

TERAPEUTTINEN ALLIANSSI SOSIAALITERAPEUTIN TYÖN NÄKÖKULMASTA

JUKKA OKSANEN

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Pro gradu-tutkielma

Kevät 2007

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja määritellä terapeutista allianssia ja tarkastella sitä sosiaaliterapeutin työn kautta. Aineistona ovat erilaiset terapeutista allianssia sekä sosiaali- ja hoitotyön vuorovaikutusta käsittelevät tutkimukset ja julkaisut. Tämän suurelta osin kansainvälisen lähdeaineiston luotettavuuden on voinut päätellä niitä julkaisevien tieteellisten kustantajien arvostuksesta. Tutkimuksen muoto on kirjallisuuskatsaus ja se sijoittuu sosiaalityön päihdehoitotutkimukseen. Tarkoituksena on tuottaa hyvän päihdeterapiatoiminnan mahdollinen näkökulma yksilö-, ryhmä- ja yhteisöhoitossa.

Tutkimuksessa on olennaista yhdistellä erilaisia näkökulmia, jotka katsovat sosiaali- ja hoitotyön vuorovaikutusta eri suunnista. Tarkastelussa on käytetty sosiaalityön vuorovaikutuksen, sosiaalipsykologian, psykologian, psykoterapiantutkimuksen, hoitotieteen sekä päihdetyön tutkimussuuntia silloin, kun on pyritty arvioimaan terapeutista allianssia ja sosiaaliterapeutin työn olemusta eri työtilanteissa.

Terapeuttisella allianssilla tarkoitetaan työntekijän ja asiakkaan liittoutumista asiakkaan auttamiseksi, hänen ongelmiansa helpottamiseksi ja ratkaisujen löytämiseksi. Allianssilla on terapiassa ratkaiseva vaikutus hoidon onnistumiseen, eikä mikään hoitomenetelmä toimi kunnolla ilman allianssia. Terapeutin empatia, ymmärrys ja ystävällisyys sekä laaja suhtautuminen terapiasuuntauksiin parantaa hoitosuhdetta ja sen myötä hoitotuloksia. Nämä ovat hyvän päihdeterapiatoiminnan edellyttämiä terapeutin ominaisuuksia. Terapeutti voi itse tutkia hoitosuhteen laatua reflektoimalla omaa toimintaansa ja käyttämällä asiakkaalle suunnattua kyselylomaketta. Allianssin laatua ja osuutta terapiatulokseen voidaan myös mitata.

Ryhmäterapiassa allianssi on ensin terapeutin ja ryhmän jäsenen välinen suhde ja muuttuu sitten koheesioksi, joka on ryhmän jäsenten välinen keskinäinen positiivinen vetovoima. Koheesio on allianssia vastaava ilmiö ryhmäterapiassa ja sen on todettu parantavan hoidon tulosta. Allianssilla on merkitystä myös hoitoyhteisössä. Mitattaessa terapeutista allianssia laitoksissa, on luotettavimmaksi lähteeksi havaittu potilaiden itsensä ilmaisema käsitys allianssin laadusta. Laitoshoidossa allianssia vastaava käsite on yhteistoiminnallisuus ja asiakaslähtöisyys. Laitos- ja yhteisöhoitossa allianssin syntymistä edistetään suosimalla yhteistoiminnallisuutta, joka käsitetään vuorovaikutushierarkian kehittyneimmäksi muodoksi.

Lopuksi esitetään sosiaaliterapeutin työn laadukkuutta edistäviä valmiuksia. Ne ovat allianssin luomisen kannalta terapeutin tärkeitä ominaisuuksia. Valmiuksia ovat tieto- ja taitoperusta, arvoperusta ja viestintävalmiudet. Niistä on muodostettu käsitteet järkevä ajattelu, myötätunto ja ystävällisyys.

Avainsanat: sosiaalityön vuorovaikutus, terapeutin allianssi, koheesio, yhteistoiminnallisuus, vuorovaikutushierarkia, asiakaslähtöisyys.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 VUOROVAIKUTUKSEN TUTKIMUKSEN SUUNTAUKSIA	5
3 SOSIAALITERAPEUTIN TYÖ JA ASIAKKAAT	8
3.1 Sosiaaliterapeutin työ	8
3.2 Asiakkaat	9
4 TERAPEUTTISEN ALLIANSSIN MERKITYS JA KÄSITTEET	11
4.1 Allianssin osuus terapian tuloksesta	11
4.2 Menetelmien vertailua	13
4.3 Käsitteiden muodostuminen	14
4.4 Allianssin mittaaminen	18
4.5 Tässä tutkimuksessa käytettävät allianssimääritelmät	20
5 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI YKSILÖTERAPIASSA	21
5.1 Sosiaaliterapeutin työn määrittelyä	21
5.2 Terapeutin vaikutus allianssiin	27
5.3 Terapiatekniikan vaikutus allianssiin	32
5.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä yksilöterapiassa	34
6 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI RYHMÄTERAPIASSA	43
6.1 Ryhmän merkitys yksilölle ja ympäristölle	43
6.2 Ryhmän allianssi ja koheesio	45
6.3 Erilaisia näkemyksiä ryhmään vaikuttavista tekijöistä	49
6.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä ryhmäterapiassa	54
7 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI YHTEISÖHOIDOSSA	64
7.1 Terapeuttinen allianssi hoitolaitoksissa	64
7.2 Dialogisuus ja yhteistoiminnallisuus asiakassuhteissa	67
7.3 Asiakas- ja potilaslähtöisyys laitoshoidossa	72
7.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä päihdehoitolaitoksessa	78

8 TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTAA	82
8.1 Tulosten yhteenveto	82
8.2 Tuloksista nousevia kysymyksiä	86
8.3 Valmiuksia terapeutin allianssin luomiseen	88
LÄHTEET	93

1 JOHDANTO

Tässä kirjallisuuskatsauksessani pyrin kuvaamaan, ymmärtämään ja arvioimaan terapeutin allianssin toteutumista sosiaaliterapeutin työn eri tilanteissa. Aineistonani ovat erilaiset allianssia ja sosiaali- ja hoitotyöntöön vuorovaikutusta käsittelevät tutkimukset ja julkaisut. Tämä tarkastelu sijoittuu sosiaalityön päihdehoitotutkimukseen, terapeutin toiminnan lähilukuun, jonka tarkoituksena on tuottaa hyvän päihdeterapiatoiminnan mahdollinen näkökulma yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Terapeutin näkökulma tutkimukseen tulee siitä, että sosiaaliterapeutti käyttää työssään terapian lähtökohtia ja keinoja.

Kysymys on myös sosiaaliterapeutin valmiuksien ja hyvään hoitosuhteeseen johtavan toimintatavan tutkimisesta. Aiheen tarkastelulle sain toimiessani a-klinikalla sosiaaliterapeutina. Havaittiin, että sosiaaliterapeutin työtä on vain harvoin määritelty sosiaalialan julkaisuissa. Samaten harvinaista oli löytää suomenkielistä tutkimusaineistoa terapeutin allianssista. Näiden kahden aiheen yhdistäminen alkoi tuntua tärkeältä. Tutkimuksessani on olennaista yhdistellä erilaisia näkökulmia, jotka katsovat sosiaali- ja hoitotyön vuorovaikutusta eri suunnista. Tässä tarkastellaan sosiaalityön vuorovaikutuksen, sosiaalipsykologian, psykologian, psykoterapian, hoitotieteen ja päihdetyön tutkimussuunnista sosiaaliterapeutin työtä. Tarkoituksena on myös yrittää yhdistää tutkimussuuntia tämän tarkastelun painopisteiden ehdoilla.

Päihdehoito on Suomessa hallinnollisesti sosiaalityön alue, jossa työskentelee useita ammattiryhmiä. Lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, ohjaajat ja muu henkilöstö kohtaa päihdeasiakkaita avopalveluissa, laitoshoidossa ja tukiasuntojen yhteydessä. Tämän työalueen sosiaalityöntekijöitä kutsutaan usein sosiaaliterapeuteiksi, koska päihdehoidon sosiaalityö painottuu hoitokeskusteluihin. Sen lisäksi asiakkaita autetaan monella muullakin tavalla, esimerkiksi saamaan maksusitoumus hoitoonsa tai hoitamaan muita etuisuuksiin liittyviä ongelmia. Keskustelut ovat silti päällimmäisiä, silloinkin kun hoidossa on mukana toiminnallisia elementtejä. Jos sosiaaliterapeutti työskentelee päihdehoitolaitoksessa, on hänellä työssään yksilökeskustelujen lisäksi ryhmätilanteisiin liittyvät keskustelut ja sen lisäksi muut hoitoyhteisölle ominaiset keskustelutilanteet ja kohtaamiset. Päihdehoitolaitoksen sosiaaliterapeutilla on oma asemansa myös sosiaalityön asiantuntijana ja hoidon suunnittelijana. Hän voi näkemyksillään auttaa hoitoyhteisöä kehittämään terapeutin allianssin kannalta suotuisia olosuhteita.

Päihdehoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan psykososiaalista muutostyötä ja auttaa häntä voimaantumaan omien asioidensa hoitajaksi. Usein on kysymys siitäkin, että asiakasta autetaan sopeutumaan nykyiseen elämäntilanteeseen ja pyritään estämään sen huonontuminen. Päihdetyön onnistumisen edellytys on se, että henkilöstö toimii eettisesti korkealla tasolla ja haluaa saada asiakkaisiinsa yhteyden. Tämän yhteyden avulla ihmisiä voidaan auttaa.

Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimuksessa on monenlaisin menetelmin ja lähestymistavoin tarkasteltu asiakastilanteita ja niiden onnistumisten edellytyksiä (Juhila 2004). Osa näistä asiakastilanteista liittyy palveluohjaukseen, neuvontaan ja terapiaan (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000) ja myös diskurssianalyysi voi paljastaa kiinnostavia vuorovaikutusilmiöitä sosiaaliterapeutin työstä (Jaatinen 1996). Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimuksen ohella sosiaaliterapeutin työtä voi lähestyä myös terapian tutkimuksen keinoin. Silloin tarkastellaan terapian eri elementtien suhdetta toisiinsa ja selvitetään mitä hoitotilanteessa tapahtuu. Viime vuosien tutkimuksissa on selvinnyt, että terapian tuloksista vain pieni osa selittyy hoitomenetelmien eroilla. Suuren osan tuloksesta muodostaa terapeutin ja asiakkaan välinen suhde, terapeutin allianssi (Wampold 2001).

Terapeutin allianssi on käsite, jonka voi ilmaista useammallakin tavalla. Se voi olla myös auttamisallianssi, työskentelysuhde tai yhteistyösuhde (Horvath 2001). Sillä tarkoitetaan työntekijän ja asiakkaan liittoutumista asiakkaan auttamiseksi, hänen ongelmiansa helpottamiseksi ja myös ratkaisujen löytämiseksi. Terapeutin allianssin tutkimus on päätenyt olettamukseen, että työntekijän ja asiakkaan liitto on tärkein yksittäinen osatekijä niistä monesta tekijästä, jotka vaikuttavat auttamistyön ja terapian lopputulokseen (Wampold 2001; Leiman 2004; Saarnio 2002a). Hyvän hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen on kulmakivi ja tiedetään, että mikään menetelmä ei voi toimia ilman terapeutin allianssia. Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavaa on se, kuinka asiakkaan ja työntekijän välinen työskentelysuhde luodaan eri tilanteissa. Tarkoituksena on selvittää myös allianssin olemusta ja muuttumista eri yhteyksissä sekä sitä miten sosiaaliterapeutti voi parantaa mahdollisuuksiaan saada asiakkaaseensa yhteyden. Tutkimuskysymykseni koskevat tätä:

1. Miten terapeutin allianssi ilmenee yksilöterapiassa, ryhmäterapiassa ja yhteisöhoitossa?

2. Miten sosiaaliterapeutti voi edistää terapeutin allianssin muodostumista yksilöterapiassa, ryhmäterapiassa ja yhteisöhoitossa?

Sosiaaliterapeutin työn kuvaamisen puitteiksi on tässä tutkimuksessa valittu kolme erilaista kohtaamisen tasoa. Niitä ovat yksilökeskustelut, ryhmätilanteet ja laitosympäristö, jotka ovat vuorovaikutuksen kannalta erilaisia tapahtumia. Tässä tutkimuksessa selvitetään kuinka terapeutin allianssi ilmenee näissä hoitotilanteissa. Kirjallisuuden mukaan *terapeuttinen allianssi* on yksilökeskusteluihin liittyvä käsite (Horvath 2001), *koheesio* on ryhmätoimintaan liittyvä allianssia vastaava käsite (Yalom 1975; Budman 1989) ja *yhteistoiminnallisuus* voi olla laitosisolusuhteiden monimutkaista kohtaamistodellisuutta kokoava käsite (Couch 1986; Mönkkönen 2001).

Tarkasteluni painopisteenä on yksilö- ja ryhmäterapien lisäksi myös laitosisolusuhteet. Laitoshoitoa nimitän tässä tutkimuksessa myös yhteisöhoidoksi. Sillä tarkoitetaan laitoksissa tapahtuvaa päihdehoitoa, myös osastohoitoa, jossa tavalla tai toisella käytetään yhteisöllisyyttä hoidon runkona tai apuna. Yhteisöhoito on lisäksi erityinen menetelmä, josta kirjoittaessani käytän termiä yhteisöhoitomenetelmä.

Laitos- tai yhteisöhoidon vuorovaikutuksellista todellisuutta voidaan tarkastella myös dialogisuuden kannalta. Silloin asiakkaan vuorovaikutustilanteista muodostuu verkko, johon kuuluu erilaisia suhteita eri hoitotyön ammattilaisiin ja asiakastovereihin. Ne ovat myös useilla eri tasoilla. Näitä tasoja voidaan tutkia sosiaalipsykologian vuorovaikutushierarkian käsitteiden avulla. Myös sosiaalityön asiakaslähtöisyys ja hoitotieteen potilaslähtöisyys ovat tässä käytettyjä käsitteitä laitostodellisuuden yhteistoiminnallisuuden tutkimiseen.

Tämän tutkimuksen lähteinä ovat kirjalliset julkaisut ja alan nettisivut. Käytettyjen julkaisujen, tutkimusten ja artikkeleiden kustantajat ovat enimmäkseen kansainvälisten tiedeyhteisöjen käyttämiä ja sen vuoksi julkaisijan kynnys on toiminut lähteen suodattimena. Lähteen uskottavuus liittyy tässä tutkimuksessa kustantajan arvovaltaan ja vastuuseen. Yleisesti ottaen on syytä uskoa, että arvovaltainen kustantaja ei ota painettavaksi tekstiä, joka ei ole läpäissyt asiatarkastusta. Sen sijaan laitosten ”harmaissa sarjoissa” samoin kuin opinnäytetöissäkin voi olla monenlaista tutkimusjälkeä. (Hirsjärvi ym. 2000, 99.)

Lähteenä tässä on useita psykoterapiatutkimuksen kokoavia artikkeleita, jotka ovat ilmestyneet amerikkalaisissa lääketieteen tai psykologian julkaisuissa. Olen käyttänyt myös kotimaisia lähteitä saatavuuden mukaan. Monet ulkomaiset tutkimusjulkaisut ovat kuvauksia meta-analyyttisten

tutkimusten tuloksista. Niiden luotettavuutta tämän tutkimuksen tekijä ei ole voinut päätellä muusta kuin julkaisevan lehden arvostuksesta tieteen sääntöjen noudattajina. Tässä käytetyt julkaisut ovat löytyneet suurimmaksi osaksi yliopiston Nelli-ohjelman kautta elektronisten lehtien luettelosta. Mukana lähteissä on myös muutama nettiosoite vakiintuneilta sosiaali- ja terveysalan nettitiedottajilta: Stakes, A-klinikkasäätiö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Käypä hoito/Duodecim ja Sosnet. Olen käsitellyt niitä kuin virallisia lähteitä, mutta niiden tieto on pätevää vain tämän tutkimuksen kirjoittamisajankohtana. Lähdemateriaalina on myös opinnäytteitä. Pääasiassa ne ovat olleet väitöskirjoja, mutta myös lisensiaattitöitä ja pro graduja on mukana. Niiden luotettavuus tai auktoriteetti on ilmennyt niihin kohdistetuista viittauksista. Olen käyttänyt vain sellaisia lähteitä, joihin alan asiantuntijat ovat viittaneet. Ylipäättään tiedonhakuni on käytännössä kulkenut lähteestä toiseen juuri viittausten kautta. Ne ovat tuoneet aina uusia aihepiiriin liittyviä julkaisuja ulottuvilleni.

Tästä tarkastelusta jää pois pari- ja perhetyö. Ne ovat sosiaaliterapeutin työn kannalta erittäin tärkeitä, mutta resurssien puutteen vuoksi ne on rajattu käsittelyn ulkopuolelle. Toisaalta se mitä tässä kirjoituksessa sanotaan terapeuttisen allianssin edellytyksistä, koskee varmasti kaikkia asiakastapaamisia, mutta erillistä lukua pari- ja perhetyöstä tähän ei ole ollut mahdollisuutta laittaa.

Johdannon jälkeen toisessa luvussa käsittelen sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimuksen suuntauksia. Kolmannessa luvussa kuvaan terapeutin työtä ja asiakkaita. Neljännessä luvussa tarkastelen terapeuttisen allianssin merkitystä ja käsitteitä. Seuraavissa kolmessa luvussa käsittelen sosiaaliterapeutin erilaisia hoitotilanteita: viidennessä yksilöterapiaa, kuudennessa ryhmäterapiaa ja seitsemännessä luvussa yhteisöhoitoa. Lopuksi, kahdeksannessa luvussa, kokoan yhteen aiemmin kirjoitetun ja pohdiskelen tutkimuskysymyksiä ja materiaalia uudelleen. Tarkoituksena on pohtia hyvään hoitosuhteeseen johtavaa osaamista. Lopuksi esitän koosteen sosiaaliterapeutin valmiuksista. Siihen kuuluu kolme asiaryhmää: tieto- ja taitoperusta, arvoperusta ja viestintävalmiudet. Muodostan näiden pohjalta käsitteet järkevä ajattelu, myötätunto ja ystävällisyys.

2 VUOROVAIKUTUKSEN TUTKIMUKSEN SUUNTAUKSIA

”Mikä on olennaisinta sosiaalityöntekijän tai terapeutin ammattitaidossa?” kysyvät Jokinen, Suoninen ja Wahlström (2000). He toteavat, että oman tiedon hallinta ja empatia ovat oletettavasti tärkeitä, mutta jatkavat, että ammatillisen kartan valkeaksi läiskäksi jää helposti vuorovaikutuksellisten käytäntöjen maailma. Se on sosiaalityön ydinaluetta, mutta saattaa jäädä yksilön ominaisuuksiin keskittyvän tutkimuksen varjoon. (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000, 15.) Sosiaalityöntekijän arkea on kohdata asiakkaita, työtovereita ja muita sosiaalikäytäntöön liittyviä ihmisiä. Päihdehoidon avopalvelun sosiaaliterapeutti ottaa asiakkaita vastaan, tekee arvioita ja hoito- ja kuntoutussuunnitelmia yhdessä asiakkaan kanssa ja pyrkii saamaan asiakkaan kiinnittymään hoitoonsa. Päihdehoitolaitoksen sosiaaliterapeutti kohtaa suhteellisen suljetussa ympäristössä sinne yleensä vapaaehtoisesti tulleita asiakkaita. Koko laitoksen ilmapiiri koostuu kohtaamisten runsaudesta, asiakkaiden kohtaamista työntekijöistä, asiakastovereista ja vierailijoista. Laitoksen erilaiset hoitotilanteet vaativat kukin oman vuorovaikutuksensa. Yksilökeskustelut, asiakasryhmän kokoukset, hoitoryhmät tai yhteisökokoukset toimivat kaikki hieman eri vuorovaikutusmenetelmällä. Millaista tutkimusta hyödyntämällä työntekijä voi löytää oikean toimintatavan näihin moniin kohtaamisiin?

Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimuksella on pitkä perinne. Kirsi Juhila (2004) käyttää kasvokkaisen vuorovaikutuksen käsitettä artikkelissaan, jossa hän tuo esiin vuorovaikutuksen tutkimuksen eri vaiheita. Siinä hän on löytänyt kolme tutkimussukupolvea melkein sadan vuoden ajalta. Jaottelussa ensimmäisenä ovat 1900-luvun alkupuolen symbolinen interaktionismi ja kielifilosofia, toisena etnometodologia, impressionistinen sosiaalipsykologia ja sosiaalinen konstruktionismi 1950-60-luvuilla. Kolmantena ovat nykysuuntaukset: keskusteluanalyysi, kategoria-analyysi, diskurssianalyysi, narratiivinen tutkimus ja uusi etnografia. Nämä kaikki tutkimuksen vaiheet ovat pyrkineet kielen ja vuorovaikutuksen mikroanalyysiin, kohtaamisen tutkimukseen. Kirsi Juhila katsoo, että tämä mikromaailma on sosiaalityön olennainen osa, koska sosiaalityön käytäntö koostuu asiakkaiden ja työntekijöiden kohtaamisesta, työntekijöiden palaverista, verkostokokouksista ja muista kasvokkaisista tilanteista. Kasvokkainen vuorovaikutus on ihmisten välitöntä ja suoraa kohtaamista eri tilanteissa.

Juhila (2004) toteaa, että sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus on tärkeää ainakin kolmen asian takia. Ensinnäkin sosiaalityön ammatillisille käytännöille on ominaista se, että ratkaisut neuvotellaan paikan päällä. Nämä informaalit neuvottelutilanteet, joihin ei voi varautua ennakolta

ovat sosiaalityölle luonteenomaisia. Näitä tilanteita ei voi tutkia muuten kuin kiinnittämällä huomiota vuorovaikutukseen. Toiseksi sosiaalityön kriittinen traditio eli yhteiskuntakriittinen näkökulma katsoo, että sosiaalityön ei tule sopeutua yhteiskunnan tuottamaan eriarvoisuuteen. Sosiaalityön täytyy tarkastella omia toimintakäytäntöjään kriittisesti ja paljastaa vuorovaikutussuhteiden rakenteellinen valta ja tutkia miten se siirtyy asiakaskohtaamisiin. Kolmas syy tutkia vuorovaikutusta on uusi asiantuntijuus. Se on tämän hetken parasta sosiaalityön ammattilaisuutta. Uudelle asiantuntijuudelle on ominaista työntekijän ja asiakkaan kumppanuus, asiakkaan asiantuntijuuden arvostaminen, paikallisuus ja idea yhdessä tuotettavasta tiedosta. Se eroaa modernista asiantuntijuudesta, jossa työntekijän tieto nähdään asiakkaan tietoa arvokkaampana. Vuorovaikutuksen tutkimus tuo uuden asiantuntijuuden näkyväksi ja kiinnittää huomiota uudelleenlaiseen kohtaamiseen. (Juhila 2004.)

Tutkimukseni kannalta olennaista on tarkastella juuri uutta asiantuntijuutta, vastavuoroista tapaa kohdata päihdeongelmainen asiakas. Asiakkaan oman näkemyksen arvostaminen, asiakaslähtöisyys, on perustana myös silloin kun tutkimuksessa käytetään terapiatutkimuksen käsitteitä. Marja Kuronen (2004) mainitsee artikkelissaan, että vuorovaikutusta ja kieltä tutkitaan auttamistyön välineinä ja samaan aikaan toisaalla on tutkimuksia sosiaalityön ammatillisista käytännöistä ja vuorovaikutuksesta. Hänen mielestään nämä tutkimusalueet eivät keskustele tarpeeksi keskenään. Hän pohtii onko käytännön työmenetelmien kehittämisessä hyödynnetty vuorovaikutuksen tutkimusta ja toisaalta miten tutkimuksessa on suhtauduttu vuorovaikutusta ja puhetta hyödyntäviin käytännön menetelmiin. Kurosen mielestä suomalaiset ammatillisen vuorovaikutuksen tutkijat ovat olleet varovaisia kehittämään työmenetelmiä ja ammattikäytäntöjä. Hän tuo esiin Jokisen, Suonisen ja Wahlströmin (2000, 32) toteamuksen: ”Tavoitteena on ensisijaisesti sellainen tutkimustyö, joka tekee tutkimuskohteena olevia (vuorovaikutus)käytäntöjä näkyväksi jollain uudella tavalla ja innostaa tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä, samoin kuin muitakin lukijoita, jatkopohdiskeluihin” (Kuronen 2004, 222). Tutkimus voi siis antaa uusia käsitteellisiä työkaluja käytäntöjen ymmärrettäväksi tekemiseen ja sen kautta niiden kehittämiseen, mutta tutkimus ei ota kantaa tiettyjen työmenetelmien toimivuuteen tai paremmuuteen. Kurosen mukaan sosiaalityön tutkijat eivät toistaiseksi ole kovin laajasti olleet kiinnostuneita työmenetelmien soveltamisesta.

Tutkimuskäytännöistäkin voidaan olla montaa mieltä. Saarnion (1997) mukaan diskurssi- ja keskusteluanalyttiset tutkimukset keskittyvät pelkästään verbaaliseen kommunikaatioon. Hänen mielestään on paljon tutkimustietoa siitä, että aikuiset tukeutuvat vuorovaikutuksessaan enemmän nonverbaaliseen kommunikaatioon ja tätä eivät nykyiset vuorovaikutustutkimukset tavoita. Hän

ehdottaa videokuvajärjestelmiä havainnoimaan reaalisia asiakkaiden kohtaamistilanteita, jolloin työntekijät voisivat oppia jotain omista tiedostamattomista toimintatavoistaan. Saarnion mukaan toimintaa pitäisi tutkia suoraan ja verrata sitä oikeaksi tiedettyyn tapaan toimia. Tässäkin näkökulmassa tutkimus antaa välineitä havainnoida työtä, mutta se tapahtuu suoraan, eikä vain anna käsitteellisiä työkaluja käytäntöjen ymmärtämiseen.

Eero Suoninen (2000) näkee sosiaalityön vuorovaikutuksen tanssina, jossa työntekijän tulee tuntea tanssilajit eli osata vaihtaa tanssista toiseen eri tilanteiden mukaan. Tanssityylit taas kuvaavat sitä minkälaisella otteella vuorovaikutus tapahtuu, minkälainen sävy kohtaamisessa on. Eri vuorovaikutustilanteisiin kuuluu erilainen kieli ja käyttäytyminen. ”Tanssilajit tarkoittavat siis ymmärrystämme siitä, mistä vuorovaikutuksessa kulloinkin on kyse, mikä on se vuorovaikutuksellinen kehys, jota ’tässä ja nyt’ noudatetaan” (Suoninen 2000, 70). Tällainen näkökulma voisi kuvata suoraan terapiatilanteen asetelmaa, jos tanssilaji kuvaa tilanteen vaatimaa menetelmää ja tanssityyli terapeutin luomaa ilmapiiriä.

Psykoterapiatutkimuksella on myös omat käsitteensä. Mikael Leiman (2006) mainitsee, että psykoterapiatutkimus sisältää useita osa-alueita. Niitä ovat terapeuttien taitojen ja ominaisuuksien tutkimisen lisäksi potilasmuuttujiin eli potilaan tai asiakkaan persoonallisuuden piirteisiin, sukupuoleen, etnisyyteen, koulutustasoon ja itsehavainnoinnin laatuun liittyvät tutkimukset ja kolmas suunta, joka pyrkii jäsentämään terapeutin prosessin muuttujia. Siinä on keskeisenä alueena terapeutin allianssin tutkimus, jossa terapeutin yhteistyösuhde kuvataan allianssimuuttujien avulla. Lisäksi on tutkittu terapeutin toimenpiteitä, kuten tulkintaa tai muita terapeutin verbaalisia ilmaisumuotoja. Terapeutinmuuttujat, asiakasmuuttujat, yhteistyösuhde ja toimenpiteet ovat siis terapiatutkimuksen pääkohteita.

Sosiaaliterapeutti voi kehittää ammatillista näkemystään tukeutuen monenlaiseen tutkimukseen. Hän voi käyttää diskurssianalyysiä, videokameraa, tanssimetaforaa, terapiatutkimusta tai vuorovaikutuksen hierarkiamalleja itsereflektionsa rakennusaineena, mutta joka tapauksessa hän joutuu purkamaan vuorovaikutustilanteen osiin käyttämällä itselleen soveltuvia käsitteitä ja menetelmiä.

3 SOSIAALITERAPEUTIN TYÖ JA ASIAKKAAT

3.1 Sosiaaliterapeutin työ

Sosiaaliterapeutin työhön kuuluu yksilö- ja ryhmäterapiaa, mutta toiminta on usein tavoitteiltaan ja kestoiltaan erilaista kuin yksityisen psykoterapeutin antama hoito. Työhön kuuluvista terapeuttisista keskusteluista suurta osaa voisi nimittää yksilöterapiaksi tai neuvonnaksi (counseling) (Horvath & Greenberg 1989, Clarkson 1998, Pietrofesa ym. 1978). Laitospäihdetyössä ne ovat usein yksilökeskusteluja ja avohuollossa yksilöterapiaa. Lisäksi työhön kuuluvat erilaiset ryhmätilanteet ja pari- tai perhetyöskentely. Kaiken perustana on pyrkimys ymmärtää asiakasta ja tukea hänen tavoitteitaan. Sosiaaliterapeutin tehtävänä on tukea asiakkaan psykososiaalista muutostyötä ja yrittää estää elämäntilanteen huonontuminen, ellei muuhun ole mahdollisuutta.

Sosiaaliterapeutti voidaan määritellä laaja-alaiseksi sosiaalityöntekijäksi, jonka työn tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen (www.mol.fi). Asiakkaina hänellä on eri-ikäisiä päihdeongelmaisia, heidän läheisiään ja perheitään. Työpaikkoina ovat a-klinikat, nuoriso- ja katkaisuhuoltoasemat sekä muut päihdehuollon laitokset. Työ on pääasiassa hoitotyötä ja siihen kuuluu yksilö-, pari- ja perhehoitoa sekä ryhmä- ja yhteisöhoitoa. Sen lisäksi tehtäviin kuuluu asiantuntijapalveluja, jotka ovat työnohjausta, konsultointia, koulutusta, kehittämistä ja tiedotusta. Neuvottelut ja yhteistyö muiden asiantuntijoiden kanssa sekä yhdyskuntatyö ovat osa työtä. Sosiaaliterapeutti toimii asiakkaidensa asianajajana ja hänen on tunnettava erilaiset sosiaalietuudet. Työhön kuuluu myös rakenteellista sosiaalityötä eli päättäjiin ja suureen yleisöön vaikuttamista. Tyypillisimpiä työympäristöjä ovat a-klinikat (poliklinikat) ja nuorisoasemat.

Koulutusvaatimuksena on ylempi, lähinnä yhteiskuntatieteellinen, korkeakoulututkinto johon sisältyvät sosiaalityön opinnot. Työ edellyttää tietoa riippuvuusongelmista ja erilaisista päihdeaineista ja niiden vaikutuksesta. Työssä on hallittava ryhmänohjaustaidot ja on oltava tietoa ryhmäprosesseista ja yhteisöhoidon periaatteista. On tiedettävä uusista hoitomenetelmistä ja yhteiskunnassa tapahtuvista muutoksista. Työpäivä on vaihteleva. Siihen kuuluu yksilöhoitoa, ryhmiä, avioparin tapaamista, koulutusta ja työnohjausta. Rooli vaihtuu usein ja tärkeitä ovat ihmissuhdetaidot, avoin mieli sekä omien tunteiden tunnistaminen ja hallitseminen. Sosiaaliterapeutilla ei myöskään saa olla akuuttia päihdeongelmaa. (Työvoimaministeriö: www.mol.fi)

3.2 Asiakkaat

Päihdehuollon asiakaskunta Suomessa on muuttunut vuosien varrella, mutta suomalaisten pääasiallinen päihde on edelleen alkoholi. A-klinikkasäätiön historian (Ahonen 2005) mukaan laitoshoidon paikkamäärien alentuminen vuodesta 1996 on vaikuttanut oleellisesti asiakaskuntaan. Avohuoltoon hakeutui sen jälkeen entistä huonokuntoisempia asiakkaita ja monet kunnat turvautuivat tekemään ostopalvelusopimuksia kolmannen sektorin palvelutuottajien kanssa saadakseen päihdehuollon palvelut ajantasaisiksi. Suurimpana tuottajana A-klinikkasäätiö sai paljon uusia työtehtäviä hoidettavakseen. Samalla asiakaskunnan moniongelmaisuus ja päihteiden sekakäyttö alkoivat yleistyä. Vuosituhannen vaihteessa tulivat pelkkiä huumausaineita käyttävät asiakkaat hoitoihin. Ensimmäisten huumausaineiden käyttäjät näkyivät lähinnä terveysneuvonta- vieroitus- ja korvaushoitopalveluissa ja sitten heidän määränsä alkoi lisääntyä a-klinikoilla. Ikärakenteessa tapahtui samanaikaisesti muutos. Sekä alle 30-vuotiaiden että yli 50-vuotiaiden osuus alkoi kasvaa. Alle 30-vuotiaiden osuus a-klinikoilla oli vuonna 1995 12% ja vuonna 2005 se oli noussut jo noin 20%:iin. Yli 50-vuotiaiden osuus nousi vielä enemmän, se oli vuonna 2004 jo lähes 40%, kun se vielä muutamaa vuotta aiemmin oli alle 30%. Naisasiakkaiden osuus on myös kasvanut tasaisesti. Vuonna 1990 naisten osuus a-klinikoiden asiakkaista oli 18% ja vuonna 1995 se oli jo 26%, josta se on noussut kolmannekseen. Nuorisoasemilla naisten osuus on ollut suurempi, vuonna 1995 se oli jo 61%, joka oli korkein osuus 1990-luvulla. Katkaisuhuitoasemilla naisten osuus oli vuosituhannen vaihteessa 20%.

Vuosina 1995-1999 uusien asiakkaiden osuus a-klinikoilla oli 36%. Viiden vuoden kuluessa se oli laskenut 20%:iin. Tämä selittyy suurten ikäluokkien viimeistenkin hoidontarpeessa olevien liittymisestä hoidon piiriin. Vielä 1980-luvun loppupuolella A-klinikkasäätiön asiakkaista suurin osa oli työkuntoisia ja työssäkäyviä, mutta 15 vuotta myöhemmin asiakkaista oli työttömiä 33% ja eläkkeellä noin 25%. Työelämän ulkopuolisia asiakkaita vuonna 2004 oli siis melkein 60%. Tämä voi selittyä sekä alle 30-vuotiaiden että yli 50-vuotiaiden osuuksien kasvulla. Asiakkaista yhä useampi on sekä pitkäaikaistyötön että asunnoton ja heidän elämänsä leimaa moniongelmaisuus ja syrjäytymisestä johtuva avuttomuus. Tämän vuoksi erilaisten kuntoutusyhteisöjen ja tukiasumispalveluiden määrä on kasvanut. Sekakäytön lisääntyminen liittyy juuri alle 30-vuotiaiden kasvaneeseen osuuteen. Myös tämän ryhmän pääasiallinen päihde on kuitenkin alkoholi. Pelkästään huumausaineita käyttävien hoitokertojen määrä on noussut 2000-luvun alkuvuosina. Se voi johtua huumausaineidenkäyttäjien hoitopaikkojen lisääntymisestä ja lääkkeellisen korvaus- ja ylläpito-hoidon laajenemisesta. (Ahonen 2005, 343-349.)

Huumausaineiden käyttö on ollut Suomessa kuitenkin vähäistä verrattuna muuhun Eurooppaan. Käyttö on lisääntynyt vuosikymmenen aikana, mutta vuosituhannen vaihteessa näkyi merkkejä kasvuvauhdin hidastumisesta. Huumeongelman hoitoon käytetään 20% päihdehoidon resursseista. Jotakin huumetta on joskus elämässään kokeillut tai käyttänyt 12% suomalaisista. Amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjiä arvioitiin vuonna 2002 olleen 16000-21000 henkilöä eli 0,6-0,7% 15-55 vuoden ikäisistä suomalaisista. Vuosina 2000-2004 buprenorfiinin ongelmakäyttö on Suomessa syrjäyttänyt heroinin lähes kokonaan. (Käypä hoito 2006.)

4 TERAPEUTTISEN ALLIANSSIN MERKITYS JA KÄSITTEET

4.1 Allianssin osuus terapian tuloksesta

Psykoterapian auttava vaikutus ei ole aina ollut itsestään selvää. On kiistelty paljon siitä, auttaako psykoterapia asiakkaita tai potilaita enemmän kuin hoitamatta jättäminen. Ensimmäisen epäilyksen esitti Hans J. Eysenckin artikkeli *Journal of Consulting Psychology*-lehdessä vuonna 1952. Hän väitti, että psykoterapia auttaa vain yhtä paljon kuin ns. spontaani toipuminen, joka tarkoittaa potilaan tai asiakkaan toipumista ilman vaikuttavaa hoitoa. Pitkän kiistelyn jälkeen meta-analyysit 1970-luvulla toivat uutta tietoa ja viimein psykoterapian voitiin katsoa olevan tehokkaampaa kuin spontaani toipuminen.

Mikael Leiman (2004) pohtii vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuutta psykoterapiassa. Hän toteaa, että näyttöön perustuva lääketiede on viime vuosina yleistynyt tapa hoidon tutkimuksessa. Psykoterapia on sen kannalta kuitenkin haastava ja kiinnostava tutkimuskohde. Hän katsoo, että psykoterapioilla on sellaisia ominaisuuksia, jotka tekevät niistä erittäin hankalia tutkia kokeellisen ryhmävertailun menetelmällä. Hän ottaa kantaa edellä mainitun Hans Eysenckin meta-analyyttiseen tutkimukseen, joka päättyi siihen, että psykoterapiat eivät auta enempää kuin spontaani paraneminen. Leimanin mukaan Eysenckin menetelmä oli kehittymätön eikä täytä meta-analyyttisen tutkimuksen ehtoja. Siinä käytettiin epäselvää vertailuasetelmaa ja epäpätevää tulosasteikkoa. Se aloitti kuitenkin laajan menetelmien tutkimuksen, jossa vertailtiin eri hoitomuotoja. Näissä tutkimuksissa yhteisten tekijöiden osuus arvioitiin pitkään tilastomenetelmän tuottamaksi vaihteluksi, jolle ei löytynyt selitystä. Yhteisillä tekijöillä tarkoitettiin mm. vuorovaikutukseen ja terapiatilanteeseen liittyviä osia. Lopulta päädyttiin tutkimaan juuri näitä terapiamuotojen taustalla olevia yhteisiä tekijöitä. American Psychological Association julkisti vuonna 2002 asiantuntijaryhmän raportin, johon oli koottu tämän tutkimussuunnan tärkeimmät tulokset. Siinä yhteiset tekijät (yhteistyösuhteen tunnesävy, terapeutin empaattisuus, terapeutin johdonmukaisuus, yhteisesti jaettu käsitys hoidon päämääristä) edustivat 30 % osuutta psykoterapian tuloksellisuudesta. Muut osat olivat potilaan odotukset 15 %, terapiamuoto (tekniikat) 15 % ja terapian ulkopuoliset seikat 40 %. (Leiman 2004.)

