

Sosiaalipedagoginen sosiaalityö päihdetyössä

Juha Santala

Markkinoistuvat ja medikalisoituvat päihdepalvelut ovat suuris-
sa vaikeuksissa moninaistuvaa ja monimutkaistuvaa syrjäy-
tymisongelmaa käsitellessään. Päihdepalvelujen lääketieteellistymi-
nen hämärtää sosiaalisen merkitystä, jolloin ongelmakäytön fyysisiä
ja henkisiä oireita hoidetaan irrallaan muusta elämästä. Sosiaalisen
unohtaminen saattaa johtaa päihde-ehtoisten asiakkaiden huonoon
kohteluun ja palveluun. Lääketieteellisen ja järjestelmäkeskeisen nä-
kökulman voimistumisen vastapainoksi päihdepalveluissa tarvitaan
sosiaalisen eetoksen vahvistamista – so. selkeää asettumista heikko-
osaisimpien puolelle ja asiakaslähtöisen toimintatavan vahvistamista.
(Murto 2008.) Perinteisen sosiaalityön näkökulman lisäksi tarvitaan
erityisesti ns. sosiokulttuurisen työotteen voimistamista päihdetyössä.

Sosiaalipedagoginen teoria perinteineen tarjoaa sosiaalityölle ko-
konaisvaltaisen ja asiakaslähtöisen filosofian sosiokulttuurisen sosiaa-
li- ja päihdetyön perustaksi. Kirjoituksen tavoitteena on tarkastella ja
selventää sosiaalipedagogisen sosiaalityön näkökulmaa päihdetyös-
sä erityisesti Paulo Freiren (2005) ajattelun näkökulmasta. Lähes-
tyn aihetta dialogin ja antidialogin käsitteiden avulla ja etsin dialo-
gisen päihdetyön lähtökohtia ja sitä estäviä tekijöitä. Dialogi kuvaa
toimintaa, jossa vapaat subjektit voivat osallistua yhteiseen, itseään
koskevaan päätöksentekoon ja maailmaa rakennetaan yhteisessä vuo-
rovaikutuksessa. Vapauden vastakohta on sorto, jolloin osaa ihmisiä

kohdellaan objekteina ja heidän osallistumisestaan päätöksentekoon pyritään estämään. Tällainen toiminta on antialogista. (Hannula 2000.)

Läpitemnologisoituneessa yhteiskunnassa järjen rationalistis-tek-ninen muoto saa ylivalan välineellisenä järkenä, joka kattaa kaikki elämän osa-alueet (Horkheimer 2008). Välineellisen järjen päämääränä on eri elämänilmiöiden hallinta ja kontrolli. Tekninen ja taloudellinen ajattelu- ja toimintatapa vaikuttaa lisääntyvän myös suomalaisissa päihdepalveluissa (Murto 2008), mikä osaltaan heikentää dialogisen työorientaation mahdollisuuksia päihdetyössä. Kirjoituksen lähtökoh-tana on, että päihdetyön asiantuntijoiden ja työntekijöiden olisi hyvä tiedostaa palvelujärjestelmään liittyvät anti-dialogiset käytänteet sekä niitä ylläpitävät myyttiset ja ideologiset käsitykset päih-teidenkäyttäjistä, jotta kykenisimme muuttamaan järjestelmää entistä asiakaslähtöisemmäksi ja osallistavammaksi. Päihdetyössä tarve on ilmeinen, sillä päih-teiden käyttäjien nykyinen ja alati medikalisoituva palvelujärjestelmä perustuu suomalaisen päihdehuollon historiallisiin juuriin, jotka kärjistettynä ovat pakko, rangaistus, laitos, kuri ja kont-rolli (Kaukonen 2001, 163).

Kirjoituksen toisena lähtökohtana on, että sosiaalisen päihdetyön puolustaminen ja vahvistaminen edellyttää sosiaalisen asiantuntijoilta yhä tarkempaa ja selkeämpää oman alansa ammatti-identiteetin ja sen sosiaalisen eetoksen ymmärtämistä suhteessa muihin ammatillisiin nä-kökulmiin. Ensinnäkin sosiaalityö päihdetyössä ei ole kuntoutusta, te-rapiaa tai hoitoa. Kuntoutusta ja terapiaa tärkeämpää on sosiaalihuolto eli asiakkaan perustarpeista huolehtiminen, koska niistä tinkiminen lisää kuntoutuksen ja terapian tarvetta. Hoitoa päihdetyön sosiaalityö ei ole etenkään silloin, kun päihdeongelmaa lähestytään lääketieteel-liseen tietoon perustuvana sairauden tai päihderiippuvuuden hoitami-sena. Tällöin päih-teiden ongelmakäyttäjät diagnosoidaan sairaaksi, ja usein vielä parantumattomasti sairaaksi alkoholistiksi tai narkomaa-niksi, jolle määrätään erilaisia psykososiaalisia hoitoja, terapiota ja lääkkeitä. Myös hoidon tavoite, raittius, on ennaltamäärätty. Lääketie-dejohtoisessa hoidossa työntekijä on asiakkaan sairauden asiantuntija eli subjekti ja asiakas hänelle määrättyjen hoitotoimenpiteiden kohde eli objekti. (Järvikoski 1994, 127–134; Juhila 2006, 84–92.) Sairaus-

näkökulma johtaakin helposti moniin asiakkaan ja työntekijän välisen vuorovaikutussuhteen kannalta kielteisiin seurauksiin.

