainneiden myötä hoitoon ohjautui psyykkisesti yhä vakavammin oireilevia asiakkaita.

Toisaalta naistenyhteisössä työntekijöiden mahdollisuuksia työskennellä oireilevien ja psyykkiseltä voinniltaan epävakaiden asiakkaiden kanssa edisti tiivis yhdessä oleminen ja toiminta yhteisön arjessa. Kun asiakkaiden kanssa oltiin läheisesti ja intensiivisessä vuorovaikutuksessa päivittäin, sekä asiakkaat että työntekijät oppivat tuntemaan toisensa riittävän hyvin. Tällöin muissa olosuhteissa kenties hallitsemattomalta tai hyvin haastavalta vaikuttava oireilu pysyi hallittavissa ilman koko yhteisön ajautumista kaaokseen. Asiakas saattoi kokea, että pärjäsi ja pystyi olemaan yhteisön jäsenenä ja toimimaan omien kykyjensä ja kuntonsa mukaan. Tarkoituksenmukainen orientoituminen ja työskentely saattoikin olla haasteellisempaa tilanteessa, jossa asiakkaille vieras työntekijä tuli sijaistamaan Ruusuun. Silloin työntekijä ja asiakas olivat vieraita toisilleen, mikä saattoi ilmetä kommunikaatiovaikeuksina ja väärinä tulkintoina:

Laitoksen toisesta yhteisöstä Ruusuun sijaistamaan tullut Mirka sulkee oven ja haluaa puhua: "Anteeks, mä nyt laitan tän oven kiinni... mun on pakko saada puhua ku toi Tessa – siis ku se pelkää ja mua säpsii... En mä haluu, että se pelkää mua ku mä oon täällä. Mihin mun pitää kiinnittää huomiota? Onks se siks ku mä oon vieras... Kun en oo pitkään aikaan ollut vuorossakaan ni en oo nähny sitä?" Pirkko nyökyttelee: "Joo... siis sekin et sä oot vieras ja se, nopea puhe ja äkilliset liikkeet... siis ollaanhan mekin nopeita suusta mut se on tottunu meihin." (KMP_työhuoneessa102)

Työntekijät – myös sijaiset – pitivät toimintansa lähtökohtana sitä, että heidän tuli muuttaa omaa toimintaansa, jotta asiakkaan olisi helpompi olla. Työntekijän ammattitaitoa jäseni kyky löytää asiakkaan kannalta sopivin vuorovaikutustyyli. Lähtökohtana ei ollut se, että asiakas hallitsi oireitaan ja ahdistustaan tai sopeutui työntekijän toimintatyyliin. Sen sijaan työntekijöiden tavoitteena oli löytää toimiva tapa olla ja toimia asiakkaan kanssa rauhoittavalla ja vakauttavalla tavalla. Joidenkin asiakkaiden kohdalla jouduttiin kesken kuntoutumisjakson arvioimaan, kykenikö asiakas jatkamaan Ruusussa vai täytyikö hänet saada siirrettyä psykiatriseen hoitoon oireilun ollessa sillä tavoin voimakasta, ettei Ruusun työskentelyllä nähty olevan riittäviä auttamismahdollisuuksia. Yhteisön arjessa naisten psyykkinen oireilu ilmeni ahdistuksena ja paniikkina, pelkoina, masennuksena, harhaisuutena ja unettomuutena saaden erilaisia sävyjä, muotoja ja asteita.

Keskustelemme yhteisön tilanteesta ja siitä, miten erilainen psyykkinen oireilu näkyy tällä hetkellä. Marjatta kertoo Kristan esimerkiksi "kaivaneen matoja ihonsa alta" ja selittäneen muille, miten eri huoneissa on kameroita ja nauhureita ja varoitellut muitakin ruusuja – ja osa ruusuista oli lähtenyt mukaan tähän. (KMP_työhuoneessa103)

(Työntekijät) Salli ja Irja kertovat minulle Ruusussa tehtävistä matkoista ja retkistä. Torstaina on luvassa shoppailupäivä, jolloin ruusut pääsevät ostoksille. Sallin mukaan "suuret draamat tapahtuvat retkillä". Irja vahvistaa tämän nyökkäilemällä ja huudahtaa minulle: "Älä nyt vaan jää pois... siis aina ku Ruusu on jossain, niin tapahtuu kyllä jotain!" Salli ja Irja muistelevat Päivikin alkuvaiheita Ruusussa. Päivikillä oli paniikkia monessa paikassa – jopa ruokakaupassa nähdessään olutpulloja. Yksi ruusuista oli myös oksentanut paniikissa vaatekaupan pukuhuoneeseen eräällä ostosmatkalla. "Et ne Päivikin kauhukohtaukset kaupassa, muualla ja Laitoksessa on loppuneet... et se yhteisö on kantanut ja ne on loppuneet", toteaa Salli lopuksi. (KMP_työhuoneessa104)

Erilaiset oireet ja mielialojen vaihtelut välittyivät siihen, millaiseksi yhteisön arki muodostui kokonaisuudessaan. Esimerkiksi ryhmien ohjaaminen oli työntekijöille haasteellisempaa ja vaati heiltä enemmän aktiivisuutta ja ohjausta, jos asiakkailla ilmeni paljon erimuotoista oireilua, esimerkiksi ahdistuneisuutta, joka näkyi vaikeuksina keskittyä, pysähtyä ja olla. Toisinaan työntekijöiden oli pakko keskittyä rakenteiden ja rutiinien ylläpitoon, tai esimerkiksi keskusteluryhmän sijaan pidettiin toiminnallinen ryhmä. Yhteisössä oirepuheen ilmeneminen, sen kuuntelu ja omien oireiden tunnistaminen ja sietäminen – ilman päihteitä tai oireiden hukuttamista niihin – oli toisinaan asiakkaille jo sellaisenaan vaativaa. Mitä enemmän ja vahvempana asiakkailla esiintyi psyykkistä oireilua, sitä enemmän korostui työntekijöiden kyky kannatella ja tuottaa turvallisuutta. Tavoitteena oli, että asiakkaiden oireilu lievittyisi ja toimintakyky vahvistuisi siten, että muukin työskentely kuin sinnittely ja oman olon kestämi-

nen olisi mahdollista. Rehellisyyden nimissä on todettava, että toisinaan riittävä työskenntelyä oli se, ettei kukaan romahtanut ja kokonaisuus pysyi hallinnassa.

Keskeinen lähtökohta oireiden käsittelylle oli se tapa, jolla työntekijät kohetasivat naisia ja ymmärsivät heidän oireitaan. Naisten tilanteita ja oireita ei lähestytty psykiatristen tautiluokitusten kautta, vaan työntekijät pyrkivät ymmärtämään naisten erimuotoista oireilua suhteessa naisten elämäntilanteen kokonaisuuteen. Toisinaan työntekijöiden oli vaikea saada kiinni naisten oireilusta, joka saattoi ilmetä epämääräisenä tai äkillisenä käyttäytymisenä tai reagointina, milloin vain ja missä vain, kuten vaatekaupan pukukopissa oksentamisena tai paniikkioireiluna ruokakaupan oluthyllyn luona. Erityisesti erilaiset paniikkioireet ja sosiaalisten tilanteiden pelot kapeuttivat naisten toimintamahdollisuuksia ja ajatuksia siitä, mitä he pystyivät tai eivät pystyneet tekemään. Usein oli kyse aivan arkisista asioista, kuten kaupassa käymisestä tai oman yhteisön ulkopuolelle poistumisesta. Oireista puhumisen ja niiden pohtimisen ohella oli olennaista juuri tekemiseen ja toiminnallisuuteen suuntautuminen. Tavoitteena oli sen kokemuksen tuottaminen, ettei jokin oire itsestään selvästi ollut niin lamaannuttava kuin mitä asiakkaat uskoivat tai mikä heidän aikaisempi kokemuksensa oli. Asiakkaiden puheet siitä, että "en pysty, ahdistaa, oksennan tai hukun paniikin tuottamaan tukehtumisen tunteeseen" pikemminkin tuottivat asetelman, jossa työntekijät ryhtyivät toimimaan asiantilan muuttamiseksi. Työntekijät tunnistivat naisten psyykkisen haurauden, sen eri ilmenemismuodot ja särkyneisyyden. Näissä tilanteissa pidettiin tärkeänä sitä, miten naiseen suhtauduttiin, ja työntekijöiden tavoitteena oli tuottaa kokemus hyväksynnästä ja arvokkuudesta:

"Aika monesti ihmiset on aika rikki kun ne tänne tulee - kauheen monel tasolla. Kauheen monella tasolla haavotettuja ja rikkinäisiä ja sitte se, et täällä on vastassa ihmisiä, jotka kuitenkin ottaa sut ihmisenä vastaan. Ni se on jo tosi kova juttu monelle. Ja sitä kautta... sen kokemuksen kautta et voin kokee olevani arvokas ihminen, jaksaa myös... voimaantuu niin ku." (työntekijän haastattelu_59)

Demokraattisen yhteisön ilmapiirin sallivuus tarkoitti osaltaan sitä, että työntekijät antoivat tilaa asiakkaiden oireilulle ja sallivat esimerkiksi poistumisen ahdistaviksi muuttuneista tilanteista:

Venla on selvästi hyvin ahdistunut. Istuu tuolissaan sykkyrässä tyynyjen suojassa. Kuvaisin häntä jotenkin hauraaksi, herkäksi ja haavoittuvaksi. Motorista levottomuutta. Viimein Venla vain poistuu huoneesta, ei sano mitään. Mira huikkaa hänen peräänsä, että "tulet sitten takaisin kun tuntuu siltä". Hetkeä myöhemmin alakerrasta kantautuu vaimeaa pianon soittoa. Venla soittaa ruokasalissa. (KMP_ryhmä105)

Toisaalta psyykkisten oireiden sekoittuminen päihdeongelmiin ja vieroitusoireisiin teki tilanteista hoidollisesti haasteellisia ja myös naisille itselleen vaikeita sietää: jos aikaisempi sisäistetty tapa ratkaista ahdistuksen, pelon, jännityksen ja alavireisen mielen tunnelmia tai vieroitusoireita oli ollut päihteiden käyttö, niin nyt haasteeksi asettautui toimia toisin ilman pelkoa oman psyyken hajoamisesta tai siitä, ettei hallitse tilannetta. Asiakkaiden kannalta merkityksel-

linen kysymys tässä kohden oli se, pystyikö hän luottamaan yhteisön kannattelukykyyn.

Yksi haaste, joka liittyi erilaisiin tunteisiin, psyykkisiin ja somaattisiin oireisiin sekä niiden toisiinsa kietoutumiseen naistenyhteisössä, oli siinä, että ne myös levisivät ja tarttuivat yhteisössä ja läpäisivät sen dynamiikkaa. Jo yhden asiakkaan hyvin voimakas oireilu, esimerkiksi harhaisuus tai manian oireiden ilmaantuminen saattoi heijastua muihin, johtaa toisten naisten vetäytymiseen, pakenemiseen, vastareaktioihin tai toisinaan suoran palautteen antamiseen. Oireiden leviäminen saattoi myös heikentää mahdollisuutta käyttää yhteisöä hoitovälineenä.

Aamupalaverin jälkeen Miia (työntekijä) toteaa minulle, miten yhden voimakkaan henkilön tunne-elämä heijastuu muihin. Miia viittaa tällä Petraan. Miia toteaa: "Jännä tunnelma." Jatkaa sitten Petraan liittyen, että "saihan hän jo eilen kyllä palautettakin". Miia viittaa tässä Katariinan (asiakas) antamaan palautteeseen siitä, että hän joskus "melkein pelkää" Petraa, kun tämän tuntemukset heittelevät niin. (KMP_aamupalaveri106)

Juuri tämä oireiden välittyminen, valuminen ja tarttuminen teki tilanteista haasteellisia myös työntekijöille, heidän oman toimintansa säätelylle ja esimerkiksi suoraa puuttumista ja väliintuloa vaativien tilanteiden arvioinnille: milloin puuttua, miten vahvasti ja milloin seurata sivusta ja korkeintaan kysymyksiä esittämällä ohjata asiakkaiden toimintaa ja käyttäytymistä? Työntekijöiltä tämä puntarointi edellytti myös epävarmuuden sietämistä ja sen hyväksymistä, että oma ennakointi saattoi mennä pieleen sen osalta, mitä jostakin ratkaisusta seurasi. Yksittäisen asiakkaan reagointiin ja oireeseen suuntautuva toiminta tai myös puuttumattomuus työntekijöiden taholta saattoi edelleen välittyä koko yhteisön dynamiikkaan. Oli vähintäänkin tilanne- ja mahdollisesti myös työntekijäkohtaista se, millä tavoin ja miten pitkälle yhteisön ja yksittäisten asiakkaiden tilanteiden annettiin edetä sivusta seuraamalla, puututtiinko niihin ja ohjattiinko niitä tai miten vahvaa tai suoraa työntekijän toiminta kulloinkin oli. Esimerkiksi ryhmätilanteen kannalta voi olla merkityksellistä se, puuttuvatko työntekijät tilanteen kulkuun vai annetaanko tila asiakkaiden haltuun ja missä määrin, ja mitä siitä seuraa. Seuraava episodin osa kuvaa sitä, miten NATyöskentelyyn perustuvassa ryhmätilanteessa yhden naisen ahdistuneisuus levisi ja tarttui, miten ryhmän keskustelu ei ottanut käynnistyäkseen ja ten "syyt" haettiin siitä, että kaikki ryhmän osallistujat (työntekijät, minä tutkijana ja opiskelija) eivät olleet addikteja. Käsitteen "addikti" käytöllä asiakas teki tässä kohden selvää rajaa "meihin" ja "heihin". Toisaalta alun levottomuus sai episodin lopulla ehkä ainakin osaselityksen, joka kiteytyi asiakkaan pelkoon tulevaisuudesta ja paluusta siviiliin vankeustuomion ja hoitojakson päätyttyä:

Taru on erityisen hermostunut ja tokaisee heti ovella, että ei pysty keskittymään ja että täällä on liikaa ihmisiä. Pirjo (työntekijä) rauhoittelee Tarua ja pyytää, että Taru yrittäisi edes kuitenkin ainakin hetken olla ja että lähtisi vasta sitten, jos ei pysty olemaan. Taru nyökkää ja toteaa, että oli jo aiemmin ollut puhetta siitä, että ei ehkä lähtisi koko ryhmään kun on ollut muutenkin niin levotonta. Katri (asiakas) toteaa, että on ollut konfliktia, jota ei olla päästy selvittämään. Taru tärisyttää jalkojaan hervottomasti. Vispaa, vispaa. Irtoaako ne kohta maasta? Sini tekee samoin. Aivan hermostuneita nämä nuo-

ret naiset. Katri tuijottaa herkeämättä Tarua. Myös Kaisa on selvästi levoton ja tärisyttää myös jalkojaan. Yhtä aikaa Taru, Sini ja Kaisa vispaavat jalkojaan. Näen Riitan (työntekijän) seuraavan tätä jalkojen liikettä.

Lasken, että ryhmässä on 10 naista. Yhteensä viisi heistä vispasi jalkojaan – tosin onneksi eivät koskaan kaikki kerrallaan. Äänetöntä se ei myöskään ole. Keskustelu ei millään suju. Taru protestoi ja valittaa kun ”täällä ei oo kaikilla addiktiotaustaa”. Tarun mielestä Askel-ryhmä ja NA on vain addikteilille, ei muille. Ja ”sitä paitsi täällä on liikaa väkeä... tänne tukehtuu!”. Riitta kyselee, miten tätä ilmapiiriä voisi hieman rentouttaa ja paksua ilmaa ohentaa. Tupakalle! Ehdottaa joku naisista. Katri kikattaa ja nyt Taru myös. Ryhmässä on levotonta ja ahdistavaa. Ryhmä ei pysy kasassa. Olemme pitkään hiljaa. Taru ei kestä tätä ja sanoo: ”Hei puhukaa nyt joku jotain... Mä en kestä tätä hiljaisuutta!” Kukaan ei tartu tähän ja Taru puuskahtaa: ”No hyvä on... auttakaa sitte mua! Kertokaa vaikka, et miksi aika menee niin hitaasti... tai et miksi sitä ei voi pysäyttää?” Taru kertoo omasta ”paniikista, ku kuntoutus kohta loppuu”. Tarulla on jäljellä tuomiota (ollut vankilassa ja suorittaa loput tuomiosta täällä) enää viisi viikkoa – kuten ohjaaja oli tänään Tarua muistuttanut. Nyt Taru on huolissaan siitä, että ”mistä mä saan kämpän ja kaikki - -”

Ryhmän loputtua naiset suorastaan syöksyvät ulos. Riitta ja Pirjo jäävät keskustelemaan ryhmästä. Pirjo sanoo olevansa tyytymätön ryhmään. Riitan mielestä ryhmä kuitenkin pysyi loppujen lopuksi koossa ja keskusteluakin tuli. Riitta pohtii erityisesti Tarun toimintaa. Toteaa, että oli välillä kuristava olo, että miten nyt tässä toimisikaan. Jos minua siis ahdisti ryhmässä ja toivoin kovin, että tilanne jotenkin ratkeaisi ja oli neuvoton olo, niin samaa olivat siis tunteneet myös Riitta ja Pirjo: mitä nyt pitäisi tehdä, mihin suuntaan ryhmä etenee? (KMP_askelryhmä107)

Edellä olevassa ryhmäepisodin tilanteessa myös minä koin tutkijana tilanteen ahdistavana ja levottomana. Myöhemmin kävi ilmi, että työntekijät jakoivat kanssani tämän saman tunnetilan. Naisten erilaiset oireet, tunteet ja reaktiot välittyivät siihen, miltä minusta tai työntekijöistä tuntui, ja puhuimme näistä keskenämme. Tässä reflektoinnissa oli ammatillisuuden näkökulmasta olennaista se, että työntekijät pohtivat, mitä nämä tunnereaktiot olivat, mistä ne tulivat, kenestä ne kertoivat ja miten niiden kanssa toimittiin. Psykoterapian yhteydessä on tuotu esille se, että terapeutin oma mentaalinen kehitystaso ja tietoisuus oman mielen sisällöistä välittyy kykyyn käyttää omaa mieltään toisen ihmisen ymmärtämiseen (Luostarinen 2008, 56–57). Ajattelen, että nämä samat seikat olivat olennaisia myös siinä, miten ammatillisesti työntekijät pystyivät toimimaan toisinaan hyvin haasteellisesti käyttäytyvien ja provosoimaan pyrkivien naisten kanssa. Demokraattisen yhteisöhoidon ideologian mukaisissa tiloissa emotionaalisen ja fyysisen etäisyyden säätelyn haasteellisuus suhteessa asiakkaisiin merkitsi työntekijöille vaatimusta jatkuvaan vuorovaikutukselliseen läsnäoloon ja saatavilla olemiseen sekä asiakkaiden taholta vyöryvien tunteiden ja reaktioiden vastaanottamiseen.

Erilaiset tunnetartunnat ja työn emotionaalinen kuormittavuus tavoittivat myös työntekijöiden tietoisuuden, ja he pyrkivät säätelemään omaa toimintaansa niiden perusteella. Työntekijät tunnistivat oman haavoittuvuutensa ja sen, miten omaa itseä oli suojeltava, jotta pystyisi antamaan hoivaa ja huolenpitoa ja kannattelemaan psyykkisesti hauraita asiakkaita reaktioineen. Inhimillinen tosiasia oli, etteivät työntekijät olleet emotionaalisesti immuuneja tilanteissa, joissa esiintyi jännitteitä.

Sirkku toteaa minulle, että ei pysty pysähtymään. Sirkku pohtii, onko hänellä nyt resursseja auttaa asiakkaita jos ”oma takki on tyhjä”. Tänään Sirkku päättääkin siksi lähteä kotiin aikaisemmin – ja niin tehdään Ruusussa. Sirkku toteaa, että ei myöskään tällaisina päivinä anna mitään hoitoja, esim. hierontaa, koska oma jännitys siirtyy hoidettavaan. Mietin: oman persoonallisuuden käyttö, työn emotionaalinen kuormittavuus, asiakkaiden vaativuus. Asiakkaiden psyykkinen ja fyysinen kunto ja toimintakyky sekä niiden vaihtelut haastavat työntekijät. Lisäksi tässä nousee esille yhteisö ja sen merkitys tässä kuviossa – yhden oireilun vaikutus koko yhteisöön. (KMP_työhuoneessa108)

Ammatillisuuden haasteena oli tasapainoilu rationaalisen, observeivan minän ja tuntevan, irrationaalisen minän välillä, sillä nämä puolet ovat yhtä lailla osa työntekijän persoonallisuutta (Luostarinen 2008, 56–57). Työryhmän toimivuuden näkökulmasta ja hoidollisuuden säilyttämisen kannalta merkityksellistä on, missä määrin työryhmä kykenee tunnistamaan sen, miten asiakkaiden ongelmat, oireet ja toimintatavat voivat valua osaksi tiimin toimintaa ja dynamiikkaa (Antikainen 2008, 184–185). Toisaalta eri tilanteissa ja kohtaamisissa virinneet tunteet ja reaktiot olivat työntekijöille tärkeitä signaaleja siitä, miten naiset voivat, mihin tuli kiinnittää huomiota, mitä yhteisössä oli meneillään ja mikä oli keskeinen problematiikka. Työntekijöiden toiminta suhteessa asiakkaiden oireiluun ja reagoimiseen oli havainnoivaa, herkkää tunnustelua, kuulostelua ja yhdessä ihmettelyä. Työntekijät myös ottivat yhdeksi strategiakseen ongelmien uudelleen määrittelyn:

Linnea kertoo omasta ahdistuneisuudestaan ja univaikeuksistaan. Erika (työntekijä) alkaa selvittämään tarkemmin, milloin Linnea on mennyt nukkumaan ja miten Linnea on ottanut lääkkeensä. Käy ilmi, että aikaisesta heräämisestä huolimatta Linnea on kuitenkin nukkunut kuusi tuntia, mikä on Erikan mukaan ”aivan normaalia” ja ”hyvin” aikuiselle ihmiselle. Käy ilmi, että Linnea on ottanut lääkkeensä hyvin aikaisin illalla ja siksi nukahtanut aikaisin. Linnea on käyttänyt univaikeuksiensa yhteydessä sanaa ”unettomuus”, mutta Erika haastaa tämän käsityksen Linnean uniongelmien määrittäjänä ja toteaa, että kuuden tunnin yöunet eivät ole unettomuutta eli ”ongelma on määriteltävä uudelleen”, jatkaa Erika. Linnea toteaa, että varmaankin hän pakenee todellisuutta ja haluaa siksi nukahtaa aikaisin. Erika nyökyttelee. (KMP_aamupalaveri109)

Asiakkaita siis haastettiin pohtimaan omia vakiintuneita käsityksiään siitä, mikä oli ongelma, koettu oire, ja miten määrittellä sitä. Uudelleen muotoilun kautta subjektiivisesti koettu oire saattoi saada uuden tulkinnan ja ymmärryksen. Tällä puolestaan saattoi olla toimintaan välittyvä vaikutus. Esimerkiksi edellä kuvatussa tilanteessa työntekijän toteamus siitä, että ”ongelma on määriteltävä uudelleen” esitettiin asiakkaan toimintaa ja tapahtumia koskevan tilannekohtaisen analyysin perusteella päätelmänä siitä, ettei faktisesti voida puhua unettomuudesta. Episodin lopulla asiakas itse määritteli, että kyse oli pikemminkin halusta paeta todellisuutta, minkä vuoksi hän meni liian aikaisin nukkumaan, otti liian aikaisin unilääkkeet ja lopulta heräsi liian aikaisin.

Työntekijät aktiivisesti kyseenalaistivat naisten subjektiivisia uskomuksia ja käsityksiä omista oireistaan ja niiden syistä. Diagnoosit ja nimetyt sairaudet saattoivat nimittäin myös toimia ikään kuin automaattiselityksinä, ettei pysty, kykene tai voi jotakin. Tällöin työntekijöiden toimintatyyli saattoi olla hyvin suoraan kohti ongelmaa käyvää ja oireen haltuunottoon tähtäävää. Esimerkiksi seuraavassa episodissa työntekijä (Niina) toimi hyvin suoraviivaisella tavalla

asiakkaan (Pirkon) näkökulmasta. Tilanteessa oltiin yhteisön aamupalaverissa, jossa käytiin läpi eilisen kuulumisia, tämän aamun tilannetta ja sitä, millaisin ajatuksin ja tuntein oltiin uuteen päivään orientoitumassa. Istuimme yhteisön keittiössä kahvikuppien äärellä:

Pirkko sanoo olevansa hyvin hermostunut. Valittaa sydämentykytystä ja käsien tärinää. Niina ottaa Pirkkoa toisesta kädestä. Keskustelu jatkuu. Niina pyytää Pirkkoa kertomaan, mikä häntä ahdistaa. Niina ohjaa Pirkkoa sanoittamaan tuntemuksiaan. Pirkko toteaa, että ehkä eilinen jännitys (siitä, saako maksusitoumuksen vai ei hoidon jatkamiseksi; TK) purkautuu vasta nyt. Pirkko itkee. Toteaa, että meinasi heti aamusta ottaa lääkettä, mutta jaksoi sitten odottaa työntekijöiden saapumista. Koko ajan Niina pitelee Pirkkoa kädestä. Puhuu rauhoittavalla äänellä ja toteaa Pirkon sykkeen jo laskeneen. Vähitellen Pirkko rauhoittuu. Pirkon kokemasta ja nimeämästä ”paniikki iskee nyt” -tunteesta Niina toteaa, että ”näin se mieli tekee sen paniikin... Että mitä sä teet tässä tilanteessa nyt kun se paniikki meinaa tulla?”. Niina auttaa Pirkkoa kohtaamaan oman ”paniikkinsa”, ahdistuksen ja jännityksen purkauksen ilman rauhoittavaa lääkitystä. Niina myös ohjaa Pirkkoa ”voittamaan” paniikin – hallitsemaan tilannetta ilman, että ahdistus ja jännitys purkautuu paniikkikohtauksena.

Rauhallinen puhe, läsnäolo, kädestä pitäminen ja tuntemusten sanoittaminen laukaisevat tilanteen, paniikki ei iske, kuten Pirkko olettaa ja uskoo. Myöhemmin toinen yhteisön työntekijä selittää minulle, että kaikki hoitopaikat eivät hyväksy asiakkaan koskettamista, mutta Ruusussa asia on toisin. - - Pirkon rauhoituttua Niina ja muut antavat palautetta Pirkolle: ”Tosi hienosti.” Niina tuo myös esille sen, miten Pirkko voi oppia tästä tilanteesta ja toteaa: ”Voit harjoitella tätä.” Pirkko naurahtaa ja toteaa, että kotonan hän olisi jo ottanut kaksi lääkettä. (KMP_keittiössä110)

Itselleni jäi edellä kuvatusta tilanteesta sellainen käsitys, että Ruusussa oli aikaa rauhalliseen kohtaamiseen, läsnäoloon ja erilaisten oireiden käsittelyyn siten, että asiakas voitti paniikkinsa, jännityksensä ja ahdistuksensa tai pelkonsa tai muun ylitsepääsemättömältä vaikuttavan tilanteen, kokemuksen tai tunteen ilman lääkitystä. Minulle tilanne näyttäytyi omien oireiden, tunteiden ja kehoallisten tuntemusten hallinnan opetteluun ohjaamisena ja sen osoittamisena, miten suuri vaikutus omalla mielellä on oireiden tuottamiselle ja hallitsemiselle. Työntekijä auttoi asiakasta selviytymään kohkreettisesti paniikkikohtauksesta ilman lääkettä, johon asiakas oli aikaisemmin tottunut turvautumaan ja jonka hän oli uskonut olevan välttämätön apukeino itselleen paniikkikohtausten hallinnassa. Työntekijä kuitenkin kyseenalaisti tämän vahvan uskomuksen ja rohkeasti osoitti tämän toiminnan tasolla. Työntekijän avulla asiakas sai turvallisuudessa ympäristössä kokemuksen oman oireensa hallinnasta ja konkreettisen osoituksen siitä, että omaa ahdistusta ja paniikkiin vajoamista oli mahdollista hallita ilman lääkettä – se ei ollut selviytymisen edellytys. Ylipäätään naistenyhteisön työskentelyssä pyrittiin tukemaan asiakkaiden toimintakyvyn vahvistamista suhteessa omiin oireisiin. Asiakkaita ohjattiin löytämään itse omaan tilanteeseensa sopiva ratkaisu eikä annettu valmista työntekijän esittämää toimintamallia. Yhteisön saaminen mukaan konkreettisesti tukemaan tässä oli merkityksellistä. Kuvatussa tilanteessa asiakkaan tilanteeseen myös tartuttiin välittömästi, sitä ei ulkoistettu esimerkiksi laitoshoidon jälkeiseen mahdolliseen psykiatriseen hoitokontaktiin.

Työskentelyssä pyrittiin myös vahvistamaan aikaisempien onnistumisen kokemusten kautta asiakkaan käsitystä siitä, että omaa psyykkistä oireilua ja

mieltä pystyi hallitsemaan. Tavoitteena oli harjoittelun ja yhteisöllisen tuen kautta tuottaa myös kokemuksia siitä, että mielen hauraus ja erimuotoinen oireilu eivät väistämättä ja aina lamaannuta toimintakykyä.

Tiina kuvaa suurta häpeää ja itseinhoa omaa kehoa ja itseä kohtaan, ei halua poistua Ruususta. Työntekijöistä Anita palaa muistelemaan Tiinan, Kirsin ja Helenan tekemää ostosmatkaa viikonloppuna ja ohjaa Tiinaa pohtimaan, voisiko siitä samasta, joka sai Tiinan poistumaan koko yhteisön ulkopuolelle, siirtää jotain tähän tilanteeseen, kun Tiinaa ahdistaa ja pelottaa mennä Yhteisökokoukseen. Tiina toteaa, että ei nyt ymmärrä yhtään. Kaisla toteaa, että ymmärtää hyvin Tiinan pelon, koska saa itsekin paniikki-kohtauksia ja sen, miten ahdistavaa on ikään kuin olla kaikkien katsottavana. Keskustelussa kuuntelen työntekijän - Anitan - kommentointia siten, että hän yritti ohjata Tiinaa katsomaan sitä, missä on onnistunut - eli on jo poistunut yhteisön ulkopuoliseen maailmaan - ja saavan siitä rohkeutta ja voimaa osallistua myös Laitoksen sisällä. Ruusut ovat arponeet puheenjohtajan, joka tällä kertaa on siis Helena ja Kirsi on sihteerinä. Me muut lupaamme istua heidän vieressään - menemme kaikki yhdessä eteen naisten kokemaa ahdistusta ja pelkoa helpottamaan. (KMP_aamupalaveri111)

Työntekijät hahmottivat naisten ilmaiset oireet - esimerkiksi pelon, ahdistuksen ja paniikin - subjektiivisten tunteiden ja kokemustilojen lisäksi mielen tasolla olevina ajatusmalleina ja uskomuksina, joihin voi vaikuttaa. Työntekijät uskoivat, että niihin voi saada otetta ja tuntumaa ilman päihteitä ja lääkkeitä sekä ilman psyykkistä hajoamisen kokemusta. Nämä hoitoa suuntaavat näkemykset ilmenivät myös työntekijöiden tavoissa esittää kysymyksiä. Asiakkaille usein esitetty kysymys olikin: "Millä tavoin tämä oire palvelee sinua ja on tarkoituksenmukaista?" Asiakkaan siis ajateltiin tarvitsevan oiretta johonkin, jolloin tietoisuus näistä motiiveista teki mahdolliseksi muuttaa omaa toimintaa ja oireen voimakkuutta. Toisaalta naisia ohjattiin myös käyttämään aikaisempia onnistumisen kokemuksia avuksi uusissa tilanteissa. Tavoitteena oli vaikuttaa asiakkaan havainnointitavan, tunteiden ja näistä viriävien tulkintojen ja toimintojen muodostamaan kokonaisuuteen.

Naisia ei kuitenkaan painostettu sellaiseen toimintaan tai tilanteisiin, joita heidän ei arvioitu kestävän. Työntekijät välttivät sellaisten lähestymistapojen käyttöä, joiden myötä asiakkaat olisivat saattaneet ajautua tunnetiloihin ja psyykkisiin tiloihin, joiden käsittelyyn työntekijöiden ammattitaito ei olisi riittänyt tai joita naiset eivät olisi kestäneet. Siksi naisille esimerkiksi sallittiin poistumiset ylitsepäsemättömistä, voimakasta ahdistusta nostattavista tilanteista. Samoin työntekijät pohtivat, missä määrin kulloinkin oli mahdollista hyödyntää erilaisia kehollisia lähestymistapoja, joita he itse pitivät toimivina ja hyvinä menetelminä. Toisaalta tietyissä tilanteissa naisten reaktioita myös avoimesti kyseenalaistettiin, konfrontoitiin ja naisia haastettiin toimimaan ja ajattelemaan toisin tai menemään suoraan "päin paniikkia", kohtaamaan se ja saamaan kokemus (paniikki)kohtauksen hallinnasta. Tämä haastaminen tehtiin mielestäni kuitenkin lempeän jämäkästi, ei halveksuen, pakottaen tai naisen subjektiivinen tilanne sivuuttaen. Havainnoimissani tilanteissa työntekijöillä ei ollut tarvetta toteuttaa mitään "reipastumisideologiaa" tai osoittaa omaa (asiantuntija)valtaa, jossa vahvan konfrontaation ja provosoinnin kautta olisi haettu reaktioita ja ajettu naisia toimimaan heitä psyykkisesti ja emotionaalisesti vaurioittavalla tavalla.

Tässä luvussa kuvaamani psyykinen hauraus heijastui myös naisten sosiaaliseen toimintakykyyn: Oireileva mieli ei aineistossani jäsenny vain psykiatrisiksi tautidiagnooseiksi, vaan erilaiset psyykkiset oireet läpäisivät sosiaalisia suhteita, toimintaa ja olemista. Samoin ne kietoutuivat myös osaksi niitä vaille jäämisen, hoivan ja huolenpidon kysymyksiä, jotka asettautuivat työskentelyn kohteeksi naistenyhteisössä. Työntekijöiden ja yhteisön kannatteleva turvallisuus puolestaan mahdollisti oireilun ilmenemisen, nimeämisen, tunnistamisen ja työstämisen. Näen, että ”pakokauhun maahan” katsominen, sinne meneminen, omien oireiden ja mielialan tutkiminen ja ymmärtäminen työntekijöiden ja yhteisön tukemana olivat olennainen osa koko päihdeproblematiikan työstämistä naistenyhteisössä. Niitä ei sivuutettu tai kielletty, mutta haluttiin tietoisesti etsiä muita vaihtoehtoisia tapoja nähdä ja hoitaa niitä kuin vain diagnostiset kriteerit tai lääkkeet. Tämä vaihtoehtoisuus rakentui paitsi uudenlaisten puheen ja kielen tasolla tehtyjen tulkintojen ja käsitysten myös turvallisuuden ja läsnäolon sekä toiminnan kautta.

10 SUHTEESSA TOISIIN

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tuotu esille, että päihdehoidossa tulee huomioida naiselle itselleen merkitykselliset ihmissuhteet ja niihin liittyvät tärkeät roolit. Naisen päihdekuntoutumisen kannalta merkityksellistä voi olla esimerkiksi se, miten läheissuhteet kykenevät tukemaan ja kannattelemaan päihdetömyyttä tai onko lähisuhteiden dynamiikka ja vuorovaikutus pikemminkin raittiutta murentavaa. (Nelson ym. 1996; Kelly ym. 2001; Falkin & Strauss 2003; Tracy ym. 2010.) Myös omassa aineistossani erilaiset ihmissuhteet, niihin liittyvät ristiriidat vahvoine emotionaalisine tekijöineen sekä sosiaaliseen tukeen ja verkostoon kytkeytyvät kysymykset olivat vahvasti läsnä päihdeongelmaisten naisten elämässä ja kokemuksissa. Tarkastelen tässä luvussa tätä naisten suhdekysymystä, siihen liittyvää ilmiökenttää sekä sitä, miten tätä tematiikkaa hoidossa käsiteltiin.

10.1 Läheissuhteiden tarkastelua

Näkökulmani naisten suhdekysymyksiin on nimenomaan läheissuhteissa ja niihin liittyvissä kysymyksissä ja ilmiöissä sillä tasolla, kuin ne naistenyhteisön asiakkaina olleiden naisten tilanteissa ja yhteisön arjessa tulivat esille. *Läheissuhteilla* tarkoitan tässä naisten perheeseen, parisuhteeseen, sukulaisiin ja äitiyteen paikantuvia suhteita. *Sosiaaliset suhteet* laajemmin ymmärrettynä sisältävät läheissuhteiden lisäksi myös esimerkiksi vertaiset, ystävät, muut yksilölle merkitykselliset ihmiset ja viranomaiset tukea tarjoavina tahoina. Samoin käytetään käsitettä *sosiaalinen verkosto* kuvaamaan näiden sosiaalisten suhteiden muodostamaa kenttää, koostumusta ja rakennetta sekä verkostoon kuuluvien ihmisten keskinäisiä suhteita ja verkoston kautta todellistuvaa erimuotoista *sosiaalista tukea*. (Ellis ym. 2004; Falkin & Strauss 2003; Min ym. 2013; Kim ym. 2015; Tracy ym. 2016.) Naisten päihderiippuvuus on sosiaalisesti läpäistynyttä (*socially embedded*), se kietoutuu sosiaaliin suhteisiin, omaan ja toisten toimintaan, osalli-

suuteen ja asemaan yhteiskunnassa (esim. Claus ym. 2007; Fendrich, Hubbell & Lurigio 2006).

Naistenyhteisössä suhteita koskevan työskentelyn kivuliaana lähtökohtana oli se, että päihteet olivat usein sävyttäneet naisten ihmissuhteita ja sosiaalisia verkostoja tuhoavalla tavalla. Suhteisiin, jotka paikantuivat päihteidenkäyttömaailmaan, sisältyi näennäisiä lupauksia, välittämistä ja solidaarisuutta. Pohjimmiltaan naiset hahmottivat ne kuitenkin molemminpuolisina hyväksikäyttösuhteina, joissa rikottiin tietoisesti lupauksia ja rajoja. Toisaalta tunnistettiin esimerkiksi juoma- ja käyttöporukoiden merkitys päihteiden käyttöä ylläpitävänä sosiaalisena sidoksena:

Ryhmässä Laura (työntekijä) haastaa naisia pohtimaan, ” millaisia valintoja aiot porukan suhteen tehdä”. Keskustelussa juomaporukka hahmottuu riippuvuutta tukevana ystävyysyhteytenä, jota ei ruusujen tulkinnan mukaan voi kuitenkaan katsoa aidoksi ystävydeksi. ”Hyväksikäyttösuhteet molemmin puolin, aina jokin taka-ajatus”, kiteyttää yksi naisista. Riikka (asiakas) kertoo, miten ryypyporukka normalisoi hänelle juomisen ja mahdollisesti välinpitämättömyyden esimerkiksi työn suhteen. Riikka kertoo menettäneensä työn juomisen vuoksi. Jutta (asiakas) sanoo alkoholismin olevan sairaus ja että valinnat ovat ainoa parannuskeino siihen. Kaija (asiakas) toteaa napakasti: ”On siivottava kaikki altistavat asiat.” Laura kysyy: ”Miten olet siivonnut?” Kaija alkaa listata asioita, joita on tehnyt: on heittänyt viinapullot menemään (nauraa kertoessaan tästä), on heittänyt ”väärät ihmissuhteet” ja puhuu siitä, miten nyt on eri arvot ja suhteestaan äitiin: ”Ku oon aina ollu hänelle se tuki... En enää halua.” Laura kysyy: ”Puhutko terveestä itsekkyydestä?” Kaija nyökyttelee: ”Joo, se on mun tavoite.” Laura tuo esille päihdeongelmaan usein tiiviisti liittyvän itsekkyyden, itsekkeskeisen elämän ja sen miten asiat ”menee aina minun kautta”. (KMP_ryhmä112)

Päihdekeskeisen verkoston ja suhteiden sekä niihin kiinnittymisen merkitys voi olla siinä, että ne ovat saattaneet ruokkia syviä liittymisen, osallistumisen ja johonkin kuulumisen tarpeita (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 43). Uusien, päihdeettömien suhteiden ja verkostojen rakentaminen vaatii rohkeutta ja yksin jäämisen pelon kohtaamista. Kuntoutumisen edellytyksenä oli suhdenäkökulmasta se, että sisäistettyjä, päihteiden käyttöön kiinnittyviä rooleja oli tarkasteltava uudelleen. Osa kuntoutumista oli sen opettelu, miten toimia suhteessa toisiin ja toisten kanssa – ja vielä selvin päin – uusien sääntöin ja moraalisiin koodein.

Petra (työntekijä) toteaa naisten keskustelua kiteyttäen, että päihteiden vuoksi on luovuttu eri asioista ja sitten jäljellä on enää vain ”se päihde”. Asiakkaista Heidi kuvaa omaa pelkoaan: ”Pelkään et se sosiaalinen puoli häipy... ehkä tilalle tulee ulkopuolisuus... pitää keksiä jotain.” Petra nyökkää ja toteaa: ”Nyt nousee esille paljon ne kaverit... on pidettävä ne silmät auki, ni vastaan tulee uusia asioita. Raittius ei tarkoita yksinäisyyttä, et jos näin on, ni sitte sen tekee itse.” Naiset käyvät keskustelua siitä, miten ”käyttöporukoissa on aina joku rooli päällä”. Petra tarttuu tähän ja kysyy: ”Entä ne omat roolit ja niistä luopuminen... on siinäkin opeteltava jotain muuta tilalle.” Asiakkaista Maarit toteaa, että hänen on ainakin luovuttava huolehtijan roolista (suhteessa äitiinsä; TK). Eevi miettii, ”miten sitten ne valitsevat, jotka käyttää tai juo eikä oo aikomustakaan lopettaa ja joille hoito on kirosana?” Petra jatkaa: ”Niin... mistä se kertoo tai mistä siinä on niin ku kyse.” Naisten mielestä silloin ei ole toivoa. Keskustelussa tulee esille naisten pelko työstä asioita ja itsen hajoamisesta. Tähän liittyen Petra toteaa, että ”asioiden työstössä on kyse itsensä rehellisestä ja avoimesta kohtaamisesta”. (KMP_ryhmä113)

Pelko oman itsen hajoamisesta heijasti sitä epävarmuutta, jota naiset kokivat olemisessaan sekä suhteessa itseän että muihin. Ei voida varmuudella todeta,

ovatko päihdeongelmaisten naisten kokemukset esimerkiksi masennuksesta ja sosiaalisesta eristäytymisestä päihdeongelman syy, oire vai seuraus (Finkelstein 1996, 27). Yksinäisyys ja laajemmin sosiaalisten suhteiden toimivuus on kuitenkin tärkeä yksilön kokemaan hyvinvointiin vaikuttava seikka (Saari 2009). Jos naisten sosiaalinen kanssakäyminen oli pitkälti tapahtunut päihdekeskeisten toimintojen ja verkostojen kontekstissa, muodostui haasteeksi löytää vaihtoehtoisia sosiaalisen toiminnan kenttiä ja päihdeettömyyttä tukevia suhteita. Sosiaaliset kontaktit saattoivat harventua aivan konkreettisin toimenpitein, esimerkiksi puhelinnumerojen poistamisella:

Aamupalaverissa Kiia kertoo vieroitusoireiden hävinneen ja poistaneensa entisten huumeita käyttävien tuttaviensa numerot (puhelimestaan; TK) - ”siis oli ihan pakko”, Kiia toteaa. Kiia kertoo kuitenkin, että oli vaikea poistaa sellaisten ihmisten numeroita, joiden kanssa oli ollut ystävä jo ennen kuin ryhtyivät käyttämään yhdessä huumeita. Naurahtaa ja toteaa, että ”ei sinne paljo jääny... lähinnä eri asianajajien numeroita”. (KMP_aamupalaveri114)

Päihdeettömien sosiaalisten suhteiden löytäminen liittyy paitsi kysymykseen siitä, miten ihminen kokee tulevansa hyväksytyksi, myös siihen, miten muut suhtautuvat päihdeettömyyteen ja miten itse osaa ja pystyy toimimaan ilman päihdeiden tuomaa vauhtia, rohkaisua tai sosiaalisten tilanteiden pelkojen lievennystä. Yhteisö toimi tälle oivana harjoituskenttänä. Oman toiminnan ja käyttäytymisen reflektointi sekä näiden tilanteiden ääreen pysähtyminen olivat sen hahmottamista, miten naiset ymmärsivät oman toimintansa ja puheensa vaikuttavan muihin ja myös sen ymmärtämistä, miten itse reagoi toisten käyttäytymiseen ja puheisiin.

Toisilta ihmisiltä saatava sosiaalinen tuki on tärkeää naisille päihdeongelmista kuntoutumisessa, joskin merkitystä voi olla myös näiden verkostojen koostumuksella ja rakenteella sekä suhteiden laadulla (Ellis ym. 2004; Tracy ym. 2010; Tracy ym. 2016). Esimerkiksi *lähisuhdeteoria (relational or self-in-relation theory; ks. esim. Byington 1997; Zelvin 1999⁵³)* palauttaa naisten päihdeproblematiikan nimenomaan suhdeongelmaksi: Lähisuhdeteorian mukaan naisten päihdeongelma nivoutuu lähisuhteisiin, niihin sisältyviin vääristymiin, menetyksiin ja katkoksiin. Päihde korvaa nämä sidokset ja ”hoitaa” niihin liittyviä kipupisteitä. Päihde voi olla joko keino lievittää tuskaa suhteen päättymisestä tai keino sietää jotakin suhdetilaa, esimerkiksi juovaa ja pahoinpitelevää puolisoa. Päihde voi olla tapa säilyttää jokin – vaikkakin epätydyttävä tai vaurioit-

⁵³ Lähisuhdeteorian taustalla ovat vaikuttaneet mm. psykologit Jean Miller (1977), Carol Gilligan (1982) ja Nancy Chodorow (1979). Sen ponttimena oli perinteistä psykologiaa ja psykodynaamista teoriaa koskeva kritiikki, jonka mukaan yksilöpsykologiset teoriat perustuvat pitkälti miehet ja miesten kehitystyylin normiksi asettavaan ajatteluun. Normaalin kehityskaarena yksilön elämänkulussa on tällöin erillisyyys, autonomia ja riippumattomuus. Lähisuhdeteorian keskeinen käsitys puolestaan on, että naisten terveessä psykologisessa ja sosiaalisessa kehityksessä korostuvat toisiinsa ihmisiin kiinnittyminen ja heiltä saatava palaute. Naisten yksilöityminen toteutuu suhteessa toisiin ja psykologinen kehitys tapahtuu lähisuhteita lisäämällä, ei näistä suhteista eroamisen kautta. Olennaista naisille on liittymisen (*connection*), ei erillistyminen ja ero (*separation*). (Gilligan 1982; Zelvin 1999; Kirmanen 2000.) Suomessa lähisuhdeteoriaa naisten kanssa tehtävässä työssä ja päihdeongelmien yhteydessä on tarkastellut Helena Palojärvi (2009).

tava – suhde, jotta ei jää yksin. Lähisuhdeteorian mukaan addiktio on ainakin osittain yhteydessä eristäytymiseen ja heikkoihin sosiaalisiin suhteisiin, mikä johtaa tiiviin suhteen kehittymiseen suhteessa päihteeseen lievittäen hetkellisesti kärsimyksen ja yksinäisyyden tunnetta. Lähisuhdeteorian⁵⁴ merkitys on juuri siinä, miten se huomioi ja tunnistaa suhteiden ja liittymisen tarpeen universaalien merkityksen kaikille ihmisille ja erityisesti naisille sekä sen, miten tukemalla naisten tervettä tapaa olla suhteessa toisiin edistetään myönteisesti koko hoitoprosessia. (Finkelstein 1996; Byington 1997, 36–37, 44; Covington 2002; Claus ym. 2007, 28.)

Naistenyhteisössä naisten läheissuhteet olivat usein eri tavoin ongelmointuneita. Niihin sisältyi hylkäämistä, molemminpuolista epäluottamusta, katkoksia, ongelmien ylisukupolvisuutta, väkivaltaa, kaltoinkohtelua sekä ristiriitaisia odotuksia. Naistenyhteisössä työntekijöiden periaatteena oli vaikeissakin läheissuhteissa tukea naisten pystyvyyttä ja omatoimisuutta sekä vastuun ottamista omasta itsestä ja omasta käyttäytymisestä:

”Päihteisiin liittyvä riippuvuus liittyy myös riippuvuuteen läheisistä, jossa ajattelu menee siten, että kun se sitä ja se noin, niin siksi minä... Että kantaa enemmän vastuuta asioista kuin pitäisi”, toteaa Kaisa (työntekijä). Hän jatkaa toteamalla: ”Vastuuntuntoa on sekin, että pidän puoleni... Mitä tää teissä herättää?” Kaisa jatkaa edelleen ja haastaa naisia pohtimaan: ”Mitä minä voin tälle asialle tehdä – äidille, ex-miehelle ja niin edelleen. Miten saada rohkeutta ja voimia, että alan kantaa vastuuta... Mitä voisin tehdä toisin?” (KMP_askelryhmä115)

Kokemukset erilaisista alistavista ja ongelmointuneista suhteista tuottivat osaltaan puhetta siitä, miten joku muu päättää, määrää ja kontrolloi. Aivan kuin nainen itse ei pystyisi millään tavoin vaikuttamaan omaan elämäänsä ja suhteisiinsa. Näin esimerkiksi omat vanhemmat, sijaisvanhemmat, viranomaiset, entinen tai nykyinen puoliso saavat kukin toimijan ja vaikuttajan roolin, mutta naisen omaa toimintaa suhteissa luonnehtii passiivisuus ja sattumanvarainen ajautuminen toistuvasti samankaltaisiin tilanteisiin. (Törmä 2011, 151.) Naistenyhteisössä näkökulma naisten kokemaan voimattomuuteen ja passiivisuuden käännettiin toisinpäin ja lähdettiin etsimään niitä resursseja ja mahdollisuuksia, joita naisilla oli. Naisia tuettiin olemaan aktiivisia toimijoita suhteissa, päättämään, rajaamaan ja valitsemaan itse sekä toimimaan toisin, omaa kuntoutumista tukevalla tavalla. Työntekijät eivät antaneet näihin sotkuisiin vyyhteihin ja tilanteisiin valmiita vastauksia tai toimintaehdotuksia, vaan vaihtoehtoiseen toimintaan suuntaavat avoimet kysymykset jätettiin naisille itselleen työstettäväksi ja pohdittaviksi. Niihin voitiin kuitenkin palata uudelleen yhdessä toisten kanssa. Asiakkaan näkökulmasta on väistämättä huomioitava hänen

⁵⁴ Lähisuhdeteoriaan liittyvissä pohdinnoissa tutkijat ovat myös sivunneet läheisriippuvuuden kysymystä naisten päihdeongelmien yhteydessä, joskin ko. käsitteen problemaattisuus on tunnistettu ja sitä on myös kritisoitu (ks. esim. Zelvin 1997; 1999; Collins 1993). Esimerkiksi Barbara Collins (1993) on sitä mieltä, ettei sosiaalityöntekijöiden tulisi käyttää läheisriippuvuutta työskentelyä ja käsitteellistämistä ohjaavana viitekehysenä. Myös Suomessa esimerkiksi Maritta Itäpuisto (2005) on omassa väitöskirjassaan esittänyt kritiikkiä koko läheisriippuvuus-käsitettä kohtaan. Olen tietoinen tästä keskustelusta, mutta en ota sitä tässä tutkimuksessa tarkempaan erittelyyn enkä lähesty aineistoni suhteita koskevia episodeja läheisriippuvuuden näkökulmasta.

subjektiivinen kokemuksensa omasta toimijuudestaan ja pystyvyydestään myös suhteissa, jotta voimavarapuhe ja muut myönteiset määreet eivät asiakkaan mielessä käänny kritiikiksi ja syytökseksi omasta heikkoudesta (Granfelt 2009, 174).

Aineistossani keskeisiksi suhteiksi muodostuivat naisen perhesuhteet elämänkulun eri vaiheissa, oma äitiys sekä suhde vastakkaiseen sukupuoleen, miehiin (ks. myös Finkelstein 1994; Henderson & Boyd 1997; Byington 1997). Naisten suhde omaan *lapsuusperheeseen ja vanhempiin* saattoi olla yhä aikuisiällä hyvin haasteellinen, osalla jopa kokonaan katkennut. Naisten perhehistorioissa ilmeni päihdeongelmien ja lastensuojelun asiakkuuden ylisukupolvisuutta, väkivaltaa ja kaltoinkohtelua, vanhempien taholta koettua tunnekylmyyttä ja hylkäämistä (myös Sutinen 2010; Törmä 2011; Virokannas 2013). Nämä ongelmien ylisukupolvisuuteen liittyvät kysymykset tekivät osaltaan naisten suhdekysymyksistä haasteellisia ja monisyisiä.

Siiri kertoo yrittäneensä itsemurhaa 15-vuotiaana, kun alkoi selvittää omaa taustaansa. Kokee olevansa omalle isälleen ”se aikuinen... ei sillä oo ketään muuta”. Kertoo masennuksesta ja useamman vuoden jatkuneesta psykoterapiasta ja miten ”siellä menttiin tosi syvälle”. Kokee, että hylkäämisen pelko tullut siitä, kun vanhemmat jättäneet yksin kotiin 1-vuotiaana. ”Mun piti olla aikuinen jo pienenä”, toteaa Siiri. (KMP_ryhmä116)

Vaikka naisten perhesuhteissa esiintyi epäluottamusta ja välirikkoja, saattoivat varsinkin nuorten naisten kohdalla vanhemmat toimia edelleen keskeisinä tukijoina, jotka hoitivat, hoivasivat, kuljettivat ja huolehtivat. Naisille läheisiltä saatu erimuotoinen tuki on tärkeää ja ilmaisee heille välittämistä (esim. Trulsson & Hedin 2004; Tracy ym. 2010). Konkreettisimmillaan vanhemmat taluttivat oman aikuisen lapsensa Laitoksen ja naistenyhteisön ovesta sisään, järjestelivät käytännön asioita ja hakivat kotiin. Toisaalta aikuiset lapset osoittivat yhtä lailla huolenpitoa suhteessa omiin ikääntyneisiin äiteihinsä ja toivat heidät hoitoon joskus lähes viimeisellä hetkellä, tai sijaisvanhemmat soittelivat huolissaan ja itkien heillä sijoitettuna olleiden, nyt jo aikuistuneiden naisten asioissa. Nämä perhe- ja läheissuhteita koskevat episodit ilmensivät naisiin kohdistuvaa huolenpitoa ja välittämistä myös ohi biologisten verisiteiden. Parhaimmillaan nämä erilaiset perhe- ja läheissuhteet kannattelivat ja tukivat kohti päihteetöntä elämää (myös Knuuti 2007, 121–123). Näitä toimivia suhteita myös hoidossa pyrittiin tukemaan ja ottamaan esimerkiksi läheisiä mukaan verkostotapaamisiin. Toisaalta työntekijöillä ei ollut aina mahdollisuutta hyödyntää naisen läheisverkostossa olevaa tukea, sillä naiset saattoivat kieltää yhteistyön ja sen edistämisen. Silloin asiakkaan tilanteen kommentointi tai avaaminen millään tavoin esimerkiksi Laitokseen huolissaan soittavalle läheiselle ei ollut mahdollista. Samoin työntekijät saattoivat tällöin vain kuunnella asiakkaan kokemuksia ja ottaa vastaan naisen suhteisiin liittyviä tunteita vailla mahdollisuuksia konkreettisesti edistää suhteisiin suoraan kohdistuvaa työskentelyä.