L.G. Castonguay (2006) katsoo, että erilaisten lähestymistapojen teoreetikot ovat jo pitkään havainneet asiakkaan ja terapeutin allianssin tärkeyden. Hän pitää tutkimusten tuloksista suurimpana sitä, että allianssi korreloi positiivisesti terapeutin muutokseen kaikissa

hoitomuodoissa ja klinikkatyön versioissa. Empiirinen kirjallisuus näyttää hänen mukaansa osoittavan, että allianssin laatu korreloi positiivisesti myös erilaisten asiakasominaisuuksien ja käyttäytymisten kanssa. Näitä ominaisuuksia ovat asiakkaan psykologinen mielenlaatu, muutosodotukset ja ihmissuhteiden laatu. Allianssin laatuun vaikuttaa myös osapuolten välttelevä käytös, vuorovaikutusongelmat ja depressiiviset kognitiot. Nämä tiedot auttavat terapeuttia ennustamaan ja ottamaan huomioon, kuinka paljon aikaa allianssin luomiseen ja ylläpitoon tarvitaan aikaa.

Wampoldin (2001) meta-analyttisen tutkimuksen tuloksista löytyi kaksi pääasiallista terapianäkemyksiä, joista toinen on lääketieteeseen viittaava medikaalinen ja toinen on tilanneyhteyttä painottava kontekstuaalinen malli. Medikaalisen mallin lähtökohtana on lääketieteellinen käsitys oikeaksi todistetusta hoidosta. Sen painotuksena on kehittää hoidon *spesifisiä* sisältöjä. Ne liittyvät parhaan hoitomenetelmän etsimiseen ja niiden standardointiin. Hoitomanuaalien eli käsi- ja ohjekirjojen käyttö kuuluu tähän malliin ja siinä koetaan tärkeäksi terapiamenetelmän tarkka noudattaminen. Medikaalisessa mallissa on siis olennaista löytää tehokas menetelmä ja terapeutin tehtäväksi jää annostella tämä tehokkaaksi havaittu hoito asiakkaalle.

Kontekstuaalisissa mallissa painaan painoa *yleisille* tekijöille, joista merkityksellisin on terapeutin ja asiakkaan välinen työskentelysuhte. Sitä voidaan kutsua terapeuttiseksi allianssiksi, yhteistyösuhteeksi, työskentelysuhteeksi tai yhteistoimintasuhteeksi. Terapeuttisen allianssin luominen ja ylläpitäminen terapian aikana on terapeutin tärkein tehtävä. Yleisiin tekijöihin kuuluvat myös terapeutin ominaisuudet ja toimintatapa. Lisäksi onnistumiseen vaikuttavat terapian osapuolten sitoutuneisuus käytettyyn terapiamuotoon. Terapeutin täytyy lisäksi uskoa omaan menetelmäänsä ja pitää kiinni menetelmän periaatteista. Kontekstuaalisen mallin näkökulmasta spesifisillä tekijöillä on vain marginaalinen merkitys hoidon onnistumiseen. (Wampold 2001, Saarnio 2002a)

Vertaillessaan medikaalista ja kontekstuaalista mallia Wampold käyttää esimerkkinä lääkkeen vaikutusta potilaaseen. Lääkkeellä on aina vaikuttavan aineen lisäksi myös psykologinen lumevaikutus. Hän nimittää lääkkeen ainevaikutusta spesifiksi ja lumevaikutusta yleiseksi tekijäksi. Psykoterapiassa vaikuttavan aineen kohdalla voi nähdä spesifin menetelmän ja lumevaikutuksen paikalla terapiatilanteen yleiset tekijät. Hän tiivistää tutkimustuloksensa siihen, että spesifeillä tekijöillä on 8 %, yleisten tekijöiden osuudella 70 % ja selittämättömällä osuudella noin 22 % osuus hoidon onnistumisesta. Selittämätön osuus voisi selittyä asiakkaiden eroavaisuuksilla. Lisäksi viesti

tutkijoille oli, että kliinisten hoitovertailujen dominoiva asema pitäisi kyseenalaistaa ja terapiamuotojen standardisointia ja hoitomanuaalien käyttöä pitäisi hillitä. Menetelmistä ei kuitenkaan pidä luopua. Terapeuttien pitäisi vain olla eklektisiä eli hallita useampia menetelmiä ja tutkimusten pitäisi keskittyä käsittelemään terapeutin toimintaa ja työskentelysuhdetta. Koulutuksen tärkeimmäksi tavoitteeksi tulisi asettaa terapeuttisten perustaitojen omaksuminen. (Wampold 2001; Saarnio 2002a.)

4.2 Menetelmien vertailua

Wampoldin (2001) tutkimuksessa arvioitiin myös erilaisten terapeuttisten lähestymistapojen paremmuutta. Vertailtavina olivat mm. psykodynaaminen-, adleriaaninen-, transaktioanalyttinen-, rationaalis-emotionaalinen-, systemaattinen tunneharjoitus-, käyttäytymismuutos- ja gestalt-terapiasuunnat. Tutkimus tuli siihen tulokseen, että kaikki olivat suurin piirtein yhtä hyviä. Mitään merkittäviä eroja ei lähestymistavoissa ilmennyt. Samassa yhteydessä tarkasteltiin myös Horvath & Symondsin (1991) meta-analyysitutkimusta terapeuttisen allianssin ja terapiatuloksen yhteydestä. Siihen oli koottu 20 tutkimusta, jotka käsitelivät allianssia asiakkaan, terapeutin ja havainnoijan näkökulmasta. Lisäksi niissä arvioitiin hoidon tulosta ja kvantitatiivisia mittauksia allianssin ja tuloksen välisestä yhteydestä. Yksi tärkeistä havainnoista oli, että silloin kun sekä asiakas että terapeutti arvioivat allianssin laatua, niin asiakkaan arvio ennusti parhaiten terapian tulosta. Siis asiakkaan käsitys työskentelysuhteesta oli luotettavampi kuin terapeuttien. Samoin havainnoitsijoiden arviot allianssista olivat samansuuntaisia asiakkaiden arvioiden kanssa. (Wampold 2001.)

Menetelmiä on verrattu toisiinsa myös laajasti. 1990-luvulla toteutetussa Project Match-tutkimuksessa oli 1726 asiakasta tutkittavana kolmen terapiamenetelmän suhteen. Heidät oli jaettu kahteen osaan, joista toinen osa oli avohoidossa ja toinen jatkohoidossa. Heidät sijoitettiin satunnaistetusti seuraaviin hoitomuotoihin: kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, 12 askeleen ohjelmaan ja motivoivaan haastatteluun. Tuloksena oli, että 12 askeleen ohjelma oli hieman parempi saamaan aikaan raittiuskautia asiakkailta, joilla oli korkea alkoholiriippuvuus. Motivoiva haastattelu toimi paremmin vihaisten asiakkaiden kanssa. Kognitiivinen malli toimi parhaiten avohoidon asiakkailta, joilla oli todettu matala alkoholiriippuvuus. Kaiken kaikkiaan erot jäivät kuitenkin kokonaisuudessaan vähäisiksi. Oletus siitä, että hoitotulokset paranisivat, jos asiakkaat yritettäisiin suuressa mitassa sovittaa ominaisuuksiensa mukaan heille sopiviksi arveltuihin menetelmiin, ei saanut tässä tutkimuksessa tukea. Ilmeni, että oli lähes sama mitä menetelmää

käytettiin, silti terapeuttivaikutus osoittautui suurimmaksi tekijäksi, mikä oli seurausta myös muutaman terapeutin poikkeuksellisen huonoista hoitotuloksista. (Babor & Del Boca 2003; Saarnio 2004.)

Project Match-tutkimusraportissa osa tutkijoista (DiClemente ym. 2003) kuvaa kolmen hoitosuunnan mukaisten hoitotapahtumien sisäisiä tekijöitä: terapeuttivaikutusta, terapeutista allianssia ja tietoisien käyttäytymismuutoksen prosessia. He näkevät, että psykososiaalinen hoito on dynaamista ja sen arvioiminen on vaikeaa, koska terapia ei tuota samanlaisia vaikutuksia kaikkiin asiakkaisiin. Asiakkaat ovat heterogeeninen ryhmä yksilöitä, jotka saapuvat hoitoon mitä erilaisimpien syiden vuoksi ja kokevat hoidon eri tavalla. Myös muutosta he tekevät kukin omalla laillaan. Tutkijat analysoivat asiakkaiden itse tekemiä ennusteita, terapeuttivaikutusta ja spesifejä tekijöitä. He päätyivät siihen, että asiakkaan motivaatio ja pystyvyysodotukset ennen hoitoa oli paras ennustaja hoidon jälkeisen raittiuden kestävyydelle. Terapeuttien kohdalla kaikissa kolmessa hoitomuodossa ilmeni yhteneväisiä hyviä tuloksia lukuun ottamatta muutamia huonoja suorituksia. Kaikki hoitomuodot, huolimatta erilaisesta filosofiastaan ja strategiastaan, vaikuttivat asiakkaan asenteisiin ja selviytymiskeinoihin positiivisesti huomattavan samalla lailla. Terapeutin ja asiakkaan suhde näytti tuottavan hoidon laadun. Asiakkaiden arviot työskentelysuhteesta ennustivat tässäkin hoidon tulosta terapeuttien arviota paremmin. (DiClemente ym. 2003, 167-183.)

4.3 Käsitteiden muodostuminen

Terapeutin suhde on käsite, joka viittaa koko hoitosuhteeseen (Nordcross 2002; ref. Horvath 2006). Se on jakautunut moneen osatekijään, joita ovat allianssi (alliance), yhteenkuuluvuus (cohesion), empatia (empathy), yhteisymmärrys tavoitteista (goal consensus), yhteistoiminta (collaboration), myönteinen näkökulma (positive regard), yhdenmukaisuus (congruence), palaute (feedback), allianssivirheiden korjaaminen (repair of alliance ruptures), terapeutin ilmaistut ristiriidat (self-disclosure), vastatransferenssi (countertransference) ja suhteen tulkinta (relational interpretation). Tämä näkemys on pitkäaikaisen tutkimuksen ja keskustelun tulos. Aloitteen tämän kokoavan ja useita tieteenaloja koskevan tutkimuksen suorittamisesta teki American Psychological Association (APA). Neljäkymmentä vuotta keskustellusta aiheesta oli viimein löydetty konsensus, kaikille kelpaavaksi tarkoitettu määritelmä.

Kaikki eivät ole kuitenkaan tyytyväisiä tilanteeseen. Horvath (2006) tuo esiin huolensa käsitteiden määrittelystä. Hän arvelee olevan mahdollista tehdä kaikille kelpaava ekumeeninen käsitteiden järjestelmä, mutta näkee, että sitä on paljon vaikeampi käyttää klinikkatyössä. Parempi olisi etsiä erilaisiin mittauksiin perustuvia joustavia sovelluksia ja tarkastella terapiasuhdetta mikrotasolla. Tavoitteena olisi identifioida terapian yhteydessä tapahtuvia pienimuotoisia vuorovaikutuksellisia ilmiöitä ja selvittää miten ne vaikuttavat tavoitteisiin. Se voisi olla esimerkiksi terapeutin ja asiakkaan säännöllistä yhteistä työskentelysuhteen tutkimista. (Horvath 2006.)

Myös *terapeuttisen allianssin* käsite on syntynyt erilaisten näkemysten tuloksena. Sillä on ollut useampia nimityksiä: terapeuttinen allianssi (therapeutic alliance), työskentelysuhde tai yhteistyösuhde (working alliance), (Saarnio 2002a; Hintikka 2002) tai auttamissuhde (helping alliance). Osa tutkijoista (Horvath & Luborsky 1993, Horvath 2000, 2001) on ottanut lyhyemmän nimityksen allianssi (the alliance) kuvaamaan terapeuttista liittoa, työntekijän ja asiakkaan (tai potilaan) liittoutumista yhteistoimintaan. Adam O. Horvath (2001) määrittelee käsitteen ja katsoo, että allianssi on terapeuttisen suhteen osa:

”Allianssi viittaa terapiassa asiakkaan ja terapeutin välisen yhteistoimintasuhteen laatuun ja voimakkuuteen. Tämä käsite pitää sisällään asiakkaan ja terapeutin välisen positiivisen tunnesiteen, kuten molemminpuolisen uskon, pitämisen, kunnioituksen ja huolenpidon. Allianssi sisältää myös terapeuttisen konsensuksen kognitiivisia osatekijöitä ja aktiivisen veloitteen osallistua terapian tavoitteeseen ja tavoitteiden tutkimiseen. Terapiassa allianssi saa aikaan tunteen kumppanuudesta terapeutin ja asiakkaan välillä ja siinä molemmat osapuolet ovat velvollisia kantamaan asianmukaisen vastuunsa terapiasta ja sitoutuvat yhtä innostuneesti prosessiin. Allianssi on terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen tietoinen ja tarkoituksellinen osatekijä” (Horvath 2001, 365).

Tämä määritelmä on vain yhden tutkijaryhmän käsitys, mutta se vaikuttaa yleisesti hyväksytyltä. Käsitteen määrittelemisen alkoi jo kauan sitten. Horvath & Luborsky (1993) näkevät allianssin olevan psykodynaamista alkuperää, koska jo Sigmund Freud (1912/1958) käsitteli potilaan ja terapeutin välistä yhteyttä. Freud nimesi transferenssiksi sen, että positiivisen yhteyden terapeuttiinsa saanut potilas voi kuvitella terapeutin edustavan itselleen tärkeitä varhaisia ihmissuhteita ja voi kohdistaa häneen samoja tunteita kuin alkuperäisiin ihmisiin. Parantava vaikutus tässä näkökulmassa voi perustua nimenomaan transferenssin syntymiseen, joka kertoo

hyvästä terapeutin ja potilaan välisestä suhteesta. Freudin alkuperäinen käsitys terapeutin ystävällisyyden ja sympaattisen asenteen positiivisesta merkityksestä hoitosuhteeseen on ollut tärkeä perusta allianssitutkimukselle. Keskustelua syntyi psykodynaamisessa koulukunnassa myös siitä, onko allianssi vain transferenssiin liittyvä vai koskeeko se myös ”todellista” terapeutin ja potilaan välistä suhdetta. Epäselvää oli onko allianssi intrapersoonallinen vai interpersoonallinen käsite eli syntyykö se yksilön sisällä vai yksilöiden välisessä suhteessa.

R.R. Greenson (1965; ref. Horvath & Luborsky 1993) muodosti käsitteen working alliance eli työskentelysuhde. Hän ehdotti, että siihen kuuluu kolme asiaa: transferenssi, allianssi ja todellinen terapeutin ja potilaan välinen suhde. Allianssin katsottiin muodostuvan ainakin osaksi transferenssistä. Terapeutin ja potilaan suhteen tutkimukseen liitettiin vielä vastatransferenssi, joka tarkoittaa terapeutin omia varhaisia ihmissuhteita, joita hän heijastaa potilaaseen. Psykodynaamisen hoitosuunnan edustajista mm. W.W.Meissner (2006) katsoo Greensonin tavoin, että terapeutiseen suhteeseen kuuluvat allianssi, transferenssi ja potilaan ja terapeutin välinen todellinen suhde. Hänen mukaansa allianssiin kuuluu terapeutin kehyksen osatekijät. Niitä ovat asiantuntijuus (authority), vastuullisuus (responsibility), empatia (empathy), luottamus (trust), autonomia (autonomy), aloitteellisuus (initiative), vapaus (freedom), neutraalisuus (neutrality), pidättyväisyys (abstinence) ja eettiset periaatteet (certain ethical considerations). Hän näkee, että näiden tekijöiden tulee olla tasapainossa. (Meissner 2006.)

Psykodynaamisen hoitosuunnan edustajat katsoivat, että varhaiset behavioristit, käyttäytymistieteilijät, painottivat liikaa tekniikkaa hoitosuhteen kustannuksella (Horvath 2000). Behavioristit keskittyivät havainnoimaan tapahtumia ja kiinnittivät huomiota ympäristötekijöihin. Tekniikat kehitettiin auttamaan systemaattisesti ongelmallisen käyttäytymisen muuttamista ja myös muuttamaan sopeutumisen puutteen tuomia seurauksia. Asiakkaalle opetettiin taitoja ja terapeutti oli tässä näkökulmassa valmentajan tai neuvonantajan roolissa. Se oli suuri muutos edellä kuvattuun psykoanalyttiseen näkökulmaan nähden, koska työskentelysuhteesta tuli etäisempi.

Behavioristit näkivät, että tunteet syntyvät käyttäytymisen tuloksena ja siksi käyttäytymisen valmentaminen voi tuoda parempia tunteita, myös terapeutin ja asiakkaan välille. He uskoivat, että pystyvä terapeutti, joka auttoi asiakasta kohti tavoitetta, saa asiakkaan ihailua osakseen ja tämä vaikuttaa allianssiin. Siis tehokas terapeutti saa tuloksena hyvän yhteistyösuhteen, eikä niin, että hyvä allianssi auttaa saamaan hoitoon hyviä tuloksia. Allianssin katsottiin olevan toisarvoinen ja epäitsenäinen tekijä hoitotuloksen saavuttamisessa. Myöhemmät behavioristit ja kognitiivis-

behavioristiset hoitosuuntaukset ovat kiinnittäneet enemmän huomiota yhteistyösuhteeseen ja näkevät, että asiakkaan ja terapeutin suhteen laatu vaikuttaa siihen, miten asiakas hyväksyy terapeutin määrittelyn käyttäytymisestään. He painottavat psykoanalyttikkojen tavoin, että hoidon teho ei ole sama kuin terapeutin tehokkuus. Hyvä suhde myös parantaa asiakkaan työskentelyä kotitehtävien parissa ja auttaa oppimaan uusia taitoja. (Horvath 2000.) Nykyiseen kognitiiviseen terapiaprosessiin kuuluu ensimmäisenä terapiasuhteen muodostaminen ja terapiaprosessiin vaikuttavien tekijöiden identifiointi (Dunn 2002; ref. Tuominen 2005). Terapia pyrkii vaikuttamaan potilaan ajatusvääristymiin ja toimimattomiin asenteisiin. Alkuvaiheessa potilaan täytyy kuitenkin kiinnittyä sekä terapiaan että terapeuttiin.

Kaikki eivät ole samaa mieltä terapeutin allianssin osuudesta hoitotyön tuloksiin. Kognitiivisen hoitosuuntauksen edustaja D. Safran (2006) pohtii onko terapeutin allianssin käsite jo aikansa elänyt. Hänen mielestään allianssin käsite on yleisessä psykoanalyttisessä ajattelussa marginaalissa tai julistettu epämääräiseksi kysymykseksi, vaikka tiedetäänkin allianssin psykoanalyttinen alkuperä. Syynä voisi olla se, että allianssista tuli tärkeä käsite silloin kun psykoanalyttinen teoria painotti hoidon teknisiä osatekijöitä ja antoi vähemmän painoa autenttiselle humaaniudelle terapeutin ja potilaan välillä. Terapeutin allianssin käsite myös vaati terapeutilta joustavuutta silloin kun klassinen psykoanalyttinen näkemys terapeutin asemasta ja toiminnasta ei suosinut sopeutumista erilaisten asiakkaiden tarpeisiin. Psykoanalyttinen ajatusmalli näki kaikki terapeutin suhteeseen viittaavat asiat mieluummin potilaan transferenssina kuin yhteisesti luotuna tuotteena tavoitteiden saavuttamiseksi.

Safran (2006) katsoo, että myöhemmin on alettu puhua terapeutin ja potilaan yhteisestä vaikutuksesta hoitoon sekä terapeutin joustavuuden ja spontaanisuuden merkityksestä ja lisäksi terapeutin suhteen autenttisista osatekijöistä niin paljon, että terapeutin allianssin käsite on tullut tarpeettomaksi. Nykyään keskustellaan terapeutin ja potilaan suhteesta olevasta tiedostamattomasta yhteisvaikutuksesta. Safran arvelee, että allianssin käsite on menettänyt merkitystään muidenkin kuin psykoanalyttisten tutkijoiden joukossa. Allianssi-käsitteen merkitys on ollut suuri silloin kun se on auttanut tuomaan terapeutin suhteen yleiseen tarkasteluun silloin, kun oli tapana tutkia vain terapiaan osallistuneiden ihmisten ominaisuuksia tai menetelmien paremmuutta. Hänen mielestään tutkimus, joka keskittyy vain allianssiin tai teknisiin tekijöihin ei voi tulevaisuudessa tuottaa kovin paljon uutta tietoa. Hän ei usko, että on arvokasta kehittää enää uusia allianssin mittareita tai yrittää jalostaa sen rakennetta. Myös allianssin ja transferenssin erottaminen toisistaan käsitteellisesti tai empiirisesti on tuottamatonta, samaten potilaan tai

terapeutin ominaisuuksien käyttäminen hyvän allianssin ennusteena. Safran jatkaa kriittistä suhtautumista allianssin käsitteeseen ja pyytää niitä, jotka uskovat terapeutin suhteen olevan keskeinen hoitotuloksessa, selvittämään miten ja millä tavalla se vaikuttaa. Hän toteaa että ne, jotka eivät usko terapeutin suhteen olevan etusijalla, eivät muuta mielipidettään vaikka tutkimuksia tehtäisiin lisää. Tutkimustulokset eivät häntä vakuuta. Hän ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö käsitettä voisi käyttää. (Safran 2006.)

4.4 Allianssin mittaaminen

Terapiatilanteen allianssin laatua on pyritty tutkimaan kehittämällä terapian osapuolille tarkoitettuja kysymyspattereita. Pyrkimyksenä oli saada hoitotilanteen tunnelmasta välitöntä tietoa tutkittavaksi. Tutkimusvälineen eli kysymyslomakkeen valmistelu vaati käsitteitä, joiden avulla terapian mikromaailmaa voitiin jakaa osiin. Siihen voitiin käyttää mm. Bordinin (1975, 1976, 1980) kehittelemiä allianssimuuttujia. Hänen mukaansa terapeutin hoitosuhde jakaantuu kolmeen osaan: *tasks*, *bonds* ja *goals*. Näistä allianssimuuttujista *tasks* tarkoittaa keskusteluihin liittyvää käyttäytymistä ja tiedonkäsittelyä, joka muodostaa terapian sisällön. *Bonds* kuvaa sidettä tai kiinnitystä, terapian osapuolten molemmanpuolista uskoa, hyväksyntää ja luottamusta toisiinsa. *Goals* käsittää molempien osapuolten hyväksymät tavoitteet, jotka on valittu keskustelujen päämääriksi. Näiden käsitteiden varaan on kehitelty WAI-mittari (Working alliance Inventory) (Horvath 1981, Horvath & Greenberg 1989), jolla voidaan tutkia työskentelysuhteen laatua käyttämällä käsitteitä keskustelujen sisällöstä, molemminpuolisesta siteestä, yhteisesti luoduista tavoitteista ja terapeutin ominaisuuksista. Mukana oli siis sekä terapeutin ominaisuuksia että terapiasuhteen ominaisuuksia käsitteleviä osa-alueita. Mittaustilanteessa terapeuteilta ja asiakkailta kysytään lomakkeella arviota keskustelujen onnistumisesta. Toinen terapiatilanteen laatua mittaava työväline on Counselor Rating Form (CRF)-mittari. Siinä tulokseen vaikuttaa terapeutin koulutus, johdonmukaisuus, non-verbaalinen käytös (katsekontakti, asennot), verbaalinen käytös (tulkinta, omien tunteiden paljastaminen) ja terapeutin kehityksen ylläpito. (Horvath & Greenberg 1989.)

Carl Rogers (1951,1957) loi Therapist-Offered Conditions (TOC)-järjestelmän, jonka avulla voitiin tutkia terapeutin taitoja. Se pyrki tutkimaan terapeutin käyttäytymistä ja osoittamaan kuinka tärkeää se on hoitotuloksen kannalta. Se oli ensimmäinen terapeuttitutkimuksen suuntaan kehitetty mittari. Horvath ja Luborsky (1993) huomauttavat myöhempien tutkimusten osoittaneen, että sen avulla ei voitu mitata kaikkea mitä allianssiin liittyi, koska asiakasvaihtelun näkökulma ja se mitä

terapian aikana tapahtui jäi tutkimatta. He esittelevät Strongin (1968, ref. Horvath & Luborsky 1993) ja LaCrossen (1980, ref. Horvath & Luborsky 1993) teorioiden pohjalta syntyneen Social Influence (SI)-tutkimusvälineen rakennetta. Se kuului osana myös aikaisemmin kuvattuun (WAI)-mittariin (Horvath & Greenberg 1989). SI-mittarissa asiakkaat antavat terapeutille arvion asiantuntijuudesta, uskottavuudesta ja vetovoimasta. Asiakkaiden uskomukset terapeutin kyvyistä vaikuttavat terapian tulokseen ja sen katsottiin olevan osa allianssin luomisprosessia. (Horvath & Luborsky 1993.)

Allianssitutkimuksella on edellisten lisäksi monia muitakin välineitä. Niitä ovat kehitelleet lähinnä neljä tutkimusyhteisöä: Helping Alliance (HA) (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen 1983), Vanderbilt instruments (VPPS/VTAS) (Suh, O'Malley & Strupp 1986), Therapeutic Alliance Rating Scale (TARS) (Marziali 1984) ja California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) (Gaston & Marmar 1994). Näiden tutkimusvälineiden käyttö (WAI-mittari mukaan luettuna) edustaa noin 70% allianssin tutkimustuloksista. (Horvath (2001.)

Allianssia tutkimalla on selvitetty myös, että sen luominen on tärkeintä hoitosuhteen alussa (Gastonguay 2006). Ensimmäiset minuutit hoidossa antavat asiakkaalle kuvan terapeutista ja se on allianssin kannalta ratkaisevaa. Myös jatkossa työskentelysuhdetta on pidettävä yllä ja allianssia voidaan tutkia ja mitata monista suunnista. Mittarissa voidaan käyttää asiakkaan, terapeutin ja havainnoijan näkökulmia. Kun allianssi on tullut mitattavaksi, sen tärkein sovellus on terapeutin yhdessä asiakkaan kanssa tekemä jatkuva hoitosuhteen arviointi. Tätä mieltä ovat myös Horvath (2006) ja S.D. Miller (2005).

Mittauksen voi suorittaa myös omien tuntemusten perusteella. Castonguay (2006) on sitä mieltä, että terapiassa käsiteltävä materiaali voi liittyä terapeutin omiin selvittämättömiin tunneasioihin ja se voi vaikeuttaa allianssin ylläpitoa. Terapeutin tulisi tuntea itsensä hyvin ja mikäli hän tuntee vastatransferenssin oireita, kuten turhautumista ja tylsyydentunnetta, tulisi hänen hankkia itselleen työohjausta. Terapeutin tulee käyttää metakommunikatiivisia taitoja milloin hän kohtaa allianssissa vaikeuksia eli hänen tulee keskittyä hoitosuhteeseen ja tarjota asiakkaalle mahdollisuus puhua suhteesta ja havainnoida asiakkaan reaktioita hoitosuhteen vaikeuksiin. Nämä metakommunikatiiviset interventiot auttavat asiakasta tuntemaan itsensä ymmärretyksi ja kunnioitetuksi terapeutin taholta ja vahvistavat molempien osapuolten keskinäistä sidettä. Lisäksi ne vahvistavat yhteistä käsitystä terapian sisällöistä ja tavoitteista. Terapeutin täytyy pyrkiä pääsemään perille suhteen laadusta ennen kuin asiakas odottamatta keskeyttää hoitonsa.

4.5 Tässä tutkimuksessa käytettävät allianssimääritelmät

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus kuvata terapeutin allianssin piirteitä erilaisissa hoitotilanteissa. Allianssi ilmenee yksilöterapiassa erilailla kuin ryhmätilanteessa ja koko laitoksen ympäristössä sillä on laajempi merkitys. Erityisesti laitoshoidon sosiaaliterapeutin näkökulmasta allianssin kysymys on kiinnostava, koska hän ja muut työntekijät joutuvat toimimaan useammalla tasolla.

Käytän yksilöterapian tarkastelussa käsitettä *allianssi* (alliance) ja perustelen sen viittaamalla tutkijoiden Horvath ja Luborsky (1993) ja Horvath (2000, 2001) artikkeleihin. He näkevät allianssin käsitteen kattavan sen erilaiset versiot, joita ovat työskentelysuhde, yhteistyösuhde (working alliance) ja auttava allianssi (helping alliance). Horvath (2001, 365) antaa aiemmin tässä kirjoituksessa esitellyn määritelmän allianssista ja pidän sitä käsiteperustana tutkimukselleni.

Allianssin käsite tarkoittaa yleensä kahden henkilön välisiä suhteita, mutta sitä voidaan tutkia myös laajemmin. Yalom (1975) ja Budman ym. (1989) toteavat, että allianssia ryhmässä kutsutaan *koheesioksi* (cohesion, cohesiveness). Se tarkoittaa ryhmän kiinteyttä ja sitä miten hyvä suhde ryhmän jäsenillä on toisiinsa ja terapeuttiin. Koheesiota pidetään yhtenä parantavana tekijänä ryhmähoidossa.

Laitosympäristön tai yhteisöhoiton allianssia voi olla vaikea määritellä. Tarkoitukseni on pohtia sopisiko *yhteistoiminnallisuus* (Couch 1986; Mönkkönen 2001) vuorovaikutushierarkian korkeimpana tasona kuvaamaan kokonaisen osaston tai kuntoutumislaitoksen asiakkaiden ja henkilökunnan välistä hyvää suhdetta. Sitä voi pitää allianssin kanssa rinnakkaisena käsitteenä. Yhteistoiminnallisuus voi ilmetä yhtä hyvin osastohoidossa kuin yhteisöhoitossakin.

5 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI YKSILÖTERAPIASSA

5.1 Sosiaaliterapeutin työn määrittelyä

Sosiaaliterapeutin työ on laaja-alaista. Laitoshoidon sosiaaliterapeutin työstä osa on yksilökeskusteluja ja avopalveluissa ne kattavat suurimman osan sosiaaliterapeutin toiminnasta. Pari- ja perheterapia kuuluvat myös sosiaaliterapeutin tehtäviin, mutta tässä tutkimuksessa rajaan nämä toimintamuodot tarkastelun ulkopuolelle. Pari- ja perheterapia ovat tehtäväalueena erittäin tärkeitä, mutta niin suuria, että resurssini eivät riitä niiden tarkasteluun. Tässä luvussa on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen: miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä yksilöterapiassa.

Suomalaisen päihdehoidon suurin järjestö A-klinikkasäätiö antaa nettisivuillaan lyhyen määritelmän yksilöterapiasta. Sen mukaan:

”Yksilöterapia on keskusteluapua, joka käynnistyy elämäntilanteen kartoittamisella. Joskus jo selvittelykäynnit riittävät hoidoksi. Yksilöterapian tavoitteena on edesauttaa oman elämäntilanteen jäsentämistä, tehdä itseä ymmärretyksi itselle, kehittää ongelmanratkaisutaitoja, tukea tarvittavissa muutoksissa ja tukea kriisitilanteissa. Käyntiajat ja tapaamisten tiheys sovitaan erikseen, yksi käyntikerta kestää useimmiten 45 minuuttia.”

(www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut)

Laitospäihdehoidossa sosiaaliterapeutin keskustelutehtävät vaihtelevat yhteisön luonteen mukaan. Katkaisuhoidossa työntekijä pyrkii kartoittamaan asiakkaan tilanteen ja laatimaan yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Kuntoutustyössä sosiaaliterapeutin työ voi painottua ryhmähoitoon, eikä yksilökeskusteluihin ole paljon tilaisuutta. Keskusteluja käydään silti paljon ja niiden luonne on mielestäni lähellä sitä mitä kutsutaan neuvonnaksi (counseling), neuvonpidoksi tai yksilökeskusteluksi. Lisäksi työssä tarvitaan psykologista perustietoutta ja myös osa psykoterapian määrittämisestä sopii kuvaamaan sosiaaliterapeutin tehtäviä.

Petruska Clarkson (1998,4) erittelee neuvonnan ja psykoterapian käsitteitä käyttämällä molemmista tehtyjä määrittelyjä. Neuvonnan määritelmän on antanut British Association for Counselling (BAC). Sen mukaan:

”Neuvonta on taitavaa ja periaatteellista ihmissuhdetyötä, jonka tarkoitus on auttaa itsetuntemusta, emotionaalista hyväksyntää ja kasvua sekä kehittää yksilöllisiä voimavaroja. Yleisenä päämääränä on tarjota mahdollisuus työskennellä tyydyttävämmän ja monipuolisemman elämän puolesta. Neuvontasuhte vaihtelee (asiakkaan) tarpeiden mukaan, ja siinä otetaan huomioon kehitykseen liittyvät seikat. Neuvontasuhteessa keskustellaan ja analysoidaan erityisongelmia kuten päätöksentekoa, kriisinhallintaa, kehitetään itsetutkiskelua ja tietoisuutta itsestä, työskennellään läpi sisäisiä ristiriitoja ja parannetaan suhteita muihin ihmisiin. Neuvojan tehtävä on tukea asiakkaan työskentelyä kunnioittamalla hänen arvojaan, yksilöllisiä voimavarojaan ja kykyjään itsemäärittelyyn”.

(Clarkson 1998,4)

Clarkson (1998,4) toteaa, että psykoterapian vastaavia määritelmiä on useita ja seuraavassa on hänen löytämänsä Freedman, Kaplan ja Shadockin (1985) määritelmä:

”Psykoterapia määritellään asianmukaiseksi psyykkisten sairauksien ja käyttäytymishäiriöiden hoidoksi, jossa koulutettu henkilö pitää yllä ammattimaista kontaktia potilaaseen ja yrittää määritellyn terapeutin kommunikation, sekä verbaalisen että nonverbaalisen, avulla lievittää emotionaalista häiriötä, muuttaa tai vaihtaa epäsovivaa käytöstä ja rohkaista yksilöllistä kasvua ja kehitystä. Psykoterapia erotetaan muista psykiatrisen hoidon muodoista, kuten lääkkeiden käytöstä, kirurgiasta, sähköshokkihoidosta ja insuliinikoomahoidosta.”

(Freedman, Kaplan & Shadock 1985, 2601)

Edellisessä tuodaan psyykkiset sairaudet erottamaan näitä kahta määritelmää. Siitä saa kuvan, että psykoterapia on ikään kuin vakavampien ongelmien käsittelyä kuin neuvonta. Se on varmasti osittain totta, sillä vakavat käytöshäiriöt vaativat usein psykiatrista laitoshoidoa. Psykoterapia on kuitenkin myös lievempien psyykkisten häiriöiden kuten ahdistuksen, unettomuuden, sosiaalisten pelkojen yms. hoitoon soveltuva. Siinä on kuitenkin tietyt säännöt. Psykoterapeutin koulutukseen kuuluu menetelmätuntemus, jonka Clarkson (1998, 5) tuo esiin. Hän mainitsee kahdeksan United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP)-yhdistyksen listaamaa terapiasuuntausta. Neuvontatyö

ei ole yhtä säädeltyä, eikä esimerkiksi sosiaaliterapeutin tehtävään vaadita sosiaalityöntekijän tutkinnon lisäksi minkään erityisen tason menetelmäopintoja.

Myös muut tutkijat ovat määritelleet näitä kahta käsitettä, neuvontaa ja psykoterapiaa. Pietrofesa ym. (1978, 2) kokevat neuvonnan vaikeaksi määrittellä, koska se ei ole yksi toiminto ja koska siihen liittyy montaa ammattikuntaa ja se pitää erottaa opastuksesta ja muusta keskustelusta. He määrittelevät neuvonnan:

”Neuvonta määritellään ammattikoulutetun, pätevän neuvojan ja omiin huoliinsa apua etsivän yksilön väliseksi suhteeksi. Sillä on neljä osa-aluetta: kriisit, auttaminen, ehkäisy ja kehityksellisyys.”

(Pietrofesa ym 1978)

Wampold (2001) teki laajan meta-analyttisen tutkimuksen psykoterapiaan vaikuttavista osatekijöistä. Hän huomauttaa, että psykoterapiaan kuuluu ihmistenvälinen vuorovaikutus kasvokkain, eikä esimerkiksi kirjallisuusterapia tai erilaisten nauhoitusten kuuntelu kuulu tähän näkemykseen. Hänen määritelmänsä psykoterapiasta:

”Psykoterapia on lähinnä ihmistenvälistä hoitoa, joka perustuu psykologisille periaatteille ja siihen kuuluu koulutettu terapeutti ja asiakas, jolla on psyykkisiä häiriöitä, ongelmia tai vaivoja. Terapeutin tarkoituksena on auttaa asiakasta tämän häiriöissä, ongelmissa tai vaivoissa ja pyrkii sopeuttamaan tai yksilöllistämään hoitoa kunkin asiakkaan häiriöihin, ongelmiin tai vaivoihin.”

(Wampold 2001, 3)

Myös Bo Sigrell (1974) antaa psykoterapiasta melkein saman määritelmän:

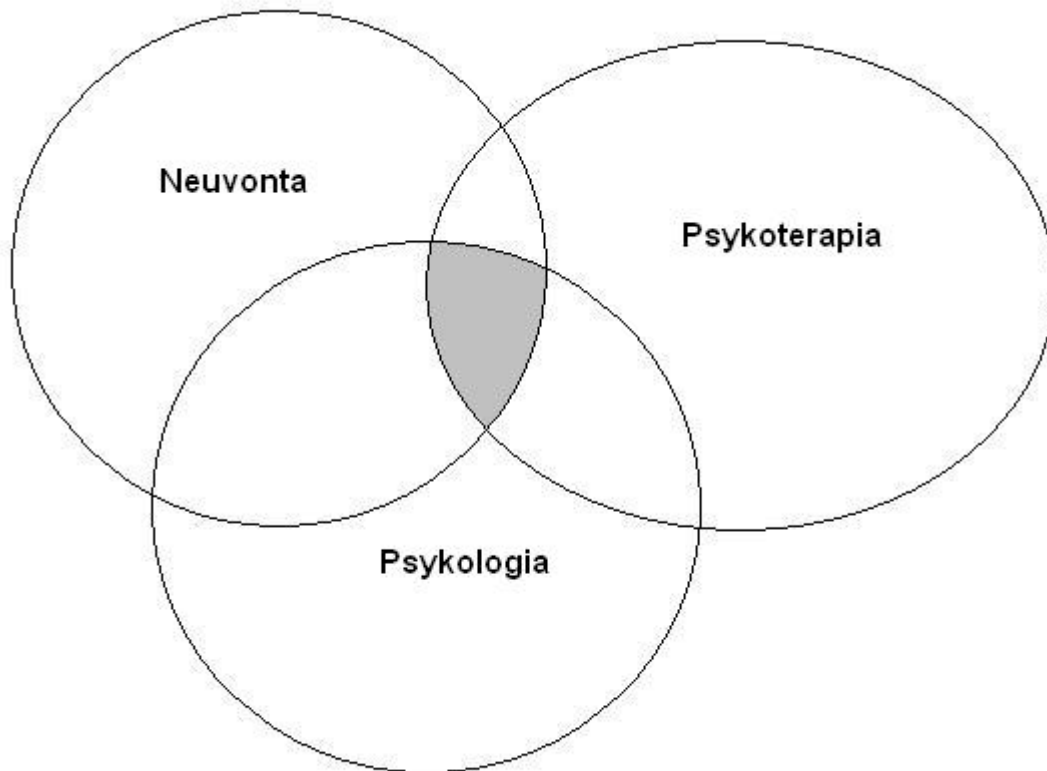
”Psykoterapia perustuu keskusteluun, joka on ihmisen tärkein tapa kommunikoida. Tähän sisältyvät luonnollisesti myös muut ilmaisukeinot, kuten kehonasennot, eleet tai kasvoniilmeet, mutta pääpaino on kuitenkin keskustelussa.”

