

HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN HUOMIOONOTTAMINEN PÄIHDEHUOLLOSSA

Jussi Veli Albert Nissinen

**Sosiaalipsykologian
pro gradu -tutkielma
Syyskuu 1995
Sosiaalipsykologian laitos
Helsingin yliopisto**

1. JOHDANTO	2
2. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS	3
2.1. SUKUPUOLI JA SEKSUAALISUUS SOSIAALISINA KONSTRUKTIOINA	3
2.2. HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN TIEEELLISTEN JÄSENTÄMISTAPOJEN HISTORIAA	4
2.2.1. BIOLÄÄKETIEEELLISIÄ TUTKIMUKSIA	7
2.2.2. PSYKOANALYYSIN NÄKÖKULMIA	7
2.2.3. PSYKOLOGIAN JA SOSIAALIPSYKOLOGIAN NÄKÖKULMIA	11
2.2.4. SOSIOLOGIAN NÄKÖKULMIA	13
2.3. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS ASENNOITUMISEN KOHTEENA	15
2.3.1. STEREOTYPIAT	16
2.3.2. HOMOFOBIA JA HETEROSEKSISMI	19
2.3.3. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS MORAALIKYSYMYKSENÄ JA SÄÄTELYN KOHTEENA	21
2.3.4. EMPIIRISIÄ ASENNETUTKIMUKSIA	22
2.3.5. ASENNUUUTOKSET JA ASENTEISIIN VAIKUTTAMINEN	26
2.4. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS OSANA OMAA ELÄMÄÄ	28
2.4.1. SEKSUAALISEN SUUNTAUTUMISEN ULOTTUVUUDET	28
2.4.2. LESBOT, HOMOT JA BISEKSUAALIT VÄHEMMISTÖRYHMÄN JÄSENINÄ	30
2.4.3. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS IDENTITEETTINÄ	35
2.4.4. ELÄMÄNKAARI JA ELÄMÄNTAVAT	43
2.4.6. JÄRJESTÄYTUNYT TOIMINTA	52
2.4.7. HOMO- JA BISEKSUAALISUUTEEN LIITTYVÄT SOSIAALISET JA MIELENTERVEYDELLISET ONGELMAT JA VOIMAVARAT	52
3. PÄIHDEONGELMAT JA PÄIHDEHUOLTO	57
3.1. JUOMINEN JA PÄIHDEONGELMAT	57
3.1.1. JUOMISEN SUKUPOLVET JA -PUOLET	57
3.1.2. HOMOT, LESBOT JA JUOMINEN	59
3.1.3. MILLOIN JUOMINEN MÄÄRITTY PÄIHDEONGELMAKSI	64
3.1.4. ERI TAPOJA JÄSENTÄÄ PÄIHDEONGELMA	64
3.1.5. HOMOJEN JA LESBOJEN PÄIHDEONGELMIEN ERITYISPIIRTEITÄ	69
3.2. PÄIHDEHUOLTO SUOMESSA	72
3.2.1. PÄIHDEHUOLLON HISTORIAA	72
3.2.2. PALVELUJÄRJESTELMÄ	76
3.2.3. HOMO- JA BISEKSUAALIEN HUOMIOONOTTAMINEN JÄRJESTELMÄSSÄ	78
4. HOIDOLLINEN VUOROVAIKUTUS	80
4.1. TYÖNTEKIJÄT	80
4.1.1. AMMATILLISUUS	80
4.1.2. PÄIHDEHUOLLON AMMATILLINEN ERITYISKOULUTUS	84
4.1.3. HOMO- JA BISEKSUAALISUUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT, ASENTEET JA IDENTITEETIT	85
4.1.4. PERSOONALLISUUS	89
4.1.5. ETIIKKA	90
4.2. PÄIHDEONGELMAT TYÖSKENTELYN KOHTEENA	95
4.2.1. HOIDON MENETELMIÄ JA VIITEKEHYKSIÄ	95
4.2.2. HOIDON TULOKSELLISUUS	102
4.3. ASIAKKAIEN SOSIAALISET RYHMÄJÄSENYYYDET JA NIIDEN HUOMIOONOTTAMINEN	104
4.3.1. HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN HUOMIOON OTTAMINEN ONGELMANRATKAISUTILANTEISSA	105
4.3.2. SOSIAALISTEN IDENTITEETTIN HUOMIOON OTTAMINEN PÄIHDEONGELMIEN HOIDOSSA	110
4.4. HOIDOLLINEN VUOROVAIKUTUS	112

5. YHTEENVETO JA EMPIIRINEN TUTKIMUSASETELMA	116
5.1. YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA	116
5.2. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN ONGELMANASETTELU	118
5.3. TUTKIMUSMENETELMIEN VALINTA	119
6. EMPIIRINEN TUTKIMUSVAIHE	121
6.1. KYSELYTUTKIMUS	121
6.2. TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELUT	124
6.3. PÄIHDEONGELMIAAN HOITAVIEN HOMO- JA BISEKSUAALIEN HAASTATTELUT	126
7. AINEISTON ANALYYSI	128
7.1. ANALYYSIMENETELMÄT	128
7.2. KYSELYYN OSALLISTUNEIDEN KOSKETUSPINNAT HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN KANSSA	131
7.3. KYSELYYN OSALLISTUNEIDEN ASETEET HOMO- JA BISEKSUAALISUUTEEN	138
7.3.1. YKSITTÄISIIN ASENNEVÄITÄMIIN ANNETTujen VASTAUSTEN TARKASTELUA	138
7.3.2. ASETEISIIN LIITTYVÄT SUMMAMUUTTUJAT	141
7.3.3. SUMMAMUUTTUJIEN YHTEINEN TARKASTELU	151
7.3.4. ASENNEVÄITÄMIIN ANNETUT KOMMENTIT	151
7.3.5. AVOVASTAUSTEN ANALYYSI	156
7.4. HAASTATTELUTUTKIMUS ASIAKKAIDEN KESKUUDESSA	167
7.5. HAASTATTELUTUTKIMUS TYÖNTEKIJÖIDEN KESKUUDESSA	182
8. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA KESKUSTELUA: HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN HUOMIOONOTTAMINEN SUOMALAISESSA PÄIHDEHUOLLOSSA	196
KIRJALLISUUSVIITTEET	198
LIITTEET	210
TEEMAHAASTattelun Runko: Työntekijät	212
TEEMAHAASTattelun Runko: Päihdeongelmiaan hoitavat homo- ja biseksuaalit	216
Ryhmän tarina	217
Kyselylomake	218

1. JOHDANTO

Tämä on kartoittava tutkimus, jossa tarkastellaan toisaalta päihdehuollon työntekijöiden asenteellisia ja tiedollisia valmiuksia kohdata homo- ja biseksuaalisuutta asiakaskunnassaan ja työyhteisönsä jäsenissä ja toisaalta homo- ja biseksuaalien päihteiden käyttöön, identiteettiin ja elämäntapoihin liittyviä erityiskysymyksiä, niistä johdettavia odotuksia päihdehuollolle ja sitä, miten näitä odotuksia jo on tunnistettu.

Ajatus tästä tutkimuksesta syntyi mielessäni vähitellen työskenneltyäni kuusi vuotta A-klinikan sosiaaliterapeuttina ja siinä välissä kolme vuotta Seksuaalinen tasavertaisuus SETA ry:n sosiaalisih-teerinä. Minulla oli mielestäni yllättäviä vaikeuksia yhdistää näiden kahden työtehtävän myötä oppimiani asioita. Huomasin tarvitsevani uusia tarkastelukulmia ja teoreettisempaa jäsentelyä. Arvelin, että aihepiirin kartoituksella olisi yleisempääkin merkitystä. Monien tutkimusten mukaan homo- ja biseksuaalien keskuudessa alkoholin käyttö on selvästi yleisempää kuin väestössä keskimäärin, joten päihdehuollolta voi perustellusti odottaa erityisiä valmiuksia homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden tarpeiden huomioonottamisessa. Omien havaintojeni mukaan seksuaalisiin identiteetteihin ja vähemmistöihin – ja yleensäkin sosiaalisiin identiteetteihin – liittyvät kysymykset olivat kuitenkin jääneet päihdehuollon koulutusohjelmissa melko vähäiselle huomiolle.

Tutkimuksen teoreettisessa osassa esittelen asenteisiin ja homoseksuaalisuuteen liittyvää tutkimusta painottaen identiteetti-, elämäntapa- ja mielenterveyskysymyksiä. Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien termien valinnan perustelen luvussa sivulla . Asenteiden tarkastelun keskeisenä teoriana olen käyttänyt sosiaalisen identiteetin teoriaa ja samaa viitekehystä olen hyödyntänyt tarkastellessani homoseksuaalisuutta identiteettinä. Homo- ja biseksuaalit mielessäni pitäen tarkastelen yleisimpiä tapoja hahmottaa alkoholin käyttöä sekä päihdeongelmia ja niiden hoitamista ja esittelen päihdehuol-lon organisaation. Tarkastelussani otan huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä ammatillisia ja eettisiä näkökulmia. Empiirisen tutkimusasetelman esittelyssä teen yhteenvedon homo- ja biseksuaalien erityistarpeista päihdehuollossa ja esittelen tutkimushypoteesini siitä, mitä ongelmia ja vahvuuksia päihdehuollolla on suhteessa homo- ja biseksuaalisiin asiakkaisiinsa ja työntekijöihinsä. Kartoitan ongelmakenttää ja testaatan tutkimushypoteeseja kolmella empiirisellä aineistolla: 1) päihdehuollon työntekijöille tehdyllä lomakekyselyllä, 2) päihdehuollon työntekijöiden teemahaastatte-luilla ja 3) päihdeongelmiaan eri tavoin hoitaneiden homo- ja biseksuaalisten naisten ja miesten teemahaastatteluilla. Lomakekyselyn pohjana käytin aiemmin mielenterveystoimistojen työntekijöille tehdyn kyselytutkimuksen kysymyslomaketta. Kyselyn analyysissa olen käyttänyt mm. hierarkkista regressioanalyysiä ja haastatteluaineiston analyysissa kvalitatiivisia menetelmiä.

Tutkimusta aloittaessani tavoitteenani oli päästä tarkastelussani kohtuulliseen sukupuolten väliseen tasapainoon. Resurssit eivät kuitenkaan riittäneet sekä naisten että miesten erityiskysymysten tarkasteluun, ja luopuminen kokonaan eritystason tarkasteluista olisi jättänyt tutkimuksen liian yleiselle tasolle. Teoreettisessa osassa seuraan enemmän homo- ja biseksuaalisten miesten identiteettikysy-myksiä, päihdeongelmia ja niiden huomioon ottamista hoidossa. Valintani johtui omasta erityisintres-sistäni kehittää nimenomaan miehille sopivia voimavaroja kartuttavia vuorovaikutuksen muotoja. Lesbojen ja biseksuaalisten naisten identiteetteihin, päihteiden käyttöön ja päihdeongelmiin liittyvät kysymykset ovat mukana tarkastelussani, mutta minulla ei ollut mahdollisuuksia tarkentaa niitä riittävästi. Haluan jättää em. alueen oman syventävän tarkastelunsa kohteeksi. Tutkimukseni

henkilöhaastatteluissa naiset ovat yliedustettuina, mikä on ristiriidassa teoriaosassa tekemäni valinnan kanssa. Näiden haastattelujen kautta myös naisten identiteetti- ja päihdekysymykset saavat sijaa tässä tutkimuksessa.

2. HOMO- JA BISEKSUAALISUUS

2.1. Sukupuoli ja seksuaalisuus sosiaalisina konstruktioina

Tutkimuksessani oletan, että sekä sukupuoli että seksuaalisuus ovat historiallisesti ja kulttuurisesti muotoutuneita. Sukupuolijako, jota on totuttu pitämään suoraan "luontoon" perustuvana, ja siihen liittyvät merkitysyhteydet vaihtelevat kulttuureittain. Kunkin yksilön mahdollisuudet jäsentää jokin asia tai toiminta luonteeltaan seksuaaliseksi samoin kuin seksuaalisuuteen liitettävät merkitysyhteydet ovat sidoksissa paitsi kehollisuuteen myös yhteiskuntaan, yhteiskuntaluokkaan, etniseen taustaan, uskontoon, kulttuuriin, asuinalueeseen, ikään, sukupuoleen ja aikaan.

Sukupuolen voi määritellä useammalla tasolla. *Geneettinen sukupuoli* määritellään sukupuolikromosomien perusteella, *biologinen sukupuoli* puolestaan sisäisten ja ulkoisten suvunjakamiselinten perusteella. *Sosiaalinen sukupuoli* (engl. *gender*) on yhteiskunnallisesti rakentunut ja perustuu mm. työnjakoon; siinä sukupuoleen liitetään ominaisuuksia ja odotuksia, joita ei voida johtaa "luonnosta". Sosiaalisen sukupuolen rakennusaineita ovat kulttuurisesti vaihtelevat erilaiset *sukupuoliroolit*, stereotyyppiset käsitykset "tavallisesta miehestä" ja "tavallisesta naisesta". *Sukupuoli-identiteetti* on psykologisen tason käsite, ihmisen oma määrittely itsestään miehenä, naisena tai jonain, joka ei ehkä mahdu tähän kahtiajakoon. Tämä käsitejako avaa mahdollisuuden tarkastella sukupuolta rakenteellisenä kokonaisuutena, vapautettuna "luonnollisuudesta". (Ronkainen 1993.)

Ihmisten luokittelu **seksuaalisen suuntautumisensa** mukaan homo-, bi- ja heteroseksuaalisuuteen on historiallisesti hyvin tuore ja kulttuurisesti rajautunut ilmiö. Se on osoittautunut siinä mielessä ongelmalliseksi, että se samaistaa miesten ja naisten homoseksuaalisuuden saman käsitteen alle, vaikka lesbojen ja homojen tilanteet naisina ja miehinä poikkeavat toisistaan olennaisesti. Myös se, mikä mielletään seksuaaliseksi, on kulttuurisesti määräytynyttä. Esimerkiksi vielä viime vuosisadan lopulla ja tämän vuosisadan alkukymmeninä erityisesti naisten (jossakin määrin myös miesten /JN) väliset kiihkeät ja kiinteät ystävyys-suhteet olivat hyvin yleisiä, ja vasta vuosisadan alun seksuaalitutkimusten myötä tällaisiin suhteisiin saatettiin liittää seksuaalisia merkityksiä, mikä näyttää heijastuneen suhteiden päättymisenä ja/tai niistä vaikenemisena (Pulkkinen 1993). Sukupuolten käyttäytyminen hahmotetaan seksuaaliseksi eri tavoin eri ympäristöissä. Seksuaalisuuden sallittua aluetta ovat olleet esimerkiksi kodin ja vapaa-ajan ympäristön tietyt alueet. Työympäristö on yleensä määritelty seksuaalisuudelta rauhoitetuksi alueeksi, ja näin on häivytetty näkyvistä ja keskustelun piiristä työrooleihin liittyviä seksuaalisia merkityksiä (Pringle 1992, 98–99).

Seksuaalisuuteen ja sukupuolijakoon liittyvät merkitykset ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään. Miehen ja naisen tapa hahmottaa seksuaalisuutta poikkeaa toisistaan eri kulttuureissa. Se, mikä eri sukupuolten käyttäytymisessä hahmotetaan seksuaaliseksi, vaihtelee, samoin kuin se, mikä on "sopivaa" tai "sallittua" miehelle tai naiselle. Poikkeamat odotetusta seksuaalisesta sukupuoleen liittyvästä kohteenvalinnasta kytkettiin aluksi poikkeamiin mahdollisesti biologisessa sukupuoleessa, sukupuolirooleissa ja/tai -identiteetissä. (Marshall 1981.)

Judith Butler (1990, 151) viittaa käsitteellä *heteroseksuaalinen matriisi* länsimaissa yhteiskunnissa vallinneeseen käytäntöön, jossa heteroseksuaalisuus on sanattomasti hahmottunut itsestään selväksi osaksi miehen ja naisen suhdetta ja suvunjatkamista ja jossa sukupuoliroolit on rajattu tarkasti. Heteroseksuaalisuuden olemassaolo erityisenä käsitteellisenä kokonaisuutena on mahdollistunut vasta sen jälkeen, kun viime vuosisadan lopulla kiinnitettiin systemaattisempaa huomiota "perversioihin", poikkeamiin itsestään selvistä rooliodotuksista, ja erityisesti sen myötä, kun "poikkeavat" ovat pitäneet ääntä itsestään. Heteroseksuaalisen matriisin määrittämä sukupuolijärjestelmä on näkynyt siinä, että nimenomaan homoseksuaalisuus on tarvinnut selityksen olemassaololleen ja homoseksuaalit perusteluita tasavertaisuuspyrkimyksilleen; heteroseksuaalisuus on otettu itsestään selvänä ja oikeutettuna, luonnollisena, ja sitä on käytetty myös soveliaan käyttäytymisen normiperustana, jonka sisäistämistä pidetään selviönä. (Weeks 1985; Neisen 1990.)

Oletan, että heteroseksuaalinen sukupuolijärjestelmä on länsimaissa murroksessa. Perherakenteiden muutokset, homojen ja lesbojen kansalaisoikeusliikkeiden toiminta, joka on näkynyt pohjoismaissa syrjintäsuojan säätämisenä ja mahdollisuutena rekisteröidä samaa sukupuolta olevien parisuhteita (jälkimmäisessä poislukien Islanti ja Suomi), ja keskustelu transseksuaalien oikeuksista ovat osaltaan hieman murtaneet seksuaalisuuden ja sukupuolen "luonnolliseen perustaan" liittyviä perusvarmuuksia. Toisaalta oletan ihmisten kantavan mukanaan omaa historiaansa, sen sisältämiä mahdollisuuksia erilaisiin asenteisiin, identiteetteihin ja rooleihin. Lähivuosina suhtautumisessa seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyviin rooleihin ja identiteetteihin eletään hyvin rikkonaisella kentällä, mikä vaatii erityistä herkkyyttä silloin, kun halutaan auttaa ihmisiä ongelmiansa ratkaisemisessa.

2.2. Homo- ja biseksuaalisuuden tieteellisten jäsentämistapojen historiaa

Käsitykset seksuaalisuudesta ja sukupuolisuudesta ovat kehittyneet historiallisessa prosessissa, jossa tieteellisellä tutkimuksella ja käsitteenmuodostuksella on ollut aktiivinen roolinsa. Koska sekä päihdehuollon asiakkaat että työntekijät kantavat mukanaan käsitteellistämisen eri vuosikertoja ja koska kumpikin osapuoli helposti turvautuu tieteen arvovaltaan, on aiheellista tutustua homo- ja biseksuaalisuuden tieteellisen jäsentämisen historiaan. Seksuaalitutkimuksen tarkasteluni perustuu pitkälti Jeffrey Weeksin teokseen *Sexuality and Its Discontents* (1985) ja *Sexuality* (1986).

Seksuaalisuuden jäsentämisen pioneereiksi on yleensä mainittu Karl Heinrich Ulrichs, Richard von Krafft-Ebing ja Havelock Ellis. Krafft-Ebing näki perusteoksessaan *Psychopathia Sexualis* (1887) seksuaalisuuden "luonnolliseksi vietiksi", joka "kaiken voittavana voimalla ja mahdollia vaatii täyttymystään". Se oli mielikuva miehisestä seksuaalisuudesta, jonka luonnollinen kohde on vastakkaista sukupuolta. Tämä mielikuva hallitsi pitkään seksuaalisuuden tutkimusta. Homoseksuaalisuus määriteltiin seksuaaliseksi tilaksi viime vuosisadan aikana ja sen jälkeen keksittiin heteroseksuaalisuuden käsite kuvaamaan "normaalisuuden" tilaa. Varhaisten seksologien tutkimuksissa esiintyi erilaisia "normaalista" seksuaalisuudesta poikkeavien "perversioiden", "inversioiden" ja "anomalioiden" luokitteluja, joiden joukkoon myös homoseksuaalisuus sijoitettiin. Heteroseksuaalisuuden normaalisuus korostui siinä, että juuri poikkeavuuksille, perversioille, haettiin selitystä ja yhteyksiä esimerkiksi mielisairauteen tai degeneroitumiseen. Ne ilmiöt, joita ruvettiin kutsumaan perversioiksi, olivat aiemmin olleet järjestyksenpidollisia ongelmia. Seksuaalisuuden tutkijoiden, seksologien, mielestä ne eivät kuuluneet juridiikan vaan pikemminkin lääketieteen piiriin. Seksologia tuli merkitsemään sekä

seksuaalisen impulssin tutkimista että sukupuolten välisen suhteen tutkimista, sillä viime kädessä ne nähtiin samana asiana; biologinen sukupuoli (sex), sosiaalinen sukupuoli (gender) ja seksuaalisuus lukittiin yhteen biologiseksi imperatiiviksi, josta poikkeaminen vaati selitystä ja sai helposti sairausleiman.

Varhainen seksologia haki legimiteettiään yhteyksistään lääketieteeseen – tendenssi, joka on jatkunut näihin päiviin. 1900-luvun alkupuolella Magnus Hirschfield jatkoi seksologista perinnettä puolustaen mm. homoseksuaalien ihmisoikeuksia. Hän esitti homoseksuaalisuuden yhteydessä ajatuksen kolmannesta sukupuolesta, jolloin hän satoi homoseksuaalisuuden biologiaan. Kiistämättä kokonaisvaltaisimman, joskin sisäisesti jännitteiseksi jääneen jäsennyksen seksuaalisuudesta esitti Sigmund Freud tämä vuosisadan alkuvuosikymmeninä. Freud asetti normaalin seksuaalisuuden kriteeriksi suvunjatkamiseen pyrkivän heteroseksuaalisen yhdynnän; hän ei kuitenkaan pitänyt heteroseksuaalista kehitystä itsestään selvänä vaan vaikeiden psykologisten prosessien lopputuloksena. Erilaiset perversiot Freud näki jokaisen ihmisen lapsuuden seksuaalisuudessa ja esimerkiksi homoseksuaalisuutta hän ei pitänyt sairautena vaan "kehitysestymänä". (Psykoanalyttisen ajattelun perinteeseen homo- ja biseksuaalisuuden määrittelyssä palaan luvussa .) Kaikille varhaisille seksologeille oli yhteistä pyrkimys löytää seksuaalisuuden todellinen ydin, olemus, jota etsittiin varhaislapsuuden seksuaalisista kokemuksista, sukupuolten välisistä suhteista, hormoneista ja kromosomeista.

Alfred Kinsey teki Yhdysvalloissa 40- ja 50-luvuilla laajat seksuaalista käyttäytymistä koskettavat kenttätutkimuksensa. Kinsey piti merkittävimpänä löytönään seksuaalisen käyttäytymisen valtavia vaihteluskaaloja: ihmisillä on hyvin erilaisia tarpeita, haluja ja käyttäytymistä. Pyrkinessään luokittelemaan haastateltujen seksuaalisia kokemuksia ja mielihaluja Kinsey päätyi esittämään seksuaalisen suuntautumisen jatkumona, jonka toisessa päässä ovat yksinomaan omaan sukupuoleen tunteissaan ja kokemuksissaan suuntautuneet ja toisessa päässä yksinomaan vastakkaiseen sukupuoleen suuntautuneet. Tämä loi pohjaa homoseksuaalisuuden "normaalistamiselle" ja irrottautumiselle aiempien seksologien ajattelusta, jossa homoseksuaalinen käyttäytyminen liitetään tietyn tyyppiseen persoonallisuuden rakenteeseen ja psykologisiin selitysmalleihin. Kinsey totesikin, ettei ole olemassa homoseksuaalisuutta sinänsä vaan erilaisia homoseksuaalisuuksia, joihin ei tarvitse liittyä identiteettiä. Kinseyn tutkimuksissa seksuaalisuus hahmottuu kuitenkin suhteellisen kapeasti, ja hänkin kaipasi selitysmalleja homoseksuaalisuuksille. Niitä hän arveli löytyvän biologiasta.

1950-, 1960- ja 1970-luvuilla julkaistiin sosiologisia ja psykologisia tutkimuksia (Hooker, Schofield, Freedman, Bell, Weinberg), joissa homoseksuaalisuus "normalisoitiin", ja irrotettiin erityisistä mitattavissa olevista persoonallisuuden rakenteista (Stålström 1995). Näissä tutkimuksissa alettiin puhua homoseksuaalisuuden sijasta homoseksuaalisuuksista. 1970- ja 1980-luvuilla tutkimuksen kohteeksi valittiin joko homojen ja lesbojen elämäntavat tai eri väestönosien homoseksuaalisuutta koskevat asenteet (Neisen 1990).

Weeksin mukaan seksologit eivät käsitteellistämislään "luoneet" homoseksuaalisuutta, vaan sen sijaan he tuottivat määrittelynsä ymmärtääkseen eteensä tulleita ilmiöitä (potilaat, oikeusjutut, skandaalit, kaduilla ja tapaamispaikoissa kohdattu käyttäytyminen). Ihmiset, joita nämä määrittelyt koskivat, ottivat käsitteet omaan käyttöönsä ajamaan omia tarkoituksiaan. Ne anonymit ihmiset, joiden seksuaalisuus oli kiellettyjä tai määritelty pois todellisen piiristä, saattoivat käyttää seksologisia määrittelyjä minäkäsityksensä luomiseen ja vahvistamiseen. Myöhemmin he kääntyivät kriittisinä vastustamaan seksologien yksinoikeutta määrittelyihin. (Weeks 1985, 94–95.)

1900-luvun seksuaaliteoreetikot korostivat seksin merkityksellisyyttä yksilön elämässä. Se nähtiin henkilökohtaisen minäkäsityksen lähteenä ja potentiaalisesti sosiaalisen identiteetin lähteenä. Se nähtiin ihmisen kaikkein yksityisimpänä asiana ja seikkana, jolla on erittäin suuri sosiaalinen merkitys. Samalla seksuaalisuus määriteltiin hyvin **olemuksellisesti** "biologiseksi laiksi" tai "pohjimmiltaan biologiseksi mandaatiksi", joka painaa päälle ja jota siksi täytyy kulttuurisesti kontrolloida. Seksuaalisuus nähtiin ulospäin tunkeutuvaksi voimaksi, joka asettuu yhteiskuntaa vastaan. Seksuaalisuus hahmottui osaksi ikuista yksilön ja yhteiskunnan välistä taistelua. (mt. 69–81.)

Weeksin mukaan jo Freud ja Kinsey loivat ituja uudelle seksuaalitutkimuksen perinteelle, jossa luovutaan seksuaalisuuden olemuksellisesta tarkastelusta. Antropologiset tutkimukset ja sosiaalisen interaktion teoriaan pohjautuvat näkemykset, joissa mm. homoseksuaalisuus hahmottuu roolien kautta, merkitsivät toisenlaista näkökulmaa seksuaalitutkimuksessa. Tätä toista näkökulmaa kehitti edelleen Michel Foucault tutkimuksessaan seksuaalisuuden historiasta. Foucault (1980) tarkastelee seksuaalisuutta merkityksiä antavien sosiaalisten käytäntöjen ja toimintojen tuloksena, sosiaalisena luomuksena, jolla oli oma historiansa ja joka on saanut nykyiset käsitteelliset ykseytensä vasta modernissa yhteiskunnassa. Näin oli saanut alkunsa 1970-luvulta lähtien voimistunut **sosiaalisen konstruktionismin** perinne seksuaalitutkimuksessa. Weeksin tutkimukset kuuluvat tähän perinteseen.

Weeksin käyttämän sosiaalisen konstruktion näkökulman mukaan nykyihminen hahmottaa seksuaalisuutensa eräänlaisessa vallitsevien merkitysmaailmojen viidakossa: uskonnon, biologian, lääketieteen, kasvatustieteen, psykologian, sosiologian, antropologian, politiikan ja seksuaalisten kansalaisoikeusliikkeiden kielillä on tarjolla erilaisia sukupuolen ja seksuaalisuuden hahmotuksia. Perhe, koulu, toveripiiri ja tiedotusvälineet viestittävät näkemyksiään soveliaasta ja epäsoveliaasta seksuaalisuudesta tai miehisyydestä ja naisellisuudesta. Kukin yksilö rakentaa näistä aineksista yksilöllisen koosteen, tavan hahmottaa sukupuoltaan ja seksuaalisuuttaan, ja se voi jonkin toisen mielestä sisältää hyvinkin ristiriitaisia aineksia. Weeksin mukaan vapaus ei ole kuitenkaan rajaton; yhteiskunnalliset ja kulttuuriset käytännöt pitävät yllä tiettyjä keskeisiä erotteluja, esim. mies/nainen, homo/hetero, joiden väliltä joutuu valitsemaan identiteettinsä ja joihin liittyy edelleen vahvoja valta-aseman eroja. (Weeks 1986, 58–60.)

Sillä, millaisin termein esimerkiksi homoseksuaalisuutta on tutkimuksen piirissä eri aikoina määritelty, on ollut laajempaa merkitystä asennoitumisessa tutkimuksen kohteena olleisiin ihmisiin. "Perversio", "inversio", "anomalia" ja "poikkeavuus" sisältävät ajatuksen hyväksytystä "luonnonjärjestyksestä", jonka puitteissa siitä poikkeaviin voidaan suhtautua tieteen termein ylhäältäpäin. Seksuaalisesta vaihtelusta, skaalasta ja koko seksuaalisuuden sosiaalisesta rakentumisesta puhuminen sen sijaan asettaa eri suuntautumiset taistelemaan oikeuksistaan käsitteellisesti tasavertaisina.

2.2.1. Biolääketieteellisiä tutkimuksia

Seksuaalista, erityisesti homoseksuaalista, suuntautumista on pyritty paikallistamaan myös ihmisen biolääketieteellisesti tutkittavaan puoleen. Hedenrudin (1992) mukaan tutkimuksen tekee monimutkaiseksi mm. se, että sukupuolen määräytyminen on hyvinkin monisäikeinen prosessi. Raskaudenajan sikiötutkimuksissa on kiinnitetty huomiota sukupuolikehityksen eri vaiheisiin. On tutkittu sukupuolihormonien roolia miehen ja naisen aivojen kehitykselle ja sen heijastumista seksuaalisessa suuntautumisessa. On saatu vahvistusta sille, että raskauden aikainen häiriö estrogeeni-, androgeeni- ja testosteriinierityksessä voi vaikuttaa sikiön aivojen kehitykseen, niiden sukupuolispesifisiin piirteisiin ja, että se on heijastunut tietyn ehdoin myös seksuaalisessa suuntautumisessa. Nämä heijastukset ovat olleet tilastollisten todennäköisyyksien merkittäviä muutoksia, ei aukottomia kausaalisuhteita. Sisäerityksen ja aivojen rakenteen vaikutus seksuaaliseen suuntautumiseen näyttäisi joka tapauksessa olevan hyvin monitasoisesti välittynyt, eikä suoria kausaalisuhteita voida antaa. Perustellusti voidaan kysyä, eikö olisi mielekkäämpää tarkastella biologista sukupuolta (tai biologisia sukupuolia) jatkumona pikemminkin kuin dikotomiana, jolloin ns. häiriökeskeinen ajattelu ei saa keskeistä asemaa. Viime vuosina on julkistettu tulos, jonka mukaan miesten homoseksuaalisuus korreloi vahvasti äidin puoleisen suvun miesten homoseksuaalisuuden kanssa ja tämä korrelaatio välittyy nimenomaan geneettisesti. Kuitenkin tutkimuksen tekijä, geenitutkija Dean Hamer (1994), itse kiistää ajatuksen, jonka mukaan geneettiset tekijät voisivat olla riittävä tai välttämätön edellytys homoseksuaaliselle suuntautumiselle.

Biologiaan perustuvia homoseksuaalisuuden selitysmalleja on tulkittu ja käytetty ja niihin on reagoitu ainakin seuraavasta kolmesta näkökulmasta: 1) mallit selittävät luonnontieteellistä poikkeavuutta ja antavat ehkä haluttaessa mahdollisuuden vaikuttaa lääketieteellisesti poikkeavuutta vähentävästi, 2) mallit antavat erilaisuuksille luonnonlakeihin perustuvia selityksiä, joten erilaisuus ei ole yksilön vastuulla ja siihen kohdistuvat eriarvoistavat käytännöt on poistettava, 3) mallit ovat jo alkuasetelmiltaan kyseenalaisia, koska niissä poikkeama sosiaalisesta normista asetetaan biologisen selityksen kohteeksi, tutkimus nähdään osaksi sosiaalista vallankäyttöä ja vaaraksi yksilöiden mielenterveydelle.

2.2.2. Psykoanalyysin näkökulmia

Psykoanalyttisen perinteen sisäistäneillä tutkijoilla ja terapeuteilla on ollut eriteltyjä näkemyksiä homo- ja biseksuaalisuudesta – samalla kun monet muut perinteet ovat vaienneet siitä. Psykoanalyttisen perinteen mukaiset jäsenyykset homo- ja biseksuaalisista asiakkaista, heidän persoonallisuudestaan, psykodynamiikastaan ja heidän kohtaamisestaan ovat välittyneet koulutuksen ja työnohjauksen kautta hoitotyötä tekevien mielikuviin silloinkin, kun työntekijä ei tietoisesti toimi psykoanalyttisen kehyksen ohjaamana¹. Lisäksi hyvin usein hoitosuhteita, ja niissä vaikkapa työntekijän omien tunteiden osuutta, tarkastellaan nimenomaan psykodynaamisin käsittein. Tämän vuoksi katson aiheelliseksi syventyä hetkeksi psykoanalyysin tiimoilla käytyyn homoseksuaalisuuskeskusteluun.

Freudin käsityksiä homoseksuaalisuudesta on luettu monin eri tavoin. Psykoanalyysin suhdetta **miesten homoseksuaalisuuteen** tutkinut Kenneth Lewes (1989, 29-30) tähdentää sitä, että Freud

¹ Masson on todennut, että mikään nykyinenkään terapiakoulukunta ei pääse psykoanalyysin virheitä pakoon, sillä ne kaikki perustuvat ainakin epäsuorasti psykoanalyysin perusideoihin. (Jaatinen 1994, 24.)

erotti toisistaan perversion ja inversion. Niistä jälkimmäinen viittaa nimenomaan homoseksuaalisuuteen, ja kumpikin merkitsee poikkeamista "normaalista" kehityskulusta. Freudille homoseksuaalisuus oli aina normaalin kehityskulun estymisen määräämää. Se ei kuitenkaan merkinnyt muuta psyykkistä poikkeavuutta. Homoseksuaalisuus voi olla osana psyykkisesti normaalia kehitystä, yksi sen aspekteista. *"Täydellinen psyykkinen miehekkyyks voi olla yhdistyneenä inversion"* (Freud: Kolme esseettä...). Freud vastustikin ajatusta homoseksuaalisesta persoonallisuudesta. Hän suhtautui hyvin torjuvasti homoseksuaalisen suuntautumisen muuttamiseen ja vertasi sitä heteroseksuaalisen suuntautumisen muuttamiseen.

Lewes (mt. 34-35) on paikallistanut Freudin tuotannossa neljä rinnakkaista psykodynaamista kehitysteoriaa miehen homoseksuaalisuuksista. Niiden ohella Freudin kirjoituksissa esiintyy redusoimaton biologinen tekijä, joka altistaa lapsen homoseksuaaliselle kehitykselle. Joskus Freud tarkensi sen lapsen taipumukseksi tehdä narsistisia kohteenvaihtoja tai viipyä psykososiaalisen kehityksen anaalisessa vaiheessa. Joskus se käsitti negatiivisen oidipuskompleksin omaksumisen, mutta sekin saattoi redusoitua vielä perustavampaan ja yleisempään biseksuaalisuuteen, mikä merkitsi vain asteittaista vaihtelua aktiivisen ja passiivisen, maskuliinisen ja feminiinisen välillä kussakin yksilössä. Lewes (mt. 82-83) huomauttaa, että Freudin kirjoituksissa heteroseksuaalisuus ei ole "luonnollista", sillä oidipuskompleksin yhteydessä ei ole asianmukaista puhua normaalista tai luonnollisesta kehityksestä. Oidipuskompleksin mekanismit ovat sarja psyykkisiä traumoja, ja kaikki sen lopputulokset ovat neuroottisia kompromissimuodostelmia. Oidipuskompleksin seksuaaliset lopputulokset voidaankin luokitella 12 luokkaan, joista kuusi on heteroseksuaalisia ja kuusi homoseksuaalisia, ks. liite. Tämä luokittelu torjuu epämiehekkäänä ajatuksen yhtenäisestä homoseksuaalisesta persoonallisuudesta.

Jeffrey Weeksin (1985, 138-144) mukaan "normaali" seksuaalisuus on Freudille hauras kilpikonnin kilpi, joka jatkuvasti säröilee, kun se pitää kurissa tottelemattomia haluja. Tästä johtuu oidipaalivaiheen tärkeys seksuaaliselle identiteetille. Freud sanoo niinkään, että sukupuolinen identiteetti ja seksuaalinen identiteetti ovat epävarmoja, tilapäisiä ja jatkuvasti halujen leikkien uhkaamia ja että ne ovat välttämättömiä ja olennaisia henkisellet ja sosiaaliselle terveydelle. Weeksin (mt. 152-155) mukaan Freudille homoseksuaalisuus on kohteenvaihtamisen erityisyys, ei perustavaa laatua olevan perverssin vietin erityisyys. Heteroseksuaalisuus on myös riippuvainen kohteenvaihtojen rajoittamisesta. Molemmat ovat kompromisseja mahdollisuuksien runsaudesta. Freud ei ollut kiinnostunut homoseksuaalisuudesta sosiaalisesta normista poikkeamisen vuoksi, vaan hän oli kiinnostunut homoseksuaalisen kohteenvaihtamisen psyykkisestä mekanismista. Hän kuitenkin uskoi, että seksuaalisuuden organisoituminen miehen ja naisen väliseen genitaaliseen yhdyntään oli kulttuurinen välttämättömyys.

Homoseksuaalisuuden patologisoinnin tie valittiin Lewesin (1989, 70) mukaan silloin, kun varhaiset psykoanalyytikot ohittivat Freudilta avoimeksi jääneitä kysymyksiä täyttämällä niiden jättämät aukot suosituilla olettamuksilla ja nostivat homoseksuaalisuuden kliinisen kokonaisuuden asemaan perustelematta sitä asianmukaisesti tai edes tarkentamatta, mistä kokonaisuudesta on kyse. Näin homoseksuaalisuus määrittyi *tilaksi* (condition). Jos se olisi nähty Freudin tavoin *piirteenä*, joka voi liittyä sekä patologiaan että normaaleihin tiloihin, ei ehkä olisi päädytty lainkaan keskusteluun sen hoidettavuudesta.

Egon kehitystä tutkineet psykoanalyytikot keskittyivät Lewesin (mt. 100-103) mukaan preoidipaalisiin vaiheisiin lapsen kehityksessä, koska oidipaalivaiheeseen astuminen edellyttää varhaisemmassa

oraalisessa ja anaalisessa vaiheessa kohdatun ahdistuksen hallintaa ja muovaamista. Näin homoseksuaalisuusanalyysi keskittyi oraalisen vaiheen erittelyyn. Esimerkiksi Kleinin mukaan (Beard - Glickauf-Hughes 1994, 24) homoseksuaalisen kehityskulun mahdollistaa oraalisessa vaiheessa koettu liiallinen frustraatio, joka aiheuttaa liian voimakasta vihaa äitiä kohtaa ja voi johtaa passiiviseen ja kuuliaiseen "feminiiniseen positioon". Se taas johtaa siihen, että poika ei kykene samastumaan isäänsä. Tunnetuimpia tämän vaiheen homoseksuaalisuustutkijoita olivat Rado ja Bergler. Rado hylkäsi täysin ajatuksen biologisesta biseksuaalisuudesta ja konstitutionaalisesta homoseksuaalisuudesta. Näin heteroseksuaalisuus normalisoitiin ja homoseksuaalisuus patologisoitiin.

1950-luvulla vaikuttaneen Berglerin mukaan lapsen oraalivehien syyllisyys omasta vihaiisuudesta äitiä kohtaan johtaa pseudoaggressiivisuuden kautta itsesääliin. Homoseksuaalisuus on yritys ottaa revanssi rinnasta, moraalisen masokismin rituaali. Kaikki passiivisen homoseksuaalisen asenteen omaksuneet ovat perverssejä, koska he regressiivisesti kieltävät aiempaan aktiiviseen suhteeseen äidin kanssa sisältyneen mahdollisuuden. Bergler erotti toisistaan "valehomoseksuaalisuuden", jossa on kyse fiksaatiosta negatiiviseen oidipuskompleksiin, ja edellä mainitun "varsinaisen homoseksuaalisuuden", oraaliveheeseen liittyvän perversion. Terapeutin tuli työskennellä pseudoaggressiivisuuden läpi; 99,9 % homoseksuaaleista voitiin Berglerin mielestä parantaa. Homoseksuaalisuus ei ollut seksuaalisuutta vaan yritys ratkaista valtaongelma. Bergler puhui homoseksuaalisuudesta entiteettinä: *the homosexual*. Hän kuvasi homomiehet vain puoliksi miehiksi, megalomaanisesti ylimielisiksi, uskomattoman epäluotettaviksi, ylittämättömän mustasukkaisiksi ja samaa kaavaa toistaviksi². Hän lähestyi kirjoituksillaan suurta yleisöä ja vaikutti mielikuviin homoseksuaalisuudesta. Hänen loukkaavaan kielenkäyttöön ei analyttikkopiireissä millään tavoin puututtu ja Berglerin varjoon jäivät homoseksuaalisuuteen monisyisemmin suhtautuvat analyttikot. (Lewes 1989, 106–114.)

Irving Bieber julkisti 60-luvun alussa tutkimuksen, jonka empiirinen osuus perustui homoseksuaalisia potilaita hoitaneille analyttikoille tehtyyn kyselytutkimukseen. Tutkimusraportti sai analyttikkojen piirissä laajan hyväksynnän. Tutkimusraportissaan hän esitti, että homoseksuaalisilla miehillä on tyypillisesti läheinen-sitova-intiimi äiti ja etäinen-vihamielinen-hylkäävä isä. Kaikissa isä–poika-suhteissa oli vahva ihmissuhdehäiriö. Bieber päätteli, että lämpimästi ja rakentavasti poikaansa suhtautuvan isän olemassaolo estäisi homoseksuaalisen kehityksen poikalapsella. Tutkimuksen perusongelmaksi on kritiikissä todettu potilasotoksen tulosten kyseenalainen yleistettävyyys ja se, että valtaosa kysymyksistä käsitteli miesten postoidipaalista vaihetta, jolloin syy- ja seuraussuhteiden oletettua suuntaa ei voida perustella kyselyn tuloksilla; huono isäsuhde voikin olla pojan homoseksuaalisuuden seuraus eikä syy, niin kuin Bieber olettaa (mt. 207–211). Saamastaan kritiikistä huolimatta Bieberin tuotanto on vaikuttanut voimakkaasti Suomessa annettuun psykiatriseen opetukseen homoseksuaalisuudesta; hän on ollut päälähteenä Psykiatria-oppikirjan homoseksuaalisuusluvissa, mistä näkemykset ovat välittyneet edelleen muihin "alemman" tason oppikirjoihin (Heikkinen - Stålström 1991).

1950-luvulta lähtien homoseksuaalien yhteisöt pyrkivät keskusteluun mm sosiologien, psykiatrien ja psykologien kanssa. Tämä keskustelu ei vaikuttanut psykiatrian valtavirtauksiin, kaikkein vähiten analyttikkojen piirissä. 1960-luvun lopussa homo- ja lesboliike nousi näkyvästi puolustamaan homojen ja lesbojen ihmisoikeuksia. Vuonna 1972 homo- ja lesboliikkeen edustajat vaativat Yhdysvaltojen

² Gary Forrest käyttää Berglerin kuvausta homoseksuaalisesta persoonallisuudesta vuonna 1994 painatussa, ensimmäisen kerran vuonna 1983 julkaistussa, alkoholismia käsittelevässä kirjassaan.

psykiatriyhdistyksen vuosikokouksessa homoseksuaalisuuden poistamista sairausluokituksesta. Ensimmäisen kerran homoseksuaalinen psykiatri käytti kokouksessa omakohtaisen puheenvuoron, tosin anonyymisti. Yhdistyksen sisällä homoseksuaalisuudesta on käyty kiivaita keskusteluja vuodesta 1972 ainakin vuoteen 1986. Homoseksuaalisuus siirrettiin vuonna 1972 psykiatriyhdistyksen ylläpitämässä sairausluokituksesta mielenterveyshäiriöstä seksuaalisen suuntautumisen häiriöksi. Uudesta luokituksesta DSM III:sta (1978–1980) seksuaalisen suuntautumisen häiriö poistettiin, mutta tilalle tuli sen osittain korvaava "itseä häiritsevä homoseksuaalisuus". Tämä uusi diagnoosi poistettiin DSM III R -versiosta vuonna 1986, jolloin tilalle jäi "psykyen määrittämätön psykoseksuaalinen häiriö". Psykoanalyttikkojen vahvasti jäsentynyt psykopatologian strukturointi jarrutti muutoksia ajattelutavoissa ja käytännöissä niin psykiatriassa kuin laajemminkin hoitotyössä. (Bayer 1987, 110–218.)

Yhdysvaltalaisessa analytikkopiirissä ajattelutavan muutosta on puoltanut vaikutusvaltainen analytikko Judd Marmor. Hän totesi vuonna 1972, että koska homoseksuaalit kykenevät sopeutumaan onnistuneesti yhteiskuntaan, ei ole mitään oikeutusta luokitella heitä sairaisiksi, ja että heteroseksuaalisuus ei ole biologian vaan kulttuurin määrittämä normi (Bayer, 1987, 65–80). Hänen mielestään poikkeavaksi leimaaminen on ollut olennaisesti moraalien vartiointiin liittyvää toimintaa, eikä sen tulisi kuulua psykiatrian tehtäviin (Lewes 1989, 221).

Psykoanalyttisen yhdistyksen sisällä on kokoontunut homoseksuaalisuuteen keskittynyt tutkimusryhmä, jonka keskeisiä hahmoja on ollut C.W. Socarides. Tutkimusryhmä on julkaissut raporttejaan vielä 90-luvun alussa. 60-luvulla tuotantonsa aloittanut Socarides on seurannut Bergleria, jonka käsitteistö ja painotukset fraasit näkyvät hänen kielenkäytössä (ks. Beard - Glickauf-Hughes 1994, Socarides 1990 ja Socarides 1991).

Psykoanalyttisen koulukunnan homoseksuaalisuuskäsityksillä on oma sosiaalishistoriansa. Lewesin (1989, 237–240) mukaan homoseksuaalien sulkeminen – vastoin Freudin julkituomaa näkemystä – psykoanalyttikkokoulutuksen ja sen myötä analytikkoyhteisön ulkopuolelle vaikutti ratkaisevasti psykoanalyttisen perinteen homoseksuaalisuuskeskusteluun. Homoseksuaalien poissulkeminen asetti heidät pelkästään objektin asemaan ja teki mahdottomaksi sellaisen sisäisen keskustelun, joka on muovannut psykoanalyysin naiskuvaa. Lewes arveleekin, että varhaisen psykoanalyysin naissukupuoleen kohdistuva kammo löysi pakopaikan homoseksuaalisuuden teoriasta. Homoseksuaalisuuden etäännyttäminen objektiksi sinetöitiin torjumalla ajatus ihmisen biseksuaalisuudesta ja rakenteellisesta homoseksuaalisuudesta. Aidon vuorovaikutuksen puuttuminen mahdollisti erilaisten asioiden vapaan sijoittamisen homoseksuaalisuuteen, mikä mahdollisti analytikkojen omien homoseksuaalisten pyrkimysten vieraannuttamisen. Yhdysvaltoihin 30-luvulla siirtynyt psykoanalyttinen yhteisö alkoi sitoutua ydinperheideologiaan, millä se haki legitimaatiota. Lewesin mukaan monien analytikkojen stereotypiat homoseksuaalisuudesta muistuttivat antisemitististä ja rasistista propagandaa. Psykoanalyttinen yhteisö antoi vaikenemisellaan hyväksyntänsä näille kärsimystä tuottaneille stereotyypioille.

Tässä yhteydessä voin vain lyhyesti viitata toisenlaiseen psykoanalyttiseen perinteeseen, lacanilaiseen koulukuntaan. Sillä on ollut merkittävä asema seksuaalisuuteen liittyvässä keskustelussa mm. kulttuurin ja kirjallisuuden tutkimuksessa, mutta sen vaikutukset Suomessa lienevät varsin tuoreita. Lacanin ajattelussa kielellä on keskeinen merkitys. Yksilö muodostuu vasta kielen ja symbolien maailmassa, hänestä tulee sosiaalinen kielen omaksumisen kautta. Ei ole olemassa sisäsyntyistä seksuaalista halua vaan seksuaalisuus ja halu muotoutuvat rakenteita välittävän kielen omaksumisen

yhteydessä. Lacanilainen ajatteluperinne on näkynyt monissa feministisissä tutkimuksissa. Se on heijastunut myös Foucaultin ajattelussa. (Weeks 1985, 170–171.)

Psykoanalyysin merkitys homo- ja biseksuaalien hoitosuhteissa ei rajoitu sen tapoihin käsitteellistää persoonallisuuden kehityksen dynamiikkaan. Se on vaikuttanut merkittävästi myös hoitosuhteiden dynamiikan hahmottamiseen, transferenssi- ja vastatransferenssisuhteiden erittelemiseen. Hoitosuhteessa terapeutin tulee olla tietoinen omista konflikteistaan, tarpeistaan, vahvuuksistaan ja heikkouksistaan ja tutkia sitä, kumman – terapeutin vai asiakkaan – tarpeita terapiaistunto kulloinkin palvelee (Corey 1991, 16–17). Terapeutin omien tunteiden heijastumista asiakkaaseen, vastatransferenssia, tutkitaan työnohjauksessa. Tämä voi tarkoittaa homoseksuaalisuuden hoitosuhteessa herättämien tunteiden käsittelyä tutkimalla työntekijän oman seksuaalisuuden eri sävyjä tai kulttuurin kautta sisäistettyjä pelkoja.

Homo- ja biseksuaalisen asiakkaan kannalta psykoanalyttisellä perinteellä on ristiriitainen kaiku; osa perinteestä patologisoi hänet suuntautumisensa perusteella ja osa määrittää hänet sen puolesta täysin terveeksi. Analyttinen perinne on toisaalta tuonut hoitosuhteisiin homo- ja biseksuaalista asiakasta auttavia elementtejä mm. johdattamalla hoitotyöntekijöitä tutustumaan omiin asenteisiinsa. Toisaalta vuosikymmenten aikana analyttisen perinteen sisällä on patologisoinnin myötä tehty suurta vahinkoa ja aiheutettu kärsimyksiä hyvin monille homo- ja biseksuaaleille ja heidän läheisilleen. Käsitykseni mukaan vaikeneminen tästä seikasta julkisuudessa varjostaa koko psykoanalyttistä perinnettä.

2.2.3. Psykologian ja sosiaalipsykologian näkökulmia

Klassisessa behavioristisessa psykologiassa seksuaalinen suuntautuminen tulkittiin opituksi käyttäytymismalliksi. Heteroseksuaalisuuden yleisyys selittyi sillä, että yhteiskunnassa suositaan heteroseksuaalista käyttäytymistä. Homoseksuaalisuus nähtiin lähinnä käyttäytymistason ongelmana. Ratkaisuksi tarjottiin aversioterapiaa. (Hedenrud 1992, 23.)

Sosiaalisen oppimisen teoreetikot kiinnittivät huomiota poikien samastumiseen isiensä kanssa ja tyttöjen samastumiseen äitiensä kanssa käyttäen heitä roolimalleina. Kohlbergin mukaan roolimalliin samastumista edeltää kognitiivinen samastuminen sosiaaliseen sukupuoleen, itsensä kategorisointi pojaksi tai tytöksi. Sosiaalisen oppimisen teoriassa onkin kiinnitetty huomiota nimenomaan sukupuoliroolien oppimiseen, ei niinkään seksuaaliseen suuntautumiseen. (Richardson 1981, 23.)

Richard Green (1987, 377) on tutkinut sukupuoliroolissaan feminiinisiä piirteitä korostaneiden poikien lapsuutta ja kiinnittänyt siinä huomiota vanhempien käyttäytymiseen sekä seurannut poikien kehitystä. Osalle pojista oli järjestetty sukupuolirooliin sosiaalistavaa kasvatusneuvolatoimintaa. Otoksen pojista 3/4 osoittautui myöhemmin homoseksuaalisiksi. Isän ja pojan yhdessä vietetyn ajan vähäisyys ensimmäisen ikävuoden aikana korreloi myöhemmän homoseksuaalisuuden kanssa. Myös se, että isä erkaantui pojastaan ennen viidettä ikävuotta, lisäsi todennäköisyyttä, että pojasta kehittyi homoseksuaalinen. Homo- ja biseksuaalisten, sukupuoliroolista poikkeavien poikien psykologisten testitulosten ero vastaavien heteroseksuaalisten poikien tuloksiin tuki olettamusta, että homo- ja biseksuaalit olivat kokeneet elämäntapansa stigmatisointia. Tuloksissa näkyi eroja passiivisuuden, aggressiivisuuden, riippuvuuden ja riippumattomuuden haluttavuudessa. Sukupuoliroolia tukevaan hoito-ohjelmaan

osallistumisella ei ollut vaikutusta seksuaaliseen suuntautumiseen. Green selittää tuloksia sosiaalisen oppimisen termein; pojan kiinnostukset, taidot ja asenteet kehittyvät hänen nais- ja tyttövaltaisen sosiaalisen ympäristönsä vaikutuksesta. Näin hänen romanttiset tarpeensa ja eroottiset mallinsa ovat samoja kuin muillakin hänen verkostossaan. Green esittää hypoteesin, jonka mukaan isän läheisyys puuttuu ensin, sitten poika alkaa samastua äitiin, mikä puolestaan edelleen etäännyttää isää pojasta. Feminiiniset pojat vieraantuvat myös maskuliinisten poikien seurasta. Näin ollen heillä on varhaisvuosina hyvin vähän kontakteja miehiin, ja sen vuoksi he hakevat myöhemmin kiintymystä ja rakkautta miessuhteista. Green varoittaa tulostensa yleistämisestä kaikkiin homoseksuaaleihin, koska tutkimuksen kohderyhmä oli erityisryhmä. Green epäilee sosiaalisen oppimisen teorian mahdollisuuksia selittää sinänsä ja kattavasti homoseksuaalista suuntautumista. Greenin tutkimusasetelma asettaa ongelmaksi sukupuoliroolia poikkeamisen, jolloin sosiaalisesti määräytynyt rooliodotus jää vaille kriittistä tarkastelua.

Homoseksuaalisuutta on koettu selittää myös heteroseksuaalisuuteen liittyvällä pelolla, joka voi johtua joistakin pelottavista lapsuuden kokemuksista. Pelko voi kohdistua heteroseksuaaliseen yhdyntään tai siihen liittyvään roolisooriutumiseen. Jotkut tutkijat ovat korostaneet ensimmäisen seksuaalisen kokemuksen seksuaalisuutta suuntaavaa voimaa, jolloin vaikkapa varhainen viettely voisi johtaa homoseksuaaliseen kehitykseen. Kumpikaan selitysmalleista ei ole saanut tukea empiirisistä tutkimuksista (Richardson 1981, 26–27).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian teoreetikko Albert Ellis osallistui 1950-luvulla keskusteluun homoseksuaalisuuden luonteesta varhaisten homoliikkeiden kustantamassa *Mattachine Review* -julkaisussa. Bayerin mukaan (1987, 77) Ellis suhtautui kriittisesti sekä ehdottomaan heteroseksuaaliseen suuntautumiseen että ehdottomaan homoseksuaaliseen suuntautumiseen. Hän näki kummankin jäykkänä reagoimistapana, jonka takana oli foobinen reaktio ja pakkomieltainen turvautuminen yhteen käyttäytymismalliin. Hänen mielestään jokainen homoseksuaali voi saavuttaa tyydytyksen heterosuhteessa saatuaan apua pätevältä terapeutilta, ja hän torjui ajatuksen, että terapeutin tärkein tehtävä olisi auttaa asiakasta sopeutumaan homoseksuaalisuuteensa.

Sosiaalipsykologi Hooker kyseenalaisti 1960-luvulla vallinneita homoseksuaalisuuskäsityksiä. Hän testasi standarditesteillä homo- ja heteroseksuaalisia verrokkiryhmiä ja totesi, että homoseksuaalisuutta ei ole olemassa kliinisenä kokonaisuutena ja että sen muodot olivat yhtä moninaiset kuin heteroseksuaalisuudenkin (Plummer 1981a, 18).

Homojärjestöt järjestivät vuonna 1972 mielenosoituksen Association for the Advancement of Behavior Therapy -yhteisön kokouksessa. Protestissa todettiin, että vaikka yhteisön jäsenet eivät käyttäneet psykopatologista termistöä suhteessa homoseksuaalisuuteen, he siitä huolimatta edelleen suhtautuivat homoseksuaaleihin bruttaalin loukkaavasti pyrkiessään muuttamaan heidän suuntautumistaan (Bayer 1987, 115).

Kun homoseksuaalisuus poistettiin sairausluokituksesta ja homomiehet ja lesbot odottivat saavansa seksuaalisuuttaan, identiteettiään ja parisuhteitaan tukevaa hoitoa, niin behavioristinen suuntaus mukautui varsin nopeasti tähän kysyntään. Nytemmin kognitiivista käyttäytymisterapiaa on käytetty hyvinkin aktiivisesti homoseksuaalista identiteettiä tukevissa sekä seksielämää ja parisuhteita työstävissä terapioissa (ks. esimerkiksi Kuehlwein 1992). Samanaikaisesti behaviorismin sisällä on esiintynyt luonnontieteisiin nojautuvia näkemyksiä – biologiseen reduktionismiin asti. Tästä esimerkki-

nä Hedenrud (1992, 24) mainitsee J. Money'n.

2.2.4. Sosiologian näkökulmia

Sosiologiset tutkimukset ovat olleet pääsääntöisesti normalisoimassa homo- ja biseksuaalisuutta osaksi arkipäivää ja asettamassa sen tarkasteluja uusiin kehyksiin. Sosiologisista näkökulmista otan tässä luvussa esille leimautumiseen, rooleihin, sukupuoliroolikehykseen ja yleisyyteen liittyviä tutkimuksia. Myöhemmissä luvuissa tulee esille elämäntapatutkimuksia ja pohdintoja sosiaalisista merkitysyhteyksistä.

Schofield (1965) teki vertailevan tutkimuksen, jossa oli mukana psykiatrisessa sairaalahoidossa olevia homo- ja heteromiehiä sekä ei-kliininen otos homo- ja heteromiehistä. Tulosten mukaan homoseksuaalisten miesten eri ryhmät poikkesivat monissa suhteissa merkittävästi toisistaan. Potilasotosten homoseksuaaliset miehet eivät olennaisesti poikenneet potilasotoksen ei-homoseksuaalisista miehistä ja vastaavasti ei hoidossa olleet homomiehet ja heteromiehet olivat ominaisuuksiltaan lähellä toisiaan. Johtopäätösten mukaan *"Homoseksuaalisuudella sinänsä on varsin vähäisiä vaikutuksia persoonallisuuden kehitykseen. Muiden ihmisten asenteet homoseksuaalisuutta kohtaan aiheuttavat stressiä, joka voi olennaisesti vaikuttaa persoonallisuuden kehitykseen ja johtaa sellaisiin luonteenpiirteiden muutoksiin, jotka vaikeuttavat yhteiskuntaan sopeutumista. (...) Ne homoseksuaalit, jotka ovat oppineet tulemaan toimeen näiden sosiaalisten paineiden kanssa, voivat sopeutua olotilaansa ja integroitua yhteiskuntaan"* (mt. 203). Schofieldin tutkimuksen myötä tarkastelun painopiste siirtyi niihin leimoihin, joita yhteiskunnassa homoseksuaalisuuteen liitettiin, ja leimaamisen mahdollisiin heijastuksiin homojen ja lesbojen elämässä (Plummer 1981a).

MacIntosh (1981, 33) viritti 1960-luvulla keskustelua homoseksuaalisuus-käsitteen historiallisuudesta ja homoseksuaalisuuteen liittyvistä rooleista. Homoseksuaalisuutta tulisi tarkastella sosiaalisina rooleina, joihin liittyy erilaisia odotuksia, eikä olosuhteena. Roolin olemassaolo mahdollistaa siihen samastumisen, mikä puolestaan organisoii käyttäytymistä. Plummerin (1981a) mukaan Gagnon ja Simon suuntasivat tutkimuksen huomiota homoseksuaalisuuteen osana ihmisten arkielämää. Levitt - Klassen ja Lehne taas tutkivat homoseksuaalisuuteen kohdistuvaa vihaa. Sosiaalisen interaktion teoriassa tarkastelu kiinnittyi homoseksuaalisen identiteetin omaksumiseen. Sitä, mitkä eri tekijät johtavat identiteetin omaksumiseen, ei voida koskaan tyhjentävästi ja yleistävästi selittää. Identiteetin omaksuminen, sen ylläpito ja siihen liitetyt merkitykset vaihtelevat eri yksilöillä. Joillakin se voi olla pysyvä ja joillekin ohimenevä identiteetti, toisille se on keskeinen ja toisille vähemmän merkityksellinen, ja ihmisen elinkaareissa sen merkitys voi vaihdella. Sen omaksuminen ja ylläpito tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, ja siihen vaikuttaa olennaisesti vallitseva sosiaalinen ympäristö. (Richardson 1981; Richardson - Hart 1981.)

Plummer (1981a) kiinnitti huomiota seksuaalisuuteen liitettyjen kategorioiden monisärmäisyyteen; niitä tarvitaan järjestyksen luomiseksi maailmaan, niihin liittyy leimaamista ja rajoittavia rooleja ja ne antavat yksilöille mahdollisuuden muodostaa minuutta ja puolustaa oikeuksiaan. Viime vuosikymmeninä homot ja lesbot ovat homo- ja lesboliikkeiden ja tutkimuksen avustamina yhä enemmän ottaneet haltuunsa itseään koskevaa määrittelyä.

Weinberg et al. (1994) tutkivat San Franciscossa ja sen lähistöllä asuvia itsensä biseksuaaleiksi nimenneitä miehiä ja naisia. Kysely- ja haastattelututkimusten analyysissä tutkijat päätyivät näkemyk-

seen, jonka mukaan monien ihmisten elämässä, riippumatta heidän seksuaalisesta identiteetistään, on pysyvä biseksuaalinen potentiaali. He analysoivat seksuaalisen suuntautumisen kehitystä suhteessa *sosiaalisen sukupuolen kehukseen* (gender schema), jolla tarkoitetaan kognitiivista kehystä, joka organisoii havaintoja kumpaankin sukupuoleen liittyvistä tai liitettävistä ominaisuuksista. Suuri osa seksuaalisuuden merkityksistä opitaan sukupuolikehityksen oppimisen yhteydessä. Länsimaisen yhteiskunnan "*traditionaalinen sosiaalisen sukupuolen kehys*" antaa merkityksiä siitä, mitkä erot miesten ja naisten välillä voidaan tai tulisi erotisoida. Näitä sosiaalistettuja haluja, jotka tuottavat meille seksuaalista mielihyvää, voidaan pitää *sukupuolitettuina* mielihyvinä. Näin me opimme tuntemaan sukupuolitetun kehon, ensin omamme ja sitten vastakkaisen sukupuolen. Kaikki oppivat kummankin sukupuolen kehon haluttavat puolet. Perinteinen heteroseksuaalinen kehitys edellyttää, että opimme pois, jätämme huomiomme ulkopuolelle tai repressoimme oman sukupuolemme haluttavat piirteet, jotka voidaan erotisoida tai on jo erotisoitu. Homo- ja biseksuaalit oppivat myös perinteisen sosiaalisen sukupuolen kehityksen, mutta sitten he kehittävät "*avoimen sosiaalisen sukupuolen kehityksen*"; oman sukupuolen haluttavien piirteiden poisoppiminen ei ollut ehkä täydellistä tai/ja oman sukupuolen sukupuolitettuihin mielihyvät opitaan uudelleen. Homoseksuaalisessa kehityksessä vastakkaisen sukupuolen haluttavat piirteet jäävät sittemmin taustalle, kun taas biseksuaalinen kehitys merkitsee sitä, että seksuaalisen halun suunta ei ole sidoksissa subjektin sosiaaliseen sukupuoleen. Monille biseksuaalisuus on lisäpiirre. Heillä on ollut heteroseksuaalinen identiteetti, jonka lisäksi he pystyvät erotisoimaan omaan sukupuoleen liittyviä piirteitä. Miehet ovat löytäneet biseksuaalisen puolensa usein seksuaalisen käyttäytymisen kautta, kun taas monille naisille se on tapahtunut omaan naiseuteen tutustumisen kautta – esimerkiksi naisliikkeessä – jolloin he ovat oivaltaneet, että naiseus ei välttämättä aina merkitse heteroseksuaalisuutta. Seksuaalisen identiteetin rakentamisen (ja uudelleen rakentamisen) myötä käyttäytyminen yleensä vakiintuu sen määrittämiin uomiin. Läheskään kaikki eivät luo vahvoja poissulkevia identiteettejä, vaan he sallivat itselleen "rajanylityksiä". (mt. 286–292.)

Yleisyystutkimuksia

Kinseyn laaja seksuaalista käyttäytymistä kartoittava tutkimussarja merkitsi käännettä seksuaalitutkimuksessa. Näiden tutkimusten raportoinnin myötä seksuaalista suuntautumista alettiin tarkastella dikotomian sijasta jatkumona. Miehistä 37 %:lla oli jossakin aikuiselämän vaiheessa ollut seksiä samaa sukupuolta olevan kanssa. Yksinomaan samaan sukupuoleen suuntautuneita oli 4 %, ja sekä miesten että naisten kanssa seksikontaktissa oli ollut 33 %. Naisista yksinomaan samaan sukupuoleen suuntautuneita, kun otettiin huomioon sekä seksikäyttäytyminen että tunteet, oli 0–3 % ja eri asteisesti biseksuaaleiksi voitiin luokitella 10–36 % (luvut ovat arvioiden ala- ja ylärajoja). (Kinsey et al. 1948, 650–651; Sievers - Stålström 1984, 417.)

R.Fay et al. (1989) ovat arvioineet miesten välisen seksin yleisyyttä Yhdysvalloissa vuonna 1970 tehdyn koko maata koskevan otostutkimuksen valossa. Sen mukaan aikuisista miehistä arviolta vähintään 20 %:lla oli ollut orgasmiin johtava seksikontakti toisen miehen kanssa jossakin elämänsä vaiheessa, 6,7 %:lla oli ollut vastaavanlainen kontakti 19 ikävuoden jälkeen ja noin 2 %:lla kuluneen vuoden aikana. Vaikka tuloksissa on pyritty ottamaan huomioon puuttuva aineisto, aliraportointi on hyvin todennäköistä, minkä vuoksi nämä arviot lienevät miesten välisten seksikontaktien yleisyyden alarajoja.

Suomalaisessa seksitutkimuksessa vuodelta 1992 kartoitettiin myös haastateltavien seksuaalisia

kokemuksia samaa sukupuolta olevien kanssa. Kysymyslomakkeessa³ kysyttiin vastaajan sukupuolista kiinnostusta ja kokemuksia suhteessa omaan sukupuoleen. Tuloksia verrattiin vuonna 1971 tehtyyn osittain vastaavaan tutkimukseen. Seksuaalisen kiinnostuksensa voittopuolisesti tai yksinomaan omaan sukupuoleen kohdistavia vuoden 1992 tutkimuksessa löytyi 0,6 % (1971 0,8 %). Kun otetaan huomioon myös ne, joilla sukupuolinen kiinnostus on suuntautunut ainakin jossakin määrin samaan sukupuoleen, päästää lukuun 6,4 % (1971 7,6 %) Kiinnostuksen kohdistuminen yksinomaan omaan sukupuoleen oli miehillä noin kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla. Biseksuaalisuus oli yhtä yleistä sekä miehillä että naisilla. Seksuaalisia kokemuksia oman sukupuolen edustajan kanssa oli ollut sekä miehistä että naisista 4,2 %:lla, tosin 2,5 %:lla vain kerran. Miehistä 2,2 %:lla ja naisista 1,1 %:lla oli ollut useampia sukupuolikokemuksia saman sukupuolen kanssa. Tutkijat arvelevat, että tulokset kertovat homo- ja biseksuaalien määrästä vain sen alarajan⁴. (Kontula - Haavio-Mannila 1993, 249–258.)

2.3. Homo- ja biseksuaalisuus asennoitumisen kohteena

Homo- ja biseksuaaleihin kohdistuvien asenteiden sosiaalipsykologinen tutkimus on ollut useimmiten ennakkoluulojen ja stereotyyppien tutkimista. Nämä tutkimukset voidaan jakaa kolmeen näkökulmaan: sosiokulttuurinen, motivationaalinen ja kognitiivinen (Kite⁵ 1994, 29–33).

Sosiokulttuurisen näkökulman mukaan yksilöiden ilmaisemat ennakkoluulot pohjautuvat vallitsevaan kulttuuriin. *Strukturaalisfunktionaalinen* suuntaus sosiokulttuurisesta näkökulmasta olettaa, että on olemassa sosiaalinen yksimielisyys eri ryhmien luonteesta ja että ihmiset omaksuvat stereotyyppisen asennoitumisen saavuttaakseen sosiaalista hyväksyntää. *Konflikteja* korostava suuntaus on puolestaan sitä mieltä, että eri väestöryhmillä on erilaisia arvoja ja käsityksiä eri ryhmistä. Sosiokulttuuriseksi voidaan nimetä myös *sosiaalisten roolien* näkökulmaa, jonka mukaan stereotypiat omaksutaan tarkkailemalla yksilöitä heidän sosiaalisissa rooleissaan. Väestöryhmän saamat tyypilliset tai näkyvät roolit vaikuttavat heistä muodostuvaan stereotyyppiseen kuvaan.

³ Kysymyksenasetteluihin sisältyi käsitykseni mukaan ns. heteroseksuaalinen oletamus. Homo- ja biseksuaalisuus otetaan esille kysymyksessä 48 "*Ihmiset tuntevat joskus sukupuolista kiinnostusta paitsi toiseen, myös omaan sukupuoleen...*". Siihen saakka kysymyksenasettelu on lähtenyt ns. heteroseksuaalisesta oletuksesta. Olettaisin, että ko kysymyskaavake on koettu rivien välistä enemmän heteroseksuaalisuutta kuin homoseksuaalisuutta arvostavaksi, mikä on saattanut vähentää homoseksuaalisuudesta kertovien osuutta.

⁴ Tutkimuksessa pyrittiin mahdollisimman hyvään maantieteelliseen kattavuuteen. Koska homoseksuaalisesti suuntautuneet hakeutuvat keskimääräistä useammin suuriin asutuskeskuksiin mm. asenneilmapiirin ja osakulttuurien vuoksi, olettaisin, että tutkimuksen hyvä maantieteellinen edustavuus merkitsee homoseksuaalisesti suuntautuneiden aliedustusta. Toisaalta homoseksuaalisesti suuntautuneiden miesten osuus oli otoksessa suhteellisen tasaisesti jakautunut, mutta lesboista selvästi suurempi osa löytyi pääkaupunkiseudulta. Tutkimusaineistoon sisältyi vain kuusi sellaista henkilöä, joilla oli sekä kiinnostusta yksinomaan samaan sukupuoleen että kokemuksia homoseksuaalisesta suhteesta, minkä lisäksi oli kahdeksan henkilöä, jotka kertoivat selvästi yksinomaan homoseksuaalisesta kiinnostuksestaan, mutta joilla ei ollut kokemuksia (5 kpl) tai jotka eivät vastanneet kokemuksista koskevaan kysymykseen (3 kpl). (Kontula - Haavio-Mannila 1993, 258–260.) Tämän hyvin pienen joukon perusteella tutkijat ovat tehneet johtopäätöksiä homo- ja biseksuaalien sukupuolielämän tyydyttävyydestä.

⁵ Kiten erittely perustuu artikkeliin: Ashmore, R. D., - DelBoka, F. K. (1976) Psychological approaches to understanding intergroup conflict. Teoksessa: P. Katz (ed.) *Toward the elimination of racism*.

Motivatiivinen näkökulma olettaa, että ennakkoluulot perustuvat motivaatioihin ja palvelevat identiteetin vahvistumista. Klassinen esimerkki on teoria autoritaarisesta persoonallisuudesta. Siinä oletetaan pysyväisluonteinen persoonallisuuden piirre, jonka perusteella voidaan ennakoida, että henkilö suhtautuu kielteisesti ulkoryhmiin kuuluvia kohtaan. *Funktionaaliset* teoriat korostavat, että samanlaiselta näyttävän asenteen takana voi olla hyvinkin erilaisia motiivifaktoreita, esimerkiksi sosiaalisen ryhmän jäsenyyteen tai arvomaailmaan liittyviä.

Kognitiivisesta näkökulmasta stereotypiat ovat merkittävä apuväline selviytyä ärsyketulvasta. Stereotypioista näyttäisi olevan varsin suuri yksimielisyys ja reaktiot ryhmiin näyttäisivät olevan hyvin ennustettavissa, automaattisia ja enemmän tai vähemmän tiedostamattomia. Stereotypioihin luotetaan erityisesti silloin, kun tehdään vähämerkitykselliseltä tuntuvia päätöksiä. Ennakkoluuloisten ja niistä suhteellisesti vapaiden ihmisten ero tulee esille tilanteissa, joissa vaaditaan kohteen tarkempaa arvioimista. Ennakkoluuloista vapaammat luopuvat helpommin stereotyyppisistä reagoinneista ja reagoivat kohteeseensa enemmän yksilönä kuin ryhmän jäsenenä. (Kite 1994, 32–33.)

Tarkastelen seuraavaksi sitä, miten erilaisten ilmiöiden sosiaalinen luokittelu, itsensä kategorioiminen niiden mukaan, ryhmien välinen vertailu sekä vallankäyttö johtavat stereotyyppisiin mielikuviin ja syrjintään suhteessa erilaisiin ulkoryhmiin. Tämän jälkeen paneudun käsitteisiin homofobia ja heteroseksismi. Perehdyn myös homoseksuaalisuuteen liitettyihin moraalikysymyksiin ja homo- ja biseksuaaleihin asennoitumisesta tehtyihin empiirisiin tutkimuksiin. Lopuksi otan esille kysymyksen asenteiden muuttamisesta.

2.3.1. Stereotypiat

Natsi-Saksan juutalaisvainot ja Yhdysvaltain rotusorto muodostivat merkittävän sosiaalisen tilauksen ennakkoluulojen ja eri ulkoryhmiin kuuluvien ihmisten syrjinnän tutkimukselle. Adorno kehitti 1950-luvulla teorian, jossa joihinkin ulkoryhmiin – yleensä vähemmistöihin – kohdistuva vihamielisyys selitettiin osaksi autoritääristä persoonallisuuden rakennetta, joka puolestaan oli tietynlaisen kasvatuksen tulos. Ennakkoluuloja on selitetty myös osana ihmisen "normaalia" toimintaa. Frustraatio, esimerkiksi taloudellinen vastoinkäyminen, voi tietyissä tilanteissa purkautua aggression sellaiseen kohteeseen, joka muistuttaa turhauman aiheuttajaa, tai sitten täysin erilaiseen – aggression purkajan kannalta turvallisempaan – kohteeseen. Tähän ajatteluun perustuu syntipukkiteoria. Suhteellisen deprivaaation teoriassa kielteisiä asenteita selitetään sillä, että yksilö vertailee itseään (egoistinen suhteellinen deprivatio) tai ryhmäänsä (fraternaallinen suhteellinen deprivatio) suhteellisen lähellä olevaan ryhmään, jonka valinnalla on omat sosiaaliset ja historialliset juurensa, ja vertailussa huonommaksi jääminen voi aiheuttaa kielteistä asennoitumista vertailuryhmän jäseniä kohtaan.

Toisen ihmisryhmän jäseniin kohdistuvan ennakkoluuloisuuden tai syrjinnän ei kuitenkaan tarvitse pohjautua persoonallisuuden rakenteeseen, frustraatioon tai vertailun kautta koettuun deprivatioon, vaan se näyttäisi perustuvan jo itse ryhmäytymisen luonteeseen. Sisäryhmän muodostuminen sellaisenaan pitää sisällään ulkoryhmästä erottautumisen, jolloin ulkoryhmän jäseniin sovelletaan stereotyyppisiä mielikuvia, joiden sisältöön vaikuttavat ryhmien todelliset tai kuvitellut suhteet. Ryhmän jäsenyys näyttäisi jo sinänsä aiheuttavan sen, että oman ryhmän jäseniin suhtaudutaan myönteisemmin kuin toisen ryhmän jäseniin. (Hogg - Abrams 1988, 31–50.)

Sosiaalisen identiteetin teoria olettaa, että sosiaalisten kategorioiden muodostaminen tapahtuu aina suhteessa itseen: minä ja muut sijoitetaan sosiaaliseen maailmaan. Oman ryhmän jäseniin sovelletaan myönteisempiä määrittelyjä sen vuoksi, että ihminen johtaa oman *sosiaalisen identiteettinsä* samastumisryhmäänsä liittyvästä sosiaalisesta kategoriasta. Itsemäärittely herättää tarpeen myönteiseen itsensä arviointiin, mikä taas saavutetaan suosimalla oman ryhmän jäseniä muiden ryhmien jäsenten kustannuksella. Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan etnosentrisyys, oman ryhmän jäsenten suosiminen, perustuu yksilöiden pyrkimykseen saavuttaa myönteinen itsearvostus⁶. Sosiaalisen kilpailun juurilta löytyy siis seuraavat kaksi tekijää: sosiaalinen kategoriointi ja sosiaalinen vertailu. (Hogg - Abrams 1988, 51–53.)

Stereotyyppien olemassaolo voidaan selittää tulokseksi ilmiöiden kategorioimisesta; kun ilmiöt on luokiteltu jonkin ominaisuuden perusteella samaan ryhmään, ne hahmotetaan keskenään samanlaisemmiksi muiltakin ominaisuuksiltaan kuin ilman kyseiseen ryhmään luokittelua, ja kahteen eri ryhmään luokitellut ilmiöt nähdään vastaavasti enemmän erilaisiksi eri ulottuvuuksiltaan kuin ilman luokittelua. Sisäryhmään, johon itse kuulutaan, liitetään myönteisempiä ominaisuuksia kuin ulkoryhmään, ja ryhmäjakoa pyritään hahmottamaan ja esittämään omalle ryhmälle myönteisten eroavuuksien kautta (mt. 74). Mitä enemmän luokittelu on arvoihin sidottua, sitä enemmän ihmiset liioittelevat luokan sisäistä yhteneväisyyttä ja luokkien välisiä eroja (Liebkind 1988, 77–778). Stereotyyppit ovat myös joustavasti vastustuskykyisiä. Taylor on todennut, että jos jokin stereotyyppi on hyvin vahvasti yhdistetty kielteiseen arvioon, sen tosiasiallinen vääräksi osoittaminen ei johda stereotyyppian perusteellisempaan uudelleenarviointiin, vaan se lohkotaan uusiin kielteisesti latautuneisiin stereotyyppioihin (Liebkind 1984, 54).

Yksilölle näyttäisi olevan tärkeää kuulua ryhmiin, joihin voi liittää myönteisiä määritelmiä. Ihmisillä, joilla on suhteellisen vähän myönteisinä pidettyjä sosiaalisia identiteettejä, on sosiaalisen identiteetin teorian mukaan taipumus korostaa harvoja positiiviseksi kokemiaan sosiaalisia identiteettejä ja suhtautua erittäin ennakkoluuloisesti ja syrjivästi näiden identiteettien suhteen ulkopuolisiin (Hogg - Abrams 1988, 74).

Tutkimuksissa (mt. 1988, 61–62) on havaittu, että asemansa turvallisesti kokeva vallassa oleva tai korkeammalle arvostettu ryhmä on asenteissaan vähemmän puolueellinen kuin asemastaan epävarmempi vallassa oleva ryhmä. Toisaalta, vallassa olevan ryhmän jäsenten alistetussa asemassa oleviin kohdistama syrjintä on suurinta silloin, kun he ajattelevat, että heillä on täydellinen valta suhteessa alistettuun ryhmään. Kun he saavat tietää, että alistetulla ryhmällä on mahdollisuus saada apua muilta ryhmiltä, syrjintä vähenee. Liebkindin (1988, 135) mukaan syrjintä voi usein olla hyvin hienovaraista; sisäryhmä voi omaksua itselleen kaikkein tärkeimmät ja arvokkaimmat vertailuominaisuudet ja pitää ulkoryhmiä parempina vain toisarvoisissa asioissa.

Stereotyyppit ovat yhteisiä ryhmien sisällä. Niiden yhteydessä voidaan puhua sosiaalisista representatioista tai ideologioista. Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan ryhmien sisällä omaksutaan erilaisista tieteellisistä ja pseudotieteellisistä ilmiöiden selityksistä ryhmän jäsenten itsetuntoa tukevia tulkintoja ja vallassa olevat ryhmät pyrkivät saamaan nämä tulkintakehykset yleisesti hyväksytyiksi. Epänormaaliuden käsitettä voidaan soveltaa joihinkin ihmisryhmiin oman ryhmän valta-aseman ylläpitämiseksi.

⁶ Sosiaalisen identiteetin teoria ei näyttäisi juurikaan problematisoivan perusolettamustaan ihmisten pyrkimyksestä myönteiseen itsearvostukseen.

(Hogg - Abrams 1988, 78–84.)

Liebkind (1984, 51, 65–66) korostaa, että kaikki luokittelumme eivät suinkaan ole sosiaalisesti jaettuja stereotypioita ja että luokittelu toimii muistin avulla. Sosiaalinen luokka herättää meissä mielikuvia, joita olemme tottuneet yhdistämään tähän luokkaan kuuluviin ihmisiin. Nämä itseämme lähempänä olevat mielikuvat, muistot jostakin tietystä henkilöstä, edustavat meille jatkossakin koko ryhmää. Tällöin ryhmä on muodostunut "psykologiseksi ryhmäksi". Vaikka koko muu yhteiskunta halveksisi tätä ryhmää, me voimme silti rakastaa sen "psykologista vastinetta" omissa ajatuksissamme. Billig onkin todennut, että ei ole olemassa yksinkertaista korrelaatiota henkilökohtaisten sosiaaliseen kategoriaan kohdistuvien tunteiden ja samaan kategoriaan suuntautuvien "julkisten, sopivien ja kunnioitettavien" sosiaalisten tunteiden välillä.

Sosiaalisen identiteetin teoriaa on arvosteltu siitä, että se olettaa kaikkien saman yhteiskunnan jäsenten luokittelevat ryhmiä saman arvoasteikon mukaisesti. Huomiotta jää se, että ihminen on samanaikaisesti monenlaisten ja ristiin menevien ryhmien jäsen. Billigin mielestä luokitteluprosessille on annettu liian suuri merkitys. Ihmiset paitsi yleistävät niin samanaikaisesti myös partikuloivat eli eriyttävät, antavat ihmisille ryhmästä poikkeavia merkityksiä. Jäykkää ennakkoluuloista luokittelua on mahdollista ylläpitää luovan ja joustavan eriyttämisen avulla. Myönteistä poikkeusta stereotypiasta pidetäänkin erikoistapauksena, jolloin yksilöön tutustuminen ei kumoa ryhmään liitettyä ennakkoluuloa. Vähemmistöryhmään kuuluva ja erikoistapauksen asemaan päässyt voikin pelätä, että mahdollinen välirikko enemmistön edustajan kanssa paljastaa sen, mitä tämä itse asiassa vähemmistöryhmästä ajattelee. Konfliktimalli, jota Billig on kehittänyt, olettaa, että todellisuus on ristiriitainen. Joissakin tilanteissa pienen ihmisryhmän äärimmäiset, vallitsevia arvoja kyseenalaistavat mielipiteet voivat vaikuttaa merkittävästi muiden mielipiteisiin aiheuttamalla väittelyä enemmistöryhmissä. (Liebkind 1988, 82.)

Homoseksuaalisuuteen näyttäisi liittyvän runsaasti sosiaalisesti jaettuja stereotyyppisiä mielikuvia. Kenttätutkimuksissa (Koski 1990, Marshall 1981, Bell et al. 1981, 221) on tullut esille, että homomiehiin ja lesboihin liitetään yleisesti sukupuolirooleista poikkeaminen ja seksuaalisuuden korostuminen. Kysymys normaalisuudesta tai poikkeavuudesta yhdistetään usein juuri homoseksuaalisuuteen. Ennakkoluulojen tarkasteluissa huomion polttopisteessä ovat useimmiten kielteiset stereotypiat, mikä on ymmärrettävää niiden yleisyyden ja haitallisten seurausten vuoksi. Tällöin jää huomiotta se, että monille heteroseksuaaleille homoseksuaalisuus ja biseksuaalisuus edustavat hyvinkin myönteiseksi koettuja arvoja: herkkyyttä, luovuutta, ilmaisukykyä, itsenäisyyttä ja rohkeutta irrottautua ahtaaksi koetuista sukupuolirooleista. Joillekin on käynyt jopa niin, että oma heteroseksuaalisuus on alkanut tuntua häiritsevältä, kun ihanteet ja elämäntapa sopisivat paremmin homoseksuaaliseen osakulttuuriin.

Liebkind (1988, 107) on tutkinut suomalaisten suhteita erilaisiin vähemmistöihin. Hän on kiinnittänyt huomiota siihen, että monet suomalaiset kamppailevat vielä kansallisen alemmuudentunteen kanssa. Tämä näkyy torjuvana suhtautumisena Suomen rajojen sisäpuolella oleviin tai sinne mahdollisesti pyrkiviin vähemmistöihin. Tämän perusteella voisi päätellä, että Suomessa koettaisiin uhkaavaksi jo *erillisen* homoseksuaalisen *identiteetin* korostaminen sinänsä, riippumatta sen sisällöstä.

2.3.2. Homofobia ja heteroseksismi

Kun homoseksuaalisuuden käsite alkoi tämän vuosisadan alkupuolella vakiintua käyttöön, alkoi myös homoseksuaalisuuteen suhtautumisen pitkä tutkimusperinne, jota Herek (1985b) on lyhyesti kuvannut. W. Jamesin mielestä vastenmielisyyys homoseksuaalisuutta kohtaan oli synnynnäistä, toleranssi opittua. Westermarck on todennut, että vastenmielisyyden tunteet kuuluvat vielä "normaaliin" kehitykseen, kun taas homoseksuaalisuuteen liittyvä vaino liittyy joidenkin uskontojen antamiin merkitysyhteyksiin. Freud puolestaan liitti torjuvan suhtautumisen psykoseksuaaliseen kehitykseen; homoseksuaalisuuden repressio on osa heteroseksuaalista kehitystä. Ferenczin mukaan vastenmielisyyden tunteet ovat reaktionmuodostusta omia homoseksuaalisia tunteita kohtaan.

Kun homoseksuaalisuus alkoi vähitellen vapautua sairausleimasta, tutkimusten huomio kiinnittyi yhä enemmän siihen, miten eri väestöryhmät suhtautuvat homoseksuaalisuuteen. Weinbergin teoksen *Society and the healthy homosexual* (1972) myötä kielenkäyttöön vakiintui termi **homofobia**, jonka historiaa Neisen (1990) on tutkinut. Churchill oli käyttänyt tutkimuksessaan v. 1967 termiä *homophobia*, millä hän viittasi pysyvään kulttuuriseen pelkoon samaa sukupuolta olevien eroottista tai seksuaalista kontaktia kohtaan. Weinberg viittasi homofobia-termillään homoseksuaaleihin kohdistuvaan irrationaaliseen pelkoon ja kauhuun. Homofobia-käsite alkoi tämän jälkeen elää omaa elämäänsä ja vähitellen siihen liitettiin uusia merkitysyhteyksiä: "minän koossapitäminen tiukalla pitäytymisellä ahtaissa sukupuolirooleissa", "miesten välisen läheisyyden pelko" jne. Käsitteen sisältö muuttui jännitteiseksi ja epämääräiseksi.

Kaikki homofobian määrittelyt keskittyivät kielteisiin asenteisiin ja jättivät myönteiset huomiotta (Herek 1985b). Hudson ja Ricketts (1980) nimesivät *homonegativismiksi* homoihin ja lesboihin kohdistuvien kielteisten reaktioiden koko skaalaa, jonka yhtenä osana ovat tunnepitoiset kielteiset reaktiot. Näitä tunnepitoisia kielteisiä reaktiota he olivat valmiit nimeämään homofobiaksi ja sitä mitataksaan he kehittivät oman *homofobiamittarinsa*, IHP (ks. liite). Käytin tämän mittarin lyhennettyä versiota tutkimukseni kyselykaavakkeessa. Myös Herek (1985a) halusi rajata homofobia-käsitteen irrationaaliin psyykkisiin ja fyysisiin pelkoreaktioihin. Hänen mielestään homoihin ja lesboihin kohdistuvien asenteiden tutkimuksissa ei oltu riittävästi erotettu toisistaan suhtautumista lesboihin ja homoihin. Herek kehitti tutkimustensa perusteella *tuomitsevuus-suvaitsevuus-mittarin* ATLG, jossa oli omat osionsa homoja ja lesboja ajatellen.

Celia Kitzingerin (1989) mukaan homofobiaerittelyt liittyvät sosiaalitutkimuksen humanistisliberalistiseen perinteeseen, jossa tietyt tutkijoiden omaksumat arvorakenteet asetetaan yleisiksi normeiksi ja niistä poikkeaminen patologisoidaan. Plummer (1981c) kritisoi homofobia-käsitettä siitä, että se jättää huomiotta homoseksuaalisuuteen asennoitumisen kulttuuriset ja sosiaaliset kehikset. Homoseksuaalisuutta vastaan hyökätään voimakkaimmin silloin, kun se koetaan uhkaksi yhteiskunnan keskeisille symboleille ja käsitykselle "luonnollisesta järjestyksestä". Siihen sisältyy pelko, että jos kaikki tekisivät sitä mitä haluaisivat ja määrittäisivät itse vapaasti identiteettinsä, se johtaisi kaaokseen. Turvallisempaa on ajatella, että on olemassa luonnollinen järjestys. Siitä poikkeamat voidaan nimittää sairauksiksi, jolloin ne ovat vähemmän uhkaavia. Jos ne tulevat liian lähelle, ne täytyy saada tavalla tai toisella kauemmaksi, ääritapauksessa vaikka tappamalla. Silloin kun heteroseksuaalinen rakkaus ja sukupuolierot koetaan nimenomaan luonnollisiksi, homoseksuaalisuus koetaan uhkaksi. Homojen syrjintä ei ole tällöin tarkoituksellista tai patologista, vaan tahaton seuraus pyrkimyksestä pitää koossa

maailmankuvaa tietyin kulttuurisin ehdoin. Marshallin (1981) mukaan homoseksuaalisuus näyttäisi rikkovan nimenomaan luonnolliseksi koetun sukupuolijärjestelmän, keskeisen osan maailmankuvaa, ja juuri sen vuoksi homo- ja biseksuaalit herättävät voimakasta vastenmielisyyttä.

Kulttuurisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta asenteita tutkineet ovat käyttäneet termiä **heteroseksismi**. Sen esikuvana on käytetty *rasismi*-käsitettä, jossa yhdistyy vallankäyttö ja ennakkoluulo. Siinä korostetaan vallankäytön merkitystä. Yksittäisten ihmisten ennakkoluuloisuus on eri asia kuin laajasti vallalla oleva ennakkoluuloisuus, jota vielä yhteiskunnalliset rakenteet vahvistavat. Neisenin (1990) mukaan heteroseksismi on sitä, että *"yhteiskunnan instituutiot edistävät heteroseksuaalista elämäntapaa samalla, kun ne torjuvat tai alistavat muita, esimerkiksi homoseksuaalisuuteen liittyviä, elämäntapoja"*.

Neisen (mt.) määrittelee heteroseksismin vallitsevaksi ideologiseksi ilmapiiiriksi, jota uusinnetaan mm. tiedotuksessa ja kouluopetuksessa. Heteroseksismiä perustellaan erilaisilla ennakkoluuloilla. Se näkyy yksittäisten ihmisten tai instituutioiden harjoittamana syrjintänä tai siinä, että julkisuudessa parisuhteet esitetään aina heteroseksuaalisina parisuhteina. Neisen ottaa käyttöön myös termin "heteroseksismiin liittyvä häpeä". Sillä hän viittaa homo- ja biseksuaalien kokemuksiin ja itseensä liittämiin häpeäntunteisiin, jotka juontuvat ympäristön heteroseksistisistä asenteista ja toiminnasta. Heteroseksismi-käsitteessä huomio kiinnittyy tiettyyn kulttuuriseen valtarakenteeseen, eikä siihen liittyvien asenteiden erityiseen kohteeseen.

Heteroseksismiin sisältyvät Herkin (1990) mukaan homoseksuaalisuus-käsitteen perusmääritelmäluonne, yksityisen ja julkisen erottelu ja jäykät sukupuoliroolit. Homoseksuaalisuus muodostui sosiaalisiksi kategoriaksi niille, jotka eivät sopeutuneet avioliittoon ja jälkeläisten tuottamiseen. Sen kantajat nähtiin ensisijaisesti tämän puolensa kautta ja vasta toissijaisesti muiden ominaisuuksiensa yhteydessä. Homoseksuaalisuuden vastakohtana nähtiin ensi sijassa normaalisuus, vasta vähitellen heteroseksuaalisuus. Kun seksuaalisuus siirtyi yksityisyyden piiriin, jäivät heteroseksuaalisuuden sosiaalisiksi vastinpareiksi myönteisinä instituutioon avioliitto rituaaleineen, verotuskäytännöt ja perhepolitiikka. Homoseksuaalisuudelta tällaiset julkiset ja "kunnialliset" instituutiot ovat puuttuneet. Niinpä homot ja lesbot on nähty korostuneesti yksityisyyden piiriin luetun ominaisuuden, seksuaalisuuden, kantajina ja julkisuuteen tuojina. Lisäksi homoseksuaalisuuden koettiin rikkovan perinteisiä sukupuoleen liitettyjä normeja. Uhka tulla leimatuksi homoksi sukupuoliroolista poikkeamisen perusteella on puolestaan lisännyt sukupuoliroolissa pidättäytymisen tarvetta. Homoseksuaalisuus voi muodostua uhkaksi omasta sukupuoliroolistaan epävarmalle. Heteroseksuaalisuutta itsestään selvänä pitävässä yhteiskunnassa homoseksuaalisuus voi muodostua yksilölle sairauden, ulkopuolisuuden, säädyttömyyden ja epäonnistumisen symboliksi. Tätä Herek kutsuu *psykologiseksi heteroseksismiksi*.

Heteroseksismin voi nähdä myös arkipäivän kulttuuriseksi rakenteeksi. Vaikka se muotoutuu kulttuuriin kuuluvien jäsenten vuorovaikutuksessa ja keskinäisessä ymmärryksessä, ei se juuri koskaan tule avoimen keskustelun ja pohdiskelun piiriin. Siitä muodostuu ilman keskustelua ja kyseenalaistamista hyväksytty tieto, johon tiedonvälitys, mielipiteet ja asenteet nojautuvat (vertaa: Alasuutari 1990, 9). Kulttuurisesta normista poikkeavat teot, jotka voidaan tehdä eri tavoin, "persoonallisesti", ja kulttuurin tekemät erottelut "normaalin" ja "epänormaanin" välillä ovat kaikkein hyödyllisimpiä yksilön tunnistamiseksi, identifioimiseksi (mt. 9 ja 20).

Tarkasteltaessa asennoitumista homoseksuaalisuuteen on syytä tutkia, missä määrin asennoituminen perustuu kokemuksiin vuorovaikutuksesta homo- ja biseksuaalien kanssa ja missä määrin kyse on symbolitason reagoimisesta eli psykologisesta heteroseksismistä. Heteroseksismin takana voi Herekin (1990, 317–325) mukaan olla a) puolustuksellinen (intrapsyykkinen), b) arvomaailmaa ilmaiseva tai c) jonkin ryhmän sosiaalista jäsenyyttä ilmaiseva funktio. Näihin funktioihin palaamme luvussa .

2.3.3. Homo- ja biseksuaalisuus moraalikysymyksenä ja säätelyn kohteena

Liittyykö homo- ja biseksuaalisuuteen erityisiä moraalikysymyksiä? Mitä periaatteita eetikko voi tarjota ammattiauttajalle yksilön seksuaalisuutta koskevissa kysymyksissä? Minkälaisiin valintoihin tulisi ottaa kantaa laadittaessa yhteiskunnallisempaa linjanvetoa suhteessa homoseksuaalisuuteen? Tarkastelen lyhyesti näitä kysymyksiä.

