

# MITEN TUTKIA HOITOMALLIEN TOIMIVUUTTA?

ANJA KOSKI-JÄNNES

Vuonna 1961 Kettil Bruun ja Touko Markkanen julkaisivat yhdessä Eero Tuomisen kanssa teoksensa ”Onko alkoholismi parannettavissa? Kokeellinen tutkimus nykyaikaisen alkoholistipoliklinikan hoitotuloksista”. Se oli ensimmäinen maassamme tehty umpimähkäistetty ja kontrolloitu hoitotulostutkimus. Siinä verrattiin tuolloin vastikään käynnistettyä psykologista hoito-otetta korostavaa A-klinikkahoitoa Hesperian sairaalassa annettuun lääkehoitoon. Lääkkeenä käytettiin antabusta. Hoitomuotojen tehokkuudessa ei havaittu merkitseviä eroja. Bruun ja Markkanen arvelivat tämän johtuneen siitä, että ulkoisista eroista huolimatta hoito oli pohjimmiltaan samantapaista molemmissa paikoissa.

Tulos oli ilmeinen pettymys tutkijoille – olihan heidän taustaorganisaationsa Alkoholitutkimussäätiö juuri paria vuotta aiemmin ollut perustamassa ensimmäistä A-klinikkaa maahamme. Tutkijat asettivatkin raporttinsa lopussa kaikesta huolimatta puolustamaan A-klinikkahoitoa ennen kaikkea sen aatteellisen perustan takia. Keskeistä siinä olivat mm. hoidon tapahtuminen normaalielämän puitteissa ja sen vapaaehtoisuus, ajatus eri hoito-henkilöiden yhteistyöstä ja psykologisen lähestymistavan korostaminen moraalinäkökohtien sijasta. Kaikkea tätä tutkijat siis puolisivat ”alkoholistien hoito-aatteista tällä hetkellä parhaana mahdollisena” (Bruun & Markkanen 1961, 78).

Lectio praecursoria 9.10.1992 Helsingin yliopiston valtiotieteellisessä tiedekunnassa.

Bruunin ja Markkasen työ oli paitsi maassamme ensimmäinen myös esimerkillisen hyvin tehty hoitotutkimus. Se on merkittäväällä tavalla ohjannut myös sitä ajattelua, jolle nyt tarkastettavana oleva työ perustuu. Tutkimuksissa onkin paljon yhteistä. Molemmissa tapauksissa – samoin kuin myös Lauri Keson vuonna 1988 julkaisemassa Kalliolan ja Järvenpään sosiaalisairaalan vertailussa – kyse on uudenlaisen, pääasiassa Pohjois-Amerikassa kehitetyn hoitoajattelun sovittamisesta suomalaiseseen todellisuuteen. Yhteistä tutkimuksissa on myös se, että uusi hoito ei osoittautunut niin ylivertaiseksi, kuin koetta aloitettaessa ehkä odotettiin. Ja monet niistä havainnoista, joita Bruun työtovereineen teki jo 30 vuotta sitten, toistuvat nekin oman työni tuloksissa. Esimerkiksi raittiustavoite ja AA:laisuus näyttävät yhä vaikuttavan myönteisesti hoidon onnistumiseen. Ja erilaisten hoitomallien havaitaan soveltuvan erityyppisille ihmisille.

Viimeksi mainittua havaintoa piti nuori Antti Eskola Bruunin ja kumppanien kirjan kiinnostavimpana antina. Sitä arvioidessaan Eskola (1962, 63) totesikin: ”Maallikot, ja joskus tutkijatkin, tekevät helposti sen virheen, että he asettavat kysymykset liian yksinkertaisesti: Vaikuttaako televisio lapsiin? Onko mainonnasta hyötyä? Onko alkoholismi parannettavissa? Nämä kysymykset ovat pahimmassa tapauksessa mielettömiä ja parhaassakin mielenkiinnottomia, sillä esim. television vaikutus lapseen, mainonnan vaikutus myyntiin ja hoidon vaikutus alkoholistiin

on riippuvainen sangen monista tekijöistä. Kysymyksen pääpaino pitäisi olla niissä tekijöissä ja olosuhteissa, jotka säätelevät television, mainonnan tai alkoholistien hoidon vaikutuksia.” Eskolan ajatusta mukailleen ei siis pitäisi niinkään pohtia, onko jokin terapia parempi kuin jokin toinen, vaan on kysyttävä, millä edellytyksillä jokin terapiamalli toimii ja millä se ei toimi, eli minkälaisissa olosuhteissa ja millaisille ihmisille siitä on tai ei ole apua. Näkemykseen on helppo yhtyä. Sitä edustaa myös vastikään ilmestynyt U.S. Institute of Medicineen komitearaportti *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Tutkimukseni tulokset antoivat viitteitä siitä, miten kysymykseen voidaan vastata tässä tarkasteltavan hoitomallin osalta.