(Sigrell 1974, 9)

Sosiaaliterapeutin yksilökeskustelut ovat varmasti kaikkea edellä mainittua. Missään näissä määritelmissä ei mainita päihdeongelmaa, ei edes A-klinikkasäätiön yksilöterapian määrittelyssä. Totta onkin, että asiakkaiden ongelmat ovat hyvin monimutkaisia ja päihdeongelma on vain eräs oire. Sen lisäksi asiakkailta on ongelmia monilla elämänalueilla. Sekä avo- että laitospäihdetyön todellisuuteen kuuluvat enenevässä määrin asiakkaat, joilla on yksi tai useampi mielenterveyden diagnoosi. Sen lisäksi asunnottomuus tai vaikeudet asumisessa, taloushuolet ja terveys ovat useimpien ongelmana.

Jaana Jaatisen (1996) tutkimusnäytteissä haastatellut sosiaaliterapeutit kokevat tekevänsä erilaista työtä kuin ”perinteinen terapeutti”. Haastateltu määrittelee itsensä mieluummin työntekijäksi kuin terapeutiksi ja pyrkii konkreettiseen, arkipäiväiseen ja käytännölliseen lähestymistapaan. Hän voi poiketa tästä linjasta jos asiakkaalla on psyykkisiä ongelmia, jotka vaativat toisentyylistä pohtimista. Haastateltujen sosiaaliterapeuttien työkuvaukset yhdistyvät usein ratkaisukeskeiseen lähestymistapaan. Työn peruslähtökohtana on, että siinä haetaan ratkaisua senhetkiseen ongelmaan ja suuntaudutaan eteenpäin. Tarkoitus on vahvistaa asiakkaan osaamista. Asioita pyritään laittamaan selkeään järjestykseen ja hoidettavat asiat konkretisoidaan mahdollisimman käytännönläheisiksi toiminnoiksi. Ei tyydytä keskustelemaan vain ideatasolla, vaan halutaan, että asiakas saa tehdyksi asioita ja siten onnistumisen kokemusta. Sosiaaliterapeutit nimittävät työtään mieluummin työskentelyksi kuin toiminnaksi. Toinen haastateltu ilmaisee, että ”nyökyttelyterapia” ei riitä päihdeongelmaisten auttamiseen. Sen katsotaan edustavan perinteisen terapeutin toimintatapaa, jolloin terapeutti ”istuu hiljaa salaperäisen näköisenä”. Uskotaan, että nyökyttelemällä ei voida kauan auttaa, vaan tarvitaan jotain konkreettista ja se tulee siitä mitä asiakas esittää. Sosiaaliterapeutti sanoutuu irti tulkitsemisesta ja toisten ajatusten lukemisesta. Työskentely halutaan asettaa sille tasolle minkä asiakas haluaa ja mihin sosiaaliterapeutin taidot yltävät. (Jaatinen 1996, 82-84.)

Sosiaaliterapeutin työ on siis hyvin monitahoista. Siinä on piirteitä useista auttamisen alueista. Petruska Clarkson (1998, 4) pohtii neuvonnan, psykoterapian ja psykologian kohtaamista. Hän tuo esiin *psykologisen neuvonnan* (counselling psychology) käsitteen, joka sijoittuu niin, että se on mainittujen kolmen käsitteen muodostamien ympyröiden leikkauspisteessä.



Kuvio 1. Petruska Clarksonin (1998,6) kuvio, josta ilmenee *psykologisen neuvonnan* osatekijät. Psykologinen neuvonta on kuvassa harmaa alue.

Tämä Clarksonin kuvio tuo mielestäni hyvin esiin sosiaaliterapeutin työn taustaa, vaikka onkin tarkoitettu kuvaamaan lähinnä psykologin työtä. Hän kutsuu kuvion harmaata aluetta psykologiseksi neuvonnaksi ja sosiaaliterapeutin työ muistuttaa melkoisesti juuri tätä. Kuvataksaan paremmin sosiaaliterapeutin työtä, täytyy kuvioon kuitenkin lisätä yhteiskunnallinen näkökulma ja sosiaali- ja päihdetyön erikoistuntemus. Asiakkaiden ympäristöolosuhteet, sosiaaliset verkostot ja kytkennät yhteiskuntaan ovat tärkeä osa selviytymistä. Lisäksi päihdetyö on sosiaaliterapeutin erityisalue ja ilman päihdetyön näkökulmia työ ei onnistu. Toiminta päihdeklinoilla ei ole pelkästään yleisneuvontaa, vaikka päihdeiden osuutta ei ole mitään syytä painottaa asiakkaiden muiden ongelmien kustannuksella. Olipa päihdeidenkäytön taustalla miten monimutkaisia elämisen tai persoonallisuuden pulmia tahansa, asiakkaat tulevat klinikoille ja laitoksiin pääasiassa päihdeidenkäytön vuoksi ja heillä on oikeus keskustella päihdealan erityisasiantuntijan kanssa. Se mitä terapeutisesta allianssista tiedetään, sopii kaikkiin ammattikohtaamisiin, mutta päihdetyössä on erityisen tärkeää saada usein tunteiden epävakaudesta ja riippuvuusongelmista kärsivät ihmiset

kiinnittymään hoitoonsa. Se on nimenomaan allianssin luomisen kannalta erilaista kuin yleinen psykologinen neuvonta.

Hyvin usein mainitaan psykososiaalinen näkökulma päihdetyön yhteydessä. Se on ammatillista muutostyötä ja koskee kaikkea sosiaalityötä. Näkökulma perustuu siihen, että ihmisen ja ympäristön (tai yhteiskunnan) suhde on persoonallisen identiteetin ja psykososiaalisten ongelmien lähtökohtana (Sosnet.www.valt.helsinki.fi). Tässä katsannossa yksilöä tulee tarkastella omassa yhteydessään ja sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kokonaisuudessa. Psykososiaalisen sosiaalityön menetelmät kohdistuvat yksilöön, ryhmään ja perheeseen, mutta eivät laajempaan joukkoon, kuten yhdyskuntaan. Laitoshoidon sosiaaliterapeutti yrittää tavallisesti kartoittaa asiakkaan nykyiset kotiolosuhteet ja sen lisäksi hän on luomassa ympäristövaikutuksia hoitoyhteisön sisällä. Se, että ihmisen identiteetti koostuu itsen ja ympäristön vuorovaikutuksesta koskee myös laitosolosuhteita. Sosiaaliterapeutin yhteiskuntatieteellinen tausta painottuu keskusteluissa ja asiakkaasta kerättävä tieto koskee päihdeongelman lisäksi myös elinympäristöä.

Tärkeä osa sosiaaliterapeutin työstä on myös yksilökohtainen palveluohjaus eri muodoissaan. Sitä tehdään sekä avohoidossa että laitoksissa. Palveluohjauksen periaatteisiin kuuluu asiakkaiden tarpeiden määrittely ja sopivan palvelun ja hoidon etsiminen. Parhaimmillaan sosiaaliterapeutti (tai muu työntekijä) toimii välittäjänä asiakkaan ja palvelujärjestelmän välissä. Hänen tehtävänsä on neuvoa ja ohjata asiakasta palvelujen käytössä ja valvoa ja koordinoida asiakkaan saamia palveluja seurata hänen edistymistään. Palveluohjausta tarvitaan etenkin silloin, kun asiakkaan palvelutarpeen voi ennakoida pitkäaikaiseksi ja monimutkaiseksi. (www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut.) Palveluohjaukseen kuuluvat myös avo- ja laitoshoidossa keskustelemalla rakennetut hoitopolut eli asiakkaan mahdollisuudet käyttää hoitopalveluja tulevaisuudessa. Laitostyöntekijät yleensä jättävät asiakkaidensa asioiden hoidon muille viranomaisille sen jälkeen kun asiakkuus laitoksessa on päättynyt.

Sosiaaliterapeutin kanssa käytäviä keskusteluja voi kutsua yksilöterapiaksi, varsinkin avohoidossa. Mielestäni laitostyön todellisuuteen sopii paremmin nimitys yksilökeskustelu. Asiakkaat ovat yhteisöhoitossa suhteellisen lyhyen ajan ja heidän huomiotansa vievät monet aktiviteetit, jotka yhdessä muodostavat terapian. Niistä yksilökeskustelut ovat tärkeitä, mutta vain osa kokonaisuudesta. Päihdehuollon avopalveluissa sen sijaan yksilöterapia on yleistä. On huomattava, että yksilökeskusteluja avopalveluissa ja laitoksissa käydään monen työntekijäryhmän voimin. Sairaanhoitajat, lääkärit ja ohjaajat keskustelevat paljon asiakkaiden kanssa. Sosiaaliterapeutin

kanssa käytävät keskustelut ovat kuitenkin usein perusteellisempia kuin edellä mainittujen ammattiryhmien. Sosiaaliterapeutilta edellytetään kokonaisarviota ja hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista. Kaikkiin ammatillisiin yksilökeskusteluihin pätevät kuitenkin terapian säännöt ja seuraavassa on kooste tutkimuksista terapeutin vaikutuksesta allianssin.

5.2 Terapeutin vaikutus allianssiin

Sen jälkeen kun on määritelty sosiaaliterapeutin työ, on aika paneutua siihen, mitä terapiakeskusteluista on sanottu terapeutin allianssin kannalta. Se on ainakin selvää, että ei ole yhdentekevää miten sosiaaliterapeutti hoitaa asiakastapaamisen. Hän voi vaikuttaa monella tavalla asioiden kulkuun ja nykyisissä koulutuksissa on alettu ottaa huomioon allianssitutkimuksen tuloksia. Allianssin jatkuvaa tutkimista edistetään mm. ratkaisukeskeisessä työskentelyssä (S.D. Miller 2005).

Carl Rogers (1951, 1957) toi asiakaslähtöisen näkökulman terapeutin suhteeseen. Hän väitti, että terapeutin kyvyt määräävät allianssin luonteen. Hän otti käyttöön terapeutin toimintaa kuvaavat käsitteet: empathy, unconditional positive regard ja congruence. Ne voitaisiin suomentaa terapeutin empatiaksi, varauksettoman myönteiseksi näkökulmaksi ja aitoudeksi. Mikäli terapeutilla on tarjota näitä ominaisuuksia, pitäisi hoidon onnistua.

Monet terapeutit ajattelevat pystyvänsä arvioimaan allianssin laadun ilman asiakkaan täyttämiä arviointilomakkeita, mutta käytäntö on osoittanut, että asiakkaan arvio voi poiketa terapeutin arviosta ja asiakkaan arvio lisäksi ennustaa paremmin terapian lopputulosta (Gastonguay 2006). On selvää, että terapeutin ominaisuudet vaikuttavat yhteistyösuhteen kehittymiseen. Vuorovaikutustaidot näyttelevät merkittävää osaa tuloksessa (Horvath 2001). Myös Suomessa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Saarnio 2001).

Terapeutin kommunikoiva empaattisuus, avoimuus, joustavuus ja tutkiva asenne ennakoivat positiivista tulosta. Terapeutin kokemuksella on myönteinen vaikutus tulokseen ja selityksiä siihen on useampia. Asiakkaat, joilla on vaikeuksia luoda läheisiä ihmissuhteita mieltyvät kokeneisiin terapeutteihin ja saavat heidän kanssaan hyvän yhteistyösuhteen. Kokeneet terapeutit ovat myös parempia huomaamaan milloin yhteistyösuhde alkaa hiipua ja voivat korjata tilanteen nopeammin kuin vähemmän kokeneet terapeutit. Terapeutin persoonanpiirteet vaikuttavat tulokseen niin, että

vihamielinen, haastava ja kontrolloiva terapeutti saa huonoja tuloksia, myös terapeutin määräävä asenne vaikuttaa allianssiin negatiivisesti. Terapeutin ja asiakkaan matsaus eli toistensa kanssa sopivien osapuolten etsiminen voi tuottaa tulosta ja niin käytännössä tapahtuukin, jos asiakas pääsee valitsemaan psykoterapeutin keskusteltuaan ensin useamman kanssa. (Horvath 2001.)

Ackerman ja Hilsenroth (2001) ovat selvittäneet, että työskentelysuhde huononee jos terapeutti on hyväksikäyttävä, kriittinen, moralistinen tai puolustautuva. Myös lämmön-, kunnioituksen- ja luottamuksen puute pysäyttää allianssin rakentamisen. Samoin käy jos terapeutti on epävarma, jännittynyt, häiritsevä, väsynyt, syyttävä tai vähättelevä. Terapeutin ei sovi myöskään olla kovin hallitseva, valvova, etäinen tai kylmäkiskoinen. Terapeutti, joka osoittaa piittaamattomuutta potilaitaan kohtaan ja on vain vähän mukana terapiaprosessissa tai on liian itsekeskeinen, ei saa muodostettua yhteyttä potilaaseensa. Samoin terapeutit, jotka eivät luota kykyihinsä auttaa potilasta, eivät pysty tarjoamaan terapian vaatimaa turvallisuutta. Ackerman ja Hilsenroth kirjoittavat, että vaikka on epäselvää, voiko empatiaa ja lämpöä opettaa terapeuteille, on kuitenkin tärkeää, että he itse tekevät työtä tullakseen joustaviksi ja paremmin potilaitaan kunnioittaviksi, hyväksyviksi ja ymmärtäviksi.

Tärkeintä on yhteistyön syntyminen ja se on yksi allianssin päätekijöistä. Monet tutkimukset mittaavat juuri asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistyötä. Se näkyy asiakkaiden ja terapeuttien omassa hoidon arvioinneissa. Horvath (2001, 369) toteaa, että ”terapeuttien kannattaa olla herkkiä sille riskille, että heidän oma arvionsa terapiasuhteen tilasta, etenkin suhteen alussa, voi olla päinvastainen asiakkaan arviolle”. Siksi hänen mielestään terapeutin kannattaa yrittää saada asiakkaalta arviota suhteen laadusta ja neuvotella joustavasti tavoitteista. Asiakkaat eivät yleensä ilmoita huonosta suhteestaan hoitoon ennen lopettamista. Tärkeätä on ylläpitää suhdetta etenkin asiakkaiden kanssa, joilla on ollut vaikeuksia rakentaa ihmissuhteita ja jotka voivat suhtautua negatiivisesti hoitoon. Terapeutti, joka pystyy täydentämään asiakkaan tyyliä ja sopeuttamaan asiakkaan ideat hoitoon, saa aikaan hyvän työskentelysuhteen. Edelleen ne terapeutit, jotka ovat asiakkaiden arvion mukaan jäykkiä tai kylmiä, eivät saa rakennettua kunnollista allianssia. (Horvath 2001.)

Yleensä ottaen terapiasuhteeseen tulee allianssin laadun muutoksia aina, se on odotettavaa. Ackerman ja Hilsenroth (2001) korostavat miten tärkeää on, että terapeutti haluaa olla selvillä suhteen tilasta ja pystyy ajoissa korjaamaan tilanteen. Allianssin huononemisen merkit voidaan jakaa kahteen osaan. Toiset merkit ovat potilaan suoraa ilmaisua, selvää negatiivisten tunteiden

osoittamista terapeutteja tai hoitoprosessia kohtaan. Toiset taas ilmenevät epäsuorasti siten, että potilas ilmaisee negatiiviset tunteensa vetäytymällä, etäännyttämällä tai välttelemällä. Myös potilaan vaikeudet tutkia sisintään terapiassa voi kertoa hoitosuhteen laadusta. Potilas voi myös epäillä hoitoon kiinnittymisen arvoa ja merkitystä. Hänellä voi olla myös vaikeuksia erottaa terapeutteja ja terapiasuhdetta toisistaan. Terapeutti voi vielä huonontaa suhdettaan potilaaseen kritisoidulla hänen päätöksillään, tarjoamalla pyytämättä neuvoa tai olemalla huomioimatta potilasta. Samaten, jos terapeutti unohtaa potilaalle tärkeitä tosiasioita tai ei näe jonkin tärkeän asian merkitystä. Potilas voi etäännyttää myös silloin jos terapeutti ylläpitää omaa oletustaan asioiden tilasta eikä ota huomioon potilaan näkemystä. Näiden kaikkien terapeutin virheellisten käytöstarjojen seurauksia voidaan torjua ja lievittää jatkuvalla suhteen tutkimisella. Kaikki tekevät virheitä, mutta taitavat tekijät korjaavat virheensä.

Mikael Leiman (2004) kuvaa Hans Struppin johtamaa Vanderbilt I-projektia (Strupp & Hadley 1979, Strupp 1998). Siinä yritettiin saada mahdollisimman tarkka kuva terapeuttien toiminnasta ja sen vaikutuksista tulokseen. Keinoksi keksittiin pienentää potilaiden ongelmien erilaisuudesta johtuvaa vaihtelua ottamalla tutkimukseen nuoria miesopiskelijoita, joilla oli vain ahdistuneisuusongelmia. Heidät vielä seulottiin, jotta mukaan saataisiin mahdollisimman samanlaisista oireista kärsivä potilasryhmä. Mukaan kuului lisäksi kaksi potilaiden kontrolliryhmää, joista toinen jäi jonoon odottamaan terapiaa ja toinen ryhmä ei saanut mitään kontaktia hoitoon. Terapeuttien ryhmä koostui kahdesta osasta. Ensimmäinen ryhmä oli psykodynaamisesti suuntautuneita ja hyvin kokeneita psykoterapeutteja. Toinen ryhmä koostui ns. maallikoista, jotka olivat yliopiston opettajia ja vailla terapeuttikokemusta. Keskustelut nauhoitettiin. Ilmeni, että molempien ryhmien tulokset potilaiden oireiden lievittymisessä olivat yhtä hyviä. Yliopiston opettajat olivat siis keskimäärin yhtä tehokkaita sosiaalisen ahdistuneisuuden hoitamisessa kuin pitkään koulutetut psykoterapeutit. Tarkempi nauhojen tutkimus paljasti kuitenkin eroja.

Ensinnäkin terapiaan osallistuneiden potilaiden ryhmä oli edelleen heterogeeninen. Heidän ongelmansa ilmenivät moniulotteiseksi ja he suhtautuivat hyvin eri tavalla hoitoonsa, vaikka heidät oli seulottu tarkasti. Terapeuttien toiminnan erot tulivat esille heidän tavassaan käsitellä potilaiden suhtautumista hoitoonsa. Selvin ero tuli siinä miten terapeutit käsitelivät potilaiden negatiivisia ilmaisuja ja siinä kokeneet psykoterapeutit toimivat vivahteikkaammin ja taitavammin. Tuloksien monimutkaisuutta lisäsi vielä se, että molempien ryhmien terapeuteilla oli hyvin yksilölliset toimintatavat ja ne vaihtelivat sen mukaan keitä he hoitivat. ”Yksilöllisyys kietoutui hoitosuhteen

vuorovaikutukseen. Terapeutin ja potilaan yhteistoimintaa ei todellakaan voinut rinnastaa lääketabletin vaikuttavaan aineeseen” (Leiman 2004).

Terapeutin sukupuolellakin voi olla merkitystä hoidon tulokseen. (Saarnio 2002b) on tutkinut Kankaanpään A-kodissa terapeutin (työntekijän) sukupuolen vaikutusta hoidon onnistumiseen. Tutkimusjoukossa oli yli sata asiakasta kuukauden peruskuntoutuksessa ja mittarina käytettiin heidän hoitonsa keskeyttämisiä, joita tapahtui 15 %. Tulokseksi saatiin, että keskeyttämisillä oli yhteyttä terapeutin sukupuoleen, sillä miespuolisten terapeuttien asiakkaista 19 % lähti hoidosta ennen aikojaan, kun naisterapeuttien asiakkaista vain 10 % keskeytti. Terapeutteja oli yhteensä kymmenen, viisi miestä ja viisi naista. Naisterapeuteilla oli merkitsevästi enemmän sekakäyttäjäasiakkaita kuin miehillä. Tämän johdosta keskeyttämisluvut olivat vieläkin yllättävämpiä, sillä yleensä sekakäyttäjien keskeyttämisherkkyys on suurempi kuin alkoholinkäyttäjien (Saarnio 2001). Tarkempi analyysiasetus, joka kuvasi hoidon jatkuvuuden suhdetta terapeutin sukupuoleen ja päihteiden käyttötyyppiin osoitti, että terapeutin sukupuolella ja hoidon jatkumisella on yhteys. Terapeutin sukupuolen ja asiakkaan sukupuolen välille sen sijaan ei löydetty tulokseen vaikuttavaa yhteyttä. (Saarnio 2002b.)

Tarkempaa syytä sukupuolen vaikutuksesta hoitojen keskeyttämisiin ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista selvittää. Asiakkaan ja terapeutin välisiä keskusteluja ei dokumentoitu. Todettiin, että tulos saattoi syntyä siitä, että naiset pystyvät miesterapeutteja paremmin välttämään keskeyttämisiin johtavat konfliktit. Miesterapeutit itse sanoivat, että he pitävät naisia paremmin asetetuista rajoista kiinni ja se taas johtaa keskeyttämisiin. Saarnio pohti myös sitä, että miesterapeuttien joukossa oli enemmän oman kokemuksen omaavia, raitistuneita työntekijöitä. Onko mahdollista, että he muita useammin asettavat täysraittisuuden ainoaksi oikeaksi tavoitteeksi ja voisivat olla muutenkin terapeutteina jäykempiä ja jyrkempiä? Tähän ei saatu tutkimuksellista tukea. Kuitenkin kysymys on vastakkainasettelusta ja sen välttämisestä, taitavasta luovimisesta hoidon tavoitteiden, asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen ja terapeutin omien interventioiden välillä. Onko naisterapeuteilla luontainen taipumus toimia joustavammin ja noudattaa motivoivan haastattelun periaatteita ilman menetelmäkoulutusta? (Saarnio 2002b.)

Tärkeä havainto on myös se, että terapeutin taitojen merkitys vaihtelee tapaamiskertojen edetessä (Horvath 2000). Terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen muotoutuminen alkaa ensimmäisestä tapaamiskerrasta ja siihen vaikuttavat eniten terapeutin vuorovaikutuksen sävy ja asiakkaan vuorovaikutus- ja persoonallisuustekijät. Terapeutin tekniikkataidot korostuvat vasta myöhemmin ja

tapaamisiin tulee kertyvästi myös edellisten keskustelujen vaikutus, joka syventää allianssia ja vaikuttaa lopputulokseen. Alussa luodaan suhde, joka kasvaa ratkaisevaksi tekijäksi koko terapian onnistumisen kannalta. Suhteen luomiseen vaikuttavat asiakkaan puolelta hänen kokemuksensa sekä aiemmista että nykyisistä ihmissuhteistaan ja hänen ongelmansa laatu. Terapeutin sosiaaliset taidot ja asiakkaan huomioimistyyli ovat etusijalla suhteen luomisessa ja siihen vaikuttaa myös asiakkaan sosiaalishistoria. (Horvath 2000.)

Tätä on tutkittu Suomessakin. Saarnion (2001) avohoitoklinikan tutkimukseen osallistui neljä terapeuttia, joiden interpersoonallisia ominaisuuksia) arvioitiin S. Vallen (1981) kehittämällä käsitteillä (empatia, aitous, asiakkaan kunnioittaminen ja konkreettisuus) Terapeuteille esitettiin viisi kirjallista tarinaa tai tilannetta päihdehoidon asiakkaasta ja pyydettiin selostamaan kuinka he toimisivat asiakkaita auttaakseen. Sen jälkeen näitä vastauksia arvioi kaksi ryhmää, joihin kuuluivat sosiaalityön opiskelijat ja vanhemmat sosiaalityöntekijät. Sosiaaliterapeuteille annettiin interpersoonallisten kykyjen arviopisteet. Tämän jälkeen arvioitiin terapeuttien viiden asiakaskäynnin laatu asiakkailta kysyttynä, he saivat arvioida tapaamisen lopussa vuorovaikutusta ja myös terapeutit tekivät niin. Sitten arviot tapaamisten laadusta ja keskeyttämiset yhdistettiin terapeuttien interpersoonallisiin kykyihin. Tähän liitettiin asiakkaiden itsestään antamat perustiedot. Näin syntyi kuva keskeyttämisiin vaikuttaneista tekijöistä. Niitä olivat asiakkaan ikä, kosketukset päihdekulttuuriin, terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet ja molempien kokemukset vuorovaikutuksesta.

Hoitonsa keskeyttäneitä tässä avohoidon tutkimuksessa oli kokonaisuudessaan 33,3 % ja hieman alle puolet keskeytti heti ensimmäisen terapiakäynnin jälkeen. Tuloksissa todetaan, että keskeyttäneet olivat merkitsevästi muita asiakkaita nuorempia ja heillä oli ollut enemmän kontakteja päihteiden ongelmakäyttäjiin. Myös terapeuttien välillä oli suuria eroja asiakkaiden keskeyttämismäärissä. Jos sekä terapeutin että asiakkaan vuorovaikutusarviot olivat alhaisia, oli myös keskeyttämisprosentti korkea ja päinvastoin. Ensimmäisellä kerralla keskeyttäneiden voitiin tulkita toimineen niin molemminpuolisen yhteisymmärryksen puutteesta. Terapeuttien interpersoonalliset ominaisuudet olivat suorassa yhteydessä keskeyttämisiin. Mitä paremmiksi terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet arvioitiin, sitä korkeampi oli vuorovaikutusarvio myös asiakkailta ja sitä vähemmän keskeyttämiä. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että työskentelysuhteen merkitys on suuri ja terapeutin kannattaa paneutua kunnolla sen luomiseen. (Saarnio 2001.)

5.3 Terapiatekniikan vaikutus allianssiin

Ackermanin ja Hilsenrothin (2001) mukaan terapeuttien käyttämä tekniikka vaikuttaa potilaiden kiinnittymiseen hoitoonsa. Psykoanalyttisesti orientoitunut terapeutti voi, esimerkiksi kohdatessaan potilaan taholta vihamielistä vastarintaa, arvioida vastustuksen olevan transferenssiin liittyvää. Arvio voi olla oikea tai väärä, mutta usein ääneen esitetystä tulkinnasta tuloksena on potilaan etäännyminen hoidosta. Väärä tulkintayritys ja voimakkaan tulkinnan käyttö voi muutenkin vähentää hyvän allianssin ylläpitoa. Myös liiallinen keskittyminen potilaan negatiivisiin tunteisiin haittaa hoitosuhdetta. Tutkimuksissa terapeutit, jotka käyttivät usein transferenssiin liittyvää tulkintaa, saivat seurauksena vähemmän hyviä työskentelysuhteita. Täten hoitosuhteen ja transferenssisuhteen erottaminen toisistaan on tärkeätä, sillä potilas elää tunteineen ja ajatuksineen tätä hetkeä, vaikka se voitaisiin teoreettisesti tulkita paluuna menneisyyteen. Transferenssitulkinnan käyttö on riskialtuinta hoidon alussa.

Terapeutin täytyy tuntea vastuunsa potilaan tunteista hoitotapahtumassa. Hän ei saa jäädä oman viitekehänsä vangiksi, vaan hänen on suhtauduttava joustavasti terapiassa ilmeneviin tilanteisiin. Terapiaan kiinnittymisen tulos on huono silloin, jos terapeutti paljastaa potilaalle omia tunneristiriitojaan. Potilas kokee terapeutin itsepaljastukset työskentelysuhdetta heikentävänä. Samaten terapeutin täytyy harkita miten hän käyttää hiljaisuutta hoitokeinona. Epäsopiva hiljaisuuden käyttö voi ahdistaa potilaita liikaa ja he saattavat tulkita sen kylmäkiskoisuudeksi. Myös pinnalliset ja epärakentavat interventiot saavat potilaan loitonemaan terapeutistaan. Terapeutin täytyy myös hallita terapiatapahtuman suunnittelu ja ajankäyttö. Huonolla suunnittelulla on allianssia heikentävä vaikutus. (Ackerman & Hilsenroth 2001.)

Myös kognitiivisesti suuntautunut terapeutti voi olla liian orjallinen teorialleen. Potilaan negatiiviset ilmaukset voidaan yrittää sovittaa terapeutin omaan näkökulmaan ottamatta huomioon potilaan tuskallisia tunteita. Allianssi voi kuormittua liikaa, jos kognitiivinen näkemys väärin ajatusmallien synnyttämisestä negatiivisista tunteista käsitellään taitamattomasti ja ajatusmalleja yritetään korvata kirjaimellisesti. Tässäkin liiallinen tulkinta voi etäännyttää asiakasta hoidosta. Terapeutti voi keskittyä teoreettiseen tulkintaan tunteiden synnystä sen sijaan, että hän rohkaisisi potilasta hallitsemaan käyttäytymistään. (Ackerman & Hilsenroth 2001.)

Terapeutin käyttämällä tekniikalla on tietysti myös myönteisiä vaikutuksia allianssiin. Ackerman & Hilsenroth (2003) analysoivat useita tutkimuksia ja tekivät sen johtopäätöksen, että terapeutin tärkein kyky on tuoda suhteeseen luottamusta ja uskoa oman terapiakehyksensä puitteissa. Luotettavuus, hyväntahtoisuus ja myötätuntoisuus auttavat hyvän allianssin luomisessa ja ylläpitämisessä. Samaten terapeutin oma luottamus kykynsä auttaa potilasta on tärkeää. Lisäksi allianssille on hyväksi jos terapeutti pystyy esittämään potilaalle havainnollisesti ja pätevästi terapian periaatteet ja käyttäytyy varmasti. Terapeutin täytyy olla myös mukana terapiatilanteessa niin, että asiakas tuntee terapeutin osallistuvan.

Tutkittaessa kolmen eri osaamistason terapeutteja WAI-mittarilla, ilmeni, että kokeneemmat terapeutit toimivat paremmin sisältö (task)-osiossa ja tavoite (goal)-osiossa. Sen sijaan side (bond)-osiossa ei ollut merkittävää eroa vähemmän tai enemmän koulutettujen kesken. Samansuuntaisen arvion antoivat sekä potilaat että terapeutit. Kokemattomat pystyivät siis hyvin luomaan allianssin, mutta eivät pystyneet yhtä hyvin luomaan sen ylläpidon puitteita seuraavia istuntoja varten. Potilaat haluavat terapialta myös sisältöä ja tavoitteita ja ne ovat allianssin säilymisen kannalta tärkeitä. Myös ymmärtävyisyys, vakuuttavuus ja potilaan hyväksyminen lisäävät terapeutin ja potilaan yhteyttä. Jos potilaat kokivat terapian kannattavaksi, näkivät he myös yhteytensä terapeuttiin hyväksi. Oleellista on, että potilaat saavat hyvän tuntuman terapeuttiin ennen kuin terapia on voinut alkaa helpottaa ongelmassa. Pelkkä mielikuva alussa luo uskoa ja toivoa. Lämmin, hyväksyvä ja tukeva ilmapiiri alkaa vaikuttaa heti. Huomattavaa on se, että potilaan usko hoitosuhteeseen auttaa myös terapeuttia keskittymään paremmin ja se auttaa etenemään terapian tavoitteisiin. (Ackerman & Hilsenroth 2003.)

Terapeutin tekemisillä, strategisilla interventioilla, on vaikutuksensa allianssiin (Ackerman & Hilsenroth 2003). Tärkeää on se miten terapeutti soveltaa omaa teoriaansa käytäntöön. Hyvä soveltaminen saa potilaan panostamaan hoitoonsa, auttaa häntä kiinnittymään siihen ja syventää terapeutista ymmärrystä. Terapeutin auttava ja me-henkinen käytös auttaa luomaan allianssin, joka luo potilaille toivoa saavuttaa tavoitteet ja auttaa heitä etenemään niitä kohti. Terapeutin ymmärrys, hyväksyntä ja kunnioitus, samaten kuin avoimuus ja innostus saavat aikaan tunteen yhteisestä kokemisesta, yhteistyöstä ja jaetusta yrityksestä taistella potilaan tuskaa vastaan. Nämä terapeutin ominaisuudet auttavat potilasta myös lisäämään kykyjään soveltaa terapiassa oppimiaan uusia taitoja. Ylipäätään se, että terapeutilla on laaja suhtautuminen psykoterapeuttisiin näkökulmiin, auttaa luomaan hyvän allianssin. Terapeutin ja tekniikan hyveet kirjataan tuloksissa yhteen: luotettavuus, kokemus, varmuus, selkeys kommunikaatiossa, tarkkuus tulkinnassa, innostus,

kiinnostus, tutkivuus, mukana olo, aktiivisuus, empaattisuus, vahvistavuus, auttavuus, ystävällisyys ja ymmärtäväisyys. Todisteet viittaavat siihen, että allianssi on kaikkialle hoitosuhteeseen ulottuva teoreettinen konstruktio, joka vaikuttaa monella tasolla. Kaikkea siitä ei tiedetä. Se kuitenkin tiedetään, että edellä mainituilla terapeutin ominaisuuksilla ja toiminnoilla voidaan vaikuttaa hoitoon myönteisesti. (Ackerman & Hilsenroth 2003.)

Saarnio (1999) tuo esiin tutkimuksen (Miller ym. 1993), jossa terapeutit jaettiin kahteen koeryhmään niin, että toinen ryhmä sai tehtäväkseen toimia direktiivis-konfrontoivasti ja toinen asiakaskeskeisesti. Asiakaskeskeinen terapeuttiryhmä noudatti motivoivan haastattelun (Miller & Rollnick 1991) periaatetta. Ilmeni, että direktiivis-konfrontoivasti käyttäytyneet terapeutit aiheuttivat asiakkaissa paljon enemmän vastustusta kuin toisen terapeuttiryhmän työntekijät. Vuoden kuluttua ne asiakkaat, jotka olivat olleet konfrontoivassa hoidossa, käyttivät enemmän alkoholia kuin toisen ryhmän asiakkaat. Motivoivan haastattelun tekniikka tuotti siis tulosta. Saarnio mainitsee, että motivoivan haastattelun lisäksi myös terapeutin ratkaisukeskeiset toimintatavat vievät hoitotilannetta asiakasystävälliseen suuntaan. Myönteinen, kunnioittava ja kannustava suhtautuminen asiakkaaseen on ratkaisukeskeisyydessä oleellista. Myös positiivisen palautteen antaminen, rakentava suhtautuminen asiakkaan menneisyyteen ja konkreettisten tavoitteiden käyttäminen kuuluvat ratkaisukeskeiseen käytäntöön. Lisäksi on tunnettua, että kommunikaatio ei rajoitu verbaaliseen alueeseen. Vähemmän on tutkittu nonverbaalista vuorovaikutusta. Neuro-Linguistic Programming (NLP) on tuonut esille asentojen, eleiden, katseiden ja puhetapojen merkitystä vuorovaikutukseen. Tiedostamattomat eleet voivat vaikuttaa työskentelysuhteen syntymiseen ja terapiatulokseen. (Saarnio 1999.)

5.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä yksilöterapiassa?

Edellä on kuvattu sitä miten terapeutti tai hänen tapansa käyttää tekniikkaa voi vaikuttaa allianssiin. Nämä tutkimustulokset eivät ole uusia. Tuskin kenelläkään on yllätys, että ystävällisyys ja asiakkaan kunnioittaminen auttavat luomaan hyvän hoitosuhteen. Joskus yleisetkin tiedot voivat auttaa paremman hoitotyön kehittämisessä. Ne on kuitenkin jalostettava terapeutin oman psyykkisen työn kautta hyviksi käytännöiksi. Seuraavaan osioon on otettu kirjallisuutta, jonka arvelen (edellisen luvun lisäksi) auttavan aloittelevaa sosiaaliterapeuttia tai muuta auttajaa hänen pohtiessaan miten allianssin syntymistä voi edistää.

Sosiaaliterapeutti voi yrittää tutkimustiedon avulla ymmärtää muutamia hoitoon liittyviä tosiasioita luodessaan omaa toimintaansa. Kiinnostavaa on esimerkiksi, se kuinka asiakkaiden ominaisuudet vaikuttavat allianssin luomiseen. Ainakaan asiakkaiden sukupuolen vaikutuksesta hoitoon ei ole tutkittu paljoakaan. Saarnio (2002b) raportoi kahdesta päihdeongelmaisten asiakkaiden muutosvalmiutta koskevasta tutkimuksesta (Saarnio & Knuutila 2003 a;b). Niissä on käytetty apuna muutosvalmiuden URICA-tutkimuslomaketta (DiClemente & Hughes 1990). Tutkimuksessa selvitetään muutosvaihemallin (DiClemente & Prochaska 1998) käsitteiden (1 esiharkintavaihe, 2 harkintavaihe, 3 toimintavaihe, 4 ylläpitovaihe) avulla molempien sukupuolten asiakkaiden etenemistä omassa hoidossaan. Tutkimuksen asiakkaat olivat laitoshoidossa. Tutkimusten tuloksissa miesten ja naisten muutosprofiilit poikkesivat toisistaan. Ilmeni, että naiset olivat miehiä valmiimpia muutokseen hoidon alussa. Naisista suuri osa oli jo harkintavaiheessa siinä missä miehistä suuri osa oli esiharkintavaiheessa. Naisia oli enemmän myös toimintavaiheessa, mutta ylläpitovaiheessa miehiä ja naisia oli yhtä paljon. Esiharkintavaiheen asiakkailla on suuri riski keskeyttää erityisesti hoidon alkuvaiheessa ja hoidon alun muutosvalmius ennustaa muutoksen pysyvyyttä. Miehet siis keskeyttivät helposti hoidon alkuvaiheessa ja naiset myöhemmässä vaiheessa. Yhteensä sekä miehet että naiset keskeyttivät jotakuinkin saman verran. Tieto miesten ja naisten muutosvalmiuksien eroista aiheuttaa mietiskelyä. Pekka Saarnio pohtii tutkimustuloksen vaikutusta hoidon järjestelyihin. Pitäisikö hoidossa ottaa huomioon erilaiset valmiudet ja siirtyä esimerkiksi naisten kohdalla nopeammin hoidon niihin sisältöihin, joissa etenemisestä on apua?

Edellinen tutkimustieto auttaa ymmärtämään asiakkaiden keskeyttämisistä. Naiset näyttävät kaipaavan hyvän hoitosuhteen lisäksi myös melko pian eteneviä sisältöjä hoitoonsa. Keskeyttämisistä välttääkseen on tärkeätä saada syntymään hoitosuhde mahdollisimman nopeasti, kun varsinkin miehet ovat herkkiä jäämään tuuliajolle hoidon alussa. Useimmiten kontakti asiakkaan kanssa syntyy mutkattomasti, mutta välillä työ on erityisen vaativaa. Haastavinta on tavata negatiivisesti tai hoitoonsa täysin välinpitämättömästi suhtautuva asiakas. Vanderbilt-tutkimuksessa (Leiman 2004) juuri tämä toimi erottavana tekijänä maallikkojen ja ammattilaisten toiminnassa. Hyvä työntekijä ei säikähdä ”motivaation puutetta” tai asiakkaan kylmäkiskoisuutta, mutta joutuu silti välillä punnitsemaan mahdollisuuksiaan auttaa.