Martti Lindqvist (1984) on jaotellut homoseksuaalisuuteen liitetyt moraalikannanotot Kanotin ja Kosnikin luokitteluun nojautuen kolmeen seuraavaan pääluokkaan:

1. *Homoseksuaalisuus ei ole ensi sijassa moraalinen vaan lääketieteellinen kysymys.* Moraaliselta kannalta henkilöä pidetään "syyntakeettomana" oman suuntautumisensa, joskus myös käyttäytymisensä, suhteen. Jotkut pitävät tätä "inhimillisenä" ja "ymmärtävänä" kannanottona – eihän siinä esitetä *moraalista* tuomiota. Tämä kannanotto asettaa homoseksuaalit sairaan rooliin. Lindqvistin mukaan ihmisarvoon kuuluu, että ihmistä pidetään pääsääntöisesti vastuullisena omasta elämästään ja ratkaisuisistaan, joten esitelty kanta muodostaa uhan ihmisarvolle. Varhaiset seksologit ja myöhemmistä esimerkiksi Socarides⁷ ovat edustaneet tätä näkökulmaa, eikä tämä ei ole käsitykseni mukaan vieras näkökulma myöskään arkipäivän ajattelussa.
2. *On olemassa objektiivinen moraalijärjestys, jota vastaan homoseksuaalisuus suuntautuu.* Tällä kannanotolla on pitkät perinteet etenkin uskonnollisissa traditioissa. Kannanotto sisältää olettamuksen muuttumattomasta objektiivisesta *luonnonoikeudesta*. Välittävänä lisäargumenttina käytetään usein seksuaalisuuden liittymistä lisääntymiskykyyn. Joskus näkemykset 1 ja 2 yhdistyvät ajattelussa: homoseksuaalisuus on luonnonvastaista tai kieroutunutta, mutta yksilö itse ei ole siitä vastuussa.
3. *Homoseksuaalisuus sinänsä ei ole ensisijaisesti moraalinen kysymys, koska seksuaalimoraalin tärkeimmät kriteerit koskevat vastuullisuutta ihmissuhteissa.* Tätä voidaan tulkita sekä itsekeskeisesti että lähimmäiskeskeisesti. Korkeimpana tavoiteltavana arvona voidaan pitää nautintoa, hyötyä, yhteisen hyvän edistämistä, oikeudenmukaisuutta tai persoonien välistä rakkautta. Valinta jää viime kädessä yksilölle.

Länsimaisen kulttuurin keskeisiä yksilön oikeuksiin liittyviä *moraaliarvoja*, joiden perusteella esimerkiksi lääketieteen moraalikysymyksiä ratkaistaan, ovat seuraavat (mt. 200–201):

1. *Ihmisarvo*: ihminen ei ole palautettavissa mihinkään hänen yksittäiseen ominaisuuteensa, suorituksiinsa tai asemaansa vaan on sinänsä arvokas.
2. *Integriteetti*: yksilöllinen ihmiselämä on kokonaisuus, jakamaton ja loukkaamaton. Ympäristön on suojeltava persoonan oikeutta omaan ruumiiseensa ja omiin katsomuksiinsa.
3. *Itsemääräämisoikeus*: ihmisen on saatava olla oman elämänsä vastuullinen subjekti. Jotta tämä

⁷ Syksyllä julkaistavassa kirjassaan *Homosexuality, A Freedom Too Far* Socarides esiintyy homojen kansalaisoikeuksien varhaisena kannattajana ja kritisoi homo- ja lesbolikkeita siitä, että ne eivät hyväksy homoseksuaalisuuden sairausluonnetta ja näin estävät yksilöitä eheytyästä ja aiheuttavat yhteiskunnallista sekaannusta. (Tiedot perustuvat julkaisijan antamiin ennakkotietoihin.)

olisi mahdollista, hänen on saatava riittävästi tietoa itsestään ja maailmasta, hänellä on oltava riittävästi voimavaroja oman elämänsä rakentamiseen ja hänen on saatava osallistua itseään keskeisesti koskettaviin päätöksiin. Näiden arvojen pohjalta on lääketieteen ja terveydenhuollon keskeiseksi moraaliperiaatteen tullut ns. *informed consent* -periaate.

Weeksin mukaan (1985, 53–57) vallitsevassa läntisissä kulttuureissa on nähtävissä kolme keskenään ristiriitaista strategiaa seksuaalisuuden kontrolloimiseksi ja säännöstelemiseksi. Nämä strategiat voi kiteyttää seuraavanlaisiksi näkemyksiksi:

1. *Absolutistinen*: perinteinen näkemys, jonka mukaan on olemassa selvä "luettavissa oleva" moraal, joka ohjaa yksilön ja yhteiskunnan elämää. Seksi edustaa vaaraa ja hajaannusta.
2. *Liberaali*: liberaali pluralistinen näkemys, joka on ollut vahvasti esillä viime vuosikymmenet. Siinä korostetaan yksilön yksityisyyttä tai yksilönoikeuksia. Lain tehtäväksi rajataan yleisen järjestyksen ylläpito eikä moraalien valvonta. Tämä ajattelutapa kieltäytyy määrittämästä kantaansa yksilön oikeuksiin ja yksityisyyteen liittyvissä kiistakysymyksissä, jotka jätetään yleisen mielipiteen tai erilaisten ammatillisten väliintulojen (lääketiede, sosiaalityö) ratkaistaviksi.
3. *Libertarian*: ajattelutapa, joka esiintyi jo viime vuosisadan lopun seksuaaliradikaaleilla. Siinä puhutaan kielletyn seksuaalisuuden vapauttamisesta yksilön vapauden ja sosiaalisen terveyden nimissä. Tämä "naturalistinen" lähestymistapa on saanut tieteellisyyttä vasemmistofreudilaisilta kuten Reichilta ja Marcuselta. Siinä seksuaalinen vapautuminen määrittyy sosiaalseksi vallankumoukseksi, koska seksuaalinen repressio on olennainen osa sosiaalista repressiota. Weeksin mukaan tämä lähestymistapa asettaa seksuaalisuuden ilmenemismuodot jalustalle ja jättää huomiotta seksiin liittyvän vallankäytön sekä vaihtoehtojen ja uusien suhdemallien luomisen.

Weeks (mt. 57) lisää joukkoon neljännen "kehityksellisen" lähestymistavan.

4. *Radikaalpluralistinen* ajattelutapa, joka puhuu yksilöllisistä tarpeista ja monien tähän asti kiellettyjen seksuaalisten käytäntöjen ja moninaisuuden hyväksymisen puolesta. Tälle lähestymistavalle Weeks asettaa kaksi tavoitetta. Ensinnäkin se pyrkii ymmärtämään niitä salaisia oletuksia, jotka organisoivat seksuaalista traditiota; seksuaalisuutemme ilmaisee intiimiä kehittämää biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten kompleksisuudesta, jotka kaikki ovat syvästi ruumiillistettuina valtasuhteissa. Toiseksi se pyrkii olemaan herkkä seksuaalisuuden suhteen juuri nyt keskeisille kysymyksille, joita ovat identiteetin sosiaalinen luonne, seksuaalisen valinnan kriteerit, mielihyvän ja suostumuksen merkitys, seksuaalisuuden ja vallan välinen suhde.

2.3.4. Empiirisiä asennetutkimuksia

Homoseksuaalisuuteen liitetyistä stereotyyppioista on tehty runsaasti tutkimuksia 1960-luvulta lähtien. Yleisimmät stereotyyppiat ovat liittyneet sukupuoliroolien rikkomiseen; homomiehet nähtiin naisellisiksi ja lesbot puolestaan miehekkäiksi. Homomiehiä on luonnehdittu seksikumppaneita tiuhaan vaihtaviksi, sairiksi, yksinäisiksi, epävarmoiksi ja taipuvaisiksi pedofiliaan. Lesbot on kuvattu aggressiivisiksi, erityisesti miesten vihaajiksi. Myönteisinä tyypillisinä piirteinä on pidetty herkkyyttä, älykkyyttä, rehellisyyttä, mielikuvitusta ja siisteyttä. Stereotyyppioita rikkoviin homoihin tai lesboihin voidaan suhtautua erityisen torjuvasti. Stereotyyppiset mielikuvat vaikuttavat myös muistikuviiin: on todettu, että tieto henkilön homoseksuaalisuudesta vaikuttaa siihen, mitä hänestä jälkepäin muistetaan. Homoseksuaaliksi tiedetyn käyttäytymistä myös tarkkaillaan tavallista enemmän. (Herek 1985b.)

Hudson ja Rickets (1980) tekivät 1970-luvun lopulla tutkimuksia tarkentaakseen ja operationalisoidakseen homofobian käsitettä. He laativat esitutkimustensa perusteella 25 väitettä sisältävän homofobiamittarin *Index of Homophobia*, IHP (ks. liite), jota on käytetty myös tämän kartoitustyön kyselytutkimuksessa. Hudson ja Ricketts pyrkivät rajaamaan väittämät sellaisiksi, että ne mittaavat henkilökohtaisia tunnereaktiota: inhoa, ahdistusta, torjuntaa, epämukavuutta, pelkoa ja vihaa joko välittömässä tai välillisessä kontaktissa homoseksuaalisten ihmisten kanssa. Ulkopuolelle jätettiin arviot homoseksuaalisuuteen liittyvistä moraalikysymyksistä ja väittämät ihmissuhderatkaisuista, uskomukset, laillisuuskysymykset ja sosiaalista haluttavuutta koskettavat väittämät. Mittarin reliabiliteetti ja validisuus tutkittiin 300 henkilön otoksella, josta 70 % oli opiskelijoita. Tutkimuksessa käytettiin rinnakkain kolmea mittaria: IHP, PSSP (*Psychosocial Screening Package*) ja SAS (*Sexual Attitude Scale*). Rakennevalidiutta arvioitiin vertaamalla IHP-arvoja SAS:n saamiin arvoihin sekä psykososiaalisia ongelmia ilmaisevien mittareiden tuloksiin. Koska homofobisuutta oli käsitteellistetty ja tutkittu empiirisesti vähän, rakennevalidisuutta ei voitu mitata tarkasti, mutta vertailujen perusteella se arvioitiin hyväksi. Sisältövalidisuutta tutkittiin suhteessa tutkijoiden määritelmään homofobisuudesta. Faktoraalinen validiteetti todettiin hyväksi lukuun ottamatta muuttujaa 21. Standardoituna mittarin vaihteluväli oli 0 (ei lainkaan homofobinen) – 100 (erittäin homofobinen). Tutkimukseen vastanneista 55,5 % ylitti arvon 50 ja voitiin luokitella ainakin jossakin määrin homofobisiksi ja 7,5 % ylitti arvon 75 ja luokiteltiin vahvasti homofobisiksi. Mittari korreloi negatiivisesti iän ja kouluvuosien kanssa. Iän homofobiaa vähentävä vaikutus näytti rajoittuvan yksineläviin. Valkoihoiset saivat muita etnisiä ryhmiä pienemmät arvot tällä mittarilla. Tutkimuksen heikkouksiksi todettiin otoksen yksipuolisuus ja se, että sen validiteettia ei mitattu kyvyllä erotella joukosta "etukäteen tiedettyjä tapauksia".

Herek (1985a) teki 1980-luvulla asennetutkimuksia, joissa käytettiin huolellisesti tutkien faktorianalyysiä ja joissa sallittiin faktoreiden keskinäinen riippuvuus. 450 psykologian opiskelijaa vastasi erikseen 66 lesboja ja homoja koskettavaan väittämään (ATHS-lomake G) Likertin 9 pisteen skaalalla. Kaikissa faktoriratkaisuissa, riippumatta vastaaja–kohde sukupuoliyhdistelmästä, muodostui yksi hyvin voimakkaasti latautunut faktori, joka tulkittiin *tuomitsevuus–suvaitsevuus*-akseliksi. Siinä latautuivat väittämät, joissa homoseksuaalisuutta pidetään luonnottomana, häpeällisenä, perverssinä, synnillisenä, vaarana yhteiskunnalle, rangaistavana ja ahdistavana ja homoseksuaaleja vältettävänä. Sen ohelle muodostui pienempi faktori, jolle latautui stereotyyppisiä käsityksiä homoista ja lesboista. Tutkimuksissa kävi myös ilmi, että asennoitumista homoihin ja lesboihin tulee mitata toisistaan erillään.

Herekin (1994) kehittämän *tuomitsevuus–suvaitsevuus*-mittari ATLG *Attitudes Towards Lesbians and Gays* jakautuu kahteen 10 kysymyksen osioon: ATL *Attitudes Towards Lesbians*, ja ATG *Attitudes Towards Gays*. Tämän mittarin tulokset korreloivat taustamuuttujista vahvimmin koulutuksen ja sukupuolen kanssa. Miehet olivat tuomitsevampia homomiehiä kuin lesboja kohtaan, ja naiset taas olivat tuomitsevampia lesboja kuin homomiehiä kohtaan. Muista asenteista homoseksuaalisuuden tuomitsevuuteen liittyivät vahva uskonnollisuus, konservatiivinen poliittinen ideologia, kontaktien vähäisyys homoihin ja lesboihin sekä tuomitsevat asenteet HIV-tartunnan saaneisiin. Herek korostaa, että *tuomitsevuus–suvaitsevuus*-mittaria ei saa tulkita kaikenkattavaksi mittariksi suhtautumisessa homoseksuaalisuuteen. Esimerkiksi suhtautuminen homojen ja lesbojen kansalaisoikeuksiin näyttäisi olevan Yhdysvalloissa suhteellisen riippumaton homoseksuaalisuuden arvioinnista *tuomitsevuus–suvaitsevaisuus*-mittarilla.

Kitzinger (1990) etsi Q-menetelmää hyödyntäen erilaisia tapoja hahmottaa lesboutta identiteettinä ja asennoitumisen kohteena. Koehenkilöinä oli lesboja ja heteroseksuaalisia miehiä ja naisia, joilla

arveltiin olevan erilaisia näkemyksiä asiasta. Faktorille 1 kerääntyi lesbofeministinen näkemys, jossa lesboutta tulkittiin yhteiskuntapoliittisena muutosvoimana. Faktorille 2 kerääntyi näkemys, jonka mukaan lesbous on luonnollinen seksuaalisuuden muoto, joka tarvitsee yhteiskunnassa suojaa syrjinnältä, mutta muuten kuuluu pääasiassa ihmisen yksityiselämän piiriin. Faktorille 3 kerääntyi näkemys, jossa korostui lesbouden kohtaamisen herättämä henkilökohtainen ahdistus, asenne, joka tulee suhteellisen lähelle homofobia-käsitettä. Faktorille 4 kerääntyi pääasiassa seksuaalisuutta ja kiihottavuutta korostava näkemys lesboudesta. Lisäksi esille tuli kaksi näkemystä homoseksuaalisuudesta luonnottomuutena, jota perusteltiin uskonnon ja psykologian termein. Lesboihin kohdistuva homofobia ja suvaitsevaisuus näyttivät sijoittuvan eri ulottuvuuksiksi. Suvaitsevaisuus ei tyydyttänyt osaa lesboista, jotka korostivat erityisyyden ja muutoksen merkityksellisyyttä.

Suomalaisessa seksitutkimuksessa (Kontula - Haavio-Mannila 1993, 245–249) kartoitettiin muun muassa vastaajien suhtautumista homoseksuaalisuuteen. Tuloksia verrattiin vuonna 1971 tehdyn tutkimuksen tuloksiin. Vuonna 1971 44 % miehistä ja 45 % naisista oli sitä mieltä, että *homoseksuaalinen käyttäytyminen aikuisten kesken on yksityisasia, johon viranomaisten ei tulisi puuttua*. Vuonna 1992 alle 55-vuotiaista miehistä 59 % ja naisista 72 % oli tätä mieltä. Tutkijat tulkitsivat tämän osoitukseksi siitä, että homoseksuaalisuutta koskevat asenteet ovat muuttuneet selväksi myönteisemmiksi⁸. Muutos oli samansuuntainen ja selvä sekä miehillä että naisilla ja kaikissa ikäryhmissä, mutta nimenomaan nuoret ja keski-ikäiset naiset suhtautuivat vuonna 1992 *homoseksuaaliseen käyttäytymiseen* miehiä hyväksyvämmiin. Tutkijat liittivät tämän tuloksen nuorten naisten muutenkin liberaaliin vähemmistöpolitiikkaan. Samalla he huomauttivat, että naiset liittivät homoseksuaalisen käyttäytymisen voittopuolisesti miesten välisiin suhteisiin. Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin myös, *pitäisikö homoseksuaalisten parien (miesparit ja naisparit) solmimat liitot laillistaa kuten avioliitot*. Laillistamista kannatti miehistä 20 % ja naisista 28 %. Laillistamista vastusti miehistä 56 % ja naisista 44 %. Perversiona homo- ja biseksuaalisuutta piti 21 % miehistä ja 8 % naisista. Perversio-ajattelu oli yleisempää paitsi miehillä myös vanhemmissa ikäryhmissä ja vähän kouluja käyneiden keskuudessa; alle kahdeksan vuotta koulua käyneistä miehistä lähes puolet piti homoseksuaalisuutta perversiona (mt. 84).

Tero Naumanen ja Heikki Puukko (1991) tutkivat psykologian pro gradu -tutkielmassaan opiskelijoiden suhtautumista homoseksuaalisuuteen. Tutkielmassa, jossa haastateltiin 30 Joensuun yliopiston opiskelijaa, pyrittiin asenteen kuvaukseen siihen liittyvien perustelujen ja funktioiden kautta. Tutkielman lähtökohtana pidettiin Billigin esittämää ajatusta, jonka mukaan asenteet ovat luonteeltaan perusteluja, argumentointeja, eivät niinkään luokitteluja. He sovelsivat tutkimuksessaan Herekin ehdottamaa mallia homoseksuaalisuuteen kohdistuvien asenteiden funktioista.

Tulosten mukaan homoseksuaalisuuteen kohdistuvat asenteet ovat kompleksisia; toisaalta kohdetta arvioidaan yksilöllisen hyödyn ja haitan näkökulmasta ja toisaalta asenteen ilmaiseminen nähdään sosiaalisesti sopeuttavana. Tutkijat paikallistivat haastateltavistaan kaksi erityyppistä sosiaalista normia: *vanha normi*, joka edellyttää homoseksuaalisen seuran välttämistä, ja uusi *"valistuneen ihmisen" normi*, joka korostaa suvaitsevaisuutta. Nämä normit saattoivat esiintyä ihmisten mielipiteissä rinnakkain, sillä myös asennemuutoksen tiennäyttäjät olivat osittain sidoksissa vanhaan perinteeseen.

⁸ Väitteessä jää huomiotta se, että homo- ja biseksuaalit ovat potentiaalisia syrjinnän sekä fyysisen ja henkisen väkivallan kohteita ja sen vuoksi yhteiskunnan tulee aktiivisesti turvata heidän koskemattomuutensa ja syrjintäsuojansa.

Normien noudattaminen vaihteli tilanteen mukaan riippuen siitä, minkälaista normia kulloinkin oli suotavaa ilmaista. Kolmasosa haastatelluista perusteli vastauksiaan leimautumisen pelolla; myönteinen asennoituminen saattaisi johtaa homoseksuaaliksi leimautumiseen ja sen mukaisiin sanktioihin. Suhteessa stereotypioihin käytettiin runsaasti partikularisoimista; kielteiset piirteet liitettiin osaryhmiin tai poikkeusyksilöihin.

Homoseksuaalisuuden vastuumäärittelyä tutkittiin Brickmanin luokittelulla. Suurimman kannatuksen sai ajattelumalli: *vastuussa ongelmasta, mutta ei sen ratkaisemisesta*. Homoseksuaalien ei nähty voivan aktiivisesti vaikuttaa ongelman ratkaisuun, vaan heitä tuli auttaa hyväksymään vallitseva tilanne. Suurin osa vastaajista oli valmis syrjinnän hiljaiseen hyväksymiseen. Homoseksuaaleja oltiin valmiita suvaitsemaan ylhäältä alaspäin, vahvempana heikompaa kohtaan. Homoseksuaalisuus nähtiin valintana, jonka seuraukset tuli hyväksyä. Pieni osa vastaajista kannatti *lääketieteellistä* mallia, jonka mukaan ihminen ei ole vastuussa ongelmista eikä niiden ratkaisuista. Merkittävää on, että *kompensatorinen* malli, joka korostaa asianomaisten vastuuta ongelman ratkaisemisessa, ei saanut kannatusta, mikä tutkijoiden mielestä näkyi myös kylmäkiskoisena suhtautumisena julkisuudessa esiintyneisiin homoseksuaaleihin, jotka toimivat aktiivisesti asiansa puolesta. (mt. 132.)

Tutkijoiden mukaan haastateltavien suhtautuminen homoseksuaalisuuteen oli pohjimmiltaan kielteistä. Kielteisiä ajatuksia hallitsi norminmukaiseen ajatteluun ja käyttäytymiseen pyrkiminen. Siinä sekoittuivat uhkan kokeminen, vastenmielisyyys ja leimautumisen pelko. Uhkan taustalla on huoli ihmiskunnan ja perinteisten normikäsitteiden jatkuvuudesta. Vastenmielisyyys liittyy haluun suojata omaa identiteettiä ja koskemattomuutta. Leimautumisen pelko liittyy vanhan normirakenteen sanktioihin, joita on varattu homoseksuaaleille ja niille, jotka suhtautuvat homoseksuaalisuuteen myönteisesti. Naumanen ja Puukko arvelevat kuitenkin, että suhtautumisessa homoseksuaalisuuteen on nyt meneillään murrosvaihe. He löysivät aineistossaan merkkejä uudesta normista, jossa seksuaalivähemmistöryhmän jäsenyys ei ollut yhtä merkityksellinen kuin vanhassa normissa. Sen myötä he arvelivat suhtautumisen homoseksuaalisuuteen voivan muuttua hyväksyvämmäksi. (mt. 134–136.)

Mikko Räsänen (1993, 61–62) on tutkinut yksinäisten toimeentulotuen asiakkaina olevien miesten yhteiskunnallista sukupuolta ja syrjäytymistä ja siinä yhteydessä myös heidän suhtautumistaan homoseksuaalisuuteen. Asenteet homoseksuaalisuuteen olivat suvaitsevaisia ja samalla torjuvia. Vastauksissa painotettiin omaa heteroseksuaalisuutta. Vastenmielisyyys ilmeni siten, että homoseksuaalisuus oli yhdentekevää, kunhan homot jättävät vastaajan rauhaan. Räsänen tulkitsee tämän siten, että yhteiskunnallisesti adekvaatin miehisyyden representointiin kuuluu tehdä selväksi, ettei missään tapauksessa ole homoseksuaali. Maskuliinisuuden representaatioissa homoseksuaalisuus sijoitetaan epäonnistuneen miehisyyden kategoriaan ja siihen lisätään attribuutteja, joita adekvaatti miehisyyys ei sisällä. Leimautumisen pelossa kiinteitä suhteita homoseksuaaleihin vältellään ja samasta syystä miehisyyttä osoitetaan pyrkimällä edes väliaikaisesti naissuhteisiin. Räsänen päätelee, että homoseksuaalisuuden pelko on kilpailullisuuden ohella toinen merkittävä este miesten intiimeille suhteille.

Eero Kettunen (1994, 114–121) tutki uskontososiologin pro gradu -tutkielmassaan kolmen suomalaisen uskonnollisen ryhmän homokuvia 1990-luvun alussa. Hän oli kerännyt kirjallista materiaalia evankelisuterilaisen kirkon, vapaakirkon ja helluntaiseurakunnan jäsenten ja johtajien homokuvista ja analysoinut sitä Teun van Dijkn kehittämällä makroanalyysillä. Homogeenisin

homokuva löytyi helluntailiikkeen piiristä, jossa homoseksuaalisuus nähtiin sekä lapsuuden ihmissuhteissa syntyvän tunnetarpeiden vajeena että syntinä. Homoseksuaaliset helluntailiikkeen jäsenet joutuvat yrittämään "eheytymistä" normin mukaisiksi heteroseksuaaleiksi terapian ja Jumalan armon avulla. Vapaakirkon jäsenistä ja johtajista osa näki homoseksuaalisuuden persoonallisuuden tai vietin vääristymänä, osa taas piti homoseksuaalisuutta yhtenä mahdollisena identiteettinä tai ihmisen biseksuaalisuuden heijastumana. Evankelisluterilaisen kirkon johtajien ja jäsenten piiristä ei löytynyt homogeenisia homokuvaa. Tieteellisistä homoseksuaalisuusteorioista olivat edustettuina luonnontieteelliset, ihmisen biseksuaalisuusoletukseen perustavat ja psykoanalyttiset teoriat. Aineistosta kävi ilmi, että varsinkin evankelisluterilaisen kirkon piirissä ja jossakin määrin myös vapaakirkossa on näkyvissä arvomurros suhteessa homoseksuaaleihin. Sen sijaan helluntaikirkon piirissä tätä murrosta ei näy.

Herekin (1994) mukaan uskonnollinen fundamentalismi näyttäisi liittyvän vahvasti homoseksuaalisuuden tuomitsemiseen. Empiirisessä tutkimuksessaan hän huomasi, että kahtiajako ulkokohtaiseen uskonnollisuuteen, joka liittyy haluun tulla hyväksytyksi jonkin ryhmän jäsenenä, ja sisäistyneeseen uskonnollisuuteen, jossa uskonto toimii elämän ja toiminnan jäsentämisen kehyksenä, ei tuottanut eroa suhtautumisessa homoseksuaalisuuteen. Tämä yllätti tutkijat, sillä aiemmissa tutkimuksissa oli todettu, että ulkokohtaiseen uskonnollisuuteen liittyi enemmän rasismia kuin sisäistyneeseen.

2.3.5. Asennemuutokset ja asenteisiin vaikuttaminen

Ennakkoluuloisuutta ja ryhmien välistä jännitystä on usein pyritty vähentämään lisäämällä eri ryhmiin kuuluvien yksilöiden vuorovaikutusta. Tällöin muutospyrkimys nojautuu ns. *kontaktihypoteesiin*. Allportin mukaan kontakti onnistuu vähentämään ennakkoluuloja vain tietyin edellytyksin, silloin kun kontaktissa tunnistetaan ryhmäjäsenyydet ja kun kontaktia pidetään tyypillisenä ryhmien välillä. Kontaktihypoteesia on kritisoitu siitä, että se olettaa ennakkoluulot tietämättömyydeksi. Se jättää huomiotta ennakkoluuloja ylläpitävät ryhmien väliset eturistiriidat, ja sen, että eri ryhmät mahdollisesti arvostavat eri asioita, jolloin kontakti saattaa entisestään lisätä ryhmien välistä etäisyyttä ja jännitystä. On keskusteltu myös siitä, missä määrin ryhmäjäsenyyden tulisi olla esillä kontaktitilanteessa, jotta kontakti vaikuttaisi koko ryhmään liittyviin mielikuviiin ja asenteisiin. Joidenkin mielestä vuorovaikutus luo mahdollisuuksia asennemuutoksille vain silloin, kun ryhmäjäsenyyksiä ei korosteta. Toiset ovat taas sitä mieltä, että jos ryhmäjäsenyyttä ei korosteta, kontaktilla ei ole vaikutusta ryhmien väliseen suhteeseen, vaan tilanne tulkitaan erityistapaukseksi. Ryhmien välistä suhdetta näyttäisi parhaiten parantavan sellainen kontakti, jossa ensin tapahtuu yksilöityminen ja sitten ryhmäjäsenyyden korostaminen. Ensin saadaan "jalka oven väliin" ja sitten "paljastetaan totuus" ryhmäjäsenyydestä. (Liebkind 1988, 118–134.)

Omassa lähipiirissäni ja homo- ja lesboasiakkaitteni keskuudessa olen huomannut, miten monet käyttävät yllä mainittua strategiaa omassa elämässään hyvinkin yleisesti:

Esimerkiksi uudessa työpaikassa halutaan ensiksi tulla tunnetuksi ja hyväksytyksi yhtenä työryhmästä, ja vasta sen jälkeen harkinnan mukaan tuodaan esille omaa homoseksuaalisuutta ja siihen liittyviä tasa-arvoisuuspyrkimyksiä.

Liebkind (mt. 119 ja 126) luettelee viisi tekijää, jotka vaikuttavat kontaktin mahdollisuuksiin parantaa ryhmien välisiä suhteita: 1) molemmilla ryhmillä on tilanteessa yhteinen tavoite, 2) tilanne edellyttää

yhteistyötä, 3) osapuolet kuuluvat muuhun ryhmään, joka on molemmille yhteinen, 4) sekä alistetun ryhmän jäsenen itseluottamusta että hallitsevan ryhmän jäsenen uskoa tämän kykyihin on vahvistettu ennen kontaktia ja 5) kontaktilla on viranomaisten, lakien tai tapojen tuki.

Herek (1985b, 13–14) tähdentää, että eri tyyppisiä asenteita tulee lähestyä eri tavoin. Symbolisten asenteiden muuttamisessa edetään parhaiten vetoamalla arvoihin, jotka ovat samansuuntaisia kohderyhmän keskeisten arvojen kanssa, tai hakeutumalla vuorovaikutukseen arvomaailmaltaan samanlaisten ihmisten kanssa. Kokemuksellisiin asenteisiin voidaan vaikuttaa uudella tavalla vuorovaikutuksella. Vaikeinta on muuttaa puolustuksellisia asenteita. Niitä voidaan jossakin määrin muuttaa auttamalla asianomaista tiedostamaan asenteittensa puolustuksellisuus. Tämä onnistuu vain silloin, kun puolustuksellisuus ei ole kovin voimakasta. Jos kielteinen asenne homoihin tai lesboihin liittyy ajatukseen, että homot ja lesbot rikkovat sukupuolirooleja, sukupuoliroolikysymysten avoin ja moralisoimaton käsittely ehkä luo edellytyksiä hyväksyä homot ja lesbot ja samalla pitää kiinni omista sukupuoliroolikäsityksistään. Asennemuutokseen pyrkivien kontaktien tulee olla mahdollisimman vähän ahdistavia.

Olemassa olevien ennakkoluulojen aktiivinen kieltäminen on merkittävä este asennemuutoksille. Billigin (sit. Jaatinen 1994, 40) mukaan ennakkoluuloisuuden kieltämisessä ei ensisijaisesti ole kyse siitä, että ihminen haluaisi antaa itsestään hyvää kuvaa, vaan yksilö on sisäistänyt ristiriitaisia ideologioita teemoja, joita hän pyrkii hallitsemaan ulkoisista paineista huolimatta. Ennakkoluuloisuutta kieltäessään henkilö puolustaa rationaalisuuttaan, haluaa tehdä eron itsensä ja irrationaalisten ennakkoluuloisten ihmisten välillä. Kun retorilla tasolla rasismia olemassaolo tehdään teoriassa mahdottomaksi, tämän suojamuurin takana rasiset käytännöt jatkuvat sellaisenaan. Tällä tavoin ihmiset eivät oikeuta vain omia toimiaan, vaan myös institutionaalistunutta rasismia.

Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan syrjintään ja stereotyyppien sävyyn ja sisältöön voidaan vaikuttaa pohjimmiltaan vain vähentämällä eri ryhmien välisiä valtaeroja ja osoittamalla ihmisiä voimakkaimmin arvottavia stereotyyppioita vääriksi. Samalla on kuitenkin turvattava, että ryhmien välillä on riittävästi eroja muissa asioissa kuin mahdollisuudessa tyydyttää keskeisiä tarpeita, jotta eri ryhmien jäsenillä on mahdollisuus myönteisiin sosiaalisiin identiteetteihin. (Hogg - Abrams 1988, 85.)

Suhteessa asennemuutoksiin Herek (1994) erottaa homoliikkeessä kaksi eri perinnettä, liberalistisen ja reformistisen perinteen. Liberalistisessa suuntauksessa ongelmaksi nähdään ahtaat ja stereotyyppiset luokittelut sinänsä, homofobia hahmottuu yksilöiden sisäisiksi ristiriidoiksi ja tavoitteena on sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvän ajattelun uudistaminen. Reformistisella perinteellä on vahva vähemmistönäkökulma; homo- ja biseksuaalit ovat selvästi määritelty vähemmistö, homofobia on ryhmien välistä jännitettä ja tavoitteena on ajaa entistä tehokkaammin omia oikeuksia yhteiskunnassa. Suomalaisessa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöliikkeessä nämä näkökulmat ovat käsitykseni mukaan olleet käytössä rinnakkain.

Suhtautumisessa homoseksuaalisuuteen viime vuosikymmenet ovat olleet nopeiden muutosten aikaa. Homoseksuaaliset suhteet ovat saamassa myönteiseksi koettuja sosiaalisia instituutiota (parisuhteiden rekisteröintimahdollisuus). Heteroseksuaaliset ihmiset ovat tulleet entistä tietoisemmiksi omasta heteroseksuaalisesta identiteetistään, jolloin seksuaalisuuteen liittyvät identiteetit tulevat vähemmän trivialisoiduiksi. Sukupuoliroolit ovat muuttuneet joustavammiksi, jonka vuoksi homoseksuaalisuutta ei

liitetä enää niin vahvasti niiden rikkomiseen eikä homoseksuaalisuus muodosta niille enää niin suurta uhkaa. Oletan, että asennoitumisessa homoseksuaalisuuteen elämme hyvin kirjavassa tilanteessa. Vanhemmat sukupolvet, maaseudulla asuvat ja vähän koulutusta saaneet elävät todennäköisesti hyvin erilaisessa tilanteessa kuin nuoret suhteellisen hyvin koulutetut kaupunkilaiset.

2.4. Homo- ja biseksuaalisuus osana omaa elämää

2.4.1. Seksuaalisen suuntautumisen ulottuvuudet

Alfred Kinsey päätyi tutkimuksissaan siihen, että ihmisen seksuaalinen suuntautuminen ei ole useinkaan joko/tai -asetelma vaan valinta on hyvin usein sekä-että. Hän esitti seksuaalisen suuntautumisen 7-portaisena jatkumona:

0. Yksinomaan heteroseksuaalinen
1. Pääsääntöisesti heteroseksuaalinen, vain satunnaisesti homoseksuaalinen
2. Pääsääntöisesti heteroseksuaalinen, enemmän kuin satunnaisesti homoseksuaalinen
3. Yhtä paljon heteroseksuaalinen ja homoseksuaalinen.
4. Pääsääntöisesti homoseksuaalinen, enemmän kuin satunnaisesti heteroseksuaalinen.
5. Pääsääntöisesti homoseksuaalinen, satunnaisesti heteroseksuaalinen
6. Yksinomaan homoseksuaalinen

Kinseyllä suuntautumisen kriteereinä olivat seksuaalinen käyttäytyminen ja tunteet. Myöhemmin luokittelua on haluttu kehittää niin, että se ottaisi huomioon myös kognitiot, fantasiat, asenteet ja elämäntavat. Myös Kinseyn luokittelun staattisuutta on pidetty ongelmallisena. Klein (1985) työryhmineen laati oman mittarinsa *Klein Sexual Orientation Grid*, jossa seksuaalinen suuntautuminen hahmottuu moniulotteiseksi ja ajassa muuttuvaksi kokonaisuudeksi. Kleinin mittarissa kullekin solulle annetaan pisteitä Kinseyn asteikon mukaisesti.

	Menneisyys	Nykyisyys	Tulevaisuus
Seksuaalinen kiinnostus			
Seksuaalinen käyttäytyminen			
Seksuaaliset fantasiat			
Tunne-elämän preferenssi			
Sosiaalinen preferenssi			
Itse-identifikaatio			
Elämäntapa			

Kleinin seksuaalisen suuntautumisen mittari

Seksuaaliset fantasiat saattavat poiketa arkipäivisin koetusta kiinnostuksesta ja käyttäytymisestä. Kiinnostus ei näy läheskään aina käyttäytymisessä, ja tunne-elämän läheisyyttä korostava puoli voi olla ristiriidassa seksuaalisen mielihalun kanssa. Sosiaalisen yhdessäolon mieltymys voi painottua samaan sukupuoleen samalla, kun muut ulottuvuudet painottuvat hyvinkin heteroseksuaalisesti. Fantasiat, kiinnostus ja käyttäytyminen voivat olla homoseksuaalisia, mutta tunteet, elämäntapa ja identiteetti heteroseksuaalisia. Eri ulottuvuuksien välinen tasapaino voi muuttua ajan myötä. Mittari ei ole lopullinen; seksuaalisuuden ulottuvuudet voidaan hahmottaa ja ryhmitellä eri tavoin. Lehtonen

(1995, 12) on kasvatussosiologian pro gradu -työssään päätenyt tasoihin 1) unet ja fantasiat, 2) tunteet, 3) identiteetti, 4) käyttäytyminen, 5) elämäntapa ja 6) suhtautuminen. Oleellista on se, että mittari ottaa huomioon sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyvän luokittelun moniulotteisuuden ja dynaamisuuden.

Weinberg, Willams ja Pryor (1994, 148) käyttävät biseksuaalisuustutkimuksessaan erottelua 1) seksuaaliset tunteet, 2) seksuaalinen käyttäytyminen ja 3) romanttiset tunteet. Näiden ulottuvuuksien avulla he ovat tehneet luokittelun: 1) puhtaasti hetero- ja homoseksuaalit, jotka kaikilla ulottuvuuksilla suuntautuvat joko vastakkaiseen tai omaan sukupuoleen, 2) jossakin määrin sekoittuneet hetero- ja homoseksuaalit, jotka samastuvat heteroseksuaaleiksi tai homoseksuaaleiksi, mutta jotka ainakin yhdellä ulottuvuudella jossakin määrin suuntautuivat päälinjastaan poiketen, 3) puhtaasti biseksuaalit ja keskiarvobiseksuaalit, jotka samastuvat biseksuaaleiksi ja joko kaikilla kolmella ulottuvuudella suuntautuivat yhtä voimakkaasti kumpaankin sukupuoleen (tämä on hyvin pieni vähemmistö biseksuaalien keskuudessa) tai jotka yhdellä ulottuvuudella saivat Kinseyn arvon 3 ja muilla arvon 2–4, 4) heteroseksuaalisuuteen kallellaan olevat biseksuaalit, jotka samastuvat biseksuaaleiksi ja joilla suuntautuminen eri ulottuvuuksilla painottuu vastakkaiseen sukupuoleen, 5) homoseksuaalisuuteen kallellaan olevat biseksuaalit, jotka pitävät itseään biseksuaaleina ja joilla suuntautumisen eri ulottuvuuksilla painottuu omaan sukupuoleen, ja 6) vaihtelevat biseksuaalit, jotka samastuivat biseksuaaleiksi ja joilla eri ulottuvuuksien välillä on ainakin kolmen pisteen ero Kinseyn asteikolla. Hetero- tai homoseksuaaliksi samastuminen toimi tutkijoiden mukaan ikään kuin ankkurina tunteiden määrittelylle ja käyttäytymiselle; koetut muutokset suuntautumisen ulottuvuuksilla olivat vähäisiä. Sen sijaan biseksuaaliksi identifioitumiseen näyttäisi liittyvän suurempi herkkyys muutoksille eri ulottuvuuksilla ajan kuluessa (mt. 163–165).

Luokittelun muuttaminen moniulotteiseksi ja dynaamiseksi tuo mukanaan ongelman; tutut ja melko helppokäyttöiset termit kuten homoseksuaalinen, biseksuaalinen, homo ja lesbo tulevat epätarkoiksi hahmottamaan tutkittavaa aluetta. Tämä on paitsi teoreettinen ongelma myös käytännöllinen kysymys identiteetin määrittelyssä. Miehet, joilla on runsaastikin seksikontakteja toisten miesten kanssa, mutta joiden identiteetti ja elämäntapa ovat heteroseksuaalisia, eivät useinkaan pidä itseään homo- tai biseksuaaleina (Humphreys 1970, 117–122). Monille ennen sotia syntyneille tunteitaan ja käyttäytymistään samaan sukupuoleen suuntautuneille nimitykset homo ja lesbo tuntuvat huonosti suuhun sopivilta ja stigmatisoivilta. Toisaalta monet 1950- ja 1960-luvuilla syntyneet elämäntavaltaan ja identiteetiltään homoseksuaaliset miehet kutsuvat itseään homoiksi ja naiset vastaavasti lesboiksi ja vierastavat homoseksuaali-termiä, osa sen seksuaalisuutta korostavan kaiun vuoksi, osa sen diagnostista luonnetta vieroksuen ja osa sen vuoksi, että se samastaa miesten ja naisten homoseksuaalisuuden. Heistä monille homo- ja lesbo-sanoihin liittyy myönteinen ryhmäidentiteetti ja elämäntapa. Viime aikoina moni nuori on alkanut käyttää itsestään nimitystä *pervo* (englanninkielinen vastine: *queer*) ja korostaa sitä, että ei halua rajata omaa käyttäytymistään, identiteettiään ja elämäntapaansa mihinkään ennalta määriteltävään lokeroon. Nimitysten merkitysyhteydet vaihtelevat sukupolvittain. Moni ulkoryhmien antamista ja aiemmin loukkaaviksi koetuista nimistä on vallattu vähemmistöjen omaan käyttöön ja niihin on liitetty myönteisiä merkityksiä.

Yksinkertaisuuden vuoksi käytän tutkielmassani nimityksiä *homo*, *lesbo* ja *biseksuaali* sekä *homo- ja biseksuaalit*. Nimityksiä homo ja lesbo käytän pääsääntöisesti silloin, kun viitataan elämäntapaan ja itseidentifikaatioon. Biseksuaaleista on arkikielessä vastaavissa yhteyksissä käytetty usein nimitystä

bi, mutta kun en ole varma siitä, missä määrin ko. termi on vakiintunut biseksuaalien itsensä käyttöön, en käytä sitä vaan puhun biseksuaaleista. Termiä homo- ja biseksuaalit käytän silloin, kun puhun yleisemmin viittaamatta itseidentifikaatioon. Silloin kohteenani ovat kaikki ne, joiden elämässä jollakin seksuaalisuuden ulottuvuudella on voimakkaita yhteyksiä myös tai yksinomaan omaan sukupuoleen. Termillä homo- ja biseksuaalisuus viitataan koko siihen moniulotteiseen maailmaan, joka seksuaalisuutta sivuten liittyy samaa sukupuolta olevien suhteisiin.

2.4.2. Lesbot, homot ja biseksuaalit vähemmistöryhmän jäseninä

Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan ryhmä *psykologisessa* merkityksessä muodostuu silloin, kun ihminen kategorioi itsensä johonkin ryhmään. Tämä kategoriointi on riittävä peruste ryhmäkäyttäytymiselle. Kategoriointi johtaa itsensä ja ryhmän muiden jäsenten tarkasteluun samaa stereotypiaa soveltaen. Sosiaalisen identiteetin teoria olettaa (sitä juurikaan problematisoimatta), että hyvä itsetunto on keskeinen motivaatio ihmisellä, ja sen vuoksi omaan ryhmään sovellettaviin stereotypioihin liitetään myönteinen arvovaraus. (Hogg - Abrams 1988, 105–107.)

Ihmisjoukosta tulee ryhmä *sosiaalisessa* merkityksessä – sosiaalisen identiteetin teorian mukaan – silloin, kun sillä on itsensä kategorioimisen kautta välittynyttä ryhmäkäyttäytymistä. Sosiaalisen ryhmän olemassaolo ja siihen itsensä liittäminen eivät sinällään merkitse jäsenten keskinäistä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Jäsenten välistä kiintymistä edesauttaa se, että ryhmän jäsenet nähdään jossakin määrin stereotyyppisesti itsen kaltaisiksi, jolloin itsean liitetty arvostus alkaa ulottua myös ryhmän jäseniin. Itsemäärittely sinällään suosii myönteisiä määrittelyjä, myös ryhmään liittyen. Näin muodostuu sosiaalinen puoleensavetävyys, joka vahvistaa ryhmäkäyttäytymistä. Ryhmä muodostaa normistonsa, joka säätelee sekä ryhmän sisäistä että ryhmien välistä käyttäytymistä. Ryhmän jäsenet sopeuttavat käyttäytymistään mielikuvaansa ryhmän normistosta. Kun jonkin ulkoryhmän läsnäolo korostuu, omaan ryhmään liittyvä normisto korostuu, ja siinä erityisesti ulkoryhmästä erottavat kategorioinnit tulevat esille. (mt. 106–110 ja 177–180.)

Ryhmät määrittyvät, erottuvat toisistaan ja niihin reagoidaan mm. kielen, puhetyylin, käyttäytymisen, pukeutumisen, uskomusten ja tunteiden perusteella ja avulla. Hoggin ja Abramsin mukaan (204–205) puhe ja kieli sisältävät ryhmäjäsenyyteen liittyvää tietoa. Ryhmien väliset suhteet ja subjektiiviset havainnot suhteista ovat sosiaalisen identiteetin välityksellä dynaamisessa suhteessa kielelliseen käyttäytymiseen. Ryhmällä voi olla oma puhetyylinsä, jota käytetään, kun suuntautumiseen liittyvä identiteetti on ajankohtainen. Kielenkäytön ja puhetyylin avulla voi tutkia, korostaa, häivyttää ja uhmata ryhmäjäsenyyksiä ja niihin liittyviä valta-asetelmia.

Ryhmä voi määrittyä **vähemmistöryhmäksi** *määrällisesti* ja/tai *psykologisesti*. Näistä jälkimmäinen liittyy vallankäyttöön; psykologisella vähemmistöllä on alistettu asema yhteiskunnan keskeisissä valtarakennelmissa. Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan psykologiseen vähemmistöön kuuluvat tarvitsevat alistetun asemansa vuoksi erityisiä strategioita itsetuntonsa turvaamiseksi. (Tässä on nähdäkseni yksi teorian heikoista kohdista; se olettaa, että enemmistöön ja vähemmistöön kuuluvilla arvostukset ovat yhdenmukaisia ja ryhmien välisessä vertailussa vähemmistöön joutuneet kokevat jääneensä huonommiksi. Usein vähemmistö arvostaa eri asioita kuin enemmistö eikä koe huonommuutta ryhmäjäsenyyteensä liittyen. Ks. Liebkind 1984, 72–74.) Teoria hahmottaa kaksi päästrategiaa itsetunnon turvaamiseksi: *sosiaalinen liikkuvuus* ja *sosiaalinen muutos*. Sosiaalinen liikkuvuus

merkitsee toimimista enemmistön ehdoilla joko luopumalla vähemmistöön liittyvästä identiteetistä tai salaamalla sen. Sosiaalisen muutoksen strategia voidaan jakaa kahteen pääluokkaan: *sosiaalinen kilpailu* ja *sosiaalinen luovuus*. Sosiaalinen kilpailu, jossa nähdään vaihtoehto nykyiselle valta-asemalle, käsittää ihmisoikeustaistelun, poliittisen lobbauksen, terrorismin ja vallankumouksen strategioita. Sosiaalinen luovuus taas merkitsee erilaisia strategioita alistettuun asemaan sopeutumiseksi tai sen uudelleen hahmottamiseksi; pyritään löytämään ulottuvuuksia, joissa ollaan enemmistöä vahvempia, pyritään kyseenalaistamaan keskeisten valtaerojen todellista merkitystä tai verrataan itseä "vielä heikommilla" olevaan ryhmään. (Hogg - Abrams 1988 51–59.)

Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan enemmistön vastastrategia sosiaaliselle liikkumiselle on sen hyväksyminen jossakin määrin, kun taas liian runsas liikkuvuus aiheuttaa ryhmärajojen kiristämisen. Uusien vertailu-ulottuvuuksien luomista ja entisten merkityksen kyseenalaistamista siedetään vähäisessä määrin, mutta niiden yleistymisen johtaa vanhojen vertailuasetelmien arvostuksen korostamiseen. Vertailua heikompiosaisiin rohkaistaan ja sosiaaliseen kilpailuun vastataan kilpailulla. (Hogg - Abrams 1988, 51–559)

Nähdäkseni enemmistön ja vähemmistön välinen suhde voidaan hahmottaa kamppailuksi yhteiskunnallisesta tilasta omille arvopäämäärille. Vähemmistö haluaa saada äänensä ja oman itsemäärittelynsä osaksi yhteiskunnallista keskustelua ja varmistaa omia arvopäämääriä toteuttaville instituutioille virallisen aseman. Hogg - Abrams (1988, 182) toteavat, että enemmistöllä on puolellaan normatiivinen valta; se pystyy hallitsemaan monia resursseja ja sillä on mahdollisuus sanktioihin. Vähemmistöllä on taas käytettävissään informaatioon liittyvä vaikutus: mahdollisuus antaa vaihtoehtoinen, ehkäpä osuvampi kuva todellisuudesta.

Homo- ja biseksuaalisuudesta on muodostunut **vähemmistökategoria** ainakin kolmen sosiaalisen tekijän vuorovaikutuksessa: 1) vallitsevan sukupuolijärjestelmän tapa jäsentää miehenä ja naisena olemisen heteroseksuaalisen olettamuksen mukaan, 2) edelliseen liittyen muusta väestöstä – ja erityisesti omasta sukupuolesta – erottava sosiaalinen kategoriointi ja siihen liittyvä syrjintä sekä 3) vähemmistöön kuuluvien keskinäinen kategoriointi, toiminta ja osakulttuurit. Homoseksuaalisuus-kategorian syntyminen oli historiallisesti mahdollista vasta sen jälkeen, kun perhejärjestelmä oli muodostunut keskeiseksi yhteiskunnalliseksi instituutioksi ja jonkinlaisia homoseksuaalisen alakulttuurin muotoja oli havaittavissa. Näkyvimmillään osakulttuuri oli suurkaupungeissa: miesten väliset tapaamiskäytännöt tietyissä yleisissä käymälöissä, puistoissa ja ravintoloissa. Homoseksuaalisuuden ulkoa päin annettu kategoria keskittyi miehen ja naisen välisen (perhe)suhteen ulkopuolella toteutuvaan seksuaalisuuteen, johon sitten liitettiin erilaisia merkitysyhteyksiä ja stereotypioita. Homoseksuaalisuuden kategoria muodostui vahvasti marginalisoivaksi suhteessa yhteiskunnassa keskeisinä pidettyihin arvoihin ja sukupuolirooleihin. Kun tämä homoseksuaalisuuden kategoria eri muodoissaan oli jossakin määrin vakiintunut, sitä voitiin soveltaa yksittäisten ihmisten stereotyyppiin kuvaamiseen, ja yksittäiset ihmiset saattoivat soveltaa sitä itseensä. Samanaikaisesti kehittyi "poikkeavien" erilaisia tapaamisinstituutioita, osakulttuureita ja myöhemmin myös tiedostamis- ja aktivistiryhmiä, jotka mahdollistivat vähemmistön sisäisen kommunikaation homoseksuaalisuus-kategoriaan liittyvistä merkityksistä ja arvostuksista. On siis perusteltua väittää, että homo- ja biseksuaalit ovat muodostaneet historiallisesti, sosiaalisesti ja psyykkisesti rakentuneen vähemmistö-ryhmän.

Ryhmänä homo- ja biseksuaalit ovat eläneet pitkään yhteiskunnan marginaalissa, mistä he ovat vähitellen tunkeutumassa osaksi julkistakin arkipäivää. Homoseksuaalisuus oli Suomessa kriminalisoitu vuoteen 1971 saakka, ja senkin jälkeen homoseksuaalisuuteen "yllyttäminen" on ollut virallisesti sanktioitua. Homoseksuaalien parisuhteilla ei ole Suomessa juridista asemaa, ja parisuhteessa elävien homojen ja lesbojen pyrkimys huolehtia lastensa oikeuksista vanhempiin siten, että kumppani saisi adoptio-oikeuden, näyttää herättävän voimakasta vastustusta. Syksyllä 1995 voimaantuvassa rikoslain uudistuksessa on mm. seksuaalisen suuntautumisen perusteella tapahtuva syrjintä kriminalisoitu. Homoseksuaalisuus oli sellaisenaan mukana lääkintöhallituksen hyväksymässä sairausluokituksessa vuoteen 1982, ja senkin jälkeen "itseä häiritsevä homoseksuaalisuus" on säilynyt luokituksessa (kansainvälisestä luokituksesta DSM III R se poistettiin jo vuonna 1986). Kirkon piirissä homoseksuaaliset teot on määritelty synniksi, vaikka "suuntautumisen perusteella ketään ei pidäkään tuomita", eikä kirkko ole ollut valmis tukemaan homo- ja lesbosuhteiden laillistamista.

Homo- ja biseksuaalien sisäisen ryhmätietoisuuden välittäminen on muuttunut voimakkaasti viimeisen 30 vuoden sisällä. Rikos-, synti- ja sairausleimojen vuoksi ja yhteisten tiedotuskanavien puuttuessa ryhmäjäsenyys ja -normit jouduttiin 1960-luvulle saakka välittämään epäsuorasti; pukeutumisella, puhetavoilla, eleillä. Tämän koodiston turvin vähemmistö eli lähes huomaamattomana osana kaupunkikulttuuria. Sukupuolen, iän, sosiaalisen luokan, asuinseudun sekä eri tyyppisten mieltymysten perusteella muodostui erilaisia samastumisryhmiä ja niihin liittyviä itse-stereotypioita. 1970-luvulta lähtien mahdollisuus tiedon ja samastumismallien välittämiseen on kasvanut, ja vähitellen myös erilaisten alaryhmien ääni on päässyt julkisuuteen, mikä todennäköisesti heijastuu kasvaneena valmiutena puolustaa omaa ryhmäjäsenyyttä eri osaryhmissäkin. Mahdollisuudessa osallistua konkreettisesti ryhmäjäsenyyteen on edelleen suuria maantieteellisiä eroja.

Homo- ja biseksuaalisuus on sosiaalisena vähemmistökategoriana hyvin jännitteinen ainakin kahdella merkittävällä tasolla: 1) sitä yhdistävä tekijä, samaan sukupuoleen kohdistuva seksuaalisuus, merkitsee eri sukupuolille ja sosiaalisille luokille eri asioita ja 2) siihen ulkoapäin liitetyt ominaisuudet poikkeavat erittäin vahvasti sisältä päin annetuista ominaisuuksista. Nämä jännitteisyydet korostuvat homo- ja biseksuaalisten naisten kohdalla. Julkinen (aluksi myös vähemmistön sisäinen) homoseksuaalisuus-kategoria on määrittynyt voimakkaasti miesten miehille antamien piirteiden perusteella, ja naisten seksuaalisuuden ja keskinäisten suhteiden omaispiirteet ovat jääneet sen katveeseen. Monissa asioissa lesbot kokevatkin olevansa lähempänä muita naisia kuin homomiehiä. Keskeinen osaryhmiä yhdistävä ja koossa pitävä voima on ollut ulkoa tuleva syrjintä (Grönfors 1984, 212).

Vähemmistön sisälle on muodostunut selkeitä samastumisen osaryhmiä: homomiehet, lesbot, nahkamiehet, nahka- ja s/m-lesbot, sukupuolirooleja rikkovat homot ja lesbot jne. Biseksuaalien asema erillisenä vähemmistöryhmänä näyttäisi olevan häilyvä. Weinbergin et al. (1994) mukaan se on monille lisäominaisuus (*add on*): heillä on melko ollut melko turvallinen hetero- tai homoseksuaalinen identiteetti, jonka päälle he ovat löytäneet kiinnostuksen myös samaan tai vastakkaiseen sukupuoleen. Toisaalta, koska he selvästi rajautuvat heteroseksuaalisen normiston ulkopuolelle (ja joiltakin osin myös homoseksuaalisen normiston ulkopuolelle), ovat he psykologisessa vähemmistöasemassa. Monille biseksuaalisuus on ryhmäjäsenyyksistä vapauttavaksi koettu henkilökohtainen identiteetti (Hutchins - Kaahumanu 1991).

Sen tunnistaminen, että omat rakastumiset tai seksuaaliset mielihalut suuntautuvat samaan

sukupuoleen, ei välttämättä merkitse tarvetta tai halua kategorioida itseään koskaan homo- tai biseksuaaliksi. Tätä halukkuutta osaltaan vähentävät kategoriaan liitetyt stigmaat. Samalta näyttävä toiminta jäsentyy eri ihmisillä sukupuoleen, kulttuuritaustaan, sosiaaliseen ryhmään ja henkilöhistoriaan liittyen hyvinkin eri tavalla. Koska seksuaalinen suuntautuminen sinänsä harvoin näkyy tai kuuluu, ryhmäjäsenyyden ulkokohtainen määrittely ei useinkaan ole mahdollista. Kun lisäksi otetaan huomioon seksuaalisen suuntautumisen muutokset ja jatkuvuusluonne sen eri ulottuvuuksilla, johtopäätös on, että tämän vähemmistön raja-alueita ei voida määritellä tarkasti.

Homo- ja biseksuaalien ryhmäjäsenyyteen liitytään usein eristyksissä, vailla henkilökohtaista kontaktia muihin kategorian kantajiin ja salassa enemmistön edustajilta, jolloin jäsenyys on ollut korostetusti psykologista ryhmäjäsenyyttä. Ulkoryhmän jakamat stereotypiat eivät ole rohkaisseet kontaktien luomista eikä oman kategoriajäsenyytensä julkistamista. Vielä 1950- ja 1960-luvuilla moni itseensä homoseksuaalisuuden määritelmää soveltanut eli hiljaa ja kauan siinä luulossa, että oli paikkakuntansa ainoa "poikkeava". Homo- ja biseksuaaleilta puuttuu etnisille ja kielellisille vähemmistöille synnynnäisesti perheen kautta muodostunut yhteys muihin ryhmän jäseniin. Tämän valmiin yhteyden puuttuminen ja mahdollisuus salata muilta vähemmistöasemansa ovat osaltaan vaikuttaneet vahvasti paitsi identiteetin kehitykseen (ks luku) myös vähemmistöstrategioiden historialliseen kehitykseen.

Suhteessa vähemmistöasemaansa homo- ja biseksuaalit ovat soveltaneet rinnakkain sosiaalisen liikkuvuuden ja sosiaalisen muutoksen strategioita. Liikkuvuus oli keskeisessä asemassa aina 1970-luvulle saakka. Osa pyrki aktiivisesti suuntautumisensa muuttamiseen avioliiton, uskonnon tai psykoterapian avulla. Enemmistöllä elämä jakaantui kahtia; julkinen elämä ns "normaalina" (johon kuului usein myös perhe) ja salattu mutta usein hyvin merkitykselliseksi koettu elämä "poikkeavana", johon joko kuului tai ei kuulunut yhteyksiä muihin homo- ja biseksuaaleihin tai osakulttuureihin (Bell - Weinberg 1978, 195–217; Grönfors et al. 1984). Jotkut kokivat sukupuolirooleista poikkeamista korostavat stereotypiat itseään suojaaviksi. Tavallisen näköinen, perinteisiä sukupuoliominaisuuksia toteuttava homo tai lesbo saattoi hyvin esiintyä "normaalina kansalaisena" ilman paljastumisen pelkoa (Grönfors 1984). Varsinkin vanhemman sukupolven keskuudessa yleinen jyrkkä jako julkisen ja yksityisen identiteetin välillä on edelleenkin merkittävä hoitotyössä huomioon otettava seikka. Enemmän tai vähemmän salatun identiteetin sisällä sosiaalisen muutoksen strategioina on käytetty muiden ulottuvuuksien merkityksen korostamista ("suurten taiteilijoiden ja nerojen keskuudessa on paljon homoja ja lesboja") tai heteroseksuaalisen arvomaailman merkityksellisyyden kyseenalaistamista ("itseasiassa me olemme vapaita heidän kahleistaan", sukupuoliroolien parodiointi tai kääntäminen). Marginalisoiva suhtautuminen muihin vähemmistöihin ole ollut myöskään tuntematonta. Heteroseksuaalisen perhekeskeisen arvomaailman kyseenalaistaminen oli niiden strategia, jotka omaksuivat jonkin tarjolla olleista homoseksuaalien julkisista rooleista: naismainen tai taiteellinen mies tai maskuliininen nainen. Perheinstituution velvoitteiden ulkopuolelle aktiivisesti asettuivat myös homomiehet savottalaisina tai merimiehinä ja naisia rakastavat naiset yhdessä asuvina pankkineiteinä.

Sosiaalisen kilpailun strategiaa on Suomessa näkyvämmiin käytetty 1960-luvun lopulta lähtien. Silloin alkoi järjestäytyneempi toiminta: Keskusteluseura Psyke ry perustettiin vuonna 1969 ja Seksuaalinen tasavertaisuus SETA ry vuonna 1974. Se on ollut tyypillistä kansalaisoikeustaistelua, johon sisältyi pyrkimys lainsäädännöllisiin muutoksiin sekä asenteisiin ja kouluopetukseen vaikuttaminen mm. tiedottamisen ja koulutustoiminnan avulla. Yhteiskuntaan tasavertaisena integroitumisen ajatusta kuvaa se, että SETA:n perustajat asettivat tavoitteekseen tehdä järjestönsä tarpeettomaksi. SETA:n

sisäisessä keskustelussa heteroseksuaalinen arvomaailma toistuvasti kyseenalaistettiin, mutta julkisuudessa sitä ei samassa määrin korostettu, vaan pyrittiin tiedottamaan syrjinnän eri muodoista, esittelemään sosiologisten tutkimusten tuloksia, rikkomaan homoseksuaalisuuteen liitettyjä ahtaita stereotypioita ja luomaan myönteisiksi ja samastumiskelpoisiksi koettuja kuvia homoseksuaalisesta identiteetistä (tämä on oma käsitykseni SETA:n toimintaa sen perustamisesta asti seuranneena). SETA:n oma lehti oli suunnattu sekä heteroseksuaaleille että homo- ja biseksuaaleille. Saarinen (1991) on tutkinut SETA:n linjan kehitystä SETA-lehden kirjoitusten perusteella ja todennut, että siinä on näkynyt homoseksuaalien tavallisuuden korostamista erityisyyden kustannuksella ja 80-luvun lopulla siinä alkoi näkyä identiteettipolitiikka.

Enemmistön asennoitumisessa on ollut sekä joustavuutta että torjuntaa; joustavuus on ilmeisesti vähitellen voittamassa torjunnan ja vähemmistön asema on muuttumassa. Asteittaista joustavuutta ovat edustaneet lainsäädännölliset muutokset (rikoslainuudistus 1971, jossa 18 vuotta täyttäneiden homoseksuaalisten suhteiden dekriminialisointi, ja rikoslain uudistus 1995, jossa syrjintäsuoja säädettiin myös homoseksuaaleja koskien) sekä vähemmistön edustajien lisääntynyt näkyvyys ja kuuluvuus tiedotusvälineissä. Samanaikaista torjuntaa taas ovat edustaneet kehotuskielto vuoden 1971 lainuudistuksen yhteydessä, haluttomuus antaa homopareille oikeutta parisuhteen rekisteröintiin sekä homo- ja biseksuaalisuuden käsittely julkisuudessa ja opetuksessa erillään arkipäivän pari- ja ihmissuhdekysymyksistä. Heikkinen (1991) ja Lehtonen (1995) ovat tutkimuksissaan päätyneet siihen, että kouluopetuksessa monilla eri tavoin uusinnetaan nimenomaan heteroseksuaalista sukupuolijärjestelmää: miehen ja naisen suhteeseen ja avioliittoon liitetään positiivisia määreitä ja homoseksuaalisuudesta edelleenkin joko vaietaan tai se esitetään erillisenä marginaali-ilmionä joko suhteellisen neutraalisti tai ongelmakeskeisesti.

Samalla kun seksuaalivähemmistöt ovat hakeneet tasavertaista asemaa yhteiskunnassa, on käyty keskustelua erityispiirteiden ja kriittisen asennoitumisen säilyttämisestä suhteessa vallitseviin arvoihin. Nähdäkseni viimeaikainen *pervo*-sanon käyttö ryhmäjäsenyytenä, erottautumisena niistä, jotka arvostavat perinteistä heteroseksuaalista sukupuoliroolijakoa ja -käyttäytymistä, kertoo halusta säilyttää kriittinen asennoituminen vallitseviin arvoihin. Moscovicin ja Paicherin mukaan vähemmistö, joka tuntee asemansa turvalliseksi, tuo vahvasti näkyviin eroavuutensa ja ryhmän jäsenet hakevat samastumiskohteensa sen sisältä (Liebkind 1984, 75–78). Hogg - Abramsin (1988, 182) ovat todenneet, että vähemmistöllä on nimenomaan tiedollista annettavaa enemmistölle. Giddens (1992, 13–16) onkin kiinnittänyt huomiota homojen ja lesbojen parisuhteisiin, siihen miten ne ovat toimineet osapuoliensa varassa ja vain heitä varten ilman muita velvoitteita ja tukirakennelmia. Hänen mukaansa ne ovat toimineet ikään kuin laboratorioina tämänpäivän ja tulevaisuuden ihmissuhteille laajemminkin.

Viime aikoina on käyty keskustelua siitä, missä määrin homoseksuaalisuus, *homous* ja *lesbous* voivat edelleen toimia hedelmällisenä identiteettikategorioina, joita kannattaa puolustaa. Lujittaako homoseksuaalisuuteen liittyvien identiteettikategorioiden puolustaminen kulttuurissa vallitsevaa jäykkää jakoa homo- ja heteroseksuaaleihin? Takertuuko se olettamukseen jostakin biologisesta tai psykologisesta ytimestä? Pönkittääkö se perinteisiä sukupuolikategorioita, joiden sisällä se on syntynyt? Olisiko ajankohtaisempaa kiinnittää huomiota enemmän paikallisiin, erilaisiin tilanteeseen kiinnittyviin vapautumisprojekteihin? Vai horjuttaako nimenomaan avoin homoseksuaalisuus hedelmällisesti kaiken kattavaa heteroseksuaalista sukupuolijärjestelmää esiintulollaan? Eikö avoin

homoseksuaalisuus edelleenkin liity oikeuteen elää tunnustetusti erilainen elämä? (Löfström 1993, Pulkkinen 1993.)

2.4.3. Homo-ja biseksuaalisuus identiteettinä

Identiteetti on dynaaminen sosiaalinen tuotos, joka toteutuu psykologisina prosesseina. Sitä ei voida ymmärtää irrallaan sosiaalisesta ja historiallisesta perspektiivistä. (Breakwell 1986, 190.)

Vastaus kysymyksiin "Kuka minä olen?", "Millainen ihminen olen?" ja "Millaiset suhteen minulla on muihin ihmisiin?" määräytyy pitkälle siitä, mihin erilaisiin ryhmiin kysyjä kuuluu. Vastauksista piirtyy ihmisen sosiaalinen identiteetti (Hogg - Abrams 1988, 2). Sosiaalinen identiteetti puolestaan vaikuttaa vahvasti ihmisen tapaan hahmottaa ja arvottaa muuta todellisuutta.

Identiteetti koostuu kaikesta sitä, miten ihminen on määritellyt itseään ja määrittelee nyt suhteessa menneisyyteen nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Liebkind (1988, 66–70) on erotellut identiteetin ulottuvuudet seuraavasti:

- Identiteetti
 - sisältö
 - kaikki ne käsitteet joita voidaan liittää objektiminään
 - sosiaalinen / henkilökohtainen
 - annettu (nimi) / saavutettu (ammatti) / omaksuttu (piirre: alistuvuus)
 - rakenne
 - prosessi

Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan ihmiset johtavat *identiteetin sisällön* hyvin pitkälle sosiaalisista ryhmäjäsenyyksistään. Kategoriointien myötä ryhmien jäsenet nähdään yhdistäviksi oletettujen piirteiden leimaamina ja itsessä aletaan nähdä ryhmään liittyviä piirteitä ja aletaan käyttäytyä ryhmän jäsenelle tyypillisellä tavalla. (Hogg - Abrams 1988, 19–20)

Se, että yksilö samastuu täysin johonkin ryhmään, on harvinaista. Tavallisesti ihmisillä on osa-identifikaatiota eri ryhmiin ja yksilöihin, ja he ottavat etäisyyttä joihinkin arvoihin tai piirteisiin, jotka ovat tyypillisiä heidän samastumisryhmilleen. Identiteettiongelmia syntyy, jos samastumisryhmien keskeiset arvot ovat yhteen sovittamattomia. Kun jonkin ryhmän jäsenyys aiheuttaa merkittäviä kustannuksia muissa jäsenyyksissä (esimerkiksi homoseksuaalisuus voi aiheuttaa ongelmia kristilliseen yhteisöön kuuluvalla), ratkaisuun voidaan pyrkiä luvussa mainituilla strategioita: kiusalliseksi koetun ryhmäjäsenyyden kätkeyminen tai häivyttäminen, arvojärjestelmän uudelleenarviointi, arvokonfliktin merkittävyyden mitätöinti tai vaikuttaminen toisen ryhmän arvokenteisiin niin, että kustannukset vähenevät. Usein ratkaisussa yhdistyvät ympäristön muuttaminen ja itsensä sopeuttaminen. Strategioiden valintaan vaikuttaa osaltaan se, että *identiteetin rakenteessa* tietyt ryhmäjäsenyydet, identiteettisisällöt ja niihin liittyvät merkitysyhteydet ovat keskeisemmässä asemassa ja toiset taas syrjemmässä. (Hogg - Abrams 1988, 55–59; Liebkind 1984, 80–81.)

Muutokset sosiaalisessa kontekstissa – esimerkiksi uuden kategorijäsenyyden, vaikkapa homoseksuaalisuuden, havaitseminen – luovat eri asteisia paineita *identiteetin muutokselle*. Breakwell (1986, 191–193) on kuvannut identiteetin muokkautumista *identiteetti-prosessina*, johon kuuluvat *assimilaatio/akkomodaatio* -vuorovaikutus, *arviointi* ja näiden keskinäinen vuorovaikutus. Assimilaatiolla tarkoitetaan uusien elementtien omaksumista identiteettirakenteeseen ja akkomodaatiolla taas

rakenteen sisäistä jäsentymistä niin, että uudet elementit saavat siinä paikkansa. Arvioinnissa annetaan uusille ja vanhoille sisällöille merkityksiä ja arvoja. Nämä kaksi prosessia yhdessä määrittävät identiteetin kulloistakin sisältöä. Identiteettiprosessia ohjaavat Breakwellin mukaan kulttuurisesti ja historiallisesti spesifit *identiteettiperiaatteet*. Länsimaisessa kulttuurissa nämä periaatteet ovat hänen mukaansa *jatkuvuus, erottuvuus ja itsearvostus*. (Nämä vaatisivat nähdäkseni tarkemman perustelun.) Ohjaavien periaatteiden keskinäinen painoarvo vaihtelee eri aikoina, eri tilanteissa ja elämänkaaren eri vaiheissa. Identiteetti koetaan uhatuksi silloin, kun assimilaatio/akkomodaatio ja arviointi eivät kykene turvaamaan identiteetin kolmea periaatetta. Uhka voi olla sisäinen; yksilö pyrkii esimerkiksi korostamaan erottuvuutta niin, että sekä jatkuvuus että itsearvostus tulevat uhatuksi. Uhka on ehkä useammin ulkoinen; sosiaalisen kontekstin muutos arvioidaan niin suureksi, että se koetaan uhaksi jollekin kolmesta identiteettiperiaatteesta. (Jollekin homoseksuaalisuuteen voi liittyä niin kielteisiä merkitysyhteyksiä, että itsearvostus joutuu kriisiin silloin, kun kategoriaa sovelletaan itsen, tai kategoria voi tuntua niin vahvasti yhteen sovittamattomalta muun identiteetin kanssa, että identiteetin jatkuvuus kriisiytyy.)

Kun identiteetti koetaan uhatuksi, käytetään psyyken sisäisiä, yksilöiden välisiä ja/tai ryhmien sisäisiä ja välisiä selviytymisstrategioita. Uhkaa voidaan yrittää väistää kieltämällä muutosten olemassaolo (uusi ryhmäjäsenyys torjutaan), väliaikaisella depersonalisaatiolla, pakenemalla fantasiamaailmaan tai uhkatilanteen uudelleenmäärittelyllä. Muutoksen hyväksyminen merkitsee rakenteen muuttamista. Rakenteen muuttamispainetta voidaan vähentää tinkimällä jostakin identiteettiperiaatteesta (vähätellessä itsearvostusta) tai muuttamalla identiteetin sisältöihin liittyviä arvolutauksia (uskovaisuus ei ole minulle kaikki kaikessa ja homoseksuaalisuus ei ehkä olekaan synty). Uhkaan voi reagoida myös muuttamalla suhteitaan muihin ihmisiin: eristäytymällä, negativismilla, teeskentelyllä ja alistumisella. Samastumisryhmän sisällä on käytettävissä kahden tyyppisiä strategioita: jäsenten keskinäinen tuki ja tietoisuuden lisääminen sekä sosiaaliin rakenteisiin ja ideologioihin vaikuttaminen. Jos selviytymisstrategiat epäonnistuvat, voi identiteetin rakenne muuttua hallitsemattomasti. Seurauksena voi olla sosiaalinen vetäytyminen (eristäytyminen), psyykinen vetäytyminen (psyykinen sairastuminen) tai fyysinen vetäytyminen (itsemurhayritys) tai tietoisuuden tason lasku. (mt. 193–194.)

Persoonallisten konstruktoiden teorian käsitteillä voidaan hahmottaa, kuvata ja mitata sitä, miten identiteetti yksilötasolla rakentuu ja miten samantyyppiseen sosiaaliseen tilanteeseen voidaan reagoida hyvinkin eri tavoin. Teoriassa oletetaan, että ihmiset rakentavat tiedemiesten tavoin tietyn periaattein malleja maailmasta. Konstruktiot muodostuvat siitä, että todellisuutta arvioidaan "kaksinäpisiin" ulottuvuuksiin (esim. hyvä/paha) vertaamalla. Konstruktiosysteemi käsittää entiteettien maailman (se mikä voidaan konstruoida), kaksinäpisten konstruktoiden systeemin sekä arvojen ja tunnetilojen systeemin (missä haluan olla osallinen ja missä en). Ne konstruktiot, jotka liittyvät minään suhteessa muihin ihmisiin ja sosiaalisiin ryhmiin, muodostavat keskeiset ydinkonstruktiot. Konstruktio-teoriassa uhka määritellään tietoisuudeksi ydinkonstruktoiden pikaisesta ja voimakkaasta muutoksesta. Konstruktiosysteemi voi olla eri tavoin integroitunut: moni- tai yksilotteinen ja integroitunut tai löyhä. Yksilotteisessa konstruktiosysteemissä käytetään harvoja perusulottuvuuksia, jolloin on taipumusta yleistää itseä koskevia konstruktia, identiteettiä, muuhun ympäristöön. Se puolestaan johtaa helposti joko yli- tai ali-identifikaatioihin, vahvoihin ryhmäsidonnaisuuksiin tai -torjuntoihin. Eriytyneempi konstruktiosysteemi mahdollistaa taas erilaisia ja eriasteisia ryhmäsidonnaisuuksia. Erittäin löyhässä systeemissä eri ulottuvuudet voivat olla hyvinkin riippumattomia toisistaan, jolloin yksilöllä voi samanaikaisesti olla toisensa poissulkevia identiteettejä. Integroitunut systeemi taas pyrkii

suhteuttamaan eri ulottuvuuksia toisiinsa. (Liebkind 1984 58–61.)

Suhteellisen pitkälle eriytynyt ja integroitunut identiteettisysteemi sopeutuu muutoksiin parhaiten. Hyvin pitkälle eriytyneen ja löyhän systeemin strategia voi olla identiteettirakenteen höllentäminen edelleen niin, että uutta identiteettisisältöä ei suhteuteta identiteetin muuhun sisältöön. Tämä voi kuitenkin johtaa ajan mittaan identiteettisekaannukseen. Eriytymätön identiteettisysteemi taas voi torjua uusien sisältöjen omaksumisen tiukentamalla rakennetta entisestään, jolloin identiteetistä tulee hyvin puolustuksellinen. Identiteettirakenteen tiukentaminen ei liity aina eriytymättömään rakenteeseen, vaan siinä voi olla kysymys vähemmistöön kuuluvien ihmisten tiedostetusta valinnasta vastustaa enemmistön paineita ja korostaa oikeutta omiin arvovalintoihin. (Liebkind 1984, 84–86.)

Vähemmistöidentiteetti on usein voimakkaammin tiedostettu kuin enemmistöidentiteetti, joka arvostuksineen koetaan itsestään selväksi. Koska mutta asettavat vähemmistöidentiteetin usein kyseenalaisiksi, vähemmistön jäsenet voivat tuntea tavallista suurempaa tarvetta ohjata muiden heistä saamaa käsitystä. Mitä enemmän vähemmistö soveltaa itseensä omia määritelmiään ja arvostuksiaan, sitä todennäköisemmin se myös vaatii enemmistöä omaksumaan ja hyväksymään niitä. Tarve tunnustuksen saamiseen ei ole lähtöisin epävarmuuden tunteesta vaan psykologisesta varmuuden tunteesta. Joissakin tapauksissa tunnustuksen saaminen on jopa olemassaolon edellytys ja merkitsee ihmiselle oikeutta ilmaista tarpeensa ja tavoitteensa. Tunnustusta vaativa on varma omien arvojensa, määritelmien ja tavoitteidensa hyvydestä. Brownin mukaan parantunut yksilöllinen itsetunto johtaa erilaiseen käyttäytymiseen riippuen siitä, kuuluuko kyseinen henkilö enemmistöön vai vähemmistöön. Vähemmistöryhmän jäsen, jolla on hyvä itsetunto, tulee vihaiseksi epäoikeudenmukaisuudesta ja edellyttää siihen muutosta. (Liebkind 1988, 93–104.)

Identiteettiä on viime aikoina yhä useammin kuvattu *kertomukselliseksi rakenteeksi*. Modernissa yhteiskunnassa ihminen törmää toistuvasti tarpeeseen arvioida uudelleen arvojansa ja identiteettiään, jolloin kaikki tarjolla olevat identiteetit näyttävät vain joltakin suurelta kertomukselta, muodilta tai tyyliä pikemminkin kuin pitkään kaivatulta todelliselta persoonallisuudelta. Identiteettiä voi tarkastella omaelämäkerran tuotoksena, ei perinteisessä mielessä niin, että yksilön persoonallisuus muotoutuu lapsuuden ja nuoruuden kuluessa, vaan niin, että omaelämäkerta on menneen uudelleenkonstruoinnista. Omaelämäkerta on rekonstruktio, jonka avulla identiteetiksi kutsuttu konstruktio tehdään todelliseksi. Identiteetin muodostamisen elementeillä on kuitenkin ajatukselliset ja fyysiset rajoituksensa; niiden sosiaalisia merkityksiä voidaan taivuttaa, mutta se voidaan tehdä vain edeltävien merkitysrakenteiden ehdoilla. (Vaikka ajattelisin, että homoseksuaalinen haluni ilmaisee minulle jotain uutta suhteessa aiempiin homoseksuaalisuudelle annettuihin merkityksiin, muiden reaktiot seuraavat vanhoja malleja, jotka nekin tosin ovat muutoksessa.) Monilla toiminnoilla on myös konkreettiset seuraamuksensa, jotka pakottavat suhteuttamaan elämänkatsomusta. (Alasuutari 1990, 120–144.)

Homo- ja lesboidentiteetit

Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvissä tieteellisissä ja arkipäivän identiteettitarkasteluista löytyy runsaasti *essentialistisia*, olemuksellisia painotuksia, joissa homoseksuaalisuus hahmottuu synnynnäiseksi ylihistorialliseksi ominaisuudeksi, seksuaaliseksi suuntautumiseksi, joka sitten löydetään ennemmin tai myöhemmin tai joka jää tiedostamattomaksi. Näissä malleissa keskeinen kysymys on se, miten yhteiskunnassa kielteiseksi koettu piirre vähitellen hyväksytään (pysyväksi) identiteetiksi ja miten sitä opitaan puolustamaan. Homoseksuaalisuus esiintyy tässä lähinnä annettuna

identiteettisisältönä, jonka myönteisen, itsetuntoa tukevan merkityspuolen joutuu kuitenkin identiteettityöllään hankkimaan.

Viimeisen runsaan kymmenen vuoden aikana homo- ja biseksuaalisuuteen liittyviä identiteettejä on tarkasteltu yhä enemmän *konstruktionistisesta* näkökulmasta. Siinä pääpaino on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, jonka tuloksena identiteetti omaksutaan. Konstruktionistiset näkökulmat eivät aseta olettamuksia pysyvästä ylihistoriallisesta piirteestä tai suuntautumisesta, vaan olettavat, että homo- ja biseksuaalinen identiteetti on historiallinen tuote sukupuolen ja seksuaalisuuden monimutkaisessa sosiaalisessa rakentumisessa ja perustuu tulkintoihin ehkäpä hyvinkin satunnaisista ja jäsentymättömistä kokemuksista. Homoseksuaalinen identiteetti on ylipäänsä mahdollinen vain kulttuurissa, jossa oletetaan, että ihmisillä on pysyviä seksuaalisia suuntautumisia. (Schippers 1989; Troiden 1988; Richardson - Hart 1981; Plummer 1981c.)

Läheskään kaikki, joiden seksuaalisuuden ulottuvuuksiin liittyy toistuvasti homoseksuaalisia piirteitä, eivät koskaan luokittele itseään homo- tai biseksuaaleiksi. Jos homoseksuaalisuuden hahmottaa essentialistisesti, tämän voi tulkita identiteetistä kieltäytymiseksi ja "vääräksi tietoisuudeksi" tai sosiaalisen liikkuvuuden (vähemmistö)strategiaksi, pyrkimykseksi sulautua enemmistöön. Konstruktionistisesta näkökulmasta tilanne voi taas hahmottua vaikkapa identiteettineuvotteluksi, jossa yksilö ei alistu annettuun ulkopuoliseen kategoriointiin, ei löydä itselleen sopivia sosiaalisia kategorioita tai ei pidä kategoriointia lainkaan myönteisenä tai merkityksellisenä. (Schippers 1989, Richardson - Hart 1981.)

Entä miten homon, lesbon tai biseksuaalin identiteetti rakennetaan? Merkittävä kohta siinä on itsensä nimeäminen lesboksi, homoksi tai biseksuaaliksi. Se tapahtuu useimpien kohdalla murrosiän jälkeisessä nuoruudessa, mutta nimeämisen ikä voi vaihdella ehkä noin 10. ikävuodesta ylöspäin ilman ylärajaa (Richardson - Hart 1981, 73). Nimeäminen voi joko seurata homoseksuaalisia kokemuksia tai edeltää niitä. Plummer (1981c, 70–71) on erotellut tässä neljä eri reittiä: 1) kokemuksia → epäily → nimeäminen, 2) kokemuksia → nimeäminen, 3) epäily → kokemuksia → nimeäminen, 4) epäily → nimeäminen → kokemuksia.

Nimeämisen kautta omaksutun identiteetin sisältöihin, kehitykseen, ylläpitoon ja siihen liittyvään elämäntapaan vaikuttaa sosiaalinen vuorovaikutus sekä sisäryhmään että ulkoryhmään kuuluvien kanssa. Kategoriaan liittyviä stereotypioita omaksutaan sekä enemmistön että vähemmistön välittämästä tiedosta, josta osa on hankittu jo ennen nimeämistä, ja niiden omaksumiseen vaikuttavat olennaisesti omat yksityiset kokemukset, niiden hahmottaminen ja arvottaminen sekä vähemmistön yhteiskunnallinen asema. Identiteetin sisältöön vaikuttavat myös muut identifikaatiot ja niiden väliset suhteet. Heteroseksuaalisen olettamuksen vallitessa mahdollinen homo- ja biseksuaalinen identiteetti nousee ihmisille yleensä merkityksellisemmäksi kuin heteroseksuaalinen identiteetti. (Richardson - Hart 1981, 91–92.)

Homoseksuaalien vähemmistöaseman erityispiirteitä ovat olleet yhteiskunnallinen marginalisointi, ryhmäjäsenyyden tiedostaminen usein sosiaalisesti eristyksissä ja suhteellisen hyvät mahdollisuudet elää kaksoiselämää. Näistä johtuen homoseksuaalisuuteen liittyvällä identiteettikehityksellä voi ajatella olevan omia erityispiirteitään. Homoseksuaalisen identiteetin kehityksestä ja ylläpidosta on laadittu lukuisia malleja (tekijöinä Cass, Coleman, Plummer, Ponce, Sophie, Troiden), joita Troiden (1988)

ja Hanley-Hackenbruck (1989) ovat vertailleet keskenään. Yhteinen lähtökohta kaikissa malleissa on se, että homoseksuaalinen identiteetti joudutaan muodostamaan ja ylläpitämään sosiaalisen stigman ilmapiirissä (itselle ehkä hyvinkin mieluisat tunteet ovat ristiriidassa niihin liitettyjen stigmatisoitujen stereotyyppien kanssa) ja että identiteetin kehitys hahmotetaan vaiheittaiseksi prosessiksi, jossa on 3–5 porrasta. Joissakin psykologisissa tarkasteluissa eri vaiheille asetetaan eriksonilaisittain kehitystehtäviä (Coleman 1985). Useimmissa malleissa oletetaan herkistymisen tai esitietoisuuden vaihe, jonka aikana tutustutaan omaan seksuaaliseen mielihyvään ja mahdollisesti tiedostetaan tai aavistetaan oma erilaisuus suhteessa sukupuolirooleihin ja opitaan homo- ja biseksuaaleihin liittyjä stereotyyppioita. Joissakin malleissa esitietoisuutta seuraa hämmennyksen vaihe, jossa elää rinnakkain erilaisia itsemäärittelyn mahdollisuuksia ja jonka aikana valitaan eteneminen kohti homoseksuaalisen identiteetin omaksumista tai pyritään vahvistamaan heteroseksuaalista käyttäytymistä tai tilanne voidaan jättää avoimeksi. Kaikissa malleissa esitietoisuutta tai alkuhämmennystä seuraa pitkä prosessi, jonka kuluessa homoseksuaalisuus-leima muodostuu vähitellen enemmän tai vähemmän myönteiseksi identiteetiksi samastumismallien, seksi-, rakkaus- ja ystävyys-suhteiden sekä yhteisöjäsenyyksien avulla.

Osa malleista korostaa "ulostulon", identiteetin hyväksymisen ja muille kertomisen, merkitystä identiteetin kehityksessä. Silloin malli saa essentialistisia painotuksia. Osa näkee identiteettikehityksen ja ulostulon erillisinä mutta yhteen kietoutuvina prosesseina. Troiden (1988) ja Richardson - Hart (1981) ovat sitä mieltä, että on tärkeää erottaa toisistaan identiteetin muodostaminen ja sen ylläpito. Ulostulo sijoittuu identiteetin ylläpitoon ja elämäntavan muodostamiseen. Roy Cain (1991) onkin huomannut, että identiteettimallit eivät onnistu tunnistamaan asianmukaisesti niitä sosiaalisia faktoreita, jotka muokkaavat miesten tapaa käsitellä seksuaalista suuntautumistaan koskevaa tietoa. Cain oli haastatellut 38 homomiestä ja paikallistanut kuudentyyppisiä ratkaisuja itsestään kertomisessa: terapeutin, suhteita rakentava, ongelmaa ratkaiseva, ehkäisevä, poliittinen ja spontaani. Kertomista ja salaamista koskevat päätökset liittyivät joukkoon situationaalisia ja suhteisiin liittyviä tekijöitä, jotka olivat pitkälle erillään homoidentiteetin kehityksestä. Hanley-Hackenbruck (1989) kritisoi identiteettimalleja siitä, että ne ovat epäherkkiä sukupuoleen, rotuun tai etniseen ryhmään, luokkaan, maantieteelliseen sijaintiin ja historialliseen aikaan nähden. Itse kaipaavat lisäselvityksiä seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyvien identiteettijäsennysten keskinäisestä vuorovaikutuksesta.

Oheessa muokkaamani versio Hanley-Hackenbruckin (1989) tekemästä taulukosta, jossa eri identiteettimalleja tarkastellaan rinnakkain.

Cass 1979	Grace 1979	Coleman 1982	McDonald 1982	Minton & McDonald 1983/84	Sophie 1985/86	Troiden 1988
Identiteetti-hämmennys	Tiedostaminen (emergence)	Esiulostulo Esitietoisuus	Tietoisuus	Luonnollinen identiteetti (egosentrinen)	Ensimmäinen tietoisuus	Herkistyminen
Identiteetti-ver- tailu	Tunnustaminen	Ulostulo (Tunnustaminen)	Ensimmäiset homokokemuk- set. Ymmärtää käsitteen homo- seksuaalinen.	Rooli-identiteetti (Sosio- sentrinen/ objektivistinen)	Testaus: tutkiminen	Identiteetti- hämmennys
Identiteetti-tole- ranssi, identi- teetin hyväksy- minen	Ulos- murtautuminen	Tutkiminen (Exploration)	Itse-leimaaminen	Itse-identiteetti (Universalistinen)	Identiteetin hyväksyminen	Identiteetin omaksuminen
Ensimmäiset suhteet, En-sim- mäinen ei homolle kerto-mi- nen, Myönteinen identiteetti	Ensimmäiset suhteet. Itsemäärittely ja uudelleen integroiminen	Identiteetti- ylpeys, Identiteettisyn- teesi			Identiteetin integraatio	Identiteettiin sitoutuminen

Taulukko: Kooste homoseksuaalisuuden identiteettimalleista

Homo- ja lesboidentiteetteihin ovat osaltaan vaikuttaneet julkisuudessa esillä olleet samastumismallit. Vielä 1970-luvun alkuun saakka homot ja lesbot kuvattiin julkisuudessa vahvasti ympäristöstään ja usein sukupuolirooleistaan poikkeaviksi ja useimmiten onnettomiksi hahmoiksi, joihin oli vaikea samastua. Homojen ja lesbojen aktiivinen kansalaisoikeustoiminta on tuonut näkyville toisen ääripään: aktiiviset, tiedostavat, avoimet ja puolustus- ja hyökkäyskykyiset miehet ja naiset. Monille homoille ja lesboille he ovat voineet toimia myönteisinä samastumisen kohteina, jotkut taas ovat kokeneet heidät vieraiksi omalle todellisuudelleen¹.

Homo- ja biseksuaalisten miesten ja naisten omissa *identiteettikertomuksissa* on sekä essentialistisia että konstruktionistisia painotuksia. Schippers (1989) on todennut, että homomiesten identiteettikertomukset ovat hyvin usein essentialistisia; niissä oletetaan varhaiset idut omalle suuntautumiselle ja identiteettityö ymmärretään suuntautumisen hyväksymiseksi. Tämä saattaa liittyä siihen, että miehet rakentavat homoseksuaalisen identiteetin keskimäärin naisia nuorempina ja että identifioituminen liittyy naisia voimakkaammin seksuaaliseen mielihaluun ja seksuaalisiin toimintoihin. Naisten identiteettikertomuksissa on enemmän konstruktionistisia aineksia. Tiedostaminen liittyy laajemmin tunne-elämän kokemuksiin. Naiset toteuttavat usein melko pitkälle perinteisiä naisen ja äidin rooleja, ennen kuin lesboidentiteetti tulee ajankohtaiseksi. Lesbotutkimuksessa on käytetty termiä *pakollinen heteroseksuaalisuus* kuvaamaan sitä, että nimenomaan naiset ovat joutuneet hahmottamaan itseään hyvin olennaisella tavalla heteroseksuaalisuuteen liittyvien roolien kautta. Tällöin lesboidentiteetti tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa itseään uudella tavalla.

Valerie Jenness (1992, 69–73) on tutkinut lesbojen identiteettikertomuksia ja huomannut, että lesboidentiteetin soveltamista itseen edeltää usein *lesbo*-kategoriaan liittyvän tyyppityksen purkaminen.

¹ Toimiessani kouluttajana eräässä hoitopaikassa homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä sain opettavaista palautetta työntekijältä, joka oli kertonut homoseksuaaliselle miesasiakkalleen tulevasta koulutustilaisuudesta ja siitä, että kouluttaja on toiminut SETA:ssa. Tämä työväenluokkaan kuuluva mies oli todennut: "Ai, hän on niitä partiopoika-aktivisteja, niitä jotka eivät tiedä mitään tavallisten homojen elämästä."

Monilla oli ollut pidempään intiimejä ja seksuaalisia suhteita naisten kanssa, ja he olivat tietoisia *lesbo*-kategoriasta, mutta kokivat sen viittaavan johonkin muuhun, esimerkiksi onnettomaan tai poliittiseen elämään. Tyypityksen purkamiseen ajaututaan yleensä kriisin kautta; ihminen huomaa, että jokin omassa käyttäytymisessä vaati nimeämistä, joku toinen ottaa asian puheeksi, tai kuullaan jostakin kategorialle uudenlainen määritelmä, joka tuntuu istuvan omaan elämään. Tyypityksen purkamisen yhteydessä kategoria tulkitaan uudelleen: 1) siihen liitetään ihmisten arkielämään ja elämänhistoriaan liittyviä yksityiskohtia, 2) sen merkitysyhteydet muuttuvat myönteisemmiksi ja 3) se nähdään yhteen sopivaksi oman elämäkokemuksen kanssa. Yksi lesboidentiteetin ongelmista näyttäisi olevan se, ettei ole riittävän monenlaisia ja samalla riittävän näkyviä lesbouden tyypittelyjä.

Schippers (1993) tutkinut homoidentiteettejä monikulttuurisessa ympäristössä Amsterdamissa. Hän on huomannut, että länsimaisen miehen ja arabimiehen parisuhteissa miesten eri tavoin jäsentynyt identiteetti voi aiheuttaa vakavia identiteettikriisejä nimenomaan toisesta kulttuurista tulleelle. Arabimiehillä miesten väliset suhteet saavat eri ikäisinä erilaisia merkitysyhteyksiä. Noin 25-vuotiaaksi asti miehen on soveliaista olla passiivinen ja alistuvampi miessuhteessaan, mutta jos hän jatkaa sitä tämän iän ohi, hänen identiteettinsä miehenä on uhattuna. Länsimainen mies, joka ei tunnista tällaista merkityssidosta iän, roolin ja miehisyyden välillä, mahdollisesti haluaa jatkaa suhdetta muuttumattomana eikä ymmärrä kumppaninsa ahdistumista.

Pauliina Luopa (1992) on tutkinut sosiologian pro gradu -työssään lesboidentiteetin kehitystä ja elämäntapaa. Hän kyseenalaistaa kaikille homo- ja biseksuaaleille soveliaan identiteettimallin kehittämisen mielekkyyden. Tarkastellessaan haastateltaviensa tapaa nimetä itsensä lesboksi Luopa jakaa aineistonsa kolmeen ryhmään: 1) nimeäminen voi tapahtua heteroseksuaalisten tekojen jälkeen ja tyytymättömyys heterosuhteisiin on sitten johtanut naisten välisten suhteiden ja lesbouden pohtimiseen, 2) osa tunnistaa lesboutensa kokeilematta seksiä kummankaan sukupuolen kanssa ja 3) osa taas nimeää itsensä vasta rakasteltuaan naisen kanssa, mutta se ei välttämättä tapahdu ensimmäisessä lesbosuhteessa. (Luopa 1992, 60–62.)

Pirjo Latokangas (1993) tutki sosiaalipolitiikan pro gradu -työssään suomalaisten homoseksuaalisten miesten identiteettiä. Hänen tarkoituksenaan oli tutkia, tapahtuuko heidän identiteettikehityksensä identiteettihämmennyksen, identiteetin omaksumisen, identiteettiylpeyden ja sitoutumisen vaiheiden kautta, niin kuin Plummer, Ponse, Cass ja Troiden ovat sitä kuvanneet, ja miten samastuminen ja samastumiskonfliktit tulevat esille identiteettikehitysprosessissa. Hän haastatteli kuuttatoista 22–69-vuotiaasta homoseksuaalista miestä. Tulosten mukaan haastateltavien identiteettikehitys kulki samoja linjoja kuin muissakin homojen identiteettikehityksestä tehdyissä tutkimuksissa, ja lähtökohtana olleet mallit sopivat hyvin heidän elämäntarinoittensa analyysiin. Aineistossa löytyi merkittäviä eroja eri sukupolviin kuuluvien miesten välillä siinä, miten nopeasti eri vaiheet käydään läpi ja miten pitkälle identiteettikehityksessä päästään. Latokangas paikallisti aineistostaan kolme suomalaista sukupolvea, joilla on ollut hyvin erilaiset samastumisen mahdollisuudet ja joilla homoseksuaalisuuden merkitysyhteydet ja asema omassa identiteettirakenteessa ja itsetunnossa rakentuvat hyvin eri tavoin (mt. 94–97):

1. *Pysyvän identiteettihämmennyksen sukupolvi*: Ennen sotia syntyneet, jotka olivat yli 30-vuotiaita, kun homoseksuaalisuus dekriminalisointiin ja homoseksuaalien järjestötoiminta alkoi Suomessa. Käy ajallisesti yksiin " jälleenrakennuksen ja nousun sukupolven" kanssa. Heidän elämänsä leimaa kognitiivinen, sosiaalinen, emotionaalinen ja seksuaalinen eristyneisyys ja yksinäisyys. Heillä ei ollut tietolähteitä tai roolimalleja, heiltä puuttui peili, joka olisi mahdollistanut

identiteetin rakentamisen. Hämmennys on kestänyt pitkään, identiteetin omaksuminen on tapahtunut myöhään, ja siihen liittyy edelleen ristiriitaisia tunteita.

2. *Identiteettiylpeyden sukupolvi*: 1940- ja 1950-luvuilla syntyneet, joiden nuoruuden aikana homoseksuaalien järjestötoiminta alkoi Suomessa ja homoseksuaalisuus dekriminisoitiin. Ajallisesti se vastaa "suuren murroksen ja lähiöiden sukupolvea" (Roos 1985). Heillä oli mahdollisuus löytää tietoa homoseksuaalisuudesta hiukan helpommin ja ennen kaikkea mahdollisuus saada ainakin jossakin määrin tukea kasvavalta ja kaapista ulos tulevalta homoyhteisöltä. Heille oli mahdollista olla sosiaalisesti ylpeitä homoseksuaalisuudestaan, ja heidän ystäväpiirinsä koostuu homomiehistä. Osa heistä saattoikin kutsua itseään kokopäivähomoksi. Samastumiskonflikti on ollut mahdollista ratkaista nopeammin ja pysyvämmiin.