Asiakkaiden *suhteet miehiin* olivat niin ikään usein eri tavoin ongelmallisia. Seuraavissa havainnointiaineiston kenttäpäiväkirjan otteissa työntekijät kuvaavat naisten problemaattista suhtautumista miehiin ja sitä kautta tapahtuvaa

miesten rajaamista Ruusun ulkopuolelle. Kyse ei ollut vain parisuhteiden problematiikasta, juovista tai puolisoitaan pahoinpitelevistä miehistä, jotka heikensivät naisen kuntoutumisen mahdollisuuksia, vaan myös siitä, miten naiset suhtautuivat miehiin ja sen tuottamista haasteista:

”Moni ruusu on myös ymmällään kohdatessaan miehiä Laitoksessa ja heistä näkee, miten käytös muuttuu miesten tullessa näkyviin”, kertoo Tiina.
(KMP_työhuoneessa117)

Tarja ja Katri selostavat, ”miten monilla ruusuilla on ikävä kyllä hyvin seksuaalisoitunut suhde miehiin, ei osata olla muuten miesten kanssa kuin seksin kautta”. Tarja kuvaava, ”miten moni ruusu täälläkin tavatessaan jonkun yhteisön miesasiakkaan ottaa välittömästi tietynlaisen ”viettelevän” asennon (Tarja supistaa huuliaan suukoksi ja ”leväyttää” jalkojaan havainnollistaakseen karrikoiden asiaa). Tarjan mielestä tämä (siis naisten asennoituminen miehiin yksinomaan seksuaalisuuden kautta; TK) on ”hyvin surullista”. Katri pohtii asiaa läheisyyden tarpeen kautta: ”Se läheisyyden kaipuu vaan on niin vahva, että hinnalla millä hyvänsä ollaan valmiita”, hän toteaa.
(KMP_työhuoneessa118)

Naisten parisuhteisiin liittyi usein väkivaltaa, alistamista, kuntoutumista murentavia ja päihdeongelmaa ylläpitäviä elementtejä. Tällaisissa suhteissa oleminen ja eläminen vaarantaa naisen psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä hyvinvointia ja jopa estää naista hakeutumasta hoitoon. Osalla naisista oli joko taustallaan tai edelleen suhde päihdeongelmaiseen mieheen, ja hoitoon saatettiin tulla suoraan juovan miehen luota. Osalla naisista parisuhde oli päättynyt nimenomaan naisen oman päihdeongelman vuoksi. On mahdollista, että osalla naisista ei esimerkiksi ollut kokemuksia parisuhteista ilman ”päihdehuurua” ja sen värittämää dynamiikkaa (Finkelstein 1996). Asiakkaiden puhe miehistä ja parisuhteista oli paljolti vaikeuksien, pettymysten, päihderiippuvuuden ja väkivallan kokemusten läpäisemää (myös Väyrynen 2009; Törmä 2011; Virokannas 2013). Naiset eivät aina tienneet, miten miesten kanssa toimitaan päihdeikäyttömaailman ulkopuolella. Tämä näkyi myös naisten tavoissa toimia Laitoksen eri tilanteissa, joissa paikalla oli miehiä. Työntekijöiden näkökulmasta haasteellisena piirteenä näyttäytyivät esimerkiksi naisten vaikeudet kohdata miehiä muutoin kuin seksuaalisen kanssakäymisen kautta.

”Mä oon käyny Ruusussa lukuisia keskusteluja... useamman kerran siitä, miten miesten kanssa ollaan, kun ei ole seksiä. Että kun mies saapuu paikalle, niin se tarkoittaa sitä, että sitten olen valmiina kaikin mahdollisin keinoin. Ja tuota se et se jännite tästä suoraan on poissa.” (työntekijän haastattelu_60)

Tärkeä työntekijöiden esille tuoma peruste naisten omalle yhteisölle oli siinä, että tällöin sukupuolten välinen jännite oli poissa ja nainen kykeni asettautumaan ja keskittymään omaan hoitoonsa. Toisaalta niin naiset kuin miehetkin voivat kokea toisen sukupuolen läsnäolon omaa hoitoa häiritsevänä seikkana. Vaikka parisuhteiden aloittaminen päihdehoitolaitoksissa ei ole sallittua, sitäkin tapahtuu (Weckroth 2006, 57). Työntekijät suhtautuivat kesken hoidon aloitettaviin miessuhteisiin kielteisesti. Tällaisten suhteiden nähtiin siirtävän huomion pois omasta hoidosta ja toistavan sisäistettyä toimintamallia, jossa oma itse sivuutetaan.

”Mut jos aattelee et on neljä viikkoa päihdekuntoutumisjaksolla, niin se on niin lyhyt jakso et jos siinä alkaa vielä jotain uutta miessuhdetta siinä, niin mä kyllä kyseenalais-
taisin siinä et onko sen aika. Että mä aattelen että se vois olla myöhemmin. Et neljä
viikkoa, kahdeksan viikkoa tai kaksitoista viikkoa ihmisen elämästä on niin lyhkänen
pätkä... et sen vois kyllä antaa niin kun itselleen yksin.” (työntekijän haastattelu_61)

Työntekijät näkivät parisuhteen aloittamisen riskinä tilanteessa, jossa oma kun-
toutuminen on vasta aluillaan. Toisaalta nainen saattaa kokea luontevana seu-
rustelun nimenomaan toisen päihdeongelmasta toipuvan kanssa (Knuuti 2007,
117–118). Tämä on sinällään ristiriitainen ilmiö, sillä yhtä lailla juominen tai
aineiden käyttö yhdessä oman puolison kanssa tai tämän rohkaisemana voi olla
merkittävä osa naisen ongelmien vyyhtiä, se voi vaikeuttaa hoitoon hakeutu-
mista ja toipumista (esim. Ojanen 2006; Sutinen 2010; Törmä 2011).

Äitiys ja suhde lapsiin olivat asiakkaiden näkökulmasta tarkasteltuna yksi
kivuliaimmista kysymyksistä (ks. myös Granfelt 1998; 2007; Ojanen 2006; Väy-
rynen 2006; Sinko & Virokannas 2009; Törmä 2011; Virokannas 2011). Vaikeat
perhesuhteet, huostaanotot, huoltoriidat ja erot sävyttivät naisten suhteita
omiin lapsiin ja kokemusta äitiydestä:

Laura kokee hankalana nykyisen perhetilanteen. Laura on eronnut ja lapset asuvat
isänsä kanssa. Lauran kertoman mukaan ”Lasse on niin hullu, että sitä ei ees oteta enää
hoitoon”. Nyt Lauralla ja Lassella on kiistaa lasten tapaamisista. Lasten isä ei Lauran
mukaan anna hänen tavata lapsiaan – ei edes täällä Laitoksessa ja vetoaa Lauran juo-
miseen. Laura on vihainen myös sosiaalitoimelle, joka Lauran mukaan uskoo sokeasti
isää: ”Lasse on siivonnu mun äitiyden johonki... et sitä ei löydy mistään”, toteaa Laura
ja jatkaa: ”Se on se, mikä eniten... se iskee niin ku siihen heikompaan kohtaan aina – jos
ei muuta ni mä poltan liikaa.” Kertoo Lassen itse olevan päihdeongelmainen, olleen
vankilassa ja nyt psykiatrisista syistä sairauseläkkeellä. ”Et miten se muka on niin pa-
rempi... tekeekö se musta huonomman ku mä haen apua?” Laura kysyy ahdistuneena.
Työntekijöistä Sirpa haastaa Lauraa pohtimaan ”Onko sun äitiys Lassen taskussa?”
Laura vastaa tähän: ”No ei... Ei se voi kaikkee vaikuttaa... mut tapaamisiin.” Sirpa
nyökyttelee ja toteaa: ”Äitiyttä on monenlaista... Kuulen, että joku vie sitä sulta pois,
kuulen voimattomuutta ja turhautumista ja et näillä ratkaisuilla sulta viedään äitiyttä.”

Laura kertoo Lassen omasta lapsesta ja siitä, miten Lasselle on kyllä silloin kelvannut
Lauran apu ja tuki, jos poika on ollut vaikeuksissa. Lauran kerronnasta käy ilmi sekin,
että Lasse on myös ollut välinpitämätön lastaan kohtaan ja vähätellyt Lauran roolia po-
jan elämässä. Vanhempi nainen, Kerttu kimpaantuu ja kyselee, missä on yhteiskunnan
oikeudenmukaisuus ja toteaa sitten: ”Ei se Lasse pysty viemään sun äidinrakkautta!”
Sirpa kuuntelee naisten keskustelua ja ottaa sohvatyynyn syliinsä. Sirpa möyhentää
keskustelun kuluessa ”Lassea” eli siis tyynyä tässä tapauksessa ja lopulta Sirpa heittää
Lassen ulos – käytännössä siis paistaa tyynyn avoimesta ovesta ulos. Laura toteaa, että
vaikka he ovat Lassen kanssa eronneet, niin lasten kautta Lasse tulee mukaan per-
hesuhteisiin. (KMP_ryhmä119)

Naiset saattoivat kokea oman äitiytensä olevan nujerrettua ja epäreilulla tavalla
vietyä, jonkun muun kontrolloimaa ja jäsentämää. Työntekijät kuitenkin pyrki-
vät haastamaan tätä näkemystä ja tunnetta siitä, että ulkopuolelta käsin muilla
ihmisillä ja tahoilla olisi valta määrittellä äitiyden kokemus. Äitiys – kuten nai-
seuskin – määrittyi moninaiseksi, eri tavoin koettavaksi ja toteutettavaksi.
Työntekijöiden ajattelussa äitiyden ja päihdeongelman ei sinällään katsottu sul-
kevan pois toisiaan, vaikka samalla tunnistettiin tähän yhtälöön liittyvät on-
gelmat. Ritva Nätkin (2006b, 36–37) kirjoittaa päihteiden ja vanhemmuuden

yhteydessä ilmenevästä neuvoteltavuudesta, jolla tarkoitetaan esimerkiksi puhetta "riittävän hyvistä" vanhemmuudesta ja äitiydestä. Päihdeongelmaiset äidit siis haastavat totunnaisia hyvän äitiyden rajoja (Baker & Carson 1999).

Toisaalta päihdeongelman ja äitiyden yhdistelmän käsittely oli vaikeaa ja hoidollisesti mahdotonta, jos asiakas ei kyennyt näkemään tähän sisältyvää problematiikkaa, päihdeongelman välittymistä lapsen tilanteeseen ja siten esimerkiksi lastensuojelun interventioiden tarpeeseen.

"Annikakin, niin ei se niin ku tajua sitä, että mitä sen käyttäytymisellä oli tekemistä sen lapsen huostaanoton kanssa", toteaa Jutta (työntekijä). "Se ei niin ku tajua sitä... ajattelee vaan, että se olis se, että asui niin paljo juoppoja aikuisia siinä niiden kanssa samassa asunnossa, että on väärin perustein tehty huostaanotto." Jutta jatkaa ja selittää minulle Annikan olleen "itteki siis huostassa". Kysyn tietävätkö Jutta ja Pia (työntekijä) minkä ikäinen Annika on ollut, kun hänet on otettu huostaan. "Käsittääkseni ihan pienenä... mitä se on puhunu, että äiti on tyyliin ryypännyt kaksikymmentä vuotta sen elämästä", Jutta selittää. "Et mä vaan mietin et miten siitä on tollanen tullu ku se on olu sijaisperheessäkin... et millanen siellä se sijaisäiti sitte on ollu", jatkaa Jutta pohdintaansa. (KMP_työhuoneessa120)

Myös Tiina Sutisen (2010, 53) väitöstutkimuksessa osa äideistä ei kyennyt hahmottamaan oman päihteiden käyttönsä heijastumista lapseen edes esimerkiksi lapsen huostaanotosta huolimatta. Osa naisista puolestaan koki hyvin vahvaa syyllisyyttä päihderiippuvuuden läpäisemästä menneisyydestä ja sen heijastumisesta lapsiin (Törmä 2011, 133–139). Päihderiippuvuus oli tullut eri tavoin äidin ja lasten välisiin suhteisiin, ja suhde lapsiin oli haurastunut tai jopa katkenut. Kuitenkin lapsi saattoi olla läsnä äidin puheissa ja toiminnassa eri tavoin. Jotkut kokivat menettäneensä luottamuksen nimenomaan suhteessa omaan lapseen, minkä tunnistaminen ja myöntäminen oli hyvin kivuliasta ja vaikea aihe käsitellä.

Naistenyhteisössä pyrittiin auttamaan naisia rakentamaan suhdetta omaan lapseen ja löytämään myönteisiä aineksia äitiyteen. Hoidon yhdeksi tehtäväksi saattoi asettautua sen tukeminen, että asiakas alkoi jälleen työstää suhdetta lapseen mielen tasolla ja vähitellen myös konkreettisesti. Siksi tilan antaminen omaa äitiyttä koskevalle pohdinnalle ja puheelle oli merkityksellistä. Yhteyden löytäminen jälleen ja lasten tapaaminen hoidon aikana tuetusti saattoi olla hyvin tärkeää tässä äitien ja lasten suhteiden elvyttämisessä ja korjaamisessa. Työntekijät saattoivat toimia välittäjinä ja turvallisuuden ja huolenpidon vakuuttajina sekä suhteessa lastensuojeluun että toiseen vanhempaan.

Reetta (asiakas) kertoo viikonlopustaan Ruusussa: "Mä olin niin ylpeenä... siis oli tosi ihana esitellä muille, et täs on mun perhe!" Reetan kaksi nuorinta lasta ja Reetan äiti olivat käyneet Reetan luona Ruusussa. Reetta kertoo, että oli helpottavaa "ku sai sitte puhuttua lasten kanssa siitä, että miksi mä täällä olen ja mikä tää on". Reetta sanoi tämän menneen paremmin kuin oletti ja että "äitikin antoi mulle niin ku tilaa... sain olla lasten kanssa yksin... ja mä sain sitä hellyyttäkin osoittaa... halata ja ku mä sitä haluaisin sitä hellyyttä enemmän..." (KMP_aamupalaveri121)

Suunnitellaan Katariinan verkostoneuvottelua ja mietitään sen osallistujia. Liisa (työntekijä) rohkaisee Katariinaa pyytämään myös Katariinan tyttären, Iinan isän mukaan neuvotteluun. Keskustelevat siitä, miten Iinan isälle voitaisiin samalla myös työnteki-

jöiden toimesta vakuuttaa, että Linan on turvallista tavata ja olla äitinsä kanssa (täällä Laitoksessa). (KMP_työhuoneessa122)

Hoidon aikana järjestetyt ja onnistuneet tapaamiset ja kohtaamiset saattoivat olla myönteinen signaali myös hoidon jälkeen jatkuvalla työskentelyllä ja suhteiden edistämiseksi. Suhde lapseen ja oma vanhemmuus voi muotoutua tärkeäksi hoitoa tukevaksi voimavaraksi. (Ruisniemi 2006a; Knuuti 2007; Hyytinen 2007; Sinko & Virokannas 2009.) Toisaalta lapsi ei saa toimia hoitovälineenä eikä lapselle saa asettaa "raitistajan tehtävää" (Matinlompola 2002; Karttunen 2016a). Aineistossa lapsiin ja äitiyteen liittyvät kysymykset olivat sillä tavoin emotionaalisesti latautuneita, että niistä saatettiin vaieta tai mainita yllättäen, ohimennen tai lyhyesti, häivähdyksinä, pieninä muistoina, ja sitten tilanne oli ohi. Esimerkiksi alla oleva "Kaarinan ja Annelin" keskustelu kanssani alkoi täysin spontaanisti, kun Anneli oli järjestelemässä keittiötä ja Kaarina aloitti keskustelun tutkimuksestani. Ja sitten tilanne oli ohi, naiset siirtyivät seuraaviin toimintoihin ja aiheisiin.

Kaarina (asiakas) tulee keittiöön juttelemaan kanssani ja aloittaa keskustelun tutkimuksestani. Samalla "ajattelee ääneen" pohtiessaan omaa äitiyttä. Kaarina toteaa äitiyteensä liittyneen paljon tuskaa ja kipua. Kaarina sanoo äitiyden olevan lahja, tärkeintä, ja että sen varaan voi rakentaa omaa identiteettiään. Kaarinan mielestä se, että kun saa sanoa "olen äiti", kohottaa itsetuntoa. Toinen asiakas, Anneli siivoaa taustallamme tiskipöytää ja toteaa sieltä minulle: "Uskotsä et mies voi tehdä äitiydestä helvettä - - Ne kaikki hakkaamiset lasten nähden ja... voi helvetti... mää sanon, että..." Anneli ki-roilee. Hän ironisoi sitä, miten naisten oletetaan passaavan miehiä, aviomiehiä. Annelin äänensävy on selvästi vihainen, ja puhuessaan hän pyyhkiä nyt entistä kiihkeämmin tiskipöytää. Anneli kertoo, miten hänen ex-miehensä yritti polttaa talon ja lapset. Käy ilmi, että sekä Kaarinalla että Annelilla että on olleet "psykopaattimiehet" - näin siis naiset itse kutsuvat miehiään. Kumpikin kertoo joutuneensa tilanteeseen, jossa vaihtoehtoina olivat jääminen väkivaltaiseen suhteeseen miehen kanssa ja perheen säilyttäminen näin tai sitten lähteminen yksin ja lasten jättäminen. Molemmat kertovat joutuneensa luopumaan lapsistaan. Anneli kertoo, miten siitä seurasi kymmenen vuoden itkut. Vasta kun lapset olivat isompia, he saivat tavata äitiään. (KMP_keittiössä123)

Äitien ja lasten yhteistä hoitoa naistenyhteisön työskentely ei sisältänyt, ja käytännössä koko perheen yhteinen kuntoutus oli mahdollista Laitoksen perheyhteisössä. Tämä oli tietoinen hoidollinen linjaus. Työntekijöiden näkemyksen mukaan kuntoutumisen kannalta saattoi olla toimiva ratkaisu, että nainen keskittyi ensin omaan hoitoonsa, ja prosessin edetessä olisi tarkoituksenmukaisempaa siirtyä esimerkiksi perheyhteisöön lasten kanssa. Siellä myös omaan vanhemmuuteen liittyvät kysymykset ja suhde lapsiin asettautuivat toisella tapaa työskentelyn keskiöön.

"Että vaikka ne lapset ei oo meillä tässä, niin kyllä ne tulee siihen meidän arkeen muuten", toteaa Outi (työntekijä). "Et kyllä se on mulle kans tärkeätä äitiys ja ne lapset", huomauttaa Riina (asiakas). Silja (asiakas) pyyhkiä kyyneleitään ja sopertaa itkien: "Niin ne on." Riina hiljenee hetkeksi ja jatkaa sitten kyyneleitä pyyhkien: "Että voi työstää sitä omaa syyllisyyttä ja häpeää, et mitä onkaan tehnyt" - - "Ja just niin ku mulla, että on vielä ite alkoholistiperheestä..." (KMP_ryhmä124)

Työntekijöiden näkökulmasta nainen oli hyvinkin kiinni äitiydessään hoitaessaan itseään, vaikka lapset eivät olleetkaan mukana Ruusussa. Näen tässä ajat-

telussa olleen taustalla sen lähtökohdan, että oman minän ja identiteetin sekä päihderiippuvuuden tarkastelun kautta tuettiin naisten kykyä toimia myös äitinä ja asettautua uudella tavalla suhteeseen lapsensa kanssa. Lapsen kannalta äidin omaan sisäiseen maailmaan ja elämäkokemuksiin kohdentuva työskentely voi olla yksi keskeisimmistä hoidon ulottuvuuksista. Esimerkiksi Marjatta Bardy on todennut, että ”sukupuolviiperimän murtamisen yhteydessä vanhempaa pitäisi auttaa saamaan kosketus omaan lapsuuteensa, jotta hän voi olla emotionaalisessa vuorovaikutuksessa oman lapsensa kanssa” (Bardy 2001, 74). Lapsen näkökulmasta vanhemman kyky saavuttaa suhde omaan menneisyyteensä on tärkeää, jotta lapsi tulee nähdyksi ja kuulluksi (Karttunen 2016a, 131).

Olen edellä tarkastellut naisten suhteita sekä niihin liittyviä kysymyksiä ja ilmiöitä, joita naisten yhteisön tilanteissa nousi esille. Tutkimuksessani naiset kokivat usein ihmissuhteet vaikeina, sekavina ja haastavina, samalla kun yksinäisyyttä, hylätyksi ja petetyksi tulemistakin pelättiin. Silloin myös omien rajojen määrittely ja itsen suojeleminen oli vaikeaa naisten tasapainoillessa itsenäisen, toisista riippumattoman sekä toisaalta muita miellyttävään pyrkivän toimintatavan välillä. Osa suhteiden ja niiden käsittelyn problematiikasta kietoutuu kysymykseen luottamuksesta ja turvallisuudesta, joita tarkastelen seuraavaksi.

10.2 Luottamuksen ja turvallisuuden rajoilla

Luottamus on sosiaalisten suhteiden keskeinen ulottuvuus ja niitä kannatteleva elementti. Yksilön kyky luottamukseen syntyy sosialisointiprosessin sekä varhaisiin suhteisiin palautuvan kiinnittymisen ja kiintymyksen myötä. Luottamus on olennaisin perusta sekä läheisten ihmissuhteiden syntymiselle että yksilön kyvyllä luoda ja ylläpitää suhteita ja kuulua yhteisöön. Sosiologisesti ymmärrettynä luottamus ilmenee sekä yksilöiden välisissä suhteissa että sosiaalisissa systeemeissä. Voidaan erottaa toisistaan yhtäältä luottamus ihmisiä kohtaan sekä toisaalta abstrakteja järjestelmiä ja instituutioita kohtaan. (Child 2001; Raatikainen 2015, 22–25; Heino 2016, 128.) Päihdehoidossa luottamukseen liittyvät kiperät kysymykset välittyvät kumpaankin suuntaan: asiakkaan luottamukseen toisiin ihmisiin ja instituutioihin sekä toisaalta muiden ihmisten ja instituutioiden luottamukseen asiakkaaseen.

Aineistossani suhteiden rakentamisen ja korjaamisen näkökulmasta keskeisenä kohdattavana kysymyksenä oli nimenomaan luottamus, sen horjuminen toisaalta suhteessa itseen ja toisiin ihmisiin ja toisaalta muiden taholta koettu luottamuksen murentuminen. Luottamukseen liittyvät keskustelut olivat tärkeä teema naisille suhdeongelmien ymmärtämiseksi ja oman toiminnan uudelleen suuntaamiseksi. Esimerkiksi Ulla Knuutin (2007) tutkimuksessa kuvataan sitä, miten raitistujalle asettautuu velvoite osoittaa se, että häneen voi luottaa, se on ansaittava ja on osoitettava oma kelpoisuus (Knuuti 2007, 122). Edes hoitoon hakeutuminen ei suoraan korjaa syntynyttä luottamusvajetta (Salmon ym. 2000, 244).

(Ryhmässä) Keskustelu jatkuu ja siirtyy siihen, miten luottamusta synnytetään. "Tämähän on hyvin akuutti kysymys ja kipeä kohta päihdeongelmaisten ihmisten elämässä... Mistä se luottamus syntyy, mistä se rakennetaan?", kyselee Tuija (työntekijä). Tuija pohtii ääneen, miten luottamus ei korjaannu ja palaa hetkessä ennalleen, vaan se vaatii tekoja ja miten "sillä on tosi paljon merkitystä läheisille mitä te ootte tehny". Joku naisista pohtii ääneen omaa ajatteluaan: "Mulla on hyvin häilyvää se, mitä on rehellisyys ja ja luottamus... Mä en itse koe olevani luotettava... Mulla ei oo niinku semmosta käsitystä luottamuksesta, mut hyvin tärkeetähän se on niin kun ihmisten välisissä suhteissa."

Keskustelussa luottamus ja myös sen puuttuminen ja siihen liittyvät vaikeudet jäsenyivät suhteessa itseen ja toisiin: että voi luottaa itseensä, mutta myös muut voivat luottaa minuun. Työntekijöistä Saaga tuo esille, miten ihminen on alun perin luottavainen ottaen esimerkiksi pienen vauvan: "Sillä ei oo muita vaihtoehtoja." Keskustelussa luottamus liittyy myös hylätyksi tulemiseen ja siitä seuraavaan tunteeseen siitä, että ei kuulu joukkoon ja ei koe turvallisuutta. (KMP_ryhmä125)

Naisten puheissa ja kokemuksissa luottamus hahmottui ristiriitaisena ilmiönä. Sitä pidettiin tärkeänä, ihmissuhteiden perustana, ja erityisesti läheisten taholta koettuun luottamuspulaan haluttiin vaikuttaa ja vakuuttaa oman muutoksen aitoudesta. Toisaalta omat kokemukset luottamuksen murentumisesta olivat tuottaneet tuntemuksia omasta typeryydestä, naiiviudesta ja kokemattomuudesta sekä siitä, miten ei ole halunnut nähdä todellisuutta tai toisten ihmisten petollisuutta. Naisilla ei aina ollut varmuutta siitä, milloin ja keneen pystyi luottamaan, ja toisaalta naiset itse olivat toimineet yhtä lailla luottamusta murentaen jopa läheisimmissä suhteissa. Oman toiminnan tarkastelu siitä näkökulmasta, että oli itse tuottanut toisille kokemuksen petetyksi tulemisesta ja luottamuksen horjumisesta, oli usein vaikeaa. Oli lähtökohtaisesti haastavaa, jos toiminta oli ollut omien arvojen vastaista eikä vastannut yksilön käsitystä itsestään ja omasta toimintatyylistään. Pysähtyminen tämän tilanteen äärelle saattoi nostattaa häpeän ja syyllisyyden tunteita. Asiakas joutui tällöin kohtaamaan oman ideaaliminänsä ja reaalinänsä välisen ristiriidan, joka ilmeni tosiasiallisen toiminnan tasolla.

Luottamus oli yhteydessä turvallisuuteen ja sen kokemiseen. Turvallisuuden tunne tai sen puute kietoutui vahvasti ihmissuhteisiin, kohtaamisiin ja toisaalta siihen, luottiko asiakas itse toisiin ja pystyivätkö muut luottamaan asiakkaaseen. Turvallisuus ja sen kokeminen voidaan nähdä yhtenä perustarpeena ja lapsuudessa rakentuva perusturvallisuus keskeisenä itseen, toisiin ja maailmaan orientoitumisen tavan pohjana (Niemelä 2000, 21–22; Lahikainen 2000, 63–64; Kirmanen 2000, 129–139). Toisinaan – kuten lähisuhdeteoriassa esitetään – päihteet olivat olleet ihmisten sijaan luottamusta, turvaa ja suojaa tuottava seikka ja mahdollistaneet suhteissa olemisen:

Anni puhuu pitkään siitä, miten kokemukset ja tunteet kiinnittyvät toisiinsa. Kertoo, miten on ennen ratkaissut turvallisuuden tunteen kysymyksen käyttämällä bentsoja – silloin koki olevansa turvassa ja pystyi olemaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (KMP_ryhmä126)

Naisten kokemuksissa turvallisuus suhteissa liitettiin esimerkiksi omaan äitiin, lapsuuteen ja kotiin. Sen sijaan taas esimerkiksi huumemaailmaan paikantuvat suhteet olivat pelon, kauhujen ja turvattomuuden täyttämiä. Käyttöporukan

toiminta oli epäluotettavaa, tungettelevaa ja uhka valui toisinaan jopa omaan kotiin.

Hilla kertoo itkien, miten pelottava maailma huumemaailma on. Kertoo kokeneensa aluksi turvan tunnetta kun ensimmäisiä kertoja käytti huumeita, mutta lopulta kyse on turvattomasta maailmasta, jossa saa pelätä – jopa henkensä puolesta. Hilla kertoo, miten kotona oven edessä oli tavaroita ja paksut kettingit, jotta kukaan ei tulisi sisään. Vastoin Hillan tahtoa kodissa on toisinaan ”avoimet ovet”: käyttäjäporukka tulee kun haluaa eikä Hillalla ollut sananvaltaa siihen, kuka tuli ja milloin, kun asui käyttäjäpoikaystävän kanssa. Hilla itkee. Kertoo, miten velkojen takia miehet – ”ei ne välittäneet et vaik mä olin nuori tyttö” – olivat valmiit katkaisemaan sormet. Hilla kertoo itkien turvan kokemuksistaan, jotka hän liittyy lapsuuteen ja äitiin: kotoinen lauantai-ilta perheen kanssa ja miten hän käpertyi äidin syliin. Itkee, että ei enää voi mennä äidin syliin. (KMP_viikkosuunnittelu127)

Epäluottamus ja turvattomuus toivat naisten kokemuksiin uhan, riskin ja vaaran ulottuvuuden suhteiden elementteinä. Emotionaalisen ja subjektiivisen kokemuksen maailman ja ihmisten hahmottaminen epäluottamuksen, vaarallisuuden ja turvattomuuden kautta oli kuluttavaa. Se ilmeni myös yhteisössä vaikeuksina olla toisten kanssa ja osana yhteisöä. Sisäistetty epäily ja pelko sävyttivät tällöin olemista ja toimintaa toisten kanssa. Tätä saattoi vaikeuttaa edelleen se, jos yhteisössä oli samaan aikaan tuttuja ”kentältä”.

Edellä esitettyä vasten tulee osaltaan ymmärrettäväksi se, miksi turvallisuuden ja turvattomuuden tematiikan käsittely ja tiedostaminen olivat olennainen osa hoitoa. Vain turvassa olemisen kokemuksen kautta asiakkaan oli mahdollista asettautua toimijaksi ja yhteisön jäseneksi. Yhteisön tasolla luottamusta vajeita pyrittiin korjaamaan lähtökohtaisesti jo esimerkiksi tiloihin liittyvillä ratkaisuilla:

Anu toteaa luottamukseen liittyen henkilökunnan taholta sen, että ”yksi osoitus siitä, että luotamme asiakkaisiin, on se, että me pidetään tota työhuoneen ovea auki”. (työntekijän toteamus asiakkaille; KMP_ryhmä128)

Jo hoidon käytännöllisin puittein – avoimin ovin – voitiin lähteä rakentamaan luottamuksen aihioita yhteisön tasolla ja sen jälkeen työstämään sitä muutoin. Asiakkaan luottamusta lähdettiin palauttamaan siten, että työntekijät osoittivat luottavansa ja uskovansa asiakkaaseen, eikä niin päin, että asiakkaan olisi tullut ensin osoittaa olevansa luotettava. Tämäkin saattoi olla asiakkaille hämmentävää. Luottamuksen ongelmat saattoivat palautua hyvin varhaisiin kokemuksiin hylätyksi tulemisesta ja siihen liittyvistä peloista. Toisinaan nämä ilmenivät hoidossa vaativana käyttäytymisenä, työntekijöiden syyllistämisenä asiakkaiden jättämisestä, hylkäämisestä ja sivuuttamisesta. Tällöin ei mikään eikä kukaan riittänyt tai kyennyt korvaamaan niitä vaille jäämisen kokemuksia, joita naisilla oli elämänsä aikana:

(Työntekijä) Meri pyyhältää sisälle toimistoon ja alkaa selittää Susannalle (työntekijälle) Jasmiinan tarpeesta saada keskustella yksityisesti omista asioistaan. Meri ei tiedä, miten Jasmiinan kanssa tulisi toimia ja kokee, että Jasmiinan tarve yksilökeskusteluajolle on todella suuri ja miten Jasmiina jotenkin syyllistää siitä, jos ei koko ajan joku pysty hänelle sitä aikaa antamaan. Susanna toteaa Jasmiinan olevan ”niin tarvitseva, et vaikka sä kakskytkolmetuntia olisit ja sen tunnin nukkusit, niin silti se ois, et miks sä jätät,

sä et kuuntele, et välitä.” - - ”Et se tulee sieltä kaukaa, sieltä lapsuudesta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta - ja sit ei mikään riitä.” Puhetta asiakkaiden tarvitsevuudesta ja siitä, ”kun mikään ei riitä”. Susanna selittää, miten Jasmiinalla ei ole ollut sitä kokemusta, että ”sitä oltaisiin kuunneltu, huomioitu”. (KPM_työhuoneessa129)

Kun tähän huomattavaan tarvitsevuuteen kietoutui vielä päihdeongelmaan liittyvää kärsimättömyyttä ja impulsiivisuutta, saattoi nainen ratkaista sietämättömän olotilan keskeyttämällä hoidon. Näin asiakas varmisti, ettei jälleen tule hylätyksi tai torjutuksi:

Käy ilmi, että Jasmiina on lähtenyt maanantai-iltana. Irmeli pohtii Jasmiinan lähtöä ja ”sitä Jasmiinan niin suurta tarvitsevuuden tunnetta ja ku mikään ei riitä”. - - ”Et mä siis koko maanantainkin olin ihan näin (näyttää käsillään, miten olivat; TK) ”käsikynkässä” Jasmiinan kanssa - et ihan siinä vieressä...” Työntekijät puhuvat hoidon keskeytymisen yhteydessä siitä, miten ”ku pinna on niin kireellä” ja ”on malttamattomuutta”. (KMP_työhuoneessa130)

Pyrkimystä paeta ja suojella itseä ihmissuhteissa ja myös auttamissuhteissa voi ymmärtää siitä näkökulmasta, miten varhaisissa suhteissa tapahtuva yksilön itsesäätelyn, stressinsietokyvyn, minän ja ei-minän rajojen hahmottamisen kehittyminen sekä aikaisemmat kokemukset pelottavien, vieraiden ja ahdistavien tilanteiden hallinnasta välittyvät ihmisen tyyliin asettautua ja olla suhteissa, kykyyn kiinnittyä ja sitoutua. (Kirmanen 2000, 129-132.) Luottamuksen ongelmat eivät siis välity vain esimerkiksi perhe- ja läheissuhteisiin vaan myös ammattilaisiin ja hoitojärjestelmään; ei ole itsestään selvää, että päihdeongelmainen kykenee luottamaan hoidon ja työntekijöiden kannattelukykyyn ja avun saamiseen. Vaurioituminen varhaisissa suhteissa voi hoito- ja terapisuhteiden kontekstissa tarkoittaa sitä, että naisella ei ole tarvittavia sisäisiä toimintamalleja tai että hänellä on puutteelliset mahdollisuudet hyödyntää olemassa olevia resursseja avun ja sosiaalisen tuen vastaanottamiseksi. Kyvyllä kiinnittyä hoitoon puolestaan voi olla merkitystä hoidon tuloksille. (Cosden & Cortez-Ison 1999, 150.) Toisaalta auttamisjärjestelmän piirissä saadut korjaavat kokemukset voivat toimia pohjana muihin sosiaalisiin suhteisiin kiinnittymiselle. Tällöin asiakas on saanut kokemuksen hyväksynnästä ja siitä, että hänen mahdollisuuksiinsa on uskottu. (Mattila-Aalto 2009, 87-89.)

10.3 Suhteiden haastava kenttä

Olen tässä luvussa tarkastellut naisten suhdekysymyksiä ja niiden käsittelyä naistenyhteisössä. Tarkastelussani ovat painottuneet läheissuhteet eli perheeseen, parisuhteeseen, puolisoon ja omaan äitiyteen paikantuvat suhteet. Laitoshoidon jälkeen muodostuvat mahdolliset vertaissuhteet ja niiden merkitys jäivät epäselviksi, eikä niitä voitu tutkimusasetelmallani tavoittaa. Aineistossani suhteet ilmiönä oli helpompi tavoittaa kuin suhteisiin kohdistuva suora työskentely. Suhdeongelmat kuitenkin välittyivät yhteisön arkeen alkaen siitä, miten helppoa tai vaikeaa naisten oli toimia toisten kanssa, luottaa ja uskoa. Suh-

detematiikkaa läpäisi aineistossani myös tietoinen vaikeneminen tai sanojen puuute. Suhteisiin kiinnittyviä ilmiöitä ja niitä koskevaa puhetta sävyttivät yhäaikainen halu ja tarve työstämiseen sekä samalla sivuuttaminen.

Aineistossa esiintyi erilaisia lyhyitä ja pieniä episodeja koskien suhteita ja niissä koettuja vaikeita ja raskaita kokemuksia, jotka liittyivät esimerkiksi väkivaltaan, tapon yrityksiin tai raiskauksiin. Nämä tilanteet ja kokemukset olivat saattaneet syntyä hyvin läheisissä suhteissa, jolloin suhteiden sävyt saivat traumaattisia ulottuvuuksia, luottamuksen murenemista ja vallankäytön vääristymiä. Silloin kerronnan tasolla ilmeni toteavaa ja niukkasanaista ilmaisua, toisinaan ilman mitään havaittavaa tunnesidosta, ja sitten hetki oli ohi. Konkreettisimmillaan asiakas poistui paikalta tai alkoi puhua jostakin muusta, ja vaikea asia tai ihmissuhde liukeni arkiseen puheeseen. Toisaalta mitä todennäköisimmin asiakas kuitenkin koki olonsa sillä tavoin turvalliseksi, että hän uskaltautui puhumaan, edes lyhyesti ja ilman, että kukaan työntekijä välttämättä ehti toteuttaa mitään muuta konkreettista hoidollista interventiota kuin kuuntelua ja läsnäoloa. Jo asiasta ja kokemuksesta ääneen puhuminen, vaikeiden asioiden nimeäminen ja niistä toisille kertominen saattoi olla naisille hoidollisesti merkityksellistä. Asiakas ei välttämättä olisi juuri siinä hetkessä edes kyennyt tämän syvemmälle asiaa työstämään. On mahdollista, että kohdennetumpi työskentely oli ajankohtaista myöhemmässä kuntoutumisen vaiheessa. Toisaalta psykologisesti ja sosiaalisesti riittävän turvallisen ja vakauttavan tilan luominen ja läsnäolo saattoivat olla näissä kohden se ainut toteutunut ja sellaisenaan riittävä interventio. Työntekijöiden kyvyllä kannatella tätä hoidollista kokonaisuutta oli suuri merkitys.

Tämän tutkimuksen tulosten kautta muodostuva keskeinen havainto on, että päihdeongelmaisten naisten suhteisiin liittyvät kokemukset ovat monimutkaisia ja ambivalentteja. Sosiaalisen verkoston jäsentäminen auttaa ymmärtämään sitä kontekstia, jossa päihteiden käyttö naisen elämässä todellistuu, josta hän hoitoon tulee ja johon hän laitoshoidon jälkeen mahdollisesti palaa (Kim ym. 2015; Tracy ym. 2010). Toisaalta aina ei ollut selvää, mitkä suhteet paikantuivat päihteiden kentälle ja mitkä suhteet eivät, esimerkiksi parisuhteet saattoivat olla kummallekin alueelle sijoittuvia. Toisaalta saattoi olla niin, että nämä suhteet olivat selkeästi jakautuneita. Tällöin naisen elämässä samanaikaisesti tärkeänä ja läsnä olivat yhtäältä esimerkiksi oma (lapsuus)perhe, johon liittyivät tavallisuus, turvallisuus ja jatkuvuus sekä toisaalta käyttöporukka, jossa naisen suhteet jäsenyivät uhan, epäluottamuksen ja vaaran kautta.

Naisten päihdehoidon yhtenä dilemmana on, miten vaikuttaa naisen suhteisiin siten, että ne tukevat naisen autonomisuuden ja riippumattomuuden kehittymistä sekä päihteettömyyttä tavalla, joka mahdollistaa kuitenkin naisen itselleen merkityksellisiksi kokemien suhteiden säilyttämisen (Nelson ym. 1996, 8, 10). Aineistossani naisten kokema syyllisyys ja häpeä liittyivät suhteissa siihen, että päihteet olivat tuottaneet niihin katkoksia, säröjä ja vääristymiä, joiden korjaaminen ja suhteiden uudelleen rakentaminen asettui osaksi kuntoutumisen tavoitteita. Toisaalta osa naisten suhteista paikantui nimenomaan päihteidenkäyttömaailmaan, ja kivulias kysymys oli, mitä suhteita sen ulkopuolella

vielä oli jäljellä. Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyminen ovat mielestäni yksi keskeinen naisten hyvinvoinnille ja päihdeettömyydelle riskin tuottava seikka (Saari 2009). Sosiaalisten suhteiden suoraviivainen katkaiseminen ei myöskään ole ongelmatonta, jos samanaikaisesti olettamuksena on, että naisen oleminen ja identiteetti rakentuvat merkityksellisten toisten varaan. Tällöin on vaarana, että naiset jäävät yksin ja yhä edelleen haavoittuviksi. (Savage & Russell 2005.) Suhdekysymyksen erityistä merkitystä naisille voi ymmärtää siitä näkökulmasta, että naisten on havaittu tukeutuvan muilta ihmisiltä saatuun sosiaaliseen ja emotionaaliseen tukeen erilaisissa stressi- ja ongelmatilanteissa (ks. Tamres, Janicki & Helgeson 2002). Käytännössä päihdeongelmainen nainen voi kuitenkin törmätä siihen tosiasiaan, että kuntoutumispyrkimyksistä huolimatta odotettua tukea ei olekaan tarjolla.

Naisten tilanteissa luottamuksen ja turvallisuuden kysymykset palautuivat kiinteästi osaksi sosiaalisia suhteita ja niissä ilmenneitä vaikeuksia. Naisten kyky olla itse luotettava ja turvallinen sekä toisaalta kyky luottaa toisiin ja ottaa vastaan turvaa vaihtelivat. Toisinaan suhteisiin asettautumisen problematiikka palautui varhaisiin ihmissuhteisiin, niissä haavoittumiseen, ja äärimmillään vaikeudet heijastuivat avun torjuntaan ja hoito keskeytettiin. Työskentelyn vahva suuntautuminen yksilön sisäiseen maailmaan – ja samalla muille jaettuna yhteisön kontekstissa ja vertaistuen kautta – toimi tärkeänä lähtökohtana sille, että suhteet ylipäättään nousivat esille; oman itsen tarkastelun kautta oli mahdollista lähestyä myös suhdetta toisiin ja maailmaan. Yhteisössä eläminen sinälleen jo muodosti sosiaalisen ja psykologisen suhdekentän, jossa asemoiduttiin ja oltiin suhteessa toisiin arjessa oppimisen kautta. Parhaimmillaan yhteisön suhteet tuottivat korjaavia kokemuksia aikaisemmissa suhteissa haavoittuneille naisille. Ja näin siis demokraattisen yhteisöhoidon mukaisesti tapahtui osaltaan päihdeongelmasta toipumista.

11 PÄIHDERIIPPUVUUDEN KÄSITTELY MUUTOSTYÖNÄ

Päihderiippuvuuden jäsentämisen tavoitteena voidaan pitää naistenyhteisössä sitä, että naiset oppivat hahmottamaan päihderiippuvuutta osana elämäntilanteensa kokonaisuutta. Siten oli mahdollisuus saada tarttumapintaa myös siihen, millaisia konkreettisia ratkaisuja ja toimintaa oman tilanteen muuttaminen edellytti. Näin ollen luvun kannattelevaksi teemaksi ja analyysin kohteeksi tulee yksilökohtainen muutostyö ja sen ulottuvuudet. Muutostyön konkreettisenä toteuttamiskenttänä toimi koko yhteisö, sen toiminnot, vuorovaikutustilanteet ja sen jäsenet. Asiakkaat puolestaan orientoituivat muutostyöhön erilaisista taustalähtökohdista, heidän päihdeongelmansa vakavuusaste vaihteli, heillä oli hoitoon liittyen erilaisia odotuksia ja uskomuksia ja heidän pystyvyysodotuksensa vaihtelivat. Samoin esimerkiksi eri elämänvaiheet ja niihin liittyvät (kehitykselliset) haasteet ja siirtymät koskettivat hoidossa olleita naisia eri tavoin (ks. Kuusisto 2010, 29–31).

Sidon siis tässä luvussa toisiinsa päihdeproblematiikan tarkastelun ja yksilökohtaisen muutostyön yhteisöhoidon kontekstissa. Luvun päättää päihdeongelmasta kuntoutumisen näkökulmasta hyvin kriittinen teema, nimittäin kysymys yhteiskuntaan ja yhteisöön uudelleen liittymisestä ja kiinnittymisestä, reintegraatiosta.

11.1 Sitovasta päihderiippuvuudesta kohti toipumista

Naistenyhteisössä päihdeongelman työstämisessä lähtökohtana oli, että asiakas itse määritteli ja käsitteellisti omaa päihdeongelmaansa. Virallisesti Laitos ei ollut tiukasti sitoutunut mihinkään täsmälliseen tai yksittäiseen näkemykseen päihdeongelman luonteesta. Toki eri tavoin virittyneitä tulokulmia oman päihdeongelman jäsentämiseen tarjottiin asiakkaille esimerkiksi ryhmäkeskustelutilanteissa.

Ryhmän aiheena tänään riippuvuus. Ryhmää ohjaa työntekijöistä Annika. Hän kertoo ryhmän alussa, miten heillä (Laitoksessa; TK) on jaoteltu riippuvuutta neljään eri osaluokkaan Hietalinna-yhteisöstä peräisin olevan mallin avulla. Sen mukaan voidaan jäsentää fyysinen, sosiaalinen, ajatuksellinen ja henkinen riippuvuus. Annika ottaa esille paperia ja tussin. Pyytää sitten kutakin miettimään itseään riippuvuuden maailmassa: "Mieti omaa itseäsi riippuvuuden maailmassa... niin mitä siihen kuuluu? Mitä näen, koen, kuulostelen sitä... mitä siihen riippuvuuteen kuuluu?" Annika pyytää ruusuja hahmottamaan mieleensä ikään kuin "maalauksen päähän - siitä mitä omassa riippuvuustaulussa pitäisi olla". Annika kysyy: "Mikä mielikuva riippuvuudesta sulla on? Mitä sun tauluun tulee?" (KMP_ryhmä131)

Ehdottomien ja suljettujen käsitteellistämistapojen välttely ja asiakkaan oman määrittelyn tärkeyden korostaminen olivat sopusoinnussa terapeutin ja demokraattisen yhteisöhoito-ideologian kanssa ja ilmensivät niihin sisältyvää sallivuutta ja suvaitsevaisuutta. Käytännön työssä asiakkaita ohjattiin pohtimaan omaa riippuvuusproblematiikkaansa eri ulottuvuuksia sisältävänä, ei vain ongelmakäyttäytymisenä, fyysisenä oireena tai addiktiona. Naisten näkemykset omasta riippuvuudestaan ja sen ulottuvuuksista toivat esille sen, miten riippuvuus kietoutui erilaisten päihteiden ohella ihmissuhteisiin, pakkoihin, toimintoihin, käsitykseen itsestä ja omasta naiseudesta ja oli kokonaisvaltaisesti sitovaa.

(Asiakas) Jenni kuvaa omaa riippuvuuttaan seuraavasti: "On pussillinen piriä, jonka perässä mä roikun kuin koira pannassa ja talutushihnassa. Pussi vie ja menen miten se pussi tykkää." Annika (työntekijä) kysyy: "Oletko yksin?" Jenni vastaa myöntävästi ja toteaa: "Ei muita ihmisiä." Hannele liittyy riippuvuuden siihen, että "on pakko saada tupakkaa, on pakko siivota, on pakko olla ihmisiä ympärillä, on pakko auttaa muita, sekaannun liikaa muiden asioihin ja alan hoitaa muitakin". Karita kuvaa oman riippuvuuden kiinnittymistä huumeisiin, jolloin: "Roikun kiinni piikissä ja se, missä roikun, on ihan tyhjä - ei oo ku piikki... ja muut huumeet. Olen vain kiinni - kädet on kiinni, yritän räpiköidä irti." Annika pyytää Karitaa tarkentamaan ympäristöään. Karita kuvaa jalkojen olevan irti maasta ja alhaalla on pitkä pudotus. Annika tarttuu Karitan kuvaukseen tyhjyydestä, johon putoaisi jos päästäisi irti ja toteaa, että miten hullua olisi päästää kädet irti - ja pudota tyhjään, kun ei tiedä, mitä siellä on ja tuo esille muiden ihmisten ja tuen merkityksen, jolloin on jotain johon tarttua. Sari liittyy oman riippuvuuden muihin ihmisiin: "Ihmiset odottavat minua, etsin muita ihmisiä (niitä jotka juovat; TK), ihmiset odottavat minua pullokassien kanssa." Viimeisenä on Tuulian vuoro: "Olin kiinni vääristyneessä kuvassa naiseudesta ja seksuaalisuudesta... tästä olen vapautunut." Kuvaa myös omaa riippuvuuttaan lapsistaan ja äitinä olemisesta. (KMP_ryhmä131_jatko)

Naistenyhteisön hoidossa päihteisiin liittyvissä keskusteluissa olennaista ei ollut sen tarkka erittely, mitä päihteitä oli käytetty, miten pitkään ja millä intensiteetillä. Nämä tiedot eivät olleet hoidon käytäntöjen keskiössä. Ne tulivat esille lähinnä läheteissä ja hoitoontulovaiheen alkuhaastattelussa ikään kuin taustatietoina. Tällaisina ne auttoivat työntekijöitä hahmottamaan päihdeongelman vakavuutta ja ymmärtämään siten naisten tilanteiden yksilöllisyyttä, mahdollisten vieroitusoireiden esiintymistä tai esimerkiksi tarvetta lääkehoitoon. Käytännön asiakastilanteissa keskustelut, naisten tekeminen ja reagointitavat pikemminkin osoittivat sitä, miten päihderiippuvuus lävisti ajattelua, asenteita, arvoja, toimintoja eri elämäntilanteilla, ihmissuhteita ja sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Päihderiippuvuus rajoitti, satoi ja heikensi sosiaalista toimintakykyä.

Naisten kuvauksissa päihdeongelma kiinnittyi myös kokemuksiin umpikujassa olemisesta, vaihtoehdottomuudesta ja näköalattomuudesta, jolloin oli vaikea nähdä muita mahdollisuuksia ja toisenlaista elämää. Tätä käsitystä puolestaan haastettiin tuomalla esille näkemys, että päihteiden käyttö oli aina valintatilanne, jossa voi toimia toisin, opitusta ja sisäistetystä tavasta poiketen:

(Työntekijä) Laura tuo esille, että todellinen työskentely päihdeongelman kanssa alkaa kotona hoidon päättyessä Ruusussa ja selittää: "Täällä on helppo olla... Täältä saatte työkalut kotiin valintoja varten, mutta työ on teillä." Jutta kertoo tähän liittyen katkaisseensa välit "niihin kaikkiin semmisiin". - - "Joskus lähdin matkoille ku kyllästyin... et mä en halua juoda." Jutta (asiakas) kertoo, että ei koskaan juo matkoilla ollessaan ja että tunne umpikujasta ajaa juomaan. Laura kysyy, mitä tapahtuu ennen umpikujaa, jolloin on tunne siitä, että ei ole muita vaihtoehtoja. Kaija (asiakas) miettii, "tekeekö sitä itse umpikujan itselleen?". Laura pyytää muilta ruusuilta vastausta tähän. Kaijan mielestä näin on: "Että ei muka ole vaihtoehtoja." Laura jatkaa: "No, entä ku se pullo on siinä edessä... onko vaihtoehtoja?" Kaijan mielestä on tai muuten kyse on itselleen valehtelemisestä. Laura toteaa: "Sitähän se on... mua kiehtoo toi muka umpikuja... et mitä voi tehdä? Sen pystyy pysäyttämään, sen voi valita." Kaija kuvaa omaa kokemustaan, miten "kerran mä tein sen... en tiedä, mistä sen voiman sain". Lauran mielestä "se on hyvin yksinkertaista: juon tai en juo - et on lukuisia vaihtoehtoja". (KMP_ryhmä132)

Käsitys päihteiden käytöstä valintatilanteena, jossa tiedostetaan omat tunteet ja jossa voi vaikuttaa omaan toimintaan, liittyy työtteen kognitiivisen psykoterapian mukaiseen viitekehykseen päihdeongelmien hoidossa (ks. tarkemmin esim. Holmberg 2001; Holmberg & Kähkönen 2006).⁵⁵ Naistenyhteisössä päihdeongelman käsitteellistämisen ja työstämisen tavoitteena oli eri tilanteissa ja kohtaamisissa tukea sen oivaltamista, miten pienet tapahtumat arjessa, omassa toiminnassa ja valinnoissa, impulssit ja niiden hallinta muodostavat jatkumon. Tämän jatkumon toisessa päässä ovat eri tavoin sitova päihderiippuvuus, hallitsemattomuus sekä kohtuullisuuden katoaminen ja toisessa päihdeettömyyttä tukevat toiminnot, ajatukset, arvot ja valinnat käytännössä sekä toipuminen.

Yksi päihdeongelmista kuntoutumisen keskeisiä haasteita on, miten oppia tunnistamaan retkahdusta ennakoivia riskitekijöitä, tunnetiloja, toimintoja ja tapahtumia tai käsitellä retkahdusta. Myös naistenyhteisössä päihdeongelman käsittelyn yhteydessä tärkeäksi osaksi hoitoa muodostuivat retkahdustilanteiden tutkiminen ja niitä ennakoivien seikkojen tunnistaminen. Retkahdusta pelättiin, ja se ahdisti toisinaan jopa siinä määrin, että tästä pelosta ja ahdistuksesta nähti muodostuvan itseään toteuttava ennuste. Seuraavissa episodeissa ryhmäkeskustelut fokuoivat tähän päihdeongelman ja sen nujertamisen

⁵⁵ Kognitiivista viitekehystä hyödynnettiin myös tutkimassani Laitoksessa ja sen päihde-työssä. Kognitiivisen viitekehyksen soveltamista käytäntöön on kuvannut myös esimerkiksi Riitta Granfelt (2007) naisvankien päihdekuntoutusta koskevassa tutkimuksessaan. *Cognition* käsitteellä tarkoitetaan ihmisen ajatuksia, sisäisiä mielikuvia, muistikuvia ja informaation prosessointia, ja kognitiivinen psykoterapia kohdistuu näiden tutkimiseen. Tavoitteena on, että ihminen löytää uuden vaihtoehdoisen, vähemmän haitallisen tavan jäsentää kokemuksiaan ja itseään suhteessa maailmaan. Keskeinen menetelmä on tarkan analyysin laatiminen tilanteesta: siinä tutkitaan ongelmallista tilannetta, sen nostattamia ajatuksia, tunteita, mielikuvia sekä taustalla vaikuttavia uskomuksia. Esille nostetaan vaihtoehtoinen perspektiivi tilanteeseen: olisiko yksilö voinut toimia, ajatella tai tuntea toisin? Päihdeongelmien hoidossa kognitiivinen viitekehys korostaa yhteyttä addiktiivisen käyttäytymisen ja erilaisten kognitiivisten seikkojen välillä. Näitä ovat esimerkiksi käyttöä koskevat henkilökohtaiset uskomukset ja odotukset. (Kuusinen 2001; Holmberg 2001; Lähteenmäki 2012.)

haastajaan, retkahtamiseen. Siinä toisiinsa kietoutuvaksi kehäksi nivoutuvat itsensä huijaaminen, valehtelu, uskottelu, häpeä, syyllisyys ja käytön uudelleen aloittaminen:

Iltapäivän ryhmän teemaksi ruusut ovat kirjoittaneet: "Retkahdus, notkahdus vai mät-kähdyt?" Aluksi (ryhmää ohjaava työntekijä) Jaana palaa maanantaihin, jolloin suunniteltu viikkoa ja jolloin Maisa toi esille seuraavaa: "Miten tukalaa on lähteä kotiin kun riippuvuus on niin kauheaa... Tuputus (viinan; TK) on niin kova eikä ympärillä ole selväpäisiä ihmisiä – ei ole selviä ihmissuhteita." Tästä alkanut pohdinta siitä, mistä retkahduksessa on kyse ja nyt siis puhutaan siitä tässä ryhmässä. Naisten puheessa retkahdus jäsentyy itsensä testailuna ja itselleen valehteluna. Työntekijöistä Sirkku tuo esille omana käsityksenään sen, että retkahdusta pedataan – se ei tapahdu noin vain – ja moni naisista myöntää tämän. Jaana kääntyy Kristiinan puoleen ja haastaa Kristiinaa pohtimaan, mitä retkahduksessa tapahtuu – "ennen ku sä olit juonu?". "Huomasitko, et olisit keksinyt tekosyitä?" kysyy Jaana. "Nii tai annoitko itsellesi syyn?", kysyy Anu (asiakas). Kristiina pohtii hetken ja toteaa sitten, että "mikään ei tuntunut selvin päin mielekkäältä... Mikään ei jaksanu kiinnostaa". Kristiina siis ehti olla raittiina Ruusun kuntoutusjakson jälkeen noin puoli vuotta, mutta sitten retkahti ja nyt Jaana haastaa Kristiinaa pohtimaan omaa retkahdustaan ikään kuin esimerkkinä.