#### HOITOIDEOLOGIOISTA ASIAKKAIDEN ITSEHOIDON VÄLINEISIIN

Lukuisista yhtymäkohdista huolimatta oma tutkimukseni myös eroaa monissa suhteissa Bruunin ja kumppanien tutkimuksesta niin kohderyhmän, menetelmien, tutkijan roolin kuin tutkimusasetelmansakin osalta. Hoidon kannalta merkittävin ero koskee tutkimusintressejä. Siinä, missä edeltäjäni kiinnosti uuden *hoitoideologian* vaikutus hoidon tuloksellisuuteen, oman työni painopiste on pikemminkin päihdeongelmallisille tarjotuissa selviytymisen *välineissä* ja niiden vaikutuksissa. Kysymykseni kuuluu, voivatko päihdehuollon asiakkaat hyötyä enemmän sellaisesta hoidosta, jossa he saavat käytännössä opetella erilaisia itsehallinnan taitoja, kuin pelkästä keskusteluterapiasta sen eri muodoissa.

Se itsehallinnan välineistö, jota työssäni tarkastelen, on tyypiltään ”kognitiivis-behavioraalista”. Tämä tarkoittaa sitä, että hoidossa kiinnitetään huomiota yhtäältä päihdehuollon asiakkaan kognitiivisiin prosesseihin eli hänen ajatteluunsa tai ”sisäiseen puheeseensa”, hänen odotuksiinsa ja uskomuksiinsa ja toisaalta niihin taitoihin ja käyttäytymisvalmiuksiin, joita hän tarvitsee selviytyäk-

seen juomishoukutuksista ja saadakseen elämälleen muuta sisältöä kuin päihtymyksen.

Tämän lähestymistavan mielekkyyttä on helppo puolustaa. Tutkimukset osoittavat, että ihmisen odotuksilla, uskomuksilla ja tapahtumien tulkinnoilla on voimakas yhteys hänen toipumismahdollisuuksiinsa (Cooper & al. 1988; Rohsenow & al. 1989). Kognitiivinen lähestymistapa tarjoaa tilaisuuden tutkia ja kyseenalaistaa päihderiippuvuutta ylläpitäviä uskomuksia ja ajattelutapoja. Jos ihminen esimerkiksi näkee itsensä ”oman menneisyytensä uhrina” ja juomisensa ”luonteen heikkoutena” tai ”kohtalona”, hän on todennäköisesti vähemmän altis yrittämään muutosta kuin jos hän tulkitsee sen pääasiassa opitukseksi haitalliseksi toimintamalliksi, josta voidaan oppia poisikin. Ja jos hän uskoo, että humalan suoma unohdus on paras ratkaisu elämän ongelmiin, hän ei todennäköisesti yritäkään etsiä muita, rakentavampia ratkaisuja. Toisaalta jos hän viimein uskoo ”saavuttaneensa pohjan” – mikä se sitten kunkin kohdalla on – hän yrittää ehkä ensimmäistä kertaa elämässään tosissaan päästä eroon alkoholista. Ihmisen uskomukset ja elämänilmiölle antamat tulkinnat vaikuttavat siis olennaisesti hänen muutosvalmiuteensa. Siksi niiden käsittely on tärkeää addiktio-ongelmiin yhteydessä.

Toiseksi kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa tarjoaa myös mahdollisuuden uusien toimintavalmiuksien harjoitteluun ja omaksumiseen. Kyky kieltäytyä tarjolla olevista alkoholijuomista on taito, jota voidaan käytännössä harjoitella. Samoin voidaan oppia ennakoimaan retkahdusvaaran sisältäviä tilanteita. Juomista edeltävien ja seuraavien ulkoisten ja sisäisten tapahtumien erittely kuuluu olennaisena osana itsehallinnan lisäämismenetelmien arsenaaliin. Tältä pohjalta voidaan kehittää selviytymistä vaaratilanteista – kuivaharjoitteluna.