3. *Vapaan sitoutumisen sukupolvi*: 1960-luvulla syntynyt sukupolvi, joka ei ole elänyt "laittomuuden" aikaa, mutta sen sijaan kasvoi aidsin varjossa. He eivät ole kokeneet identiteettiään uhatuksi lainkaan samassa määrin kuin aiemmat sukupolvet ja he ovat voineet käydä identiteettikehityksensä nopeammin, eikä homoidentiteetti hallitse elämää sillä tavalla kuin vanhemmilla ikäpolvilla. Homoyhteisö ei ole heille niin tärkeä, koska sen tarjoamaa suojaa ei tarvita entisessä määrin ja ystäväpiirissä heterojen osuus on merkittävä.

Näyttää siltä, että mitä paremmin homoseksuaalit ovat onnistuneet taistelussa tasavertaisuuden puolesta, sitä vähemmän siihen kuuluvilla ihmisillä on yhteistä ja sitä hyödyttömämpi tämä tiettyjen piirteiden perusteella määritelty luokka on identiteetin luonnehtijana. (Vertaa Alasuutari 1990, 26) On kuitenkin otettava huomioon Latokankaan ja Luopan tutkimuksissa esille tullut yksilöiden ja sukupolvien ero identiteetin rakenteissa ja sisällöissä. Latokankaan ensimmäisen ja toisen ryhmän jäsenille homoseksuaalisuus oli hyvinkin merkittävässä asemassa omassa identiteetissä. Vaikka homoseksuaalisuuden yhdistävä merkitys sosiaalisena identiteettinä näyttäisikin ajan myötä vähenevän, ei sen tarvitse merkitä niiden jännitteiden vähentymistä, joita kulttuurissa sisältyy eri identiteettien välille. Monille homoseksuaalinen identiteetti edustaa aitoutta ja itsenäistä itsensä määrittämistä sukupuoli-roolien sisällä.

Biseksuaalisuus identiteettinä

Biseksuaalisuutta ei ole kovin laajalti tutkittu sosiaalisena identiteettinä. Amanda Udis-Kesslerin (1990) mielestä tämä voi johtua siitä, että biseksuaalisuus ei ole olemassa sosiaalisena instituutiona tai psykologisena "totuutena". Weinbergin et al. (1994, 290–292) mukaan biseksuaalisuuden epämääräinen asema johtaa siihen, että monet, joilla on rakastumista, seksuaalisia tunteita tai käyttäytymistä suhteissa kumpaankin sukupuoleen, ovat suhteellisen pitkään hämillään seksuaalisuutensa suhteen, ennen kuin nimeävät itsensä biseksuaaleiksi, tai eivät koskaan nimeä itseään biseksuaaliksi. Nimeämistä nopeuttaa itsensä biseksuaaliksi nimenneiden tapaaminen, biseksuaalisuutta käsitteleviin julkaisuihin tutustuminen tai biseksuaaleille kohdistettujen palveluiden käyttäminen. Identiteetin omaksuminen vaikuttaa merkittävästi heidän elämäänsä. Identiteetti alkaa "organisoida" käyttäytymistä. Biseksuaalisuuteen liitetyt merkitysyhteydet vaihtelevat hyvin suuresti. Osa ajattelee, että biseksuaalinen identiteetti "edellyttää" aktiivista kanssakäymistä kummankin sukupuolen kanssa ja että kiinteän parisuhteen ajaksi siitä on luovuttava. Useimmille Weinbergin tutkimukseen osallistuneille biseksuaalisuus oli piirre, joka on rakentunut heteroseksuaalisen identiteetin päälle. Biseksuaaliseen identiteettiin näytti liittyvän jatkuva epävarmuus liittyen sen sosiaaliseen tunnustamiseen ja muutoksiin omassa elämässä, mutta selvä enemmistö ei katunut suuntautumistaan. Aids-kriisin myötä biseksuaalit kokivat suhteensa sekä homomiehiin että lesboihin parantuneen. Zinik (1985) huomasi tutkimuksessaan, että biseksuaalinen identiteetti näytti olevan naisille avoimempi ja sosiaalisesti myönteisempi kuin miehille; naisliike oli antanut siinä tukea niin, että biseksuaalisuuden on voinut liittää osaksi naisen identiteettiä. Sen sijaan monet miehet kokivat biseksuaalisen identiteetin uhkaksi sosiaaliselle kuvalle miehisyydestään. Biseksuaalisen identiteetin myönteiseksi ominaisuudeksi koettiin sen joustavuus ja avoimuus.

Seksuaalisten identiteettien huomioonottaminen hoitotyössä on monisyinen kysymys. Homo- tai biseksuaalinen identiteetti, joka on kaikille viime kädessä yksilöllinen kooste merkitysyhteyksiä, saa eri sukupolviin, sukupuoliin ja kulttuureihin kuuluvilla erilaisia painotuksia. Heteroseksuaalisen olettamuksen vallitessa homoseksuaaliseen identiteettiin liittyvien kysymysten ohittaminen hoitoon liittyvissä kysymyksenasetteluissa todennäköisesti ylläpitää homoseksuaalien alistettua vähemmistöasemaa tukiessaan sosiaalisen liikkumisen strategiaa identiteetissä (heterona esiintymistä). On muistettava, että vasta psykologista varmuudentunnetta saavuttanut osaa vaatia ja vaatii identiteettinsä hyväksymistä ja se merkitsee hänelle oikeutta ilmaista tarpeensa ja tavoitteensa. Seksuaalisen identiteetin avoin tarkastelu **kaikkien** asiakkaiden kanssa antaa heille mahdollisuuksia tuoda esille omia määritelmiään identiteetistään ja mahdollisesti sen tiimoilla kokemiaan konflikteja. Tämä tietysti edellyttää työntekijältä avointa ja kunnioittavaa suhtautumista. Näin avautuu mahdollisuus ottaa puheeksi myös heteroseksuaalinen identiteetti, siinä koetut vahvuudet ja pulmat.

2.4.4. Elämäntapa ja elämäntavat

Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvä psykologinen vähemmistöasema, erityispiirteet identiteettikehityksessä, identiteetin avoimuuteen liittyvät kysymykset, määrälliseen vähemmistöasemaan liittyvät erityisratkaisut vertais-, ystävyys- ja parisuhteiden muodostamisessa sekä edellä mainittujen tekijöiden heijastuminen eri tavoin elämäntapaan eri vaiheissa ovat homo- ja biseksuaalien elämäntapaan merkittävästi vaikuttavia tekijöitä. Elämäntapa puolestaan liittyy olennaisesti päihteiden käyttöön, päihdeongelmien syntymiseen ja ongelmien ratkontaan. Käyn läpi joitakin merkittäväksi arvioituja erityispiirteitä homo- ja biseksuaalien elämäntapa- ja elämäntavoissa.

Nuoruus

Michael W. Ross (1989) on tehnyt vertailevan tutkimuksen nuorten homomiesten sosiaalisesta ja psykologisesta sopeutumisesta. Tutkimus tehtiin 80-luvulla, ja kyselytutkimukseen osallistui homojärjestöjen jäseniä Suomesta, Ruotsista, Irlannista ja Australiasta. Nuorten homojen ongelmaksi todettiin tukea antavan verkoston ja myönteisten samastumismallien puuttuminen. Huomattava osa nuorista oli sisäistänyt stereotyyppisiä oletuksia homoseksuaaleista ja suhtautuivat suuntautumiseensa kielteisemmin kuin vanhemmat miehet. Homoseksuaaleiksi identifioituneiden joukossa olivat vallitsevan kulttuurin mukaan naisellisesti käyttäytyvät tiedostaneet homoseksuaalisuutensa muita aikaisemmin, mikä saattaa liittyä varhaiseen sosiaaliseen leimautumiseen ja roolin omaksumiseen. Ross viittaa Martinin tutkimuksiin homonuorten sosiaalistumisesta todetessaan, että mm. koulumaailmassa vallitseva homoseksuaalisuuden eristäminen arkipäivästä aiheuttaa sen, että monilla nuorilla homoilla seurustelu alkaa seksikontaktista ja siitä edetään suhteen muodostamiseen, kun heterosuhteissa seksisuhteita edeltää usein tutustumis- ja seurusteluvaihe.

Rakkaus- ja seksisuhteet

Kinsey-instituutti teki 1960/70-lukujen taitteessa laajan tutkimuksen homomiesten ja lesbojen elämäntavoista. Bellin ja Weinbergin (1978, 129–138) laatiman tutkimusraportin keskeisin tulos oli se, ettei voida puhua homoseksuaalisuudesta yleensä vaan erilaisista homoseksuaalisuuksista, joihin liittyy erilaisia elämänhistorioita, identiteettejä, elämäntapoja ja merkitysyhteyksiä. Raportissaan he luokittelivat aineistonsa viiteen homoseksuaaliseen elämäntapaan: 1) *kiinteissä parisuhteissa elävät*, tyytyväisiä suuntautumiseensa, 2) *avoimissa parisuhteissa elävät*, parisuhde ei sulje pois ulkopuolisia suhteita, tyytyväisiä suuntautumiseensa, 3) *funktionaaliset*, ei vakituista parisuhdetta, lukuisia

kumppaneita, tyytyväisiä suuntautumiseensa, 4) *dysfunktionaaliset*, ei vakituista parisuhdetta, lukuisia kumppaneita, tyytymättömiä suuntautumiseensa sekä 5) *aseksuaaliset*, ei kumppaneita, tyytymättömiä suuntautumiseensa. Tutkimukseen osallistuneista miehistä noin viidesosa oli ollut heteroseksuaalisessa avioliitossa, naisista yli kolmasosa.

Suomessa tehtiin 1980-luvun alussa laaja homo- ja biseksuaalien elämäntapatutkimus. Tutkimuksen otos oli 1047 henkilöä, ja sen kattavuuden saavuttamiseksi oli nähty erityistä vaivaa. Tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista yli kolmannes kertoi olleensa tietoisia kiinnostuksestaan samaa sukupuolta olevia kohtaan aina tai alle 10-vuotiaina. Yhteensä 60 % naisista ja 77 % miehistä oli tietoisia homoeroottisista tunteistaan, ennen kuin he täyttivät 16 vuotta. Sukupuoliset kokemukset alkoivat yleensä vasta useita vuosia tunteiden tiedostamisen jälkeen. Otos luokiteltiin Bellin - Weinbergin edellä mainittujen elämäntapojen mukaan:

	Miehet %	Naiset %
Kiinteä parisuhde	22	59
Avoin parisuhde	29	13
Ystävyys- ja rakkaussuhteita, ei parisuhdetta	29	10
Satunnaisia seksisuhteita, ei ystävyys- tai rakkaussuhteita	8	2
Hyvin harvoin tai ei lainkaan seksuaalikontakteja	12	16

Taulukko : Suomalaisen homomiesten ja lesbojen jakautuminen Bellin - Weinbergin tekemän elämäntapaluokittelun mukaan.

Suurin osa piti rakkaussuhdetta tavoitteenaan, osa halusi tietoisesti pysyä sitoutumattomana. Lesbojen yhdessä asuminen liittyi osittain asunto- ja rahapulaan sekä keskinäiseen huolenpitoon. Naisten yhdessä asumista pidetään kulttuurissamme myös tavanomaisempana kuin miesten yhdessä asumista. (Grönfors et al. 1984; Sievers - Stålström 1984, 422.)

Peplau (1988) on todennut Yhdysvalloissa tehdyn vertailututkimuksissa perusteella, että useimmat lesbot ja homot arvostavat kiinteitä rakkaussuhteita, joissa molemminpuolinen läheisyys on tärkeää. Seksi ei ole ensisijainen tekijä kumppania valittaessa. Lesbot elävät homomiehiä useammin kiinteässä parisuhteessa, asuvat useammin yhdessä, ja heidän suhteensa ovat vahvemmin seksuaalisia, emotionaalisia ja tasa-arvoa korostavia kuin homomiesten. Parisuhteen toimivuudessa ei ole löytynyt eroa lesbo-, homo- ja heteropareilla, mutta sen sijaan muita laadullisia eroja löytyi. Useimmissa lesbo- ja homosuhteissa ei toteuteta perinteisiä mies- ja naisrooleja, vaan roolit ovat joustavampia, ja homomiehet suhtautuvat parisuhteen ulkopuoliseen seksiin keskimäärin sallivammin kuin lesbot ja heteroseksuaaliset miehet ja naiset. Kurdek (1994) vertasi homo- ja lesbopareja heteropareihin. Tutkimuksessa etsittiin parisuhteen toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä. Homoparisuhteen osapuolet olivat suhteisiinsa keskimäärin tyytymättömpämpiä ja kokivat kustannus/hyötysuhteen heikommaksi kuin lesbosuhteissa ja heterosuhteissa elävät keskimäärin. Selittäväksi tekijäksi osoittautui sukupuoli; heteromiesten ja homomiesten raportit parisuhteesta eivät olennaisesti poikenneet toisistaan, ja lesbot ja heteronaiset arvostivat parisuhteitaan enemmän kuin miehet.

San Franciscossa tehdyn tutkimuksen mukaan biseksuaaleiksi samastuvat miehet ja naiset ovat solmineet kiinteän parisuhteen useimmiten vastakkaiseen sukupuoleen kuuluvan kanssa. Heidän parisuhteensa olivat avoimempia kuin heteroseksuaalien tai homojen ja lesbojen parisuhteet, ts. heillä oli muita ryhmiä enemmän seksiä parisuhteen ulkopuolella. Mustasukkaisuusongelmaa säädeltiin monissa parisuhteissa siten, että parisuhteen ulkopuoliset suhteet rajoitettiin omaan sukupuoleen.

Parisuhteiden keskimääräinen pituus oli jonkin verran lyhyempi kuin heteroseksuaaleilla mutta pidempi kuin homoseksuaaleilla. Aids on vaikuttanut biseksuaalien elämäntapaan siten, että tilapäisten seksisuhteiden määrä etenkin miesten kanssa on vähentynyt. (Weinberg - Williams - Pryor 1994, 176–186.)

Ross (1984) kartoitti 80-luvun alussa suomalaisten homomiesten tavallisimpia seksuaalisen kanssakäymisen muotoja. Yleisin oli syleily ja hyväily ja seuraavaksi tuli peniksen kiihottaminen kädellä ja suulla. Laajan suomalaisten seksielämää kartoittaneen tutkimuksen mukaan anaaliyhdyntäminen oli tutkimukseen osallistuneista seksisuhteissa mieheen olleista miehistä kokenut noin yksi viidestä (Kontula - Haavio-Mannila 1993, 254). HIV-infektioon liittyvät riskit on homojen keskuudessa tiedostettu ja otettu käyttäytymisessä huomioon keskimäärin erittäin hyvin (Grönfors - Partanen 1991, 41–42). Lesbojen seksuaalista käyttäytymistä on tutkittu vähemmän kuin homomiesten. Vuoden 1992 seksitutkimuksen lesbo-otoksessa yleisempiä tekniikoita olivat hyväilyt, sukuelinten kiihottaminen käsin tai hankaamalla vastakkain sekä suuseksi (Kontula - Haavio-Mannila 1993, 254).

Heteroseksuaalinen avioliitto

Suomalaiseen homo- ja biseksuaalien elämäntapatutkimukseen osallistuneista miehistä oli paraikaa tai oli ollut avioliitossa 13 % ja avoliitossa 11 %, naisista vastaavasti 17 % ja 17 %. Suomessa paineet avioliiton solmimiseen eivät ole tämän tutkimuksen tulosten mukaan olleet niin voimakkaita kuin Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa. (Grönfors et al. 1984, 146–147.)

French (1992) on todennut tutkittuaan avioliitossa eläviä/eläneitä homoja ja lesboja, että homomiehet ovat olleet yleensä tietoisia homoseksuaalisista mielihaluistaan avioliittoa solmittaessa ja hyvin usein myös tuleva vaimo on tiennyt asiasta. Yleensä molemmat olivat ajatelleet, että tilanne korjautuu avioliiton myötä. Miehistä monet olivat pitäneet homoseksuaalista elämäntapaa ja identiteettiä sosiaalisesti huonompana tai mahdottomana vaihtoehtona tai niiden mahdollisuus ei tullut edes mieleen. Monet olivat myöhemmin huomanneet tarpeensa homoseksuaalisiin suhteisiin ja alkaneet toteuttaa niitä salaa puolisoltaan. Salaamisen kesto vaihteli. Kun asia oli tullut ilmi, vaimojen reagointi oli vaihdellut avioerosta haluan jatkaa avoimessa parisuhteessa. Lesbot olivat tulleet tietoiseksi naisiin kohdistuvista tunteistaan pääsääntöisesti vasta avioliiton aikana. Naiset, jotka avioliiton aikana alkoivat tutkia tunteitaan toisiin naisiin, olivat kokeneet tilanteensa hyvinkin ongelmalliseksi; asiasta kertominen saattoi merkitä avioliiton purkautumista, väkivaltaa ja lasten menettämistä. Toisaalta avioero ei ollut lesbojenkaan kohdalla ainoa ratkaisumalli. Muita vaihtoehtoja sekä homojen että lesbojen kohdalla olivat avoin avioliitto, joka sallii myös pysyvämmän homo/lesbosuhteen tai tilapäisiä suhteita, tai avioliiton jatkaminen lasten vuoksi ystävinä ilman puolisoloiden keskinäistä seksuaalista suhdetta.

Lapset ja vanhemmuus

Suomalaiseen homojen ja lesbojen elämäntapatutkimukseen osallistuneista naisista 13 %:lla ja miehistä 10 %:lla oli omia lapsia. Lesbojen lapset elivät suurimmaksi osaksi (60 %) äitinsä kanssa, kun taas homoisista vain 28 % eli yhdessä lastensa kanssa. Kysymykseen, halusiko saada lapsia, vastasi myönteisesti 30 % naisista ja 36 % miehistä. (Grönfors et al. 1984)

Romans (1992) on raportoinut tutkimuksestaan, jossa 1980-luvun lopulla haastateltiin 48 homoseksuaalisesti suuntautunutta naista, joilla oli omia lapsia. Otoksen ikäjakauma oli suuri, ja muutenkin

haastateltavien skaala oli laaja; jotkut haastateltavista puhuivat lesboudestaan ulkopuolisen kanssa ensimmäistä kertaa ja joillekin eläminen lesbojen osakulttuurissa oli elämän keskeisin asia. Roman jakoi otoksensa viiteen ryhmään: *kätkijät*, *konfrontoijat*, *kompromissin tekijät*, *koordinoijat* ja kahden ryhmän jäsenet.

Kätkijät olivat hyväksyneet lesboutensa, mutta asettivat äidin roolinsa sen yläpuolelle jopa niin pitkälle, että sen vuoksi jatkoivat avioliittoaan. He esiintyivät tavallisina perheenäiteinä. He joutuivat käyttämään usein valehtelua selviytymiskeinona ja kokivat jääneensä eristyksiin. *Konfrontoijat* toivat lesboutensa esille ja olivat valmiit vaarantamaan jopa äitiytensä tämän oikeuden puolesta. He toivat suuntautumisensa näkyvästi esille pukeutumisessaan ja kokivat perinteisen äidin ja naisen roolit vieraiksi. *Kompromissin tekijät* oli suurin ryhmä. He olivat ainakin jossakin määrin avoimia lesboudestaan, mutta olivat valmiita tinkimään avoimuudesta ja identiteetistään silloin, kun arvelivat, että lapsen etu edellytti sitä. He olivat huolissaan mahdollisuudesta, että lapsia kiusattaisiin äidin lesbouden vuoksi tai/ja että heiltä voitaisiin evätä oikeus vanhemmuuteen lesbouden perusteella. Lesboudesta ei puhuttu opettajan kanssa, koska pelättiin, että siitä jää muistiinpanot lapsen papereihin. *Koordinoijat* olivat integroineet elämäntavassaan lesbouden ja heteroseksuaaliset puolet hyvin saumattomaksi kokonaisuudeksi. He pystyivät esiintymään luontevasti omana itsenään kaikissa eri tilanteissa vakuuttuneina siitä, että heidän elämäntapansa oli yhtä hyvä kuin perinteinenkin elämäntapa. Lesbous ei ollut heille itselleen enää mitään erikoista, peiteltävää tai korostettavaa, ja he olivat saavuttaneet sosiaalisesti hyväksytyin aseman yhteisöissään. *Kahden ryhmän jäsenet* kokivat, että heteroseksuaalinen maailma ja homoseksuaalinen maailma ovat hyvin erillään toisistaan, eivätkä sen vuoksi pitäneet mahdollisena näiden kahden puolen yhdistämistä elämäntavassaan. Äitiytensä kautta he kokivat tulevansa kytketyksi heteroseksuaalisen naisen rooliin (neuvolat, suhde opettajiin jne), jossa he kokivat itsensä oudoiksi kaloiksi. Yksityiselämässään heistä osa piti yhteyttä lesbojen osakulttuuriin, missä heitä saatettiin vieroksua, koska he jatkoivat elämistään myös heteromaailman ehdoilla.

Avoimuus

Davies (1992) on tarkastellut homoseksuaalisuuden esille tuomisen merkitystä homomiesten elämäntavalle ja identiteetille yhteiskunnassa, jossa vallitsee heteroseksuaalinen oletamus. Itsessään homoseksuaalisuutta tunnistava mies voi 1) torjua suuntautumiseensa liittyvät tarpeet, 2) toteuttaa suuntautumistaan ja torjua "ulostuloillaan" itseensä kohdistuvat heteroseksuaaliset oletamukset ja odotukset tai 3) toteuttaa homoseksuaalisuuttaan heteroseksuaalisten oletusten ja odotusten ympäröimänä. Ulostulo, homoseksuaalisuudesta kertominen, merkitsee käytännössä sosiaalisen ympäristönsä aktiivista muuttamista; siihen voi sisältyä ympäristön tietoisuuden ja asenteiden muuttamista ja/tai hakeutumista uusiin, homomyönteisempiin ympäristöihin. Hakeutuminen uudenlaiseen sosiaaliseen ympäristöön merkitsee käytännössä myös asettumista uudenlaisten odotusten kenttään, mikä vaikuttaa minäkäsitykseen ja elämäntapaan.

Kertoessaan homoseksuaalisuudestaan sosiaaliselle verkostolleen (ystävät, sukulaiset, tuttavat, naapurusto, työnantaja, työtoverit) monet valitsevat *valikoivan avoimuuden*; joillekin asiasta kerrotaan ja joillekin ei. Valikoiva avoimuus monimutkaisissa sisäkkäisissä verkostoissa vaatii erityistä taitoa. Davies erottaa siinä kaksi eri strategiaa: 1) *verkoston jakaminen täysin erillisiin sektoreihin*, joista toisessa avoimesti puhutaan homoseksuaalisuudesta ja toisessa ei puhuta ja 2) *salaisten sopimusten tekeminen*. Verkoston jakaminen täysin erillisiin sektoreihin onnistuu parhaiten suuremmissa

asutuskeskuksissa. Pienemmillä paikkakunnilla verkostot menevät helpommin päällekkäin, eikä sektorointi onnistu. Verkoston voi jakaa kahtia muuttamalla toiselle paikkakunnalle, jolloin lähisukulaiset voi halutessaan pitää niiden joukossa, joille ei kerrota. Tällöin ystäväpiirinkin voi jakaa kahtia niin, että eri sektoreihin kuuluvien ystävien ystävät eivät tunne toisiaan. Strategiaa voi täydentää asumalla eri paikkakunnalla kuin missä työpaikka on. Salaisten sopimusten strategiassa joko suurin osa verkostosta salaa henkilön homoseksuaalisuuden joiltakin harvoilta (esim isovanhemmilta) tai muutamat harvat ja luotettavat henkilöt verkostossa tietävät asiasta eivätkä kerro sitä muille verkoston jäsenille. Salaiset sopimukset luovat verkostoon sisäisiä jännitteitä. Davies on todennut oman empiirisen aineistonsa perusteella, että useimmat osittaisen avoimuuden valinneista homomiehistä käyttävät näiden kahden strategian yhdistelmiä. Anderson - Henderson (1985) korostavat homoseksuaalisuudesta kertomisen jatkuvaa luonnetta; jonkin asteisen avoimuuden valinneet homo- ja biseksuaalit joutuvat päättämään jokaisessa uudessa sosiaalisessa tilanteessa erikseen, kertoako identiteetistään ja jos kertoa, niin miten ja mihin reaktioihin on syytä varautua. Tämä on omiaan luomaan ylimääräistä stressiä. Jotkut ratkaisevat tämän rajaamalla sosiaalisia kontaktejaan osakulttuurien tai turvalliseksi koetun lähipiirin sisälle.

San Franciscon biseksuaalisuustutkimuksessa kävi ilmi, että biseksuaalit olivat homomiehiä ja lesboja varovaisempia avoimuudessaan suuntautumisensa suhteen sekä lähiympäristössään että tuttavien ja työtovereiden parissa ja heidän kokemuksensa avoimuudesta olivat jossakin määrin kielteisempiä kuin homoseksuaaleilla. (Weinberg - Williams - Pryor 1994, 187–196.)

Pauliina Luopa (1992, 60–62) tutki sosiologian pro gradu -työssään lesboidentiteetin kehitystä näkyväksi ja avoimeksi elämäntavaksi. Hän haastatteli teemahaastattelumenetelmällä seitsemää Helsingissä ja Tampereella asuvaa lesboa. Elämänkaarellisessa lähestymistavassaan hän koetti selvittää homoidentiteetin kehitysmalleja vasten, ovatko avoimuuteen johtaneet prosessit samankaltaisia ja minkälaiseen lesboidentiteettiin avoimuus useimmiten liittyy. Lisäksi hän tarkasteli historiaa, joka on mahdollistanut nykyisen muotoisen avoimuuden. Luopan mukaan avoimuuteen voi vaikuttaa se, kuinka nuorena homoeroottisuutta on koettu. Lesbouden salaaminen on jo nuorena opittua. Ympäristöstä välittyä lapsille ja nuorille viesti siitä, että lesbous on salattavaa ja hävettävä asia. Tämä iskostuu mieleen, varsinkin jos nuori aavistelee, että asia koskee häntä itseään. Siksi nuorena lesboutensa tiedostaneilla ulostulo ja avoimuus vaativat usein pidempää prosessointia kuin aikuisena lesboutensa löytäneillä tai valinneilla. Syitä lesboudesta kertomiseen ovat luulo, ettei pysty sitä enää salaamaan, ilo rakastumisesta, tuen etsiminen suhteen mennessä poikki, oletus, että kertomisesta seuraa hyvää muille tai itselle tai suhteen kaipuu. Heteroseksuaalisen oletuksen vallitessa lesbouden joutuu tuomaan jotenkin esille, jos haluaa olla avoin. Ongelmaksi muodostuu se, että ei löydy luontevaa kontekstia mainita lesboudesta. Luopan aineistossa vain harva oli tehnyt tietoisin päätöksen tulla ulos. Osa kertoi suoraan, mutta useimmat antoivat ensin ihmisten tehdä omat johtopäätöksensä käyttäytymisen perusteella esimerkiksi liikkumalla tai asumalla yhdessä rakastettunsa kanssa tai antamalla erilaisia vihjeitä. Avoimuuden käsite tulisi Luopan mielestä jakaa henkilökohtaiseen ja poliittiseen avoimuuteen:

Homovapausliikkeen myötä avoimuus tuli tietoiseksi poliittiseksi teoksi. Stereotyyppisten "rekakuskien" ja "siskohinttien" näkyvyyttä ei pidetty riittävänä, vaan haluttiin tuoda esille tavalliset homot ja lesbot. Haastateltavani ovat tämän aikakauden kasvattaja. Heille avoimuus on kuitenkin ensisijaisesti henkilökohtainen eikä poliittinen ratkaisu. Avoin elämäntapa merkitsee 1990 luvun alkaessa suomalaiselle lesbolle sitä, että he arkipäiväistävät lesbouden lähiympäristölleen. Lesboutta ei peitellä, vaan sen annetaan näkyä jokapäiväisessä elämässä. Ympäristö saa itse tehdä tarvittavat johtopäätökset tai olla huomaamatta lesboutta. Harvat lesbot tekevät varsinaisen

päätöksen tulla ulos niin, että he vartavasten kertoisivat lesboudestaan. Ulostulon käsite kuvaa siis huonosti lesbojen avoimuutta. (Luopa 1992, 80)

Ystävyysuhteet

Nardi (1992) on haastatteluin tutkinut ystävyysuhteiden merkitystä homojen ja lesbojen elämäntavassa. Hän löysi kolme merkittävää erityispiirrettä: ystävyysuhteiden toimiminen perheen tavoin, niihin sisältyvä eroottinen ja seksuaalinen lataus ja niiden poliittinen luonne. Hyvin monille homoista ja lesboista koostuva läheinen ystäväverkosto on merkinnyt "henkireikää", uutta perhettä, jossa on tullut hyväksytyksi omana itsenään, saanut ilmaista vapaasti omia ajatuksiaan ja josta on hädän hetkinä saanut apua. Usein ystäväpiiri ottaakin hoitaakseen perinteisen perhepiirin tehtäviä. Homo- ja lesboyhteisöt koetaan laajemminkin otettuna eräänlaisena ystävä- ja sukulaisverkostona; ulkomailla hakeudutaan tiettyihin ravintoloihin, kirjakauppoihin ja hotelleihin, ja tavataan niissä ikään kuin "kaukaisia sukulaisia", joiden seurassa löytyy helposti yhteisiä puheenaiheita ja yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Sekä homot että lesbot hakevat läheisiä ystävyysuhteitaan ensisijaisesti oman sukupuolen keskuudesta, toisista homoista ja lesboista. Monien homomiesten käyttäytyminen poikkeaa tässä suhteessa heteromiesten vastaavasta. Miesten väliset ja naisten väliset romanttiset ystävyysuhteet olivat hyvin yleisiä ja avoimia viime vuosisadan puolella. Niitä ei nähty seksuaalisina, koska seksuaalisuus liitettiin jälkeläisten tuottamiseen. Homoseksuaalisuus-kategorian syntymisen sekä miehen ja naisen romanttisen suhteen korostamisen ja mieheen liittyvien rooliodotusten yhteisvaikutuksesta nimenomaan miesten välisiä läheisiä ystävyysuhteita ei samalla tavoin ole enää syntynyt (D'Emilio - Freedman 1988). Nykyisin heteroseksuaalinen mies uskoutuu asioissaan naisystävälleen, vaimolleen tai äidilleen. Miesten välinen intiimisyys herättää homoseksuaalisuuteen liittyvää pelkoa (Siltala 1994). Monille homomiehille taas avoimia tunteenosoituksia ja huolenpitoa sisältävät miesten keskeiset ystävyysuhteet ovat toimineet merkittävänä voimavarana, jonka merkitys on korostunut HIV-tartuntojen seurausten hoitamisessa (Nardi 1992). Oletan, että niillä homomiehillä, jotka ovat vahvasti sisäistäneet heteroseksistisen häpeän ja pelon miesten välistä intiimisyyttä kohtaan, on vaikeuksia muodostaa hyviä ystävyysuhteita homomiesten kanssa, mikä vaikeuttaa heidän mahdollisuuksiaan löytää lähiverkoston apua ihmissuhteisiin ja identiteettiin liittyvissä ongelmissa.

Toinen merkittävä piirre homojen ja lesbojen ystävyysuhteissa oli se, että niissä romantiikka, erotiikka ja seksuaalisuus olivat kaikki voimakkaasti läsnä. Yli 75 % homoista ja lesboista oli ollut jossakin vaiheessa seksuaalisesti kiinnostunut parhaasta ystävästään. Parhaan ystävänsä kanssa ainakin kerran oli rakastellut yli puolet sekä homomiehistä että lesboista, ja seksisuhde oli ajankohtainen paraikaa joka viidennellä. Yli puolet homoista ja lesboista oli ollut rakastunut parhaaseen ystävänsä, ja tämä tunne oli ajankohtainen lähes puolelle homomiehistä ja runsaalle neljännekselle lesboista. 45 % lesboista kertoi, että heidän paras ystävänsä oli itseasiassa entinen rakastettu, homomiehistä 19 %:lla oli vastaava tilanne. (mt.)

Nardin (mt.) mukaan homojen ja lesbojen ystävyysuhteet muodostavat poliittisen vaihtoehdon elää eri tavalla perhekeskeisessä ja heteroseksistisessä yhteiskunnassa. Lisäksi ne uhmaavat sukupuoli-rooleihin sisältyviä rajoituksia. Näyttäisi siltä, että nimenomaan lesbojen ja homojen keskuudessa ystävyysuhteet ovat saaneet huomattavasti suuremman merkityksen verrattuna hyvin moniin muihin ihmisryhmiin.

Biseksuaaleiksi samastuvien tilanne omassa sosiaalisessa verkostossaan näyttäisi olevan huomattavasti hankalampi kuin homoseksuaaleiksi samastuvien. Heidän on vaikea löytää sellaisia ihmissuhteita ja ryhmiä, joissa he voivat kokea saavansa tukea identiteetilleen. Muitten biseksuaalien osuus heidän ystäväpiirissään on pieni (biseksuaalisten yhteisöjen ja heille suunnattujen tapaamispaikkojen puutessa) ja sekä hetero- että homoseksuaalien keskuudessa he kokevat ulkopuolisuuden tunteita. (Weinberg - Williams - Pryor 1994, 1990–195.)

Ikääntyminen

Homoseksuaalien elämänkaaren rakenne poikkeaa usein "keskimääräisen" heteroseksuaalin elämänkaaresta jo sen vuoksi, että siinä ei ole odotettavissa lasten syntymää ja siihen liittyviä velvoitteita ja odotuksia. Friendin (1989) mukaan joukko tutkimuksia näyttäisi osoittavan, että osa homomiehistä on sisäistänyt nuorekkaan elämäntavan, johon olennaisesti liittyy oman seksuaalisen haluttavuuden merkityksellisyys, oma "vaihtoarvo" seksuaalisilla markkinoilla. Etenkin parisuhteen ulkopuolella eläville keski-ikä voi merkitä sopeutumiskriisiä, jota Friend vertaa keski-ikäisten heteronaisten kriisiin, kun he toteavat, miten vaikea on löytää vapaita mieskumppaneita. Tilannetta vaikeuttavat stereotypiat vanhoista homoista ja naisista. Vastaavaa kriisiytymistä ei näyttäisi löytyvän yhtä usein lesbojen keskuudesta, mikä saattaa liittyä siihen, että ulkonäöllä ei ole vastaavaa merkitystä, ja siihen, että he ovat keskimäärin heteronaisia enemmän suuntautuneita oman uransa kehittämiseen. Lesbot ovat aktiivisesti irrottautuneet naisten perinteisistä rooliodotuksista ja heillä ikääntyminen näyttäisi olevan kivuttomampaa kuin heteronaisilla ja osalla homomiehistä. Heteromiesten normistoon taas ei ole aiemmin kuulunut olla huolissaan ulkonäöstään vaan luottaa uransa ja muiden saavutustensa vaikutukseen ja keski-ikäisen kriisi koetaan enemmänkin suhteessa niihin. Käsitykseni mukaan myös homomiesten (kuten myös heteronaistenkin) joukosta löytyy, paitsi samastumista ulkonäköä korostavaan osakulttuuriin, myös samastumista miehen rooliodotuksiin sekä irrottautumista kummankin sukupuolen rooliodotuksista ja esimerkiksi kulttuurin arvon korostamista. Homo- ja biseksuaalien ikääntymiseen liittyviä tutkimuksia voi vääristää se, että todennäköisesti huomattava osa ikääntyvistä homoista ja lesboista on nuorempaa ikäpolvea vaikeammin tavoitettavissa, jolloin suppeahko ja elämätavoiltaan ehkä muista poikkeava, tavoitettavissa oleva joukko joutuu edustamaan koko ikäryhmää. Oletan, että ikääntymiseen liittyvien kysymysten luonne muuttuu sitä mukaa, kun sukupuoleen ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvä tasa-arvo yhteiskunnassa edistyy.

Latokangas (1993) on todennut, että homoidentiteettiä on syytä tarkastella myös sukupolvikysymyksenä. Iäkkäämmät miehet ovat käyneet oman identiteettikehityksensä olennaisesti eri oloissa kuin esimerkiksi 1990-luvulla kasvavat nuoret. D. C. Kimmel (viitattu artikkelissa: Shannon - Woods 1991) on tutkinut Yhdysvalloissa homomiesten vanhenemiseen liittyviä kysymyksiä. Vanhat homomiehet ovat nuoruudessaan hyvin todennäköisesti kohdanneet vahvaa vihaa nostattavaa syrjintää ja/tai vaikenemista. Osa on kasvanut "taistelujen kautta" kunnioittamaan omaa yksilöllisyyttään, ammattitaitoaan ja ystävyys-suhteiden merkitystä. Osa taas on sisäistänyt itsearvostukseen kohdistuneisiin loukkauksiin liittyvät vihantunteensa, mikä näkyy ahdistuksena ja masentuneisuutena. Pitkän parisuhteen päättyessä eron tai kuoleman kautta homomiehet jäivät usein ilman sukulaisten ja yhteiskunnan huomiota. Tilanne kärjistyy syrjäseuduilla, joissa tukena ei ole homomiehistä koostuvaa ystävyysverkostoa. Ellei miespari ole valmistautunut etukäteen kuoleman tai vakavan sairastumisen edellyttämiin kumppanin aseman turvaaviin juridisiin toimiin, parisuhteessa pitkään elänyt homomies saattaa kumppanin kuoleman jälkeen olla aseeton, jos sukulaiset pyrkivät "ryöstämään" niin ruumin kuin tämän jäljelle jääneen omaisuudenkin.

Vasta vanhemmalla iällä homoseksuaaleiksi samastuvat saattavat joutua vaikeuksiin sen vuoksi, etteivät löydä itselleen sopivia osakulttuurin muotoja. Monissa helposti tavoitettavissa homojen osakulttuurin muodoissa (baarit ja diskot) he törmäävät itseensä kohdistuvaan vieroksuntaan. Toisaalta monet kokevat tilanteen uutena haluttavana vaiheena elämässä ja onnistuvat löytämään uusia merkittäviä ystävyyssuhteita. (Weeks 1981.)

Homomiesten ja lesbojen elämänkaareissa vanhuuteen valmentavia tekijöitä ovat identiteettikriisiin liittyvä itsenäistyminen ja harjaantuminen kriisien varalle, suurempi joustavuus sukupuolirooleissa, parisuhteen ulkopuolisen ystävyyssuhdeverkoston ylläpitäminen ja pienemmät odotukset omaisten (epävarman) vanhuudenajan tuen suhteen (Friend 1989, Shannon - Woods 1991). Ongelmia voi syntyä siinä vaiheessa kun he tulevat riippuvaiseksi ulkopuolisesta hoidosta. Tällöin nousee kysymys siitä, missä määrin hoitohenkilöstö osaa arvostaa homo- biseksuaalisten vanhusten identiteettiä, seksuaalisuutta ja sosiaalista verkostoa.

2.4.5. Osakulttuurit

Homo- ja biseksuaalisuuteen on liittynyt ja liittyy hyvin kirjava joukko erilaisia osakulttuureja, jotka voivat liittyä esimerkiksi sosiaalisiin rooleihin tai niillä leikkimiseen, tapaamisinstituutioihin ja makutottumuksiin. Teppo Heikkinen (1994) on tehnyt yhteenvetoa joistakin homomiesten osakulttuurien muodoista ja suhteuttanut niitä heteroseksistiseen yhteiskuntaan. *Siskomainen homo* oli näkyvin miesten homoseksuaalisen kulttuurin muoto aina 1960-luvulle saakka, ja esim. drag-showt ovat homobaarien standardiohjelmistoa edelleen. Prongerin mukaan niin sanottu "siskous" on homomiesten kärjistettyä naismaista käyttäytymistä. Usein kun homot haluavat kiinnittää huomiota homouteen, he käyttävät naismaisia eleitä, sihauttavat ässää, heiluttavat takamustaan tai ranteitaan. Aikaisemmin osassa homoyhteisöistä oli tapana antaa jäsenilleen naispuolisia pseudonyymejä. Naisellisesti käyttäytyvä mies koetaan yleensä paradoksiksi ja hänen käyttäytymisensä koetaan loukkaukseksi miehuuden merkitystä vastaan. Käyttäytymisellään naismaiset homot ironisoivat sukupuolijärjestelmän. *Camp* on erityistä ironista herkkyyttä tyyille ja muodoille. Susan Sontag on todennut, että kaikilla homoilla ei ole camp-makua, mutta homot yleensä ottaen muodostavat campin etujoukon. Tyylin arvostaminen on kiinteä osa campia. Sontagin mukaan homomiesten tyylillinen herkkyys nousee heidän syvästä gender(sosiaalinen sukupuoli)-tietoisuudestaan muotona ja salaamisena, muotojen tietoisesta omaksumisesta hengissä pysymisen ehtona. Se kyseenalaistaa "luonnollisen" käsitteen, sitä luonnehtii liioittelu ja ylellisyyys, se suistaa vakavan valtaistuimeltaan. Camp-herkkyys ilmaisee ylenkatsovan suhtautumisen sellaiseen tosissaan olemiseen, joka syntyy elämän ja konventioiden heikosta tuntemuksesta. *Maskuliininen homo* nousi julkisuuteen 1960- ja 1970-luvuilla. Maskuliinisuus näkyi pukeutumisessa: tukkijätkä-look, farkut, nahkarotsit ja -housut, saappaat. Tämä heteroseksuaalisen miehen mallia kärjistävä ja esineellistävä kulttuuri on tulkittavissa campin uudeksi muodoksi. Tähän osakulttuurin muotoon liittyi seksin kulutus, seksin tuli olla helposti saatavilla. Yhtä lailla kuin siskon naisellisuus niin tämä korostettu miehisyys on enemmän tyyliä kuin vakavaa sitoutumista miehisyysihanteisiin. Silvennoisen (1992) mukaan myös lesboilta löytyy maskuliinista lookkia korostava osakulttuuri, jolla irtisanoudutaan heteroseksuaalisista odotuksista. Lopuksi Heikkinen (1994) toteaa, että *Queer Nation*, konfrontoiva pervo, kyseenalaistaa aktiivisesti yhteiskunnan heteroseksistiset ihanteet ja instituutiot eikä halua tasavertaisuutta heteroseksismin ja rasismin ehdoilla, vaan pyrkii pääsemään niistä eroon. Pervo ei ole kiinnostunut selittämään olemassaolonsa

oikeutusta vaan toteaa: "Me olemme täällä, sopeutukaa siihen!"

Lähes näkymätön ja sanaton miesten välinen osakulttuuri on toteutunut vuosikymmeniä keskisuurten ja suurten kaupunkien tietyissä puistoissa ja yleisissä käymälöissä, joissa on solmittu ja toteutettu miesten välisiä nopeita seksikontakteja. Siihen osallistuneista osa identifioituu homo- tai biseksuaaleiksi, osa identifioituu heteroseksuaaleiksi (sitä kysyttäessä) ja kokee toteuttavansa vain seksuaalista tarvettaan ja joillekin miesten välinen anonyymi seksi tarjoaa jännitystä ja sosiaalista uhmaa (Plummer 1981b, Humphreys 1970). Viime vuosina puhelinseksi- ja treffilinjat ovat tuoneet uuden kanavan seksuaalisuuden "pikamarkkinoille".

Edellä mainittuun luetteloon on syytä lisätä joitakin suomalaisia variaatioita homojen ja lesbojen osakulttuureista. *Setalainen* on tyypillisesti 1970- ja 1980-luvuilla homo- tai biseksuaalisuutensa tiedostanut, jolla on halu vaikuttaa yhteiskuntaan ja/tai auttaa muita homo- ja biseksuaaleja erilaisissa tuki- ja koulutustehtävissä. *Sirkan tanssien kävijät* tai *Old Gold-tanssien kävijät* ovat kaikenikäisiä homoja, lesboja ja biseksuaaleja, joita yhdistää mieltymys vanhaan tanssimusiikkiin ja suomalaisiin perinteisiin. Tämä osakulttuurin muoto on erityisen suosittu nimenomaan suurimpien kaupunkien ulkopuolella. (Ravintoihin ja alkoholiin liittyviä osakulttuureja esittelen tarkemmin luvussa .) Lesbojen keskuudessa merkittävän osakulttuurin muodostavat *lesbofeministit*, jotka ovat korostaneet lesbojen asemaa naisina ja siihen liittyen tuoneet esille ongelmia suhteessa homomiehiin. Sekä homojen että lesbojen keskuudessa on myös erilaisia seksuaalisiin mieltymyksiin liittyviä osakulttuureja, joista näkyvimpiä lienevät *nahka- ja farkkufetisismi* ja *sadomasokismi*. Silvennoisen (1992) mukaan nuorimmat sukupolvet eivät ota näitä osakulttuureja yhtä vakavasti kuin aiemmat, vaan ne suosivat enemmän erilaisia variaatioita ja kokeiluja sukupuolen esittämisessä, mihin on paremmat mahdollisuudet suurkaupungeissa. Homoseksuaalisten osakulttuurien näkyvyys satelliittikanavilla (MTV) ja Internetissä on osaltaan lisännyt mahdollisuuksia saada osakulttuurien vaikutteita syrjäseuduillekin.

2.4.6. Järjestäytynyt toiminta

Järjestäytynyt vähemmistökulttuurin vahvistus näyttää olevan välttämätön mutta ei riittävä ehto myönteisen vähemmistöidentiteetin saavuttamiselle. Kaikissa tapauksissa ei edes yleinen yhteiskunnallinen arvostus pelasta vähemmistön jäseniä tiedostamattomilta häpeän tunteilta. (Liebkind 1988, 69.)

Suomessa homo- ja biseksuaalien järjestäytynyt toiminta alkoi 1960-luvun lopulla. Vuonna 1969 perustettiin Psyke ry ja vuonna 1974 Seksuaalinen tasavertaisuus - SETA ry, jonka toimintaan ovat liittyneet myös transseksuaalien ja transvestiittien kysymykset. Vastaavia järjestöjä on ajan mittaan perustettu eri puolille Suomea. 1980-luvun lopusta lähtien Seta on toiminut niiden keskusjärjestönä. Järjestöjen toiminta on ollut toisaalta kansalaisoikeustoimintaa pyrkien mm lainsäädännön muutoksiin, ja toisaalta ne ovat pyrkineet tarjoamaan sosiaalista tukea ja tapaamismahdollisuuksia. Alusta lähtien tiedotuksella on ollut merkittävä asema. Psyke julkaisi aikanaan 96-lehteä ja SETA on julkaissut SETA-lehteään vuodesta 1975, nytemmin lehden nimi on lyhentynyt muotoon Z. Lisäksi SETA on lähettänyt omia säännöllisiä radio-ohjelmiaan paikallisradioissa vuodesta 1985 lähtien.

SETA:n ja sen jäsenjärjestöjen toiminnassa sosiaalipalvelutoiminnalla on ollut 80-luvun alusta lähtien merkittävä asema. Siihen on kuulunut sosiaalisuhteiden toiminta, puhelinpäivystys, tukihenkilötoiminta, pienryhmät ja koulutustoiminta. SETA:n koulutuksen piirissä ovat olleet lukuisat peruskoulut, lukiot ja ammattikoulut sekä terveydenhuollon ja sosiaalialan oppilaitokset. Vuosina 1983–1986 SETA:n

toiminnassa keskeiseksi nousi aids-kriisin hoitaminen: tartunnan saaneiden tukitoimita, ennalta ehkäisevä tiedottaminen ja yhteiskunnan aids-politiikkaan vaikuttaminen. Vuonna 1986 aids-toiminta keskitettiin SETA:n perustamaan ja hallinnoimaan Aids-tukikeskukseen. 1990-luvun alussa transseksuaalisuus ja transvestisuus nousivat keskeisiksi kysymyksiksi ja niitä varten perustettiin erillinen Trans-tukipiste. Vuosina 1990–1991 SETA järjesti Juomisen itsehallinta -projektin päihdeongelmien kohtaamista varten ja vuosina 1992–1995 oli kolmivuotinen koulutusprojekti, joka kehitti järjestön ulospäin suuntautuvaa koulutustoimintaa.

2.4.7. Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvät sosiaaliset ja mielenterveydelliset ongelmat ja voimavarat

Tässä luvussa keskityn niihin ongelmiin ja voimavaroihin, jotka liittyvät erityisesti homo- ja biseksuaalien psykologiseen ja määrälliseen vähemmistöasemaan yhteiskunnassa ja sen heijastumiseen elämäntilanteissa, ihmissuhteissa ja minäkäsityksissä. Ongelmista osa näyttäytyy yksilön sisäisen ongelmanratkaisukyvyyn heikentymisenä, osa taas erilaisina jännitteinä ihmissuhteissa ja yhteisöissä. Erityiset voimavarat liittyvät vähemmistöaseman työstämisen myötä kasvaneeseen herkistymiseen, tiedostamiseen ja jäsenyyteen kahdessa eri kulttuurissa.

Vähemmistöongelmien sisäistyminen huonoksi itsetunnoksi ja psyykkisen ongelmanratkaisukyvyyn heikentymiseksi liittyvät keskeisesti niihin olosuhteisiin, joissa identiteettiä harkitaan ja rakennetaan; missä määrin yksilö saa tiedollista ja yhteisöllistä tukea myönteisen identiteettisällön tueksi. Liebkind (1988, 143–152) on todennut, että vähemmistöryhmän jäsenillä esiintyy vähemmistöryhmään kuulumisesta johtuvia itsetunto- ja itsekunnioitusongelmia vain siinä määrin ja niin kauan, kuin ulkopuolta tulevat vähemmistön kuvaukset ja niihin liittyvät kielteiset arvomielteet hallitsevat vähemmistöjäsenten näkemystä itsestään. Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien identiteettien työstäminen ajoittuu suurimmalla osalla puberteetin ja varhaisaikuisuuden välimaastoon, osalla se taas sijoittuu myöhempään aikuisuuteen, jolloin monet ovat tehneet erilaisia heteroseksuaalisiin elämäntapoihin liittyviä sitoumuksia (perhe ja ammatinvalinta). Eri sukupolvilla ja sosiaaliryhmillä on ollut hyvinkin erilaiset mahdollisuudet saada tukea identiteetin myönteisille määrittelyille. Samantyyppinen ero pätee edelleen maantieteellisesti, mitä tosin kehittynyt tiedonvälitys ja homoseksuaalisuuden lisääntynyt näkyvyys siinä ovat jonkin verran tasoittaneet. Riskiryhmiä identiteetin muodostamisen ongelmallisuuden ja kielteisten ainesten sisäistämisen suhteen näyttäisivät olevan a) nuoret, jotka joutuvat työstämään identiteettikysymystään hyvinkin nuorina saamatta tukea perheeltä tai kaveripiiriltä (Remafedi - Farrow - Desiher 1994; Malyon 1985, 60–61), b) vanhemmat sukupolvet (Latokangas 1992), c) alemmat sosiaaliryhmät, joissa oman alistetun aseman vuoksi on tiukemmat asenteet suhteessa erilaisuuteen (vert. Hogg - Abrams 1988, 74–75), ja d) homoseksuaalisuuteen erityisen marginalisoivasti suhtautuvien uskontokuntien ja etnisten ryhmien jäsenet.

Kielteisten asenteiden ja niihin liittyvän häpeän sisäistäminen² näkyvät heikkona itsearvostuksena, masennuksena, ahdistuneisuutena, pelkotiloina, vaikeasti paikantuvina viha-reaktiona (esimerkiksi ystävällisesti käyttäytyviä kohtaan), vaikeutena luottaa muihin, eristymisenä ja itsemurhayrityksinä.

² Sisäistettyä homokielteisyyttä on operationalisoitu. Yksi testatuista mittareista on Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory (NHAI), joka sisältää kolme osiota: 1) asenteet omaa homoseksuaalisuutta kohtaan, 2) asenteet yleensä homoseksuaalisuutta ja muita homoseksuaalisia henkilöitä kohtaan, 3) reaktiot ajatukseen, että muut tietävät ko. henkilön homoseksuaalisuudesta. (Shildo 1994, 186–188.)

Kielteisten asenteiden kokonaisvaltainen sisäistäminen näkyy myös siinä, että homo- tai biseksuaalinen henkilö ei pysty arvostamaan muita homo- tai biseksuaaleiksi tunnistamiaan (myöskään hoitohenkilökunnassa) tai luomaan kontaktia mahdollisesti arvostamiinsa homoihin tai lesboihin (Neisen 1993; Finnegan 1987, 38–43). Omien homoseksuaalisten tunteiden kieltäminen tietoisuudesta, samastuminen esimerkiksi ahdasmieliseen uskonnolliseen ryhmään tai raggareihin tai elämän jakaminen hyvin tarkasti toisistaan erotettuihin sektoreihin ovat esimerkkejä selviytymisstrategioista silloin, kun homoseksuaalisiin tuntemuksiin, identiteettiin tai elämäntapoihin liittyy vahvasti ja pysyvästi kielteisiä stereotypioita (Finnegan 1987, 47–53; Glaus 1989). Kielteisten asenteiden sisäistäminen vaikuttaa myös kognitiivisiin rakenteisiin ja aiheuttaa sisäisen integraation heikentymistä, mikä näkyy mm. tunne-elämän ailahtelevuutena ja seksuaalisuuden ajoittaisena täydellisenä torjumisena sekä ajoittaisena melko hallitsemattomana käyttäytymisenä (Malyon 1985). Psykkiseen sopeutumiseen ja itsetuntoon liittyvät ongelmat näyttäisivät kasautuvat nimenomaan siihen osaan homo- ja biseksuaaleista, joiden ainoat kontaktit muihin homo- ja biseksuaaleihin ovat seksikontakteja tai joilla ei ole mitään kontakteja muihin homo- ja biseksuaaleihin (Bell - Weinberg 1978, 195–217).

Yksi äärimmäinen tapa ratkaista identiteettiin liittyvä häpeä ja eristyisyys on itsemurhayritys (Neisen 1993). San Diegossa tehty tutkimus toteutetuista itsemurhista päättyi tulokseen, jonka mukaan 21–42-vuotiaitten hetero- ja homomiesten itsemurhaa edeltänyt elämäntilanne ei olennaisesti poikennut toisistaan, vaan kummallekin ryhmälle oli yhteistä runsas päihteiden käyttö, psykiatriset diagnoosit ja läheisen ihmissuhteen päättymisen hiljakkoin (Rich - Fowler - Young - Blenkush 1994). Kansallisessa itsemurhatutkimuksessa Yhdysvalloissa puolestaan päädyttiin tulokseen, jonka mukaan homoseksuaalien itsemurhayrityksistä suurin osa sijoittuu nuoruuteen ja että nuorilla homoilla ja lesboilla olisi 2–3-kertainen itsemurhariski verrattuna nuoriin keskimäärin. Nuorten homojen ja lesbojen itsemurhat muodostavat merkittävän osan nuorten itsemurhista ja itsemurha arveltiin johtavaksi kuolinsyyksi nuorten homojen ja lesbojen keskuudessa. Haastattelututkimuksen tulosten perusteella nuorten homojen itsemurhayrityksen todennäköisyys on keskimääräistä suurempi niillä, jotka 1) alkoivat pohtia homoseksuaalista identiteettiä hyvin nuorina, 2) kokivat biologiseen sukupuoleen liitetyt sukupuoliroolit itselleen vieraaksi, 3) kokivat perheensä hyvin ongelmallisiksi ja/tai 4) käyttivät huumeita (Remafedi - Farrow - Desiher 1994). Oman käsitykseni mukaan myös Suomessa nimenomaan nuorten tekemien itsemurhien taustalla on usein seksuaaliseen erilaisuuteen liittyvät ajatukset. Tämä ei ole tullut esille suomalaisessa itsemurhatutkimuksessa, mutta saamieni yksittäisten tapauselostusten ja työkokemukseni perusteella epäilen, että itsemurhaa harkitsevat homoseksuaalit salaavat läheisiltään identiteettipohdintansa ja juuri sen vuoksi ovat suuressa itsemurhavaarassa. Joillekin homoseksuaalisen identiteetin esille ottaminen tuntuu vaikeasti hallittavissa olevalta hyppäykseltä toiseen todellisuuteen, minkä rinnalla itsemurhakin voi tuntua helpommin hallittavalta.

Ulkoinen väkivalta ja sen uhka ovat olleet merkittävä homojen, lesbojen ja biseksuaalien turvallisuuden vaikuttava tekijä. Sen kohteina ovat olleet ja ovat edelleenkin erityisesti nuoret omassa koulu- ja vapaa-ajan ympäristöissään³ ja ne miehet, jotka ovat hakeneet kontakteja puistoista ja muista julkisista paikoista. Homoihin ja lesboihin kohdistuneesta väkivallasta alettiin puhua julkisemmin vasta 1970-luvulla. Siihen saakka homomiehet kokivat olevansa "vapaata riistaa" eivätkä he homoseksuaali-

³ Esimerkki koulumaailmasta: joukko koulupoikia riisuu homoseksuaaliksi olettamansa luokkatoverin alastomaksi, tunkee Coca-Cola -pullon hänen peräaukkoonsa, sulkee pojan peltiseen pukukaappiin ja potkii sitten kaappia pitkin koulun pihaa. Myöhemmin uhriksi joutunut poika tappoi itsensä. (Juvonen, 1994)

lisuuden kriminalisoinnin vuoksi uskaltaneet hakea yhteiskunnalta suojaa. Vielä 1980-luvun jälkipuoliskolla Suomessa tapahtui vuosittain useampia homomiehiin kohdistuvia erittäin julmia pahoinpitelyjä, tappoja tai murhia, joista suuri osa jäi selittämättä (kokemukseni SETA:n sosiaalisuhteidenä vv 1986–1989). Homoihin kohdistuneesta väkivallasta vaikeneminen on todennäköisesti johtanut siihen, että väkivallan uhrin eivät ole saaneet mahdollisuutta työstää kokemiaan ihmisarvon loukkauksia, jotka sitten enemmän tai vähemmän "kapseloituneina" vaikuttavat heidän elämäänsä (Shannon - Woods 1991). Yleisimpiä homojen ja lesbojen kohtaamista väkivallan muodoista ovat homoseksuaalisuuteen liittyvät verbaaliset loukkaukset ja uhkailut, joita he kuulevat joko itseensä tai toisiin kohdistettuina. Uhkausten kautta välittyy viesti ulkopuolisuudesta ja oman ihmisarvon kyseenalaisuudesta. Usein näiden uhkausten merkitystä omassa elämässä vähätellään, mutta siitä huolimatta ne voivat aiheuttaa alitajuisia pelkoja, joka ilmenee selittämättöminä pelkotiloina ja itseinhona (Garnets - Herek - Levy 1992).

Miehiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta on sekin tullut yleisempään tietoisuuteen vasta viime vuosina. Tässä suhteessa homomiehet ovat tavallista suuremmassa riskissä. Osa raiskaustilanteista liittyy ravintolailtaa seuranneisiin tapahtumiin, joissa tilanteen hallinta heikon itsetunnon tai päihtymyksen vuoksi menetetään. Osa taas on selvästi luonteeltaan homoseksuaalisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa, jossa tekijänä on esimerkiksi nuorisoryhmä, joka perustelee tekoa uhrin poikkeavuudella. Kolmas tyypillinen tilanne on se, että nuori joutuu aikuisen miehen seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Nämä ovat useimmiten äärimmäisen traumatisoivia tilanteita, joissa uhrin itsearvostus, perusturvallisuus, suhde omaan seksuaalisuuteen, läheisyyden kokemiseen ja seksuaaliseen suuntautumiseen voivat muuttua hyvin ongelmallisiksi. Monet raiskauksen uhreista vaikenivat raiskauksesta täysin, koska tapahtumiin liittyy poikkeuksellisen vahvat häpeäntunteet, ja lisäksi monet pelkäävät kertomisen aiheuttavan epäasiallista suhtautumista. (Garnets - Herek - Levy 1992.)

Monille homoilta ja lesboilta parisuhteen muodostaminen ja ylläpito ovat keskeisin keino saavuttaa itsearvostusta syrjivässä yhteiskunnassa. Parisuhde antaa monille ensimmäisen mahdollisuuden, tai toiveen mahdollisuudesta, tulla rakastetuksi ja hyväksytyksi omana itsenään. Parisuhteen merkitys korostuu nimenomaan syrjäseuduilla, missä ei ole mahdollisuutta löytää homoseksuaalista ystäväpiiriä tai osakulttuuria (Coleman 1985). Ero parisuhteesta voi näissä olosuhteissa johtaa poikkeuksellisen rasittaviin prosesseihin, pahimmillaan itsemurhavaaraan. Parisuhteissa ongelmaksi voivat muodostua elämänhistoriaan sisältyneisyys ja heikko itsetunto, jotka näkyvät joko takertumisena toiseen tai vaikeutena päästää toista lähelle, kumppaneiden erilainen suhtautuminen avoimuuteen ja parisuhteen jatkaminen vain yksinjäämisen pelosta (Colgan 1988).

Monilla suhteet vanhempiin ovat jossakin vaiheessa kriisiytyneet. Tieto lapsen homoseksuaalisuudesta aiheuttaa vanhemmille sopeutumiskriisin, jossa mitataan, missä määrin heidän itsetuntonsa rakentuu sovinnainten normien noudattamiseen. Moni homo, lesbo ja biseksuaali onnistuu kuitenkin ajan myötä totuttamaan vanhempansa uuteen tilanteeseen olemalla tässä tilanteessa vanhempiaan "aikuisempi". Hankalinta on niillä nuorilla, joilla ei ole vielä ystäväpiiriä tai kumppanin tukea perhetilanteen kriisiytyessä. Osa homo- ja biseksuaaleista salaa suuntautumisensa vanhemmiltaan, mikä edellyttää erityisiä strategioita asumisessa, sukulaissuhteiden hoitamisessa ja sosiaalisen verkoston sektoroinnissa.

Voimavarat

Jos yksilö samastuu empaattisesti kahteen toisiinsa ristiriidassa olevaan ryhmään, hän kokee silloin kummassakin sekä myönteiseksi että kielteiseksi arvostamiaan piirteitä, ja tämä vähentää todennäköisyyttä arvioida itseään ja maailmaa yksinkertaistetusti "mustavalkoisena" (Liebkind, 1984, 80–82). Lisäksi eri kulttuureihin osallistuminen tekee ihmisen itselleen näkyvämmäksi. Rosalton (Culture & Truth, 1989) mukaan kulttuurisilla rajamailla eroavuudet tekevät havainnoijan näkyväksi itselleen. Ellei olla tekemissä erilaisten kulttuurien tai alakulttuurien kanssa, ei saada "peilauspistettä", josta voisi reflektoida omaa tapaansa käsittää (sit. Arnkil - Eriksson 1995, 152). Modernissa yhteiskunnassa traditiot menettävä moraalista sitovuuttaan ja tilalle tulee itserefleksioon perustuva toiminta (Giddens 1991, 148–149).

Homo- ja biseksuaalit syntyvät heteroseksuaalisuutta korostavaan kulttuuriin ja oppivat sen eri vivahteita. Sen ohessa he jossakin vaiheessa alkavat samastua yhteiskunnassa torjuttuun homoseksuaaliseen identiteettiin (omaan versioonsa siitä) ja siihen liittyviin osakulttuurin muotoihin. Samanainen jäsenyys kahdessa toisiaan poissulkevassa kulttuurissa pakottaa heidät tiedostamaan erilaisten näkökulmien olemassaolon. Erilaisten vuorovaikutustilanteiden turvallisuuden arviointi on heille tavallista tärkeämpää ja arviointikykyään kehittäessään he todennäköisesti oppivat herkistymään toisten piiloviesteille. Pyrkiessään säilyttämään eri tilanteet ei-uhkaavina he voivat oppia "manipuloidaan" muiden saamaa vaikutelmaa itsestään. Löydettyään myönteisiä piirteitä homo- tai lesboidentiteeteistä omilla ehdoillaan, he pystyvät näkemään kulttuurien suhteellisuuksia ja luopumaan itsestäänselvyyksistä. Onnistunut identiteettityö voi merkitä heille myös riippumattomuutta auktoriteeteista ja kasvanutta luottamusta omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan elämäänsä. Tämä näkyy vaikkapa monipuolisena ystävyyssuhdeverkostona, joka samalla toimii sukulaisverkoston korvaajana tai täydentäjänä (Nardi 1992).

Anthony Giddens on käsitellyt ihmisten välisen intiimisyyden historiallista muutosta 1900-luvulla teoksessa *The Transformation of Intimacy* (1992). Giddensin mukaan länsimaisilla yhteiskunnilla on salattu emotionaalinen historia, jota ei ole vielä avattu kokonaan julkiseksi. Se on historiaa miesten seksuaalisista pyrkimyksistä, jotka on pidetty erillään heidän julkisesta minästään. Se on samalla historiaa naisten alistamisesta. Tämän historian rinnalla on kehittynyt jotakin, jota Giddens kutsuu plastiseksi seksuaalisuudeksi, joka on vapautunut lisääntymistarpeen tyydyttämisestä. Sille on luonut perustaa pyrkimys perhekoon pienentämiseen, mutta se on saanut uusia muotoja uusien ehkäisy- ja hedelmöitysmenetelmien myötä. Plastinen seksuaalisuus voi muovautua persoonallisuuden piirteeksi, jolloin se sitoutuu osaksi yksilön minuutta (*selfiä*), ja samalla se periaatteessa vapauttaa seksuaalisuuden falloksen palveluksesta. Giddens arvelee, että homot ja lesbot ovat olleet heteroseksuaaleja edellä uudenlaisten, tähän aikaan liittyvien suhteiden kehittämisessä, koska he ovat joutuneet selviytymään ilman avioliiton perinteisiä kehyksiä ja heidän suhteissaan on yleensä ollut melko hyvä tasavertaisuus kumppaneiden välillä. Näissä suhteissa seksuaalisuus on ikään kuin avattu ja tehty mahdolliseksi liittää hyvinkin erilaisiin elämäntapoihin. Se on jotakin, jota itse kukin "omistaa" tai jota itse kukin "harrastaa". Se ei ole enää "puhdas osa luontoa", jonka ihminen hyväksyy ennalta määrättyinä. Seksuaalisuus toimii taipuisana minuuden piirteenä ja keskeisellä tavalla yhdistää ruumiin, minä-identiteetin ja sosiaaliset normit. (mt. 13–16.)

3. PÄIHDEONGELMAT JA PÄIHDEHUOLTO

3.1. Juominen ja päihdeongelmat

Tässä luvussa pyrin viittauksenomaisesti sijoittamaan homo- ja biseksuaalien alkoholin käyttöä ja päihdeongelmia osaksi monikerroksista ja jännitteistä kudosta, jonka loimina ovat juomiseen liittyvät kulttuuriperimät, eri sukupolvet ja niiden väliset erot, miehenä ja naisena oleminen eri aikoina, sosiaaliset luokat, seksuaalisuus, määrällinen ja psykologinen vähemmistöasema sekä alkoholi- ja sosiaalipolitiikka. Lopuksi esittelen pääpiirteittäin järjestelmän, jolla Suomessa pyritään reagoimaan päihdeongelmiin.

3.1.1. Juomisen sukupolvet ja -puolet

Alkoholilla on ollut hyvin merkittäviä rooleja kansallisessa perinteessämme. Yleistäen voi todeta, että tämän vuosisadan aikana on tapahtunut siirtymistä erilaisiin juhliin ja sallittuun juopumiseen vahvasti liittyneestä juomiskulttuurista alkoholin käyttöön, jossa juodaan arkipäiväisesti ja jossa yhä harvemmin hyväksytään juopumista (Virtanen 1982, 25).

Tämän murroksen vuosirenkaina voi pitää Roosin (1985) hahmottamia sukupolvia, joita yhdistävät mm. kansakunnan historian vaiheet: 1) 1900–1918 syntyneet, joiden elämä on sisältänyt runsaasti sotaa, kuolemaa ja pulaa, runsaasti turvattomuuden kokemuksia, 2) 1920- ja 1930-luvuilla syntyneet, joiden aktiivisin ikänsä kului sodan aikana tai välittömästi sen jälkeen ja joilla on paljon yhteistä edellisen sukupolven kanssa, rakentajien sukupolvi josta viimeisimmät ovat nyt siirtymässä eläkkeelle, 3) sodan kestäessä ja sen jälkeen syntynyt suuren murroksen sukupolvi, jonka lapsuuden aikana hyvinvoinnin ensi merkit olivat jo näkyvissä, kaupungistumisen sukupolvi, 4) 1960- ja 1970-lukujen lähiösukupolvi.

Suhtautumisessa alkoholin käyttöön suuri murros osuu toisen ja kolmannen sukupolven väliin. Ennen sotaa syntyneistä 42 % on pysytellyt täysin raittiina, kun taas sodan jälkeen syntyneistä raittiita on enää hieman yli 10 %. Jälkimmäistä onkin kuvattu kosteaksi tai märäksi sukupolveksi, jonka elinaikana alkoholipolitiikka on vähitellen liberalisoitunut ja juominen arkipäiväistynyt. Märkä sukupolvi on joutunut opettelemaan uuden juomistavan, mikä ei ole sujunut ongelmitta. Monilla juomisessa yhdistyykin vanha humalahakuinen juhlimisjuominen ja arkinen päivittäinen alkoholin käyttö. Samalla kun juominen on arkipäiväistynyt, raittiudesta on tullut sosiaalista poikkeavuutta, jota joutuu puolustamaan ja perustelemaan. Koste sukupolvi oli samalla kaupunkilaistumisen sukupolvi. Alkoholin käyttö onkin yleisempää ja arkisempaa kaupunkilaisessa elämäntavassa. Maaseudulta löytyy eniten täysin raittiita, ja siellä juominen on enemmän juhlimiseen ja miehiseen uhmaan liittyvää. Sodanjälkeiselle kaupunkeihin muuttaneelle ja sukusiteistään irronneelle sukupolvelle ihmissuhteet ovat muodostuneet uudella tavalla tärkeiksi ja ongelmallisiksi. Alkoholi on muuttunut heillä uhan kasvattajasta ihmissuhteiden voiteluaineeksi. (Virtanen 1982, 29–32.)

Juominen on ollut myös osa sukupuoleensa jäsentymistä. Miesten juomaringeillä on pitkät perinteet. Virtasen (mt. 36–40) mukaan miesten välistä solidaarisuutta ylläpidetään juomiseen liittyvillä riiteillä. Juomisryhmä vapautuu arkitodellisuudesta, ja ringissä puhutaan kaveruudesta. Keskustelu on kömpelöä ja ritualistista. Keskinäinen avautuminen jää näennäiseksi. Ryhmässä ei vallitse muuta solidaarisuutta kuin juomiskumppanuus, ja humala huipentuu lopulta kosmiseen yksinäisyyteen.

Tähän on tullut viime vuosikymmeninä säröjä; nainen on tullut mukaan juomistilanteisiin. Toisaalta juuri naisten aluevaltauksia paetaan miesporukoihin vielä tänäkin päivänä.

Alasuutari (1990, 92–93) on tutkinut pääasiassa työväenluokkaan kuuluvien miesten itseä ja omaa elämää kuvaavia kertomuksia. Niihin sisältyi jako itsekuriin ja haluun, ja tämä jännite ilmaistiin usein juomiskuvauksissa. Työväenkulttuurissa mies on saavuttanut henkilökohtaisen vapaudentunteen ulkoistamalla osan itsesäätelystään vaimolleen, josta tulee siten sosiaalisten rajoitusten edustaja. Juominen koetaan vapaudenhalun ilmaukseksi, ja sen tiimoilla miehen vapauden rajoista sitten neuvotellaan. Kun juomisesta tulee keskinäisen kontrollin kohde, perhe-elämään tulee kuivien ja märkien kausien vaihtelu. Miehen logiikassa vallitsevaksi tulee juomiseen liittyvä vapauden logiikka.

Naisten juomiskulttuurien muutos on vielä radikaalimpi kuin miesten. Naisten alkoholin käyttö on ollut tarkemmin säädeltyä ja heidän itsenäiset mahdollisuutensa ravintolapalveluiden käyttöön olivat pitkään rajoitettuja. Yksinäisellä naisella tai naisseurueella ei ollut "kunniallista asiaa" ravintolaan ennen 1960-lukua. Naiset ovat juoneet perinteisesti seurustelukumppaninsa tai puolisonsa seurassa tai yksin kotona, mutta viime vuosikymmeninä naisten keskinäinen ulos lähteminen on yleistynyt. Näin on syntynyt naisten omia juomarinkejä, joissa keskustelulla ja syömisellä on merkittävä rooli. Keskustelu on niissä sisällyksenpää kuin miehillä, ja naiset nauttivat porukalla verbaalisesta ylivoimastaan. (Hyttinen 1990, 36–38, Virtanen 1982, 40–42.)

Sosiaaliluokista enemmän koulutusta saaneet keskiluokan naiset käyttävät naisista eniten alkoholia ja heille alkoholi on enemmänkin seurustelujuoma kuin päihtymyksen väline. Työläisnaisten juomistavat taas muistuttavat, silloin harvoin kun he keskimäärin juovat, enemmän työväenluokan miesten viikonloppuun painottuvaa juomistapaa. (Hyttinen 1990, 36–38.)

Naisten alkoholin kulutus on edelleenkin vain noin viidennes kokonaiskulutuksesta. Heidän alkoholin käyttöönsä selvästi rajaava tekijä on lapsen saaminen. Äitiys on hyvin vahvasti sosiaalisesti säädeltyä, eikä juominen sovi siihen. Naista arvioidaan enemmän perheenäitinä kuin yksilöllisesti kokevana ihmisenä. Häneltä odotetaan paitsi oman myös miehen juomisen kontrollointia. Juovia naisia paheksutaan enemmän kuin juovia miehiä. He saavat helposti seksuaalisesti "kevytkenkäisen" leiman. Juovan naisen elämässä kärjistyvät naisen ruumiillisuuteen liittyvät ristiriidat ja kontrollipyrkimykset. Juomisen määrä sinällään ei kuvaa yksilöllisiä kokemuksia, usein kärsimyksiä, joita alkoholinkäytöstä naisille aiheutuu. Tyypillisiä ovat häpeän- ja syyllisyydentunteet omasta juomisesta, ja nämä tunteet kannetaan yksityisinä taakkoina. (Hyttinen 1990, 51–52; Auvinen 1995, 14; Alasuutari 1990, 93)

Mikä suhde alkoholin käytöllä on seksuaaliseen käyttäytymiseen? Kontulan (1994) mukaan alkoholia keskimääräistä enemmän käyttävät ihmiset ovat muita useammin naimattomia, vähemmän uskonnollisia. Heillä on ollut useampia avoliittoja, he viettävät iltaisin vähemmän aikaa kotonaan ja käyvät useammin ravintoloissa. Alkoholia keskimääräistä enemmän käyttävillä on myös muita säännöllisemmin yhdyntöjä, enemmän itsetyydytystä ja enemmän sukupuolikumppaneita. Opiskelijoiden keskuudessa tehtyjen tutkimusten mukaan naiset liittyivät alkoholin käyttöön seksuaalisen vapautumisen miehiä selvemmin (Haavio-Mannila et al. 1990). Tutkijat arvelivat, että nuoret naiset käyttivät alkoholia vapautuakseen ahtaasta naisen seksuaalisuuteen liitetystä kulttuurisesta käsikirjoituksesta. Miehillä runsaampi alkoholin käyttö näytti liittyvän epävarmuuden tunteisiin siinä, kykenevätkö he toteuttamaan miehen ihmissuhteisiin ja seksiin liittyvää suorituskeskeistä käsikirjoitusta.

Lang - Searles - Lauerman - Adesso päätyivät kokeellisessa tutkimuksessaan siihen, että miehillä käyttäytyminen oletetussa humalatilassa (ts. uskottuaan, että on nauttinut alkoholia riippumatta siitä, oliko niin todellisuudessa) erosi selvin päin käyttäytymisestä pääasiassa vain sellaisissa tilanteissa, joissa samanlainen käyttäytyminen selvin päin aiheuttaisi syyllisyydentunteita. Miehet, joilla oli seksiin liittyviä syyllisyydentunteita, katselivat pornografiseksi luokiteltavia kuvia kauemmin oletettuaan, että ovat nauttineet alkoholia, kuin selvin päin. Steele ja Josephs ajattelevat alkoholin heikentävän sekä ulkoisten että sisäisten ärsykkeiden käsittelyä siten, että humalassa on vaikeampi havaita perifeerisiä ärsykeitä; esimerkiksi käyttäytymisen kielteisiä seurauksia, jotka selvin päin riittäisivät estämään teot. Tätä Steele ja Josephs kutsuvat alkoholin aiheuttamaksi "likinäköisyydeksi". Humalaisen henkilön käyttäytyminen on täten sekä impulsiivista että äärimmäisyyksiin menevää ja usein epäsovinnaista. Liioteltuja käyttäytymismuotoja esiintyi erityisesti tilanteissa, joissa selvänä oltaisiin estyneitä. Naisten ja miesten välisiä humalaan liittyviä kokemuseroja seksuaalisen aktivaation suhteen voisivat tämän mallin puitteissa selittää heidän erilaiset opitut estonsa. (Hannuksela - Lindman 1994)

Virtanen (1982, 60–64) on luokitellut alkoholin suurkulutuksen, juoppouden, neljään päälajiin sen mukaan, mitä tarpeita juominen kullekin ensisijaisesti tyydyttää. Hän on valinnut luokittelun pohjaksi kaksi juomiseen liittyvää sosiaalista ulottuvuutta: julkisivun asema ihmisen elämässä ja uhman tarve. Julkisivulla hän viittaa kaupunkikulttuurissa muodostuneeseen jakoon yksityiseen ja julkiseen minään. Kun kaupunkilaiskulttuuri on vielä nuorta, siihen osallistuvilla voi olla erityisiä vaikeuksia minuuden eri tasojen välillä liikkumisessa, jolloin jäädään loukkoon oman julkisivun (julkisen minän) taakse. Tällöin alkoholia voidaan käyttää joko julkisivun pönkittämiseen tai, kun sitä ei haluta tai siihen ei kyetä, siitä pakenemiseen vaikkapa kapakan turvasatamaan. Uhma taas liittyy kokemukseen siitä, että arkielämässä ei ole riittävästi vapautta, voimaa ja yhteisyyttä. Suomalainen on hakenut perinteisesti pullosta voimaa, joka on kääntynyt uhmaksi valtaa ja sen aiheuttamia vaikeuksia vastaan. *Perinteisellä juopolla* korostuu sekä uhma että julkisivun murtaminen. *Luovalla juopolla* on myös tarve rikkoo julkisivua, mutta hänellä on riittävästi liikkumatilaa, eikä uhmaan ei ole suurta tarvetta. *Menevällä juopolla* juomiseen liittyy uhmaa, samalla kun hän haluaa säilyttää julkisivunsa. *Salajuopon* juomisessa ei ole uhmaa, ja juominen palvelee julkisivun pönkittämistä.

3.1.2. Homot, lesbot ja juominen

Tutkimuksen olisikin lähdeittävä siitä, miten yhteiskunta määrittää ja säätelee homoseksuaalien, alkoholistien ja muiden vähemmistöjen vuorovaikutusta ja rooleja. Tutkimalla sitä, miten nämä ihmiset määrittävät tilanteensa ja pyrkivät ilmaisemaan tunteitaan tässä sosiaalisessa kontekstissa johtaa laajempaan ymmärrykseen homoseksuaalisuuden ja alkoholismien yhteyksistä. (Nardi 1985, 21.)

Homojen ja lesbojen tapaamispaikkoina ravintoloilla on ollut erittäin merkittävä asema. Sen ohella merkittäviä tapaamisinstituutioita ovat olleet erilaiset kotijuhlat ja miehillä ulkotapaamispaikat puistoissa. Keskisuurissa ja suurissa kaupungeissa on ollut 1940-luvulla lähtien, ainakin Helsingissä jo sitä ennenkin, tiettyjä ravintoloita, joissa homoseksuaaliset miehet ja naiset ovat tavanneet toisiaan. Helsingissä käytettiin tähän tarkoitukseen 1940-luvulla Alcazaria, jonka asiakkaita parhaimmillaan 90 % oli homomiehiä, "Hehtaari" Hokkia ja myöhemmin Hansaa (Turunen 1988). 1960-luvulta lähtien Vanhan Kellari oli laajalti tunnettu homojen ja lesbojen tapaamispaikka⁴. Erityisesti homo- ja

⁴ 90-luvun alussa HOK muutti Vanhan Kellarin profiilia, ja portieerit käännöttivät tutut homoasiakkaat takaisin raittiiseen ilmaan.

biseksuaaleille suunnattuja ravintola- ja diskoiltoja alettiin järjestää 70-luvulla. Näitä "yksityistilaisuuksia" organisoivat järjestöt tai yksityishenkilöt. Keskisuurissa kaupungeissa tällaiset keskimäärin kerran kuukaudessa järjestettävät tanssi-illat, joissa ei aina ole järjestettyä alkoholitarjoilua, ovat edelleen merkittäviä tapaamisinstituutiota, joihin joka tapauksessa liittyy myös alkoholin runsastakin käyttöä. Vuonna 1984 perustettiin Helsinkiin ensimmäisen joka ilta avoinna oleva homo- ja lesboravintola GayGambrini, joka on nyttemmin korvattu disko Don't Tell Mama:lla. Myöhemmin 1980-luvulla myös Tampere ja Turku saivat omat homoravintolansa. 1990-luvulla avoimesti seksuaali- ja sukupuoli- vähemmistöille suunnattujen ravintoloiden määrä kasvoi Helsingissä jo kuuteen.

Setan järjestämän juomisen itsehallintaprojektin seminaaritilaisuudessa v. 1992 kartoitettiin ryhmätyönä homojen ja lesbojen juomisen osakulttuureja. Kartoituksessa löydettiin sekä sukupolvien että sosiaaliryhmien välisiä eroja samoin kuin juomisen mukanaan tuomia jakoja. Ohessa yhteenvetoani ryhmätyön (johon itse myös osallistuin) tuloksista, jossa tarkasteltavien ryhmien välisiä eroja on kärjistetty erottelujen aikaansaamiseksi.

Miesten osalta löytyi jako ravintoloissa kävijät vs diskoissa kävijät. *Ravintolahomot* käyttivät homojen suosimia ns normaaleja ravintoloita, joihin saattoi mennä jo iltapäivällä. Monille meneminen avoimeen homodiskoon tai -ravintolaan oli mahdotonta homoseksuaalisuuden ilmitulon pelosta johtuen. Ravintolahomoihin liitettiin eniten juomiseen liittyviä ongelmia: monille ravintola on muodostunut ainoaksi olohuoneeksi, jossa he saattavat suhteellisen vapaasti elää homoina tai miehistä kiinnostuneina miehinä, ja sen myötä monille alkoholin käyttö on muodostunut päivittäiseksi ja sen jäljet ovat jo näkyvissä. Osa avoimista homoista vieroksuu näitä ravintoloita juuri alkoholisoituneiden asiakkaiden vuoksi, heihin ei haluta samastua. Ravintolahomoista monet eivät olleet "iskemässä" seuraa yöksi, vaan viettämässä aikaansa tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Toisaalta, ravintolailtakin päättyy ns "isoon jakoon": sulkemisaikaan ravintolan ulkopuolella tarkistetaan yöseuran saatavuus. Arvelujen mukaan ravintolahomojen keskuudessa olisi vanhempien ikäryhmien ja työväenluokan edustajia enemmän kuin esim *diskohomoissa*.

Diskohomot käyvät avoimesti homoille suunnatuissa baareissa diskoissa tai tanssi-illoissa. He ovat tyypillisesti nuoria ja keskiluokkaan kuuluvia suuntautumisessaan ainakin osittain avoimia homoja ja biseksuaaleja. Tässä ympäristössä arvostetaan nuoruutta ja hyvinvointisuutta, iäkäämmät voidaan kokea esteettisiksi haitoiksi. Diskossa homojen alkoholin käyttö on selvästi kontrolloidumpaa kuin ravintolassa. Diskoon mennään tanssimaan ja usein hakemaan lyhyempi- tai pidempiaikaista seuraa ja siinä onnistuminen edellyttää hyvää mieskuntoa. Jos ravintolaa kuvaisi olohuoneeksi niin disko on ehkä enemmän taas odotushuone tai ampumarata, jossa on syytä pysyä valppaana. 1990-luvulla syntyneistä homobaareista osa näyttäisi palvelevan leppoisamman olohuoneen funktiota ja osa taas jäykemmän näyttäytymispaikan ja ampumaradan tehtävää. Huomionarvoista on se, että vain yhdessä Helsingin kuudesta homoravintolasta/diskosta on mahdollisuus kunnolliseen ruokailuun. Alkoholilla näyttäisi olevan keskeinen asema seurustelun liukastajana, ainakin ravintoloitsijoiden toimeentulon kannalta.

Lesbojen ravintolakulttuuriin ovat kuuluneet tietyt ravintolat, joissa tavataan, he ovat käyttäneet homoille ja lesboille suunnattuja disko- ja tanssi-illoja ja avoimia homo/lesboravintoloita. Helsingissä Cella Fleming on Setan seminaariin osallistuneiden mielestä saanut mainetta *kulttuurilesbojen* kantapaikkana. Vanhan Kellari toimi myös tavallisten lesbojen illanvietto- ja tapaamispaikkana vielä 80-luvulla. GayGambrini järjesti vuosina 1984–1990 kerran kaksi kuukaudessa *naisten iltoja*, jotka saivat erittäin suuren suosion. Niihin tultiin satojen kilometrien päästä. Näihin iltoihin ryhmätyössä liitettiin mielikuva runsaasta alkoholin käytöstä: railakas ja reipas ote. Illoissa oli karnevaalien piirrettä samalla tavoin kuin ensimmäisissä homoille ja lesboille suunnatuissa tanssi-illoissa ja keskisuurten kaupunkien kerran kuukaudessa järjestettävissä illoissa. Tultiin vapautumaan olan takaa. GayGambrinissa kokoontui usean vuoden ajan myös "varhaisvanhoille" lesboille suunnattu ryhmä, jossa ajoittain myös alkoholin käytöllä oli oma roolinsa – ajoittain sen käyttöön suhtauduttiin selvästi kontrolloiden.

Seminaarilaisten mielikuvissa myös lesbot jakaantuivat karkeasti kahteen eri ryhmään juomistapojensa perusteella. Toisella ryhmän juomista kuvattiin estottomaksi, rymisteleväksi, perinteistä miehistä juomistyyliä muistuttavaksi, siinä kirkkailla juomilla on usein merkittävä rooli, eivätkä alkoholiongelmakkaan ole aivan vieraita. Tämä juomistyyli liitettiin usein työväenluokan lesboihin ja pitkän matkan takaa tuleviin. Toisen ryhmän juomista kuvattiin sallivaksi ja samalla kontrolloiduksi. Alkoholilla voidaan käyttää usein, mutta juopumista ei pidetä tavoiteltavana; toisaalta juopuneista ystävistä pidetään huolta. Elämäntapaan sisältyy avoimuus ja tietoinen suhtautumi-

nen lesbokulttuureihin. Tämä juomistapa liitettiin enemmän keskiluokan kaupunkilaislesboihin.

Erityisesti lesbojen, jossakin määrin myös homojen, keskuudesta paikannettiin keskinäisiä ystävyyspiirejä, jotka kokoontuvat yhdessä viettämään aikaa alkoholin ääressä. Arveltiin, että näiden ystäväpiirien merkitys oli erityisen tärkeä silloin, kun ei ollut vielä avoimesti homoille ja lesboille tarkoitettuja ravintoloita ja tansseja. Ryhmätyö paikallisti myös homoyhteisöjen, ulkopuolelle joutuneita yksinäisiä desperadoja, jotka koettiin häiriköiksi ja joita hyljeksittiin mm. liialliseksi koetun alkoholin käytön vuoksi. Jotkut heistä olivat entisiä homojen ja lesbojen suosimien ravintoloiden ja diskojen asiakkaita ja heidät oli vähitellen jätetty niiden ulkopuolelle, jotkut taas olivat eläneet erillään homoyhteisöistä.

Seminaarissa mietittiin myös sitä, mitkä tekijät toimivat *alkoholin kulutuksen määrää säätelevinä tekijöinä* homojen ja lesbojen osakulttuureissa. Lesbojen juomisen säätelijöinä mainittiin tiettyjen osaryhmien normisto, tyttöystävä, talous ja auto sekä osalla lapsi/lapset. Homojen juomista säätelee seminaarilaisten mielestä ulkonäön, potenssin ja maineen säilyttämisen tarve, ura ja vähemmistöasemaan liittyvä sisäistynyt tarve pitää asioita hallinnassaan.

Edellä mainittuja juomistapoja en pysty suoraan sijoittamaan Virtasen edellä esiteltyyn jakoon perinteinen juoppo, luova juoppo, menevä juoppo, salajuoppo. Suhde julkisivuun on monimutkaisempi; julkisivua joudutaan tarkastelemaan erikseen suhteessa enemmistökulttuuriin ja vähemmistökulttuuriin ja lisäksi julkisivun ylläpito ja sen purkaminen ovat monikerroksisia. Tavallisiin homojen ja lesbojen suosimiin ravintoihin mentäessä ei avoimesti leimauduta homoiksi/lesboiksi; toisaalta niissä ollaan muun ravintolayleisön katseltavissa ja tunnistettavissa. Avoimesti homoille ja lesboille suunnattuihin baareihin ja diskoihin astuttaessa leimaudutaan homoksi tai lesboksi; toisaalta niiden sisällä ollaan suhteellisen turvassa enemmistön edustajien katseilta. Nyttemmin tähän on tosin tullut terassien myötä lisäys; halutessaan voi tulla esille jalkakäytävälle myös illan kuluessa. Karkeasti yleistäen voisi sanoa, että tavallisissa ravintoloissa, enemmistön keskellä, keskinäinen solidaarisuus on suurempi ja ryhmän sisäisen julkisivun ylläpitämisen tarve pienempi kuin avoimesti homoille ja lesboille suunnatuissa paikoissa, joissa keskinäinen kilpailu kumppanin saannissa pitää varuillaan julkisivun suhteen. Suhteen uhmaan voi ajatella jäsentyvän saman tapaisesti; tavallisessa ravintolassa uhma on intiimimpää ja toteutuu suhteessa pienempään yleisöön, ko. ravintolan muihin asiakkaisiin, kun taas avoimesti homoille ja lesboille suunnatussa paikassa uhma kohdistuu normistoon, jossa homoseksuaalisuus tehdään salaiseksi ja nimettömäksi. Julkisivun voi siis jakaa yhteiskunnalliseen ja lähiyhteisöliseen vyöhykkeeseen, joiden keskinäinen painotus voi eri ihmisillä vaihdella.

Suomalaisten homo- ja biseksuaalien elämäntapoja kartoittavassa tutkimuksessa (Grönfors et al. 1994) kartoitettiin lyhyesti myös alkoholin kulutusta ottaen huomioon myös keskolut ja pienet alkoholimäärät. Kulutustottumuksia verrattiin vuosina 1969 ja 1976 tehtyjen juomatapatutkimusten tuloksiin:

Käyttää alkoholia (mukaan lukien keskolut ja pienet alkoholimäärät)	Homo-miehet	Kaikki miehet	Lesbot	Kaikki naiset
Päivittäin	7	6	8	1
Kerran pari viikossa	58	43	51	22
Kerran pari kuukaudessa	23	27	28	28
Muutaman kerran (1–4) vuodessa	8	14	7	26
Harvemmin kuin kerran vuodessa	4	10	6	23
	100	100	100	100

Taulukko: Vastaajien (1982–1983) ja koko väestön (1976) alkoholin käyttö sukupuolen mukaan prosentteina (Sievers - Stålström 1984, 423).

Tutkimukseen osallistuneiden lesbojen alkoholin kulutus poikkeaa jyrkästi naisten keskimääräisestä alkoholin kulutuksesta ja muistuttaa enemmän miesten alkoholin käyttöä. Eroa voi jossakin määrin selittää otoksen ikäjakaumalla ja maantieteellisellä jakaumalla; otoksen homo- ja biseksuaalisista naisista 51 % oli alle 30-vuotiaita ja noin puolet asui pääkaupunkiseudulla ja vain 28 % maaseudulla tai pienemmissä kaupungeissa. Joka tapauksessa hyvin monien lesbojen ja homomiesten elämäntavoissa alkoholilla näyttäisi olevan merkittävä asema.

Samantyyppiseen tulokseen tuli Helmersson (1993), joka kartoitti kyselytutkimuksella Ruotsissa toimivan valtakunnallisen homo- ja lesbojärjestö RFSL:n jäsenistön alkoholin käyttöä. Kyselyyn vastasi 1.739 henkilöä (205 naista ja 1.100 miestä), joista 58 % asui suurkaupungeissa ja 42 % pienemmillä paikkakunnilla tai maaseudulla. Vastajat olivat keskimäärin hyvin koulutettuja. He kuluttivat alkoholia noin kaksinkertaisen määrän verrattuna väestöön keskimäärin. Homomiesten kulutus oli 8,02 l puhdasta alkoholia vuodessa ja lesbojen 4,74 l, kun ruotsalaisten miesten keskimääräinen kulutus oli 4,96 l ja naisten vastaava 1,94 l. Valtaosa vastaajista joi kohtuullisesti ja vain 5,7 % kertoi juoneensa yli 26 annosta alkoholia edeltäneen viikon aikana. Hieman yllättäen kotona juominen oli yleisempää kuin ulkona juominen; 47 % joi useimmiten kotona, 35,5 % ulkona ja 14 % yhtä paljon molemmissa. Kotona juomisen yleisyys saattaa selittyä ravintola-anniskelun kalleudella Ruotsissa. Homoseksuaalisuuteen liittyvä avoimuus ei korreloinut juomisen määrän kanssa. Juomiseen liittyviä haittoja homot ja lesbot raportoivat selvästi enemmän kuin koko väestöön suuntautuneeseen tutkimukseen osallistuneet. Haitat olivat suuremmat kaikilla muilla mittareilla paitsi väkivallan kohdalla; homot ja lesbot olivat keskimääräistä rauhallisempia juopuneenakin.

Israelstam ja Lambert (1986) ovat tehneet yhteenvedon *Homosexuality and Alcohol*, jossa tarkastellaan aihepiiristä tehtyjä tutkimuksia vuosilta 1960–1984. Tutkimuksissa todettiin metodologisia ongelmia, eikä edustavaan otokseen ollut päästy niistä missään. Tutkimukset antavat kuitenkin selviä viitteitä siitä, että homojen ja lesbojen keskuudessa alkoholin säännöllinen käyttö on keskimääräistä yleisempää ja että se näyttäisi osittain liittyvän baarikulttuurin keskeiseen merkitykseen sosiaalisena yhdysytteenä. Tutkimuksista voi myös päätellä, että homoilla ja lesboilla näyttäisi olevan keskimääräistä enemmän päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, jotka olivat pitkälle samantyyppisiä kuin muullakin väestöllä, ja että alkoholin runsas käyttö näytti liittyvän terveydellisiin ja seksuaalielämän ongelmiin sekä kohonneeseen riskinottoon seksissä.

Laajin aihepiiriä selvittänyt tutkimus (otoksen ollessa 3400 henkilöä) tehtiin 80-luvun lopussa Chicagossa. McKirnanin ja Petersonin (1989a, 1989b) raportoimassa tutkimuksessa kartoitettiin homojen ja lesbojen juomistapoja ja juomiseen liittyviä ongelmia. Lesbojen ja homojen kulutustottumukset olivat keskenään pitkälle samantyyppisiä, kun taas koko väestön otoksessa naisten kulutustottumukset olivat selvästi pienemmät kuin miesten. Kokonaiskulutuksen määrä oli homoilla ja lesboilla suurempi kuin väestöllä keskimäärin. Suurempi kulutus oli seurausta siitä, että täysin raittiiden osuus oli puolta pienempi kuin koko väestössä ja vastaavasti kohtuujoujia oli runsaasti; sen sijaan suurkuluttajien määrä ei ollut merkittävästi suurempi. Tämänkin tutkimuksen tuloksien arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, että siinä vertaillaan suurkaupungin ja sen ympäristön (homo- ja biseksuaalisten) asukkaiden alkoholin kulutusta koko maan väestön keskimääräiseen kulutukseen, jota maaseutu ja pikkukaupungit ovat pienentämässä.

Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten perusteella voi päätellä, että 18–32 % sikäläisistä homomiehistä

ja lesboista kuuluu alkoholin käyttötottumustensa puolesta "vakavan riskin" vyöhykkeeseen (Herbert et al. 1994). Suomessa ja Ruotsissa tehdyt edellä mainitut tutkimukset viittaavat siihen, että tilanne pohjoismaissa on samansuuntainen.