Kristiinan jälkeen puhe kääntyy Maisaan: "Mites Maisa sulla... Olithan sä ainakin toista kuukautta juomatta ennen kuin lähdit täältä?" Maisa huokaisee: "Se seura... siis en määhä siitä syystä." Jaana tarttuu tähän ja pyytää Maisaa kuvailemaan, "mitä se seura sulle teki". Maisa kuvaa pettymystään ja "morkkista", kun alkoikin juomaan oltuaan ryyp-pyseurassa ja kuvaamansa "morkkiksen" myötä otti lisää. Maisa kuvaa juomisen kierrettä, jossa juominen ja itsensä syyttäminen ja syyllisyys kietoutuvat toisiinsa eräänlaiseksi itseään ruokkivaksi syöksykierteeksi tai kehäksi. Tässä kiertteessä juominen päättyy vasta katkaisuhoidolaitoksen pihalla: "Että vielä siinä pihassakin mun piti... menin lähikauppaan ostamaan", Maisa pyörittelee nyt päätään ikään kuin ihmetellen omaa toimintaansa. Kertoessaan juomakierteestään nauraa välillä itselleen ja harjoittamalleen itsepetokselle, jossa yhdessä hetkessä päättää toista, toimii toisin, syyllistyy ja jatkaa juomista. (KMP_ryhmä133)

Keskustelun kautta Jaana yritti auttaa Maisaa ja Kristiinaa löytämään ja tunnistamaan omaa ajattelutapaansa ja uskomuksia, jotka liittyivät retkahtamiseen heidän kohdallaan. Samalla muut naiset saivat Maijan ja Kristiinan kokemusten kautta mahdollisuuden tarkastella omaa ajatteluaan ja toimintaansa. Vertaisuuden myötä mahdollistui samaistuminen ja oppiminen sekä toisaalta häpeän lieventäminen ja sen havaitseminen, että muutkin olivat kokeneet jotain samaa kuin itse (Palojärvi 2009). Naisten puheissa retkahtaminen palautui vahvoihin uskomuksiin päihteiden merkityksestä omalle elämälle:

"Mul on semmonen uskomus, et mun elämä on hemmetin tylsää ilman alkoholia", to-kaisee Marjukka. "Se on aika vakuuttava uskomus, jos sä lähdet täältä sen kanssa", to-teaa Sari (työntekijä). (KMP_ryhmä134)

"En pärjää, en pysty, en uskalla." Tällaiset toteamukset ja selitykset olivat taval-lisia, kun naiset pohtivat elämää ilman päihteitä. Näitä vahvoja käsityksiä kes-kusteluissa pyrittiin muuttamaan ja haastamaan. Retkahdusta ennakoivia teki-jöitä pyrittiin myös tunnistamaan. Kognitiivisen psykoterapian näkökulmasta retkahtamisessa on kyse sarjasta minipäätöksiä, jotka vievät kohti riskitilannetta. Erilaisille retkahduksen ehkäisyn ohjelmille on yhteistä se, että asiakas oppii tunnistamaan ja välttämään päihteiden käytön aktivoitumisen riskiä lisääviä

tilanteita tai selviytymään näissä. Toisena keskeisenä elementtinä on vaihtoehtojen toimintatapojen kokeilu. (Holmbeg 2001, 228–229.)

Teoreettisesta näkökulmasta tarkasteltuna jäsenen pystymisen, uskaltamisen ja pärjäämisen kysymyksiä *pystyvyyden tunteen* kautta. Tällä tarkoitetaan yksilön arviota omista kyvyistään suoriutua ja selviytyä jostakin tilanteesta ja luottamusta siihen, että hän pystyy vaikuttamaan käyttäytymiseensä ja sitä kautta omaan elämäänsä. Pystyvyyden tunteeseen liittyen puhutaan myös *pystyvyyssodotuksista*: niillä tarkoitetaan ihmisen arviota omasta toimintakyvystään tietyssä tilanteessa, ja ne vaikuttavat toimintaan sekä esteistä ja stressistä selviytymiseen. (Kallio 2003.) Päihdeongelmaisten asiakkaiden pystyvyyden tunnetta hoidossa tutkinut Tarja Kallio (2003) toteaa kirjallisuudessa käytettävän myös käsitettä ”yleistyneet” pystyvyyssodotukset (*generalized self-efficacy*), jotka kehittyvät elämäkokemuksista ja ilmenevät tunteina, ajatuksina ja toimintana, esimerkiksi avuttomuutena, ahdistuneisuutena tai motivoitumisena, yrittämisenä ja kestävyyttenä stressitilanteissa (Kallio 2003, 271). Pystyvyyssodotusten on todettu vahvistuvan hoidossa ja olevan yhteydessä päihteiden käytön hallintaan (Kallio 2005; Kuusisto 2010), ja siksi niiden ymmärtäminen – ja näin esimerkiksi naisten retkahtamiseen liittyvien pelkojen tavoittaminen tästä näkökulmasta – on tärkeää.

Toisaalta retkahdusriskiä pyrittiin pienentämään ohjaamalla naisia suunnitelmallisuuteen ja tilannetekijöiden tiedostamiseen. Jokainen asiakas esimerkiksi suunnitteli itse etukäteen asiointivapaat (kotona käyminen, Kaupungissa asioiden hoitaminen tms.), laati ne kirjalliseen muotoon ja esitteli yhteisölle, joka antoi palautteen, kommentoi ja myönsi luvan asiointivapaan toteuttamiselle. Asiointivapaita koskevat suunnitelmat ohjasivat ennakoimaan ja rytmittämään omaa toimintaa sekä hahmottamaan tilanteeseen mahdollisesti liittyviä riskejä ja toimintavaihtoehtoja (”Kenelle soitat, mitä sitten teet, jos... Kun aikaisemmin olet näin, niin miten tässä...”) ja siten osaltaan hallitsemaan tilanteita. Suunnitelmallisuuden ja ennakoinnin toteuttaminen käytännössä ei kuitenkaan aina ollut yksinkertaista, kuten työntekijä seuraavassa haastattelusitaatissa pohdii:

”Ja siitä säännöllisestä, suunnitelmallisesta ajatuksesta, vaikkei sitä noin lukujärjestyksenä sitten täältä pois lähtiessään niin kun noudattaskaan... Niin noi on mun mielestä noi asioimisvapaakaavakkeet just sellasia että mis ihmiset suunnittelee - - niin se saataan suunnitella, et no mä lähden sit, mut mä en tiedä, koska mä tuun takasin, no mä ehkä meen sinne, ehkä mä teen tätä, no ehkä mä nään sen ja sen kaverin. Ja se on taas niin ku sinne turvattomaan suuntaan, se on jotenkin sen suunnittelelemattomuuden niin kun riskien odottamista, että... että mitä kaikkea voikaan tapahtua sitten, kun ei suunnittele, kun ei ole, kun ei edes sano ääneen, et jotain vois edes mahdollisesti tapahtua.” (työntekijän haastattelu_62)

Työntekijä jatkoi edelleen pohdintaansa ja mietti, miten selkeämmin osattaisiin kommentoida suunnitelmia, nähdä niiden riskit reaalityötilanteessa ja ottaa ne puheeksi. Työntekijöiden pitäytyminen suorasta neuvomisesta ja jyrkästä konfrontaatiosta heijasti jälleen demokraattisen yhteisöhoito periaatteiden sisäistämistä. Toisaalta ”kypsempi” yhteisö olisi itse tuottanut asiakkaiden taholta

kuntoutumista vahvemmin tukevaa kommentointia ja näkökulmia toisten asiakkaiden suunnitelmiin.

”Ne on aika jänniä nää meidän... et miten me siinä kehityttäis jotenkin toiseen suuntaan ettei se siinä menis aina niin, että Ruusun asiakkaat sanoo että: ihan hyvä, kuulostaa tosi hyvältä ja me (viittaa työntekijöihin; TK) ollaan niin ku sitä mieltä että uuu-uuhhh. Et mitä siihen vielä voisi ajatella sellasta mitä...! Et siin on niin ku pikkanen semmonen, et kuka niin ku sanoo sen viimisen sanan ja oikeimman sanan ja mihin suuntaan se on menossa. Ja jotenkin sitte kuitenkin tuntuu tällä kokemuksella, että tällä ajatuksella, että suunnitelmallisuus kannattaa - - ni saada sen asiakkaan ajattelemaan sen suuntasesti. Et se ei vaan välttämättä aina onnistu ja sitte vaan mietitään, kun se asiakas lähtee juuri sillä suunnitelmalla, minkä näköseksi hän on halunnu sen niin ku tehdä ja miten hän haluaa sen toteuttaa ja toivottavasti kaikki menee hyvin. Et asiakas itse ainakin ajattelee näin, että eihän mulla oo mitään vaaraa, mulla ei yhtään tee mieli! Ja kyse ei oo siitä, et tekeekö mieli, kun sen sanoo tässä nyt näin ja kun mitä sitte taas tapahtuu siellä kotona, kun ei oo mitään tekemistä, ei oo mitään suunnitelmaa, tuleekin yhtäkkiä jotain yllättävää...” (työntekijän haastattelu_63)

Retkahtamisen lisäksi pelkoa ja epävarmuutta tuotti ylipäätään ajatus päihteettömästä elämästä ja tulevaisuudesta. Asiakkaiden näkökulmasta jo pelkkä ajatus toipumisesta näyttäytyi toisinaan mahdottomalta tehtävältä. Siihen heijastuivat myös oma mieliala, sen vaihtelut ja olettamus päihteettömän elämän tylsyydestä:

Keskustelussa tulee esille, miten ruusut kokevat, että ”tuntuu siltä, että vaaditaan ihan uskomattomia juttuja, että toipuisin... vaaditaan suuria”, kuten yksi naisista toteaa. Työntekijöistä Ilona tarttuu tähän ajatukseen suurista vaatimuksista toipumisen edellytyksinä ja kysyy: ”Vaaditaanko NA-ohjelmassa oikeasti suuria vai pieniä jokapäiväisiä valintoja, joista muodostuu se suuri toipuminen?” Naiset miettivät hetken ja Sini (asiakas) toteaa sitten, että ainakin oma mieliala vaikuttaa siihen, miten asennoituu: ”Et onko tunti ryhmässä muka suuri uhraus omalle toipumiselle?” Keskustelussa tulevat esille ahdistavana koettu ajatus elämästä ilman päihkeitä. ”Mä en kestä sitä tylsyyttä... että ilman päihkeitä on tylsää”, toteaa Nanna. Keskustelua siitä, onko päihteetön elämä tylsää ja että onko tylsyys se, mikä saa juomaan. Puhetta ”päivien heilahtelusta” (mielialan suhteen; TK) ja päivä kerrallaan -periaatteen toteuttamisesta omassa elämässä. Ilona myös kyseenalaistaa ”suuret harppaukset” ja kysyy: ”Mut pitääkö tehdä kerralla suuri muutos? Voisiko lähteä pienestä...?” Sini puhuu siitä, miten päihdeongelmaan liittyy suuria odotuksia siitä, millaista elämä on kun lopettaa: kaiken pitäisi tapahtua heti ja välittömästi, siksi pienistä muutoksista liikkeelle lähteminen on vaikeaa: ”Se ei sovi joko-tai-ihmiselle... Et kaiken pitäisi olla heti täydellistä kun laittaa pullon kiinni ja värkit pois.” Keskustelua siitä, miten haastavaa on, kun vaikeudet eivät katoakaan juomisen tai käytön loputtua. (KMP_askelryhmä135)

Edellä olevassa keskustelussa työntekijä selvästi haastoi olettamuksen suurista tässä ja nyt muutoksista. Ylipäätään pienten askelten, vähittäisen ja prosessi-maisen muutoksen ajatus oli jaettu työntekijöiden kesken. Yksilökohtaisen muutoksen ymmärtämisen kannalta on olennaista nähdä se, että pelkästään päihdeongelmaan fokusoituva työskentely ei ole riittävää. Päihteettömyys ei ratkaise kaikkia elämän ongelmia (Pärttö, Hännikäinen-Uutela & Määttä 2009; Kuusisto 2010).

”Koska mä näen sen elämän mittasena sen toipumisen, kuntoutumisen. Et se et lopettaa päihteiden käyttämisen ni se on vaan kauheen pieni osa päihdeongelmaa ja kuntoutumista.” (työntekijän haastattelu_64)

Päihteet määrittävät yhä elämää, jos sosiaalisissa tekijöissä ei tapahdu muutosta (Väyrynen 2007, 165). Näiden sosiaalisten tekijöiden merkitystä päihderiippuvuudelle ja siitä kuntoutumisen ymmärtämiselle voidaan tarkastella psykologi Peter Adamsin (2008) esittämän jäsenyyksen kautta. Adams (2008, 36–43) tarkastelee addiktioiden syntymistä erilaisten minään liittyvien yhteyksien ja sidosten (*connections*) kautta⁵⁶. Nämä liittyvät yhtä lailla ihmisiin, toimintoihin, kehoon, paikkoihin tai abstrakteihin ja yksityisiin objekteihin (esimerkiksi uskonto, kansalaisuus). Yksilö muodostaa suhteen (*relationship*) eri elämänalueisiin (esim. perhe, ystävät, työpaikka, puoliso, menneisyys, tulevaisuus), ja nämä toisiinsa yhteydessä olevat suhteet heijastuvat systeemin kokonaisuuteen. Adamsin mukaan potentiaalisesti addiktoivat aineet (tupakka, alkoholi, huumeet, rauhoittavat lääkkeet, ruoka) ja prosessit (työ, uhkapelit, seksi) ovat tavallisesti tasapainoisessa asemassa yksilön muiden elämänalueiden kokonaisuudessa.

Addiktion merkityksen ymmärtämisen kannalta on huomioitava, että näillä erilaisilla potentiaalisesti addiktoivilla prosesseilla ja aineilla on myös kulttuurisia sisältöjä ja merkityksiä, jotka palautuvat esimerkiksi perinteisiin juhlatilaisuuksiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Niihin liittyvät toiminnot saattavat olla tärkeitä itsetunnon, ylpeyden ja sosiaalisen statuksen lähteitä. (Adams 2008, 44.) Yksilön suhteissa elämän eri osa-alueisiin voi kuitenkin esiintyä heikkenemistä tai vajavaisuutta, jolloin näille voidaan hakea kompensatiota esimerkiksi päihteistä. Jos suhde päihteisiin muuttuu liian intensiiviseksi ja vahvaksi, syntyy fragmentaatiota ja epätasapainoa yksilön suhteessa muihin elämän osa-alueisiin. Addiktio merkitsee muiden suhteiden heikkenemistä addiktion kustannuksella; addiktio on siis suhteita läpäisevää. Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen on tällöin eri elämänalueiden välisten suhteiden korjaamista, elvyttämistä ja reintegraatiota. (Adams 2008, 65.) Edellä esitettyä vasten tulee ymmärretyksi naisten kokemus päihdeongelman kokonaisvaltaisesta sitovuudesta ja se merkitys, mikä sosiaalisella ympäristöllä ja toisten tuella on kuntoutumiselle, suhteiden korjaantumiselle ja uudelleen liittymiselle. Ilman toisia ihmisiä reintegraatio ei ole mahdollista.

11.2 Aktiivinen toimija vai passiivinen sivustaseuraaja?

Siirryn seuraavaksi tarkastelemaan asiakkaiden toimijuutta ja osallisuutta omassa kuntoutumisprosessissaan. Keskeinen muutostyön lähtökohta Ruusussa oli asiakkaan oma vastuu ja aktiivinen työskentely. Nämä periaatteet voidaan palauttaa demokraattisen yhteisohoidon lähtökohtiin (ks. luku 5).

⁵⁶ Luvussa 10 sivuamani lähisuhdeteoria (esim. Byington 1997; Zelvin 1999) tulee mielestäni osin lähelle Adamsin ajattelua. Lähisuhdeteoria on kuitenkin painottunut keskeisesti naisten ihmissuhteiden merkityksen tarkasteluun sekä kehitykselle että päihdeongelmille. Adamsin teoria kohdistuu laajemmin yksilön eri elämänalueiden yhteyksiin ja suhteisiin. Näkökulmat kuitenkin täydentävät toisiaan ja tuovat esille päihdeongelmien sosiaaliset ulottuvuudet.

Aamupalaverissa. Käydään keskustelua viikonlopun ohjelmasta. Osa ruusuista on lähdössä asiointivapaalle eli viikonlopuksi kotiin. Mirva pohtii jo edessä häämöttävää lähtöä kotiin (Mirvan jakso on päättymässä viikon kuluttua; TK), mutta hän suunnittelee lähtevänsä jo perjantaina ja selostaa syyksi sen, "kun ei ole ohjelmaakaan". Tanja (työntekijä) tarttuu tähän ja toteaa muiden ruusujen olevan täällä ja että "kuntoutus ei ole työntekijöiden taskussa". Tanja toteaa päihdekuntoutumisen olevan seitsemänä päivänä viikossa ja 24 tuntia vuorokaudessa tapahtuvaa toimintaa. (KMP_aamupalaveri136)

Episodissa työntekijä tarttui aamupalaverissa hyvin napakasti asiakkaan toteamukseen siitä, "kun ei ole mitään ohjelmaa". Työntekijän näkemyksessä päihdekuntoutuminen ei ollut elämästä erillinen osa-alue vaan täysipäiväistä ja viikonpäivästä riippumatonta elämistä ja olemista. Lisäksi toteamus muiden ruusujen läsnäolosta Laitoksessa viittasi siihen keskeiseen rooliin, joka yhteisöllä oli: yhteisö ja sen naiset toimivat hoidon välineenä antaen peilauspintaa omille valinnoille, tunteille ja toiminnalle. Yhteisö toimi myös areenana omien impulssien hallinnalle, kun yhteisössä oli aina joku, jolle puhua ja jolta sai tukea. Toisille puhuminen ja ajatusten ääneen sanominen auttoivat ymmärtämään ja jäsentämään omaa tilannetta. Vertaisilta saadulla palautteella ja kommentoinnilla voi olla toisinaan enemmän painoarvoa kuin työntekijän toiminnalla (Granfelt 2007, 36–37). Työntekijöiden ymmärrys omasta tehtävästään muutostyön osalta oli ensisijaisesti motivoitava muutosta ja saada asiakkaan ajatukset liikkeelle:

Työntekijöistä Susanna pohtii minulle omaa työtään: "Siis mikä on järkevää ja olen-naista tässä työssä?" Se, että mä kirjotan näitä papereita vai se, että kahvittelen tässä ja istun...? Miten tämän työn tehokkuutta tai vaikuttavuutta mitataan? Et siitähän on ehkä osin kyse, kun kunnat miettivät, mihin hoitoon ja miten pitkää hoitoa asiakkaille voidaan myöntää. Lopulta hän päätyy kuvaamaan työntekijöiden roolia Ruusussa siten, että "mehän vain tuupataan... että syntyy ajatus!". (KMP_työhuoneessa137)

"Jos sä kysyt, että mitä se arki täällä Ruusussa on, niin en mä oikein tiedä, että mitä me tehdään", sanoo Ruut (työntekijä). "Juodaan kahvia... Tehdäänkö me mitään muuta?" kyselee Ruut. "No teettehän te ny vaikka mitä... Että ei tää mikään lepokoti tosiaankaan oo, vaan kauheesti joutuu tekemään", huomauttaa Lea (asiakas). "Et jos ajattelee, et mä vaan tuun tänne lepäilemään ja hoitamaan sit itseäni, ni saa sen kyllä unohtaa", jatkaa Lea. (KMP_ryhmä138)

Työntekijät näkivät naiset kykenevinä ja muutokseen pystyvinä, ja siksi käsitys aktiivisesta toimijasta oli työskentelyn lähtökohta, joka ohjasi työntekijöiden orientoitumista eri tilanteisiin. Tässä ei ollut kyse yksilöllisen moraalisen vastuun asettamisesta, vaan asiakkailta odotettiin tosiasiallista halua muuttua ja ottaa vastaan ammattilaisten ja yhteisön tarjoamaa tukea (Pennonen & Koski-Jännes 2010). Vastuullisuuden ideologia oli sisäänkirjoitettuna yhteisöllisyyteen ja Laitoksen toimintaan. Työntekijät pitivät tärkeänä sitä, että asiakas nimenomaan itse oivalsi ja pääsi kiinni muutoksen "juoneen" ja uuden elämäntavan oppimiseen. Työntekijän rooliksi asettautui prosessin ohjaaminen ja vaihtoehtojen osoittaminen:

"Ja sitte kun se asiakas täältä lähtee, niin meidän tehtävä on ollu niin kun avata niitä nyörejä ja jotenkin sanoo, et oisko tää se asia mitä sä tarvisit sinne tai oisko tää sellainen asia, mitä se ehkä kaipaisi tästä eteenpäin..." (työntekijän haastattelu_65)

Työntekijät uskalsivat haastaa naisten käsityksiä passiivisesta sivustaseuraajan roolista suhteessa omaan elämään ja sen tapahtumiin. Esimerkiksi seuraavassa aamupalaverikeskustelussa työntekijä kyseenalaisti naisten passiivisuuden oman hoitonsa suhteen, kohdisti huomion siihen, mitä naiset pitävät tärkeinä asioina ja kyseli, toimivatko he itse nimeämiensä arvojen ja periaatteiden mukaan:

Käytäessä läpi viikonlopun kuulumisia käy ilmi, että ruusut ovat ikään kuin "lomailleet kuntoutuksesta". (Työntekijä) Titta esimerkiksi kysyy napakasti Ritvalta: "Miten tämä raitistumisajatus?" Tähän Ritva toteaa olleensa vain ja että "en ajatellut mitään". Titta selkeästi kyseenalaistaa ruusujen aktiivisuuden itsehoidon suhteen ja toteaa kuntoutuksen olevan "kaksikymmentä vuorokaudessa seitsemänä päivänä viikossa" tapahtuvaa ja kysyy: "Oliko kukaan ryhmissä?" Ei ollut. Titta myös kyselee (kenellekään kysymystä erityisesti osoittamatta), mitkä asiat ovat ihan oikeasti tärkeitä ja kyseenalaistaa naisten ilmaisemat "tärkeät asiat" niiden merkitystä toisaalta mitenkään väheksymättä. Minulle tulee keskustelusta sellainen käsitys, että Titta haastaa tässä naisia työstämään kuntoutumistaan myös "virallisen ohjelman" ulkopuolella, sillä eiväthän naiset kotonakaan voi "lepäillä" toipumisestaan. (KMP_aamupalaveri139)

Muutostyötä ei voi lokeroida viralliseen viikko-ohjelmaan, sillä muutoksen tulisi kantaa myös arkeen Laitoksen ulkopuolella. Yksilötasolla muutoksen toteuttamisessa merkittävää oli, että asiakas oivalsi oman vastuunsa ja aktiivisuuden merkityksen:

Pia kertoo vertaistuen olleen kaiken A ja O ja oivaltaneensa nyt, että ei pärjää yksin. Toisaalta kertoo tajunneensa myös sen, että on itse vastuussa omasta elämästään – ei voi odottaa, että joku – vanhemmat tai sosiaalityöntekijä – tulee ja korjaa taloudellisen tilanteen; täytyy ottaa itse vastuu, sillä "olen aikuinen", toteaa Pia. (KMP_viikkoarviointi140)

Pian oivallus oli hänelle erittäin merkityksellinen sikäli, että hän myös konkreettisesti ryhtyi selvittämään ja hoitamaan käytännön asioitaan. Hän otti aktiivisen toimijan ja subjektin roolin. Ajan myötä oli käytännössä havaittavissa ero niihin ryhmäkeskustelutilanteisiin, joissa hän aikaisemmin voimakkaasti vastuutti ja syyllisti vuoroin biologisia vanhempiaan ja sijaisvanhempiaan omista ongelmistaan. Seuraava ryhmäepisodi puolestaan havainnollistaa työtappaa, jossa naisten puheita haastettiin ja ohjattiin heitä viemään puheita toiminnan tasolle ja ottamaan aktiivisen toimijan roolia.

Työntekijät haastavat naisia esittämään käytännön ratkaisuja. Nyt pohditaan sitä, miten esimerkiksi Marketta toimii jatkossa käytännössä äitinsä suhteen. Marketan äiti vaatii Markettaa koko ajan olemaan lähellä, tukena ja "omii" Marketan elämän sekä riipustautuu Markettaan tätä ahdistavalla tavalla. Miten Marketta aikoo jatkossa ratkaista tämän hänelle paljon vaikeuksia tuottaneen asian? (Työntekijä) Seija osoittaa kysymyksensä Marketalle: "Missä menee vastuun raja siinä, mistä sun pitää huolehtia?" Marketta itkee ja kokee tilanteen ilmeisen ahdistavana. Seija ei kuitenkaan päästä Markettaa helpolla, vaan vaatii tätä käytännössä miettimään, koska kotiin meno on Marketalla väistämättä edessä, samoin äidin ja tämän kohtaaminen. Marketta poistuu välillä. Tulee hetken kulutta takaisin.

Seija jatkaa edelleen Marketan haastamista ja kysyy: "Mitä aiot nyt tehdä kun ei vielä ole perjantai (jolloin Marketta lähtee kotiin; TK)?" Seija auttaa Markettaa kyseenalaistamaan Marketan normaaliksi muotoutuneen toimintatavan suhteessa äitiin. Marketta vastaa topakasti: "Mä haluaisin sanoa työsopimuksen irti (viittaa tällä äidin ja hänen

väliseen suhteeseen). Seija tarttuu tähän välittömästi ja kyseenalaistaa Marketan sanavalinnan "haluaisin". Seija kyselee: "Mitä ihmettä saat erilaisista negatiivisista toiminnoista? Ne on aina jotenkin tarkoituksenmukaisia... Mitä ne palvelevat sulle?" Seija hakee tällä oman toiminnan ymmärtämistä ja selventää edelleen: "Päihteet ja sen negatiiviset seuraukset antavat jotain kuitenkin, ei ole toimintaa ilman syytä, motiivia." Seija jatkaa puhumalla "kysynnän ja tarjonnan laista". Marketta istuu hiljaa ja on pohtivan oloinen. Seija puhuu valintojen tiedostamattomuudesta ja toteaa: "Akilliset tilanteet edellyttävät lukuisia valintoja ja harkintaa, vaikka niitä ei ehdi havainnoida; oho, ikkuna vaan hajosi... oho, se tuoli vaan lennähti...! Toiminta kuitenkin aina jollakin tavoin hyödyttää minua." Seija siis puheessaan vastuuttaa omista teoista ja ratkaisuisista – asiat "eivät vain tapahdu" itsestään. Seija toteaa ja suuntaa puheensa erityisesti Marketalle: "Voit muuttaa vain omaa käytöstä... äidille et voi ja mahda mitään." Hän jatkaa: "Mun tavoitteena oli tässä pöyhiä ajatuksia – mä uskon, että siitä on hyötyä... Tulee jotain uutta... Marketan kohdalla onnistuin tosi hyvin, Marketta on ihan sekaisin!" (KMP_askelryhmä141)

Episodissa työntekijä selitti ja jäsensi omaa tulkintaansa asiakkaan toiminnasta ja ihmisen toiminnan lähtökohdista ylipäätään. Sellaista näkemystä, että "asiat vain tapahtuvat", ei hyväksytty annettuna. Asiakasta ohjattiin pysähtymään tarkastelemaan oman toiminnan lähtökohtia ja oman aktiivisuuden merkitystä tilanteissa ja valinnoissa. Tilanteessa työntekijä myös esitti paljon kysymyksiä, joihin asiakkaan ei oletettu vastaavan välittömästi. Työntekijän tavoite "pöyhiä ajatuksia" tarkoitti tässä asiakkaan sisäisen prosessin tukemista. Se jatkuisi edelleen asiakkaan kotiuduttua Laitoksesta ja konkretisoituisi arjen tilanteissa tehtävinä ratkaisuina ja valintoina. Vaikka keskustelu ja kysymykset kohdistuvat yksittäisen asiakkaan tilanteeseen, saivat myös muut asiakkaat mallinnusta ja peilauspintaa omien asioiden tarkastelulle.

Asiakkaiden toiminnassa ja puheissa esiintyi passiivisuutta omien asioiden suhteen: odotettiin, että joku muu tekee ja hoitaa. Tähän passiivisuuteen pyrittiin vaikuttamaan ja tukemaan asiakkaan toimintakykyä myös tässä. Työntekijät toisinaan kyselivät ääneen, "kuka tämä joku muu mahtaa oikein olla" ja herättelivät ääneen ihmettelyllä naisia pohtimaan omaa rooliaan toiminnassaan ja valinnoissaan. Esimerkiksi seuraavassa episodissa asiakas – Lotta – esitteli omaa asiointisuunnitelmaansa. Käytännön toteutuksen suunnittelu näytti kuitenkin jääneen kesken tai asiakas yritti siirtää sitä työntekijöiden vastuulle:

Lotta kysyy, mitä tämä "demokratiayhteisö nyt sanoo" hänen suunnitelmastaan. On menossa kotiin, aikoo olla yötä isän luona ja ehkä myös äidin luona. Äiti on luvannut tuoda takaisin ennen klo 18 sunnuntaina. Muutto on tulossa, joten Lotta aikoo pakata. Lisäksi on tulossa työhaastattelu. Aikomuksena on tavata myös kavereita – "siis sellasii, jotka ei juo ja tukee mun raittiutta", täsmentää Lotta. Lopuksi Lotta toteaa, että "tää tukee myös mun kuntoutumista".

Ilmenee kuitenkin kyytiöngelma: kuka vie Lotan bussiasemalle? "No keksikää te jotain, ku parhaiten tiedätte omat aikataulunne", heittää Lotta työntekijöille. Työntekijät eivät suostu tähän. Lotalta kysytään toistuvasti: "Niin, kenen ongelma tämä kyytiasia nyt on?" Lotta tokaisee: "No, mun." Hän ei kuitenkaan tee mitään konkreettisia ehdotuksia – olettaa vain, että "joku voi viedä". Lotta ei ole siis miettinyt asiaa etukäteen lainkaan. Työntekijät vastuuttavat Lottaa kyytiasiaa eivätkä ota vastuuta asian järjestämiseksi.

(Työntekijä) Pirjo haluaa myös tietää, mitä riskejä Lotan suunnitelmaan sisältyy. Lotta ei itse näe mitään riskejä, koska "oon porukoiden kanssa". Ei varasuunnitelmia juomahoukutusten varalle, vaikka nyt tulossa festivaalit. Pirjo haastaa Lottaa pohtimaan ris-

kejä suunnitelmassaan. Myös muilta ruusuilta pyydetään kannanottoja Lotan suunnitelmaan ja sen toteuttamiseen. Muut naiset tukevat Lottaa tämän viikonloppusuunnitelmissa. Lotta saa yhteisöltä "luvan" lähteä asiointivapaalle, mutta kyytiasia jää vielä avoimeksi. (KMP_aamupalaveri142)

Jotkut asiakkaat saattoivat käyttää paljon aikaa sen pohtimiseen, miksi joku muu ei tehnyt jotain tai millä tavoin jonkun muun olisi pitänyt toimia. Syyllisyyttä ja selityksiä projisoitiin herkästi oman itsen ulkopuolelle. Oman toiminnan, suunnitelmien ja valintojen tarkastelu oli huomattavasti vaikeampaa tai se sivuutettiin kokonaan. Samoin työntekijöiltä vaadittiin välitöntä reagointia ja ratkaisuja. Asiakkaan oma toiminta saattoi olla puheen ja toteamisen tasolle jäävää tai sen ihmettelyä, kenen viranomaisen vastuulla mikäkin oli:

Tuija (asiakas) kyselee paperiasioidensa hoidosta. Elina (työntekijä) kuuntelee ja toteaa, että osa asioista kuuluu kuntoutussihteerille mutta "noi ei varmaankaan ole hänen hommaa, vaan ne on sun itse selvitettävä". Tuija on tuonut mukanaan Laitokseen paljon selvitettäviä papereita, raahannut niitä muovisäkissä ja oli huolissaan "asioiden hoitamisesta nopeasti". Tuija selittää, että ei voi soittaa, "kun ei ole puheaikaa". Elina toteaa tähän, että asioita voi myös hoitaa Ruusun puhelimesta. Tuija puhui eilen jo heti Laitokseen tullessaan omista "hoitamattomista asioistaan", papereiden selvittämisestä ja pohti "mikä kuuluu teille, mikä terveydenhuoltoon ja mikä sossun hoidettavaksi". Hän myös kovasti vauhditti, että "jonkun täytyisi nämä hoitaa". (KMP_työhuoneessa143)

Työn, koulutuspaikan, asunnon, vuokran, velkojen, laskujen, jatkohoidon ja muiden hyvin konkreettisten asioiden hoitaminen ja käytännöllinen tekeminen asetettiin mielellään jonkun muun tehtäväksi. Ryhmäkeskusteluissa tulikin toisinaan esille se, miten paljon aikaa, vaivaa ja kekseliäisyyttä naiset olivat valmiita käyttämään päihteiden hankintaan, käyttöön ja tämän kaiken salailuun ja selittelyyn, mutta muiden asioiden suhteen toimintakykyisyys ikään kuin katosi olemattomiin. Ongelmien ja vaikeiden asioiden kieltäminen, vähättely, välttely ja sivuuttaminen näkyivät toisinaan myös siinä, millaisiin asioihin naiset tarttuivat esimerkiksi aamupalaverissa, miten syvälle ryhmäkeskusteluissa menttiin ja mihin he olivat valmiita käyttämään energiaa. Työntekijöiden yhtenä tehtävänä oli rajata, ohjata ja suunnata toimintoja ja puhetta siihen, miksi Ruusussa oltiin: hoitamassa omaa päihdeongelmaa, ja oman päihdeongelman tutkiminen arjen eri tilanteissa ja yhteisön kautta oli ensisijaista. Asiakkaiden rajoittaminen saattoi konkretisoida siten, että esimerkiksi joka päivä ei käytetty "tuntitolkulla" aikaa asiakkaan vuosikausia hoitamattomina olleiden paperiasioiden selvittelyyn vaan tälle varattiin oma aika. Toki niinkin voi tilanteen nähdä, että kasa selvittämättömiä papereita heijasti myös mielensisäistä ja elämän kaaosmaisuuksia, johon asiakas kaipasi apua ja tukea. Niihin oli helpompi saada konkreettista tarttumapintaa, ja asiakkaalle muodostui kokemus siitä, että asiat etenivät. Samoin niistä saattoi olla helpompi puhua kuin tunteista, kokemuksista tai muista emotionaalisesti sävyttyneistä kysymyksistä. Vaikeudet keskittyä ja levottomuus esimerkiksi ryhmissä saattoivat liittyä myös siihen, että päihteettömyyden myötä esille nousi asioita, jotka oli sivuutettu tai haluttu unohtaa. Asiakkaiden olotilaja usein kuvannut epämääräinen paha olo oli osa monimutkais-

ta kokonaisuutta, joka päihteiden käytön lopettamisen myötä alkoi tulla esille ja vaatia kohtaamista. (Granfelt 2007, 60.)

Sekavat ja kesken jääneet tai sivuutetut käytännön asiat saattoivat aiheuttaa huomattavaa stressiä ja ahdistusta, ja naisten kuvauksissa ne kiinnittyivät usein juomisen aktivoitumiseen. Samoin ilmeni väsymispuhetta liittyen erilaisten käytännön asioiden hoitamiseen. Toisinaan passiivisuus luonnehti naisen olemista ja orientoitumista koko hoitajakson ajan, jolloin riski retkahtaa oli työntekijöiden arvion mukaan todennäköinen. Joissakin tilanteissa saattoi olla kyse myös siitä, että naiset eivät tieneet, miten toimia eri instituutioissa, esimerkiksi työllisyys- ja koulutusjärjestelmän palveluissa. Ohjauksen pyytäminen saattoi olla vaikeaa tai sitä ei haluttu ottaa vastaan. Toisaalta haluttomuus tai kyvyttömyys oman päihdeongelman aktiiviseen työstämiseen saattoi heijastaa niitä pelkoja, joita todellisuuden ja oman itsen kohtaaminen olisivat edellyttäneet:

Istun jälleen lounaan jälkeen työhuoneessa. Työntekijät jatkavat Eevin yhteenvedon kirjoittamista. Pohtivat Eevin tilannetta ja arvioivat Eevin retkahtavan ”jo” viikonloppuna. Pyörittelevät päätään. Työntekijät puhuvat siitä, miten Eevi on keskittynyt Ruusussa lähinnä käytännön asioiden (asunto, työ, koiranpentu) hoitoon eikä ole kiinnittynyt mm. itsehoitoryhmiin. Toteavat, että Eevi puhuu lähinnä: ”mennään syömään, mennään tupakalle, mennään kahville”. Eeville kuuluu aina ”ei mitään erityistä” ja ryhmissä hän ollut enimmäkseen ”en mä tiä” – tosin loppujaksosta ollut enemmän mukana. Viimeisimpänä tavoitteena tälle viikolle on ollut ”ottaa irti kaikki mahdollinen ryhmistä”, mutta käytännössä tämä on jäänyt enemmän puheen tasolle, samoin kuin jatkohoidon järjestäminen. Työntekijöistä Maiju toteaa, että Eevi ei tänäänkään osallistunut kasvohoitoryhmässä, ei keskittynyt kasvohierontaan, ei tehnyt mitään – istui ja odotti kun muut tekivät. Eevi on jälleen laittanut uusia työpaikkahakemuksia. Ollessani viime viikolla Ruusussa sain kuitenkin sellaisen käsityksen, että Eevi olisi saanut työn ja odotti harjoitteluvuoroaan. Kysyn asiasta Maijulta joka toteaa, että ”ei sitä soittoa koskaan tullut”. Olen hämmästyynyt, samoin Anu, toinen työntekijä. Aiemmin Eevi puhui niin varmasti ja siten, että hänelle olisi luvattu työ. Maiju nyökyttelee ja toteaa lopuksi: ”Niin... Toiveajattelua, kieltämistä ja pelkoa katsoa itsestä peiliin – mitä ja kuka siellä näkyy.” (KMP_työhuoneessa144)

Asiakkaiden passiivisuuden suhteen työntekijöiden toimintastrategiana oli vastuun palauttaminen asiakkaalle, hänen ohjaamisensa toimintaan ja siihen, että asiakas itse tekee, miettii ja ratkaisee. Siksi työntekijöiden toiminta vaikutti toisinaan hyvin passiiviselta: asiakkaan toiminnan suhteen kanssa yhteneväiseltä ihmettelyltä siitä, kenenköhän homma tämä olikaan ja kuka tähän tai tuohon osaisi nyt vastata. Työntekijät joutuivat tasapainoilemaan sen välillä, milloin passiivisuus oli ohjauksen ja tuen avulla muutettavissa aktiiviseksi työskentelyksi, vastuun ottamiseksi ja itse toimimiseksi, ja milloin taas asiakkaan psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys olivat sillä tavoin alentuneita, että asiakas tarvitsi toisenlaista lähestymistapaa. Ylipäätään kysymys siitä, mihin työntekijät asiakkaissa uskoivat, nousi myös esille:

Inkeri kuvaa omaa tilannettaan työntekijänä ikään kuin keinulautana, jonka toisessa päässä on kyynisyys ja toisessa päässä usko asiakkaan toipumismahdollisuuksiin. Puhuu omasta ihmiskäsityksestään – siitä, että hän ei ”ala arpapeliin, jossa jatkuva tulointaa siitä, onnistuuko joku vai ei”. Auri nyökyttelee ja kysyy: ”Mut missä sitte on se realismi?” Auri kertoo, miten on itse suhtautunut hyvin mustavalkoisesti asioihin liittyen päihdekuntoutukseen ja saaneensa nyt palautetta siitä, että on alkanut hahmottaa ”realismin”. Auri ja Inkeri keskustelevat eri vaihtoehtoista nähdä asiakas: on ikään

kuin keinulauta, jossa toisessa päässä on kyynisyys ja toisessa sympatia ja siihen väliin jäävät realismi tai empatia. (KMP_työhuoneessa145)

Työntekijät halusivat lähtökohtaisesti sitoutua toimimaan toiveikkuuden ja myönteisyyden kautta ja muutoksen mahdollisuuteen uskoen. Työskentelyn toivottiin vahvistavan itsetuntemusta ja siten myös uskoa itseän ja omiin mahdollisuuksiin sekä tukevan myönteisesti pystyvyysodotuksia:

Marika: "No mä toivoisin, että olisi saanut mukaansa hitusen itseluottamusta, hitusen itsetuntemusta, jotenkin luottamusta ja tota... uskoa ja toivoa siihen, että uudenlaisen elämäntavan oppiminen on hänellekin mahdollista. Jotenkin sen niin kun vahvistamista että aina on toivoa, että se toivo on jokaiselle mahdollista. Et jos kylliksi tekee töitä ja kylliksi uskoo siihen omaan kykyyn ja toipumiseen, se on ihan mahdollista." (työntekijän haastattelu_66)

Toiveikkuus ja optimismi asiakkaiden toipumismahdollisuuksien ja kyvykkyyden suhteen heijasteli demokraattisen yhteisöhoidon mukaista orientoitumista työntekijöiden ajattelu- ja puhetavoissa. Tällöin ymmärrettäväksi tulee myös se, miksi työntekijät olivat haluttomia tekemään liian vahvoja kannanottoja siitä, mitä asiakkaan pitäisi tehdä tai mikä olisi oikea ratkaisu tai valinta (myös Santala 2008, 152). Naisten kanssa tapahtuva yhdessä tekeminen, pohtiminen ja ennakointi sekä oma-aloitteisuuden tukeminen olivat työntekijöiden tietoisia toimintastrategioita. Sen sijaan suoraa toisen puolesta ja valmiiksi tekemistä vältettiin. Työntekijät tukivat ja ohjasivat esimerkiksi jatkohoidon järjestämisessä, asiakkaan verkoston kartoittamisessa, erilaisten etuuksien hakemisessa ja viranomaiskontakteissa toimimista, mutta lopullinen vastuu näistä asettautui asiakkaalle itselleen ja asiakkaalta tiedusteltiin: "Soititko, haitko, katsoitko, kirjoititko, otitko yhteyttä" tai "Miten olet toiminut tämän asian kanssa?" Näillä kysymyksillä palautettiin asiakasta konkreettisen toiminnan tasolle "sitten kun ja kohta" -hokemien ja suunnittelupuheen sijaan. Näin toimimalla pyrittiin selkeästi vähentämään asiakkaiden riippuvuutta ammattilaisista (Jones 1968).

Hoidon tavoitteena ollut pystyvyysodotusten vahvistaminen oli passiivisuuden ja vastuunsiirron näkökulmasta tärkeää. Pystyvyysodotusten vahvistuminen voi konkreettisesti ilmetä asiakkaan elämässä siten, että asiakas rohkaistuu ottamaan vastuuta omasta elämästään, sitoutuu hoitoon tai hakeutuu koulutukseen tai työelämään (Kallio 2003, 278). Antti Särkelän (2001b, 114) mukaan asiakkaan auttaminen omaa elämäänsä ohjaavaksi subjektiksi voidaan ymmärtää siten, että siinä on samalla kyse asiakkaan kehittämisestä vastuullisia valintoja tekemäksi yksilöksi. Tosin asiakkaalla itsellään täytyy olla tähän tahto ja halu; ammatillisessa toiminnassa, kuten päihdekuntoutuksessa, voidaan luoda tälle edellytyksiä, mutta varsinkin työ jää asiakkaalle. (Särkelä 2001b, 114–115.) Esimerkiksi seuraavassa episodissa asiakas, Aira, mietti omaa jatkohoitoaan, eikä työntekijä tarjonnut tähän valmiita ja ehdottomia suunnitelmia:

Aira on lopettamassa kuntoutusjaksoa Ruusussa. Käyvät Soilin kanssa vielä lävitse Airan kuntoutusjaksoa ja jatkosuunnitelmia. Soili tiedustelee Airalta tämän suunnitelmista tulla intervallijaksolle. Aira ei nyt halua päättää: "En osaa siitä nyt sanoa tässä", mutta sanoo ottavansa yhteyttä "jos tulee sellanen tilanne". Soili ohjeistaa olemaan yhteydessä omaan sosiaalityöntekijään, "ku sä tarvit kunnalta sen maksusitoumuksen".

Suunnitelmana Airalla on, että osallistuisi AA-ryhmään ja ”sit ikääntyneiden yliopistoon”. ”Ja kyllähän mä sit tän fyysisen kuntoutuksenkin aloitan”, jatkaa Aira ja kertoo suunnitelmistaan aloittaa uudelleen uintiharrastus. Soili ohjeistaa Airaa näyttämään hoitoyhteenvedon omalla terveysasemalla ja antaa vielä yhden kappaleen vietäväksi sosiaalityöntekijälle. (KMP_työhuoneessa146)

Asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja tilanteiden huomioiminen ilmensi selkeästi työntekijöiden käsitystä siitä, että asiakkaat pystyvät pohtimaan omaa hoitoaan ja sen sisältöjä. Asiakkaita ei siis pidetty epäkypsinä ja addiktioidensa kurjina uhreina. (Moskalewicz 2010; Pennola & Koski-Jännes 2010.) Toimivan, osaavan ja pystyvän subjektin position tarjoaminen asiakkaalle voidaan nähdä myös aikuisuusolettamuksen kautta: työskentelyssä haluttiin tukea asiakkaiden aikuisuutta ja siihen liitettyjä käsityksiä aktiivisesta, vastuullisesta ja itsenäisestä toimijasta, joka pyrkii sekä ulkoiseen että sisäiseen elämänhallintaan (vrt. Juhila 2008, 89–94).

11.3 Tavoitteiden asettamista ja arviointia: muutoksen henkilökohtaistaminen

Naistenyhteisössä kuntoutuminen nähtiin aktiivisena toimintana ja konkreettisenä tekemisenä, ja olennainen osa tätä työskentelyä oli tavoitteiden asettaminen, jota jo edellä sivusin. Tarkastelen seuraavassa lähemmin tätä tematiikkaa. Tavoitteiden asettaminen oli muutoksen henkilökohtaistamista. Kyse ei ollut Laitoksen, lähetteen laatineen viranomaisen tai asiakkaan läheisten asettamista tavoitteista tai odotuksista. Sen sijaan naisilta toistuvasti kysyttiin ja heitä pyydettiin konkretisoimaan sitä, mikä oli se muutos, jota he kullakin viikolla tavoittelivat. Tavoitteiden asettaminen oli osa hoidon rakennetta⁵⁷, säännöllisesti jokaisen viikon alussa toistuva tilanne yhdessä toisten asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa:

On viikkosuunnittelun aika. Käydään läpi kunkin asiakkaan viikkotavoitteet. Susanna aloittaa kertomalla omista tavoitteistaan: aikoo varata ajan A-klinikalta ja ”ottaa viimeiset hyödyt irti ryhmistä ja hyödyntää ilmaista liikuntaa”. Työntekijöistä Eeva-Liisa tarttuu tähän: ”Ja mitä käytännöllistä tekemistä nämä ovat?” Haastaa Susannaa sanoittamaan sitä, miten aikoo konkreettisesti ”ottaa viimeiset hyödyt irti ryhmistä”. Meeri asettaa itselleen tavoitteeksi ”selvitä mielialavaihtelujen kanssa”. Haluaa löytää niihin apuja. Kuvaa oloaan siten, että ”hermot on riekaleina, kauhee olo” ja on siksi mielellään ”omissa oloissaan”. Sanoo pelkäävänsä, että ”alan muille napsumaan”. Pohtii, josko musiikki ja soittaminen auttaisivat. Kertoo kärsivänsä keskittymisvaikeuksista. Eeva-Liisa kysyy: ”Mitä voisit nyt tehdä?” ja viittaa tässä niihin keinoihin, joista Meeri puhui jo aamulla. Meeri vastaa tekevänsä ”hoitoja” (viittaa tässä käsi- ja jalka yms. kauneushoitoihin; TK), ”ei huvita puhua... tämänkin tuntuu työltä”, töksäyttää Meeri. Noora kertoo omista viikkotavoitteistaan: ”Aion käydä NA:ssa kaksi kertaa viikossa.” Kertoo käyneensä saunassa juuri ennen ryhmää. Kertoo kylmästä ja kivuistaan ja toteaa, että ”Propral auttoi”. Jatkanut tunnepäiväkirjan kirjoittamista. Toteaa, että enää ei laita tavoitteekseen pysyä Laitoksessa, koska nyt haluaa varmasti jäädä tänne. Irja tote-

57 Jokaisen viikon alussa yhteisössä laadittiin viikko-ohjelma ja jokainen asiakas asetti itselleen oman, henkilökohtaisen viikkotavoitteen. Se kirjattiin ylös ja tavoitteen toteutumista tarkasteltiin viikkoarvioinnissa. Lisäksi päätettiin ryhmien aiheet.

aa ajatelleensa "niin sitä kotiinlähtöä", mutta nyt selvisikin, että hän saa jatkoa hoidolle vielä kaksi viikkoa. Toteaa sitten tavoitteekseen ulkoilun, ruokavalion säilyttämisen ja koko jakson tavoitteeksi onnellisuuden ilman päihteitä ja omien vahvuuksien löytämisen. Eeva-Liisa kysyy: "Miten sun tavoite nyt muotoutuu kun sait jatkoajan?" Irja miettii ja vastaa sitten: "No löytää itteni." Viikon ryhmäaiheiksi ruusut laittavat minuuden ja itsetutkiskelun sekä ihmisen mielen ja ongelmanratkaisun. Viikon teemanä on "Ajatuksia itselle". (KMP_viikkosuunnittelu147)

Tavoitteiden asettaminen kertoi osaltaan siitä, mitä naiset itse pitivät elämässään tärkeinä asioina, joihin he kokivat tarvitsevansa muutosta. Näissä tilanteissa ei kysytty, mitä puoliso, aikuiset lapset, muut läheiset, psykiatri, sosiaalityöntekijä, työvoimahallinnon palveluneuvoja tai joku muu piti ehdottoman tärkeänä tavoitteena ja asiana, jota Laitoksessa tulisi työstää. Toisaalta tavoitteiden pitäminen toisinaan hyvin konkreettisina ja lyhyellä aikavälillä toteutettavina vahvisti naisten usein matalaa pystyvyydentunnetta. Samoin tämä antoi mahdollisuuden "nopeaan" onnistumisen kokemuksen saamiseen, mikä puolestaan saattoi edelleen kannatella hoidossa pysymistä. Kannustavaa palautetta jaettiin päivittäin pienistäkin "suorituksista" ja toisin toimimisesta ja osoitettiin näin, että muutos on mahdollista ja se lähtee liikkeelle pienin askelin. Toisinaan naisten itselleen asettama tavoite saattoi olla esimerkiksi se, että pysyi ylipäätään hoidossa eikä tällä kertaa keskeyttänyt ja lähtenyt, että sai syötyä, käytyä ulkona, kirjoitettua päiväkirjaa tai soitettua sosiaalityöntekijälle.

Tellervo toteaa, että vielä hoidon alkuvaiheessa hän pystyi menemään pihalle (siis Laitoksen alueelle) muiden (kuin ruusujen; TK) seuraan tupakalle ja muuta vastaavaa. Nyt tilanne kuitenkin se, että hän ei enää uskalla. (Työntekijä) Raila toteaa napakasti, että "et toistaiseksi". Raila ei siis pidä Tellervon tilannetta pysyvänä, vaan vähitellen muuttavana. Tellervo asettaakin viikon tavoitteeksi sen, että pystyy menemään ruokalaan. Railan mielestä tämä riittää. Raila toteaa, että muutoinkin tavoite voi olla sellainen asia, pienikin, jota nyt kokee tarvitsevansa tähän viikkoon: "Ja Tellervo siis tarvitsee sitä, että pystyy menemään ruokalaan", hän toteaa. (KMP_viikkosuunnittelu148)

Pienten ja konkreettisten tavoitteiden asettaminen tuki osaltaan päihteettömyyteen pyrkimisessä. Toisaalta se havainnollisti sitä, miten paljon työskentelyä sisältyy pientenkin tavoitteiden saavuttamiseen ja ylipäätään elämäntilanteen kohenemiseen, kun on kyse asiakkaista, joiden elämänhistoriaa läpäisevät usein kokemukset osattomuudesta, kasautuneista ongelmista ja syvälle rikos- ja päihdekulttuuriin ajautumisesta (Granfelt 2007, 46). Tavoitteiden asettamista ei normitettu tai määritelty ulkoapäin myöskään naistenyhteisön työntekijöiden toimesta. Hoidon keskiössä ei esimerkiksi ollut sen vakuuttelu ja toistelu, että tavoitteena tulisi olla päihteettömyys. Asiakkaita ei ohjattu tekemään lopullista päätöstä koko eliniän kattavasta raittiudesta. (myös Santala 2008, 152) Sen sijaan naistenyhteisössä asiakkaita ohjattiin pohtimaan heillä jo olevia ratkaisuja kokemiinsa ongelmiin ja tilanteisiin sekä elämässä olleita myönteisiä asiointiloja ja onnistumisia. Keskustelu ei niinkään pyörinyt päihteiden ja niiden välttelyn ympärillä kuin siinä, mitä asiakkaat itselleen ja omalle elämälleen toivoivat ja mitä he arvostivat. Toki näiden asioiden saavuttamisen edellytyksenä oli käytännössä usein päihteistä luopuminen ja raitistuminen. Ambivalenssin osoittaminen ja asiakkaan omiin tavoitteisiin vetoaminen hienovaraisella mutta päätäväisellä tavalla oli työntekijöiden tapa herätellä asiakasta huomaamaan, mikä

osuus päihteillä oli naisen elämäntilanteen kokonaisuudessa ja millaisia ratkaisuja päihteiden suhteen olisi tehtävä. Alkoholismien ratkaisukeskeistä hoitoa kehittäneet Insoo Kim Berg ja Scott Miller (1994, 133) ovat todenneet, että perinteinen ajatus pakosta lopettaa päihteiden käyttö hoidon tavoitteena sitoo sekä asiakkaan että terapeutin kohti negatiivista tavoitetta ja vie kohti epäonnistumisia. Asiakkaat puolestaan toivovat työntekijöiltä ymmärrystä siihen moraaliseen jännitteeseen, joka liittyy hoitoon hakeutumiseen, päihteistä irrottautumisen kamppailuun ja käytön aiheuttamaan häpeään (Hietala 2013, 240).