Aluksi tarkastelen lääketiedeperustaiseen hoitomalliin liittyviä anti-dialogisia käsityksiä, ajatuksia ja uskomuksia päihteidenkäytöstä ja päihteiden käyttäjistä, jotka johtavat asiakasta objektivoihin ja passivoiviin työkäytänteisiin ja hoitofilosofiaan. Toiseksi esittelen anti-dialogisille lähestymistavoille vaihtoehtoisia eli dialogisia ajattelutapoja ja työkäytänteitä päihdetyöhön. Lopuksi käsittelen sosiaalityön ja erityisesti sosiaalipedagogisen sosiaalityön lähtökohtia arjen päihdetyössä.

Sairauskeskeisen hoitomallin anti-dialogisuus

Sairauskeskeisessä hoitomallissa asiakkaan on ensin tunnustettava sairautensa, jonka jälkeen hoitoprosessissa voidaan edetä. Usein asiakkaat eivät ole valmiita omaksumaan heille tarjottua sairaan alkoholistin identiteettiä, minkä ei luulisi tulevan kenellekään yllätyksenä. Tästä huolimatta työntekijä pyrkii saamaan asiakkaan vakuuttuneeksi omasta sairaudestaan vetoamalla asiantuntija-auktoriteettiinsa ja lääketieteellisiin faktoihin juomisen vaaroista ja seurauksista. Asiakas ei aina tunnista itseään asiantuntijan hänestä ja hänen elämästään tekemästä diagnoosista eikä hyväksy sitä. (Arminen & Perälä 2001.) Jos alkoholistit eivät tunnusta olevansa sairaita alkoholisteja tai myönnä kärsivänsä alkoholiongelmasta, heidät saatetaan leimata epärehellisiksi tai sairaudentunnottomiksi. Ja koska he eivät aina kerro totuutta päihteidenkäytöstään ja sen seurauksista, saatetaan ryhtyä epäilemään asiakkaan motivaatiota ja moraalista ryhtiä (Weckroth 2006). Ammattilaiset eivät luota päihteitä käyttäviin asiakkaisiin, ja käytännöstä opitun hiljaisen tiedon mukaan alkoholistin kertomaa tuleekin aina epäillä.

Toisaalta käyttäjät ovat joskus yllättävän avoimia ja kertovat liiankin perusteellisesti juomishistoriastaan ja sen seurauksista elämäänsä (Pedersen 2000). Ajoittain he jopa tunnustautuvat alkoholisteiksi, mutta eivät silti lopeta ryyppäämistään. He saattavat luvata vähentää

käyttöään tai lopettaa sen mutta eivät kuitenkaan tee niin. He tuntuvat olevan voimattomia kuningas-alkoholin suhteen ja siten jollakin tavalla heikkoluonteisia. Tai sitten käyttäjät ovat huomanneet, että kertomalla hoitajille sen, mitä nämä haluavatkin kuulla, he saavat entistä parempaa kohtelua. (Wiman 1986.) Virallisessa hoitopuheessa asiantuntijat määrittelevät tällaisen toiminnan ajeeraukseksi ja epävirallisissa yhteyksissä vedättämiseksi (Forssen 2005). Jälleen on vaarana, että hoitajat ajautuvat epäilemään asiakkaiden rehellisyyttä ja sitoutumisen aitoutta. Lääketieteeseen ja näyttöön perustuva kliininen hoito muuttuu asiakkaan moraalinvarioimiseksi, joka muokkaa hoitoyksikön käsitystä päihteenkäyttäjistä asiakkaina ja vuorovaikutusta heidän kanssaan (Weckroth 2006). Tällaisella moraalisisella tulkintatavalla on negatiivisia vaikutuksia asiakkaiden identiteettiin.