Suurempaa kulutusta ja siihen liittyviä riskejä on selitetty vähemmistöön kuuluvien ihmisten tunne-elämään, sosiaalisten suhteiden stressaavuuteen, osakulttuuriin ja elämäntapoihin liittyvillä tekijöillä. Tunnelämään liittyvät selitykset ottavat esille sisäistetyn homofobian tai heteroseksismiin liittyvän häpeän, huonon itsetunnon, ahdistuksen, masennuksen ja voimattomuuden tunteet, ja tulkitsevat alkoholin käytön yhdeksi tavaksi tulla toimeen ko. tunteiden kanssa tai yrittää unohtaa ne hetkeksi (Anderson - Henderson 1985, Smith 1985). Kun suurempaa alkoholin käyttöä selitetään vähemmistö-asemaan liittyvien sosiaalisten suhteiden stressaavuudella, viitataan ulostuloprosessiin, joka on vaativa, aina uusissa tilanteissa toistuva päätöksentekotilanne, ja juominen tulkitaan yritykseksi laukaista sosiaalista stressiä ja helpottaa stigmatisoinnin vuoksi vaikeutunutta kontaktien luomista; juomiseen liittyvien ongelmien pitkittymistä voidaan selittää sillä, että homoseksuaalisuudesta kertomisen vaikeus saattaa hidastaa avun hakemista päihdeongelmiin (Nardi 1985, Anderson - Henderson 1985). Osakulttuuriin liittyvissä selityksissä todetaan, että monille homo- ja lesbobaarit ovat ainoita paikkoja, jossa he voivat turvallisesti olla oma itsensä ja tavata muita homo- ja biseksuaaleja ja baarikulttuuri liittyy alkoholin käyttö, näin juominen assosioituu liittymiseen homoyhteisön vapauteen ja energiaan; vaihtoehtoisia tapoja liittyä homo- ja lesboyhteisöihin on ollut hyvin niukalti (Nardi 1985, Finnegan - McNally 1987, McKirnan - Peterson 1989a). Elämäntapaan tai -tilanteeseen liittyvät selitykset viittaavat mm. lesbojen irrottautumiseen naisen perinteisistä roolimalleista ja siihen että (hyvin monilla) lasten puuttuminen mahdollistaa alkoholin vapaamman käytön (McKirnan - Peterson 1989a, Helmersson 1993).

Chicagon tutkimuksessa suurempaa alkoholin kulutusta ennusti avoimuus homoseksuaalisuudesta⁵, alityöllistyminen (työskentely koulutukseen nähden alimitoitetuissa tehtävissä), ei-uskonollisuus ja asumisen tilapäisyys. Sen sijaan parisuhteen luonne ei näyttänyt vaikuttavan juomisen määrään. Homoseksuaalisuuteen liittyvä syrjintä ja stressi eivät näkyneet sinällään keskimäärin suurempana alkoholin kulutuksena. Sen sijaan niillä, joille alkoholi oli merkittävä rentoutumisen keino, ja niillä, joille homobaarit olivat merkittävä sosiaalisen kanssakäymisen ympäristö, homoseksuaalisuuteen liittyvä stressi näkyi sekä suurempana alkoholin kulutuksena, että sitäkin suurempana alkoholiin liittyvien ongelmien kasvuna. Riippuvuus yhdestä sosiaalisen kanssakäymisen tai stressinlaukaisimen muodosta altisti ongelmille. (McKirnan - Peterson 1989b.)

⁵ Avoimuus homoseksuaalisuudesta liittyy Yhdysvaltojen suurkaupungeissa usein tiiviiseen kanssakäymiseen homoyhteisöjen kanssa, esimerkiksi asumiseen tietyissä homojen ja/tai lesbojen suosimissa kaupunginosissa, joissa taas baarit ovat suosittuja kohtaamispaikkoja.

3.1.3. Milloin juominen määrittyy päihdeongelmaksi

On arvioitu, että 10 % alkoholia käyttävistä miehistä (ns. suurkuluttajat) kuluttaa puolet kaikesta miesten käyttämästä alkoholista, ja vastaavasti 10 % alkoholia käyttävistä naisista kuluttaa 75 % kaikesta naisten käyttämästä alkoholista. Suurkuluttajaksi on määritelty ihminen, joka kuluttaa yli 25 l 100 %:sta alkoholia vuodessa (= n. 7 dl 10 %:sta viiniä/vrk). Suurkuluttajien määräksi on Suomessa arvioitu 230 000 ja jonkinasteisen alkoholiongelman kanssa kamppailevia on arvioitu olevan noin 200 000. Suurkulutus ja alkoholiongelmat korreloivat keskenään, mutta niiden suhde ei ole tiukasti kausaalinen. Alkoholiongelmiin syntyminen ei välttämättä edellytä suurta vuosittaista kulutusta, eikä suuri kulutuksen määrä välttämättä johda alkoholiongelmiin, mutta on omiaan altistamaan niille. (Achte, Alanen, Tienari 1991, 67–71.)

Alkoholiongelmiin jäsentäminen, tunnistaminen ja yleisyys ovat hyvin kulttuurisidonnaisia. Vaillant (1983, 100) on tutkimuksissaan todennut, että sellaisissa kulttuureissa ja yhteisöissä, jossa on konfliktipitoinen, eristävä ja sekä ihailua että syyllisyyttä herättävä asenne juomiseen, alkoholiongelmat ovat yleisiä. Irlanti on hyvä esimerkki tästä. Kulttuureissa, joissa alkoholin käyttö jäsentyy koko perheen rituaaleihin ja humalahakuinen juominen on sanktioitu, kuten esimerkiksi Italiassa, ongelmat ovat harvinaisempia. Yhdysvalloissa sekä täysin raittiiden että alkoholiongelmaisten yleisyys oli suurin protestanttien keskuudessa ja pienin juutalaisten keskuudessa. Kaikissa länsimaisissa kulttuureissa alkoholiongelmat ovat miehillä yleisempiä kuin naisilla (Achte, Alanen, Tienari 1991, 67). Alkoholin käytön muodostuminen merkittäväksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi liittyy osaltaan juomistapojen ja tuotannollisen toiminnan ristiriitoihin ja kaupunkilaiseen elämäntapaan. Tehdastyö edellyttää säännöllistä työaikaa, johon satunnaiset juomispäivät eivät sovi, ja toisaalta kaupunkiololoissa juopottelu aiheuttaa kasaantuvampia ongelmia kuin maaseudulla, missä lähiyhteisö pystyy huolehtimaan kontrollista ja hoivasta tehokkaammin.

3.1.4. Eri tapoja jäsentää päihdeongelma

Miller ja Hester (1989) ovat luokitelleet alkoholiongelmiin määritelmät 11 pääluokkaan, jotka esittelen lyhyesti. *Moraalinen malli* korostaa asianomaisten vastuuta alkoholin käytöstään ja siihen liittyvistä ongelmista. Alkoholin väärinkäyttö voidaan nähdä hengellisenä heikkoutena tai sosiaalisten sopimusten tai lakien tahallisen rikkomisena. Suomessa jälkimmäinen tulee vahvimmin esille suhtautumisessa rattijuoppouteen. Jos moraalinen rikkomus nähdään hengellisenä ongelmana, silloin tilanne voidaan korjata hengellisen eheytyksen tai heräämisen kautta. Moraalin ja lain rikkomuksiin taas reagoidaan rangaistuksin. *Raittiusmallissa* itse päihdyttävää ainetta, sen addiktoivaa ominaisuutta, pidetään ongelman ytimenä, jolloin sen kauppaa tulee säädellä ongelmien ehkäisemiseksi.

Amerikkalaisen sairausmallin synty ajoittuu kieltolain kumoamiseen Yhdysvalloissa. Silloin syntyi AA-liike, jonka ideologiassa lähdetään siitä, että osa ihmisistä ei koskaan opi hallitsemaan alkoholin käyttöä, vaan he ovat alkoholille jollakin tavoin allergisia, ja jos he juovat, heille kehittyy yhä kasvava alkoholiriippuvuus. Tämä ominaisuus oletetaan synnynnäiseksi. Ainoa tapa hoitaa ongelmaa on pidättäytyä kokonaan alkoholin käytöstä. Alkoholismi määrittyy sairaudeksi, ei moraaliseksi ongelmaksi, joten siihen tulee suhtautua kuin sairauteen eikä niin kuin syntiin tai rikokseen. (Ks myös Alasuutari 1990, 94; Keene 1994, 27–28; Kettunen - Leppänen 1994, 14) Jellinek vei eteenpäin AA:ssa kehitettyä sairausajattelua ja siirsi sitä muiden hoidollisten yhteisöjen käyttöön. 60-luvulla hän tarkensi

sairausmalliaan typologioimalla alkoholismiin neljään luokkaan: alfa-alkoholismi (vain psyykkinen riippuvuus), beta-alkoholismi (pääasiassa fyysisiä seuraamuksia: maksakirroosi jne), gamma-alkoholismi (kontrollin täydellinen menettäminen, toleranssin kasvu, juomishimo, solujen aineenvaihduntamuutokset; tätä pidetään usein varsinaisena "alkoholismina"), delta-alkoholismi (psyykkinen ja fyysinen riippuvuus alkoholin käyttöön ilman kontrollin menettämistä itse juomistilanteissa) ja epsilon-alkoholismi (tuurijuoppous). Jellinekin sairausmallin keskeinen merkitys on siinä, että se on elänyt viime vuosiin saakka nimenomaan "tavallisten ihmisten" ajattelussa alkoholismiin kuvaajana (Saarnio 1990, 14).

Kasvatukselliset mallit näkevät ongelman ytimen ihmisten puutteellisissa tiedoissa, minkä vuoksi he käyttävät alkoholia väärin. Ongelma voidaan ratkaista kasvatuksellisin keinoin. *Luonteenpiirremallit* hahmottavat alkoholiongelman oireeksi jostakin persoonallisuuden rakenteeseen liittyvästä syvemmästä ongelmasta. Psykoanalyttisessa kehityksessä alkoholiongelma paikantuu oraalisen vaiheen estymiin. Ongelma on hoidettavissa korjaamalla psykoterapiassa persoonallisuuden rakenteen heikkouksia. Tähkän (1966, 219) mukaan retrospektiiviset tutkimukset osoittavat, että alkoholismia edeltää tietty persoonallisuudenkehitys, johon kuuluvat passiivis-riippuvainen luonne, itsekeskeisyys, kestävän maskuliinisen identiteetin heikkous, sosiopaattisuus, kyvyttömyys kestää sosiaalisia paineita, puutteellinen itsetunto ja läheisyyden pelko. Vaillant (1983, 49) mukaan seurantatutkimukset näyttäisivät kumoavan edellä mainitut olettamukset prealkoholistisesta persoonallisuudesta⁶.

Ehdollistumismallit pohjautuvat vuosisadan alun behaviorismiin. Siinä ongelman ytimenä nähdään ne myönteiset palkinnot, joita alkoholin käyttöön usein liittyy: jännityksen laukeaminen, vapautuminen sosiaalisista säännöistä, hyvä yhteishenki juomaringissä. Liiallinen juominen on opittu tapa, josta voidaan opettaa pois. Tähän on kehitetty erilaisia aversioterapioita tai malleja, joiden avulla voi hankkia halutut palkinnot ilman alkoholia. *Biologinen malli* on kehittynyt 70-luvulla. Siinä korostetaan geneettisten ja fysiologisten tekijöiden merkitystä alkoholismiin aiheuttajana. Ne voivat olla alkoholismille altistavia biologisia⁷ tekijöitä tai alkoholin farmakologisia ominaisuuksia. Tämä malli johtaa riskiryhmien ja -rajojen etsimiseen ongelman ratkaisemiseksi.

⁶ McCord raportoi v. 1956 tutkimuksesta, jossa oli seurattu 325 poikaa vuodesta 1935. Siinä kävi ilmi, että pojat, joilla oli alemmuuden tunteita, pelkoja tai "enemmän feminiinisiä tunteita", eivät muodostaneet riskiryhmää alkoholismiin kehittymiselle. Pojilla, joiden äidit rohkaisivat riippuvuuskäyttäytymistä ja joilla oli oraalisia piirteitä (sormien imeskely, voimakas tupakointi, pakonomainen syöminen), oli keskimääräistä pienempi todennäköisyys kehittyä alkoholisteiksi. Sen sijaan pojilla, jotka luottivat itseensä, olivat keskimääräistä aggressiivisempia ja pelottomampia, yliaktiivisia ja keskimääräistä heteroseksuaalisempia, oli selvästi kohonnut riski kehittyä alkoholisteiksi. (Vaillant 1983, 49)

⁷ Cloninger on esittänyt, että on olemassa kahden tyyppistä periytyvää alkoholismia. *Tyyppiä 1* oleva alkoholismi on "miedompi" ja yleisempi muoto, se tulee ilmi myöhemmin kuin tyyppi 2 alkoholismi ja edellyttää ympäristötekijöiden myötävaikutusta. Siihen liittyy hyvin harvoin antisosiaalista käyttäytymistä, mutta sen sijaa usein syyllisyydentunteita alkoholin väärinkäytöstä. *Tyyppiä 2* oleva alkoholismi on vahvasti perinnöllistä ja sitä tavataan vain miehillä (tyyppi 2 alkoholistimiesten pojilla on yhdeksänkertainen riski alkoholiriippuvuuteen ei-alkoholististen isien poikiin verrattuna), eikä sen "puhkeamiseen" tarvita samassa määrin ympäristötekijöitä kuin tyyppi 1 alkoholismissa. Tähän alkoholismiin alalajiin näyttäisi liittyvän vahvasti antisosiaalinen käyttäytyminen ja ongelmien esiin tulo hyvinkin varhain. (Barber 1995, 18–19) Vaillant on kyseenalaistanut jaon kahteen erilaiseen periytyvään alkoholismiin. Hänen mukaansa geneettinen perimä ennustaa vahvasti alkoholismiin kehittymistä, mutta epävakait kasvuolosuhteet ennustavat parhaiten sen, menettäväkö "altistunut" ihminen alkoholin käytön kontrollin ja kuinka varhain. (Vaillant 1994, 1049–1056) On huomattava, että Cloningerin teoria rajautuu vain osaan alkoholiongelmistä, eikä se oleta, että kaikki alkoholiongelmat tai -riippuvuudet, tai edes suurin osa niistä, olisivat luonteeltaan periytyviä.

Sosiaalisen oppimisen mallit tarkastelevat mallioppimista juomistapojen taustalta: esimerkiksi poika voi oppia isänsä tai ihailmansa kaveripiiriin juomistavat. Alkoholin käyttöä tarkastellaan myös yhtenä opittuna tapana selviytyä sosiaalisista tilanteista. Jos päihteiden käyttö on keskeinen tapa selviytyä erilaisissa hankalissa tilanteessa, siihen muodostuu riippuvuus. Malli kiinnittää huomiota myös juomiseen liittyviin mielikuviin, kognitioihin juomisen tai juomattomuuden seurauksista. Ongelmaa pyritään ratkomaan muuttamalla ongelmaisen ja hänen ympäristönsä välistä suhdetta muuttamalla ystäväpiiriä, opettamalla uusia selviytymistapoja ja tarkistamalla kognitioita. *Yleinen systeemimalli* sijoittaa yksilön käyttäytymisen ja alkoholin käytön osaksi laajempaa sosiaalista systeemiä. Osa korostaa systeemin (esim. perheen) pyrkimystä tasapainoon, jolloin yksittäisen tekijän muutos ei voi toteutua ilman sen heijastumista koko systeemiin. Perhesysteemi voi esimerkiksi vastustaa yhden jäsenensä raitistumista, kun se merkitsee heihin kohdistuvia muutospaineita. Hoidossa alkoholin ongelmalliseksi koettu käyttö tulee sijoittaa osaksi koko systeemin toimintatapaa, joka tulee ottaa huomioon myös ongelmaa hoidettaessa. Tässä mallissa tarkastelun piiriin tulevat kaikki päihdeongelman läheisyydessä elävät.

Sosiokulttuuriset mallit korostavat yhteiskunnan ja erilaisten osakulttuurien roolia juomismallien muodostumisessa. Yhteiskunnan alkoholipolitiikka, osakulttuurien asenteet juomiseen ja juopumiseen ja alkoholiin liitetyt merkitysyhteydet vaikuttavat juomismalleihin ja ongelmien syntyyn. Tämä malli pyrkii antamaan käsitteitä puuttua ongelmiin yhteiskuntaa ja sen osakulttuureja kehittämällä. *Kansanterveysmallissa* pyritään tarkastelemaan ongelmaa alkoholin, yksilön ja ympäristön muodostamassa kokonaisuudessa. Siinä tunnistetaan alkoholin erilaiset vaikutukset elimistöön, yksilöiden väliset erot alkoholin vaikutuksessa ja alttiudessa ongelmille sekä ympäristön osuus käyttötottumuksien ja ongelmien muodostumisessa. Malli pyrkii hyödyntämään edellä mainittujen muiden mallien tuomia näkökulmia. Sen mukaan ei ole yhtä oikeaa tapaa lähestyä tätä ongelmaa ja ratkoa sitä, vaan kukin tilanne tulisi kartoittaa moniulotteisesti ja etsiä kullekin henkilölle juuri siihen tilanteeseen sopivat lähestymistavat. Tämä malli asettaa haasteita sekä ongelmien monipuolisen diagnosoinnin että keskenään erilaisten, eri tilanteisiin suunniteltujen, hoito-ohjelmien kehittämiseksi.

1980-luvulla keskusteluun alkoholiongelmien luonteesta vaikutti merkittävästi Vaillant'n teos *The Natural History of Alcoholism* (1983). Siinä raportoidaan Yhdysvalloissa tehdystä 50 vuotta kestäneestä tutkimuksesta, jossa seurattiin 1930-luvun alussa Core Cityssä syntyneitä poikia aina 1980-luvun alkuun, jolloin he olivat lähemmäs 50-vuotiaita. Vaillant määrittelee alkoholin väärinkäytön monesta eri tekijästä määräytyväksi juomiskäyttäytymisen jatkumoksi. Sitä määrittävät tekijät vaihtelevat yksilöstä toiseen ja niihin kuuluvat mm. kulttuuri, tavat, sosiaalinen moraalit ja geenit. (mt. 17–20.)

Tutkittuaan sosiologien ja lääkäreiden kehittämien alkoholin käytön ongelmamittareiden (*Cahalin* mittari ja *DSM III*) yhteen sopivuutta Vaillant toteaa, että voidaan määritellä suhteellisen yksimielisesti mitattavissa oleva *alkoholismi*-syndrooma, jonka välttämättömän ja riittävän ytimen muodostaa tahdosta riippumaton alkoholin juominen. Mitä enemmän tällainen alkoholin kulutus kasvaa omaksi elämäkseen, sitä enemmän se alkaa muistuttaa yhtenäistä syndroomaa (mt. 27–37). Alkoholismi-syndrooma ei määrity alkoholin käyttöön liittyvien *ongelmien erityisen laadun* vaan *määrän* perusteella. Käytetyn alkoholin suuri määrä ei ole välttämätön edellytys moninkertaisten ongelmien syntymiselle, vaan ongelmiin johtaa kyvyttömyys kontrolloida, milloin, missä ja kuinka paljon kerrallaan alkoholia

käytetään (mt. 42).

Alkoholismi-syndrooma määrittyy progressiiviseksi sairaudeksi, jolla on kolme vaihetta, joiden välillä voi olla kaksisuuntaista liikettä. Vaihe 1 on *raskas sosiaalinen juominen* (vähintään 3–5 annosta/p), joka voi jatkua oireettomana vaikkapa lopun elämää, ja siitä voidaan palata kohtuullisempaan juomiseen tai edetä alkoholin väärinkäyttöön. Toiseen vaiheeseen, *alkoholin väärinkäyttöön*, liittyy erilaisia ongelmia. Väärinkäyttäjistä ehkä puolet palaa kontrolloituun juomiseen tai raitistuu kokonaan. Joillakin harvoilla se voi jatkua suhteellisen muuttumattomana vuosikymmeniäkin ilman, että se koituisi hengenvaaralliseksi. Ehkä neljäsosa alkoholin väärinkäyttäjistä etenee kolmanteen vaiheeseen, *alkoholiriippuvuuteen* (sen kriteerit on määritelty tautiluokituksessa DSM III), jonka amerikkalaisista saavuttaa noin 3–5 %. Tämä vaihe on edellisiä joustamattomampi ja päättyy joko raitistumiseen tai sitten sosiaaliseen toimintakyvyttömyyteen tai kuolemaan. (mt. 309–310.)

Alkoholiriippuvuuden kehittymiseen Vaillant'n tutkimuksiin osallistuneilla meni 3–15 vuotta. Riippuvuuden kehittyminen ei ole sillä tavoin suoraviivaista, että nuoruusvuosien runsas ja ongelmallinenkin alkoholin käyttö ennustaisi myöhemmän aikuisiän vakavaa päihdeongelmaa (mt. 130–137). Osalla alkoholismi-kriteerit täyttävän ongelmajuomisen saavuttaneista alkoholistisen juomisen kesto saattaa rajoittua muutama vuoteen, minkä jälkeen he pystyvät palaamaan kohtuujuumiseen tai raittiuteen, osalla taas alkoholistinen juominen kestää huomattavasti pidempään (keskimäärin 15 v), minkä jälkeen toipuminen merkitsee täydellistä raittiutta, ei juurikaan kohtuujuumiseen palaamista. Osalla alkoholistisen juomisen kriteerit täyttävistä miehistä juominen ja siihen liittyvät ongelmat eivät vuosien kuluessa pahene (heidän työ- ja parisuhteensa olivat joltissakin kunnossa), ja he eivät myöskään vähennä tai lopeta juomista pysyvästi. He ovat oppineet omalla tavallaan hallitsemaan alkoholistista juomistaan. (mt. 140–1142.)

Vaillant päätyi tutkimuksessaan siihen, että alkoholiongelmia ei voida kovin vahvasti selittää persoonallisuustekijöillä tai lapsuuden kasvuolosuhteilla. Alkoholi on addiktoiva aine, ja kaikki alkoholin käyttäjät ovat jossakin määrin alttiina riippuvuusriskille. Kun yhteiskunta ja/tai lähiyhteisö on vakaa ja sisältää säädeltyjä sosiaalisen juomisen rituaaleja, alkoholin kulutus on pienempää; muutoksessa olevissa ja hajoavissa yhteiskunnissa/yhteisöissä yksilöt demoralisoituvat ja alkoholin käyttöön liittyvä sosiaalinen kontrolli höltyy ja silloin kulutusmäärät ja riippuvuusriskit kasvavat (mt. 100). Prospektiivisesta seurantatutkimuksesta Vaillant sai vahvaa tukea vain kahden tekijän osuuteen altistumisessa alkoholismille: *kulttuuriperimä* ja *suvussa todettu alkoholismi*. Näiden lisäksi altistumisen alkoholismille koostuu alkoholin saatavuudesta, käytössä olevien juomien vahvuudesta, siitä missä määrin yksilö on sisäistänyt alkoholin käyttöä sääteleviä yhteisön normeja ja missä määrin hänen ikätoverinsa suosivat runsasta alkoholinkäyttöä, missä määrin hän arvostaa alkoholin aiheuttamaa tietoisuuden muutosta ja missä määrin hän on sosiaalisesti irrallaan. Useimmat alkoholismiin liittyvät psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat Vaillant luokittelee tutkimustulostensa perusteella lisääntyneen alkoholin käytön seurauksiksi eikä sen ensisijaiseksi aiheuttajiksi. Nämä ongelmat puolestaan voivat olla sitten *ylläpitämässä* päihdeongelmaa tai ne voivat muodostua syyksi muuttaa juomistottumuksia. Vaillant torjuu vahvasti ajatuksen ns. alkoholistisesta persoonallisuudesta alkoholismin selittäjänä. Seurantatutkimusten aineistoissa prealkoholistinen henkilö oli suhteellisen tavanomainen, hieman keskimääräistä aggressiivisempi, riippumattomampi, pelottomampi ja heteroseksuaalisesti ikäisiään orientoituneempi. (mt. 49 ja 101–1106)

Alkoholiin ja päihteisiin liittyvien ongelmien käsitteellistämisen yhteydessä on kehitetty **riippuvuus-**käsitettä yleisemmäksi yläkäsitteeksi. Koski-Jänneksen (1992, 18–22) mukaan, psykologisesta näkökulmasta katsottuna, sekä aineisiin kohdistuva että ei-aineellinen riippuvuus näyttävät aiheuttavan samanlaiset reaktiot. Riippuvuus ei kohdistu ensisijaisesti aineeseen, tuotteeseen tai toimintaan. Riippuvuuden todellinen kohde on *kokemus*, joka usein sisältää helpotuksen sisäisistä jännitteistä ja ristiriidoista. Ihmiset tulevat riippuvaisiksi ruumiin ja mielen tiloihin. Aineita ja käyttäytymistä käytetään halutun (mielen)tilan aikaansaamiseen. Matala frustraation sietokynnys tai epämiellyttävyyteen liittyvä ahdistus luovat hyvän maaperän riippuvuuksille. Riippuvuus on itseään ruokkiva toimintamalli, häiriintynyt yritys selviytyä inhimillisen elämän sisäisten tai ulkoisten rajoitusten kanssa. Siihen liittyy arvokonflikteja, epäonnistuneita yrityksiä rajoittaa tai hallita toimintaa, muutosvoiman ulkoistaminen aineeseen tai toimintaan ja jatkuva sitoutuminen huolimatta menetyksistä keskeisillä elämän alueilla. Riippuvuus rajoittaa muiden vaihtoehtojen havaitsemista ja käyttämistä. Yritys hallita tunnetiloja yksinomaan riippuvuuskäyttäytymisellä, joka tuottaa lyhytikäisen helpotuksen ja sen jälkeen koko ajan kasvavan pettymyksen, johtaa vähitellen pätemättömyyden kokemiseen, itsearvostuksen menettämiseen, vieraantumiseen, toivottomuuteen ja avuttomuuteen. Tällainen "opittu avuttomuus" tekee muutosyritykset vaikeiksi.

Giddens (1992, 71–76) suhteuttaa riippuvuudet yhteiskuntaan, jossa traditiot ovat kadonneet vähiin ja jossa yksilö on yhä enemmän oman elämänsä ohjaksissa (= refleksiivinen projekti, jossa myös oma toiminta on tarkastelun kohteena). Kun suuri osa persoonallisuudesta ei määräydykään ennalta annetuista toimintamalleista ja tavoista, yksilö joutuu jatkuvasti neuvottelemaan elämäntavastaan. Addiktio on kyvyttömyyttä valloittaa tulevaisuuttaan. Jokainen addiktio on puolustuksellinen reaktio, pakeneminen, sellainen autonomisuuden puuttumisen tunnistaminen, joka varjostaa minän kompetenssia. Osa addiktiosta on sosiaalisesti niin hyväksyttyä (työholismi), että vasta kriisi – sairastuminen – voi tuoda sen esiin.

Päihdeongelmien määrittelyt jäsentyvät osaksi ihmisten sosiaalista todellisuutta, ja vaikuttavat heidän ymmärrykseensä omasta toiminnastaan. Alasuutari (1990, 70) tarkastelee *alkoholismia* modernina länsimaisena *myyttinä*, yhteisenä käsityksenä raskaan juomisen merkityksestä, yhdistettynä yksilölliseen elämänkertaan. Se on tarina, jota on kerrottu lukuisin eri tavoin alkoholismin ammatillisissa ja maallikkoteorioissa. *Alkoholisoitumisprosessin* perusolettamus on myytti siinä mielessä, että alkoholismi oletetaan persoonalliseksi piirteeksi. Myytille keskeisintä on sen kertomuksellinen muoto, eivät sen erityiset käsitteet tai symbolit. Myytin ainesosia on olettamus siitä, että on olemassa reitit alaspäin ja ylöspäin tai että on olemassa rajoitettu määrä reittejä. Alkoholisoitumisprosessista voidaan puhua myyttinä vielä perustavammalla tasolla silloin, kun kertomusmuoto saa meidät ajattelemaan alkoholismia yksilöhistorian muodossa. Myytti heijastaa vallitsevaa länsimaista näkemystä, jonka mukaan juominen on olennainen ja sisäänrakennettu osa ihmisen koko elämää, menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta, ei vain ohimenevä vaiva. On siis olemassa yhteinen *alkoholismi-kehys*⁸, joka jäsentää yksilöllisiä kokemuksia ja kanavoi kurjuuden ja tyytymättömyyden ilmaisuja.

Vaimon kontrollointi lisää miehen taisteluhalua omasta riippumattomuudestaan. Juominen tulkit-
tuna henkilökohtaisen vapaudenhalun ilmauksena on ristiriidassa sen kanssa, että mies haluaa

8

Alkoholismi-kehys ja *arkipäivän kehys* ovat **tulkintakehyksiä**, vakiintuneita tapoja hahmottaa se kokonaisuus, jossa tulkittavaa ilmiötä käsitellään. E.Goffmanin (Frame Analysis, 1974) mukaan tulkintakehys mahdollistaa sen, että kohteena olevan ilmiön tarkastelusta voidaan rajata pois sellaisia puolia, jotka jossakin muussa tulkintakehyksessä olisivat olennaisia. (Lehto 1991, 25)

jatkaa avioliittoa. Tämän kognitiivisen dissonanssin ylittämiseksi juominen määritellään uudelleen alkoholistisesta kehyksestä käsin, se ei ole enää ilmaus vapaudenhalusta vaan osoitus fyysisestä, kontrolloimattomasta ja järjettömästä juomishimosta. Juominen määritellään "luonnollisella", kulttuureista riippumattomalla juomishimolla, joka ei ole selitettävissä millään tavalla mielekkääksi toiminnaksi. Alkoholismi- kehyksen *kontrollin menettäminen* merkitsee rauhan tekemistä osapuolien välillä; siinä juominen tulkitaan tahdonvoiman ulkopuoliseksi, silloin sitä ei tulkita enää loukkaavaksi käyttäytymiseksi. (Alasuutari 1990, 92–93.)

Juomisen ja juomishalun merkitykset periytyvät historiallisista, usein poliittisesti latautuneista, merkitysyhteyksistä. Ne elävät elämäänsä yksilöllisissä muodoissaan uusinnettuina esimerkiksi siinä, miten työläiset erottavat työn ja vapaa-ajan toisistaan tai miten juominen usein toteutuu miesvaltaisissa paikoissa. *Arkipäivän kehys* organisoii sitä (mt. 22). Alkoholismi-kehys on keskiluokan näkökulma juomiseen. Koska henkistä työtä tekevät tarvitsevat enemmän itsekontrollia, heidän silmissään työväenluokan juomatavat näyttävät alkoholistisemmilta. Toisaalta keskiluokan ihmiselle itsekontrollin vähäinenkin löystyminen voi aiheuttaa kriisin, mikä saa hänet tai hänen läheisensä soveltamaan tilanteeseen alkoholismi-kehystä. Alkoholismi-myytin keskeinen elementti on *kontrollin menettäminen* (mt. 70).

Paradoksisesti, alkoholismi – fenomenologisena kokemuksena kyvyttömyydestä kontrolloida itseään – on alkoholismi-kehyksen tuote. Eri versioissaan alkoholismi-kehyksen tehtävänä on ollut auttaa uhriaan. Alasuutari korostaa, että alkoholismikehyksen normaali/patologinen- jakoa ovat käyttäneet muutkin kuin lääkärit. Suomessa lääkäreillä on ollut suhteellisen vähäinen rooli päihdetyössä, mutta silti alkoholiongelmat yhä enenevässä määrin hahmotetaan alkoholismikehyksen avulla. Alasuutari pohtii, missä määrin laajemmasta "addiktio-kehyksestä" on tulossa kehys, jonka kautta yhä enenevässä määrin tarkastellaan arkipäivää ja normaalisuus määritellään sen kautta. Toinen vaihtoehto on, että mikään kehys ei saa enää "suuren kertomuksen" asemaa. (mt. 150–155.)

3.1.5. Homojen ja lesbojen päihdeongelmien erityispiirteitä

Chicagon tutkimuksessa alkoholiin liittyvien ongelmien raportoinnissa homojen ja lesbojen jakaumat ikäryhmittäin poikkesivat merkittävästi koko väestön jakaumasta. Homo- ja biseksuaalien otoksessa raportoitiin enemmän alkoholiin liittyviä ongelmia (McKirnan - Peterson 1989a).

Ikä-ryhmä	Homo-miehet	Kaikki miehet	Lesbot	Kaikki Naiset
18–25	26	29	24	16
26–30	25	25	23	7
31–40	24	16	15	8
41–60	19	7	15	4,5
Kaikki	(23)	(16)	(23)	(8)

Taulukko: Alkoholiin liittyvien ongelmien raportointi: yleinen otos sekä homo- ja lesbo-otos ikäryhmittäin ja sukupuolen mukaan, prosenttijakaumat (McKirnan - Peterson 1989a).

Ongelmien määrä korreloi juomisen määrän kanssa samalla tavalla kuin yleisessä otoksessa. Ongelmien suuremman määrän voi selittää lesbojen keskimäärin naisia suurempi alkoholin kulutus ja iäkkäämpien homojen ja lesbojen suurempi kulutus verrattuna yleiseen otokseen.

San Franciscossa tehdyn tutkimuksen (Paul et al. 1994) tulokset viittasivat siihen, että päihteiden

käytön vuoksi hoitoon hakeutuneilla homomiehillä oli selvästi ikäisiään homomiehiä enemmän suojaamatonta seksiä (yhdyntä ilman kondomia) tai huonosti suojattua seksiä (vetäytyminen ennen siemensyöksyä). Riskiseksiin osallistuista 80–90 % kertoi tehneensä sen joko alkoholista tai huumeista päihtyneenä. Riskiseksiin ryhtyminen näytti liittyvän tilanteiden uudelleenarviointiin senhetkisen hyödyn näkökulmasta. Suojaamattomaan seksiin liittyvä välitön mielihyvä ohitti sen pitkäjänteisemmät haitat. Monille sekä seksi että päihteiden käyttö olivat keinoja laukaista jännitystiloja. Lisäksi heidän kognitiiviset selviytymisstrategiansa, sosiaaliset taitonsa ja sosiaalinen tukensa näytti olevan keskimääräistä heikompia. Tutkijat huomauttivat, että päihdehuollossa tulisikin kiinnittää huomiota päihteiden väärinkäytön ja HIV-riskin yhteyteen ja ottaa se huomioon hoidossa edistämällä asiakkaiden sosiaalisia taitoja ja kognitiivisia selviytymisstrategioita seksiinkin liittyvissä asioissa. Weatherburn et al. (1992 ja 1993) ovat tutkimustensa perusteella kyseenalaistaneet alkoholin käytön ja HIV-riskin yhteyden. SIGMA-projektin tutkimukseen osallistuneiden homo- ja biseksuaalisten miesten käyttäytyminen ei ollut alkoholin vaikutuksen alaisena keskimäärin olennaisesti varomattomampaa kuin selvin päin. Osa toimi asteen verran varomattomammin, toisaalta osa kertoi pystyvänsä alkoholia nauttineena – sosiaalisista estoista hieman vapauduttuaan – paremmin neuvottelemaan turvallisen seksin rajoista. Tutkijat tähdentävät turvalliseen seksiin liittyvien neuvottelutilanteiden monikerroksisuutta.

Israelstam - Lambert (1986) ovat paikallistaneet kaksi tutkimusta, joiden kohteena olivat asunnottomat homoseksuaaliset alkoholistit. McGirrin tutkimuksessa vuodelta 1974 kohteena olivat Bostonin alueella elävät asunnottomat alkoholistihomomiehet. Homomiehet tunsivat, ja tunnistivat homoiksi, toinen toisensa, mutta eivät muodostaneet yhtenäistä ryhmää, vaan kokoontuivat enemmänkin ikänsä ja rotunsa mukaisesti ryhmiin. Northin tutkimuksessa vuodelta 1979 tutkittiin 20 asunnottomaa alkoholista naista, joista seitsemän osoittautui lesboiksi. Tutkimus ei raportoinut lesbojen erityispiirteitä.

Psykoanalyttisessa perinteessä alkoholismi on usein yhdistetty latenttiin homoseksuaalisuuteen, jolloin alkoholismi olisi yksi tapa toteuttaa homoseksuaalisia tendenssejä. Edellä todettiin, että Vaillant'n tutkimus ei anna olettamukselle empiiristä tukea. Analyttisen perinteen sisällä Forrest (1994, 131–132 ja 139) kyseenalaistaa sen, että alkoholisteissa olisi tavallista enemmän homoseksuaaleja tai latentisti homoseksuaaleja ainakaan miesten keskuudessa. Hän päätyy siihen, että homoseksuaalisilla miehillä ja alkoholisteilla on samantyyppiset persoonallisuuden rakenteet, joissa korostuu pakkomielleisyys. Forrest käyttää lähteenään Berglerin luonnehdintaa homoseksuaalisesta persoonallisuudesta, jolle ei ole saatu empiiristä tukea (Stålström 1995). Alkoholisteilla miehillä on Forrestin mukaan heikosta miehisestä identiteetistä johtuen *pelkoja* omasta mahdollisesta homoseksuaalisuudesta, mikä voi ilmetä mm. pakkomielleisinä homoseksuaalisina ajatuksina. Naisalkoholistien keskuudessa sen sijaan Forrestin mukaan olisi keskimääräistä enemmän lesboja, ja hän näyttäisi liittävän sen alkoholistinaisten traumaattiseen äitisuhteeseen. Näin Forrest selittää alkoholiongelmia persoonallisuustekijöillä, mille ei ole saatu seurantatutkimuksista tukea.

Tutkittuaan valkoihoisia katolisia päihdehuollon laitoshoidossa olevia miehiä ja naisia Griffin-Shelley et al. (1990) ovat tulleet siihen johtopäätökseen, että päihderiippuvuuden myötä koettu (Bemin sukupuoliroolimittarilla mitattu) sukupuolirooli muodostuu epävarmemmaksi. Tämän he tulkitsevat sukupuoliin liitetyn itsetunnon heikentymiseksi päihderiippuvuuden seurauksena. Päihdehoitolaitoksissa tutun sukupuoliroolin ylikorostuksen (machomies ja viettelevä nainen) he tulkitsevat pyrkimyks-

seksi peitellä heikentynyttä sukupuoleen liittyvää itsetuntoa. Psykoanalyttisissä tutkimuksissa esille tulleen heikon, sukupuolirooliin liittyvän itsetunnon ei siis tarvitse olla prealkoholistinen persoonallisuuden piirre vaan seurausta alkoholiongelmien kasautumisesta.

Sukupuolirooleilla, niistä irrottautumisella ja alkoholiongelmien vaikutuksella niihin lienee monia leikkauskohtia homo- ja biseksuaalien päihdeongelmien kanssa. Lesbojen runsaaksi määritelty alkoholin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat liittynevät siihen, että lesbot ovat irrottautuneet perinteisistä naisten rooleista ja ovat joutuneet rakentamaan omaa alkoholikulttuuriaan omissa osakulttuureissaan sosiaalisesti eristettyinä. Lesbojen juomisen määrittämisestä ongelmalliseksi voi pitää kulttuurisesti värittyneenä silloin, kun lesboja verrataan keskivertonaisiin; todetaan kulutuksen ero ja ehkä vierastetaan sitä, että naiset käyttävät alkoholia kuin miehet. Sen sijaan juomisen haittojen dokumentointi on ollut heikompaa. Huolestuneisuutta voi kuitenkin perustella biologisilla tekijöillä. Sama kulutuksen määrä tuottaa naisille vakavia terveydellisiä ongelmia aikaisemmin kuin miehille. Toisaalta lesboyhteisöihin liittyy ongelman hoitamista helpottavia piirteitä. Havaintojeni mukaan lesbot muodostavat usein melko vahvoja ja huolehtivia verkostoja, joissa päihdeongelmaisetkaan eivät heti joudu eristykseen. Heillä voi olla vahva lesbon identiteetti päihdeongelmien ohessa, mikä saattaa helpottaa hoitoon hakeutumista ja identiteetin puheeksi ottamista hoidossa.

Miehistä roolia tärkeänä pitävälle homomiehille alkoholiongelmista johtuva itsetunnon heikentyminen voi olla erityisen haavoittava tekijä. Koska homoparisuhteet eivät ole sosiaalisesti tuettu instituutio, vaan perustuvat yksinomaan osapuolten keskinäiseen kyvykkyyteen toimia siinä, menettää homomies parisuhteen tuoman suojan heteromiestä nopeammin ja jää vaille sen tuomaa tukea ja toipumismotivaatiota. Myöskin miesten keskinäisillä seksuaalisilla markkinoilla hänen arvonsa voi päihdeongelman myötä pudota nopeasti. Tästä voisi päätellä, että hän tulee nopeammin täysin riippuvaiseksi päihdekeskeisestä elämäntavasta ja seurasta. Heikoille joutuminen myönteisinä pitämissään rooleissa voi myös homomiesten kohdalla näkyä maskuliinisten puolien ylikorostuksena hoidossa. Sen sijaan sellainen homomies, joka ei samastu perinteisiin miehisinä pidettyihin piirteisiin, lähtee ehkä helpommin hakemaan apua ja osaa ottaa sitä yksilöhoidossa vastaan, mutta hän voi kokea ryhmähoitotilanteissa maskuliinisen uhoamisen hyvin vieraaksi.

Homojen ja lesbojen osakulttuureissa korostuu joitakin keskiluokkaiseen ja kaupunkilaiseen kulttuuriin liittyviä moderneja piirteitä. Tämä näkyy myös alkoholin käytössä. Lesbojen ja homomiesten alkoholin kulutus näyttäisi olevan lähellä toisiaan, alkoholin käyttö on osa arkipäiväistä ihmissuhteiden hoitamista. Näyttäisi myös siltä, että alkoholisoituminen etenkin homomiesten kohdalla voi johtaa joko eristäytymiseen hyljeksittyyn osaryhmään tai putoamiseen kokonaan homoyhteisöjen ulkopuolelle. Mitä pidemmälle alkoholisoituminen etenee, sen vähäisemmäksi näyttäisivät jäävän seksuaalisen identiteetin myönteiset merkitykset. Tutkimuksissa on tullut vahvemmin esille se alkoholin käyttö, joka liittyy homojen ja lesbojen osakulttuureihin. Suuri osa homoista ja lesboista ei juurikaan osallistu näihin osakulttuureihin, ja heidän kulutustottumuksistaan ei ole tietoa. Avoimeksi kysymykseksi jää missä määrin Virtasen (1982) mainitsemat tavalliset miesten tai naisten juomaringit sietävät jäsenissään avointa homoseksuaalisuutta ja missä määrin ne voivat palvella homojen ja lesbojen tarpeita omaan sukupuoleensa identifioitumisessa. Arvaukseni on, että toistaiseksi ei siedetä ja että eivät vielä palvele, ts. homot ja lesbot tarvitsisivat sittenkin omia (juoma)porukoitaan.

Näyttäisi siltä, että homo- ja biseksuaalien keskuudessa, etenkin homomiesten kohdalla, tapahtuu tavallista jyrkempi jakautuminen "vahvoihin" ja "heikkoihin". Homoseksuaalisuuteen liittyy sosiaalisia ja

psyykkisiä stressitekijöitä. Osa homo- ja biseksuaaleista löytää runsaasti erilaisia tapoja reagoida ongelmatilanteisiin, ja he ovat olleet eturintamassa rakentamassa modernia yhteiskuntaa. Osalla taas muutamat harvat reagoimismallit joutuvat liialliseen käyttöön. Monille alkoholin käyttö on ollut tällainen ylläritetty keino, joka on johtanut vain ongelmien eskaloitumiseen ja sosiaaliseen eristymiseen. Hoitoon hakeutumista voi hidastaa myönteiseksi koettujen ja kommunikoitavien sosiaalisten identiteettien puuttuminen.

3.2. Päihdehuolto Suomessa

Päihdeongelmiin reagoiminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan sen mukaan, missä vaiheessa ongelmaan reagoidaan. Primääritason toimista puhutaan silloin, kun pyritään toimimaan päihdeongelmien syntymistä ehkäisevästi, esimerkiksi terveystarkastuksen tai alkoholipolitiikan keinoin. Sekundääritason toiminta on ongelmien varhaista tunnistamista ja niihin nopeaa reagoimista esimerkiksi työterveystarkastusten yhteydessä tai erilaisten yhteisöjen järjestämien juomisen itsehallintaryhmien avulla. Tertiääritason toiminnassa reagoidaan jo pidemmälle ehtineisiin ongelmiin. Silloin toiminta keskittyy edellisiin tasoihin verrattuna suppeaan väestönosaan ja vuorovaikutus yksittäisten ihmisten kanssa voi muodostua intensiiviseksi ja pitkäaikaiseksi. Tässä tutkimuksessa päihdehuoltoa tarkastellaan pääsääntöisesti tertiääritason toimintojen osalta, ja sekundääritaso otetaan huomioon oma-apuryhmien osalta. Valitettavasti hyvin merkittävä primääritaso ja suurin osa sekundääritasosta jäävät tällä kertaa tarkastelun ulkopuolelle. Rajausta voin perustella tutkimukseni käytännöllisillä lähtökohdilla ja sillä, että nimenomaan tertiääritasolla työntekijän ja hoitopaikan merkityksellisyys asiakkaiden elämässä korostuu.

Tarkastelen aluksi tertiääritason reagoimistapojen lähihistoriaa ja esittelen sitten nykyisen hoitojärjestelmän ja siihen liittyvän ammatillisen koulutuksen. Yleisimmät päihdeongelmiin liittyvät hoidolliset väliintulot käsittelen luvussa ja hoitopaikkojen hoitoeettisiä ohjelmanjulistuksia esittelen luvussa .

3.2.1. Päihdehuollon historiaa

Kieltolain kumoamisen jälkeen vuonna 1937 Suomessa astui voimaan ns. alkoholilaki. Siinä alkoholiongelma nähtiin pitkälle moraalisen ja kurinpidollisena ongelmana, ja lain tavoitteena oli palauttaa juopottelevaa elämää viettävä henkilö raittiseen elämäntapaan. Toimeenpano annettiin kunnallisten huoltolautakuntien tehtäväksi. Menetelmät olivat asteittain kovenivia: varoitukset, tukitoimet, raittiusvalvonta ja lopulta hoito yleisessä alkoholihuoltolassa, joita oli perustettu eri puolille Suomea. Huoltolat sijaitsivat maaseutupaikkakunnilla, ja monien historiaan kuului toimiminen pakkotyölaitoksina, joihin mm. elatusvelvollisuuksiaan laistaneet voitiin määrätä. Huoltoloissa oli sopeuduttava kuriin ja järjestykseen sekä tehtävä "tarkoituksenmukaisen hoidon kannalta sopivaa työtä", käytännössä maataloustyötä. Huoltolahoitoon voitiin määrätä ihmisiä pakkopäätöksillä aina 1980-luvulle saakka, jolloin ne olivat jo melko harvinaisia. Vuonna 1943 Alko aloitti ostajantarkkailujärjestelmän, jonka ohjeissa puhuttiin runsaasti väkijuomia ostavien asiakkaiden "kuulusteluista", myöhemmin heitä "puhutelttiin". K. E. Lanun tutkimuksen mukaan ostajantarkkailulla ei ollut hoidollista vaikutusta. Ostajantarkkailun jäänteestä, henkilökohtaisesta "viinakortista" luovuttiin vuonna 1971. (Immonen et al. 1980, 4–6; Kettunen - Leppänen 1994, 18–19)

Vuonna 1948 joukko sosiaalityöntekijöitä perusti Alkoholihuollon kannatusyhdistyksen, jonka

tavoitteena oli kehittää vapaaehtoista hakeutumista hoitoon ja menetelmien monipuolistamista. Järjestö vaikutti alkoholiongelmien lääketieteelliseen hoitoon ja tutkimukseen panostavan Alkoholistien Vastaanottolaitoksen – sittemmin Järvenpään sosiaalisairaalan – perustamiseen vuonna 1951 ja on sen jälkeen ollut perustamassa ja kehittämässä useita hoidollisesti orientoituneita avo- ja laitoshoidon paikkoja (Kettunen - Leppänen 1994, 19). Vuonna 1947 perustettiin ensimmäinen AA-kerho Helsingissä (Immonen et al. 1980, 8).

Vuonna 1950 perustettiin Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö, jonka nimi on nykyisin Alkoholitutkimussäätiö. Sen tehtävänä oli tukea "väkijuomakysymyksen ymmärtämistä ja hoitamista" auttavaa tutkimusta, ja se seurasi avohoitoon perustuvien klinikoiden toimintaa ulkomailla. Vaikutteita saatiin Yalen yliopiston hallinnassa olleiden päihdeongelmaisten hoitoklinikoilta, joiden toimitaan keskeisesti vaikutti professorin E. M. Jellinek. Vaikutteita haettiin myös Euroopasta; mm. Hollannissa päihdehuolto oli vuoden 1949 jälkeen keskitetty puoliklinikkoihin. Helsingissäkin oli aloitettu 1950-luvun taitteessa antabushoitoa antava poliklinikkatoiminta. Vuonna 1953 Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö käynnisti A-klinikkakokeilun Vaasassa ja *Helsingin A-klinikka* perustettiin vuonna 1954. Kummankin toiminta perustui vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumiseen ja luottamuksellisuuteen. Henkilökuntaa rekrytoitiin uusia tehtäviä ajatellen *casework*-menetelmiin perehdytetyistä ostajantarkkailijoista, sairaanhoitajista sekä "psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä". Klinikoiden lääkärit toimivat osapäiväisinä. Hoito oli alussa yksilöterapiaa. Vuonna 1955 perustettiin A-klinikkasäätiö, jonka tehtäviin kuuluivat mm. A-klinikoiden ylläpito ja ohjaus sekä työntekijöiden erityiskoulutus. A-klinikkatoiminta laajeni voimakkaasti 1970-luvulla, kun se tuli valtionavun piiriin. Ensimmäinen kunnallinen A-klinikka perustettiin 1974. (Immonen et al. 1980, 12–25, 41.)

1970- ja 1980-luvuilla päihdeongelmien hoidon organisoiminen keskittyi yhä voimallisemmin A-klinikoille. A-klinikoiden toiminnallinen ajatus tuli pitkälle yhteiskunta- ja sosiaalitieteiden piiristä. Tämä näkyi myös niiden hallinnollisessa organisaatiossa ja henkilökuntarakenteessa sekä hoidon tavoitteissa. Hoidossa ei haluttu rajoittua vain alkoholiongelmaisen ja alkoholiongelman kanssa työskentelyyn, vaan pyrittiin monimuotoisempaan vuorovaikutukseen koko ympäristön kanssa. Hoidon menetelmiin suhtauduttiin tutkivasti, ja kehitystyö oli aktiivista. Hoidolliset tavoitteetkin nähtiin suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan. A-klinikat olivat ensimmäisten joukossa omaksumassa Yhdysvalloista tulleita *Social Caseworkin* – jota ruvettiin kutsumaan henkilökohtaiseksi huolloksi – ja perhetyön ajatuksia, ja niissä kokeiltiin erilaisia ryhmä- ja psykoterapioiden lähestymistapoja. Toisaalta A-klinikoille vakiintui käytäntö antaa lääkinnällistä apua mm. juomakierrosten katkaisussa. (Mäki 1984, Nissinen 1984a, Nissinen 1984b.)

Suhtautuminen hoidon tavoitteisiin suhteessa alkoholin käyttöön on herättänyt A-klinikkatoiminnan tiimoilla ajoittain vilkasta keskustelua. Raittiusjärjestöt, osa virallisesta päihdehuollosta ja AA-laiset ovat vaatineet A-klinikoita asettamaan täysraittius-tavoitteen hoidolle. A-klinikkasäätiön piirissä taas on korostettu yksilöllisiä hoitosuunnitelmia ja asiakkaiden omia tavoitteita ja on oltu valmiita hyväksymään lähtökohdaksi se, mikä kullekin asiakkaalle sillä hetkellä näyttäisi olevan mahdollista. Toiminnanjohtaja K. E. Lanu on aikanaan todennut: *"Raittius hoidollisena tavoitteena saattaa muodostua epätarkoituksenmukaiseksi; se saattaa merkitä poikkeavuutta ao. henkilön sosiaalisessa kentässä – poikkeavuutta, jota pyritään välttämään. Hoidon päämääräksi ei tule asettaa sitä, mikä on toivottavaa vaan se, mikä on mahdollista ja saavutettavissa. Myönteinen tulos on jo se, että potilas palaa hoitoon"*. Työntekijöiden keskuudessa on ollut erilaisia ideologisia virtauksia; aaterakennelmaa ei ole määrätty organisaation taholta, vaan se on kehittynyt jatkuvassa vuorovaikutuksessa johdon, työntekijöiden ja

asiakkaiden kanssa. (Immonen et al. 1980 50–52.)

A-klinikoiden yksilöhoidon viitekehys oli alussa dynaaminen psykiatria, joka korostaa elämänvaiheiden kriittistä merkitystä. Vuonna 1958 perustettu Therapeija-säätiö, joka kouluttaa psykoterapeutteja, on ollut merkittävä vaikuttaja A-klikoiden terapeuteille mm. työnohjauksen kautta. Monet tunnetut psykoterapeutit (C. Andersson, R. Juva, K. Kaila, K. Kuusi, P. Siltala ja H. Salminen) ovat toimineet työntekijöiden pitkäaikaisina konsultteina. 1970-luvulla saatiin vaikutteita kriisiteorioista (J. Cullberg) ja systeemiteorioista (J. Frykman). 1980-luvulla keskityttiin enemmän lyhytterapeuttisten menetelmien kehittämiseen ja aloitettiin kognitiivisten menetelmien koulutus. Ryhmätoiminta aloitettiin A-klinikoilla vuonna 1957. A-klinikkasäätiön työntekijät osallistuivat aktiivisesti Ryhmätyö ry:n toimintaan ja toivat sieltä vaikutteita A-klinikoiden ryhmiin. A-klinikoiden ryhmähoito on ollut sosiaalista ryhmätyötä, jossa terapeutin rooli on ollut ryhmän hoidollisen kehityksen edistäminen. Vuonna 1958 aloitettiin systemaattisempi perhehoito A-klinikoilla, ja esimerkiksi 1980-luvulla A-klinikkasäätiön koulutuksessa nimenomaan systeeminen perheterapia oli keskeisessä asemassa. A-klinikoiden johtajilla oli yleensä sosiaali- ja yhteiskuntatieteiden peruskoulutus, ja muu henkilökunta koostui sosiaalityöntekijöistä, jotka saivat 70-luvulla nimikkeen sosiaaliterapeutti, sairaanhoitajista sekä osa- tai kokopäiväisesti palkatusta lääkäristä. (Immonen et al. 1980, 53–60.)

A-klinikoille syntyi 60-luvulla potilastoimikuntia ja asiakasyhdistyksiä, ja 1967 perustettiin A-klinikan Asiakkaiden Liitto (nyk. A-Kiltojen Liitto ry). *A-killat* ovat järjestäneet erilaista ryhmä-, harrastus- ja koulutustoimintaa ja joillakin on hoidettavanaan myös asumispalveluita (Immonen et al. 1980, 72–74). Alasuutarin (1990, 130–134) mukaan A-kiltojen tapaamisissa ei ole yhtenäistä ideologiaa, jota puolustettaisiin normatiivisella rakenteella, vaan tapaamisissa on esillä runsaasti erilaista puhuttua materiaalia, josta kukin voi poimia oman kokonaisuutensa. Niillä ihmisillä, jotka kiinnittyvät A-kiltaan, on jo yhteisiä näkökulmia elämästä ja alkoholiongelmista lähtökohtanaan (työväenluokan luokkatausta ja hoito A-klinikalla), ja sen vuoksi A-killan ei ole tarvinnut kirjata "hoitoidologiaansa". Kiltalaiset ovat hylänneet erilaiset alkoholismiteoriat. Kukin saa valita oman linjansa suhteessa juomiseen, eikä kontrolloidun juomisen yrittämistä ei tuomita. A-kiltalaiset eivät pidä anonyymisyydestä, minkä Alasuutari selittää sillä, että työväenluokkaan kuuluva ei yleensä voi viettää kaksoiselämää, johon kuuluvat virallinen minä ja salattu minä.

Osa päihdehuollon asiakkaista on ollut hoitoon hakeutuessaan sekä fyysisen kuntonsa että sosiaalisten olojensa puolesta siinä kunnossa, että he ovat tarvinneet ensisijaisesti katon päänsä päälle, ruokaa ja mahdollisuuden lepoon. Tätä tarvetta vastaamaan on perustettu vuodesta 1963 lähtien *hoitokoteja*, joista osa on ollut A-klinikkojen, osa kuntien ja osa erilaisten yhteisöjen ylläpitämiä. Nytemmin hoitokodit toimivat usein puolimatrankoteina laitoshoidon jälkeen ennen itsenäisen asumisen aloittamista. Hoitokotien yhteyteen perustettiin *katkaisuhuitoasemia* vuodesta 1969 lähtien. Katkaisuhuitoasemien tehtävänä oli antaa hoidolliset ja sosiaaliset mahdollisuudet juomakierteen turvallisen katkaisemiseen niille, jotka eivät voineet hyödyntää avohoidon palveluita. Hoidon pituus on vaihdellut muutamasta päivästä 1–2 viikkoon. Sittemmin erillisten katkaisuhuitoasemien tai -osastojen määrä on kasvanut huomattavasti. Hoitokotien henkilökunnassa yleensä johtajilla on sosiaalialan koulutusta, ja muu henkilökunta koostuu ohjaajista ja taloushenkilökunnasta, jolla ei ole yleensä pidempää peruskoulutusta, mutta osalla saattaa olla omakohtaisia kokemuksia päihdeongelmien hoidosta. Katkaisuhuitoasemien henkilökunta on koostunut sairaanhoitajista, lääkäristä ja sosiaalityöntekijöistä.

Erityisesti 1960- ja 1970-lukujen taitteessa esille noussut huumeekysymys herätti tarpeen erityisesti nuorille suunnattujen poliklinikkojen, katkaisuhuitoasemien ja hoitokotien perustamisesta. Vuonna 1970 A-klinikkasäätiö perusti tätä tarvetta vastaamaan *Nuorisoaseman* Helsinkiin, ja sen jälkeen nuorisoasematoiminta on levinnyt suurimpiin kaupunkeihin. Nuorisoasemien henkilökuntarakenne oli suunnilleen sama kuin A-klinikoilla, katkaisuhuitoasemilla ja hoitokodeissa.

Samalla kun avohoito kehittyi ja laajeni, perinteiset laitoshoitopaikat, huoltolat, joutuivat 1980-luvulla uusien haasteiden eteen. 1980-luvulle saakka niin kuntien sosiaalityöntekijät kuin paikkakunnan juopotkin olivat sisäistäneet sen, että kroonistuneimmat juopot aika-ajoin saivat maksusitoumuksen laitostuntoutukseen muutamaksi viikoiksi. 1980-luvun loppupuolella yhä tietoisemmin tätä automaattia on pyritty rikkomaan ja painottamaan edelleen avohoidon osuutta ja hoidon jatkuvuutta. Tämä on merkinnyt laitoshoidolle hoitotyön kehittämistarvetta, ja tässä tilanteessa ehkä parhaiten ovat selvinneet ne hoitolaitokset, jotka jo aikaisemmin olivat kunnostautuneet erilaisten ryhmä- ja yksilöhoitojen kehittämisessä. Laitoshoitopaikoissa kognitiivinen käyttäytymisterapia on saanut 1980-luvulla melkoista suosiota, ja siellä sitä on annettu nimenomaan ryhmähoidon muodossa (Saarnio 1990). Laitoshoitopaikkojen henkilökuntarakenne on ollut hyvin kirjava. Yleensä ne ovat olleet sosiaalityöjohtoisia, ja palkatussa henkilökunnassa on ollut sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia, lääkäreitä, joissakin psykologi sekä ohjaajia, valvojia ja talouspuolen henkilökuntaa.

Vuonna 1982 aloitti Espoon Pellaksessa Minnesota-mallia (ks. s.) esimerkkinään käyttävä Kalliolan klinikka Alkolta saadun starttirahan turvin. Klinikkan hoito muodostui neljän viikon kognitiivisesti painottuneesta ja AA-ohjelmaa noudattavasta ohjelmasta, jonka pääpiirteet oli omaksuttu Hazeldanin klinikalta Yhdysvalloista. Osa hoitotyöntekijöistä oli juomisensa lopettaneita alkoholisteja. Heidän ammattinimikkeensä on ollut päihdeterapeutti, ja he ovat toimineet ryhmien vetäjinä ja lähityöskentelyssä asiakkaiden kanssa. Lisäksi henkilökuntaan on kuulunut sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaanhoitaja, lääkäri, teologi ja toiminnanjohtaja. Hoitopaikka markkinoi itseään organisaationa, joka on halukas työskentelemään nimenomaan sellaistenkin päihdeongelmaisten kanssa, jotka eivät itse näe hoidolle tarvetta. Hoitoa kutsuttiin etenkin alkuvuosina "myllyhoidoksi". Nimityksellä kuvattiin hoitoprosessia, jossa kahden ensimmäisen viikon aikana pyrittiin "rikkomaan potilaiden valheellinen" minäkuva, joka oli "alkoholistisen ajattelun" leimaama, ja sen jälkeen hoidossa painotettiin itseensä tutustumisen ja uuden elämäntavan opiskelua. Nytemmin kuntouttavan osuuden merkitystä korostettu aikaisempaa enemmän. Hoidossa korostuu alkoholiseksi identifioitumisen tärkeys ongelmien hoitamisen lähtökohtana. Jatkohoito perustuu AA-ryhmiin, ja muutenkin hoidossa korostetaan vertaisryhmien merkitystä. (Kettunen - Leppänen 1994, 56–60, Holmberg 1995, 194.)

Myllyhoidon tuominen suomalaiseen päihdehuoltoon aiheutti 80-luvun alkupuolella päihdehuollon kentällä ajoittain myrskyisääkin keskustelua menettelytavoista ja hoitoideologioista. Kalliolan nykyinen johtaja näkee myllyhoidossa miesten kapinaa: *"Yleensä miehet sairastavat ja naiset hoitavat mutta myllyhoidossa ... miehet sairastavat ja myös hoitavat. Päihdehuollon kenttään myllyhoito toi aika rankan miehisen näkökulman: tehdään tulosta, ollaan ryhdikkäitä"* (Kettunen - Leppänen 1994, 61–72, 82–83). Kalliola järjestää myös amerikkalaisen mallin mukaan alkoholistien läheisille läheiskursseja ja kursseja alkoholistien aikuisille lapsille. Nykyisin Kalliolan klinikka toimii Nurmijärvellä.

Kalliola-säätiö perusti 80-luvun puolivälissä huumausaineiden käyttäjille hoitopaikan Kiskoon. Siellä

laitoshoitojakson tavoiteltu pituus on vuosi. Myös siellä 12 askeleen ohjelma on keskeisessä asemassa. Terapeuttisena viitekehyksenä on käytetty transaktioanalyttistä mallia. Erityisesti naisten hoitoon Minnesota-mallia Suomessa sovelsi myös 80-loppupuolella perustettu ja lyhytikäiseksi jäänyt Naisten kartano, joka otti esimerkkiä Betty Ford -klinikalta USA:sta. (Kettunen - Leppänen 1994, 88.)

Kristillisten kirkkojen ja seurakuntien sekä yhdistysten julistustyön rinnalla on ollut alkuseurakunnallinen ajatus "heikompien auttamisesta ja palvelemisesta". Seurakuntadiakoniasta ja etsivästä katulähetystyöstä on vuosien kuluessa kehittynyt kristillisen päihdetyön etsivä ja korjaava hoitotoiminta, joka on kohdistunut nimenomaan heikompiosaisiin päihdeongelmaisiin. Pelastusarmeijalla on ollut pitkään merkittävää hoitokoti- ja asuntolatoimintaa. Vuonna 1936 perustettiin Sininauhaliitto ry, josta on 80-luvulla kehittynyt eri puolilla maata toimivien paikallisten päihdeyksiköiden keskusjärjestö. Jäsenjärjestöt ylläpitävät asumispalveluyksiköitä, hoitokoteja ja päiväkeskuksia ja suorittavat etsivää kenttätöitä. Sininauhaliitto antaa näille jäsenjärjestöilleen täydennyskoulutusta, konsultointia ja työnohjausta. (Haveri 1992.)

3.2.2. Palvelujärjestelmä

Lainsäädäntö

Vuonna 1987 voimaan astuneessa päihdehuoltolaissa päihdeongelmien hoidosta päättäminen ja sen valvonta siirtyivät lopullisesti järjestysviranomaisilta sosiaali- ja terveysviranomaisille. Lain mukaan päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle, ja päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden käyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta (Onikki – Ranta 1993, 120).

Organisaatio

Olavi Kaukosen (1994, 10–14) tekemän katsauksen mukaan päihdehuoltoon erikoistuneita avopalveluita oli saatavilla vuonna 1992 kokopäiväisesti 74 kunnassa ja osapäiväisesti 23 kunnassa. Laitospuoli kasvoi vielä vuosikymmenen loppuun. Kuntoutusyksiköitä oli vuonna 1992 yhteensä 47, joista 45 % oli kunnallisia, 28 % kuntainliiton ja 27 % järjestöjen. Asumispalveluyksiköitä (hoitokodit, tukiasunnot, asuntolat) oli 113, ja niistä järjestöt ylläpitivät 60 %. Laitoskuntoutusten määrä oli laskussa. Päihdehuollon erityispalveluissa palvelee vuosittain 40.000–50.000 asiakasta. A-klinikoiden asiakkaista siviilisäädyltään yksinäisiä oli 56 % , naisia oli 20 % ja 40–49-vuotiaita oli 37 % (mt. 23).

Viime vuosina on pyritty kehittämään sekundaaritason interventioita, joiden kohteena ovat ihmiset, joiden päihteiden käyttö on kehittymässä ongelmalliseksi. Tässä on käytetty apuna lääkäreiden ja sairaanhoitajien mini-interventioita, päihdeongelmien puheeksi ottamista vastaanotoilla. Lisäksi eri kuntien raittiustoimistot ja erilaiset yhteisöt ovat järjestäneet oma-apuryhmiä, joissa lyhyen kurssin aikana juomisestaan huolestuneet ovat saaneet keinoja elämäntilanteensa hallintaan.

Vuoden 1991 päihdetapauslaskennassa yhden vuorokauden aikana rekisteröitiin 7.631 päihde-ehdoista hoitotapahtumaa tai -vuorokautta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Niistä 44 % kohdattiin peruspalveluissa (sosiaalitoimistot, terveysasemat, vuodeosastot, sairaalat) ja 56 % päihdehuollon

erityispalveluissa (A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset, katkaisuhuitoasemat, kuntoutuslaitokset, asumispalvelut), avopalveluissa 22 % ja laitospalveluissa 34 %. (mt. 9.)

Suomessa ei ole Kaukosen mielestä yhtä päihdehuollon erityispalveluiden toimialaa, vaan useita erilaisin periaattein toimivia ja laadullisesti erilaisiin työprosesseihin perustuvia päihdepalvelujärjestelmiä, jotka valikoivat eri tyyppisiä asiakaskuntia (mt. 41). Päihdehuollon voi jakaa kuitenkin karkeasti kahtia: professionaaliseen avo- ja laituskuntoutukseen (A-klinikat, katkaisuhuitoasemat, hoitolaitokset) ja epäprofessionaaliseen asumispalvelu- ja päiväkeskustoimintaan. Laitosasumisjärjestelmä on lähes täysin tutkimaton alue. Asumispalveluista hoitokodit on tarkoitettu kuntouttavaa väliaikaista asumista varten aktiivi-ikäisille, ja huoltokodit on tarkoitettu ensisijaisesti eläkkeellä olevien päihdeongelmaisten pysyväisluonteiseksi asumispalveluksi. Kummassakin on kyse enemmän laitoksista kuin asunnoista; asiakkaille ei ole tarjolla intimitetin suojaa, omaa huonetta jne. Lisäksi tulevat ensisuoijat, tukiasunnot sekä päiväkeskustoimintaa (mt. 17). Kun avo- ja laituskuntoutuksessa korostuu ratkaisupainotteinen, riippuvuusproblematiikkaan keskittyvä työskentely, niin asumispalveluissa on kyse pitkäjännitteisestä arjen tuesta (mt. 56–57).

Vaikka päihdeasiakkaalla olisikin mahdollisuuksia ja kykyä vertailla erilaisten palvelujen laatua, käytännössä valintavaihtoehdot ovat vähissä. Kaukonen (mt. 49) toteaa, että edes professionaalisen erityispalvelun auttamissuhteeseen ei mahdu koko se syrjäytymisen ja huono-osaisuuden monitahoisuus, jota enin osa asiakkaista kantaa nahoissaan yksittäisen työntekijän työhuoneeseen. Voidaan olla tyytyväisiä, jos yksittäistapauksissa onnistutaan vähentämään päihteiden ongelmallista käyttöä ja lieventämään siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja niin, että asiakkaiden turvallisuus ja toimintakyky lisääntyvät.

Virallisen päihdehuollon ulkopuolella toimivia AA-ryhmiä oli vuonna 1993 noin 700 ja niissä käyvien jäsenten kokonaismääräksi on arvioitu 15 000. Tämän lisäksi maassa toimi 1990-luvun alussa noin 170 AI-anon ryhmää alkoholistien omaisille, 11 AI-alteen -ryhmää (Alkoholistien lapset) ja 40 AAL-ryhmää (Alkoholistien Aikuiset Lapset). Kaikkien näiden ryhmien toimintamalli ja ideologia perustuvat pitkälle AA:n perinteisiin (ks s.). AA:n kahdentoista askeleen ohjelmaa on sovellettu ensin Yhdysvalloissa ja 1980-luvulta lähtien Suomessakin myös mm. huumeriippuvuuden, peliriippuvuuden, syömishäiriöiden ja seksiriippuvuuden tiimoilla toimivissa oma-apuryhmissä. Yhdysvalloissa AA-liikkeen sisällä on syntynyt omia ryhmiä erilaisista riippuvuusongelmista kärsiville naisille, rodullisille ja uskonnollisille vähemmistöille sekä homoille ja lesboille. (Kettunen - Leppänen 1994, 32–34.)

A-killat ovat päihdeongelmaisten organisoimia ja ylläpitämiä yhteisöjä, joiden tavoitteena on päihteetön elämäntapa. A-kiltoja oli Suomessa vuonna 1994 yhteensä 71, joista aktiivisesti toimivia oli noin 60. Jäsenmaksunsa maksaneita jäseniä oli 3.000 ja toiminnan piirissä säännöllisesti mukana olevien määräksi A-kiltojen liitto arvion noin 6.000 henkilöä. Naisten osuus jäsenistöstä on keskimäärin 20 % ja joissakin killoissa naisilla on omaa ryhmätoimintaa. A-killat järjestävät keskimäärin 1–3 ryhmätapaamista viikossa. Joillakin A-killoilla on päiväkeskus ja/tai hoitokoti. Lisäksi killoilla on runsaasti omaa koulutus- ja harrastustoimintaa: viikonloppukurssit A-kiltatoiminnan periaatteista, lomamökit, matkailu, urheilu. (Järjestösihteeri Esa Mikkosen puhelinhaastattelu elokuussa 1995.)

Alasuutari (1990, 104–106) arvelee, että asiakkaiden sivilisäätö- ja ammattiryhmäjakaumat vaikuttavat hoitomudon valintaan. Keskiluokan ihmiset ovat taipuvaisia hahmottamaan alkoholiongelmat

lääketieteellisen mallin mukaisesti ja ovat valmiimpia selvittelevään terapiaan tai AA-ryhmiin. Tämä liittyy myös siihen, että keskiluokkaan kuuluvilta odotetaan sisäistä velvollisuuden tunnetta. Koska juominen estää velvollisuuksista suoriutumista, se vaikuttaa irrationaaliselta, ja siksi ollaan taipuvaisia näkemään juomisongelma persoonallisuushäiriön oireeksi tai sairaudeksi. Työväenluokkaan kuuluvat taas näkevät alkoholiongelmien enemmän sosiaalisina ja moraalisin konflikteina ja torjuvat psykoterapian "hyödyttömänä puheena", koska he vieroksuvat sen keskiluokkaisia painotuksia ja tarvitsevat usein enemmänkin perushuoltoon liittyviä laitospalveluita. Työväenluokkaan kuuluvan odotetaan tekevän sen, mitä on määrä tehdä. Tämä erottelu pätee myös siviilisäätyn; avioituneella miehellä on enemmän velvollisuuksia ja siksi hän on valmiimpi näkemään juomisongelman oireena jostakin häiriöstä, johon tarvitaan terapiaa. Olettaisin, että sekä työväenluokkaan kuuluvat ja naimattomat naiset poikkeavat tässä suhteessa miehistä ja hakeutuvat heitä herkemmin hoidon piiriin.

3.2.3. Homo- ja biseksuaalien huomioonottaminen järjestelmässä

Päihdehuollon palvelut ovat sektoroituneet hoidollisiin hoitopaikkoihin ja hoivallisiin asumispalveluihin. Useissa hoitopaikoissa on perustettu erityisryhmiä tai -osastoja naisille, ja huomattava osa asumispalveluista rajaa palvelunsa vain joko naisille tai miehille. Ruotsinkielisillä on käytettävissään yksi ruotsinkielinen hoitolaitos. Muuten päihdehuolto ei juurikaan ole eriyttänyt palveluitaan asiakkaiden sosiaalisen identiteetin perusteella.

Tampereen A-klinikka järjesti 1980-luvun lopulla SETA:n paikallisen jäsenjärjestön toivomuksesta määräaikaisen ryhmän päihdeongelmista kärsiville lesboille. Ryhmän toiminnasta tiedotti Tampereen SETA, sen sijaan A-klinikalla sitä ei julkisesti markinoitu (suullinen informaatio ryhmän ohjaajalta). Vastaavaa ryhmää ei ole järjestetty uudelleen, koska sellaisesta ei ole SETA:n puolelta pyydetty. Samoihin aikoihin Helsingin A-klinikka järjesti yhdessä AIDS-tukikeskuksen kanssa määräaikaisen ryhmän HIV-tartunnan saaneille miehille. Pari vuotta tätä ennen SETA ja Helsingin A-kilta suunnittelivat yhdessä homomiehille suunnatun ryhmän perustamista kiltatoiminnan yhteyteen. Kilta varasi tilat, mutta toiminta ei päässyt kunnolla käyntiin ryhmän vetäjien luopuessa hankkeesta.

SETA:lla oli 90-luvun alussa vuoden mittainen juomisen itsehallintaprojekti, jonka tiimoilla koulutettiin puhelinpäivystäjiä ja oma-apuryhmien vetäjiä viidelle eri paikkakunnalle ja määräaikaisia juomisen itsehallintaryhmiä järjestettiin kolmella paikkakunnalla kahden vuoden ajan (omat kokemukseni vapaaehtoistyöntekijänä). SETA:n tiloissa on toiminut lesbojen A-Akanat -ryhmä vuodesta 1982. Kaksi vuotta myöhemmin ryhmä otti toimintansa rungoksi AA:n 12 askeleen ohjelman, mutta ryhmä ilmoittautui AA-luetteloon vasta 1990-luvun alussa (haastattelu A01). Suomalaisen AA-liikkeen sisällä syntyi kohtalainen polemiikki v. 1987, kun SETA:n tiloissa toimintansa aloittanut miehille ja naisille tarkoitettu AA-ryhmä Elämänlanka halusi päästä AA:n ryhmäluetteloon ryhmänä, joka on tarkoitettu erityisesti seksuaalisiin ja sukupuolisiin vähemmistöihin kuuluville. Ryhmää ei hyväksytty tällä otsakkeella luetteloon. Kielteistä kantaa perusteltiin sillä, että kaikkien AA-ryhmien tulee olla kaikille avoimia ja mitään erityisryhmiä ei sallita. Keskusteluissa kävi ilmi, että otsake "seksuaalisiin ja sukupuolisiin vähemmistöihin kuuluville" herätti myös sisältönsä vuoksi ärtymystä. Luetteloon oli aiemmin hyväksytty naisten ja lääkäreiden omat AA-ryhmät. Lopulta Elämänlanka otettiin luetteloon AA-ryhmänä, joka kokoontuu SETA:n tiloissa. Ryhmä suostui tähän, kun siinä vaiheessa AA-liikkeen sisällä ryhmän tukijoiden voimat eivät muuhun riittäneet ja koska sana SETA oli Suomessa hyvin yleisesti assosioitunut seksuaalisiin ja sukupuolisiin vähemmistöihin (Kokemukseni SETA:n

sosiaalisihteerinä vuosina 1986–89). Kettusen ja Leppäsen (1994, 34) mukaan AA-ryhmien tällainen erikoistuminen on Suomessa vasta aluillaan.

4. HOIDOLLINEN VUOROVAIKUTUS

4.1. Työntekijät

Päihdehuollossa toimivan työntekijän työskentely määritellään yleensä ammatilliseksi toiminnaksi, jota ohjaavat hoitopaikoille määritellyt yhteiskunnalliset tavoitteet, sovitut eettiset periaatteet ja tieteellinen tieto. Ammatillisuus on kuitenkin vain yksi, joskin keskeinen, päihdehuollon vuorovaikutustilanteita määrittävistä tekijöistä. Sen ohella on otettava huomioon työntekijöiden persoonallisuus, identiteetit ja asenteet. Tässä luvussa esittelen lyhyesti näitä työntekijää hoidollisissa vuorovaikutustilanteissa ohjaavia tekijöitä.

4.1.1. Ammatillisuus

Silloin, kun jokin ammatti olennaisesti liittyy yhteiskunnan jäsenten hyväksymiin arvopäämääriin, kuten terveyteen, turvallisuuteen, vapauteen, tasa-arvoon ja hyvinvointiin, voidaan tietyin edellytyksin puhua professionaalisuudesta⁹ (Airaksinen 1993). Jotta jonkin ammatin yhteydessä voidaan puhua professionaalisuudesta, edellytetään paitsi sitoutumista yhteiskunnassa hyväksytyihin arvopäämääriin myös taetta työn laadusta, ammattitaitoa. Se voidaan useimmiten osoittaa koulutuksella, jonka tasoa varmistaa sen pituus ja kytkeytyminen tieteelliseen tutkimukseen (Lehto 1991, 12). Airaksisen (1993) mukaan ammattiauttajat ovat profession, alaprofession tai semiprofession jäseniä tai työskentelevät näiden alaisuudessa. Alaprofessiolla Airaksinen viitataan ammatteihin, jotka ovat sitoutuneet samoihin arvopäämääriin kuin jokin aito professio, mutta sillä ei ole samaa tieteellistä koulutusta tai valtaa. Semiprofessiolla taas viitataan ammatteihin, jotka ovat vahvasti tavoittelemassa profession asemaa, mutta niiden asema ei ole vielä riittävän vakiintunut.

Lääkäreiden professionaalisuudella on erittäin pitkät ja vahvat perinteet (Lehto 1991, 47). Myös laillistetuilla psykologeilla on vakiintunut professionaalinen asema. Airaksisen (1993, 27) mukaan sairaanhoitajat muodostavat lääkäreiden alaprofession. Heillä on samat arvot kuin lääkäreillä, mutta ei samaa tieteellistä koulutusta tai valtaa. Selvä merkki sairaanhoitajien pyrkimyksestä itsenäisempään professioon on yliopisto-opetuksen alaisuuteen on synnytetty hoitotiede. Lehdon (1991, 47) mukaan sosiaalityöntekijät ovat professioasemaa tavoittelevassa asemassa. Sosiaalityöntekijöillä on tukenaan yliopistotasoinen koulutus ja tutkimus sekä omat yhteiskunnallista hyvää edistävät eettiset norminsa, mutta ammatin asema ei ole vakiintunut. Sosiaalityöntekijän tehtäviä on voitu hoitaa myös ilman vaadittua koulutusta ja pätevyyttä. Päihdehuollon muut työntekijät (ohjaajat, päihdeterapeutit, valvojat jne.) toimivat professioon tai semiprofessioon sitoutuneiden työntekijöiden alaisuudessa.

Jouni Lehto (1991) on tarkastellut professionaalisuusodotusten heijastuksia lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden juoppouteen kohdistuvassa työssä. Käytän hänen tutkimustaan tämän luvun runkona. Professionaalisuuden etuna Lehto näkee parhaimmillaan neutraalin ja adekvaatin toiminnan, haittana taas vallan kasautumisen ja mahdollisuuden monopolisoida ongelman käsittely. Jos maallikoilla ei ole toiminnan perusteena olevaa tietoa, maallikot eivät voi luoda täsmällisiä odotuksia hyväksyttävälle professionaaliselle toiminnalle. (mt. 12.)

⁹ Airaksinen käyttää ammatti-nimikettä, rajattuaan ensin sen alan samalla tavalla kuin Lehto (1991) on rajannut käsitteen professionaalisuus. Yhtenäisyyden ja selkeyden vuoksi käytän professionaalisuus-termiä.

Habermas on kritisoinut professionaalisuuden lisääntymistä yhteiskunnassa, koska se muuttaa kansalaiset yhä enemmän asiakkaaksi. Arkipäivän moraaliset ja yhteiskunnalliset kysymykset institutionalisoituvat ammatti-ihmisten asioiksi. Samalla kansalaisten elämä köyhtyy. Professionaalisuus voi olla harhaanjohtavaa, sillä auttamistilanteissa tarvitaan niin kokonaisvaltaista tilanteiden ymmärtämistä, että siihen ei itseasiassa ole tarjolla tieteen antamia välineitä. (mt. 53.)

Lehto käyttää Habermasin erottelua 1) moraalinen diskurssi (perustana yhteiset säännöt), 2) dramaturginen diskurssi (uskomus, että toisen ekspressiivinen toiminta vastaa autenttisesti sisäistä subjektiivisia maailmaa) ja 3) kommunikatiivinen toiminta (yksimielisyys toisten argumenttien totuudellisuudesta - mallina tieteellinen väittely). Professionaalisen auttamisen ideaalina pidetään tieteellistä ekspertiisiä ja sen kommunikatiivista rationaalisuutta. Sen mahdollisuudet toimia käytännössä eivät kuitenkaan vastaa ihannetta. Näin muodostuu ristiriitaisia odotuksia dramaturgista ja moraalista diskurssia kohtaan; sitä odotetaan ja sitä vältellään. Ristiriitaisia odotuksia kohdistuu myös käytännön työn strategiseen orientoitumiseen (arkisemmin sanottuna "junailemiseen"). Toisaalta sitäkin odotetaan, toisaalta sitä pidetään vältettävänä. (mt. 58.)

Yhteenvedona Lehto toteaa, että professionaalisuus on ammattikunnan väline oman arvostuksen lisäämiseen, koulutusyksiköiden lupaus ja tapa tiivistää vallankäyttöä entistä näkymättömämmällä tavalla sekä jatkuvasti esillä oleva vaatimus, johon on yritettävä sopeuttaa omaa työtään (mt. 61). Vallankäyttö liittyy kielenkäyttöön. Ongelmien nimeäminen, luokittelu ja normaalistaminen eksperttien kielellä johtaa siihen, että muodollisesti tasa-arvoisessakin tilanteessa asiakas ei kykene kommentoimaan työntekijän arviota ja johtopäätöksiä. Vaikka hän on koko ajan läsnä, vaikka hänellä on mahdollisuus ilmaista eriäviä mielipiteitä ja vaikka häntä ei pakoteta hyväksymään työntekijän johdattelemaa valintaa, vaan hän suostuu siihen "vapaaehtoisesti", hän ei voi olla tasa-arvoisesti arvioimassa olemassa olevia vaihtoehtoja, valinnan kriteereitä ja eri vaihtoehtojen valinnasta johtuvia seuraamuksia. (mt. 193.)

Suomessa päihdehuollon erityispalveluyksiköt ovat sosiaalityöntekijäjohtoisia. Sosiaalityöntekijän toiminnan välineitä ovat tieteellinen tietoperusta sekä terve järki, käytännön kokemus, luovuus, persoonallisuus ja vakaumus. Sosiaalityön tietopohja on hyvin laaja: sosiaalipolitiikka, psykologia, sosiologia, kasvatustiede, taloustiede, oikeustiede ja lääketiede. Sosiaalityön luonnetta käsittelevässä keskustelussa *etiikka* on saanut korostetun aseman. Sosiaalityön nähdään tai halutaan sitoutuvan kokonaisvaltaisesti asiakkaan hyvään (mt. 108).

Normatiivisissa kuvauksissaan useimmat A-klinikoiden sosiaalityöntekijöistä liittivät sosiaalityön sosiologiaan, sosiaalipsykologiaan ja sosiaalipolitiikkaan, mutta työn empiirisissä kuvauksissa painottui keskusteluhoito, joka sai joko pedagogiaan tai terapiaan suuntautuvan sisällön. Terapeuttien identiteetti näytti ohjaavan heidän toimintaansa. He halusivat välttää asiakkaiden ja heidän ongelmien luokittelua, diagnosointia ja leimaamista. Juoppoutta ja siihen liittyviä ongelmia pidettiin niin moninaisena, etteivät luokittelut niitä tavoita. Sosiaalityön vahvuutena pidettiin asiakkaiden vahvojen puolien etsimistä. Toisaalta kuvaukset käytännön työstä rakentuivat nimenomaan asiakkaiden ongelmia painottaviksi (mt. 110–119). Lehto (mt. 125–129) arvelee, että rajoittuminen hoidollisen tulkintakehyksen mukaiseen toimintaan mahdollisti ekspertisimallia lähenevän työskentelyn. Alkoholiongelma hahmottui yksilöön paikantuvaksi sairauden kaltaiseksi ilmiöksi, jolla kuitenkin on myös yhteisöihin ja yhteiskuntaan liittyviä syitä ja seurauksia.

Lääkärin professionaalisuus päihdehuollossa perustuu pitkään professionaalisuuden perinteeseen ja 40-luvulta lähtien vahvistuneeseen näkemykseen alkoholismin sairaus-luonteesta (mt. 69). Tutkimuksessaan Lehto huomasi, että sama lääkäri saattoi puhua juoppoudesta monessa erilaisessa ja erilaisia ammatillisia identiteettejä sisältävissä tulkintakehyksissä. Tämä mahdollisti sen, että itseasiassa *arkikäytännön* tulkintakehys sai keskeisen merkityksen lääkärin toiminnassa. Työn käytännölliset edellytykset suuntasivat toimintaa. A-klinikoiden lääkäreistä suurin osa sijoittui lähelle peruslääkärin (muita vaihtoehtoja olivat erikoislääkäri tai hoivalääkäri) orientaatiota. Työotteen kokonaisvaltaistuminen ei tapahtunut tuomalla biolääketieteen rinnalle muita ekspertiisimallin mukaan sovellettuja ja teoreettisesti hallittuja ihmistieteitä, vaan käsityöläismäisellä tavalla. Näin muodostui perusta auttaa juoppoja arkisella pedagogialla, äidillisellä hoivalla, arkisilla neuvoilla. Kovan ekspertiisin odottaminen johti juoppouden käsittelyn välttämiseen. (Lehto, 90–95.)

Ylisuurista ekspertiisiodotuksista selviytymisessä Juhani Lehto paikallisti päihdehuollon lääkäreillä ja sosiaalityöntekijöillä seuraavat kolme strategiaa: 1) työn kohteen rajaaminen niihin juoppouteen liittyviin kysymyksiin, joihin ekspertiisi riittää, 2) ekspertiisiodotusten torjuminen tai työn esittäminen ekspertiisiodotusten mukaisina silloinkin, kun työntekijä tietää työnsä poikkeavan odotuksista, 3) odotusten ohjaaminen osittain tai kokonaan toiseen ammattikuntaan kohdistuviksi. (mt. 168.)

Lehdon mukaan merkittävä osa sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden juoppouteen liittyvästä työstä hahmottui varsinaisten ekspertiisiodotusten ulkopuoliseksi tilannearvioiden teoksi, pedagogiaksi, hoivaksi, kontrolliksi, junailuksi ja muuksi toiminnaksi. Pedagogian, kontrollin ja hoivan vahvan osuuden Lehto tulkitsi *moraalisten* kysymysten keskeisyydeksi tässä työssä. Päihdetyössä kuitenkin Lehdon mukaan vältetään moraalisten kysymysten avointa käsittelyä. Irrottautuminen moraalista kysymyksenasetteluista esitetään usein juoppojen professionaalisen auttamisen lähtökohdaksi¹⁰. Kun moraalisia kysymyksiä ei käsitellä avoimesti moraalisinä kysymyksinä, tilalle tulee sairaus–terveysdiskurssi, jonka myötä asiakas helposti hahmotetaan "vajaavaltaiseksi" ja strategisen moraalisen ohjaustoiminnan kohteeksi. Tällöin moraalisia kysymyksiä ei vältetä, mutta vaikeutetaan niiden käsittelyä avoimessa keskustelussa, yhteisymmärrysorientoituneesti. (mt. 204–205 ja 197.)

Lehdon mukaan päihdetyöntekijät sovelsivat runsaasti dramaturgista työotetta, jossa olennaista on asiakkaan ja työntekijän roolien yhteen sopivuus. Hoivallinen työote on eräs ratkaisu jatkuvaan rooliodotusten vaihteluun. Se rinnastuu tapaan, jolla aikuiset joutuvat vaihtelevaan roolejaan ja rooliodotuksiaan suhteessa murrosikäisiin lapsiin tai hoivan tarpeessa oleviin vanhuksiin (mt. 200). Päihdetyössä moraalinen, dramaturginen ja strateginen toiminta, jossa keskeistä on löytää kuhunkin tilanteeseen sopivat keinot, "piilottuvat" joko ekspertiisikielen erittelyjen tai arkikielen erittelemättömyyden taakse. Työn moraalisten, dramaturgisten ja strategisten toimintojen "piilottaminen" on keskeinen selviytymisstrategia siinä ristiriitaisessa tilanteessa, jossa työntekijöiltä sekä odotetaan tällaisia toimintoja että niiden välttämistä. Jos vallankäytön teknologioita ja niiden eroja ei tunnusteta, myös työntekijöiden on vaikeaa hallita asemaansa vallankäytön välikappaleena (mt. 203).

Ammattikunnan jäsenenä työntekijät joutuvat "lunastamaan" muiden – esim. lakien säätäjien, hallinnon, koulutus- ja tutkimusyksiköiden tai ammattikuntien sisäisten eliittiryhmien – antamia lupauksia

¹⁰ Tämä liittyy pyrkimykseen irrottautua perinteestä, jossa alkoholin ongelmallinen käyttö liitetään moraaliseen heikkouteen.

professionaalisuudesta. Käytännön työntekijöille uusien ongelmien tuleminen heihin kohdistuvien professionaalisuusodotusten piiriin voi merkitä työmäärän kasvamista, ammattitaitoa vastaamattomien tehtävien saamista sekä ahdistavien voimattomuuden ja työn tuloksettomuuden kokemusten lisääntymistä. Jos käytännön työntekijöiden kokemuksia ei oteta huomioon, muutosvastarinta jää pinnan alle ja työn kehittäminen odotusten mukaiseksi saattaakin osoittautua mahdottomaksi. (mt. 207)

Esittelin Lehdon tutkimusta näinkin laajasti, koska se osaltaan valottaa sitä jännitteistä kenttää, jossa pyrin tarkastelemaan homo- ja biseksuaalisuuden huomioon ottamista. Koska homo- ja biseksuaalisuus koskettavat olennaisella tavalla monia sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyviä keskeisiä rakenteita ja sen myötä herättää yksityisyyteen, moraaliin ja ihmisoikeuksiin liittyviä kysymyksiä ja koska homoseksuaalisten suhteiden toteuttaminen on hyvin pitkään ollut lainsäädännön (josta professio saa tehtävänmäärittelynsä) suojelun ulkopuolella, voi Lehdon erittelyn perusteella olettaa, ettei homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien kysymysten jäsentäminen sujuvaksi osaksi yksittäisten työntekijöiden ja työryhmien ammatillisista puhetta ja käytäntöä ole ollut kovin helppoa. Ylhäältäpäin annetut näihin kysymyksiin liittyvät ammatillisuusodotukset ilman niihin annettuja työvälineitä voivat johtaa kysymysten torjuntaan. Niin kauan kun homo/biseksuaalisuus oli vain diagnosoitu häiriö, sen käsittely professionaalisesti itsestä etäännytettyä oli melko ongelmatonta työntekijälle. Siinä vaiheessa kun tämä mahdollisuus on perustellusti haluttu poistaa, heteroseksuaalisesta oletuksesta poikkeaminen herättää vaikeammin etäännytettäviä kysymyksiä. Kiusallisiksi koettuja ja vaikeasti käsiteltäviä seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyviä asioita voidaan silloin a) ohittaa niin kuin niitä ei olisikaan, b) käsitellä vanhan diagnosoivan lähestymistavan mukaan, c) sovittaa eri osasista koottuun uudempaan jäsenyskenttään tai d) ohjata toiselle työntekijälle tai hoitopaikalle. Oletan, että monet työntekijät ovat löytäneet eettisesti tyydyttäviä jäsenyksiä homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien kysymysten kanssa työskennellessään, mutta se ei ole yleensä verbalisoitunut yhteiseksi puheeksi. Näin osa työntekijöistä todennäköisesti lähes huomaamattomasti valikoituu homo- ja biseksuaalien hoitotyöntekijöiksi.

Suomessa on totuttu pitkään toimimaan suhteellisen yhtenäisen kulttuurin ehdoilla, antamatta tilaa erityisryhmille tai osakulttuureille. Toimiminen monikulttuurisessa ympäristössä asettaa ammattiauttajille uudenlaisia ammatillisia vaatimuksia. D. Sue (siteerattu: Corey 1991, 25–27) on tähdentänyt, että terapeuttiset lähestymistavat ovat kulttuurisidonnaisia. Hänen mukaansa keskeistä onnistuneelle auttamistyölle monikulttuurisessa ympäristössä on työntekijän halukkuus oppia uutta asiakkailtaan, antaa heidän opettaa kulttuurinsa keskeisiä piirteitä. Ohessa Suen luettelo siitä, minkälainen monikulttuurisessa ympäristössä ammatillisesti pätevä työntekijä on (mt. 26–27).

- hän tietoinen omista kulttuurisista arvoistaan ja, siitä miten ne vaikuttavat vähemmistöihin kuuluviin asiakkaisiin.
- hän pystyy arvostamaan erilaisia kulttuureja,
- hän luottaa siihen, että sekä asiakas että työntekijä hyötyvät erilaisten arvojärjestelmien integroimisesta,
- hän kykenee jakamaan asiakkaan maailmankatsomuksen kyseenalaislamatta sitä,
- hän pystyy tunnistamaan, milloin on parasta ohjata asiakas oman kulttuuripiirinsä palveluihin,
- hän ymmärtää, miten syrjivät käsitteet ovat vaikuttaneet hoitoaloihin ja niissä toimivien henkilökohtaiseen ja ammatilliseen kehitykseen,
- hän on tietoinen niistä kulttuurisista esteistä, jotka estävät vähemmistöjä käyttämästä palveluita,
- hän tietää, miten hänen käyttämiensä keskeisten teorioiden arvo-olettamukset suhteutuvat eri kulttuuriryhmien arvo-olettamuksiin,
- hän tietää eri kulttuurien auttamismenetelmistä,
- hän pystyy käyttämään laajaa skaalaa työskentelytapoja, jotka soveltuvat erilaisten vähemmistöjen kanssa työskentelyyn,

- hän osaa sovittaa vanhoja menetelmiä uusiin toimintaympäristöihin,
- hän pystyy sekä lähettämään että vastaanottamaan sekä sanallisia että sanattomia viestejä ja
- hän pystyy tarvittaessa irrottautumaan auttamistyössään vastaanottohuoneestaan.

Ratkaisuksi ammatillisuuden ylläpitämiseen sosiaalityössä Synnove Karvinen (1993, 17–26) ehdottaa reflektiivistä ammattikäytäntöä, jossa työn kohde ja kohdistuminen on jatkuvasti rajattava ja käsiteltävä uudestaan. Myös toimija joutuu jatkuvasti arvioimaan omaa asemaansa ammattikäytäntönsä toteuttajana ja rakentajana. Tässä prosessissa määrittyy myös ammatillinen vastuullisuus. Ammatillainen tuottaa toimiessaan tietoa ja taitoa reflektiivisen prosessin kautta. Reflektiivinen ammatillainen joutuu tekemään omaa toimintaansa tietoiseksi ja asettamaan omat taustaolettamuksensa kritiikin kohteeksi. Hän joutuu omakohtaisesti muotoilemaan ja rajaamaan ongelmatilanteen yhä uudelleen ja tekemään tämän rajauksen pohjalta uuden tulkinnan. Ammatillinen pätevyys voidaan jakaa tällöin neljään toisiaan täydentävään tasoon: 1) intellektuaalinen pätevyys - työtä koskeva yleinen ymmärrys, 2) toiminnallinen pätevyys - tilannekohtainen ymmärrys väliintuloista, 3) henkilökohtainen pätevyys - omaa itseä koskeva ymmärrys ja halu kehittää ammatillisuutta, 4) arviointipätevyys - kyky arvioida työnsä tuloksellisuutta, seuraamuksia ja vaikuttavuutta.

4.1.2. Päihdehuollon ammatillinen erityiskoulutus

Vuodesta 1956 lähtien A-klinikkasäätiö on järjestänyt opintopäiviä päihdehuollon piirissä työskenteleville. Omille sosiaalityöntekijöille järjestettiin kuuden kuukauden opintokokonaisuuksia, joissa perehdyttiin henkilökohtaisen huollon (social casework) menetelmiin. Vuonna 1965 aloitettiin koko päihdehuollon sosiaalityöntekijöille suunnattu erityiskoulutus, jonka myötä A-klinikkasäätiön sai keskeisen aseman päihdehuollon koulutuksessa. Nytemmin se järjestää vuosittain perehdytyskoulutusta sekä ongelma- ja menetelmäkohtaisia koulutusohjelmia kaikille päihdehuollossa toimiville ammattiryhmille. A-klinikkasäätiö oli yhtenä osapuolena organisoimassa 1980-luvulla kolme kertaa toteutettua seksuaaliterapian kaksivuotista koulutuskokonaisuutta.