Työntekijät pysyivät tavoitteita koskevassa puheessaan hyvin konkreettisesti ja realistisella tasolla. Tämä auttoi naisia keskittymään tässä ja nyt hetkeen, eli yhteisön aikajänteellä keskityttiin siihen, mitä asiakas on tässä hetkessä ja miten hän nyt toimii (Särkelä 2001b, 84–86). Toisaalta työntekijät myös uskalsivat vaatia asiakkaita toimimaan asettamiensa tavoitteiden mukaisesti, vaikka se olisi johtanut vastarintaan tai suuttumiseen asiakkaan taholta:

On päiväkahvin aika. Tämän jälkeen vuorossa on yhteisötapaaminen, jossa kukin yhteisö järjestää vuorollaan koko laitokselle (myös henkilökunta saa osallistua ja on suotavaa, että osallistuu mahdollisuuksien mukaan; TK) jotain mukavaa tekemistä, kisailuja jne. Marianne valittaa omaa olemustaan, hapsuttaa omaa tukkaansa ja osoittaa vaatteitaan. Hän valittaa Heinille (työntekijä), että ei voi lähteä yhteisötapaamiseen ja vetoaa jopa siihen, että käsissä on maalia. Heini vain toteaa, että "olet nätti noin". Heini ei myönnä Mariannen toiveeseen jättää väliin yhteisötapaaminen vaan toteaa Marianneille, että "se on sun tavoitteen mukaista... Sun tavoitteena on osallistua ryhmiin, vaikka kuinka tuntuisi miltä ja olisi mitä!". Heini siis vetoaa Mariannen itse itselleen asettamiin tavoitteisiin. Marianne on selvästi loukkaantunut Heinin tiukkuudesta (myös Heinin äänensävy erittäin tiukka ja päättäväinen). Marianne nousee pöydästä vihaisen ja loukkaantuneen oloisena ja kivahtaa, että "tämähän on kuin koulussa!". (KMP_keittiössä149)

Se, että työntekijät pitivät olennaisena tavoitteiden henkilökohtaista tärkeyttä ja merkityksellisyyttä asiakkaalle itselleen, tavoitteiden konkreettisuutta ja pienien askelin etenemistä heijasteli Bergin ja Millerin (1994) ratkaisukeskeistä työtettä ja sen soveltamista. Tämä orientaatio, samoin kuin motivoivan haastattelun lähtökohtien soveltaminen⁵⁸ (ks. esim. Rollnick & Allison 2004; Rakkolainen 2012; Rakkolainen ym. 2015), ilmeni myös työntekijöiden tavassa esittää kysymyksiä, käyttää ja osoittaa ambivalenssia ja suunnata kohti myönteisyyttä.

Olemme ryhmässä. Ronja (työntekijä) ohjaa keskustelussa naisia ajattelemaan ongelmanratkaisua vaihtoehtojen etsintänä. Asiakkaista Päivi toteaa, että vaikeinta on aina aloittaminen ja ottaa esimerkiksi sosiaalitoimistoon lähtemisen. Ronja suuntaa puheensa kaikille yhteisesti ja kysyy: "Miten saan aloitettua jonkun asian? Voi lähteä siitä, miten motivoituu johonkin mieleiseen toimintaan." Asiakkaista Ulla ehdottaa itsensä palkitsemista ja ajan rajaamista. Ulla jatkaa: "Voi vaikka ajatella, et sitku mä oon siivonnu tän, niin mä voin syödä sen jäätelön." Ronja nyökyttelee ja toteaa: "Mieli motivoituu eri tavoin, kun kyse on vaikeista ja mukavista asioista." Ulla puolestaan jatkaa: "Pilkkaa osiin... esimerkiksi että tänään imuroin ja huomenna pyyhin pölyt." Ron-

⁵⁸ Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys olivat Laitoksen toimintaa ohjaavia julkilausuttuja työtapoja. Käsitettä motivoiva haastattelu en tunnista suoraan käytetyn, joten tulkinta motivoivan haastattelun periaatteiden toteuttamisesta on minun. Toisaalta ymmärrys sisäisen motivaation ja muutosvaihemallin merkityksestä sisältyi osaksi Laitoksen hoitoidologiaa. Näitä on kuvattu kirjallisesti (julkaisemattomissa) kuvauksessa Laitoksen toiminnasta ja päihdekuntoutuksen periaatteista. Sivuan näitä teemoja myös myöhemmin tässä luvussa.

ja jatkaa Ullan kerrontaa toteamalla: "Jäsentää ne voimansa..." Ronja haastaa naisia pohtimaan, miten motivoi itsensä kivaan ja mikä on tämän ero johonkin epämiellyttävään asiaan. Ronja selittää kielen heijastavan sitä, mitä mielessä on.

Keskustelu jatkuu: "Mun tarttis nousta ylös", sanoo Ronja ja toteaa, että "tarttis" ei toimi - "se ei nouse, ei siivoa, ei pysy raittiina, ei mene sossuun". Ronja pohtii naisille ääneen sitä, miten "mun on pakko, mun täytyy" -tyyliset negatiiviset ajatukset vaikuttavat toiminnan tasolla. Ronja kehottaa miettimään vaihtoehtoja ajatella asioita toisin. Asiakkaiden puheissa nousee esille seuraavia vaihtoehtoja: "mä saan", "mä haluan", "mun tekee mieli", "mä tahdon", "mä osaan", "mun on arvokasta", "mun kannattaa", "mä voin". Ronja pyytää naisia pohtimaan sitä, "mikä minua motivoi toimintaan - tai raittiuteen?". Ronja huomauttaa, että joskus myös pakko on hyvä motivaattori. Lopuksi Ronja kuitenkin toteaa, että "kannattaa etsiä sitä, miten minä teen, miten itsensä motivoi... Mieli muodostaa pakkoja ikävien asioiden ympärille". (KMP_ryhmä150)

Asiakkaan näkemysten, uskomusten ja tulkintojen haastaminen sekä ambivalenssin osoittaminen toteutettiin kuitenkin tavalla, joka poikkesi esimerkiksi Outi Hietalan (2013) A-klinikan asiakaskahvilaa koskeneessa tutkimuksessa esille nousseista asiakaskokemuksista. Hietala kirjoittaa asiakkaiden kuvaamista tilanteista, joissa ammattilaisten toiminnassa asiakkaan moraaliseen haastamiseen yhdistyi asiakkaan fyysiseen koskemattomuuteen ja autonomiaan kohdistuva vallankäyttö (Hietala 2013, 234). Hietala toteaa, että häntä jäi vaivaamaan oikeutetun haastamisen ja epäoikeudenmukaisen nöyryyttämisen välinen raja, joka vaikutti usein hiuksenhienolta (mt., 235).

Vaikka varsinainen tavoitteiden asettaminen oli hoidon rakenteissa kerran viikossa tapahtuva konkreettinen tilanne, tehtiin tavoitteenasettelua ja konkretisointia pitkin viikkoa erilaisissa tilanteissa. Naistenyhteisön arjessa naisia toistuvasti ohjattiin viemään omaa tavoitepuhetta toiminnan tasolle ja ohjattiin pohtimaan omaa toipumista hyvin lyhyellä aikajänteellä, tämän ja eilisen päivän tapahtumien ja toiminnan kautta:

Istumme aamupalaverissa Ruusun keittiössä pöydän ympärillä. Päivä alkaa jälleen kuulumisilla. Aloituspöytä vaihtelee eli joku ei ole aina aloittamassa eikä kuulumisten aloitus välttämättä tapahdu reunimmasta käsin vaan myös keskeltä. Tällä kertaa Noora aloittaa kuulumisten kertomisen. Kertoo nukkuneensa hyvin. Kokee unirytmien olevan "niin ku hyvä" (tottunut nukkumaan pidempään; TK). Kertoo olevansa nyt virtaa täynnä ja että eilen oli rauhallinen päivä. Työntekijöistä Taru nyökyttelee ja kysyy: "Entä toipuminen? Mitä merkittävää tapahtui eilen?" Noora miettii ja toteaa: "No, oli taas yks raitis päivä." Toinen työntekijä Maarit puolestaan kysyy: "Entä se päiväkirja, minkä kirjoittamisesta oli eilen puhe?" "Millaisen vilkaisun teit sisäänpäin?" Maarit viittaa näillä kysymyksillä Nooran eilen asettamiin viikkotavoitteisiin, joissa hän kertoi tavoitteekseen oman itsen tarkastelun sisältä päin ja yhtenä konkreettisena välineenä tähän otettiin esille päiväkirjan kirjoittaminen. Noora toteaa: "No, ajattelin niitä... en kirjottanu... Mä jotenkin alitajunnassa niitä käsittelen - näen unia, retkahdan, alan ryyppäämään." Käydään keskustelua unista ja Maarit tuo esille unien kirjauksen ja niiden mieleen palautuksen tärkeänä tai ainakin yhtenä mielenkiintoisena mahdollisuutena työstää omia ajatuksia. (KMP_keittiössä151)

Joka aamu toistuneissa, samaan aikaan alkaneissa aamupalavereissa rutiininomaisesti kysyttiin kuulumisia ja pyydettiin jäsentämään sitä, "mitä merkittävää tapahtui eilen kuntoutumisen näkökulmasta". Kysyminen oli hyvin tietois- ta ja suuntasi naisia konkretiaan ja jatkuvaan oman toiminnan, ajatusten, tunteiden ja tapahtumien pohdintaan. Reflektioiva keskustelu, ajatusten ja näke-

mysten esittäminen silloinkin, kun se oli hyvin hapuilevaa tai epävarmaa, oli tietoisuuteen pyrkivää. Se oli myös vastakohta sille toimintatyylille, jota aikaisemmin luonnehti impulsiivisuus, sattumanvaraisuus, vaikeus, mahdottomuus tai haluttomuus pysähtyä pohtimaan tai näkemään asioiden välisiä yhteyksiä. Naisia myös aktiivisesti muistutettiin heidän itse itselleen asettamista tavoitteista ja niiden konkreettisesta toteuttamisesta toiminnan tasolla. Työntekijöiden orientoitumisessa ja puheessa muutos oli nimenomaan konkreettisen tekemisen ja olemisen tasolla tapahtuvaa: "Mistä muut näkevät, että sinä teet sitä?" Toisinaan mielen sisäinen kaaos heijastui naisten toimintaan siten, että tavoitteiden asettaminen ja toimiminen niiden mukaan oli vaikeaa, naiset unohtelivat ja vaeltelivat tiloista ja tapahtumista toiseen, konkreettinen toiminta ja tekeminen, asioihin tarttuminen oli vaikeaa.

Samalla tavoin kuin tavoitteiden asettaminen viikon alussa oli osa hoidon rakennetta, osa tätä rakennetta oli myös tavoitteiden arviointi. Perjantaisin tapahtuneessa viikkoarvioinnissa naiset saivat itse pohtia omaa onnistumistaan ja saivat palautetta toisilta:

Istumme Ryhmätilassa, on viikkoarvioinnin aika. Käydään läpi sitä, miten kunkin ruusun tavoitteet ovat toteutuneet. Joka viikon alussa kukin ruusu asettaa itselleen viikon tavoitteen ja nyt tätä arvioidaan. Toisinaan arviointiin osallistuva ja keskustelua ohjaava työntekijä esittää tulkinnan tapahtumista tai kysyy "kuulenko oikein, että sinä...". Työntekijä pyytää myös muita ruusuja arvioimaan tavoitteiden toteutumista: "No, mitä muut ruusut sanoo?" "Miten tää on näkynyt hänen toiminnassaan?" Ruusut antavat kullekin naiselle palautetta viikon tavoitteen toteutumisesta. Tavoitteiden jälkeen keskustelua viikon ryhmistä. "Mikä on jättänyt ajatuksen?", ohjaa työntekijä pohtimaan. Ryhmien herättämien ajatusten jälkeen työntekijä pyytää ryhmän lopulla jokaista nimeämään ja miettimään, "mikä oli viikon ruusu tai oivallus". (Ryhmäepisodin kuvaus kentämuistiinpanoissa_152)

Viikkoarvioinnissa konkretisoitui se, mitä viikon aikana oli tapahtunut, mitä oli tehty ja miten itselle asetetut tavoitteet olivat toteutuneet. Viikkoarviointi rakentui siten, että jokainen esitteli vuorollaan lyhyesti oman tavoitteensa ja pohti sen toteutumista. Tämän jälkeen muut antoivat vertaispalautetta ja työntekijä esitti tarvittaessa lisäkysymyksiä ja tulkintoja. Lisäksi viikkoarvioinnissa käsiteltiin ryhmissä - joiden teemat naiset ovat itse päättäneet - heränneitä ajatuksia. Viikkoarvioinnissa korostuivat palautteen antamisen ja vastaanottamisen harjoittelun taidot ja ohjaaminen oman toiminnan tarkasteluun. Samoin keskusteluissa havainnollistettiin puheiden ja käytännön toiminnan yhdenmukaisuutta tai ristiriitaisuutta. Ryhmä päätettiin aina myönteiseen havaintoon, oivallukseen tai kokemukseen viikon tapahtumista. Viikko ikään kuin suljettiin tällä istunnolla:

Viikkoarviointi ryhmähuoneessa. Meri on levottoman oloinen ja vilkuilee kelloa. Meri haluaa aloittaa. Meri selittää, että tavoitteena oli tällä viikolla selvittää mielialavaihteluita ja harrastaa liikuntaa. Meri toteaa liikunnasta tulleen "tosi hyvä olo". Sanoo mielialavaihtelujen olleen suuria, mutta korostaa, että "en ole romahtanut enkä ole lähtenyt mihinkään". Selostaa, että esimerkiksi aamulla meinasi lähteä keittiöstä kesken aamupalaverin, mutta päätti vain sitten "istua jökittää siinä". Meri toteaa, että jos ahdistaa, niin "hiillostus" vain lisää ahdistusta. Kertoo musiikin kuuntelun ja soittamisen auttaneen. "Ja juttelen asiakkaiden kanssa" - ja painottaa puheessaan sanaparua "asiakkaiden kanssa". Toteaa, että ei ole antanut periksi vaikka on huono olo. Kokee kuitenkin saaneensa onnistumisen kokemuksia siitä, "kun on selviytynyt kurjista oloista". Lo-

puksi Meri toteaa, että on nyt pystynyt rauhoittumaan (aamusta): ”Jotenkin sain itteni rauhoitettua... Tiedän, että jos olisi paha olo, olisi riski lähteä” (asiointivapaalle tänään; TK). Aiemmin viikolla Ruusuun tullut Kaarina kertoo, että ”oli ihana tulla tänne... Tiesin, että teihin (viittaa työntekijöihin; TK) voi luottaa – ette anna mun vaipua synkkyyteen... On joku joka... pystyy niin ku puhuu”. Sonja kertoo asettaneensa viikon tavoitteeksi käydä NA:ssa ja kirjoittaa tunnepäiväkirjaa. Keskustellut eilen toisen yhteisön työntekijän kanssa siirtymisestä vähitellen sen yhteisön ryhmiin (Sonja siirtymässä Ruususta jatkohoitoon toiseen yhteisöön). Työntekijöistä Tuula antaa tästä suunnitelmasta hyvää palautetta Sonjalle. Sonja jatkaa vielä kertomalla tunnepäiväkirjan ikään kuin laajentuneen hänen liittäessään siihen myös NA:n Askelten työstämistä. Lopuksi toteaa, että ”sain sitte sovittua sen keskusteluajan Miian (Ruusun työntekijä) kanssa ja keskusteltiin jo”. (KMP_viiikkoarviointi153)

Jos tavoitteiden asettaminen, konkretisointi ja toiminnan tasolle vieminen oli haasteellista, niin sama vaikeus liittyi toisinaan omien tavoitteiden, ryhmien ja viikon sisällön arviointiin. Tällöin puheet suunnattiin oman itsen ulkopuolelle, muiden tekemisiin, retkiin tai esimerkiksi Laitoksen tapahtumiin. Ryhmät ja niiden teemat sivuutettiin ja viikon tapahtumat kiteytyivät esimerkiksi ulkoiluun, leivontaan tai ostosmatkaan. Toisinaan asiakkaan koko hoitojaksoa sävytti tavoittamattomuus ja kohtaamattomuus työntekijöiden ja asiakkaan välillä. Tällöin epäselväksi jäi, miten asiakas hoidon koki, miten hän siitä hyötyi tai mitä hän olisi toivonut. Työntekijöiden oli vaikea arvioida ja tuottaa tietoa asiakkaan tilanteesta esimerkiksi muille viranomaisille työskentelyn suuntaamiseksi ja tuen ja palvelujen järjestämiseksi.

Muutostyötä, tavoitteiden asettelua sekä näihin liittyviä kysymyksiä ja ilmiöitä voidaan tarkastella myös esimerkiksi *motivaation* näkökulmasta⁵⁹. Näin voidaan esimerkiksi pohtia, mihin naiset olivat kullakin hetkellä motivoituneita ja miten asettautuivat toisiinsa yksilön motivaatorakenteessa päihdeettömyyttä tukevat ja toisaalta päihdeiden käyttöä mahdollistavat toiminnot (Särkelä 2001b). Motivaatioon liittyy myös kysymys siitä, missä muutosprosessin vaiheessa yksilö kulloinkin on⁶⁰. Toisaalta esimerkiksi Vivian Brown ym. (2000) ovat tuoneet esille päihdeongelmaisten naisten tarpeen kohdistaa muutosta samanaikaisesti useisiin eri elämänalueisiin ja riskitekijöihin, jotka liittyvät esimerkiksi parisuhdeväkivaltaan tai tarpeeseen saada apua mielenterveysongelmiin. Brown ym. (2000) toteavat, että näin hoidon ensimmäiseksi prioriteetiksi voi asettautua

⁵⁹ Motivaation on esitetty olevan keskeistä yksilön hyvinvoinnille ja terveyden edistämiseksi. Yksinkertaisesti määriteltynä motivaatioissa on kyse siitä, että erilaiset tilanteet, tapahtumat ja ympäristöt herättävät yksilössä erilaisia tunteita, tavoitteita, toiveita ja intohimoja, jotka suuntaavat toimintaa. Itsemääräämisteorian mukaan olennaista ei ole motivaation määrä vaan motivaation lähde tai laatu. Ihminen motivoituu ensisijaisesti siitä, että hän saa itse päättää omasta toiminnastaan ja että tämä tapahtuu sisäisistä lähtökohdista käsin, ei ulkopuolisten vaikuttimien kautta. Puhutaan myös sisäisestä ja ulkoisesta motivaatiosta, jotka selittävät osaltaan muutokseen sitoutumista. (Ryan & Deci 2000; Salmela-Aro & Nurmi 2017; Vasalammi 2017.)

⁶⁰ Päihdetutkimuksessa on käytetty riippuvuusongelmista selviytymiseen liittyvien muutosprosessien tarkasteluun kehitettyä *transteoreettista muutosvaihemallia* (ks. Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Tutkimuksessa tätä mallia on käytetty selvittämään sitä, missä muutoksen vaiheessa ihminen kulloinkin on ja miten tämä heijastuu hoidon jatkuvuuteen. Muutosvaiheen ymmärtäminen on sikäli merkityksellistä, että asiakkaat eivät ole hoitoon tullessaan samanlaisessa muutosvalmiudessa. Yksilölliseen muutosvalmiuteen voivat vaikuttaa esimerkiksi ikä, ammatti, asuminen lasten kanssa, parisuhdestatus ja hoitoon tulon vapaaehtoisuus. (Saarnio & Knuuttila 2003; 2006; 2007.)

jokin muu asia kuin päihteettömyys, esimerkiksi väkivallasta eroon pääseminen ja turvallisuuden varmistaminen. Brownin ym. (2000) tutkimukseen peilaten voidaan todeta, että työskentelyssä tulisi kiinnittää huomiota siihen, mitä muita kuormittavia ja ratkaisua vaativia tilanteita naisten elämässä on ja millaisin palveluin niihin on mahdollista vastata. Naistenyhteisössä mielestäni kuitenkin tunnistettiin se, että naisten tilanteissa oli yksilöllistä vaihtelua sen mukaan, millaisten asioiden käsittelylle oli kulloinkin psyykkisesti riittävästi tilaa ja liikumavaraa.

Naistenyhteisössä annettiin laajasti tilaa erilaisten kysymysten käsittelylle ja naisten omille aloitteille. Niiden nähtiin edistävän naisten hyvinvointia ja siten avaavan mahdollisuuksia päihteettömyyden tavoitteelle ja pohtimiselle – jos ei tässä ja nyt niin mahdollisesti myöhemmin. Pidän kuitenkin mahdollisena sitä, että joissakin tilanteissa jokin muu palvelu tai hoitotaho kuin päihdehoito ylipäättään olisi saattanut olla tarkoituksenmukaisempi juuri sillä hetkellä. Naistenyhteisön perustehtävä kuitenkin selvästi kiinnittyi naisen päihdeongelman tutkimiseen ja ymmärtämiseen, ja oletusarvona oli, että hoidon aikana nainen olisi valmis käsittelemään myös omaa päihdeongelmaansa. Yhteisön muiden jäsenten näkökulmasta voi olla pulmallista, jos joku asiakkaista on hyvin vahvasti kiinni ”kaikessa muussa” kuin oman riippuvuusproblematiikkansa käsittelyssä, välttelee ja pyrkii siirtämään huomion työskentelyssä jatkuvasti muihin kysymyksiin, kuin mitä on yhteisesti sovittu. Yksilön ja yhteisön yhteensovittaminen on yksi yhteishoidon dilemmoista, ja työntekijöiden haasteena on tämän kokonaisuuden ja sen dynamiikan tunnistaminen, ohjaaminen ja vakauttaminen.

11.4 Muutostyön jännitteitä

Naisten kanssa tehtävään muutostyöhön sisältyi erilaisia jännitteitä, jotka haastoivat niin asiakkaita kuin työntekijöitä toiminnan suuntaamisessa ja orientoitumisessa. Nämä jännitteet olivat sekä rakenteellisia että yksilön sisäiseen kokemusmaailmaan liittyviä. Ne liittyivät ambivalenssin tematiikkaan, rytmisyyden ja impulsiivisuuden tuomiin haasteisiin sekä palvelujärjestelmän toimintaa koskeviin kysymyksiin. Jännitteiden sisältämän problematiikan avaaminen on olennaista muutostyön haasteellisuuden ymmärtämiselle.

Ensinnäkin naisten kanssa tehtävää muutostyötä luonnehti ambivalenssin käsittely suhteessa päihteisiin ja päihteettömyyden elämään. Yhtäältä naiset toivoivat ja halusivat muutosta, mutta samalla käyttömaailman vetovoima tunnistettiin. Päihderiippuvuuden sidos oli toisinaan niin vahva, että päätökset ja lupaukset itselle eivät pitäneet. Tällöin jopa samanaikaisesti luvattiin toista ja tehtiin jotain muuta. Toimintaa ja puheita luonnehti vahva ambivalenssi, ja tämän kanssa eläminen oli toisinaan vaikeaa:

Ryhmässä Sara esittelee Tiinan (työntekijä) pyynnöstä piirtämänsä kuviota, jonka aiheena on ”minä ja huumeet”. Piirroksessaan Sara on hahmotellut sitä kierrettä, jota hallitsevat huumeiden käyttäminen ja toistuvat ”mä lopetan” lupaukset. Sara toteaa kehän jatkuneen aina vain samanlaisena ja että aina tuloksena on ollut se, että ”mä

vaan sit käytän... Mä saatan jopa sanoa, että mä en enää vedä – siis ja sit samaan aikaan mä kuitenkin vedän!" (KMP_ryhmä154)

Keskustelut arvoista, uskomuksista, itseen, toisiin ja maailmaan liittyvistä näkemyksistä sekä oman toiminnan tarkastelu ja arviointi vertaistuen ja ammattilaisten tarjoamien tulkintojen kautta tekivät muutostyöstä psyykkisesti kuluttavaa ja vaativaa. Näin oli korostuneesti silloin, kun asiakas ei ollut tottunut keskustelun kautta jäsentämään ajatuksiaan tai elämä oli pitkään ollut hyvin strukturoimatonta ja päihteiden käytön kokonaisvaltaisesti läpäisemää. Erään asiakkaan tokaisu siitä, miten naistenyhteisö "ei ole mikään lepokoti", kuvasi hyvin muutostyön vaativuutta. Arja Ruisniemi (2006a, 155–156) on todennut laitostoutumisen olevan ainutlaatuinen hetki asiakkaan elämässä sikäli, että silloin jos koskaan ihminen toteuttaa mitä mittavinta itsereflektiota hyvin intensiivisesti ja systemaattisesti, arvioi toisia ja on itse arvioinnin kohteena.

Toinen olennainen jännite koski ajallisuutta, rytmisyyttä ja impulsiivisuutta. Asiakkaille muutoksen hitaus ja sen hyväksyminen saattoi olla sietämätöntä tai asiakkaiden oli vaikea hahmottaa päihteetöntä tulevaisuutta ja toisenlaista todellisuutta. Päihteettömyys oli naisten käsityksissä toisinaan synonyymi tylsyydelle päihteiden tuottaessa nopeasti tunteen mielihyvää, mielialan kohoaamisesta ja vauhdista. Tähän verrattuna Laitoksen arki rakenteineen ja toimintoineen oli ilmeisen puuduttavaa ja ikävyyttävää. Yhteisökuntoutuksen toiminnalliset ja ajalliset rakenteet tuottivat osaltaan asetelman, jossa malttamisen, hitauden ja tylsyyden sietämisen vaatimukset nostattivat esille impulsiivisuuden tuoman jännitteen. Keskeisenä päihdeongelmasta kuntoutumisen haasteena nimittäin oli, miten oppia hallitsemaan impulsiivista käyttäytymis- ja reagoitavuutta, jonka lopputuloksena oli äärimmillään epämääräinen kokemus "taas tässä kävi näin" ja retkahdus. Käyttömaailman vetovoima oli toisinaan niin vahva, että hoidosta lähdettiin miltei lennosta, hyvin nopeasti, tai siltä se saattoi alkuun näyttää. Konkreettisesti tämä tarkoitti sitä, että asiakas ei "vain äkkiä" lähtenyt, vaan lähtötilannetta edelsi sarja tapahtumia ja valmisteluja. Eri asia oli se, millaisiin asioihin työntekijät osasivat kulloinkin kiinnittää huomiota ja mitkä lähtöä ennakoivat seikat olivat sellaisia, jotka nimenomaan asiakkaat vertaisina havaitsivat ja ymmärsivät. Osa työntekijöiden hoidollista työtä oli yrittää saada naiset pysähtymään oman tilanteensa äärelle ja hallitsemaan omia impulssejaan esimerkiksi juuri sellaisissa tilanteissa, joissa naiset harkitsivat hoidon keskeyttämistä. Pysäyttämisen tarkoituksena oli havainnollistaa naiselle sitä, "näetkö ja huomaatko, miten toimit, miten ajattelet ja miltä nyt tuntuu" riittävän turvallisessa ympäristössä, vertaistuen ja henkilökunnan ohjauksen kautta. Pysäyttäminen oli siis tilanteen yhdessä tutkimista. Sen myötä saattoivat lähtöhalut tai sietämättömät olotilat lievittyä, jolloin asiakas sai kokemuksen onnistumisesta, juoma- tai vetohalujen hallitsemisesta. Pysäyttäminen mahdollisti tunnekosketuksen saamisen omiin kokemuksiin ja toimintaan, joiden välisiä yhteyksiä naiset eivät aina hahmottaneet.

Impulssit saattavat johtaa toiminnassa harhaan ja tavoitteen mukaisen toiminnan vastaiseen suuntaan. Tähän altistavat esimerkiksi ärtymys ja väsymys sekä stressiin ja ympäristön ärsykkeisiin reagoiminen. (Esim. Särkelä 2001b,

54–55; Moeller ym. 2001, 1786.) Näin ollen impulsiivisuuden ja kärsimättömyyden tunnistamista ja pyrkimystä vaikuttaa näiden esiintymiseen toiminnassa voidaan pitää perusteltuna osana päihdekuntoutusta. Tiedostan, että impulsiivisuus ja kärsimättömyys ovat sinänsä haasteellisia toimintaa luonnehtivia ilmuksia, sillä ne voivat pitää sisällään olettamuksen, että ne kuvaisivat myös asiakkaita ihmisinä impulsiivisina tai kärsimättöminä tai että päihdeongelma selittyisi näillä piirteillä (Goldberg 1999, 10–11). Tässä impulsiivisuuteen kohdistuva työskentely ja tarttuminen tarkoitti sitä, että työntekijät tunnustivat asiakkaiden subjektiivisuuden eivätkä nähneet asiakkaita ärsykeisiin reagoivina objekteina. Subjektiivisuuden tunnustaminen mahdollistaa dialogisuuden ja kommunikoinnin, yhdessä asioiden tutkimisen, oman toiminnan motiivien ja lähtökohdientarkastelun. (Goldberg 1999, 10–11, 16–17.)

Hoidon rakenteelliset tekijät, päivärytmistä ja rutiineista kiinnipitäminen ja suunniteltuun ohjelmaan sitoutuminen sekä siten rakentuva toimintojen jatkuvuuden logiikka tukivat impulsiivisen ja reaktiivisen käyttäytymisen hallinnan harjoittelua. Impulsiivisuutta ja kärsimättömyyttä työstettiin erilaisissa arkkisissa tilanteissa. Esimerkiksi erään kerran naiset suuttuivat ostosmatkan hienoisesta viivästymisestä, ja myös tähän liittyvää ärtymystä ja kiukkua työntekijät käyttivät tietoisesti sietokyvyn lisäämiseen ja impulsiivisuuden hallinnan opetteluun:

Tänään Ruusussa ovat töissä Virpi ja Hellevi. Kertovat eilen illalla olleen hyvin levottomasta ostosmatkan jälkeen. Kertovat minulle, että ruusut olivat olleet iltapäivällä todella hermostuneita. "Kun ei ihan heti ja just nyt päästy lähtemään Kaupunkiin", kuvaa Virpi. Kaupungissa naiset olivat ykskantaan ilmoittaneet, "että takaisin lähdetään vasta myöhemmin" kun kerran lähtökin oli viivästynyt. Työntekijät kuitenkin ilmoittaneet lähtöajan ja todenneet, että "ja auto lähtee silloin". Työntekijät hieman huvittuneita eilisestä. Siirrymme keittiöön, jossa alkaa pian aamupalaveri.

--

Työntekijöistä Virpi aloittaa keskustelun eilisestä levottomuudesta ja siitä, miten ruusut olivat olleet niin hermostuneita ostosmatkan myöhästymisestä. Virpi kysyy: "Että mitä sellaisessa tilanteessa voi tehdä? Auttaako se asiaa jos mä nyt jotenkin kiukuttelen? Selviääkö ne asiat sen nopeammin?" Virpi tuo esille sen, miten Ruusussa harjoitellaan kärsivällisyyttä: "Että ei esimerkiksi ihan heti siltä istumalta soiteta sinne sossuun." (KMP_työhuoneessa ja keittiössä155)

Työntekijät siis ohjasivat naisia impulsiivisuuden hallintaan ja opetteluun erilaisin käytännön ratkaisuin. Tällöin esimerkiksi kaikkiin naisten vaatimuksiin tai aloitteisiin ei tartuttu välittömästi periaatteella "juuri nyt ja heti". Tämä ohjaus tapahtui kuitenkin sensitiivisesti, ja se ujutettiin arkiseen olemiseen ja tekemiseen. Myös positiivista palautetta annettiin, kun asiakas onnistui impulsiivisen ja reaktiivisen käyttäytymisen hallinnassa:

Aamupalaverissa Vuokko saa positiivista palautetta "kärsivällisyydestä" ja siinä edistymisestä. Vuokko oli illalla hermostuksissaan soittanut päivystävälle työntekijälle ja tivannut, miksi hänen papereitaan ei oltu kirjoitettu ajoissa, koska perjantaina eli tänään on lähtöpäivä. Päivystävä eli tässä tapauksessa Miina oli kuitenkin rauhoitellut Vuokkoa eikä Vuokko ollut mennyt asiasta pois tolaltaan. Merja kuvaa Vuokon edistymistä: "Sä et enää hajoa... että ei enää tuu sitä hysteriaa, että apua niin kun ennen että

jos joku asia ei heti järjestynyt.” Vuokko nyökyttelee ja nauraa itsekin omille hätäilyilleen. (KMP_aamupalaveri156)

Impulsiivisuuden hallinnan harjoittelun yhtenä tavoitteena oli tukea sitä, että asiakkaat pystyisivät laitoksen ulkopuolisessa arjessa pysäyttämään itsensä, kieltäytymään päihteistä tai esimerkiksi reagoimaan asiallisella tavalla toisten toimintaan ja omiin tunteisiin, esimerkiksi ärtymykseen, stressiin tai ahdistukseen.

Toisaalta naisten hoitoon asettautumiseen vaikutti myös se, miten palvelujärjestelmä toimi ja suhtautui päihdeongelmaisiin asiakkaisiin. Eli vain impulsiivisuus, koettu ambivalenssi ja rytmisyyteen liittyvät seikat eivät tätä selittäneet. Työntekijöiden käsitys oli, että kunnat eivät aina olleet motivoituneita panostamaan naisten pitkäkestoiseen päihdehoitoon laitoksessa: ”Mutta ne maksusitoumukset vaan on niin lyhkäsiä... kunnat ei halua maksaa”, kiteytti eräs työntekijöistä minulle tilanteen. Työntekijöiden näkemys naisten hoidollisista tarpeista ja esimerkiksi laitostuntoutuksen pituudesta saattoi poiketa lähettävien tahojen näkemyksestä. Kuulin usein myös asiakkaiden puhuvan siitä pelosta, että eivät saa jäädä Ruusuun tai eivät tiedä, mihin he Ruususta menevät ja missä työskentelyä voi jatkaa. Osa naisista jäi kiinni tähän huoleen siten, että keskittyminen hoidon sisältöihin ja päiväohjelmaan sekä tavoitteiden asettaminen oli hyvin vaikeaa ja ahdistuneisuus purkautui esimerkiksi somaattisina oireina tai keskittymisen vaikeuksina.

Miina kertoo harjoitelleensa tällä viikolla vauhdin, ”nyt ja heti” -pakkojen hallintaa. Miina sanoo, että on vaikea keskittyä kuntoutumiseen, jos ei ole varmuutta hoidon jatkosta ja tukiverkostosta. (KMP_viikkoarviointi157)

Epävarmuus hoidon jatkumisesta saattoi merkitä myös yhteisöön sitoutumisen heikkenemistä. Kiinnostus ja halu yhteiseen tekemiseen, asioiden jakamiseen ja syvälliseen tutkimiseen saattoivat laimeta. Yhteisön konaisuuden ja hoidollisen toimivuuden kannalta on merkitystä sillä, miten sitoutuneita ja aktiivisesti osallistuvia sen jäsenet ovat ja miten kannatteleva yhteisö voi tällöin olla.

Oma halu ja motivaatio jäädä hoitoon eivät aina olleet riittävä peruste sille, että olisi saanut riittävän pitkän hoitajakson naistenyhteisöön. Osa asiakkaista puolestaan sai pitkiä maksusitoumuksia hoitoon ja sen jatkamiseen jossakin Laitoksen toisessa yhteisössä Ruusun jälkeen. Yleisempi ongelma kuitenkin oli maksusitoumusten keston riittävyys ja jatkohoitoon liittyvät haasteet, sillä naisten kotikuntien palvelutarjonnassa oli eroja. Laitoksessa pidettiin tärkeänä hoidon jatkuvuuden turvaamista kotiutumisen jälkeen. Toisaalta työntekijöiden käsityksessä päihdeongelma ylipäättään hahmottui pitkäkestoista työskentelyä vaativana. Tällöin monien vaikeiden ja traumaattisten kysymysten, esimerkiksi väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön, käsittelyssä haluttiin olla varovaisia sekä hoitajakson lyhyen keston että oman osaamisen vuoksi. Tärkeänä nähtiin yksilöllisten tarpeiden mukaisen hoitojatkumon turvaaminen Laitoksen jälkeen.

Edellä kuvatut haasteet olivat siis rakenteiden tasolle palautuva jännite. Siinä oli kyse asiakkaiden mahdollisuuksista saada sisällöltään ja kestoltaan riittävää päihdehoitoa sekä kuntien välisistä eroista. Asiakkaiden keskuudessa

erilaiset käytännöt maksusitoumusten myöntämisen ja keston osalta aiheuttivat toisinaan kateutta ja kokemusta epäoikeudenmukaisuudesta ja subjektiivisena tuntemuksena ärsyyntymistä siitä, jos joku maksusitoumuksen saanut ”onnekas” hoidon keskeytti. Työntekijöiden kokemukseen perustuva näkemys oli, että hoidon pituudella voi olla suuntaa antava vaikutus siihen, miten jatkotyötä voidaan suunnitella pidemmällä aikavälillä ja hoidon tulokset ovat muutakin kuin vain raittiita päiviä:

”Usein siin ku ihminen on sen neljä viikkoo ni siin ei ehi näkee sitä mielekkyyttä mikä sil jatkuvuudel on, mut se et kun tääl on vaikkapa sen kaks kuukautta, kolme kuukautta ni aika usein niihin pätkiin saadaan selkeesti suunniteltu hyvin intervallit ja silloin se tukee sitä ihan sen naisen kuntoutumista ihan pidemmässä. Meillähän on ne minun mielestä parhaat kokemukset niistä, et intervallit on ylettyny sinne vuoteen siitä, kun se (asiakas; TK) on ensimmäisen kerran tullu.” (työntekijän haastattelu_67)

”Ehdottomasti kyllä niistä niin ku, vaikka niistä ei oo tutkittua tietoa, mut se tieto mikä on niin ku olemassa niitten ihmisten selviämisestä, ni kylhän ne ihmiset on selvinny paremmin kun kauheen moni niistä jotka on ollut tääl neljä viikkoo – jos mietitään elämänlaadun paranemista. Ja ehkä myöskin voidaan miettiä sitä raittiuden pituutta, mut erityisesti must niin ku pitää pitää mielessä et siin on kauhean monenlaisia erilaisia tuloksia siinä työssä. Et pelkästään raittius ei oo se, et toki myös se elämänlaatu parantaa, mutta että kyl se aika on aika yks merkittävä tekijä. Et varsinkin jos se on vaan semmonen lyhyt pätkä niin onko se sitte saman tien sen jälkeen, et just katko...” (työntekijän haastattelu_68)

Joillekin naisille Ruusu oli ensimmäinen laitoshoidon päihdehoitojakso, ja he saattoivat päästä hyvin nopeasti kiinni työskentelyyn. Hoitoon kiinnittymiseen ja laitoshoidon jälkeisen elämän ja arjen organisoitumiseen heijastuivat myös naisten sosiaaliset verkostot ja niistä saatu tuki tai näiden verkostojen ohuus sekä muut psykososiaaliset tekijät, kuten elämäntilanteen vakaus ja työllisyyteen, asumiseen ja palveluiden järjestymiseen liittyvät asiat. Tapasin kenttäjaksojeni aikana naisia, jotka olivat olleet Ruusussa tai jossain toisessa laitoksessa aikaisemmin, ja taustalla saattoi olla useita erilaisia hoitojaksoja päihdehuollon laitosp- ja avohoidossa tai psykiatrisessa hoidossa. Voidaan puhua myös hoitoyrityksistä, niiden katkeamisesta, kotiin, kadulle, muihin laitoksiin tai käyttömaailmaan palaamisen ja jälleen hoitoon hakeutumisen, raittiiden jaksojen ja retkahdusten muodostamista sykleistä⁶¹. Päihdeongelma ei ylipäätään ole staattinen, samanlaisena pysyvä tila; toipuminen etenee yksilöllisesti, ja siihen heijastuvat yksilölliset olosuhteet. (Orford 2004, 206; Kuusisto 2010, 278–280.) Näin ollen voi olla perusteltua puoltaa myös jatkuvaa riippuvuushoitoa, joka tarkoittaisi yhden mittavan intervention sijaan useita hoitojaksoja ja asiakkaan tilanteen seurantaa sekä kattaisi laajemman sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdistämisen päihdehoitoon (McLellan 2002).

⁶¹ Toisaalta se, että asiakas ei ole ollut hoitojärjestelmän piirissä ei vielä suoraviivaisesti kerro mitään siitä, mitä ihmisen tilanteessa ja toipumisessa on tapahtunut ammattilaisten katseen ja arvioinnin ulottumattomissa. Keith Humphreys ja Jalie Tucker (2002) ovat esittäneet ajattelun aihetta antavan kommentin esittäessään suosituksen luopua käsitteestä ”hoidosta pois tipahtaneet”. Humphreys ja Tucker katsovat, että käsite on tarkoituksenmukainen silloin, kun hoidon ajatellaan olevan arkielämän ulkopuolelle sijoittuva osio. (Humphreys & Tucker 2002, 129.)

Merkitystä hoidon toimivuudelle ja yksilölliselle hyödylliselle saattoi myös olla sillä, mihin ajanjaksoon ja vaiheeseen laitoshoidon nainen elämässä sijoittui:

”Joskus on ollut semmosii tilanteita, et ihmiset on ollut jo hyvin pitkää raittiina, ne on harvinaisia, mut niitäkin on ollut. Et on ollut selvästi jo monia kuukausia raittiina ja sitte tulee laitostuntoutukseen. Ne on ollut älyttömän hedelmällisiä niille ihmisille ne kohdat, koska siin on kaikki se päässä tapahtuva toipuminen ja motivaatio on ollut niin ku olemassa ja muualla sit ja tulee vaan vahvistamaan erilaisia asioita itsessään. Se on varmaan niin ku semmonen mitä voiski niin ku sitte... Miten semmosta pystyis markkinoimaan, koska eihän ihminen silloin mitään laitostuntoutusta tarvitse kun hänhän on jo raitti? Mut et meil on muutamii ihmisiä semmosii, jotka on ollut, ne on ollut ihan älyttömän hyviä jaksoja niille ihmisille. Ne on käyny vahvistamas ja tosiaan eheyttämässä sitä omaa ja on saanu varmasti niin ku paljon siihen omaan kuntoutumiseensa.” (työntekijän haastattelu_69)

Suvi kertoo oivaltaneensa, että hänen elämässään on nyt se tilanne, että hänen ei tarvitse miettiä lapsiaan ja ”surra niitä ja huolehtii et pärjääkö ne ja mitä”, vaan voi nyt itse keskittyä omaan hoitoonsa. (KMP_ryhmä158)

Eveliina tuo esille, miten ei aiemmin ”ees oo kuullu semmosista ku luottamus, arvot ja uskomukset ennen ku täällä!” ”Et ei mulla jossain muussa elämäntilanteessa ois ollut tällasta mahdollisuutta imeä tästä hoidosta! Tää Ruusu on kyllä oikea korkeakoulu!” (KMP_ryhmä159)

Osalla naisista hoidossa haasteena oli se, että muussa elämässä oli niin paljon kuormittavia asioita tai naisen psyykinen kunto oli sillä tavoin heikko, että keskittyminen hoitoon ja yhteisössä toimimiseen oli vaikeaa. Viitteitä oli siitä, että mitä monimutkaisempia psykososiaalisia ongelmia, vaikeampia perhetilanteita tai traumaattisempia kokemuksia naisella oli taustalla, sitä haasteellisempää oli hoitoon asettautuminen, kiinnittyminen ja aktiivinen työskentely. Näissä tilanteissa lyhyet hoitajakset näyttäytyivät korostuneen ongelmallisina.

11.5 Kohti sosiaalista reintegraatiota

Muutokseen tähtäävänä toimintana yhteisön kautta tapahtuvassa työskentelyssä pyrittiin vaikuttamaan kokonaisvaltaisesti siihen, miten naiset näkivät oman elämäntilanteensa kokonaisuuden ja päihteidenkäytön merkityksen siinä. Työskentelyssä pyrittiin myös vahvistamaan naisten sosiaalista toimintakykyä, edistämään naisten liittymistä ja kiinnittymistä laajempiin sosiaalisiin verkostoihin sekä auttamaan heitä löytämään oma paikkansa. *Sosiaalinen toimintakyky*⁶² tarkoittaa yksinkertaisesti määriteltynä sekä yksilön arkipäivän elämisen

⁶² Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Pirjo Tiikkainen ja Marja Vaaramaa (2011) ovat THL:n julkaisemassa raportissa ”Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011” määritelleet sosiaalisen toimintakyvyn seuraavasti: ”Sosiaaliselle toimintakyvylle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta se viittaa henkilön suoriutumiseen yhteisössä, niin yhteiskunnan jäsenenä kuin omassa lähiyhteisössään. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee mm. vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina (Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa: TOIMIA-tietokanta, 2011). Sosiaalinen toimintakyky rakentuu osittain fyysisen, kognitiivisen ja

taitoja että kykyä toimia yhteiskunnan jäsenenä, ja se sisältää sekä aineellisia että henkisiä resursseja, joita ihmisellä on käytössään. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen muodostaa myös päihdehoidon sosiaalisen kuntoutuksen peruslähtökohdan (Lahti & Pienimäki 2004, 138).

Naistenyhteisössä muutostyö nähtiin sekä mielen tasolla tapahtuvana omien ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen muodostaman kokonaisuuden hahmottamisena että konkreettisena, hyvin käytännöllisenä tekemisenä. Muutosta toteutettiin osaltaan siten, että tehtiin yhdessä arkisia ja tavallisia asioita, jotka kuitenkin saattoivat olla naisille vieraita ja hämmentäviä. Yhtenä työskentelyn tavoitteena olikin lisätä kiinnostusta ja kykyä liikkua yhteisön ja Laitoksen ulkopuolella. Yhdessä oleminen, toisilta saatu tuki ja onnistumisen kokemukset tukivat osaltaan sosiaalista toimintakykyä:

”Jos päihteitä käyttävä nainen on saattanu juoda viikkotolkulla menemättä oven ulkopuolelle, laittamatta vaatteita päälleen – ja joku hoitaa sen päihdepuolen niin ku puolesta... Ja tota tää on ehkä ensimmäinen kerta tosi pitkään aikaan, kun lähtee kauppaan. Se on taas jälleen kerran vähän turvallisempaa, kun sen tekee muiden kanssa yhdessä. Jos kärsii paniikkioireista, voi olla, että se onnistuu työntekijän kanssa käskynkkää kävellessä ensimmäistä kertaa pitkään pitkään aikaan. Et ne on sellasia kokemuksia, jolla tavalla tai toisella ehkä ylittää itsensä – saa sen kokemuksen, et mä pärjään, mä onnistun, mä osaan!” (työntekijän haastattelu_70)

”Ja sit yks osa voi olla ihan elämys, et ihan vaan se, et voin tehdä jotakin tämmöstäkin. Et voihan se olla niinkin, et joku ei oo koskaan käyny esimerkiksi keilaamassa... Tai no nyt me ei oo kyllä käyty pitkään aikaan keilaamassa, mut et esimerkkinä. Et enhän mä voi, enhän mä mitenkään voi... Ai kaupungin puistoon niin ku istumaan ai miksi? Ja sekin oli jollekin ihan mieletön juttu. Tai kun me käydään metsässä, tehdään tuli ja nuotio ja istutaan siinä, jutellaan ja kävellään joku pien lenkki, ni nää on oikeestaan ihan ja sitten kuunnellaan sitä hiljasuutta, ni ne on ihan älyttömän isoja elämyksiä.” (työntekijän haastattelu_71)

Muutostyössä pyrittiin tukemaan naisten pystyvyyttä eri elämänaalueilla. Työssä huomioitiin se, miten uudenlaiset toimintatavat ja niiden harjoittelu olivat tärkeitä. Tuija Kotiranta ja Tuija Virkki (2011, 125) toteavat ihmisen voivan orientoitua todellisuuteen uudella tavalla nimenomaan jonkin uuden toiminnan kautta. Siksi puheen ja kielellisen käsitteellistämisen tai merkityksenannon ohella olennaista oli suuntautua kohti konkreettista tekemistä ja toimintaa sosiaalisen oppimisen avulla. Muutostyötä ei voi palauttaa keskusteluun rakentuvan auttamistyön käytäntöjen varaan.

Laitoshoidon arjen tilanteissa paljastuvat ja konkretisoituvat ihmisen vaikeudet arkisissa asioissa ja toiminnoissa aivan toisella tavalla kuin tavanomaisissa asiakkaiden ja työntekijöiden virastokohtaamisissa (Vanhala 2005, 145). Laitosolosuhteissa työntekijä kykenee toisella tavoin tavoittamaan esimerkiksi asiakkaan paniikin ja jännityksen tilat, jolloin realisoituvat paineet saada ”pami” pahimpaan paniikkiin, jotta pystyy käymään ruokakaupassa tai käyttämään

psykykkisen toimintakyvyn varaan ja siihen vaikuttavat olennaisesti myös ympäristön ominaisuudet.” Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteeseen liittyvää taustaa ja keskustelua on eritelty myös esimerkiksi Sirpa Kannasoja (2013) nuorten sosiaalista toimintakykyä koskevassa sosiaalityön väitöstutkimuksessa. Kannasojan tarkastelussa tuodaan esille mm. käsitteen yhteydet kuntoutuksen ja psykologian piirissä tehtyyn määrittelyyn.

julkista liikennettä. Naistenyhteisön arjessa tuli esimerkiksi esille se, miten päihdeongelmallisille asiakkaille vaikkapa rahankäyttö ja ostosmatkat tavallisina arkisina tilanteina saattoivat kääntyä hyvinkin haastaviksi. Asiakkaille ei aina ollut kokemusta, taitoa tai muistikuvaa siitä, miten näissä tilanteissa tuli toimia:

”Et kylhän ne on myös tämmösiä rajojen ylittämiskohtia. Ihan pelkästään se, et osaa siel kookaupassa mennä sillee et ei meekään pelkästään kaljahyllyn kautta ja osta ne muut siihen oheen, koska kaupassakäynti on niin ku monelle päihdeongelmalliselle tuskaa, jos se on niin ku tämmönen siideri, kalja, se olut se päihde mitä on käyttänyt. Et se on myös ihan tämmösen oppimisen paikka monella tasolla... rahan käytön tasolla, et miten siel kaupas sitte toimitaan kun ei ostetakaan olutta. Miksi ihmeessä vissyjen pitää olla kaljapullojen vieressä? Sitä ollaan täs pohdittu viime aikoina... Miks ei niil oo ihan omaa osastoo sielä – siks ku se ei oo mikään ongelma ihmisille, joilla ei oo mitään ongelmaa niin ku näin. Et sille jollekin päihdeongelmalliselle siinä vaiheessa, kun se on ihan vasta alkusenteillä harjottelemassa sitä ni se on kova juttu, et miks vissyt ja kaljat on vierekkäin. Et se niin helposti vielä, ku on vielä niitä semmosii riippuvuuden ovelia ajatuksia mistä ei itsekään oo tietonen edes ni... Niin niin tota... Ihan niihin keskusteluihin sitä joutuu tekee täällä mitä tahansa (naurua). Ja tää on niin ku viittaus siihen, et me voidaan niin ku tehdä ihan mitä tahansa et se on aina kuntouttavaa, kun me otetaan se käyttöön keskustelutasolle tai jollekin tekemisen tasolle.” (työntekijän haastattelu_72)

”Ja se, että tota nainen joka on ehkä käyttäny päihteitä monta monta vuotta, ei oo välttämättä ostanu itselleen vaatteita vaan varastanu. Sitten vaatteen ostaminen niin, että se käydään ihan sovittamassa ja maksamassa ja kävellään kirkasotsaisesti hyvällä omallatunnolla ulos siitä kaupasta, niin voi olla iso juttu!” (työntekijän haastattelu_73)

Työntekijät näkivät nämä arkiset tilanteet oppimismahdollisuuksina, joissa asiakas voi onnistua, hän oppi toimimaan arkisessa ympäristössään ja hänen sosiaalinen toimintakykynsä vahvistui. Tarvittaessa koko yhteisön voimin suunnattiin näihin konkreettisiin toiminnan harjoittelun paikkoihin, jotka olivat vastassa myös Laitoksen ulkopuolella:

”Ja joskus tommosessa tilanteessa kun tiedetään, että tää ihminen kärsii paniikkioireista ja tällä kleptomaniata, tää on muuten vaan semmonen ihminen, joka ei meinaa pysyä jengissä mukana tai jotenkin tässä yhteisössä halua pysyä tahdissa, niin me aika pian tehdään sellanen päätös, että no lähdetään kaikki mukaan.” (työntekijän haastattelu_74)

Työskentelyssä pyrittiin rohkaisemaan sosiaalista kanssakäymistä konkreettisen tekemisen, toiminnan ja liikkumisen kautta. Näin pyrittiin myös lievittämään erilaisia psyykkisiä oireita, kuten väkijoukossa iskevää paniikkia, jännitystä ja pelkoa toisten katseista. Osa kuntoutusta oli sosiaalisen eristäytymisen problematiikkaan tarttuminen ja sen huomioiminen. Silloin menttiin ja tehtiin yhdessä, jaettiin ahdistus ja pelot sekä toisaalta myös pystyminen ja onnistuminen kollektiivisesti. Näissä tilanteissa turvaa toivat toiset ihmiset eivätkä esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet. Yhdessä tekemisen ja onnistumisen kokemukset myös vahvistivat yhteenkuuluvuuden tunnetta ja naisten keskinäisiä suhteita yhteisössä, mikä edelleen lisäsi yhteisön voimaa hoidon välineenä.

Edellä olevat esimerkit kuvaavat osaltaan, miten laajoille eri elämänalueille muutostyö päihdeongelmassa ulottui arkisten tilanteiden ja paikkojen muodostuessa sosiaalisesti ja psyykkisesti haastaviksi. Naisilla saattoi ilmetä suurta epävarmuutta siitä, miten toimia toisenlaisessa toimintojen ja sosiaalisten suh-

teiden kontekstissa, kuin mihin päihdekeskeinen elämä oli kiinnittynyt. Kuitenkin ne – kaupat, virastot, viralliset ja epäviralliset kohtaamiset, viranomaiset, naapurit, entiset ja nykyiset puoliset, tuttavat, sukulaiset ja vanhat juoma- tai käyttöporukat – odottivat kotiinpaluun jälkeen, ja jollain tavoin niissä ja suhteessa niihin tulisi kyetä toimimaan. Esimerkiksi varastamisen lopettaminen voi olla merkittävä muutos, jossa on kyse myös moraalisesti korjaavasta kokemuksesta (Hyytinen 2008), jossa asiakas osoittaa kykenevänsä toimimaan yhteiskunnan normien ja odotusten mukaisesti. Demokraattisen yhteishoidon periaatteiden mukaiset avoimet, lukitsemattomat ovet ja tilat osaltaan tarjosivat mahdollisuuden opetella tätä käytännössä. Toisaalta varastelu tai jatkuva valehtelu saattoivat olla aiemmin sisäistetty toimintatapa, jonka moraalista ulottuvuutta asiakas ei edes ollut tullut miettineeksi, ja ne olivat osa päihdemaailman todellisuutta, jonka moraalinen koodisto poikkesi muusta yhteiskunnasta (ks. esim. Perälä, Kainulainen & Tammi 2012).