Sosiaalisen identiteetin rakentuminen tapahtuu siten, että ihminen itse, yhteiskunta tai joku muu taho sijoittaa hänet tiettyjä toimintamalleja tai odotuksia sisältävään lokeroon (Juhila 2006). Eri kategorioihin sisältyvien ihmisiä määrittävien tietojen perusteella oletamme siis tietävämme, millaisen ihmisen kohtaamme ja minkälaista käyttäytymistä meidän tulee häneltä odottaa. Päihettä käyttävän asiakkaan kohdalla sairaus- ja riippuvuusnäkökulma johtaa helposti moniin absurdeihin ja epähuumaneihin työkäytänteisiin. Ensinnäkin sairausnäkökulmassa työntekijän ja asiakkaan välille tehdään selkeä ero määrittelemällä työntekijät terveiksi ja normaaleiksi ja leimaamalla käyttäjät normaalista poikkeaviksi ”toisiksi”, jotka eivät elämällään toteuta yhteiskuntamme sosiokulttuurisia ihanteita ja terveystavoitteita (Juhila 2006). Järjestäytyneissä yhteiskunnissa ”toiset” koetaan turvallisuusuhkina, joihin on oikeutettua kohdistaa erilaisia itsemääräämisoikeutta kaventavia kontrollitoimenpiteitä. Eli Tsehovin (1986) sanoin ”kun yhteiskunta suojelee itseään rikollisilta, sielullisesti sairailta tai yleensä hankalilta ihmisiltä, on se armoston ja voittamaton”. Päihteenkäyttäjiä pidetäänkin usein kovin vaikeahoitoisina ja hankalina asiakkaina ja heitä kohdellaan ankarammin kuin muita asiakasryhmiä (Mantila 2005).

Lisäksi päihteenkäyttäjien mieltäminen parantumattomasti sairauksiksi ei anna heille kovinkaan paljon odotuksia tai toivoa paluusta normaaliin tai henkilökunnalle odotuksia hoidon onnistumisesta. Ei

olekaan yllättävää, että hoitohenkilökunnan asenne etenkin huumeita käyttäviä kohtaan on usein kielteinen, pessimistinen ja jopa toivoton. (Inkinen et al. 2000.)

Jos hoidon tavoitteeksi asetetaan raittius, sitä ei useinkaan käytettävissä olevin lääketieteellisin tai muinkaan hoitokäytäntöin saavuteta (Humphreys & Tucker 2002). Työntekijät tekevät kaikkensa, mutta asiakas vain jatkaa juomistaan. Tämä saattaa turhauttaa henkilöstön, jolloin hoidon epäonnistuminen määritellään johtuvaksi asiakkaiden asenteista, moraalista tai motivaatiosta, joita aidosti epäillä, kun taas hoidon järkevyyttä kyseenalaistetaan harvoin. Tosiasiassa lääketieteelliseen tietoon perustuva hoito muuttuu käytännössä helposti ihmisen moraalinvarioimiseksi, jossa lääketieteellisellä asiantuntijuudella on vain hyvin rajallinen merkitys. Lääketieteellisten faktojen sijasta hoito määrittyykin työntekijöiden asenteiden ja arvojen eikä asiakkaiden tarpeiden tai tutkitun lääketieteellisen tiedon mukaisesti. (Weckroth 2006.)

Sairausmetafora ei nykytiedon perusteella parhaalla mahdollisella tavalla vastaakaan ymmärtämystämme päihteidenkäytöstä inhimillisenä toimintana (Humphreys & Tucker 2002). Siitä luopuminen voisi johtaa yhden totuuden ja objektiivisten faktojen ehdottomuudesta monitulkintaiseen näkemykseen päihteidenkäytöstä, jossa asiakkaalla olisi entistä laajemmat mahdollisuudet osallistua itsestään käytäviin identiteettineuvotteluihin. Voisimme siirtää ajatuksemme hoidosta kuntoutukseen ja aiempaa dialogisempaan näkökulmaan päihdetyöstä.

Hoito määrätään ja kuntoutuksesta sovitaan. Kuntoutuksesta on sovittava siksi, että sillä pyritään käyttäytymisen muutokseen eikä ihmistä keskimäärin ole järkevää yrittää pakolla määrätä muuttamaan käyttäytymistään. Hoitaja voi opastaa tai neuvoa ylipainoisen liikkumaan enemmän tai vähentämään alkoholinkäyttöään. ”Neuvontahoidon” vaikuttavuudesta ei ole kovin vakuuttavaa tieteellistä näyttöä. Ongelmana on se, että käyttäytymisen muuttaminen edellyttää ihmiseltä omaa tahtoa kieltäytyä tai luopua tarjotusta kakkupalasta tai oluesta (Särkelä 2001).