Myllyhoitoyhdistys on järjestänyt Minnesota-malliin pohjautuvaa koulutusta mm. työterveyshuollossa, yritysten johdossa sekä kuntien sosiaalitoimessa työskenteleville (Kettunen 1994, 61). Kalliolan klinikka on ajoittain järjestänyt työntekijöilleen lyhyitä kursseja, joissa on käsitelty perustietoja Minnesota-mallista. Koulutuksen tehtävänä on ollut luoda sellaista ammatti-identiteettiä, jossa elämäkokemus ja ammattitietous voivat yhtyä. Työntekijöille on tässä mielessä järjestetty ryhmätyönohjausta. Toiminnan alkuvaiheessa oman kokemuksen kautta työhön tulleet vierastivat terveys- ja sosiaalialan koulutuksen saaneiden työntekijöiden antamaa koulutusta ja työnohjausta, joka nähtiin tarpeettomaksi. Nytemmin Kalliolan työntekijät ovat jossakin määrin osallistuneet myös mm. A-klinikkasäätiön järjestämiin koulutusohjelmiin, ja heille on järjestetty seksuaalisuutta käsitteleviä koulutuspäiviä. Myllyhoitoyhdistyksen yhtenä tavoitteena on ollut kehittää toipumiskokemuksensa kautta alalle tulleille päihdeterapeuteille oma ammatillinen tutkinto. (Kettunen - Leppänen 1994, 120–122.)

4.1.3. Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvät tiedot, asenteet ja identiteetit

Kompetenssi on pikemminkin sydämessä kuin aivoissa. ... Joskus meidän on todella vaikea löytää sopivaa hoitopaikkaa alkoholiongelmaiselle asiakkaallemme. Harvoin voimme katsoa asiakastamme suoraan silmiin ja sanoa häntä motivoiden: "Tuonne voit mennä huoletta, homoseksuaalisuutesi ei muodosta mitään ongelmaa siellä. Voit luottaa heihin." En tunne yhtään sellaista paikkaa, joten minun on vaikea motivoida asiakkaitani jatkohoitoon. Lars Boman, Psykhälsanin psykiatri (Hearing 1990, s.23.)

Otan esille joitakin työntekijöiden ominaisuuksia ja toimintatapoja, jotka tehtyjen selvitysten mukaan antavat onnistumisen tai epäonnistumisen edellytyksiä hyvään vuorovaikutukseen homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden kanssa.

Kari Valtanen (1990) teki vuonna 1990 Oulun yliopiston Kansanterveystieteen laitokselle syventävien opintojen yhteydessä tutkielman *Mielenterveyspalvelut ja homoseksuaalinen asiakas: mielenterveystoimistojen terapiatyötä tekevien tiedot ja asenteet homoseksuaalisuuteen*. Tutkimukseen valittiin 11 suuren ja keskisuuren kaupungin mielenterveystoimistojen työntekijät, joista 71 % (164 kpl) vastasi heille lähetettyyn kyselyyn¹¹. Kyselyllä pyrittiin mittaamaan homoseksuaalisuuteen liittyviä asenteita, tietoja ja stereotyyppisiä näkemyksiä sekä sukupuolirooliajattelua. Kyselyssä käytettiin Hudsonin ja Rickettsin homofobiamittaria (*Index of Homophobia*, ks. s. sekä liite , s.) kahdeksan kysymyksen sarjaksi lyhennettynä.

Homoseksuaalisia asiakkaita oli hoitanut tietämänsä mukaan 89 % vastaajista ja 9 % heistä arveli hoitaneensa vähintään kymmentä. Riittävästi tietoa homoseksuaalisuudesta oli omasta mielestään saanut 36,2 %, vähän 61,3 % ja ei lainkaan 2,5 %. Kuuden kysymyksen sarjasta lasketut tietopisteet jakaantuivat seuraavasti: hyvät tiedot 26,4 %:lla, keskinkertaiset 62,4 %:lla ja huonot 11,2 %:lla. Huonot tietopisteet olivat yhteydessä runsaisiin stereotyyppisiin näkemyksiin. Stereotyyppisiä näkemyksiä esiintyi yli kolmanneksella vastaajista, mikä viittaisi tietojen heikkoon integroitumiseen. Vastaajista 53,7 % ilmoitti, että heillä on tuttavapiirissään homoseksuaalisia naisia tai miehiä. Näillä vastaajilla oli huomattavasti muita vähemmän stereotyyppisiä käsityksiä ja homofobiaa. He olivat - muita useammin valmiita kannustamaan homoseksuaalisia asiakkaita avoimuuteen lähiympäristönsä suhteen. (Valtanen 1990, 15–20.)

Homofobiamittarin (Hudson - Ricketts) mukaan mielenterveystoimistojen työntekijöistä 32,1 % oli kohtalaisen tai hyvin homofobisia. Homofobisilla vastaajilla oli merkitsevästi vähemmän asiakassuhteita, joissa asiakkaan homoseksuaalisuus oli tullut esille, samoin vähemmän homoseksuaalisia naisia ja miehiä tuttavapiirissä. He ajattelivat muita useammin stereotyyppisesti homoseksuaalisista ihmisistä ja heillä oli useammin stereotyyppinen käsitys sukupuolirooleista. He pitivät merkitsevästi useammin tärkeänä homoseksuaalisuuteen johtavien syiden selvittämistä terapiassa ja he muita harvemmin olivat valmiita kannustamaan homoseksuaalisia asiakkaitaan avoimuuteen lähiympäristössään. Johtopäätöksissään Valtanen toteaa, että pelkällä tiedon lisäämisellä ei voida kovin paljon muuttaa asenteita. Parhaiten asenteisiin näyttäisi vaikuttavan se, että ystäväpiirissä on homoseksuaalisia ihmisiä. Homoseksuaalisten työntekijöiden avoimuudella työpaikallaan olisi todennäköisesti samansuuntainen vaikutus, mutta ilmapiiri siihen ei ole kovin turvallinen, sillä neljäsosa vastaajista oli

¹¹ Vastaajista naisia oli 82 % ja miehiä 18 %. Erikoissairaanhoidajia oli 35 %, lääkäreitä 20 % , psykologeja 23 % ja muun koulutuksen saaneita 7 %. Työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 11,6 vuotta.

sitä mieltä, että homoseksuaalinen työntekijä ei voi hyvin toimia psykoterapeutin roolissa. (Valtanen 1990, 15–20.)

Jukka Haveri (1992) teki kyselytutkimuksen kristillisen päihdehuollon hoitokotien johtaville työntekijöille. Kysely lähetettiin Sininauhaliiton (ks. s.) 15 jäsenjärjestön hoitokodin johtajille ja näiden varamiehille. Kyselylomakkeita lähetettiin kaikkiaan 30, joista 22 palautettiin. Vastaajista 82 % oli miehiä. Vastanneista 60 % kertoi, että seksuaalikysymykset tulevat puheeksi hoidollisissa keskusteluissa, ja lähes kaikkien mielestä ne tulevat puheeksi sielunhoidollisissa keskusteluissa. Hoitokotien johtajat ja heidän varamiehensä suhtautuivat hyvin torjuvasti homo- ja lesbosuhteisiin. Kyselyssä olleen väitteen "Homo- ja lesbosuhteet ovat niihin mieltyneille sallittuja" kanssa samaa mieltä ei ollut kukaan vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli yksi ja jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 95 %. Vastaajista 80 % oli sitä mieltä, että "kristillinen etiikka antaa turvallisen lähtökohdan seksuaalisten kysymysten pohdinnalle".

1980-luvun loppupuolella tutkittiin New Yorkin alueella toimivien, yhteiskunnan rahoittamien päihdeongelmaisia hoitavien hoitopaikkojen työntekijöiden asenteita ja ajattelumalleja kyselytutkimuksessa, johon vastasi 399 työntekijää, 41 % otokseen valituista. Vastaajista 61 % oli saanut jonkin verran opastusta päihdeongelmaisten homojen ja lesbojen hoitamiseen, mutta vain alle kolmasosa piti saamaansa opastusta hyvänä ja 86 % halusi lisää koulutusta. Koulutuksen ja työkokemuksen määrä ei ennustanut sitä, missä määrin työntekijä oli tietoinen homoseksuaalisten asiakkaiden tarpeista, ts. yleinen hoitokoulutus ja -kokemus ei antanut kysyttyjä erityistaitoja. 73 % piti tärkeänä sitä, että asiakkaalta kysytään heidän seksuaalista suuntautumistaan, mutta vain 43 % kysyi sitä itse enemmistöltä asiakkaistaan. Vastaajista 18 % tunsu olonsa epämiellyttäväksi työskennellessään homoseksuaalisen asiakkaan kanssa. Kovin luottavaisia he eivät olleet toistensa suhteen tällä alueella, sillä vain 19 % oli sitä mieltä, että suurin osa työtovereista oli päteviä hoitamaan homo- ja biseksuaalien ongelmia. Aihepiiriä ei ollut käsitelty työyhteisöissä kovinkaan usein; 65 % ei tiennyt, mitä työtoverit ajattelivat homoasiakkaille suunnitelluista erityisohjelmista. Vastaajista 49 % arveli, että hoito-ohjelmille olisi hyötyä, jos henkilökunnassa olisi avoimesti homoseksuaalisia työntekijöitä. (Hellman et al. 1989.)

D. Bhugran (1990) raportoimassa englantilaisessa tutkimuksessa verrattiin keskenään psykiatrien ja psykiatriharjoittelijoiden (N=228) sekä yleislääkäreiden (N=196) asenteita miesten homoseksuaalisuuteen. Tutkittavat ovat Midlands-alueelta Englannista, ja he osallistuivat lomakekyselytutkimukseen. Psykiatrit antoivat johdonmukaisesti vapaamielisempiä vastauksia, mutta silti 3 % (yleislääkäreistä 9 %) näki homoseksuaalisuuden sairautena. Yleislääkärit uskoivat todennäköisemmin homomiehiin liittyviin stereotypioihin ja olivat todennäköisemmin sitä mieltä, että uskonnolliset näkemykset olivat tärkeimpiä asenteiden muokkaajia. Psykiatrit arvelivat, että heteroseksuaalisten kokemusten pelko oli tärkeä syy miesten homoseksuaalisuudessa.

Rudolf (1989) on testannut, miten kolmen päivän johdantokurssi homoseksuaalisuuteen ja homo- ja lesbomyönteiseen terapiaan vaikuttaa käyttäytymistieteiden ja hoitoalojen opiskelijoiden asenteisiin. Kurssin jälkeen mitattu osanottajien homofobia (IHP) oli pienentynyt lähtötasosta, ja hoitotyön tehokkuusmittari oli vastaavasti kohonnut. Vaikutuksen kesto oli todettavissa kahdeksan viikon päästä tehdyissä mittauksissa. Vertailuryhmässä, joka ei saanut perehdytystä, ei todettu tilastollisesti merkitseviä muutoksia kummassakaan mittauksessa.

Hyvin monet aiheita tutkineet ovat tähdentäneet työntekijöiden tunteitten ja asenteiden kokonaisvaltaista huomioon ottamista. "Ei riitä, että kuuntelee vain mitä 'liberaali pää' sanoo; on tärkeää tunnistella myös munaskuitaan (gut), miltä tuntuu, kun ollaan tekemisissä sellaisten ihmisten kanssa, jotka koemme hyvin erilaisiksi, kuten naisellisesti käyttäytyvän miehen tai ylimaskuliinisen naisen. Työntekijän tulee tutkia omaa psykoseksuaalista toimintaansa ja määritellä, mitä itse pitää terveyden mittapuuna. Onko siinä tilaa vaihtoehtoisille elämäntyyliille?" (Finnegan, 1987, 16).

Työntekijän **sukupuolisella ja seksuaalisella identiteetillä** näyttäisi sinänsä olevan merkitystä monille asiakkaille. McDermott et al. (1989) ovat raportoineet tutkimuksesta, jossa noin puolet homoista ja lesboista halusi homon tai lesbon terapeutikseen ja noin 40 % piti asiaa yhdenmukaisena. Ne, jotka olivat sisäistäneet vahvasti kielteisiä asenteita homoseksuaalisuuteen, olivat haluttomimpia ottamaan suuntautumisensa liittyviä asioita puheeksi sellaisen terapeutin kanssa, jonka suuntautumisesta he eivät tieneet. Itse ongelmanratkaisutyössä käsitykseni mukaan seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvä identiteetti sinänsä ei ole useinkaan ratkaiseva tekijä, vaan se, miten hyvin työntekijä on tietoinen identiteettinsä vaikutuksista hoitosuhteisiin ja miten hyvin hän tulee toimeen identiteettinsä kanssa.

Homo- tai biseksuaalinen terapeutti on usein herkempi tunnistamaan osakulttuureihin, kielenkäyttöön ja elämänhistorioihin sisältyviä erityismerkityksiä ja voi usein tarjota hyvän samastumismallin. Toisaalta homoseksuaalisen miehen voi olla vaikeampi samastua moniin lesbojen kokemuksiin ongelmiin kuin heteroseksuaalisen naisen (Mosher 1991). Heteroseksuaalisesti identifioituneen terapeutin aito kunnioitus homo- tai biseksuaalisesti identifioitunutta asiakasta kohtaan voi kohentaa tämän itsekunnioitusta, ja se voi symboloida vanhempien tai yhteiskunnan hyväksyntää ja mahdollistaa korjaavan kokemuksen torjuntaa kokeneille asiakkaille (mt.). Heteroseksuaalinen terapeutti pystyy ehkä myös tunnistamaan osakulttuurin sokeita pisteitä, ja voi saada paremman kontaktin asiakkaaseen, joka kielteisten stereotyyppien vuoksi ei voi kunnioittaa homoseksuaalista terapeuttia (Schwarz 1988).

Jos työntekijä on sisäistänyt voimakkaasti perinteiset miehen tai naisen roolit, se voi aiheuttaa ongelmia homo- ja biseksuaalisille asiakkaille, vaikka työntekijä puheissaan rohkaisisikin asiakasta toteuttamaan omaa identiteettiään (Stein 1988). Asiakas voi epäillä puheiden aitoutta, kun terapeutin muu olemus tuntuisi olevan niiden kanssa ristiriidassa. Heteroseksistiseen ajatteluun sisältyy sellaisia miehisyyden ja naisellisuuden kriteerejä, joita moni homo ja lesbo haluaa välttää omassa elämässään. Niinpä heteroseksistisen ajattelun sisäistäneessä työntekijässä miehen ja naisen kriteerejä rikkova asiakas voi herättää voimakasta torjuntaa, ja vastavuoroisesti näiden asiakkaiden on vaikea solmia luottamuksellista suhdetta heteroseksistisen ajattelun sisäistäneisiin työntekijöihin (Kooden 1990). Ongelmaksi voi muodostua myös se, että työntekijä on sokea omalle näkökulmalleen, jolloin hän on egosentrinen Piagetin tarkoittamassa mielessä (Mosher 1991). Tällöin hän voi patologisoida homosuhteissa joitakin käyttäytymismalleja (esim. "ylikiintyminen"), jotka tosiasiaassa suojaavat suhdetta sitä uhkaavassa kulttuurissa (Markowitz 1991).

Heteroseksuaalinen terapeutti voi harjaannuttaa itseään työskentelemällä homoseksuaalisen terapeutin työparina, käyttämällä homoseksuaalista työnohjaajaa, tutustumalla kaunokirjallisuuteen ja vaikkapa kokeilemalla, miltä tuntuu lukea homo/lesbolehteä bussissa (Dalheimer - Feigal 1991). Se, että terapeutti puhuu sekä omasta että muiden seksuaalisesta suuntautumisesta ja identiteetistä

rauhallisesti ja neutraalisti, antaa asiakkaalle mahdollisuuden kertoa suuntautumiseen ja identiteettiin liittyvistä tunteistaan ja ajatuksistaan (Stein 1988).

Homoseksuaalinen terapeutti, joka on työstänyt itsessään kielteisiä asenteita, voi tunnistaa asiakkaan sisäistämiä kielteisiä asenteita. Hän on todennäköisesti myös kyllin vahva sietämään sen, että asiakas mahdollisesti ulkoistaa häneen sisäistämänsä homoseksuaalisuuteen ja sukupuolirooleista poikkeamiseen kohdistuvan vihan (Malyon 1985). Myös homo- ja biseksuaalit ovat ainakin jossakin määrin sisäistäneet heteroseksistisen ajattelun, joten työntekijän on hyvä tutkia sisäistämäänsä heteroseksismiä ja sen välittymistä ajatteluun, tunteisiin ja asenteisiin. Tämän merkitys korostuu nähdäkseni silloin, kun homo- tai biseksuaalinen miestyöntekijä työskentelee lesbon tai biseksuaalisen naisen kanssa. Lienee myös syytä pohtia sitä, millaisen viestin asiakas saa, jos homoseksuaalinen työntekijä salaa oman seksuaalisen identiteettinsä (Stein 1988). Stein (mt.) suosittelee, että homo- tai biseksuaalinen työntekijä tuo suuntautumisensa esille hoitosuhteen alkupäässä, silloin kun hän työskentelee homo- tai biseksuaalisten asiakkaiden kanssa. Se auttaa käsittelemään monia erityiskysymyksiä. Siitä tosin voi olla myös haittaa sellaiselle asiakkaalle, joka ei hyväksy omaa suuntautumistaan, koska se voi johtaa hoitosuhteen torjumiseen.

Kooden (1994) on eritellyt homoseksuaalisen terapeutin roolia vahvasti heteroseksistisen ajattelun sisäistäneen homomiehen terapeutina. Asiakkaalla on ajatuksia omasta kypsyttämättömydestä, alemmuuden ja häpeän tunteita, voimattomuutta ja eristäytymistä. Hän ei ehkä odota, että häntä kohdeltaisiin aikuisina miehinä, minkä vuoksi hän ei viihdy johtavassa asemassa, vaikka hänellä olisi siihen muuten hyvät valmiudet. Ulkopuolisuuden tunne heijastuu myös läheisiin ihmissuhteisiin, joissa se näkyy vaikeutena kokea läheisyyttä. Häneltä on puuttunut kokemus aidosta yhteenkuuluvuudesta ja toveruudesta. Terapia voi parhaimmillaan antaa korjaavan sosiaalisen kokemuksen, joka mahdollistaa aikuistumisen. Merkittäviä tekijöitä tässä suhteessa ovat terapeutin avoimuus, toimiminen roolimallina, valtasuhteen käsitteleminen ja osallistuminen homoyhteisön toimintaan.

Koodenin (mt.) mukaan korjaavaan kokemukseen pyrittäessä terapeutin avoimuuden tulee olla aina herkästi harkittua, tietoista ja tavoitteellista. Näin ollen se erottuu vastatransferenssista, jossa terapeutti tiedostamattomasti heijastaa asiakkaaseen omia reaktiotaan. Avoimuuden voi jakaa viiteen tyyppiin: 1) *avoimuus omasta historiasta* – omasta elämänhistoriasta ja kokemuksista kertominen (koulutus, seksuaalinen suuntautuminen, eläkö parisuhteessa, missä yhteisöissä toimii jne.), 2) *emotionaalinen avoimuus* – terapiaistuntojen aikana koettujen tunteiden yhteinen käsittely, 3) *suhteeseen liittyvä avoimuus* – terapeutin ajatusten ja tunteiden sekä terapiaan liittyvän vuorovaikutussuhteen avoin käsittely, 4) *filosofinen avoimuus* – mm. terapiaan, henkisytyteen, homofobiaan, moraalisuuteen, hoivaan ja turvalliseen seksiin liittyvien mielipiteiden avoin ilmaiseminen, 5) *fantasiatason avoimuus* – asiakkaaseen liittyvien fantasioiden tai unien avoin kertominen, mikä voi olla paikallaan mm. umpikujatilanteiden avaamisessa.

Roolimallin tulisi olla symboli siitä, mitä ihminen voi saavuttaa. Henkilön ei tarvitse tulla mallinsa kaltaiseksi, koska tosiasiaa malli on vain ärsyke. Eri aikoina tarvitaan erilaisia roolimalleja. Tukea-antava, rakastava ja ei-homoseksuaalinen terapeutti voi olla myönteinen roolimalli homolle, joka on identiteettinsä hahmottamisen alkutaipaleella. Asiakas ei silloin samastu terapeuttiinsa homona vaan ihmisenä, joka antaa hänelle luvan jatkaa ainutlaatuista kehitystään. Myöhemmässä minäkehityksen vaiheessa voi olla tärkeää saada myönteinen homon malli vastapainoksi niille kielteisille homon

malleille ja homofobisille asenteille, jotka hän on sisäistänyt ja jotka ovat rajoittaneet hänen omaan itseensä kohdistuvia odotuksia. Vuorovaikutus myönteisten mallien kanssa auttaa asiakasta laajentamaan itseensä kohdistuvien odotusten rajoja, kun nämä myönteisinä koetut mallit ovat selvästi laajentaneet omia rajojaan. (mt.)

Kooden (mt.) asettaa hoitosuhteen tavoitteeksi sen, että asiakas oppii tunnistamaan ja käyttämään omaa valtaansa ja saavuttaa tasavertaisuuden tunteen aikuismaailmassa. Terapeutin tehtävänä on osoittaa asiakkaalle, miten hän on ylläpitänyt vallattomuuden tunnetta kaikissa suhteissaan. Terapeutti voi omaa avoimuuttaan lisäämällä antaa enemmän vastuuta ja valtaa asiakkaalle. Mitä enemmän terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutus perustuu avoimeen aikuisten väliseen vuorovaikutukseen ja mitä vähemmän se perustuu projektioihin ja transferensseihin, sitä paremmat mahdollisuudet asiakkaalla on saada kontaktia omiin voimiinsa aikuisena.

Kirjallisuudessa en ole paikallistanut mielestäni hyvinkin tärkeää pohdintaa siitä, mitä erityisyyttä on niissä vuorovaikutustilanteissa, joissa ammattiauttaja on avoimesti tai salaten homo- tai biseksuaalinen ja asiakas on heteroseksuaalinen. Tähän liittyy kysymys työntekijöiden identiteetin avoimuudesta työ- ja asiakasyhteisöissä. Oletan, että työntekijän myönteiseksi kokemus ja hyvin työstetty homoseksuaalinen identiteetti voi herkistää hänet tavoittamaan asiakkaiden erilaisuuteen liittyviä pelkoja ja hän voi toimia myönteisenä viestinä heteroseksuaalisille asiakkaille, jotka etsivät tietään oman erityisyytensä elämiseen. Avoimesti homoseksuaalinen työntekijä voi kuitenkin olla liian kova tai vastenmielinen pala ihmiselle, jolla on suuria vaikeuksia oman päihdeongelmaan liittyvän poikkeavuutensa hyväksymisessä tai jolla on tarve löytää itselleen terapeutista hyvin vahvasti samastettavissa oleva malli. Homo- tai biseksuaalinen terapeutti voi joutua erityisen koviin työskennellessään hyvin vahvasti heteroseksistisen asiakkaan kanssa. Oletan, että asiakkaalle on eduksi, että työntekijä on sopivasti erilainen niin, että asiakas voi tunnistaa hänessä riittävästi turvallisuutta viestittävää tuttuutta ja toisaalta riittävästi erilaisuutta löytääkseen itsestään uusia puolia ja mahdollisuuksia ongelmien ratkaisemiseen. Usein nämä tuttuudet ja erilaisuudet ovat hyvinkin vaikeasti ennustettavia makuja ja vivahteita eivätkä suuria ideologioita. Oletan myös, että hyvin merkittävä edellytys hoitosuhteiden onnistumiselle on se, että työntekijän seksuaalinen identiteetti on työyhteisössä avoimesti hyväksytty asia. Tällöin työntekijän ei tarvitse pelätä yksin jäämistä, ja hänellä on mahdollisuus tuulettaa hoitosuhteissa kokemiaan onnistumisia ja vastoinkäymisiä.

4.1.4. Persoonallisuus

Michael J. Mahoney (1991, 264–272) on tehnyt yhteenvetoa viime vuosikymmenen aikana tehdyistä tutkimuksista, joissa on selvitetty terapiasuhteiden onnistumiseen ja tuloksellisuuteen myötävaikuttaneita tekijöitä. Työntekijän persoonallisuuden osuus kokonaisvaikutuksesta on heti asiakkaan oman osuuden jälkeen toiseksi suurin. Tekniikan ja teoreettisen viitekehyksen osuus tulee vasta näiden jälkeen. Terapeutin persoona ja työskentelytyyli ovat Mahoneyn mukaan monimutkaisessa suhteessa terapeutin psykologiseen kehitykseen, ihmiskuvaan ja tietoteoreettisiin painotuksiin. A. W. Combsin selvitysten mukaan (Corey 1991, 12) hyviin hoitosuhteisiin ja -tuloksiin päässeet työntekijät olivat kiinnostuneita tutustumaan siihen, miltä maailma näytti heidän asiakkaittensa silmin, ja heillä oli myönteisiä uskomuksia ihmisistä, ja he pitivät heitä luotettavina, kyvykkäinä ja ystävällisinä. Heillä oli myönteinen kuva myös itsestään ja he luottivat omiin kykyihinsä. Hoitosuhteessa tehdyt interventiot olivat sopusoinnussa heidän omien arvojensa kanssa.

Gerald Coreyn (1991, 13–15) mukaan ammattiroolin taakse piilottautuminen voi oikeutetusti aiheuttaa sen, että myös asiakas piilottautuu työntekijältä. Kontaktin saaminen asiakkaaseen edellyttää aitoutta ja elävyyttä. Työntekijän elävä ja aito suhtautuminen myös omaan itseensä, arvoineen ja reaktioineen, voi auttaa asiakasta omassa työskentelyssään. Corey pyrkii konkretisoimaan hyvän ammattiauttajan piirteitä seuraavalla luettelolla:

Hänellä on identiteetti, josta hän on tietoinen ja jota hän on valmis tarkastelemaan myös kriittisesti, hän arvostaa itseään, tunnistaa omat vahvat puolensa, hän on valmis muuttumaan ja on valmis laajentamaan tietoisuuttaan, hän pystyy sietämään epävarmuutta, hän kehittää omaa työskentelytapaansa auttamistyössä, pystyy tutustumaan asiakkaan maailmaan omimatta sitä itselleen, hän tekee elämänmyönteisiä valintoja, on aito ja rehellinen, hänellä on huumorintajua, hän tekee virheitä ja on valmis tunnustamaan ne, hän elää yleensä tässä päivässä ja on tietoinen kulttuurin vaikutuksista, hän on valmis tutkimaan itseään kriittisestikin ja uskaltaa tehdä valintoja omassa elämässään, hän on aidosti kiinnostunut muiden hyvinvoinnista ja paneutuu työhönsä, jonka kokee merkitykselliseksi. (Corey 1991, 13–15)

Corey korostaa omien arvojen, tarpeiden, asenteiden ja kokemusten tutkimista osana auttamistyöhön kasvamista. Oma terapia on paitsi keino tutkia itseään myös tapa tutustua auttamistyön vuorovaikutussuhteeseen. Ammattiauttaja viestittää omia arvojaan asiakkaille siinä, mihin tavoitteisiin hän lähtee asiakkaan kanssa pyrkimään ja mitä keinoja hän siinä käyttää. Työntekijän käsitys hyvästä ja terveestä elämästä näkyy hänen valinnoissaan hoitotyössä. Jos terapeutti on herkästi tietoinen omista arvoistaan, hän pystyy tunnistamaan myös asiakkaan arvot ja ottamaan ne puheeksi ja näin välttää omien ratkaisujensa tarjoamista. Omien arvojen voimakas esiintuominen ei jätä tilaa asiakkaan valinnoille, ja niiden häivyttäminen täysin näkymättömiin voi taas jähmettää terapeutin. (mt. 21–23.)

P. Pedersen (sit. Corey 1991, 24–25) näkee kulttuurisen kapseloitumisen merkittäväksi ongelmaksi hoitotyössä. Kapseloitumisella hän tarkoittaa sitä, että ihminen luottaa sokeasti omiin sisäistyneisiin arvo-olettamuksiinsa siitä, mikä on ihmiselle hyväksi. Kapseloitumisprosessissa työntekijä luottaa omiin stereotypioihinsa tehdessään eri kulttuuriustoja edustavia ihmisiä koskettavia johtopäätöksiä, jättää huomiotta asiakkaiden kulttuuriset erot ja määrittää todellisuuden vain yhden kulttuurisen olettamusjärjestelmän mukaan. Oman rajoittuneisuuden tunnistaminen voi olla askel siihen suuntaan, että herkistyy tutustumaan muihin kulttuureihin. Asiakkaiden tapa keskustella terapeutin kanssa on hyvinkin pitkälle kulttuurisesti säädeltyä. Esimerkiksi perheasioista puhuminen ulkopuolisille on joissakin kulttuureissa tabu, joten sen tulkitseminen vastustukseksi vie työskentelyä harhaan. Terapeuttiset lähestymistavat eivät ole vapaita kulttuurisista vaikutteista.

Tässä luvussa on korostettu ammattiauttajien persoonallisia piirteitä ja vilautettu kuvaa ihanteellisen ammattiauttajan persoonallisuudesta. Mahoneyn (1991, 266) mukaan ammattiauttaja tarvitsee persoonansa tueksi teoreettisia viitekehyksiä, mutta samalla hän varoittaa sitoutumasta "yhteen oikeaan systeemiin". Sen sijaan tulisi valita itselleen käsitteellinen "perusleiri", josta käsin voi jatkaa tutkimusmatkojaan, jotka mahdollistavat käsitteellisen kehittymisen. Tämän "leirin" tulisi olla siirrettävissä ja itsessään kehityskykyinen niin, että työntekijä voi sekä ankkuroida siihen syvälle meneviä sitoutumisiaan että jatkaa päättymättömiä opintojaan. Jatkuvuuden ja muutoksen tulisi yhdistyä siinä dynaamisesti. Airaksinen (1993, 46–47) suhteuttaa ammattilaisen ihanteellisen luonneprofiilin siihen arvopäämäärään, joka oikeuttaa ja selittää ammatin yhteiskunnallisen aseman.

4.1.5. Etiikka

Auttamistyöhön liittyvää etiikkaa voi tarkastella toisaalta yleisen ja toisaalta ammattiin liittyvän etiikan kautta. Teko, joka maallikon suorittamana on moraalisesti tuomittava, on monissa tilanteissa ammattiauttajan tekemänä hänen ammattikuntansa eettisten ihanteiden mukainen. Osa toiminnoista on suorastaan varattu joillekin ammattikunnille. Ammattiauttaja ei toimi yksityishenkilönä, vaan edustaa toisaalta työnantajaansa ja toisaalta ammattikuntaansa ja hänen toimintansa tavoitteet ja keinot määräytyvät niiden kautta. Professio oikeutetaan viittaamalla niihin arvopäämääriin, joita sen harjoittaminen yhteiskunnassa palvelee. Se tarvitsee tuekseen tieteen; sen tulee tieteellisesti todistaa, että sen arvot ovat toteutettavissa tavalla, jota valistuneen kansalaisen ei ole syytä epäillä. (Airaksinen 1993, 27–29.)

Profession yhteiskunnallisesti hyväksytyt arvot voivat toimia myös raadollisten asioiden naamiona. Ammatin arvot luovat auktoriteettiaseman, jota pidetään oikeutettuna valtana. Tämä auktoriteetti on lainaa valtion lainsäädäntövallalta. Auktoriteetti on sitä vahvempaa, mitä keskeisempänä profession edustamia arvopäämääriä pidetään. Tällaisia ovat kasvatuksen ja terveydenhuollon arvot: henkinen kasvu ja terveys. Näin profession edustajat saavat auktoriteettiaseman, ja heitä kuunnellaan eri yhteyksissä. Tätä asemaa voidaan käyttää väärin esiintymällä asiantuntijana alueilla, joilla oma ekspertiisi ei enää riitä. Profession esittämät arvopäämäärät eivät ole ongelmattomia. Niitä ei ehkä kyetä toteuttamaan, ja ovat sen vuoksi retoriikkaa. Ne eivät ehkä ole edes aitoja arvoja, ja ne voivat olla epämääräisesti määriteltyjä. Joillekin ne oikeuttavat niin vahvan ammattiaseman, että siitä seuraa egoismia. Hyvin vahvat professiot voivat muodostua konservatiivisiksi. Jos professio edellyttää pitkää koulutusta ja vahvaa sitoutumista tiettyyn rooliin, ammatin vaihtaminen käy silloin hankalaksi. Muuttuvassa yhteiskunnassa tällainen professio, jolla ei ole vaihtoa muiden professioiden kanssa, voi jäädä ulkopuoliseksi saarekkeeksi, joka vastustaa muutoksia. (mt. 29–35 ja 45.)

Professioiden arvot ja palvelutehtävät edellyttävät myönteistä suhtautumista asiakkaaseen sekä ongelmien ja menetysten myötäelämistä. Airaksisen mukaan juuri tätä eläytymistä korostetaan ammattietiikan näkyvimmissä osassa ja tiedotuksessa asiakkaille ja yhteiskunnan päättäjille. Hyvin pitkälle menevä eläytyminen joudutaan kuitenkin rajaamaan työkyvyn säilyttämisen vuoksi pois. Airaksinen (mt. 44) käyttää tässä yhteydessä käsitettä *stoalainen ammatillinen apatia*, jolla hän viittaa tietynlaiseen tunteettomuuteen. Ammatillainen osoittaa sympatiaa asiakasta ja tämän tunteenomaista minä-suhdetta kohtaan. Mutta oman etiikkansa puolesta ammatillainen suhtautuu asiakkaaseen "apaattisesti". Hänen tunteensa ovat "ammattimaisia tunteita", jotka opitaan koulutuksessa ja työharjoittelussa. Niiden vaikutus työntekijän kokonaispersoonallisuuteen ja elämäänsä on erilainen kuin "aidoilla" tunteilla. Ammatillaisen maailma on keinotekoinen todellisuus, jossa myös tunteet ovat keinotekoisia. Airaksisen mukaan tällainen apatia on arvoperustaisten ammattien toiminnan ja menestyksen ehto. Professio pyrkii kehittämään ammattikunnan jäsenistössä sille ihanteellista luonneprofiilia, joka sopii yhteen arvotavoitteiden kanssa (mt. 47).

Professiot siis toimivat omassa keinotekoisessa ja taidokkaassa maailmassaan omien arvojensa ja hyveittensä ohjaamina. Niiden todellisuus on uusi ja tarkoituksenmukainen. Tämä maailma on aina "maallikolle" jossakin määrin vieras. Airaksisen (mt. 48–49) mukaan tämä keinotekoisuus on piirre, josta ei päästä eroon. Yhteiskunnassa on paljon vaikeita ristiriitoja, joiden luonnehinnat ja arvioinnit eivät ole yksiselitteisiä, ja juuri siksi tarvitsemme professioita, joiden avulla vaikeat tulkintatilanteet pystytään selvittämään. Profession avulla vastuukysymykset määritellään niin, että epämoraaalisuuden pelko ei turmele elämää. Häyry - Häyry (1993, 136–137) näkevät, että ammattietiikka etsii koko

ajan paikkaansa. Ammattikunnan sisällä on pyrkimys löytää ammatillisia säädöksiä, jotka parhaiten takaisivat lakien ja tapojen koskemattomuuden, ja ammattikunnan ulkopuolella pohditaan sitä, mitkä lait ja tavat loisivat parhaan perustan eettisesti hyväksyttävälle ammatillisille säädöksille.

Häyry - Häyry (1993, 146–150) ovat pohtineet ammattikunnan ulkopuolelta – yleisemmän etiikan puitteissa – sitä, voiko terveydenhuollon ammattilainen perustellusti kieltäytyä hoitamasta parhaan taitonsa mukaisesti sellaista ihmistä, jota hän pitää (esimerkiksi homoseksuaalisuuden vuoksi) moraalisesti vastenmielisenä ja syyllisenä aiheuttamaansa vaivaan. Itseaiheutettujen tautien luokka on tällaisissa kieltäytymispyrkimyksissä yleensä kavennettu käsittämään vain ne vapaaehtoisesti hankitut sairaudet, jotka voidaan liittää epämoraaliseen toimintaan. Mikään yleinen moraaliteoria ei kuitenkaan tue tällaista kavennettua jakoa itseaiheutettuihin ja itsestään ilmaantuneisiin sairauksiin. Toisaalta ei moniarvoisessa yhteiskunnassa voida yleisesti perustella syrjintää vetoamalla vain jonkin kansalaisryhmän juurtuneisiin siveellisiin käsityksiin. Myöskin vetoaminen omiin henkilökohtaisiin uskomuksiin johtaa yleistyessään mielivaltaisuuksiin. Halu elää oikeudenmukaisessa maailmassa riittää syyksi kannattaa oikeudenmukaisuuden toteutumista terveydenhuollossakin, koska kaikkinaisen syrjinnän salliminen vähentäisi oikeudenmukaisuuden toteutumisen mahdollisuuksia, ja sitä ei "enemmistökään" voi hyväksyä. Hoitoammattilaisten kieltäytymistä vastenmielisten (tai vaarallisten) potilaiden hoidosta ei ammattikunnan ulkopuolisesta näkökulmasta voida sallia millään perusteella.

Hoitoalan sisäpuolisesta näkökulmasta katsottuna työntekijän tulisi aina olla tietoinen paitsi velvollisuuksistaan myös oman *ammattillisuutensa rajoista*. Corey (1991, 51–52) tähdentää, että hoitotyössä työntekijän tulisi ryhtyä vain sellaiseen rooliin, johon hänen ammatillisuutensa riittää. Tämä johtaa kysymykseen, mistä työntekijä tietää ylittäneensä ammatillisen pätevyytensä rajat. Pätevyyden rajat voivat tulla vastaan kohderyhmien ja menetelmien suhteen. Tästä näkökulmasta voi kysyä: "Voinko ottaa asiakkaakseni lesboparin, vaikka naisten välinen seksi tuntuu minusta vastenmieliseltä?" Vastaus on monella tavalla ehdollinen; onko asiakkaalla parempia vaihtoehtoja valittavana, mitkä resurssit on tarjottavissa työnohjaukseen, mikä on työpaikan intressi (kouluttaa työntekijäänsä?) ja millä tasolla asiakkaan kanssa tultaisiin työskentelemään. Mahoneyn (1991, 281) mukaan yksi keskeisistä päätöksistä hoitotyössä on se, *millä tasolla ryhdytään työskentelemään*. Ensiavun ja supportin lisäksi hän erotelee kolme asteittain vaativampaa terapiatyöskentelyn tasoa. Niistä "kevein" on ongelmien taso, jolla käsitellään koettua ristiriitaa siinä miten asioiden asiakkaan mielestä tulisi olla ja miten ne ovat, ja tällöin kyseeseen tulevat mm. ongelmanratkaisumenetelmät. Toisena tulee mallien taso, jolla käsitellään säännönmukaisuuksia tai ongelmien toistuvia teemoja, kuten riippuvuuskäyttäytymistä, ja niissä haluttuja muutoksia. Kolmantena tulee prosessien taso, jolla käsitellään kunkin yksilön keskeisiä organisoivia prosesseja, sanattomia sääntöjä, jotka tuottavat ja rajoittavat ongelmia ja niiden malleja. Työskentely kolmannella tasolla on perusteiltaan kokeellista, ja se johtaa usein arvaamattomiin ja peruuttamattomiin oivalluksiin ja elämänvalintoihin eikä takaa sitä, mihin se voi johtaa myöhemmässä psykologisessa kehityksessä. Mitä syvemmälle mennään, sen läheisempää vuorovaikutusta se edellyttää, ja sitä vahingollisempaa asiakkaalle työntekijän torjuva tai patologisoiva suhtautuminen on.

Hoitotyötä koskee lainsäädäntö ja siihen liittyy joitakin yleisesti hyväksyttyjä eettisiä periaatteita. Lisäksi sitä määrittävät eri ammattikuntien sisäiset normistot. Lainsäädäntö säätelee sitä, kenellä on velvollisuus ja oikeus antaa minkäkin laista hoitoa, samoin kuin vaitiolovelvollisuutta ja siihen esimerkiksi lastensuojelun vuoksi liittyviä poikkeuksia. Hoitotyöhön yleisesti liitettyjä eettisiä

periaatteita ovat Coreyn (1991, 56–74) mukaan 1) asiakkaan oikeus tietää hoidon tavoitteista, keinoista, kustannuksista, tavoitteista, luottamuksellisuudesta ja poikkeuksista siinä sekä vaihtoehtoisista hoitomuodoista ja -paikoista, 2) asiakkaan tarpeiden ensisijaisuus verrattuna työntekijän tarpeisiin hoitosuhteessa – mikä edellyttää tietoa molemmista, 3) hoitosuhteen erottaminen selvästi henkilökohtaisista suhteista ja seksuaalisuhteiden ehdoton kieltä, 4) luottamuksellisuuden kunnioittaminen ja sen reunaehdoista kertominen. Corey (mt. 51) on korostanut, että professioon liittyvät eettiset velvollisuuden eivät rajaudu vain asiakassuhteisiin. Ammattiauttajilla on velvollisuus tarkastella myös laajempia kokonaisuuksia ja reagoida kohtaamiinsa epäoikeudenmukaisuuksiin ja ihmisarvon loukkauksiin.

A-klinikkasäätiö on kirjannut omia hoitoeettisiä kantojaan vuosittain laadittavaan toimintasuunnitelmiinsa. Niissä toiminta pyritään kytkemään asiakkaiden autonomisuuden kunnioittamiseen ja heidän yksilöllisten ja yhteisöllisten tarpeittensa huomioonottamiseen.

A-klinikkasäätiön toiminta perustuu vakaumukseen ihmisten arvosta sinänsä. Tästä perusarvosta, ihmisen kunnioittamisesta johdetaan A-klinikkatoimen arvot: vapaus, itsemääräämisoikeus ja yhteinen velvollisuus tukea ja auttaa ihmistä niin, että hänellä on tilaisuus mahdollisuuksiensa toteuttamiseen ja sosiaaliseen kasvuun. (A-klinikkasäätiö 1981, 9–10.)

A-klinikkatoiminnan arvioinnin ainoa kriteeri on se, vastaavatko tuotetut palvelut, selviytymishyödykkeet, ihmisten todellisia tarpeita. Pystytäänkö niillä edistämään ihmisen elämänhallintaa niin, että jokainen voi käyttää koko inhimillistä potentiaaliaan ja voida hyvin. Pystytäänkö toiminnalla tarjoamaan välineitä, jolla asiakkaat voisivat päästä tavoittelemaan muutoksia, joiden tuloksena olisi tasapainoisempi ihminen, eheämpi perhe, toimivampi ja paremmin selviävä yhteisö. (A-klinikkasäätiö 1991, 5)

A-klinikkatoimi tarvitsee tehokkaita keinoja asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa, eritoten koska tarpeet muuttuvat jatkuvasti. Työn kohde muuttuu ja tietopohjaa, menetelmiä ja yhteistyökäytäntöjä on alati tarkistettava. A-klinikkatyön työprosesseihin on näin rakentunut jatkuvasti sisäisiä ristiriitoja. Niiden ylittäminen on pohjana kehittämistyölle. (A-klinikkasäätiö 1991, 5)

Toiminnan kehittäminen asiakkaiden tarpeiden arvioinnin pohjalta edellyttää sen näkökulman sisäistämistä, että päihdeongelmaiset ovat ihmisiä, joiden ongelmat estävät heitä käyttämästä täysipainoisesti omia voimavarojaan. Jos elämänedellytykset ovat huonoja, paljon inhimillisiä voimavaroja jää käyttämättä. Ihmisen selviytymisedellytykset ovat yhteydessä yhteiskunnallisiin tekijöihin, joihin a-klinikkatoimen on myös vaikutettava. (...) ...a-klinikkatoimelle ei riitä yksinomaan tieto siitä, mihin työllä pyritään asiakkaiden kannalta, sen on myös tiedettävä, mitä tehtäviä työllä on yhteiskunnan muiden toimintojen kannalta. Käytännössä a-klinikkatoimi joutuu tasapainoilemaan yleisten yhteiskunnallisten tarpeiden ja yksilötason tarpeiden välillä (A-klinikkasäätiö 1991, 5)

Päihdehuollon avo- ja laitoshoitopaikoista suurin osa on sosiaalityöjohtoisia, ja sosiaalityöntekijöillä on merkittävä osuus hoitotyössä ja sen suunnittelussa. Sosiaalityöntekijöiden liitto on vuonna 1992 vahvistanut oman eettiseen normistonsa sosiaalityön eettisiksi periaatteiksi. Ohessa nämä eettiset periaatteet, jotka korostavat ihmisten itsemääräämisoikeutta ja joissa mainitaan myös seksuaaliseen vähemmistöasemaan liittyvän syrjinnän vastustaminen (Karvinen 1993, 21–22, kursivointi JN):

1. Ihmisarvo ja oikeudenmukaisuus. Sosiaalityö perustuu ihmisarvon loukkaamattomuuteen ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteille.
2. Itsenäisyys ja elämän hallinta. Sosiaalityö perustuu ihmisen itsenäisyyteen ja oman elämänhallinnan arvostamiselle.
3. Syrjäytymisen poistaminen. Sosiaalityön tavoitteena on ehkäistä ja poistaa yksilöiden ja ryhmien yhteiskunnallista syrjäytymistä ja huono-osaisuutta.
4. Syrjinnän vastustaminen. Sosiaalityö perustuu syrjinnän vastustamiseen. *Sosiaalityö poistaa ja ehkäisee syrjintää, joka tapahtuu seksuaaliseen vähemmistöön kuulumisen, iän, uskonnon, kansallisen alkuperän, suvun, poliittisen vakaumuksen, henkisen tai fyysisen vajavaisuuden tms syyn takia.*
5. Väkivallan vastustaminen. Sosiaalityö ei voi tukea suoraan eikä välillisesti sellaisia yksilöitä, ryhmiä tai valtakoneistoja, jotka sortavat kanssaihmiä ja käyttävät terroria, kidutusta tai muita

väkivaltaisista keinoja.

6. Asiakkaan yksityisyyden suojaaminen. Sosiaalityöntekijöiltä edellytetään tahdikkuutta ja vaihtelovelvollisuuden noudattamista.

7. Asiakkaan osallisuus. Asiakkaalla on oikeus osallistua oman asiansa käsittelyyn. Sosiaalityöntekijän on turvattava asiakkaan mahdollisimman suuri itsemääräämisoikeus. Pakon käyttäminen on itsemääräämisoikeuden rajoittamista tai poistamista. Sosiaalityöntekijän on varmistuttava siitä, että kaikkia osapuolia kuullaan ja eriävät näkökohdat otetaan huomioon.

8. Henkilökohtainen vastuu. Sosiaalityöntekijöillä on henkilökohtainen vastuu ammatin harjoittamisen yhteydessä tekemistään eettisistä ratkaisuista ja valinnoista. Sosiaalityöntekijät joutuvat tekemään eettisiä valintoja, joihin liittyy erilaisten moraalisten ja poliittisten valintojen näkökulmia. Eettinen harkinta on tällaisten ammatilliseen toimintaan liittyvien valintojen, keinojen, kohteiden ja seurausten tutkimista, pohtimista ja käsittelemistä.

Jotta periaatteet kasvaisivat osaksi käytäntöä, tulisi Karvisen (mt. 32–33) mielestä sosiaalityöntekijöiden työn olla "läpinäkyvää" sekä suhteessa asiakkaaseen (asiakas tietää kaiken minkä työntekijä tietää) että työtovereihin. Näin syntyy mahdollisuus kriittiseen arviointiin. Karvinen korostaa myös työnohjauksen merkitystä; se on ollut keskeisimpiä ammatillisen kehityksen sosialisointimenetelmiä niin koulutuksen kuin käytännön työnkin yhteydessä. Työnohjauksen tehtävänä ja mahdollisuutena on auttaa toimijaa tunnistamaan itsensä ja oma toimintansa sekä siihen liittyvät kokemuksensa ja tunteensa siinä jännitteessä, jonka synty on palautettavissa työn ja toimintajärjestelmän sisäisiin ristiriitoihin (vallitseva - mahdollinen - välttämätön). Työnohjaus tarjoaa työhön kuuluvana ja organisoituna toimintamuotona mahdollisuuden analysoida työntekijöiden omaa, pohjimmiltaan henkilökohtaisiin ratkaisuihin perustuvaa toimintaa.

Myös sairaanhoitajien hoitotyön oppikirjoissa piiryy asiakkaan oikeuksia korostava näkemys, mistä ohessa lyhyet katkelmat:

Hoitotyö on sairaanhoitajan ammatillista, ihmisten terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvä toimintaa. Hoitotyöllä on laaja-alainen, monitieteellinen tieto-, taito- ja arvoperusta. Ihmisarvon kunnioittaminen ja puolustaminen on hoitotyön perusarvo. Hoitotyö on tavoitteellista toimintaa ja sen tavoite on ihmisen, potilaan, perheen, yhteisön mahdollisimman hyvä terveydentila ja hyvän olon kokemus sairauteen ja kärsimykseen liittyvissä elämäntilanteissa. (Havio et al. 1994. 40)

Hoitotyössä yksilöä autetaan tyydyttämään tarpeensa ja ylläpitämään elintoimintojaan, palauttamaan, ylläpitämään ja edistämään terveyttään, hyvinvointiaan, hyvää oloaan ja toimintakykyään, ehkäisemään sairautta, pahoinvointia, pahaa oloa ja toimintakyvyn alenemista, kehittämään voimavarojaan, kasvamaan ihmisenä ja toteuttamaan itseään, vähentämään ja lievittämään kärsimystään, näkemään sairauden ja kärsimyksen merkitys, toipumaan tai hyväksymään ne. (Sarvimäki, A. - Stenbock-Hult, B. Hoitoa ja huolenpitoa. 1989. Siteerattu: Havio et al. 1994, 41.)

Arnkil ja Eriksson (1995) kuvaavat käytännön auttamistyötä vuorovaikutukseksi, jossa ammattiauttaja joutuu ennakoimaan aina seuraavan näytöksen, sen mihin hoitosuhde eri valintojen seurauksena etenee, nimenomaan siitä näkökulmasta, mihin tilanteeseen se hänet ammatillisena asettaa. Sitten hän tekee ennakkointinsa perusteella sellaisia ratkaisuja, ettei hän ammattiauttajana ja hoitopaikkansa edustajana joudu mahdottomalta tuntuvan tehtävän eteen. Tämä asettaa ammattiauttajina toimiville sekä heidän kouluttajilleen ja työnantajilleen vaatimukseksi sen, että työntekijöiden tieto- ja taitopohja on niin laaja, että työntekijä voi identifioitua ammattirooliinsa eettisiin ihanteisiin myös käytännön monimutkaisissa tilanteissa. Myös ammattikuntien sisällä tulisi myös koko ajan olla aktiivinen suhde ammattikunnan eettiseen perustaan ja tietopohjaan niin, että ne vastaavat koko ajan muuttuviin tilanteisiin yhteiskunnassa. Jotta työntekijä voisi ottaa aktiivisesti huomioon asiakkaansa seksuaalisen identiteetin, hänellä tulisi olla edellytyksiä jäsentää sitä rakentavasti, ammatin eettisten ihanteiden mukaisesti. Ellei näitä aineksia ole, hän todennäköisesti ohittaa koko aihepiirin.

Päihdehuollossa ammattiauttajat eivät toimi yksittäisinä ammatinharjoittajina vaan organisaationsa

työntekijöinä. Organisaatiossa vastuu saa kollektiivisen luonteen. Airaksinen (mt. 54) ottaa kannan, jonka mukaan johtaja edustaa organisaatiotaan. Silloin johtaja voidaan syyllistää yksittäisen työntekijän virheistä, koska tämä syyllistäminen edustaa organisaation kokonaisvastuuta. Hoitopaikkojen johtajilla onkin keskeinen vastuu vähemmistöjen oikeuksien toteutumisessa ammatillisissa auttamissuhteissa.

4.2. Päihdeongelmat työskentelyn kohteena

4.2.1. Hoidon menetelmiä ja viitekehyksiä

Tässä luvussa tarkastelen lyhyesti päihdehuollossa ja oma-aputoiminnassa käytettyjä hoidollisia lähestymistapoja. Niistä osa perustuu luvussa esitettyihin näkemyksiin päihdeongelmien luonteesta, osa taas lähtee liikkeelle yleisemmistä ongelmanratkontaan liittyvistä viitekehysistä. Hoidossa työskentelyn kohteeksi voivat tulla päihdeongelman taustalle oletetut syyt, päihdeongelmaa ylläpitäviksi arvioidut tekijät tai edellisistä ehkäpä suhteellisen riippumattomiksi arvioidut muutosta tuottavat prosessit. Päihdehuollossa käytetään hyvin monenlaisia hoidon menetelmiä ja viitekehyksiä, ja tässä pystyn esittelemään lyhyesti niistä vain murto-osan.

Hoidot voi jakaa karkeasti kahteen luokkaan: 1) akuutti kriisihoito ja 2) pidempijänteinen hoito tai ongelmien ratkaisu. Kriisihoito voi olla juomakierteen katkaisua ja vieroitushoitoa tai muuta päivystysluonteista hoitoa joko avohoidossa tai laitoksissa. Pidempijänteinen hoito voi olla eri yhteisöjen tarjoamaa ohjattua määräaikaista opintokerhoimaista oma-apuryhmätoimintaa tai yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmäterapiaa avo- tai laitospalveluna. Lisäksi tulevat toveritukeen ja omaan ideologiaansa tukeutuvat A-kilta ja AA-toiminta. Menetelmien esittelyn yhteydessä tarkastelen niiden vahvuuksia ja heikkouksia homo- ja biseksuaalien hoitosuhteita ajatellen.

Päihdevieroitushoito

Päihdevieroitushoidon tavoitteena on nimensä mukaisesti antaa päihteiden akuutin käytön lopettamiseen tarjottua hoidollista apua. Siihen kuuluu mm. vieroitusoireiden kartoittaminen, niiden hoitaminen, vaikeiden vieroitusoireiden (krampit ja alkoholipsykoosi) ehkäisy sekä jatkohoitoon motivointi ja sen mahdollinen käynnistäminen (Havio et al. 1994). Hoidossa kiinnitetään huomiota asiakkaan sekä psyykkiseen että fyysiseen tilaan. Vieroitushoidossa asiakas on usein niin huonossa kunnossa, että hoitajan aktiivinen ote ongelman kartoituksessa ja hoidossa korostuu etenkin alkuvaiheessa. Ensimmäisenä tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen ja sen myötä perusedellytysten luominen ongelmien ratkaisemiselle. Pidemmän vieroitushoidon aikana ihmissuhdekysymykset ja kriisien taustatekijät voivat hyvinkin tulla puheeksi.

Lääkehoito

Päihdehuollossa on käytetty sekä tilapäistä että pidempiaikaista lääkehoitoa. Vieroitushoitoon voi sisältyä tilapäinen lääkehoito. Sen lisäksi lääkäri voi tarpeen mukaan sopia asiakkaan kanssa esimerkiksi pidempiaikaisesta mielialaan vaikuttavasta lääkityksestä. Jo 1940-luvulta saakka osa asiakkaista on käyttänyt antabus-lääkitystä alkoholin käytöstä kieltäytymisen tukena. Nytemmin lääkeriippuvuuksien hoitaminen laskevin annoksin on tullut osaksi päihdehuollon toimenkuvaa.

Neuvonta ja oma-apuoppaat

Vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että kevyetkin toimenpiteet, kuten lyhyehkö neuvonta ja siihen yhdistetty oma-apuoppaiden käyttäminen, ovat osoittautuneet kilpailukykyisiksi intensiivisten psykoterapeuttisten hoitojen kanssa. Sopivaksi tavoitteeksi varhaisvaiheen ongelmajuojille on osoittautunut kontrolloitu juominen, kun taas vakavaa päihdeongelmaa hoidettaessa realistisemmaksi tavoitteeksi on osoittautunut täysraittius (Saarnio 1990, 21–23). Kognitiivisesti painottuneita oma-apuoppaita on käytetty hyvin monenlaisten ongelmien ja niihin liittyvien muutostavoitteiden ja -keinojen konkretisoimiseen.

Sosiaalityö

Sosiaalityöntekijöillä on ollut suomalaisessa päihdehuollossa hyvin merkittävä asema. Henkilökohtainen huolto, *social casework*, on kuulunut päihdehuollon perustyömenetelmiin. Granfeltin (1993, 191–193) mukaan *social caseworkin* ihmiskuva perustuu psykodynaamisen viitekehukseen. Päivittäisten tilanteiden käsittelyä sävyttävät terapeuttisuus, yksilöllinen lähestymistapa ja tietoisuus latenteista kommunikoinnin ja kokemuksen tasoista ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Asiakasta pyritään ymmärtämään suhteessa hänen elämäkokemuksensa ja vuorovaikutussuhteisiinsa. Yksilökohtainen huolto ei ole säilynyt muuttumattomana; sosiaalityöntekijöiden saama yhteiskuntatieteellinen koulutus on sisältänyt psykoanalyttisen ajattelun kritiikkiä, ja sosiaalityö on kartuttanut teoriapohjaansa jossa nykyisin yhdistyy monia eri perinteitä.

Ronald Wiman (1988) suhteuttaa päihdehuollon ja sen sosiaalityön tehtävät sosiaalihuollon tehtävänmäärittelyyn, "väestön suoriutumisedellytysten ylläpitämiseen". Toimenpiteet tulee suhteuttaa asiakkaiden toimintaedellytyksiin: ulkoisiin ehtoihin, tietoihin, taitoihin, motivaatioon ja kykyihin. Näitä tulee tarkastella asiakkaiden sosiaalisella, taloudellisella, olemassaolon mielekkyyden ja päihteiden käytön sektoreilla. Päihdehuollon tehtävänä on tarjota asiakkaalle tukitoimia: ulkoisten olojen korjaamista, neuvontaa, ohjausta tai opettamista, motivointia, hoitoa ja huoltoa. Ari Saarto (1984) on korostanut elämäntapojen ja niiden kulttuuristen ehtojen huomioon ottamisen tärkeyttä asiakkaan tilanteen, alkoholin käyttöön ja muutostavoitteiden tarkastelussa. Erilaisilla ryhmillä elämäntapa jäsentyy eri tavoin, niin myös alkoholin käyttö siinä. Usein päihdeongelman hoitaminen edellyttää elämäntavan muutoksia, jolloin joudutaan pohtimaan muutosten edellytyksiä. Arvioni mukaan elämäntapakysymysten herkistynyt – ja asiakkaan elämäntapoja kunnioittava – pohtiminen voi olla hyvinkin merkityksellistä nimenomaan homo- ja biseksuaalien hoitosuhteissa.

Parisuhteiden, perheen ja sosiaalisen verkoston huomioonottaminen

Perheterapia tuli osaksi päihdehuoltoa jo 1950-luvulla, ja esimerkiksi A-klinikkasäätiön koulutusohjelmassa se oli näkyvin yksittäinen suuntaus 1980-luvulla. Sen käyttäminen päihdehuollossa perustuu havaintoon, että sekä päihdeongelman jatkuminen että sen hoitaminen vaikuttavat kaikkiin perheenjäseniin, joiden reagointimallit muodostavat "ongelmaiselle" merkittävän toimintaympäristön. Hoidossa alettiin kiinnittää huomiota ongelmaisen tai "identifioituneen potilaan" sijasta perheeseen ja sen *homeostaattisiin mekanismeihin* ja alkoholin käytön osuuteen siinä. Työtä tehtiin niiden kanssa, jotka olivat tilanteesta huolissaan (läheiset), ja tavoitteena oli puuttua hoidollisesti siihen systeemiin, joka ylläpiti oiretta ja jota oire osaltaan sääteli, ja liikauttaa systeemiä itseään hoitamaan suuntaan (Steinglass 1981). Minuchinin (1981) mukaan terapeutti on sekä sisällä että ulkona systeemistä, jota hän on muuttamassa. Kussakin tilanteessa hänellä on oman elämäkokemuksensa, arvojärjestelmänsä ja esteettisen makunsa rajoitukset. Mitä enemmän hän on systeemissä sisällä, sitä objektiivisempi

ja kokeellisempi hän on. Steinglassin (1981) mukaan perheterapiassa on usein edellytetty suhteellisen ehyen tai vakiintuneen perheen olemassaoloa, mikä on rajannut sen soveltamisaluetta.

Perheterapeuttisen lähestymistavan etuna on pyrkimys sijoittaa ongelmat ja niiden ratkaiseminen laajempaan systeemiin ja etääntyä yksilön patologisoinnista. Samalla se voi kuitenkin syyllistyä perhesysteemin normittamiseen ja patologisointiin. Sen ongelmaksi voi muodostua myös perhesysteemin rajaamisen problemaattisuus; mitä kaikkea oikeastaan kuuluukaan tarkasteltavaan systeemiin ja miten se on valmis lähtemään "hoitoon". Oletan, että homo- tai biseksuaalien pari- ja perhesuhteiden mutkattoman myönteisellä ja arvostavalla huomioon ottamisella on symbolista merkitystä. Se voi olla yksi, asiakkaiden kokemusmaailmassa ehkä harvinainen, "yhteiskunnan edustajan" ele tunnustaa näiden suhteiden myönteinen merkityksellisyys. Silloin se vapauttaa niihin osallistuvien voimavaroja ongelmien ratkaisemiseen. Oletan myös, että tällaisten pari- ja perhesuhteiden kanssa työskennellessä kokemattomamman työntekijän ongelmaksi voi muodostua se, että hän omaa turvallisuutta lisätäkseen sijoittaa oppimiaan stereotypioita asiakkaan ihmissuhteisiin. Silloin ei ehkä jää riittävästi tilaa asiakkaiden omille jäsennyksille.

Asiakkaiden sosiaalisten verkostojen laajempi ja systemaattisempi huomioon ottaminen on ollut yksi päihdehuollon virtauksista. Vaillant (1983, 231) on todennut, että sosiaalinen ympäristö vaikuttaa merkittävästi juomismalleihin ja että sosiaalisen verkoston muuttaminen on auttanut monia saamaan juomisensa uudelleen kontrolliin. Hurd, Pattison ja Llamas (1982) ovat eritelleet niitä toisiaan leikkaavia verkostoja, joihin ihmiset kuuluvat. Niillä voi olla hyvinkin erilaisia funktiota: huhuverkosto, tietoverkosto, avunsaantiverkko, ystävyysverkosto ja ajanvieteverkosto. Funktiot voivat olla välineellisiä, tunne-elämään liittyviä ja vastavuoroisuutta edellyttäviä. Verkostoihin liittyy erilaisia roolimalleja sekä uskomusten ja käyttäytymisen todentamista ja muokkaamista ja normittamista. Verkostossa toteutetaan erilaisia rooleja ja arvioidaan niitä. Yksilön kannalta verkostot voivat olla tukea-antavia, stressiä välittäviä, tuhoisia, merkityksettömiä tai vain vaarattomia.

Suomessa verkostotyötä mielenterveystyössä kehittänyt Jaakko Seikkula (1994, 53–57) toteaa, että verkostopainotteisessa hoitotyössä yksilöä tarkastellaan suhteessa niihin verkostoihin, joihin hän kuuluu. Hahmottaessaan ongelmaa työntekijä omaksuu asiakkaansa verkoston näkökulmaa, ja asiakas rakentaa mielessään psykososiaalista verkostoaan. Ongelma sitten määrittää, keiden kaikkien kanssa ryhdytään yhteistyöhön ja ketä kutsutaan tarpeen tullen neuvotteluun. Tavoitteena on, että kokoon kutsuttujen ihmisten myötä asiakkaan elämän eri äänet tulisivat kuulluksi. Verkostotyössä ei yleensä pyritä muuttamaan verkostoa, vaan synnyttämään sen sisällä eri ryhmien välistä, voimavaroja herättävää vuoropuhelua.

Päihdeongelmien hoidossa verkostokeskeisen työn ongelmaksi voi muodostua se, että monien sosiaalinen verkosto on ohentunut ja kaventunut alkoholiongelman edetessä. Juomisen loputtua katoaa ehkä viimeinen käytössä ollut, juomiseen liittynyt verkosto. Osa homo- ja biseksuaaleista on oman turvallisuutensa tai itsenäisyytensä vuoksi sektoroinut sosiaalisen verkostonsa toisensa poissulkeviin osiin, ja niiden saattaminen yhteen voi merkitä joko uhkaa asiakkaan kyvylle vaikuttaa omaan turvallisuuteensa tai vapautumista aikansa palvelleesta ja raskaaksi muodostuneesta hallintajärjestelmästä. Sosiaalisen verkoston kokoon kutumisessa on syytä yhdessä pohtia niitä pelkoja ja toiveita, joita tällaiseen kokoontumiseen liittyy samoin kuin sitä, keitä kaikkia siihen kannattaa kutsua mukaan.

Terapeuttisen työn välineitä ja kehysiä

Prochaska ja DiClemente ovat tutkineet oma-apuryhmien ja erilaisten terapioiden toimintaa ja niiden perusteella laatineet päihdehuoltoonkin hyvin soveltuvan viisikohtaisen **muutoksen vaiheiden mallin**, johon kuuluu 1) *esipohdinta* – päihteiden käyttäjä ei näe syytä muutokseen, 2) *pohdinta* – asiakas pohtii mahdollisen muutoksen etuja ja haittoja ja kokee epävarmuuteen liittyvää epämukavuutta ja ristiriitaa omien arvojensa ja käyttäytymisensä välillä, 3) *valmistautuminen* – aikomuksia ja toimintaa, päihteiden käytön pientä vähentämistä ja aikomuksia suurempiin muutoksiin jatkossa, 4) *toiminta* – asiakas toteuttaa eri strategioita päihteiden käytön muuttamiseksi toivotulle tasolle, 5) *ylläpito* – muutos on saatu aikaan, mutta aineiden käyttäminen houkuttelee ja sitä vastaan kamppaillaan. Jos ylläpito epäonnistuu, palataan esipohdintaan. Tämä kierros voi toistua lukuisia kertoja. Kierrosten aikana päihteiden käyttäjä voi oppia virheistään, jolloin kierrosten ei tarvitse jatkua loputtomiin. (Barber 1995, 27–28.)

Prochaskan malli erottelee myös seuraavat **muutoksen tasot** sen mukaan, työskennelläkö välittömien oireiden vai jonkin niitä tuottavien tai ylläpitävien tekijöiden kanssa: 1) *oireet/tilannetekijät* – ongelmalliseen käyttäytyminen ja sitä välittömästi edeltävät ärsykkeet, 2) *virheelliset kognitiot* – automaattiset, alitajuiset ajatusketjut, jotka liittyvät ongelmalliseen käyttäytymiseen, 3) *tämänhetkiset ihmissuhteisiin liittyvät konfliktit*, 4) *perheeseen tai muuhun systeemiin liittyvät konfliktit*, 5) *sisäiset konfliktit*. Työskentelyn taso tulisiikin suhteuttaa kulloiseenkin muutoksen vaiheeseen. Valittavana on kolme strategiaa: 1) aloitetaan oirekeskeisellä työskentelyllä, ja jos se toimii hyvin niin muita tasoja ei välttämättä tarvita, mutta jos se ei toimi niin siirrytään sitten kognitioiden kanssa työskentelyyn jne., 2) esitietojen perusteella valitaan yhdessä keskeinen työskentelyn taso, 3) työskennellään rinnakkain eri tasoilla. (mt. 28.)

Kognitiiviset menetelmät tulivat 1980-luvulla suosioon päihdehuollossa. Menetelmät perustuvat olettamukseen, että käyttäytymistason ja tunnereaktioiden muutokset vaativat niiden taustalla olevien kognitiivisten vääristymien muutoksia. Tällaisia kognitiivisia vääristymiä ovat mustavalkoajattelu, yliyleistäminen ja muut ajattelutavat, joissa vedetään virheellisiä johtopäätöksiä puutteellisten tosiasioiden perusteella (Holmberg 1992, 30–31). Saarnion (1990, 19–24) mukaan kognitiivisille terapioissa kiinnitetään huomiota tapaan, jolla yksilö valikoi tai muuntaa ärsykeitä ja luo sen pohjalta toimintastrategioita, joita pidetään myös haitallisen toiminnan perimmäisenä syynä. Terapiassa pyritään ajattelutottumusten muuttamiseen ja ongelmanratkaisutaitojen lisäämiseen. Tavoitteena on skeemoihin perustuvien virheellisten tai hyvin ahtaiden toimintaohjelmien paljastaminen ja niiden korjaaminen realistisemmiksi ja yksilön omien tavoitteiden mukaisiksi.

Holmbergin (1992, 33–34) mukaan päihdeongelmien hoitamisessa ovat painottuneet *kognitiiviset käyttäytymisterapiat*. Hoito-ohjelmiin on liitetty työvälineitä, jotka lisäävät asiakkaiden kykyä saavuttaa elämäntavoitteitaan ja vähentävät todellisuuden ja halutun välistä eroa. Päihderiippuvuuksien hoito-ohjelmissa on tavallisesti mukana 1) juomiskäyttäytymisen funktionaalinen analyysi, 2) vaihtoehtojen selviytymistaitojen opettelua, 3) analyysi asiakkaan elämäntavan tasapainoisuudesta sekä 4) retkahduksen estämiseen liittyvä opettelu.

Holmberg (1995, 195) on kritisoinut kognitiivisen käyttäytymisterapian sovellutuksia siitä, että niissä ei ole kiinnitetty huomiota sosiaaliseen identiteetin merkitykseen. Muuttaessaan dosfunktionaalisia

ajattelutapojaan ihminen tarvitsee sosiaalista tukea yrityksilleen kokeilla uudenlaisia ajattelutapoja. Siinä voi olla avuksi liittyminen johonkin oma-apuryhmään. Toisaalta, kognitiivisia menetelmiä voidaan hyvin soveltaa sosiaaliin identiteetteihin liitettyjen epäadekvaattien uskomusten työstämiseen (Kuehlwin 1992). Koski-Jännes (1992, 22) on korostanut asiakkaan itsearvostuksen kohentamisen merkitystä, koska aiempi kyvyttömyys ratkaista ongelmaa on aiheuttanut demoralisaatiota.

Ratkaisukeskeiset ja voimavarasuuntautuneet menetelmät irrottautuvat erityisistä ongelmista ja niihin sovitetuista väliintuloista. Riikosen (1992) mukaan nämä menetelmät perustuvat *toisen asteen kybernetiikkaan*, jossa luovutaan objektiivisten ongelmakuvausten ajatuksesta ja tavoitteeksi asetetaan parantavien vuorovaikutusprosessien kartoittaminen ja määrittely. Ratkaisukeskeisten toimintatapojen yhteisenä perussääntönä on, että asiakkaiden kanssa tulee puhua niin, että lisätään mahdollisuuksia oman kompetenssin havaitsemiseen ja käyttöön. Huomio painottuu kompetenssin hallitsemiin elämänsaarekkeisiin ja -jaksoihin. Yhteistä on myös kielellisten ilmaisujen moniselitteisyyden hyödyntäminen. Tarkastellaan sitä, mikä pitää ongelmaa yllä, ei sen syytä, ja pyritään välttämään ongelmien kaiken kattavuutta korostavia deterministisiä ongelman jäsennyksiä. (mt. 75–77.)

Ratkaisukeskeiset menetelmiä on päihdehuollon piirissä opiskeltu hyvinkin runsaasti kuluneen kymmenen vuoden aikana ja ne kuuluvat ainakin jossakin määrin päihdehuollon päivittäiseen työrutiiniin. Voimavarasuuntautunut työskentely näyttäisi poistavan monia perinteisempien lähestymistapojen ongelmia homo- ja biseksuaalien hoitotyössä luopuessaan patologisoinneista ja pyrkiessään kiinnittymään asiakkaiden kieleen ja vahvuuksiin. Hyvin traumaattisten kokemusten jälkeen ja ehkä eristykseen joutuneena hoitoon hakeutuva homo- tai biseksuaalinen asiakas tarvitsee kuitenkin myös tilaa omille vastoinikämisilleen ja uupumukselleen. Ovathan mm. homo- ja biseksuaalit usein joutuneet liiaksikin elämään erityisten vahvuuksiensa varassa.

Psykoanalyttinen lähestymistapa ei ole nykyisin kovinkaan suosittu päihdehuollossa. Analyyttisen perinteen sisällä alkoholisteja pidettiin kauan hyvin vaikeasti hoidettavina. Alkoholisteja ei yleensä pidetä soveliaina paljastavaan psykoterapiaan, koska heidän arvellaan rupeavan juomaan silloin, kun terapia herättää ahdistusta. Sen sijaan suositellaan tukea antavaa hoitosuhdetta, jossa huomiota kiinnitetään nykyhetken ristiriitoihin ja jossa pyritään yhdessä palauttamaan asianomaisen itsetunto. Psykodynaaminen terapia nähdään mahdolliseksi vasta, kun asianomainen on raitis tai käyttää alkoholia hallitusti. Tällöin analyttinen terapia asettaa tavoitteekseen persoonallisuuden eheytyksen kypsyneemmällä tasolla kuin ennen runsaan juomisen alkamista. (Achte - Alanen -Tienari 1991, 94–93.)

Vaillant (1981, 49–54) on varoittanut psykodynaamisesta lähestymistavasta ja erityisesti vahvoista transferenssisuhteista alkoholiongelmia hoidettaessa. Vaarana on erityisesti se, että hoitotyöntekijät eivät itse kestä näin syntyneitä transferenssisuhteita. Asiakkaassa, jonka ihmissuhteet ovat hyvin vähissä, terapeutin tavoittamattomuuteen liittyvät pettymykset taas voivat vahvistaa arvottomuuden tunnetta ja käsitystä kyvyttömyydestä kestää pettymyksiä ilman alkoholia.

Päihdehuollossa on käytetty runsaasti erilaisia, tässä vaille esittelyä jääneitä menetelmiä: hahmoterapeuttiset menetelmät, erilaiset taideterapiat, NLP, logoterapia, transaktioanalyttinen ajattelu jne.

Ryhmähoidot

Toisten ongelmien kokeminen samanlaisina näyttää tekevän alkoholistin valmiimmaksi hyväksymään hoidon ryhmäympäristössä. (...) Ryhmässä on mahdollisuus huomata omat sisäi-

set asenteensa ja alkoholista luopumisen vastustuskeinot, kun huomaa samoja piirteitä toisissa. Samoin ryhmässä on mahdollisuus oppia tunteiden ja tarpeiden suorempaa ilmaisua. Ryhmässä tapahtuu vastavuoroista vaikuttamista. (Achte, Alanen, Tienari 1991, 93–94.)

Ryhmähoidolla on ollut jatkuvasti erittäin vankka asema päihdehuollossa, ja ryhmiä voikin pitää erittäin merkittävänä päihdeongelmien hahmottamisen ja hoidon areenoina. Niiden asema on ollut keskeinen etenkin laitoshoidoissa ja asumisen tukipalveluissa, mutta myös avohoidossa niitä on arvostettu ja käytetty runsaasti. Osa ryhmistä on avoimia, ne kokoontuvat säännöllisesti ja niihin voi tulla tarpeen mukaan. Niiden tehtävänä on tarjota mahdollisuus aktiiviseen ryhmäjäsenyyteen, omaan pohdiskeluun ja muiden kuunteluun. Työntekijän tehtävä on tuoda ryhmään turvallisuutta ja varmistaa, että kaikkien äänille on tilaa siinä. Osa ryhmistä on suljettuja ja määräaikaista, jolloin niillä voi olla ennalta sovittuja tavoitteita: kognitiivinen työskentely, taideterapia, rentoutus, pysähtyminen, parisuhdeterapia, itsetunnon vahvistaminen tai jonkin erityisongelman työstäminen. Näissä ryhmissä työntekijän rooli on aktiivisempi.

Ryhmien etuna on pidetty niiden asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaiden (ainakin osan heistä) oma kieli ja tavat hahmottaa ongelmia tulevat kuuluviin ja asiantuntijuus sijoittuu omaan vertaisryhmään. Ryhmissä asiakkaat ovat avuksi toisilleen, ja näin he saavat aktiivisia, itsearvostusta tukevia rooleja. Vaillant (1983, 288–289) viittaa J. D. Frankiin (*Persuasion and Healing*, 1961) korostaessaan potilaan itsearvostuksen ja ryhmään liittymisen merkitystä. Siinä voidaan erottaa seuraavat prosessit: indokrinaatio, toistuvuus, epävarmuuden poistaminen ja mahdollisuus identifiikaatioon. Yksi keskeisistä hoidon tehtävistä on johdattaa potilas pois yksinäisyydestä ryhmän jäseneksi. Ryhmän tulee antaa riittävästi tukea varhaisvaiheessa, jotta potilas voisi selviytyä niiden aiheuttamasta stressistä.

Homo- ja biseksuaalisten päihdeongelmaisten hoidossa ryhmähoitoon sisältyy joitakin "ylimääräisiä" jännitteitä. Ryhmissä, varsinkin niiden alkuvaiheessa ja avoimissa ryhmissä pidempäänkin, haetaan yhdistäviä piirteitä, jolloin erottavat piirteet koetaan hajaannusta aiheuttaviksi ja uhkaaviksi. Ryhmissä saattaa olla myös normaalisuutta ja perinteisiä sukupuolirooleja korostava ilmapiiri. Homo- ja biseksuaalit joutuvat kuulemaan itseään loukkaavaa puhetta ja kokevat itsensä ulkojäseniksi, jolloin hoito voi osoittautua vanhojen traumojen uusintajaksi. Identiteetissään vahvoilla oleva homo- tai biseksuaali pystyy ehkä ottamaan asian käsittelyyn ja kääntämään tilanteen koko ryhmän eduksi, mutta heikoilla ja eristyksissä olevalta voi olla kohtuutonta odottaa, että hän panee päänsä pöllylle. Oletan, että jäsenyys sellaisessa ryhmässä, jossa voi kokea tulevaisuutta arvostetuksi omana itsenään vapauttaa muita paremmin voimavaroja päihdeongelmien työstämiseen.

AA

AA-toiminta perustuu alkoholisteiksi itsensä nimeävien alkoholiongelmaisten keskinäiseen ryhmätoimintaan, jota ohjaavat 12 askeleen kirjattu ohjelma ja 12 perinnettä. AA:n ohjelma sisältää olettamuksen, että "alkoholismi" on krooninen sairaus, josta ei voi parantua siinä mielessä, että alkoholismiin sairastunut voisi enää koskaan käyttää hallitusti päihteitä. Lähtökohtana on päihteiden käytön lopettaminen. Sen lisäksi puhutaan "toipumisesta", jolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista elämäntavan muutosta, vastuun ottamista itsestä, perheestä ja taloudesta, ja tämä "henkisen kasvun ohjelma" jatkuu koko eliniän. Käytännön tasolla AA:n ohjelmaa pyritään toteuttamaan ryhmänistuntojen avulla, ja tavoitteena on tukea elämään tätä päivää, "päivä kerrallaan". (Kettunen - Leppänen 1994, 14–15.)

AA:n filosofiassa toipumisen edellytyksenä pidetään *alkoholistiksi identifioitumista*. Se sisältyy AA:n

ohjelman ensimmäiseen askeleeseen, ja se on sisällytetty myös kaavaan, jolla kukin aloittaa puheenvuoronsa ryhmässä: *"Olen X (pseudonimi tai oikea etunimi) ja alkoholisti .."*. Alkoholisti-identiteettiin on sisällytetty ajatus siitä, että on voimaton selviytymään yksin tilanteestaan ja että tarvitsee muiden alkoholistien apua. Tätä identifioitumista muita tarvitsevaksi alkoholistiksi kutsutaan usein kieltämisen murtumiseksi. Keenen (1994, 66–68) mukaan murtumista edeltävää elämäntapaa tai persoonallisuutta kuvataan jälkeinpäin usein itsekeskeiseksi, kaikkivoipaisuuteen pyrkiväksi ja epäkypsäksi. Nämä piirteet tulevat osaksi alkoholistin identiteettiä, menneisyyden tulkinnan kautta. AA-lainen alkoholistin identiteetti siis sisältää normiston hyvistä ja huonoista ominaisuuksista ja toipuminen on tavoiteltavien ominaisuuksien (rehellisyys ja sosiaalinen vastavuoroisuus) vahvistamista ja huonojen ominaisuuksien (itsekeskeisyys, vaativuus) torjumista itsessään. Holmbergin (1995, 66) mukaan AA:n alkoholisti-identiteetti antaa ryhmään liittyneelle alkoholiongelmalliselle sosiaalisesti tuetun myönteisen roolin ja uuden (tai uudelleen tulkitun /JN) identiteetin.

AA:ssa asiantuntijuus sijoitetaan vertaisryhmään, mutta samalla se sidotaan tiettyyn kirjalliseen ja suulliseen välitettyyn muottiin. AA:ssa korostetaan alkoholistien yhteisiä piirteitä ja pyritään häivyttämään näkyvistä erilaisuutta korostavat piirteet, mikä voi johtaa siihen, että vähemmistöihin kuuluvat puhuvat enemmistön ehdoilla. Tätä ongelmaa voi korjata niin, että vähemmistöt perustavat omia ryhmiään.

Minnesota-malli

Minnesota-mallin mukaista hoitoa ruvettiin järjestämään Suomessa 1980-luvun alkupuolella. Hoitomallin kehitystyö alkoi eräissä Minnesotan osavaltion hoitolaitoksissa Yhdysvalloissa 1950-luvun alussa. Mallissa yhdistettiin piirteitä AA-ohjelmasta ja behavioristisesta psykologiasta. Kuntoutusohjelman perusolettamuksena on, että alkoholismi on 1) kuvattavissa ja tunnistettavissa oleva ilmiö, 2) tahaton vamma/heikkous ja 3) hoidettavissa. Alkoholismi määritellään *yhtenäiseksi ilmiöksi* toistuvien stereotyyppisten käyttäytymiskaavioiden perusteella. Alkoholismi-termi on ajan myötä korvattu kemiallisen riippuvuuden käsitteellä, jolloin siihen sisältyvät myös huume- ja lääkeriippuvuudet. (Laundergan 1982, 2–3.)

Hoitomallissa korostetaan alkoholismin hoidon ensisijaisuutta suhteessa muihin ongelmiin. Tavoitteena on päihteen elämäntapa. Hoidossa keskitytään alkoholisteja yhdistäviin piirteisiin yksilöiden välisten erojen kustannuksella. Muiden ongelmien hoito katsotaan mahdolliseksi vasta alkoholismin kohtaamisen jälkeen jatkoahoito-ohjelman puitteissa. Alkoholismista toipumisen sanotaan edellyttävän tietoista valintaa ja vastuun ottamista. Toisaalta hoitomallissa puututaan suoraan asianomaisten elämään ns. säädellyn konfrontaation menetelmällä ja hoitoon voidaan ohjata ihmisiä ilman heidän omaa tahtoaan (mt. 25–28).

Minnesota-mallissa hoidon keskeinen väline on pitkä ja intensiivinen AA-filosofiaa soveltava ryhmätyöskentely. Työskentely sisältää kognitiivista uudelleenjäsentämistä ja harjoittelua, jota tuetaan erilaisin alustuksin. Keskeisenä tavoitteena on sosiaalinen uudelleenoppiminen. Siihen pyritään mm. ryhmänormiston avulla ja tarjoamalla samastumismalleja. Ohjelmassa pyritään opettamaan ulospäin suuntautuvaa elämäntapaa niin ihmissuhteissa kuin hengellisestikin ja vahvistamaan kykyä realistisiin valintoihin ja vastuun kantamiseen (mt. 32–40). Myöhemmin ajattelumallia ja työmenetelmiä on kehitetty alkoholistien läheisten hoitamiseen. Peruskäsitteitä siinä ovat mm. luopuminen "juomisen mahdollistamisesta" ja "vastuullisuuden edellyttäminen" (mt. 84–86).

Holmbergin (1995, 80, 194 ja 205–206) mukaan se, että Minnesota-malli ottaa aktiivisesti huomioon samastumisen raittiisiin roolimalleihin, näyttää auttavan ainakin osaa asiakkaista säilyttämään hoidon aikana saavutettua raitistumista. Kun asiakkailla on mahdollisuus tutustua erilaisiin raitistuneisiin alkoholisteihin, raittiuteen liittyvät roolit ja identiteetti tulevat vähemmän pelottaviksi.

Minnesota-mallissa asiantuntijuus toisaalta sijoitetaan vertaisryhmään ja sidotaan tiettyyn ideologisesti säädelyyn tapaan jäsentää menneisyyttä. Toisaalta malli korostaa sitä, että sen käsitys alkoholiongelmistä on tieteellinen. Hoidossa korostetaan alkoholistien yhdistäviä piirteitä, ja yksilöitä tai ryhmiä erottavat piirteet jätetään tietoisesti taka-alalle. Malli ottaa aktiivisesti kantaa sosiaaliseen identiteettiin; yksi keskeinen tavoite on saada aikaan voimakas samastuminen toipuvien alkoholistien ryhmään.

4.2.2. Hoidon tuloksellisuus

Päihdehoidon tuloksellisuudesta on käyty vilkasta keskustelua. Emrick teki 1970-luvulla yhteenvetoa lähes neljästä sadasta hoitotutkimuksesta ja päätyi tulokseen, jonka mukaan kolmen–kuuden kuukauden seuranta-aikana eri hoidoissa käyneistä, menetelmästä riippumatta, keskimäärin 1/3 on pysynyt raittiina, 1/3 joi vähemmän kuin ennen hoitoa ja 1/3 joi yhtä paljon tai enemmän kuin ennen hoitoa. Tämä sama jakauma löytyi myös niiden keskuudesta, jotka eivät saaneet minkäänlaista hoitoa. Raittiiden ja juomista vähentäneiden osuus väheni huomattavasti, kun seuranta-aika nostetaan 1–2 vuoteen. Kognitiivisbehavioraalisten menetelmien kehittäjänä tunnettu Miller on Emrickin kanssa eri mieltä; tutkimukset näyttäisivät osoittavan, että mm. sosiaalisten taitojen ja ongelmanratkaisutaitojen harjaannuttaminen on tuottanut huomattavasti parempia tuloksia kuin muut menetelmät tai hoitamatta jättäminen. Intensiivisempää yksilö- ja ryhmähoitoa on verrattu lyhyeen neuvontaan ja oma-apuoppaiden antamiseen. Alkoholin kulutuksen muutoksissa menetelmien välillä ei ole todettu merkitseviä eroja. (Barber 1995, 151–152 ja 115–117)

Vaillant (1983) referoi alkoholismin kehityskaarta seuranneita tutkimuksia ja päätyy tulokseen, jonka mukaan huomattava osa (20–60 %) alkoholismi-kriteerin täyttäneistä toipuu ajan kanssa, osa raitistuu ja osa palaa kohtuujoomiseen. Lisäksi näyttäisi siltä, että toipuminen ei liity erityisiin hoito-ohjelmiin, vaan ihmiset näyttäisivät myös hoitavan itse itseään. Päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneista keskimäärin 20 % on kahden vuoden päästä raittiina tai hallitsee juomisensa, 15 %:n kohdalla tilanne on jonkin verran paremmin kuin hoitoon hakeutuessa ja noin 65 % jatkaa ongelmallista juomista. Samat prosenttiluvut näyttäisivät tulevan hoidosta riippumatta (mt. 126 ja 284). Alkoholin väärinkäytöstä toipuminen ei näyttänyt liittyvän päihdeongelmien vakavuuteen, mm. sosiopaateista huomattava osa toipui pysyvästi väärinkäytöstä. Toipumista edelsi 10–15 vuotta kestänyt väärinkäyttö (mt. 131). Vaillant esittelee tutkimuksen, jossa seurattiin sadan laitostarkoituksen otetun asiakkaan kehitystä 8 vuoden ajan. Asiakkaat olivat keskimäärin hyvin pitkälle alkoholisoituneita. Tulevaa pysyvää toipumista ennustivat parhaiten avioliitto, työssä käyminen, pysyvä asuminen, ensikertalaisuus katkaisuhoidossa ja juopumispidätysten puuttuminen. Ne, joilla sosiaaliset suhteet olivat verrattiin hyvässä kunnossa, toipuivat ilman AA:n tukea, kun sen sijaan ne, joilta puuttuivat parisuhteet, pysyvä asunto ja työ, toipuivat ja vahvistivat sosiaalista statustaan nimenomaan AA:n myötävaikutuksella. Ensimmäinen hoitokerta tuotti harvojen kohdalla myönteisen tuloksen. Pitkäjänteinen retkahdusten hoitaminen näytti tuottavan vähitellen tulosta, toipuvien määrä oli keskimäärin 6 % vuodessa (mt. 147–

157). Alkoholistien kuolleisuus on 4–6 -kertainen koko väestöön verrattuna, nuorempien kuolinsyissä itsemurhat, onnettomuudet ja maksakirroosi ovat vahvasti ylliedustettuina, iän myötä sydänsairauksien osuus kuolinsyynä kasvaa merkittävimmäksi (mt. 162).

Lapsuuden olot eivät Vaillantien saamien tulosten mukaan selitä sitä, ketkä alkoholistisen juomisen omaksuneista hyötyisivät hoidosta ja/tai toipuisivat alkoholistisesta juomisesta muita nopeammin. Tätä Vaillant selittää sillä, että alkoholismi itsessään vaurioittaa ihmisen psykologisia (minän vahvuus) ja sosiaalisia (tukiverkosto) rakenteita (mt.. 171).

Vaillantien raporttoimaan pitkään tutkimuksen osallistuneista raittiuden saavuttaneista miehistä huomattavan suurella osalla oli jokin korvaava riippuvuus, käyttäytymistason muutos, pakollinen valvonta tai lääketieteellisiä seuraamuksia, AA:ssa käyminen, uusi rakkaussuhde tai liittyminen johonkin uskonnolliseen ryhmään. Raittius saavutetaan muiden avulla (mt. 190–193). Onnistuneen kontrolloidun juomisen tukirakenteita olivat käyttäytymismuutokset joko ulkoiseen kontrolliin/konfrontaatioon tai esim. lääketieteellisiin seuraamuksiin liittyen ja merkittävät muutokset sosiaalisessa kentässä sekä juomisen ritualisointi tiettyihin ennalta määriteltyihin tilanteisiin (mt. 228–231).

Päihdehuollon eri menetelmiä vertailevissa tutkimuksissa ollaan yhä enemmän siirtymässä kysymyksestä *mikä hoitomuoto on paras* kysymykseen *mikä hoitomuoto on paras kullekin asiakkaalle*. Keene (1994, 54 ja 146–148) tutki, miten Minnesota-mallia noudattavan englantilaisen päiväkeskuksen hoito vastasi eri asiakkaiden tarpeisiin, ja totesi, että yhteisön hoidosta hyötyivät eniten ne asiakkaat, joiden tapa hahmottaa oma tilanteensa ei ollut kovin kaukana hoitopaikan työntekijöiden tavasta hahmottaa sitä, ja vähiten siitä hyötyivät ne, jotka vierastivat AA-laista ajattelutapaa ja hoito-ohjelmaa. Asiakkaiden omat uskomukset ongelmansa luonteesta tulisivatkin ottaa huomioon hoitomuotoa määriteltäessä. Holmberg (1995, 208) on todennut, että Minnesota-mallin joko/tai näkemys alkoholismista näyttäisi sopivan yhteen monien alkoholistien mustavalkoajattelun kanssa.

Bostonissa on toiminut homoille ja lesboille suunnattu päihdehuollon avohoitoyksikkö osana homo- ja lesboyhteisön terveystalvelujärjestelmää. Yksikössä on mahdollisuus saada apua yksilö-, pari- ja ryhmäterapien muodossa, ja sillä on myös yhteisöllisiä projekteja. Hoidon tavoitteet on asetettu asiakkaan kanssa yhdessä. Yksikön hoidon tuloksellisuutta seurattiin systemaattisesti vuonna 1980. Driscoll (1985) on raportoinut seurantalomakkeiden perusteella paikan hoitotuloksista. Raittiuden tavoitteeseen asettaneista ja lomakkeita lähettäneistä 58 % oli ollut raittiina yli seitsemän kuukautta; jos raittiudesta raportoineiden määrä suhteutetaan kaikkiin ko tavoitteen asettaneisiin, saadaan prosenttiluvuksi 26 %. Tulokset juomiskertoina mitattuna olivat parempia niillä, joiden hoito oli kestänyt korkeintaan 6 kk, kuin pidempään hoidossa olleilla. Tätä selitettiin sillä, että pidempään hoidossa olleiden ongelmiin avohoidon keinot olivat olleet riittämättömiä. Tämä homojen ja lesbojen hoitoon erikoistunut yksikkö oli rekrytoinut hyvin paljon sellaisia asiakkaita, joilla ei ollut aiempaa kokemusta päihdehoidosta. Hoitopaikan valintaa asiakkaat perustelivat sillä, että hoitopaikka tuntui etukäteen luotettavalta ja asiantuntevalta. Lesboasiakkaiden pienestä määrästä vedettiin se johtopäätös, että hoitopaikka ei ollut riittävästi paneutunut lesbojen kysymyksiin.

4.3. Asiakkaiden sosiaaliset ryhmäjäsennytydet ja niiden huomioonottaminen

Ensiksi, sinun tulee unohtaa, että olen musta.

Toiseksi, et saa koskaan, et koskaan, unohtaa, että olen musta!

Pat Parker: Valkoiselle (Dalheimer - Feigl 1991, 53.)

Anneli Pohjola (1993) on kritisoinut suomalaista sosiaalityötä siitä, että kulttuurisia erityispiirteitä ei ole pidetty kovin keskeisinä analysoitavina asioina. Ne on saatettu kokea enemmän leimaavina kuin rikkautta antavina. Osakulttuurien korostamisessa voidaan toisaalta joskus mennä taas liiankin pitkälle mitätöimällä ryhmän sisäisiä eroja ja väheksymällä valtakulttuurin merkityksiä. Kulttuuritarkastelu voidaan jakaa neljälle tasolle: 1) *makrokulttuuri* – yleiset, nykyisin keskiluokkaisesti latautuneet ajattelu- ja elämistavat, 2) *paikalliskulttuuri* – alueelliset kulttuurit, 3) *yhteisö- ja ryhmäkulttuuri* – mm. etniset kulttuurit ja vähemmistökulttuurit, 4) *mikrokulttuuri* – kunkin oma jäsentämiskehys. Makro- ja mikrokulttuurien maailmat havaitaan helposti erillisinä ja perustaltaan ristiriitaisina. Käytännössä mikrokulttuuri on sosiaalityön kohteena oleva kulttuuripiiri. Sosiaalityössä, kuten muussakin yhteiskunnallisessa toiminnassa, on tarkasteltu yhtenäiskulttuuriotetuksen pohjalta yleistettyä asiakasta, joka on ollut osittain irrallaan kulttuuriyhteydestään tai joka on korkeintaan hahmotettu johonkin alaryhmään kuuluvaksi.

Tannen (1990) tutkimus siitä miten kielen, hoidon keskeisen työvälineen, käyttö ja ymmärtäminen ovat sidoksissa sosiaaliseen sukupuoleen on yksi osoitus tarpeesta luopua yleistetyn asiakkaan mielikuvasta. Tannen mukaan miehet ovat herkkiä tulkitsemaan *hierarkiaviestejä* ja naiset taas *yhteenkuuluvuuden* viestejä. Miehillä keskustelut ovat neuvotteluja, joissa määrittellään positioita ylä/alapuolisina ja joissa on keskeistä saavuttaa asemia ja torjua yritykset tulla vedetyksi alas. Naiselle on keskeistä olla yksilö yhteyksien verkostossa. Keskustelut ovat neuvotteluja läheisyydestä, jossa ihmiset hakevat ja saavat vahvistusta ja tukea, ja tavoittelevat konsensusta. Hierarkkisuus nähdään enemmän ystävyyden asteikkoina kuin vallan ja saavutusten hierarkioina. Naisetkin hakevat statusta ja koettavat välttää tappioita, mutta tämä tapahtuu usein yhteyksien ylläpitämisen kaavussa; miehetkin tavoittelevat yhteisyyttä ja ulkopuolisuuden välttämistä, mutta tämä tapahtuu usein vastakkainasettelujen kaavussa. Miesten ja naisten keskustelut ovat yrityksiä ylittää "kulttuurikuilu". Osapuolet voivat helposti tahtomattaan tulkita toisiaan väärin. Esimerkiksi mies ja nainen eivät löydä yksimielisyyttä siitä pitäisikö pariskunnan keskustella yhdessä viikonlopun ohjelmasta ennen kuin jompi kumpi voi sopia jotain oman ystävänsä kanssa. Naisen mielestä pitäisi keskustella, koska hänelle keskustelu on viesti parin yhteenkuuluvuudesta. Miehen mielestä taas ei tarvitse keskustella, koska se tuntuu itsenäisyyttä uhkaavalta velvoitteelta. (Arnkil - Eriksson 1995, 143.)

Tanne arvelee, että miehet ja naiset reagoivat metaviesteihin eri tavoin. Taustalla ovat kulttuurisesti opitut roolit. Jos nainen suojelee miestä, mies kokee tilanteen epämiellyttävänä, koska hän kokee tuleensa asetetuksi lapsen asemaan. Mies voi intellektuaalisesti ymmärtää naisen tapaa nähdä asiat, mutta ei emotionaalisesti koe tapaa ja perusteluja omakseen. Samoin nainen voi ymmärtää, mitä mies kokee tulkinnakseen, mutta emotionaalisesti hän ei koe tilanteen viestiä samoin. Tannen mukaan iso askel kommunikaatiokuilun ylittämiseen olisi toisen puhettavan ymmärtäminen. (Arnkil - Eriksson 1995, 144.)