Arkisten taitojen hallinnan osalta asiakkaiden toimintakykyisyyden tasossa oli huomattavaa variaatiota, joten on syytä todeta vielä tässä kohden, etteivät nämä havainnot ja tuen tarpeet koskettaneet kaikkia naisia. Siksi yhteisön jäsenten erilaisuus tarjosi mahdollisuuden hyödyntää myös asiakkaiden resursseja ja taitoja toisten asiakkaiden toimintakyvyn vahvistamiseksi mallintamisen ja yhdessä tekemisen kautta. George De Leonin (1994) jaottelua mukailien voidaan siis todeta, että osa asiakkaista tarvitsi vahvempaa ja selkeämpää tukea tavalliseen elämään (*habituatio*) totuttautumisessa, kun taas osan kohdalla kyse oli paluusta ja virittäytymisestä jo aikaisemmin tuttuun elämäntapaan (*rehabilitation*) (De Leon 1994, 18–19).

Työntekijöiden työskentelyn keskeinen lähtökohta oli, että mikä hyvänsä asia tai tilanne voitiin ottaa konkreettisen tarkastelun ja tekemisen kohteeksi ja siitä muotoutui tällöin kuntouttavaa – olkoon se kaupassakäynnin harjoittelua tai olut- ja vichypullojen sijoittelun ihmettelyä yhdessä asiakkaan kanssa. Nämä olivat yhtä lailla tärkeitä kokonaisvaltaista elämänmuutosta koskevia pohdintojen ja pysähtymisen paikkoja kuin ne tilanteet, joissa tarkasteltiin omaa itseä, naiseutta, äitiyttä tai tutkittiin tunteita. Pienten arkisten tilanteiden harjoittelun kautta siis tuettiin pystyvyyden tunnetta, jota haluttiin työskentelyllä vahvistaa. Ruusun työskentelyn selkeänä tavoitteena oli tukea ylipäätään asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja sitä, että yhteisön arjen erilaiset tilanteet, niistä käydyt keskustelut, pysäyttämisen paikat, opitut taidot ja myönteiset kokemukset voisivat kantaa Laitoksen ulkopuolella.

Aktiivisella työstämisellä ja toiminnallisuudella pyrittiin myös tukemaan sitä, että naiset sisäistäisivät näitä uusia taitojaan ja että toiminta ei olisi ulkoapäin ohjautuvaa, esimerkiksi työntekijän kehotukseen perustuvaa ”hoksaamista” tai päihteidenkäyttöön liittyvistä impulsseista ja ärsykkeistä nousevaa. Yhteishoidon kontekstissa toteutetun muutostyön kautta yksilö voi saada parempia toimintavalmiuksia myös hoidon ulkopuolisessa maailmassa selviytymiseen, omien ongelmien käsittelyyn sekä persoonallisuuden kasvuun ja identiteetin kehittämiseen (Jones 1968; Murto 1997; Hännikäinen-Uutela 2004).

”Jos asiakkailta kysyttäis samaa, niin aattelin, että meidän tehtävä ois jotenkin antaa eväitä raitista elämää varten, uuden elämäntavan oppimista varten. Et hyvinkin mun mielestä, mun mielestä hirmu hieno, kun täältä joku lähtee pois, niin mä saan aina semmosen reppureissaajan mielikuvan, jolla on ollu reppu ehkä aika tyhjä kun se on tänne tullu. Ja sitte kun se reissaaja on tässä vankistunu ja saanu vähä voimia jatkaa, niin sen repussa ois aika monenlaisia reiluja eväitä ja se pitäisi sisällään jotain tietoa, jotain taitoa, jotain tunnetta – jotain sellaista, mitä se ei oo ehkä ite ajatellutkaan tulevan-sa täältä hakemaan. Et jollakin täällä olijalla vahvistuu se ajatus, et mä lähdän tonne suuntaan – se olisi se semmonen, mikä ois täällä laitettu alulle, niin se ois mun mielestä niin kun hyvä tavote.” (työntekijän haastattelu_75)

Päihteettömän arjen ylläpitämisen näkökulmasta merkittävä kysymys on se, miten uusia, opetteluvaiheessa olevia taitoja pystyy siirtämään arkeen ja miten ne sisäistyvät osaksi toiminta- ja motivaatorakennetta. Raittiuden ylläpito laitoksen ulkopuolella tunnustetaan haastavaksi, eikä korkeakaan hoitomotivaatio suojaa mieliteoilta ja vastoinikäymisiltä (Knuuti 2007, 82, 84). Tavoitteen mukaisen toiminnan ylläpito on haasteellista, sillä päihteettömän elämän toimintarakenne on erilainen kuin käyttömaailman säätelämä; niillä on erilaiset säännöt ja normit. (Särkelä 2001b, 51, 53, 58.) Naistenyhteisön työskentelyssä pidettiin tärkeänä osana hoitoa käytännön harjoittelua, tekemistä ja orientoitumista Laitoksen jälkeiseen aikaan, vaikka ei ollut varmaa ja täsmällistä tietoa siitä, miten naiset näitä erilaisia hoidon aikana saatuja kokemuksia pystyisivät hyödyntämään.

Vaikka muutostyö liikkui yksilötasolla yhteisön kontekstissa ja sitä toteutettiin psyykkisenä työskentelynä, konkreettisenä tekemisenä ja toimintana sekä arjen opetteluna, oli sillä myös laajempi tavoite: yksilön liittäminen osaksi laajempaa yhteisöä ja yhteiskuntaa oman itsen ja elämänsuunnan löytämisen ohella. *Integroituminen* voidaan ymmärtää päihteettömyytenä, rikoksettomuutena, asunnon, työ- ja opiskelupaikan hankkimisena sekä sosiaalisten verkostojen olemassaolona. Esimerkiksi yhteisökasvatuksellisessa huume kuntoutuksessa kemiallisesta riippuvuudesta paranemisen ohella vähintään yhtä merkityksellisenä pidetään nimenomaan sopeutumista normaalielämään ja todellisuuteen. Kyse on myös normaalien sosiaalisten suhteiden muodostamisesta ja ylläpitämisestä. Yhteiskuntaan liittymisen yhtenä edellytyksenä on paitsi uusien sosiaalisten suhteiden rakentaminen, myös uusien roolien ja toimintatapojen oppiminen, sisäistäminen ja hallinta sekä vanhoista luopuminen. (Pärttö, Hännikäinen-Uutela & Määttä 2009.) Hoidollisena tavoitteena integroituminen jäi väistämättä puolitiehen naistenyhteisön työskentelyssä. Näen kuitenkin muutostyön tavoitteena olleen sen tukeminen, että naiset saisivat valmiuksia ja uskalluksia liittyä ja kiinnittyä. Naisten toiveita päästä osaksi yhteiskuntaa ja tavallista elämää heijastivat esimerkiksi työllistymiseen, oman asunnon saamiseen ja kouluttautumiseen liittyvät tavoitteet sekä näihin suuntautuva toiminta. Integroitumisen tärkeys siis ymmärrettiin, ja mielestäni se oli sisäänrakennettuna työntekijöiden ajattelussa ja orientoitumisessa naisten tilanteisiin.

Yhteisöihin ja yhteiskuntaan liittymisen ja kiinnittymisen kysymyksiä voidaan tarkastella resosialisoinnin ja reintegraation käsitteiden kautta. Hahmotan integraation, reintegraation ja resosialisoinnin osin erilaisina kysymyksinä, niiden välillä on selkeä sävyero: *Reintegraatiossa* kiinnitytään sekä liitytään uudel-

leen ja eheytetään olemassa olevia suhteita ja elämänalueita (esim. Adams 2008). Toisinaan hoidon tavoitteena esitetään myös resosialisaatio, jossa on kyse entisestä elämäntavasta ja identiteetistä luopumisesta sekä uudenlaisen elämäntavan opettelusta (Hännikäinen-Uutela 2004, 122–128; Santala 2008, 146). *Resosialisaatio* viittaa vahvemmin vanhasta luopumiseen, kokonaan toisenlaiseksi tulemiseen ja uudelleen orientoitumiseen. Se merkitsee totaalisempaa erontekoa entiseen sekä suhteessa itseen että toisiin, arvoihin, uskomuksiin, elämäntapaan ja rooleihin. Resosialisaatioon viittaavia sovelluksia ja piirteitä on tunnistettavissa hierarkkisissa yhteisöhoidon malleissa (ks. esim. Hännikäinen-Uutela 2004). Sen sijaan esimerkiksi Peter Adamsin (2008) teorisoinnit addiktiosta miinään liittyvinä sidoksina, joilla on sosiaalinen ulottuvuus, sisältävät käsityksen myös olemassa olevien suhteiden elvyttämisestä, korjaamisesta ja uudelleen liittymisestä, reintegraatiosta, ei vain entisten sidosten katkaisemisesta. Näin vanhaan ja entiseen ei projisoida ehdottomasti kaikkea epäonnistumista, huonoa ja kelpaamatonta, joka voi välittyä yksilön käsitykseen itsestä: en kelpaa tällaisena kuin olen. Ja kuten naisten suhteiden ja niiden tarjoaman sosiaalisen tuen osalta on tutkimuksissa havaittu, sisältävät nämä usein ambivalentteja piirteitä, eikä suoraviivainen suhteiden katkaiseminen väistämättä ole yksinkertainen ratkaisu (Falkin & Strauss 2003; Savage & Russell 2005; Tracy ym. 2010). On syytä pohtia kriittisesti sitä, mitä kulloinkin tarkoitetaan integroitumisella, reintegraatiolla ja resosialisaatiolla yksilön toimijuuden, pystyvyyden, identiteetin, toiveikkuuden jne. näkökulmista. Esimerkiksi voimakas resosialisaation korostaminen voi jopa alleviivata asiakkaiden poikkeavuutta ja epäsosialisuutta ja tehdä tavallisuuden tavoittelusta melkoisen kivikkoisen tien (Weckroth 2006, 191; Santala 2008, 151).

Myönnän, että käsitteellisesti ja käytännöllisesti eron tekeminen näiden välillä ei ole yksiselitteistä ja voi tässä vaikuttaa liian yksioikoiselta ja luokittelevalta. Ajattelen kuitenkin siten, että on hyvä pohtia näiden käsitteiden painotuseroja, kun hoidon yhteydessä puhutaan minuuteen, arvoihin, elämäntapaan ja uskomuksiin liittyvästä henkilökohtaisesta muutostyöstä tai tavoitteesta siirtyä päihteettömään elämäntapaan ja sen edustamiin instituutioihin. Hoidossa muutosta edistämään pyrkivät terapeutit ja käyttäjät voivat organisaation sisäistämisen hoitotieteiden myötä tuottaa asiakkaalle vaihtelevia kokemuksia siitä, kokeeko asiakas esimerkiksi minuuden riisumista vai riittävyys ja kelpaavuuden tunnetta tällaisenaan lähtiessään työstämään näitä haastavia kysymyksiä. Naistenyhteisön kontekstiin sidottuna ajattelen, että sen työskentelyn painopiste oli nimenomaan reintegraatiossa.

Tutkimuksessani niille naisille, joiden elämänhistoria täyttyi rikosrekisteristä, pitkästä laitoshistoriasta, olemattomasta työhistoriasta, asunnottomuudesta, vaikeista ja kroonisista mielenterveysongelmista, hauraista tai olemattomista sosiaalisista suhteista tai koulutuksen puutteesta, tämä reintegraation tavoite oli haasteellinen. Sosiologisesti tulkittuna näiden naisten mahdollisuudet hyödyntää tässä sosiaalista ja kulttuurista pääomaa päästäkseen osallisiksi ja yhteiskunnan aktiivisiksi jäseniksi olivat heikot. Toisenlaisen ponnahduslautan ja kiinnipääsemisen mahdollisuudet tarjoutuivat niille naisille, joilla oli taustal-

laan päihdeetöntä arkea tukevat, jo olemassa olevat struktuurit, ammatti- ja työtaustaa ja kannattelevia suhteita. Heillä on enemmän mahdollisuuksia liittyä uudelleen, elvyttää ja vakauttaa olemassa olevia suhteita ja saada niistä tukea osallistumiselle, osallisuudelle ja siirtymille muihin instituutioihin, esimerkiksi takaisin työelämään. On jokseenkin eri asia poistua päihdehoitolaitoksen pihas- ta omalla autolla omaan kotiin, taloudellisesti ja sosiaalisesti turvattuun elämään, jossa ulkoiset puitteet ovat mahdollistaneet koko ongelman taitavan peit- telyn, kuin poistua portista muovikassin tai nyssäköiden kanssa asuntolaan, vankilaan, psykiatriselle osastolle, yksinäisyyteen, väkivaltaisiin, alistaviin tai muutoin epävarmoihin olosuhteisiin.

Yhtenä reintegraatiota tukevana elementtinä naistenyhteisössä pidettiin yhteisöllisyyttä ja vertaistukea, ja niiden toimivuuteen uskottiin vahvasti. Nais- tenyhteisön toiminnan perusteella ymmärrän, että yhteisöhoidolla on merkitys- tä reintegraation tavoitteen näkökulmasta siten, että yhteisöhoito tarjoaa päih- teettömän kontekstin, jossa on mahdollisuus kokea johonkin kuulumista, osalli- suutta ja osallistumista. Tätä kokemusta naistenyhteisössä pyrittiin vahvista- maan ja tuottamaan. Yhteisön kautta on mahdollista saada tarttumapintaa päih- teettömiin rakenteisiin ja sosiaalisiin suhteisiin sekä työstää omaa suhdetta maailmaan ja siinä olemiseen. Yhteisössä voi opetella niitä sosiaalisia taitoja⁶³, jotka päihdeongelmaisilla voivat olla puutteellisia tai joissa toiminta voi olla orientoitunut täysin vastakkaisista sosiaalisen käyttäytymisen säännöistä käsin, kuin miten muu yhteiskunta toimii (Lahti & Pienimäki 2004, 141-142). Otan vielä esille yhden haastattelusitaatin, jossa työntekijä pohtii, miten ja miksi eri- laisiin vaihtoehtoihin, päihdeettömyyttä tukeviin vertaistuen yhteisöihin nais- ten kannattaisi tarttua ja kiinnittyä:

”Ja jotenkin, kun mä oon aikasemmin ollut tuolla Myllyhoidossa töissä, niin kyl mä toivoisin, että täällä vielä enemmän vertaistukea ja vertaisapua korostettaisiin. Kyl tääl on paljon ihmisiä, jotka sanoo, että mä en AA-ryhmiin mee, mä en ainakaan mihinkään NA-ryhmiin mee, ne ei oo mua varten ollenkaan... Ja sit niil ihmisil ei välttämättä oo ketään raitista ystävää siellä ympärillä, ei ketään. Kun se kaikkein rakkain poikaystä- väkin käyttää päihdeitä - tosin vaan kerran kuukaudessa, mutta käyttää ja sitte totuus on kuitenkin jotain ihan muuta kun se kerran kuukaudessa. Niin siinä tilanteessa niin kun toivoisi, että sinne reppuun ois jääny näistä vertaisista, joku sellainen joka säilyisi tai että olis sitte voimia löytää joku semmonen paikka missä niitä sitten olisi.” (työnte- kijän haastattelu_76)

Päihdeongelmasta kuntoutumisessa vertaisilla, oman paikan, osallisuuden ja kuulumisen kokemuksilla voi olla tärkeä merkitys. Yhteisöllisyys myös lievittää sitä sosiaalista eristyneisyyttä, joka päihdeongelmaisen elämään voi liittyä. Yh- teisöjen merkitys on siinä, että ne voivat toimia sosiaalisena kittinä eli toimin- taympäristöön kiinnittäjinä, ja sosiaalisten siteiden kautta rakentuu yhteiskun- nallisen luottamuksen perusta (Pohjola 2015, 15,18).

⁶³ Sosiaalisten taitojen opettamisen osana päihdehoitoa on havaittu olevan tehokasta (esim. Miller & Willbourne 2002).

12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Olen tässä väitöstutkimuksessa analysoinut ja kuvannut nais erityisen päihdehoidon intervention toteutumista päihdehoidon laitoskontekstiin sijoittuvassa naistenyhteisössä. Lisäksi olen jäsentänyt yhteisöllisyyden ulottuvuuksia ja tarkastellut tutkimaani interventiota yhteisöhoidon näkökulmasta. Nyt tutkimukseni lopussa on aika tehdä yhteenvetoa tuloksista ja esittää keskeiset johtopäätökset. Lisäksi esitän tulosten ja pohdintojeni perusteella keskeiset suositukset jatkotoimenpiteistä. Lopuksi tarkastelen vielä tutkimusasetelmaa, aineistoa ja niiden tuottamia rajauksia ja mahdollisuuksia esittämilleni tuloksille naisten päihdehoidosta. Pyrin tässä tutkimuksen viimeisessä luvussa myös omien päätelmieni ja väitteideni osalta kriittisyyteen ja tunnistamaan tutkimukseni puutteita.

12.1 Nais erityisen päihdehoidon intervention toteutumisen arviointia

Tutkimukseni viimeiseen vaiheeseen kuuluu nais erityisen intervention ulottuvuuksien toteutumisen arviointi tutkimassani naistenyhteisössä. Seuraavassa tarkastelen siis kohdennetusti sitä, miten nais erityisen päihdehoidon ulottuvuudet ilmenivät tutkimani naistenyhteisön hoidossa käytännössä. Kiinnitän huomiota myös niihin hoidon osa-alueisiin, jotka tutkimusten mukaan ovat olennaisia mutta jotka tämän tutkimuksen aineistossa saivat vähäisemmän painoarvon tai joiden esille nostamiseen liittyi haasteita. Olen siis aiemmin tiivistänyt nais erityisen päihdehoidon ulottuvuudet seuraavasti(ks. luku 4):

- Naiseus ja sukupuolen merkitys päihdeongelmissa ja niiden hoidossa
- Minuus, identiteetti, tunteet ja niihin fokusoituva työ
- Traumaattiset kokemukset ja psykiatrisen oireilun huomiointi

- Suhteet eri näkökulmista
- Pähdeongelma, siihen nivoutuvat psykososiaaliset kysymykset ja yksilöllinen muutostyö

Nämä kaikki viisi ulottuvuutta tulivat esille tutkimassani yhteisössä. Lisäksi aineistosta nousi *kehollisuus* omana kokonaisuutenaan ja jäsennykseni ulkopuolelta. Kehollisuus ei selvästi erotu aikaisemmassa tutkimuksessa omaksi erityiskysymykseksi nimettynä ja tällaisena, kuten olen sitä tutkimuksessani käsitellyt. Siihen sisältyvää tematiikkaa voidaan toki paikantaa myös muusta tutkimuksesta. Päätin ottaa sen erillisen analyysin kohteeksi, sillä se tuli niin vahvasti esille. Liitin kehollisuuteen myös *traumatisoitumista* koskevan analyysin, sillä temaattisesti ja teoreettisesti ne ovat sidoksissa toisiinsa. Pidän kehollisuutta koskevia tuloksiani tärkeinä naisten päihdeproblematiikan ja hoidossa esiintyvien ilmiöiden ymmärtämiselle.

Tutkimuksestani voidaan havaita, että ensinnäkin *naiseus ja sukupuoli* (luku 7) nousivat monella tavoin naistenyhteisössä keskiöön ja niiden merkityksestä hoidolle oltiin tietoisia. Sukupuolen merkityksen näkökulmasta tarkasteltuna olennaisina, toistuvina seikkoina tulivat esille se, että yhteisössä töitä tekevät naistyöntekijät naisasiakkaiden kanssa, naisten keskinäinen vertaisuus sekä naissukupuolen kautta jäsenyvä tuki ja ymmärrys naisen elämästä kokonaisvaltaisella tavalla. Sukupuolen merkitys kiinnittyi paikkaan, vuorovaikutuksen ja olemisen tapoihin sekä turvalliseen ympäristöön. Sukupuoli oli myös suhderyhtymys: se oli toisaalta suhdetta itseen naisena ja suhdetta toisiin naisiin, ja toisaalta merkityksellistä oli suhde vastakkaiseen sukupuoleen, miehiin (Hendersson & Doyle 1997). Hoidossa tarkasteltiin kaikkia näitä ulottuvuuksia.

Tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida todeta, että työntekijöiden toiminta ja ymmärrys sukupuoleen ja naiseuteen liittyen olisivat jäsentyneet esimerkiksi feministisen teorian tai naisten jakamien sorron ja alistamisen kokemusten kautta (vrt. Nelson-Zlupko, Kauffman & Morrison Dore 1995). Toisaalta myöskään aikaisemmissa tutkimuksissa ei yksiselitteisesti nosteta tai esitetä feminististä teoriaa päihdehoidon naiserityisyyttä määrittäväksi lähtökohdaksi, vaikka sitä on hyödynnetty ja sen merkitystä on tuotu esille (esim. Lafave ym. 2009). Maltillisuus tässä kohden vastaa hyvin suomalaisen julkisen palvelujärjestelmän orientaatiota, jossa feminististä teoriaa esimerkiksi sosiaalityön käytäntöjen perustana on vierastettu (Forsberg, Kuronen & Ritala-Koskinen 1992). Tässä tutkimuksessa voidaan puhua sukupuolitietoisuudesta ja kiinnostuksesta pohtia sukupuolen merkitystä naisten päihdeongelmille ja niistä toipumiselle. Työntekijät tunnistivat ja tiedostivat naisten ja miesten väliset erot. Kuitenkin esimerkiksi naisten ja miesten hoidollisten tarpeiden ja käytäntöjen erojen eksplisiittinen jäsentäminen ja konkretisointi oli jopa työntekijöille toisinaan vaikeaa. Toisaalta työntekijät pyrkivät sensitiivisyyteen suhteessa siihen, miten he ymmärsivät naiseuden merkityksen; mitään kategorista naisen tai naiseuden kehystä ei tarjottu valmiina, vaan pyrittiin rohkaisemaan ja tukemaan jokaisen naisen yksilöllistä tapaa ymmärtää itseään naisena. Naisten eri tavoin ambivalentit suhteet miehiin tunnistettiin, mutta miehiä naisten päihdeongel-

mista vastuuttavan ”roistokäsikirjoituksen” todellistumista (Nätkin 2006b) tai selkeää sukupuolten välistä vastakkainasettelua ei aineisto osoita. Naiseus it- sessään nähtiin arvokkaana ja arvostettavana asiana ja naisen keho hoivan ja huolenpidon ansaitsevana. Tämän kautta luotiin pohjaa itsensä kunnioittami- selle ja itsetunnon kohottamiselle, joita pidettiin tärkeänä osana kuntoutumista.

Häpeä ja siihen liittyvä sosiaalinen stigma on päihderiippuvuuden yhtey- dessä korostuneesti naisten problematiikkaa (Covington 2002; Greenfield ym. 2013). Tutkimuksessani sukupuoleen ja naiseuteen kiinnittyvät häpeäkokemuk- set tunnistettiin ja niitä haluttiin lieventää. Koettu häpeä ja häväistyksi tulemi- nen toisten ihmisten erilaisten nöyryyttävien tekojen, puheen, huorittelun ja traumaattisten kokemusten kautta tuotettuna tuotti säröjä omaan naiseuteen ja siihen, miten nainen suhtautui omaan naiseuteensa, kehoonsa, toisiin naisiin ja miehiin. Häpeä välittyy myös hoitoon hakeutumiseen sekä naisten mahdoli- suuksiin tunnistautua toipuvana päihdeongelmaisena (Mattila-Aalto 2009, 107). Tutkimukseni perusteella näyttäisi siltä, että häpeä ja syyllisyys muodostivat toisiinsa sekoittuvan vyyhdin, jossa nainen esimerkiksi koki syyllisyyttä oman juomisensa seuraamuksista lapsille ja samalla häpesi itseään päihdeongelman vuoksi ja epäonnistumista äitinä lasten menettämisen myötä. Häpeän ja syylli- syyden erottelu on haasteellista, ja häpeä sisäistettynä kokemuksena voi toimia tehokkaana torjuntana päihdeongelman käsittelylle. Häpeä on kuitenkin yksi- lön intrapsyykkistä kokemusta laajempi kysymys. Häpeä on yhteiskuntaa koos- sapitävä, integroiva, ja se kiinnittyy myös sosiaaliseen kontrolliin yhteiskunnas- sa, minkä kautta se vahvistaa tai heikentää yksilön kokemusta kuulumisesta ja osallisuudesta (Scheff 2000; Turunen 2004, 65). Siksi yksilön sisäisellä kokemuk- sella siitä, miten hän ajattelee kelpaavansa ja täyttävänsä yhteiskunnan suku- puolistuneet (rooli)odotukset ja normit, on merkitystä myös naisten päihdeon- gelmasta kuntoutumiselle. Ainakin naistenyhteisössä käytännön päihdehoidon tasolla häpeän kysymystä käsiteltiin pitkälti intrapsyykkisten ja emotionaalisten kokemusten sekä yksilötason näkökulmasta. Sosiaalityön näkökulmasta merkit- tävä kysymys onkin se, miten voidaan toteuttaa sellaisia asiakastyön tapoja, jotka purkavat yhteiskunnan rakenteiden tai auttamisinstituutioiden tasolla toistuvia häpeäkokemuksia.

Vahvasti yhtäältä sukupuoleen liittyvänä ulottuvuutena aineistosta nousi *kehollisuuden* tematiikka ja traumatisoituminen siihen kiinnittyen (luku 8). *Traumaattisten kokemusten* käsittelyllä ja niihin liittyvien ilmiöiden tunnistami- sella on ylipäätään keskeinen merkitys naisten päihdehoidossa. Traumakehys avaa ymmärrystä siihen, miten päihteillä on voitu lievittää sietämättömiä ja sa- nallistamisen tavoittamattomissa olleita kokemuksia ja tunnetiloja. Tutkimuk- seni perusteella ymmärrän, että traumaattisilla kokemuksilla on psyykkisen dimension ohella sosiaalinen, toimintakyvyn tasolle ulottuva vaikutus. Trau- moihin palautuvat kokemukset nujerretuksi tulemisesta, alistamisesta ja vähek- synnästä tuottavat psyykkisen vaurioitumisen ohella myös suoraa toimintaky- vyn heikkenemistä ja epävarmuutta sosiaalisissa tilanteissa. Jo tavallisesta arjes- ta suoriutumisesta saattaa tällöin tulla kuormittavaa. Traumaattisten kokemus- ten käsittelyn näkökulmasta keskeisiä työntekijöiden työtä luonnehtivia piirtei-

tä olivat pyrkimys vakauttavaan, nykytilanteeseen pysäyttävään toimintaan ja tietoisuuteen kiinnittävään orientoitumiseen sekä näitä tukevien hoidollisten rakenteiden kannatteluun.

Keskeinen kehollisuuteen liittyvä ymmärrys jäsentyy analyysini perusteella siinä, miten kehollisuuden kautta tuli esille päihdeongelman kokonaisvaltainen läpätunkevuus ja välittyminen mielen, tunteiden ja kehon alueille. Kehollisuuteen liittyvät työtavat, esimerkiksi päähieronta, kuitenkin poikkesivat minulle tutuista sosiaalityön työtavoista siinä määrin, että minun oli suorastaan vaikea määrittää omaa suhdettani tällaiseen työskentelyyn ja erilaisiin vaihtoehtohoitoihin – ja on osin edelleen. Lähtökohtaisesti pidän eettisesti ja interventioiden kehittämisen kannalta tärkeänä kysymyksenä tutkia ja tarkastella myös tällaisten vaihtoehtoisten lähestymistapojen toimivuuteen ja soveltamiseen liittyviä kysymyksiä. Aineistosta ei voi paikantaa sellaista kohtaa, jossa työntekijät olisivat selkeästi ottaneet kantaa siihen, missä määrin erilaiset kehollisuuteen liittyvät työtavat olivat tutkimukseen perustuvia tai oliko niiden hyödystä olemassa tutkimustietoa. Toisaalta niiden käyttöön suhtauduttiin myönteisesti, ja työntekijät olivat tässä aloitteellisia. Aineistossa on kuitenkin yksi henkilökuntakokousta koskeva episodi, jossa Laitoksen johtaja otti esille laitoksessa käytetyt hoitomuodot, joiden käytön liitän myös kehollisuuden tematiikkaan⁶⁴. Johtaja käytti tässä kohden käsitettä *uskomushoidot* viitatessaan Laitoksessa käytössä olleisiin hoitomuotoihin (esim. aromaterapia, intialainen päähieronta, akupunktio, moderni vyöhyketerapia) ja totesi, että uskomushoitojen ja niiden hyödyntämisen osalta olisi hyvä käydä keskustelua myös Laitoksessa. Esimerkiksi nais-tenyhteisössä käytössä olleen akupunktiohoidon ei ole voitu osoittaa tuottavan lisätehoa alkoholiriippuvuuden tai sen vieroitusoireiden hoidossa (Alho 2015), mutta se on silti käytössä päihdehuollossa niin laitospin avohoidossa. Vaihtoehtohoitoihin liittyvän näyttö- ja vaikuttavuustarkastelun⁶⁵ sijaan päädyin aineistoa lukiessani ja analysoidessani ymmärtämään niiden merkitystä kontekstissaan. Vaihtoehtohoidot eivät myöskään mielestäni muodostaneet aineistossani keskeistä orientoitumista kehollisuuteen, ja niiden hoidollinen merkitys liittyi mielestäni hoivavaikutukseen (Svennevig 2003). Teoreettista pohjaa kehollisuutta koskevalle tarkastelulle jäsensin somatisaatiota koskevasta ymmär-

⁶⁴ Taustana keskustelun käynnistämiseksi oli tuolloin Helsingin Sanomien mielipideosastolla 13.7.2007 julkaistu dosentti Markku Myllykankaan kirjoitus otsikolla *Puoskarit savustettava terveydenhuollosta*. Kirjoituksessa Myllykangas otti kantaa terveydenhuollossa ja A-klinikoilla annettaviin uskomushoitoihin, joita Myllykankaan mukaan olivat mm. akupunktio, vyöhyketerapia ja homeopatia.

⁶⁵ Toisaalta kriittisenä huomiona voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on ylipäättään käytössä työtapoja, joiden toimivuudesta ei ole tutkimustietoa tai joiden on todettu olevan jopa haitallisia. Kuitenkin työntekijöillä voi olla vahva subjektiivinen uskomus ja kokemus niiden hyödyllisyydestä. (Wahlbeck 2005.) Kyse ei siis ole vain päihdehoitoa koskevasta asiasta. Edes tieteelliseltä tasolta korkealle arvostettu lääketieteen professio ei ole tältä osin ongelmaton kenttä. Esimerkiksi vuonna 2011 Valvira puuttui erään lastenpsykiatrian yksikön käytössä olleeseen hoitomenetelmään ja antoi erikoissairaanhoidolain 52 §:n 1. momentin nojalla sairaanhoitopiirille määräyksen korjata kyseisen lastenpsykiatrian yksikön toiminnassa havaitut puutteet. Valvira katsoi, että suppeaan ei-tieteelliseen teoreettiseen näkemukseen pohjautuvaa ja ko. lastenpsykiatrian yksikössä kaavamaisesti toteutettua hoitomallia ei voitu pitää asianmukaisena erikoissairaanhoidon toimintatapana. (Valviran Päätös 24.2.2011, Dnro 804/05.01.04.04./2009.)

ryksestä sekä traumateoriasta naisten päihdeongelmien hoidossa. Niiden kautta kehollisuuden tematiikan ymmärtäminen ja käsittely voidaan nähdä perusteltuna ja olennaisena osana naisten päihdehoitoa. Käytettävien menetelmien toimivuutta ja pätevyyttä koskeva keskustelu ja tutkimus ovat oma erillinen kysymyksensä, johon tulisi kiinnittää huomiota ja jota tulisi selvittää tarkemmin.

Selkeästi naisten sisäiseen kokemusmaailmaan kiinnittyviä hoidollisia teemoja olivat minuuteen, tunteisiin ja mielenterveyteen liittyvät kysymykset (luku 9). *Mielenterveysongelmat* ovat yksi keskeinen nais erityyisen päihdehoidon intervention ulottuvuus. Mielenterveyteen myönteisesti vaikuttavalla hoidolla on merkitystä myös naisten laitoshoidon jälkeiselle päihteen käytön vähene miselle (esim. Marsh, Cao & D’Aunno 2004). Kutsun tässä tutkimuksessa psyykkiseksi hauraudeksi sitä kokonaisuutena hahmottuvaa kuvaa, joka minulle muodostui naisten erimuotoisesta oireilusta ja sen välittymisestä naisten sosiaaliseen toimintakykyyn. Riittävän turvallinen ja kannatteleva hoidollinen ympäristö toisaalta mahdollisti ja salli oireiden ilmenemisen ja niiden äärelle pysähtymisen. Työskentelyn kannalta olennaista ei ollut se, mikä oli mahdollinen psykiatrinen diagnoosi tai oliko sitä ylipäätään, vaan itse oire ja sen ilmeminen elämäntilanteen kokonaisuudessa ja välittyminen toimintakyvyn tasolle. Diagnoosit voi tässä kohden ymmärtää myös eräänlaisina työsuunnitelmina, jotka antoivat työlle viitteitä olennaisista seikoista ja kysymyksistä, mutta ne eivät määrittäneet työntekijöiden asennoitumista tai tuottaneet ehdottomia toimintalinjauksia. Naiselle puolestaan saattoi olla hoidollisesti merkittävä kokemus se, että hän tuli kohdatuksi ja nähdyksi omana itsenään, ei diagnoosien kautta tulkittuna ja määriteltynä. Mielenterveyden kysymysten ja psykiatristen oireiden osalta työskentely oli naisten itsetuntemuksen, tiedostamisen ja ymmärryksen lisäämiseen pyrkivää. Olennaista oli se, millaisella työskentelyllä pystyttiin tukemaan oireiden lievittämistä ja niiden kanssa elämistä. Omien oireiden ymmärtäminen ja jopa niiden kyseenalaistaminen, sietäminen ja hallinnan harjoittelu sekä sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen tapahtuivat konkreettiseen tekemiseen suuntautuen yhteisön tuella.

Samoin selkeänä omana teemanaan hoidosta erottuivat *minuus ja identiteetti* ja niihin fokusoituva työ. Yhteisö hoiti myös naisten suhdetta itseän. Jos käsitys itsestä oli vaurioitunut varhaisissa suhteissa tai se oli vahvasti kielteisillä sävyillä väritynyt, pyrittiin sitä naistenyhteisössä eheyttämään vertaistuen ja toisenlaisten suhteiden kautta. Nyt peilinä toimivat vertaiset, toiset päihdeongelmaiset naiset ja (nais)työntekijät. Tavoitteena oli tukea naisten voimaantumista ja oman minän vahvistumista ja siten edistää päihdeongelmasta toipumista. Tässä korostuu työntekijöiden kyky kohdata naiset arvostavalla ja kunnioittavalla tavalla. Toisaalta minän tasolle palautuneet kysymykset ja työskentely sisälsivät yhtä lailla suhteiden työstämistä toisiin ihmisiin, esimerkiksi rajojen asettamiseen tai yksin jäämisen pelkoon liittyvien kysymysten kautta. Siksi suhteen työstäminen omaan itseän oli tärkeää myös muille suhteille ja niihin asettautumiselle – käytännössä lähtökohta sille, että pystyi solmimaan näitä muita suhteita. Esimerkiksi kiintymyssuhteiden merkitystä voidaan ymmärtää siitä näkökulmasta, että kyky kiinnittyä läheisissä ihmissuhteissa heijastuu ky-

kyyn liittyä muihin yhteisöihin, ryhmiin ja yhteiskuntaan – siihen, miten yksilö kokee olevansa osa maailmaa ja kuuluvansa johonkin ja miten hän elämässään orientoituu (Bardy 2001). Voidaan ajatella, että minään ja identiteettiin paikantuvissa pohdinnoissa on kyse laajemmista yksilön olemassaoloon liittyvistä peruskysymyksistä. Ne koskevat paitsi sitä, keitä olemme, myös sitä, mihin kuulumme ja miten elämme. Nämä peruskysymykset ovat siis identiteettiin, yhteisöllisyyteen ja normistoon palautuvia kysymyksiä (ks. Bardy 2002), jotka kokonaisuudessaan muodostivat myös naistenyhteisön työskentelyn keskeisen kohdealueen.

Tunteiden näkökulmasta tarkasteltuna koko yhteisöelämä oli läpeensä tunteiden kyllästämää, ja tunteisiin liittyvää puhetta ja tunteiden ilmaisemista esiintyi aineistossani runsaasti. Ylipäätään yhteisö tarjosi hyvin otollisen ympäristön erilaisten tunnereaktioiden syntymiselle, niiden tarkastelulle sekä tunteiden hallinnan opettelulle erilaisista tilanteista tulevien ja eri tavoin hoitoon orientoituneiden asiakkaiden ja työntekijöiden kohdatessa. Tunteet jäsenyivät naistenyhteisön työskentelyssä paitsi tunnetilojen ilmaisuina, myös sosiaalisen kanssakäymisen ja toiminta-aikomusten välineinä (ks. Ruusuvuori 2007). Hoidossa pyrittiin antamaan tilaa erilaisille tunteille, niiden tunnistamiselle, nimeämiseksi ja hallinnan opettelulle. Tavoitteena oli vaikuttaa myönteisesti naisten tunnesäätelyyn ilman päihteiden joko tunteita vahvistavaa tai tunteita heikentävää vaikutusta tai pyrkimystä tunteiden ylikontrollointiin, mikä saattaa johtaa ärsykeherkkyyteen käyttäytymisen tasolla (Tegelsten 2007). Työntekijät myös käyttivät tietoisesti omia tunteitaan ja ilmaisivat niitä asiakkaille. Hallittu tunteiden ilmaiseminen ja nimeäminen oli yhtäältä keino osoittaa asiakkaille myös työntekijöiden tuntevan ja reagoivan ja toisaalta tietoinen tapa mallintaa, miten omista tunteista voi ja saa puhua, miten niitä nimetään ja käsitellään. Työntekijöiden ammatilliseksi haasteeksi asettautui se, miten säädellä omia tunnereaktioita ja ilmaisuja tarkoituksenmukaisella ja ammatillisella tavalla siten, että raja asiakkaisiin säilyi riittävän turvallisena ja selkeänä.

Tarkastellessani aineistoani *suhteiden näkökulmasta* (luku 10) jouduin toteamaan, että naisten suhteita toisiin ihmisiin ja työntekijöiden niihin kohdistamaa työskentelyä oli osin vaikea hahmottaa aineistosta. Kuitenkin naisten suhde toisiin ihmisiin, lapsiin, miehiin ja omaan lapsuusperheeseen nähdään merkityksellisenä ylipäätään naisten päihdeongelman ymmärtämiselle, hoitoon hakeutumiselle ja hoidossa pysymiselle sekä kuntoutumiselle (esim. Finkelstein 1994, 1996; Zelvin 1999). Kysymys suhteista näytti samalla tavoin vaikeasti jäsennettävältä ja monimutkaisuudessaan pakenevalta kuin sukupuoleen liittyvä tematiikka. Suhteet ilmiönä ja niihin liittyvät ongelmat oli helpompi tavoittaa aineistosta kuin itse suhdeinterventio eli suhteisiin fokusoituva työskentely. Ensinnäkin on naisen suhde omaan sukupuoleen ja naiseuteen sekä toisaalta vastakkaiseen sukupuoleen, toiseksi on naisen suhde omaan itseen, minään ja kolmanneksi suhde muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Luvussa 10 sivuamani *lähisuhdeteoria* (ks. esim. Byington 1997) avaa mielestäni tulokulman sekä sosiaalisiin suhteisiin että niihin minuuteen ja identiteettiin palautuviin kysymyksiin ja kipukohtiin, joita naisten elämään liittyi. Suhde itseen ja toisiin ovat toisiinsa

sulautuvia. Yhteisössä oli paljon minä-puhetta, naisten sisäiseen maailmaan suuntautuvaa reflektointia. Ajattelen, että omaan itseän ja sukupuoleen liittyvien kysymysten pohtimisella naiset työstivät myös suhdettaan muihin – toisiin ihmisiin, yhteisöön ja yhteiskuntaan. Toisaalta: jos omaan itseän liittyvien kysymysten työstäminen ja hahmottaminen oli naisille vaikeaa, välittyi tämä problematiikka yhtä lailla muiden suhteiden tarkasteluun. Paitsi suhteisiin liittyvä monimutkaisuus ja tunnistamisen ongelmat, myös tietoinen vaikeneminen tai sanojen puute saattoi osaltaan myötävaikuttaa siihen, miten suhteisiin liittyvät kysymykset aineistossa joko liukenivat osaksi muita teemoja tai niitä oli vaikea koostaa jäsenytyneesti. En siis löytänyt olettamallani tavalla ”suhdeinterventiota” eli jotakin erityistä työmenetelmää tai tapaa, jolla suhteita olisi kohdennetusti käsitelty. Tunnistan analyysini olleen osin hapuilevaa ja vajavaista. Toisaalta vaikeudet löytää sanoja, suhteisiin liittyvä vaikeneminen ja ilmiön monimutkaisuus voidaan nähdä myös tuloksina.

Aineiston perusteella voidaan todeta, että naisten päihdehoidossa merkityksellisiksi muodostuivat sosiaaliset suhteet ylipäätään osana päihdeproblematiikkaa. Tähän sisältyivät perhe- ja läheissuhteet, oma äitiys sekä suhde vastakkaiseen sukupuoleen, miehiin, ja näiden teemojen käsittely, niitä koskeva puhe ja toisaalta vaikeneminen (ks. myös Finkelstein 1994). Suhteisiin sisältyvät jännitteet, intensiivisyys, merkitykset, ongelmat ja ajalliset ulottuvuudet vaihtelivat. Keskeinen suhteisiin liittyvä problematiikka palautui luottamuksen ja turvallisuuden toisiinsa kietoutuviin kysymyksiin naisten tilanteissa. Naiset jäsenivät omaa paikkaansa ja olemistaan suhteiden näkökulmasta, ja siksi päihdeongelmaan palautuva suhteiden särkyminen ja niihin liittyvät katkokset olivat kivuliaita kohdata. Suhteita toisiin työstettiin naistenyhteisössä erilaisissa arkisissa tilanteissa, joissa keskusteltiin, toimittiin ja oltiin vuorovaikutuksessa. Yhteisö omana suhdeverkostonaan oli osaltaan yksi suhteiden tutkimisen ja niissä toimimisen harjoittelun paikka.

Suhdekysymyksen osalta haluan vielä palata *kysymykseen äitiydestä*, sillä juuri äitiyden, vanhemmuuden ja lasten merkitys hoidolle tunnistetaan myös aiemmassa tutkimuksessa (esim. Pajulo 2010, 2011; Niccols ym. 2012; Belt 2013; Suchman, Pajulo & Mayes 2013; Jeong ym. 2015). Tulosteni perusteella äitiys ja lasten kysymykset eivät nousseet korostuneesti suoran työskentelyn kohteeksi naistenyhteisössä. Äitiys oli ilmiönä ja puheenaiheena esillä, mikä tietysti jos sinällään on tärkeää ja merkityksellistä; äitiyttä ja sen kokemusta ei sivuutettu. Suora äitien ja lasten yhteinen auttamistyö jäi kuitenkin puuttumaan. Myös oma ennako-oletukseni oli, että teema näkyisi vahvemmin naistenyhteisössä kuin mitä nyt osoittautui. Ensinnäkin on mahdollista, että äitiyteen ja lapsiin liittyvien kysymysten vähäinen esiintyminen aineistossa liittyy esimerkiksi tutkimusajankohtaan, kenttäjakson pituuteen ja yhteisössä asiakkaina olleiden naisten tilanteisiin. Ainakin joillakin kerroilla kentällä huomautettiin, että pois-ollessani ”oli äitiys ollut vahvasti läsnä työskentelyssä”. Kun yhteisössä oli paljon nuoria, vielä lapsettomia naisia, saattoivat muut asiat saada työskentelyssä vahvemman painon kuin äitiys; se ei ollut sillä hetkellä ajankohtainen ja konkreettinen teema nuorten naisten elämässä. Toiseksi suoran äitiys- ja lapsi-

teeman paikantamisen ongelma saattaa palautua myös hoidon organisointiin ja lähtökohtiin. Pidän todennäköisenä sitä, että hoidon puitteet, rakenteet ja yhteisön dynamiikka loivat tilan, jossa korostui omaan itseen liittyvä pohdinta. Naisella – myös äidillä – oli kerrankin tilaa ja konkreettinen mahdollisuus asettautua itse hoivattavaksi ja hoitaa itseään. Samoin esimerkiksi traumaattisten tapahtumien käsittely oli tällöin toisella tapaa mahdollista eikä traumakäyttäytyminen välittynyt lapsiin. Hoidollisesti äidin oma, lapsista ja puolisosta erillinen hoito jäsenyi tarkoituksenmukaisena ja tässä kohden tietoisena hoidollisena linjauksena. Sen aika oli myöhemmin, ja hoidollinen jatkumo esimerkiksi koko perheen yhteisessä hoidossa oli mahdollista myös Laitoksessa. Koko perheeseen ja vanhemmuuteen fokusoituva hoito on omalta osaltaan haastavaa ja edellyttää valmiuksia tähän työskentelyyn (Hyytinen 2007; Karttunen 2016a). Toisaalta esimerkiksi päihdeongelmaisten äitien hoidon osalta on esitetty huolena se, missä määrin hoidossa on tilaa tutkia ja pohtia naiseuden kysymyksiä hoidon painottuessa vahvasti äitiyteen sekä äidin ja lapsen suhteeseen (Nätkin 2006b, 47).

Keskeinen tulos tutkimuksessani naisten *päihdeongelmien* ymmärtämisen osalta kiteytyy mielestäni siihen kokonaisvaltaisuuteen, joka lävistää sekä naisten päihdeongelmia että niiden hoitoa. Naisten päihdeongelman voidaan ajatella läpäisevän kaikkia aikaisemmin esiteltyjä teemoja. Tällainen tulkinta palauttaa päihdeongelman eri elämänalueita koskevaksi suhdekysymykseksi (Karttunen 2013) ja siten siis esimerkiksi lähisuhdeteorian näkemyksiin naisten päihdeongelmasta (Finkelstein 1996; Byington 1997; Zelvin 1999) sekä käsitykseen addiktioista minään liittyvinä yhteyksinä ja sidoksina sekä niiden vääristymisenä (Adams 2008). Kerätessäni aineistoa⁶⁶ esiin hahmottui kuva, jossa nuorempien naisten tilanteita näytti usein luonnehtivan nopeasti kehittynyt vakava-asteinen lääke- ja huumeriippuvuus, kun taas vanhemmilla naisilla ongelmaksi oli hitaammin ja vaivihkaa muotoutunut alkoholin tai lääkkeiden käyttö tai sekakäyttö. Huomiota olisikin syytä kohdentaa esimerkiksi siihen, millaisia mahdollisia ikään ja sukupolvikokemukseen liittyviä eroja päihteiden ongelmakäyttöön kytkeytyy ja millaisia hoidollisia tarpeita eri-ikäisillä naisilla mahdollisesti on. On syytä muistaa, että samankaltaiset psykososiaaliset taustatekijät eivät suoraviivaisesti tuota samanlaisia lopputuloksia päihteiden käytön osalta (Goldberg 1999). Ylipäätään moninaisia olivat ne erilaiset elämäntilat ja tilannetekijät, jotka olivat johtaneet eri naisten kohdalla samaan lopputulokseen – päihteiden väärinkäyttöön ja laitoshoittoa vaativaan riippuvuuteen. Toisaalta eroja naisten kokemuksiin saattoi erilaisten sosioekonomisten tekijöiden ohella tuottaa se, millaisesta, miten voimakkaasta ja mihin aineeseen kiinnittyvästä riippuvuudesta oli kyse. Huumeiden käyttö näyttäytyi kuluttavampana ja kovempaan maailmana. Mitä ilmeisimmin käyttökonteksti ja siihen nivoutuvat

⁶⁶ Viittaan tässä kohden siihen, että keräsin alunperin etnografisen aineiston kahdesta eri päihdehoitolaitoksesta, jolloin tässä esitettävät havainnot koskevat myös sitä. Toisessa tutkimassani laitoksessa (erityisensikodissa) esille nousivat vahvasti nuoret, huumeita käyttäneet äidit. Luvussa 4 selostin tarkemmin näitä kahta kenttää ja ratkaisuani siitä, miksi toinen tutkimuskohde rajautui pois lopullisesta väitöskirjasta.

toiminnot ja sosiaaliset suhteet muotoutuvat eri tavoin sen mukaan, onko kyseessä alkoholin vai huumeiden käyttö; ”narkkiluukkujen” todellisuus (Perälä, Kainulainen & Tammi 2012) on toinen kuin lähiöbaarin karaokeilta. Näin naisten elämään välittyivät myös osin erilaiset sosiaaliset ja terveydelliset riskit ja tekijät.

Muutostyön osalta nais erityisyyden jäljittäminen on ollut haasteellista (luku 11). Aineistoa lukiessani olen toistuvasti pohtinut sitä, mikä muutostyötä kuvaavissa episodeissa on nais erityistä ja mistä se muodostuu vai onko muutos sinällään sittenkin sukupuolesta riippumaton prosessi. Muutosta tarkasteltaessa oli selvästi havaittavissa yhtymäkohtia muiden, kumpaakin sukupuolta koskevien tutkimusten tuloksiin. Yhtäläisyydet liittyvät esimerkiksi elämäntavan muutoksen tarpeen kokonaisvaltaisuuteen, sosiaalisen integroitumisen ja osallisuuden haasteisiin, identiteettityön kysymyksiin ja korvaaviin riippuvuuksiin. (Esim. Koski-Jännes 1998; Knuuti 2007; Mattila-Aalto 2009; Kuusisto 2010.) Esimerkiksi Ulla Knuuti (2007, 117) havaitsi omassa tutkimuksessaan huumeiden käytön olleen sukupuolittunut ilmiö, mutta toipumisprosessin osalta naiset ja miehet eivät näyttäneet eroavan toisistaan. Toisaalta naisten päihdehoitotutkimuksissa on tuotu esille esimerkiksi vahvan ja suoran konfrontoinnin ja hierarkkisten hoitoasetelmien välttäminen hoidon piirteinä sekä naisten tarve tuntea turvallisuutta ja yhteenkuuluvuutta suhteessa muihin asiakkaisiin ja työntekijöihin (*bonding*). Naisten muutosvalmius puolestaan voi kohdentua laajasti eri elämänaalueille (Brown ym. 2000). Samoin esimerkiksi ryhmäkeskustelujen teemat käsittelivät naisille tärkeinä pidettyjä aiheita, esimerkiksi häpeää, omaa naiseutta, identiteettiä, äitiyttä ja perhesuhteita. Näitä kaikkia voidaan pitää tärkeinä nais erityisinä hoidon organisointiin, sisältöihin ja vuorovaikutustyyliin liittyvinä elementteinä päihdeongelmiin fokusoituvassa muutostyössä. (Esim. Copeland 1997; Grella ym. 1999; Fendrich, Hubbell & Lurigio 2006; Sun 2006; Wisdom ym. 2009.) Näiden voidaan selkeästi todeta toteutuneen tutkimassani interventiossa.

Tutkimuksessani muutostyön keskeinen lähtökohta oli näkemys asiakkaista aktiivisina ja vastuullisina toimijoina oman elämänsä ja muutostyön suhteen. Käytännön työssä tuettiin ja ohjattiin siirtymistä passiivisesta sivustaseuraajasta aktiiviseksi toimijaksi omassa elämässä. Muutostyössä keskeistä oli myös tavoitteiden asettaminen ja niiden arviointi. Tärkeänä pidettiin, että tavoitteet olivat naisille henkilökohtaisia, heille itselleen tärkeitä ja heidän itsensä asettamia. Muutos jäsenyi konkreettisena tekemisenä, toisin toimimisena, sen harjoitteluna ja oppimisena. Toisaalta muutos nähtiin myös psyykkisenä työskentelynä, jossa tutkivalla ja refleктоivalla orientoitumisella pyrittiin vaikuttamaan mentaalisiin malleihin, ajatuksiin, arvoihin ja uskomuksiin.

On kuitenkin todettava, että syvällisemmät suhteet naisten asemaan muussa yhteiskunnassa ja sen instituutioissa jäivät työskentelyssä ohuiksi. Työskentelyssä tunnistettiin asunnottomuutta, yksinäisyyttä ja sosiaalisia suhteita, psyykkistä haurautta, alentunutta sosiaalista toimintakykyä, työttömyyttä, rikollisuutta, koulutusta ja taloudellista toimeentuloa koskevat kysymykset naisten elämäntilanteissa sekä näiden välittyminen päihdeongelmaan. Näiden

psykososiaalisten ongelmien muodostamien vyyhtien kokonaisvaltaisemman käsittelyn ajankohta sijoittui käytännössä selkeämmin Laitoksen hoitajakson ulkopuolelle ja sen jälkeiseen aikaan. Tämä selittyy mielestäni ensinnäkin sillä ajallisella kehyksellä, joka hoidolle oli asetettu; oli mahdollista, että kuukauden peruskuntoutusjakson jälkeen hoito päättyi. Laitos myös toimi irrallaan hoitoon tulevien asiakkaiden sosiaalisesta ympäristöstä ja paikallisesta yhteisöstä. Laitokseen tultiin eri puolilta Suomea, joten jo fyysinen etäisyys omalle kotipaikkakunnalle saattoi olla pitkä. Laitos ja naisten elämänpiirit eivät sijoittuneet millään tavoin samalle toimintakentälle, ja niiden toiminnalliset yhteydet olivat ohuet. Asiakkaita hoitoon lähettävien kuntien ja viranomaisten ymmärrys ja suhtautuminen naisten päihdeongelmiin ja hoidollisiin tarpeisiin saattoivat vaihdella ja poiketa niistä lähtökohdista, joista käsin naistenyhteisössä hoitoa olisi suunniteltu eteenpäin. Nämä seikat heikensivät mielestäni mahdollisuuksia kokonaisvaltaisten kuntoutumisen polkujen rakentamiseen. Samoin ne saattoivat merkitä sitä, että hoidossa virinneille kysymyksille ei välttämättä ollut tiedossa vankkaa vastaanottavaa tahoja jatkotyöskentelylle. Kuitenkin useiden naisten kohdalla päästiin hyvään alkuun päihdekuntoutumisen prosessissa, osalle hoito toimi vakavana pysähtymisen paikkana ja merkittävänä suunnanmuutoksen kohtana ja osa siirtyi selkeästi aktiivisen muutostyön vaiheeseen. Halua ja valmiutta jatkaa tätä työskentelyä olisi ollut, ja naiset toivat esille toiveen saada tähän tukea.