Tutkimassani hoito-ohjelmassa pyrittiin vähentämään hoidon jälkeistä retkahdusalttiutta. Retkahduksella ei tässä tarkoiteta satunnaista alkoholin käyttöä vaan paluuta hoitoa

edeltäneisiin tai muuten haitallisiin juomistottumuksiin. Mallina käytettiin Pohjois-Amerikassa kehitettyjä kognitiivis-behavioraalisia hoito-ohjelmia ja retkahduksen ehkäisyohjelmia. Mallia piti tosin muokata, kun tutkimuksen alkuvaiheessa tehdyt haastattelut paljastivat joukon erityispiirteitä suomalaisten tavasta ratketa juomaan raittiiden kausien jälkeen. Retkahduspaineita aiheutti täällä kielteisten tunnetilojen ohella erityisesti juomisen ulkoisen kontrollin höltyminen. Eli kun on tilaisuus juoda, meistä helposti tuntuu, että on synti jättää se käyttämättä. Kehitettyssä ohjelmassa tätä suhtautumistapaa yritettiin asettaa kyseenalaiseksi.

#### MITÄ LÖYDETTIIN?

No, hyvä. Tutkitun ohjelman intentiota on siis helppo perustella. Mutta vaikka uusi ohjelma tuotti hieman parempia tuloksia kuin vertailuohjelmat yhteensä, niin tilastollisesti merkitsevää paremmuutta ei havaittu kuin muutamissa tulosuunnissa. Mistä tämä johtui?

Yksi este selvien tuloseröjen syntymiselle löytyy siitä kontekstista, jossa tutkimus tehtiin. Useimmissa ulkomaisissa tutkimuksissa hoitokokeilu on tehty valikoiduilla populaatioilla erityisolosuhteissa ja hoitajina ovat toimineet hyvin koulutetut ja asiastaan innostuneet psykologit. Tämä tutkimus taas toteutettiin kenttäolosuhteissa olemassa olevan laitoksen henkilökunnan voimin suhteellisen valikoimattomalla otoksella. Tarkoituksena ei ollut tutkia ideaalista hoitoa ihanneolosuhteissa vaan reaalista hoitoa todellisissa olosuhteissa ja laitoksen asiakaskuntaa mahdollisimman hyvin edustavalla otoksella.

Sen lisäksi koeryhmän vetäjien koulutus oli minimaalista. Aineistoa oli tutkimuksen aikarajojen takia ruvettava keräämään jo siinä vaiheessa, kun ryhmänvetäjät vasta opettelivat uutta työskentelytapaa. Koeryhmän vetäjät olivat siis poikkeuksetta noviiseja uuden ohjelman toteuttajina, kun taas vertailuryhmän terapeutit työskentelivät usein jo vuosia

käyttamiensä mallien pohjalta. Koska terapeutin kokeneisuudella on vaikutusta hoidon onnistumiseen, tämä seikka heikensi tutkimusasetelmaa.

Tutkimusasetelmassa oli epäilemättä myös muita rajoituksia, jotka vähensivät mahdollisuutta saada esille selviä tuloseröjä. Siksi onkin ilahduttavaa, että ne merkitsevät erot, joita löydettiin, olivat retkahduksen ehkäisyn kannalta keskeisiä. Ensinnäkin havaittiin, että koeryhmän jäsenet saivat keskimäärin yhdeksän päivää vähemmän täydentävää laitoshoidoa seurantavuoden aikana kuin vertailuryhmän jäsenet. Ero ei ehkä näytä suurelta, mutta jos ajatellaan, että Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidettiin tuolloin noin 700 asiakasta vuodessa, ja jos he kaikki olisivat tarvinneet tämän verran vähemmän laitoshoidoa seuraavan vuoden aikana, olisi Suomen kunnilta säästynyt vuodessa yli 1,5 miljoonaa markkaa yksinomaan Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaiden hoitokuluina.

Sen lisäksi ilmeni, että koeryhmän jäsenet käyttivät seurantavuoden aikana merkitsevästi vähemmän yhteiskunnan päihdeongelmallisille tarjoamia asumispalveluja ja että heille tuli merkitsevästi vähemmän putkakäyntejä ensimmäisen puolen vuoden aikana. Hoitokustannuksia voidaan siis ilmeisesti supistaa muillakin keinoin kuin huoltoloita ja A-klinikoita lakkauttamalla, kuten nyt tapahtuu. Hoidon tehostaminen ja hoitajien ammattitaidon kehittäminen vähentävät pitkällä tähtäimellä laitoshoidon tarvetta ja merkitsevät siten säästöjä kuntien budjeteissa. Ymmärrän kuitenkin, ettei kognitiivis-behavioraalista terapiaa ole viisasta pönkittää vain konjunktuuriperustein – edes laman aikana.