Suhonen ja Murto (2002) käsittelevät tilanteita, jolloin päihdeyksikön työntekijä joutuu toistuvasti kokemaan voimattomuutta asiakkaan ongelmien edessä. Tutkimuksessa päihdehoidon työntekijät kirjoittivat tutkimukseen kuvitteellisia, mutta todellisuuteen pohjautuvia esimerkkejä vaikeista työtilanteista. Näiden kirjoitusten mukaan työntekijälle tulee yleensä huoli asiakkaasta, jolla kaikki

asiat huononevat hoidoista huolimatta. Tällaiset asiakkaat ovat usein olleet pitkään sekä päihdehuollon että mielenterveyssektorin asiakkaita. He ”osaavat suojautua tehokkaasti kaikkia työntekijän vaikuttamisyrityksiä vastaan jättämällä vaihtoehdot toistuvasti avoimeksi” (Suhonen & Murto 2002, 10). Heillä on vaikeuksia sopimusten pitämisen ja toistuvien retkahdusten kanssa. Samaten asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ovat vaikeita, eikä näihin asioihin ole yleensä päihdehuollossa perehdytty. Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkitys yleensä ovat myös hankaluuksia aiheuttavia kysymyksiä. Myös työpaikoilta hoitoonohjatut koettiin hankalana asiakasryhmänä, koska päihdetyöntekijät kokivat olevansa työnantajan asettamien vaatimusten alaisina. Ylipäätään asiakkaiden näköalattomuus ja lyhytjännitteisyys lisättynä motivaation puuttumiseen ovat työntekijöille jatkuva haaste. (Suhonen & Murto 2002.)

Edellä oleva on päihdetyön arkea. Asiakasvaikutus voi olla erityisen suuri tietyissä tilanteissa ja tapauksissa. Horvath (2001) tarkastelee terapiatuloksiin vaikuttavia tekijöitä ja toteaa, että asiakkaiden vaikutus allianssiin riippuu heidän ominaisuuksistaan. Keskeistä on se, miten moninaisia heidän ongelmansa ovat ja se minkä tyyppisistä ongelmista he kärsivät. Samaten heidän ihmissuhteidensa nykyinen laatu on merkittävää hoidon kannalta. Vaikeuksia allianssin luomiseen on havaittu rajatilaongelmasta ja persoonallisuuden vaihtumiseen liittyvistä häiriöistä kärsivien asiakkaiden kanssa. Lisäksi rikollinen tausta, asunnottomuus ja huumeriippuvuus vaikuttavat allianssin luomiseen negatiivisesti. Horvath mainitsee, että näiden ryhmien auttaminen on suuri haaste, koska heidän ongelmansa liittyvät niin moneen asiaan: terveyteen, sosiaalisuuteen, talouteen ja lakiin. Myös asiakkaiden tyyli kiinnittyä hoitoon vaikuttaa allianssin syntymiseen. Pelokas, ahdistunut, hoitoa vähättelevä tai ajatuksiinsa uppoutunut asiakas ei kykene olemaan mukana allianssin rakentamisessa. (Horvath 2001.)

Näistä perustiedoista on apua, mutta ammattitaitoinen sosiaaliterapeutti ylittää ennakkoasetelmat ja varoo kehittämästä itselleen luuloa, että suurista vaikeuksista kärsiviä hankalia asiakkaita ei kannattaisi auttaa. Monesti edellä mainitut asiakastyypit sopeutuvat hyvin hoitoonsa ja myös sopeutumattomuus on tietynlaista energiaa, jos se vain onnistutaan kääntämään rakentavaksi toiminnaksi. Se on tietysti vaikeaa ja joskus vaatii paljon kärsivällisyyttä saada asiakas kiinnittymään hoitoonsa. Toisinaan se ei onnistu ollenkaan, vaikka olisi kuinka paljon päihdealan erityisosaamista.

Tärkeintä on saada syntymään allianssi, vaikka asiakas kärsisi epäluulosta hoitoa kohtaan. On olennaista löytää allianssin perusta. Antti Särkelä toteaa, että ”voimme liittoutua vain asiakkaan

voimavarojen ja tavoitteiden kanssa, emme hänen ongelmiansa kanssa” (Särkelä 2001, 33). Hänen mielestään liittoutumisessa on tärkeää luoda asiakkaaseen sellainen suhde, jonka varassa hän haluaa työntekijän kanssa työskennellä. Auttamistapahtumaan kuuluu myös työntekijän ja asiakkaan välisen suhteen arviointi. Suuri osa asiakkaan käyttäytymisestä auttamistapahtumassa saa selityksensä siitä, kuinka hyvin hän luottaa työntekijään ja kuinka paljon hän tästä pitää. Asiakas miettii onko työntekijä hänen arvionsa mukaan ammattitaitoinen ja osaava suhteessa hänen ongelmiinsa. Hän pohtii arvostaako työntekijä häntä riittävästi ja hän arvioi onko ilmapiiri asiakasta kunnioittava ja hyväksyvä. (Särkelä 2001, 68.)

Yhteistyösuhteen luomisessa Särkelä erottaa muutaman tärkeän asian. Ensikohtaaminen on ratkaiseva. Hän tuo esiin kolmen sekunnin säännön, joka tarkoittaa aikaa, jonka sisällä asiakas luo kuvan palveluorganisaatiosta. Ensimmäisestä kuvasta tulee tulkintaperusta, jolla asiakas jatkossa tulkitsee saamaansa palvelua. Jos ensikohtaamisessa asiakas tuntee, että häntä kunnioitetaan niin, lisäinformaatio pyrkii vahvistamaan tätä kuvaa. Hyvä ensikohtaaminen helpottaa jatkotyöskentelyä. Tervehtiminen, keskustelun myönteinen ja luonteva aloitus ovat tärkeitä. Työntekijän ilmeet, eleet ja asennot ovat erityisen tärkeitä, tärkeämpiä kuin sanat. Eleistä ja ilmeistä näkyy työntekijän asennoituminen asiakkaaseen. Työntekijän levollisuus ja rauhallisuus rauhoittaa asiakasta. (Särkelä 2001, 68.)

Toinen Särkelän esiintuoma seikka on asiakkaan huolellinen orientointi. Hänelle on kerrottava missä mennään ja mitä on seuraavaksi tapahtumassa. Tarkoituksena on, että asiakas on toimintaansa ohjaava subjekti ja harjaantuisi päättämään itse asioistaan mahdollisimman rakentavaan suuntaan. Erityisesti ensikontaktissa asiakkaalle selitetään huolellisesti mitä tulee tapahtumaan, mikä on työntekijän tapa työskennellä ja mitä ehtoja toimipaikka asettaa. Kerrotaan kuinka paljon on aikaa ja jos tiedossa on häiriöitä keskustelutilanteeseen, ne kerrotaan heti. Esimerkiksi jos tietää puhelun olevan tulossa kesken istunnon, voi siitä mainita tapaamisen alussa. Asiakkaan kanssa pyritään myös sopimaan istunnon tavoitteet. Se auttaa asiakasta ohjaamaan tapahtumia ja ottamaan vastuuta tapaamisesta. ”Kun asiakkaan kanssa on sovittu, mihin tavoitteeseen istunnossa pyritään, asiakas voi ja pystyy aktiivisesti vaikuttamaan tavoitteen toteutumiseen ja voi osallistua istunnon päätteeksi sen arviointiin, päästiinkö tavoitteeseen vai ei” (Särkelä 2001, 70). Työntekijä ei voi pitää tavoitteita omana tietonaan, koska silloin hän ei saa asiakasta mukaansa rakentamaan muutosta. Asiakasta pidetään oman elämänsä subjektina myös siten, että itse auttamistapahtumaa arvioidaan riittävän usein. Voi esittää kysymyksiä siitä ollaanko oikeilla jäljillä ja onko tästä asiakkaalle mitään hyötyä. (Särkelä 2001, 69-70.)

On olennaista, että asiakasta ei päästetä passiiviseen ja avuttomaan rooliin, vaikka aloittelevasta terapeutista voisi olla houkuttelevaa tehdä asiakkaasta potilas. Silloin potilaalle annetaan hoitoa ja keskustelua käydään vain tarvittavien tietojen hankkimiseksi. Asiakkaan sen sijaan oletetaan olevan mukana tapahtumissa, luomassa ja kehittelemässä seuraavia siirtoja. Särkelä näkee, että hyvä asiakassuhde on tehokas interventio: ”Hyvällä suhteella on emotionaalisesti korjaavaa merkitystä asiakkaille, jotka mahdollisesti eivät ole kovinkaan usein päässeet kokemaan luottamuksellista ja hyvää ihmissuhdetta” (Särkelä 2001, 71). Pelkkä ihmislämpö tuo tunnetusti lohtua kaikissa ihmissuhteissa. Ymmärryksen saaminen säännöllisin väliajoin on tärkeää jokaiselle. Se on tärkeää myös allianssin syntymiselle.

Myötätunto on olennainen käsite hoitosuhteessa. Dalai lama ja Cutler (2002) käsittävät myötätunnon suopeutena, joka muuttaa suhtautumista ihmisiin ja ongelmiin. Jos lähestyy muita myötätunnon ajatuksin, se vähentää heti pelkoja ja sallii avoimuuden muihin ihmisiin. Myötätunto luo myönteisen ja ystävällisen ilmapiirin. Siihen ei vaikuta, vaikka toinen olisi epäystävällinen eikä suhtautuisi lainkaan positiivisesti. Dalai lama ja Cutler haluavat erottaa myötätunnon kiintymyksestä. He katsovat, että kiintymys on omistamista ja todellinen myötätunto perustuu siihen tietoon, että kaikilla ihmisillä on myötäsyntyinen halu olla onnellinen ja päästä eroon kärsimyksestä. Tällainen myötätunto ei perustu siihen, että henkilö, jonka kanssa ollaan tekemisissä, on läheinen tai rakas. (Dalai lama & Cutler 2002, 145.) Tämä määritelmä on mielestäni lähellä ammatillista empatiaa. Aitoa myötätuntoa voi kokea ketä hyvänsä kohtaan silloin kun näkee kaikkien ihmisten oikeuden onnen tavoitteluun. Tämänkaltainen myötätunto auttaa kunnioittamaan asiakasta ja hänen ihmisyyttään. Se kasvattaa ja kehittää yhteenkuuluvuuden ja läheisyyden tunnetta muiden kanssa, ilman että siihen tarvitsee liittyä kiintymystä.

Myötätuntoa osoittamalla allianssi rakentuu, mutta on myös vältettävä menettämästä ammatillisuuttaan. Sosiaaliterapeutin on pysyttävä harkitsevana, vaikka asiakkaan kohtalo koskettaisi läheltä. Antti Särkelä (2001) tuo esiin Arnkil ja Erikssonin (1995) kehittämät käsitteet mukaan menemisestä ja toisin toimimisesta. Mukaan meneminen on asiakkaan tarinan imuun menemistä ja on keskinäisen ymmärryksen kannalta välttämätön, mutta ei riittävä ehto. Syynä on se, että mukaan meneminen on sympatiaa, mutta ammatillisessa auttamistyössä tarvitaan empatiaa. Siinä tarvitaan toisin toimimista eli ohjausta. Tässä näkyy sympatian ja empatian ero. Sympatia on syvää ymmärrystä, mutta empatia pyrkii pitämään välimatkan autettavan tarinaan, jotta voidaan ajatella ja toimia järkevästi. Molempia tarvitaan. Työntekijä ei saa ohjata liiaksi, mutta ei mennä

liiksi imuunkaan. Liiallinen ohjaaminen on opettamista, jossa asiakas alistetaan ulkoapäin tulevaan komentoon. Mutta ilman ohjausta ei asiakasta voida auttaa. Sopiva toimintatapa löytyy kysymällä ja tutkimalla vuorovaikutussuhdetta. (Särkelä 2001, 73-74.)

Asiakkaan ongelman kartoitus tapahtuu hänen esittämiensä tietojen perusteella. Osan ongelmista sosiaaliterapeutti voi havaita keskustelun kuluessa, mutta käsittelyyn tulevat vain ne asiat mitä asiakas esittää. Usein esille tulevia ongelmia on paljon, mutta on tärkeää saada ne keskusteluun mukaan, vaikka niitä ei todennäköisesti pystyttäisi ratkomaan. Joskus sosiaaliterapeutin työ painottuu neuvontaan ja silloin on hyvä, että asiakas saa mukaansa muutakin kuin vastauksia kysymyksiinsä. Asiakasta voi yrittää houkutella omaksumaan jonkin pätevän tavan ratkaista itse omia ongelmiaan. Kysymys voi olla myös tavasta suhtautua eteen tuleviin asioihin.

Stanton Peele (2004) on havainnut, että riippuvuusongelmaiset näkevät maailman usein kielteisenä. Asiakkaat saattavat kokea maailman ongelmien sarjana, jonka kanssa he eivät tule toimeen. Hoito on siis monesti sitä, että yritetään estää asiakasta vajoamasta tappiomielialaan. Asiakkaat joutuvat usein paniikkiin tai masentuvat toivottomuudesta ja turvautuvat addiktioonsa, koska eivät näe ongelmilleen ratkaisua. Peele ehdottaa ongelmanratkaisulle tiettyä kaavaa, jota työntekijä voisi yhdessä asiakkaan kanssa tutkia. Tarkoitus on antaa asiakkaalle omatoiminen malli siihen tilanteeseen, kun kaikki näyttää toivottomalta. Malli asiakkaan omaan ongelmanratkaisuun on seuraava:

1. Määrittele ongelman luonne ja laajuus.
2. Puhu itsellesi myönteisiä asioita selviytymiskyvyistäsi.
3. Rajaa haaste hallittavin termein (päättä mitä tiettyjä askelia aiot ottaa).
4. Kerää tietoa ja tutki vaihtoehtoja.
5. Arvioi menestymistäsi ja päätä jatkatko valitsemaasi toimintaa vai muutatko lähestymistapaasi.
6. Tee tällaisesta rakentavasta ongelmanratkaisumallista itsellesi tapa.
7. Iloitse siitä, että onnistut kohtaamaan haasteita, sinä olet ongelmanratkaisija!

(Peele 2004, 139)

Tämä voisi hyvin toimia ohjeena myös sosiaaliterapeutille. Tällainen ajattelurunko voi auttaa ylläpitämään allianssia ja tuoda selkeätä sisältöä keskusteluihin. Sosiaaliterapeutti voi seurata asiakkaan edistymistä antamalla hyvää ja kannustavaa palautetta ja milloin eteen tulee uusi

ongelma, työntekijä voi auttaa asiakasta selvittämään sen esimerkiksi tämän ajattelutavan avulla. Asiakasta kannattaa auttaa nimenomaan ongelman rajaamisessa. Vaikeassa tilanteessa tuntuu helposti siltä, että ongelmat ovat liittyneet yhteen ja vyöryvät asiakkaan päälle. Niiden erottaminen toisistaan saattaa tuoda jo apua ja varsinkin sen osoittaminen, että kaikki asiat eivät ole yhtä huonosti. Terapeutin työssä on jokapäiväistä tuoda esiin asiakkaan elämän hyvät ja rakentavat asiat. Niitä ei ihminen muista silloin kun epätoivo iskee.

Toisinaan on tehokkaampaa jättää ongelman pyörittely sikseen ja alkaa etsiä ratkaisua. Keskusteluissa ratkaisut saavat usein tavoitteen muodon. Tavoitteet täytyy kuitenkin muotoilla oikein, että ne auttaisivat jatkamaan ponnisteluja. Berg ja Miller (1994) ovat tuoneet esiin hyvin muotoiltuja tavoitteita. He viittaavat siihen, että keskustelu yleensä käynnistyy asiakkaan ongelman käsittelyllä, sehän on asiakkailla tullessaan päällimmäisenä mielessä. Sen yksityiskohtia voidaan käsitellä ja sitä voidaan yrittää rajata ja jäsenellä. Näiden tutkijoiden mukaan on kuitenkin useimmissa tapauksissa parempi siirtyä melko pian ratkaisujen etsintään ja samasta syystä jonka Peelekin (2004) esittää: asiakkaat hautautuvat helposti ongelmiin ja keskittyvät pelkästään niihin.

Hyvin muotoiltu tavoite on asiakkaalle tärkeä, pieni, konkreettinen ja määriteltävissä oleva. Lisäksi olisi hyvä, että se liittyisi käyttäytymiseen. On tärkeää, että tavoitteeksi ei aseteta jonkin asian tai toiminnan poissaoloa, vaan mieluummin jonkin rakentavan asian olemassaolo. Tavoitteeksi ei aseteta jonkin asian loppumista, vaan hyvän asian alkaminen. Hyvä tavoite on realistinen ja saavutettavissa, vaikka se vaatii asiakkaalta kovaa työtä. (Berg & Miller 1994.) Tarkoitus on kannustaa asiakasta jatkamaan sellaista toimintaa, joka on rakentavaa ja tuottaa hyötyä. Keskusteluissa yritetään tarttua asiakkaan kertomuksissa niihin aikoihin, kun ongelmaa ei ole ollut ja yrittää pohtia yhdessä sitä, minkä syyn vuoksi ongelmaa ei silloin esiintynyt. Voisiko siitä oppia jotain? Voisiko tavoitteen asettaa näiden pohdintojen tuloksena?

Asiakkaat eivät ole aina valmiita muutokseen, vaikka ympäristö jo viestittää muutoksen tarpeellisuudesta. Ihminen ei aina näe ongelmaansa niin vakavana kuin muut tai hän ei pidä ongelmaa ratkaisevana tavoitteen kannalta. Tavoitekin voi olla hankala määritellä, jos ongelma ei ole näyttäytynyt kunnolla. W.R.Miller ja C.Rollnick (2002) ovat kehittäneet motivoinnista käyttökelpoisen menetelmän, joka ohjaa keskusteluja terapeutin haluamaan suuntaan. Menetelmässä on tärkeää, että terapeutti on empaattinen, esittää avoimia kysymyksiä, kuuntelee vastauksia heijastavasti ja tekee välillä yhteenvetoja asiakkaan kertomuksesta.

Perusajatuksena motivoivassa haastattelussa on, että diagnosointi/leimaaminen ei ole olennaista vaan, se millaisia haittoja tai harmoja yksilö kokee suhteessa päihteisiin. Asiakkaalla on vastuu päätellä itse kuinka suuresta ongelmasta on kysymys ja mitä ongelmalle on tehtävä. Työntekijä edustaa realiteetteja, hän maalaa eteensä kuvan asiakkaasta sellaisena kuin tämä voisi olla ilman päihderiippuvuutta ja tarttuu kiinni tämän terveestä puolesta. Pyrkimys on puhua ihmiselle eikä addiktille. Vastuu päihteiden käytöstä on käyttäjällä itsellään. Ristiriita ajattelun ja käyttäytymisen välillä tehdään näkyväksi ja sitä kasvatetaan tietoisesti. Kysymykset vievät asiakkaan pohtimaan elämänsä ristiriitaisuuksia, jolloin hänen on pakko etsiä ratkaisua. Asiakkaan omia muutosta tukevia lausumia vahvistetaan ja käytetään objektiivisia arviointimenetelmiä (annoskirjanpito, lääkäritutkimukset, laboratoriokokeet, työtovereiden arviot). Heräävä muutoshalu siirretään nopeasti toimintaan, sillä toiminnan muutos lisää itsearvostusta, pystyvyyttä, minän toimintakykyä ja kasvattaa sisäistä ristiriitaa. Motivaatio kasvaa toiminnan muuttumisen mukana. (Miller & Rollnick 2002.)

Motivoivan haastattelun menetelmään liitetään usein muutoksen vaihemalli (Diclemente & Prochaska 1986). Se on ympyrä, jossa muutoksen vaiheet nähdään prosessina, joka alkaa esiharkintana. Tämä vaihe voi kestää pitkäänkin ja olennaista on, että muutosta ei vielä nähdä omakohtaisesti, vaikka oma tilanne kyetään näkemään jo laajemmin, muidenkin näkökulmasta. Tästä siirrytään harkintavaiheeseen, jossa elämäntilannetta arvioidaan toisaalta-toisaalta asetelmasta. Siinä kyetään jo ottamaan huomioon muutoksen mahdollisuus, mutta sen alkaminen ei ole vielä selvää. Seuraava vaihe on päätös. Henkilö kokee, että tilanne on mennyt niin pitkälle, että tavoite on jo hahmollaan ja on päätetty lähteä sitä kohti. Toteutus seuraa päätöstä. Silloin tavoite on jo muotoiltu tarkemmin ja henkilö opettelee toteutukseen liittyviä muutoksia ja käsittelee muutoksen tunteita. Ylläpitovaihe on muutoksen vakiinnuttamista. Silloin tapojen vaihtamisen suurimmat myrskyt on jo takana ja uudet tavat asettuvat arkielämään osaksi kokonaispersoonallisuutta. Muutos ei kuitenkaan aina jää pysyväksi. Silloin tapahtuu takaisku, retkahdus, ja muutoksen vaihe palautuu esiharkintaan tai johonkin muuhun edeltävään vaiheeseen. Malli on kaavamainen, mutta se kuvaa hyvin muutoksen jatkuvaa luonnetta. Muutoksentehtäjä etenee ympyrällä joka hetki ja lopullisesti toteutunut muutos on se, että ympyrästä päästään ulos.

Muutoksen vaihemallista on hyötyä käytännön työssä. Se antaa karkean sabluunan arvioida asiakkaan henkistä tilaa, hänen valmiuttaan muutokseen. Se tuo ymmärrystä asiakkaan jatkailuun ja parantaa keskustelujen laatua, kun työntekijä yrittää ensin asemoida asiakkaan tämänhetkisen suhteen muutokseen ja sitten auttaa häntä eteenpäin. Tärkeintä on, että malli auttaa

sosiaaliterapeuttiä muodostamaan ja pitämään yllä allianssia. Se auttaa olemaan kiirehtimättä ja pysymään asiakkaan vauhdissa. Sen käyttö sopii erityisesti alkukeskusteluihin, jolloin pyritään arvioimaan asiakkaan avuntarve.

Sosiaaliterapeutti voi siis hyvin monellakin tavalla vaikuttaa allianssin syntymiseen. Hän voi valita menetelmiä, jotka ovat lähtökohdiltaan asiakaskeskeisiä ja käyttäytyä itse empaattisesti, aidosti ja pitää yllä varauksettoman myönteistä näkökulmaa. Tärkeää on myös kunnioittaa asiakasta, olla konkreettinen ja olla varastamatta asiakkaan projektia. Olennaisinta on löytää oma toimintamalli, jotta työhön tulee persoonallista syvyyttä. Työntekijän täytyy sovittaa menetelmät ja hoitokäytännöt omiin taipumuksiinsa. Terapeuttisen allianssin luomisessa tärkeää on aitous ja ystävällisyys. Se on käytännössä työskentelyä omalla tyylillä.

6 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI RYHMÄTERAPIASSA

6.1 Ryhmän merkitys yksilölle ja ympäristölle

Tässä luvussa on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen siitä miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin (koheesion) syntymistä ryhmäterapiassa. Päihdehoidossahan käytetään paljon ryhmätilanteita hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Pyrkimyksenä voi olla avohoidon toiminnan monipuolistaminen, katkaisuhoidon vaihtuvan asiakasvirran sulauttaminen yhteiseksi ryhmäksi tai päihdekuntoutuksen psykososiaalisen muutostyön tukeminen. Ryhmiä voi olla monenlaisia. Asumisyksikkö tai solu voi kokoontua säännöllisesti työntekijän ohjauksella, hoitoryhmiä on monenlaisia ja toimintaryhmät ovat myös suosittuja. Joissakin laitoksissa käytetään myös yhteisökokousta hoidollisesti. Työntekijöiden on siis oltava perillä ryhmän tavoista järjestäytyä ja toimia. He pyrkivät saamaan ryhmän toimimaan tavoitteen suuntaisesti ja siihen tarvitaan ymmärrystä ryhmän olemuksesta.

Päihdehoidon ryhmän välitön ympäristö on avohoidon tai laitoshoidon olosuhteet ja sen jäsenet toimivat hoitopaikan ulkopuolella monenlaisessa suhteessa yhteiskuntaan. Yhteisöhoitossa ryhmät voivat olla erikseen asioiden hoitoa, hoidollisuutta tai toiminnallisuutta korostavia. Päihdehoidossa käytetään jonkin verran psykodraamaan pohjautuvia hoitoryhmiä ja sen lisäksi on muita toiminnallisia ryhmäaktiviteetteja. Tässä tarkastelussa keskitytään ryhmämuotoihin, jotka toimivat lähinnä keskustellen.

Yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta mikään ryhmä ei toimi tyhjiössä. Myös päihdehoidon ryhmien jäsenet palaavat omiin ympäristöihinsä ja yksi päihdehoidon tehtävistä onkin antaa asiakkaalle valmiuksia määritellä suhdettaan yhteiskuntaan. Jokainen ryhmä kuuluu johonkin suurempaan kokonaisuuteen. Jauhiainen ja Eskola (1994) näkevät, että ryhmän toiminnan tarkoitus liittyy sen ympäristöönsä. ”Ryhmän ympäristöllä tarkoitamme niitä olosuhteita, joiden ehtojen ja mahdollisuuksien varassa toimitaan, joiden odotuksiin vastataan ja joihin toiminta kohdistetaan” (Jauhiainen & Eskola 1994, 21). He katsovat, että ryhmän toimintaympäristöt voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: 1) fyysinen ympäristö (paikka ja esineet) 2) sosiaalinen ympäristö ja 3) yhteiskunnan taloudelliset-kulttuuriset ehdot ja toimintaedellytykset.

Terapiakäytännöissä ryhmä erotetaan helposti ympäristöstään. Ryhmätoiminnan tutkimuskin voi juuttua vain ryhmän sisäisiin tekijöihin ja joissakin hoitosuuntauksissa ryhmän ympäristövaikutteita

on rajoitettu tietoisesti, jotta ryhmän jäsenten kehitysprosessi ei häiriintyisi. Jauhiainen ja Eskola katsovat, että ”yhteiskunnallisessa todellisuudessa tällainen amputaatio ei ole mahdollinen” (Jauhiainen & Eskola 1994, 21). Heidän mielestään ryhmän suhde ympäristöönsä on niin merkittävä tekijä, että ellei sitä ymmärretä, saatetaan tapahtumahetkeen liittyvät asiat käsittää väärin tai yksipuolisesti ja se voi johtaa virheellisiin ratkaisuihin. Ryhmän sisäänpäin suuntautunut ohjaustapa ei ole ainoa eristäytymistekijä, sillä ryhmät voivat yrittää jäsentensäkin kautta irrota ympäristöstään. Yhteisöillä voi olla toimintatapoja ja rutiineja, joiden turvin ne suuntautuvat sisäänpäin ja alkavat korvata ulkomaailman kohteita korvikekohteilla. (Jauhiainen & Eskola 1994, 21-22.)

Päihdehoitoryhmien tarkoitus on vaikuttaa asiakkaisiin niin, että heidän valmiutensa vaikuttaa elämänlaatunsa tasoon paranisi, pysyisi ennallaan tai huononeminen ainakin hidastuisi. Omaisten, ystävien ja muiden sidosryhmien tavoitteena on saada ongelmallisen yksilön toimintakyky takaisin ja yhteiskunnan intressi on sen lisäksi kansanterveydellinen ja työvoimapolitiittinen. Päihdehoidosta vastaava kunta voi järjestää hoidon tuottamalla sen itse tai antamalla päihdehoidon tuottamisen yksityisen yrittäjän tai kansalaisjärjestön tehtäväksi. Jokainen päihdeasiakas on suhteessa yhteiskuntaan tullessaan hoitoon, silloinkin kun hän menee yksityisten palvelujen piiriin ilman sosiaaliviranomaisten vaikutusta. Tullessaan avopalvelujen päihderyhmään tai laitokseen, asiakas astuu uuteen maailmaan. Hän joutuu sopeutumaan ryhmän toimintaehtoihin ja siihen, että hänet mielletään päihdeasiakkaaksi. Onneksi hänen ei tarvitse kokea sitä yksin. Hän pääsee joukkoon, jossa häntä ymmärretään. Siitä alkaa hoidon terapeutin allianssi myös ryhmäterapiassa..

Jauhiainen ja Eskola näkevät, että ”yksilö ei ole vain reagoija vaan toimija, joka ei ainoastaan itse sopeudu vaan myös sopeuttaa ympäristöä itseensä” (Jauhiainen & Eskola 1994, 15). Ihminen muokkaa itseään ulkoa tulevien vaikutteiden sisäistämiseksi ja hän myös muokkaa vaikutteita voidakseen paremmin käsitellä niitä. Hän kehittyy yhteisössään toimintakykyiseksi subjektiksi, omaksi itsekseen, ja alkaa tuottaa itse oman elämänsä tapahtumia. Hän pyrkii myös saamaan aikaan muutoksia ja toimimaan tavoitteellisesti ja samalla pitämään yllä mielensä tasapainoa ja eheyttä. Liittyminen, kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen on ihmiselle tärkeää, samoin vaikuttaminen. Yhteisön jäsenyys pakottaa yksilön ottamaan kantaa siihen, osallistuuko hän toimintaan. Toimintaan osallistuessaan hän joutuu vastaamaan ryhmän odotuksiin ja suhteuttamaan itseään ympäristöönsä. Mikäli hän ei osallistu toimintaan ja vetäytyy esimerkiksi erakoksi (tai syrjäytyy haluamatta sitä itse), on hänellä silti omia vuorovaikutusmielikuviaan suhteessa yhteisöön. Osallistuessaan ryhmään yksilö joutuu vetämään rajaa itsen ja ympäristön välille ja tämä lisää hänen tietoisuuttaan itsestään ja omasta suhteestaan ympäristöön. Ryhmä on siis yksilölle

itsetuntemuksen lisäämisen eli reflektion väline. Reflektiolla tarkoitetaan tietoista ja kriittistä syventymistä oman toiminnan tarkasteluun. (Jauhiainen & Eskola 1994, 15-16.)

”Yhteistoimintaan osallistuminen kehittää ihmisen kykyä pohtia toimintansa eri puolia ja vaihtoehtoja ja laajentaa näin hänen tietoisuuttaan. Ryhmä on yksilölle peili, johon hän voi heijastaa itseään ja toimintatapojaan. Itsetutkiskelun tarve syntyy parhaiten monimutkaisesta kokemuksesta, jollainen ryhmätilanne juuri on.”

(Jauhiainen & Eskola 1994, 16)

Ryhmähoidon suosio päihdehoidossa perustuu edellä sanottuun ja sen lisäksi myös siihen, että asiakkaat ovat vieroitusoireiden loppumisen jälkeen suhteellisen hyväkuntoisia ja voivat mieltää itsensä toimijoina ja subjekteina. Vain harvat mielenterveyden häiriöt päihdeongelman yhteydessä estävät osallistumisen ryhmätilanteisiin. Ryhmän käyttö on myös huomattavan taloudellista ja tehokasta laitospäristössä, sillä terapeutti voi olla samaan aikaan yhteydessä moneen asiakkaaseen. Asiakkaat kärsivät usein sosiaalisesta epävarmuudesta ja epätietoisuudesta asemastaan yhteisön jäsenenä. He ovat kokeneet ympäristön todellista paheksuntaa ja sen lisäksi omien vuorovaikutusmielikuviansa antamia arvioita asemastaan yhteisössä. Ryhmässä he voivat testata mielikuviansa realistisuutta ja saada palautetta. Parhaimmassa tapauksessa ryhmää voi käyttää pienoismallina niistä sosiaalisista asetelmista ja tilanteista, joissa asiakkaalla on ollut vaikeuksia toimia ja vaikeuksia ymmärtää itseään ja muita.

6.2 Ryhmän allianssi ja koheesio

Pölönen ja Sitolahti (2003, 59-64) esittelevät M.P.Parloffin (1992) käsitteet analyttisen ryhmäpsykoterapian lähestymistavoista ryhmään. Sen mukaan ryhmänohjaukselliset lähestymistavat voidaan jakaa kolmeen tasoon: *intrapersonalliseen*, *interpersonalliseen* ja *integralistiseen*. Nämä tasot eroavat toisistaan mm. siinä, miten niissä nähdään ryhmäkoheesio (cohesion, cohesiveness) vaikutus.

Intrapersonallinen ohjaustapa kiinnittää huomiota yksilöön ryhmässä. Sen mukaan ryhmä on joukko yksilöitä, jotka ovat samassa paikassa samaan aikaan. Huomion kohteena on yksilö

erillisenä ja irrallisena ryhmän muista jäsenistä. Tämän näkökulman kannattajat eivät tutki ryhmädynaamisia ilmiöitä ollenkaan. Heidän mukaansa ryhmän koheesiosta on vain haittaa hoidolle. Sen katsottiin yhtenäistävän liikaa ja vaarantavan potilaan autonomian. Ryhmä käsitetään yksilöhoidoksi ryhmässä ja ryhmässä kukin jäsen joutuu vastakkain muiden jäsenten elämäkokemusten kanssa ja mahdollisesti ristiriitaisten arvojen ja käsitysten mietiskelyyn. Ryhmän jäsenet esittävät peräkkäisiä puheenvuoroja, joita voidaan analysoida erikseen. Ryhmän jäsen joutuu osallistumaan kilpailuun terapeutin huomiosta ja sen mukanaan tuomia tunteita, ajatuksia, vastarintaa ja puolustusmekanismeja voidaan tutkia. Muutoksen katsotaan tapahtuvan samaistumalla terapeuttiin.

Interpersoonallisessa lähestymistavassa ryhmä käsitetään jäsenten vuorovaikutuskentäksi. Kenttä sitoo heidät keskinäisiin suhteisiin. Psykoterapian tehtävänä on tässä näkökulmassa tutkia ryhmänjäsenten välisiä vuorovaikutuksia. Terapeutin ja potilaan suhdetta tutkitaan myös, mutta ensisijainen painopiste on vertaissuhteet ja niissä tapahtuva oppiminen. Erityisesti jäsenten kahdenväliset suhteet ja alaryhmät ovat tutkimusmateriaalia. Häiriöt käsitetään seurauksiksi suhteiden häiriintymisestä toisiin ja se aiheuttaa vääristynyttä kommunikaatiota. Ohjaajan tehtävänä on tarkastella reaktioita ja vuorovaikutusta, jotka aiheuttavat hämmennystä ja estävät yksilöä toimimasta luovasti suhteessa muihin. Merkittävin ero intrapsyykkiseen lähestymistapaan on ryhmäkiinteys eli koheesio. Tässä lähestymistavassa sitä painotetaan ja sen katsotaan palvelevan terapeutin päämääriä. Oletetaan, että kiinteässä ryhmässä jäsenet tuntevat itsensä hyväksytyiksi ja kuuluvansa johonkin. Tämä on rinnastettavissa terapeutin allianssiin yksilöhoidossa ja se on myönteistä hoitotulosta ennustava tekijä.

Ryhmätilanne nähdään ryhmän jäseniä kiihottavana interaktiivisena ympäristönä. Ryhmässä yksilöt joutuvat ratkaisemaan sitoutumiseen, kontrolliin ja intimitettiin liittyvät ongelmansa. Ryhmä on sosiaalinen mikrokosmos ja vuorovaikutuslaboratorio. Katsotaan, että jäsenet käyttäytyvät ryhmässä samalla tavalla kuin ovat vuorovaikutuksessa normaalisti ryhmän ulkopuolella. Silloin selviää, minkälaisia ongelmia heillä on suhteessa muihin ihmisiin. Tässä ohjaustavassa tutkitaan välittömästi havaittavaa käyttäytymistä ja vuorovaikutusta. Ryhmä auttaa jäseniään tunnistamaan realiteetteja ja he oppivat minkälainen vaikutus heillä on toisiinsa. Muutos tulee korjaavan emotionaalisen kokemuksen myötä. Tämän interaktiivisen suuntauksen tunnetuin edustaja on Irvin D. Yalom. Lähestymistapaa on luonnehdittu niin, että se soveltuu vain kohtuullisen terveille yksilöille ja se pyrkii auttamaan ryhmän jäseniä lähinnä elämään uudella tavalla muiden kanssa.

Integralistinen suuntaus (group-as-a-whole) näkee ryhmän yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Sillä on jäsenistä ja alaryhmistä riippumattomia piirteitä ja ryhmällä katsotaan olevan oma dynamiikkansa. Ryhmä on kuin yksi yksilö ja se on vuorovaikutuksessa terapeutin kanssa. Ryhmässä aktivoituu yhteisiä tiedostamattomia tai esitietoisia ristiriitoja ja motivaatioita. Ryhmä edustaa kokonaisuudessaan yksittäisen jäsenen toimintaa. Tähän lähestymistapaan kuuluu osoittaa, että jäsenten sanalliset ja sanattomat viestit voidaan tulkita ryhmän yhteiseksi ilmaisuksi. Terapeutti tulkitsee koko ryhmän yhteisiä tiedostamattomia pyrkimyksiä ja vaikuttaa koko ryhmään kokonaisuutena, jolloin se vaikuttaa ryhmäprosesseihin ja yksilöihin. Sen katsotaan tukevan yksilön persoonallisuuden kasvua. (Pölönen & Sitolahti 2003, 59-64.)

Integralistisen suuntauksen edustajista mm. Budman ym. (1989) katsovat, että koheesio on ryhmän toiminnassa tärkeä käsite. Budmanin tutkimusryhmän näkemyksen mukaan koheesio vastaa ryhmässä yksilöhoidon terapeutista allianssia. He tekivät tutkimuksen ryhmähoidon koheesio, allianssin ja tulosten välisestä yhteydestä. Tutkimuksessa havainnoijat tarkkailivat ryhmää kokonaisuudessaan ja mittasivat ryhmän koheesio laatua Harvard Community Health Plan Group Cohesiveness-mittarilla, johon kuuluvat istunnoista otetut kuvanauhat. Ryhmän allianssia mitattiin Group Helping Scale-mittarilla. Tuloksena oli, että koheesio ja allianssin vaikutus oli ilmeinen. Koheesiolla ja allianssilla oli vaikutusta parantuneeseen itseluottamukseen ja oireiden vähentymiseen. Lisäksi huomattiin, että koheesio vaikutti parhaiten ryhmäistunnon 30 ensimmäisen minuutin aikana.