Kaikkiaan voidaan todeta, että tutkimastani naisten päihdehoidon interventiosta oli paikannettavissa nais erityyppisen päihdehoidon eri ulottuvuudet (luku 4.1). Eli nais erityyppisyyteen aiemmissa tutkimuksissa liitetyt hoidolliset ulottuvuudet saivat empiirisen vastineen. On kuitenkin todettava, että eri osa-alueet painottuivat vaihtelevasti, ja osa teemoista oli esillä ohuemmin tai niihin oli vaikeampi saada aineistosta tarttumapintaa. Ylipäätään nais erityyppisyyttä koskevissa päihdetutkimuksissa on tuotu yhtenä ongelmana esille käsitteellinen, teoreettinen ja menetelmiin liittyvä epätarkkuus nais erityyppisyyden syvällisemmästä sisällöstä. Tähän samaan pulmaan törmää myös oma tutkimukseni: nais erityyppisyys on mielestäni selvästi tunnistettavissa, mutta joissakin kohdin on ollut vaikea perustella jonkin seikan nais erityyppisyyttä. Esimerkkinä tästä otettakoon päihdeongelmien hoidossa ja retkahduksen ehkäisyssä käytettävä kognitiivinen viitekehys, jota on sovellettu naisten päihdehoidossa (esim. Cohen & Hien 2006; Greenfield ym. 2007b), jolle on tutkimuksellista tukea ylipäätään (esim. Carroll & Onken 2005) ja joka sisältyy myös lääketieteen Käypä hoito -suositukseen (Alkoholi-ongelman hoito 2015). Kognitiivinen viitekehys ei kuitenkaan itsessään ole se nais erityyppinen elementti. Sen toimivuus rakentuu nais erityyppiseksi työntekijöiden vuorovaikutustyylin ja orientoitumisen kautta ja siinä hoidollisessa kokonaisuudessa, jossa tunnistetaan ja käsitellään naisten hoidossa tärkeinä pidettyjä kysymyksiä samalla, kun sovelletaan kognitiivisen teorian lähtökohtia ja menetelmiä.

Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt kuvaamaan yhden naisille tarkoitetun päihdehoidon intervention keskeisiä ulottuvuuksia ja sitä, miten aikaisemmassa tutkimuksessa esille tuodut kysymykset, ilmiöt ja teemat ilmenivät hoidossa.

Hoidon tuloksiin tai vaikuttavuuteen en sinällään ole tällä tutkimusasetelmalla voinut ottaa suoraan kantaa, eikä se ollut tutkimukseni tavoitteenakaan. Ne ovat kuitenkin väistämättä tulleet mieleen useasti tutkimukseni eri vaiheissa. Tutkimuksessa toteuttamani empiirisen aineiston sisältämien havaintojen ja ilmiöiden tarkastelu nais erityisen päihdehoidon ulottuvuuksien kautta sekä monialaisen tutkimuskirjallisuuden keskusteluttaminen antavat kuitenkin lukijalle mahdollisuuden tehdä joitakin päätelmiä hoidon mahdollisesti toimivista piirteistä sekä myös ongelmallisista ja lisätutkimusta tarvitsevista seikoista. Nais erityisyyden näkökulmasta tutkimani naisten yhteisön hoidon vahvuuksia olivat naiseuden merkityksen ymmärtäminen hyvin kokonaisvaltaisesti koko päihdeongelmalle ja siitä toipumiselle, traumaattisten kokemusten ja psyykkisen haurauden muodostaman kokonaisuuden käsittely, voimaannuttamista tavoitteleva, häpeän lieventämiseen pyrkivä sekä identiteettiä vahvistava työote ja kunnioittava, vahvaa konfrontaatiota välttävä vuorovaikutustyyli. Naisten keskinäinen vertaistuki ja naisista muodostuva yhteisö muodostivat myös psyykkisesti riittävän kannattelevan ja turvallisen ympäristön. Nämä kaikki palautuvat myös olemassa olevaan hoitotutkimukseen naisten hoidon toimivuutta edistävinä elementteinä. Näin ollen voidaan todeta, että interventiolla oli myös tutkimukseen perustuvaa taustaa hoidolle, ja sikäli sitä voidaan nimittää nais erityiseksi päihdehoidon interventioksi.

12.2 Yhteisöllisyyden tarkastelua

Tutkimukseni toisena tehtävänä oli tarkastella yhteisöllisyyden ulottuvuuksia. Tarkastelen seuraavaksi sitä, mitä yhteisöllisyys tuotti naisten yhteisön hoidolle ja sen käytännöille. Tutkimuksessani yhteisöllisyys oli sekä hoidon käytännöllinen menetelmä että hoidon rakenne. Tämän keskeisen oivalluksen ja havainnon kautta on mahdollista ymmärtää naisten yhteisön toimintaa ja sen logiikkaa. Lisäksi vahvan painotuksen kokonaisuuteen tuotti demokraattinen yhteisöhoito koko laitoksen toimintaa ja työntekijöiden työtä ohjaavana hoitoidelogiana. Yhteisön ympärille rakentuivat päivittäinen hoito-ohjelma, vuorovaikutus, rutiinit ja tapahtumat laitoksessa. Yhteisön kautta rakentui siis kuntouttava konteksti: yhteisössä eläminen ja oleminen kuntouttivat ja tukivat päihdeettömyyttä, ja kuntoutuminen tapahtui suhteissa. Yhteisöllisyys oli tulosteni perusteella siis suhteissa olemista ja niiden rakentamista hoidollisen, kannattelevan ja korjaavia kokemuksia tuottavan yhteisön avulla. Suhteet läpäisevät naisten suhdetta omaan sukupuoleen, persoonalliseen itseen, toisiin ihmisiin ja lopulta suhdetta yhteiskuntaan ja omaan asemoitumiseen sosiaalisilla kentillä (Henderson & Boyle 1997; Byington 1997; Väyrynen 2007).

Naisten yhteisön hoito, ideologia ja työorientaatio asettautuivat sosiaalityön ja psykoterapian kenttien leikkauspinnalle. Psykoterapiassa työn fokusissa ovat yksilön kokemukset, tunteet, uskomukset ja fantasiat sekä niiden taustalla vaikuttavat tiedostamattomat ristiriidat ja traumat. Sosiaalityö puolestaan kiinnittyy konkreettisemmin sosiaalisiin suhteisiin ja elämän käytännöllisiin

siin ongelmiin sekä niiden sosiaalisiin seurauksiin, kuten päihderiippuvuuteen, väkivaltaan tai syrjäytymiseen. Kumpikin edellyttää ymmärrystä toisen kentän toiminnasta ja käsityksistä. (Kotkavirta 2008, 244.) Tutkimuksessani yksilöllisen ja suljetun hoitosuhteen sijaan kuntouttavaksi kontekstiksi asettautui laajempi sosiaalisten suhteiden verkosto: asiakkaiden ja työntekijöiden muodostama yhteisö. Yhteisön muodostama sosiaalinen kenttä toimi harjoitusalueena itseä koskevien kysymysten laajemmalle tarkastelulle. Sisäänpäin kääntynyttä minää rohkaistiin suuntautumaan ulos, suhteeseen muihin ja maailmaan ja hyödyntämään henkilökohtaisten ongelmien tutkimisessa sosiaalista palautetta ja tukea. Tämä vertaistuen ja toisten ihmisten kautta rakentunut tarkastelupinta käytännössä tuotti sen, että yksilötason problematiikka sai sosiaaliset ja laajemmat ulottuvuudet, eikä ongelmia palautettu vain yksilön intrapsyyken tasolla oleviksi patologioiksi. Ongelmat eivät siis jääneet yksittäisten, vain asiakkaan ja työntekijän välisten suljettujen tapaamisten sisälle ja siinä tulkittaviksi, osaksi hoitosuhdekeskusteluissa rakentuvaa terapeuttista keskustelutodellisuutta.

Demokraattinen yhteisöhoito on hoitoa ohjaavana ideologiana sikäli haasteellinen, että se on usein ulkopuolisille vaikeasti hahmottuvaa. Siksi demokraattisen yhteisöhoidon arjen kuvaaminen ja todellisuuden välittäminen on vähintään haastavaa ja yhteen väitöstutkimukseen puristettuna väkisinkin rajallista. Pidän ensinnäkin hyvin todennäköisenä sitä, että saman nais erityyppisen päihdehoidon intervention ulottuvuuksien sijoittaminen esimerkiksi päihdehuollon avohoidon kontekstiin tuottaisi toisenlaisia painotuksia hoitoon. Avohoidossa jo hoitokontakti henkilökuntaan ja toisiin asiakkaisiin on vähemmän intensiivinen, joskin ajallisesti se voi olla huomattavasti pidempi. Hoito voi olla käytännössä irrallaan vertaisista ja yksilökohtaiseen hoitosuhteeseen perustuvaa. Toiseksi demokraattinen yhteisöhoito ja sen tuottamat ideologiset sitoumukset Laitoksen arkeen ja työtapaan ovat väistämättä vaikuttaneet siihen, millä tavoin nais erityyppisyys toteutui juuri tässä laitoshoidon yksikössä. Tässä kohden korostuivat erityisesti asiakkaiden oma aktiivisuus, vertaistuki ja sosiaalinen, arjessa tapahtuva oppiminen. Tutkimassani hoitoasetelmassa työntekijöiden toimintaa luonnehti taipumus latenttiin vallankäyttöön, tietoinen pyrkimys tehdä itsensä tarpeettomiksi ja yhteisön itseohjautuvuuden tukeminen. Hoidon ja kohtaamisen lähtökohdat palautuivat osin toisenlaisiin lähtökohtiin ja käsityksiin esimerkiksi päihdeettömyyden tavoittelun, muutostyön tai minuutteen liittyvän työskentelyn osalta verrattuna hierarkkisiin hoitoyhteisöihin (vrt. esim. Hännikäinen-Uutela 2004).

Yhteisöhoidon hienous ja samalla haastavuus oli siinä, miten yksilöllinen kietoutui toisten tilanteisiin ja kokemuksiin ja levisi edelleen yhteisöön; yksilön problematiikasta tulikin yhteisön ongelmakenttää. Tällöin harhainen asiakas saattoi projisoida esiin toistenkin epäluuloisuuden, levottomuuden ja turvattomuuden. Samoin yksittäisen asiakkaan vahva persoona saattoi joko viedä yhteisöä eteenpäin tai toimia toisia asiakkaita rajoittavana ja vaikeana. Toisinaan oli vaikea varmasti todeta, säätelikö yhteisön toimintakykyisyyttä enemmän yksittäinen asiakas vai sittenkin kaikkien toiminnasta ja orientoitumisesta muodostuva dynamiikka. Oletettavasti sekä yksittäisistä asiakkaista että samal-

la koko yhteisön tilanteesta riippui, miten vahvoja tunnetartuntoja syntyi ja miten paljon yhteisö taas kykeni kannattelemaan ja tukemaan. Tutkijan näkökulmasta yhteiselämään sisältyvät vahvat tunnelataukset saattavat harhaannuttaa myös tutkijan katseen yhteisön reagoidessa eri tavoin milloin mihinkin yksittäisen asiakkaan tilanteeseen tai oireiluun. Tällöin huomio voi kiinnittyä itse tunnelmaan ja sen ihmettelyyn (mistä tässä oikein on kyse?), mikä sekin on tärkeää, mutta jotakin tutkimustehtävän kannalta olennaista voi jäädä tällöin katveeseen.

Demokraattisen yhteisöhoidon näkökulmasta erimuotoinen oireilu, poikkeavuus ja häiriöt olivat funktionaalisia ja niitä siedettiin, jotta niitä voitiin yhdessä tutkia ja siten edistää yksilöllistä muutosta. Työntekijöiden keskeiseksi tehtäväksi asettautui tämän kokonaisuuden ohjaus: erilaisin lähtökohdin, motiivein ja odotuksin hoitoon tulevien naisten yhteen saattaminen ja yhteisön jatkuvan muutoksen tuottamien reaktioiden ja dynamiikan hallinta. Yhteisön ohella tuli kuitenkin nähdä ja kohdata jokainen nainen yksilönä ja ymmärtää se elämän kokonaisuus, josta käsin nainen hoitoon tuli, asettautui ja lähti. Tutkimassani interventiossa yhdistyivät yhtä aikaa vertaistuki ja sitä kannatteleva ammattiapu. On kuitenkin todettava, että läheskään kaikille naisille demokraattisen yhteisöhoidon ideologian varaan rakentuva hoito ei soveltunut. Esimerkiksi vahvaa työntekijäjohtoisuutta ja strukturoidumpaa hoito-ohjelmaa tai kohdennetusti yksilökohtaista työskentelyä kaipaaville asiakkaille demokraattinen yhteisöhoito vaikutti sekavalta, vertaistuen korostaminen riittämättömältä ja työntekijöiden asema ja rooli epäselviltä. Asiakkaat saattoivat kokea tällöin turvattomuutta, ja heillä oli vaikeuksia asettautua yhteisöön sekä hyödyntää sen ideoita ja esimerkiksi vertaistukea omassa kuntoutumisessaan. Toisaalta joidenkin naisten kohdalla katson demokraattisen yhteisöhoidon toimineen nimenomaan asiakkaan subjektiivista ja pystyvyysodotuksia vahvistavana ja suoranaisena ”ryhtiliikkeenä” oman elämäntilanteen jäsentämisessä ja haltuunotossa. Merkityksellisenä näen tässä naistenyhteisön työntekijöiden motivoivan, kunnioittavan ja asiakkaiden mahdollisuuksiin aidosti uskovan työorientaation ja asennoitumisen.

Tutkimuksessani yhteisö ja sen toistuvat rutiinit muodostivat sen konkreettisen kehyksen, jossa muutostyötä tehtiin ja muutosta edistävä sosiaalinen oppiminen tapahtui. Yhteisön säännöllinen päivärytmi loi aikaisemmasta elämästä usein poikkeavan ajallisen kehyksen, jossa vuorokaudella oli selkeä ajallinen rytmi ja jossa asiat tapahtuivat ja toistuivat tunteista ja mielialoista riippumatta. Tämä tuotti turvallisuutta ja vakauttavia elementtejä, jotka ovat tärkeitä erityisesti traumatisoituneille asiakkaille. Keskeistä oli vertaisten, toisten päihdeongelmaisten naisten avulla jäsentyvä oman ajattelun ja elämän peilaaminen. Myös tässä yhteisö ja esimerkiksi ryhmätilanteet toimivat käytännöllisenä harjoituskenttänä. Vertaistuki ja naisille tarkoitetut ryhmät voivat parhaimmillaan olla erittäin merkityksellisiä naisten toipumiselle (esim. Covington 2002; Palojärvi 2009; Greenfield ym. 2013). Työskentelyn tavoitteena oli vahvistaa naisten sosiaalista toimintakykyä ja pystyvyydentunnetta. Kuntoutuminen nähtiin oppimisprosessina, joka läpäisi elämäntapaa, identiteettiä, sosiaalisia suhteita ja arvoja. Tämä vastasi ylipäätään terapeuttisen yhteisöhoidon ideoita (De Leon 1994).

Päihdehoidon kontekstissa yhteisöhoito tarjosi sellaisen päihdeettömän ympäristön, jossa oli mahdollisuus kokea johonkin kuulumista, hyväksyntää, osallisuutta ja osallistumista hoidollisen yhteisön kautta. Kyse oli myös tavallisuuden ja normaalisuuden vahvistamisesta siinä mielessä, että nainen oppi näkemään itsensä tavallisena ja normaalina naisena ja yhteiskunnan jäsenenä ilman ikuista "narkkarin" tai "juopon" stigmaa (vrt. Mäkiranta 2005, 19). Yhteisö toimii sen jäsenille peilinä, ja sen tehtävänä on palauttaa päihdeongelmainen ihminen takaisin muiden ihmisten yhteyteen ja opettaa vastavuoroista luottamusta (Ruisniemi 2006a, 11–12). Yhteisöhoitossa pyrittiin tukemaan naisten sosiaalista toimintakykyä ja laitostuntoutusjakson aikana alkanutta myönteistä ajattelun ja toimintatapojen muutosta. Keskeinen tavoite oli, että yhteisön hoitavan vaikutuksen myötä valmiudet toimia Laitoksen ulkopuolisessa maailmassa ja suhteessa siihen vahvistuisivat.

Katseen ulottaminen laitoshoidon ulkopuoliseen maailmaan tarkoitti myös sitä, että yhtenä olennaisena ja hoitoon sisäänkirjoitettuna tavoitteena oli tukea naisten liittymistä ja kiinnittymistä yhteisöön ja edelleen yhteiskuntaan. Yhteiskuntaan kiinnittyminen ei ole helppoa varsinkaan silloin, jos siinä ei ole koskaan kiinni oltukaan (Virokannas 2013, 78). Elämänkulun kaaos, tärkeiden kehitysvuosien kuluminen päihdekeskeisessä elämässä ja traumaattiset kokemukset vieraannuttavat (Väyrynen 2007; Virokannas 2013). On syytä pohtia vakavasti, mikä on se paikka ja taho, johon esimerkiksi päihdeongelmien, rikollisuuden ja vankilatuomioiden kierteissä elävät päihdeongelmaiset voivat ylipäättään integroitua, vai kuntoutuvatko he tyhjän päälle. Ihminen ei myöskään itse välttämättä pidä itseään syrjäytyneenä, ja toisaalta vaihtoehtoisen, yhteiskunnan normien vastaisen elämäntavan omaksuminen voi olla kulttuurinen perinne ja välittyä sukupolvesta toiseen. (Granfelt 2004b, 141–142.) Pidän tätä kiinnittymisen ja liittymisen kysymystä kriittisenä hoito- ja palvelujärjestelmälle, sillä osattomuuden kokemukset, yhteisöllisten suhteiden ulkopuolelle jääminen sekä äärimmillään syrjäytyminen merkitsevät käytännössä toipumismahdollisuuksien murentumista. Sosiaalisten suhteiden tasolla yksilön on mahdotonta elvyttää päihdeiden haurastuttamia ja rikkomia suhteita ja liittyä uudelleen, jos hän ei saa pyrkimyksilleen vastakaikua ja tukea toisilta (Adams 2008, 65–66). Tutkimukseni ei anna vastauksia näihin liittymisen ja kiinnittymisen vaikeisiin kysymyksiin, mutta ne väistämättä nousivat esille naisten hoidon yhteydessä. Samoin niiden esittäminen ja työskentelyn sisäänkirjoitetuksi tavoitteeksi asettaminen asettavat mielestäni haasteen sosiaalityölle ja sen roolille päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa tehtävän työn kentällä.

12.3 Suuntaviivoja naisten päihdehoidon kehittämiseksi

Päihdeongelmasta toipuminen on vaativa ja pitkä prosessi ja muutoksen ylläpito haastavaa. Jonkin muun väittäminen olisi tässä(kin) tutkimuksessa osallisina olleiden naisten tilanteiden vähättelyä. Päihdeongelmaisia naisia kohtaavat työntekijät ovat hekin monin tavoin vaikeiden kysymysten edessä. Heidän

eteensä levittäytyy laaja elämäntarinoiden kirjo, joka sisältää osin hyvin vaikeita kokemuksia ja kohtuuttomia tilanteita, jotka ovat emotionaalisesti latautuneita ja joille voi olla vaikea löytää sanoja. Laitoshoitoon tulevien päihdeongelmaisten naisten elämäntilanteet kertovat osaltaan myös suomalaisen yhteiskunnan ongelmista ja siitä sosiaalisesta kontekstista, jossa päihdeongelmat rakentuvat ja jossa niitä ylläpidetään. Samoin ne kertovat psykososiaalisten ongelmien ylisukupolvisen välittymisen traagisista seurauksista, auttamisjärjestelmämme puutteista ja hoidollisten jatkumojen katkoksista. Korostuneen päihdemyönteinen asenneilmapiiri ja yksilöllistä vastuuta painottava kulttuurinen ajattelu puolestaan muodostavat haastavan toipumisympäristön. Retkahdus näissä olosuhteissa voi merkitä epäonnistumisen kokemusta ilman asianmukaista hoidollista tukea ja ymmärrystä, joka veisi eteenpäin lamaantumisen, häpeän ja luovuttamisen sijaan.

Tutkimukseni perusteella pidän tärkeänä kiinnittää huomiota hoidon pituuteen ja hoidollisten jatkumojen järjestämiseen⁶⁷. Näin on erityisesti silloin, kun kyse on pitkäkestoisista ja monitahoisista ongelmista ja tilanteista. Katson, että osa päihdeongelmaisista naisista voi tarvita pidempää⁶⁸ laitosmuotoista kuntoutusta, sillä heidän psyykkinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakykynsä ja elämäntilanteensa kokonaisuudessaan edellyttävät tätä. Ilman riittävän pitkää laitoshoidon jaksoa voi olla vaikea rakentaa hoidollisesti kestävää ja kannattelevaa kokonaisuutta, joka vastaisi naisten yksilöllisiin tarpeisiin ja tukisi päihdeongelmasta kuntoutumista tarkoituksenmukaisella tavalla myös laitospäätyneen kuntoutuksen jälkeen. Erityisesti kasautuneista sosiaalisista, terveydellisistä ja mielenterveyteen liittyvistä ongelmista kärsivät naiset saattavat tarvita pitkäkestoisista ja kannattelevaa psykososiaalista tukea sekä materiaalista ja taloudellista apua. Sen sijaan osalle päihdeongelmaisista naisista riittää selvästi myös lyhyt hoitajakso laitoksessa: se voi kirkastaa tavoitteita, antaa suuntaa ja tukea kuntoutumisen alkua. Mielestäni voi ajatella siten, että pitkä hoito sisältää tarvittaessa paitsi riittävän pitkän laitoshoidon, myös riittävän pitkän avohoidon työskentelyn. Havaintojani ja päätelmiäni hoidon saatavuuteen ja jatkuvuuteen liittyvistä pulmista tukee se, että ainakin naisten päihdehoidon saata-

⁶⁷ Olen tietoinen siitä, että kysymys hoidon pituudesta, intensiteetistä, vaikuttavuudesta ja hoidollisista jatkumoista on monimutkainen, ja tutkimuksissa on esitetty erilaisia näkemyksiä asiasta (ks. esim. Kaukonen 2002b; McLellan 2002; Moos & Moos 2003; Saarnio 2009; Stahler, Mennis & DuCette 2016).

⁶⁸ Toisaalta tutkimuksissa on erilaisia näkemyksiä myös siitä, miten pitkäkestoinen laitoshoito ylipäätään määritellään (Greenfield ym. 2004). Esimerkiksi Lawrence Greenfieldin ym. (2004) mukaan aikaisemmassa tutkimuksessa pitkä hoito on määritelty kolmeksi kuukaudeksi tai sitä pidemmäksi, mutta Greenfieldin ym. tutkimuksen hoitomalleissa pitkä hoito oli 6–12 kuukautta. Naistenyhteisön peruskuntoutusjakso oli kuukauden mittainen, ja osalla naisista se jäi tähän eri syistä johtuen. Ongelmalliseksi tilanne muuttui havaintojeni mukaan silloin, kun sekä asiakas itse toivoi että työntekijät arvioivat naisen hyötyvän jossakin tilanteessa pidemmästä jaksosta laitoksessa, mutta mahdollisuutta tähän ei maksajan taholta annettu. Ei tietenkään ole millään tavoin järkevää eikä perusteltua pitää asiakaita laitososuhteissa pidempään kuin on hoidon kannalta tarkoituksenmukaista (myös Kaukonen 2005, 313). Pitkäkestoisissa ja monimutkaisissa ongelmassa kuukauden laitoshoidon jaksot vaikuttivat asiakkaan kokonaistilanteen kannalta epätarkoituksenmukaisilta varsinkin, kun mahdollisuudet hoitoon ja muuhun psykososiaaliseen tukeen laitospäätyneen jälkeen näyttivät vaihtelevilta.

vuuden ongelmista on raportoitu myös kotimaisessa tutkimuksessa ja selvityksissä (esim. Pennonen 2014; äiti-vauvaparrien hoidon osalta esim. Leppo, Tervo & Andersson 2009; Leppo 2012b). Kerstin Stenius ym. (2012, 168) toteavat päihdehuollon erityispalvelujärjestelmän olevan vakiintunut suuremmilla paikkakunnilla. Sen sijaan pienillä paikkakunnilla tavanomaisempaa on, että palvelut järjestetään ei-päihdetyöhön erikoistuneina sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina. Kuntien palvelurakenteet ovat siis erilaisia ja palvelujen saatavuudessa on eroja, mikä asettaa apua tarvitsevat asiakkaat eriarvoiseen asemaan (Kuussaari ym. 2017). Yleisesti ottaen tässä tutkimuksessa naisten hoidon saatavuuteen, kestoon ja jatkuvuuteen liittyen vaikutelmaksi jäi hajanaisuus, riski katkoksiin, laaja vaihtelu ja siten naisten eriarvoinen asema suhteessa mahdollisuuksiin olla riittävän pitkään naistenyhteisössä sekä saada yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa jatkohoittoa ja tukea laitoshoidojakson jälkeen. Kaikkiaan tämä voi merkitä myös päihdeongelmaisten naisten tilanteisiin usein liittyvien psykososiaalisten kysymysten käsittelyn pirstoutumista eri tahoille, kokonaiskuvan jäämistä epäselväksi sekä naisten päihdeongelmaan välittyvien rakenteellisten seikkojen hämärtymistä.

Pitäisin yksittäisen naisasiakkaan näkökulmasta tärkeänä sitä, että hoitoa suunniteltaessa työntekijällä olisi selvä käsitys siitä, millaisiin teoreettisiin ja menetelmällisiin lähtökohtiin hänen suosittamansa hoito perustuu, eli mikä on hoidon käytäntöihin välittyvä hoitoidologia ja miten asiakkaan kokonaistilanne ja hoidon tarve suhteessa tähän asettautuvat. Yksilöllisesti harkitut hoitopolut voivat olla perusteltuja (Kuusisto 2010, 57). Toki on tunnustettava, että ennen hoitoa on vaikea antaa täsmällistä vastausta siihen, mistä juuri tämä asiakas varmuudella hyötyisi (Murto 2002, 190). Samoin reaali maailmaan palautuva kysymys tässä kohden on se, missä määrin kuntien kilpailutukset ja muut reunaehdot mahdollistavat yksilöllisesti soveltuvimman hoitomuodon valinnan. Oma kysymyksensä on edelleen se, miten varmistetaan hoitoon lähteville työntekijöille riittävä tieto eri hoitomuotojen sisällöistä ja lähtökohdista tai millaista tutkimukseen perustuvaa tietoa tarjolla olevasta hoidosta on olemassa. Hoitomuotojen vertailu ei sekään ole yksiselitteistä, jos niiden avulla pyritään ennakoimaan esimerkiksi hoidon jälkeistä päihteiden käyttöä (Kaukonen 2002b; ks. myös luku 3 tässä tutkimuksessa).

Asiakkaiden (palvelu)kokemusten näkökulmasta tärkeä kysymys on, missä määrin hoitojärjestelmä ja sen työntekijät kykenevät aidosti tavoittamaan naisten kokemuksia, tarpeita ja elämäntilanteiden realiteetteja. Sosiaalityön ammattikielessä vilisevät myönteisesti latautuneet käsitteet liittyen asiakkuuteen, voimavaroihin ja toimijuuteen voivat myös olla hyvin kaukana naisten elämäntilanteiden realiteeteista (Granfelt 2009, 174–175). Erityisesti traumaattisia kokemuksia kantavien naisten elämäntilanteet nostavat mielestäni esille tärkeän kysymyksen siitä, millaisia käsityksiä hoitoon sisältyy ihmisen toimijuudesta, vastuusta tai kyvystä tehdä valintoja ja millaisiin laajempiin yhteiskunnallisiin ideologisiin virtauksiin ne palautuvat. Michael Salterin ja Jan Breckenridgen (2014) mukaan yhteiskunnassa vallitseva uusliberalistinen ihmiskäsitys, sen sisältämät ideat yksilöllisestä vapaudesta, vastuusta ja valintojen tekemisestä

tä heijastuvat vallitseviin hoitokäytäntöihin. Päihdeongelmaisten naisten ja heidän hoitonsa näkökulmasta tämä ideologia sivuuttaa sukupuoleen ja rakenteisiin liittyvät seikat, naisten elämäntilanteiden kompleksisuuden ja syyllistää ja moraalisesti leimaa hoidossa ”epäonnistuvan” naisen. Salter ja Breckenridge (2014, 168–169) huomauttavat, että myös naisille tarkoitettujen päihdehoito-ohjelmat voivat ulossulkea ja hylkiä juuri eniten apua tarvitsevia päihdeongelmaisia naisia. Esimerkiksi Salterin ja Breckenridgen (2014) omassa tutkimuksessa haastatellut työntekijät torjuivat naisten kokemukset traumojen merkityksestä päihdeongelmalle ja tulkitsivat sen vastuun välttelyksi ja päihteidenkäytön oikeuttavaksi käyttäytymiseksi.

Tutkimukseni perusteella pidän ylipäättään ongelmallisena sellaista naisten päihdehoitoa, jossa traumakokemuksiin liittyvälle ymmärrykselle ei ole tilaa. Hoitotahon ideologisilla sitoumuksilla on tässä kohden vaikutusta (Blakey & Powers 2014). Traumojen ja niihin liittyvien psykiatristen oireiden merkityksen sivuuttaminen tai ymmärtämättömyys voivat johtaa hoitokäytäntöihin, jotka ovat pikemminkin naisten psyykkistä hyvinvointia heikentäviä kuin sitä tukevia ja voivat tuottaa riskin hoidon keskeyttämiselle. Tällöin voi olla hyvin merkityksellistä se, millaisia turvallisuutta edistäviä, vakauttavia rakenteita ja toimintoja laitoksen ideologinen linja sallii ja miten paljon tällaisiin seikkoihin osataan kiinnittää huomiota. Naisille nämä voivat olla korostuneen tärkeitä juuri traumaoireiden aktivoitumisen näkökulmasta. Ei voi olla millään tavoin eettisesti tai ammatillisesti perusteltua tuottaa asiakkaalle kokemusta psyykkisestä turvattomuudesta tai minän koossapysymisen uhasta hoidollisten käytäntöjen kautta. On syytä kysyä, mitä merkitsee naisten avun saamiselle sekä toiveelle ja tarpeelle kohdatuksi tulemisesta, jos ideologiset sitoumukset ja työntekijöiden uskomukset ovat vahvempia kuin tutkimusten välittämä tieto naisille tärkeistä ja toimivista hoidon osa-alueista ja tämän tiedon hyödyntäminen hoidon organisoinnissa ja sisällöissä.

Tutkimassani naistenyhteisössä naisten päihdeproblematiikan ja siihen kietoutuvien ongelmien, psyykkisten oireiden ja traumatisoitumisen muodostamista monimutkaisista kehistä kertoo se, että tukea saatettiin tarvita jo siihen, että asiakkaat uskaltautuivat oman yhteisön ulkopuolelle ja tavallisiin arkisiin ympäristöihin ja tilanteisiin. Joidenkin naisten tilanteet edellyttävät pitkää ja perustavanlaatuisiin asioihin kiinnittyvää sosiaalista kuntoutumista, jotta esimerkiksi muissa yhteiskunnan palvelujärjestelmissä asetetut normit, roolit ja tavoitteet olisi mahdollista saavuttaa. Tällaisia ovat muun muassa työhön ja koulutukseen liittyvät institutionaaliset odotukset aikuisen elämänkulussa. Vai voiko olla hyväksyttävää ja sosiaalisesti sallittua kuntoutua myös kohti muita tavoitteita kuin raitis mallikansalainen, jonka määreitä ovat kouluttautuminen, työssäkäynti, omasta terveydestä huolehtiminen ja riippumattomuus muista (Mattila-Aalto 2009, 143–167)? Raija Julkunen (2008) käyttää käsitettä *vastuunosoittamisen yhteiskunta*, jonka myötä kaikkiin kansalaisiin kohdistuu odotuksia itsevastuullisuudesta ja yritteliäisyydestä. Myös ammattilaisten voi olla vaikea jäsentää sitä, mitä olisi työ- ja koulutusmaailman ulkopuolella oleva ”hyvä” elämä päihdeongelmasta toipumaan pyrkiville (Mattila-Aalto 2009, 156–157). On syytä pohtia kriittisesti,

miten realistisia ovat esimerkiksi institutionaaliset odotukset työelämään osallistumisesta tilanteessa, jossa jo toisten ihmisten katseet pelästyttävät ja nostattavat sydämen sykkeen ja lähikauppa näyttäytyy pelottavana paikkana.

On vaikea integroitua yhteiskuntaan, jossa kunnon kansalaisen positio ja tunnustuksen saaminen jäsenyivät pitkälti (täys)työllisyyden kautta (Mattila-Aalto 2009). Tutkimukseni myötä olen päätenyt siihen lopputulokseen, että tämä integroituminen työ- ja koulutusyhteiskunnan asettamien vaatimusten ja ehtojen mukaisesti voi olla joillekin päihdeongelmaisille naisille käytännössä mahdoton tehtävä, sillä he ovat psyykkisesti ja fyysisesti niin vahingoitettuja ja särjettyjä. Liitän tämän varhaisten ihmissuhteiden sisältämien ongelmien, pitkäkestoisesti elämäkulussa esiintyneen erimuotoisen väkivallan, kaltoin kohtelun, hylkäämisten ja traumaattisten tapahtumien sekä vakavan päihderiippuvuuden ja siihen nivoutuvien psykososiaalisten ongelmien muodostamaan kokonaisuuteen. (Ks. myös Granfelt 2013, 207–209.) Edelleen myös yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän tasolla on voitu tuottaa mitätöinnin, epäonnistumisen, halveksunnan ja lähes oman ihmisyyden kyseenalaistavia kokemuksia, mikä voi tuottaa katkeroitumista instituutioita ja yhteiskuntaa kohtaan (Perälä 2007, 268). Naiselle voi muodostua kokemus siitä, että hän on aina ”liian jotain” ja siten kelpaamaton, sopeutumaton, epäonnistunut ja osaton (Granfelt 2013, 207–209).

Se psyykkinen ja sosiaalinen tila, jossa nainen pystyy päihdeongelman, psyykkisen haurauden ja traumaattisten kokemusten muodostamassa kokonaisuudessa toimimaan ja toteuttamaan subjektiivtaan yhteiskunnallisten odotusten mukaisesti, voi olla hyvin kapea ja toimijuus ohutta, sinnittelyksi kilpistyvää. Nainen on voinut vieraantua muista ihmisistä ja erakoitua kodin seinien sisään käyttämään päihteitä. Irrallisuuden kokemus yhteiskunnan ja sen eri instituutioiden jäsenyydestä, sosiaalisista suhteista ja tavallisista arjen struktoureista heijastavat sitä *sosiaalisen kärsimyksen* kokemusta, joka tässä kokonaisuudessa voi muodostua naisen elämää kehystäväksi. Sosiaalinen kärsimys rakentuu sosiaalisen järjestyksen kautta tuottaen kokemuksia tunnustuksen menettämisestä tai puuttumisesta ja edelleen nöyryytystä, pettymystä ja mielipahaa. (Frost & Hogget 2008; Järvensivu 2016.) Myös tämän sosiaalisen kärsimyksen kokemuksen lievittämisen näkökulmasta on naisten kanssa tehtävässä päihdeetyössä olennaista ymmärtää, miten traumatisoituminen levittäytyy sosiaalisen toimintakyvyn ja verkostojen tasolle. Oma kysymyksensä on kokonaan se, missä määrin yhteiskunta, sen toteuttama sosiaalipolitiikka ja palvelujärjestelmä tunnistavat ylipäätään koko kärsimystematiikan päihdeongelmaisten ihmisten elämässä, sen kiinnittymisen moniin eri yhteiskunnallisiin valtasuhteisiin, rakenteisiin sekä samalla yksilöiden välisiin suhteisiin (Bourgeois & Schonberg 2009, 16) tai miten ymmärretään yhteiskunnan moraalinen velvoite pyrkiä lievittämään tätä kärsimystä.

Olen edellä esittämilläni pohdinnoillani, kysymyksilläni ja havainnoillani halunnut tuoda avoimesti esille sen, millaisia epäselviä, monimutkaisia, tarkennusta ja lisätutkimusta kaipaavia kysymyksiä naisten päihdeongelmiin ja niiden hoitoon edelleen sisältyy. Kokoavasti haluan vielä tutkimukseni tulosten

ja esittämieni havaintojen perusteella tiivistää naisten päihdehoidon kehittämisen ja tutkimuksen kohdealueita seuraavasti:

Ensinnäkin on syytä selvittää, millaisia kohdennetusti naisille tarkoitettuja päihdehoidon palveluita Suomessa on tarjolla sekä avo- että laitoshoidossa, mitä näiden palveluiden lähtökohdista, sisällöistä ja toimivuudesta tiedetään ja miten ne vastaavat naisten hoidollisiin tarpeisiin. Perustelen tätä selvitystarvetta sillä, että tutkimustani taustoittava tutkimus, erityisesti päihdehoitotutkimus ja tutkimukseni tulokset osoittavat perustellun tarpeen järjestää ja ylläpitää kohdennetusti naisille suunnattuja päihdepalveluita.

Toiseksi käytännön työskentelyssä sosiaali- ja terveydenhuollossa on tunnistettava ja tunnustettava päihdeongelmaisten naisten toisistaan poikkeavat lähtökohdat ja hoidolliset tarpeet. On varmistettava niihin perustuvat yksilölliset hoitojatkumot, jotka sisältävät riittävän pitkän laitospäihdehoidon ja avohoidon työskentelyn. Tämä edellyttää riittävää päihdeongelman arviointiin ja soveltuvan hoitomuodon valintaan liittyvää osaamista ja asiantuntemusta sekä niiden varmistamista työntekijöille. Eri asia on sitten se, onko tällaista palvelua saatavilla, millä tavoin organisoituna ja kenen kustantamana. Merkittävä kysymys on siis se, millaisiin ja keiden tarpeisiin nykyjärjestelmä vastaa.

Kolmanneksi on tarve kehittää sellaista sosiaalista kuntoutusta, joka huomioi erityisesti traumaattisten kokemusten, psykiatrisen oireilun ja päihdeongelman muodostaman kokonaisuuden. Tämä edellyttää myös sellaisten työmenetelmien kehittämistä, joissa huomioidaan ja tunnustetaan taustalla vaikuttavat teoreettiset oletukset ja niiden merkitys interventiolle ja sen toimivuudelle (ks. esim. Hietamäki 2016).

Neljänneksi näen tarpeen kehittää sellaista avopalveluiden päihdesosiaalityötä, jossa kyetään yhdistämään ammatilliseen ja vertaistukeen perustuvaa toimintaa ja joka suuntautuu vahvistamaan päihdeongelmaisten verkostoja, naisille tärkeitä ihmissuhteita ja toiminta-areenoja päihdeongelmasta kuntoutumaan pyrkivien naisten arjessa. Tässä kohden esille tulee siis sosiaaliseen tukeen ja sen merkitykseen liittyvän ymmärryksen hyödyntäminen käytännön työmuodoissa ja niiden kehittämisessä. Samoin tulevat esille arkeen ja toiminnallisuuteen liittyvät elementit kuntoutumisessa. Kokonaisuutena ajatellen kyse on tarvittaessa pitkäkestoisen ja kannattelevan tuen antamisesta.

Käytännössä edellä esittämäni kehittämisen ja tutkimuksen kohdealueet osoittavat selvän tarpeen vahvistaa päihdehoidon ja sosiaalityön interventioihin kohdistuvaa tutkimusta. Näillä kummallakin sektorilla on suomalaisessa tutkimuksessa vajausta (Saarnio 2009; Karttunen & Hietamäki 2014). Asiakkaiden näkökulmasta olennainen kysymys on se, miten he jostakin palvelusta hyötyvät ja miten palvelu edistää heidän hyvinvointiaan (Paasio 2014). Tämä sama kysymys on ajankohtainen myös naisten päihdehoidolle ja sen kehittämiseksi, ja tiedostan sen olevan kokonaisuudessaan monimutkainen vastattavaksi ja tutkimuksessa haasteellinen selvitettäväksi. Kaikkeaa hoidossa mahdollisesti toimivaa ei tarvitse tärjätä uudelleen itse keksiä, kuten Pekka Saarnio (2009, 25) on muistuttanut. Päihdeongelmaisten naisten palvelujen kehittämiseksi olisikin syytä hyödyntää myös jo olemassa olevaa kotimaista ja mielestäni ansiokasta

lääketieteen parissa tehtyä sosiaaliepideemiologista ja psykiatrista sekä sosiaali-tieteellistä tutkimusta vakavasti päihdeongelmaisten naisten tilanteista ja palvelutarpeista (esim. Granfelt 2007, 2013; Sarkola ym. 2011; Kahila 2011; Leppo 2012a; Haahtela 2015; Virokannas 2013; 2017).

Laajempi sosiaalipoliittinen kysymys puolestaan koskee sitä, miten palvelujärjestelmässä huomioidaan toisiinsa kietoutuvat psykososiaaliset ongelmat ja taloudellisen ja materiaalisen tuen kysymykset osana päihdeongelmaisten naisten kokonaistilannetta. Raskaat ja traumaattiset kokemukset, kovat elämänhistoriat, päihdeongelmien ylisukupolvisuus, köyhyys, eriasteinen huono-osaisuus ja moninaiset fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvät ongelmat olivat tosiaioita monien naistenyhteisössä kohtaamiini päihdeongelmaisten naisten elämässä. Voidaan todeta, että osa naisista oli haavoittavassa elämäntilanteessa ainakin hetkellisesti (Virokannas 2017). Kaikkein vaikeimmassa tilanteessa olevien päihdeongelmaisten naisten kohdalla on tunnistettava, että rikkonaiset elämänhistoriat ja pitkäkestoiset ongelmat, joissa päihtet, asunnottomuus, rikkollisuus, traumaattiset kokemukset ja mielenterveysongelmat muodostavat monimutkaisen kokonaisuuden, tuottavat osattomuuden kokemuksia, ongelmien kroonistumista ja syrjäytymisen kierteitä (ks. Granfelt 2004b; Granfelt 2013). Tässä kohden tarvitaan vahvaa ongelmien rakenteellisten tekijöiden tunnistamista ja tunnustamista sekä näihin kohdistuvia sosiaalipoliittisia toimenpiteitä.

12.4 Tutkimusasetelman reunaehdoista

Johtopäätösten viimeisessä osiossa tarkastelen tutkimusasetelmaani, sen toteutumista ja sen tuomia reunaehdoja tuloksille. Ensinnäkin nais erityisyyden käsitteellistämässä aikaisemmalla tutkimuksella on ollut vahva painoarvo, joskin pidän sen rakentumisessa tärkeänä etnografisen kenttätöön ja teoreettisen luen nan vuoropuhelua. Synteesin myötä nais erityisen päihdehoidon intervention ulottuvuudet (ks. luku 4) ovat olleet sikäli joustavia, että ne mahdollistivat myös aineistolähtöiset nostot - erityisesti *kehollisuuden* tematiikan käsittelyn. Joustavuudesta huolimatta nais erityisyyden kautta jäsentynyt tulokulma aineis toon osaltaan tuotti tilanteen, jossa toisinaan koin aineiston analyysin vaikeaksi. Haasteellisuus oli erilaisten teemojen tarkkaan rajaamiseen ja toisistaan erotta miseen liittyvää. Kyse on sekä ilmiön monimutkaisuuteen, aineiston sisältöön ja laatuun että tutkijantaitoihini liittyvästä kokonaisuudesta. Aineistoa lukiessani koin usein täsmällisten aihekokonaisuuksien liukenevan toisiin teemoihin tai palautuvan johonkin toiseen kysymykseen. Tekemäni jaottelut siitä, mikä ai neiston episodi kulloinkin kuului mihinkin nais erityisen päihdehoidon ulottu vuuteen, olivat siis osaltaan keinotekoisia ja pakotettuja. Ne ovat minun tutki jana tekemiäni valintoja. Lisäksi etnografinen kenttätö ja siinä kertynyt aineis to kerrosti ja asetti eteeni joukon tapahtumia, tilannekuvauksia ja laitosen elämän arjen tavalla, joka saattoi kadottaa osan intervention kuvauksesta. Toisaalta in terventio oli sisäänrakennettuna yhteisön toimintaan ja toteutui siinä, joten in-

tervention ja yhteisön tarkastelun täsmällinen erottelu toisistaan olisi ollut pait-si vaikeaa, myös osin epätarkoituksenmukaista. Koko laitoshoidonjakso nais-tenyhteisössä oli oma interventionensa, jossa yhteisön arki ja tapahtumat sekä ni-iden reflektointi muodostuivat olennaiseksi osaksi naisten kuntoutumisen pro-cessia. Yksilöllinen ja yhteisöllinen kietoutuivat toisiinsa tässä interventiossa yhteisön toimiessa muutostyön resurssina.

Toisaalta nais erityisen päihdehoidon ulottuuksien kautta sain aineiston haltuuni ja sain koostettua ja kohdennettua huomioni valikoituihin aiheisiin. Nais erityisyyden kautta kykenin rajaamaan näkökulmaani aineistoon. Sen kautta jäsenytyneen tulokulman vahvuutena ovat myös sen selkeät sidokset ai-kaisempaan tutkimukseen ja sitä kautta tuleva teoreettinen ote. Sen sisällöt ei-vät ole henkilökohtainen mielipiteeni tai työkokemukseeni palautuva jäsenyys-tapa. Sen sijaan tapaani lukea ja tulkita aineistoa on heijastunut väistämättä pit-kä työkokemukseni päihdesosiaalityössä ja kiinnostukseni terapeuttisesti orien-toituneeseen työhön sekä päihdehoidon interventioita koskevaan tutkimukseen. Nämä ovat edelleen välittyneet osin siihen, miten olen valikoinut aineiston ana-lyysissa käyttämäni tutkimuskirjallisuutta. Toisaalta tutkimani interventio kohdistui vahvasti naisten sisäiseen maailmaan, kokemuksiin ja emootioihin. Tämä näkyy sekä käsitellyissä aiheissa että niihin ottamissani teoreettisissa tu-lokulmissa.

Etnografian yksi hienous on sen yllättävyys ja mahdollisuus nostaa esille uusia käsitteellisiä ja teoreettisia jäsenyystapoja havaittuihin ilmiöihin ja tapah-tumiin. Tähän olen osaltani myös tutkimuksessani pyrkinyt. Tutkimuksen em-piirisissä tulosluvuissa tällaisia analyysin ja soveltuvan kirjallisuuden myötä virinnetä teoreettisia käsitteitä ja näkökulmia ovat esimerkiksi traumateoria ja (rakenteellinen) dissosiaatio, somatisaatio ja kehollisuus, pystyvyysodotukset, mentalisaatio sekä lähisuhdeteoria ja sosiaalinen reinteegraatio. Näiden kautta nais erityisen päihdehoidon intervention jäsentäminen yhteisöhoidon konteks-tissa sai lisää teoreettista tarttumapintaa ja syvensi ymmärrystäni. Kritiikkinä voidaan tosin esittää se, että käsitteitä ja tulokulmia oli useita, jolloin tarkaste-luni jäi osin pinnalliseksi. Toisaalta esittämäni jäsenyys nais erityisen päihde-hoidon ulottuvuuksista sisälsi itsessään useita erilaisia temaattisia osioita, mikä osaltaan tuotti analyysin tasolla rajaamisen ongelmia. On myös kiistatta totta, että käsitteistö palautuu pitkälti muihin tieteenaloihin kuin sosiaalityöhön. Siksi haluan tässä kohden jäsentää tämän merkitystä lyhyesti. Esimerkiksi kiinnos-tukseni varhaisiin ihmissuhteisiin, niissä syntyviin kokemuksiin ja vaurioitumi-sen kysymyksiin ei tarkoita sitä, että pyrkisin psykologisoimaan tai asettamaan psykiatrisen selityksen sosiaalityössä kohdattaville ilmiöille ja ehdottaisin ni-iden ratkaisuksi yksinomaan psykoterapiaa⁶⁹. Mitä ilmeisimmin kuitenkin päih-

⁶⁹ Kysymys sosiaalityön suhteesta psykologiaan ja psykoterapiaan on osin kompleksinen, se on osa sosiaalityön ammatin teorian historiaa (esim. Toikko 2009) ja liittyy osin myös kes-kusteluun psykososiaalisesta sosiaalityöstä ja psykososiaalisen käsitteen käytöstä (Granfelt 1993; Weckroth 2007). Myös esimerkiksi Leena Leinonen (2018) on pohtinut sosiaalisen ja psykologisen suhdetta sekä sosiaalityön terapeuttisen osaamisen merkitystä mielenterve-ysongelmien yhteydessä. Petteri Paasio (2014) puolestaan on jäsentänyt yhdysvaltalaiseen kontekstiin paikantuen transdisipliinisen käsitteistön ja näyttöön perustuvan käytännön

deongelmat, samoin kuin esimerkiksi mielenterveysongelmat, ovat sosiaalityön kohdeilmiöinä ja interventioita edellyttävinä sellaisia, ettei niiden ydintä ja olemusta tavoita vain sosiaalityön käsitteistöllä. En siis ajattele sosiaalityön ulkopuolelta tulevien käsitteiden tai teorioiden olevan uhka, vaan näen niiden täydentävän sosiaalityön omaa ymmärrystä.

Ideologiset ja toiminnalliset kehykset tutkimuskohteelleni ja intervention toteutumiselle on tuottanut laitosympäristö ja demokraattinen yhteisöhoito. Laitos sinällään merkitsee tutkimuskohteen kannalta sitä, että asiakaskunta on valikoitunutta ja ongelmat ovat lähtökohtaisesti vakavampia ja monimutkaisempia kuin avohoidossa. Tämä tulee myös huomioida tuloksia tarkasteltaessa. Esimerkiksi työntekijöiden näkemys oli, että hoitoon ohjatut asiakkaat tulivat Laitokseen entistä huonokuntoisempina ja ongelmat olivat monimutkaisempia. Tämä luonnollisesti heijastui siihen, millaiseksi yhteisön arki ja eteen tulevat tilanteet muodostuivat tai miten asiakas kykeni osallistumaan hoitoon ylipäättään. Tutkimukseni ei voi ottaa kantaa siihen, oliko tässä kyse naisten päihdeongelmien tunnistamiseen, vakavuuden arviointiin tai hoitoonohjaukseen liittyvistä haasteista. Tutkimukseni ei myöskään voi antaa vastausta siihen, oliko kyse lähettävien tahojen pyrkimyksestä suosia ensisijaisesti avohoidoa jopa liian vaikeissa tilanteissa tai mitkä seikat selittäisivät mahdollista avohoidon suosi-
mista.

Aineiston laadun ja sisällön kannalta pidän suurimpana ongelmana sitä, etten ehkä riittävällä tavalla ymmärtänyt alkuun demokraattisen yhteisöhoiton ideologian kokonaisvaltaisuutta naisten hoidon rakentumiselle ja laitosen arjen organisoitumiselle. On mahdollista, että parempi ymmärrys tästä olisi tuottanut koostuneemman ja laadukkaamman aineiston ja siten jäsentyneemmän kuvauksen. Ymmärsin vasta myöhemmin toiminnan ja työntekijöiden orientoitumisen logiikan. Interventio rakentui siis toisin kuin olin olettanut. Tämä olettamus palautui vahvasti siihen, miten olin itse avohoidon päihdehuollossa työskennellessäni työn jäsentänyt ja miten laitoshoidon sisällöt, työtavat ja tavoitteet ymmärsin. Intervention ”poikkeava toteutuminen” oli siis pikemminkin omiin ennako-oletuksiini palautuva ongelma kuin interventioon sinällään liittyvä. Keskeinen olettamukseni oli, että työntekijöillä olisi ollut vahvempi ja selkeämmin jäsentynyt rooli muutosprosesseja ja hoitoa suuntaavina toimijoina ja asiantuntijoina. Tuloslukuissa on nähtävissä, että naisten omilla kokemuksilla ja niitä koskevalla puheella on merkittävä osuus. Liitän tämän demokraattisen yhteisöhoiton kontekstiin, mikä heijastui työntekijöiden orientoitumiseen ja vuorovaikutustilanteiden rakentumiseen. Erilaisten ilmiöiden avaaminen ja naisten kokemusten jäsentäminen on ollut välttämätöntä sikäli, että niiden kautta on mahdollista ymmärtää myös työntekijöiden työtä ja tapahtumia. Ilman näitä avauksia ei työskentelyä ja yhteisön tapahtumia voi käsittää.

mallintamista. Merja Laitinen ym. (2018) ovat koulun sosiaalityöhön liittyen analysoineet interprofessionaalista asiantuntijuutta ja viitanneet tämän yhteydessä tulevaisuuden sosiaalityön haasteeksi asettautuvaan bio-psyko-sosiaaliseen tietoperustaan ja kompetenssiin. Olen myös aiemmin puoltanut yhdessä Johanna Hietamäen kanssa (Karttunen & Hietämäki 2014) monitieteisen tietopohjan merkitystä sosiaalityön asiakastyössä ja sen ilmiöiden ymmärtämisessä.

Tulosluvuissa havaittavan, osin runsaan naisten ongelmien, pohdintojen ja keskustelujen kuvauksen merkitys voidaan ymmärtää siten, että niiden esille tuleminen oli osa interventiota: nainen pysähtyi tiedostamaan, tunnistamaan, pohtimaan ja puhumaan itsestään, elämästään ja sen kipukohdista. Reflektointi on ylipäätään terapeutin yhteisohidon puitteissa tapahtuvan intervention olennainen elementti. Henkilökohtaisten asioiden käsittely yhteisössä mahdollistaa uudelleentulkittamisen, vaihtoehtoisten näkökulmien ja oivallusten saamisen omaan elämään ja ongelmien ratkaisuun. (Ruisniemi 2006a, 35-36.)

Ajattelen, että omista olettamuksistani poikenneiden tapahtumien, toiminnan ja hoidollisten käytäntöjen havaitseminen ja tässä tutkimuksessa esille nostaminen oli mahdollista nimenomaan etnografisen tutkimusotteen myötä. Haastatteluin en olisi kyennyt tavoittamaan, kuvaamaan enkä ymmärtämään tutkimani päihdehoidon intervention ulottuvuuksia ja käytäntöjä. En olisi edes käsittänyt, millaisesta kokonaisuudesta oli kyse. Kokonaisuutena pidän tekemääni etnografiaa perusteltuna ja onnistuneena metodisena ratkaisuna empiirisen aineiston keräämisen ja tutkimuksen toteuttamisen tapana.

Olen kokenut haasteellisena kuvata kaikkea sitä hienojakoista vuorovaikutusta, erilaisia toisinaan vahvasti latautuneita tunnelmia sekä niitä moninaisia olemisen ja elämisen piirteitä, joita yhteisöelämän intensiivisyys ja intiimiys hoitoon tuottivat, ja sitä, miten tästä kokonaisuudesta rakentui kuntouttava ympäristö. Kirjoittamisen ja kuvauksen vaikeudet palautuvat osaltaan siihen, että litteroimisen myötä tekstistä häviää paljon vuorovaikutustilanteiden sävyjä, ja osuvien, tilannetta kuvaavien sanojen löytäminen on vaikeaa siten, että lukija pääsisi niihin mukaan ja sisälle (Granfelt 2004b, 144). Hoidossa liikuttiin yksittäisten naisten sisäisissä mielenmaailmoissa, tunnereaktioissa ja elämäkokemuksissa niitä samaan aikaan kuitenkin vertaistuen ja toisten ihmisten kokemuksiin peilaten ja yhdessä pohtien. Toisten ihmisten ja heiltä saadun palautteen ja yhteisen reflektion kautta pyrittiin tukemaan yksilötason muutosta (De Leon 1994). Samoin on ollut vaikea löytää ja käyttää käsitteitä, jotka tavoittaisivat päihdeongelmaisten naisten tilanteiden ja ylipäätään koko riippuvuusproblematiikan kompleksisuuden sekä siihen heijastuvien tekijöiden moninaisuuden. Pidän myös omassa tutkimuksessani riskinä sitä, että kuvauksissa korostuivat vakavat ongelmat sekä niiden edellyttämät hoidolliset vaatimukset. Toisaalta ajattelen, että juuri näiden naisten kokonaistilanne, siihen heijastuvat sosiaaliset, rakenteelliset ja kulttuuriset seikat sekä näiden kautta rakentuva positio suomalaisessa yhteiskunnassa ansaitsee (puolustus)puheenvuoron riittävän pitkäkestoisesta ja sisällöltään tarkoituksenmukaisesta päihdehoidosta, sen varmistamisesta ja elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti tukevista muista palveluista myös laitoshoidon jälkeen.