Vaikuttaakin siltä, että ihmiset tuntuvat arvostavan vapauttaan ja itsemäärämisoikeuttaan usein terveyttään enemmän. Jotkut ovat val-

miitä jopa kuolemaan mieluummin kuin lopettamaan juomisen. Päihteidenkäyttö onkin enemmän filosofinen kuin lääketieteellinen ilmiö. Filosofisesta näkökulmasta lääketieteen näkemys päihteidenkäyttäjäs-
tä on tieteen luoma abstraktio – harhakuva, joka ei vastaa todellisuutta. (Basaglia 1972; Weckroth 2006.) Hoitohenkilöstö saattaakin kohdata ihmisen sijasta sairaasta alkoholista luomansa harhakuvan, jossa kaikkea asiakkaan käyttäytymistä tulkitaan hänen oletetun sairautensa näkökulmasta. Kohdataan alkoholisti mutta ei ihmistä itseään.

Kuntoutuksen haastetta vaikeuttaa se, että ongelmallisia terveysvaikutuksia aiheuttava käyttäytyminen on opittu pitkän ajan kuluessa (Wiman 1986). Siitä on muodostunut asiakkaalle elämäntapa ja merkittävä osa hänen identiteettiään eli näkemystä siitä, kuka hän on ja mitä erilaisia merkityksiä hänen elämällään on. Sosiaalisella identiteetillä onkin usein ratkaiseva merkitys muutoksen aikaansaamiseksi, sillä päihteidenkäyttäjän yhteiskunnallinen asema ja itsetunto vastaavat usein toisiaan (Juhila 2006). Identiteettityössä yksittäisten hoitotoimenpiteiden tai kontaktien merkitys on vähäinen ja usein tarvitaankin pitkäkestoista sosiaalista kuntoutusta ja sosiokulttuurista työtettä, so. sosiaalipedagogista sosiaalityötä.

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteeksi asetetaan usein yhteiskunnallinen integraatio koulutuksen tai työelämän kautta. Puhutaan aktivoivasta tai muutossosiaalityöstä. Ne ovat hyviä sosiaalityön lähtökohtia, mutta ne eivät tavoita sosiaalityön ydintä päihdetyössä. Sosiaalityö ei keskeisiltä osiltaan voi olla sellaista asiakkaan muutokseen tähtäävää työtä, jonka tavoitteena on parantaa hänet sairaudestaan tai liittää hänet työyhteiskuntaan. Sosiaalityön ydin löytyy sen arvoista. Keskeistä sosiaalityössä on päihteiden käyttäjän ihmisarvon ja ihmisoikeuksien puolustaminen. Se on kunnioitusta ilman ehtoja, jossa käyttäjän ei tarvitse erikseen osoittaa ansaitsevansa säällistä kohtelua. (Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2010). Tämä sosiaalityön arvolähtökohta on perustana myös dialogiseen asiakastyöhön.

Dialogi päihdetyössä

Sosiaalipedagogiikassa sosiaalityötä tarkastellaan kasvatuksen ja oppimisen näkökulmasta. Sanalla kasvatusta on aikuistyössä usein paha kaiku, mikä johtuu siitä, että ihmiset liittävätkin sen omiin ja usein hyvin kielteisiin koulukokemuksiinsa. Samoin kuin perinteistä kouluopetusta, myös palvelujärjestelmää leimaa usein autoritaarinen asiantuntija- ja järjestelmäkeskeisyys, jonka tavoitteena on asiakkaan muuttaminen ja sopeuttaminen yhteiskuntakelpoiseksi. Freiren (2005) mukaan tällaisessa anti-dialogisessa kasvatuksessa ja työkäytänteissä korostetaan työntekijän ja asiakkaan välistä eroa, jolloin

- työntekijä on kasvattaja ja asiakas kasvatettava
- asiantuntijalla on kaikki (päihde-) ongelman ratkaisemiseksi tarvittava tieto, joka hänen on välitettävä asiakkaalle
- työntekijä tietää kaiken päihdeidenkäytöstä ja -käyttäjistä, ja asiakas ei-tiedä
- työntekijä osaa ja asiakas ei-osaa
- työntekijä puhuu, ja asiakas on hiljaa
- työntekijä valitsee keskustelun aiheet ja tavoitteet, jotka asiakas omaksuu
- jne.

Päihdetyön arjessa anti-dialogisuutta ylläpitää osaltaan asiantuntijoiden suhtautuminen päihdeiden käyttöön sairautena, riippuvuutena ja poikkeavuutena. Sairausnäkökulma passivoi asiakkaan ja aktivoi työntekijän, joka tietää päihdehoidosta kaiken oleellisen, tutkii asiakkaan, määrittää diagnoosin ja määrää hoidon (Jones 1976). Työntekijäkeskeisyyden sijasta sosiaalipedagoginen päihdetyö perustuu aina erityiseen pedagogiseen suhteeseen, jonka perusta on dialogissa. Dialogi ei kuitenkaan ole päämäärä vaan väline tiellä kohti entistä totuudellisempaa käsitystä asioista. Dialogisessa suhteessa saamme perinteisiä asiakashaastatteluita todenperäisemmän, realistisemmän ja kokonaisvaltaisemmän kuvan asiakkaiden sosiokulttuurisesta todellisuudesta. Ajatellaan, että asioita ja elämää yhdessä asiakkaiden kanssa pohtimal-

la opimme paremmin ja jotain sellaista, mitä emme aiemmin ole tienneet tai ymmärtäneet.