Yalom (1975, 67) näkee koheesio vetovoimana, jota ryhmän jäsenet tuntevat toisiinsa. Hän pitää sitä yhtenä ryhmähoidon parantavista tekijöistä. Hän katsoo, että ryhmän allianssi muuttuu koheesioksi sen jälkeen, kun ryhmään on saatu kaikkia koskeva vuorovaikutuskenttä. Korkean koheesio ryhmissä jäsenet hyväksyvät toisensa, tukevat toisiaan ja ovat taipuvaisia muodostamaan merkittäviä suhteita paremmin kuin matalan koheesio ryhmissä. Potilaat ilmaisevat itseään ja tutkivat omaa hyväksyntäänsä ja ymmärrystään sekä tulevat tietoisiksi ryhmää edeltävästä epävarmuudesta itsensä suhteen. Heidän itseluottamuksensa paranee hyvän koheesio ryhmissä ja niissä oleva sosiaalisen käyttäytymisen vaatimus voimistaa muutosta sosiaaliseen sopeutumiseen sekä ryhmässä että sen ulkopuolella. Korkean koheesio ryhmät ovat myös vakaampia ja niiden jäsenet ovat paremmin läsnä ja keskeyttävät vähemmän kuin alhaisen koheesio ryhmissä. Yalom katsoo, että vakaus johtuu onnistuneesta terapiasta. Ryhmän hyvä koheesio suosii rakentavia tapoja ilmaista vihamielisyyttä ja se kehittää jäseniä ja tekee terapiasta onnistuneen. Myös Yalom (1975, 45) katsoo, että koheesio on rinnakkainen käsite yksilöterapian hoitosuhteen kanssa.

van Andel ym. (2003) määrittelivät käsitteitä, jotka kuvaavat ryhmän jäsenten sidettä sekä ryhmään että ryhmän jäseniin. He katsoivat, että ne ovat eri ulottuvuuksia. He tutkivat ryhmäkoheesion ja allianssin välisiä suhteita kognitiivis-behavioraalisisessa verenpainepotilaiden ryhmässä. Ryhmän jäsenet pyrkivät alentamaan verenpainetta vähentämällä psyykkistä uupumusta, pelkoa, vihantunteita ja masennusta. Ryhmä vaikutti potilaisiin positiivisesti. Tutkijat päätyivät siihen, että side muihin ryhmän jäseniin ja hyvä allianssi laskivat ryhmän jäsenten verenpainetta. Shawn (1981; ref. Niemistö 1998, 170) mukaan suuren koheesion ryhmien jäsenet kommunikoivat keskenään enemmän ja laajemmin ja ovat muutenkin tyytyväisempiä kuin pienen koheesion ryhmien jäsenet. Vuorovaikutuksen muoto ja sisältö on positiivisempaa ja ryhmän vaikutus jäseniin on suurempaa. Suuren koheesion ryhmät suorittavat tehtävänsä tehokkaammin ja saavuttavat tavoitteensa paremmin kuin toiset ryhmät. Niemistö (1998) toteaa, että koheesio on positiivinen asia, mutta myös monimutkainen vaikutuksiltaan. Ryhmän koheesio voi muuttua myös jäykkyydeksi ja vihamielisyydeksi ulkomaailmaa kohtaan.

Jauhiainen ja Eskola (1994, 103) katsovat, että ryhmän koossapysyminen ja kiinteys perustuvat vetovoimaan. Se motivoi jäseniä liittymään ryhmään. Vetovoima voi liittyä ryhmän henkilöihin tai sen tehtävään ja toimintaan. Jäsenellä voi olla henkilökohtainen veto ryhmään sen tarjoamien etujen johdosta tai veto tulee ryhmän tehtävään sitoutumisesta. Jos henkilökohtaiset liittymismotiivit ovat suuret, se tuottaa ryhmään kilpailua, joka alentaa koheesiota. Yksilöstä tulee ryhmän jäsen kun hän suhteuttaa toimintaansa ryhmän vaatimuksiin. Se merkitsee sitoutumista ryhmän tavoitteisiin ja toimintaa, joka auttaa pääsemään eteenpäin. Jäsen sitoutuu yhteisiin sääntöihin, työnjakoon ja ryhmäidentiteettiin ja saa osallistua ryhmän me-henkeen. Kiinteyden kehittyminen on ryhmälle merkki sen toimimisesta. Samalla jäsen osallistuu ryhmän suhtautumiseen ulkopuolisiin.

Suhtautumisessa ulkopuolisiin voi näkyä ryhmän liiallisen koheesion vaara. Ryhmä voi pyrkiä niin suureen samankaltaisuuteen, että sitä nimitetään groupthink-ilmiöksi. Silloin ryhmässä esiintyy kritiikitöntä lauma-ajattelua, jossa johtajan mielipidettä yliarvostetaan ja ryhmän jäsenet ovat alistuneet kaavamaiseen yhdenmukaisuuteen. Ryhmän ulkopuolisia ilmiöistä voidaan muodostaa viholliskuvia ja me-henki korostuu yksilöllisyyden kustannuksella. Toisaalta ryhmän sopiva kiinteys vaikuttaa paranemisyrytyksiin myös positiivisesti. Jos ihmiset pitävät toisistaan, voi ryhmä rohkaista jäseniään ottamaan huomioon toisiaan ja ottamaan mallia kehittyvistä jäsenistään.

6.3 Erilaisia näkemyksiä ryhmään vaikuttavista tekijöistä

Ryhmä rakentuu toiminnan aikana. On erilaisia ja myös toisiaan muistuttavia näkemyksiä siitä mitä ryhmän toiminnan aikana tapahtuu. Tämän alueen tutkimuksen kehittäjiä ovat olleet mm. Kurt Lewin, Jacob Moreno, Bruce Tuckman ja W.R. Bion. Näkemyksiä on useita ja ryhmän ohjaajan on hyvä olla perillä erilaisista ryhmän muodostumiseen liittyvistä teorioista. Esittelen seuraavassa lyhyesti ryhmää tai sen jäseniä koskevia näkökulmia.

Jauhiainen & Eskola (1994, 33) katsovat, että ryhmädynamiikan ymmärtäminen edellyttää sen tutkimista, mikä kussakin tilanteessa on erityistä. On tärkeätä tunnistaa miten kunkin tilanteen erityispiirteet vaikuttavat ryhmän sisäiseen tapahtumiseen. Ryhmädynaamisessa tarkastelussa ei heidän mielestään etsitä tapahtumien yleisiä lainalaisuuksia, vaan tutkitaan yksilöllistä, konkreettista ja tilannekohtaista toimintaa. ”Tavoitteena ei ole etsiä historiallisesti toistuvan eli pysyvän vaan historiaa muuttavan etsiminen” (Jauhiainen & Eskola 1994, 33). Ryhmätilanteen tarkastelu ei keskity pääasiallisesti tilanteen luonteen ymmärtämiseen, vaan yksilön toimintaan. Tarkoitus on havainnoida ihmistä tilanteessa. Tilanteessa vaikuttavien voimien ja voimasuhteiden havainnointi ja erittelemine on ryhmänohjaajan tehtävä. Kurt Lewin (1935) katsoo, että on tunnistettava *tapahtuvan* olennaisten piirteiden riippuvuus *tilanteen* olennaisista piirteistä. Ohjaaja säätelee ryhmädynamiikkaa eli tekee ryhmätyötä siten, että yhdessä asetetut tavoitteet saavutetaan. Hänen on tarkkailtava samanaikaisesti sekä ryhmäkokonaisuuden toimintaa että yksilöiden toimimista omissa elämäntiloissaan ja näiden välistä vuorovaikutusta.

Jacob Moreno määritteli roolin yksilön omaksumaksi toimintamuodoksi tietyllä hetkellä tietyssä tilanteessa, johon liittyy muita ihmisiä tai objekteja (Moreno 1977; ref. Niemistö 1998, 89). Moreno katsoo roolia yksilön kannalta. Yksilö omaksuu toimintatapoja silloin kun muita on läsnä. Williams (1989; ref Niemistö 1998, 89) tulkitsi Morenon määritelmää systeemisesti ja ottaa huomioon piilevät tekijät. Hän katsoi ihmisen roolin osatekijöiksi seuraavat asiat: tilanteen, uskomukset, käyttäytymisen, tunteen ja seuraukset. Nämä liittyvät sekä yksilön sisäiseen dynamiikkaan (tunne, uskomukset) että vuorovaikutukseen toisten kanssa (tilanne, käyttäytyminen, seuraukset). Roolikäsitykset ovat siis sekä yksilön sisällä että ulkopuolella vuorovaikutuksessa. Morenon mukaan roolin yksityisyys tarkoittaa sitä, että jokaisella roolilla on myös henkilökohtaista merkitystä.

Ryhmätilanne voidaan ymmärtää roolin ja vastaroolin vuorovaikutuksena (Moreno 1961; ref. Niemistö 1998, 90). Sen lisäksi roolissa toimiminen ja siihen samaistuminen on henkilökohtainen kokemus. Rooliasetelmat alkavat jo heti syntymisen jälkeen. Aikuinen ja vauva ovat jo rooleja. Sosiaaliset roolit eivät kuitenkaan Morenon mukaan riitä kuvaamaan koko ihmisyyttä. Hän erotti sen lisäksi kolme laadullisesti erilaista roolityyppiä: psykosomaattiset, psykologiset ja henkiset roolit. Psykosomaattiset roolit liittyvät ravitsemukseen, liikkumiseen ja seksuaalisuuteen. Sosiaaliset roolit opitaan vuorovaikutuksessa. Psykologiset roolit ovat persoonallisia ja ne ilmenevät henkilökohtaisena olemistapana. Henkiset roolit liittyvät itsensä ylittämiseen, jolloin ihminen voi olla samalla kertaa tietoisessa tunnesuhteessa maailmaan ja kokea samaistumista yliyksilölliseen todellisuuteen. Silloin edellisiin rooleihin tulee uusi merkitys.

Roolit voivat lisäksi olla alkioita, alikehittyneitä, kehittyneitä, ylikehittyneitä ja vääristyneitä. Alkioroolit ovat kuviteltuja, mahdollisia rooleja. Alikehittyneessä roolissa ihminen on kömpelö ja hidas. Siihen kuuluu häpeää ja noloutta. Kehittyneessä roolissa on luontevuutta ja innostusta. Ylikehittyneessä roolissa on kaavamaisuutta, jossa toiminta ei aina ole tilanteen mukaista. Ne kuuluvat ihmisen luontaiseen kehittymiseen. Vääristynyt rooli voi olla vihamielinen ja tuhoava. Sen psykodynaaminen voima voi olla esimerkiksi kateus, pettymys tai ahneus. Roolin kautta viha kohdistuu esineisiin tai elollisiin olioihin. Ihmisellä on roolivarasto, joka voi olla jäykkä tai notkea. Rooli virittyy omissa ajatuksissa tai silloin kun kohdataan muita olioita. Osa rooleista jää taka-alalle käytön puutteessa. Rooli on väline, jonka avulla yksilö toimii toisten yksilöiden kanssa. Ryhmän vuorovaikutuksessa yksilö voi käyttää rooliaan sekä tuhoavalla että uutta luovalla tavalla. (Niemistö 1998, 90-94.) Moreno on kehittänyt erityisen ryhmäterapien lajin, sosiodraaman, jossa ryhmän jäsenten henkilöhistoriaa lähestytään draamallisin keinoin. Ryhmä auttaa jäsentään elämään ja kokemaan uudestaan elämänsä tärkeitä vaiheita näytelmällisesti, jolloin ryhmän eri jäsenet saavat toisen jäsenen elämästä tietyt roolit.

Jauhiainen ja Eskola (1994) esittelevät Kurt Lewinin (1935,1955) kenttäteoriaa. Sen mukaan ihmiset ryhmätilanteessa ollessaan toimivat samassa fyysisessä ja organisatorisessa ympäristössä ja muodostavat toistensa psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön. Kysymys on yksilön dynaamisen kentän ja ryhmätilanteen dynaamisen kentän välisestä suhteesta. Yksilön käyttäytyminen on tulos persoonallisuuden ja ympäristön yhteisvaikutuksesta. Käyttäytyminen riippuu aina sekä hänen yksilöllisistä piirteistään ja pyrkimyksistään että suhteestaan tilanteeseen. Lewin kutsuu yksilön dynaamista kenttää elämäntilaksi, joka on yksilön hetkellinen psykologinen tila, joka heijastuu hänen toiminnastaan. Tila kertoo mikä yksilölle on tällä hetkellä ja tässä tilanteessa

merkityksellistä. Se on myös yksilön oma tulkinta tilanteestaan. Lewin näkee elämäntilan psyykkisten voimien vektorikenttänä, jossa voimat, suhteet ja suhteiden muutokset suuntaavat ihmisen toiminnan johonkin kohteeseen. Ryhmätilanteessa toimii monta ihmistä, joista kukin liikkuu omassa elämäntilassaan. Ryhmän dynaaminen kenttä sisältää näiden useiden rinnakkaisten ja jatkuvasti muuttuvien elämäntilojen tapahtumisen. Ryhmädynamiikka syntyy Lewinin mukaan jäsenten vaihtuvien elämäntilojen ja tilanteessa tapahtuvan vaikuttaessa koko ajan toisiinsa. Jäsenen elämäntilan muutos vaikuttaa hänen toimintaansa ja se muuttaa ryhmätilannetta. (Jauhiainen & Eskola 1994, 29-32.)

Aku Kopakkala (2005) esittelee Bruce Tuckmanin (1965) käsityksen ryhmän vaiheittaisesta kehittymisestä, johon kuuluu viisi vaihetta. Alussa ryhmän jäsenet ovat hyvin riippuvaisia ohjaajastaan (muodostusvaihe). Jäsenten käytös on varovaista ja muodollista ja kaikki varovat ärsyttämästä ketään. Jokainen etsii omaa paikkaansa ryhmässä ja ryhmäroolit alkavat määräytyä. Ryhmän toiminnan tavoitetta selvitetään ja muodostetaan sääntöjä. Ryhmä tuntuu turvalliselta ja ilmapiiri on myönteinen. Yksilöt haluavat kuitenkin erottua ryhmästä (kuohuntavaihe). Siihen liittyy yleensä sisäistä taistelua ja ryhmän ohjaajan vastustamista. Tyytymättömyys ja pettymys ryhmää kohtaan ovat yleisiä ja rohkeus esittää omia mielipiteitään kasvaa. Työhön ei kuitenkaan päästä käsiksi ja tehtävää vastustetaan. Silloin ryhmänohjaajaa testataan ja jäsenet muodostavat alaryhmiä. Lopulta päästään sopimukseen (sopimisvaihe). Jäsenet hyväksyvät toistensa roolit ja ryhmään syntyy yhteenkuuluvuuden tunteita. Säännöt selkiytyvät ja ristiriitoja halutaan välttää. Yhteistyö alkaa syntyä, kun ristiriidat on tiedostettu ja käsitelty. Sitten päästään tuottavaan tilaan (hyvin toimiva ryhmä). Ryhmässä hyödynnetään resursseja tehokkaasti ja ryhmä toimii kokonaisuutena tavoitteen suuntaisesti. Ryhmä osaa ratkaista ristiriitatilanteet ja ryhmä paneutuu tehtävän loppuunsaattamiseen. Koska ihmissuhdeongelmat ja työnjako on ratkaistu, on ryhmän toiminta tuottavaa. Tässä vaiheessa voi uusilla jäsenillä olla ongelmia päästä ryhmään jäseneksi. Ennen pitkää ryhmän toiminta päättyy (ryhmän lopettaminen). Ryhmä ei enää tässä vaiheessa toimi suorituskeskeisesti. Tunteet ovat esillä ja ryhmän jäsenet hyvästelevät toisensa. (Kopakkala 2005, 48-51)

W.R.Bion (1979) tutki ryhmädynamiikkaa psykoanalyysin näkökulmasta. Hänen näkemyksessään hyvin toimiva ryhmä on tuottava (työryhmä). Päästäkseen tilaan, jossa ryhmä toimii tavoitteen suuntaisesti, on sen murrettava perusolettamustila. Tässä perusolettamustilassa ryhmä yrittää eri keinoin vastustaa tehtävänsä. Siitä on löydettävissä kolme toimintatapaa: riippuva ryhmä, taistelu-

pakoryhmä ja parinmuodostusryhmä. Neljännen perusolettamustilan on kehittänyt Turquet (1975). Se kuvaa ryhmän liiallista yhtenäisyyttä.

Riippuvainen ryhmä on hyvin keskittynyt johtajaansa. Ryhmä pitää ohjaajaa ainoana varteenotettavana henkilönä, mutta samanaikaisesti osoittaa käytöksellään, että ohjaaja ei ole tehtäviensä tasalla. Jäsenet ovat aloitekyvyttömiä ja odottavat ohjaajan vievän tilanteita eteenpäin. Jos ohjaaja ei ota tilannetta hallintaan, aiheuttaa se pettymyksen ryhmässä. ”Riippuvaisessa ryhmässä koettu turvallisuudentunne liittyy siis erottamattomasti riittämättömyyden ja frustraation tunteisiin, ja edellyttää kaikkivoipaisuuden ja kaikkietävyuden laskemista yhden ryhmän jäsenen harteille” (Bion 1979, 73). Toinen perusolettamustila on taistelu- pako-tilanne. Siinä ryhmän jäsenet keksivät vihollisen itselleen mieluummin ryhmän ulkopuolelta välttääkseen sisäisen konfliktin. Ryhmän jäsenet haukkuvat jotain ilmiötä ryhmän ulkopuolta. Ryhmä yrittää viimeiseen asti välttää ristiriitojen käsittelyn ja ellei se onnistu tapahtuu pako. Silloin ryhmän jäsenet pakenevat tilannetta välttelemällä tavoitteen suuntaista toimintaa tai vähättelemällä tavoitetta. Syntipukki voi löytyä myös ryhmän sisältä.

Kolmannessa perusolettamustilassa ryhmä odottaa ryhmän jäsenten tai asioiden muodostaman parin ratkaisevan ristiriidan. Ryhmän ohjaaja syrjäytetään ja toivo laitetaan kahteen jäseneseen tai toivoa tuottavaan asiaan. Ryhmä odottaa tulevaisuudelta jotain. Tämä voi johtua siitä, että ryhmän tehtävä tuntuu liian ylivoimaiselta. Neljäs perusolettamustila kuvaa ryhmän liiallista yhtenäisyyttä. Silloin ryhmä uskoo kykenevänsä mihin tahansa. Se on kuin urheilujoukkue, jolla on epärealistisen hyvä kuva kyvyistään. Tällainen ryhmä ottaa itselleen liian suuria haasteita, mutta työskentelee perustehtävän mukaisesti. Se masentuu epäonnistumisesta ja silloin alkavat syyttelyt ja loukkaantuminen. (Turquet 1975; ref. Niemistö 1998, 147.) Perusolettamustilat saattavat vaihdella ja esiintyä lyhyen aikaa eri vaiheissa. Työryhmä on kuitenkin tavoitetila. Se tarkoittaa kehittyntä ryhmää, jonka psykologinen rakenne on vahva. Se ei vastusta kehitystä, kuten perusolettamustilassa oleva ryhmä. (Bion 1979, 60-76.)

Ryhmän muotoutumiseen vaikuttavat myös yksilölliset piirteet. Sen jäsenten tapa suhtautua muihin ihmisiin on merkittävä tekijä ryhmän toiminnan kannalta. Näitä tapoja on tutkittu monesta näkökulmasta. Kiintymyssuhdeteoria on yksi mielenkiintoisimmista malleista nähdä tärkeiden kasvuvuosien vaikutus aikuisen elämään. Tässä teoriassa yksilön nähdään toistavan omaa lapsuudenaikaista kiintymyssuhdettaan aikuisuudessa (Kanninen 1999). Yksilön kiintymyssuhdemalli toistuu ihmissuhteissa ja vaikuttaa hänen elämäänsä. Se näkyy myös

ryhmäkäyttäytymisessä. Pohja näille sisäistetyille malleille muodostuu vuorovaikutuksessa vanhemman ja lapsen välillä. Olennaista on miten vanhempi on kyennyt toimimaan lapsen turvasatamana ja miten hän on antanut lapselle turvallisuudentunnetta arjen vaaratilanteissa. Kiintymyssuhdeteoria auttaa ymmärtämään miten yksilölliset sisäiset mallit eli oma tapamme huomioida ja tulkita ympäristön virikkeitä vaikuttavat erilaisista tilanteista selviämiseen.

Kiintymisen malleja on löydetty useita: autonominen kiintymysmalli (turvallisesti kiintynyt) sekä välttelevä, jumiutunut ja organisoimaton kiintymysmalli (turvattomasti kiintyneet). Turvattomasti kiintyneet ovat usein herkempiä ja haavoittuvampia sairastumaan psyykkisesti. Heille on ominaista korostunut turvattomuuden kokeminen ja taipumus tulkita ja nähdä ympäristön tapahtumat ja muut ihmiset kielteisessä valossa. Heillä on myös vuorovaikutustapoja, jotka eivät tue myönteisten suhteiden kehittymistä. Välttelevästi kiintyneillä on usein diagnooseja oireyhtymistä, joissa pahaa oloa ei lasketa tietoisuuteen tai niiden vaikutus on minimoitu. Oireita ovat käytös- ja päihdeongelmat, antisosiaalinen persoonallisuushäiriö ja somatisointi. Heillä on myös taipumus vähätellä oireitaan ja he saattavat reagoida fysiologisesti hyvin voimakkaasti lapsuutta koskeviin kysymyksiin, mutta samanaikaisesti välttävät sanallisesti myöntämästä oireita. Sen sijaan jumiutuneesti kiintyneet ovat kärsineet vanhemman epäjohtonmukaisesta käytöksestä ja tuntevat tarvetta saada läheisen ihmisen huomio itseensä. Se voi olla puoliso, ystävä (tai terapeutti). He kärsivät oireista, jotka kuvastavat subjektiivista kärsimystä, pahaa oloa ja parisuhdeongelmia. (Kanninen 1999.)

Jokainen jäsen tuo oman taustansa ryhmään ja se vaikuttaa ryhmän koheesioon. Autonomisesti kiintyneet jäsenet saavuttavat helposti intiimiyden, läheisyyden, luottamuksen ja turvallisuuden tunteen ihmissuhteissa. Päihdeongelmaisten terapiaryhmä saattaa kuitenkin koostua valtaosaltaan turvattomasti kiintyneistä ihmisistä. Heistä välttelevästi kiintyneet ovat taipuvaisia idealisoimaan tai vähätteleämään muita ihmisiä ja heille on tyypillistä läheisyyden pelko ja vaikeus antautua riippuvuuteen toisesta ihmisestä. He saattavat esiintyä haavoittamattomina ja itsenäisinä. Jumiutuneesti kiintyneet ovat usein kiinni menneisyydessä tai nykyisissä ihmissuhteissaan. Heillä on joko sekava, vihainen tai riippuvainen suhde läheisiin henkilöihin. He ovat ihmissuhteissaan emotionaalisesti epävakaisia ja mustasukkaisia ja heitä vaivaa alituinen pelko jätetyksi tulemisesta. Asiakkaina he voivat tuoda avuntarpeensa selvästi esiin. Organisoitumattomasti kiintyneet ovat kokeneet jonkin trauman lapsuudessa tai aikuisuudessa. He ovat usein kokeneet väkivaltaa tai menetyksiä, joihin liittyvien tunteiden käsittely on kesken. (Kanninen 1999.)

6.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä ryhmäterapiassa?

Päihdeasiakkaat tuovat ryhmään vanhojen mielenmalliansa kokoelman ja he käyttäytyvät siellä näiden skeemojen mukaan. Terapeutin täytyy ottaa päihderyhmissä huomioon jäsenten suuri kaipuu turvallisuuteen. Onhan päihteenkäyttö tuonut turvallisuutta erilaisiin tilanteisiin ja mielikuviin. Päihderyhmät koostuvat nimenomaan ihmisistä, jotka ovat tottuneet manipuloimaan pelon tunteitaan päihteillä. Heidän tunneherkkyytensä on suuri ja sen vuoksi on otettava huomioon terapeutin ja asiakkaiden suhde kaikkien ohjaustekojen yhteydessä. Yalom (1975, 105) painottaa, että terapeutin on luotava johdonmukaisesti hyvä suhde ryhmän jäseniin ja pidettävä tätä suhdetta yllä koko ajan. Mikään ohjaustekniikkaan liittyvä asia ei saa mennä sen edelle. Terapeutin tulee olla kiinnostunut, hyväksyvä, vilpitön ja empaattinen. Hänen käyttäytymisensä ryhmässä perustuu hyvän allianssin luomiseen ja sen muuntamiseen koheesioksi.

Ryhmä kehittyy toiminnan ja ohjaustekojen avulla. Terapeutti tekee välillä intervention eli puuttuu ryhmän toimintaan. Terapeutin rooli ryhmän kehittymisessä on suuri. Edellä kuvatut perusolettamustilat ovat ohimeneviä ilmiöitä ja saattavat palata useinkin, mutta terapeutti vie ryhmää eteenpäin palauttamalla sen perustehtävään eri tavoilla. Kutsun seuraavassa ryhmäterapeuttia ohjaajaksi tai terapeutiksi.

Terapeutti on vahva vaikuttaja terapiaryhmässä. Hän ei kerro mitään omista asioistaan ja hän on eri asemassa kuin muut (Salminen 1997, 72-74). Hän organisoii ryhmän toimintaa ja on johtajan asemassa, mutta ei toimi kuin johtaja, vaan huolehtii siitä, että ryhmän ilmapiiri pysyy terapeuttisena. Psykoanalyttisessa näkemyksessä ryhmän jäsenet voivat kokea ohjaajan isänä tai äitinä. Eräissä näkemyksissä (Bion 1979) ryhmä toimii jäsenilleen äitinä ja ryhmän terapeutti isänä. Terapeutin pidättyvyys tekee hänestä ryhmän jäsenten projektoiden kohteen eli jäsenet heijastavat häneen sisäisiä tunteuksiaan. Ryhmässä jäsenet sijoittavat terapeutin henkilöön monenlaisia tunteita.

Ryhmän ohjaajan päätavoite on vastuun ottaminen ryhmän kaksoistavoitteen saavuttamisesta (Jauhiainen & Eskola 1994, 140). Kaksoistavoitteella tarkoitetaan sitä, että ryhmän on pyrkimyksenä sekä tehtäväsuoritus että koossapysyminen. Tehtäväsuoritus kiinnittää ryhmän ympäristöön ja koossapysyminen on ryhmän sisäinen asia. Kaksoistavoitteeseen liittyy pyrkimys muodostaa ryhmään suhdejärjestelmiä, jotka ohjaavat jäsenten toimimista. Ryhmän

suhdejärjestelmät liittyvät rooleihin, normeihin, valtaan, kommunikaatioon ja tunteisiin. Terapeutti ei voi käyttää ryhmää omien intressiensä mukaan, vaan hänen ohjaustekonsa liittyvät yhteisen edun ajamiseen. Ohjaajalla on muiden ryhmän jäsenten velvollisuudet, mutta ei heidän oikeuksiaan. Terapeutti ei voi osallistua ryhmän suhdejärjestelmiin, vaan hän tarkkailee ja ohjailee kehitystä. Hän kuitenkin kuuluu järjestelmiin jäsenten projektoiden ja mielikuvien tasolla.

Hoitoryhmät voivat olla periaatteeltaan joko suljettuja tai avoimia. Jos ryhmä on suljettu, sillä on vain yksi alku. Silloin uusia jäseniä ei enää tule ja usein tapaamiskertojen määräkin on ennakolta sovittu. Jos ryhmä on pitkäkestoinen, silloin tapahtuu väistämättä keskeyttämisiä paikkakunnalta poismuuttojen tai muiden vakavien syiden vuoksi. Silloin voi suljettukin ryhmä voi ottaa uusia jäseniä. Päihdehoidossa käytetään sekä suljettuja että avoimia ryhmiä. Laitoshoidon ryhmät painottuvat avoimiin. Avoimeen ryhmään otetaan uusia jäseniä entisten poistuttua. Tämä voi herättää turvattomuutta ja siksi terapeutin tehtävänä on olla melko direktiivinen aina silloin kun ryhmän koostumus muuttuu. Ja se muuttuu kun joku lähtee ryhmästä tai uusi saapuu. Ryhmä tulee silloin väliaikaisesti riippuvaiseksi ohjaajastaan. Avoimella ryhmällä on siis monta alkua ja terapeutti voi valita erilaisia tapoja saattaa uudet jäsenet ryhmään ja käsitellä entisten jäsenien poissaolo. Ryhmässä voi olla pienet vastaanotto- ja läksiäisseremoniat aina tilaisuuden tullessa tai ohjaaja voi pyytää ryhmäläisiä kertomaan tuntemuksistaan aina ryhmän kokoonpanon vaihtuessa.

Ryhmät voivat olla myös pien- tai suurryhmiä. Pienryhmässä on 8-10 jäsentä ja suurryhmässä tätä enemmän. Toisinaan puhutaan myös keskikokoisesta ryhmästä, joka on pien- ja suurryhmän välimuoto. Sen lisäksi on erilaisiin hoitotilanteisiin liittyviä ryhmiä. Esimerkiksi katkaisuhoidon suurryhmissä on erityislaatuana melko huonokuntoiset asiakkaat, koko ajan vaihtuva jäsenistö ja usein vaihtuva ohjaaja (Oksanen 2003). Katkaisuhoidon ryhmätoiminnassa otetaan huomioon asiakkaiden vaihteleva terveydentila ja muu osanottajien heterogeenisuus. Ryhmät voivat olla toiminnallisia tai keskustelevia, mutta ohjaajan on tuotettava niihin alku ja pidettävä ohjausteolla huoli siitä, että ryhmä pysyy asiassa. Asiakkaiden motivoituminen hoitoon, hoidon kokeminen ja uskomukset hoidon auttamisesta ovat yksilöllisiä. Heillä ei ole yleensä tullessaan valmiita suunnitelmia siitä mitä tulevaisuudessa tapahtuu ja katkaisuhoidon ryhmässä on tarkoitus raottaa tulevaisuuden verhoa. Kaikilla asiakkailla on tullessaan toiveikas ajatus hoidosta ja ryhmän täytyy vastata hoidon toiveeseen. On tärkeätä, että alussa ryhmän ohjaaja virittää musiikilla, alustuksella tai muulla teolla ryhmälle yhteisen kokemuksen. Tätä yhteistä kokemusta käytetään hyväksi ohjaamisessa niin, että aloitetaan keskustelu aiheesta, jolla viritys tehdään. Kysytään miten ihmiset kokivat asian. Yhteisen kokemuksen tunne on tärkeä sen vuoksi, että saadaan aikaan ryhmätunne

(koheesio). Katkaisuaseman ryhmissä asiakaskunta vaihtuu koko ajan ja ilman ryhmätunteen luomista asiakkaat eivät koe olevansa samaa ryhmää. Ryhmä on melko riippuvainen ohjaajastaan ja ohjausteot ovat tärkeässä asemassa.

Katkaisuhoidon ryhmää voitaisiin pitää säännöllisenä, mutta asiakkaiden kannalta satunnaisena suurryhmänä. Jauhiainen ja Eskola (1994, 149) tuovat esiin muutamia perusajatuksia suurryhmän ohjaustarpeista. Sen mukaan jäseniä yhdistää jokin asia ja toiminta aloitetaan keskustelemalla siitä. Asia todetaan ja todetaan myös siihen liittyvät tavoitteet. Ohjaaja etenee tilannetta hallitsevien kokemusten ja tosiasioiden avulla ja ottaa huomioon sen, että jäsenet tarvitsevat turvallisuutta. Hän keskustelee jäsenten kanssa, ottaa heiltä ehdotuksia ja sitoo heidät näin ryhmän toimintaan. On tärkeää myös luoda yhteiset normit tilaisuudelle, ohjaaja ei voi niitä sanella menettämättä jäsenten sitoutumista ryhmään. Ohjaaja käsittelee prosessiongelmat koko ryhmää koskevinä, ei yksilöllisinä. Ohjaaja odottaa ratkaisua ilmapiirin selkeyttämisestä ja hän auttaa ryhmää näkemään prosessiongelmat asioina, joille voidaan tehdä jotain itse. Ohjaaja etsii yhdessä ryhmän kanssa ratkaisua ongelmiin ryhmän toimivuudessa.

Jauhiainen ja Eskola (1994, 147) katsovat, että ohjausteot eivät ole mitä tahansa tilanteen virittämiä spontaaneja toimia. Niiden tulee olla tietoisia, tavoitteellisia ja ryhmädynaamisesti perusteltuja. Ohjaustekoja ovat tekeminen, tekemättä jättäminen, puhuminen ja vaikeneminen. Ohjaaja pyrkii arvionsa mukaan muuttamaan tilanteen dynaamista kenttää ja ohjaamaan prosessia tavoitteen suuntaan. Ohjaus perustuu tilanteeseen, sen vaatimukseen ja tarpeisiin. Myös toiminnan tarkoitus ja tavoitteet luovat ohjaustarpeita. Ohjausteilla estetään ryhmää joutumasta tilaan, jossa ei enää toimi terapeutisesti.

On tärkeää, että ryhmän jäsen ymmärtää omaa ryhmäkokemustaan. Se on ryhmän onnistumisen ja jäsenen persoonallisen kehittymisen kannalta olennaista. Ryhmässä tilanteet muuttuvat ja jäsen joutuu ottamaan vastaan uusia asioita ja hänen on koko ajan opittava omasta ajattelustaan, tunteistaan ja toiminnastaan. Ryhmä on kokemuksellisen oppimisen prosessi (Jauhiainen & Eskola 1994, 149). Siinä on monta vaihetta, jossa omakohtainen kokemus luo ensin pohjan havainnoinnille ja reflektiiviselle oppimiselle. Tämän perusteella jäsen muodostaa näkemästään abstrakteja käsitteitä ja yleistyksiä, joita hän sovittaa ryhmäympäristöönsä. Hän voi lisäksi kokea uusia näkökulmia tekemällä ryhmätilanteista abstraktiotikkaat, joilla hän välillä nousee yleistyksen ja välillä osallistumisen tasolle. Näin hän voi katsoa ryhmää eri suunnista.

Yalom (1975, 3) katsoo, että ryhmäterapian parantavia osatekijöitä on useita. Niitä ovat toivon herääminen, samankaltaisuuden kokemus, toisten auttamisen kokemus, tiedon jakaminen, sosiaalisten taitojen kehittyminen, ihmissuhdetaitojen oppiminen, mallioppiminen, alkuperäisen perhekokemuksen korjaava kokemus, ryhmä sosiaalisena mikrokosmoksena, katarsis ja ryhmäkoheesio.

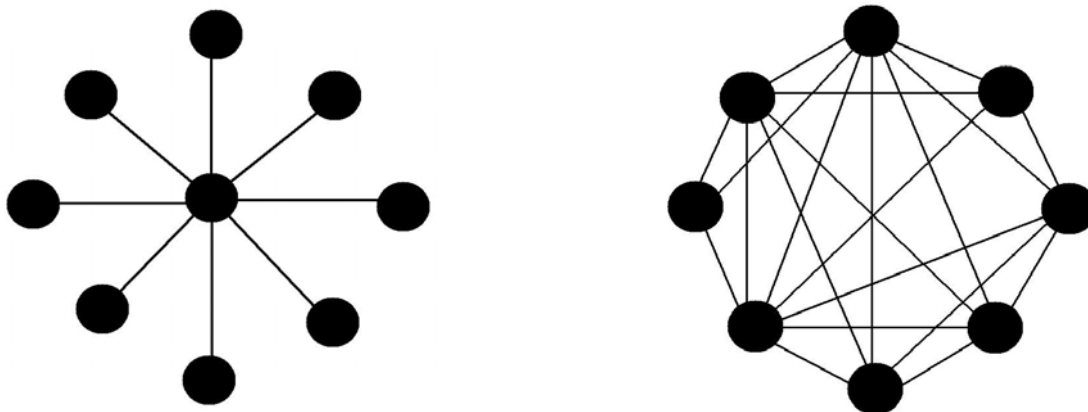
Näistä osatekijöistä voi muodostaa tavoitteita ryhmän toiminnan suhteen ottaen huomioon, että päihdehoidon ryhmillä on rajoitteensa. Ne ovat usein niin lyhytkestoisia, että terapeutin huomio kiinnittyy yleensä ryhmän suoriutumiseen tehtävistä ja muu havainnointi jää helposti taka-alalle. Avohuollossa tai laitoksissa hoitoryhmät ovat käytännössä hieman toisistaan poikkeavia. Avopalveluiden ryhmissä kokoontumiskerrat voivat olla alussa määriteltyjä, mutta myös avoimia, koko ajan täydentyviä ryhmiä käytetään. Osallistuminen on vapaaehtoista ja joskus ryhmään tulijat myös haastatellaan. Laitoksissa ryhmät kestävät koko hoidon ajan ja niihin on yleensä osallistuttava hoitoon kuuluvana aktiviteettina. Laitoksissa voi olla katkaisuhuoltoon tai yhteisökokoukseen liittyviä suurryhmiä ja kuntoutustoimintaan liittyviä pienryhmiä.

Yalom (1975, 106-129) tuo esiin, että terapeutilla on kolme tehtävää ohjattaessaan interaktionaalista pienryhmää. Ensimmäisenä on *ryhmän luominen ja sen ylläpito*, toisena on *ryhmän kulttuurin rakentaminen* ja kolmantena *ryhmän aktivointi ”tässä ja nyt” –käyttäytymiseen ja sen ohjaaminen prosessin tarkasteluun*. Seuraavassa käsittelen ja pohdiskelen näitä vaihteita.

Ryhmän luomisessa alku on erittäin tärkeä. Ryhmäläiset eivät tunne toisiaan ja terapeutin on rakennettava ensin allianssi kaikkien ryhmän jäsenten kanssa. Ohjaaja tietää, että ryhmän alku on monelle pelottava kokemus. Hänen on saatava yhteys jokaiseen ja jokaisen jäsenen tulee päästä nähdyksi, kuulluksi ja huomioonotetuksi. Näin syntyy allianssi terapeutin ja jäsenen välille. Terapeutti voi pitää ensitapaamisella johdannon, jossa hän kertoo menetelmästä ja ryhmän tavoitteesta. Myös yksinkertaisista säännöistä, kuten rehellisyydestä ja luottamuksellisuudesta, on hyvä mainita. Ryhmän jäsenet esittäytyvät etunimillä. Hyvän koheesion luomiseen vaikuttaa myös piirissä tai muuten kiinteyttävässä muodostelmassa istuminen niin, että jokaisella ryhmän jäsenillä on näköyhteys toisiinsa. On mahdollista istua pöydän ääressä, mutta silloin kun halutaan huomioida kehon kieltä paremmin, istutaan avoimesti piirissä. Seuraavien tapaamisten yhteydessä terapeutin on tutkittava ryhmän ilmapiiriä ja tunnistettava siellä asiat, jotka voivat estää koheesion syntymisen. Hänen on puututtava myöhästelyyn, poissaoloihin, alaryhmiin ja epärakentavaan ryhmän

ulkopuolisiin tapaamisiin. Äärimmäisessä tapauksessa on erotettava joku ryhmän ilmapiirin vuoksi. Se on kuitenkin hyvin harvinaista.

Terapeutin seuraava tehtävä on luoda ryhmälle sosiaalinen systeemi. Hän alkaa rakentaa ryhmälle käyttäytymissääntöjä, jotka opastavat ryhmän vuorovaikutusta. Ohjaajan on rakennettava vuorovaikutuskenttä, jossa kaikki jäsenet ovat yhteydessä kaikkiin. Alussa ollut terapeutikeskeisyys on lopetettava ja puheenvuoro siirtyy ryhmälle. Tässä on suuri ero yksilöterapiassa ja ryhmäterapiassa. Ryhmäterapeutin on saatava ”dynamo” käymään, siirryttävä sivuun ja sen jälkeen ruokittava ryhmää vain tarpeellisilla ohjausteoilla. Näin toimimalla ryhmän allianssi laajenee koheesioksi. Parantava tekijä ryhmässä on juuri jäsenten yhteys toisiinsa. Siitä syntyy sosiaalinen mikrokosmos, joka alkaa vaikuttaa jäseniinsä. (Yalom 1975, 106-129.)



Kuvio 2. Irvin D. Yalomia mukaillen: alussa ryhmä on riippuvainen terapeutista, mutta terapeutti rohkaisee ryhmän jäseniä keskustelemaan kaikkien kanssa ja luo näin sosiaalisen mikrokosmos, jolloin terapeutti voi siirtyä pois keskipisteestä (Yalom 1975, 108).