Missä määrin homo- ja biseksuaalit ovat sukupuoleensa jäsentymisen "vankeja" ja missä määrin he

rikkoessaan heteroseksuaalisen matriisin (jossa sosiaaliseen sukupuoleen liittyvät tarkkaan säädellyt ominaisuudet, mm. suhde vastakkaiseen sukupuoleen) saavat edellytyksiä suhtautua sukupuolitettuun kieleen tietoisemmin ja missä määrin homomiehet ja lesbot reagoivat myös tunnetasolla metaviesteihin eri tavalla kuin heteroseksuaalit? Jos seksuaalinen suuntautuminen heijastuu jo kielen tasolla, mitä pidän jossain määrin todennäköisenä, myös se tulisi ottaa huomioon ongelmia ratkovassa vuorovaikutuksessa.

4.3.1. Homo- ja biseksuaalisuuden huomioon ottaminen ongelmanratkaisutilanteissa

Mitä erityistä sisältyy ammattiauttajien (sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, psykologi, lääkäri) ja asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen silloin, kun joku sen osapuolista identifioituu homoksi, lesboksi tai biseksuaaliksi tai pohtii mielessään näitä identiteettejä? Millä edellytyksillä vuorovaikutus onnistuu parhaiten ja minkälaisia rooleja siihen sisältyy? Esittelen joitakin näihin kysymyksiin liittyviä pohdintoja ja esimerkkejä. Niistä suurin osa kuuluu menetelmällisesti ja teoreettisesti kirjataan hoidolliseen perinteeseen, jota on ruvettu kutsumaan *homo- ja lesboidentiteettiä tukevaksi terapiaksi* (*gay and lesbian affirmative therapy*) (Morin 1991).

Homo- ja lesboidentiteettiä tukeva työskentely lähtee perusolettamuksesta, että asiakkaiden erilaiset homo- tai biseksuaaliset identiteetit ovat sellaisia rakenteita, joita hoidon aikana tulee vahvistaa. Se suhtautuu tässä asiassa kriittisesti terapeuttiseen neutraalisuuteen. Jos lähdetään olettamuksesta, että sosiaalisessa ympäristössä vallitsee heteroseksistinen normisto, neutraali suuntautuminen homoseksuaalisuuteen terapiatilanteissa (niin, että homoseksuaalisia valintoja tai elämäntapaa ei millään tavalla tueta) itseasiassa vahvistaa sosiaalista syrjässä olemista ja ylläpitää vallitsevaa asenneilmapiiriä (Fassinger 1991). Tämän perinteen sisällä ei suostuta työskentelemään seksuaalisen suuntautumisen muuttamiseksi (Parry - Lightbown 1981). Ammattiauttajan ehdoton ja vilpiton myönteisyys homo- ja biseksuaalista käyttäytymistä ja identiteettiä kohtaan on edellytys aiempien kielteisen kokemusten korjaamiseksi (Malyon 1985). Marginalisoinnin historia ja sen nykypäivän muodot tulisi ottaa huomioon yhtenä näkökulmana ratkottaviin ongelmiin (Crawford 1987).

Dunkle (1994) on käynyt läpi vuoden 1975 jälkeen tehtyjä hoitotutkimuksia, joissa on selvitetty homoille ja lesboille suunnattuja identiteettiä, itsetuntoa ja ongelmanratkaisutaitoja tukevia hoitomuotoja. Tutkimuksia löytyi kovin vähän – kuusi. Kaikissa näissä tutkimuksissa erilaisten *ryhmähoitojen* (kognitiivisesti orientoituneiden ja vapaampien keskusteluryhmien) tulokset ovat olleet myönteisiä; ne ovat lisänneet ongelmanratkaisutaitoja ja itsetuntoa. Suurimpaan osaan seuraavaksi esiteltävistä interventioista ei liity eksaktia tuloksellisuusmittausta, vaan ne perustuvat teoreettisiin pohdintoihin ja terapeuttien omiin vaikutelmiin vuorovaikutuksen toimivuudesta.

Identiteetin ja itsetunnon työstäminen

Merkittävä osa homo- ja biseksuaalien erityisistä psyykkisistä sopeutumisongelmista saattaa liittyä identiteettityön keskeneräisyyteen. Identiteettityössä edistymisen on todettu vapauttavan ihmisessä runsaasti voimavaroja. Suuri enemmistö homoista ja lesboista työstää identiteettinsä omissa sosiaalisissa verkostoissaan tarvitsematta siinä ammattiauttajien interventiota. (Bell - Weinberg 1978, 215; Gönfors et al. 1984, 155–156)

Nuoret tarvitsevat keskusteluapua ja esimerkiksi tukihenkilöä silloin, kun heiltä puuttuu tukea antava

sosiaalinen verkosto ja lähiympäristöstä ei löydy aikuista, jolla olisi riittävät edellytykset hyväksyä ja ymmärtää nuoren homoseksuaalisuutta. Avoimen hyväksymisen kokeminen sekä nuorten viiteriymän ja samastumismallien etsiminen yhdessä ammattiauttajan tai tukihenkilön kanssa auttavat nuorta eteenpäin (Parry - Lightbow 1981). Hyvinkin ahtaan tai kielteisen homoseksuaalisuuteen liittyvän minäkuvan sisäistäneet vanhemmat miehet ja naiset, homoksi tai lesboksi iäkkäämpinä identifioituvat tai syrjäseudulla yksin asuneet kuuluvat niihin, joita ammattiauttaja voi auttaa pitkälle hyväksyvällä asenteellaan ja tilaa antamalla (Parry - Lightbow 1981). Järjestöjen organisoimat pienryhmät ovat olleet hyvin monille avuksi identiteettikehityksessä tarjoamalla mahdollisuuden riittävän turvalliseen vuorovaikutukseen ja samastumiseen. Niiden varaan ei kuitenkaan aina voi sokeasti luottaa; on syytä selvittää minkälaisesta ryhmästä kulloinkin kyse, pystyykö se ottamaan uusia jäseniä vastaan ja minkä osakulttuurin suosimia ne kulloinkin ovat (Hart 1981, 128–138).

Esitän ohessa kirjallisuudessa raportoituja esimerkkejä siitä, miten identiteetti- ja itsetuntokysymyksiä voidaan työstää yhdessä asiakkaan kanssa erilaisia hoidon viitekehyksiä hyödyntäen.

Breakwell (1986, 157) korostaa **kognitiivisen tyylin** vaikutusta, kun identiteetti on uhattuna. Jos henkilö päättää, että syy uhkaavaan tilanteeseen on itsessä ja että uhka on hyvin kokonaisvaltainen ja pysyvä, hänen selviytymismahdollisuutensa ovat heikot. Tällöin terapiassa tulisi pyrkiä attribuutiotyylin muuttamiseen osoittamalla, miten ennakoitavat ongelmat voidaan välttää tehokkailta vastatoimilla. Tavoitteena on uskomusjärjestelmän muokkaaminen. Usein uskomukset ovat sosiaalistumisen myötä opittuja, jolloin ne liittyvät ideologiseen ympäristöön. Sitä muokkaamalla voi myös vaikuttaa yksilön tulkintaskeemoihin.

Kuehlwein (1992) on esitellyt toimintamallin, jolla pyritään **kognitiivista viitekehystä** hyödyntäen tukemaan homoseksuaalista identiteettiä työstävää miestä myönteisen minäkuvan rakentamisessa. Keskeinen työväline on kognitioiden täsmentäminen ja uudelleenrakentaminen. Alussa työntekijä ottaa yhteisesti tutkittavaksi sen, mitä asiakas ajattelee siitä, miten työntekijä mahtaa suhtautua erilaisiin seksuaalisiin suuntauksiin, ja miten nämä asiakkaan terapeuttia määrittävät ajatukset heijastuvat hoitotilanteessa tunteina ja miten tiedon saaminen terapeutin hyväksyvistä asenteista niitä muuttaisi. Asiakkaan omia kognitioita kartoitetaan pyytämällä häntä kirjoittamaan kotonaan ajatuksiaan homo- ja heteroseksuaalisuudesta. Usein identiteettihämmennyksissä oleva ajattelee, että homoseksuaalinen identiteetti merkitsee luopumista monista hänelle tärkeiksi muodostuneista ja hänen mielessään heteroseksuaalisiin elämäntapoihin liittyneistä arvoista ja tulevaisuuden suunnitelmista, ja hän saattaa liittää homoseksuaalisuuteen hyvinkin yksinkertaisia mielikuvia. Näitä ajatuksia tutkitaan yhdessä ja pyydetään asiakasta perustelemaan ajatuksiaan. Seuraavaksi tutkitaan yhdessä yleisimpiä seksuaalisuuteen ja sosiaaliseen sukupuoleen liittyviä myyttejä ja niiden takana olevaa todistusvoimaa.

Jos perheessä on hallinnut dogmaattinen ajattelu tai jos asiakas kuuluu johonkin uskontokuntaan, tutkitaan yhdessä, mitä hän on saanut oppia. Sen jälkeen tutkitaan yhdessä, mistä uskomuksista eri uskontokunnissa on ajan myötä jouduttu luopumaan. Työskentelyn kuluessa asiakkaalle annetaan kirjallisuusluettelo tieto- ja kaunokirjallisuudesta. Etenkin elämäkertakirjallisuus avaa perspektiivejä elämänmuutoksille. Työskentelyn aikana tutkitaan yhdessä seksuaalisuuden ja sosiaalisen sukupuolen eri ulottuvuuksia. Tavoitteena on päästä dikotomisesta ajattelusta asteittaisuuksien havaitsemiseen. Omasta identiteetistä kertomisessa ja homokulttuurin eri muotoihin tutustumisessa käytetään mukavuushierarkiaa; lähdetään helpommasta päästä liikkeelle. Ennen identiteetistä muille kertomista pyydetään asiakasta arviomaan kunkin henkilön reaktioita asiakkaan "ulostuloon". Näin hän saa tietoa ympäristön asenteita koskettavien arvioittensa paikansapitävyydestä.

Neisen (1990 ja 1993) on tähdentänyt **heteroseksismin huomioon ottamista**. Hoidossa terapeutin tehtävä on osoittaa stereotyyppisten sukupuoliroolien yhteys homoseksuaalisuuden vastaisiin tunteisiin, joita voi kehittyä niin hetero- kuin homoseksuaalisestikin suuntautuneissa. Näin asiakas pystyy paikallistamaan ennakkoluulojen alkuperän, heteroseksismiin liittyvän vallankäytön ja sen seurauksena kehittyvän häpeän. Asiakasta autetaan vapautumaan mahdollisesta uskomuksesta, että hän on sisäisesti jotenkin muita huonompi. Homoseksuaalisesti suuntautuneet ovat joutuneet kulttuurisen hyväksikäytön uhreiksi. Sekä välittömän että kulttuurisen hyväksikäytön hoidossa terapeutin tehtävänä on 1) ottaa puheeksi kulttuurinen/välitön hyväksikäyttö, 2) auttaa paikallistamaan väkivallan lähteet ja niiden vastuu tapahtuneesta sekä auttaa asiakasta

suuntaamaan väkivaltaan liittyvät vihan tunteet pois itsestä ja 3) antaa tilaa surulle, vahvistaa asiakkaan myönteistä kuvaa itsestään ja omasta arvostaan riippumatta valtakulttuurin arvostuksista sekä kykyä hallita omaa elämäänsä. On tärkeää, että terapeutti auttaa asiakastaan tunnistamaan oman sosiaalisen tukiverkoston rakentamisen tarpeellisuuden.

De Bruijn (1994) on käyttänyt "**sisäistyneen toisen haastattelun**" -menetelmää sisäistetyin heteroseksistisen ajattelun tai heteroseksismin liittyvän häpeän hoitamisessa. Tässä menetelmässä ajatellaan, että ihmisen self on sisäistynyt yhteisö. Yksilö sisäistää lähiympäristönsä osaksi itseään, ja vuorovaikutus ympäristöön välittyy näiden sisäistettyjen toisten kautta. Hoidollisessa vuorovaikutuksessa työntekijä voi haastatella näitä sisäistettyjä toisia. Niiden ei tarvitse olla henkilöitä, vaan ne voivat olla myös stereotypioita. Esimerkiksi heteroseksistisen miehen haastatteleminen homomiehen sisällä voi olla hyvä menetelmä tutkia yhdessä vähemmistöasemaan liittyviä vuorovaikutuskuvioita.

Hanley-Hackenbruck (1989) tarkastelee homoseksuaalisuuden integroimista osaksi identiteettiä **egopsykologian** termein. Hänen mallissaan identiteetti ei ole rakenne eikä sisältö vaan kokemusta jäsentävän egon ominaisuus. Ulostuloprosessin tehtävä on yliminän muokkaaminen, mikä tapahtuu sisäistetyistä kielteisyydestä ja rankaisevuudesta ambivalenssin kautta hyväksyvään asennoitumiseen, ja muutokset egon toiminnassa sallivat kasvun autonomisemmaksi yksilöksi yksilöllisten arvojen selkeyttämisen, uusien elämänalueiden hallinnan ja tiettyihin suhteiden ja homoseksuaalisten pyrkimysten menettämiseen liittyvän suruprosessin kautta. Hoidotyössä tämä malli korostaa työskentelyä yliminän muokkaamiseksi niin, että on edellytyksiä myönteisen identiteetin rakentamiselle.

Beard ja Glickauf-Hughes (1994) tarkastelevat narsistista problematiikkaa **Kohutin self-psykologian** valossa. He lähtevät siitä mahdollisuudesta, että lapsi jo hyvin nuorena, ennen oidipaalivaihetta, ilmentää erilaisuutta seksuaalisessa suuntautumisessaan ja sukupuoliroolin omaksumisessa. Vanhempien saattaa olla hyvin vaikeaa tunnustaa tämä erilaisuus lapsessaan ja kunnioittaa sitä. Kun lapsi huomaa tämän, hän alkaa peittää torjuttua puoltaan ja rakentaa sen päälle valheellista minää. Tämä johtaa narsistiseen problematiikkaan, joka voi sitten myöhemmin ilmentyä esimerkiksi epävakaina ihmissuhteina, nuoruuden ihannointina ja itsensä kaltaisten väheksymisenä, stereotyyppisinä piirteinä, joita homokulttuurin psykoanalyttisissä kuvauksissa on tuotu esille. Ongelman ydin on siis jo hyvin varhaiset kokemukset ympäristön vihamielisestä suhtautumisesta homoseksuaalisuuteen viittaaviin piirteisiin.

Narsistisesta problematiikasta kärsivä homoseksuaalinen asiakas usein on alussa "ihan-neasiakas", joka pyrkii ottamaan huomioon terapeutin odotukset ja idealisoi terapeuttinsa. Tämä liittyy hänen toistuviin kokemuksiinsa siitä, että ei tule hyväksytyksi omana itsenään. Hyvin sujuuneen hoitosuhteen kuluessa asiakkaan vihaiisuus ehdollistettua hyväksymistä kohtaan kanavoituu hoitosuhteeseen, jolloin asiakas suhtautuu äärimmäisen kriittisesti terapeuttiinsa. Tällöin asiakas voisi hyötyä siitä, että hoidossa a) hyväksytään asiakkaan vihaiisuus ja otetaan se yhteiseen hallintaan, b) tuodaan esille miten tärkeää on, että asiakas ilmaisee omia mielipiteitään, c) autetaan häntä löytämään ja hyväksymään todellista minäänsä tarpeineen, tunteineen, arvoineen ja seksuaalisuuksineen ja d) autetaan häntä ymmärtämään ja työstämään transferenssitunteitaan. Transferenssitunteiden läpikäyminen voi olla äärimmäisen vaikeaa, koska näillä asiakkailla saatetaan alussa olla vaikeuksia luopua myytistä täydellisestä lapsuudestaan. Tähän liittyy myös ääretön häpeä omasta homoseksuaalisuudesta ja pelko, että se loukkaa muita. Hoidon tavoitteena on kohutalaisittain asiakkaan itseymmärryksen ja itsensä hyväksymisen lisääminen ja itseensä kohdistuvan patologisoivan ajattelun välttäminen.

Parisuhteet, perhe ja sosiaalinen verkosto työn kohteena ja osapuolena

Homo- ja biseksuaalien sosiaalinen verkosto voi olla hyvin rikas. Siihen voi kuulua omia lapsia, suljettu tai avoin parisuhde, tiiviit ystävyyskontaktit joihinkin homoihin ja/tai lesboihin sekä mahdolliset seksikumppanit. Joillakin verkostoon kuuluvat olennaisena osana heteroseksuaalinen puoliso ja hänen kanssaan yhteiset lapset. Joillekin homokapakan vakioasiakkaat ovat läheisin ja ehkäpä ainoa vuorovaikutusverkosto. Joillekin taas viranomaisverkosto on kaikkein lähin, ja siinäkin homoseksuaalisuutta ei ehkä ole nostettu puheenaiheeksi. Joku toinen taas matkustaa paljon ja verkosto laajenee sen mukana. Suhteissa vanhempiin ja sukulaisiin on suurta kirjavuutta, täydellisestä välirikosta erinomaisiin vuorovaikutussuhteisiin. Verkostossa tieto homoseksuaalisuudesta saattaa olla tarkkaan säädelty ja sektoroitu tai kaikille avoin asia. Työskentelyn alussa onkin hyvä kartoittaa, ketä

kaikkia verkostoon kuuluu ja mitkä heidän suhteensa siinä ovat (Crawford 1987). Ystävyssuhdeverkon tavallista monipuolisempi merkitys jää helposti huomiotta hyvin yksilö- tai perhekeskeisessä lähestymistavassa.

Homojen ja lesbojen vanhemmat joutuvat usein yksin selviytymään lapsensa homoseksuaalisen identiteetin tuottamasta sopeutumiskriisistä. Vanhemmat jäsentävät asiaa usein hyvin erilaisesta viitekehyksestä kuin lapsensa. Homoseksuaalisuus edustaa monille jotakin häpeällistä tai onnetonta ihmiskohtaloa ja pitkään esillä olleet psykologiset selitysmallit homoseksuaalisuuden synnystä herättävät syyllisyyttä etenkin äideissä. Vanhemmilta puuttuu yleensä vertaisryhmän tuoma tuki asian jäsentämisessä, eikä asiasta useinkaan kehdata puhua ystävien tai sukulaisten kanssa. Usein asiallinen, syyllisyyttä ja häpeää esimerkiksi kognitiivisin menetelmin vähentävä keskustelu ammattiauttajan kanssa helpottaa tilanteen työstämistä (Myers 1985, 137–141). Verkosto- ja perhetapaamisissa homoseksuaalisuudesta tulisi puhua arkikielellä niin, että siinä on tilaa erilaisille kysymyksille. Työntekijän tulee olla kuulolla erilaisten riskien suhteen; vaarantuuko lesboäidin oikeus vanhemmuuteen jne (Dahlhemer - Feigal 1991, 46–49). Markowitz (1991) on huomauttanut, että homo- ja lesboparit siinä kuin heteroparitkin tarvitsevat sosiaalisia rituaaleja, joilla verkoston jäsenet, ennen kaikkea lähisukulaiset, tunnustavat heidän tunne-elämänsä merkityksellisyyden.

Perhetilanteisiin on sovellettu myös ryhmäterapien muotoja. Wolf (1988) on raportoinut biseksuaalisille miehille ja heidän vaimoilleen suunnatusta ryhmästä. Se on mahdollistanut keskustelun asioista, joihin pariterapiassa tai puolisoiden kahdenkeskisissä keskustelussa ei ole päästy sanojen puuttumisen tai tunnelukkiutumien vuoksi. Ryhmä antaa turvallisuutta ja mahdollisuuden ystäväystyä samanlaisten kysymysten kanssa painiskelevien ihmisten kanssa.

Parisuhdeterapiassa on syytä tarkistaa, miten kumpikin jäsentää homoseksuaalisuuden osaksi elämäänsä, minkälaisiin sosiaalisiin verkostoihin parisuhde sijoittuu ja millaisia sektoreita verkostoissa on, missä määrin kumppaneiden avoimuus poikkeaa toisistaan ja aiheuttaako se ongelmia, missä määrin uhatuksi osapuolet tuntevat suhteensa ja onko osapuolilla aidsiin liittyviä pelkoja. Ohessa vielä esimerkki siitä, miten psykodynaamisessa yksilöterapiassa työstetään homosuhteen läheisyysongelmia.

Colgan (1988) on työstänyt homomiesten parisuhteissa kohtaamiaan läheisyysongelmia **psyko-analyttisen perinteen** käsitteistöä hyödyntäen. Läheisyyskäyttäytymisellä (intimacy functioning) hän viittaa itseään vahvistavien (self-affirming) yksilöiden vahvistavaan vuorovaikutukseen, joka ilmenee keskinäisenä luottamuksena ja huolenpitona ja suhteen arvoa vahvistavana ajatteluna. Läheisyyskäyttäytymisen onnistumisen edellytykseksi Colgan näkee myönteisen identiteetin. Tässä identiteetti määritellään itse-arvostuksen persoonalliseksi rakenteeksi, joka näkyy luottamuksena omaan myönteiseen arvoonsa. Läheisyystoiminnan häiriö pohjautuu identiteettiongelmiin; yksilölle ei ole muodostunut myönteistä itsearvostuksen rakennetta. Tämä häiriö johtaa hänet muodostamaan ihmissuhteita, jotka vahvistavat hänen itsearvostuksen puutettaan, mistä seuraa häiriöitä ihmisten väliseen intiimiin kanssakäymiseen. Seurauksena on käyttäytymismalli, jota ohjaa riippuvaisuus ulkoisista omanarvontunteen lähteistä, joita voivat olla addiktiot, kuten alkoholi, huumeet ja seksi, ruoka, työ, kilpailut, kehonrakennus tai toinen henkilö. Riippuvuus ulkoisesta tekijästä estää separaation ja kiintymyksen tasapainon, joka on välttämätöntä mielen-terveydelle. Tässä käsitteistössä identiteettihäiriöt ja läheisyyshäiriöt edustavat pyrkimystä palata alkuperäiseen hyvinvoinnin olotilaan.

Homomiesten kohdalla Colgan kiinnittää huomiota niihin vaikeuksiin, jota "erilainen" lapsi on kokenut perheessä, ystäväpiirissä ja koulussa sukupuolirooleihin ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvien odotusten paineessa sekä aikuisiässä yleensä miesten välisiin suhteisiin liittyvissä erityiskysymyksissä. Läheisyyshäiriö voi olla joko yli-eristymistä tai yli-kiintymistä. Yli-eristymisessä mies kieltää tunnetarpeitaan ja pyrkii säilyttämään itsenäisyyden ja etäisyyden

hinnalla millä hyvänsä. Tunneriskejä välttäänsä hän saattaa oppia ennakoimaan toisten tunteita tai tulla täysin välinpitämättömäksi niiden suhteen. Tämän systeemin mahdollinen murtuminen johtaa helposti tunnetarpeitten hallitsemattomaan vyöryyn, ja seurauksena voi olla ylikiintymiskäyttäytyminen. Ylikiintyminen sisältää epävarmaa, ahdistunutta kiintymistä toiseen, erilaisten loukkausten sietämistä ja oman erillisyyden, itsekunnioituksen ja koulutuksellisen/ammattillisen arvon hylkäämistä, kyvyttömyyttä ilmaista kielteisiä tunteita ja jatkuvaa huomion kaipuuta. Parisuhteen ongelmia ei pystytä käsittelemään, vaan ne projisoidaan ulkopuolisiin. Ajoittaiset rai-vonpurkaukset päättyvät siihen, että tehdään kaikki mahdollinen suhteen jatkamiseksi.

Hoidon tavoitteena on vahvistaa heikentynyttä kykyä muodostaa myönteistä itsearvostusta. Tässä tarvitaan empaattista suhdetta merkittävältä tuntuvaan aikuiseen, ja työvälineenä voidaan käyttää terapiasuhdetta, jossa terapeutti auttaa asiakasta hankkimaan tiedollista ja tunteisiin liittyvää aineistoa itsestään. Käyttäytymismuutokset perustuvat tähän uuteen aineistoon. Koke-mus siitä, että terapeutti ymmärtää hänen tunteitaan ja hyväksyy hänet, auttaa asiakasta löytä-mään omaa itsearvostustaan ja identiteettiään, mikä taas edesauttaa kykyä elää tasaveroisena toisen läheisyydessä. Terapeutti jatkaa työskentelyä tarpeen mukaan seuraaviin painopisteisiin: kriisiytyöskentely, kehityshistorian eri vaiheisiin liittyvien kehitystehtävien läpikäyminen ja elämän-historian uudelleentulkinta.

Väkivaltakäytösten kanssa työskentely

Homot ja lesbot ovat suuntautumisensa liittyen erityisessä riskissä joutua henkisen ja fyysisen väkivallan kohteiksi. Myös seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen on yleisempää, kuin mitä on tähän asti tiedostettu. Kun asiakkaana on homomies, jolla on pidempään ollut tai on paraikaa vaikeuksia hyväksyä oma seksuaalinen suuntautumisensa tai jolta puuttuu sosiaalinen verkosto, jossa hänen homoseksuaalisuutensa hyväksyttäisiin avoimesti, on erityisen tärkeää kartoittaa, onko hän joutunut elämässään väkivallan kohteeksi. Jos hän on kohdannut väkivaltaa, hänellä on ollut varsin vähäiset mahdollisuudet käsitellä sitä, ja vaikeus hyväksyä omaa suuntautumistaan saattaa liittyä juuri väkivallan kokemuksiin. Koska väkivalta- ja hyväksikäyttötilanteet koetaan useimmiten häpeällisiksi ja niihin voi liittyä itsesyytelyä, vaatii niiden esille saaminen terapeutilta aktiivisuutta ja herkkää kuulemistä. Tilanteiden käsittelyssä taas tarvitaan sekä hienovaraisuutta että rohkeutta.

Garnets, Herek ja Levy (1992) ovat eritelleet väkivallan uhriksi joutuneiden oireita ja keinoja heidän auttamisekseen. Yleisiä oireita ovat unihäiriöt, painajaiset, päänsärky, kontrolloimattomat itkukohtaukset, levottomuus, päihteiden käytön lisääntyminen ja vaikeudet läheisissä ihmissuh-teissa. Uhrien kuva maailmasta muuttuu epävarmemmaksi ja heidän perusluottamuksensa heik-kenee. Kun uhri etsii selitystä tapahtumille, hän saattaa perustella sitä tapahtumia edeltävällä käyttäytymisellään tai omilla persoonallisuuden piirteillään. Varsinkin jälkimmäinen selitysmalli liittyy heikkoon itsearvostukseen, masennukseen ja avuttomuuden tunteisiin. Väkivallanteko johtaa usein muutoksiin oman arvon arvioinnissa. Itseen kohdistunut teko ja sen jälkeinen tarve turvautua muiden apuun voidaan tulkita omaa arvoa alentaviksi. Uhrin asemaan liitetään stigma.

Väkivallan uhrille on annettava tilaa ja kanavia vihan tunteille. Itsesyytöksistä irrottautuminen voi edellyttää tilanteen läpikäymistä aikajärjestyksessä, jolloin jälkeenpäin annettujen selitysten asianmukaisuus kyseenalaistuu. Usein on tarvetta käsitellä tässä yhteydessä myös seksuaalisen suuntautumiseen mahdollisesti liittyviä kielteisiä tunteita, koska ne saattavat liittyä juuri ko tilan-teisiin esim. siten, että väkivallanteon vuoksi asia on tullut ilmi hallitsemattomasti ja asiakkaan kannalta hyvin epämiellyttävässä yhteydessä. Monilla on hyvin traumaattisia kokemuksia myös viranomaisten suhtautumisesta, kun kyseessä on homoseksuaalisuutensa vuoksi uhriksi joutu-neesta. Väkivaltatilanteen ja sitä seuranneen tapahtumasarjan uudelleenjäsentäminen voi olla hyvinkin pitkä prosessi, varsinkin jos uhri on pidemmän aikaa kieltänyt itseltään koko tapahtuma-sarjan.

Hoidon aikana tulee kartoittaa myös **seksuaalisen koskemattomuuden loukkaukset**. Homomiehillä ne voivat liittyä epävarmuuteen oman seksuaalisuuden toteuttamisessa, jolloin asianomainen ei pysty asettamaan turvallisia rajoja. Usein raiskaustilanne on kuitenkin uhrille täysi yllätys, ja sen tekijät esiintyvät heteroseksuaaleina, näistä esimerkkinä jengiraiskaukset ja valta-aseman hyväksikäyttöön liittyvät raiskaukset. Tilanteet koetaan hyvin häpeällisinä ja niistä vaietaan, varsinkin jos uhri ajattelee

olevansa jotenkin itse syyllinen tapahtumiin; joissakin jengiraiskauksissa tekijät perustelevat tekoaan uhrilleen nimenomaan tämän poikkeavuudella, jolloin oma itsetunto heikkenee ja valmius kertoa asiasta muille vähenee. Moni on joutunut alaikäisenä joko perhepiirissä tai sen ulkopuolella seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Siitä puhumista voi estää halu suojella tekijää, joka voi olla muuten merkittävä ihminen uhrin elämässä, tai ajattelu, että itse on provosoinut tilanteen ja että on erityisen häpeällistä kun miessukupuolen edustajana ei ole pitänyt puoliaan. Väkivalta- ja hyväksikäyttötilanteisiin voi liittyä voimakkaita itsemurha-ajatuksia, jotka tulevat pintaan asian käsittelyn myötä, jolloin hoidossa tarvitaan turvallista kriisityöskentelyä. (Shannon - Woods 1991.)

Salassapito

Eri lähteet korostavat luottamuksellisuuden erittäin suurta merkitystä. Siihen sisältyy myös jännitteisyyttä. Pääsääntö on, että asiakkaan kanssa on hyvä sopia tarkasti, voiko hänen seksuaalista suuntautumistaan tai identiteettiään koskettavaa tietoa kirjata virallisiin hoitomerkitöihin, lausuntoihin ja läheteisiin. Joillekin identiteetin suojaaminen on edelleenkin esim työ- tai perhesyistä erityisen merkityksellistä (Buhrke 1991). Toisaalta salaamiskäytäntö ja siitä puhuminenkin voidaan kokea myös vihjeeksi siitä, että homoseksuaalisuudessa olisi jotain salamyhkäistä, ehkäpä hävettävää. Moni toivookin tilalle konstailematonta avoimuutta (Stein 1988). Kummankin näkökulman, salaamisen etujen ja avoimuuden etujen, esittäminen asiakkaalle todennäköisesti auttaa löytämään yhdessä yksilöllisiä ratkaisuja.

4.3.2. Sosiaalisten identiteettien huomioon ottaminen päihdeongelmien hoidossa

Holmberg (1995) on tutkinut juomiseen liittyvien sosiaalisten identiteettien huomioon ottamista alkoholiongelmien hoitamisessa. Alkoholistien minäkuva on jakautunut usein kahteen täysin erilliseen rooliin: juova minä ja raitis minä. Niistä juova minä on usein eriytyneempi kuin raitis minä. Perinteisissä laitoshoidoissa saadaan kontakti vain raittiseen minään, ja juova minä jää ikään kuin laitoksen ulkopuolelle odottamaan asiakkaan kotiutumista ja repsahtamista. Asiakas ei halua samastua juovaan puoleensa, vaan se halutaan pitää itsestä kaukana. Identiteetti suhteessa alkoholin käyttöön tulee ongelmaksi. Mieluisin ja sosiaalisesti hyväksytyin on kohtuujoojan identiteetti, mutta se on monille osoittautunut erittäin vaikeasti hallittavaksi. Absolutistin identiteettiin liittyy kielteisiä sosiaalisia määrittäyksiä ("raivoraitis") ja poikkeavuuden leima. Alkoholistin identiteetti merkitsee hoitoon johtaneiden ongelmien jatkumista. Usein näistä turvallisimmalta voi tuntua lopulta alkoholistin rooli ja identiteetti, jonka ennustettavuus on jo opittu. Holmbergin mukaan siirtyminen juovan ihmisen identiteetistä raittiin ihmisen identiteettiin helpottuu ja muodostuu turvallisemmaksi, jos ihmisellä on käytettävissään myönteisiksi koettavia raitistuneita samastumiskohteita, joiden avulla hän voi eriyttää raittiuteen liittyviä mielikuviaan ja hyödyntää samastumismalliensa kokemuksia muutoksesta ja sen hallinnasta. (mt. 64–83.)

Hoitotyöntekijöistä monet suhtautuvat kriittisesti vahvoin päihdeongelmaan tai juomiseen liittyviin ryhmäidentiteetteihin. Kriitiikin taustalla on huoli yksilöllisyyden tai muiden sosiaalisten roolien katoamisesta voimakkaan ryhmäjäsenyyden myötä¹². Yksilöllisyyden korostaminen voi kuitenkin

¹² Anja Auvinen vei A-klinikan naisryhmän viikoksi terveyskylpylään. Siellä tuli esille ero päihdehoitopaikkoihin ja suhde itseensä päihdeongelmaisena: huoltolaitoksissa kaikki ovat "holisteja", ja siellä kokee itsensä "jos mahdollista, niin vieläkin enemmän holistiksi, mitä on". Ryhmäläiset kertoivat, miten vaikeaa oli mennä tavallisten ihmisten joukkoon sen jälkeen, kun oli alkanut mieltää itsensä juopoksi naiseksi. (Auvinen 1995, 50)

äärimmilleen vietyinä kostautua siinä, että sosiaalsiin identiteetteihin liittyvät merkittävät motivaatiot jäävät täysin vaille huomiota.

Barber (1995, 118) on tehnyt yhteenvetoa naisten päihdeongelmien hoidon tutkimuksista. Niissä on tuotu esille, että häpeä, syyllisyys ja leimautuminen, jotka liittyvät naisen perinteisestä roolista poikkeamiseen, vaativat erityistä huomiota ja herkkyyttä. Hoidossa tulisi ottaa huomioon naisten perinteisesti vahvat alueet ja vahvistaa niitä alueita, jotka ovat sukupuoleen sosiaalistumiseen liittyen jääneet heikommalle. Hoidon tulisi soveltua naisten ajattelutapaan ja heidän tapaansa ilmaista itseään. Naisten omat hoitoryhmät on yksi yleistyvä ratkaisumalli erityistarpeitten huomioonottamiselle.

Anderson ja Henderson (1985) kiinnittävät huomiota siihen, miten homo- tai biseksuaalisuuden ohittaminen voi tapahtua alkoholiongelmien ammatillisessa hoidossa jo sen ensi askelilla. Alkuhaastattelusta lähtee usein heteroseksuaalisesta oletuksesta, jonka mukaan asiakkaat ovat heteroseksuaalisia elleivät muuksi vartavasten ilmoittaudu. Tämä näkyy kysymyksissä: oletko aviossa, suhteet vastakkaiseen sukupuoleen jne. Sama näkyy suhtautumisessa asiakkaiden lähiomaisiin; oletetaan, että perheenjäsenet ovat lähimpiä omaisia ja omaiset oletetaan heteroseksuaalisiksi. Myös laitosten asumisjärjestelyissä homoseksuaalisen asiakkaan ilmaantuminen voidaan kokea "pasmat sekoittavaksi".

Päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutunut homo, lesbo tai biseksuaali on tavallistakin haavoittuvampi. Oma itsearvostus on juomiseen liittyen heikentynyt, ja tähän liittyen hänen on vaikea olla identiteetistään ylpeä. Asiakasyhteisöissä hän hyvin todennäköisesti kohtaa tilanteita, joissa heteroseksuaalinen asiakas kohentaa omaa itsetuntoaan suhtautumalla yläpuolelta katsoen homo- ja biseksuaaleihin. Jos henkilökunta ei ole kyllin herkkä havaitsemaan homo- ja biseksuaalien ohittamista tai syrjimistä tai jos se on haluton tai kyvytön reagoimaan siihen, heikentää se hoidon onnistumisen edellytyksiä näiden asiakkaiden kohdalla. Seksuaalisessa suuntautumisessaan avoin homoseksuaalinen työntekijä voi tunnistaa syrjivän ilmapiirin ja tasapainottaa asiakkaan vähemmistöasemaa (Zigrang 1985).

Homo- ja biseksuaalien omilla hoitoryhmillä näyttäisi olevan joitakin etuja sekaryhmiin verrattuna. Vallitseva sosiaalinen identiteetti vaikuttaa ryhmän puhetapaan ja käsitteisiin. Vähemmistön piirissä on omat jaetut merkityksensä, ja ongelmien omakohtainen ratkaiseminen mahdollistuu, kun asiakkaalla on mahdollisuus puhua omalla kielellään (Hogg - Abrams 1988, 204–205).

Wellish et al. (1981) ovat tarkastelleet nuorten homoseksuaalisten huumeongelmaisten erityiskysymyksiä yhteisö- ja perheterapiassa. Heteroseksuaaliset nuoret pystyvät yleensä tajuamaan sen kivun, jota nuoret homot ja lesbot kokevat silloin, kun ydinperhe torjuu heidät, mutta he eivät halua tunnistaa sitä, jos se vain suinkin on mahdollista. Näihin tunteisiin syventyminen voi tuntua uhkaavalta heidän omalle seksuaaliselle identiteetilleen. Tilanne kääntyy helposti nimittelyksi ja torjumiseksi. Toisaalta perheen hylkäämät nuoret homot ja lesbot eivät löydä useinkaan muuta keinoa tuoda identiteettiään hyväksyttäväksi kuin jyrkkä provosointi. Ryhmätilanteet voivat olla äärimmäisen vaikeasti hallittavissa. Wellish et al. ovat todenneet, että nuorten homojen ja lesbojen hoitosuhteissa psykoseksuaaliset kysymykset muodostuvat usein niin keskeisiksi, että monet muut asiat jäävät käsittelemättä, ja tämän perusteella he arvelevat, että homoseksuaalisuuden korostamista voidaan käyttää myös puolustukse-

na, jonka avulla pyritään välttämään joidenkin vaikeiden asioiden käsittelyä hoidossa.

Neisen ja Sandall (1990) korostavat seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten käsittelyä nimenomaan päihdeongelmaisten hoidossa. He tutkivat seksuaalisen hyväksikäytön yleisyyttä kemiallisesta riippuvuudesta toipuvien lesbojen ja homojen keskuudessa. Retrospektiivinen kyselytutkimus 210 potilaasta (20–39 v) osoitti, että lähes 50 % kertoi joutuneensa seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi lapsuudessaan. Päihderiippuvuuden hoito-ohjelmissa tulisi tunnistaa ja tukea asiakkaiden tarvetta tuoda esille hyväksikäyttö, jotta estettäisiin repсахduksia ja parannettaisiin yleistä henkistä hyvinvointia.

4.4. Hoidollinen vuorovaikutus

"Niin paljon kuin me saatammekin toivoa tai toimia ollaksemme erilaisia, olemme vastahakoisia sellaisille elämänmuutoksille, jotka vievät meitä liian kauas tai liian nopeasti pois siitä persoonasta tai todellisuudesta, jonka olemme määrittäneet omaksemme. Kaikki merkittävät psykologiset muutokset merkitsevät muutoksia henkilökohtaisissa merkityksissä." (Mahoney 1991, 26)

Laura Fruggeri (1992) on paneutunut sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta terapeutin vuorovaikutuksen tiedon prosessiin. Hän on todennut, että terapeutin ja asiakkaan kuvaukset ongelmasta tai tilanteesta eivät ole abstraktia vaan sosiaalisesti kommunikaation kautta rakentuneita todellisuuksia. Terapeutti on sidoksissa omiin karttoihinsa, näkökulmiinsa ja tulkintatapoihinsa. Terapeutin vastuun ottaminen edellyttää työntekijältä, että hän on tietoinen omien näkökulmiensa olemassaolosta ja ottaa huomioon sen, miten asiakas hahmottaa tilanteensa, terapeutin, kysymykset, kommentit ja väliintulot. Asiakkaan omat tulkinnat esimerkiksi kausaalisuhteista tai terapeuteista ja terapeutin ajattelumalleista vaikuttavat siihen, miten terapeutin sanomiset kuullaan. Terapeutti ei voi koskaan tarkalleen tietää, miten asiakkaat tulkitsevat hänen väliintulonsa, mutta hän voi tehdä siitä hypoteeseja ja arvioida hoitosuhteen aikana niiden toimivuutta ja näin rakentaa terapeutista kontekstia.

Arnkil - Eriksson (1995) ovat eritelleet ansiokkaasti ammatillisen auttamisen onnistumisen edellytyksiä. Ongelmanratkaisu- ja hoitotilanteissa ammattiauttaja ja asiakas saavat molemmat puheenvuoron, mutta he eivät keskustele mistä tahansa ja missä hyvänsä, vaan asiakkaan ammatillisesti määrittävästä ongelmasta ja sen hoidosta. Keskustelu käydään ammatillaisen kotikentällä, ammatilliseksi terapiaksi määrittyneessä toiminnassa. Ammatilainen on tässä ylivoimainen; ollaan alueella, jossa professiolla on monopoli asioiden määrittämiseen. Bourdieu (sit. mt.) on todennut, että kun kaksi henkilöä puhuu keskenään, on kysymyksessä heidän kompetenssiensa välinen objektiivinen suhde, eikä vain heidän kielellisen kompetenssin vaan siinä on kysymys myös heidän sosiaalisesta sukupuolestaan, iästään, uskonnostaan, taloudellisesta ja sosiaalisesta asemastaan. Kielellinen kompetenssi on kielellistä pääoma.

Vaikka ammattiauttajalla on tukenaan kotikenttätietä hän ei pysty olemaan avuksi ilman asiakkaan apua. Arnkil ja Eriksson (mt. 79) huomauttavat, että se, mitä yleensä kutsutaan hoitomotivaatioksi, on juuri tätä asiakkaalta saatavaa apua auttamistyölle. Ongelman ratkaisuun osallistuvien osapuolien tulee tuntea saavansa ymmärrystä sekä ongelmilleen että ratkaisuyrityksilleen (kullakin on omat ongelmansa, työntekijällä yleensä omaan työrooliinsa liittyvät). Arnkil ja Eriksson kehottavatkin

ammattiauttajia kysymään itseltään, *miten asiakas auttaa sinua niin, että voit käyttää omia voimavarojasi*.

Hoitava taho lakkaa olemasta uhkaava, kun se tajuaa olevansa pulassa – ja tarvitsevänsä avukseen asiakasta. Tällöin ammattiauttaja kiinnostuu asiakkaan voimavaroista. Arnkil - Eriksson (mt. 123) esittävät hypoteesin: *mukaanmeneminen asiakkaiden tunnelmiin on heidän ymmärtämisensä välttämätön (muttei riittävä) ehto*. Jos asiakkaan tunnelmiin mennään täysin mukaan, vuorovaikutus ei tuo uutta ymmärrystä kummallekaan osapuolelle. Ammattiauttaja toimii hermeneuttisessa kehässä liittäen havaitsemiaan ilmiötä johonkin esiymmärrykseensä ja korjaillen tätä. Mikäli ammattiauttaja ei suostu siihen, että asiakas ei asetu kauniisti hänen oletuksiinsa, hän jättää asiakkaan vaille hänelle kuuluvaan oikeutta (mt. 127). Juuri tämä asiakkaan vastustukselle alttiiksi joutuminen on keskeistä mukaanmenemisessä. Joutumalla "toisen imuun" subjekti voi kokea toisen tunteita ja täten ymmärtää häntä – tosin omalla tavallaan, subjektiivisesti. Kokemattomampi työntekijä menee helposti joko täysillä mukaan tai ei uskalla lainkaan heittäytyä imuun, jossa kokeneempi työntekijä pystyy samanaikaisesti säilyttämään auttavan etäisyyden (mt. 136). Arnkil ja Eriksson olettavat, että keskinäisen ymmärryksen ydin on "toiseen liukenemisen" ohella toisen toiseuden, ainutlaatuisuuden, "pohjimmiltaan tuntemattomuuden" ymmärtäminen, tietynlainen etäisyys (mt. 140–141). Vuorovaikutuksessa syntyy uusi järjestelmä, *rajasysteemi*, joka on osapuolien rakenteellisten ominaisuuksien yhteenliittymä. Sen ehtona on osapuolten jonkinasteinen yhteen sovittuminen. Yhteenliittymä ei jätä muodostajiaan koskemattomiksi. Rajasysteemissä osapuolet tuottavat *yhteiskehitystä*, yhteisesti suljettua vuorovaikutuskuviota (mt. 150).

Hoitojen tuloksellisuustutkimukset osoittavat, että hoitotapaamisten määrän tai hoidon pituuden ja tuloksen välillä ei ole psykoterapiassa selkeää suhdetta, ja että myöskään käytetty menetelmä ja koulutus eivät selitä tuloksia merkittävässä määrin. Hyvää psykoterapeuttista tulosta ennustavina tekijöinä ovat yksilöterapioiden kohdalla nousseet esiin mm. yhteistyösuhteen varsinkin asiakkaan näkökulmasta hyvä laatu, asiakkaan toiveikkuuden herääminen, asiakkaan ja työntekijän samankaltaisuus sekä selkeä hoitosopimus ja käytettävien terapiamenetelmien perusteiden selvittäminen. Terapeuttiin liittyviä myönteistä terapiatulosta ennustavia tekijöitä ovat olleet aitous ja lämpö sekä ilmaistun tuen määrä. Asiakkaan kohdalla on korostunut asiakkaan oman motivaation merkitys. (Riikonen 1992, 53–56.)

Tutkittuaan ihmisen muutosprosesseja ja psykoterapioiden tieteellistä perustaa Mahoney (1991, 270–271) on laatinut luettelon ihmisiin kohdistuvan auttamisen yleisistä periaatteista. Ihanteellinen hoitosuhde on turvallinen, kehityksellisesti joustava ja perusasenteeltaan huolehtiva. Sellainen suhde on myös herkästi virittynyt palveltavaan yksilöön ja siinä kunnioitetaan kunkin kokemuksia ja kehityksellistä dynamiikkaa. Ohessa Mahoneyn luettelo auttamisen periaatteista (Mahoney 1991, 270–272, kursivointi JN).

1. Ihmisten auttaminen on ihmisten välinen prosessi, jota ohjaavat abstraktit periaatteet ja joka on luonteeltaan hyvin yksilöllistä ja joka kerta ainutlaatuista.
2. Auttajan kyky kokea, hyväksyä ja ymmärtää yksilön ilmiömaailmaa helpottaa auttamisprosessia; tämä ei ole auttamiselle riittävä eikä välttämätön edellytys.
3. Auttamisprosessi heijastaa kokemuksellisen uudelleenorganisoinnin dynamiikkaa kokonaisuudessa, jonka muodostavat a) turvallinen ja huolehtiva ihmissuhdesuhde, b) sanaton tai eksplisiittinen järkisyy/perustelu mahdollisuudelle tai kehitykselle ja c) aktiivinen osallistuminen rituaaleihin, joihin sisältyy henkilökohtaisia merkityksiä ja voimakkaita tunteita.
4. Auttamista voidaan opastaa kolmella yleisellä säännöllä: a) hoida ensin turvallisuuteen liittyvät ja kiireelliset asiat, b) ystävällinen ja johdonmukainen huolenpito on suotavampaa kuin niiden vastakohdat ja c) ole kärsivällinen, sillä muutoksen ihanteellinen vauhti määräy-

- tyy autettavan ihmisen keskeisistä jäsentävistä prosesseista.
5. Auttamisprosessia voidaan helpottaa realistisella ja symbolisella mallilla psykologisesta joustavuudesta, terveydestä ja hyvinvoinnista.
 6. Optimaalinen auttaminen rohkaisee tunnekokemuksiin ja niiden vastuulliseen ilmaisemiseen.
 7. On yleensä enemmän avuksi työskennellä vastarinnan ja muiden itseä suojelevien prosessien kanssa kuin niitä vastaan.
 8. *Optimaalinen auttaminen kunnioittaa kulttuuriin, sukupuoleen ja yksilöllistymiseen liittyvien kokemusten moninaisuutta ja voimaa.*
 9. Vastuuntuntoinen auttaja on yleensä enemmän, mieluummin kuin vähemmän, tietoinen omasta ihmisyydestään ja suhtautuu siihen hyväksyvästi.
 10. Optimaalinen auttaminen ottaa huomioon yksilön ruumiillisuuden ja arvostaa sitä.
 11. *Optimaalinen auttaminen arvostaa yksilön sosiaalista ja ihmisten välisiin suhteisiin liittyvää olemusta.*
 12. Optimaalinen auttaminen rohkaisee prosessia, jossa yksilö saa voimaa tullakseen oman elämänsä keskeiseksi muutosvoimaksi.
 13. Optimaalinen auttaminen arvostaa sitä voimaa ja moninaisuutta, jolla yksilö voi kokea ja ilmaista uskonnollisia ja hengellisiä asioita.
 14. Optimaaliset auttajat pystyvät kutsumaan auttamisprosessin toisen osapuolen mukaan ei-seksuaaliseen intiimiin suhteeseen ja ylläpitämään sitä; tässä suhteessa auttajan tunnetarpeet valjastetaan auttamisprosessin käyttöön (subservient).
 15. Optimaalinen auttaminen usein sisältää rohkaisemista inhimilliseen armoon, anteeksiantamiseen ja rakkauteen sekä suhteessa itseen että muihin.
 16. Optimaalinen auttaminen rohkaisee itsestä huolehtimiseen ja sosiaaliseen vastuullisuuteen.
 17. *Lain ja etiikan rajoissa optimaalinen auttaminen kunnioittaa ja suojelee yksilön oikeutta yksityisyyteen.*
 18. Optimaalinen auttaja suostuu pyytämään muiden apua ja ottamaan sitä vastaan.
 19. Optimaalinen auttaja kunnioittaa inhimillisen hengen voimaa ja joustavuutta.
 20. Optimaalinen auttaminen kunnioittaa kunkin yksilön oikeutta sekä vastuuta tehdä viime kädessä omaan elämäänsä liittyvät valinnat aina kun se on vain mahdollista

Jaana Jaatinen (1994) on tutkinut sosiaalipsykologian lisensiaattityössään diskurssianalyysin menetelmällä A-klinikoilla käytyjen terapiakeskustelujen tahattomia strategioita. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli verrata sosiaaliterapeuttien työnsä antamia ihanteita siihen käytäntöön, joka muodostui terapiakeskusteluissa. Tahattomilla strategioilla Jaatinen viittaa keskustelujen kielellisiin käytäntöihin, joiden avulla sosiaaliterapeutit sovelsivat päihdeongelmien ja terapiatyön tietovarantojaan. Nauhoitetuista terapiakeskusteluista paikallistamansa strategiat Jaatinen luokitteli neljään pääryhmään: ohitus, muutos, ratkaisu ja tuki.

Ohitus-strategia syntyy, kun terapeutin yleiset käsitykset ja viitekehys ohjaavat hänen toimintaansa vahvemmin kuin asiakkaan kertomus. Keskustelussa "yleisen toisen" jäsenyys alistaa "konkreettisen toisen" kertoman tarinan. Terapeutti antaa tällöin asiakkaan kertomille asioille nimiä yleisen tiedon perusteella. Ohitus-strategian mukaisissa keskusteluissa ongelmaksi määrittyy psyydessä oleva epäjärjestys, jonka käsittelyyn vain asiantuntija osaa. Ongelmasta tulee asiakkaan tavoittamattomissa oleva, koska se määrittyy joksikin, mitä ei voi suoraan käsitellä.

Muutos-strategia nostaa asiakkaan kuvaamasta ongelmakentästä käsiteltäväksi terapeutin valitsemien osuuden. Valinta perustuu terapeutin viitekehukseen ja kohdistuu sen mukaisesti terapeutin määrittelemään muutettavissa olevaan asiaan. Terapeutti puhuu muutosta asiakkaan elämään ja siirtyy puheillaan asiakkaan maaperälle. Asiakkaan asiat muuttuvat terapeutin näkemysten mukaisiksi työalueiksi. Terapeutin yleinen tietämys ja tavoitteet tukahduttavat asiakkaan oman äänen ja työskentelymahdollisuuden. Muutos-strategiassa ongelmaksi määrittyy muutettavissa oleva asia.

Ratkaisu-strategiaa noudattavissa keskusteluissa asiakas ja terapeutti kartoittavat ongelmaa yhdessä ja siitä nousee käsittelyyn asiakkaan valitsema osa. Vaikka terapeutti ohjaa keskustelua struktuurin tasolla, asiakkaan kertomat asiat ja jäsenystävät pysyvät keskustelussa keskeisinä. Terapeutti käyttää yleistä tietoa, mutta ei asiakkaan kokemusmaailmaa syrjäyttäen vaan keskustelun yleistä kulkua ohjaten. Asiakas itse määrittää ongelman.

Tuki-strategiassa keskeinen piirre on se, että terapeutti laittaa yleisen tiedon palvelemaan konk-

reettista asiakasta. Terapeutti suhteuttaa yleisen tiedon asiakkaan kertomiin asioihin ja jäsenyyksiin. Terapeutti ohjaa asiakasta syventymään tilanteeseensa tarkemmin sekä tunnistamaan oman osuutensa ongelmista ja niiden ratkaisusta. Terapeutin tukema asiakas työskentelee omien asioidensa kanssa. Asiakkaan esittämälle ongelmalle haetaan tarkempaa määrittelyä asiakkaan merkityksimaailmasta. (Jaatinen 1994, 165–168.)

Jaatinen pitää ratkaisu- ja tuki-strategioita tavoiteltavina työskentelymalleina. Kumpikin strategia näyttöä edellyttävän työntekijältä valmiuksia seurata, omista olettamuksistaan lähtien ja niitä korjaillen, asiakkaan omaa tapaa jäsentää asioitaan ja kunnioittaa hänen kokemusmaailmaansa ja ongelmanmäärittelyjään. Vasta sen jälkeen hän saavuttaa mahdollisuuden antaa oman ammattitaitonsa asiakkaiden käyttöön. Toisaalta, asiakas tarvitsee sen, että työntekijä säilyy toisena ja tarjoaa siitä käsin jotain uutta, ehkäpä ammatillisuuden kautta ammennettua, näkemystä vuorovaikutukseen.

5. YHTEENVETO JA EMPIIRINEN TUTKIMUSASETELMA

5.1. Yhteenvetoa kirjallisuuskatsauksesta

Homoseksuaalisuuden tutkimuksessa on viime vuosikymmeninä tapahtunut radikaaleja murroksia. Homo- ja biseksuaalisuutta voidaankin tarkastella useammasta rinnakkain käytössä olevasta kehyksestä käsin. Olen esittänyt tutkimukseni alussa viittauksia siihen, miten heteroseksuaalisuus on jäsentynyt saumattomaksi osaksi ns. heteroseksuaalista matriisia. Homoseksuaalisuus merkitsee murtumaa sanattomien sopimusten varassa toimivassa matriisissa. Tämä murtuma on sitten määritelty eri tavoin, yleensä yksilöön sijoittuvaksi poikkeavuudeksi, mikä on ollut monien tutkimussuuntausten lähtökohtana. Psykoanalyttinen tarkastelukulma oli pitkään hyvin hallitseva. Sen sisällä homoseksuaalisuuden sairausmäärittelyä kannattavat ovat olleet "äänekkäimpiä" tässä kysymyksessä. Toisaalta psykoanalyttinen ajattelu on kääntänyt katsetta, paitsi toisten määrittämiseen, myös esimerkiksi työntekijöiden omaan osallisuuteen tunteissa ja vuorovaikutuksessa. Sosiologien ja homo- ja biseksuaalien aktiivinen osallistuminen tieteelliseen keskusteluun on osaltaan kääntänyt huomiota mm. erilaisiin seksuaalisiin traditioihin ja niitä organisoiviin olettamuksiin, identiteetin sosiaaliseen luonteeseen sekä seksuaalisuuden ja vallan väliseen suhteeseen.

Olen tarkastellut homoseksuaalisuuteen kohdistuvaa asennoitumista sosiaalisen identiteetin teorian, heteroseksismi -käsitteen ja empiiristen tutkimusten valossa. Sosiaalisen identiteetin teoria olettaa, että ihminen ammentaa hyvää itsetuntoa ryhmäjäsenyyksistään. Tarve hyvään itsearvostukseen synnyttää tarpeen oman samastumisryhmän, tai siihen liittyvän kategorian, arvostamiseen toisten kustannuksella. Stereotypiat ovat ko. teorian mukaan sosiaalinen välttämättömyys. Vallassa oleva ryhmä voi pönkittää valtaansa ryhmäkategorioita määrittämällä. Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan niillä, joilla on suhteellisen vähän myönteiseksi määrittyviä samastumisryhmiä, suhtautuvat erityisen ennakkoluuloisesti ja syrjivästi ulkoryhmäläisiksi määrittyviin. Asenteisiin voidaan vaikuttaa valtarakenteita tasoittamalla. Kun eri ryhmillä ei ole kovin suuria eroja suhteessa mm. määrittelyjä ohjaaviin valtaresursseihin, syrjimisen tarve vähenee. Eri ryhmillä tulee kuitenkin olla riittävästi erityisyyttä suhteessa muihin ryhmiin, jotta siitä voi ammentaa itsearvostusta. Homoseksuaalisuuteen liittyviä kielteisiä tunnereaktioita on yritetty tutkia homofobia -käsitteen avulla. Sen ongelmaksi osoittautui ongelman sijoittaminen yksilöihin, patologisointi. Heteroseksismi -käsitteessä tunnereaktiot hahmottuvat osaksi homoseksuaalisuutta eristävää kulttuuria. Empiirisissä tutkimuksissa on tullut ilmi, että suhtautumisessa homoseksuaalisuuteen eletään murroksen aikaa, jossa elää rinnakkain vanha absolutistinen ja uusi liberaali normi.

Kun homo- ja biseksuaalisuutta tarkastellaan osana omaa elämää, astutaan hyvin kirjavalle ja vaikeasti rajattavalle alueelle. Homo- ja biseksuaalisuuden voi kuvata moniulotteisiksi ja dynaamisiksi kokonaisuudeksi, johon liittyy yksilö- ja ryhmätasolla hyvin monenlaisia merkitysyhteyksiä. Homo- ja biseksuaalit voidaan määrittää vähemmistöryhmän jäseniksi, ja juuri sen kautta voidaan löytää heitä yhdistävä tekijä, ympäristön suhtautuminen. Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvä vähemmistökategoria on kuitenkin hyvin jännitteinen, koska se sisältää sukupuoleen, sosiaaliryhmiin ja maantieteelliseen sijaintiin liittyviä jyrkkiä eroja. Sosiaalisen identiteetin teoria jäsentää vähemmistöidentiteettiin liittyviä strategioita. Ne voidaan jakaa kahteen pääluokkaan, sosiaalinen liikkumiseen ja sosiaaliseen muutokseen. Sosiaalisessa liikkumisessa toimitaan enemmistön ehdoilla, sulaudutaan siihen ja/tai häivytetään vähemmistöidentiteetti taustalle. Sosiaalisen muutoksen strategia lähtee oman vähemmistöidentiteetin arvostamisesta ja pyrkii vahvistamaan sitä. Tunnustuksen ja/tai hyväksymisen

odottaminen tai vaatiminen vähemmistöidentiteetille on tässä kehyksessä merkki hyvästä itsetunnosta. Kun homoseksuaalisuuteen liittyvän identiteetin kehitystä on tutkittu, on siinä löydetty stigmatisoituun asemaan ja alkuvaiheen yksinäiseen työskentelyyn liittyviä erityispiirteitä. Tutkimusten perusteella laadittujen identiteetin kehitysmallien ongelmaksi on todettu, että ne hyvin helposti saavat normittavia piirteitä, jolloin identiteettiprosessien kirjavuus katoaa näkyvistä. Empiirisissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että homoseksuaalisuuteen liittyvät identiteettiprosessit ja niiden merkitysyhteydet ovat jossain määrin erilaisia eri sukupolvilla. Lisäksi biseksuaalisuuteen liittyvä identiteetti näyttäisi olevan epävarmempi kuin homoseksuaalisuuteen liittyvä ja naiset näyttäisivät saavan sille miehiä enemmän sosiaalista tunnustusta.

Homo- ja biseksuaalien elämäntavat muodostavat nekin hyvin kirjavan tutkimuskohteen. Siinä esille tulevia kysymyksiä ovat mm. suhtautuminen osakulttuureihin, parisuhteisiin, lapsensaamiseen, vanhemmuuteen ja avoimuuteen sosiaalisessa verkostossa sekä ystävyysuhteiden merkitys. Näissä tulee vastaan kysymyksenasetteluja, jotka liittyvät toisaalta homoseksuaalien historiaan stigmatisoituna vähemmistönä ja toisaalta ihmisten selviytymisstrategioihin ja voimavaroihin. "Marginaalissa" eläminen on "parhaimmillaan" johtanut kulttuuriseen vapautumiseen ja oman elämän aktiiviseen määrittämiseen, hankalimmillaan se on taas johtanut näköalattomuuteen ja itsetuhoon.

Juomiskulttuurien tarkastelussa kävi ilmi, että sodan jälkeen syntynyt ikäpolvi on ollut murroksen ikäluokka suhteessa alkoholin käyttöön. Kyseessä on sama ikäpolvi, joka oli aktiivisesti rakentamassa murrosta myös suhtautumisessa erilaisiin vähemmistöihin. Hieman liioitellen voi sanoa, että homo- ja biseksuaalit, joista hyvin monet vähemmistöasemansa vuoksi ja osakulttuurien tarpeessa ovat hakeutuneet suurimpiin kaupunkeihin ja jotka ovat käyttäneet ravintoloita osakulttuuriensa kohtaamispaikkoina, ovat olleet kaupunkilaisen alkoholikulttuurin edelläkävijöitä. Lisäksi vähäisemmät perhesidonnaisuudet ovat edesauttaneet siinä, että alkoholin käytön "elinkaari" muodostuu heillä pidemmäksi. Alkoholia käyttämättömien osuus homojen keskuudessa on keskimääräistä vähäisempi ja keski-ikäisten joukossa heidän keskimääräinen kulutuksensa näyttäisi olevan hieman muita miehiä suurempi. Lesbojen alkoholin kulutus poikkeaa vahvasti ylöspäin naisten keskikulutuksesta. Homojen ja lesbojen juomiskulttuureista voi tunnistaa sekä juomista ylläpitäviä että sitä rajaavia tekijöitä. Alkoholiongelmia näyttäisi kasautuvan homo- ja biseksuaalien keskuudessa niille, joilla on käytössään harvoja rentoutumisen ja sosiaalisen kanssakäymisen välineitä.

Suomessa päihdeongelmien hoitaminen on ollut hyvin pitkään sosiaalitoimen vastuulla. Hoitojärjestelmää on kehitetty vapaaehtoisuuteen perustuvan avohoidon ympärille. Sen rinnalla ja tukena on elänyt sitä vanhempi laitoshoidon perinne, jonka osuus on ollut vähenemässä. Järjestelmän kokonaiskatsauksessa on esitetty arvio, että päihdehoito on jakautunut professionaaliseen hoidolliseen avo- ja laitoshoitoon ja epä-professionaaliseen asumis- ja päiväkeskuspalveluun. Homo- ja biseksuaalien mahdollisia erityistarpeita ei juurikaan ole otettu huomioon järjestelmässä. Päihdeongelmien tarkastelussa kävi ilmi, että päihdeongelmat näyttäisivät vaikuttavan sukupuoleen liittyvän itsetunnon heikentymiseen, mikä puolestaan sitten heijastuisi hoidon aikana sukupuoliroolien ylikorostamisena. Sosiaalisen identiteetin teorian valossa taas voisi päätellä, että heikentynyt itsetunto myötävaikuttaa ulkoryhmäläisiksi määrittyviin kohdistuvien kielteisten asenteiden voimistumisena. On siis joitakin perusteita olettaa, että nimenomaan päihdehuollossa ryhmätilanteet voivat muodostua vähemmistöihin, etenkin seksuaalisiin vähemmistöihin, kuuluville hyvinkin vaikeiksi.

Tutkimukseni kohdistuu pääasiassa ammatilliseen toimintaan perustuvaan päihdehuoltoon. Ammatillisuuden tarkastelussa sen eduksi hahmottui tukeutuminen eettiseen normistoon ja tieteellisen tutkimukseen ja haitaksi taas ongelmien määrittämisvalta ja ylisuuret ekspertiisilupaukset. Päihdehuollossa toimivilla ammattikunnilla oli yksilön itsemääräämisoikeutta kunnioittava normisto. Sosiaalityöntekijöillä eettisissä ohjeissa oli erikseen mainittu vähemmistöasemassa olevien oikeuksien suojele ja syrjinnän vastainen toiminta. Päihdehuollossa toimiviin sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisiin kohdistunut tutkimus toi kuitenkin esille sen, että työntekijät joutuivat ylisuurten odotusten edessä radikaalisti rajaamaan oma ekspertiisiään ja keskittymään siihen, missä näkevät itsellään toiminnan mahdollisuuksia, esittämään valheellista kuvaa toimintamahdollisuuksistaan tai ohjaamaan ongelmia muualle. Toiminnasta ulospäin annettu virallinen kuva ei useinkaan vastannut käytännön joustavampaa todellisuutta. Sosiaalityöntekijöillä ekspertiisin rajaaminen näkyi terapeutin roolin omaksumisena ja lääkärit puolestaan omaksuivat useimmiten yleislääkärin otteen, jota he hoystivät arkisella pedagogialla.

Ammatillisuuden tukena päihdehuollon työntekijöillä on erilaisia hoitoideologioita ja -menetelmiä. Niistä osa rajautuu riippuvuusproblematiikan ympärille, osa taas on hyvin kokonaisvaltaisia. Menetelmien kirjosta löytyi välineitä myös vähemmistöaseman jäsentämiseen, identiteetin vahvistamiseen ja verkostojen huomioonottamiseen. Nykyisin on saatavilla runsaasti lähdemateriaalia myös homo- ja biseksuaalien ongelmanratkaisukykyä vahvistavista hoitomenetelmistä. Päihdehuollon erityiskoulutuksessa vähemmistö- ja identiteettikysymykset ovat kuitenkin jääneet varsin vähälle huomiolle. Sosiaalisen identiteetin ja persoonallisten konstruktoiden teoriaan tukeutuneen empiirisen tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että päihdeongelmaan liittyvien samaistumistarpeiden ja -ongelmien aktiivinen huomioonottaminen hoidon aikana tuki asiakkaiden kykyä hoitaa päihdeongelmaansa.

Auttamistyön tuloksellisuustutkimuksissa on tullut vahvasti esille työntekijöiden persoonallisten ominaisuuksien merkitys. Alan opettajat ovat varoittaneet työntekijöitä kapseloitumasta yksikulttuuriin ajatteluun ja korostaneet avoimuuden ja vastaanottavaisuuden merkitystä. Suomessa tehdyissä empiirisissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että osa hoitotyöntekijöistä suhtautuu homoseksuaalisuuteen hyvin varauksellisesti. He eivät yleensä tunne homo/biseksuaaleja omassa lähiympäristössään. Kielteinen asennoituminen näyttäisi olevan erityisen jyrkkä kristillisten järjestöjen ylläpitämien hoitokotien johtajien keskuudessa. Kun on tutkittu työntekijän seksuaalisen identiteetin merkitystä homoseksuaalisen asiakkaan hoidossa, on päädytty siihen että sekä homo- että heteroseksuaalisella identiteetillä on siinä omia vahvuuksiaan, keskeistä on työntekijän hyväksyvä tietoisuus identiteetistään ja kyky ottaa huomioon se hoitosuhteissa. En onnistunut löytämään tutkimusta siitä, mitä erityisyyttä voisi liittyä niihin hoitosuhteisiin, joissa työntekijä on identiteetiltään homoseksuaalinen ja asiakas heteroseksuaalinen.

Auttamistyössä keskeinen tekijä on viime kädessä asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus. Hoitotyön onnistumisen merkittävä edellytys näyttäisi olevantyöntekijän valmius mennä mukaan asiakkaiden tunnelmiin, samalla heidän toiseutensa tunnistaen ja hyväksyen.

5.2. Empiirisen tutkimuksen ongelmanasettelu

Tutkimukseni voidaan luokitella *tietoa kerääväksi tutkimukseksi* (Layder 1993, 47–48), joka kohdistuu sellaisiin sosiaalisiin prosesseihin, joista ei ole riittävästi tietoa. Tällainen tutkimus ei ole teoriakieltei-

nen, sen pääpaino on kuitenkin sisällöllisissä kysymyksissä ja sitä voivat motivoida sosiaalipoliittiset kysymykset. Se voi hyödyntää aiempien vastaavien tutkimusten menettelytapoja, jolloin se voi joko vahvistaa tai kyseenalaistaa edellisten tutkimusten löydöksiä. Parhaimmillaan se luo pohjaa myös teorianmuodostukselle.

Käytän ongelmanjäsennyksen tukirunkona ja menetelmävalintojen referenssinä Layderin (mt. 72 ja 114) esittämää sosiaalisen kenttätutkimuksen karttaa. Layder on ajatellut karttaa laatissaan eksploraatiivisia, sosiaalisia alueita kartoittavia tutkimuksia, erityisesti sellaisia kenttätutkimuksia, joiden tarkoituksena on teorian tuottaminen tai kehittäminen. Vaikka oma tutkimukseni on luokiteltavissa lähinnä tietoa kerääväksi tutkimukseksi, käytän Layderin karttaa, koska se auttaa minua jäsentämään sitä teoreettista, kuvailevaa ja empiiristä tietoa, jota olen kerännyt tutkimukseni kuluessa. Layderin kartassa on neljä tasoa, joista kullekin on ajateltava oma historiansa.

1. *Konteksti (context)*. Makrotason sosiaaliset rakenteet (macro social organization). Arvot, perinteet, sosiaalisten ja taloudellisten rakenteiden ja valtasuhteiden muodot,
2. *Puitteet (setting)*. Välitason sosiaaliset rakenteet (intermediate social organization). Työ: teollinen, sotilaallinen, valtionhallinto, työmarkkinat; sairaalat; sosiaalitoimi; koululaitos; rangaistuslaitokset jne. Vapaa-aika: vapaa-ajan sosiaaliset rakenteet, uskonnot, sosiaaliset yhteisöt, järjestöt, osakulttuurit.
3. Sosiaaliin suhteisiin ja tilanteisiin *sijoittuva toiminta (situated activity)*. Sosiaalinen toiminta. Kasvokkain tapahtuva ja edellisiin tasoihin sijoittuva intentionaalisten ja kyvykkäiden ihmisten toiminta, johon sisältyy erilaisia merkitysyhteyksiä ja niiden kommunikointia. Huomio kiinnitetään esiin tuleviin merkityksiin, ymmärrykseen, tilannemäärittelyihin, joihin vaikuttavat tasot 1,2 ja 4.
4. *Minuuden taso (self)*. Minäidentiteetti ja yksilön sosiaaliset kokemukset. Näihin vaikuttavat tasot 1 - 3 vuorovaikutuksessa yksilön psykologisen elämänkerran kanssa. Huomio kiinnittyy elämäntapaan tai -uraan.

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrin saamaan näkyville tutkimukseni kontekstitasoa. Joidenkin aiempien tutkimusten kautta olen saanut jonkin verran kontaktia myös puitteisiin. Empiirisen tutkimusvaiheen tehtäväksi tulee syventää kontaktiani puitteisiin sekä avata ikkunoita toiminnan ja minuuden tasoille.

5.3. Tutkimusmenetelmien valinta

Tutkimuksessani päädyin käyttämään rinnakkain ja lomittain useampia empiirisiä tutkimusmenetelmiä, sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia. Kvantitatiivisiin menetelmiin tukeutuvalla strukturoidulla kyselyllä pyrin yleiskuvan saamiseen, jota sitten halusin täydentää, tarkentaa ja mahdollisesti kyseenalaistaa kyselyyn liitetyillä avovastauksilla ja teemahaastatteluilla. Layderin (1993, 109–115) mukaan useampien menetelmien toisiaan täydentävä käyttö on eduksi eksploraatiivisessa tutkimuksessa, se lisää tutkimuksen tiheyttä ja eri menetelmien kautta aineistoon saadaan erilaisia näkökulmia, mutta menetelmät tulisi valita aina suhteessa siihen sosiaalisen todellisuuden tasoon, mitä kulloinkin halutaan empiirisesti tutkia ja sen perusteella kehittää sitä koskettavaa teoriaa. Kontekstia ja puitteita tutkittaessa sosiaalitieteitten perinteiset kvantitatiiviset menetelmät ovat erittäin käyttökelpoisia ja suositeltavia, kvalitatiivisista menetelmistä tälle tasolle soveltuvat lähinnä teoreettiset ja tulkitsevat luonnehdinnat. Toimintaa (ja sen sosiaalisesti muodostuvia tulkintoja) ja minä-tasoa tutkittaessa ensisijaisia Layderin mukaan ovat kvalitatiiviset menetelmät, kuten osallistuva havainnointi ja avoimet haastattelut, mutta niitä voidaan täydentää, tukea tai niiden relevanttisuutta voidaan tarkistaa

yksinkertaisilla laskentamenetelmillä.

Kysely

Kari Valtasen (1990) tekemä kyselytutkimus mielenterveystoimistojen henkilökunnan homoseksuaalisuuteen liittyvistä tiedoista ja asenteista oli yksi konkreettinen lähtökohta omalle tutkimukselleni. Ajattelin että käyttämällä hyväkseni Valtasen käyttämää kyselylomaketta saan vertailukeloista materiaalia ja käynnistän nopeasti oman tutkimukseni. Lisäsin lomakkeeseen joitakin avokysymyksiä. Kyselyn funktiona oli kartoittaa hoitopaikkojen työntekijöiden asenteellisia ja tiedollisia valmiuksia työskennellä homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden ja työtovereiden kanssa. Tiedon intressini voitaneen sijoittaa lähinnä puitteiden tasolle Layderin luokituksessa.

Haastattelut

Alkuperäiseen tutkimussuunnitelmaani kuului kyselyn lisäksi työntekijöiden keskuudessa tehtävät puolistrukturoidut teemahaastattelut. Niiden rinnalle päätin melko nopeasti hankkia myös päihdeongelmiaan hoitavien homo- ja biseksuaalien haastatteluja. Haastatteluosuuden tehtävänä oli päästä lähemmäksi homo- ja biseksuaalien päihdeongelmien hoitamisen arkipäivän kokemuksia ja jäsennyksiä. Toisaalta tavoitteenani oli saada "objektiivista" tietoa a) tutkimuksen aihepiiriin liittyvistä käytännöistä ja kokemuksista eri hoitopaikoissa ja b) siitä minkälaisissa yhteyksissä ja minkälaisin kokemuksin päihdeongelmiaan hoitavat homo- ja biseksuaalit ovat ottaneet puheeksi seksuaalisen suuntautumisensa tai siihen liittyvän identiteetin. Toisaalta tavoitteenani oli saada kontakti niihin tapoihin, joilla a) päihdehuollon työntekijät ja b) päihdeongelmiaan hoitavat homo- ja biseksuaalit jäsensivät seksuaalista suuntautumista, siihen mahdollisesti liittyviä identiteettejä ja niiden suhdetta päihdeiden käyttöön ja päihdeongelmien hoitoon. Tutkimukseni haastatteluosuudessa onkin tunnistettavissa sekä positivistisia että interaktionistisia elementtejä (Silverstein 1993, 91–108), mikä näkyy myös siinä, että laadin haastatteluille etukäteen melko yksityiskohtaiset kysymysrungot, mutta pyrin itse haastattelutilanteessa sellaiseen keskusteluun, joka mahdollistaisi myös haastateltavien omien jäsennystapojen esiintulon. Haastattelujen tiedonintressi liikkui pääasiassa sosiaalisesti sijoittuneen toiminnan ja minuuden tasoilla, mutta halusin saada tietoa myös toiminnan sosiaalisesta organisoitumisesta.

Oletin, että haastateltavien valinnalla, haastattelijan ominaisuuksilla ja haastattelutilanteilla tulisi olemaan olennaista merkitystä haastatteluiden sisällölle. Haastattelun piiriin tulevat työpaikat päätin valita eri puolilta Suomea avo- ja laitoshoidon tarjoavien hoitopaikkojen keskuudesta. Haastateltavien työntekijöiden valinnan jätin haastatteluotokseen osuvien työyhteisöjen ja niiden johdon tehtäväksi. Tämän tein olettaen, että haastatteluun valitaan työyhteisössä asiaan parhaiten perehtynyt tai hoidosta vastaava työntekijä, mikä toisaalta voisi antaa käytännöstä turhankin "valoisan" kuvan, mutta toisaalta mahdollistaisi antoisia keskusteluja. Haastatteluun suostuvien päihdeongelmiaan hoitavien homo- ja biseksuaalien etsimisen päätin, lähinnä käytännön syistä, kohdistaa SETA:ssa kokoontuviin ryhmiin sekä yhden A-klinikan asiakkaisiin. Kovin suureen edustavuuteen en arvellut siinä voivani päästä. Päätin tehdä itse kaikki haastattelut. Sekä haastateltavien valintakriteerit että roolini entisenä SETA:n sosiaalisuhteena ja nykyisenä A-klinikan sosiaaliterapeuttina on otettava huomioon haastattelujen analyysissä.

6. EMPIIRINEN TUTKIMUSVAIHE

6.1. Kyselytutkimus

Kyselylomake

Kyselylomakkeen (ks. liite) laadin siten, että siinä oli mukana Kari Valtasen (1990) tutkimuksessa käytetyn lomakkeen kysymykset. Tavoitteenani oli saada vertailukelpoinen aineisto Valtasen tutkimukseen nähden. Sen lisäksi olin laatinut joitakin päihdehuoltoa sivuavia kysymyksiä.

Kyselylomakkeeseen tuli kaikkiaan 81 kysymystä, jotka voi lajitella seuraavaan viiteen pääluokkaan:

1. *Taustamuuttajat*: sukupuoli, ikä, ammatti, kauanko ollut päihdehuollossa, ammatillinen peruskoulutus, homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvä koulutus, miten hankkinut tietonsa homo- ja biseksuaalisuudesta. Vastaamishalukkuuden lisäämiseksi jätin pois mm. vastaajan seksuaalista suuntautumista ja uskonnollista vakaumusta koskettavat kysymykset.
2. *"Kontaktipintamuuttajat"*: onko asiakastyössä, työyhteisössä, sukulais- tai ystäväpiirissä, tuttava/harrastus/naapuripiirissä tai työyhteisössä kohdannut homo- tai biseksuaaleja ja miten riittäväksi arvioi tietonsa homo- ja biseksuaalisuudesta.
3. *Tietokysymykset*: kahdeksan "tietokilpailukysymystä", joista kuusi oli Valtasen tutkimuksesta otettuja väittämiä, joihin vastattiin kyllä/en tiedä/ei vastauksin, ja kaksi avointa kysymystä, joissa pyydettiin arvioimaan homo- ja biseksuaalien prosentuaalinen osuus väestöstä.
4. *Asenneväittämät*: yhteensä 51 asenneväittämää, joista 44 oli samoja kuin Valtasen kyselylomakkeessa. Väittämiin vastattiin Likertin viisiportaisella asteikolla.
5. *Avoimet kysymykset*: lomakkeen lopussa oli kuusi avointa kysymystä, joissa kysyttiin:
 - tilanteita, joissa asiakkaan on parempi vaieta seksuaalisesta suuntautumisestaan,
 - suhtautumista homo- ja biseksuaalisten työntekijöiden keskinäiseen verkostoon,
 - homo- ja biseksuaalien erityispalveluista,
 - homo- ja biseksuaalisten ihmisten keskeisimmistä ongelmista,
 - homo- ja biseksuaalien kanssa tehtävän terapiatyön ongelmista sekä
 - homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvän ammatillisen koulutuksen tarvetta.

Asenneväittämien joukossa oli stereotyyppistä ajattelua, homofobiaa ja sukupuolirooliajattelua mittaavat väittämäsarjat. Homofobiaa mittaavat väittämät oli saatu lyhennetystä Hudson - Rickettsin luomasta ja validiksi osoittamasta mittarista Index of Homophobia IHP (Hudson - Ricketts, 1980; ks liite), josta Valtanen oli koonnut lyhennetyn kahdeksan väittämän sarjan. Stereotyyppisiä näkemyksiä Valtasen lomakkeessa mitattiin kysymyssarjalla, joka oli koottu mm. psykiatrian oppikirjoissakin esitetyistä muualla virheelliseksi osoitetuista väittämistä. Sukupuolirooliajattelua mittaavan väittämäsarjan Valtanen oli muodostanut itse. Lisäsin asenneväittämien joukkoon seitsemän väittämää, joista kolme käsitteli seksuaalisen suuntautumisen esille ottamista hoidon aikana, yksi seksuaalisen identiteetin tukemista, yksi asiakkaan rohkaisemista tutustumaan homoseksuaalisen osakulttuurin eri muotoihin ja yksi homo- ja biseksuaalisten työntekijöiden avoimuutta työyhteisössään.

Kyselylomakkeessa on vakava puute siinä, että kysymyksissä homomiehet, lesbot ja biseksuaalimiehet ja -naiset käsitellään yhtenäisenä joukkona ja että lesbo-sanaa siinä ei esiinny lainkaan; siinä puhutaan homoseksuaalimiehistä ja -naisista. Herek (1985b) on todennut, että asenteet homoihin ja lesboihin ovat eri tutkimuksessa osoittaneet olevan ainakin jossakin määrin yhteydessä sukupuolirooli-dotuksiin. Yhdistetystä väitteestä ei voida päästä perille onko vastaaja ajatellut homoja, lesboja vai molempia. Toisaalta Herekin (1985a) oma faktorianalyysi tuotti hyvin pitkälle samantyyppiset

tuomitsemis–toleranssi-faktorit riippumatta vastaajan ja kohteen sukupuolesta. Kuitenkin eri sukupuolilla kertyi eri tavoin pisteitä ko. faktorilla riippuen kohteen sukupuolesta. Käyttämässäni homofobiamittarin kahdeksasta väitteestä kolmessa viitattiin vastaajan kanssa samaa sukupuolta oleviin, yksi viittasi homoseksuaalisiin naisiin ja yksi homoseksuaalisiin miehiin, yksi omaan lapseen, yksi lapsen homoseksuaaliseen opettajaan ja yksi ryhmätilanteeseen, jossa on homoseksuaalisia ihmisiä. On perusteltua olettaa, että sana homoseksuaalinen assosioituu voimakkaammin miehiin kuin naisiin.

Otos

Tutkimukseen mukaan otettavat hoitopaikat valitsin siten, että mukaan otokseen tulisi

1. eri hoitopaikkatyypit – avohoito, katkaisuhuoltoasemat, laitoshoido, hoidolliset asumispalvelut, nuorille suunnatut palvelut,
2. sekä kunnallisia ja valtion ylläpitämiä että eri säätiöiden ylläpitämiä hoitopaikkoja ja
3. hoitopaikkoja eri puolilta Suomea, suurkaupungeista, pienemmistä kaupungeista ja maaseudulta.

Näillä kriteereillä valitsin Päihdehuollon palveluoppaasta (1991) yhteensä 38 hoitoyksikköä. Ennen lomakkeen postittamista otin yhteyttä kunkin hoitoyksikön johtajaan saadakseni virallisen luvan kyselytutkimukseen. A-klinikkasäätiön hoitoyksikköjen osalta tutkimuslupa haettiin A-klinikkasäätiön keskustoimistosta, jossa sitä käsitteli hoito- ja tutkimuseettinen toimikunta. Lupaa kysyessäni kerroin, että osassa otokseen valituista yksiköistä teen myöhemmin myös haastatteluja. Yhdestä asumispalveluyksiköstä en onnistunut saamaan minkäänlaista vastausta tutkimuslupakyselyyni ja yksi A-klinikka vastasi, että he eivät mielellään osallistu tutkimukseen, koska heillä ei ole ollut tutkimuksen otsikossa mainittuja asiakkaita! Lisäksi kaksi nuorille avohoidon palveluita tarjoavaa yksikköä oli muuttanut toimintaansa siten, että he eivät katsoneet kuuluvansa päihdehuollon palveluihin ja sen vuoksi jäivät pois otoksesta. Tutkimukseen valitut hoitoyksiköt jakautuvat seuraavasti:

	Alkuperäinen otos	Lopullinen otos
Avohoitoyksiköt	5	14
- kunnallisia	9	8
- säätiöiden	6	6
Katkaisuhuoltoasemat	6	6
- kunnallisia	4	4
- säätiöiden	2	2
Laitoshoitoyksiköt	4	4
- kunnallisia/valtion	3	3
- kannatusyhdistysten	1	1
Hoidolliset asumispalvelut	7	6
- kunnalliset	4	4
- säätiöiden/yhdistysten	3	2
- miesten ja naisten	2	2
- vain miesten	4	4
- vain naisten	1	-
Erityisesti nuorille suunn. yksiköt	6	4
- avohoidon	3	1
- katkaisuhoidon	1	1
- laitoshoidon	1	1
- hoidolliset asumispalvelut	1	1
Yksiköitä yhteensä	38	34

Osa otokseen tulleista hoitoyksiköistä kuuluvat samaan hallinnolliseen kokonaisuuteen, ja kun tämä päällekkäisyys lasketaan pois, saadaan otokseen mukaan tulleiden hallinnollisten hoito-organisaatioiden kokonaismääräksi 24. Nämä otokseen tulleet hoitopaikat jakaantuivat lääneittäin seuraavasti:

	Alkuperäinen otos	Lopullinen otos
Uudenmaan lääni	7	7
Turun- ja Porin lääni	4	3
Hämeen lääni	3	3
Kymen lääni		1 1
Keski-Suomen lääni	1	-
Mikkelin lääni	3	3
Pohjois-Karjalan lääni	2	2
Kuopion lääni	2	2
Vaasan lääni		1 1
Oulun lääni	3	1
Lapin lääni	1	1
Yhteensä	28	24

Otin etukäteen selvää kunkin hoitopaikan hoitohenkilöstön määrästä, ja sen jälkeen lähetin hoitoyksiköihin lomakkeita yhden kutakin hoitotyöhön osallistuvaa kohden, kaikkiaan 328 kpl. Lomakkeiden mukana lähetin saatekirjeen, jossa kerroin vielä tutkimuksestani ja sen raportoinnista ja annoin ohjeet lomakkeen jakelusta työntekijöille. Ohjeissa ja lomakkeessa korostettiin, että lomakkeita käsitellään luottamuksellisesti ja että raportissa ei yksilöidä tutkimuksessa mukana olleita hoitopaikkoja. Ohjeissa pyydettiin palauttamaan lomakkeet, joita virkavapauden, sairasloman tai muun syyn vuoksi ei voida toimittaa työntekijöille. Ylimääräisiä lomakkeita palautettiin kaikkiaan 18, jolloin kokonaisotokseksi tuli **310**. Lomakkeiden mukana lähetin postimerkillä ja vastausosoitteella (osoitteena Helsingin Yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos) varustetut vastauskuoret kullekin vastaajalle. Postitin lomakkeet 15.12.1992 ja pyysin vastauksia 22.1.1993 mennessä. Määräpäivään mennessä olin saanut 152 vastausta. 24.1.1993 lähetin hoitoyksiköille kirjeen, jossa kiitin jo saaduista vastauksista ja pyysin niitä, jotka eivät ole vielä vastanneet, vastaamaan mieluiten tammikuun aikana. Tämän jälkeen sain helmikuun puoliväliin mennessä vielä 35 vastausta, jolloin vastattujen lomakkeiden kokonaismääräksi tuli **187** ja vastausprosentiksi 60 %.

Yhteenveto kyselyyn vastanneista:

	N	%	♀ - ♂ %
Sukupuoli:			
naisia	145	78	
miehiä	42	22	
Ikäjakauma			
alle 30	23	12	78-22
30-39	62	33	77-23
40-49	73	39	74-26
yli 50	29	16	86-14
Yksikkö			
Avohoito	63	34	76-24
Katkaisuhoitoasema	31	16	81-19
Laitoshoito	52	28	73-27
Asumispalvelu	14	7	79-21
Nuorille suunnattu	9	5	78-22
Useamman tyyppisiä	18	10	89-11
Ammattinimike			
Johtaja		8	4
63-38			
Lääkäri		9	5
67-33			
Sairaanhoitaja	51	27	94-06
Osastonhoitaja	9	5	89-11
Hoitaja/perushoitaja	8	4	88-12
Psykologi	3	2	33-67
Vast. sosiaaliterapeutti	10	5	70-30
Sosiaaliterapeutti	34	18	74-26
Sosiaalityöntekijä	9	5	56-44
Perheterapeutti/-työnt.	2	1	100-0
Päihde/laitosterapeutti	6	3	50-50
Ohjaaja	28	15	71-29

Valvoja	3	2	67-33
Muut	6	3	83-17

	N	%	♀ - ♂ %
Koulutus			
Sairaanhoitaja/diakonissa	21	11	
95-5			
Erikoissairaanhoitaja	43	23	95-5
Lääkäri	9	5	67-33
Psykologi	4	2	50-50
Sosiaalialan akat. k.	26	14	81-19
Sosiaalihuoltaja./sosion.	19	10	61-39
Diakoni	10	5	50-50
Sosiaaliohjaaja/-kasvattaja	2	1	
100-0			
Ohjaaja	17	9	53-47
Päihdeterapeutti	2	1	0-100
Perushoit./kuntohoit.	9	5	100-0
Mielenterveyshoitaja	7	4	57-43
"Pitkän linjan" tt	4	2	100-0
Laitosemäntä/kotiavustaja	4	2	
100-0			
Muu	9	5	78-22
Päihdehuollossa			
alle 5 v		67	36
81-14			
5-9	47	25	83-17
10-14	32	17	72-28
15-19	27	14	74-26
20-24	8	4	75-25
yli 25	6	3	50-50

Vastaajajoukko on naisvaltainen, mikä vastaa työntekijöiden sukupuolijakaumaa päihdehuollossa. Miesten suhteellinen osuus oli keskimääräistä suurempi laitoshoitopaikoissa, johtajien, lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden, päihde/laitosterauttien ja valvojien keskuudessa, mikä heijastaa todellista jakaumaa. Naisia oli taas suhteellista osuuttaan enemmän yli 50-vuotiaiden, sairaanhoitajien, osastonhoitajien ja perushoitajien joukossa.

Kaikki lomakkeet oli täytetty asiallisesti, eikä niistä tarvinnut epäasiallisuuden vuoksi poistaa yhtään. Lomakkeen lopussa oli tilaan kommentteille ja olin vastauslomakkeen saatteessa pyytänyt kommentoimaan myös kysymyksiä. Tämä mahdollisuutta käytettiinkin hyväksi varsin ahkerasti.

Vastauskadon erittely muodostui odotettua vaikeammaksi. Tämä johtui kyselyaineiston jakelun puutteellisesta suunnittelusta. Kuhunkin hoito-organisaatioon lähetettiin lomakkeet yhtenä eränä. Minulla oli tieto henkilökunnan kokonaismäärästä, ei sen jakautumisesta eri ammattiryhmiin ja tai hoitoyksikköihin. Näin en pysty selvittämään sitä, mikä työntekijäryhmä olisi ali/yliedustettuna vastanneiden joukossa. Arvelen että vastaamatta jättäneiden joukossa on keskimääräistä enemmän niitä, jotka eivät pitäneet tutkimustani aiheellisenä tai merkittävänä ja ne, joista kyselyn aihepiiri tuntui erityisen vastenmieliseltä. Homo- ja biseksuaaleihin torjuvasti suhtautuvien määrä vastanneiden keskuudessa edustaneekin koko otoksen alarajaa.

6.2. Työntekijöiden haastattelut

Empiirisen tutkimuksen toisessa vaiheessa tein yhteensä 18 teemahaastattelua päihdehuollon työntekijöiden keskuudessa. Haastatteluja varten laadin melko yksityiskohtaisen kysymysrunгон (liite), jota ei kuitenkaan ollut tarkoitus noudattaa orjallisesti. Osa haastattelusta tapahtui lähinnä keskustelun muodossa, jolloin pyrin viemään keskustelua eteenpäin tarkennusten ja eläytymisen avulla. Ohjasin keskusteluja kahteen pääteemaan, homo- ja biseksuaalisuuden kohtaamiseen hoitoyhteisössä ja homo- ja biseksuaalien hoidossa kohdattaviin ongelmiin, ilon aiheisiin ja voimavaroihin. Kyselin suoraan iän, ammatin, koulutustaustan ja kuinka kauan on ollut mukana päihdehuollossa. Kultakin haastateltavalta kysyin myös mihin ihmisryhmään hän koki kuuluvansa ja mitkä niistä ovat hänelle tärkeimpiä, kuinka helppo puheenaihe tutkimukseni teema hänelle on, millaista sanastoa hän on tottunut käyttämään kohderyhmästä, miten hän määrittelee homo- ja biseksuaalisuuden, onko hänellä mielikuvaa tyypillisestä homosta, lesbosta tai biseksuaalista sekä miten hän määrittelee päihdeongelman ja sen hoitamisen ja mitä hän ajattelee päihdeongelmaan liittyvistä identiteeteistä (esim alkoholisti, juoppo, narkkari, pilleristi jne). Kartoitin myös kuinka paljon he olivat työskennelleet homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden kanssa ja kuinka avoimia heidän homo- ja biseksuaaliset asiakkaansa ovat olleet suuntautumisensa suhteen. Pyysin myös arviota siitä kuinka paljon he arvelevat hoitaneensa homo- ja biseksuaaleja niin, että tämä teema ei ole tullut hoidossa esille. Jälkeenpäin totesin, että haastatteluteemoja olisi pitänyt karsia, nyt haastattelutilanteen omalle kehitykselle jäi liian vähän tilaa.

Haastatteluihin pyrin saamaan suhteellisen edustavan otoksen erilaisista hoitopaikkatyypeistä, omistuspohjista ja maantieteellisestä sijainnista. Otokseen tuli 11 hoitopaikkaa,

3 laitoshoitopaikkaa,

5 avohoitopaikka,

1 hoitopaikka, jossa oli avohoittoa, katkaisuhuito-osasto ja hoitokoti,

1* hoitopaikka, jossa oli katkaisuhuito-osasto ja hoidollisia asumispalveluja sekä

1 erityisesti nuorille avohoitopalveluja tarjoava hoitopaikka.

Otos hajaantui kuuden läänin alueelle. Yksi hoitopaikka jäi haastatteleematta (merkitty luettelossa tähdellä) kun haastatteluista sopiminen ei onnistunut ajoissa. Myöhemmin arvioin, että aineisto oli jo siinä määrin kylläntynyt, varsinkin kun haastatteleematta jäänyt hoitopaikka oli maantieteellisesti jo hyvin kartoitetulla alueella, etten menettäisi oleellista tietoa luopumalla ko. haastatteluista. Tutkimuksen edetessä kävi ilmi, että asumispalveluiden ja hoitokotien työntekijöiden jääminen haastattelujen ulkopuolelle oli menetys. Kyselyaineiston perusteella näissä yksiköissä asenteet ja tiedot poikkesivat muista yksiköistä.

Maaliskuussa 1993 lähetin kirjeen otokseen valittujen hoitoyksikköjen vastaaville työntekijöille ja pyysin, että yksiköt valitsisivat keskuudestaan haastateltavaksi 1–2 tai 2–3 (yksikön koosta riippuen) *"..hoitotyöhön osallistuvaa tai sitä läheisesti ohjaavaa työntekijää, joilla on joko asemensa tai perehtyneisyytensä perusteella parhaat mahdollisuudet vastata kysymyksiin, jotka käsittelevät kokemuksia homo- ja biseksuaalien päihdeongelmien hoitamisesta yksikössänne. Toivoisin, että sekä naisten että miesten hoitoon liittyvät kokemukset toiminnassanne otetaan valinnassa huomioon."* Haastateltavat saivat sitten itse päättää siitä, tehdäänkö haastattelu yksilö- vai ryhmähaastatteluna. Haastattelupyyntöihin suhtauduttiin myönteisesti ja haastatteluista sovittaessa koin saavani rohkaisua tutkimuksen tekemiselle. Näin sain sovituksi yhteensä 18 haastattelua, jotka tehtiin huhti-kesäkuussa 1993.

Arvelin valintaprosessin ja haastateltavien arvioiden siitä tuottavan arvokasta lisäinformaatiota. Valintatapaa voisi tarvittaessa käyttää myös "taustamuuttujana". Etukäteen arvelin, että joukkoon valikoituisi erityisesti niitä, joilla arvellaan olevan myönteinen suhtautuminen kohderyhmään ja/tai kokemuksia kohderyhmän kanssa työskentelystä. Haastateltavilta kysyttiin miten juuri he tulivat valituiksi haastatteluun. Kahdessa hoitopaikassa johtaja päätti yksin siitä, ketkä tulevat mukaan haastatteluun, kahdessa hoitopaikassa päätöksen teki johtoryhmä, yhdessä "laajennettu johtoryhmä" ja viidessä paikassa asiasta päätettiin koko työryhmän kokouksessa. Kiinnostuksella ja kokemuksilla oli merkittävä osa haastateltavien valinnoissa. Näitä kriteerejä esitti yhteensä 12 haastateltavaa (=67 %). Muodollinen asema oli mukana neljän arvioissa ja kahdelle valinnan osuminen juuri heidän kohdalleen oli jäänyt hämäräksi.