Aito dialogi lisää työntekijöiden ja asiakkaiden tietoisuutta arjen haasteista ja ongelmista sekä johtaa yhteistoimintaan niiden muuttamiseksi. Tunnustetaan, että asiakas on elämäntilanteensa paras määrittäjä ja arkitiedon lähde. Sosiaalityössä työskentelyn lähtökohtana on asiakkaan oma näkemys ongelmastaan, päihteidenkäytöstään, toiveistaan ja motivaatiostaan. Jotta asiakas rohkenisi avoimesti ja ilman pelkoa moralisoinnista, tuomitsemisesta tai vähättelystä kertoa ajatuksistaan ja elämästään, on vuorovaikutuksen perustuttava luottamuksellisuuteen, hyväksyntään ja avoimeen kommunikaatioon (Rogers 2003). Itsestään selvää on, että luottamuksellisen asiakassuhteen syntyminen edellyttää päihteidenkäyttäjän ehdotonta kunnioittamista, jossa hyvää kohtelua ei tarvitse erikseen käyttäytymisen muutoksella tai raittiuslupauksilla ansaita (Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2010). Identiteetin muutosta tuetaan tasavertaisella ja asiakkaan itsetuntoa kohottavalla vuorovaikutuksella. Tavoitteena on dialogi, johon asiakaslähtöisimmät hoito- ja sosiaalialan ammattilaiset kykenevät silloinkin, kun asiakkaat tietoisesti koettelevat säällisen elämäntavan ja käyttäytymisen rajoja.

Dialogisen suhteen luomisen edellytykset ovat kuitenkin vaativia, ja Freire (2005) on määritellyt suhteen ehtoja. Ensimmäinen niistä on rakkaus. Ilman rakkautta elämään ja toisiin ihmisiin ei voi syntyä dialogista suhdetta. Meidän voi olla helpompi sanoa rakastavamme jalkapalloa tai suklaata kuin päihteitä käyttävää ihmistä. On kuitenkin valtavasti työntekijöitä, jotka aidosti välittävät päihteitä käyttävistä asiakkaistaan kanssaihmisinä ja kykenevät olemaan heille solidaarisia.

Päihteidenkäyttäjän edessä on oltava nöyrä. On oltava hiljaa ja kuunneltava. Kaikenlainen ylimielisyys on hylättävä. Jos työntekijä asettaa itsensä moraalisesti päihteidenkäyttäjän yläpuolelle, kuvittelee olevansa tätä sivistyneempi ja oppineempi tai luulee tietävänsä enemmän kuin tämä, on hän kykenemätön dialogiseen suhteeseen. Jos työntekijä tietää jo ennalta kuntoutuksen päämäärän, määrää, mitä pitää oppia ja miten, ei ole kyse sosiaalipedagogisesta toiminnasta.

On kunnioitettava käyttäjää ja hänen sosiokulttuurista arkeaan. On asennoiduttava oppimaan myös asunnottomien ruiskuumeita käyttävien usein kaoottisesta elämäntavasta. Edelleen on uskottava asiakkaiden kykyyn muuttua ja kasvaa, uudistua ja luoda uutta myös niiden ihmisten kohdalla, jotka meidän ”tavisten” mielestä näyttävät käyttäytymisellään vain tuhoavan omaa ja toisten elämää.

Tarvitaan myös toivoa, sillä toivottomuus on alistuneisuutta ja hiljaisuutta, joka lamaanuttaa ja kyynistää. Ihmisten välinen dialogi ei voi tapahtua toivottomuudessa. Toivo johtaa ihmisyyteen, jonka epäoikeudenmukaisuus on tuhonnut. Toivossa me etsimme dialogia ja muutosta, ja toimimme oikeudenmukaisemman ja humanimman yhteiskunnan puolesta. Muutoksen edessä on kuitenkin oltava nöyrä ja toivon on perustuttava realismiin.

Lopuksi dialogia ei ole ilman kriittistä ajattelua, jonka avulla voimme tunnistaa ja tiedostaa epäoikeudenmukaisen yhteiskunnan syrjäyttävät rakenteet. Tarvitsemme ajattelua, joka tunnistaa ihmisten välisen perustavanlaatuisen tasa-arvon ja solidaarisuuden eriarvoisuuden sijasta. Ajattelua, jossa todellisuus nähdään muuttuvana prosessina. Ajattelua, joka hylkää vaihtoehdottomuuden ja yhden totuuden politiikat. Tärkeää on pyrkimys jatkuvaan muutokseen oikeudenmukaisemman ja inhimillisemmän yhteiskunnan puolesta, jossa päihteidenkäyttäjien kansalaisyhteisyydet ovat turvatut.