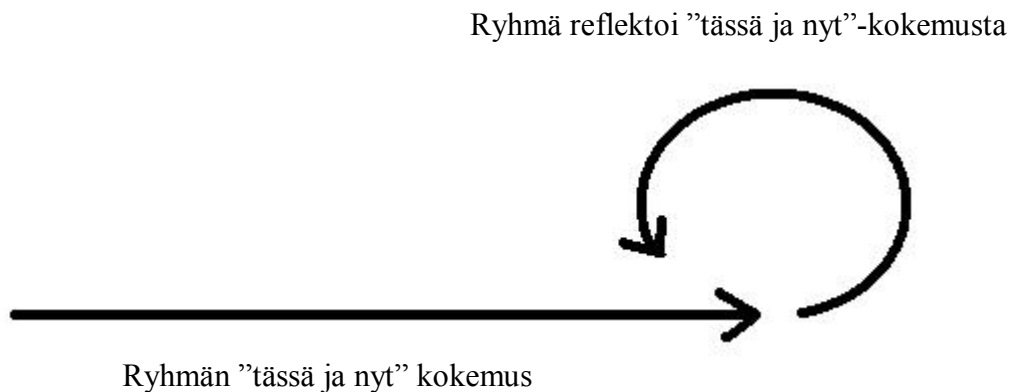
Yalom vertaa ryhmän kulttuurin rakentamista shakkipeliin, jossa taitava pelaaja tekee siirtoja kohti tavoitetta. Ryhmän normit ovat kirjoittamattomia ja syntyvät jäsenten odotuksista ryhmän suhteen sekä ohjaajan teoista. Ryhmänohjaaja osallistuu sääntöjen luomiseen enimmäkseen implisiittisesti, ei käytä paljon sanoja, vaan toimii niin, että jäsenet päättävät kuinka tulisi käyttäytyä. Hän voi katseellaan, ilmeillään ja eleillään viedä vuorovaikutusta eteenpäin. Se mitä hän ei tee on yhtä tärkeää kuin se mitä hän tekee. Ohjaaja voi ihmetellä ääneen, miksi kaikki puheenvuorot kulkevat hänen kauttaan tai hän kääntää itselleen osoitetut kysymykset ryhmälle. Hän voi osoittaa kysymyksiä katsomatta kehenkään tai laittaa jäsenistä osan keskustelemaan keskenään ja vaihtaa

välillä vuoroa. Terapeutilla on suuri vaikutus siihen minkälaisen toimintakulttuurin ryhmä alussa saa ja hän ei voi välttää tätä vaihetta, mikäli aikoo vaikuttaa ryhmään jatkossa. Osallistumalla jäsenet kokevat ryhmän tärkeäksi ja mitä tärkeämmäksi ryhmä tulee sen jäsenille, sen tehokkaampi ryhmä tulee olemaan.

Kuntoutuksen päihdehoitoryhmässä, joka kokoontuu ainakin kerran päivässä, voi pulmaksi tulla ihmisten hiljaisuus ja passiivisuus. Se, että vain harva ottaa osaa keskusteluun voi olla ongelma. Ryhmän ohjaajan on pidettävä huoli siitä, että kaikki osallistuvat eli kaikki saavat hoitoa. Katkaisuhoidon ryhmässä se ei ole mielestäni niin tärkeää. Siellä on olennaista kuulua joukkoon ja osallistua keskusteluun silloin kun jaksaa. Sen sijaan kuntoutuksen ryhmässä ihmisten osallistumattomuus on materiaalia, jota voidaan ryhmässä jalostaa. Vetäytyvät ihmiset toistavat arkielämän taipumuksiaan ja sen vuoksi olisi hyvä päästä käsittelemään sitä ilman, että ryhmän jäsenille tuotetaan pahaa oloa. Vetäytyminen voi johtua ohjaajan liiasta aktiivisuudestakin (Niemistö 1998, 122). Valtasuhde voi olla kallistunut liikaa terapeutin suuntaan ja jäsenet reagoivat olemalla hiljaa. Oppiakseen ryhmäkokemuksesta, täytyy jäsenten uskaltaa reflektoida kokemuksiaan. Terapeutti voi viedä itsetutkiskelua ryhmän toiminnaksi, jossa jäsen voi palauttaa mieleen omaa käyttäytymistään ja eritellä sitä yhdessä muiden kanssa. Jäsenen ryhmäkokemuksen tietoisella tarkastelulla voi olla merkittäviä seurauksia (Jauhiainen & Eskola 1994, 150; Yalom 1975, 122). Kun jäsenet saavat uuden tarkastelukulman ryhmäkokemukseen ja itseensä, he näkevät omat toimintatapansa eri tavalla ja tulevat tuntemaan omia tapojaan. Tämän kokemisen ja sen tutkimisen avulla heidän toimintakykynsä vahvistuu. Terapeutti pyrkii ohjausteoillaan saamaan jäsenet kyseenalaistamaan ja tutkimaan yhteistä kokemustaan saadakseen täytettyä ryhmätoiminnan kaksoistavoitteen. Ryhmän ohjaajan täytyy myös reflektoida itsensä kanssa koko ajan.

Yalom (1975, 121-129) toteaa, että ryhmä on saatava käsittelemään ”tässä ja nyt” ilmeneviä asioita. Vetäytyminen on vähäisempää, kun ryhmä elää tätä hetkeä. Ryhmän jäsenten täytyy keskittää huomionsa tunteisiinsa muita ryhmän jäseniä, ryhmää ja terapeuttia kohtaan. Ryhmäkeskustelu on historiatonta, välittömät tapahtumat istunnossa syrjäyttävät ulkopuolisen elämän tai ryhmän jäsenten menneisyyden kertomukset. Tämä keskittyminen välittömiin asioihin auttaa ryhmää rohkaisemaan yksittäistä jäsentä osallistumaan sosiaaliseen mikrokosmukseen. Se elävöittää ryhmää senkin vuoksi, että keskusteluun voivat osallistua kaikki, koska keskustelunaiheet ovat kaikkien käsillä.

Yalomien mukaan ”tässä ja nyt”-menetelmässä on toinen osuus, koska ensimmäiselle vaiheelle tulee nopeasti omat rajoituksensa. Toinen vaihe on prosessin valaiseminen. Siinä ryhmä tutkii, tekee havaintoja ja pyrkii ymmärtämään omaa prosessiaan. Ryhmän tulee tutkia omaa vuorovaikutustaan ja ylittää oma kokemuksensa ja osallistua kokemuksen soveltamiseen itseensä. Tämä on suunnilleen sama asia, jonka myös Jauhiainen ja Eskola toivat esiin. Ryhmän on ryhdyttävä tarkastelemaan itseään aivan uudesta näkökulmasta. Terapeutti vie ryhmää käsittelemään tapahtumia metakommunikatiivisesti eli ryhmä keskustelee omasta kommunikaatiostaan ja ryhmän olemuksesta. Tarkoitus on siis saada ryhmä keskustelemaan itsestään.



Kuvio 3. Irvin D. Yalomien mukaan terapeutilla on kaksi tehtävää ”tässä ja nyt”-menetelmässä. Hänen täytyy ohjata ryhmä keskustelemaan välittömistä asioista ja sen jälkeen opastaa ryhmää tekemään itsereflektiota eli prosessin kommentointia. Tärkeää on, että ”tässä ja nyt”- keskustelu jakautuu kaikille jäsenille, mutta prosessin kommentoinnin ylläpitäminen on terapeutin tehtävä (Yalom 1975, 122).

Tämän onnistumiseen voi vaikuttaa ryhmän toimintakulttuuri. Päihdehoitoryhmissä ihmiset eivät välttämättä halua ottaa kantaa toisen ryhmän jäsenen puheenvuoroihin, ryhmässä usein vältellään kohtaamista. Moni on selvinnyt elämässään sillä, että yrittää miellyttää muita ihmisiä ja tällainen käytös kokee konkurssin puhtaasti vuorovaikutteisessa ryhmässä. He saattavat kokea, että ei uskalla sanoa mitään, kun heti tartutaan kaikkeen. Täytyy ottaa huomioon, että moni asiakkaista on pitkistä aikaa selvin päin. Toisaalta tämä suora toisten henkilöiden kohtaaminen on erittäin tehokas tapa tuottaa ryhmän jäsenille uusia kokemuksia. Terapeutin täytyy tehdä huomionsa ymmärtävästi ja kommentoida harkiten ryhmän prosessia.

Myös ryhmän tavoitteellisuus tehtävien suhteen vaikuttaa itsereflektiotasoon pääsemiseen. Tehtäväkeskeisissä ryhmissä ennalta sovittu tavoite rajoittaa teemoja. Teemat ovat aiheita, jotka askarruttavat ryhmää ja niihin sisältyy sekä tunteita että asiasisältöjä. Selkeä teema ei kuitenkaan estä ryhmän muidenkin tasojen huomioimista. Buchanan (1980; ref. Niemistö 1998, 154) tuo esiin ryhmästä nousevia teemoja sen valossa kuinka ne voidaan tunnistaa ja mitä niillä voidaan tehdä. Hän näkee ryhmää askarruttavissa teemoissa neljä asiaa: ohjaajan oman virityksen, ryhmän perustehtävän, aiheisällön ja ryhmän tunneteeman.

Ohjaajan omassa virittäytymisessä on tärkeätä, että hän luo itselleen sellaisen mielentilan, jossa hänen ei tarvitse projisoida omia ongelmiaan ryhmän aiheeksi. On koheesion kannalta tärkeää, että ryhmä ei keskity miettimään mikä terapeuttia vaivaa. Ohjaaja valmistautuu siis niin, että ei käytä ryhmää omien ongelmiansa tarkastelemiseen. Ryhmän perustehtävä konkretisoituu ryhmän kanssa tehtävässä sopimuksessa ja vaikuttaa siihen mitä ryhmässä on mahdollista käsitellä. Ryhmän ohjaaja voi sitten vedota sopimukseen kun hän säätelee ryhmän tapahtumia.

Ryhmän tunneteemat ja aiheisällöt nousevat vapaassa keskustelussa, mutta myös tehtäviin keskittyneet ryhmät voivat keskustella vapaasti. Annettu aihe voi olla vain alkusysäys ja ryhmä voi viedä keskustelua muualle. Ohjaaja voi välillä muistuttaa sopimuksesta, jos keskustelu etenee liian kauas tehtävänannosta. Buchananin (1980; ref. Niemistö 1998, 155) mukaan ryhmää askarruttava aihe on yhdistelmä ryhmän kanssa tehdystä sopimuksesta, ryhmässä vallitsevasta tunteesta ja istunnon konkreettisesta sisällöstä. Teemat myös toistuvat ja ne saavat aina noustessaan uuden käsittelyn. Päihderyhmissä ne voivat olla jäsenten kokemia pahimpia ongelmia ja minuuden menetyksiä. Terapeutti voi ohjata ryhmää ottamalla esiin sen, että muutamat aiheet nousevat ryhmässä usein esiin. Niitä voidaan pohtia ja keskustella siitä miksi ne ovat niin tärkeitä.

Päihderyhmissä on usein selkeitä tehtäväteemoja, kuten retkahduksenesto, omien tunteiden nimeäminen ja keskusteleminen omista tunteista muiden kanssa. Tehtävät ovat usein ratkaisukeskeisesti tai kognitiivisesti orientoituneita. Ryhmän kaksoistehtävän kannalta selkeät työt vievät ryhmän tehtävätasoa eteenpäin, mutta koossapysymisen näkökulmiin voi olla vaikeampi perehtyä. Päihderyhmät saattavat kärsiä yksiuotteisuudesta eli siitä, että niissä vain tehdään ja puretaan tehtäviä ja vuorovaikutustaso saattaa jäädä huomiotta tai vähälle huomiolle.

Onko jonkinasteinen välimuoto mahdollinen? Onko mahdollista sovittaa interaktiiviseen tasoon (eli keskinäiseen keskusteluun) keskittyvää ryhmämuotoa ja tehtäviä tekevää ryhmämuotoa toisiinsa? Päihderyhmässä voisi olla mahdollista noudattaa kahden tavoitteen toteutumista. Ensimmäisellä tasolla on asia- eli tehtävätavoite, silloin kiinnitetään huomio tehtävän suorittamiseen ja sopimuksissa pysymiseen. Terapeutti luo silloin ensin hyvän suhteen jokaiseen ryhmän jäseneseen. Sen jälkeen hän siirtyy sivuun niin paljon kuin on mahdollista. Tehtävien aikana terapeutti vie ryhmän ”tässä ja nyt”-näkökulmaan, jotta saa kaikki jäsenet osallistumaan. Tämä muodostaa ryhmälle koheesion ja sosiaalisen mikrokosmoksen. Tehtävätaaso ei estä terapeuttia etenemästä alun luomisesta ryhmän kulttuurin luomiseen ja sen jälkeen ”tässä ja nyt” tarkasteluun. Tehtävä on ikään kuin sideaine tapahtuvalle toiminnalle. Ryhmätilanteen voimien ja voimasuhteiden havainnointi ja erittelemine on mahdollista, vaikka ryhmän tavoitteena on tehdä tiettyjä töitä. Myös yksilöihin liittyvät huomiot voi liittää tehtävän tekemiseen.

Kolmas tavoite, ryhmän itsereflektio, on vaikeampi toteuttaa tehtäviä suorittavassa ryhmässä. Ryhmä ei voi samanaikaisesti käsitellä tehtävää ja reflektoida omaa tilaansa. Ajattelen, että ryhmän reflektointia varten voisi järjestää oman erillisen mahdollisuutensa, oman säännöllisesti toistuvan teemaistuntonsa, jolloin ryhmä käsittelee omia suhdejärjestelmiään. Silloin otetaan esiin roolit, normit, valta-asetelmat, kommunikaatioon ja tunteisiin liittyvät asiat. Kokemuksellisen oppimisen prosessi on mahdollista vain silloin, kun jäsenellä on mahdollisuus nähdä jokin asia uudella tavalla. Ryhmän jäsenen täytyy saada edes välillä käväistä abstraktion alueella, katsomassa ryhmäänsä (ja itseään) uudesta suunnasta. Ryhmä auttaa parhaimmillaan jäsentään katsomaan itseään monesta suunnasta. Hyvä koheesio tuo päihdehoidon ryhmiin turvallisuutta ja kiinteyttä ja se mahdollistaa kurkistamisen ryhmän peiliin.

Pienryhmän ohjaajia voi olla kaksi. Tällöin on mahdollista jakaa ryhmästä tehtävät huomiot kahteen tasoon. Toinen ryhmän ohjaajista voi huomioida suoriutumista tehtävistä asiatasolla ja toinen voi tehdä huomioita ja ohjaustekoja tunnetason ja ryhmän koossapysymisen ilmiöistä. Toinen terapeutti voi keskittyä yksilösuorituksiin ja toinen voi katsoa ryhmää kokonaisuudessaan. Silloin toinen terapeutti voi edetä ”tässä ja nyt”-tasolla ja toinen ohjaaja voi hoitaa prosessin kommentoinnin. Mahdollisuuksia jakaa yhteistyö on monia silloin kun ryhmässä on kaksi ohjaajaa. Tärkeintä on päästä luomaan ryhmälle hyvä koheesio ja luoda myös välineet pitää sitä yllä.

Näyttää siltä, että päihdehoidon ryhmiin kehitettävä aina omat sovellutuksensa. Monet ryhmäteoriat keskittyvät menetelmiin, joita ei voida suomalaisen päihdetyön olosuhteissa sellaisenaan harjoittaa.

On tyydyttävä siihen mitä ryhmänohjaajien koulutuksellisten ja päihdehoidon muun resurssien puitteissa voidaan tehdä. Sosiaaliterapeutit joutuvat muutenkin koko ajan sopeuttamaan osaamistaan todellisuuteen.

Päihdehoidon ryhmillä voi olla monenlaisia tavoitteita. Kaikilla ryhmillä on yhdessäolon tavoite ja tavoitteena voi olla vain se, että saadaan ryhmän jäsenelle tunne kuulumisesta ryhmään. Sen lisäksi jäsen voi saada arvostusta ja havaita, että omat ongelmat eivät olekaan niin outoja ja kummallisia kuin kotona on näyttänyt. On lohdullista havaita, että muillakin on samanlaisia vaikeuksia. Ryhmässä voi kokea myös muiden auttamisen tunteita. Jäsen voi tuntea tyytyväisyyttä siitä, että on voinut helpottaa ryhmätoverin oloa. Ryhmässä tulee kokemuksia siitä, että hoito auttaa ja siellä saa ohjeita ja ehdotuksia omiin ongelmiin. Samaistumisen kautta ryhmänjäsen oppii ja voi tuntea uusia tunteita, joista voi puhua. Muiden antama palaute auttaa jäsentä muodostamaan kuvaa itsestään ja lisää itseyttä. Ryhmässä asiakas voi myös oppia avautumaan ja kertomaan omista asioistaan muille. Se voi johtaa vapautumisen tunteeseen.

Ryhmällä ei tarvitse olla psykoterapeuttia ohjaajanaan, jotta se pääsisi edellä mainittuihin tavoitteisiin. Sosiaaliterapeutti voi oppia hyväksi ryhmänohjaajaksi muodostamalla ja pitämällä yllä hyvää allianssia ja koheesiota ryhmässä. Mikäli hän onnistuu tässä tehtävässä, hän myös saavuttaa tuloksia.

7 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI YHTEISÖHOIDOSSA

7.1 Terapeuttinen allianssi hoitolaitoksessa

Tässä luvussa tarkastelen terapeuttisen allianssin olemusta laitos- ja yhteisöhoidossa. Lisäksi käsittelen ja pohdin sosiaaliterapeutin asemaa ja hänen mahdollisuuksiaan vaikuttaa hoidon laatuun päihdehoitolaitoksessa. Kiinnostukseni kohteena ovat erilaisten järjestelyiden tai hoitokäytäntöjen mahdollisuudet vaikuttaa terapeuttisen allianssin laatuun. Tarkoitus on vastata tutkimuskysymykseen siitä miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä koko päihdehoitolaitoksessa.

Edellä olen tarkastellut allianssin syntymisen edellytyksiä sekä yksilö- että ryhmäterapiassa. Näissä kummassakin tapauksessa allianssin luomiselle on tärkeää terapeutin henkilökohtainen suhtautuminen asiakkaaseen. Terapeutin aitous, ystävällisyys, konkreettisuus, empatia ja asiakkaan kunnioittaminen toimivat hyvän allianssin rakennusaineina. Samoin ryhmäterapiassa on tärkeää, että terapeutti luo hyvän suhteen jokaiseen jäseneen ennen kuin ryhmä alkaa muodostua. Laitoshoitoon kuuluvat sekä yksilö- että ryhmäterapiatilanteet ja sen lisäksi monet muut kohtaamiset henkilökunnan ja asiakkaiden välillä.

Terapeuttinen allianssi mielletään usein yksilökeskusteluja koskevaksi. Myös tutkimusten painopiste on yksilöterapian suunnalla. Laitos- tai yhteisöolosuhteiden allianssia on tutkittu melko vähän. Mark Blais (2004) tuo esiin hankaluuksia, joita liittyy työntekijöiden ja potilaiden välisen allianssin tutkimiseen psykiatrisen sairaalan olosuhteissa.

Vaikeutena on ensinnäkin se, että hoito jakaantuu yksilö-, ryhmä-, ja lääkkeelliseen hoitoon. Ei voi olla varma siitä mikä hoidon osa milloinkin vaikuttaa ja mihin. Toinen asia on, että hoitajat vaihtuvat alinomaan työvuorojen vuoksi ja heidän roolinsa vaihtelee. Lääkärin, sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän, ohjaajan tai muun ammattiryhmän kosketus asiakkaisiin vuorottelee ja sen tutkiminen, miten allianssi syntyy näin monen kosketuskohdan puitteissa, on monimutkaista. Asiaa on yritetty selvittää käyttämällä avohoitoon tarkoitettuja lomakkeita, kuten WAI – mittaria, laitosolosuhteissa, mutta tulokset eivät ole Mark Blaisia tyydyttäneet. Havainnot ovat sinänsä olleet selviä ja niiden suunta on sama kuin yksilö- ja ryhmäterapian allianssien mittauksissa eli hyvä allianssi parantaa merkittävästi hoitotuloksia myös laitosolosuhteissa. Ongelmana on ollut se, että kyselyt on tehty sekä henkilökunnalle että asiakkaille ja henkilökunnan vastauksista ei ole voitu

tehdä luotettavia. Syynä on hyvän allianssin määritelmän epämääräisyys. Henkilökunnan kannalta helpon ja mukavan asiakkaan kanssa allianssimääritelmäksi voi tulla jotain muuta kuin testissä on lähdetty etsimään. Siitä voi tulla potilaan miellyttävyyssmittari. Avohoitoon tarkoitetut mittarit ulottuvat mittaamaan vain osaa yhteisön hoitosuhteiden todellisuudesta.

Parhaaksi tutkimusmenetelmäksi on havaittu potilaiden itsensä tekemät lyhyet selonteot allianssista (self-report measure). Ne ovat osoittautuneet kaikkein ulottuvimmiksi mittamaan potilaiden kokemaa allianssia ja heitä koskevia monensuuntaisia siteitä. Potilashan on tämän monimutkaisen verkoston keskellä ja tekee huomioitaan sieltä käsin. Potilaiden arviot ovat aikaisemmissakin yksilöterapiassa antaneet luotettavimman arvion allianssin laadusta. Blaisin (2004) tutkimuksessa oli 140 potilasta ja siinä käytettiin useampia mittareita, jotka perustuvat juuri potilaiden antamiin psykometrisiin, omaa tilaa koskeviin, arvioihin. Mittauslomakkeessa oli yhdistetty aikaisempien allianssitutkimuksen keinoja; siihen kuuluivat tutkimuskohteina luottamuksellinen yhteistyö, yhteisymmärrys hoidon tavoitteista ja sisällöstä, side, ihanteellinen hoitosuhde, omistautuminen potilaille ja avun vastaanottaminen. Lisäksi seuraavia asioita kysyttiin potilailta: potilaan kaipaama hoito, tyytyväisyys hoitoon, hyvinvointi, oireiden tuskallisuus, toimintakyky ja avun tarve. Tuloksia käsiteltäessä otettiin huomioon hoitoaikojen pituudet ja keskeyttämiset. (Blais 2004.)

Tulokset olivat rohkaisevia. Allianssin laatu hoidon alussa ennusti hoitotyytyväisyyttä tai keskeyttämisiä. Potilaiden odotukset hoidon auttavasta vaikutuksesta vaikuttivat hoidon onnistumiseen. Allianssilla oli suuri vaikutus hoidon alussa ja sen merkitys kasvoi koko hoidon ajan ja se vaikutti suuresti potilaiden arvioon hoidon laadusta jakson lopussa. Sama löydös on saatu yksilöterapiassa allianssin tutkimuksista. Hyvä allianssi teki hoidosta tehokkaamman ja lyhyemmän. Optimistiset potilaat, joiden itseluottamus oli horjunut vähemmän sairauden vuoksi, saivat hyvästä allianssista apua oireitaan vastaan. Potilaiden optimismi ja toivo hoidon alussa ja heidän tarpeensa saada tietoa sairaudestaan auttoi luomaan hyvän allianssin. (Blais 2004.)

Sosiaaliterapeutin tulisi päihdelaitoksen yhtenä kehittäjänä ottaa huomioon Blaisin esittämät tulokset, vaikkei psykiatrinen sairaala ole aivan samanlainen kuin päihdehoitolaitos. Etenkin se näkökohta, että allianssia laitosisolosuhteissa voidaan mitata pätevästi vain kysymällä asiaa asiakkaalta, on tärkeä. Asiakkaan tulee olla hoidon laadun tutkimuksen keskiössä ja hänen tulee saada arvioida omaa suhdettaan hoitajiin. Hoidon on tähdittävä mahdollisimman hyvään allianssiin, mikä ei ole yksinkertainen asia. Siihen vaikuttaa jokaisen työntekijän henkilökohtainen suhde

jokaiseen asiakkaaseen jokaisessa tilanteessa. Ilmapiiri syntyy siitä, että kaikki työntekijät osallistuvat tämän suhdemosaiikin tekemiseen. Parhaassa tapauksessa jokainen osallistuu hyvän allianssin luomiseen ja on tietoinen siihen liittyvistä kriteereistä. Kaikkein suurinta ammattitaitoa vaativat negatiivisesti tai vihamielisesti hoitoonsa suhtautuvat asiakkaat. Vain kaikkein korkeimmalla ammattitaidolla varustettu terapeutti onnistuu kääntämään tällaisen asetelman hyväksi hoitosuhteeksi. Ja aina ei auta sekään, että työntekijä on ammattitaitoinen ja avoin. Hyvää suhdetta ei ehkä synny ja silloin tavoitteeksi jää mahdollisimman asiallinen työskentely. Asiakas ei aina halua ottaa kontaktia, mutta työntekijän tulisi pitää tavoitteenaan rakentaa hyvä allianssi mahdollisimman monen kanssa. Asiakkaan kontaktihaluttomuus voi johtua myös henkilökunnasta.

Asiakkaat kohtaavat hyvin erilaisia ihmisiä hoidossa. He tapaa henkilökunnan edustajia ja asiakastovereitaan erilaisissa yhteyksissä. Myös mahdolliset vieraat kohdataan laitosympäristössä. Lisäksi päivän mittaan tapahtuu paljon. Useissa päihdehoitolaitoksissa on aamuisin kokoontuminen aamiaiselle ja siihen voi liittyä jonkinlainen aamunavaus. Päivän kuluessa on useita erilaisia ryhmätilaisuuksia, lääkkeenjakoilanteita ja yksilökeskusteluita. Ryhmätapaamisten tarkoituksena on saattaa asiakkaat toistensa yhteyteen hoitotavoitteiden ohjaamana. Pyrkimyksenä on synnyttää hyvä yhteys asiakkaiden kesken. Tapaamiset voivat olla myös liikunta- tai askarteluryhmä ja erilaisia talkoita. Useimmiten varsinaiset hoitoryhmät ovat terapeuttisesti orientoituneita ja sen lisäksi kokoontumisia voi olla myös viihtymistarkoituksessa. Osassa yhteistapahtumisia henkilökunta on mukana ja osa on asiakkaiden keskinäistä ajanviettoa. Iltaisin on vielä vertaisryhmiä. Päihdelaitoksesta muodostuu yhteisö, johon kuuluvat asiakkaat, henkilökunta ja laitoksessa käyvät vieraat. Sopiiko siihen sama allianssimääritelmä kuin yksilöhoidossa?

Laitoskontaktit ovat yksittäisiä ihmissuhteita, vaikka ne ovat monistuneet ja jakautuneet lyhyemmiksi kohtaamisjaksoiksi. Sen vuoksi aiemmin esitetty allianssin määritelmä (Horvath 2001) pätee laitosympäristössäkin. Kysymys onkin oikeastaan siitä, onko mahdollista rakentaa hyvää allianssia laitoksen hoitokäytäntöjen ja kohtaamisten kaikissa vaiheissa? On myös otettava huomioon, että liiallinen ihanteen korostaminen voi uuvuttaa henkilökunnan, mikäli allianssin luomisen kannalta suotuisa hoitokieli ja käyttäytyminen ei asetu luonnollisesti hoidon sisältöön. Henkilökunnan kaikkien jäsenten tulisi olla tietoisia kohtaamisen laadusta. Se, että asiakas saa kaikissa henkilökuntakosketuksissa tunteen kumppanuudesta, on suuri vaatimus, mutta ei mahdoton.

Mikäli allianssin luomisen edellytyksiä on mahdollista parantaa myös laitosolosuhteissa, herää kysymys, minkälaisin järjestelyin se on mahdollista. Riittääkö siihen henkilökunnan valmentautuminen tietoisiksi allianssin tärkeydestä ja sen luomisen tekniikasta? Vai onko huomio kiinnitettävä yleiseen dialogisuuteen eli vuorovaikutuksen ja viestinnän mahdollisuuksiin parantaa allianssin syntymistä? Onko laitoshoidon sosiaaliterapeutin tiedettävä enemmän pystyäkseen vaikuttamaan allianssin syntymisen olosuhteisiin? Henkilökunnan ja asiakkaiden suhteita voidaan tarkastella monesta suunnasta. Määrittelyn sisältö pysyy samana, vaikka käsitteet vaihtelevat. Kiinnostavia näkökulmia hoidon vuorovaikutuksen tarkasteluun ovat dialogisuus, yhteistoiminnallisuus, asiakaslähtöisyys ja potilaslähtöisyys.

7.2 Dialogisuus ja yhteistoiminnallisuus asiakassuhteissa

Laitoshoidon allianssin käsittelemistä varten näyttää olevan tarkoituksenmukaista laajentaa näkökulmaa yleisemmäksi dialogisuuden tarkasteluksi. Kaarina Mönkkönen (1998) toteaa, että ammattiauttaja on ihmissuhdeasiantuntija, jolla on kyky tunnistaa, määritellä ja tulkita ihmisten ongelmia. Työntekijällä on valtaa ja tietoa tulkita asiakkaan toiminnan tarkoituksellisuutta ja tarkoituksettomuutta. Tieto ja valta kytkeytyvät toisiinsa. Tulkinnalla ja ongelman määrittelyllä saatetaan tavalla tai toisella ylläpitää ongelmaa ja tuottaa erilaisia asiakkuuden identiteettejä. Asiakkuuden identiteetti muodostuu sosiaalisissa prosesseissa, jolloin sitä tuotetaan ja ylläpidetään erilaisissa sosiaalisissa suhteissa. Työntekijöiden orientaatiolla on keskeinen vaikutus siihen tapaan, miten asiakkaat jäsentävät elämäänsä. (Mönkkönen 1998,1.)

Työntekijöiden suhtautuminen asiakkaaseen määrittää hänen kuvaansa itsestään. Ystävällinen ja arvostava käytös saa asiakkaan tuntemaan itsensä arvokkaaksi aivan samoin kuin kaikki ihmiset tuntevat itsensä arvokkaaksi saadessaan ystävällistä palvelua. Epäystävällisyys ja kylmäkiskoinen käytös vaikuttaa torjuvasti. Henkilökunnan ja yhteisön asiakkaan suhde voi olla monentasoinen. Asiakkaalla voi olla eritasoisia suhteita eri henkilökunnan jäseniin ja täytyy ottaa huomioon myös joidenkin asiakkaiden taipumus suhtautua mustavalkoisesti eri työntekijöihin (splitting = lohkominen). Heille osa työntekijöistä on parhaita mahdollisia ja muut huonoimpia mahdollisia. Tämä sama pätee myös henkilökuntaan. Osa työntekijöistä tulee hyvin toimeen tietynlaisten asiakkaiden kanssa ja toisten kanssa ei. Tämän ilmiön pitäisi ammattityössä olla mahdollisimman pieni. Asiakkaiden lohkominen on ymmärrettävää, mutta henkilökunnan ei pidä syyllistyä samaan.

Asiakkaiden lohkomispyrkimykseen vaikutetaan henkilökunnan yhtenäisellä suhtautumisella sääntöihin.

Mönkkönen (2001, 432-447) tuo esiin Couchin (1986) sosiaalisen vuorovaikutuksen hierarkkiset perusmuodot tarkastellessaan sosiaali- ja terveystalouden työntekijöiden ja asiakkaiden suhteiden muodostumista. Mönkkönen on järjestänyt Couchin perusmuodot tasoihin, joita ovat: *tilanteessa olo*, *sosiaalinen vaikuttaminen*, *pelejä*, *yhteistyö* ja *yhteistoiminta*.

Vuorovaikutuksen alimmalla tasolla *tilanteessa olo* tarkoittaa, että henkilöt ovat samassa tilassa, mutta eivät millään tavalla reagoi toisiinsa tai pyri kontaktiin toistensa kanssa. Asiakassuhteen rakentamisen kannalta se voisi merkitä tilannetta, jossa molemmat, sekä asiakas että työntekijä ”tietävät” että suhteesta ei tule mitään. Suhde jää pinnalliseksi ja molemmat vaikuttavat vähäpuheisuudella asiaan. On ikään kuin sovittu että kontaktia ei tule eikä sitä yritetä. Asiakas kärsii tilanteesta eikä osaa lähestyä työntekijää. Asetelman purkamisen vastuu on työntekijällä.

Toinen taso on *sosiaalinen vaikuttaminen*. Se voi olla selkeästi yksisuuntaista tai kaksisuuntaista, mutta vuorovaikutuksellisuus ei sulje pois sitä, että toisella osapuolella on enemmän valtaa hallita, määrittää ja ohjata tilannetta. Osapuolet käyttävät toisesta saatua informaatiota hyväkseen organisoidakseen omaa käytöstään suhteessa tähän tietoon. Silloin, kun lapsi yrittää saada aikuiselta huomiota, mutta tämä ei noteeraa lapsen pyrkimystä, on kyseessä yksisuuntainen vuorovaikutus. Toisen toiminnan huomiotta jättäminen eli ignorointi toimii vallan välineenä. Valtasuhteessa on epäsymmetrisyyttä ja se voi liittyä joko asiantuntijakeskeisyyteen tai asiakaskeskeisyyteen. Molemmat tavat estävät todellista yhteistoimintaa.

Asiantuntijakeskeisyys viittaa siihen, että sokraattista dialogia, jossa totuus nähdään avoimena, ei synny. Työntekijä edustaa magistraalista, asiantuntijuuteen perustuvaa oikeassaolemista, jossa hänen takanaan oleva ”kolmas ääni”, traditio tai normi, takaa hänelle vallan vuorovaikutuksessa. Työntekijän ja asiakkaan ajatusmaailmat eivät kohtaa, koska työntekijä edustaa monologia, jossa hänellä on takanaan opitut teorit, rutiinit, ammattitermit ja asiakkaasta tehdyt päätelmät ilman perusteellista tutkimusta. Asiakas voi olla moraalisesti niin suurissa omantunnon tuskissa, että hän ajattelee tällaisen kohtelun olevan hänelle oikein. Työntekijä voi osoittaa käytöksellään suurta ymmärtämättömyyttä asiakkaan tilaa kohtaan.

Toinen vaihtoehto epäsymmetrisessä valtasuhteessa on asiakaskeskeisyys. Siinä asiakastyö lähtee asiakkaan tarpeesta, mutta siitä saattaa puuttua vastavuoroisuus. Suhde ei ole dialoginen, jos vain asiakas tulee huomioonotetuksi vuorovaikutuksessa. Tällainen suhde voi olla molempien osapuolten mielestä hyvä, sillä se edustaa auttamissuhteen yleisesti hyväksyttyä muotoa. Todellisuudessa asiakastyö voi lähteä asiakkaan tarpeista kuitenkin vain tiettyyn rajaan asti. Ilman vastavuoroisuutta ja toisen erilaisuutta ei asiakassuhde voi olla haasteellinen suhde, jossa syntyy uutta jaettavaa ymmärrystä tilanteesta. Asiakaskeskeisessä suhteessa vuorovaikutuksen yhteistoiminnallinen näkökulma jää taustalle, vaikka puhutaankin hyvästä suhteesta. Asiakkaan kunnioitus ja asiakkaan asemaan asettuminen ei siis vielä tee suhteesta dialogista.

Epätasapaino voi olla molemminpuolinen. Jaatinen (1996, 158-159) viittaa asiakaskeskeisyyden ongelmaan silloin, kun asiakas ei jaksakaan lähteä mukaan ratkaisukeskeiseen menetelmään kuuluvan ”ihmekysymyksen” jatkokäsittelyyn. Asiakas ei usko ongelman ratkeavan, mutta terapeutti kehittää vielä lisää positiivisia tulevaisuudennäkymiä ilman asiakkaan suostumusta. Sosiaaliterapeutti määrittelee tällöin olennaiset mielikuviin liittyvät kysymykset ja valitsee tarkastelukulmat asiakaskeskeisyyden nimissä. Terapeutti voi myös määritellä asiakkaan asiantuntijaksi ja sen jälkeen itsensä kilpailevaksi asiantuntijaksi, jolloin asiakaskeskeisyydestä tulee epäaitoa (Jaatinen 1996, 71).

Kolmas taso vuorovaikutushierarkiassa on *pelejä*. Tällä tasolla vuorovaikutuksen osapuolilla on jokin yhteinen intressi, mutta päämäärään ei pyritä yhdessä. Molemmat yrittävät voittaa tilanteen edukseen. Tässä kilpailutilanteessa yhteistyötä tehdään vain saman puolen ihmisten kanssa, eikä olla kiinnostuttu toisen parhaasta. Pelin tasolla toimivaa vuorovaikutussuhdetta kuvataan myös konfliktina, riitana tai erimielisyytenä. Asiakas tietää jo hoitoyksikköön tullessaan pelaavansa peliä ja hoitaja tiedostaa tämän tilanteen. Työntekijä turhautuu asiakkaan tavasta yrittää käyttää hoitosysteemiä hyväkseen ottamatta vastaan työntekijöiden näkökulmia. Molemmat osapuolet tietävät pelin hengen, toinen ei usko toisen juttuihin ja toinen tietää itsekin, että tulee hakemaan voimia saadakseen jatkaa elämäntyyliään. Peli on suhde, jossa molemmat osapuolet käyttävät toisesta saatua informaatiota hyväkseen voittaakseen pelin. Toisaalta peli voi olla yksipuolista, jolloin toinen osapuoli luottaa suhteeseen, mutta toinen pelaa. Työntekijä voi yrittää tavoite-ehdotuksillaan jyrätä asiakkaan ja asiakas vastaa ottamalla peliin kuuluvan kiinnostuneen asenteen.

Neljäs taso on *yhteistyö*. Osapuolilla on siinä yhteinen päämäärä ja sen saavuttamiseksi he tarvitsevat työnjakoa ja yhteistä ymmärrystä siitä miten edetään. Asetelma muistuttaa työpaikan

järjestelyitä, jossa muotoina voivat olla tiimityö, ryhmätyö tai yhteistyö. Työnjakoon liittyy sopimuksia. Tässä yhteistyössä joudutaan kontrolloimaan toista osapuolta, jos ei olla varmoja sitoumuksesta. Laitoksissa asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen, jossa sitoudutaan noudattamaan sääntöjä. Luottamus ymmärretään luottamukseksi yhteistyöhön, mutta se ei ole varsinaista yhteistoiminnallista luottamusta. Yhteistyö on kuitenkin toimintaa, jossa työntekijä auttaa asiakasta selviytymään ja vuorovaikutus on vastavuoroista. Pelin pelaaminen on loppunut ja suhde on saanut uuden tason. Suhde määräytyy auttamissuhteeksi, jossa toinen työskentelee itsensä kanssa ja toinen tarjoaa sille foorumin.

Viidennellä tasolla on *yhteistoiminta*. Se edellyttää sosiaalista tietoisuutta, johon liittyy olennaisena osana luottamus. Se johtaa kontrollin tarpeettomuuteen. Vuorovaikutuksen molemmilla osapuolilla on sama päämäärä ja yhteinen tietoisuus siitä. Asiakas kokee, että työntekijän ja hänen välillään ei ole arvojärjestyksiä, eikä hänen päähänsä iskosteta sitä, että hän on potilas tai asiakas. Asiakkaat kuvaavat tätä ymmärryksen tasoa kiintymisenä, ystävyysnä, luottamisena ja ymmärtämisenä. Työntekijä antaa aikaa asiakkaalle, silloin kun tämä haluaa keskustella ja suhde on vaille virallisuutta. Työntekijä kertoo asiakkaalle myös omasta elämästään. Suhteessa vallitsee vahvasti molemminpuolinen toisen saavutettavuus, mikä tekee suhteesta myös helposti haavoittuvan.