Kerroin kaikille haastateltaville ennen haastattelua, että toimin A-klinikalla sosiaaliterapeuttina. Päädyin tähän, koska joka tapauksessa suurehko osa haastateltavista jo tiesi asiasta. Oletan, että päihdehuollon ammattilaisen identiteettini – tutkijan identiteetin rinnalla – helpotti keskustelua, puhuttiin "samaa kieltä". Toisaalta se on saattanut tehdä haastateltavat varovaisemmaksi asenneilmaisuuksissaan. Toimintaani SETA:ssa en ottanut puheeksi ennen haastattelua enkä niiden aikana, joidenkin haastatteluiden jälkeen se tuli puheeksi. Osa haastateltavista tiesi siitä, mutta oletin, että suurin osa ei sitä tiennyt. Arvelin, että tieto toiminnastani SETA:ssa olisi tehnyt vastaajat vielä varovaisemmaksi asenneilmaisuuksissaan. Yksi haastateltavista kertoi haastatteluna aikana miettivänsä sitä, miten loukkaavana minä mahdollisesti koen hänen vastauksensa, jos olen homoseksuaalinen.

Tein haastattelut haastateltavien työpaikalla. Haastatteluista 16 tehtiin yksilöhaastatteluina ja yksi ryhmähaastatteluna, jossa oli mukana kaksi työntekijää. Pyysin lupaa käyttää nauhuria haastattelun aikana. Jotkut haastateltavista varmistivat, ettei kukaan muu ei pura tai kuuntele nauhoitusta, muuten nauhurin käyttöön suhtauduttiin luontevasti. Yksilöhaastattelut kestivät 36–92 minuuttia, keskimäärin

74 minuuttia. Lyhimmissä haastattelussa ei työkiireitten vuoksi kartoitettu kaikkia osa-alueita, mutta haastattelu oli hyvin antoisaa. Ryhmähaastattelu kesti 97 minuuttia, siinäkin työkiireen vuoksi haastattelun loppua jouduttiin tiivistämään. Työntekijöiden haastatteluista kertyi 22 tuntia ääninauhaa. Litteroin itse haastattelut ja poistin ne sen jälkeen äänikaseteilta.

6.3. Päihdeongelmiaan hoitavien homo- ja biseksuaalien haastattelut

Alkuperäiseen tutkimussuunnitelmaani en sisällyttänyt asiakashaastatteluja, koska arvelin, että olisi erittäin vaikeaa saada edustavaa otosta homo- ja biseksuaalisista päihdeongelmaisista. Tutkimustyön edetessä muutin kantaani tässä asiassa. Jotta saisin kosketuspintaa homo- ja biseksuaalien tapoihin hahmottaa identiteettiään, päihdeiden käyttöään ja päihdeongelman ratkaisemista järjestötoiminnan tai hoitotapahtuman ulkopuolella, minun tulisi sittenkin haastatella eri elämäntilanteissa olevia, eri asteisesti päihdeongelmaisia ja erilaisia ratkaisuyrityksiä kokeilleita lesboja, homoja ja biseksuaaleja. Toinen syy harkita uudelleen asiakashaastattelujen tekemistä oli se, että ellen tekisi raportoitua haastattelukierrosta päihdeongelmaisten homojen, lesbojen ja biseksuaalien keskuudessa, eläisivät omat yksityiselämässä, järjestötoiminnassa ja päihdetyössä omaksumani käsitykset kohderyhmän todellisuudesta kontrolloimattomana tutkielman rivien välissä.

Näin päätin tehdä noin 10 teemahaastattelua, joiden keskeisiä teemoja olisivat

1. homo- tai biseksuaalisuuden hahmottaminen omassa elämänkaaressa,
2. päihdeongelman tai -riippuvuuden hahmottaminen omassa elämänkaaressa,
3. päihdeongelman ja seksuaalisen suuntautumisen välisen suhteen hahmottaminen,
4. päihdeongelman ratkaisukeinot ja
5. seksuaalisen suuntautumisen mahdollinen vaikutus ratkaisukeinoin ja miten se on otettu huomioon eri hoitomuodoissa.

Haastateltaviksi pyrin saamaan sekä miehiä että naisia, sekä homo- että biseksuaaleja, eri sukupolvisista, eri sosiaaliryhmistä, eri asteisten päihdeongelmien kanssa eri tavoin työskenteleviä ja sekä SETA:n toimintapiiristä että sen ulkopuolelta. Luovuin käytännön syistä yrittämästäkään maantieteellistä edustavuutta ja valitsin kaikki haastateltavat pääkaupunkiseudulta. Tätä luovuttamista pidän selvänä puutteena tutkimuksen kannalta, koska muualla Suomessa asuvien elämäntilannetta hankaloittavat heikommat mahdollisuudet osallistua homo/biseksuaaliin osakulttuureihin ja heitä ympäröivä vanhoillisempi asenneilmapiiri.

Hain kontaktia haastateltaviin kolmesta seuraavasta ihmisryhmästä: 1) SETA:n toimitiloissa toimivat AA-ryhmät, 2) SETA:n järjestämät juomisen itsehallintaryhmät ja 3) A-klinikan asiakkaina käyvät homo- ja biseksuaalit. Otin kirjeitse yhteyttä SETA:n toimitiloissa kokoontuviin AA-ryhmiin, joita olivat naisten ryhmä A-akanat ja avoin AA-ryhmä Elämänlanka. Kirjeessä selostin tutkimushankettani ja pyysin vapaaehtoisia ottamaan yhteyttä. Lisäksi pyysin, että haastateltavien joukossa olisi joku, joka pystyisi kertomaan hieman myös ryhmän historiasta. Kirjeet johtivat yhteensä seitsemään yhteydenottoon, joista viisi tuli naisilta ja kaksi miehiltä, kaikki johtivat haastattelusta sopimiseen, mutta toisen miehen haastattelu peruuntui käytännön ongelmien vuoksi. Seksuaalinen tasavertaisuus - SETA ry on järjestänyt vuodesta 1991 lähtien juomisen itsehallintaryhmiä. Olen itse toiminut kahden ryhmän toisena ohjaajana ja toisen ryhmän päätyttyä kysyin osallistujilta halukkuutta osallistua haastatteluun. Tämä johti yhden miehen haastatteluun. Saadakseni mukaan SETA:n toiminnan ulkopuolella olevia homo- ja biseksuaalisia päihdeongelmaisia pyysin lupaa tehdä korkeintaan neljä haastattelua oman hoitoyksikköni (A-klinikka) asiakkaista. Luvan saatuani haastattelin yhtä naista ja yhtä miestä.

Kumpaankin heistä minulla oli ollut lyhyt hoidollinen kontakti.

Miehet olivat otoksessa aliedustettuina ja erityisen valitettavana pidän sitä, että otoksessa ei ollut yhtään alle 30-vuotiasta miestä eikä työväenluokkaan kuuluvaa miestä. Naisten jakauma oli suhteellisen monipuolinen. Sekä miesten että naisten joukossa oli sekä homo- että biseksuaaleja. Myös päihdeongelman vakavuudessa ja ratkaisukeinoissa oli variaatiota.

Kysyin kultakin haastateltavalta aluksi heidän ikänsä, ammattinsa, koulutustaustansa sekä sen missä ryhmissä ja hoitopaikoissa he olivat päihdeongelmaansa hoitaneet. Kysyin myös millaisia identiteettejä heillä on, mihin ihmisryhmiin he samastuivat. Sen jälkeen kerroin, että haastattelussa käsitellään kahta pääteemaa, 1) päihdeongelmia ja niiden hoitamista ja 2) homo/biseksuaalisuutta. Pyysin haastateltavaa valitsemaan kummasta teemasta aloittaisimme. Kummankin teeman käynnistin palauttamalla mieliin ensimmäisiä aiheeseen liittyviä muistoja. Haastattelun edetessä pyrin toisaalta antamaan tilaa haastateltavan omalle kertomukselle ja sen korostuksille, toisaalta hain vastauksia myös joihinkin etukäteen laatimiini kysymyksiin (ks. haastattelurunko, liite).

Haastatteluista kolme tein kotonani, kaksi SETA:n toimistossa ja neljä työhuoneessani A-klinikalla. Nauhoitin kaikki haastattelut. Yksi haastateltavista ilmoitti haastattelun alussa, että keskustelun nauhoittaminen ahdistaa häntä. Hän kuitenkin suostui nauhoitukseen. Haastattelut kestivät 60–120 minuuttia, yhteensä ääninauhaa kertyi 12,5 tuntia. Litteroin itse kaikki haastattelut ja sen jälkeen poistin ne ääninauhoilta.

7. AINEISTON ANALYYSI

7.1. Analyysimenetelmät

Kyselyaineiston monivalintakysymysten analyysi

Kyselylomakkeiden (ks. liite) vastaukset koodasin tietokannaksi käyttäen Paradox for Windows - tietokantaohjelmaa, jota hyödynsin myös avovastausten tyypittelyssä, lajittelussa ja koodauksessa. Muuttujien jakaumien tarkastelussa hyödynsin Quatro Pro taulukkolaskentaohjelmaa. Korrelaatiomatriisin, faktorianalyysin ja hierarkkiset regressioanalyysit laskin käyttäen hyväksi SPSS/PC v.3.0 -ohjelmaa.

Koodauksen yhteydessä muodostin taustatietoja kartoittavien kysymysten monivalintavastauksista ordinaaliasteikoiksi tulkittavissa olevia apumuuttujia.

Kysymys 3: *Koulutus* sai seuraavat apumuuttujat:

3BS Sosiaalialan peruskoulutus: 0 (ei), 1 (kyllä)

3BT Terveystieteiden peruskoulutus: 0 (ei), 1 (kyllä)

3C Ammatillisen koulutuksen taso: 0 (ei mitään alan koulutusta), 1 (kurssimuotoinen koulutus), 2 (ammattinen koulu), 3 (ammatillinen opisto), 4 (korkeakoulu/yliopisto)

Kysymys 5 *Työskentelyn paraikaa* sai apumuuttujat:

5A Työssä avoimenaikana: 0 (ei), 1 (osan työajasta), 2 (kokopäiväisesti)

5as Työssä asumispalveluissa: 0 (ei), 1 (osan työajasta), 2 (kokopäiväisesti)

5ka Työssä katkaisuhoidon asemalla: 0 (ei), 1 (osan työajasta), 2 (kokopäiväisesti)

5L Työssä laitoshoidon asemalla: 0 (ei), 1 (osan työajasta), 2 (kokopäiväisesti)

Kysymys 8 *Olen saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta* sai apumuuttujat:

8a Saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta peruskoulutuksessa: 0 (ei), 1 (kyllä)

8b Saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta jatko- ja täydennyskoulutuksessa: 0 (ei), 1 (kyllä)

8c Saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta itse perehtymällä: 0 (ei), 1 (kyllä)

Kyselytutkimuksen analyysissä (ordinaaliasteikkoisten) muuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytin hyväksi **hierarkkista regressioanalyysiä**, joka mahdollistaa usean ja toisistaan riippuvan selittävän muuttujan ottamisen mukaan samaan tarkasteluun. Selittäviä muuttujia voi enimmillään olla yksi kutakin kahtakymmentä havaintoa kohden silloin, kun selitettävän muuttujan jakauma on normaali. Tässä aineistossa suurin selittävien muuttujien määrä voisi parhaimmillaan olla yhdeksän, mikä tuntuu hyvinkin riittävältä. Selitettäviä muuttujia tässä tarkastelussa olivat homoseksuaalisten asiakkaiden määrä ja asennemittareiden tulokset. Selittävinä muuttujina käytettiin taustamuuttujia ja "kontaktipintamuuttujia".

Hierarkkisessa regressioanalyysissä selittävät muuttujat otetaan mukaan halutussa järjestyksessä siten, että se osa korrelaatiosta selitettävän kanssa, joka on niille yhteistä, menee ensiksi mukaan otetun hyväksi, ts. se suosii ensimmäiseksi mukaan otettua muuttujaa IV1 muuttujan IV2 kustannuksella ja tätä taas muuttujan IV3 kustannuksella jne. (ks. oheinen kuva). Tarkasteluissani olen yleensä "suosinut" tällä tavoin niitä muuttujia, joiden vaikutuksen olen halunnut hetkeksi vakioda nähdäkseni niiden yli menevät merkitsevät korrelaatiot.

Kuva: Hierarkkisen regressioanalyysin tapa jakaa selittävien muuttujien yhteisvaihtelu suhteessa selitettävään muuttujaan suosii ensiksi malliin otettuja muuttujia.

Selittävän muuttujan merkityksellisyys suhteessa selitettävään muuttujaan arvioidaan hierarkkisessa regressioanalyysissä sen mukaan kuinka paljon se osaltaan lisää mallin korrelaatiokertoimen neliötä suhteessa selitettävään muuttujaan.

Hierarkkisen regressioanalyysin perusolettamus on, että havaittujen selittävän muuttujan arvojen ja regressiomallin antamien arvojen erotukset jakautuvat normaalisti ja että erotusten varianssi on suunnilleen sama kaikilla selitettävän muuttujan arvoilla. Mallin luotettavuus edellyttää myös sitä, ettei analyysissä ole mukana muusta havaintojoukosta niin voimakkaasti poikkeavia havaintoja, että ne voisivat vaikuttaa malliin häiritsevän voimakkaasti.

Laskennassa käytin hyväksi tilasto-ohjelmaa SPSS/PC v.3.0. Siinä hierarkkisen regressioanalyysin yhteydessä voi tulostaa ne havainnot, jotka poikkeavat muusta havaintojoukosta voimakkaasti. SPSS:n regressioanalyysi tulostaa haluttaessa myös jäännöshavaintojen jakauman.

Avovastausten analyysi

"Miten tahansa analyysi on tehtykään, analyysin tekijän velvollisuus on mahdollisimman tarkkaan havainnoida omia analytyttisiä menetelmiään ja prosessejaan sekä rehellisesti kertoa näistä havainnoistaan tutkimusraportissaan (Patton 1990, 372)."

Avovastausten luokittelussa kiinnitin huomiota sekä vastauksissa esiintyneisiin yksittäisiin toteamuksiin, että vastauksiin kokonaisuutena. Yksittäisten toteamusten luokitteluun pääsin hajoittamalla vastaukset erillisiksi lauseiksi, joista sitten poimin keskeisiä käsitteitä. Kokonaisista vastauksista etsin

taas keskeiset vastaustyyppit sekä erityisesti vastauksiin liittyvät kausaali- tai hyötymisolettamukset. Saamaani aineiston tarkastelun perusteella luokittelin keskeiset käsitteet ja vastaus- ja kausaalityypit ja annoin niille koodinumerot, jotka sitten palautin kullekin vastaajalle tietokantaan. Vastaaja saattoi saada useita koodinumeroita kustakin avovastauksestaan. Tämä menettely antoi mahdollisuuden tutkia vastaustyyppien yhteyksiä muihin tutkimuksessa käytettyihin mittareihin.

Haastatteluiden analyysi

Litteroin kaikki haastattelut yksityiskohtaisesti, merkiten ylös mm. tauot ja naurahdukset sekä erilaiset keskeytykset, ja tein niistä erilliset asiakirjat. Seuraavaksi muodostin keskeisistä haastatteluteemoista omat asiakirjansa, joihin hain materiaalin litteroiduista haastatteluista. Tämän jälkeen kävin haastattelut uudelleen läpi etsien niistä haastateltavien omia keskeisiä teemoja ja kopioin etenkin toistuvat teemat omiksi asiakirjoikseen. Alkoholiongelmiin ja homo/biseksuaalisuuteen liittyvien teemojen analyysissä tarkastelin vastauksia suhteessa yleisimpiin käytössä oleviin tapoihin jäsentää ko. aihepiirejä.

Silverstein (1993, 199) varoittaa käyttämästä haastattelumateriaalia sellaisenaan todellisuuden aitoina kuvauksina, sillä vastaukset sijoittuvat aina sosiaaliin tilanteisiin ja kertomuksellisiin rakenteisiin ja perinteisiin. Haastattelujeni analyysissä onkin otettava huomioon haastateltavien valintatapojen ja haastattelutilanteiden erilaisten tulkintojen vaikutus esille tulleisiin jäsennystapoihin.

Työntekijöistä haastatteluun pyydettiin niitä työntekijöitä, joilla todennäköisesti oli suurimmat valmiudet keskustella aihepiiristä ja joilla sen vuoksi oli todennäköisesti myös keskimääräistä myönteisempi suhtautuminen homo- ja biseksuaalisuuteen. Alkoholiongelmiin selvittävistä homo- ja biseksuaaleista haastattelussa yliedustettuina ovat ne, joilla oli suhteellisen tiivis kontakti AA:han ja SETA:aan, mikä oletettavasti näkyy haastateltavien tavassa jäsentää päihdeongelmia ja homo/biseksuaalisuutta.

Haastattelutilanteisiin liittyvät tulkinnot ovat osaltaan vaikuttaneet haastatteluiden sisältöön. Työntekijähaastatteluissa osa haastateltavista selvästi pohti mielessään sitä, mikä on minun suhteeni homo/biseksuaalisuuteen ja miten minä mahdan reagoida heidän vastauksiinsa. Tämä tuli avoimesti puheeksi kahdessa haastattelussa, toisessa sen kuluessa ja toisessa sen jälkeen. Osa haastatteluista sai työnohjauksellisen keskustelun piirteitä; haastateltava oletti, että olen ko. aihepiirin asiantuntija ja hän halusi käyttää hyväkseen harvinaista mahdollisuutta. Päihdeongelmiaan hoitavien homo- ja biseksuaalien haastatteluista osassa haastateltava halusi jakaa oman kokemuksensa toivoen, että siitä olisi apua työntekijöille tai muille homo/biseksuaalisille päihdeongelmaisille, ja osassa haastateltava piti haastattelua osittain hoidollisena keskusteluna.

Haastattelutilanteisiin on osaltaan vaikuttanut oma identiteettini sekä homoseksuaalina että päihdehuollon ammatillisena työntekijänä. Oletan, että sen etuina ovat olleet haastattelutilanteen turvallisuus, mistä monet kertoivat jälkeensä, ja kummankin samastumisryhmäni puhetapojen vivahde-erojen kohtalaisen hyvä tunnistaminen. Ryhmäjäsenyyksieni haitaksi oletan sen, että työntekijät ovat olleet homoseksuaalisuudesta puhuessaan tavallista varovaisempia ja päihdeongelmiaan hoitavat homo/biseksuaalit ovat haastattelussa käsitelleet työntekijöitä ehkä tavallista empaattisemmin. Ryhmäjäsenyyteni on voinut vaikuttaa myös siten, että tarkasteluetäisyyteni on ollut lyhyt, joka on saattanut vaikeuttaa havaintojen jäsentämistä osaksi laajempia kokonaisuuksia. Tätä olen pyrkinyt korjaamaan teoriapohjaan tutustumalla.

7.2. Kyselyyn osallistuneiden kosketuspinnat homo- ja biseksuaalisuuden kanssa

Kyselyssä kartoitettiin, **onko vastaaja tunnistanut** a) **asiakaspiirissään**, b) **sukulais/ystäväpiirissään**, c) **tuttava/harrastus/naapuripiirissään** ja/tai d) **työyhteisössään** **homoseksuaalisia miehiä tai naisia**. Vastaajista 8 % (15) ei tunnistanut homoja tai lesboja missään edellä mainituista yhteyksistä ja 18 % (33) vastasi myönteisesti kaikkien vaihtoehtojen kohdalla. Tavallisin kontaktipinta näytti olevan asiakassuhteet, 85 % (159) vastasi myönteisesti. Vähiten homoja ja lesboja tunnistettiin sukulais/ystäväpiirissä, 34 % (63) vastasi myönteisesti. Työtovereissaan heitä tunnisti 42 % (78) ja tuttavissaan ja naapureissaan 45 % (82) vastaajista. Vastaajat tunnistivat homoja biseksuaaleiksi eri yhteyksissä enemmän miehiä kuin naisia. Tämä korostui työyhteisössä. Kun naiset muodostavat selvän enemmistön päihdehuollon työntekijöistä (75–80 %), on yllättävää, että niistä, jotka olivat tunnistaneet homo- tai biseksuaalisia työtovereita, yli puolet (54 %) oli tunnistanut vain miehiä, 20 % vain lesboja ja 26 % sekä homoja että lesboja.

Kuuluuko X-piiriin ihmisiä, joiden tiedät olevan homoseksuaalisia?	X = Asiakkaat		X = Suku, ystävät		X = Tuttavat		X = Työyhteisö	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ei vastausta	2	(1 %)	2	(1 %)	5	(3 %)	2	(1 %)
Kyllä, miehiä+naisia	102	54 %	29	16 %	36	20 %	20	11 %
Kyllä, vain miehiä	43	23 %	23	12 %	35	19 %	42	23 %
Kyllä, vain naisia	14	8 %	11	6 %	11	6 %	16	7 %
Ei	26	14 %	122	66 %	100	55 %	107	58 %
Yhteensä	187	100 %	187	100 %	187	100 %	187	100 %

Taulukko: Työntekijöiden kontaktit homoseksuaalisten miesten ja naisten kanssa.

Kyselylomakkeessa pyydettiin myös arvioimaan *homoseksuaalisuutensa esille tuoneiden asiakkaiden lukumäärä*. Tämä oli niitä harvoja kysymyksiä, johon tuli huononlaisesti vastauksia, sillä 12 % (22) jätti siihen vastaamatta. 22 % (35) kysymykseen vastanneista ilmoitti, että asiakkaan oma homoseksuaalisuus ei ole tullut puheeksi yhdessäkään hoitosuhteessa, ja 40 % ilmoitti, että näitä asiakkaita on ollut 1–4 kpl. 20 % vastaajista muisti vähintään 10 sellaista asiakasta, joka oli ottanut homoseksuaalisuutensa puheeksi.

Homoseksuaalisuus-teeman frekvenssiä hoidossa mitattiin kysymyksellä *Milloin viimeksi homoseksuaalisuus on tullut teemana esille asiakassuhteessa?* Ei kertaakaan -vastauksia tuli 12 % (22). Kun tätä verrataan edellisen kysymyksen nollavastauksiin, niin osa tähän kysymykseen vastatuista homoseksuaalisuuskeskusteluista ei ole ilmeisesti liittynyt asiakkaan omaan homoseksuaalisuuteen. Noin puolet vastaajista muisteli, että teema on tullut esille asiakassuhteessa ainakin kerran viimeisen puolen vuoden aikana.

Homoseksuaalisuutensa esille tuoneita asiakkaita			Milloin viimeksi homoseksuaalisuus esillä		
0	35	21 %	ei lainkaan	22	12 %
1-4	64	39 %	yli 6 kk	66	37 %
5-9	29	18 %	1 kk - alle 6 kk	45	25 %
10-19	23	14 %	yli 7 vrk - alle 1 kk	24	13 %
20-49	10	6 %	1-7 vrk	23	13 %
50-150	4	2 %			
Ei vastausta	22		Ei vastausta	7	
Vastastasi	165		Vastasi	180	

Taulukko Homoseksuaalisuutensa esille tuoneiden asiakkaiden lukumäärä ja Milloin viimeksi homoseksuaalisuus tuli teemana esille asiakassuhteessa?.

Tutkin homoseksuaalisten asiakkaiden lukumäärän selittymistä muilla muuttujilla käyttäen hierarkkista regressioanalyysiä.

Hierarkkisessa regressioanalyysissä voisi ottaa mukaan selittäviä muuttujia korkeintaan vastaajien määrä/20 silloin, kun selitettävä muuttuja on suhteellisen normaalisti jakautunut. Jos selitettävällä on vino jakauma, tulee selittävien muuttujien määrää vähentää. Hierarkkinen regressioanalyysi "suosii" niitä selittäjiä, jotka tulevat malliin ensimmäisinä, koska ne saavat ensimmäisinä osakseen eri muuttujien kanssa yhteisen vaihtelun. Halusin tällä tavalla suosia muuttujia, joihin yksilö ei voi vaikuttaa (ikä, sukupuoli jne) ja katsoa mitä selitysvoimaa jää muille muuttujille. Lähiympäristössä olevien homojen/lesbojen vaikutuksen halusin jättää viimeiseksi niin, että sen mahdollinen vaikutus voidaan tulkita itsenäiseksi selitysosuudeksi. Otin regressioanalyysiin selittävät muuttujat merkitseviä korrelaatiota saaneista muuttujista seuraavassa järjestyksessä

1. sukupuoli
2. Ikä
4. Työvuosia päihdehuollossa
- 8B. Saanut tietoa jatkokoulutuksessa.
7. Tiedon riittävyys
- 5as. Työssä asumisyksikössä
13. Sukulais/ystäväpiirissä homoja/lesboja

Analyysillä saatiin noin 30 % prosentin selitysosuus homoseksuaalisten asiakkaiden määrälle. Merkittävimmän lisän selitysosuuteen toi *työvuosia päihdehuollossa* -muuttuja. Kun kaikki muuttujat olivat mukana, oli työvuosien kertoimen merkitsevyystaso voimakkain (.0028). *Saanut tietoa ammatillisessa jatkokoulutuksessa* -muuttuja menettää olennaisen osan korrelaatiostaan työvuosille. Merkitsevä lisä selitysosuuteen tulee muuttujilta: 13 *sukulais/ystäväpiirissä homo/lesbo*, 7 *tiedon riittävyys*, 1 *sukupuoli*, 7 *työssä asumisyksikössä*. Ohessa regressioanalyysin vaihe, jossa muuttuja 13 on otettu viimeisenä selittävänä muuttujana mukaan. Otteessa ei ole mukana residuaalianalyysiä, joka osoitti, että standardoitu jäännöspoikkeama jakaantui suhteellisen normaalisti.

```

Variable(s) Entered on Step Number    7..    V13
Multiple R                .54677
R Square                  .29896
Adjusted R Square         .26709
Standard Error            1.09282
Analysis of Variance:
      DF      Sum of Squares      Mean Square
Regression      7      78.43005      11.20429
Residual       154     183.91563      1.19426
F =          9.38181      Signif F = .0000
----- Variables in the Equation -----
Variable      B      SE B      Beta      T      Sig T
V1            .44710    .20731    .15150    2.157    .0326
V2            .05386    .13371    .03740    .403    .6877
V4            .05316    .01747    .29068    3.043    .0028
V8B           .21684    .22020    .07348    .985    .3263
V7            .36438    .16020    .16618    2.275    .0243
V5AS          -.32652    .16993   -.13448   -1.921    .0565
V13           .48062    .19284    .17885    2.492    .0138
(Constant)    -.07723    .56061   -.138     .8906
End Block Number  7    All requested variables entered.

```

Taulukko: Hierarkkinen regressioanalyysi; selitettävä muuttuja: homo- biseksuaalisten asiakkaiden määrä.

Tarkistin vielä, miten lineaarinen ja jyrkkä tai loiva iän ja työvuosien suhde on homoseksuaalisten asiakkaiden määrään. Iän myötä määrä kasvoi hyvin loivasti lineaarisesti siten, että ikäryhmässä *alle 30 v.* keskiarvoksi tuli 2,04 ja ikäryhmässä *50 v. ja sitä vanhemmat* keskiarvoksi tuli 2,95. Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin kun tarkasteltiin työvuosien ja homoseksuaalisten asiakkaiden määriä. Alle 2 vuotta työssä olleilla oli ollut keskimäärin 1,6 homoseksuaalista asiakasta ja yli 15 vuotta työssä olleiden keskiarvo oli 3,2. Jos homoseksuaalisten asiakkaiden määrä jaetaan työvuosilla, niin nuorilla on ollut työvuotta kohden selvästi enemmän homoseksuaalisia asiakkaita kuin iäkkäämmillä.

Miehet raportoivat enemmän kontakteja homoseksuaaliin asiakkaisiin kuin naiset (tulos, josta olin yllättynyt ja jota en pystynyt selittämään muilla muuttujilla) ja asumisyksiköissä työskentelevät taas vähemmän kuin muissa hoitopaikoissa työskentelevät keskimäärin. Homoseksuaalisia asiakkaita oli muita enemmän niillä, joilla on sukulais/ystäväpiirissä homoseksuaaleja ja jotka ovat saaneet riittävästi tietoa homoseksuaalisuudesta. *Riittävästi tietoa homoseksuaalisuudesta* oli yksi merkittävän kertoimen saaneista selittäjistä, mutta sitä voisi yhtä hyvin pitää myös seurauksena homoseksuaalisten asiakkaiden hoitamisesta, sillä yksi merkittävistä tiedon lähteistä olivat juuri asiakkaat, mikä osoitetaan myöhemmin.

Asumisyksiköissä homoseksuaalisuuden käsitteleminen näyttäisi olevan selvästi vähäisempää kuin muussa päihdehuollossa. Erään asumisyksikön vastaava työntekijä totesi, kun tiedustelin lupaa tutkimukselleni: *"Nämä meidän asiakkaat ovat jo niin monen tilanteen läpi pudonneita, etteivät nämä asiat ole heille enää ajankohtaisia."* Asian vähäistä esilläoloa voi osaltaan selittää se, että kaikki asiakkaat ovat samaa sukupuolta, jolloin aihepiiriin käsittely muodostuu jännitteisemmäksi. Asumisyksiköiden työntekijöiden tilanteeseen palaan vielä myöhemmin.

Homoseksuaalisten asiakkaiden lukumäärä -muuttuja antoi etumatkaa pitkään päihdehuollossa olleille. Sen sijaan kysymys ***Milloin viimeksi homoseksuaalisuus oli esillä hoidossa?*** asettaa kaikki työntekijät samalle viivalle (varsinkin kun kysely tehtiin ennen talvi- ja kesälomia). *Milloin viimeksi* -muuttujan pienet arvot viittaavat siihen, että homoseksuaalisuutta käsitellään suhteellisen usein ja suuret arvot voidaan tulkita osoitukseksi aiheen alhaisesta frekvenssistä. *Milloin viimeksi* -muuttuja kanssa korreloivat muuttujat *saanut riittävästi tietoa*, *saanut tietoa jatkokoulutuksessa*, *sukulais/ystäväpiirissä homoseksuaaleja*, *tuttavapiirissä homoseksuaaleja*. Kun muuttujista rakennettiin hierarkkista regressioanalyysiä soveltava selitysmalli, niin sen selitysosuus jäi heikoksi: 0.14. *Tiedon riittävyys* -muuttuja sai voimakkaimman kertoimen merkitsevyystasolla 0.02. Muuttujat *tuttavapiiri* ja *saanut tietoa jatkokoulutuksessa* saivat positiivisen kertoimen merkitsevyystasolla .04. *Tuttavapiiri* -

muuttujan vaikutus peitti alleen *sukulaispiiri* -muuttujan vaikutuksen, ts. jo tuttavuus homoseksuaalin kanssa vaikutti siinä määrin aiheen käsittelyn frekvenssiin, että sukulais/ystävähomon olemassaolo ei sitä enää lisännyt.

Multiple R	.37345				
R Square	.13947				
Adjusted R Square	.11957				
Standard Error	1.13023				
Analysis of Variance					
	DF	Sum of Squares	Mean Square		
Regression	4	35.81670	8.95417		
Residual	173	220.99229	1.27741		
F =	7.00962	Signif F = .0000			
----- Variables in the Equation -----					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
V14 (tuttava..)	-.41318	.19971	-.17130	-2.069	.0400
V13 (sukulais..)	-.21020	.21603	-.08272	-.973	.3319
V8B (jatkokoul..)	-.41114	.20340	-.14877	-2.021	.0448
V7 (tied riitt)	-.36828	.15688	-.18040	-2.348	.0200
(Constant)	5.12662	.39738		12.901	.0000
End Block Number	4	All requested variables entered.			

Taulukko: Hierarkkinen regressioanalyysi. Selitettävä muuttuja: milloin viimeksi homo- biseksuaalisuus esillä hoidossa

Homo- ja biseksuaalien tunnistaminen *sukulais- ja ystäväpiirissä* korreloi sen kanssa, että vastaaja tunnisti homoja ja lesboja myös *tuttava/harrastuspiirissä* ($r=.54$) ja *työpaikalla* ($r=.25$). Nämä kaikki korreloivat *tiedon riittävyyden* arvioinnin kanssa. Iäkkäämmillä henkilöillä oli muita harvemmin homoja tai lesboja tuttavapiirissään. Katkaisuhoidoasemilla tunnistettiin kaikkein eniten homoseksuaalisia työntovereita ja asumispalveluissa kaikkein vähiten, erot olivat tilastollisesti merkitseviä tasolla .01. Se, että tunnisti homoja/lesboja työpaikallaan, korreloi vahvasti sen kanssa, että tunnisti heitä myös *tuttava/harrastuspiirissä* ($r=.36$).

Kyselyyn osallistuneiden tiedot homo- ja biseksuaalisuudesta

Kyselylomakkeessa kartoitettiin, onko vastaajien ammatilliseen perus- tai jatkokoulutukseen sisältynyt tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta ja mistä vastaaja arvelee saaneensa parhaiten tietoa aiheesta sekä miten hän arvioi saamansa tiedon riittävyyttä. Tiedon sisältöä pyrittiin kartoittamaan muutamalla pistokokeella; vastaajia pyydettiin arvioimaan homo- ja biseksuaalien prosentuaalinen osuus väestöstä ja vastaamaan kuuteen tietoa sisältävään väitteeseen vaihtoehdoin *kyllä / en tiedä / ei*.

Tiedon saantia **ammatillisessa koulutuksessa** kartoitettiin kysymyksellä *Olen saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta: 1) peruskoulutuksessa (ennen ammattiin valmistumista), 2) jatko- tai täydennyskoulutuksessa (ammattiin valmistumisen jälkeen), 3) itse perehtymällä*.

Osa vastaajista valitsi useamman kuin yhden vaihtoehdoista, jolloin valintoja tuli yhteensä 241.

Merkittävä tulos oli se, että 55 % vastaajista ei ollut saanut omassa koulutuksessaan tietoa homo/biseksuaalisuudesta, ei peruskoulutuksessa eikä jatkokoulutuksessa. Peruskoulutuksessa tietoa oli saanut 25 %, jatko/täydennyskoulutuksessa 27 %, ja näihin lukuihin sisältyvät ne 7 %, jotka olivat saaneet tietoa molemmissa. Itse perehtymällä tietoa oli hankkinut 76 % vastaajista. Seitsemän vastaajaa (3,7 %) ei ollut valinnut yhtään mainituista vaihtoehdoista. Peruskoulutuksessaan tietoa olivat useimmin saaneet diakonit (60 %), sosiaalikasvattajat (50 %, huom: sosiaalikasvattajien kokonaismäärä otoksessa oli hyvin pieni), erikoissairaanhoitajat (40 %) ja lääkärit (33 %). Hoitoalan peruskoulutuksen saaneista vähiten tietoa olivat saaneet perus- ja kuntohoitajat (0 %), mielisairaan- ja

mielenterveyshoitajat (14 %), sosiaalihoitajat ja sosionomit (16 %) sekä sairaanhoitajat (19 %). Tiedon saaminen ammatillisessa koulutuksessa korreloi vahvasti iän ja työvuosien kanssa. Nuoremmat työntekijät olivat saaneet useammin tietoa ammatillisessa peruskoulutuksessa ja vanhemmat, etenkin pidempään päihdetyössä olleet taas ammatillisessa jatkokoulutuksessa.

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan **mistä he olivat saaneet parhaiten tietoa** tästä aihepiiristä. Tähän avoimeen kysymykseen vastasi 86 % (161) kyselyyn vastanneista. Olen luokitellut 255 mainintaa oheisen taulukon mukaisesti. Kirjallisuus, asiakkaat, lehdet ja TV erottuivat selväksi kärkejoukoksi mainintojen joukossa. Erilaisten koulutusten osuus tässä listauksessa jää vaatimattomaksi, yhteensä 34 mainintaa, joka on 13 % kaikista maininnoista, ja jos ne siroteltaisiin kaikille kysymykseen vastanneille, osuisi maininta vain yhdelle viidestä. Miehet korostivat naisia enemmän kirjallisuuden ja tiedotusvälineiden sekä ystäväpiirissä tapahtuneiden keskustelujen merkitystä. Naiset korostivat miehiä enemmän asiakkailta saatua oppia ja seksuaalisuuteen liittyvän erityiskoulutuksen merkitystä.

Kysymys 9: Parhaiten tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta olen saanut			
Lähde [hakasuluissa välisummat]	Mainin- nat	Maininnoista % Kaikki	Maininnoista % Miehet
Kirjallisuus	49	19,2	23,6
Lehdet, julkaisut, tiedotteet, lukeminen	45	17,6	18,2
TV	21	8,2	9,1
Radio	5	2,0	3,6
Tiedotusvälineet	11	4,3	7,3
[JULKINEN INFORMAATIO]	131	51,4	61,8
Asiakkaat	26	10,2	5,5
Työnohjaus	3	1,2	-
Entinen työpaikka	2	0,8	-
Työtoverit	6	2,4	3,6
Työpaikkakoulutus	2	0,8	-
[TYÖHÖN LIITTYEN]	39	15,3	9,1
Homo/biseksuaalisilta ihmisiltä	10	3,9	5,5
Ystävät, keskustelut	13	5,1	18,2
[SOSIAALISET SUHTEET]	23	9,0	12,7
SETA	11	4,3	1,8
SEXPO	3	1,2	-
AIDS-tukikeskus	1	0,4	-
Järjestöt	1	0,4	-
[ALAN JÄRJESTÖT]	16	6,3	1,8
Seksuaaliterapiakoulutus,	7	2,8	1,8
SEXPO:n kurssit, + muut kurssit	5	2,0	-
Luennot	2	0,8	-

[ERITYISKOULUTUS]	14	5,5	1,8
Erikoissairaanhoit.-koulutus	5	2,0	-
Sairaanhoitajakoulutus	2	0,8	-
Psykologikoulutus	1	0,4	1,8
Opiskeluaika, koulutus, koulu	4	1,6	1,8
[AMMATILLINEN PERUSKOULUTUS]	12	4,7	3,6
Jatko-, erikois- ja täydennyskoulutus	5	2,0	3,6
Perheterapia, työnojaaja- ja psykoterapeuttikoulutus	3	1,2	-
[AMMATILLINEN JATKOKOULUTUS]	8	3,1	3,6
Itse perehtymällä, käytäntö, elämäkokemus	12	4,7	7,3
[OMA ELÄMÄNKOKEMUS]	12	4,7	7,3
YHTEENSÄ	255	100,0	100,0

Taulukko: Vastaukset kysymykseen *Parhaiten tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta olen saanut:*

Kun vastaajilta kysyttiin **arviota saamansa tiedon riittävydestä**, riittävänä tietojaan piti runsas kolmannes (36 %) vastaajista, vähäisinä yli puolet (57 %) ja 6 % vastasi, että ei ollut saanut lainkaan tietoa. *Tiedon riittävyys* kanssa voimakkaimmin korreloi muuttuja *sukulais/ystäväpiirissä on homoseksuaaleja* ($r: .31$). Niistä, jotka tiesivät, että sukulais/ystäväpiiriin on kuulunut homoseksuaalisia miehiä tai naisia, 54 % arveli tietonsa riittäviksi. *Tiedon riittävyys* -muuttujan suhde sen tietämiseen, että sukulais/ystäväpiirissä on homoseksuaaleja, lienee kaksisuuntainen; arkipäiväinen läheinen kontakti homoseksuaalien kanssa lisää tietoa näissä asioissa, ja lisääntynyt tiedon määrä lisää todennäköisyyttä havaita homoseksuaalisuutta ympärillään. Toiseksi merkittävin korrelaatio oli muuttujan *saanut tietoa ammatillisessa jatkokoulutuksessa* kanssa ($r: .27$). Niistä, jotka olivat saaneet ammatillista jatkokoulutusta 54 % piti tietojaan riittävinä. Myös tiedon saanti peruskoulutuksessa korreloi ($R: .19$) *tiedon riittävyys* -muuttujan kanssa. Miehet arvioivat useammin kuin naiset tietonsa riittäviksi ($R: .19$), vaikka sukupuolten välillä ei tiedon määrässä näkynyt merkitseviä eroja. Kun naisista 38 % piti tietojaan riittävinä, niin miehistä vastaava osuus oli 50 %. Tarkistin löytyisikö tätä eroa selittäviä muuttujia, olisiko miehillä naisia useammin homoseksuaalisia sukulaisia/ystäviä/tuttavia/työtovereita tai selittyisikö ero koulutustaustoilla. Merkitseviä eroja ei löytänyt. Olisiko niin, että ero kertoisi naisten suuremmasta vaatimustasosta tiedon riittävyydelle.

Tarkistin myös sen, miten erilaisen koulutuksen saaneet arvioivat tietojensa riittävyyttä. Sosiaalikasvattajista ja psykologeista yli puolet pitivät tietojaan riittävinä. Suuremmista koulutusryhmistä eniten *saanut riittävästi tietoa* -vastauksia tuli ryhmältä sosiaalihuoltajat/sosionomit, josta muuten vain 16 % oli peruskoulutuksessaan saanut tietoa homo/biseksuaalisuudesta.

KOULUTUSTAUSTA	Kpl	Tietoa perus- koulutuk- sessa %	Tietoa jatko- koulutuk- sessa %	Saanut tietoa ho- mo/biseksuaalisuudesta		
				Ei lainkaan	Vähän	Riittävästi
1. sairaanhoitaja/diakonissa	21	19	33	9,5	61,9	28,6
2. erikoissairaanhoitaja	43	40	37	0	58,1	41,9
3. sosiaaliohjaaja/-kasvattaja	2	50	0	0	0	100,0
4. sosiaalihuoltaja/sosionomi	18	16	53	0	44,4	55,6
5. diakoni	10	60	10	0	60,0	40,0
6. sosiaalialan akat. loppututkinto	26	27	35	0	73,1	26,9
7. psykologi	4	25	25	0	25,0	75,0
8. lääkäri	9	33	11	22,2	66,7	11,1
9. muu/tuntematon	9	11	11	33,3	33,3	33,3
10. ohjaaja	17	18	12	11,8	52,9	35,3
11. päihdeterapeutti	2	0	50	0	50,0	50,0
12. perus-/kuntohoitaja	9	0	0	22,2	55,6	22,2
13. mielisai- raan/mielenterveyshoitaja	7	14	14	0	57,1	42,9
14. pitkän linjan työntekijä	4	0	25	0	50,0	50,0
15. laitosemäntä/kotiavustaja	4	0	0	0	100,0	0

Taulukko Miten eri koulutuksen saaneet ovat saaneet tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta.

Vastaajien **arviot homo- ja biseksuaalien prosentuaalisesta osuudesta** väestössä jakaantuivat hyvinkin laajalle skaalalle. Kysymykseen *Kuinka paljon arvelet väestössä olevan yksinomaan samaan sukupuoleen suuntautuneita (%)*? 9 % vastaajista (17) jätti kokonaan vastaamatta. Alle prosentin arvioita antoi 8 % vastaajista ja 5 % oli antanut yli 50 %:n meneviä lukuja. Heidän arvelen tarkoittaneen niitä, jotka ovat yksinmaan joko homoseksuaalisia tai heteroseksuaalisia. Kun yli 50 % arviot oli poistettu, homoseksuaalien prosentuaalisen osuuden keskiarvoksi tuli **5,9 %**. Kysymykseen *Kuinka paljon arvelet väestössä olevan niitä, jotka suuntautuvat seksuaalisesti sekä samaan että eri sukupuoleen (%)*? alle prosentin arvioita tuli 6 %:lta vastaajista ja yli 50 %:n arvioita tuli 2 %:lta vastaajista, ja biseksuaalien prosentuaalisen osuuden keskiarvoksi tuli **11,4 %**.

Korrelaatiotaulukon perusteella näyttäisi siltä, että ne, jotka ovat tunnistanee läheisessä ystävä/sukualaispiirissään tai tuttava/harrastuspiirissään homoja tai lesboja, antoivat keskimäärin suurempia lukuja kuin muut, ja suurempia arvioita antaneet olivat muita useammin sitä mieltä, että jokaisessa ihmisessä on sekä hetero- että homoseksuaalisia piirteitä. Näiden muuttujien kanssa korrelaatiot olivat erittäin merkitseviä (r : .31 – .46).

Vastaajien **tietoja homo- ja biseksuaalisuudesta** mitattiin kuuden kysymyksen sarjalla. Käytin samoja kysymyksiä, joita Valtanen oli käyttänyt omassa tutkimuksessaan, jotta saataisiin vertailukohta mielenterveystoimistojen työntekijöiden vastauksiin. Vastausten jakaumat olivat samansuuntaisia kummassakin otoksessa. Suurin määrä virheellisiä vastauksia tuli kysymykseen 19; 64 % vastaajista oletti, että homoseksuaalisuuden perusteella tapahtuva syrjintä on Suomessa kiellettyä. Luovuin

analyysivaiheessa homoseksuaalien päihteiden käyttöä koskettavasta kysymyksestä (kysymys 21), koska asiasta ei ole saatavilla luotettavaa tutkittua tietoa. Kun tietomuuttujista, muuttuja 21 poislukien, rakennettiin viiden muuttujan summamuuttuja, sen alfa-arvo jäi hyvin alhaiseksi 0.17, mikä kertoo sen, että tieto ei muodosta yhtenäistä pakettia. Tämän mittarin perusteella hyvät tietopisteet (4–5 oikeaa vastausta) sai 31 % (58) vastaajista, keskinertaisille pisteille (3 oikein) pääsi 42 % (78) ja huonosti selvinneitä (0–2 pistettä) vastaajista oli 25 % (51). Vertailusta mielenterveystyöntekijöiden kanssa jouduin luopumaan luopuessani alkoholin käyttöä käsittelevästä kysymyksestä. Summamuuttujan pisteet saivat erittäin merkitseviä korrelaatiota asennemuuttujista rakennettujen summamuuttujien kanssa. Merkittävää on, että näissä tietokysymyksissä pärjääminen ei korreloinut taustamuuttujien kuten *tiedon riittävyys*, *koulutus* tai *kontaktipintojen* kanssa. Kysymykset olivat todennäköisesti liian "helppoja" tai liiaksi tulkinnanvaraisia, jotta erilaiset tietopohjat olisi niiden perusteella saatu näkyviin.

Tietokysymykset	Kyllä	En tiedä	Ei	Oikein
18. Homoseksuaaliset teot ovat Suomessa lailla kiellettyjä	14	11	161	86 %
19. Seksuaalisen suuntautumisen nojalla tapahtuva syrjintä on Suomessa lailla kielletty.	121	25	40	21 %
20. Suurin osa homoseksuaalisista ihmisistä on tiedostanut seksuaalisen suuntautumisensa ennen 16 ikävuotta.	70	54	59	37 %
21. Homoseksuaaliset ihmiset Suomessa käyttävät paljon enemmän alkoholia kuin väestö keskimäärin.	30	64	93	?
22. Homoseksuaalisuuteen liittyy normaali psyykkinen suorituskyky.	147	22	16	79 %
23. Useimmilla homoseksuaaleilla on ollut seksuaalisia kokemuksia vastakkaisen sukupuolen kanssa.	132	42	13	71 %

Taulukko Vastaukset tietokysymyksiin. Oikea vaihtoehto on lihavoitu.

7.3. Kyselyyn osallistuneiden asenteet homo- ja biseksuaalisuuteen

7.3.1. Yksittäisiin asenneväittämiin annettujen vastausten tarkastelua

Asenneväittämiä kyselylomakkeessa oli kaikkiaan 81. Niiden joukossa olivat Valtasen (1990) tutkimuksessa mukana olleet mittarit: *homofobia* (7 väittämää), *stereotyyppinen ajattelu* (8 väittämää) ja *perinteiset sukupuoliroolit* (5 väittämää). Joukossa oli myös kysymyssarja, jolla mitattiin vastaajien mielipiteitä *homoseksuaalisten ihmisten soveltuvuudesta eri rooleihin ja ammatteihin* (8 väittämää). Olin ottanut mukaan uusina muuttujina joitakin väittämiä, jotka käsitelivät *homoseksuaalisten asiakkaiden ja homoseksuaalisten työntekijöiden asemaa päihdehuollon yhteisöissä ja yhteiskunnassa*. (Kyselylomake, ks. liite .)

Yleensä ottaen asenneväittämiin vastattiin hyvin ja asiallisesti. Tyhjiä vastauksia tuli 28 väittämän kohdalla, ja niissäkin niitä tuli yleensä yksi, korkeintaan kaksi, lukuunottamatta väittämää 55.

Lomakkeessa pyydettiin kommentoimaan väittämiä. Eniten kommentteja herätti väittämä 55 *Ihmistä, joita hänen homoseksuaaliset tuntemuksensa häiritsevät, tulisi auttaa pääsemään niistä eroon*. Se sai osakseen kommentteja 19 vastaajalta, joista seitsemän sisältö oli: *kummasta eroon, homoseksuaali-*

sista tunteista vai siitä, että ne häiritsevät? Koska kysymykseen tuli myös 4 tyhjää vastausta, päättelin, että se oli herättänyt siinä määrin tulkintavaikeuksia, että oli parasta sulkea se pois tulosten jatkotarkastelusta. Asennevääntämien herättämiä kommentteja tarkastelen yksityiskohtaisemmin luvussa .

Osa asennevääntämistä on sellaisenaan siinä määrin kiinnostavia, että on syytä tarkastella niihin annettujen vastausten jakaumia. Koko aineistolle on tehty korrelaatiomatriisi, josta poimin alustavasti esille joitakin merkitseviä korrelaatiota taustamuuttujien kanssa. (Sulkujen sisällä havaintoni vastausten korrelaatiota taustamuuttujien kanssa.) [Hakasulkuihin olen merkinnyt ko. väittämän numeron kysymyslomakkeessa.]

- 17 % vastaajista puolsi homoseksuaalisuutta rajoittavia lakeja, ja niitä vastusti 74 %. [24]
- 15 % antaisi joskus mahdollisuuden evätä työpaikan homoseksuaalisuuden perusteella. [25]
- 74 % puolsi varauksitta homoseksuaalien täydellistä tasa-arvoa, 9 % vastusti. [28]
(Ne, joilla oli sukulais/ystäväpiirissä homoja/lesboja, tukivat useammin tasavertaisuutta.)
- 40 % puolsi varauksitta homoparien parisuhteen rekisteröintimahdollisuutta, ja kun mukaan otetaan ne, jotka olivat osittain samaa mieltä kasvaa osuus 56 %:iin. [29]
- 50 % oli täysin sitä mieltä, että useimmissa on sekä homo- että heteroseksuaalisia piirteitä, ja kun mukaan otetaan osittain samaa mieltä olevat, kasvaa osuus 79 %:iin. [30]
(Pidemmän ammatillisen koulutuksen saaneet vastasivat tähän useammin myönteisesti.)
- 33 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaaliseen käyttäytymiseen johtaneet syyt yksilöllä on mahdollista selvittää, toista mieltä oli 43 %. [32]
(Eri mieltä olivat keskimääräistä useammin pidemmän koulutuksen saaneet.)
- 30 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että terapiassa on tärkeää selvittää homoseksuaalisuuteen johtaneet syyt, toista mieltä oli 52 %. [49]
(Eri mieltä olivat keskimääräistä useammin pidemmän koulutuksen saaneet, ammatillisessa koulutuksessa tietoa saaneet ja ne joilla oli sukulais/tuttavapiirissä tai tuttavapiirissä homo- ja/lesboja.)
- 29 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että osaa tavatessaan tunnistaa homoseksuaalisen miehen tai naisen, ja eri mieltä oli 55 %. [41]
(Eri mieltä olevia löytyi keskimääräistä useammin pidemmän koulutuksen käyneistä ja jatkokoulutuksessa homo/biseksuaalisuudesta tietoa saaneista.)
- 23 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että useat homoseksuaalit kokevat syntyneensä väärään kehoon. [47]
(Heidän joukossa oli keskimääräistä enemmän vain vähän koulutusta saaneita.)
- 34 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaalisilla ihmisillä on vaikeuksia pysyvien ihmissuhteiden luomisessa, ja vastakkaisella kannalla oli 48 %. [43]
- 38 % oli sitä mieltä, että on arveluttavaa muuttaa seksuaalista suuntautuneisuutta terapialla, ja kun mukaan otetaan osittain samaa mieltä olleet, nousee osuus 65 %:iin, 21 % ei pitänyt suuntautumisen muuttamista kovinkaan arveluttavana. [48]
(Pidempi ammatillinen koulutus lisäsi kriittisyyttä muuttamishalujen suhteen.)
- 26 % vastaajista oli ainakin osittain sitä mieltä, että työyhteisön kannalta on parempi, että homoseksuaaliset työntekijät vaikenivat suuntautumisestaan työpaikallaan, vastakkaista mieltä oli 53 %. [52]
- 19 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaalisen asiakkaan on parempi vaieta suuntautumisestaan ryhmätilanteissa, toista mieltä oli 61 %. [54]
- 43 % oli ainakin osittain samaa mieltä, että hoitosuhteen aikana tulee kartoittaa asiakkaan seksuaalinen suuntautuminen tai rohkaista häntä ilmiäsemaan sitä, vastakkaista mielipidettä edusti 40–45 % vastaajista. [53,61]
- 79 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että homo- tai biseksuaalisen ihmisen omaa suuntautumiseen liittyvää identiteettiä tulee tukea hoitosuhteessa, kielteisesti oman identiteetin tukemiseen suhtautui 10 % vastaajista. [58]
- 63 %:n mielestä terapiassa tulee kannustaa avoimuuteen, eri mieltä oli 17 %. [56]
- 10 % tuntisi itsensä epäonnistuneeksi jos hänen lapsensa osoittautuisi homoseksuaaliseksi, ja kun otetaan mukaan osittain samaa mieltä olevat, nousee osuus 33 %:iin. Eri mieltä oli 41 %. [65]
- 18 % oli ainakin osittain sitä mieltä, että sukupuolten välinen epätasa-arvo on luonnollinen asia ja 22 % puolsi perinteisiä sukupuolirooleja. [72,73]
(Sosiaalialalla koulutuksensa saaneet suhtautuivat useammin kriittisesti perinteisiin sukupuoli-rooleihin.)

Kolme neljästä vastaajasta siis puolsi homo- ja biseksuaalien täydellistä tasa-arvoa, mutta vain kaksi

neljästä puolsi mahdollisuutta rekisteröidä homoseksuaaliset parisuhteet. Stereotyyppisiä vastauksia valitsi keskimäärin yksi viidestä vastaajasta. Hyvin moni (50–79 %) oletti, että biseksuaalisuus koskettaa jossain määrin useimpia ihmisiä. Vastaajat jakautuivat suunnilleen kahtia siinä, tulisiko asiakasta rohkaista ilmaisemaan seksuaalista suuntautumisensa hoidon aikana. Noin kolmasosa vastaajista oli ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaalisuuteen johtaneet syyt voidaan selvittää ja että näiden syiden selvittäminen on tärkeää hoitosuhteissa. Yksi viidesosa oli lisäksi sitä mieltä, että seksuaalisen suuntautumisen muuttaminen ei ole kovinkaan arveluttavaa. Toisaalta tiedetään, että monilla hoitoon hakeutumista on hidastanut tai estänyt pelko siitä, että hoidossa kiinnitetään huomio homoseksuaalisuuteen eikä niihin ongelmiin, joihin asiakas etsii ratkaisuja. Kyselyn vastausten perusteella voisi päätellä, että merkittävässä osassa homoseksuaalisten asiakkaiden hoitosuhteista asiakkaan ja työntekijän lähtökohdat ovat juuri homoseksuaalisuuteen liittyen niin erisuuntaisia, että se vaikeuttaa hoitosuhteen luottamuksen syntymistä ja pahimmillaan johtaa asiakkaan ongelmien vaikeutumiseen niiden ratkaisemisen sijasta. Kun tarkastelin väittämiin 32 ja 49 annettujen vastausten korrelaatiota muihin muuttujiin, kävi ilmi, että peruskoulutuksen taso korreloi erittäin merkittävästi niin, että lyhyemmän peruskoulutuksen saaneet olivat enemmän kiinnostuneita homoseksuaalisuuden syiden selvittelystä kuin pidemmän koulutuksen saaneet. Yksilöhoitosuhteista päihdehuollossa vastaavat työntekijät ovat yleensä pidemmän koulutuksen saaneita (sosiaalityöntekijät, erikoissairaanhoidajat, psykologit, lääkärit), joten yksilöhoidoissa em. ristiriidan todennäköisyys pienenee. Akateemisen koulutuksen saaneista noin neljäsosa piti syiden selvittelyä mahdollisena, mutta näin ajattelevista noin puolet ei pitänyt selvittelyä tärkeänä.

Hoitoalan amatillinen peruskoulutus	On täysin samaa mieltä siitä, että pyrkimys seks. suuntautumisen. muuttamiseen on eettisesti väärin	On osittain tai täysin eri mieltä siitä, että pyrkimys seks. suun- tautumisen. muuttamiseen on eettisesti väärin	On ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaalisuu- den syyt voidaan selvittää	On ainakin osittain sitä mieltä, että homoseksuaali- suuden syiden selvittely on hoidossa tärkeää.
Kurssimuotoinen	34 %	28 %	44 %	52 %
Ammatillinen koulu	31 %	25 %	70 %	43 %
Ammatillinen opisto	34 %	21 %	28 %	27 %
Korkeakoulu	56 %	13 %	23 %	13 %

Taulukko Koulutustaustan vaikutus suhtautumiseen homoseksuaalisuuden syiden selvittelyyn ja seksuaalisen suuntautumisen muuttamiseen.

Arkipäivän mahdollisuuksia saada tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta päihdehuollon hoitoyhteisöissä rajoittaa se, että homo- ja biseksuaalisten avoimuuteen työpaikallaan varauksinkin myönteisesti suhtautuvia oli vain 53 % vastaajista ja ainakin osittain kielteisesti suhtautuvia 26 %, kun kriteerinä pidettiin työyhteisön etua. Tälle muuttujalle ei löytynyt merkitseviä korrelaatiota taustamuuttujista.

Vastaajat arvioivat homojen ja lesbojen sopivuutta adoptiovanhemmaksi, psykoterapeutiksi, lastenpsykiatriksi, ministeriksi, opettajaksi, lastentarhanopettajaksi, poliisiksi tai papiksi [väittämät 33–40]. Vastausten perusteella homojen ja lesbojen suhde lapsiin herätti eniten varauksia. 36 % vastaajista suhtautui kielteisesti homojen ja lesbojen adoptiovanhemmuuteen ja 35 % varauksettoman myönteisesti. Lastenpsykiatrin tai lastentarhanopettajan tehtäviin ainakin jossakin määrin sopimattomina homoja ja lesboja piti 20 % vastaajista, täysin sopivina näihin tehtäviin heitä piti 59 % ja 66 %. Ministerin tehtävä koettiin selvästi neutraalimpana roolina; 8 % vastaajista ei nähnyt homoa tai lesboa sopivaksi ko. tehtävään ja 81 %:lla ei ollut lainkaan varauksia.

7.3.2. Asenteisiin liittyvät summamuuttujat

Valtasen käyttämässä kyselylomakkeessa, jolle käyttämäni lomake pitkälle rakentuu, oli asenneväärittämien joukossa kolme mittaria: *homofobisuus*, *stereotyyppinen ajattelu* ja *perinteinen sukupuolirolliajattelu*. Tarkistaakseni mittareiden toimivuutta ja tutkiakseni sitä, löytyisikö asenneväärittämien "taustalle" muita ulottuvuuksia, päätin tehdä asennemuuttujajoukolle faktorianalyysin.

Tein faktorianalyysin varimax-rotaatiolla, jolloin tuloksena on toisistaan riippumattomien ulottuvuuksien joukko. Analyysissa saatiin järkevältä näyttäviä 6–8 faktorin ratkaisuja, joissa selitysosuus kokonaisvaihtelusta oli yli 50 % ja ensimmäiselle faktorille latautui 25 %:n selitysosuus. Kaikissa ratkaisuissa ensimmäiselle faktorille latautuivat voimakkaana tasavertaisuuteen liittyvät väittämät. Muilta faktoreilta löytyivät sitten mm. homofobisuus, stereotyyppinen ajattelu ja asenteet seksuaalisuuden huomioon ottamiseen hoidossa. Faktorianalyysin käyttö jatkossa ei ollut riittävän perusteltua (lukuunottamatta summamuuttujien yhteisvaihtelun tarkastelua), mutta tämä kartoittava analyysi antoi viitteitä väittämäjoukossa olevien summamuuttujien tyydyttävästä toimivuudesta ja hyödyllisiä vihjeitä mielekkäiden summamuuttujien muodostamiseksi.

Tasavertaisuus-asenteet

Faktorianalyysin tulosten rohkaisemana laadin summamuuttujan väittämistä, jotka sivusivat tasavertaisuus-teemaa ja jotka latautuvat voimakkaana faktorianalyysien ensimmäisellä faktorilla. Summamuuttujaan valitsin mukaan seuraavat 9 muuttujaa:

24. *Homoseksuaalista käyttäytymistä rajoittavia lakeja tarvitaan.*
25. *Homoseksuaalisuus ei koskaan saa olla syynä työpaikan eväämiseen.*
26. *Kouluopetuksessa homoseksuaalisuutta tulee käsitellä yhtenä normaalin seksuaalisuuden muotona.*
27. *Tiedottamista homoseksuaalisuudesta ei tule lisätä.*
28. *Homoseksuaalisten ihmisten tulee olla täysin tasa-arvoisia heteroseksuaalisten ihmisten kanssa.*
29. *Homoseksuaalisilla pareilla tulee olla oikeus virallistaa suhteensa, esimerkiksi menemällä naimisiin.*
33. *Homoseksuaalinen ihminen voi mielestäni hyvin toimia adoptiovanhempana*
34. *Homoseksuaalinen ihminen voi mielestäni hyvin toimia psykoterapeuttina*
36. *Homoseksuaalinen ihminen voi mielestäni hyvin toimia ministerinä*

Histogrammi. Tasavertaisuuspisteiden jakauma
Histogrammi. Väittämät 33–40: Homoseksuaalinen ihminen voi mielestäni hyvin toimia seuraavissa rooleissa.

Ammatteihin sopivuutta käsittelevistä väittämistä otin mukaan kolme, kaksi niiden ääripäistä (33, 36) ja yhden hoitotyötä sivuavan (34). Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin Alfa-arvolla. Tasavertaisuus-mittarin Alfa-arvoksi tuli 0.857, mitä voi pitää erittäin hyvänä, joten siihen valitut väittämät todennäköisesti mittaavat jotakin yhteistä vaihtelua. Muuttujan teoreettinen vaihteluväli oli 9 - 45 ja todellinen vaihteluväli oli 10 - 45. Vastausten koodaukset oli käännetty siten, että suuret arvot merkitsivät myönteistä suhtautumista tasa-arvopyrkimyksiin ja pienet arvot kielteistä suhtautumista. Summamuuttujan jakauma oli erittäin vino painottuen vahvasti suuriin arvoihin. Kysymyksiin vastanneista 12,5 % (23) antoi kaikissa yhdeksässä kysymyksessä maksimipisteet tasavertaisuutta tukien. He olivat täysin samaa mieltä tasavertaisuutta tukevien väittämien kanssa ja täysin eri mieltä tasavertaisuutta kyseenalaistavien väittämien kanssa ja saivat summamuuttujan arvon 45. Mediaani sijoittuu 38 pisteen kohdalle, jossa keskimääräinen pistemäärä kysymystä kohden on 4.2, ts yli puolet vastaajista antoi kysymystä kohden vähintään 4 pistettä. Enemmistö vastaajista tuki tasavertaisuuspyrkimyksiä melko vahvasti. Selvästi torjuen tasavertaisuuspyrkimyksiin suhtautui 4,3 % (8) vastaajista; he saivat keskimäärin kaksi pistettä tai vähemmän ja saivat summamuuttujan arvoksi ≤ 18 .

Tasavertaisuus-mittarin kanssa korreloivat voimakkaimmin seuraavat muuttujat:

- 15 *työyhteisössä homoseksuaaleja*, (r: .276)
- 5as *työssä asumisyksikössä*, (r: -.272)
- 13 *sukulaispiirissä/ystäväpiirissä homoseksuaaleja*, (r: .252)
- 12 *aikaa kun viimeksi homoseksuaalisuus esillä hoidossa*, (r: -.227)
- 14 *tuttavapiirissä homoseksuaaleja* (r: .2.09) ja
- 3c *ammattillisen peruskoulutuksen taso* (r: .198).

Asumisyksikössä työskentely kerreloi vahvasti koulutustason kanssa. Asumisyksiköissä työskentelevien joukossa oli keskimääräistä vähemmän opistotason koulutuksen saaneita eikä yhtään korkeakoulutason koulutuksen saanutta. Myös muuttujilla 15, 13, 12, ja 14 oli melko vahva keskinäinen korrelaatio.

Käytin analyysissä hierarkkista regressioanalyysia, jotta saisin selville missä määrin taustamuuttujilla on itsenäistä heijastusta selitettävän muuttujan arvoissa.

Hierarkkisessa regressioanalyysissä selittävät muuttujat lisätään yksitellen ja tarkastellaan niiden vaikutusta selitettävän muuttujan arvoihin, kun edellisten vaikutus on jo otettu huomioon, joten malli suosii niitä muuttujia, jotka otetaan ensimmäisinä mukaan. Otoksen koko (tällä muuttujalla 184) antaisi mahdollisuuden yhdeksään selittävään muuttujaan, mutta *tasavertaisuus*-mittarin vino jakauma rajaa selittävien muuttujien määrän pienemmäksi (Tabachnick - Fidell, 128–9). Näin päädyin ottamaan mukaan viisi muuttujaa, jotka otettiin mukaan seuraavassa järjestyksessä: 3c, 3as, 13, 15, 12. Viiden selittävän muuttujan mallissa kävi ilmi, että kun muuttujat 13 ja 15 oli otettu mukaan, niin muuttujalle 12 ei jäänyt enää merkitsevästi itsenäistä korrelaatiota *tasavertaisuus*-pisteiden kanssa, joten se pudotettiin pois seuraavalla kierroksella.

Neljän selittävän muuttujan malli, jossa selittävät muuttujat otettiin mukaan järjestyksessä 3c, 3as, 13, ja 15 antoi *tasavertaisuus*-pisteiden selitysosuudeksi 17,8 %. Malli tulos oli, että merkitsevin vahvistava vaikutus *tasavertaisuus*-asenteisiin on sillä, että henkilö tietää, että hänellä on sukulais/ystäväpiirissään homoseksuaalisia miehiä ja naisia. Suunnilleen yhtä merkitsevä vaikutus on sillä, jos hän tietää, että työyhteisössä homoseksuaalisia miehiä/naisia (sig T: .0078 ja 0.0080). Myös ammatillisen koulutuksen tasolla oli vaikutusta *tasavertaisuus*-asenteisiin (merkitystasolla .0252), ja kun se oli otettu huomioon, niin sille, että työpaikkana oli/ei ollut asumisyksikkö, jäi vaikutusta merkitsevyystasolla .0645. Ohessa taulukko, joka osoittaa regressioanalyysin tuloksen, kun kaikki neljä selittävää muuttujaa on otettu huomioon. (Regressioanalyysin residuaalianalyysi osoitti, että jäännöspoikkeamien jakauma muistutti suhteellisen hyvin normaalijakaumaa.)

Variable(s) Entered on Step Number

4.. V15

Multiple R .42196

R Square .17805

Adjusted R Square .15871

Standard Error 7.04633

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	4	1828.36568	457.09142
Residual	170	8440.62860	49.65076
F =	9.20613	Signif F = .0000	

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
V3C	1.32461	.58640	.17238	2.259	.0252
V5AS	-2.04532	1.09931	-.14486	-1.861	.0645
V13	3.19402	1.18557	.19627	2.694	.0078
V15	3.10194	1.15571	.20004	2.684	.0080
(Constant)	24.47445	2.90289		8.431	.0000

End Block Number 4 All requested variables entered.

Taulukko: Hierarkkinen regressioanalyysi tasavertaisuusasenteille

Tutkin ristiintaulukoinnilla koulutuksen tason ja asumispalveluyksikössä toimimisen keskinäistä vaikututusta *tasavertaisuuspisteisiin*.

Ammatillisen koulutuksen taso:	Työpaikan luonne		
	Asumisyksikkö	Osa ajasta asumisyksikössä	Muu kuin asumisyk- sikkö
1: kurssimuotoinen	25,8 (11)	35 (1)	36,23 (24)
2: ammatillinen koulu	35,0 (1)	31 (1)	38,71 (14)
3: ammatillinen opisto	34,5 (2)	39 (1)	36,58 (92)
4: korkeakoulu	-	37,5 (2)	38,57 (37)

Taulukko Tasavertaisuuspisteiden keskiarvot sen mukaan miten pitkä koulutus vastaajalla on ja työskenteleekö hän asumisyksikössä (suluissa vastaajien lukumäärä).

Tasavertaisuuspisteiden tarkastelu koulutuksen ja työpaikan luonteen ristivalossa tuo esille sen, että asumisyksiköiden vähän koulutusta saanut henkilökunta erottuu selvästi muista ryhmistä. Näyttäisi siltä, että asumisyksiköissä asenneilmapiiri poikkeaa selvästi muista yksiköistä, sillä vähemmän koulutusta saaneiden tasavertaisuusasenteet eivät muissa yksiköissä yhtä olennaisesti poikkea muun henkilökunnan asenteista.

"Homofobia"

Kyselylomakkeessa oli mukana *homofobia*-mittari, joka oli laadittu Hudsonin ja Rickertsin (1980) laatiman ja validiksi osoittaman mittarin *Index of Homophobia IHP* (ks. liite) perusteella. Homofobia-käsitettä ja -mittareita olen esitellyt kriittiseen sävyyn luvussa . Mielestäni oli kuitenkin perusteltua pyrkiä jollain tavoin mittaamaan, liitetäänkö homoseksuaalisuuteen vahvasti kielteisiä tunnereaktiota.

IHP on lyhennetty tässä kahdeksan kysymyksen sarjaksi, jota Valtanen käytti tutkimuksessaan.

62. *Jos kanssani samaa sukupuolta oleva henkilö lähentelisi minua, suuttuisin.*

63. *Tuntisin oloni luontevaksi, vaikka joku samaa sukupuolta oleva henkilö ihastuisi minuun.*

64. *Minua hermostuttaisi olla samassa joukossa homoseksuaalisten ihmisten kanssa.*

65. *Tuntisin epäonnistuneeni vanhempana, jos lapseni osoittautuisi homoseksuaaliksi.*

66. *Minua ei vaivaisi, jos tyttärenti luokanopettaja osoittautuisi homoseksuaaliksi.*

67. *Minusta olisi vastenmielistä nähdä kahden miehen pitävän toisiaan kädestä julkisesti.*

68. *Minua ei häiritsisi, jos paras, kanssani samaa sukupuolta oleva ystäväni kertoisi olevansa homoseksuaali.*

69. *Tuntisin oloni luontevaksi, jos joutuisin työskentelemään homoseksuaalisen naisen kanssa.*

Aineiston alustavan tarkastelun yhteydessä tehdyn faktorianalyysin ratkaisussa homofobiamittarin kolme ensimmäistä kysymystä sijoittuivat eri faktorille kuin loput viisi. Se antoi viitteitä, että asennoituminen toisaalta henkilökohtaisesti itseen liittyviin homoseksuaalisesti virittyneisiin tilanteisiin ja toisaalta muiden homoseksuaalisuuteen saattaisivat olla jossakin määrin toisistaan riippumatonta. Päätin tarkistaa asian muodostamalla kaksi erillistä mittaria *fobia1* (62–64) ja *fobia2* (65–69) sekä tarkistaa niiden reliabiliteetin laskemalla niille Cronbachin Alfa-arvon. *Fobia1* sai alfa-arvon .47 ja *fobia2* sai arvon .76. Kun tarkastelin korrelaatiotaulukkoa, kävi ilmi, että *fobia1*:llä ei ole itsenäistä merkitsevää luokiteltavaa korrelaatiota muihin muuttujiin. Päättelin ettei ollut riittäviä perusteita jakaa *homofobia*-mittaria kahteen osaan. Kun *homofobia*-mittariin otettiin mukaan väittämät 62 - 69, niin sen reliabiliteettiä mittaava Cronbachin alfa-arvo oli .65, mikä oli selvästi alhaisempi kuin *fobia2*:n arvo .76. Kun mittarista poistettiin väite 62 (*Jos kanssani samaa sukupuolta oleva henkilö lähentelisi minua, suuttuisin*), niin mittarin reliabiliteetti nousi arvoon .78. Tästä voisi päätellä, että muuttuja 62 mittaa hieman eri asiaa kuin muuttujat 63–69. Voidaankin ajatella, että siinä vastaajat ovat reagoineen huomattavissa määrin itse lähentelyyn riippumatta lähentelijän sukupuolesta.

Todettuani, että muuttuja 62 näyttäisi mittaavan eri asiaa kuin muut mittarin muuttujat, otin jatkoanalyysiin *homofobia*-mittarin, jossa oli seitsemän muuttujaa: muuttujat 63–69. Mittarin teoreettinen minimipistemäärä on 7 ja maksimipistemäärä on 35. Vastaukset on koodattu siten, että suuret arvot osoittavat voimakasta ja pienet arvot vähäistä homofobisuutta. Vastausten jakauma on vino niin, että pieniä arvoja oli enemmän kuin suuria arvoja. Mediaanin kohdalla mittari sai arvon 16, kun se normaalissa jakaumassa se olisi ollut 21.

Jakauman perusteella voi esittää, että

- 8 % = 15 vastaajaa oli *vahvasti homofobisia*, kun kriteerinä on ≥ 4 pistettä/kysymys, kokonaispisteissä ≥ 28 ,
- 26 % = 49 vastaajaa oli *jossakin määrin homofobisia*, kun kriteerinä on ≥ 3 pistettä/kysymys, kokonaispisteissä ≥ 21 .
- 40 % = 74 vastaajaa oli *homofobisuudesta suhteellisen vapaita*, kun kriteerinä on ≤ 2 pistettä/kysymys, kokonaispisteissä ≤ 14 .

Luopuminen muuttujasta 62 teki käyttämäni homofobiamittarin erilaiseksi, kuin Valtasen käyttämä, joten tulokset eivät ole verrannollisia Valtasen mittaustuloksiin mielenterveystyöntekijöiden asenteista¹. Homofobiapisteiden yhteyksiä taustamuuttujiin tutkittiin käyttämällä hierarkkista regressioanalyysiä. Homofobiapistees korreloivat merkitsevästi seuraavien taustamuuttujien kanssa:

- 3Bs *sosiaalialan peruskoulutus* (-.18)
- 3C *peruskoulutuksen taso* (-.27)
- 5as *työpaikkana asumispalveluyksikkö* (+.27)
- 7 *saanut riittävästi tietoa homoseksuaalisuudesta* (-.21)
- 12 *aikaa siitä kun homoseksuaalisuus esillä hoidossa* (+.22)
- 13 *sukulais/ystäväpiirissä homoja/lesboja* (-.29)
- 14 *tuttavapiirissä homoja/lesboja* (-.35)

Histogrammi 7.4 Homofobiapisteiden jakauma

¹ Tehdäkseni vertailun niihin tuloksiin, joita Valtanen sai mielenterveystoimistojen työntekijöiden vastauksista vastaavaan kyselyyn, laskin homofobiapistees käyttäen summamuuttujaa, jossa oli mukana myös kysymys 62. Tällöin vaihteluväliksi tuli 8–40. Valtanen oli käyttänyt homofobisuusrajana pistelukua ≥ 24 (3 pistettä/kysymys), mikä vastaa Hudson - Rickettsin luokkia high grade ja low grade homophobics (Hudson - Ricketts 1980). Tällä mittarilla arvoituna päihdehuollon työntekijöistä 27,4 % oli homofobisia vuonna 92/93 ja mielenterveystoimistojen työntekijöistä 32,1 % vuonna 89/90 (Valtanen 1990).

Selitettävä muuttuja on suhteellisen normaalisti jakautunut, joten se antaisi mahdollisuuden käyttää korkeintaan yhdeksää selittävää muuttujaa. Tein muuttujalle yhteensä kolme hierarkkista regressioanalyysiä (karsien matkalla pois ilman merkitsevää selitysosuutta jääneet): ensimmäisessä seitsemän, toisessa viisi ja kolmannessa kolme muuttujaa. Viimeisessä analyysissä olivat muuttajat seuraavassa järjestyksessä: 3C, 13 ja 14. Kun ne olivat mukana yhtälössä, oli lopputuloksena analyysi, jonka selitysosuus oli 23 %:

```

Multiple R          .48412
R Square           .23437
Adjusted R Square   .22117
Standard Error      5.54831
Analysis of Variance

```

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	3	1639.64000	546.54667
Residual	174	5356.36561	30.78371

F = 17.75441 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
V3C	-1.74785	.41754	-.28082	-4.186	.0000
V13	-2.10374	1.04530	-.15863	-2.013	.0457
V14	-3.63625	.98979	-.28852	-3.674	.0003
(Constant)	30.17442	1.85109		16.301	.0000

End Block Number 3 All requested variables entered.

Residuals Statistics:

	Min	Max	Mean	Std Dev	N
*PRED	11.7030	22.6866	17.3090	3.0436	178
*RESID	-10.1909	19.8013	.0000	5.5011	178
*ZPRED	-1.8419	1.7668	-.0000	1.0000	178
*ZRESID	-1.8368	3.5689	.0000	.9915	178

Total Cases = 187
Durbin-Watson Test = 2.06220

Taulukko: Hierarkkinen regressioanalyysi homofobia-mittarille

Tämä tarkastelun perusteella peruskoulutuksen tasolla ja sillä, tietääkö vastaaja tuttavapiirissään olevan homoja/lesboja olisi suurin merkitys homofobiapisteiden kannalta. Peruskoulutuksen tason vaikutus voidaan taas selittää sekä tiedon lisääntymisen että koulutukseen liittyvän arvomaailman kautta. Tuttavapiirin kohdalla lienee kysymys kaksisuuntaisesta vaikutuksesta; tuttavapiiriin kuuluva homo/lesbo voi arkipäiväistää homoseksuaalisuuden ja vähentää siihen liittyviä pelkoja, ja toisaalta homofobisuudesta vapaa lienee kykenevämpi tunnistamaan tuttavapiirissään homoja ja lesboja, ja nämä taas ovat avoimempia suuntautumisestaan homofobiasta vapaiden läheisyydessä.

Otin erilliseen tarkasteluun kolme ryhmää homofobiapisteiden mukaan: 1) "homofobiasta suhteellisen vapaat", pistemäärän ≤ 14 saaneet, 2) "vahvasti tai lievästi homofobiset", pistemäärän ≥ 21 saaneet ja 3) "vahvasti homofobiset", pistemäärän ≥ 28 saaneet.

Matalan homofobiapistemäärän saaneet ("homofobiasta suhteellisen vapaat"):

pistemäärän yläraja oli 14 pistettä, minkä kriteerin täyttäneitä vastaajia oli yhteensä 74 (40 %).

Työvuosia päihdehuollossa heillä oli keskimäärin 9,28. Alhaisia homofobiapisteitä tuli eniten alle 30-vuotiaille, alan ammatillisen opiston tai korkeakoulun/yliopiston käyneille, avohoidon ja nuorisoasemien henkilökunnalle, ja niille, joilla on omassa tuttava/sukulaapiirissä homoja tai lesboja. Heillä oli muita lyhyempi aika siihen, kun homoseksuaalisuus oli ollut viimeksi puheenaiheena asiakkaan kanssa.

Kohtalaisen tai korkean pistemäärän saaneet ("kohtalaisen foobiset ja vahvasti foobiset"): pistemäärän alaraja oli 21 pistettä ja heitä oli 26,5 %. He olivat työskennelleet päihdehuollossa keskimäärin 8,1 vuotta. Keskimääräistä enemmän kohtalaisen tai hyvin korkeita homofobiapisteitä keräsivät lyhyehkön koulutuksen saaneet, ohjaajan, valvojan tai huoltotehtävissä toimivat työntekijät, etenkin asumispalveluissa.

Korkean pistemäärän saaneet ("vahvasti homofobiset"): pistemäärän alarajana oli 28 pistettä ja

kriteerin täytti 15 vastaajaa (8,1 %). Tämä ryhmä oli mukana edellisessä kohdassa edustaen sen "terävää kärkeä". Ryhmän nais/mies-jakauma vastaa suunnilleen otoksen jakaumaa, puolet toimi ohjaajina ja toinen puoli lääkäreinä, sairaanhoitajina, sosiaalityöntekijöinä tai -terapeutteina. Heitä oli kaiken tyyppisissä hoitopaikoissa, asumisyksiköt olivat ylliedustettuina, kaksi heistä piti tietoaan homoseksuaalisuudesta riittävinä, muut vähäisinä ja suurin osa oli hankkinut tietonsa homoseksuaalisuudesta itse ilman koulutuksen tai tietolähteiden tukea. Kolmasosa tunnisti homoja/lesboja työyhteisössään.

Ammatillisella peruskoulutuksella ja työpaikan hengellä näyttää olevan selvästi merkitystä. Työpaikkojen hengestä ääriesimerkkeinä tulevat esille toisaalta asumisyksiköt, joissa enemmistö työntekijöistä on vähän koulutettuja ja kohtalaisen pelokkaita suhteessa homoseksuaalisuuteen, ja toisaalta nuorisoasemat, joiden henkilökunta ei tässä kyselyssä saanut kertaakaan mittaria heilahtamaan fobian puolelle. Nuorisoasemien työntekijät ovat keskimäärin hyvin koulutettuja, heidän työnsä edellyttää suurta sallivuutta ja kohderyhmänä on sukupolvi, joka elää Stonewallin ja SETA:n jälkeistä elämää. Työntekijän nuoruus toisaalta ja työkokemuksen riittävyys toisaalta ovat myös niitä tekijöitä, jotka näkyvät alhaisina fobiapisteinä.

Stereotyyppinen ajattelu

Kyselylomakkeessa oli mukana Kari Valtasen kokoamat seitsemän stereotyyppistä väittämää homoseksuaalisuudesta. Niiden joukossa oli psykiatrian oppikirjoissakin esiintyneitä, mutta muualla virheelliseksi

osoitettuja yleistyksiä. Kun tein faktorianalyysin aineistolle, siinä stereotyyppiset väittämät sijoittuivat samalle faktorille. Sille latautui voimakkaana myös muuttuja 31, joka täyttää stereotyyppisen ajattelun kriteerit, joten päätin ottaa myös sen mukaan stereotyyppisen ajattelun mittariin. Mittariin tuli mukaan väittämät:

31. *Homoseksuaalisuuden esiintyminen ei ole yhteydessä sosio-ekonomiseen asemaan.*
41. *Osaan tavatessani tunnistaa homoseksuaalisen miehen tai naisen.*
42. *Homoseksuaalisia suhteita leimaa korostunut seksuaalisuus.*
43. *Homoseksuaalisilla ihmisillä on vaikeuksia pysyvi-*
en ihmissuhteiden luomisessa.
44. *Homoseksuaalisessa suhteessa toinen omaksuu*
naisen, toinen miehen roolin.
45. *Homoseksuaaliset miehet ovat usein seksuaali-*
sesti kiinnostuneita lapsista ja nuorista.
46. *Useilla homoseksuaalisilla miehillä on halu*
pukeutua naisen vaatteisiin.
47. *Useat homoseksuaalit kokevat "syntyneensä väärään kehoon".*

Histogrammi Stereotypia-mittarin jakauma

Sitä, miten luotettavasti osiot mittaavat samaa ulottuvuutta, arvioin Cronbachin Alfa -arvolla, joka oli .74, mitä voi pitää kohtuullisen hyvänä. Mittarissa väittämien saamat pistemäärät on koodattu siten, että suuret arvot merkitsevät stereotyyppistä ajattelua. Muuttujan jakauma on suhteellisen normaali, kuitenkin niin, että mediaani asettuu kohtaan 17,5 pistettä (teoreettinen keskikohta olisi ollut 24). Suuria arvoja lähestyttäessä muuttuja saa hieman nousevan hännän.

Muuttujalle tehtiin hierarkkinen regressioanalyysi.

Summamuuttuja korreloi merkitsevästi seuraavien taustamuuttujien kanssa:

2 ikä (+.18)

3Bs *ammattillinen peruskoulutus sosiaalsektorilla* (-.20)
 3C *peruskoulutuksen taso (kurssit->korkeakoulu)* (-.34)
 8A *ammattillisessa peruskoulutuksessa tietoa homoseksuaalisuudesta* (-.19)

Em. korrelaatiomatriisissa latautuneiden muuttujien lisäksi otin mukaan muuttajat

5as *työssä asumisyksikössä*

14 *tuttavapiirissä homoja/lesboja*

Muuttajat otettiin mukaan regressiomalliin järjestyksessä: 2, 3C, 3Bs, 5as, 8a, 14. Järjestyksessä etusijalle olen siis laittanut iän ja koulutuksen. Huomiota analyysin eri vaiheista:

- ikä toi selitysosuuden .04 ja sai kertoimelleen merkitsevyydestason .0039,
- peruskoulutuksen taso lisäsi selitysosuutta huomattavasti: .11 ja sai kertoimelleen merkitsevyydestason .000,
- koulutus sosiaalsektorilla ei lisännyt enää selitysosuutta merkitsevästi: .01 (se jää koulutuksen tason alle, sillä sosiaalialan koulutuksen saaneista huomattava osa on akateemisen loppututkinnon suorittaneita),
- asumisyksikössä työskentely lisäsi selitysosuutta arvolla .03,
- tiedon saaminen peruskoulutuksessa ei juurikaan enää lisännyt selitysosuutta (.009),
- tuttavapiirin homo/lesbon lisäys selitysosuuteen tässä vaiheessa oli .007 ja
- jäänösvaihtelun jakauma muistutti pitkälle normaalijakaumaa

Oheessa se kohta mallista, jossa viimeinen selittävä muuttuja on otettu huomioon.

```
Beginning Block Number 6. Method: Enter V14
Variable(s) Entered on Step Number
6.. V14
Multiple R .44431
R Square .19741
Adjusted R Square .16942
Standard Error 5.26668
Analysis of Variance
      DF      Sum of Squares      Mean Square
Regression 6      1173.50643      195.58440
Residual 172      4770.92933      27.73796
F = 7.05115      Signif F = .0000
----- Variables in the Equation -----
Variable      B      SE B      Beta      T      Sig T
V2      .87031      .47425      .13458      1.835      .0682
V3C      -1.11984      .48906      -.19522      -2.290      .0232
V3BS      -1.31145      1.03899      -.09873      -1.262      .2086
V5AS      1.81059      .78641      .17403      2.302      .0225
V8A      -1.28338      .96350      -.09800      -1.332      .1846
V14      -.95217      .81966      -.08215      -1.162      .2470
(Constant) 21.09113      2.40731      8.761      .0000
End Block Number 6 All requested variables entered.
```

Taulukko: hierarkkinen regressioanalyysi stereotyyppiselle ajattelulle.

Kun kaikki kuusi muuttujaa oli otettu mukaan regressioanalyysiin, mallin selitysosuus oli 19.7 %. Stereotyyppisen ajattelun vaihtelua ennustivat parhaiten ikä, peruskoulutuksen taso ja työskentely asumisyksiköissä.

Stereotyyppinen ajattelun mittarissa mukana olevat väittämät olivat mielestäni hyvinkin kuluneita ja vanhahtavia stereotypioita, joten sinänsä ei ole ihme, että mittari korreloi iän kanssa; väittämät sopivatkin paremmin hieman iäkkäämpien vastaajien kokemusmaailmaan. Pitkän koulutuksen luonteeseen taas kuuluu yleensä erilaisten yleistysten kyseenalaistaminen. Yllättävää oli se, että homojen/lesbojen tuntemisella ei ollut itsenäistä vaikutusta stereotyyppiseen ajatteluun, kuten oli tasavertaisuus- ja fobiapisteissä. Asumisyksiköissä taas stereotyyppistä ajattelua on mallin mukaan jopa enemmän kuin pelkän koulutuspohjan perusteella odottaisi.

Suhtautuminen seksuaalisen suuntautumisen syihin ja hoitoon

Asenneväittämien joukossa oli kolme väittämää, jotka liittyivät käsityksiin homoseksuaalisuuden syistä ja oikeudesta pyrkiä muuttamaan seksuaalista suuntautumista.

32. *Homoseksuaaliseen käyttäytymiseen johtaneet tekijät yksilöllä on mahdollista selvittää.*
48. *On arveluttavaa pyrkiä muuttamaan seksuaalista suuntautuneisuutta terapialla.*

49. *Homoseksuaalisen ihmisen terapiassa on tärkeää selvittää homoseksuaalisuuteen johtaneet tekijät.*

Vastauksiin vaikuttanee pitkälle se, nähdäänkö homoseksuaalisuus selitystä kaipaavana poikkeavuutena vai enemmänkin seksuaali- ja rakkauselämän "normaalina" variaationa, joka kuuluu yksilön perusoikeuksien ja koskemattomuuden piiriin. Kun muuttujista tehtiin summamuuttuja SYYHOI, sai se reliabiliteettia mittaavan Cronbachin Alfa -arvon .68, jota voi pitää tyydyttävänä.

Muuttujan osioitten pisteytys oli käännetty siten, että suuret arvot voidaan tulkita osoitukseksi "poikkeavuus" -ajattelusta ja pienet arvot "variaatio" -ajattelusta. Muuttujan jakauma painottuu pieniin arvoihin. Asenteissaan "poikkeavuusajattelun" puolelle kallistuvia oli vastaajista 27,7 %. Muuttujan mediaani osui arvojen 7 ja 8 väliin. Selvästi "variaatio" -ajattelun kannalla vastaajista oli 35 %.

Histogrammi 7.6 SYYHOI-mittarin jakauma

Tein SYYHOI -muuttujalle hierarkkisen regressioanalyysin:

SYYHOI -muuttuja korreloi merkitsevästi seuraavien muuttujien kanssa:

3BS *sosiaalialan ammatillinen peruskoulutus* (-.26).

3C *peruskoulutuksen taso: kurssit - korkeakoulu* (-.32)

13 *ystävä/sukulaispiirissä homoja/lesboja* (-.20)

14 *tuttavapiirissä homoja/lesboja* (-.18)

Regressioanalyysiin otin mukaan kuusi selittävää muuttujaa järjestyksessä: 2 *ikä*, 3C *peruskoulutuksen taso*, 3BS *sosiaalialan koulutus*, 5as *työssä asumisyksikössä*, 14 *tuttavapiirissä homoja/lesboja*, 13 *ystävä/sukulaispiirissä homoja/lesboja*. Analyysin vaiheita:

- ikä antoi 2 % selitysosuuden kun se otettiin malliin ensimmäisenä,
- akateeminen koulutus nosti selitysosuutta 10 prosenttiyksiköllä,
- sosiaalialan koulutus lisäsi selitysosuutta 1,1 prosenttiyksiköllä, merkitsevyystaso .13,
- asumisyksikkö nosti selitysosuutta 2,1 prosenttiyksiköä, merkitsevyystaso .04,
- tuttavapiirin homo/lesbo nosti selitysosuutta 2,5 prosenttiyksiköä, merkitsevyystaso .02,
- ystävä/sukulaispiirin homo/lesbo nosti selitysosuutta viimeisenä 2,3 prosenttiyksiköä, jolloin kokonaisselitysosuus oli noussut arvoon .21 ja
- kun kaikki kuusi muuttujaa on otettu mukaan näyttää siltä, että merkitsevää selitysosuutta jäi muuttujille *koulutustaso*, *sosiaalialan peruskoulutus*, *ystävä/sukulaispiirissä homo/lesbo*. Ohessa analyysin tulostus siinä vaiheessa, kun kaikki muuttujat on otettu huomioon:

Variable(s) Entered on Step Number	6..	V13			
Multiple R	.45923				
R Square	.21090				
Adjusted R Square	.18304				
Standard Error	2.77943				
Analysis of Variance					
	DF	Sum of Squares	Mean Square		
Regression	6	350.98898	58.49816		
Residual	170	1313.29350	7.72526		
F =	7.57233	Signif F =	.0000		
----- Variables in the Equation -----					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
V2	.29538	.23994	.08620	1.231	.2200
V3C	-.72653	.25588	-.23928	-2.839	.0051
V3BS	-.97543	.54615	-.13851	-1.786	.0759
V5AS	.59817	.41727	.10859	1.434	.1535
V14	-.44155	.50222	-.07167	-.879	.3805
V13	-1.19099	.52626	-.18386	-2.263	.0249
(Constant)	11.25438	1.35320		8.317	.0000
End Block Number	6	All requested variables entered.			

Taulukko: hierarkkinen regressioanalyysi SYYHOI -muuttujalle.

Ammatillisen koulutuksen taso heijastui voimakkaimmin SYYHOI -summamuuttujaan. Mitä enemmän

vastaajalla oli koulutusta, sitä vähemmän hänellä oli syykeskeistä ajattelua. Luvussa 7.4.1 tarkasteltiin jo yksittäin niitä muuttujia, joista summamuuttuja SYHYHOI on koottu. Regressioanalyysin tulokset vahvistavat aikaisempaa johtopäätöstä, jonka mukaan mitä pidempi ammatillinen koulutus on, sen vähemmän esiintyi ongelmakeskeistä ajattelua. Sosiaalisektorin koulutuksessa ongelmakeskeisyys näyttäisi olevan hieman vähäisempää kuin muilla koulutussektoreilla. Myös se, että ystävä/sukulaishiiriin tiedettiin kuuluvan homoja/lesboja, vähensi merkittävästi ongelmakeskeisen ajattelun todennäköisyyttä. Tässä suhteessa SYHYHOI -muuttuja poikkeaa stereotypia -muuttujasta, jonka vaihtelussa kontaktimuuttujilla oli suhteellisen vähäinen selitysosuus.

Avoimuuden ja identiteetin tukeminen

Homo- ja biseksuaalisen identiteetin ja avoimuuden tukemista koskettavista väitteistä olen tehnyt summamuuttujan AVOIDE, jossa ovat mukana väittämät:

51. *Homoseksuaalista asiakasta on hyvä rohkaista tutustumaan homoseksuaalisen osakulttuurin eri muotoihin.*
52. *Työyhteisön kannalta on parempi, että homo- ja biseksuaaliset työntekijät vaikenivat suuntautumisestaan työpaikallaan.*
54. *On hoidon kannalta parempi, että ryhmätilanteissa homoseksuaaliset asiakkaat vaikenivat omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan.*
56. *Terapiassa tulee kannustaa homoseksuaalista ihmistä avoimuuteen lähiympäristössään.*
58. *Homo- tai biseksuaalisen asiakkaan omaan seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvää identiteettiä on yleensä hyvä tukea hoitosuhteen aikana.*

Histogrammi 7.7 AVOIDE-mittarin jakauma

Vastaukset oli summamuuttujaa varten koodattu siten, että suuret arvot ovat tulkittavissa identiteettiä ja avoimuutta tukeviksi asenteiksi. Summamuuttujan reliabiliteettia mittaava Cronbachin alfa -arvo AVOIDE-muuttujalle oli 0.72, mitä voi pitää kohtalaisen hyvänä. Jakauma painottui suuriin arvoihin. 78,5 % vastaajista oli enemmän avoimuuden ja identiteetin tukemisen puolesta kuin niitä vastaan.

AVOIDE -muuttuja ei korreloinut merkittävästi minkään tausta- tai kontaktipintamuuttujan kanssa. Sen sijaan sillä oli erittäin merkitseviä korrelaatioita joidenkin summamuuttujien kanssa. Siihen palaamme luvussa 7.4.3.

Seksuaalisuuden merkityksellisyys hoitosuhteessa

Asennemittarissa oli kolme väittämää, jotka käsitelivät seksuaalisuuden ja seksuaalisen suuntautumisen aktiivista huomioon ottamista hoitotyössä:

53. *Hoitosuhteessa tulee kartoittaa asiakkaiden seksuaalisen suuntautuminen*
60. *Useimpien päihdehuollon asiakkaiden kanssa tulee työskennellä myös heidän seksuaalisuutensa kanssa.*
61. *Hoitosuhteen alussa tulee rohkaista asiakkaita ilmaisemaan oma seksuaalinen suuntautuminensa.*

Histogrammi SEKSTER-muuttujan jakauma

Muodostin niistä summamuuttujan SEKSTER. Sitä muodostettaessa vastaukset koodattiin siten, että suuret arvot merkitsevät myönteistä suhtautumista seksuaalisuuden ja seksuaalisen suuntautumisen huomioon ottamiseen ja pienet arvot taas on tulkittavissa siten, että vastaaja ei pidä tarpeellisena seksuaalisuuden aktiivista huomioon ottamista.

Muuttujan reliabiliteettia mittaava Cronbachin alfa-arvo oli 0.75, mitä voi pitää suhteellisen hyvänä. Muuttujan jakauma painottuu suuriin arvoihin. Kielteisesti suhtautuvia oli 38 %. Selvästi myönteisesti suhtautuvia (kysymystä kohden ≥ 4 pistettä) oli 37,7 %

Muuttujalla oli merkitsevää korrelaatiota (.22) *työpaikkana laitoshoitoyksikkö* -apumuuttujan kanssa. Laitoshoidossa työskentelevien keskuudessa oli muita enemmän niitä, jotka pitivät seksuaalisuuden aktiivista huomioon ottamista merkittävänä. Tähän saattaa osittain vaikuttaa se, että seksuaalinen suuntautuminen on tullut esille ongelmana, kun asiakkaita/potilaita sijoitetaan huoneisiinsa. Olettaisiin kuitenkin, että taustalla on muitakin tekijöitä.