Dialogi ei edellytä työntekijältä tai asiakkaalta omien käsitysten hylkäämistä, vaan niiden mukaan tuomista vuorovaikutukseen siten, että ne nähdään vain yhtenä mahdollisena ja mahdollisesti hyvinkin yksipuolisena tapana ajatella asiasta. Dialogi ei myöskään ole päämäärä vaan väline tietoisuuden lisäämiseksi asiakasta alistavista sosiaalisista riippuvuuksista epäoikeudenmukaisuuksista ja huono-osaisuudesta kuten myös psyykkisistä pakoista, emotionaalisista esteistä ja sisäisistä auktoriteeteista (ks. Dal Maso & Kuosmanen 2008). Vapautuaksemme myyttisistä kuvitelmistamme meidän on pyrittävä keskustelemaan avoimesti asiakkaan kanssa hänen ja muiden käyttäjien asemasta suomalaisessa yhteiskunnassa. On keskusteltava päihteidenkäyttäjien syrjäyttämisestä, syrjinnästä, torjunnasta, poistosta ja hänen saamastaan kohtelusta palvelujärjestelmässämme. Voimme keskustella esimerkik-

si siitä, miksi palvelujärjestelmä jättää käyttäjien somaattiset sairaudet niin usein hoitamatta (Käenmäki & Louhula 2009).

Sosiaalipedagoginen työorientaatio päihdetyössä

Dialogin luomisen lisäksi sosiaalipedagogiikassa tavoitellaan asiakkaan subjektivoitumista, jolla tarkoitetaan työtä hänen selviytymisekseen arjesta oman elämänsä herrana. Sosiaalipedagoginen työ kiinnittyy aina arkeen eikä ihmiseen (Dal Maso & Kuosmanen 2008) ja moniammatillisessa työnjaossa sosiaalialan asiantuntija on asiakkaan arjen asiantuntija (Metteri 1996). Hän tietää, mitä asiakas syö, missä asuu ja keiden kanssa, mitä hän elämältään haluaa ja toivoo jne. Ilman asiakkaan arjen tuntemusta lääketieteellisen tai muun asiantuntijatiedon omaavan asiantuntijatiimin työskentely perustuu harhaluuloihin eikä todellisuuteen. Sosiaalipedagogisessa sosiaalityössä asiakastyön prosessi perustuu nimenomaan ihmisten luonnollisen elämäntavan, sosiaalisten suhteiden ja arjen kulttuurin ja autonomian kunnioittamiseen eikä terapiaan, sairauden hoitoon tai johonkin menetelmään. Sosiaalipedagoginen erityisosaaminen päihdetyössä edellyttää sellaisen ihmiskäsityksen ja maailmankuvan luomista, jossa asiakkaiden työyhteiskunnan arvoja kyseenalaistava ja työntekijän omasta elämän todellisuudesta poikkeava elämäntapa¹ ei estä asiakkaan ihmisyyden, arkiyhteisön ja maailmankuvan kunnioittamista. Ilman päihdeidenkäyttäjän arjen kunnioitusta sosiaalityöllä ei todennäköisesti saavuteta myönteisiä tuloksia sen hyvästä tarkoituksesta huolimatta (Freire 2005).

Sosiaalipedagogisen sosiaalityön metodologinen prosessi lähtee asiakkaan sosiokulttuuriseen todellisuuteen tutustumisesta. Työntekijä pyrkii toimimaan siellä, missä ihmiset elävät, ts. ihmisten kotona,

¹ Steinbeck (1969) kuvaa kirjassaan ”Ystävyden talo” kaikkia keskeisiä työyhteiskunnan arvoja haastavia tabuja onnellisesta huorasta juoppoon poliisiin.

kaduilla, asuntoloissa, puistoissa jne. Asiakkaiden elämismaailmassa toimiminen on hyvin vaativaa mm. sen vuoksi, että siellä on vähäiset mahdollisuudet tuottaa turvallisuutta lisäämällä asiakkaiden kontrollia ja hallintaa. On hyväksyttävä oman auttamistyön rajallisuus ja se, että meidän ei tulisi mestaroida ”toisten” arkea tai muuttaa sitä haluamaamme suuntaan, vaikka niin haluaisimmekin. On suostuttava pienuuteen ja haavoittuvuuteen elämän isojen kysymysten äärellä siitä, mikä on hyvää elämää ja kuka sen määrittää (Kalliala 1995).