Hoitoverailun ohella tutkimus toi esille muita kiinnostavia asioita. Se osoitti mm., että laitoshoidon vaikutuksia voidaan ylläpitää paremmin, jos asiakkaat saadaan motivoitua lähettämään juomiskirjanpitonsa hoitolaitokseen hoidon jälkeen. Ja se osoitti, että ihmisen sosiaalisilla suhteilla on erittäin suuri vaikutus hänen mahdollisuuksiinsa ja haluunsa harrastaa juomisen itsehallintaa. Raittiutta

tukevat suhteet auttavat ihmistä selviytymään. Tällaisia suhteita tarjoavat vastuu lapsista, puoliso joka ei harrasta asiakkaan kanssa juopottelua, AA, riittävä osallistuminen ryhmäterapiaan jne. On kiinnostavaa, että nämä ihmissuhdemuuttajat ennustivat selviytymistä paremmin kuin jokin hoito-ohjelma, juomisen useus, alkoholiriippuvuuden aste, työtilanne, sukupuoli tai muut tässä käytetyt taustamuuttajat. Kognitiivis-behavioraalisia ohjelmia tulisikin ilmeisesti täydentää esimerkiksi verkostoterapialla, jossa tukea alkoholistin muutokselle etsitään hänen omaisiltaan, ystäviltilään ja työtovereiltaan. Tätä yhdistelmää on tietääkseni hyvällä menestyksellä kokeiltu esimerkiksi Ventuskartanossa Kokkolassa.

#### LOPPUKANEETTI

Kaiken kaikkiaan siis uskon, että tässä tutkitua hoitomallia kehittämällä ja täydentämällä

siitä voi olla enemmänkin apua päihdeongelmallisille. Toisaalta näin sanoessani huomaan olevani samantyyppisessä tilanteessa kuin Bruun ja Markkanen olivat 30 vuotta sitten suhteessa A-klinikkahoitoon: murskaevindenssin puutteessa joudun puolustamaan uutta hoitoa pikemminkin uskon kuin tiedon pohjalta. Valinta ei välttämättä ole huono, kuten osoittaa myös Bruunin ja Markkasen ratkaisu. A-klinikkajärjestelmän takia Suomessa on nykyään ainutlaatuisen hyvä ja laaja avohoito-organisaatio päihdeongelmallisille. A-klinikkahoitoa on kehitetty, ja se on rikastanut päihdehuollon kenttää suuresti. Mikäli mitään tämänsuuntaista seuraa tutkimukseni kokeiltujen menetelmien soveltamisesta kenttätööhön, työni ei ole ollut turhaa. Todellinen kehitys edellyttää kuitenkin tutkimuksen ja hoidon yhteensovittamista ja vuorovaikutusta. Vain sitä kautta voidaan vähitellen tämentää tietoa siitä, millä ehdoilla mikäkin hoito sopii minkäkin tyyppisille ihmisille.

#### KIRJALLISUUS

Bruun, K. & Markkanen, T.: Onko alkoholismi parannettavissa? Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja n:o 11. Helsinki 1961

Cooper, M. L. & Russell, M. & George, W. H.: Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology* 97 (1988), 218–230

Eskola, A.: Alkoholismi ja sen parantaminen. *Alkoholipolitiikka* 27 (1962), 60–64

Keso, L.: Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki: Research Unit of Alcohol Diseases, Helsinki University Central Hospital, 1988

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R.: Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford

Press, 1985

Ogborne, A. C.: Controlled evaluative studies of treatment for alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.* 284 (1980), 62, 66–76

Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. & Zwick, W. R. & Nirenberg, T. D. & Liepman, M. R. & Binkoff, J. A. & Abrams, D. B.: Irrational beliefs, urges to drink and drinking among alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 50 (1989): 5, 461–464

Sanchez-Craig, M.: Therapist's manual for secondary prevention of alcohol problems. Procedures for teaching moderate drinking and abstinence. Toronto: Addiction Research Foundation, 1984

U.S. Institute of Medicine: Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, D. C.: National Academy Press, 1990.