Asiakassuhteessa tällaista suostumista yhteistoiminnallisuuteen on pidetty epäammattimaisena. Liiallinen läheisyys autettavaan ja rajaamaton omien tunteiden päästäminen auttamistilanteeseen nähdään auttamistyössä ongelmallisena. Samaan aikaan maallikkoauttamisen voimavaroina nähdään yhteistoiminnallisen suhteen mutkattomuus. On pohdittu, miten sitä voitaisiin hyödyntää ammattiauttamisessa. Ammattimaisuuden on katsottu suojaavan työntekijää dialogiselta tai yhteistoiminnalliselta suhteelta. Yhteistoiminnallista suhdetta on vaikea opettaa koulutuksissa, sillä se ei ole malli, jota voitaisiin hyödyntää tietyissä tilanteissa. Yhteistoiminnallinen suhde voi syntyä missä tahansa suhteessa. Sen piirteitä ovat tuttuus, vastavuoroinen kommunikaatio, sitoutuminen, dialogiin haastaminen, arvostus ja vastaaminen. Yhteistoiminnallisessa suhteessa on mahdollista tilanne, jossa kumpikaan ei tiedä. (Mönkkönen 2001, 432-447.)

Nämä edellä kuvatut vuorovaikutuksen tasot on nähtävissä kaikissa laitos- ja yhteisohoidon asiakassuhteissa. Työntekijällä on hoitosuhde mahdollisesti kolmeenkymmeneen asiakkaaseen ja omahoitajuus muutaman kanssa. Näiden suhteiden vuorovaikutuksen hierarkia vaihtelee yksilöittäin. Työntekijän suhde on hyvin erilainen eri asiakkaiden kanssa. Se voi vaihtua myös ammattikunnittain. Laitoksen lääkärillä voi olla erilainen suhde asiakkaisiin kuin ohjaajalla. Voi

vaikuttaa siltä, että lääkärin suhde asiakkaisiin on etäisempi ja virallisempi kuin ohjaajan. Mikä vain on kuitenkin mahdollista. Millä tahansa ammattiryhmällä voi olla vaihteleva hierarkiasuhde asiakkaisiin. Tämä kuvaa yhteisötyön vuorovaikutussuhteiden moninaisuutta.

Tämän tutkimuksen painopiste on allianssin syntymiselle otollisen maaperän tarkastelussa. Edellä kuvattuja tasoja voi tarkastella myös allianssin syntymisen näkökulmasta. Todennäköisesti alemmilla tasoilla, (tilanteessa olo, sosiaalinen vaikuttaminen ja peli), on vaikeampi muodostaa allianssiin perustuvaa suhdetta. Poikkeuksena on kuitenkin se, että asiakaskeskeinen työote näyttää tämän tarkastelun kannalta oikealta lähestymistavalta. Juuri sen pitäisi olla allianssin muodostamisen kannalta paras vuorovaikutusmaaperä, mutta dialogisuuden puuttuessa allianssi ei ole aito. Asiakaslähtöisyyden kritiikki tulee asiantuntijan roolista tietäjänä ja vastausten antajana. Ylemmillä tasoilla, (yhteistyö, yhteistoiminta), on mahdollista muodostaa allianssi, joka perustuu yhteiseen päämäärään ja luottamukselliseen liittoutumiseen.

Asiakassuhteissa on pyrittävä mahdollisimman yhteistoiminnalliseen suhteeseen, jotta allianssi syntyisi. Lähtökohtana on se, että terapiasuhteen yleiset tekijät ovat tuloksen kannalta tärkeämpiä kuin menetelmät. Tämä tarkoittaa, että yhteistyösuhteen tunnesävy, terapeutin empaattisuus, terapeutin johdonmukaisuus, yhteisesti jaettu käsitys hoidon päämääristä ja osapuolten sitoutuneisuus käytettyyn hoitomuotoon ovat ratkaisevassa asemassa hoidon onnistumisen kannalta (Wampold 2001; Leiman 2004; Saarnio 2002a). Nämä ovat yksilöterapian hyviksi havaittuja sisältöjä tuloksellisuuden kannalta.

Laitostyöntekijät joutuvat ratkaisemaan kysymyksen hoitovallasta kokonaan toisella tasolla kuin avoklinikoilla työskentelevät. Laitos- ja yhteisöhoidossa työntekijät käytännössä asuvat asiakkaiden kanssa, vaikka henkilökunnan jäsenet vaihtuvat. Henkilökunnan voi käsittää myös yhdeksi työntekijäksi, jonka kasvot vain vaihtuvat vuorokauden kuluessa. Hyvässä allianssissa kuitenkin ammattimaisetkin ihmissuhteet ovat inhimillisiä ja henkilökunta koostuu yksilöistä. Henkilökunnan jäsenten täytyy kantaa vastuunsa vallasta, jota he laitoksessa edustavat. Yhteisasumisessa on aina omat sääntönsä ja niiden noudattamista joudutaan valvomaan ja antamaan sanktioita rikkomuksille. Kuinka suuri yhteistoiminnallisuus on käytännössä mahdollista? Voiko työntekijä antaa laitoksen yleisavaimen asiakkaan käyttöön?

7.3 Asiakas- ja potilaslähtöisyys laitoshoidossa

Vuorovaikutussuhteita laitoshoidossa voidaan tarkastella myös asiakaslähtöisyyden kannalta. Tutkimuserinteestä riippuen se on asiakas- tai potilaslähtöisyyttä. Ristaniemi (2005) on tutkinut psykiatrisen sairaalan asiakaslähtöisyyttä kuntoutuspotilaan kokemana. Hän on sairaalan sosiaalityöntekijä ja potilasasiamies. Hän on löytänyt asiakaslähtöisyyden määritelmän Minna Sorsalta (2002):

”Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveystaloudellisia toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Asiakaslähtöisyys ilmenee sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on yhteistyösuhde, jota luonnehtivat dialoginen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa. Yhteistyön tavoitteena on voimaantuminen. Asiakas ja työntekijä tuovat tilanteeseen ainutlaatuisen ihmisyytensä. Asiakaslähtöisyys merkitsee työskentelyä eri organisaatioiden rajapinnat ylittäen siten, että asiakas saa tarvitsemaansa apua ja tukea. Asiakaslähtöinen työ edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa käytännön eri tilanteissa ja toimintaa, joka muuttuu ja joustaa asiakaskohtaisesti.”

(Sorsa 2002,68; ref. Ristaniemi 2005, 30)

Ristaniemi toteaa, että Sorsan määritelmä on hyvä, koska se lähtee yksittäisen asiakkaan tilanteesta ja suhteellisen laajasti pitää sisällään moniammatillisen työskentelyn ja organisaation antaman tuen. Määritelmä kuvaa hyvin asiakaslähtöisyyden arvopohjaa ja käytännön toimintaa. Ristaniemi katsoo asiaa kuitenkin sosiaalityön näkökulmasta. Hän näkee määritelmän puutteena sen, että siinä jätetään huomiotta rakenteelliset ehdot ja silloin asiakaslähtöisyys jää liian yksilölliselle tasolle. Hän katsoo, että asiakaslähtöisyyden toteuttamiseen liittyy reunaehdot, jotka täytyy ottaa huomioon. Niitä ovat ammattikuntien periaatteet, johtamisperiaatteet sekä poliittisten päätöksentekijöiden halu ja mahdollisuudet myötävaikuttaa aidon asiakaslähtöisen politiikan toteuttamiseen. Hän ehdottaa, että asiakaslähtöisyys määriteltäisiin laajemmin niin, että nämä reunaehdot tulisivat määritelmään mukaan. (Ristaniemi 2005, 32.)

Sorsan määritelmä asiakaslähtöisyydestä on hyvä ja Ristaniemi antaa siihen arvokkaan lisän. Yksittäisten työntekijöiden, kuten sosiaaliterapeutin, on vaikea yrittää kehittää koko laitosta toimimaan asiakaslähtöisesti, elleivät ammattikuntien periaatteet ja johtamisperiaatteet tue

pyrkimystä. Puhumattakaan siitä, että poliittisten päättäjien tulisi tukea ja ymmärtää hoidon kehittämistä. Sosiaaliterapeutti eroaa monesta päihdehoitolaitoksen ammattikunnasta juuri yhteiskuntatieteellisen näkökulman vuoksi. Hänellä on aina myös yhteiskunnallinen katsanto silloin kun hän arvioi oman työpaikkansa kehitysmahdollisuuksia.

Sorsan määritelmä asiakaslähtöisyydestä on samansuuntainen allianssin määritelmän kanssa. Allianssin määritelmä tuntuu sopivan tämän asiakaslähtöisyyden määritelmän sisälle ja toisin päin. Asiakaslähtöisyydessä mainitaan voimaantuminen, joka on mielenkiintoinen lisä allianssin näkökulmaan. Kumpikin määritelmä tukee yhdenvertaisuutta. On selvää, että allianssin syntymistä laitoksessa auttaa juuri asiakaslähtöinen toimintakulttuuri, koska sen tarkoitus on olla dialogista ja yhteistoiminnallista. Allianssin määritelmässä puhutaan kumppanuudesta ja terapeuttisesta konsensuksesta.

Eila Latvala (1998) on tutkinut psykiatrisen sairaalan hoitomalleja ja potilaslähtöistä hoitotapaa. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on hoidon lähtökohtana. Latvala on eritellyt tutkimuksessaan hoitotyön tyyppejä, jotka hän nimesi *yhteistoiminnalliseksi*, *kasvattavaksi* ja *varmistavaksi* hoitotyöksi. Hoitajan yhteistoiminnalliset taidot ilmenivät edellytykseksi potilaslähtöisen hoidon toteutumiselle. Hoitamistyypeissä oli se ero, että kasvattavan mallin mukaan toimivaa hoitajaa ohjasi ideaalimalli ja potilaalla oli mahdollisuus toimia omassa hoidossaan vastuullisena vastaanottajana. Varmistavan hoitotyypin mukaan hoitaja nojautui auktoriteettiin ja potilas oli passiivinen vastaanottaja omassa hoidossaan. Latvalan tutkimuksessa havainnoitiin psykiatrista hoitotyötä ja haastateltiin hoitajia, hoitotyön opiskelijoita ja potilaita. Tuloksena oli, että haastateltavista 13 % ilmensi yhteistoiminnallista, 37 % kasvattavaa ja 50 % varmistavaa hoitotyötä. Hoitajien ja potilaiden kuvaukset olivat yhdensuuntaisia.

Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää hoitajalta taitoa tukea potilasta kohtaamaan sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitukset. Hoitaja auttaa potilasta analysoimaan omaa sairauttaan ja sen tuomia uusia haasteita ja yrittää löytää vähitellen potilaan käytettävissä olevia realistisia voimavaroja. Hoidollinen yhteistyösuhde on yhdessä jakamista, yhteistoiminnallisuutta ja yhteistä päätöksentekoa. Se perustuu luottamukseen, yksilöllisyyteen ja osapuolten kunnioittamiseen. Hoitajan ammattitaidolla on keskeinen osa yhteistyösuhteen rakentamisessa psykiatrisessa sairaalassa. Yhteistyösuhde edellyttää molemmilta sitoutumista yhteistyöhön, joka voi kestää vuosia. Potilaslähtöinen työskentelytapa on haaste hoitajan ammattitaidon kehittymiselle. Tärkeää on myös omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin. (Latvala 1998, 30.)

Hoidon kannalta parasta on päästä osallistuvaan vuoropuheluun eli dialogiin. Siinä on olennaista potilaan hoitoon osallistuvien osapuolten kuunteleminen ja heidän näkemystensä ymmärtäminen sekä potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien näkemysten selkiytyminen. Potilaan hoidon jaettu vastuu merkitsee sitä, että jokainen on tärkeä hoitoprosessissa ja jokaisella on oma aktiivinen osansa onnistumisessa. Moniammatillisessa tiimissä potilas nähdään omien elämäkokemustensa asiantuntijana ja hoitaja on hoitotyön konsultoiva asiantuntija koordinoijan sijaan. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö luo mahdollisuudet potilaan osallistumiselle oman hoitonsa vastuullisena osallistujana. (Latvala 1998, 58.)

Myös päihdehoitolaitoksessa on myös moniammatillinen tiimi hoitotyön ohjaajana. Tiimi kokoontuu hoitokokouksissa ja raporteilla. Tiimin palaveriin osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja, ohjaaja, sosiaaliterapeutteja ja muuta hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Yhteisöhoitomenetelmässä tiimiin voi kuulua kaikkien henkilökunnan ammattien edustajat ja lisäksi asiakkaat. Tiimissä jäsenet esittävät havaintojaan ja käsityksiään asiakkaan hoidon kulusta ja ehdotuksiaan hoidon jatkumisesta. Vain harvoin asiakas on itse paikalla (ellei yhteisöhoitomenetelmästä ole kysymys). Arviot asiakkaista perustuvat havaintoihin, yhteydenottoihin ja keskusteluihin heidän kanssaan. Sosiaaliterapeutti on tehnyt yhdessä asiakkaan kanssa hoitosuunnitelman, jonka hän esittää kokoukselle tai sairaanhoitaja on tehnyt tulohaastattelun, jolloin hän tuntee asiakasta jonkin verran. Lääkäri on tutkinut potilaan ja kertoo sen mitä haluaa palaverin kuulla. Ohjaaja on tehnyt havaintoja asiakkaan sopeutumisesta laitokseen. Muut voivat esittää kommenttejaan näihin puheenvuoroihin. Tällaisessa käytännössä asiakas ei ole täysivaltainen jäsen eikä hän osallistu dialogiin omasta hoidostaan muuten kuin omahoitajan tai sosiaaliterapeutin välityksellä. Myös Latvalan (1998, 52) tutkimuksessa valtaosa hoidosta edusti vielä perinteistä hoitotyön mallia, jossa ”potilaan näkökulman tiimin palaveriin tuo yleensä omahoitaja, joka tuntee potilaan parhaiten”.

Psykiatrisen sairaalan muutaman vuoden takaisen todellisuuden vertaaminen päihdehoitolaitokseen voi olla hedelmällistä. Monet tavat tuntuvat olevan tarkemmin katsottuna samanlaisia. Nimenomaan hoitotyylit muistuttavat päihdehoitoa, vaikka erojakin on. Kasvattavan ja varmistavan hoitotyötylien ilmentymiä löytyi Latvalan tutkimuksessa 87 %:sta hoitajien ja potilaiden lausumista. Psykiatrisessa hoitotyössä, kuten päihdehoidossakin, potilaiden/asiakkaiden jokapäiväistä elämää tuettiin vuorovaikutuksella, ohjauksella, toiminnan järjestämisellä ja kontrollilla. Latvalan tarkastelussa

myös verrataan edellä mainittujen, jokapäiväistä elämistä tukevien toimien toteutumista eri hoitotyyleissä.

Vuorovaikutus on osallistuvaa ja dialogista silloin kun hoitaja toimii yhteistoiminnallisesti, mutta kasvattavassa hoitotyössä vuorovaikutus on yksisuuntaista viestintää ja monologia. Varmistavassa hoitotyylissä se on vain jokapäiväistä keskustelua. Ohjaus nähdään yhteistoiminnallisessa tyyliässä konsultoivana ja tasavertaisena, kun se kasvattajalla on normatiivista ja varmistavalla autoritääristä. Toiminta täytyy olla mielekästä yhteistoiminnallisen näkemyksen mukaan, mutta kasvattavasti hoitavalle se on ohjeiden mukaista ja varmistavalle hoitotavalle satunnaista. Kontrollointi on yhteistoiminnalliselle hoitotyölle jaettua vastuuta, kasvattavalle ideaalimallin mukaista vastuunjako ja varmistavalle hierarkkista. (Latvala 1998, 51.)

Yhteistoiminnallisella työotteella voidaan luoda edellytykset allianssille laitoshoidossa. Silloin vuorovaikutus on dialogia hoitajan ja potilaan kahdenvälisissä keskusteluissa, ryhmätilanteissa ja koko yhteisöä koskevissa kohtaamisissa. Dialogi edellyttää sitoutumista ja vastuun jakamista yhdessä. Olennaista on, että ratkaisua etsitään yhdessä tai yritetään yhdessä hahmottaa ongelmaa. Dialogi voi olla osa useamman henkilön välistä yhteistyötä tai myös dialogia hoitajien välillä. Kyseessä on hyvin samansisältöinen käsite kuin Mönkkösen (2001) vuorovaikutushierarkiassa käyttämä yhteistoiminnallisuus.

Yhteistoiminnallinen ohjaus on motivoivaa. Pyrkimyksenä on paremminkin kysymysten esittäminen kuin valmiiden vastausten antaminen. Motivoivan ja konsultoivan ohjauksen keskeisenä tavoitteena pidetään yksilön sisäistä motivoitumista hoitoonsa. Motivoituminen liittyy tunteisiin, tarpeisiin ja erilaisiin yllykkeisiin. Kontrollointi yhteistoiminnallisessa tyyliässä toteutuu yhteisenä vastuun jakamisena. Painotus on siinä, että jokainen on omalta osaltaan vastuussa hoidosta ja jokainen on sitoutunut yhteisiin tavoitteisiin. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan yhdessä. Latvala siteeraa erään tutkimukseen osallistuneen kirjoitusta:

”Ei ole muuta mahdollisuutta kuin mennä sen potilaan maailmaan, lähelle hänen todellisuuttaan. Se on usein hyvin ahdistavaa ja tuskallista ja herättää itsessä monia tunteita, joita onneksi voi käsitellä työnohjauksessa ja ensi hätään lähityökavereiden kanssa. Vain sieltä potilaan tilanteesta käsin voi löytyä ne selviämisen avaimet, ne rakentavat voimat, joita pyrin sitten omana hoitajana tukemaan...” (Latvala 1998, 52)

Tämä koskee yhtä hyvin päihdetyötä kuin psykiatrista hoitoa. Aito asiakaslähtöisyys, potilaslähtöisyys ja yhteistoiminnallisuus voivat toteutua kaikessa hoidossa. Näyttää siltä, että nämä käsitteet ovat vastaavia laitoshoidon käsitteitä kuin yksilöterapiassa allianssi ja ryhmäterapiassa koheesio. Ne ovat saman asian eri tutkimussuunnista tulevia käsitteitä, joilla on tarkoitus kuvata laadukasta hoitoa.

Myös potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde voi parantaa hoidon laatua. Munnukka (1993) on määritellyt yksilövastuiseen hoitotyöhön potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhteeksi, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Potilas voi yhteistyösuhteessa kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja edistää sen avulla terveyttään. Potilas saa energiaa, jonka avulla hän voi hallita elämänsä. Tämä yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Munnukka 1993, 99.)

Päihdehoitolaitoksessa voidaan toteuttaa omahoitajakäytäntöä ja se todennäköisesti sitoo asiakasta hoidon tavoitteisiin ja parantaa allianssin laatua. Kiinteä yhteistyösuhde yhden työntekijän kanssa voi selventää hoitoasetelmaa asiakkaalle. Munnukan mukaan potilas saa omahoitajalta hyväksymistä, ymmärtämistä ja mahdollisuuden olla heikko. Potilas voi lievittää pelkojaan ja pyytää omahoitajalta toiveidensa toteuttamista (Munnukka 1993, 100). Nämä ovat asioita, jotka voivat jäädä kokematta, jos asiakas päihdehoidossa ei keskustele kenenkään kanssa syvällisemmin. Ilman omahoitajaa asiakas saattaa jäädä sivuun. Ihanteellisinta on, että jokainen työntekijä pystyisi ottamaan jokaisen asiakkaan vakavasti ja vastaamaan tämän tarpeisiin oikealla aikaa. Työntekijän täytyy olla tarkkaavainen, että muistaa kätellä jokaisen uuden asiakkaan ja kiinnittää huomiotaan häneen edes lyhyesti. Asiakkaat kokevat hoidossa syrjäytymistä jo työntekijöiden kiireenkin vuoksi. Laadukas hoito vaatii aikaa.

Kysymys on oikeastaan siitä miten voidaan estää ne ignoroinnit, ohikävelemiset, kättelemättä jättämiset ja työntekijän monologit, joilla asiakkaita estetään tulemastakin oman hoitonsa osallistujaksi. Riittääkö henkilökunnalle koulutukset ja tietoisuus allianssin, koheesio- ja yhteistoiminnallisen asiakaslähtöisyyden myönteisestä vaikutuksesta hoitotulokseen. Ilmeisesti yhtä tärkeää on se, miten toiveet laadusta henkilökunnalle esittää. On olennaista, että henkilökunta kokisi itse

voimaantuvansa ja hallitsevansa omia hoitokäytäntöjään. Omanarvontuntonsa menettänyt henkilökunta ei todennäköisesti kykene yhteistoiminnalliseen tasoon, vaikka sitä koulutettaisiin paljonkin.

Kiinnostavaa on myös se, että onko jokin hoitojärjestely toistaan parempi allianssin syntymisen kannalta. Osastohoidon kilpailijaksi on noussut yhteisöhoitomenetelmä ja on odotettu, että siinä toimivat keskimääräistä paremmin kumppanuuden ja yhteistoiminnallisuuden tavoitteet ilman, että valtasuhteet tulevat esteeksi allianssin luomiselle? Yhteisöllisyyttä ja yhteisöhoitomenetelmää on kannatettu juuri sen osallistavan ja demokratisoivan vaikutuksen vuoksi. Onko yhteisöhoitomenetelmä osastohoitoa parempi terapeutin allianssin kannalta?

Varsinainen yhteisöhoitomenetelmä on erityinen hoidon muoto, joka käyttää koko laitoksen toimintaa hoidon aktiviteettina. Sen perusajatuksena on, että kaikkea mitä yhteisössä tapahtuu, tulisi arvioida ja pohtia yhteisön perustehtävästä käsin (Murto 1997). Hoidolla on yleensä samantapainen rakenne riippumatta siitä toimiiko se psykiatristen potilaiden, huumeiden käyttäjien, alkoholiongelmaisten, lainrikkojien tai epäsosiaalisten nuorten kuntoutuksessa.

Yhteisöhoitomenetelmään kuuluu sen toiminnallinen rakenne, joka pitää sisällään erilaiset ja eri kokoonpanoissa tapahtuvat kokoukset, työtehtävät ja terapiaryhmät. Yhteisöissä on yleensä luovuttu yksilöterapiasta. Toimintaepisodin voi muodostaa taideterapiaryhmän kokous, kokous tietystä teemasta, puutarharyhmän tai lounaan valmistusryhmän tapaamiset. Koko yhteisön elinpiiri on sisällytetty hoitoon. Yhteisöhoitomenetelmän tunnusmerkki on kaikkia jäseniä koskeva yhteisökokous, joka on säännöllinen. Siihen osallistuvat henkilökuntaan ja asiakaskuntaan kuuluvat jäsenet. Yhteisökokouksen tärkein asia on perustehtävän esillä pitäminen, avoimen kommunikaation turvaaminen koko yhteisössä ja päätösten tekeminen kokoukselle kuuluvissa asioissa. Lisäksi yhteisökokous sopii säännöistä ja valvoo niiden noudattamista sekä käsittelee yksikköjen välisiä ristiriitoja. Usein tämä yhteisökokous pidetään arkipäivisin. Tämän lisäksi jokainen erillinen osasto tarvitsee oman kokouksensa, joissa tutkitaan osastoyhteisön tilannetta yksilö-, ryhmä ja ihmissuhdetasolla. Jatkuvan kokoukseen on tarkoitus yhdistää yhteisön jäseniä toisiinsa ja auttaa asiakkaita saamaan kuvaa itsestään ja omista toimintatavoistaan. Asiakas joutuu yhteisössä vastuuseen omasta käytöksestään. Yhteisöhoitomenetelmässä myös henkilökuntayhteisö pitää keskenään kokouksia ja luo hoidolle suuntaa. Yhteisöhoitomenetelmä ei ole luonnollinen tapa toimia ja sen vuoksi yhteisöä ei saa jättää oman onnensa nojaan. (Murto 1997.)

Riippuu monista asioista kuinka suuret mahdollisuudet sosiaaliterapeutilla on vaikuttaa koko laitoksen hoitomuodon valintaan. Monissa hoitopaikoissa asia on ratkaistu siten, että osastohoitoa on kehitetty enemmän tai vähemmän yhteisöllisyyden suuntaan. Yhteisöhoitomenetelmä puhtaimmillaan vaatii erittäin sitoutuneen henkilöstön ja yhteisesti sovitut arvolähtökohdat. Yhteisöhoitomenetelmä perustuu henkilökunnan ja asiakkaiden tasavertaiseen kohtaamiseen ja on sen vuoksi merkittävä mahdollisuus terapeutin allianssin kannalta. Yhteisissä kokouksissa, joissa kuka tahansa voi esittää mitä haluaa, on mahdollista tarkastella hoitokäytäntöjä ja saada asiakkaiden ääni kuuluviin.

7.4 Miten sosiaaliterapeutti voi edistää allianssin syntymistä päihdehoitolaitoksessa?

Sosiaaliterapeutin vaikutusmahdollisuudet voi jakaa kahteen osaan. Ensimmäinen osa on hänen *oma työnsä*. Hän voi vaikuttaa jokaisessa tilanteessa, jossa tapaa asiakkaita. Toinen osa on hänen mahdollisuutensa vaikuttaa muihin eli *laitoksen yleiseen kehitykseen*.

Omassa työssään sosiaaliterapeutti kohtaa asiakkaita, asiakkaiden omaisia, työtovereita ja yhteistyökumppaneita. Asiakaskohtaamiseen hän tuo tietoisuutensa allianssin vaikutuksesta hoitoon ja yrittää saada jokaisessa hoitotilanteessa aikaan yhteistyösuhteen, joka vie hoitoa eteenpäin. Terapeutin kohtaamiset tapahtuvat hänen omassa huoneessaan, ryhmähoituhuoneessa ja yleisissä tiloissa. Sosiaaliterapeutit ovat yleensä hyvin perillä terapiatilanteiden vaatimasta käyttäytymisestä. He tietävät, että yksilökeskustelujen kiireettömyys ja asiakkaan kuuntelu luovat pohjan hoitosuhteelle. Terapeutin ystävällisyys ja empaattisuus sekä pyrkimys yhteistoiminnallisuuteen vaikuttavat hoitoon positiivisesti. Ryhmätilanteen ohjaaminen on myös selkeää allianssiin vaikuttamisen kannalta. Terapeutin kunnollinen paneutuminen ryhmissuhteisiin auttaa luomaan hyvän koheesion.

Asiakaslähtöisyys yhteisöhoitossa saattaa kulminoitua juuri käytökseen yleisissä tiloissa. Sosiaaliterapeutilta odotetaan ystävällistä käytöstä käytävällä. Hänen kuuluu tervehtiä asiakkaita, vaikka he eivät olisikaan tulossa keskustelemaan. Huomaavaisuus ja kohteliaisuus ovat keinoja, joilla luodaan ilmapiiriä. Samaten suhtautuminen työtovereihin vaikuttaa koko laitoksen henkeen. Hienotunteisuus ja tahdikkuus ovat valttia laitoksessa sekä asiakkaiden että työtovereiden suhteen. Olisi hyvä, että sosiaaliterapeutti olisi helposti lähestyttävän maineessa. Pelkästään se auttaa

asioiden hoidossa ja luo jokaiseen tapaamiseen virityksen, josta seuraa hyviä tuloksia allianssin kannalta. Ja hyvästä allianssista seuraa hyvä hoitotulos.

Kiire on alituinen hyvän hoidon vihollinen. Siihen yritetään vaikuttaa kehittämällä työtapoja ja saalistamalla aikavarkaita omassa työssä. Silloin jää paremmin aikaa keskusteluille. Monen on silti myönnettävä, että keskusteluihin ei ole riittävästi aikaa. Silläkin on merkitystä kuinka kiire ilmaistaan asiakkaalle. On hyvä sopia keskusteluun pyrkivien asiakkaiden kanssa jokin sopivampi aika, kuin vain selittää olevansa kiireinen.

Laitoksen tai yhteisöhoidon yleinen kehittäminen on henkilöstöyhteisön keskustelua ja itsereflektointia. Siihen voivat osallistua myös asiakkaat. Sosiaaliterapeutti voi vaikuttaa ottamalla kantaa. Moniammatillinen yhteistyö antaa mahdollisuuden keskustella ja tehdä ehdotuksia hoitokokouksissa. Silloin voi keskustella asiakaskohtaloista ja yrittää vaikuttaa päätöksiin.

Hoitokokouksissa ja raporteilla käytettävä kieli on myös tärkeä huomion kohde. Jos henkilökunta puhuu väheksyvästi asiakkaista raportilla, on varmaa, että puhetapa siirtyy ainakin nonverbaalisena ja tiedostamattomana käytöksenä asiakastilanteisiin. Se huonontaa yleistä luottamusta henkilökunnan ja asiakkaiden välillä ja vähentää mahdollisuuksia luoda hyvää allianssia. Ei pidä sallia myöskään sitä, että joistain asiakkaista tehdään syntipukkeja, vaikka olisivatkin syyllistyneet käytöshäiriöihin. Samaten uloskirjoitukset, joita laitoksissa on pakko joskus tehdä, täytyy tehdä rakentavasti ja huolella. Huonosti tehdystä uloskirjoituksesta jää laitokseen leijumaan pitkäksi aikaa ikävä maku.

Sosiaaliterapeutti voi pohtia vallitseeko laitoksessa varmistava, kasvattava vai yhteistoiminnallinen hoitotyö. Sen lisäksi voi pohtia onko hierarkiatasoilla päästy yhteistyöhön tai yhteistoimintaan. Näitä Latvalan (1998) ja Mönkkösen (2001) käsitteitä käyttämällä pääsee jo pitkälle laitoksen allianssille suotuisan ilmapiirin arvioinnissa. Jos käytäntö on kovin kaukana ihanteista, on silloin hyvät neuvot kalliita. Ihmisiin ei voi noin vain vaikuttaa ja yrittää saada hoitokulttuuria paremmaksi. Usein tilanne on se, että hoitokulttuuri ei ole erityisen huono, mutta siinä on kuitenkin joitakin puutteita allianssin rakentumisen kannalta. Se voi olla esimerkiksi yleinen puhetapa eli se kuinka asiakkaille puhutaan. Puhe voi olla käskyttävää ja kontrolloivaa ilman, että henkilökunnan jäsenet edes huomaavat estävänsä tällä liian läheisten välien syntymisen. On mahdollista, että torjuvalla puhetavalla estetään tarkoituksella henkilökohtaisten suhteiden syntyä asiakkaiden kanssa.

Henkilökuntakokouksissa kannattaa herättää keskustelua laitoksen hoitomalleista ja linjauksista. Jos on valittu jokin menetelmä hoidon rungoksi, on tärkeätä, että sitä pyritään noudattamaan. Tutkimuksissa on tullut esiin se, että menetelmillä ei ole paljon keskinäistä eroa, mutta sillä on merkitystä kuinka johdonmukaisesti henkilökunta toimii. Menetelmät siis vaikuttavat hoitoon, mutta ennen kaikkea se, miten hoitotulosta arvioidaan. Päihdelaitos, joka pitää vain täysraittiutta tai muuta selkeää muutosta hoidon ainoana tavoitteena, on valinnut tietoisesti sen linjan, että onnistuminen jää liian helposti arvioitavaksi. Hoito joko onnistuu tai ei. Silloin tulee paine valita asiakkaat tulosodotusten mukaan.

Mielestäni asia on monimutkaisempi, ainakin silloin kun päihdelaitos toimii alueen ainoana hoitopaikkana. Stakesin päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) on määritelty päihdehoidon ja kuntoutuksen viisi tasoa:

1. lievitetään asiakkaan päihteiden käytöstä aiheutuneita haittoja.
2. estetään erilaisin tukitoimin asiakkaan tilan ja/tai elinolojen heikentyminen
3. erilaisten tukitoimien avulla asiakkaan tila ja/tai elinolot pysyvät ennallaan
4. asiakkaan tilaa ja/tai elämäntilannetta pystytään osittain korjaamaan
5. asiakkaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tila kohenee oleellisesti.

Tässä suosituksessa nähdään hoitotulos mielestäni käytäntöä vastaavasti. On erittäin tärkeätä, että päihdehoitolaitos katsoo hoitotulosta laajasti. Se vaikuttaa suoraan allianssin luomiseen, sillä kaikki asiakkaat eivät ole valmiita raitistumaan, eivät ehkä koskaan. Heidänkin kanssaan tehdään paras mahdollinen hoitotyö näkemällä tulokset monitasoisesti. On henkilökunnankin kannalta hyvä nähdä onnistumisia pienemmissä asioissa kuin kokonaiset elämänmuutokset. Ne ovat toivottuja, mutta kuitenkin suhteellisen harvinaisia päihdehoidossa. Sen sijaan kaikki muut tasot kannattaa rekisteröidä hoitotuloksina aina kun siihen on aihetta. Se vaikuttaa henkilöstön omanarvontunteeseen ja sitä kautta allianssin syntymiseen asiakkaiden ja henkilökunnan välille.

Sosiaaliterapeutin velvollisuus on kyseenalaistaa liian ahdasta tuloajattelua. Hoitolaitosten tuloksia vertailtaessa ei pitäisi käyttää kapeaa prosenttiajattelua raitistuneista tai elämäänsä täydellisen korjauksen löytäneistä. Oikea ja mielestäni pätevä vertailunäkökulma päihdehoitolaitosten välillä onkin allianssin muodostumiselle myönteisen ilmapiirin erojen havainnointi. Sitä voi olla tosin vaikea tutkia, koska tarkastelu tulisi ulottaa jokaiseen työntekijän ja asiakkaan väliseen

kohtaamiseen. Ehkä aiemmin esiintuotu asiakkaiden mielipide allianssin laadusta tulisi silloin ottaa tutkimusvälineeksi.

8 TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTAA

8.1 Tulosten yhteenveto

Tämän tarkastelun kulku on ohjautunut tutkimuskysymysten kautta. Ne ovat toimineet punaisena lankana koko kirjoituksen ajan.

- 1. Miten terapeutin allianssi ilmenee yksilöterapiassa, ryhmäterapiassa ja yhteisöhoitossa?**
- 2. Miten sosiaaliterapeutti voi edistää terapeutin allianssin muodostumista yksilöterapiassa, ryhmäterapiassa ja yhteisöhoitossa?**

Näihin kysymyksiin löytyi monipuolisia vastauksia. Seuraavassa on lyhyt yhteenveto tutkimustuloksista. Se on lähinnä kooste tämän kirjallisuuskatsauksen tuottamasta tiedosta.

Psykoterapian tutkimuksen näkökulmia kuvaamaan on löydetty kaksi mallia. Medikaalinen malli tutkii spesifisten tekijöiden eli menetelmien, standardien ja hoitosuosituksen osuutta hoitotulokseen. Kontekstuaalinen malli tutkii yleisiä tekijöitä eli terapian tilanneyhteyttä ja siihen vaikuttavia osatekijöitä. Eri tutkimuksissa on havaittu, että yleisiin tekijöihin kuuluvat terapeutin allianssi, terapeutin ominaisuudet, terapeutin toimintatapa, yhteistyösuhteen tunnesävy, terapeutin johdonmukaisuus, osapuolten sitoutuneisuus hoitoon, yhteisesti jaettu käsitys hoidon päämääristä ja potilaan/asiakkaan odotukset hoidolta. Näillä tekijöillä on tarkastelusta riippuen 45-70 % osuus hoidon tuloksesta. Menetelmätekijöillä arvioidaan olevan 8-15 % osuus hoidon tuloksista. Loppu selittyy asiakasvaihtelutekijöillä tai hoidon ulkopuolisilla tekijöillä. Laajoissa tutkimuksissa menetelmillä ei ole havaittu olevan keskenään suurta eroa tuloksiin nähden.

Terapeutin allianssi tarkoittaa asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintasuhteen laatua ja voimakkuutta. Se pitää sisällään asiakkaan ja terapeutin välisen positiivisen tunnesiteen, kuten molemminpuolisen uskon, pitämisen, kunnioituksen ja huolenpidon. Siitä voidaan käyttää lyhennettä allianssi. Sen yhteyttä hoidon lopputulokseen voidaan mitata erilaisilla kyselylomakkeilla. Terapeutti voi itse seurata allianssin rakentumista reflektoimalla omaa toimintaansa ja käyttämällä kyselylomaketta, joka on suunnattu asiakkaalle. Allianssin voimakkuus on ratkaisevin hoidon alussa ja sen ylläpitoon vaikuttaa terapian sisällöt. Sosiaaliterapeutin

harjoittama yksilöterapia on toimintaa, jossa yhdistyvät neuvonnan, psykologian ja psykoterapian piirteet. Siihen yhtyvät vielä yhteiskunnallinen näkökulma sekä sosiaali- ja päihdetyön asiantuntemus.

Terapeutilla on suuri vaikutus allianssin syntymiseen. Hänen kommunikoiva empaattisuutensa, avoimuutensa, joustavuutensa ja tutkiva asenteensa ennakoivat positiivista tulosta. Kokeneet terapeutit huomaavat milloin allianssi alkaa hiipua ja osaavat tehdä korjaavia toimenpiteitä. Työskentelysuhde huononee jos terapeutti on hyväksikäyttävä, kriittinen, moralistinen tai puolustautuva. Terapeutin lämmön, kunnioituksen ja luottamuksen puute, samoin kuin epävarmuus, jännittyneisyys ja väsymys vaikeuttavat allianssin muodostumista. Asiakas ilmaisee tyytymättömyytensä terapiasuhteeseen joko suoraan tai epäsuorasti. Keskeyttävät asiakkaat eivät useinkaan ilmoita etukäteen tyytymättömyyttään.

Terapeutin käyttämällä tekniikalla on osuutensa allianssin rakentamisessa. Menetelmät antavat terapialle johdonmukaisuutta. Terapeuttien tulisi hallita useampia menetelmiä. Jos terapeutti noudattaa liian orjallisesti suuntauksensa tekniikkaa eikä jousta tilanteiden mukaan, on tuloksena etäinen hoitosuhde. Allianssin muodostaminen on vaikeaa myös silloin jos terapeutti paljastaa asiakkaalle omia tunneristiriitojaan. Pinnalliset ja epärakentavat interventiot sekä sopimaton hiljaisuuden käyttö saavat asiakkaan loitonemaan terapeutistaan. Myös huono terapiatapahtuman suunnittelu ja ajan käyttö heikentää allianssia. Myönteistä on jos terapeutilla on kyky tuoda suhteeseen luottamusta ja uskoa oman kehyksensä puitteissa. Luotettavuus, hyväntahtoisuus ja myötätuntoisuus auttavat allianssin luomisessa ja ylläpitämisessä. Terapeutin luottamus omaan kykyyn auttaa asiakasta on tärkeä. Terapeutin tulee esittää asiakkaalle havainnollisesti ja pätevästi terapian periaatteet ja hänen tulee käyttäytyä varmasti. Asiakkaan täytyy tuntea, että terapeutti osallistuu hoitotilanteeseen. Kokemattomat ovat kokeneiden terapeuttien kanssa yhtä pystyviä luomaan allianssin, mutta kokeneet terapeutit pystyvät paremmin ylläpitämään allianssia. Asiakkaan usko hoitosuhteeseen auttaa myös terapeuttia keskittymään paremmin.