Edelleen asiakkaiden sosiokulttuurisen todellisuuden tuntemus lisää realistisuutta ja vähentää naivismia. Realismi takaa sen, että työn tavoitteet ja auttamisen muodot perustuvat asiakkaiden todellisiin tarpeisiin eikä järjestelmän tavoitteisiin. Arjen tuntemus korvaa Käypä hoito -suositukset ja antaa eväät näyttöön perustuvaan päihdetyöhön, jossa käytäntö on arkitiedon kriteeri ja käytännöllisyys määrittää työn arviointiperusteet.

Sosiaalipedagogisessa päihdetyössä työotteen olisi perustuttava yhteisöllisyyteen ja osallisuuteen (Hämäläinen 1999). Yksilöiden hoitamiseen keskittymisen sijasta vahvistetaan käyttäjien omien yhteisöjen elämänlaatua. Edelleen voimme luoda asiakkaiden kanssa yhteisöjä ja kehittää niiden yhteisöllisyyttä. Voimme yhdessä oppia kehittämään päihteiden käyttäjien valmiuksia toimia kansalaisina. Olisi hyvä toimia yhdessä asiakkaiden kanssa eikä kontrolloida heitä. Annetaan päihteidenkäyttäjille vastuuta ja valtaa palveluiden järjestämisessä ja kuntoutus- ja asumisyhteisöjen arjessa osallistamalla heidät yhteisöjen päätöksentekoon. Pohditaan yhdessä kriittisesti päihteidenkäyttäjien elämäntilannetta ja yhteiskunnallista asemaa. Vahvistetaan käyttäjien kriittistä tietoisuutta vahvuuksistaan ja heikkouksistaan. (Santala 2008.)

Perinteisen psykososiaalisen sosiaalityön näkemys muutostyöstä perustuu pääosiltaan asiakkaan ja työntekijän väliseen keskusteluun – puheella tuotettuun muutokseen (Toikko 1997). Sosiaalipedagogiikassa luotetaan puhetta enemmän yhteistoimintaan ja erilaisiin toiminnallisiin ja luoviin ryhmätyömenetelmiin (Hämäläinen 1999). Päihteidenkäyttäjän kanssa on usein mielekkäämpää lähteä pilkille tai kutoa mattoja kuin käydä keskustelua hänen moninaisista ongel-

mistaan, persoonallisuutensa piirteistä tai käyttäytymisen haasteista. Sosiaalipedagogisessa työssä päihteiden käyttäjien kanssa tanssitaan, soitetaan, pelataan pelejä, maalataan, pestään vessoja, leivotaan kakkuja eli toimitaan, tehdään ja eletään yhdessä.

Sosiaalipedagogiikka on vapauden pedagogiikkaa

Perustaltaan sosiaalipedagogiikka on vapauden pedagogiikkaa – ihmisen vapautumista välinearvoja korostavaan yhteiskuntakulttuuriin liittyvästä sorrosta (Freire 2005). Erityisesti päihteidenkäyttäjät omaisineen kokevat nahoissaan välinearvojen läpätunkeman palvelujärjestelmän toiminnan. Me tarvitsemme sosiaalipedagogiikkaa, joka tarjoaa vaihtoehdoisen auttamisfilosofian asiantuntijakeskeiselle kiireen ja tehokkuuden palvelukulttuurille, joka estää käyttäjän vapaan itsestä määräytyvän toiminnan ja ajattelun – hänen tulemissensa omaksi täydeksi ihmiseksi (Rogers 2003). Tällaisina esteinä voidaan yhtäältä pitää objektiivisia – luonnollisia, poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia ja kulttuurisia – olosuhteita sekä yksilön syntyperästä tulevia, persoonallisia tai yksilön itsensä omaksumia esteitä. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisella kansalaisella ja erityisesti vaikeuksissa olevilla päihteidenkäyttäjillä on mahdollisuus vähitellen saada haltuunsa ne välineet, joiden avulla hän tulee kykeneväksi kokemaan itsensä merkitykselliseksi ihmiseksi, tekemään tietoisia valintoja, vaikuttamaan arkeensa ja kantamaan vastuuta itsestään, toisista ja yhteisöstään.

Sosiaalipedagogiikassa vapaus on mahdollisuutta, kykyä ja tahtoa toimia yhdessä yhteisen maailman rakentamiseksi. Tällä tavalla vapaus on myös eettistä, so. valintaa oikeasta päämäärästä. On esimerkiksi kysyttävä, mitä kaunista ja hienoa kuuluu ruiskuhuumeita käyttävien nuorten arkeen – missä on heidän ihmisyytensä ja miten he voivat elää ihmisenarvoista elämää yhteiskunnassa, jonka jäsenyyteen tuntevat kelpaavan vain terveimmät, kauneimmat ja rohkeimmat. Kysymys koskettaa myös sosiaalityötä, joka teknis-rationaalisen palvelujärjes-

telmän osana on vaarassa hukata oman arvoperustansa. Sosiaalityönkin tulisi kehittää itseymmärrystään omista sarron mekanismeistaan. On lisättävä alan työntekijöiden ja asiakkaiden tietoisuutta erilaisista sarron eko-sosio-kulttuurisista ja ideologisista rakenteista, joita olen edellä lyhyesti kuvannut.