Naiserityisyyden jäsentämisessä käyttämäni tutkimus pohjautuu pääosin yhdysvaltalaiseen päihdehoitotutkimukseen, joten myös tämä on huomioitava tarkasteltaessa hoidon sisällön määrittymistä. Erilaisissa kulttuurisissa konteksteissa ja eri ajanjaksoina tehtyjen hoitotutkimusten tulosten siirtäminen toiseen yhteiskuntaan ei ole ongelmaton (Humphreys & Tucker 2002, 126; Kaukonen 2005, 311; Kuusisto 2010, 106). Kulttuuriset ja yhteiskunnalliset seikat ovat siis

merkityksellisiä hoitointerventioita koskeville jäsenyksille ja niiden sisällöille käytännössä. Se tuottaa osin myös tunnistamisen ongelmia: esimerkiksi etnisyyteen tai vähemmistökulttuureihin sisältyvien kysymysten merkitys naisten päihdehoidossa ei välttämättä samalla tavoin avaudu suomalaisten naisten hoidon yhteydessä kuin vaikkapa yhdysvaltalaisen hoitojärjestelmän kontekstissa⁷⁰. Esimerkiksi omassa aineistossani ei ole mukana lainkaan maahanmuuttajataustaisia naisia. Samoin esimerkiksi sosiaalipoliittinen ja lastensuojelun toimintajärjestelmä ideologioineen poikkeavat toisistaan Yhdysvalloissa ja Suomessa, mikä välittyy hoitojärjestelmään ja sen käytäntöihin. Meillä ei hallinto-oikeus määrää vanhempia päihdehoitoon vaihtoehtona huostaanotolle eikä äitiyshuolto ole ”porkkana” hoitoon hakeutumiselle raskausaikana vaan kaikille kuuluva peruspalvelu (Karttunen 2013, 224).

Toisaalta en pidä ongelmallisena sitä, että eri ulottuvuudet eivät sisällyneet tutkimaani käytännön hoitoon tasapuolisesti, sillä kukin interventio sisältää aina omat painotuksensa. Eri asia on sen kysymyksen esittäminen ja tarkastelu, mitä tämä merkitsee käytännössä suhteessa naisten hoidollisiin tarpeisiin, mitä interventio mahdollistaa tai toisaalta mitä kysymyksiä se mahdollisesti sulkee pois. Edelleen on palattava siihen lähtökohtaan, että eri tilanteissa ja muutosprosessin eri vaiheissa olevat naiset voivat hyötyä eri tavoin painottuneesta päihdehoidosta. Samoin on niin, että toisille naisille soveltuvat myös ns. kummallekin sukupuolelle suunnatut hoitomuodot (Greenfield ym. 2007a, 15–16) tai siirtyminen tällä tavoin organisoituun hoitoon voi olla mahdollista kuntoutumisen myöhemmässä vaiheessa (esim. Covington 2002). Täsmähoitoa naisten päihdeongelmiin tuskin kukaan pystyy kehittämään.

⁷⁰ Tai sitten kyse on siitä, että päihdehoitojärjestelmämme on muita ”poissulkeva” siten, että se on rakennettu tunnistamaan ja kohtaamaan ennen muuta suomalainen päihdeongelma, sen ilmenemismuodot sekä ongelmakäytön kulttuurinen, sosiaalinen ja yhteiskunnallinen konteksti. Oma käytännön työn havaintoni oli, että ainakin päihdehoidon avopalveluissa maahanmuuttajataustaiset päihdeongelmaiset olivat pääosin Virosta ja Venäjältä. Sen sijaan muut kansallisuudet jäivät hyvin vähäiselle osuudelle. Tämä havainto ei tietenkään ole mikään yleispätevä totuus tilanteesta, mutta monikulttuurisuuden kysymys ei ainakaan oman työalueeni (Vantaa) päihdehoidon avohoidon asiakastyötä A-klinikalla juuri koskettanut.

SUMMARY

Background

Alcohol and drug use among women in Finland has recently risen, meaning there has been a related increase in women's drug and alcohol-related problems. Historically, the cultural norm has been that a woman's duty is to take care of the family and stay sober. Today, however, it is culturally and socially acceptable for women to use alcohol. Women and even mothers can "party." Yet the social stigma remains and female substance abusers face negative labeling. This is especially true in the case of illegal drug abuse. The phenomenon of substance abuse during pregnancy and the problem of maternal substance abuse have fostered much controversy regarding treatment, punishment and child welfare issues. A double standard prevails in our society regarding female substance use: there is acceptance as well as the need for control and regulation (Holmila 2001; Orjasniemi 2005; Nätkin 2006a; Väyrynen 2007; Leisto & Tuomikoski-Koukkula 2011; Simonen 2013; Raitasalo et al. 2015).

Research shows that substance use disorders take a different course in women than in men (Kay et al. 2010, 140). At treatment intake, substance-abusing women seem to have a briefer history of alcohol and drug use than men do but they show a comparable or greater severity of addiction problems than men do (Arfken et al. 2001; Hernandez-Avila et al. 2004). On the whole, women's substance abuse has an immense impact on their lives, including on their health and social relationships. Women's substance abuse problems are multidimensional and socially embedded. These problems are defined here as relational and socially connected (Fendrich, Hubbel & Lurigio 2006; Claus et al. 2007; Adams 2008; Karttunen 2013).

However, scant attention has been paid to gender-specific issues in the field of substance abuse treatment and services. Many experts have recognized that more traditional treatment programs designed primarily for men may not be appropriate for many women, especially pregnant women (Finkelstein 1996; Segraeus 2005). On the whole, the history of substance abuse treatment programs for women - and especially mothers and pregnant women - is short and sparse (Howell, Harrington & Heiser 1999). Furthermore, social stigma, labeling and guilt serve as significant barriers to women receiving treatment. Women may have unique treatment needs regarding, for example, issues of traumatic experiences, eating disorders and mental health issues. Providing and promoting interventions designed especially for women has been seen as a way to meet women's distinctive needs and reduce the barriers they experience to receiving help and remaining in treatment (Ashley, Marsden & Brady 2003; Claus et al. 2007; Grella 2008). Recent research also indicates positive results for treatment during pregnancy and integrated treatment for mothers and children together (see, for example, Niccols et al. 2012; Suchman, Pajulo & Mayes 2013).

On the other hand, the invisibility of gender prevails in Finnish society as a whole. We tend to see our professional practices, social and health care professionals, and social policy strategies as gender neutral (Vuori 2001; Riska 2005; Ronkainen 2008). The purpose of this study is to reveal and analyze these gender-specific issues in the substance abuse treatment for women in residential treatment.

Women's issues have also been under-represented in the field of addiction research. In research designs up until the 1970s and 1980s, the concept of sex was often included as just one of many socio-demographic variables (Saarnio 2002; Månsson & Bogren 2014). A more sophisticated understanding of gender differences was lacking. As Martin and Aston state, today "women have become a significant object of drug research, especially from a clinical and epidemiological perspective" (Martin & Aston 2014, 336). Research on women's addiction treatment has focused on key components of substance abuse treatment issues for women, treatment effectiveness and results. Parenting and motherhood are also widely studied. Some of the research focuses on treatment attrition, retention and completion, which are seen as crucial for recovery and abstinence. Some of the studies are interested in comparing women-only and mixed-gender programs. There are, however, methodological challenges and research design weakness in the field. Results are mixed and controversial, but despite these challenges, these studies provide direction for practice, service delivery and program planning (Orwin 2001; Sun 2006).

Objective, data and analysis

The focus of this doctoral dissertation has been to study a female-specific substance abuse treatment intervention. The study was conducted in a women's community that was one of several communities forming a larger residential facility. The residential treatment unit was based in the public social and health care sector. The ownership and funding was shared between several municipalities. The women's community was for eight women over 18 years of age and there were five female workers. The average length of stay varied from one to three months. After this it was possible to join another community in the residential treatment unit. Mothers could, for example, join the family community together with their children. The treatment ideology was based on the therapeutic community developed by Maxwell Jones in the field of psychiatry (Jones 1968).

The data collection was based on ethnographic fieldwork in two different phases. The fieldwork included participant observation and ethnographic interviews with workers. I also collected some unofficial documents regarding, for example, treatment philosophy and some basic statistical data on client characteristics. These documents are used here as complementary material. They include no personal information.

The aim of my study is to analyze the components of female-specific substance abuse treatment intervention and how these components occur in the residential treatment facility. An additional aim was to analyze and understand the meaning and elements of the community for recovery. As social work research, the aim was to propose alternative concepts and approaches for women's substance abuse and issues of recovery as the medical framework is nowadays widely dominating.

The key concepts are intervention, female-specific treatment and community. *Intervention* refers to a purposeful change strategy, on an individual as well as a community level, intended to produce change (Fraser et al. 2009). *Community* is defined here both as a method of conscious, personal change and as the structure of the treatment (see De Leon 1994). The *components of female-specific intervention* are based on research review (see also Karttunen 2013) and ethnographic fieldwork. These components include (1) a gender perspective; (2) issues of body and traumatization; (3) identity, emotions and mental health; (4) social relations; (5) women's addiction problems and the question of personal change. These components are analyzed using a content analysis approach.

Results

The results show that all the components of female-specific treatment interventions can be traced in my empirical data. Some of the components were more evident than others. For example, social relations and motherhood are usually seen as important treatment issues for women. In my empirical data this was not the case. Women did talk about their relationship issues and motherhood, but it was difficult to trace interventions specifically targeted at these questions. These themes seemed to fade or they provoked silence among the women. The problems presented here may be because, for example, children were not allowed to live with their mother in the women's community. Traumatic experiences, a lack of words and difficulties in communicating about relationships may also be explanations for the lack of these components.

The issues of identity, emotions and mental health were strongly present in the treatment. The focus of treatment was the woman and her relationship to herself as a woman. Women's relationships with men and other women were important. As Henderson and Boyd state, "the importance of relationships to self and others has been emphasized in nursing theories, recent theories of women's psychological development, and the social models used to explain substance abuse" (Henderson & Boyd 1997, 469). The professionals promoted women's unique experiences as women. They did not show commitments to any strong ideological stances in understanding the women's issues and experiences. This neutrality is in accordance with the Finnish welfare state and the prevailing professional culture in social and health care.

Shame was a common and shared experience among the women. Shame is clearly a gendered issue in substance abuse problems, which produce social

labeling for women (Covington 2002; Hernandez & Mendoza 2011). Shame can be alleviated by showing acceptance, understanding, respect, and by using non-labeling language. The women typically had low self-esteem. The aim of the professionals was to encourage the women by using empowerment strategies. Empowerment is here understood as a personal and social process at the individual level supported by the community. Professionals also used a non-confrontational and supportive communication style and expressed empathy. These are all assumed to be important for women in treatment.

Women also had difficulties in identifying and dealing with emotions in a reasonable way instead of suffocating or provoking emotions by using substances. Feelings of anger and hate, for example, were experienced as forbidden for women during their life course. This view was clearly challenged by the professionals. One of the goals was to promote the women's ability for emotional regulation. Different methods were used, including narrative approaches, art therapy and writing. Women also showed different mental health related problems. They had, for example, depression, phobias or anxiety which might undermine the women's ability to participate in the everyday life of the community. Professionals accepted this psychological vulnerability and expressed caring, nurturing and understanding for the women. Professionals used practical approaches aimed at increasing women's ability to deal with different symptoms. They also used re-framing or redefining problems and smoothly confronted women's personal beliefs about symptoms. Attitudes towards gaining relief through medication were critical or suspicious.

Issues of traumatization and the body were also important. There is a strong emphasis on understanding these intertwined themes of trauma, body and substance abuse. Women may have used drugs as a way to comfort themselves. They need to learn new self-soothing techniques. Providing a secure and steady treatment environment is vital for women with traumatic experiences (Covington 2008). Some women had a long history of traumatic experiences dating back to their early childhood. They had experiences of violence, sexual abuse, maltreatment and abandonment. Some women may lack the internal trust and skills needed for using available resources and receiving help, support and nurturing. Attachment theory can help us understand women's difficulties in psychological functioning. Trauma also has an impact on an individual's social functioning. Therefore, the issues of body and trauma are extremely important in developing substance abuse treatment interventions for women. There is, however, a risk of ignoring these questions because of strong professional beliefs and attitudes (Blakey & Bowers 2014). This can be harmful for women trying to recover from addiction.

Issues regarding the body reflected problems related to self and traumatic events. Many women expressed somatization. For example, symptoms of pain, nausea, insomnia, or tension were seen as signs of internal conflicts and suffocated feelings. Professionals directed women to listen to messages mediated by their body. They also encouraged women to communicate with their body. They used touch-based approaches as tools to improve the psychosocial well-

being of the women (see also Svennevig 2003). These included massage and acupuncture. Yet many emotional experiences were evoked when using these touch-based approaches, and they sometimes invoked experiences of traumatic events, and some of the women would refuse to attend. The immediate influence of these approaches were feelings of relaxation and the relief of distress and anxiety (see also Svennevig 2003). The scientific basis of these approaches was not evaluated or proposed by the staff.

The question of personal change in the context of the therapeutic community echoes some basic principles in working orientations. First, there was a strong emphasis on a woman's personal responsibility to participate and act in order to combat her addiction. Second, it was a woman's duty to personally set the goals for her treatment. Setting goals and evaluating them as well as giving and receiving feedback were included in everyday practices. Even at the breakfast table women were challenged and asked to reflect on their personal change and actions. Positive feedback was given even when showing small steps of change, such as a woman being able to wake up and get dressed every day. The professionals encouraged and motivated women to be active, make personal choices, and move forward. The aim was to strengthen their generalized self-efficacy. This may have a positive impact on recovery. Overall, the aim was to reduce women's dependency on professionals. There was no chance to externalize the task of personal change. Yet in the therapeutic community this personal process was supported by peers.

Dealing with impulsive behavior that could contribute to dropping out of treatment, risky behavior or relapse was also the focus of treatment. One of the working strategies here was to intervene in these situations. The women were asked to reflect on their feelings, desires and personal goals at the moment. The aim was to give them a chance to think twice before acting like they used to. Succeeding in resisting impulses from the environment and inside of oneself was an important experience for future situations. The question of social functioning was also crucial. Many women experienced social isolation and suffering which prevented them from participating in everyday activities such as going to the grocery store or library. Some women had difficulties behaving in places, settings and institutions common in our society. Addiction disrupts social ties and connections between the self and other aspects of life (Adams 2008). The women did not always know how to behave or what to do or the memories of everyday life routines had faded. De Leon writes about the need for habituation and rehabilitation as the function of treatment (see De Leon 1994). Developing coping strategies were also crucial. Social learning was thus one of the main components of the treatment.

From the community perspective, the results indicate that bonding is important for women. The concept of a *holding environment* is crucial here. Community is both a resource for personal growth and structure. Some women found it difficult to reflect and rely on peer support. The role of professionals was passive and communication was based on negotiation, the use of latent power and other principles of the therapeutic community. There were no strict

rules or clear hierarchy between clients and professionals. These elements provoked confusion and insecurity in some of the participants. The therapeutic community is thus not suitable for all women. The purpose of the professionals' work was to make the community work as a caring environment based on peer support. The main challenge for them was how to find balance between trusting in clients' own resources and providing enough holding and support. On the whole, the professional working orientations in this women's community can be situated between social work and psychotherapy.

Conclusions

The results indicate that women's treatment issues are comprehensive and that interventions targeted at women are clearly justified. Due to the complex nature of women's substance abuse problems, the question of continuity of care after residential treatment is critical. Relational issues are important for women and therefore the question of how to reintegrate into society is crucial for women's recovery on the whole.

There is a need to develop comprehensive and integrative treatment approaches for women with addiction problems, mental health issues and trauma. These programs should also consider the questions of providing a holding environment and long-lasting social and material support. Women's substance abuse problems are typically intertwined with wider societal questions such as poverty, crime, intergenerational problems, and housing. This psychosocial vulnerability has to be considered when providing services. For social work research this creates a challenge when promoting intervention research.

KIRJALLISUUS

- Adams, Peter (2008)* *Fragmented Intimacy. Addiction in a Social World.* New York: Springer.
- Ahlström, Salme (2000)* Vertaileva tutkimusprojekti sukupuolten suhteista ja alkoholista. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (5), 447–449.
- Ahola, Anja (1992)* Naiset oireilevat – miehet katkeavat. Sukupuoli, sosiaalinen asema ja psyykinen oireilu. Sosiaali- ja terveysministeriön tasa-arvojulkaisuja sarja A, tutkimuksia 1/1992. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ahtee, Liisa (2002a)* Kokaiini, amfetamiinin johdokset ja hallusinogeenit. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) *Päihdelääketiede.* Helsinki: Duodecim, 161–175.
- Ahtee, Liisa (2002b)* Opioidit ja kannabinoidit. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) *Päihdelääketiede.* Helsinki: Duodecim, 151–160.
- Alho, Hannu (2015)* Akupunktuuri alkoholiriippuvuuden ja alkoholin vieroitusoireiden hoidossa. Näytönastekatsaus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak04668>.
viitattu 11.1.2019
- Alkoholiongelmaisen hoito.* Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 11.1.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Alterman, Arthur I.; Randall, Mary & McLellan, Thomas (2000)* Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care. A study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (2), 127–134.
- Amaro, Hortensia; Chernoff, Miriam; Brown, Vivian; Arévalo, Sandra & Gatz, Margaret (2007)* Does Integrated Trauma-Informed Substance Abuse Treatment Increase Treatment Retention? *Journal of Community Psychology* 35 (7), 845–862.
- Andersson, Maarit (2001) (toim.)* Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Andersson, Maarit; Hyytinen, Riitta & Kuorelahti, Marianne (2008) (toim.)* Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Antikainen, Risto (2008)* Vuorovaikutuksen regressiiviset ilmiöt hoitosuhdetyöskentelyn kompastuskivinä. Teoksessa Risto Antikainen & Mauri Ranta (toim) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde.* Helsinki: Duodecim, 179–193.
- Antervo, Arja (2017)* Traumatisoituminen ja olemisen sietämättömyys. *Finnnänest* 50 (2), 133–137.

- Arfken, Cynthia L; Klein, Chris; di Menza, Salvatore & Schuster, Charles R. (2000) Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (1), 53–57.
- Arminen, Ilkka & Perälä, Riikka (2001) Myllyhoidon moniammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaaminen alkoholisteiksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (1), 22–33.
- Ashley, Olivia Silber; Marsden, Mary Ellen & Brady, Thomas M. (2003) Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29 (1), 19–53.
- Atkinson, Paul; Coffey, Amanda; Delamont, Sara; Lofland, John & Lofland, Lyn (2001) Editorial Introduction. Teoksessa Paul Atkinson, Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland & Lyn Lofland (eds.) *Handbook of Ethnography*. London: Sage, 1–8.
- Atkinson, Paul; Coffey, Amanda & Delamont, Sara (2003) Key themes in qualitative research. *Continuities and Change*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Autti-Rämö, Ilona; Fagerlund, Åse & Korkman, Marit (2008) Miten tunnistat sikiön alkoholivauriot? *Suomen Lääkärilehti* 63 (6), 501–606.
- Autti-Rämö, Ilona; Gissler, Mika & Ritvanen, Annukka (2011) Alkoholien aiheuttamien sikiövaurioiden diagnostiikkaa ja esiintyvyyssarviota voidaan parantaa. *Suomen Lääkärilehti* 66 (23), 1916–1921.
- Auvinen, Anja (2001) Näkökulmia naisten päihdeongelmiin ja niistä kuntoutumiseen. Teoksessa Maarit Andersson (toim.) *Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttävälle vauvaperheille*. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 121–130.
- Auvinen, Sinikka; Saarenpää, Sari; Salo Tiina & Salonen, Kaija (2007) Vihan ilmeneminen kognitiivisessa psykoterapiassa. *Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti* 4 (1), 18–45.
- Baker, Phyllis L & Carson, Amy (1999) "I Take Care of My Kids!": Mothering Practices of Substance-Abusing Women. *Gender & Society* 13 (3), 347–363.
- Bardy, Marjatta (2001) Pikkulapsen sijoitus oman kodin ulkopuolelle – syrjäytymisen ja liittymisen risteyskohta. Teoksessa Irmeli Järventie & Hannele Sauli (toim.) *Eriarvoinen lapsuus*. Helsinki: WSOY, 47–81.
- Bardy, Marjatta (2002) Lasten osallisuus – keitä me olemme, mihin me kuulumme ja kuinka me elämme? Teoksessa Marjatta Bardy, Minna Salmi & Tarja Heino (toim.) *Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun*. Raportteja 263. Helsinki: STAKES, 123–134.
- Belt, Ritva (2013) Mother-Infant Psychotherapy Groups among Drug-Abusing Mothers. Preventing intergenerational negative transmission. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 1269. Tampere: University of Tampere.
- Belt, Ritva & Punamäki, Raija-Leena (2007) Mother-infant group psychotherapy as an intensive treatment in early interaction among others with substance abuse problems. *Journal of Child Psychotherapy* 33 (2), 202–230.
- Belt, Ritva; Flykt, Marjo; Punamäki, Raija-Leena; Pajulo, Marjukka; Posa, Tiina & Tamminen, Tuula (2012a) Psychotherapy groups and individual support to

- enhance mental health and early dyadic interaction among drug-abusing mothers. *Infant Mental Health Journal* 33 (5), 520–534.
- Belt, Ritva; Kouvo, Anna; Flykt, Marjo; Punamäki Raija-Leena; Haltigan, John; Biringen, Zeynep & Tamminen, Tuula (2012b)* Intercepting the intergenerational cycle of maternal trauma and loss through mother-infant psychotherapy: A case study using attachment-derived methods. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 18 (1), 100–120.
- Berg, Insoo Kim & Miller, Scott D. (1992)* Ihmeitä tapahtuu. Alkoholiongelmien ratkaisukeskeinen hoito. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.
- Blakey, Joan Marie & Bowers, Pamela (2014)* Barriers to Integrated Treatment of Substance Abuse and Trauma Among Women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 14 (3), 250–272.
- Boelius, Tarja (2008)* Naiset raittiuden vaalihoitoa päihteiden käyttäjiksi. Teoksessa Maarit Andersson, Riitta Hyytinen & Marianne Kuorelahti (toim.) *Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu* 38. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 69–88.
- Bourgois, Philippe (2002)* Respect at work: "Going legit". Teoksessa Stephanie Taylor (eds.) *Ethnographic Research. A Reader*. London: Sage, 15–35.
- Bourgois, Philippe & Schonberg, Jeff (2009)* *Righteous Dopefiend*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Brady, Thomas M. & Ashley, Olivia Silber (eds.) (2005)* *Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. Rockville, MD: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.
- Brewer, John D. (1994)* The ethnographic critique of ethnography: secretarianism in the RUC. *Sociology* 28 (1), 231–244.
- Bride, Brian E. (2001)* Single-Gender Treatment of Substance Abuse: Effect on Treatment Retention and Completion. *Social Work Research* 25 (4), 223–232.
- Bright, Charlotte Lynn; Osborne, Victoria & Greif, Geoffrey (2011)* One dozen considerations when working with women in substance abuse groups. *Journal of Psychoactive Drugs* 43 (1), 65–68.
- Broekaert, Eric (2006)* What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe. Editorial. *Addiction* 101 (12), 1677–1678.
- Broekaert, Eric; Kooyman, Martien & Ottenberg, Donald (1998)* The "New" Drug-Free Therapeutic Community: Challenging Encounter of Classic and Open Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15 (6), 595–597.
- Brown, Brené (2006)* Shame Resilience Theory: A Grounded Theory Study on Women and Shame. *Families in Society* 87 (1), 43–52.
- Brown, Vivian B.; Melchior, Lisa A.; Panter, A.T.; Slaughter Ruth & Huba, G.J. (2000)* Women's step of change and entry into drug abuse treatment. A

- multidimensional stages of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18 (3), 231–240.
- Brownstein-Evans, Carol (2001) Negotiating the Meaning of Motherhood: Women in Addiction and Recovery. Journal of the Association for Research on Mothering* 3 (1), 161–171.
- Byington, Diane (1997) Applying Relational Theory to Addiction Treatment. Teoksessa Sulamith Lala Ashenberg Straussner & Elizabeth Zelvin (eds.) Gender & Addictions. Men & Women in Treatment. New Jersey: Jason Aronson, 33–46.*
- Björling, Bam (2006) Empowerment modeord eller framtida möjlighet? Teoksessa Matts Hilde (red.) Kön, behandling och kunskap – om oliga vägar ut ur missbruk och social maringalisering. Lund: Studentlitteratur, 173–197.*
- Calero-Elvira, Ana; Krug, Isabel; Davis, Kimberley; Lopez, Carolina; Fernández-Aranda, Fernando & Treasure, Janet (2009) Meta-Analysis on Drugs in People with Eating Disorders. European Eating Disorders Review* 17 (4), 243–259.
- Call, Christine & Nelsen, Judith (2007) Partner Abuse and Women's Substance Problems. Affilia* 22 (4), 334–346.
- Cameron, Nadine & McDermott, Fiona (2007) Social Work and the Body. Houndmills, Basingstoke & Hamshire: Palgrave MacMillan.*
- Campbell, Cynthia & Alexander, Jeffrey A. (2006) Availability of Services for Women in Outpatient Substance Abuse Treatment: 1995–2000. The Journal of Behavioral Health Services & Research* 33 (1), 1–19.
- Carroll, Kathleen M. & Onken, Lisa S. (2005) Behavioral Therapies for Drug Abuse. American Journal of Psychiatry* 162 (8), 1452–1460.
- Carlson, Bonnie E. (2006) Best Practices in the Treatment of Substance-Abusing Women in the Child Welfare System. Journal of Social Work Practice in the Addictions* 6 (3), 97–115.
- Chen, Xiaowu; Burgdorf, Kenneth; Dowell, Kathleen; Roberts, Tracy; Porowski, Allan & Herrel, James (2004) Factors associated with retention of drug abusing women in long-term residential treatment. Evaluation and Program Planning* 27 (2), 205–212.
- Chodorow, Nancy (1979) The reproduction of mothering : psychoanalysis and the sociology of gender. Berkeley : University of California Press.*
- Child, John (2001) Trust – The Fundamental Bond in Global Collaboration. Organizational Dynamics* 29 (4), 274–288.
- Chung, Sukyung; Domino, Marisa Elena & Morrissey, Joseph P. (2009) Changes in Treatment Content of Services During Trauma-informed Integrate Services for Women with Co-occurring Disorders. Community Mental Health Journal* 45 (5), 375–384.
- Claus, Ronald E.; Orwin, Robert G.; Kissin, Wendy; Krupski, Antoinette; Cambell, Kevin & Stark, Ken (2007) Does Gender-Specific Substance Abuse Treatment for Women Promote Continuity of Care? Journal of Substance Abuse Treatment* 32 (1), 27–39.

- Cocozza, Joseph J.; Jackson, Elizabeth W.; Hennigan, Karen; Morrissey, Joseph P.; Glover Reed, Beth; Falloot, Roger & Banks, Steve (2005) Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28 (2), 109-119.
- Cohen, Lisa R. & Hien, Denise A. (2006) Treatment Outcomes for Women With Substance Abuse and PTSD Who Have Experienced Complex Trauma. *Psychiatric Services* 57 (1), 100-106.
- Coletti, Shirley; Schinka, John; Hughes, Patrick; Renard, Carol; Sicilian, Donna; Urmann, Catherine & Neri, Robert (1995) PAR Village for Chemically Dependent Women. Philosophy and Program Elements. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12 (4), 289-296.
- Collins, Barbara (1993) Reconstruing Codependency Using Self-in-Relation Theory. A Feminist Perspective. *Social Work* 38 (4), 470-475.
- Coker, Ann; Hall Smith, Paige; McKeown, Robert E. (2000) Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health* 90 (4), 553-559.
- Comfort, Marilee & Kaltenbach, Carol A. (1996) The Psychosocial history: An Interview for Pregnant and Parenting Women in Substance Abuse Treatment and Research. Teoksessa Elizabeth R. Rahdert (eds.) *Treatment For Drug-Exposed Women and Their Children: Advances in Research Methodology*. NIDA Research Monograph No. 166. Rockville, MD: National Institutes on Health, 123-142.
- Comfort, Marilee & Kaltenbach, Carol A. (2000) Predictors of Treatment Outcomes fo Substance-Abusing Women: A Retrospective Study. *Substance Abuse* 21 (1), 33-45
- Copeland, Jan (1997) A Qualitative Study of Barriers to Formal Treatment Among Women Who Self-Managed Change in Addictive Behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14 (2), 183-190.
- Copello, Alex; Velleman, Richard & Templeton, Lorna (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review* 24 (4), 369-385.
- Cosden, Merith & Cortez-Ison, Elizabeth (1999) Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (2), 149-155.
- Covington, Stephanie (2002) Helping Women Recover: Creating Gender-Responsive Treatment. Teoksessa Sulamith Lala Ashenberg Straussner & Stephanie Brown (eds) *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 52-73.
- Covington, Stephanie (2008) Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach. *Journal of Psychoactive Drugs* 40 (5) SARC Supplement 5, 377-385.
- Crotty, Michael (1998) *The Foundations of Social Research. Meaning and Perspective in the Research Process*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage.

- Cunradi, Carol B.; Caetano, Raul & Schafer, John (2002) Alcohol-Related Problems, Drug Use, and Male Intimate Partner Violence Severity Among US Couples. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 26 (4), 493–500.*
- Danermark, Berth; Ekström, Mats; Jakobsen, Liselotte & Karlsson, Jan C. (2002) Explaining society: critical realism in the social sciences. New York: Routledge.*
- Dauber, Sarah; Neighbors, Charles; Dasaro, Chris; Riordan, Anette & Morgenstern, John (2012) Impact of intensive case management on child welfare system involvement for substance-dependent parenting women on public assistance. Children and Youth Services Review 34 (7), 1359–1366.*
- Dearing, Ronda L.; Stuewig, Jeffrey & Tagney, June Price (2007) On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. Addictive Behaviors 30 (7), 1392–1404.*
- Debaere, Virginie; Vanheute Stijn & Inslegers, Ruth (2014) Beyond the "black box" of the Therapeutic Community for substance abusers: A participant observation study on the treatment process. Addiction Research and Theory 22 (3), 251–262.*
- Deegan, Mary Jo (2001) The Chicago School of Ethnography. Teoksessa Paul Atkinson, Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland & Lyn Lofland (eds.) Handbook of Ethnography. London: Sage Publications, 11–25.*
- De Leon, George (1994) The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. Teoksessa: Teoksessa Frank Tims, George De Leon & Nancy Jainchill (eds.) Therapeutic Community: Advances in Research and Application. NIDA Research Monograph 144. Rockville: NIDA & NIH, 16–53.*
- De Leon, George & Jainchill, Nancy (1991) Residential therapeutic communities for female substance abusers. Bulletin of the New York Academy of Medicine 67 (3), 277–290.*
- De Leon, George & Wexler, Harry (2009) The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. Journal of Drug Issues 39 (1), 167–178.*
- Dodge, Karen & Potocky-Tripodi, Miriam (2001) The Effectiveness of Three Inpatient Intervention Strategies for Chemically Dependent Women. Research on Social Work Practice 11 (1), 24–39.*
- Dominelli, Lena (2002) Feminist social work. Theory and practice. Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave.*
- Dominelli, Lena & McLeod, Eileen (1989) Feminist Social Work. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan.*
- El-Bassel, Nabila; Gilbert, Louisa; Rajah, Valli; Foleno, Anthony & Frye, Victoria (2001) Social Support Among Women in Methadone Treatment Who Experience Partner Violence. Violence Against Women 7(3), 246–274.*
- Ellis, Bruce; Bernichon, Tiffany; Ping Yu; Roberts, Tracy & Herrell, James M. (2004) Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. Evaluation and Program Planning 27 (2), 213–221.*

- Emerson, Robert M.; Fretz, Rachel I. & Shaw, Linda L. (1995) Writing Ethnographic Fieldnotes. Chicago: The University of Chicago Press.*
- Emerson, Robert M.; Fretz, Rachel I. & Shaw, Linda L. (2001) Participant Observation and Fieldnotes. Teoksessa Paul Atkinson, Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland & Lyn Lofland (eds.) Handbook of Ethnography. London: Sage Publications, 352–368.*
- Eräsaari, Leena (1995) Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Gaudeamus, Helsinki.*
- Ettorre, Elizabeth (1992) Women and Substance Use. London: MacMillan Press.*
- Ettorre, Elizabeth (2004) Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. International Journal of Drug Policy 15 (5), 327–335.*
- Evans, Kathy M.; Kincade, Elizabeth A.; Marbley, Aretha F. & Seem, Susan R. (2005) Feminism and Feminist Therapy: Lessons From The Past and Hopes for the Future. Journal of Counselling & Development 83 (3), 269–277.*
- Evans, Elizabeth; Li, Libo; Pierce, Jennifer & Hser, Yih-Ing (2012) Explaining long-term outcomes among drug dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs. Journal of Substance Abuse Treatment 45 (3), 293–301.*
- Falkin, Gregory P. & Strauss, Sheila M. (2003) Social supporters and drug use enablers. A dilemma for women in recovery. Addictive Behaviors 28 (1), 141–155.*
- Fendrich, Michael; Hubbel, Amy & Lurgio, Arthur (2006) Providers' Perceptions of Gender-Specific Drug Treatment. Journal of Drug Issues 36 (3), 667–686.*
- Finkelstein, Norma (1994) Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. Health & Social Work 19 (1), 7–15.*
- Finkelstein, Norma (1996) Using the Relational Model as a Context for Treating Pregnant and Parenting Chemically Dependent Women. Teoksessa Brenda L. Underhill & Dana G. Finnegan (eds.) Chemical Dependency: Women at Risk. New York: The Haworth Press, 23–44.*
- Flavin, Jeanne & Paltrow, Lynn (2010) Punishing Pregnant Drug-Using Women: Defying Law, Medicine, and Common Sense. Journal of Addictive Diseases 29 (2), 231–244.*
- Foran, Heather M. & O'Leary, Daniel (2008) Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review 28 (7), 1222–1234.*
- Forsberg, Hannele (1998) Perheen ja lapsen tähden. Etnografinen tutkimus kahdesta lastensuojelun asiantuntijakulttuurista. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.*
- Forsberg, Hannele; Kuronen, Marjo & Ritala-Koskinen, Aino (1992) Feministinen sosiaalityö - kysymyksiä ja uusia kysymyksiä. Janus (ei numeroa ja volyymia), 3–9.*
- Fowler, Cathrine, Reid, Sharon; Minnis Jeannie & Day, Carolyn (2014) Experiences of mothers with substance dependence: Informing the development of parenting support. Journal of Clinical Nursing 23 (19–20), 2835–2843.*

- Forssén, Tuulikki (2005)* Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa. Raportteja 1/2005. Helsinki: STAKES.
- Fraser, Mark (2009)* Intervention Research in Social Work: Recent Advances and Continuing Challenges. *Research on Social Work Practice* 14 (3), 210–222.
- Fraser, Mark; Richman, Jack; Galinsky, Maeda & Day, Steven (2009)* Intervention Research. Developing Social Programs. Pocket guides to Social Work Research Methods. New York: Oxford University Press.
- Fraser, Mark & Galinsky, Maeda (2010)* Steps in Intervention Research: Designing and Developing Social Programs. *Research on Social Work Practice* 20 (5), 459–466.
- Friedman, Jennifer & Alicea, Marisa (1995)* Women and Heroin: The Path of Resistance and Its Consequences. *Gender and Society* 9 (4), 432–449.
- Frost, Liz & Hogget, Paul (2008)* Human agency and social suffering. *Critical Social Policy* 28 (4), 438–460.
- Gatz, Margaret; Brown, Vivian; Hennigan, Karen; Rechberger, Elke; O'Keefe, Maura; Rose, Tara & Bjelajac, Paula (2007)* Effectiveness of an Integrated Trauma-Informed Approach to Treating Women with Co-Occurring Disorders and Histories of Trauma: The Los Angeles Site Experience. *Journal of Community Psychology* 35 (7), 863–878.
- Geertz, Clifford (1973)* The Interpretation of Cultures. Selected Essays. New York: Basic Books.
- Giddens, Anthony (1995)* Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Ulrich Beck; Anthony Giddens & Scott Lash (toim.) *Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio*. Tampere: Vastapaino, 83–152.
- Gilligan, Carol (1983)* In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press.
- Goffman, Erving (1969)* *Minuuden riistäjät: tutkielma totaalisista laitoksista*. suom. Suominen, Riitta & Tarkka, Auli. (1997) 2.painos. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Goldberg, Ted (1999)* *Demystifying Drugs. A Psychosocial Perspective*. New York: St. Martin's Press, Inc.
- Gordon, Tuula; Hynninen, Pirkko; Lahelma, Elina; Metso, Tuija; Palmu, Tarja & Tolonen, Tarja (2007)* Koulun arkea tutkimassa. Kokemuksia kollektiivisesta etnografiasta. Teoksessa Sirpa Lappalainen, Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tampere: Vastapaino, 41–65.
- Granfelt, Riitta (1998)* Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki: SKS.
- Granfelt, Riitta (1999)* Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. 3. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 175–227.
- Granfelt, Riitta (2002)* Pahasta kirjoittaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Johanna Hurtig (toim.) *Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 127–141.

- Granfelt, Riitta (2004a)* Marginaalitarinoita – asunnottomuuden, päihteiden ja rikosten kierre naisten ja miesten tulkitsemana. Teoksessa Marjo Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 197–222.
- Granfelt, Riitta (2004b)* Hetkeksi jaetut maailmat? Kokemuksia vankilasta ja tuetun asumisen yhteisöstä. *Janus* 12 (2), 134–154.
- Granfelt, Riitta (2007)* ”Oppisin elämään riippuvuuteni kanssa”. Tutkimus naisvankien päihdekuntoutuksesta Vanajan vankilassa. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2/2007, Helsinki: Rikosseuraamusvirasto.
- Granfelt, Riitta (2009)* Syyllisyyden sanoja. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino, 164–176.
- Granfelt, Riitta (2013)* Naisten kokemuksia kodittomuudesta ja vankeudesta. Teoksessa Elina Virokannas & Sanna Väyrynen (toim.) Varjoja naiseudessa. Helsinki: UNIpress, 199–219.
- Green, Carla A.; Polen, Michael R.; Dickinson, Daniel M.; Lynch, Frances & Bennett, Marjorie D. (2002)* Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23 (4), 285–295.
- Greenfield, Lawrence; Burgdorf, Kenneth; Chen, Xiaowu; Porowski, Allan; Roberts, Tracy & Herrell, James (2004)* Effectiveness of Long-Term Residential Substance Abuse Treatment for Women: Findings from Three National Studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 30 (3), 537–550.
- Greenfield, Shelly F.; Brooks, Audrey J.; Gordon, Susan M.; Green, Carla A.; Kropp, Frankie R.; McHugh, Kathryn; Lincoln, Melissa; Hien, Denise & Miele, Gloria M. (2007a)* Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of literature. *Drug and Alcohol Dependences* 86 (1), 1–21.
- Greenfield, Shelly F.; Trucco, Elisa M.; McHugh, R. Kathryn; Lincoln, Melissa & Gallop, Robert J. (2007b)* The Women’s Recovery Group Study: A Stage 1 trial of women-focused group therapy for substance disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence* 90 (1), 39–47.
- Greenfield, Shelly & Grella, Christine (2009)* What Is ”Women-Focused” Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric Services* 60 (7), 880–882.
- Greenfield, Shelly F.; Rosa, Carmen; Putnis, Susan I.; Green, Carla A.; Brooks, Audrey J.; Calsyn, Donald A.; Cohen, Lisa R.; Erickson, Sarah; Gordon, Susan M.; Haynes, Louise; Killeen, Therese; Miele, Gloria; Tross, Susan & Winhusen, Theresa (2011)* Gender Research in the National Institute on Drug Abuse National Treatment Clinical Trials Network: A Summary of Findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 37 (5), 301–312.
- Greenfield, Shelly F.; Cummings, Amanda M.; Kuper, Laura E.; Wigderson, Sara B. & Koro-Ljunberg, Mirka (2013)* A Qualitative Analysis of Women’s Experiences in Single-Gender Versus Mixed-Gender Substance Abuse Group Therapy. *Substance Use & Misuse* 48 (9), 772–782.

- Grella, Christine (2008) From Generic to Gender-Responsive Treatment: Changes in Social Policies, Treatment Services, and Outcomes of Women in Substance Abuse Treatment. Journal of Psychoactive Drugs 40 (5), 327-343.*
- Grella, Christine; Polinsky, Margaret; Hser, Yih-Ing & Perry, Susanna (1999) Characteristics of Women-Only and Mixed-Gender Drug Abuse Treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 17 (1-2), 37-44.*
- Grella, Christine E.; Joshi, Vanda & Hser, Yih-Ing (2000) Program variation in treatment outcomes among women in residential treatment. Evaluation Review 24 (4), 364-383.*
- Grella, Christine E.; Scott, Christy K.; Foss, Mark A.; Vandana, Joshi & Hser, Yih-Ing (2003) Gender differences in drug treatment outcomes among participants in the Chicago Target Cities Study. Evaluation and Program Planning 26 (3), 297-310.*
- Grella, Christine & Greenwell, Lisa (2004) Substance Abuse Treatment for Women: Changes in the Settings Where Women Received Treatment and Types of Services Provided, 1987-1998. The Journal of Behavioral Health Services & Research 31 (4), 367-383.*
- Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (1997) The New Language of Qualitative Method. New York: Oxford University Press.*
- Hahtela, Riikka (2015) Asiakkuuksien rakentuminen asunnottomille suunnatussa naistyössä. Acta Universitatis Tamperensis 2023. Tampere: Tampere University Press.*
- Hacking, Ian (2009) Mitä on sosiaalinen konstruktionismi? suom. Inkeri Koskinen. Tampere: Vastapaino.*
- Hakkarainen, Pekka; Metso, Leena & Salasuo, Mikko (2011) Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeekyselyn tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 76 (4), 397-412*
- Hakkarainen, Pekka & Karjalainen, Karoliina (2017) Pilvee, pilvee. Kannabiksen käyttötavat, käyttäjät ja poliittiset mielipiteet. Yhteiskuntapolitiikka 82 (1), 19-32.*
- Haller, Deborah L.; Miles, Donna R. & Dawson, Kathryn S. (2002) Psychopathology influences treatment retention among drug-dependent women. Journal of Substance Abuse Treatment 23 (4), 431-434.*
- Halmesmäki, Erja; Kahila, Hanna; Keski-Kohtamäki, Ritva; Iisakka, Teija; Bäckmark-Lindqvist, Gunne & Haukkamaa, Maija (2007) Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Suomen Lääkärilehti 62 (11), 1151-1154.*
- Hammersley, Martyn (1990) What's wrong with ethnography? The myth of theoretical description. Sociology 24 (4), 597-615.*
- Hammersley, Martyn (2006) Ethnography: problems and prospects. Ethnography and Education 1 (1), 3-14.*
- Hammersley, Martin & Atkinson, Paul (1995) Ethnography. Principles in Practice. London: Routledge.*
- Hanmer, Jalna & Statham, Daphne (1989) Women and social work. Towards a woman-centered practice. Second edition. London: Macmillan.*

- Harrop, Erin N. & Marlatt, Alan G. (2010) The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors* 35 (5), 392–398.
- Havio, Marja-Liisa; Inkinen, Maria & Partanen, Airi (2008) (toim.) *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Tammi.
- Healy, Karen (1999) Power and activist social work. In Bob Pease & Jan Fook (eds.) *Transforming Social Work Practice. Postmodern Critical Perspectives*. London & New York: Routledge, 115–134.
- Henderson, Dorothy (1998) Drug Abuse and Incarcerated Women. A Research Review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15 (6), 579–587.
- Heikkinen, Taina; Kalliokoski, Reeta & Larivaara, Pekka (2000) Somatisoiva potilas – haaste yleislääkärille. *Duodecim* 116 (21), 2425–2431.
- Heino, Eveliina (2016) Ymmärrystä ja tukea - kohtaamattomuutta ja vääryyttä. Venäläistaustaisten perheiden institutionaalisen luottamuksen ja epäluottamuksen rakentuminen suomalaisia peruspalveluita kohtaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (2), 127–137.
- Henderson, Dorothy & Boyd Carol (1997) All My Buddies Was Male: Relationship Issues for Women With Addictions. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 26 (4), 469–476.
- Heiskala, Risto (2000) *Toiminta, tapa ja rakenne. Kohti konstruktionistista synteisiä yhteiskuntateoriassa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hernandez, Virginia Rondero & Mendoza, Carmen (2011) Shame Resilience: A Strategy for Empowering Women in Treatment for Substance Abuse. *Journal of Social Work in the Addictions* 11 (4), 375– 393.
- Hernandez-Avila, Carlos A.; Rounsaville, Bruce J. & Kranzler, Henry R. (2004) Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 74 (3), 265–277.
- Hiebert-Murphy, Diane & Woytkiw, Lee (2000) A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18 (2000), 387–394.
- Hien, Denise A.; Cohen, Lisa R.; Miele, Gloria M.; Litt, Lisa Caren & Capstick, Carrie (2004) Promising Treatments for Women With Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry* 161 (8), 1426–1432.
- Hietala, Outi (2013) *A-klinikan asiakaskahvilassa – etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulla antamista merkityksistä*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A-sarja. Helsinki: DIAK.
- Hietamäki, Johanna (2016) *Lastensuojelun työmenetelmien kehittämisen tietopohjan rakentaminen*. Teoksessa Päivi Petrelius, Hanna Tulensalo, Anna-Mari Jaakola & Johanna Hietamäki (toim.) *Lapsen elämäntilanteen ja tuen tarpeiden lapsikeskeinen, monitoimijainen arviointi: Tietoa lastensuojelun kehittämisen pohjaksi*. Työpapereita 33/2016. Helsinki: THL, 28–40.

- Hirvonen, Eila (2000)* Raskaus nuoren valintana. Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 69. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Holmberg, Nils (2001)* Päihderippuvuudet. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim, 225–244.
- Holmberg, Nils & Kähkönen Seppo (2006)* Kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. *Duodecim* 122 (6), 711–719.
- Holmila, Marja (2001)* Perhe, päihteen ja sukupuoli. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (1), 55–62.
- Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja (2005)* Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 100 (12), 1763–1769.
- Holmila, Marja; Raitasalo, Kirsimarja, Autti-Rämö, Iloona & Notkola, Irma-Leena (2013)* Päihdeongelmaisten äitien lapset. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Helsinki: THL, 30–46.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2008)* Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45 (1), 4–17.
- Howard, Heather (2015)* Reducing Stigma: Lessons from Opioid-Dependent Women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 15 (4), 418–438.
- Howell, Embry, M. & Chasnoff, Ira J. (1999)* Perinatal Substance Abuse Treatment. Findings From Focus Groups With Clients and Providers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 17 (1–2), 139–148.
- Howell, Embry, M.; Heiser, Nancy & Harrington, Mary (1999)* A Review of Recent Findings on Substance Abuse Treatment for Pregnant Women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (3), 195–219.
- Humphreys, Keith & Tucker, Jolie (2002)* Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. Editorial. *Addictions* 97 (2), 126–132.
- Hunt, Geoffrey & Barker, Judith C. (1999)* Drug Treatment in Contemporary Anthropology and Sociology. *European Addiction Research* 5 (3), 126–132.
- Hurtig, Johanna (2003)* Lasta suojelemassa – etnografisen tutkimuksen lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. *Acta Universitatis Laponiensis* 60. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Hyväri, Susanna (2005)* Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Pessi (toim.) *Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus*. Tampere: Vastapaino, 214–235.
- Hyytinen, Riitta (2007)* Lapsi, huumeperhe ja toivo. Lapsen todellistumien huumeperheen kuntoutusprosessissa. *Ensi- ja turvakotienliiton julkaisuja* 37. Helsinki: Ensi- ja turvakotien Liitto.
- Hyytinen, Riitta (2008)* Hyvän asiakassuhteen merkitys. Teoksessa Maarit Andersson; Riitta Hyytinen & Marianne Kuorelahti (toim.) *Vauvan*

- parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 89–108.
- Härkönen, Janne; Savonen, Jenni; Virtala, Esa & Mäkelä, Pia (2017)* Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2016. Raportti 3/2017. Helsinki: THL.
- Hännikäinen-Uutela, Anna-Liisa (2004)* Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto, *studies in Education, Psychology and Social Research* 252. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Israeli, Anne I. & Santor, Darcy A. (2000)* Reviewing effective components of feminist therapy. *Counselling Psychology Quarterly* 13 (3), 233–247.
- Itäpuisto, Maritta (2005)* Kokemuksia alkoholiongelmiaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 124: Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Itäpuisto, Maritta (2013)* Päihdehoidon lapsi- ja vanhemmuussensitiivisyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (5), 533–543.
- Itäpuisto, Maritta & Grönfors, Martti (2004)* Isä, poika ja pullon henki. Teoksessa Vilma Hänninen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Muuttuuko ihminen?* Tampere: Tampere University Press, 139–154.
- Jallinoja, Riitta (2009)* Vieras perheessä: suhteen hahmotus. Teoksessa Riitta Jallinoja (toim.) *Vieras perheessä*. Helsinki: Gaudeamus, 11–31.
- Jeong, Jessica J.; Pepler, Debra J.; Motz, Mary & DeMarchi, Gina (2015)* Readiness for Treatment: Does It Matter for Women with Substance Use Problems Who Are Parenting? *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 15 (4), 394–417.
- Jessup, Martha A.; Humphreys, Janice C.; Brindis, Claire D. & Lee, Kathryn A. (2003)* Extrinsic Barriers to Substance Abuse Treatment Among Pregnant Drug Dependent Women. *Journal of Drug Issues*. Spring 2003, 285–304.
- Jokinen, Eeva (1997 (toim.))* Ruumiin siteet. Tekstejä eroista, järjestyksestä ja sukupuolesta. Tampere: Vastapaino.
- Jones, Maxwell (1968)* *Beyond the Therapeutic Community*. New Haven and London: Yale University Press.
- Jones, Héndrée E. & Kaltenbach, Karol (2013)* *Treating Women with Substance Use Disorders During Pregnancy. A Comprehensive Approach to Caring for Mother and Child*. New York: Oxford University Press.
- Jordan, Steven & Yeomans, David (1995)* *Critical Ethnography: Problems in Contemporary Theory and Practice*. *British Journal of Sociology of Education* 16 (3), 389–404.
- Juhila, Kirsi (1999)* Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Tilanteista kulttuuriseen kontekstiin. Teoksessa Arja Jokinen; Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 160–198.
- Juhila, Kirsi (2004)* Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Arja Jokinen; Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) *Puhua vastaan ja vaieta*. Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

- Juhila, Kirsi (2008)* Aikuisuus sosiaalityössä. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 82–108.
- Julkunen, Raija (2008)* Yhteisvastuusta julkisen vastuun prioriteetteihin. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 146–182.
- Julkunen, Raija (2010)* Sukupuolen järjestykset ja tasa-arvon paradoksit. Tampere: Vastapaino.
- Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (2010)* Kuinka sukupuolta voi tutkia? Teoksessa Tuija Saresma, Leena-Maija Rossi & Tuija Juvonen (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino, 9–17.
- Juvonen, Tarja; Lindh, Jari; Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (2018) (toim.)* Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Helsinki: UNIPress.
- Järvensivu, Anu (2016)* Hiljaisuudesta kertomuksiksi: työelämän sosiaalisesta kärsimyksestä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53 (3), 178–187.
- Kahila, Hanna (2011)* Substance misuse problems during pregnancy with special emphasis on buprenorphine. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kahila, Hanna; Gissler, Mika; Sarkola, Taisto; Autti-Rämö, Ilona & Halmesmäki, Erja (2010)* Maternal welfare, morbidity and mortality 6–15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence* 111 (3), 215–221.
- Kaikkonen, Risto, Wikström, Katja & Hakulinen-Viitanen, Tuovi (2012)* Vanhempien terveystottumukset. Teoksessa Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Jaana Markkula, Katja Wikström, Marja-Leena Ovaskainen, Suvi Virtanen & Tiina Laatikainen (toim.) *Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot*. Raportti 16/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 148–161.
- Kallio, Tarja (2003)* Pystyvyysodotukset, hoito ja alkoholinkäytön hallinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (3), 271–280.
- Kallio, Tarja (2005)* Päihdeasiakkaiden haasteet ja mahdollisuudet: pystyvyys, koherenssin tunne, kontrolliodotus ja hoito. Helsinki: Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos.
- Kandall, Stephen (2010)* Women and Drug Addiction: A Historical Perspective. *Journal of Addictive Diseases* 29 (2), 117–126.
- Kannasoja, Sirpa (2013)* Nuorten sosiaalinen toimintakyky. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 484. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kaplan, Charles & Broekaert, Eric (2003)* An introduction to research on the social impact of the therapeutic community of addiction. *International Journal of Social Welfare* 12 (3), 204–210.
- Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka (2013)* Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (5), 498–508.

- Karlsson, Hasse & Koponen, Salla (1995)* Somatisointi kliinisenä ongelmana. *Duodecim* 111 (18), 1791–1797.
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2010)* Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Helsinki: THL, 13–26.
- Karlsson, Thomas; Kotovirta, Elina; Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (2013) (toim.)* Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Raportti 13/2013. Helsinki: THL.
- Karlsson, Thomas (2018)* Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä ja sen haitoista? Teoksessa Pia Mäkelä; Janne Härkönen; Tomi Lintonen; Christoffer Tigerstedt & Katariina Warpenius (toim.) *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. Helsinki: THL, 15–25.
- Karttunen, Teija (2013)* Nais erityisen työtteen elementeistä päihdehoidossa. Teoksessa Elina Virokannas & Sanna Väyrynen (toim.) *Varjoja naiseudessa*. Helsinki: UNIPress, 220–246.
- Karttunen, Teija (2016a)* Ylisukupolvisuusilmiön moninaisuus päihdeongelmissa. Teoksessa Kirsi Nousiainen, Päivi Petrelius & Laura Yliruka (toim.) *Puheista tekoihin! Ylisukupolvisten ongelmien ehkäiseminen lastensuojelussa ja perhe- ja sosiaalipalveluissa*. Työpaperi 20/2016. Helsinki: THL, 117–140.
- Karttunen, Teija (2016b)* Vauvaperheiden päihdehoidon orientaatioista. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (5), 567–575.
- Karttunen, Teija & Hietamäki, Johanna (2014)* Tiedon käytön kysymyksiä ja haasteita sosiaalityön asiakastyössä. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino, 320–336.
- Karvonen, Juha T.; Läksy, Kristian & Räsänen, Sami (2016)* Somatisaatiohäiriö – ylidiagnosoitu mutta aliarvioitu sairaus. *Katsaus. Duodecim* 132 (3), 219–225.
- Kataja, Kati (2012)* Lapsuuden rajoilla. Normaalin ja poikkeavan määrittäminen huostaanottoasiakirjoissa. Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 78. Turku: Turun yliopisto.
- Kaskutas, Lee Ann; Zhang, Lixia; French, Michal & Witbrodt, Janet (2005)* Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction* 100 (1), 60–69.
- Kaukonen, Olavi (2002a)* Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 137–166.
- Kaukonen, Olavi (2002b)* Päihdepalvelujen vaikuttavuus. Teoksessa Anne-Mari Aalto (toim.) *Kannattaako kuntous? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuuteen*. Raportteja 267. Helsinki: STAKES, 125–139.
- Kaukonen, Olavi (2005)* Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (3), 311–322.