Sosiaaliterapeutti tai muu hoitotyöntekijä voi edistää yksilökeskustelujen allianssia käyttämällä tutkimustietoa oman käyttäytymisensä pohjana. Tieto asiakkaiden ominaisuuksista tai hankalista hoitotilanteista auttaa suhtautumaan positiivisen realistisesti työhön. Mikään asiakasryhmä ei sinällään ole vaikeampi kuin muut, vain odotukset ovat erilaiset, mutta on hyvä tietää erilaisista lähestymistavoista kuhunkin tilanteeseen. Hyvä työntekijä pitää ensikohtaamista ratkaisevana. Silloin kätellään ja otetaan asiakas kunnioittavasti vastaan. Keskustelun myönteinen ja luonteva

aloitus ovat tärkeitä. Työntekijän ilmeet, eleet ja asennot ovat tärkeämpiä kuin sanat. Työntekijän levollisuus rauhoittaa asiakasta. Tärkeätä on, että asiakasta ei päästetä passiiviseen ja avuttomaan rooliin. Hän osallistuu omaan hoitoonsa ja työntekijä pitää hänet mukana hoidossa ja tietoisena kaikesta mitä tehdään ja mihin pyritään. Asiakkaan ongelmien kartoitus tapahtuu hänen antamiensa tietojen perusteella eikä muu lähtökohta ole allianssin luomisen kannalta hedelmällistä. Työntekijä ei saa ohjata asiakasta liiaksi, mutta ei saa mennä liian paljon hänen tarinansa imuunkaan. Asiakkaan kanssa voi tutkia erilaisia suhtautumistapoja ongelmiin ja yrittää saada aikaan keskustelua uusista tavoista nähdä ongelmat ja siten kannustaa uudennlaisiin ratkaisuihin. Ratkaisukeskeisen tavoitteen luominen on tärkeää. Hyvin muotoiltu tavoite on pieni, konkreettinen, määriteltävissä oleva ja asiakkaalle itselleen tärkeä. Tavoitteen toteutuminen tulee olla havaittavissa ja keskusteltavissa. Aito asiakaslähtöisyys rakentaa hyvää allianssia. Motivoiva haastattelu on lähestymistapana hyvää allianssia rakentava.

Ihminen ei pääse eroon yhteiskunnallisuudestaan hoitoryhmässäkään. Asiakas kuuluu hoitoryhmään ja hoitoryhmä liittyy johonkin suurempaan kokonaisuuteen. Asiakas tulee hoitoryhmään jostain muusta kokonaisuudesta ja palaa sinne hoidon jälkeen. Ryhmän sisäinen elämä hoitaa asiakasta ja ryhmäterapian allianssin voi ymmärtää koheesioksi. Koheesio on vetovoimaa, jota ryhmän jäsenet tuntevat toisiinsa. Koheesio parantaa hoidon tuloksia. Liiallisesta koheesiosta voi seurata johtajavaltaisuutta ja muita ryhmää taannuttavia ilmiöitä. Terapiaryhmän idea on tuottaa asiakkaalle uusia kokemuksia itsestään ryhmän jäsenenä. Ryhmän muotoutumista ja sen dynamiikkaa voidaan kuvata monesta eri suunnasta. Ryhmän jäsen saa ryhmästä paljon uusia asioita. Hän voi tuntea toivon heräämistä, samankaltaisuuden kokemusta, toisten auttamisen kokemusta ja kokea ryhmän sosiaalisena mikrokosmoksena. Ryhmästä voi saada tietoa, oppia sosiaalisia taitoja ja oppia mallista uusia asioita. Lisäksi jäsen saa ryhmästä alkuperäisen perhekokemuksen korjaavia kokemuksia, voi tuntea katarsista ja ryhmäkoheesiota.

Sosiaaliterapeutin tai päihdehuollon ryhmänohjaajan tärkein taito on saada aikaan jäsenten välille ryhmäkoheesiota ja yrittää sen avulla saada ryhmää toimimaan työryhmänä. Ryhmänohjaaja luo ensin jokaiseen ryhmän jäsenen allianssin ja siirtyy sitten luomaan ryhmälle sosiaalista elämää, josta muodostuu koheesio. Hänen tulee tehdä ohjaustekoja, joilla vältetään ryhmän taantumisen. Ryhmää ohjataan tekemään sen perustehtävää ja samalla huolehditaan ryhmän koossapysymisestä. Terapeutilla tulee olla taito yhdistellä erilaisia näkökulmia, jotta syntyisi juuri hänen työpaikalleen sopiva päihdehoidon ryhmäkulttuuri. Tehtävien tekeminen ja ryhmän ohjaaminen kommentoimaan omaa prosessiaan eivät ole ristiriidassa. Yhden ohjaajan ryhmässä voi varata tietyt tilaisuudet

ryhmän itsereflektiota varten ja erottaa ne varsinaisesta tehtävän teosta. Kahden ohjaajan ryhmissä toinen ohjaaja voi keskittyä tehtävän tekemiseen ryhmän kanssa ja toinen keskittyy kannustamaan ryhmää tarkkailemaan itseään. Monenlaiset variaatiot ovat mahdollisia.

Allianssia on tutkittu myös laitosisolosuhteissa ja parhaimmaksi keinoksi mitata asiakkaan kokemaa hoitosuhteiden monimuotoisuutta ovat osoittautuneet asiakkaan itsensä raportoimat mielipiteet allianssista. Allianssin laitoksessa voi käsittää yksilöterapiaan soveltuvalla määritelmällä ja ymmärtää kaikki asiakkaan kokemat suhteet sarjaksi lyhyitä hoitokohtauksia. On mahdollista ymmärtää nämä kaikki suhteet myös vuorovaikutushierarkian tasojen kautta. Laitospäihdehoidossa yhteistoiminnallisuus voi olla allianssia vastaava käsite. Se on vuorovaikutushierarkian korkein muoto, jossa toteutuvat molemminpuolisen kumppanuuden ja tasa-arvon elementit juuri allianssimääritelmän tavoin. Samaten asiakaslähtöisyyden määritelmä vastaa allianssin määritelmää. Laitosasiakas/potilas on monentasoisten ihmissuhteiden keskellä ja olennaista on, että tämä vuorovaikutusverkko auttaa häntä hoitamaan itseään ja lisäämään hänen tietoisuuttaan.

Laitoshoidon sosiaaliterapeutti tai muu työntekijä edistää allianssin syntymistä laitoksessa suosimalla yhteistoiminnallisuutta. Allianssin kannalta parasta on, että yhteistoiminnalliset ja asiakaslähtöisyyteen perustuvat käytös- ja toimintatavat säätelevät jokaista kohtaamista laitoksen arjessa. Yksilökeskustelut, ryhmäkeskustelut, haastattelut ja kokoukset saavat yhteistoiminnallisen laatunsa silloin, kun jokainen työntekijä kiinnittää huomiota allianssin rakentamiseen. Myös ystävälliset käytäväkeskustelut ja jokaisen uuden asiakkaan huomioiminen tervehtimällä luovat yhteistoiminnallista ilmapiiriä. Laitoselämä on monenlaisten kohtaamisten ketju, jota henkilökunta voi taidokkaasti käyttää hyväkseen, jos se on valinnut tavoitteekseen muodostaa ja pitää yllä hyvää allianssia. Tavoite voi toteutua huolimatta siitä onko organisaatio valinnut yhteisöhoitomenetelmän, osastohoidon tai jonkin muun hoitojärjestelyn.

Olen mielestäni löytänyt kysymyksiini vastauksia. Tärkein tulos on ollut se, että allianssia voidaan soveltaa monella tavalla. Sitä voidaan lähestyä monesta suunnasta ja monilla käsitteillä. Tuloksena voidaan pitää sitäkin, että olen löytänyt itselleni perustan sosiaaliterapeutin ammatillisiin kysymyksiin. Kysymykset ovat nousseet käytännön työstä ja tässä tutkimuksessa vastaukset ovat löytyneet kirjallisesta aineistosta. Yritän vielä palauttaa vastaukset käytäntöön muotoilemalla viimeisessä luvussa synteessin, jossa on sosiaaliterapeutin perusosaamisen alueet.

Tutkimuksen pätevyys voisi tarkoittaa sitä miten hyvin se on tarkastellut tutkimuskysymysten esittämiä ongelmia. Mielestäni olen onnistunut käsittelemään tutkimuskysymyksissä ilmeneviä käytännön aiheita. Esimerkiksi se kuinka terapeutin allianssi ilmenee käytännön työssä eri tilanteissa, tuli selvitettyä, mutta ei tyhjentävästi. Esitän tässä aineistoon nojaavan oletuksen siitä miten allianssi ilmenee yksilöterapiassa lisäksi myös ryhmä- ja laitoshoidossa. Samaten olen yrittänyt kuvata sitä, miten sosiaaliterapeutti voi toimia edistääkseen allianssin syntymistä. Laadullisen tutkimuksen pätevyys voi ilmetä siitä, miten kuvaus ja siihen liitetyt selitykset ja tulkinnat sopivat yhteen. Mielestäni olen onnistunut sovittamaan erilaisia maailmoja tutkimuskysymysten kannalta toisiinsa.

Terapeutin allianssin olemus ja ainakin yhdenlainen määritelmä ovat tulleet tässä tutkimuksessa selväksi. Olen jonkin verran tuonut esiin myös omia näkemyksiäni kirjoitustyön varrella, jotta olen saanut työhön henkilökohtaista näkökulmaa. Jatkan sitä hieman, sillä en ole aina samaa mieltä lähdeaineiston kanssa. Tuon seuraavaksi esiin muutaman ristiriitaisuuden joko lähdeaineiston itsensä kesken tai lähdeaineiston ja omien kokemusteni välillä.

8.2 Tuloksista nousevia kysymyksiä

Kiinnostavaa on ensinnäkin se mitä allianssin rakentamiseen ja dialogiseen suhteeseen liittyy. Yhteistoiminnallisuushan voi laitoshoidossa ilmentää allianssin rakentamiselle vertailukelpoista toiminnan suuntaa. Olen pitänyt dialogista asiakassuhdetta mahdollisena rinnakkaisena kuvauksena hyvälle allianssille silloin kun vuorovaikutustasoja on monta ja siihen osallistuu paljon ihmisiä eri suunnista. Vuorovaikutushierarkian korkeimmassa tasossa eli yhteistoiminnallisuudessa, on kuitenkin keskustelemisen arvoisia asioita suhteessa allianssiin. Ristiriita on siinä, että kirjallisuuden mukaan, allianssin luomisen kannalta, terapeutin ei ole hyvä tuoda itseään esiin, mutta dialogisessa suhteessa terapeutin tulisi olla avoin. Yhteistoiminnallista hoitosuhdetta voidaan kuvata kiintymisenä, ystävyytenä, luottamisena ja ymmärtämisenä. Yhteistoiminnallisuuteen kuuluu lisäksi määritelmän mukaan se, että terapeutti kertoo asiakkaalle omista asioistaan. Myös dialogitutkijat toteavat, että tällaista suostumista yhteistoiminnallisuuteen on yleensä pidetty epäammattimaisena. Ongelma on se, että ”ammattimaisuus” suojaa työntekijää dialogiselta suhteelta ja liiallinen läheisyyden pelko autettavaan muodostuu dialogisuuden esteeksi.

Tämän voi nähdä monella tavalla. On selvää, että työntekijä voi kertoa jonkin verran omista asioistaan asiakkaalle, mutta luulen, että siinä on rajansa. Tärkeintä on, että työntekijä ei ala käyttää asiakasta omana terapeutinaan. Tasavertainen keskustelu on allianssia rakentava elementti, mutta hoitotilanne ei kuitenkaan ole niin yksioikoisen tasavertainen kuin jokin muu ihmissuhde. Allianssin luomisen kannalta positiivisiksi asioiksi on mainittu myös terapeutin varmuus ja usko omaan menetelmäänsä ja luottamus siihen, että pystyy auttamaan asiakasta. Sen sijaan dialogisessa suhteessa voi ilmetä tilanne, jossa ”kumpikaan ei tiedä”. Kysymys on siitä onko se toivottavaa. Mielestäni tilanteesta, jossa kumpikaan ei tiedä, täytyy pyrkiä tilanteeseen jossa asiakas saa vastauksia ongelmiansa herättämiin kysymyksiin. Vastaukset eivät tule terapeutilta, vaan vuorovaikutuksesta. Tämä ei tarkoita sitä, etteikö olisi eduksi tuoda rehellisesti esiin ongelmien kiperyys. Olen kuitenkin sitä mieltä, että terapeutin usko menetelmäänsä ja kykyynsä auttaa asiakasta ei saa horjua niin paljon, että hän kertoo sen asiakkaalle. On kokonaan toinen asia käyttää menetelmään kuuluvana interventiona ilmaista avuttomuutensa auttaa sillä tarkoituksella, että asiakas alkaisi itse voimaantua ja tulla pois autettavan roolista. Toisaalta hyvä allianssi voi syntyä juuri sen tuloksena, että terapeutti ei yritäkään asettua kaiken tietäjän ja kaiken osajan rooliin.

Tämän lisäksi dialogikirjallisuudessa mainitaan, että yhteistoiminnallisuudessa luottamus asiakassuhteessa on niin suuri, että kontrollia ei tarvita. Tämäkin herättää kysymyksiä. Varsinkaan laitostyötä ei voi tehdä ilman kontrollia. Olennaista allianssin rakentamiselle on pikemminkin se miten kontrolli ilmenee työntekijöiden asenteissa. Mielestäni on yhteistoiminnallista, että kontrollista puhutaan avoimesti ja kysytään asiakkaiden mielipidettä siitä. Kontrolli tehdään näkyväksi ja perustelluksi. Laitoksessa voidaan viikoittain käsitellä sääntöjä ja niiden perusteita. Kontrollin aiheet ovat mielestäni dialogisen keskustelun materiaalia. Useimmat asiakkaat haluavat selkeät säännöt laitoksen yhteiselämään ja pidän sitä turvallisuudentunteen syntymisen kannalta hyvänä. Turvallisuus hoitosuhteessa luo myös hyvää allianssia. Päihdehoidossa ei mielestäni koskaan päästä kontrollista eroon ja siksi olisi siirryttävä keskustelemaan sen laadusta eikä ohittamisesta.

Kiinnostavaa on myös terapeutin avoimuus. Aineiston perusteella on tullut selväksi, että allianssin syntymiselle vaikeuksia aiheuttavien asioiden joukossa on se, että terapeutti puhuu itsestään (self disclosure) hoitotilanteessa. Jos terapeutti kertoo itsestään ja varsinkin jos hän paljastaa tunneristiriittoa, on siitä haittaa työskentelysuhteelle. Tämän voi ymmärtää kuuluvan terapeutin pidättyvyyden vaatimukseen. Jos terapeutti on ystävällinen, mutta suhteellisen pidättyvä, voi asiakas/potilas silloin paremmin heijastaa omia transferenssin tuntemuksiaan terapeuttiin. Silloin

tunteensiirto on mahdollinen. Transferenssin ilmiö on käyttökelpoinen muissakin kuin psykodynaamisessa lähestymistavassa. Tässä merkityksessä on allianssille hyväksi, että terapeutti ei kerro asioita omasta elämästään. Se toimii näin myös ryhmähoidossa. Toisaalta jonkinlainen avoimuus terapeutin taholta katsotaan yksilöterapiassakin hyveeksi. Epäselväksi jäi minkälaisesta avoimuudesta silloin on kyse. Ehkä selityksenä on terapian luonne. Todennäköisesti neuvontaan painottuvat keskustelut sallivat terapeutilta suuremman avoimuuden kuin pitempi psykoterapia.

Myös asiakaslähtöisyyden määritelmässä on paljon samaa kuin allianssin määritelmässä, mutta sekin voidaan ymmärtää monella tavalla. Asiakaslähtöisyys on ilman muuta oikea lähestymistapa allianssin rakentamiseen. Se perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen ja ilmenee teoissa ja ajatuksissa. Siinä vuorovaikutusta luonnehtivat dialoginen ja yhteistoiminnallinen työtapa. Lisäksi asiakaslähtöisyys edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa ja se vaatii joustavaa toimintaa käytännön tilanteissa. Kuitenkin on tullut ilmi, että asiakaslähtöisyyskin voi toimia peitteenä työntekijän asettumisessa tietäjän rooliin. Terapeutti voi joskus yrittää määrätä, minkälaisia mielikuvia asiakkaan tulisi tuottaa tulevaisuutta kuvitellessaan. Asiakaslähtöisyyden nimissä terapeutti voi määrittää asiakkaan asiantuntijaksi ja asettua sitten itse kilpailevaksi asiantuntijaksi. Silloin asiakaslähtöisyys ei ole aitoa. Ongelmana voi olla nimellinen asiakaslähtöisyys, joka käytännön ”realiteettien” vuoksi ei toteudu. Asiakas saattaa asettaa epärakentavia tavoitteita ja niihin on sosiaaliterapeutinkin jotenkin reagoitava. Miten palauttaa asiakas maan pinnalle niin, että aito asiakaslähtöisyys säilyy?

8.3 Valmiuksia terapeutin allianssin luomiseen

Tämän tutkimuksen päämääränä on selvittää terapeutin allianssin olemusta ja kuvata sen ilmenemistä sosiaaliterapeutin eri työtilanteissa. Pyrkimyksenäni on myös koota yhteen asioita, joiden avulla sosiaaliterapeutti voi luoda hyvään allianssiin johtavaa toimintaa. Siihen kuuluu tämän tarkastelun perusteella useita asioita. Terapiatulokseen vaikuttavat terapeutin taidot ja ominaisuudet, asiakasominaisuudet, terapeutin prosessi sekä terapeutin ilmaisut ja käytös. Lisäksi mainitaan terapian ulkopuoliset tekijät.

Terapeutin hyveet kirjataan tuloksissa yhteen: luotettavuus, kokemus, varmuus, selkeys kommunikaatiossa, tarkkuus tulkinnessa, innostus, kiinnostus, tutkivuus, mukana olo, aktiivisuus, empaattisuus, vahvistavuus, auttavuus, ystävällisyys ja ymmärtäväisyys. Nämä terapeutin

melkoista osaa sosiaaliterapeutin työstä. Se on sanalla sanoen ammattitaidon kognitiivinen osuus ja sen puuttuminen vähentää mahdollisuuksia saada aikaan hyvä allianssi asiakkaan kanssa. Huono suunnittelu, epäjohtonmukaisuus ja epävarmuus oman menetelmän suhteen heikentää allianssin rakentamista. Samaten kokemattomuuden ja koulutuksen puutteen tuoma epämääräinen käsitys hoidon mahdollisuuksista voi luoda pettymyksiä. Asianmukainen koulutus ja kokemus tuovat suhteellisuudentajua, menetelmätuntemusta ja realistista uskoa omaan mahdollisuuteen auttaa. Hyvä itsetuntemus liittyy usein mahdollisuuteen reflektoida omia tuntemuksiaan. Hyvä menetelmätuntemus tuo ryhtiä ja johdonmukaisuutta työskentelyyn. Sosiaaliterapeutti tarvitsee päihdetyössä paljon tervettä maalaisjärkeä ja välineitä pohdintaan. Ilman tietoja ja taitoja ei paraskaan luotu allianssi pysy, sillä etenevä hoito vaatii sisältöä, joka perustuu asiakkaan ongelmiinsa etsimiin ratkaisuihin ja työntekijän konsultin rooliin.

Toinen valmius on terapeutin **arvoperusta**, jota tässä ilmaisee myötätunto. Tähän kuuluvat terapeutin ihmiskäsitykseen ja eettiseen ajatteluun liittyvät näkökulmat. Arvoperusta on työntekijän henkilökohtainen kaikupohja, jolla hän voi tuntea yhteistä ihmisyyttä asiakkaan kanssa. Siihen liittyy myös kyky tuntea myötätuntoa asiakasta kohtaan.

Myötätunto on ammatillista empatiaa ja sympatiaa. Empatia tarkoittaa kykyä ymmärtää toisen henkilön tunteita ja asettaa itsensä toisen asemaan. Sympatiakin on myötätuntoa, mutta siinä missä sympatia on ”kanssa tuntemista”, on empatia toisen henkilön ”sisällistä ymmärtämistä”. Molemmat myötätunnon elementit ovat mukana ammattityössä. Sympatiaa tarvitaan, jotta päästään asiakkaan tarinan imuun. Silloin voidaan tuntea asiakkaan kanssa samoja tunteita. Empatia otetaan käyttöön, jotta ei mentäisi liikaa asiakkaan tarinaan mukaan. Silloin pyritään välttämään tuntemasta samoja tunteita kuin asiakas, jotta saadaan tilaa järkevälle ajattelulle.

Myötätunto voi perustua tietoon, että kaikilla ihmisillä on samanlainen myötäsytynäinen halu olla onnellinen ja päästä eroon kärsimyksestä. Kaikilla on oikeus tämän peruspyrkimyksensä toteuttamiseen. Tämän yleisen ja yhtäläisen perustan ymmärtäminen kasvattaa ja kehittää yhteenkuuluvuuden ja läheisyyden tunnetta muiden ihmisten kanssa. Silloin myötätunto perustuu toisen ihmisen oikeuksiin, eikä omiin projektioihin. Ihmistä, jota kohtaan tunnetaan myötätuntoa, ei tarvitse rakastaa tai hänen ei tarvitse olla läheinen saadakseen myötätuntoa. Työntekijä käyttää myötätuntoa työvälineenään, jolloin hän pyrkii toisen henkilön ymmärtämiseen. Ymmärrys tulee myötätunnon mukana ja ymmärrys on lopullinen päämäärä terapiassa. Sen johdosta tulee tuloksia ja

siihen perustuu koko vuorovaikutus. Terapeutilla on oltava henkistä tasapainoa ja reflektointikykyä. Työntekijä voi kehittää omaa myötätuntoaan ja sisäisiä valmiuksiaan reflektointiin.

Terapeutin toiminta voi alkaa muistuttaa kauppiaan työtä ilman myötätuntoa. Hän voi keskustella ja tuottaa uusia näkökulmia, mutta silloin jää pois se mikä on terapiatyölle ominaista. Se on toisen asemaan asettumista omassa mielikuvituksessaan ja toisen kanssa tuntemista ja toisen sisällistä ymmärtämistä. Terapian tarkoituksena on myötäelävä ymmärrys ja siihen tarvitaan inhimillistä tunneresonointia. Hallittu myötätunto on vuorovaikutuksen ydin. Ilman elävää myötätuntoa, myötätunnon kokemista, terapeutti uupuu nopeasti. Samaten hän voi havaita alkavan uupumuksensa juuri myötätunnon katoamisena.

Kolmas alue on **viestintävalmiudet**. Kiteytän tämän sanaan ystävällisyys. Siihen kuuluu hyvä kuuntelu ja kaikenlainen asiakkaan huomioonottaminen ja kunnioituksen osoittaminen. Tutkijat ovat yksimielisiä viestintävalmiuksien vaikutuksesta allianssin luomiseen ja hoidon tuloksiin. Hyvät viestintävalmiudet parantavat hoidon tulosta. Terapeutin tulee olla tietoinen sekä verbaalin että nonverbaalin viestinnän merkityksestä. Terapeutin käytös on välittäjä, väliaine, jonka avulla järkevä ajattelu ja myötätunto voivat ilmetä tuloksia tuottavana. Ilman ystävällisyyttä parhainkaan menetelmä tai suurinkaan myötätunto ei muutu asiakkaan tuntemaksi avuksi. Ystävällisyys on lempeää käytöstä, jossa on perustana toisen henkilön huomioonottaminen. Ystävällinen käytös voi myös muuttaa asiakkaan negatiivista näkökulmaa ja suhtautumista hoitoon. Epäystävällisyys tunnetusti karkottaa ihmisiä ja saa heidät tuntemaan itsensä ei-toivotuiksi ja se vie mahdollisuuden rakentaa allianssia. Ystävällisyys on viestintää, joka herättää hoidon kannalta rakentavia tuntemuksia.

Jos vuorovaikutuksen ydin on myötätunto, on ystävällisyys sen käyttövoima. Se on lääke, joka vaikuttaa heti ja pitkän aikaa. Päihdeasiakkaat ovat kokeneet kovia, usein lapsesta asti, ja heidän mielensä on monesti oppinut torjumaan kaikenlaiset interventiot ja vaikuttamisyrietykset silloin kun niistä ei ole välitöntä hyötyä. Ystävällisyydellä aiheutetaan myönteistä hämmennystä asiakkaan toisinaan puolustuskannalla olevaan ajatteluun.

Kyse on myös tämän tutkimuksen alussa esitellyistä terapianäkökulmista. Medikaalisessa mallissa psykoterapiaan suhtaudutaan perinteisen ”käypä hoito”-ajattelun mukaan. Sen rinnalle on noussut kontekstuaalinen malli, joka on lähellä sosiaalitieteiden ja sosiaalipsykologian vuorovaikutusnäkemystä. Tutkimuksessani yhdistän nämä näkemykset sosiaaliterapeutin

näkökulmasta. Käsitys menetelmistä hoidon tulokseen vaikuttavina tekijöinä on muuttunut, mutta niillä on edelleen merkittävä osuus terapiatyön rakenteen ylläpitäjänä. Ilman menetelmällistä tietoa ja taitoperustaa ei hyvää ja kestäväää terapiaa saada ylläpidettyä hyvänkään alun jälkeen. Mielestäni on kuitenkin syytä korostaa terapeutin pyrkimystä luoda hyvä terapeutin allianssi. Katson, että allianssin on osoitettu olevan ratkaiseva tekijä terapian lopputuloksen kannalta. Tässä on lisäksi osoitettu, että allianssin rakentamisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat terapeutin ominaisuudet ja valmiudet.

Tämän tutkimuksen kuluessa nousi myös kiinnostavia jatkotutkimusaiheita. Olisi mielenkiintoista tietää enemmän terapeutin arvoperustasta ja sen vaikutuksesta hoidon tulokseen. Samaten koulutuksen osuus edellä mainittujen valmiuksien kehittäjänä on kysymys, joka voi tuoda mielenkiintoisia tutkimusaiheita.

LÄHTEET

Julkaistut lähteet:

- Ackerman S.J. & Hilsenroth M.J. 2001. A review of therapist characteristic and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38 (2), 171-185.
- Ackerman S.J. & Hilsenroth M.J. 2003. A review of therapist characteristic and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* (23), 1-33.
- van Andel P., Erdman R.A., Karsdorp P.A., Appels A. & Trijsburg R.W. 2003. Group cohesion and working alliance : prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioural group psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatic* 72 (3), 141-149.
- Ahonen J. 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955-2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja 51. Helsinki.
- Arnkil T.E. & Eriksson E. 1995. Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. *Stakes tutkimuksia* 51. Helsinki.
- Babor T.F. & Del Boca F.K. 2003. (ed.) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: University Press.
- BAC (British Association for Counselling). *Lainaus: Code of ethics and practice for counsellors*. 20. Rugby: BAC. Teoksessa P. Clarkson (toim.). 1998. *Counselling Psychology. Integrating Theory, Research, and Supervised Practice*. London: Routledge.
- Berg K.I. & Miller S.D. 1994. Ihmeitä tapahtuu. Alkoholiongelmien ratkaisukeskeinen hoito. Helsinki: Lyhytterapia-Instituutti.
- Bergin A.E. & Garfield S.L. 1994. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4. painos. New York: Wiley.
- Bion W.R. 1979. Kokemuksia ryhmistä. Ryhmädynamiikka psykoanalyysin näkökulmasta. Espoo: Weilin+Göös.
- Blais M.A. 2004. Development of an Impatient Treatment Alliance Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192 (7), 487-493.
- Bordin E.S. 1975. The Working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at a symposium of American Psychological Association. Washington

DC.

- Bordin E.S. 1976. The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (16), 252-260.
- Bordin E.S. 1980. Of human bonds that bind or free. Presidential address delivered at the meeting of Society for Psychotherapy Research. Pacific Grove CA.
- Buchanan D.R. 1980. The Central Concern model, A framework for Structuring Psychodramatic Production. *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* 23, 47-62.
- Budman S.H., Soldz S., Demby A., Feldstein M. Springer T. & Davis M.S. 1989. *Psychiatry* 52 (3), 339-50.
- Castonguay L.G. 2006. The Working Alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (3), 271-279.
- Clarkson P. & Pokorny M. (toim.) 1994. *Handbook of Psychotherapy*. London: Routledge.
- Clarkson P. 1998. *Counselling psychology. The next decade*. Teoksessa P. Clarkson (toim.). *Counselling Psychology. Integrating Theory, Research and Supervised Practice*. London: Routledge.
- Couch C.J. 1986. Elementary forms of social activity. Teoksessa S. Stanley & M. Katovick (toim.) *Studies in the symbolic interaction research annual: The Iowa's school*. Supplement 2, Part 2A. Greenwich Connecticut: JAI Press, 113-139.
- Dalai lama & Cutler H.C. 2002. *Onnellisuuden taito*. Helsinki: Tammi.
- DiClemente C.C. & Hughes S. 1990. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* (2), 217-235.
- DiClemente C.C. & Prochaska J. 1998. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. Teoksessa Miller W. & Heather N. (toim.). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press.
- DiClemente C.C., Carroll K.M., Connors G.J., Donovan D.M. & Miller W.R. 2003. A look inside treatment: therapist effects, the therapeutic alliance, and the process of intentional behavior change. Teoksessa Babor T.F. & Del Boca F.K. *Treatment Matching in alcoholism*. Cambridge: University Press.
- Dunn H. 2002. *Cognitive therapy for psychosis*. Teoksessa Morrison A.P. (toim.). *A casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. Hove: Brunner-Routledge.
- Eysenck H.J. 1952. The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology* 5.
- Freedman A.M., Kaplan H.I. & Shadock B.J. 1985. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2. Baltimore: Williams & Wilkins. Teoksessa P. Clarkson (toim.) 1998. *Counselling Psychology. Integrating Theory, Research and Supervised*

Practice. London: Routledge.

- Freud S. 1958. The dynamics of transference. Teoksessa J.Starchey (ed). The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London. Hogarth Press. (Alkuperäinen julkaisu 1912). 99-108.
- Gaston L: & Marmar C. 1994. The California Psychotherapy Alliance Scales. Teoksessa A.O. Horvath & Greenberg (toim.) The working alliance: Theory, research and practice. New York: Wiley. 85-108.
- Greenson R.R. 1965. Technique and practice of psychoanalysis. New York. International University Press.
- Greenberg L.S. & Pinsof W.M. 1986. (toim.) The psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford.
- Harper-Giuffre J. & MacKenzie K.R. (toim.). Group psychotherapy for eating disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hintikka U. 2002. Terapeuttinen yhteistyösuhde ja kognitiivinen suoriutuminen nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa. Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Psykologian laitoksen lisensiaattityö.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Horvath A.O. 1981. An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation. Vancouver. Canada.
- Horvath A.O. & Greenberg L.S. 1989. Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology* 36 (2), 223-233.
- Horvath A.O. & Greenberg L.S. 1994. The Working Alliance: Theory, Research and Practice. New York: Wiley.
- Horvath A.O. & Symonds B.D. 1991. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38, 139-149.
- Horvath.A.O. & Luborsky L. 1993. The role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (4), 561-573.
- Horvath A.O. 2000. The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Psychotherapy in Practice* 56 (2), 163-173.
- Horvath A.O. 2001. The Alliance. *Psychotherapy* 38 (4), 365-372.
- Horvath A.O. 2006. The Alliance in Context: accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (3), 258-263.
- Jaatinen J. 1996. Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. *Stakes tutkimuksia* 72.

- Jauhiainen R. & Eskola M. 1994. Ryhmäilmiö. Helsinki: WSOY.
- Jokinen A., Suoninen E. & Wahlström J. 2000. Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa Jokinen A. & Suoninen E. Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino.
- Juhila K. 2004. Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. *Janus* 12 (2), 155-183.
- Kanninen K. 1999. Kiintymysmallit, trauma ja terapeutin allianssi. *Psykoterapia* (3), 22-28.
- Kopakkala A. 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Edita. Helsinki.
- Kuronen M. 2004. Sosiaalityön tutkimuksen ja käytännön jaettu kiinnostus vuorovaikutukseen ja kieleen. *Janus* 12 (2), 217-225.
- Kuusisto K. 2004. Spontaani toipuminen alkoholiongelmasta. *Yhteiskuntapolitiikka* (6), 619-627.
- Lacrosse M.B. 1980. Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology* 27, 320-327.
- Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulu University Library. Oulu.
- Leiman M. 2004. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 120, 2645-53.
- Lewin K. 1935. *A Dynamic Theory of Personality. Selected papers of Kurt Lewin.* McGraw-Hill. New York.
- Lewin K. 1955. "Subjective" and "Objective" Elements in the Social Field. The Three Step Procedure. Teoksessa Hare. A. Paul, Borgatta Edgar F. & Bales Robert F. *Small Groups. Studies in Social Interaction.* New York: Alfred A. Knopf. 95-98.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Alexander L., Margolis M & Cohen M. 1983. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, 480-491.
- Marmar C.R., Weiss D.S. & Gaston L. 1989. Toward the validation of the California therapeutic alliance rating system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1), 46-52.
- Marziali E. 1984. Three viewpoint on the therapeutic alliance scales: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous Disease.* 172, 417-423.
- Meissner W.W. 2006. The therapeutic alliance – A proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (3), 264-270.
- Miller S. & Hubble M. & Duncan B. 1995. No more bells and whistles. *Family Therapy Networker* (19), 53-63.

- Miller S.D. 2005. Asiakastyön ytimessä – mikä todella toimii. Ratkes ry:n juhlaseminaarijulkaisu. Helsinki: Ratkaisu- ja voimavarakeskeisten menetelmien edistämisyhdistys.
- Miller W., Benefield R. & Tonigan J. 1993. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (61), 455-461.
- Miller W.R. & Rollnick S. 1991. *Motivational Interviewing. Preparing People to Change.* New York: Guilford Press.
- Miller W.R. & Rollnick S. 2002. *Motivational Interviewing. Preparing People to Change. 2.Edition.* New York: Guilford Press.
- Moreno J.L. 1961. The Role Concept: A Bridge Between Psychiatry and Sociology. *American Journal of Psychiatry*. Vol 118.
- Moreno J.L. 1977. *Psychodrama. Vol 1.* New York: Beacon House.
- Murto K. 1997. *Yhteisöhoidon suuntauksia.* Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus.
- Munnukka T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375.* Tampere.
- Mönkkönen K. 1998. Dialogisuus ja vuorovaikutuksesta syrjäytyminen. Sosiaalipsykologinen ja sosiaalipedagoginen orientoituminen nuorten kanssa tehtävässä työssä. Kuopion yliopiston sosiaalitieteiden laitos. Lisensiaattitutkimus.
- Mönkkönen K. 2001. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (5), 432-447.
- Niemistö. R. 1998. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki.
- Nordcross J.C. 2002. *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press.
- Oksanen J. 2003. *Katkaisuhoitossa ryhmä auttaa tutkimaan muutosta.* *Tiimi* 2, 4-7.
- Parloff M.P. 1992. *Analytic Group Psychotherapy.* Teoksessa Harper-Giuffre J. & MacKenzie K.R. (toim.)1992. *Group psychotherapy for eating disorders.* 233-257. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Peele S. 2004. *Miten voitat riippuvuudet.* Helsinki: Rasalas Kustannus.
- Pietrofesa J.J., Hoffman A., Splete H.H. & Pinto D.V. 1978. *Counseling: Theory, Research and Practice.* Chicago: Rand McNally college publishing company.
- Pölonen R. & Sitolahti T. 2003. *Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Ristaniemi T. 2005. *Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”.* Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Helsingin yliopisto.

Yhteiskuntapolitiikan laitos. Lisensiaattitutkimus.

Rogers C.R. 1951. Client-centered therapy. Cambridge: Riverside Press.

Rogers.C.R. 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 22, 95-103.

Saarnio P. 1997. Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimisesta. *Perheterapia* (4), 34-39.

Saarnio P. 2001. Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* (3), 224-232.

Saarnio P. 2002a. Mikä tepsii psykoterapiassa? Kirja-arvostelu: Bruce E. Wampold. 2001. *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings.* *Yhteiskuntapolitiikka* (2), 186-187.

Saarnio P. 2002b. Miehet ja naiset päihdehoidossa: kolme empiiristä tutkimustulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* (3), 269-273.

Saarnio P. 2004. Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa punomassa. *Yhteiskuntapolitiikka* (3), 287-299.

Saarnio P. & Knuuttila V. 2003a. Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. *Psykologia*. 38 (1), 269-273.

Saarnio P. & Knuuttila V. 2003b. A study of risk factors in dropping out from treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use*. 8 (1), 33-38.

Safran J.D. 2006. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 43 (3), 286-291.

Salminen H. 1997. Ryhmäanalyysin perusteet. Suomen Mielenterveysseura. Koulutuskeskus. SMS-julkaisut. Helsinki.

Shaw M.E. 1981. *Group Dynamic. The Psychology of Small Group Behavior.* New York: McGraw-Hill Book Company.

Sigrell B. 1974. *Psykoterapia.* Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Sorsa M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Strong S.R. 1968. Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology* 15, 215-224.

Strupp H.H. & Hadley S.W. 1979. Specific versus nonpecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archival General Psychiatry* 36, 1125-36.

Strupp H.H. 1998. The Vanderbilt I study revisited. *Psychotherapy Research* 8, 17-29.

Suh C.S., O'Malley S.S. & Strupp H.H. 1986. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). Teoksessa L.S.Greenberg & Pinsof

W.M. (toim.). The psychotherapeutic process: A research handbook. 285-324.
New York: Guilford.

- Suhonen H. & Murto L. 2002. Menetetyt hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 40. Helsinki.
- Suoninen E. 2000. 'Tanssilajit ja -tyylit asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa Jokinen A. & Suoninen E. (toim.). Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino.
- Särkelä.A. 2001. Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
- Tuckman B.W. 1965. Developmental Sequences in Small Groups. Psychological Bulletin (63), 384-399.
- Tuckman B.W. & Jensen M.A.C. 1977. Stages of Small Group Development Revisited. Group and Organizational Studies (2), 419-427.
- Tuominen T. 2005. Skitsofreniapotilaan kognitiivinen psykoterapia. Kognitiivinen psykoterapia verkkolehti 2 (1), 44-69.
- Turquet P.M. 1975. Threats to identity in the large group. Teoksessa Kreeger L. 1975. The large group: dynamics and therapy. Costable.
- Valle S. 1981. Interpersonal functioning of alcoholism counsellors and treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol (42), 783-790.
- Wampold B.E. 2001. The Great Psychotherapy Debate. Models, methods and findings. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Williams A. 1989. The Passionate technique. Strategic Psychodrama with Individuals, Families and Groups. New York: Tavistock/Routledge.
- Yalom I.D. 1975. The theory and practice of group psychotherapy. Second edition. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Internetlähteet:

- Käypä hoito. 2006. Huumeongelmaisten hoito. www.kaypahoito.fi.
Luettu: 9.10.2006.

Leiman M. 2006. Johdantoluento 21.3.2006. Joensuun Yliopisto.

www.joensuu.fi/Noot/ML/esitykset.htm-3k-

Luettu: 13.11.2006.

Stakes. Päihdepalveluiden laatusuosituksen. 2002.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/tiivistelma.htm>

Luettu: 11.11.2006.

www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut. A-klinikkasäätiö.2006.

www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/index.html.

Luettu: 24.9.2006.

www.mol.fi. Työvoimaministerö. Sosiaaliterapeutti. www.mol.fi/webammatti.cgi?

Luettu: 22.11.2006.

www.valt.helsinki.fi. Sosnet. 2006. Sosiaalityön menetelmät. Psykososiaalinen muutostyö.

Helsingin yliopisto. www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/psyksostapa.htm.

Luettu: 25.11.2006.