Sosiaalipedagogiikka ei ole helppo työorientaation perusta, sillä se ei ole menetelmä eikä työorientaatio, jonka voi pikaisesti opetella, vaan asenne ja elämäntapa, jonka taustalla on selkeä ja rikas arvofilosofia ja yhteiskunnallinen teoria. Sosiaalipedagogiksi kehittymisessä on olennaista sellaisen mekanistisen maailmankuvan ja ihmiskäsityksen hylkääminen, joka edellyttää toisen ihmisen objektivointia hänen muuttamiseksi entistä paremmaksi tai terveemmäksi kansalaiseksi tai asiakkaaksi. Sosiaalipedagogin onkin luovuttava pyrkimyksestä ”toisten” hallintaan ja muuttamiseen ja ryhdyttävä ankaraan itsetutkiskeluun siitä, elääkö itse arvojensa mukaista elämää. Sosiaalipedagogiikassa kasvatus ei olekaan ”toisten” kasvattamista vaan itsekasvatusta.

Lähteet

Arminen, I. & Perälä, J. 2001. Myllyhoidon ammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaaminen alkoholisteiksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (1), 22–33.

Basaglia, F. 1972. Kumous laitosmaailmassa. Helsinki: Tammi.

Dal Maso, R. & Kuosmanen, V. 2008. Subjektuuden ja emansipaation edistäminen on 2000-luvun sosionomin sosiaalipedagogisen ammatin ja työn ydintä. Teoksessa L. Viinamäki (toim.) 14 puheenvuoroa sosionomien (AMK) asemasta Suomen hyvinvointiasiantuntijajärjestelmässä. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 2/2008, Kemi, 35–48.

Forssén, T. 2005. Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päivätoimintakeskuksessa. *Stakes, Raportteja* 1/2005, Helsinki.

Freire, P. 2005. Sorrettujen pedagogiikka. Tampere: Vastapaino.

Hannula, A. 2000. Tiedostaminen ja muutos Paulo Freiren ajattelussa. Systemaattinen analyysi Sorrettujen pedagogiikasta. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 164, Helsinki.

- Horkheimer, M.* 2008. Järjen kritiikki. Tampere: Vastapaino.
- Humphreys, K. & Tucker, J.* 2002. Towards more effective intervention system for alcohol related problems. *Addiction* 97 (2), 126–132.
- Hämäläinen, J.* 1999. Johdatus sosiaalipedagogiikkaan. Opetusjulkaisuja 1. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T.* 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Jones, M.* 1976. Beyond the Therapeutic Community. Social Learning and Social Psychiatry. New Haven: Yale University Press.
- Juhila, K.* 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Järvikoski, A.* 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 46, Helsinki.
- Kaukonen, O.* 2001 Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa R. Piisi (toim.) *Huumetyö*. Helsinki: Tammi, 106–129.
- Kalliala, K.* 1995. Muukalaisuuden aika. Helsinki: Suomen merimieskirkko.
- Käenmäki, K. & Louhula, L.* Korvaushoitoasiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen huume kuntoutuspoliklinikalla. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Mantila, S.* 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveytyössä. Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja D, Työpapereita 22, Helsinki.
- Metteri, A.* 1996. Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa A. Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita, 143–157.
- Murto, L.* 2008. Mihin yhteiskunnasta katosi sosiaalinen eetos. *Sosiaaliturva* 96 (5), 19.
- Pedersen, M.* 2000. Stofmisbrugere för under efter dögn behandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Rogers, C.* 2003. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. London: Constable and Robinson.
- Santala, J.* 2008. Asiakaslähtöinen toimintatapa huumeidenkäyttäjien yhteisöllisessä kuntoutuksessa. *Janus* 16 (2), 146–160.
- Särkelä, A.* 2001. Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.

- Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2010.* Arki, arvot, elämä, etiikka. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Ammattieettinen lautakunta.
- Steinbeck, J. 1969.* Ystävyden talo. Helsinki: Otava.
- Toikko, T. 1997.* Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. *Janus* 5 (2), 169–188.
- Tsehov, A. 1986.* Sali n:o 6. Teoksessa J. Konkka (toim.) *Suudelma ja muita novelleja*. Juva: WSOY.
- Weckroth, A. 2006.* Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Et-nografinen tutkimus huumehoitolaitoksessa. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 47, Helsinki.
- Wiman, R. 1986.* Alkoholismi elämänkaaren osana. Hoitomallien kritiikkiä ja kehittämislähtökohtia. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja N:o 24, Järvenpää.