- Kay, Abigail; Taylor, Trusandra; Barthwell, Andrea; Wichelecki, Jana & Leopold, Vera (2010) Substance Use and Women's Health. Journal of Addictive Diseases 29 (2), 39-163.*
- Kearney, Margaret H. (1998) Truthful Self-Nurturing: A Grounded Formal Theory of Women's Addiction Recovery. Qualitative Health Research 8 (4), 495-512.*
- Kelly, Patricia; Blacksin, Beth & Mason, Ellen (2001) Factors affecting substance abuse treatment completion for women. Issues in Mental Health Nursing 22 (3), 287-3014.*
- Keskinen, Suvi (2004) Katkokset ja jatkumot feministisessä sosiaalityökeskustelussa. Teoksessa Marjo Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 19-46. Kasvatus: Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja 40*
- Keskinen, Suvi (2005) Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt. Tampere: Tampere University Press.*
- Kiiveri, Leena & Hännikäinen-Uutela, Anna-Liisa (2009) Huume- ja väkivaltarikoksista tuomitun naisen voimaantuminen ja identiteetin uudelleen rakentuminen. Kasvatus: Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja 40 (4), 294-306.*
- Kim, HyunSoo; Tracy, Elizabeth; Brown, Suzanne; MinKyoung, Jun; Hyunyong, Park; Meeyoung, Min & McCarty, Chris (2015) Personal networks of women in residential and outpatient substance abuse treatment. Addiction Research & Theory 23 (5), 404-412*
- Kincheloe, Joel L. & McLaren, Peter (2003) Rethinking critical theory and qualitative research. Teoksessa Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (eds.) The landscape of qualitative research. Theories and Issues. Thousand Oaks: Sage, 433-488.*
- Kirmanen, Tiina (2000) Pelon hallinta ja lapsen turvallisuus. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 119-146.*
- Knight, Danica Kalling; Wallace, Gail L.; Joe, George W. & Logan, Sarah M. (2001a) Change in psychosocial functioning and social relations among women in residential substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse 13 (4), 533-547.*
- Knight, Danica Kalling; Logan, Sarah & Simpson D. Dwayne (2001b) Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 27 (1), 1-18.*
- Knuuti, Ulla (2007) Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsinki: Helsinki University Press.*
- Kokkonen, Marja (2010) Ihastuttavat, vihastuttavat tunteet. Opi tunteiden säätelyn taito. Jyväskylä: PS-Kustannus.*
- Koponen, Anne (2006) Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. Kotu -tutkimuksia 5. Helsinki: Kehitysvammaliitto.*

- Korkiamäki, Riikka; Nylund, Marianne; Raitakari, Suvi & Roivainen, Irene (2008)* Yhteisösosiaalityö kansalaisyhteiskunnan ja asiakastyön rajapinnassa. Teoksessa Irene Roivainen; Marianne Nylund; Riikka Korkiamäki & Suvi Raitakari (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-Kustannus, 9–20.
- Koro-Ljunberg, Mirka & Greckhamer, Thomas (2005)* Strategic turns in labeled “ethnography”: from description to openly ideological production of cultures. *Qualitative Research* 5 (3), 285–306.
- Koski-Jännes, Anja; Jussila, Antti & Hänninen, Vilma (1998)* Miten riippuvuus voitetaan? Helsinki: Otava.
- Koski-Jännes, Anja (2006)* Viettelyksiä ja yleisiä uskomuksia – addiktiot kasvu ympäristön riskitekijöinä. Teoksessa Irmenli Järventie, Miia Lähde & Juulia Paavonen (toim.) Lapsuus ja kasvu ympäristöt – tutkimuksen kuvia. Professori Anja Riitta Lahikaisen juhlakirja. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus/Helsinki University Press, 260–276.
- Koskinen Seppo; Sainio, Päivi; Tiikkainen, Pirjo & Vaaramaa, Marja (2011)* Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist & Noora Ristiluoma (toim) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: THL, 137–140.
- Kosonen, Ulla (1998)* Koulumuistoja naiseksi kasvamisesta. Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 21. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, SoPhi.
- Kosonen, Ulla (2011)* Päihdeongelmaisten miesten tarinoita isyydestä. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (6), 678–686.
- Kotiranta, Tuija & Virkki, Tuija (2011)* Toimijuus ja sosiaalisen toiminnan teoria. Teoksessa Tuija Kotiranta, Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 113–134.
- Kotovirta, Elina (2009)* Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Helsinki: THL.
- Kotkavirta, Jussi (2008)* Psykoanalyttinen teoria ja hyvän elämän kysymykset. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 240–277.
- Kulmala, Anna (2004)* Toiset identiteettiä rakentamassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (3), 231–241.
- Kulmala, Anna (2006)* Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 523. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kulmala, Anna; Valokivi, Heli & Vanhala, Anni (2003)* Sosiaalityön kohtaamisia asiakkaiden kertomana. Teoksessa Mirja Satka, Anneli Pohjola & Marketta Rajavaara (toim.) Sosiaalityö ja vaikuttaminen. SoPhi 76. Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy, 125–146.
- Kuusinen, Kirsti-Liisa (2001)* Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim, 12–24.

- Kuusisto, Katja (2010)* Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1942. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kuusisto, Katja; Artkoski, Tytti & Saarnio, Pekka (2011)* Päihdehoidon naistyöntekijä ja asiakkaan sukupuoli. *Naistutkimus* 24 (1), 30–42.
- Kuusisto, Katja & Saarnio, Pekka (2012)* Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (3), 290–301.
- Kuussaari, Kristiina; Kaukonen, Olavi; Partanen, Airi; Vorma, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia (2014)* Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (3), 264–277.
- Kuussaari, Kristiina; Kaukonen, Olavi; Partanen, Airi; Samposalo, Hanna & Vorma, Helena (2017)* Päihdepalvelujen rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (3), 262–273.
- Kuronen, Marjo (2004)* Valtaistumista vai voimavraistumista – feministisiä näkökulmia emporwermentiin sosiaalityön käsitteenä ja käytäntönä. Teoksessa Marjo Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) *Sukupuoli ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 277–296.
- Kuronen, Marjo (2009)* Feministinen tutkimus ja sosiaalityön tutkimus - kohtaamisia ja kohtaamattomuutta. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 111–130.
- Kuronen, Marjo; Granfelt, Riitta; Nyqvist, Leo & Peterlius, Päivi (2004)* Sukupuolistunut ja sukupuoleton sosiaalityö. Teoksessa Marjo Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) *Sukupuoli ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 5–18.
- Laakso, Riitta (2009)* Arjen rutiinit ja yllätykset – etnografia lastenkotityöstä. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 876. Tampere: Tampereen yliopisto.
- LaFave, Linda; Desportes, Laura & McBride, Christine (2009)* Treatment Outcomes and Perceived Benefits: A Qualitative and Quantitative Assessment of a Women’s Substance Abuse Treatment Program. *Women and Therapy* 32 (2009), 51–68.
- Lahikainen, Anja Riitta (2000)* Turvallisuus identiteettikysymyksenä. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tampere: Vastapaino, 61–89.
- Lahikainen, Anja Riitta (2011)* Minuuden sosiaalinen rakentuminen. Teoksessa Eero Suoninen, Anna-Maija Pirttilä-Backman, Anja Riitta Lahikainen & Marja Ahokas (toim.) *Arjen Sosiaalipsykologiaa*. Helsinki: WSOYpro, 89–139.
- Lahti, Jari & Pienimäki, Anneli (2004)* Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: STAKES, 137–151.

- Laine, Terhi (2005)* Turvakotityön käytännöt. Asiantuntijuus ja sukupuolen merkitykset. Yliopistopaino: Helsinki.
- Laitinen, Merja (2004)* Häväistyt ruumiit, rikotut mielet.: tutkimus lapsena läheissuhteissa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ja miesten elämästä. Tampere: Vastapaino.
- Laitinen, Merja; Kemppainen, Tarja; Lakkala, Suvi; Kauppi, Arto; Veikanmaa, Sari; Välimaa, Miia & Turunen, Tuija (2018)* Sosiaalityön interprofessionaalinen asiantuntemus. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo Romakkaniemi (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Helsinki: UNIPress, 154–181.
- Langmuir, Judith I. & Kirsh, Shari G. (2011)* A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 4 (2), 214–220.
- Lappalainen, Sirpa (2007a)* Johdanto. Mikä ihmeen etnografia? Teoksessa Sirpa Lappalainen, Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 9–14.
- Lappalainen, Sirpa (2007b)* Rajamaalla. Etnografinen tarina kenttätöystä lasten parissa. Teoksessa Sirpa Lappalainen; Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 65–88.
- Lappalainen, Sirpa (2007c)* Havainnoinnista kirjoitukseksi. Teoksessa Sirpa Lappalainen, Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 113–133.
- Larmo, Anneli (2010)* Mentalisaatio - kyky pitää mielessä. *Duodecim* 126 (6), 616–622.
- Lauerma, Hannu (2002)* Dissoiaatiohäiriöt ja niiden hoito. *Duodecim* 118 (21), 2199–2205.
- Lee, Hee Yun; Ju, Eunsu & Lightfoot, Elizabeth B. (2010)* The Role of Substance Use by Both Perpetrators and Victims in Intimate Partner Violence Outcomes. *Journal of Social Work Practice in Addictions* 10 (1), 3–24.
- LeCompte, Margaret (2002)* The transformation of ethnographic practice: past and current challenges. *Qualitative Research* 2 (3), 283–299.
- Lehtinen, Anja-Riitta (2000)* Lasten kesken. Lapset toimijoina päiväkodissa. Jyväskylä: SoPhi & Jyväskylän yliopisto.
- Leinonen, Leena (2018)* Sosiaalityön terapeutin asiantuntijuus psykiatrisessa erikoissairanhoidossa. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo Romakkaniemi (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Helsinki: UNIPress, 134–153.
- Leisto, Leila & Tuomikoski-Koukkula, Suvi (2011)* ”Viekää, viekää se pois”. Päähtyneenä pidettyjen tyttöjen kokemukset poliisin ja sosiaalityöntekijän puuttumistoimista. Teoksessa Mirja Satka, Leena

- Alanen, Timo Harrikari & Elina Pekkarinen (toim.) *Lapset, nuoret ja muuttuva hallinta*. Tampere: Vastapaino, 131–165.
- Lempiäinen, Kirsti (2003) Sosiologian sukupuoli*. Tampere: Vastapaino.
- Leppo, Anna (2012a) Precarious Pregnancies. Alcohol, Drugs and The Regulation of Risks*. Publications of The Department of Social Research 2012:3. Helsinki: University of Helsinki.
- Leppo, Anna (2012b) "Vahvempänä eteenpäin" – Pidä kiinni -hoitojärjestelmän vaikutukset asiakkaisiin, yhteistyökumppaneihin ja yhteiskuntaan*. Työpapereita 3/2012. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Leppo, Anna; Tervo, Marjo & Andersson, Maarit (2009) Päihdepalvelujen saanti on tehtävä helpoksi raskaana oleville*. Suomen Lääkärilehti 64 (19), 1788–1790.
- Lester, Barry; Andreozi, Lynne & Appiah, Lindsey (2004) Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research*. Harm Reduction Journal 1 (5), Open Access pages 1–44.
- Liebschutz, Jane; Savetsky, Jacqueline B.; Saitz, Richard; Horton, Nicholas J.; Loyd-Travglini, Christine & Samet, Jeffrey H. (2002) The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences*. Journal of Substance Abuse Treatment 22 (3), 121–128.
- Luostarinen, Salme (2008) Transferenssi ja terapeutin emotionaaliset reaktiot*. Teoksessa Risto Antikainen & Mauri Ranta (toim.) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Duodecim, 39–69.
- Luthar, Suniya & Walsh, Katy (1995) Treatment Needs of Drug-Addicted Mothers. Integrated Parenting Psychotherapy Interventions*. Journal of Substance Abuse Treatment 12 (5), 341–348.
- Lynch, Wendy J; Roth, Megan E. & Carroll, Marilyn E. (2002) Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies*. Psychopharmacology 164 (2), 121–137.
- Lähteenmäki, Antti (2012) Kognitiiviset työtavat lääkärin vastaanotolla*. Duodecim 128 (14), 1471–1477.
- Mahler, Lisa & Dixon, David (2002) Policing and public health: law enforcement and harm minimization in a street level drug market*. Teoksessa Stephanie Taylor (eds.) *Ethnographic Research. A Reader*. London: Sage, 36–64.
- Marcellus, Lenora (2004) Feminist ethics must inform practice interventions with perinatal substance users*. Health Care for Women International 25 (8), 730–742.
- Markkola, Pirjo (2002) Synti ja siveys. Naiset, uskonto ja sosiaalinen työ Suomessa 1860–1920*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Markoff; Laurie S.; Reed, Beth Glover; Fallot, Roger D. & Elliot, Denise E. (2005) Implementing Trauma-Informed Alcohol and Other Drug and Mental Health Services for Women: Lessons Learned in Multisite Demonstration Project*. American Journal of Orthopsychiatry 75 (4), 525–539.
- Marsh, Jeanne; Dingcai, Cao & D'Aunno, Thomas (2004) Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment*. Journal of Substance Abuse Treatment 27 (4), 289–300.

- Marsh, Jeanne; D'Aunno, Thomas & Smith, Brenda (2000)* Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction* 95 (8), 1237-1247.
- Martin, Fiona & Aston, Shaughney (2014)* A "special population" with "unique treatment needs": Dominant representation of "women substance abuse" and their effects. *Contemporary Drug Problems* 41 (3), 335-360.
- Matinlompola, Unto (2002)* Pahan keskellä. Teoksessa Merja Laitinen & Johanna Hurtig (toim.) Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 18-41.
- Mattila-Aalto, Minna (2009)* Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- MacKenzie, Ann E. (1994)* Evaluating ethnography: considerations for analysis. *Journal of Advanced Nursing* 19 (4), 774-781.
- Maunu, Antti (2014)* Yöllä yhdessä. Yökerhot, biletyt ja suomalainen sosiaalisuus. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2014:6. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- McHugh, Kathryn R. & Greenfield, Shelly F. (2010)* Psychiatric Symptom Improvement in Women Following Group Substance Abuse Treatment: Results From The Women's Recovery Group Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 24 (1), 26-36.
- McLellan, Thomas (2002)* Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Editorial. *Addiction* 97 (3), 249-252.
- Measham, Fiona (2003)* "Doing gender" - "doing drugs": conceptualizing the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems* 29 (2), 335-373.
- Melnick, Gerald & De Leon, George (1999)* Clarifying the Nature of Therapeutic Community Treatment. The survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (4), 307-313.
- Meskus, Mianna (2009)* Elämän tiede. Tutkimus lääketieteen teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta. Tampere: Vastapaino.
- Messina, Nena; Wish, Eric & Nemes, Susanna (2000)* Predictors of Treatment Outcomes in Men and Women Admitted to a Therapeutic Community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26 (2), 207-227.
- Metso, Leena; Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012)* Suomaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet - Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2010. Raportteja 17/2012. Helsingin: THL.
- Mietola, Reetta (2007)* Etnografisesta haastattelusta etnografiseen analyysiin. Teoksessa Sirpa Lappalainen; Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 151-176.
- Millar, Golden M. & Stermack, Lana (2000)* Substance abuse and childhood maltreatment. Conceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (2), 175-182.

- Miller, Jean Baker (1977) *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press.
- Miller, Brenda A.; Wilsnack, Sharon C. & Cunradi, Carroll B. (2000) Family Violence and Victimization: Treatment Issues for Women with Alcohol Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24 (8), 1287–1297.
- Miller, William R. & Wilbourne, Paula L. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Review. Addiction* 97 (3), 265–277.
- Min, Meeyoung O.; Tracy, Elizabeth M.; Kim, Hyunsoo; Park, Hyunyoung; Jun, MinKyong; Brown, Suzanne; McCarty, Christopher & Laudet, Alexandre (2013) Changes in personal networks of women in residential and outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 45, 325–334.
- Moeller, Gerard F.; Barrat Ernest, S.; Dougherty, Donald M.; Schmitz, Joy M. & Swann Alan C. (2001) Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 158 (11), 1783–1793.
- Moore, Jane & Finkelstein, Norma (2001) Parenting Services for Families Affected by Substance Abuse. *Child Welfare* LXXX (2), 221–238.
- Moos, Rudolf H. & Moos, Bernice S. (2003) Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 98 (3), 325–337.
- Moskalewicz, Jacek (2010) The forgotten stakeholders in the drug treatment system - its addicted clients. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (6), 613–615.
- Murto, Kari (1997) *Yhteisöhoidon suuntauksia*. Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Murto, Kari (2000) Näkökohtia yhteisölliseen oppimiseen ja oppimaa oppimiseen. *Aikuiskasvatus* 20 (2), 142–150.
- Murto, Lasse (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.
- Mustonen, Heli; Mäkelä, Pia; Metso, Leena & Simpura, Jussi (2001) Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (3), 265–276.
- Myllykangas, Markku (2007) Puoskarit savustettava terveydenhuollosta. *Mielipidekirjoitus*. Helsingin Sanomat 13.7.2007.
- Myllärniemi, Anniina (2006) Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. *Soccan & Heikki Waris Instituutin julkaisuja* 71. Helsinki: Socca & Heikki Waris Instituutti.
- Mäkelä, Jukka (2005) Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen Lääkärilehti* 60 (14), 1543–1549.
- Mäkelä, Klaus (1991) AA -liike yhteiskunnallisena liikkeenä. *Alkoholipolitiikka* 56 (2), 80–87.
- Mäkelä, Klaus (1992) AA oma-apuliikkeenä ja 12 askeleen ammattihoito. *Alkoholipolitiikka* 57 (2), 81–94.

- Mäkelä, Klaus (2009) Päihdeäitien hoito ja valvonta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2), 195–201.
- Mäkelä, Pia; Mustonen, Heli & Huhtanen Petri (2010) Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttätapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. THL: Helsinki, 39–54.
- Mäkelä, Pia; Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (2010) Mikä on muuttunut? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. THL: Helsinki, 281–294.
- Mäkiranta, Marja (2005) Äitiys ja päihdeongelman hoito .Oulunkylän ensikodin hoitotyön arviointi vuosina 2000–2002. Ensi- ja turvakotien liiton Raportti 3. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Mäntysaari, Mikko (1991) Sosiaalibyrokratia asiakkaiden valvojana: byrokratiatyö, sosiaalinen kontrolli ja tarpeitten sääntely sosiaalitoimistoissa. Tampere: Vastapaino.
- Månsson, Elinor & Bogren, Alexandra (2014) Health, risk, and pleasure: The formation of gendered discourses on women's alcohol consumption. *Addiction Research and Theory* 22 (1), 27–36.
- Najavits, Lisa M.; Weiss, Roger D. & Shaw, Sarah R. (1997) The link between substance use and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal of Addictions* 6 (4), 273–283.
- Najavits, Lisa M.; Rosier, Marshall M.S.; Nolan, Alan Lee & Freeman, Michael C. (2007) A New Gender-Based Model for Women's Recovery From Substance Abuse: Results of A Pilot Outcome Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33 (1), 5–11.
- Neale, Joanne (2004) Gender and Illicit Drug Use. *British Journal of Social Work* 34 (6), 851–870.
- Neale, Joan; Allen, Debby & Coombes, Lindsey (2005) Qualitative research methods within addictions. *Addiction* 100 (11), 1584–1593.
- Nelson, Thorana S.; McCollum, Erik E.; Wetchler, Joseph L.; Trepper, Terry S. & Lewis, Robert A. (1996) Therapy With Women Substance Abusers: A Systemic Couples Approach. *Journal of Feminist Family Therapy* 8 (1), 5–27.
- Nelson-Zlupko, Lani; Kauffman, Eda & Morrison Dore, Martha (1995) Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work* 40 (1), 45–54.
- Nelson-Zlupko, Lani; Morrison Dore, Martha; Kauffman Eda & Kaltenbach, Karol (1996) Women in Recovery. Their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13 (1), 51–59.
- Niccols, Alison; Milligan, Karen; Sword, Wendy; Thabane, Lehana; Henderson, Joanna & Smith, Ainsley (2012) Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal* 14 (9), 9–14.
- Niemelä, Jorma (2002a) Päihdeongelman, identiteetin vai syrjäytymisen hoitamista? Teoksessa Jarmo Heinonen, Hannu Alho & Risto Roine (toim.)

- Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeutkimuksista. Tommi 2002. Helsinki: Alkoholi- ja huumeutkijain seura ry, 63–72.
- Niemelä, Jorma (2002b)* Identiteettityö, sosiaalinen pääoma ja marginaalista murtautuminen. Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Jyväskylä: PS-Kustannus, 76–93.
- Niemelä, Pauli (2000)* Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 21–37.
- Niv, Noosha & Hser, Yih-Ing (2007)* Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 87 (2–3), 194–210.
- Nokleby, Heid (2012)* Comorbid drug use disorders and eating disorders – a review of prevalence studies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 29 (3), 303–314.
- Nokleby, Heid; Pedersein, Geir & Skårderud, Finn (2014)* Symptoms of Eating Disorders Among Females in Drug Addiction Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 14 (3), 225–238.
- Nousiainen, Kirsi (2013)* Lyöty äiti - väkivaltainen kotis sisäisenä tilana. Teoksessa Teoksessa Elina Virokannas & Sanna Väyrynen (toim.) Varjoja naiseudessa. Helsinki: UNIPress, 83–112.
- Nurmi, Jan-Erik & Salmela-Aro, Katariina (2017)* Johdanto. Teoksessa Katariina Salmela-Aro & Jan-Erik Nurmi (toim.) Mikä meitä liikuttaa? Motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä: PS-Kustannus, 9–15.
- Nykyri, Tuija (1997)* Mekkoonsamattajat ja syliinsä sulkevat. Vihaisen naisen asentoja. Teoksessa Eeva Jokinen (toim) Ruumiin siteet. Tekstejä eroista, järjestyksestä ja sukupuolesta. Tampere: Vastapaino, 65–84.
- Nykyri, Tuija (1998)* Naisen viha. *SoPhi* 24. Jyväskylä: SoPhi.
- Nylund, Marianne (2005)* Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Pessi (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 195–213.
- Nätkin, Ritva (2001)* Päihdeongelmaiset äidit – uutta äitiyspolitiikkaa. Teoksessa Maarit Andersson (toim.) Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 32–49.
- Nätkin, Ritva (2003)* Moninaiset perhemuodot ja lapsen hyvä. Teoksessa Hannele Forsberg & Ritva Nätkin (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Helsinki: Gaudeamus, 16–38.
- Nätkin, Ritva (2006a)* Johdanto - Kulttuurisista merkityksistä hoidon tutkimukseen. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-Kustannus, 5–21.
- Nätkin, Ritva (2006b)* Äitiys ja päihteet – kertomus ja politiikka Teoksessa Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-Kustannus, 23–53.

- O'Connor, Lynn; Berry, Jack W.; Inaba, Darryl; Weis, Joseph & Morrison, Andrea (1994) Shame, Guilt, and Depression in Men and Women in Recovery From Addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11 (6), 503–510.
- O'Farrell, Timothy J.; Fals-Stewart, William; Murphy, Marie & Murphy, Christopher, M. (2003) Partner Violence Before and After Individually Based Alcoholism Treatment for Male Alcoholic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (1), 92–102.
- Ogden, Pat & Minton, Kekuni (2000) Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology* 3 (3), 149–173.
- O'Neil, Carol & Maranda, Michael (2007) The Development and Initial Validation of the Identification of Alcohol Dependence in Women Scale. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33 (2), 333–340.
- Orford, Jim (2004) Kohti uutta lähestymistapaa addiktiosta vapautumiseen. Teoksessa Vilma Hänninen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Muuttuuko ihminen?* Tampere: Tampere University Press, 187–209.
- Ojanen, Minna (2006) Äiti korvaushoidossa. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat.* Jyväskylä: PS-Kustannus, 107–135.
- Ollgren, Jukka; Forsell, Martta; Varjonen, Vili; Alho, Hannu; Brummer-Korvenkontio, Henriikki; Kainulainen, Heini; Karjalainen, Karoliina; Kotovirta, Elina; Partanen, Airi; Rönkä, Sanna; Seppälä, Timo & Virtanen, Ari (2014) Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 498–508.
- Orjasniemi, Tarja (2005) Ottaako vai ei...Raittiuden ja alkoholin käytön sukupolvittaiset muutokset moraalivallin murtumisen ilmentyminä pohjoisella maaseudulla 1980-2000-luvulla. *Acta Universitatis Lapponiensis* 89. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Orme, Joan (2002) Feminist social work. In Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (eds.) *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates.* Second edition. Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave, 218–226.
- Orwin, Robert G.; Francisco, Leilani & Bernichon, Tiffany (2001) Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: A Meta-analysis. National Evaluation Data Services (NEDS). Arlington: Battelle Centers for Public Health Research and Evaluation (CPHRE).
- Osterling, Kathy Lemon & Austin, Michael J. (2008) Substance Abuse Interventions for Parents Involved in the Child Welfare. *Journal of Evidence-Based Social Work* 5 (1), 157–189.
- Paasio, Petteri (2014) Näyttöön perustuva sosiaalityön käytäntö – järjestelmällinen katsaus vuosina 2010–2012 julkaistuista tutkimuksista. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. (julkaisematon) Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Pajulo, Marjukka (2010) Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? *Suomen Lääkärilehti* 65 (13–14), 1205–1211.

- Pajulo, Marjukka (2011)* Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen – erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 66 (14), 1181–1195.
- Pajulo, Marjukka; Savonlahti, Elina; Sourander, Andre; Helenius, Hans & Piha, Jorma (2001)* Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65 (1), 9–17.
- Pajulo, Marjukka & Kalland, Mirjam (2006)* Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparioiden hoidossa. *Duodecim* 122 (21), 2603–2611.
- Pajulo, Marjukka; Suchman, Nancy; Kalland, Mirjam & Mayes, Linda (2006)* Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal* 27 (5), 448–465.
- Pajulo, Marjukka; Suchman, Nancy; Kalland, Mirjam; Sinkkonen, Jari; Helenius, Hans & Mayes, Linda (2008)* Role of Maternal Reflective Ability for Substance Abusing Mothers. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health* 23 (1), 13–31.
- Pajulo, Marjukka & Kalland, Mirjam (2008)* Äidin reflektiivinen kyky ja sen vaikutus päihde-ensikotien hoidon tulokseen. Teoksessa Maarit Andersson, Riitta Hyytinen & Marianne Kuorelahti (toim.) *Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihde- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu* 38. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 158–183.
- Pajulo, Marjukka & Kalland, Mirjam (2013)* Mentalizing-based intervention with mother-baby dyads. S. 282–302. Teoksessa Nancy Suchman, Marjukka Pajulo Linda C. Mayes (eds.): *Parenting and Substance Abuse. Developmental Approaches to Intervention*. New York: Oxford University Press, 282–302.
- Pajulo, Marjukka; Salo, Saara & Pyykönen, Nina (2015)* Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. *Duodecim* 131 (11), 1050–1057.
- Palacios, Wilson R.; Urmann, Catherine F.; Newel, Richard & Hamilton, Nancy (1999)* Developing a Sociological Framework for Dually Diagnosed Women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 17 (1), 91–102.
- Palmu, Tarja (2007)* Kenttä, kirjoittaminen, analyysi - yhteenkietoutumia. Teoksessa Sirpa Lappalainen; Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tampere: Vastapaino, 137–150.
- Palojärvi, Helena (2009)* Vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä. Miten NOVAT-ryhmä auttaa ja tukee, kun naisella on paha olo? Yhteisösoseaalityön ammatillinen lisensiaatin tutkimus (julkaisematon). Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Palojärvi, Helena (2012)* Pohdintaa naisen avuntarpeesta ja tuen saamisesta suomalaisessa päihdetyössä. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.) *Sosiaalityön haasteet. Tukea ammatilaisten arkeen*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 103–124.

- Partanen, Juha (2002)* Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttöä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.
- Pekkarinen, Elina & Tapola-Haapala, Maria (2009)* Kriittinen realismi sosiaalityössä: tiedontuotannosta emansipaatioon. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus, 183–205.
- Pelissier, Bernadette & Jones, Nicole (2005)* A Review of Gender Differences Among Substance Abusers. *Crime & Delinquency* 51(3), 343–372.
- Pennonen, Marjo (2014)* Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (3), 318–327.
- Pennonen, Marjo & Koski-Jännes, Anja (2010)* Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. *Janus* 18 (3), 208–224.
- Perälä, Jussi (2011)* ”Miksi lehmät pitää tappaa?” Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. *Tutkimus* 56. Helsinki: THL.
- Perälä, Riikka (2007)* Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (39), 256–271.
- Perälä, Riikka (2012)* Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huume-ongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:6 Sosiologia*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Perälä, Jussi; Kainulainen Heini & Tammi, Tuukka (2012)* Helsinkiläiset narkomaanit – käyttö, kulttuuri, kontrolli. Teoksessa Mikko Salasuo, Janne Poikolainen & Pauli Komonen (toim.) *Katukulttuuri: Nuorisoesiintymiä 2000-luvun Suomessa*. Nuorisotutkimusseuran/Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 124. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Petrelius, Päivi (2005)* Sukupuoli ja subjektiivisuus sosiaalityössä. Tulkintoja naistyöntekijöiden muistoista. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 266. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Piispa, Minna (2013)* Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Helsinki: THL, 78–88.
- Pirskanen, Henna (2011)* Alkoholi, isyys ja valta. Ongelmajuovat isät miesten elämäntarinoissa. *Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 53/2011*. Helsinki: Väestöliitto.
- Pitkänen, Tuuli (2006)* Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 293. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pitkänen, Tuuli; Kaskela, Teemu & Tourunen, Jouni (2017)* Päihdehoidon asiakaskunta ja päihdeongelmaan liittyvä ennenaikaisen kuoleman riski: hoito- ja rekisteritietoihin perustuva seurantatutkimus. *A-klinikkasäätiön raporttisarja 66*. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

- Pohjola, Anneli (2015)* Yhteisöt ja yhteisöllisyys monimuotoisena ilmiönä. Teoksessa Sanna Väyrynen, Kaisa Kostamo-Pääkkö & Pekka Ojaniemi (toim.) Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. Helsinki: United Press, 15–34.
- Poikolainen, Kari (2003)* Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiianmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 76–82.
- Porowski, Allan; Burgdorf, Kenneth & Herrell, James M. (2004)* Effectiveness and sustainability of residential substance abuse treatment programs for pregnant and parenting women. *Evaluation and Program Planning* 27 (2), 191–198.
- Power, Robert (2001)* Reflections on Participant Observation in Drugs Research. *Addiction Research & Theory* 9 (4), 325–337.
- Powis, Beverly; Gossop, Michael; Bury, Catherine; Payne Katherine & Griffiths, Paul (2000)* Drug- using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review* 19 (2), 171–180.
- Prendergast, Michael L.; Messina, Nena P.; Hall, Elizabeth A. & Warda, Umme S. (2011)* The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40 (4), 336–348.
- Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1992)* In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* 47 (9), 1102–1114.
- Punamäki, Raija-Leena (2004)* Siirtykö trauma sukupolvelta toiselle? Mielenrveys ja perhesuhteet väkivallan uhrien perheissä. Teoksessa Ulla Aatsinki & Johanna Valenius (toim.) Ruumiita ja mustelmia. Näkökulmia väkivallan historiaan. Väki voimakas 17. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 53–73.
- Punamäki, Raija-Leena (2005)* Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland (toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 174–197.
- Pösö, Tarja (1993)* Kolme koulukotia. Tutkimus tyttöjen ja poikien poikkeavuuden määrittelykäytännöistä koulukotihoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 388*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Pösö, Tarja (2002)* Käsitteet, paha ja tutkijan rajat. Teoksessa Merja Laitinen & Johanna Hurtig (toim.) Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 108–126
- Pösö, Tarja (2004)* Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. *Tutkimuksia* 133. Helsinki: STAKES.
- Pösö, Tarja (2005)* Kun paikka menee tutkijaan. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: STAKES, 118–135.
- Raatikainen, Eija (2015)* Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-Kustannus.

- Raento, Pauliina & Tammi, Tuukka (2013)* Addiktio – ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö. Teoksessa Pauliina Raento & Tuukka Tammi (toim.) Addiktioyhteiskunta – riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus, 7–27.
- Raitakari, Suvi (2006)* Neuvottelut ja merkinnät minuuksista – vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 563. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Raitakari, Suvi (2008)* Institutionaaliset yhteisöt vaihtoehtona. Teoksessa Irene Roivainen; Marianne Nylund; Riikka Korkiamäki & Suvi Raitakari (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-Kustannus, 223–224.
- Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011)* Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. Jyväskylä: PS-kustannus, 189–214.
- Raitasalo, Kirsimarja & Holmila, Marja (2012)* Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. Yhteiskuntapolitiikka 77 (1), 53–62.
- Raitasalo, Kirsimarja; Holmila, Marja; Autti-Rämö, Ilona; Notkola, Irma-L & Tapanainen, Heli (2015)* Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: A register-based cohort study. Drug and Alcohol Review 34 (1) 38–45.
- Rakkolainen, Maria (2012)* Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. Psykologia 47 (1), 4–19.
- Rakkolainen, Maria; Koski-Jännes, Anja; Tolonen, Kari & Tuomisto, Martti J. (2015)* Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan alkuhaastattelun yhteys hoidon tuloksiin. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 52 (2), 102–117.
- Ravndal, Edle (2003)* Research in the concept-based therapeutic community – its importance to European treatment research in the drug field. International Journal of Social Welfare 12 (3), 229–238.
- Recharadt, Eero & Ikonen, Pentti (1994)* Hämälämaannuksen kliininen merkitys. Teoksessa Pekka Robert Sundell & Helena Tikkanen (toim.) Keskusteleva Psykologia. Helsinki: Tulevaisuuden ystävät ry., 73–81.
- Reenkola, Elina (2018)* Halu ja häpeä. Psykoterapia 37 (1), 24–36.
- Rhodes, Tim & Moore, David (2001)* On the qualitative in drugs research: part one. Editorial review. Addiction Research and Theory 9 (4), 279–297.
- Riska, Elianne (2005)* Naiset ja terveydenhuolto: sosiologisia näkökulmia. Teoksessa Liisa Husu & Kristina Rolin (toim.) Tiede, tieto ja sukupuoli. Helsinki: Gaudeamus, 132–149.
- Rollnick, Stephen & Allison, Jeff (2004)* Motivational Interviewing. Teoksessa Nick Heather & Tim Stockwell (eds.) The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 105–116.

- Resko, Stella M. & Mendoza, Natasha S. (2012)* Early Attrition From Treatment Among Women With Cooccurring Substance use Disorders and PTSD. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 12 (4), 348–369.
- Ronkainen, Suvi (2008)* Kenen ongelma väkivalta on? Suomalainen hyvinvointivaltio ja väkivallan toimijuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (4), 388–401.
- Routasalo, Pirkko (1998)* Fyysinen kosketus iäkkään potilaan hoitamisessa hoitajan kokemana. *Gerontologia* 12, (1) 22–29.
- Rowan-Szal, Grace A.; Chatham, Lois R.; Joe, Georg W. & Simpson, Dwayne D. (2000)* Services provided during methadone treatment. A gender comparison. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (1), 7–14.
- Ruisniemi, Arja (2006a)* Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1150. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ruisniemi, Arja (2006b)* Vanhemmuus päihderiippuvuudesta toipumisen voimavarana. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 165–187.
- Ruusuvuori, Johanna (2007)* Tunteet vuorovaikutuksessa. *Psykologia* 42 (2), 126–133.
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005b)* Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 22–56.
- Ryan, Richard & Deci, Edward (2000)* Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 25 (1), 54–67.
- Saari, Juho (2009)* Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro.
- Saarikoski, Helena (2012)* Mistä on huonot tytöt tehty? Tutkimus huora -sanankäytöstä ja tyttöjen kokemasta kiusaamisesta. Helsinki: Kulttuuriosuuskunta Patruuna.
- Saarnio, Pekka (2002)* Miehet ja naiset päihdehoidossa: kolme empiiristä tutkimustulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (3), 269–273.
- Saarnio, Pekka (2009)* Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tuukka Tammi; Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) *Irti päihdeongelmista*. Helsinki: Alkoholi- ja huumeutkijain seura & Edita, 14–31.
- Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa (2003)* Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. *Psykologia* 38 (1), 16–23.
- Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa (2006)* Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (1), 33–40.
- Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa (2007)* Muutosvalmius kahdessa erilaisessa päihdehoitopopulaatiossa. *Psykologia* 42 (2), 113–120.
- Sacks, JoAnn Y.; McKendrick, Karen & Banks, Steven (2008)* The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse treatment* 34 (1), 90–100.

- Sajaniemi, Nina; Suhonen, Eira; Nislin Mari & Mäkelä, Jukka (2015) (toim.) Stressin säätely. Kehityksen, vuorovaikutuksen ja oppimisen ydin. Jyväskylä: PS-Kustannus.*
- Salasuo, Mikko & Rantala, Kati (2002) Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 38–67.*
- Salmon, Melaine Marie; Joseph, Bridgette Michelle; Saylor, Coleen & Mann, Rosemary J. (2000) Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 19 (3), 239–246.*
- Salo, Arttu (2017) Isien alkoholinkäytön kulttuurisia jäsennyksiä Isäasentoja- ja Isipappabluesteosten valossa. Yhteiskuntapolitiikka 82 (6), 641–650.*
- Salter, Michael & Breckenridge, Jan (2014) Women, trauma and substance abuse: Understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. International Journal of Social Welfare 23 (2), 165–173.*
- Samuelsson, Eva (2015) Substance Use and Treatment Needs: Constructions of Gender in Swedish Addiction Care. Contemporary Drug Problems 42 (3), 188–208.*
- Sarkola, Taisto & Eriksson, Peter (2002) Alkoholit ja naisen steroidihormonit. Katsaus. Duodecim 118 (13), 1325–1330.*
- Sarkola, Taisto & Eriksson, Peter (2003) Nainen ja päihteet. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 95–99.*
- Sarkola, Taisto; Gissler, Mika & Halmesmäki, Erja (2007) Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. Acta Paediatrica 96 (11), 1571–1576.*
- Sarkola, Taisto; Gissler, Mika; Kahila, Hanna; Autti-Rämö, Ilona & Halmesmäki, Erja (2011) Early healthcare utilization and welfare interventions among children of mothers with alcohol and substance abuse: a retrospective cohort study. Acta Paediatrica 100 (10), 1379–1385.*
- Savage, Andrea & Russell, Lisa (2005) Tangled in a Web of Affiliation. Social Support Networks of Dually Diagnosed Women Who are Trauma Survivors. Journal of Behavioral Health Services & Research 32 (2), 199–214.*
- Scheid, Teresa Linnea (1994) An explication of treatment ideology among mental health care providers. Sociology of Health and Illness 16 (5), 668–693.*
- Scott-Lennox, Jane; Rose, Rachel; Bohlig, Andrea & Lennox, Richard (2000) The Impact of Women's Family Status on Completion of Substance Abuse Treatment. The Journal of Behavioral Health Services & Research 27 (4), 366–379.*
- Scheff, Thomas (2002) Shame and the Social Bond: A Sociological Theory. Sociological Theory 18 (1), 84–99.*

- Schulman, Marja (2003)* Vauvahavainnointi. Teoksessa Pirkko Niemelä, Pirkko Siltala & Tuula Tamminen (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 70–82.
- Schulman, Marja (2005)* Varhaisesta häpeästä. Ryhmätyö 34 (1), 19–23.
- Searle, John R. (1995)* The Construction of Social Reality. London: Penguin Books.
- Segraeus, Vera (2005)* Terapeutiskt samhälle - kvinnobehandling på männens villkor. Teoksessa Matts Hilte (red.) Kön, behandling och kunskap - om olika vägar ut ur missbruk och social maringalisering. Lund: Studentlitteratur, 147–170.
- Seppänen, Juhani (2006)* Selvästi juovuksissa. Helsinki: Otava.
- Shusterman, Richard (2006)* Thinking Through the Body, Educating for the Humanities: A Plea for Somaesthetics. Journal of Aesthetic Education 40 (1), 1–21.
- Shusterman, Richard (2008)* Body Consciousness. A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetics. Cambridge: Cambridge University Press.
- Siitonen, Juha (1999)* Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Silberg, Joyanna L.; Stipic, Desanka & Taghizadeh, Fereidoon (1997)* Dissociative Disorders in Children and Adolescents. Teoksessa Joseph D. Noshpitz, Lois T. Flaherty & Richard M. Sartes (eds.) Handbook of child and adolescent psychiatry. Vol. 3, Adolescence: development and syndromes. New York : John Wiley & Sons cop., 329–356.
- Siltala, Pirkko (2003)* Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Pirkko Niemelä, Pirkko Siltala & Tuula Tamminen (toim.) Äidin ja vauvan vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 16–43.
- Simonen, Jenni (2011)* Hyväksytyä, haluttua ja hävettyä. Juomisen naiskuvat ja sukupuoliarjestykset eri-ikäisten naisten kuvaamina. Yhteiskuntapolitiikka 76 (5), 494–510.
- Simonen, Jenni (2012)* Miehet ja alkoholi. Ikä, koulutustausta ja juomisen maskuliinisuus Yhteiskuntapolitiikka 77 (4), 386–402.
- Simonen, Jenni (2013)* Lähentyvätkö naisten ja miesten juomatavat? Kvalitatiivinen tutkimus sukupuolesta ja juomisesta. Helsinki: THL.
- Simonen, Jenni & Törrönen, Jukka (2015)* Kun mies juo ja nainen kärsii. Naisten omaelämäkerralliset positiot ja toimintastrategiat suhteessa ongelmallisesti juovaan läheiseen. Janus 23 (3), 265–283.
- Simpson, Mark & McNulty, Julie (2008)* Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. International Journal of Drug Policy 19 (2), 169–175.
- Sinko, Päivi & Virokannas, Elina (2009)* Rajallisia äitiysidentiteettejä - Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. Janus 17 (2), 120–140.
- Sorsa, Minna A. & Åstedt-Kurki, Päivi (2013)* Lived experiences in help-seeking from the perspective of a mother with a dual diagnosis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 8 (1), 1–12.

- Stahler, Gerald J. & Cohen, Eric (2000)* Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18 (1),1-8.
- Stahler, Gerald J.; Mennis, Jeremy & DuCette, Joseph P. (2016)* Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addictive Behaviors* 58 (July 2016), 129-135.
- Stenius, Kerstin; Kekki, Tuula; Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012)* Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio - kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2), 167-175.
- Straussner, Sulamith Lala Ashenberg & Attia, Patricia Rose (2002)* Women's Addiction and Treatment through a Historical Lens. Teoksessa Sulamith Lala Ashenberg Straussner & Stephanie Brown (eds) *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 3-25.
- Stuart, Gregory L.; Moore, Tod M.; Ramsey, Susan E. & Kahler, Christopher W. (2003)* Relationship aggression and substance use among women court-referred to domestic violence intervention programs. *Addictive Behaviors* 28 (9), 1603-1610.
- Suchman, Nancy; Pajulo, Marjukka; DeCoste, Cindy & Mayes, Linda (2006)* Parenting Interventions for Drug-Dependent Mothers and Their Young Children: The Case for an Attachment-Based Approach. *Family Relations* 55 (2), 211-226.
- Suchman, Nancy E.; Pajulo, Marjukka & Mayes, Linda C. (2013)* (eds.) *Parenting and Substance Abuse. Developmental Approaches to Intervention*. New York: Oxford University Press.
- Sun, An-Pyng (2006)* Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30 (1), 1-20.
- Suokas-Cunliffe, Anne (2005)* Traumatisoitunut äiti päiväryhmässä. Teoksessa Susanna Kalavainen (toim.) *Ensikodin päiväryhmät. Kuvaus lastensuojelun vauvaperhetyön kehittymisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu* 34. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 62-82.
- Suokas-Cunliffe, Anne (2006a)* Trauma – omaan elämään yhdistymätön mielenloinen. *Yleislääkäri* 21 (5), 19-23.
- Suokas-Cunliffe, Anne (2006b)* Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa. *Yleislääkäri* 21 (6), 9-14.
- Suokas-Cunliffe, Anne & van der Hart Onno (2006)* Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. *Duodecim* 122 (16), 2001-2007.
- Sutinen, Tiina (2010)* Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Publication of the University of Eastern Finland 26. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Svennevig, Hanna (2003)* Hyvän olon hoidot. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseyttämyksen välineenä. Acta Universitatis Tamperensis 949. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Särkelä, Antti (2001a)* Yhteisökuntoutuksen totetuksesta. Teoksessa Maarit Andersson (toim.) Tartu hetkeen. Apua ja hoita päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 145–155.
- Särkelä, Antti (2001b)* Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
- Tammi, Tuukka; Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi (2011)* Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 45–54.
- Tamres, Lisa K.; Janicki Denise & Helgeson, Vicki S. (2002)* Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. Personality and Social Psychology Review 6 (1), 2–30.
- Taylor, Andy; Toner, Paul; Templeton, Lorna & Velleman, Richard (2008)* Parental Alcohol Misuse in Complex Families: The Implications for Engagement. British Journal of Social Work 38 (5), 843–864.
- Tegelsten, Taina (2007)* ”Haluan lisää minää” – tunteiden ylikontrollista kohti tunteiden omistamista kognitiivis-konstruktivisessa psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 4 (1), 46–67.
- Testa, Maria; Livingston, Jennifer A. & Leonard, Kenneth E. (2003)* Women’s substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. Addictive Behaviors 28 (9), 1649–1664.
- Tiihonen, Arto (1997)* Lihaan kirjoitettua ja ruumissa kohdattua. Teoksessa Eeva Jokinen (toim) Ruumiin siteet. Tekstejä eroista, järjestyksestä ja sukupuolesta. Tampere: Vastapaino, 105–118.
- Tjora, Aksel H. (2006)* Writing small discoveries: an exploration of fresh observers’ observations. Qualitative Research 6 (4), 429–451.
- Tikkamäki, Kati (2006)* Työn ja organisation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 534. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Timko, Christine; Moos, Rudolf; Finney, John W. & Connell, Ellen G. (2002)* Gender differences in help-utilization and the 8-year course of abuse. Addiction 97 (7), 877–889.
- Tims, Frank; Jainchill, Nancy & De Leon, George (1994)* Therapeutic Communities and Treatment Research. Teoksessa Frank Tims, George De Leon & Nancy Jainchill (eds.) Therapeutic Community: Advances in Research and Application. NIDA Research Monograph 144. Rockville: NIDA & NIH, 1–15.
- Toikko, Timo (2009)* Tapauskohtainen sosiaalityö. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus, 271–291.

- Tolonen, Tarja (2001)* Nuorten kulttuurit koulussa: ääni, tila ja sukupuolten arkiset järjestykset. Helsinki: Gaudeamus.
- Tolonen, Tarja & Palmu, Tarja (2007)* Etnografia, haastattelu ja (valta)positiot. Teoksessa Sirpa Lappalainen, Pirkko Hynninen, Tarja Kankkunen, Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 89–112.
- Tourunen, Jouni (2000)* Epäilyksen polttopisteessä. Tutkimus päihdekuntoutusosastosta vankilassa. Tutkimuksia 112. Helsinki: STAKES.
- Tuchman, Ellen (2010)* Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases* 29 (2), 127–138.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2006)* Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turunen, Kari E. (2004)* Tunne-elämä. Jyväskylä: Atena.
- Tracy, Elizabeth M.; Munson, Michelle R.; Peterson, Lance T. & Floersch, Jerry E. (2010)* Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Social Work Practice in Addictions* 10 (3), 257–282.
- Tracy, Elizabeth M.; Meeyoung, Min O.; Hyunyong, Park; MinKyoung, Jun; Brown, Suzanne & Francis, Meredith W. (2016)* Personal Network Structure and Substance Use in Women by 12 Months Post Treatment Intake. *Journal of Substance Abuse Treatment* 62 (March 2016), 55–61.
- Trulsson, Karin (2000)* Kvinnoidentitet och missbruksbehandling. *Socialvetenskaplig tidskrift* 7 (1–2), 120–136.
- Trulsson, Karin & Hedin, Ulla-Carin (2004)* The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International Journal of Social Welfare* 13 (2), 145–157.
- Törmä, Tiina (2011)* Juovasta äidistä raittiiksi äidiksi – Alkoholismista toipumisen prosessi äitien kertomana. *Acta Universitatis Ouluensis E Scientiae Rerum Socialium* 123. Oulu: Oulun yliopisto.
- Törrönen, Hannele (2003)* Tappakaa ja virtaan heittäkää kaikki kolmevuotiaat ja sitä nuoremmat poikalapset! Teoksessa Pirkko Niemelä, Pirkko Siltala & Tuula Tamminen (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 220–235.
- Törrönen, Maritta (1999)* Lasten arki laitoksessa - Elämistila lastenkodissa ja sairaalassa. Helsinki: Helsinki University Press.
- Utriainen, Terhi & Honkasalo Marja-Liisa (2004)* Kärsimys, paha ja kulttuurintutkimus, Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Terhi Utriainen & Anna Leppo (toim.) Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Tampere: Vastapaino, 13–47.
- Uziel-Miller, Nina & Lyons, John S. (2000)* Specialized substance abuse treatment for women and their children. An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (4), 355–367.
- Vanhala, Anni (2005)* Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 432. Tampere: Tampereen yliopisto.

- van Maanen, John (1988)* Tales of the Field. On Writing Ethnography. Chicago: The University of Chicago Press.
- van Maanen, John (1995)* Representation in ethnography. Thousands Oak: Sage.
- van Wormer, Katherine & Askew, Emily (1997)* Substance Abusing Women and Eating Disorders. Teoksessa Sulamith Lala Ashenberg Straussner & Elizabeth Zelvin (eds.) Gender & Addictions. Men & Women in Treatment. New Jersey: Jason Aronson, 245–262.
- Varjonen, Vili (2015)* Huuometilanne Suomessa 2014. Raportti 1/2015. Helsinki: THL.
- Vasalampi Kati (2017)* Itsemääräämisteoria. Teoksessa Katarina Salmela-Aro & Jan-Erik Nurmi (toim.) Mikä meitä liikuttaa - motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä: PS-Kustannus, 54– 65.
- Vehkakoski, Tanja (2006)* Leimattu lapsuus? Vammaisuuden rakentuminen ammatti-ihmisten puheessa ja teksteissä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 297. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Viheriälä, Liisa & Rutanen, Mervi (2010)* Lapsen psyykkisen trauman hoito. Duodecim 126 (22), 2671–2677.
- Virokannas, Elina (2004)* Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteetin rakentumisesta. Tutkimuksia 144. Helsinki: STAKES.
- Virokannas, Elina (2011)* Identiteetti Categorization of Motherhood in the Context of Drug Abuse and Child Welfare Services. Qualitative Social Work 10 (3), 329–345.
- Virokannas, Elina (2013)* Vailla suojelua – huumehoidossa olleiden äitien kertomuksia lapsuudenkokemuksistaan. Teoksessa Elina Virokannas & Sanna Väyrynen (toim.) Varjoja naiseudessa. Helsinki: UNIPress, 52–82.
- Virokannas, Elina (2017)* Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint”. Yhteiskuntapolitiikka 82 (3), 274–283.
- Virokannas, Elina & Väyrynen, Sanna (2013) (toim.)* Varjoja naiseudessa. Helsinki: UNIPress.
- Vuori, Jaana (2001)* Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere: Tampere University Press.
- Vuorinen, Risto (1998)* Minän synty ja kehitys. 2.painos. Helsinki: WSOY.
- Väyrynen, Sanna (2006)* ”Multa on viety se kaikesta tärkein...” Äitiys ja leimattu identiteetti huume kuvioissa. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-Kustannus, 81–105.
- Väyrynen, Sanna (2007)* Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa. Acta Universitatis Lapponiensis 118. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Väyrynen, Sanna (2009)* Väkivallan tabu ja naisten huumeiden käyttö. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino, 179–203.

- Wahlbeck, Kristian (2005)* Psykoterapiatutkimuksen laatukriteerit Cochran-näkökulmasta. Teoksessa Katja Hartikainen & Jukka Aaltonen (toim.) Näyttöön perustuva psykoterapia. Psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 32–55.
- Walton-Moss, Benita & McCaul, Mary E. (2006)* Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors* 31 (2), 246–253.
- Warpenius, Katariina; Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (2013)* Johdanto. Teoksessa Katariina Warpenius; Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: THL, 5–10.
- Warren, Carol A.B (2002)* Qualitative Interviewing. Teoksessa Jaber F. Gubrium & James A. Holstein (eds.) *Handbook of Interview Research. Context & Method*. Thousand Oaks: Sage Publications, 83–101.
- Weckroth, Antti (2006)* Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 47. Helsinki: STAKES / Alkoholitutkimussäätiö.
- Weckroth, Antti (2007)* Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426–436.
- Weisner, Constance (2005)* Substance misuse: what place for women-only treatment? Editorial. *Addiction* 100 (1), 7–8.
- Westmeyer, Joseph & Boedicker, Amy E. (2000)* Course, severity, and Treatment of Substance Abuse Women Versus Men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26 (4), 523–535.
- Wiechelt, Shelly A. (2007)* The Specter of Shame in Substance Misuse. *Substance Use & Misuse* 43 (2–3), 399–409.
- Wiechelt, Shelly A. & Sales, Esther (2001)* The Role of Shame in Women’s Recovery from Alcoholism. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 1 (4), 101–116.
- Williams, Fiona (1996)* Postmodernism, feminism and the question of difference. In Nigel Parton (eds.) *Social theory, social change and social work. The state of welfare*. London: Routledge, 61–76.
- Wilsnack, Sharon & Wilsnack, Richard (2002)* International Gender and Alcohol Research: Recent Findings and Future Directions. *Alcohol Research & Health* 26 (4), 245–250.
- Wisdom, Jennifer P.; Hoffman, Kim; Rechberger, Kay & Owens, Bertta (2009)* Women-Focused Treatment Agencies and Process Improvement: Strategies to Increase Client Engagement. *Women & Therapy* 32 (1), 69–87.
- White, Helene Raskin & Chen, Ping-Hsin (2002)* Problem Drinking and Intimate Partner Violence. *Journal of Studies on Alcohol* 63 (2), 205–214.
- Worell, Judith & Remer, Pamela (2003)* *Feminist Perspectives in Therapy. Empowering diverse women*. Second edition. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

- Young, Nancy K.; Boles, Sharon M. & Otero, Cathleen (2007) Parental Substance Use Disorders and Child Maltreatment: Overlaps, Gaps, and Opportunities. Child Maltreatment 12 (2), 137-149.*
- Zelvin, Elizabeth (1997) Codependency Issues of Substance-Abusing Women. Teoksessa Sulamith Lala Ashenberg Straussner & Elizabeth Zelvin (eds.) Gender & Addictions. Men & Women in Treatment. New Jersey: Jason Aronson, 47-69.*
- Zelvin, Elizabeth (1999) Applying Relational Theory to the Treatment of Women's Addictions. Affilia 14 (9), 9-23.*
- Öjehagen, Agneta (2000) Kvinnor och alkoholmissbruk. Teoksessa Mats Berglund, Sven Adréasson, Anders Bergmark, Jan Blomqvist, Lars Lindström, Lars Oscarsson, Gunnar Ågren & Agneta Öjehagen (red.) Behandling av alkoholproblem En kunskapsöversikt. Stocholm: Liber, 224-239.*