Sosiaalisten ongelmien huomioon ottaminen

Asennekyselyn väittämistä kolme käsitteli ympäristötekijöiden merkitystä homoseksuaalien ongelmille (näihin tuli runsaasti *"en osaa sanoa"* -vastauksia):

50. *Ympäristön kielteinen asennoituminen homoseksuaalisuuteen on keskeinen syy homoseksuaalisten ihmisten päihdeongelmin.*
57. *Ympäristön kielteinen asennoituminen homoseksuaalisuuteen on keskeinen syy homoseksuaalisten ihmisten mielenterveysongelmiin.*
59. *Positiivisten mallien puute on homoseksuaaleille keskeinen ongelma.*

Muodostin niistä summamuuttujan SOSONG, jossa suuret arvot saattoi tulkita siten, että vastaajan mielestä ympäristön suhtautumisella ja positiivisten mallien puutteella on keskeistä merkitystä homoseksuaalien elämässä. Summamuuttujan reliabiliteettia mittaava Cronbachin alfa sai arvon 0.59, mistä voisi päätellä, että mittari saattaa olla hieman keinotekoinen, mutta ei aivan mahdotonkaan.

Muuttujan jakauma on suhteellisen normaalisti jakautunut. Mediaani sijoittuu jakauman puoliväliin, arvojen 9 ja 10 väliin. Sosiaalisten ongelmien merkitystä korostavia (keskimäärin ≥ 4 pistettä) oli 23,5 % vastaajista. Muuttuja ei saanut merkitseviä korrelaatiota minkään tausta- tai kontaktipintamuuttujan kanssa, ja myös suhteessa muihin summamuuttujiin se jäi irralliseksi. Merkitsevästi SOSONG -muuttuja korreloi vain SEKSTER ja AVOIDE -summamuuttujien kanssa, mutta silloinkin korrelaatio oli luokkaa 0.22-0.26.

Sukupuolirooliasenteet

Asennemittarin väittämäjoukossa oli neljä väittämää, joiden tarkoituksena oli mitata sukupuolirooliajattelua:

72. *Naisten ja miesten epätasa-arvo on luonnollinen asia.*
73. *Kannatan perinteistä roolijakoa miehen ja naisen välillä.*
74. *Naisia tulee olla johtavassa asemassa työelämässä yhtä paljon kuin miehiä.*
75. *Miesten tulee osallistua kodinhoitotehtäviin yhtä paljon kuin naistenkin.*

Näistä muuttujista muodostetun summamuuttujan SPROOLI reliabiliteettia mittaava alfa-arvo oli 0.69. Muuttujan osioiden arvot on koodattu siten, että suuret arvot voi tulkita osoitukseksi perinteisistä sukupuolirooliasenteista. Muuttujan jakauma on vahvasti vino painottuen pieniin arvoihin. Yli 31 % vastaajista sai minimipistemäärän. Tämän mittarin perusteella **Histogrammi** Sukupuolirooliasenteet-mittarin jakauma. vastaajajoukossa ei juurikaan löytynyt kannatusta perinteisille sukupuolirooleille. Väittämät olivat herättäneet lukuisia kommentteja, joista moni totesi väittämät sukupuolten tasa-arvokysymyksiä yksinkertaistaviksi. Sukupuolirooliasennemittari ei korreloinut merkitsevästi minkään taustamuuttujan tai kontaktipintamuuttujan kanssa, mikä selittyy myös sen erittäin vinosta rakenteesta. Sen sijaan se korreloi selvästi muiden summamuuttujien kanssa.

7.3.3. Summamuuttujien yhteinen tarkastelu

Tein summamuuttujille faktorianalyysin käyttäen varimax-rotatiota. Muuttujat jakautuivat melko kauniisti kahdelle eri faktorille, joista faktorin 1 selitysosuus oli 39,9 % ja faktorin 2 selitysosuus 15,1 %. Faktorilla kaksi latautuivat voimakkaasti summamuuttujat TASAV (-.84), FOBIA (.81), SYYHOI (.75), STEREO (.74), AVOIDE (-.65), TIETO (-.60), SPROOLI (.53). Tälle faktorille voisi antaa nimen "perinteisten sukupuoli- ja seksuaaliroolien puolustaminen ja niistä irrottautuminen". Tasavertaisuuspyrkimysten kannattaminen, vähäinen homofobisuus, vähäinen kiinnostus homoseksuaalisuuden syiden etsimiseen, ei-stereotyyppinen ajattelu homo- ja biseksuaaleista, identiteetin ja avoimuuden tukeminen, keskimääräistä paremmat tiedot homo- ja biseksuaalisuudesta sekä perinteisten sukupuoliroolien vastustaminen muodostivat tämän faktorin toisen pään. Toiseen päähän taas sijoittui tasavertaisuuspyrkimysten vastustaminen, homofobisuus, stereotyyppinen ajattelu, vähäiset tiedot, syiden etsimisen kannattaminen sekä identiteetin tukemisen ja avoimuuden vastustaminen.

Toisella faktorilla latautuivat muuttujat SOSONG (.77) SEKSTE (.73) ja jossakin määrin muuttuja AVOIDE (.41). Tätä faktoria voisi nimetä seksuaaliterapiafaktoriksi. On kiinnostavaa havaita, että seksuaaliterapian ja homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien sosiaalisten asioiden käsittelyn merkityksellisyyttä koskevat väittämät olivat näinkin suuressa määrin korreloimatta tasavertaisuus-, stereotypia- ja syyväittämien kanssa. Tämän faktorin voisi liittää terapeutin ammattirooliin.

7.3.4. Asenneväittämiin annetut kommentit

Kyselylomakkeen johdanto-osaan olin kirjoittanut: *Voit lisätä kysymysten kohdalle niiden herättämiä tarkennuksia ja kommentteja.* Tällaisia lisäyksiä ja kommentteja oli tehnyt 48 vastaajaa (26 %). Niitä kertyi kaikkiaan 217, ja ne jakaantuivat 51 eri kysymykselle. Tietokilpailukysymyksiin kommentteista tuli 10, ja loput 207 kohdistuivat asenneväittämiin.

Oletan, että kommentteista voi päätellä, millaisiin pohdintoihin asenneväittämät ovat antaneet aihetta. Pohdintoja tarkastelemalla voi saada viitteitä mittareiden validiteetista, mutta sitäkin kiinnostavampana pidän kommenttien tapaa käsitteellistää tutkimuksen aihepiiriä. Oletan, että kommentteja on tullut toisaalta sellaisilta vastaajilta, jotka ovat perehtyneet hyvin aihepiiriin ja sen vuoksi heillä on herännyt paljon ajatuksia tai he ovat kokeneet vastaamisen pelkästään samaa/eri -mieltä skaalalla turhautta-

vaksi, ja toisaalta sellaisilta vastaajilta, joilla tämä aihepiiri sinänsä herättää voimakkaita mielipiteitä.

Tarkistin, poikkesivatko kommentteja tehneiden taustat ja asennemittareiden tulokset heidän kohdallaan koko otoksen keskiarvoista. Kommentteja tehneitä löytyi keskimääräistä useammin pidemmän peruskoulutuksen saaneiden joukosta, lääkäreitä lukuunottamatta. Hyvin vähän alan koulutusta saaneet kommentoivat selvästi muita harvemmin. Kommentoijien joukossa oli keskimääräistä enemmän niitä, joilla oli kontakteja homoihin ja lesboihin. Niinpä kommentoijilla olikin sitten keskimääräistä pienemmät pistemäärät sekä stereotyyppisessä ajattelussa että homofobiassa ja vastaavasti keskimääräistä suurempi pistemäärä tasavertaisuusmittarilla. Tästä linjasta poikkeus löytyi sukupuolirooliasenteiden kohdalla; kommentoijien joukosta löytyi keskimäärää enemmän niitä, jotka kannattivat perinteisiä sukupuolirooleja.

Homoseksuaalisuuden syiden selvittelyä ja hoitoa käsittelevät väittämät 32, 48, 49 ja 55 herättivät eniten kommentteja, joita tuli yhteensä 38. Ennätysten sai väite 55 *Ihmistä, joita hänen homoseksuaaliset tunteuksensa häiritsevät, tulisi auttaa pääsemään niistä eroon*. Siihen tarttui 19 vastaajaa, joista puolet oli ainakin osittain samaa mieltä väittämän kanssa ja alle puolet eri mieltä. Kommentoijista kolme ei ollut valinnut mitään vastausvaihtoehtoista. Seitsemän kysyi, kumpaa tarkoitetaan, eroon homoseksuaalisista tunteista vai eroon siitä, että ko. tunteet häiritsevät. Tämän vuoksi väittämää ei otettu mukaan "SYYHOITO" -mittariin. Väittämän kanssa samaa mieltä olleet perustelivat kantaansa näin:

- *Ainakin tulee selvittää, onko kyse ns. normaalista homoseksuaalisista tunteuksista tai niiden pelosta vai homoseksuaalisuudesta.*
- *Asiakkaan määrittelemän tavoitteen mukaisesti.*

Eri mieltä olevat taas totesivat:

- *Kui toisen tunteuksia voi muuttaa?*
- *Tulisi hyväksyä ne.*

Väittämä 48 *On arveluttavaa pyrkiä muuttamaan seksuaalista suuntautuneisuutta terapialla* keräsi 11 kommenttia, joissa oli tasaisesti eri vaihtoehdolla vastanneita. Kaikissa kommenteissa korostettiin asiakkaan omaa tahtoa. Osa tarkennuksista esitti poikkeusta vastaajan myönteiseen vastaukseen:

- *Asiakkaan kanssa voi tarkastella asiaa, jos HÄN sitä HALUAA.*
- *Paitsi jos itse ei halua olla homoseksuaali, niin silloin terapia OK.*

Osassa taas perusteltiin väittämän kanssa eri mieltä olemista:

- *Ei ole arveluttavaa pyrkiä muutokseen, mikäli potilas itse on motivoitunut siihen ja näkee sen tarpeellisena. Onko terapeuttava itse halukas muutokseen? Harvoin tulevatkaan terapiaan - ainakaan tästä syystä.*

Yhdessäkään kommentissa ei perusteltu tai korostettu sitä, että pyrkimys suuntautumisen muuttamiseen voisi olisi arveluttavaa silloinkin, kun asiakas sitä haluaa.

Homoseksuaalisuuden syiden selvittelyä korostavaan väittämään 49 *"Homoseksuaalisen ihmisen terapiassa on tärkeää selvittää homoseksuaalisuuteen johtaneet tekijät"* tulleista kuudesta kommentista viisi korosti asiakkaan halun/näkemyksen kunnioittamista. Näitä kommentteja tuli sekä samaa että eri mieltä olevilta. Yksi täysin eri mieltä ollut totesi, että on tärkeää selvittää erilaisia uskomuksia.

Seksuaalisen suuntautumisen ja ylipäänsä seksuaalisuuden huomioonottamisen tärkeyttä hoidossa käsitelleet väittämät 53, 60 ja 61 keräsivät kaikkiaan 26 kommenttia. Väittämä 53 *Hoitosuhteessa*

tulee kartoittaa asiakkaiden seksuaalinen suuntautuminen keräsi niistä 13, joista kolme tarkensi eri mieltä olemistaan:

- *Vain jos tapaan kuuluu, tai muuten kartoitetaan seks. historiaa. Ei siis tarvitse tehdä erilliskysymystä asiasta.*
- *Riippuu kai asiakkaasta - vai riippuuko?*

Seitsemän vastaajaa täydensi samaa mieltä olemistaan:

- *Lyhyissä hoidoissa se ei välttämättä tarpeen / Riippuu hoitosuhteen pituudesta*
- *Kuten muutkin tarpeelliset osa-alueet.*
- *Seksuaalinen suuntautuminen tulee uskoakseni esille aina.*

Väittämän 53 pehmenetty muoto *Hoitosuhteen alussa tulee rohkaista asiakkaita ilmaisemaan oma seksuaalinen suuntautuminensa* (n:o 61) sai viisi kommenttia. Kahdessa korostettiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta, toinen tuli samaa mieltä olevalta, toinen eri mieltä olevalta. Kaksi eri mieltä olevaa pehmensi kantaansa toteamuksilla *mahdollisesti* ja *joskus*. Yksi vastaajista perusteli kriittisyyttään näin:

- *Kuulostaa kovin aktiiviselta! Alkuhaastattelussa tulee yleensä jotakin esille potilaan seksuaalisuudesta - sitä voi asiallisesti kysyä ilman sen kummempia rohkaisuja!* [Alleviivannut sanan *rohkaista*]

Väittämä 60 *Useimpien päihdehuollon asiakkaiden kanssa tulee työskennellä myös heidän seksuaalisuutensa kanssa* herätti kahdeksan kommenttia. Niistä seitsemän liittyi väittämän kanssa samaa mieltä olemiseen, joko sitä perustellen tai pehmentäen:

- *Monilla on ongelmia tällä alueella.*
- *Usein seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulevat tavalla tai toisella esiin, tavoitteeksi esim kumppanin kanssa paremmin selviäminen.*
- *Aika usein se tulee esille, mutta en tiedä johtuuko se päihteistä...-> He ovat suurempia myös.*
- *Jos haluavat. / Riippuu hoitoajasta*

Yhdessä tuotiin esille asiakkaan arkuus ottaa asia esille:

- *Monet eivät halua tai vaikenevat, avautuvat vain joillekin.*

Yksi vastaajista halusi tiukempaa kannanottoa:

- *Kaikkien!* [oli alleviivannut sanan "Useimpien"]

Homofobiamittariin sisällytetty asenneväittämä 62 *Jos kanssani samaa sukupuolta oleva henkilö lähentelisi minua, suuttuisin* sai kommentteja 13 vastaajalta, joista puolet oli samaa mieltä ja toinen puoli eri mieltä väittämän kanssa. Sekä samaa mieltä että eri mieltä olevien joukossa oli niitä, jotka korostivat, että reaktio olisi suunnilleen sama riippumatta lähentelijän sukupuolesta. Lähes puolet kommentteista, kuusi, oli juuri näitä tarkennuksia. Muuttuja heikensikin homofobia -mittarin reliabiliteettia ja sen vuoksi hylkäsin sen lopulta mittarista. Muita kommentteja olivat mm:

- *Hämmästyisin.*
- *Se olisi eräänlainen shokki.*
- *Laitan rajat.*
- *Riippuu miten lähentelisi.*

Homofobiamittariin kuulunut väittämä 63 *Tuntisin oloni luontevaksi, vaikka joku samaa sukupuolta oleva henkilö ihastuisi minuun* keräsi kuusi kommenttia, joista neljä tuli eri mieltä olevilta ja yksi samaa mieltä olevalta. Eri mieltä olleet täsmensivät vastaustaan:

- *Riippuu ihmisestä.*

- *Mutta en pahastuisi.*
- *Sama se olisi kumpaa sukupuolta hyvänsä, en tässä elämänvaiheessa halua enempää tunnekuohua - on jo tarpeeksi.*

Samaa mieltä ollut hahmotti tilanteen työroolinsa kautta:

- *Tässä työssä nyt miehet ja naiset ihastuvat, minä laitan rajat jo käyttäytymiselläni ja tarvittaessa sanon, että kyllä minua saa rakastaa, ei se tarkoita, että minä rakastan samalla tavoin kuin toinen.*

Homoseksuaalisuuden avointa käsittelyä erilaisissa ryhmä- ja yhteisötilanteissa koskettaneet väittämät herättivät myös tarvetta kommentointiin. Työtovereiden homoseksuaalisuuden kohtaamista mittaava väite 52 *Työyhteisön kannalta on parempi, että homo- ja biseksuaaliset työntekijät vaikenevat suuntautumisestaan työpaikallaan* keräsi kahdeksan kommenttia. Yksi perusteli myönteistä kantaa:

- *Eivät ihmiset yleensäkään työpaikalla puhu seksuaalisuudestaan, se on yksityisasia.*

Eri mieltä olleet lievensivät kantaansa:

- *Muttei minusta ole tarvatta puhua sen enempää kuin heterojen suuntautumisesta.*
- *Elämä saattaa muuttua hankalaksi joillekin jos työpaikalla tiedetään.*

Kukaan eri mieltä olleista ei perustellut, miksi suuntautumisesta vaikeneminen ei ole työyhteisölle hyväksi. Asiakkaiden homoseksuaalisuuden avointa kohtaamista ryhmätilanteissa käsitelleen väittämän 54 *On hoidon kannalta parempi, että ryhmätilanteissa homoseksuaaliset asiakkaat vaikenevat omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan* kohdalla kommentointi (yhteensä 6 kommenttia) oli saman tyyppistä kuin väittämän 52 kohdalla. Siinäkin kukaan ei tuonut esille millaista, hyötyä avoimuudesta saattaisi olla ryhmälle/yhteisölle, vaan oltiin enemmänkin huolissaan siitä, että yksilö saattaisi kärsiä avoimuudestaan tai sitten jonkun muun oleminen ryhmässä saattaisi vaikeutua. Kaksi kommentoijaa halusi eritellä turvalliset/ei turvalliset ryhmätilanteet. Yksi vastaajista totesi, että seksuaalisuudesta on syytä puhua vain jos siinä on vaikeuksia.

Osa vastaajista jäi pohdiskelemaan homoseksuaalisten asiakkaiden identiteetin ja avoimuuden tukemista käsitelleitä väittämiä 56 *Terapiassa tulee kannustaa homoseksuaalista ihmistä avoimuuteen lähiympäristössään*, johon tuli kuusi kommenttia, ja 58 *Homo- tai biseksuaalisen asiakkaan omaan seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvää identiteettiä on yleensä hyvä tukea hoitosuhteen aikana*, johon tuli seitsemän kommenttia. Avoimuuteen kannustavan väittämän kanssa eri mieltä olleista yksi totesi, ettei ole syytä tukea avoimuuteen sen kummemmin kuin muitakaan, ja toinen taas korosti asiakkaan omien pyrkimysten kunnioittamista. Osittain samaa mieltä ollut taas kehotti opastamaan varovaisuuteen siinä, missä mitään puhuu. Identiteetin tukemista kannattaneeseen väittämään tuli kommentteja vain samaa tai osittain samaa mieltä olleilta. Kommenteissa tehtiin varauksia myönteiseen kantaan:

- *Riippuu iästä ja kokemuksista, tietoisuuden vahvuudesta. (osittain samaa mieltä)*
- *Mikäli ei ongelma. (osittain samaa mieltä)*
- *Ei jos on ongelma sen suhteen. (osittain samaa mieltä)*
- *Yleensä, ei aina. (Täysin samaa mieltä)*
- *Tavoite huomioitava. (Osittain samaa mieltä)*

Homoseksuaalien oikeuksia käsittelevistä väittämistä eniten kommentteja herättivät väittämät 29 *Homoseksuaalisilla pareilla tulee olla oikeus virallistaa suhteensa, esimerkiksi menemällä naimisiin*, jota kommentoi viisi vastaajaa, ja 34 *Homoseksuaali ihminen voi mielestäni hyvin toimia adoptiovanhempana*, jonka kohdalla kuusi työntekijää halusi täydentää vastaustaan. Parisuhteen virallistamiseen

kommentoijista kolme oli väittämän kanssa ainakin osittain samaa mieltä, ja he lisäsivät vastaukseen-
sa pohdintaa:

- *Mikä olisi esim. lasten asema nyky-yhteiskunnassa?*
- *Avioliitto nyt lähinnä on lasten kannalta tärkeä, mutta - miksei - jos ihmiset haluavat avioitua.*
- *Rekisteröityä, kirkon oppi ei tule muuttumaan, vert uusi Raamatun käännös.*

Eri mieltä olleet kommentoivat hyvin lyhyesti:

- *Miksi?*
- *Vitut!*

Adoptio-oikeuteen tuli kommentteja tasaisesti eri vaihtoehtoilla vastanneilta. Kielteistä kantaa perusteltiin näin:

- *Oma asenteeni näyttää kulkevan: lasten ja nuorten -> aikuisten kanssa toiminen.*

En osaa sanoa vastauksen antanut pohdiskelee näin::

- *Lasten olisi kuitenkin saatava kuva heterosuhteesta. Ehkä psykiatri pystyisi siihen, mutta ei välttämättä homopari vanhempina.*

Osittain samaa mieltä olleet tuovat esille epäröintiään näin:

- *Epäröin, en hyväksyisi tilanteissa, joissa homoseksuaalinen pari haluaisi yhdessä adoptoida täysin vieraan lapsen.*

- *Lasten asema? Aikuiset kestävät? Kestävätkö lapset yhteiskunnan paineet?*

Täysin samaa mieltä olleeltakin tuli tällaisia reunaehtoja:

- *Mikäli yhtä lailla tasapainossa kuin mitä pitäisi heteroiltaikin edellyttää.*

Homo- ja biseksuaalien sosiaalisia ongelmia käsitelleistä väittämistä eniten kommentteja keräsivät väittämät 43 *Homoseksuaalisilla ihmisillä on vaikeuksia pysyvien ihmissuhteiden luomisessa* ja 59 *Positiivisten mallien puute on homoseksuaaleille keskeinen ongelma*, joihin kumpaankin tuli kuusi kommenttia. Väittämään 43 kommentoineet olivat kaikki ainakin osittain samaa mieltä väittämän kanssa ja halusivat tarkentaa kantaansa näin:

- *Kelläpä niitä ei olisi?*
- *Johtuu ympäristön paineista.*
- *Syyinä ei homous, vaan sosiaaliset paineet.*
- *Saman verran kuin ihmisillä yleensäkin.*

Kommentissa siis ihmissuhdevaikeudet joko normalisoitiin tai sijoitettiin sosiaaliseen ympäristöön.

Näiden kommenttien valossa väittämän ottaminen mukaan stereotyyppisen ajattelun mittariin oli hieman kyseenalaista. Positiivisten mallien puutetta käsittelevä väittämä oli herättänyt seuraavanlais-
ta hämmennystä:

- *Minkä mallien, sukupuoliroolienko?*
- *En ymmärrä mitä tarkoitetaan.*
- *Tarkoittaako varhaiset positiiviset mallit (lapsuudessa) vai "menestyneet" homoseksuaaliset ihmiset?*

Viimeisin kommentti ehkä tuo parhaiten esille kysymyksen herättämän hämmennyksen. Puhutaanko väittämässä homoseksuaalisuudesta "häiriö"-näkökulmasta, joka on ehkä edelleenkin osalle hoitotyöntekijöistä tutumpi viitekehys, vai sosiaalisen identiteetin näkökulmasta.

Perinteisiä sukupuolirooleja käsittelevät väittämät 72–75 herättivät yhteensä 18 kommenttia. Suosituin oli väittämä 75 *Miesten tulee osallistua kodinhoitotehtäviin yhtä paljon kuin naistenkin*, jota kommentoi yhdeksän vastaajaa. Sekä samaa mieltä että eri mieltä olevilta tuli samankaltaisia kommentteja, kuten

- *Se tekee kuka ehtii, osaa ja jaksaa.* (osittain eri mieltä)
- *Tehtäviä voidaan jakaa myös sen mukaan mitä kukin haluaa ja/tai osaa hyvin.* (täysin samaa mieltä)

Monessa kommentissa väittämä koettiin triviaaliksi.

- *No joo joo - mutta tasa-arvon kannalta triviaali kysymys.* (täysin samaa mieltä)

Väittämä 74 *Naisia tulee olla johtavassa asemassa yhtä paljon kuin miehiä* keräsi seitsemän kommenttia, joista puolet oli samaa, puolet eri mieltä. Yhdessäkään ei selvästi tuotu esille tai puolustettu pariteettiperiaatteen politiikkaa. Itse väitettä tuettiin yhdellä kommentilla:

- *Eivät ihmiset alapäällä ajattele.*

Pääosa sekä samaa mieltä että eri mieltä olevien kommentteista korosti pätevyyden ensisijaisuutta pariteettiin nähden.

- *Ei se ole mikään itseisarvo, siis johtajan sukupuoli - pätevin johtajaksi.* (osittain samaa mieltä)
- *Pätevin, kyvykkäin; oli nainen tai mies.* (osittain eri mieltä)

7.3.5. Avovastausten analyysi

Kyselylomakkeessa oli kuusi avointa kysymystä, ja lomakkeen lopussa oli tilaa tutkimuksen herättämille kommentteille. Avovastaukset olivat lomakkeessa viimeisenä, kysymyksinä 76–81. Eräs vastaajista totesi, että huomattava osa puhdista oli kulunut jo edeltäviin kysymyksiin vastattaessa, minkä vuoksi avovastauksiin vastaaminen oli tuntunut työläältä. Tämä huomioon ottaen avovastauksiin oli vastattu kiitettävän hyvin, vastausprosentti vaihteli välillä 83–90 %. Loppukommentteja tuli 52 vastaajalta. Käsittelen vastausten analyysin kysymys kerrallaan.

76. *Onko tilanteita, joissa asiakkaan on hoidossa ollessaan parempi vaieta omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan? Miten perustelet vastaustasi?*

Tähän väittämään tuli 165 vastausta (=88 %). Parhaiten vastanneita ammattiryhmiä olivat lääkärit, vastaavat sosiaaliterapeutit, sosiaalityöntekijät, päihdeterapeutit ja perheterapeutit, joiden vastausprosentti oli 100 %. Heikoimmin vastanneita olivat valvojat ja ryhmä muut, joista yli kolmannes jätti vastaamatta. Käytyäni vastaukset läpi ja tyypiteltyäni niitä päädyin luokittelemaan ne seuraaviin pääluokkiin (suluissa ko vastausten määrä):

1. Ei ole tai ei saa olla sellaisia tilanteita, joissa olisi parempi vaieta. (39 kpl, 24 %)
2. Vastaaja rajaa vastauksen tiettyihin tilanteisiin, joissa ei tarpeen vaieta. (4 kpl, 2 %)
3. Vastaaja esittää erityisiä tilanteita, joissa on syytä vaieta. (83 kpl, 50 %)
4. Vastaajan mielestä useimmiten on syytä vaieta. (17 kpl, 10 %)
5. Korostaa, että on edettävä vain asiakkaan ehdoilla. (11 kpl, 7 %)
6. Ei halua antaa asialle mitään erityistä merkitystä. (4 kpl, 2 %)
8. Ei osaa sanoa. (4 kpl, 2 %)
9. Ei vastaa esitettyyn kysymykseen vaan johonkin muuhun. (3 kpl, 2 %)

Kunkin pääluokan jaoin sisällön mukaan alaluokkiin ja niiden alaluokkiin, ja näin luokkia muodostui kaikkiaan 66. Nämä luokat merkitsin kolminumeroisella tunnusluvulla. Sen lisäksi annoin kullekin vastaukselle neljännen tunnusluvun sen mukaan, kenen tai mitä etua vastaaja puolusti vastauksessaan:

0. en löytänyt vastauksesta edunsaajaa (55 kpl, 33 %),

1. asiakkaan etu (80 kpl, 48 %),
2. muiden asiakkaiden etu (5 kpl, 3 %),
3. ongelman hoitamisen tai hoitomenetelmän etu (21 kpl, 13 %),
4. työntekijän etu (1 kpl, 1 %) ja
5. jokin muu yleinen periaate (3 kpl, 2 %)

Niistä vastauksista (39 kpl), joissa todettiin, että *"ei ole tilanteita, joissa olisi parempi vaieta"*, 19 oli sellaisia, joissa ei ollut ilmaistu kenenkään erityistä etua, 9 mainitsi suorasti tai epäsuorasti asiakkaan edun, 7 vastaajaa vetosi ongelman hoitoon, yksi oli ajatellut työntekijän etua ja kolmella oli mielessä jokin muu yleisempi periaate. Tyypillisin vastaus (18 kpl) tässä ryhmässä oli lyhyt toteamus kuten: *"Ei ole sellaisia tilanteita. En keksi sellaista tilannetta."* Kolme vastaajaa totesi, että seksuaalisuus on tärkeä osa ihmistä, kaksi korosti ihmisen kokonaisvaltaista hyväksymistä ja viiden mielestä asiakkaalla on aina oikeus tuoda seksuaalinen suuntautumisensa esille. Neljä vastaajaa oli ottanut aktiivisemman kannan asiaan; kaksi totesi, että sellaisia tilanteita ei saa hoidossa tai hoitopaikoissa tulla vastaan, ja kaksi tähdensi työntekijöiden vastuuta siinä, että aiheesta puhuminen on mahdollista ja että se ei aiheuta asiakkaille ongelmia.

Suurin pääjoukko (83 kpl) muodostui niistä vastauksista, joissa tuotiin esille, että *"on joitakin tilanteita, joissa asiakkaan on parempi vaieta"* suuntautumisestaan. Tällaisia tilanteita olivat ryhmätilanteet (27 kpl), ympäristön epäasialliset asenteet ja puutteelliset tiedot (27 kpl), tietyt hoitopaikkatyytit tai hoitomuodot (14 kpl) ja asiakkaan oma elämätilanne (13 kpl).

Ryhmätilanteita, joissa olisi parempi vaieta olivat avoimet ryhmät, alkavat ryhmät ja turvattomilta tuntuvat ryhmät. Ryhmätilanteisiin vedonneista 44 % toi esille, että vaikeneminen on asiakkaan etu, ja 41 %:n kohdalla en koodannut ketään edun saajaksi; loput 15 % ajattelivat hoidon etua. Epäasiallisiin asenteisiin tai puutteellisiin tietoihin vedonneista kahdeksan ajatteli lähinnä muiden asiakkaiden mahdollista kielteistä suhtautumista, kahdeksan varoitti asenteellisesta tai kokemattomasta työntekijästä, neljällä oli mielessä asenteellinen hoitopaikka/hoitoyhteisö, yksi mainitsi patologisoivan hoitoideologian syyksi vaieta ja neljä toi esille yleensä kielteiset asenteet syyksi vaieta suuntautumisestaan. Hoitopaikkoina tai hoitomuotoina, joissa olisi parempi vaieta, mainittiin katkaisuhoido (6), laitoshoido (4), lyhytaikainen hoito (3), ongelmanratkaisukeskeinen menetelmä (1) ja asumisyksikkö (1). Näissä vastauksissa korostuivat muiden asiakkaiden etu (4) tai hoidon etu (5), kun taas kolme vastaajaa ajatteli lähinnä asiakkaan etua. Asiakkaan omaan tilanteeseen viitanneista enemmistö otti esille tilanteen, jossa asiakas ei ole kyllin vahvoilla identiteetissään eikä ehkä kestäisi mahdollista kielteistä palautetta. Yhdessä vastauksessa todettiin, että jos asiakkaalla on vain halu päästä salaisuudestaan ilman, että se mitenkään liittyy päihdeongelmaan, on hänen muiden edun nimissä syytä vaieta.

Niistä, jotka olivat vastanneet *"pääsääntöisesti olisi parempi vaieta suuntautumisestaan"*, 10 vetosi muiden asiakkaiden tai hoitoyhteisön suvaitsemattomiin asenteisiin, kaksi arveli, että asian esille ottaminen vain haittaisi itse pääasian, päihdeongelman hoitamista, yksi arveli, että kertominen voisi vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta, yksi totesi, että kertominen on aivan turhaa (*eiväthän heterotkaan seksielämästään aina puhu*), ja yksi asetti kertomisen kriteeriksi sen, että seksuaalisella suuntautumisella on oleellista merkitystä päihdeongelmalle tai sen hoitamiselle.

77. *Millaisia seurauksia arvelet olevan sillä, jos hoitoyhteisöjen homoseksuaaliset ja biseksuaaliset työntekijät alkaisivat pitää homo- tai biseksuaalista identiteettiään niin merkittävänä, että muodostaisivat keskinäisen verkoston?*

Kysymykseen tuli yhteensä 169 vastausta (=90 % vastaajista). Parhaiten vastanneita ammattiryhmiä olivat lääkärit, vastaavat sosiaalityöntekijät, sosiaalityöntekijät, päihdeterapeutit ja perheterapeutit, joista 100 % vastasi. Vähiten vastauksia tuli valvoilta ja ryhmältä muut, joista yli kolmasosa jätti vastaamatta.

Tämä kysymys herätti voimakkaimmat kommentit. Monien oli vaikea ymmärtää, mitä verkostolla tässä yhteydessä tarkoitetaan, ja hyvin monet näyttivät ymmärtävän kysymyksen siten, että yksittäisten työyhteisöjen sisällä homoseksuaalit muodostaisivat oman klikkinsä.

Ryhmittelin vastaukset seuraaviin pääluokkiin:

1. pääasiassa myönteiseksi kuvattuja seurauksia (24 kpl, 14 %),
2. riippuu... -vastauksia (11 kpl, 7 %),
3. prosessikuvauksia ja sekä että -vastauksia (9 kpl, 5 %),
4. pääasiassa kielteiseksi kuvattuja seurauksia (46 kpl, 27 %),
5. kriittisiä kommentteja (33 kpl, 20 %),
6. vastakysymyksiä (7 kpl, 4 %),
7. muita kuvauksia (23 kpl, 14 %) ja
8. ei osaa sanoa (14 kpl, 8 %).

Niissä vastauksissa, joissa kuvattiin *ensisijaisesti tai yksinomaan myönteisiä seurauksia*, edun saajia olivat:

- työ- ja/tai hoitoyhteisö (12 kpl),
- homo- ja biseksuaaliset työntekijät (8 kpl) ja
- homo- ja biseksuaaliset asiakkaat (3 kpl)

Homo- ja biseksuaalisia työntekijöitä verkosto voisi auttaa joko helpottamalla elämää ja työn tekemistä (4 kpl), antamalla mahdollisuuden vuorovaikutukseen samoin tuntevien kanssa ja samalla turvaverkon (2 kpl) tai vahvistamalla heidän identiteettiänsä ja itsetuntoaan. Työ- ja/tai hoitoyhteisöä verkosto voisi auttaa johtamalla tärkeisiin arvokeskusteluihin (2 kpl), synnyttämällä työntekijöissä tarvetta pohtia suhdettaan homo/biseksuaalisuuteen (2 kpl), auttamalla työyhteisöä avoimempaan keskinäiseen keskusteluun ja vähentämällä ennakkoluuloisuutta (5 kpl) sekä lisäämällä tietoa työssä/työyhteisössä (2 kpl). Yksi vastaajista näki, että verkostoa voitaisiin käyttää konsultaatioon ja työnohjaukseen. Kaikenkaikkiaan yllättävän pieni osuus vastaajista näki verkostossa ensisijaisesti niitä myönteisiä mahdollisuuksia, joiden vuoksi tällainen verkosto esimerkiksi Ruotsissa perustettiin.

Osassa *ehdollisissa vastauksissa* arvioitiin seurauksia eri tyyppisissä työyhteisöissä (2 kpl), osassa taas seuraukset suhteutettiin verkoston luonteeseen tai pyrkimykseen niitä tarkentamatta (9 kpl) ja kolme vastaajaa arveli, että verkostosta on hyötyä sen jäsenille ja haittaa työyhteisölle. Verkoston luonteesta tuotiin esille erilaisia mahdollisuuksia: kokoonnutaan ongelman ympärille, jolloin se tuottaa ongelmia työyhteisölle (1 kpl), se voi olla joko keskustelua avartava tai raja-aitoja vahvistava (1 kpl), se voi olla julkinen, jolloin sillä on hyviä seurauksia, tai se voi olla salainen, jolloin seuraukset ovat huonoja (1 kpl).

Prosessikuvauksista viidessä arveltiin, että aluksi verkosto aiheuttaisi hämmennystä tai säikähdystä, mutta ajan myötä se hyväksyttäisiin. Kysymykseen 77 annetuista vastauksista yli joka neljännessä arveltiin, että homo- ja biseksuaalisten työntekijöiden verkostolla olisi *pääasiassa tai yksinomaan kielteisiä seurauksia*. Kielteisiä seurauksia olisivat kilpailu, vastakkainasettelu, kuppikuntien muodostuminen (25 kpl), muita uhkakuvia työyhteisölle (4 kpl), hoitotyö kärsisi (5 kpl), homo- ja biseksuaaliset työntekijät kärsisivät siitä (8 kpl) ja parisuhteisiin ja/tai seksuaalisuuteen liittyviä jännitteitä (3 kpl).

Yleisin uhkakuva siis oli, että verkoston muodostaminen aiheuttaisi työpaikalla kilpailua, vastakkainasettelua, kuppikuntia tai hajontaa. Lisäksi tuli esille neljä muuta uhkakuvaa työyhteisölle; yksi arveli, että seurauksena olisi epävarmuutta ja pelkoja muissa työntekijöissä, yksi ajatteli, että verkosto herättäisi uhkakuvia ja ärsynty mistä heteroissa, yksi ennusti seksuaalisuuden pohjalta nousevaa mafiaa ja yksi vastaajista piti mahdollisena, että verkoston myötä seksuaalisen suuntautumisen merkitys kasvaisi tarpeettomasti. Hoitotyötä verkosto vahingoittasi heikentämällä hoidon tasoa (1 kpl) ja häiritsemällä työntekoa ja ryhmätyöskentelyä (4 kpl). Homo- ja biseksuaalisille työntekijöille verkosto voisi aiheuttaa harmia provosoimalla leimaamista, syrjintää, kielteisiä asenteita (7 kpl) tai selän takana puhumista (1 kpl). Kielteisiin arvoihin lienee suurelta osalta myötävaikuttanut mielikuva verkostosta. Monista vastauksista saattoi rivien välistä lukea, että vastaaja ajatteli, että verkosto olisi työpaikkakohainen homo- ja biseksuaalisten työntekijöiden blokki. Jäinkin miettimään sitä, miksi kysymyksessä mainittu verkosto oli tulkittu hyvin usein juuri näin.

Edellisten lisäksi noin joka viidennessä vastauksessa *suhtauduttiin ylipäänsä kielteisesti* ilman, että siihen liittyviä seuraamuksia olisi eritelty. Perusteluja olivat: *mahdoton tilanne, huh!, ei hyvä* (9 kpl), *verkostoa ei tarvita* (4 kpl), *erilaisuutta ei pidä nostaa korokkeelle* (7 kpl), *seksuaalisuuden korostaminen on aiheeton, naurettavaa, suhteeton* (5 kpl), *seksuaalisen erilaisuuden korostaminen on naurettavaa, suhteeton* (2 kpl), *tällaista suunnittelevat ovat sairaita ja hoidon tarpeessa* (1 kpl), *ei pidä perustaa seksiverkostoa* (2 kpl), *homoseksuaalit ovat kyllin älykkäitä, että eivät perusta tällaista* (1 kpl). Näissäkin vastauksissa monissa eli mukana ajatus paikallisista ihmissuhdeverkostoista.

Hyvin huomattavalle osalle (47 %) vastaajista ajatus päihdetyötä tekevien homo- ja biseksuaalisten työntekijöiden yhteisestä verkostosta vaikutti hämmentävältä, oudolta, tarpeettomalta, riskaabelilta, huvittavalta, vastenmieliseltä tai jopa uhkaavalta. Pieni vähemmistö näki siinä mahdollisia resurssiteikiä muillekin kuin ryhmän jäsenille.

78. Millaisia erityispalveluita on homo- ja biseksuaalisille ihmisille ja mihin ohjaisit heidät vastaanotoltasi?

Kysymykseen 78 tuli 169 vastausta (90 % vastaajista). Käytyäni vastaukset läpi lauseittain rakensin tyypittelyn, joka muodostuu seuraavista pääluokista:

1. voidaan hoitaa meilläkin / ei automaattista tarvetta ohjata -maininnat (29 kpl),
2. päihdehuollon eri palvelut (18 kpl),
3. muut erityishoidon palvelut (22 kpl),
4. seksuaalivähemmistöjärjestöt (101 kpl),
5. muut järjestöt, (36 kpl),
6. homo- ja biseksuaalien osakulttuurit, (12 kpl)

7. ei ole erityispalveluita -maininnat (16 kpl).
8. muut huomautukset (20 kpl) ja
9. en tiedä -vastaukset (21 kpl).

Vastaajat voidaan jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan, minkä tyyppisiä vaihtoehtoja he tulivat maininneeksi:

1. mainitsivat ammatillisia vaihtoehtoja (pääluokat 1–3) mutta eivät lainkaan yhteisöllisiä ja osakulttuurisia vaihtoehtoja (pääluokat 4–6); 22 vastaajaa, 13 %,
2. mainitsivat yhteisöllisiä ja osakulttuurisia vaihtoehtoja, mutta eivät lainkaan ammatillisia vaihtoehtoja; 87 vastaajaa, 51 %,
3. mainitsivat sekä ammatillisia että yhteisöllisiä vaihtoehtoja; 35 vastaajaa, 21 %.

Huomattava osa vastaajista, 60 %, oli viitannut vastauksessaan SETA:an, sen paikalliseen järjestöön tai pienryhmiin. Muita järjestöjä/ryhmiä esiintyi 36 vastaajalla ja osakulttuuri 12 vastaajalla. Kaikkein suosituin yksittäinen maininta oli SETA, 80 kpl, ja toisena tulee SEXPO, 28 mainintaa. Homo- ja biseksuaalien omat päihderyhmät tunsivat 16 vastaajaa.

29 vastaajaa (17 % vastanneista) tähdensi, että homo- tai biseksuaalisuus ei sinänsä edellytä ainakaan välitöntä edelleen ohjaamista. Osa heistä totesi, että seksuaalisuus kuuluu niihin asioihin, joita myös päihdehuollossa tulisi voida käsitellä. Yksi ilmoitti, että hänen työpaikallaan (avohoidon yksikkö) oltaisiin valmiita homojen tai lesbojen omien ryhmien perustamiseen, jos niille on tarvetta.

Päihdehuollon ulkopuolisia ammatillisia erityispalveluita tarjosi yhteensä 22 vastaajaa. Niistä 13 toi esille ainoastaan ammatillisia hoidollisia erityispalveluita (psykoterapia, mielenterveystoimisto, yksityinen terapeutti), ja heidän vastauksensa saattoivat heijastaa sairauskeskeistä ajattelua. Yhdeksän vastaajaa mainitsi ammatilliset erityispalvelut yhteisöllisten vaihtoehtojen ohessa. Erityispalveluiden olemassaoloa epäili 16 vastaajaa, joista 11 tarkensi puutteen paikalliseksi ja yksi taas päihdesektoriin liittyväksi. Puolet näistä vastaajista kuitenkin osasi mainita järjestöjen olemassaolon.

79. Luettele homo- ja biseksuaalisten ihmisten keskeisimpiä ongelmia, joita olet työssäsi havainnut.

Kysymys 79 kartoitti päihdehuollon työntekijöiden työssään havaitsemia homo- ja biseksuaalisten ihmisten ongelmia. Kysymykseen vastasi yhteensä 158 henkilöä, ja heistä 11 jätti vastaamatta itse kysymykseen, jolloin ongelmia maininneita oli yhteensä 147. Parhaiten vastanneita ammattiryhmiä olivat johtajat ja päihdeterapeutit, joista 100 % vastasi, sekä sosiaaliterapeutit, joiden vastausprosentti oli 91 %. Heikoiten vastanneita ryhmiä olivat ohjaajat, valvojat ja ryhmä muut, joista vähintään joka kolmas jätti vastaamatta.

Hajotin vastaukset erillisiksi lauseiksi, joista hain keskeiset käsitteet. Niitä tarkasteltuani lajitelin keskeiset maininnat sisältönsä puolesta viiteen pääluokkaan: 1) tunne-elämään ja persoonallisuuteen viittaavat maininnat, 2) identiteettiin ja itsetuntoon viittaavat maininnat, 3) pari- ja perhesuhteisiin viittaavat maininnat, 4) sosiaalisiin suhteisiin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan viittaavat maininnat ja 5) muut maininnat. Kunkin pääluokan jaoin vielä alaluokkiin läjäällä keskenään samantyyppisiä vastauksia. Etsin vastauksista myös eksplisiittisiä tai implisiittisiä olettamuksia ongelmien taustoista tai syistä. Tyypittelin syy- ja taustaolettamukset yhdeksään pääluokkaan: 1) ongelmien näkeminen intrapsykykkisinä ja persoonallisuuden rakenteeseen kuuluvina, 2) ongelmien hahmottaminen homo- ja

biseksuaalien pari- ja perhesuhteista sinänsä poikiviksi, 3) ongelmien paikallistaminen homo- ja biseksuaalien osakulttuureista johtuviksi, 4) ongelmien liittäminen määrälliseen vähemmistöasemaan, 5) sosiaalisen ja kulttuurisen vähemmistöaseman ja siihen liittyvän eriarvoisuuden näkeminen ongelmien taustalla, 6) ongelmien paikallistaminen homo- ja biseksuaalien erityisen identiteettiprosessin eri vaiheisiin, 7) ongelmien liittäminen yhteiskunnan ajankohtaisiin ongelmiin, 8) ongelmien liittäminen HIV-infektioon ja AIDS-ilmiöön ja 9) ongelmien liittäminen päihdeongelman luonteeseen. Koodasin sitten vastaukset siten, että vastaus saattoi tarpeen mukaan saada useampia sisältö- ja kausaalityypipikoodeja. Ohessa vastausten tyypittelyrunko ja mainintojen lukumäärät.

TUNNE-ELÄMÄ JA PERSOONALLISUUS

101	Ahdistus	6
102	Aggressiivisuus / kiukku	3
103	Masennus/alakuloisuus	7
104	Häpeä/syällisyys	14
105	Levottomuus	2
106	Yksinäisyys	16
107	Pelkotilat/epävarmuus (mahd aihe/kohde muissa pääluokissa)	19
108	Tunne erilaisuudesta, poikkeavuudesta	3
110	Vailla positiivisia tulevaisuudennäkymiä	1
120	Mielenterveysongelmat, psyykkiset ongelmat	6
121	Itsemurha-ajatukset, -riski, -yritykset, itsetuhoisuus	4
131	Narsistisuus, pätemisen tarve, ylikorostunut pukeutuminen	4
132	Epävakaa tunne-elämä	2
133	Tunne-elämä liian tärkeä	1
134	Riippuvuusongelmat	1

Tunnetiloja ja persoonallisuuden piirteitä mainitsi yhteensä 66 vastaajaa (45 %)

IDENTITEETTI

200	Identiteettiongelmat	7
201	Biseksuaalisuuteen liittyvä identiteettiongelma	1
202	Identiteetti epävarma, epäselvä, sekava, hämmennys,	9
203	Identiteetti työn alla, kriisi, identiteettiprosessi työläs	3
204	Seksuaalisen suuntautumisensa hyväksymisessä vaikeuksia.	11
205	Seksuaalisuutensa hyväksyminen vaikeaa	3
210	Itsetunto-ongelmat	12
211	Huonommuuden tunne, kokemus poikkeavuudesta	1
213	Ylivaateliaisuus	1
221	Epätietoisuus onko suuntautumiselle syitä	2

Identiteettiin ja itsetuntoon liittyviä ongelmia mainitsi yhteensä 42 vastaajaa (29 %)

PARI- JA PERHESUHTEET

300	Ihmis-/parisuhdeongelmat	13
301	Vaikeus löytää kumppania / parisuhteen puute	17
302	Vaikeus lähestyä kumppania / pelko torjutuksi tulemisesta	3
303	Vaikeus ylläpitää/parisuhdetta, suhteen lyhyys/pinnallisuus, rikkinäisyys	6
310	Hylätyksi tuleminen, parisuhteissa paljon pettymyksiä	1
311	Mustasukkaisuus, parisuhteessa riippuvuusongelmia	10
312	Parisuhteet julmia, riitaisia, kuluttavia, hyväksikäyttöä	2
321	Suhteet vanhempiin, lähisukulaisiin ongelmallisia/poikki	6
322	Avo/aviopuolison vaikeudet	1
331	Sukupuolitautilien pelko	6

Parisuhteisiin ja läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia mainitsi yhteensä 53 vastaajaa (36 %)

SOSIAALISET SUHTEET

401	Ennakkoluuloisuus suhteessa heteroihin, uskomukset muiden uskomuksista	2
402	Erilaisuuteen linnoittautuminen, vetäytyminen/hyökkäävyys, uhma	3
403	Juoruilu ja muiden nälviminen korostunutta	1
404	Sopeutumisvaikeuksia joihinkin yhteisöihin, mm hoidollisiin..	1
410	Eristyminen, sosiaalisten suhteiden luominen vaikeaa, varautuneisuus	12

411	Arkuus suhteessa muihin ihmisiin	9
413	Hyväksytyksi tuleminen, muiden miellyttäminen	2
421	Pieni sulkeutunut ystäväpiiri, vaikeus löytää samaan suuntausta olevia	4
422	Rajoitetut huvittelupaikat / paikkoja sos.kanssak. ilman alkoholia	2
430	Ympäristön suhtautuminen, paine, ristiriita ympäristön kanssa	10
431	Leimatuksi tuleminen, silmätikkuna oleminen, kielteiset asenteet	15
432	Syrjintä/eriarvoisuus/kiusaaminen, sen pelko	15
433	Tuntee itsensä ulkopuoliseksi	1
441	Ei tule ymmärretyksi, ihmisillä liian vähän tietoa, muiden pidättyvyys	4
442	Itsestä kertomisen vaikeus, avoimuuden vaikeus	11
443	Joutuu salaamaan osan itsestään, salailu	16
444	Paljastuminen, ilmitulo.	7
445	Epävarmuus muiden reaktioista, jos asia tulee ilmi	15
446	Yleinen elämän epävarmuus	1
450	Auttamisen halu	1
460	Ristiriidat uskonnollisuudessa/kristillisyydessä, synty syndrooma	2
470	Heteroiden lähentelyt, ahdistelut	2
481	Hoidossa: ongelmia suhteessa muihin asiakkaisiin	1
482	Hoidossa: ongelmia suhteessa työntekijöihin	3
483	Hoidossa: asiakkaalla vaikeuksia asettua hoitoon.	2
484	Hoidossa: hoitopaikkojen kulttuurin kanssa ongelmia	1
Sosiaaliin suhteisiin ja yhteisöihin liittyviä ongelmia mainitsi yhteensä 92 vastaajaa (63 %)		

MUUT

510	Päihdeongelmat (14 %)	21
521	Elämäntapa seksuaalikeskeinen	3
522	Elämäntapa holtiton, heittelehtivä	2
530	Hiv-Aids - Homous -kytkentä	1
540	Samat ongelmat kuin heteroilla, ei erityisiä ong. (15 %)	22
550	Asenteellinen kysymys	1
560	Ei anna vastausta itse kysymykseen	11

Muita huomautuksia (lukuunottamatta kohtaa 560) antoi yhteensä 46 vastaajaa (31 %)

SYY- TAI TAUSTAOLETTAMUS ONGELMASTA

1	Ei olettamusta	35
2	Intrapsyykinen, "homoseksuaaliseen persoonallisuuteen" liittyvä	36
3	Pari- ja ihmissuhteisiin liittyvä	27
4	Osakulttuuriin liittyvä	5
5	Sinänsä määrälliseen vähemmistöasemaan liittyvä	8
6	Sosiaaliseen ja kulttuuriseen vähemmistöasemaan ja syrjinnän pelkoon liittyvä	67
7	Identiteettiprosessiin ja sen vaiheisiin liittyvä	11
8	Yhteiskunnalliseen tilanteeseen liittyvä	2
9	HIV-infektioon ja AIDS-ilmiöön liittyvä	4
10	Päihdeongelmaan liittyvä.	3
Eksplisiittisiä tai implisiittisiä syy- ja taustaolettamuksia ongelmille paikallistin yhteensä 112 vastauksesta (76 %)		

Taulukko: kysymykseen 79 annettujen vastausten tyypittelyrunko ja frekvenssit.

Tunne- ja persoonallisuusongelmia sisältäneistä vastauksista 12 ei saanut mitään syyolettamusluokkaa, 14 vastausta hahmotti ongelmat intrapsyykkisiksi ja 17 hahmotti ne sosiaaliseen ja kulttuuriseen vähemmistöasemaan kytkeytyviksi. 18 vastausta sai useampia taustaolettamuskodeja. Identiteetti-kehityksen eri vaiheita tarkasteli tässä yhteydessä yhteensä kuusi vastaajaa. Pari- ja perhesuhdeproblematiikan tai parisuhteen puuttumisen maininneista 21 (40 % tähän kysymykseen vastanneista) liitti ongelman homo- ja biseksuaalien vähemmistöasemaan yhteiskunnassa.

Identiteettiongelmaa maininneista kahdeksan hahmotti ongelmat yksinomaan intrapsyykkisinä prosesseina, 12 liitti ne yksinomaan vähemmistöasemaan ja 18 vastaajaa mainitsi useita taustaolettamuksia. Kiinnitin huomiota siihen, että identiteettikysymystä pohdittiin yleensä melko ylimalkaisesti, ja sain sen vaikutelman, että päihdehuollon työntekijöillä ei ole käytettävissään käsitteitä, joilla eritellä

identiteettiproblematiikkaa monipuolisesti.

Vastaajat paikallistivat kaikkein eniten sosiaalisiin suhteisiin ja yhteisöihin liittyviä ongelmia. Merkittävien alaryhmittymä muodostui niistä maininnoista, joissa käsitellään leimautumista, syrjityksi tulemistä, yhteiskunnan paineita, salaamista, ilmitulon ja sen seuraamusten pelkoa sekä ulkopuolisuutta. Tämän tyyppisiä mainintoja löytyi kaikkiaan 74 vastauksesta. Seitsemän vastaajaa piti sosiaalisia ongelmia itseaiheutettuina (*"omat ennakkoluulot heteroita kohtaan"* ja *"linnoittautuminen omaan erilaisuuteen"*) ja 21 piti homo- ja biseksuaaleja sosiaalisesti arkoina, varautuneina ja vetäytyvinä tai liiaksi muiden ehdoilla toimivina. Uskontoon liittyviä ongelmia mainittiin kahdessa vastauksessa (kirkko- ja homoseksuaalisuus -keskustelu ei ollut ajankohtainen kyselyn aikana). Hoitotilanteisiin liittyviä sosiaalisia ongelmia mainittiin kahdeksassa vastauksessa.

Muista kommenteista yleisin, 22 kpl, oli, että homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden ongelmat eivät ole juurikaan poikenneet heteroseksuaalisten ihmisten ongelmista. Neljä vastajaa oli taas kommentoinut homoseksuaalisten asiakkaiden elämäntapaa todeten sen seksuaalikeskeiseksi ja/tai holtittomaksi. 21 vastauksessa mainittiin päihdeongelmat; osassa todettiin, että päihdehuollon asiakkaillahan niitä tietysti on, ja noin puolessa näistä vastauksista saattoi päätellä, että vastaaja todennäköisesti tarkoitti sitä, että päihdeongelmat ovat homo- ja biseksuaalien keskuudessa keskimääräistä yleisempiä.

Syy- ja taustaolettamuksista useimmin esiintyi olettaus ongelmien kytkeytymisestä sosiaaliseen ja kulttuuriseen vähemmistöasemaan, 67 kpl, ja toiseksi yleisin oli olettaus ongelmien intrapsyykkisestä ja persoonallisuuden rakenteen liittyvästä luonteesta, 36 kpl. 27 vastauksessa ongelmia kytkettiin homo- ja biseksuaalien parisuhteiden erityisyyteen. 79 vastauksesta tunnistin vain yhdentyyppisen kausaatiolettamuksen ja 36 vastauksesta vähintään kaksi eri tyyppistä kausaatiolettamusta. Ongelmat intrapsyykkisinä esittäneistä 21:llä se esiintyi ainoana selitysmallina, ja lopuilla oli mukana muitakin ongelmamalleja: parisuhteiden luonne (8 kpl), vähemmistöasema (5 kpl). Niistä vastauksista, joista paikallistin näkemyksen ongelmien kytkeytymisestä sosiaaliseen ja kulttuuriseen vähemmistöasemaan, 44:ssä se oli ainoa syyolettaus. Ongelmien yhteyksiä identiteettiprosessiin paikallisti yhteensä 11 vastaajaa, joista kolme ei tuonut esille muita olettamuksia. Yllättävän vähän ongelmia kytkettiin aidsiin (4 kpl) tai osakulttuureihin (5 kpl).

Tarkistin sen, oliko iällä, koulutuspohjalla tai ammattiryhmällä yhteyksiä siihen, missä määrin ongelmille annettiin a) "homoseksuaaliseen persoonallisuuteen" tai homojen ja lesbojen parisuhteisiin liittyviä ja b) vähemmistöasemaan, syrjinnän pelkoon, osakulttuuriin ja identiteettiprosesseihin liittyviä taustaolettamuksia. Sukupolvien välillä oli selvä ero siinä, missä määrin homoseksuaalien ongelmia selitettiin persoonallisuuden tai parisuhteiden patologialla; alle 40 vuotiasta 17 % ja 40 vuotta täyttäneistä 44 % käytti tätä selitysmallia. Vastaavasti sosiaalisia tekijöitä selitysmalleissaan alle 40 vuotiasta käytti 53 % ja 40 vuotta täyttäneistä 44 %.

Koulutustaustoista valitsin tarkasteluun terveydenhuollon ja sosiaalityön sektorit. Tässäkin jaottelussa löytyi selvä ero siinä, missä määrin ongelmien taustalle oletettiin persoonallisuuden tai parisuhteiden patologiaa. Sosiaalialan koulutuksen saaneet mainitsivat niitä huomattavasti harvemmin (24 %) kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneet (41 %) tai muun koulutuspohjan (34 %) omaavat. Tämä ero katoaa, kun taustamuuttujaksi otetaan ammatti. Sosiaalialan ammattilaiset luettelivat ongelmien taustalle yllättäen muita useammin persoonallisuuden ja parisuhteiden patologiaan liittyviä olettamuksia (50 %). Selitys löytyy siitä, että

sosiaalialan tehtävissä on paljon muun alan koulutuksen saaneita. Sosiaalialan ammattilaisiksi luokiteltiin 59 vastaajaa (sosiaaliterapeutit, johtavat sosiaaliterapeutit, sosiaalityöntekijät), ja heistä 30 % oli saanut muun kuin sosiaalialan peruskoulutuksen (14 % diakoneja tai diakonisoja, 7 % terveydenhuollon koulutuksen saaneita ja 10 % muita). Yksilö- ja parisuhdepatologian maininnat painottuivat heille tämän ammattiryhmän sisällä. Tarkistin eri koulutuksen saaneiden ikäryhmäjakaumat; ne eivät poikenneet olennaisesti toisistaan eivätkä selitä edellä mainittua eroa. Erot koulutustaustassa eivät tuottanut suuria eroja siinä, miten usein ongelmien taustalla nähtiin sosiaalisia tekijöitä (49–54 % koulutusryhmittäin).

80. *Mitä ongelmia liittyy homo- ja biseksuaalisten ihmisten kanssa tehtävään terapia- ja neuvonta-työhön.*

80 % vastaajista, 150, vastasi tähän kysymykseen. Johtajista, vastaavista sosiaaliterapeuteista ja päihdeterapeuteista kaikki vastasivat tähän kysymyksiin. Osastonhoitajista, valvojista ja ryhmästä muut vähintään joka kolmas jätti vastaamatta. Edellisten kysymysten tapaan hajotin ensin vastaukset erillisiksi lauseiksi, tyypittelin ne ja sen jälkeen koodasin vastaukset tyypittelyn mukaisiin luokkiin.

Tyypittelyyn tuli kuusi pääluokkaa:

1. en osaa sanoa, en tiedä (26 vastauksessa),
2. ei erityisiä ongelmia (40 vastauksessa),
3. työntekijään liitettyjä ongelmia (70 vastauksessa),
4. asiakkaaseen liitettyjä ongelmia (20 vastauksessa),
5. työyhteisöön ja hoitomenetelmiin liitettyjä ongelmia (6 vastauksessa) ja
6. ratkaisuehdotuksia (16 vastauksessa).

27 % vastanneista oli sitä mieltä, että homo- ja biseksuaali en kanssa tehtävään terapia- ja neuvonta-työhön ei liity erityisiä ongelmia. Kymmenen näistä vastaajista totesi kuitenkin, että näin on pääsääntöisesti, mutta on erityistilanteita, joissa voi syntyä ongelmia, tai että työntekijän on täytettävä tietyt ehdot, jotta ei syntyisi ongelmia.

47 % vastanneista liitti ongelmat työntekijöihin. Heidän mielestään työntekijän tiedoissa (38 kpl), mahdollisuuksissa ymmärtää homo- ja biseksuaalisia asiakkaita (13 kpl), tunne-elämässä (15 kpl) tai asenteissa (18 kpl) voi olla tekijöitä, jotka muodostuvat ongelmiksi työskenneltäessä homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden kanssa. Ymmärtämiseen liittyviä ongelmia kuvattiin näin:

- *Työntekijä kokee olevansa vieraalla alueella, missä hän ei ole yhtä vapaa liikkumaan kuin tavallisesti*
- *...ei pysty riittävästi samastumaan asiakkaiden tilanteisiin*
- *...asennemaailma ja/tai parisuhteet saattavat tuntua vieraalta*
- *...ei ole riittävästi kokemuksellista yhteyttä heidän elämäänsä*

Epämiellyttävien tunteiden joukosta löytyivät epävarmuus, hämmennys, pelot, omat vastatunteet, ahdistus, haluttomuus kohdata ja häveliäisyys. Ongelmallinen suhde omaan seksuaalisuuteen merkitsi joko sitä, että työntekijä ei tunne omaa seksuaalisuuttaan, tai hän ahdistuu, kun oma seksuaalisuus tulee kosketetuksi. Yhdeksässä vastauksessa todettiin, että työntekijän ongelmana saattaa olla luottamuksen aikaansaaminen homo- ja biseksuaalisiin asiakkaisiin. Joiltakin se voi onnistua toisia paremmin, mutta kaikilta se vaatii tavallista enemmän aikaa. Neljässä vastauksessa ongelmat liitettiin siihen, että työntekijä on hoitanut joko liian harvoja tai liian harvoin homo- ja biseksuaalisia asiakkaita, ja siihen liittyen hoitosuhteessa on ylimääräistä jäykkyyttä ja kömpelyyttä.

Vastaajasta 13 % mainitsi homo- ja biseksuaalisiin asiakkaisiin liitettyjä ominaisuuksia, jotka hankaloittavat hoitotyötä. Tässä pääluokassa yleisin ongelma näytti olevan asiakaan vaikeus puhua omasta suuntautumisestaan (9 kpl). Neljässä vastauksessa todettiin, että asiakkaat voivat olla varautuneita, kun eivät tiedä etukäteen työntekijän asennetta suhteessa homoseksuaalisuuteen. Kolmessa vastauksessa todettiin, että hoitoon kiinnittyminen ja/tai hoito voi olennaisesti vaikeutua siitä, että asiakas ei ole hyväksynyt tai selvittänyt omaa suuntautumistaan. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että homo- ja biseksuaalien hoidon ongelmat johtuvat ko. asiakkaiden patologisuudesta:

- ...käytös on liian heittelevää.
- ...heidän seksuaalisuutensa on vaikeasti problematisoitunut.
- ... heiltä puuttuu motivaatio suuntautumisen muuttamiseen.
-heidän asennoitumistapansa aiheuttavat ongelmia ryhmätilanteissa.

Kolmessa vastaajaa piti hoitotyön ongelmana sitä, että tätä aihetta on vaikea käsitellä hoitopaikkojen työryhmissä.. Yhdessä vastauksista arveltiin, että homoparit jäävät hoitomenetelmissä huomiotta, ja yhdessä taas, että hoitojaksot ovat liian lyhyitä asian käsittelyyn. Kahdessa vastauksessa todettiin, että yhteiskunnan asenteista johtuen näillä asiakkailla on muita enemmän ongelmia, mikä sitten vaikeuttaa hoitoa.

Vastaajista 16 (11 %) esitti omaehtoisesti ongelmille ratkaisuja. Viisi totesi, että ympäristön asenteita tulisi muuttaa. Luottamuksellisuuden rakentamiseen satsaaminen oli viiden mielestä edellytys ongelmien ratkomiselle. Kaksi ehdotti työnohjausta ja yksi työntekijän omaa terapiaa. Työntekijän itsensä kanssa työskentely mainittiin kolmessa vastauksessa ja tiedon hankkiminen kahdessa. Yksi vastaajista korosti salassapitovelvollisuuden ehdotonta noudattamista.

81. Millaista koulutusta päihdehuollon työntekijät mielestäsi tarvitsevat pätevätyäkseen työskentelemään homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden kanssa?

Tähän kysymykseen vastasi 162 henkilöä, 86 % kyselyyn osallistuneista. Kaikki vastaavat sosiaaliterapeutit, päihdeterapeutit ja perheterapeutit vastasivat tähän kysymykseen, samoin 94 % sosiaaliterapeuteista. Lääkäreistä joka kolmas jätti vastaamatta.

Olen luokitellut vastauksissa esiintyneet toteamukset neljään pääluokkaan:

1. ei tarvetta erityiseen koulutukseen -toteamukset (20 vastausta),
2. pätevätyksen sisältöön liittyvät toteamukset,
 - 2.1. asenteet (36 vastausta),
 - 2.2. itsetuntemus (18 vastausta),
 - 2.3. tieto (102 vastausta),
3. pätevätyksen toteutustapaan liittyvät vastaukset (75 vastausta) ja
4. en osaa sanoa -vastaukset (10 vastausta).

"Ei tarvetta erityiseen koulutukseen" - vastauksista puolet sisälsi asenteisiin, itsetuntemukseen tai ammattitaitoon liittyviä ehtoja pätevälle työntekijälle. Olen ottanut huomautukset mukaan pätevätyksen sisältökommentteihin. Vastanneiden joukossa ylliedustettuina olivat avohuollon työntekijät, sosiaaliterapeutit, ikäryhmä 40–49v ja ne, jotka ovat saaneet koulutuksessa riittävästi tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta. Asennemittareilla (stereotyyppinen ajattelu, tasavertaisuus, homofobia, syyhoito) mitattuna tämän ryhmän

keskiarvot olivat hyvin lähellä koko otoksen mediaaneja. Joissakin vastauksissa perusteltiin miksi erityinen koulutus ei ole tarpeen:

- *Seksuaalisuus/seksuaalinen suuntautuminen eivät ole peruste erityiselle koulutukselle.*
- *Ei ole hyvä jakaa asiakkaita erillisryhmiin.*
- *Menee liian kauas varsinaisesta työtehtävästä.*
- *Normaalit hoitotyön taidot riittävät.*

Asenteelliset valmiudet maininneista puolet toi esille yleensä suhteet asenteisiin: *tarvitaan tutustumista omiin asenteisiin, asennekasvatusta- tai -valistusta tai asennemuokkausta*. Toivottuja/vaadittuja asennoitumistapoja olivat *avoimuus, ennakkoluulottomuus, tasavertaisuus, hyväksyminen, halu ymmärtää erilaisia, joustavuus, sallivuus, luonteva suhtautuminen, suvaitsevaisuus, tabujen romuttaminen, empaattisuus ja rohkeus*. Asenteellista valmiutta maininneiden joukossa aliedustettuina olivat lääkärit (0) ja ohjaajat (8 %) ja yliedustettuina taas osastonhoitajat (42 %) ja johtajat (57 %).

Itsetuntemukseen viitanneista enemmistö otti esille *omaan seksuaalisuuteensa tutustumisen tai sen tiedostamisen*. Muita vastauksia olivat *oman itsen tunteminen, oma identiteetti kunnossa, omiin tunteisiin tutustuminen, oman seksuaalisuuden hyväksyminen ja tutustuminen itseensä auttajana*. Sairaanhoidajat mainitsivat selvästi muita useammin itsetuntoon liittyvää pätevyitymistä.

Tiedon tarve oli useimmin mainittu osio pätevyitymisessä homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden hoitamiseen. Näistä vastauksista puolet oli sellaisia, joissa tiedon tarve mainittiin melko yleisellä tasolla erittelemättä tiedon kohdetta: *tietoa yleensä, yleistietoa, infoa, asiatietoa, asiallista tietoa, neutraalia tietoa, tutkimustuloksia, kokemuksellista tietoa ja taitoja sekä käytännöllistä tietoa*. Noin puolessa vastauksista mainittiin niitä alueita, joilta tietoa haluttiin. Useimmin haluttiin tietoa seksuaalisuudesta: *yleensä seksuaalisuudesta, ihmisen psykoseksuaalisesta kehityksestä, seksuaalisen identiteetin kehityksestä, erilaisista seksuaalisista suuntautumisista, seksuaalisuuden kohtaamisesta, seksuaalisesti poikkeavien kohtaamisesta ja seksuaaliongelmista ja niiden hoitamisesta*. Noin joka neljäs kysymykseen vastanneista halusi koulutukseen tietoa nimenomaan homo- ja biseksuaalisuudesta: *homo- ja biseksuaalisuudesta, homo- ja biseksuaaleista ja heidän ongelmistaan, kokemustietoa heidän elämästään, arkipäiväisistä asioista, homo- ja biseksuaalisuuden syistä, homo- ja biseksuaalisesta käyttäytymisestä, vähemmistöasemaan liittyvistä ongelmista, heidän päihdeongelmistaan, parisuhteista, laista ja asetuksista sekä seksuaalisen identiteetin erikoisuuksiin liittyvistä psyykkisistä ja sosiaalisista käyttäytymisongelmista*. Tietoa nimenomaan homo- ja biseksuaalien kanssa tehtävästä hoitotyöstä halusi koulutukseen 13 vastaajaa: *homo- ja biseksuaalien kanssa tehtävä hoitotyö, miten auttaa puhumaan seksuaalisesta suuntautumisesta, mitä tehdä transferenssin/vastatransferenssin kanssa, millaista tukea asiakas tarvitsee, ryhmätilanteita varten, miten vaikuttaa muiden asiakkaiden asenteisiin yhteisössä, miten vaikuttaa enemmistön ja vähemmistön tunnekonfliktiin, yhteisasumisen vaikutukset ja aidsin huomioon ottaminen hoitotyössä*.

Koulutus oli useimmin mainittu keino pätevyitä, olihan se mainittu jo itse kysymyksessäkin. Koulutuksen maininneista 15 ei eritellyt koulusta sen tarkemmin. 29 vastaajaa mainitsi erillisen koulutustilaisuuden, jonka kesto saattoi vaihdella muutamasta tunnista useamman päivän seminaareihin tai menetelmäkoulutukseen pidemmällä aikavälillä. Yhdeksässä vastauksessa toivottiin, että kouluttaja tulisi SETA:sta tai olisi itse homo- tai biseksuaali. Seksuaaliterapeutin koulutuksen tai seksologian kurssin mainitsi 10 vastaajaa, ja viiden mielestä pätevyitymiseen tarvitaan pidempi

terapeuttinen koulutus: perheterapiakoulutus, vankka psykoterapiakoulutus, analyyttinen psykoterapiakoulutus, psykiatrin koulutus, terapeutin koulutus.

Muita pätevytyksen keinoja mainittiin harvakseltaan: kirjallisuuteen tutustuminen (3 kpl), oma terapia (6 kpl), työnojaus (3 kpl), käytännön työkokemus (2 kpl), osakulttuureihin ja ko ihmisiin tutustuminen arkipäivän olosuhteissa (5 kpl), harjoittelu SETA:ssa (2 kpl) ja eettinen pohdiskelu (1 kpl).

7.4. Haastattelututkimus asiakkaiden keskuudessa

Haastateltavista kuusi otti minuun yhteyttä SETA:n AA-ryhmiin jättämäni ilmoituksen perusteella, yksi tuli SETA:n juomisen itsehallintaryhmän kautta (jonka ohjaajana toimin) ja kaksi olin poiminut A-klinikan asiakkaista, joista toiseen minulla oli ollut aktiivinen hoitosuhde ja toista olin tavannut oman terapeutin loma-ajan sijaisena. Haastattelujen kesto oli noin 60–90 minuuttia. Litteroin itse kaikki haastattelut, ja sen jälkeen ne pyyhittiin pois nauhoilta.

Osan haastateltavista tunsin etukäteen joko terapiatyön tai järjestötoiminnan kautta. Jotkut haastateltavista (3 kpl) kertoivat haastattelun lopussa käyttäneensä haastattelua osana omaa hoitoaan. He odottivat saavansa käsitellä sellaisia kysymyksiä, jotka auttaisivat selvittämään asioita. Jotkut taas (3 kpl) toivat esille sen, että heitä motivoi haastatteluun ajatus, että päihdehuollon työntekijöille ja muille asiakkaille voisi olla siitä hyötyä. Haastateltavien vastauksia tulkittaessa on otettava huomioon se, että 78 % haastatelluista oli pohtinut päihteiden käyttöään AA- tai NA-ryhmissä ja sama määrä oli keskustellut toistuvasti homo/biseksuaalisuudestaan jossakin SETA:n toimitiloissa kokoontuvassa ryhmässä.

Sosiaaliset taustamuuttajat

Naisista kaksi sijoittui ikäryhmään 20–29 v., kolme ikäryhmään 30–39 v. ja yksi ikäryhmään 40–49 v. Miehistä yksi sijoittui ikäryhmään 30–39 v. ja kaksi ikäryhmään 40–49 v. Naisten ja miesten ikäjakautuksen ero sopii yhteen sen kanssa, että naiset yleensä hakeutuvat miehiä nuorempina selvittämään ongelmiaan. Naisten joukossa oli kaksi opiskelijaa, yksi itsenäinen yrittäjä, yksi työtön ammattitaitoinen työntekijä, yksi toimihenkilö ja yksi oli juuri siirtymässä työkyvyttömyydestä työnhakijaksi. Miesten joukossa oli yksi yrittäjä ja kaksi toimihenkilöä, joista toinen oli työttömänä. Yksi haastateltavista oli syntynyt Uudenmaan läänin ulkopuolelta ja muutti Helsinkiin koulujen päätyttyä. Kaikki muut olivat syntyneet pääkaupunkiseudulla tai melko lähellä sitä ja asuivat nyt pääkaupunkiseudulla.

Identiteetit

Pyysin haastateltavia kertomaan, minkälaisia identiteettejä heillä oli, ja sen jälkeen pyysin arvioimaan niiden tärkeysjärjestystä. Yhdeltä kysyin vain seksuaalisuuteen liittyvää identiteettiä, mutta haastattelun kuluessa hän kertoi myös muista samastumisistaan; hänen kohdallaan olen itse koettanut arvata tärkeysjärjestystä. Ilmeisesti haastattelun teemasta johtuen neljä vastaajista keskittyi puhumaan tässä yhteydessä vain seksuaalisuuteen liittyvistä identiteeteistä, kahdelle heistä kysymys itsensä määrittelemisestä oli aluksi hämmäntävä. Naisista kolme samastui lesboiksi, mutta kahdella heistä oli kuitenkin varauksia ahtaita luokitteluja vastaan. Kaksi määritti itsensä lesboksi, jolla on tai saattaa olla biseksuaalisiakin taipumuksia, ja yhdellä oli biseksuaalinen identiteetti, jonka hän koki keskeneräisek-

si. Miehistä yksi samastui homoksi, yksi homoseksuaaliksi, jolla voi syttyä tunteita myös naisiin, ja yksi vahvasti homoseksuaalisuuteen päin kallellaan olevaksi biseksuaaliksi. Seksuaalisuuteen liittyvä identiteetti sijoittui eri identiteettien merkityksellisyysjärjestyksessä kärkipäähän 1.–2. sijalle. Viisi mainitsi tässä yhteydessä myös muita samastumisryhmiä. Kaksi vastaajista mainitsi toipuneen tai raitistuneen alkoholistin tai narkkarin identiteettiin, ja heille se oli sillä hetkellä kaikkein merkityksellisin. Yksi mainitsi alkoholiongelmiaan liittyvän identiteetin yhtenä merkityksellisistä. Yhdelle miehistä koulutus, työ ja sosiaalinen status olivat olennainen osa minäkuvaa, yhdelle naisista naisidentiteetti oli keskeisin ja yhdelle miehistä isyys tuli kolmanneksi. Yksi miehistä mainitsi ironisesti virallisen siviilisäädyn, koska häntä pitkästä parisuhteesta huolimatta virallisesti ja sukulaisten puheissa pidettiin "naimattomana" poikamiehenä, mikä oli ristiriidassa koetun identiteetin kanssa. Ohessa vastaukset kysymykseen *"Millaisia identiteettejä Sinulla on, mihin ihmisryhmiin samastut?"*

- *Lähinnä lesbo, kyllä. Jos otetaan se skaala niin jotakin 95 %. Joskus ollut lyhytaikasia miessuhteita, nuorena siis, kokeilumielessä lähinnä. Hyvin tota noin lyhytaikaisia.* (N)

- *Itselleni mä olen vaan minä, mutta sosiaalisissa ympyröissä, jotta se olisi helpompaa jutella ja näin niin käytetään jotain nimikkeitä, eli kyllä mä käytän sanaa lesbo* (N)

- *No mä en mielelläni käyttäis näitä seksuaalisuusjuttuja, mä pidän itseäni lähinnä lesbona, tai mä pidän itseäni lesbona. Mutta en mielelläni sillain koska se viittaa pelkästään siihen seksuaalisuuteen. Ihminen kuitenkin on kokonaisuus. Mut jos jollain täytyy itseään kuvata tätä mun omaa olemustani, niin kyllä mä olen lesbo.* (N)

- *Se olikin hyvä, että minkälaisia identiteettejä. Oikeastaan mulla on.. No tietysti joo, mä olen nainen ja ensisijaisesti lesbo mutta voin kyllä ajatella olevani myös biseksuaali. Siinähan ne.* (N)

- *Alkoholisteihin, narkomaaneihin. Lesboyhteisöön, toisaalta se on epäselvää mulle vielä, mä pidän myös miehistä. Mä vähän haen itseäni. Moneen yhteisöön samastun. ["Mikä näistä on sulle päällimmäinen?"] No päällimmäinen on tämän päihde..päihdistä..., oikeastaan sanotaan nyt entisiin käyttäjiin. .. Ja siten lesboyhteisöön.* (N)

- *No mulla on aika kesken tämä identiteettiprosessi, sikäli mä kyllä olen biseksuaali. Nyt kun mä olen lopettanut juomisen niin olen ruvennut käymään enemmän naisten paikoissa. /.../ - Mä olen sitä miettinyt mutta toisaalta mä olen toisaalta tajunnut sen, että mä haluan olla vapaa. Leimautumatta silleen. Musta on hirveen kivaa niinkuin. ... Tietysti jos mä alan seurustelemaan jonkun naisen kanssa, mulla ei ole mitään sitä vastaan, että mut leimataan lesboksi. Sukulaisia enemmänkin - niiden reaktioita pelkään.* (N)

- *Alkoholisti....koen olevani homoseksuaali..., siinä on ne tärkeimmät, suurimmat..., isä, ["Voiko noita panna järjestykseen keskenään?"] No tota mun elämän onnellisuutta ajatellaan niin kyllähän mun raittius on kaiken a ja o. Se on ihan selvä juttu. Että se kyllä nousee ykköseksi... [mietti] Homo ja homo..., kun mä vieläkin ajattelen, että mä olen seksuaalinen ihminen R., mä olen vain seksuaalinen. Tietyn tyyppinen tyttökin joka pukeutuu tietyllä tavalla ja on iloinen niin mä tunnen siihenkin jotain tiettyä.* (M)

- *...niin sitten ainakin biseksuaali, enemmänkin homoseksuaali, käyttäydyn niinkuin bi'kin, jos puhutaan niistä seksimääritelmistä... ["Kumpi sulla painottuu enemmän biseksuaalisuudessa hetero- vai homopuoli?"] Kyllä se homoseksuaalisuuteen kallistuu. Mutta ehkä se on yhteiskunnan paineet, että pitää näyttää heteroseksuaaliselta ulospäin.* (M)

- *Ainakin mä olen homoseksuaali, kun mä olen pitäytynyt vain yhteen sukupuoleen. Sitten mä koen olevani [viittaa koulutukseensa]. Koen olevani (...) [viittaa sosiaaliryhmäänsä] tai (...) [viittaa ammattiinsa]. Sitten mä kuitenkin koen olevani naimaton mieshenkilö, joka lähestyy keski-ikää, vaikka olen ollut parisuhteessa (...) vuotta, mutta kaikkiin papereihin pannaan naimaton. Vaikka naitu on... [mietti] ...Ehkä voisi tuohon lisätä, että on jonkinasteinen alkoholiongelma kun tuntuu joka päivä maistuvan. Se askarruttaa mieltä. Tuntuu, että sen kanssa on tullut vahingossa sinuiksi jo. Ettei enää oikein muista millaista oli elämä ennen sitä.* (M)

Analyysin yhteydessä poimin ylös myös ne haastattelun kuluessa esille tulleet merkityksellisiksi koetut samastumiset, joita ei tullut esille itse identiteettikysymykseen vastattaessa. Kaksi naista jäsensi alkoholistin identiteetin hyvin keskeiseksi osaksi elämäänsä, kahdelle naiselle nykyiseen ammattiin tai

työssä käymiseen liittyvä identiteetti tuli esille useampaan otteeseen, yhdellä naisista tuleva ammatti jäsensi minäkuvaa, yksi samastui onnellisena opiskelijoihin ja yksi korosti työttömyyteen liittyvää identiteettiään. Yhden miehen kertomuksessa miesidentiteetti tuli toistuvasti esille, ja kun sitten kysyin sen merkitystä, hän totesi sen puolustamisen vaikuttaneen paljonkin hänen valintoihinsa, ja sen rinnalle löytyi ammattiin ja sosiaaliseen statukseen samastuminen. Yksi puhui ohimennen isyyteen liittyvästä identiteetistään, mutta kysyessä hän totesi sen merkityksen vähäiseksi lasten kasvettua aikuisikään ja alkoholin käytön sotkettua suhteita.

Seksuaalisuuteen liittyvän identiteetin kehitys

Pyysin kutakin vastaajaa kertomaan, minkälaisia kehitysvaiheita hän muistaa oman seksuaalisen identiteettinsä kehityksessä, oliko hänellä nuorena erilaisuuden tuntemuksia ja milloin ja mikä oli ensimmäinen aiheeseen liittyvä tapahtuma, tuntemus tai ajatus. Nyt jälkikäteen ajateltuna kysymykse- ni ohjasi vastauksia samaan muottiin, jolloin yksilölliset strukturoinnit jäivät piiloon.

Lapsuuteensa voimakkaita tai melko voimakkaita erilaisuuden tunteita liitti kolme myöhemmin lesboiksi samastunutta naisista, joilla murrosiässä sitten esiintyi hankalaksi koettuja kysymyksiä identiteetistä. Juuri näillä naisilla alkoholin ongelmallinen käyttö alkoi hyvin nuorena. Yksi lesboksi samastuneista naisista oli ollut lapsena poikamainen. Kaksi miehistä totesi lapsuutensa hyvin tavalliseksi, ja yksi, heistä vahvimmin homoseksuaalisuuteen myöhemmin identifioitunut, tunnisti murrosiässä "sellaista erilaisuutta, joka ei ole ohimenevää vaan johon oli vain sopeuduttava". Kaikkien kertomuksissa oli kuvauksia nuoruusiän tunteista samaan sukupuoleen tai aavistuksista sellaisista. Osalla ne olivat kestävämpiä ja osalla hetkellisiä. Identiteetin määrittely tapahtui, yhtä poikaa lukuunottamatta, 4–17 vuotta myöhemmin.

Naisista neljällä oli nuoruuden ja/tai varhaisaikuisuuden aikana pidempi parisuhde miehen kanssa. Seurustelu poikien kanssa "kuului asiaan" ja osalla nimenomaan alkoholin käyttöön. Miehistä kaksi oli ollut naimissa, ja kummallakin oli siihen liittyen lapsia. Toinen miehistä meni naimisiin odottamatta suurempia rakkauden tuntemuksia. Hän ei halunnut jäädä poikamieheksi, se piti torjua. Toisella taas oli hyvin toimiva seksisuhde vaimonsa kanssa ennen avioliittoa ja hän halusi olla raavaan miehen maineessa.

Miehistä yksi määritti identiteettinsä itsekseen jo hyvin nuorena kiinnitettyään huomiota tunteisiinsa ja etsimällä identiteettielementtejä mm. televisio-ohjelmista. Hän otti identiteettinsä "kohtalonaan" ja alkoi toteuttaa sitä jo melko nuorena. Hän suunnitteli tulevaisuutensa niin, että hänellä oli mahdollisuus päästä homoyhteisöjen lähelle. Kaksi miestä alkoi rakentaa homo/biseksuaalista identiteettiään myöhemmin aikuisuudessa, avioliiton aikana. Heillä ennätti olla useita seksisuhdetta miesten kanssa, ennen kuin he alkoivat tietoisemmin pohtia omaa identiteettiään. Sen jälkeen toisen identiteettiprosessi oli melko lyhyt ja elämää rikastuttava. Hänellä sitä edelsi alkoholiksi samastuminen AA:n kautta, vahva rakastuminen ja myöhemmin yhteydenotto SETA:aan, ja näin hän vapautui homoseksuaalisuuteen liittyvistä häpeän tunteistaan. Toisella miehistä identiteettiprosessi oli pitkä ja tuskallinen ja siihen liittyi runsaasti oman aseman ja miehisyyden menettämisen pelkoa ja alkoholin käyttöä.

Naisista yksi samastui ongelmitta lesboksi noin 20-vuotiaana nuoruuden aikaisia tunteitaan tutkittuaan, hakeuduttuaan seksuaalivähemmistöyhdistyksen illanviettoon ja päästyään mukaan naisporukoihin, ja hänelle lesbon identiteetti oli pääosin myönteinen. Yksi naisista päätyi biseksuaalin identiteettiin

hieman edellistä myöhemmin myös tunteitaan tutkimalla ja puhumalla asiasta ammattiauttajan kanssa sekä naisten oma-apuryhmissä. Häinkin pitää identiteettiään elämänsä rikastuttavana, mutta sen saavuttamista työläänä. Kolme naisista identifioitui voimakkaan rakkaus/seksisuhteen kautta, ja yksi rupesi miettimään identiteettiään hyvältä tuntuneen seksisuhteen jälkeen. Homo- tai biseksuaalisuuteen liittyvän identiteetin jäsentäminen ensimmäisen lesbosuhteen jälkeen oli kolmelle naisista melko nopea ja mutkattomalta vaikuttava prosessi; se ajoittui varhaisaikuisuuteen, ja kahdella siihen liittyi suhde naiseen, jolla oma naissuhteisiin liittyvä identiteetti oli melko vahva, ja yhdellä oli muita mahdollisuuksia puhua tunteistaan. Yhdellä heistä lähiympäristö oli tiedostanut asianomaisen tunteet ennenkuin hän itse huomasi mistä pitää. Kahdella tunne-elämä oli raitistumisen myötä sillä tavoin herkistynyt, että myös miehet herättivät vetoa. Se koettiin toisaalta iloisena ja toisaalta sekoittavana asiana. Kaikki lesbot liittyivät lesboidentiteettiinsä hyvin voimakkaat, syvät ja raskaatkin naissuhteet. Niiden rinnalla miehiin suuntautuminen tuntui johtavan toisenlaisiin, yksinkertaisiin, ehkä pinnallisiin rooleihin. Yhdellä naisella identiteetin jäsentäminen oli tuskallinen, pitkä, mutkikas, alussa hyvin yksinäinen ja osin keskeneräinen prosessi, joka alkoi nuoruusiän rakkaussuhteesta tyttöön, joka ei voinut hyväksyä omaan seksuaalisuuttaan. Hän on myöhemmin käyttänyt ammattiauttajan ja lesbojen/binaisten oma-apuryhmän apua identiteettinsä jäsentämisessä ja kokenut sen hyvin rikastuttavana prosessina.

Sosiaalinen verkosto ja avoimuus

Haastateltavista neljä eli yksin, yhdellä oli tiivis homoseksuaalinen seurustelusuhde ja kaksi asui samaa sukupuolta olevan rakastettunsa kanssa ja kahden kertomuksessa tämä asia ei tullut esille. Miehet ja naiset eivät olennaisesti poikenneet tässä toisistaan. Yksi koki suurta yksinäisyyttä elämässään, ja hänen elämäntavassaan oli tapahtunut hiljakkoin suuria muutoksia eikä hän ollut löytänyt itselleen sosiaalista verkostoa. Hän ihmetteli vain, että kaikkialla puhutaan homo- ja biseksuaaleista, mutta missä ne kaikki ovat. Myös toinen haastateltavista kertoi, että hänen sosiaalinen verkostonsa on muutoksessa ja että se liittyy nimenomaan oman seksuaalisen identiteetin työstämiseen. Sen hyväksyminen on vanhojen ystävyssuhteiden jatkamisen ehto. Viidellä lähin ystäväpiiri koostui pääasiassa homo- ja biseksuaaleista, joista osaan oli tai oli ollut erittäin läheisiä suhteita. Nardin (1992) kuvaus homojen ja lesbojen ystävyssuhteista sopi hyvin tähän ryhmään. Kahdella ystäväpiirissä oli suunnilleen yhtä paljon homo- ja heteroseksuaaleja. Sukulaissuhteiden aktiivinen hoitaminen tuli esille kolmen kertomuksessa.

Haastateltavien avoimuus omassa sosiaalisessa verkostossaan vaihteli kovasti. Kolme oli avoimia suurimmassa osassa suhteistaan ja kaksi melko suurella osalla, ja jälkimmäiset arkailivat lähinnä työ- ja opiskelutovereitaan sekä vanhempiaan ja sukulaisiaan. Kaksi oli sektoroinut verkostonsa hyvin jyrkästi; homo- ja biseksuaalisuudesta kerrottiin hyvin tarkkaan valikoiduille. Hieman pehmeämpää sektorointia löysin kahden muun kertomuksista.

Yksi ongelma avoimuuden toteuttamisessa on luontevalta tuntuvien puhetapojen puuttuminen. Ohessa esimerkki siitä miten, homoparisuhteelle voi tietoisesti hakea muihin parisuhteisiin rinnastettavaa sosiaalista paikkaa ilman, että asiasta käytäisiin isompia keskusteluja. Isotkin asiat kerrotaan usein pienillä vivahteilla. Ja pienillä vivahteilla voi olla isoja seurauksia.

- Isä tietää. [yskii] Kyllä se tietää kun me eletään siinä yhdessä, koska käy meillä [usein]. Ja sitä pikkusen jännitin, se oli 80 jo. Että mitä se sitten sanoo, kun P on siinä koko ajan. Mutta miten se sitten sanoi, että emäntä on tehnyt ihan hyvää ruokaa. Se otti tämmösen mukavan asenteen. Ja muutkin tuttavat siinä ympärillä, ei ne ole.. Kun ei siitä oikeestaan mitenkään puhuta, niin kyllä siinä sen positiivisuuden jotenkin vaistoa. Kuitenkin. Ei siinä ole ollut mitään sellaista. Samaten sukulai-

set. Onhan siinä ollut pari, että on joku sukulainen käynyt, jokin läheinenkin, ja vaikka me on [] vuotta asuttu yhdessä niin sanovat, että tulet sinä M sitten ensi viikolla, kun mulla on ne päivät siellä. Mä olen sanonut, että asia on selvä, enkä ole mennyt. Koska ei sitä P:tä pyydetty. Sillä tavalla on pari sukulaissuhdetta ollut vuoden pari poikki. Mmm. (M)

Alkoholin ja päihteiden käytön historia

Naisista neljällä alkoholin säännöllisempi käyttö alkoi alle 16 -vuotiaana, ja se alkoi heti melko rajuna ja ongelmallisena. Yhdellä heistä juomiseen liittyi alusta lähtien lääkkeiden käyttöä, josta kehittyi myöhemmin oma riippuvuutensa, ja toisella oli alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden sekakäyttöä. Kaikki nämä neljä naista kokivat, että päihteet olivat heille silloin lääkettä, josta haettiin ja osin myös saatiin apua sisäiseen ahdistukseen tai eksyksissä olemiseen. Kahdella näistä naisista juominen ei päässyt kuitenkaan kovin säännölliseksi, mutta ennen avun hakemista siitä oli muodostunut hyvin ahdistavaa. Heistä toinen kertoi, että hänellä oli aina ollut vahva halu elää "tervettä" ja "normaalia" elämää ja että hän oli tiennyt, mikä on "sekoilua" ja mikä "tervettä". Toisella juomista rajasi se, ettei hän pystynyt ottamaan pitkiä putkia. Kahdella päihteiden käytöstä muodostui melko nopeasti keskeinen ja ajoittain hengenvaarallinen osa elämäntapaa.

Kaksi naisista ja kaikki kolme miestä aloittivat alkoholin käyttönsä pikku hiljaa 15–23 -vuotiaana. Heille se oli siinä vaiheessa lähinnä sosiaalista tai yksinäistä ajanvietettä, ja juominen muodostui ongelmalliseksi vähitellen aaltomaisesti tai "nytkähdyksinä". Yhdelle muodostui siinä ohessa riippuvuus unilääkkeisiin. Juomisestaan he alkoivat huolestua 24–34 -vuotiaana. Päihteiden käytön kontrolliteki-jäksi heistä neljä mainitsi työelämän. Yksi heistä uupui työelämän ja juomisen välisen jännitteeseen ja irtisanoutui työstään, ja kaksi oli saanut jossakin vaiheessa potkut.

Kaksi - mies ja nainen - oli yrittänyt itsemurhaa; toisella itsemurhayrityksiä oli nuoruudessa lukuisia, toisella itsemurhayritys liittyi elämänkaaren myöhempään vaiheeseen. Kummallakin itsemurhayritykset liittyivät ahdistaviksi ja vaikeasti selvitettäviksi koettuihin identiteettikysymyksiin. Yksi naisista oli juomisellaan saattanut itsensä moneen otteeseen lähes hengenvaaralliseen tilaan ja kokenut kulkevasa äärimmäisellä rajalla. Yhdellä päihteiden käyttöön liittyi hyvin vaikeita naissuhteita, joissa oli ajoin hengenvaarallista väkivaltaa. Kolmella haastateltavista päihteiden käyttöön ei liittynyt omakohtaisia sosiaalisia menetyksiä eikä vakavia terveydellisiä kriisejä, ja haitaksi koettiin pääasiassa juomiseen liittyvät sisäiset ristiriidat ja tunne-elämän ongelmat.

Haastatteluhetkellä kuusi oli ollut vähintään vuoden täysin juomatta. Lopuista yhdellä oli tavoitteena kontrolloitu juominen, jossa hän oli päässyt hieman eteenpäin, ja kahdella oli tavoitteena täysraittius jota oli kestänyt 2–8 kuukautta. Kaikilla oli hyvin aktiivinen ote omaan elämäänsä.

Päihdeongelman hoito

Haastateltavilta löytyi kokemuksia päihdehuollon palveluiden ja oma-apuryhmien koko skaalasta. Ohessa on listaus eri palveluiden käytöstä. Sulkuihin olen merkinnyt arvioni siitä, kuinka moni oli painottanut omassa kertomuksessaan kontaktin merkityksellisyyttä nimenomaan päihdeongelman hoidon kannalta (viidelle merkitsin kaksi eri kontaktia keskeiseksi ja neljälle yhden).

AA	8 (5)
SETA:n juomisen itsehallintaryhmä:	1 (1)
A-klinikka:	6 (4)
Nuorisoasema	1
katkaisuhoidon / huumevieroitusyksikkö	4
laitoshoidon paikka	5 (3)
asumispalvelut	2

Mielenterveyspalveluja oli käyttänyt yhteensä 4:

psykoterapia	3
psykiatrinen sairaala	3 (kahdella oli kontakti kumpaankin)

AA-ryhmien käyttäjistä kaikki olivat käyneet sekä ns. tavallisissa AA-ryhmissä että SETA:n toimistolla kokoontuvissa A-Akanoissa ja Elämänlangassa, ja suurin osa piti SETA:n ryhmiä keskeisempänä (näiden ryhmien merkityksellisyyteen palaa tässä luvussa myöhemmin). Yksi haastateltavista oli hakenut apua kaikilta yllä mainituilta tahoilta, lukuunottamatta SETA:n juomisen itsehallintaryhmää, ja yksi oli hakenut apua vain AA-ryhmistä. Muilla oli kontakti 2–6 auttavaan tahoon. Hoidollisten kontaktien kokonaiskesto (mukaanlukien kaikki kontaktit) vaihteli vajaasta vuodesta 23 vuoteen. Yhden kertomuksessa kokonaisvaltainen apu päihdeongelmaan tuli hyvin nopeasti liikkeelle lähdön jälkeen AA-ryhmästä, joskin hänelläkin oli sen jälkeen joitakin lyhyehköjä retkahduksia, ja hän käyttää edelleen AA:ta tukenaan. Kahdella avun hakeminen päihdeongelmaan oli käynnistynyt hiljakkoin, joten he olivat varovaisia arvioissaan. Muille avun saaminen oli hyvin monipolvinen prosessi, joka sisälsi paljon työtä ja sitkeyttä.

Päihdeongelman jäsentäminen

AA-lainen alkoholismi-kehys, jonka ytimessä on ajatus alkoholismi -nimisestä sairaudesta, löytyi kuuden vastaajan kertomuksissa omasta päihteiden käytöstään. Kolme heistä korosti alkoholismissa muut vaihtoehdot poissulkevan elämäntavan merkitystä ja kolme painotti myös alkoholin käytön aluksi hyvinkin myönteisiä vaikutuksia elämässään. Yksi liitti AA:laiseen alkoholismi-kehykseen ajatuksen alkoholistien erityisestä herkkyydestä ja näki ongelmaksi sen, että yhteiskunta ei riittävän hyvin osaa kertoa nuorille alkoholin käytön haitoista. Kolmen vastaajan kertomus omasta alkoholin käytöstään sisälsi ajatuksen vähitellen opitusta - ja vähitellen ongelmalliseksi muodostuneesta - tavasta viettää aikaa ja/tai ratkoa ongelmia.

Entä mihin oman elämän asioihin alkoholin ongelmallinen käyttö haastateltavien kertomuksissa liittyi? Neljä liitti sen vahvasti lapsuuteensa mainiten vanhempien pelinappulana toimimisen, kodin päihdekeskeisen elämäntavan, tunteiden ja itsetunnon nujertamisen sekä kotona opitut väärät arvot. Näistä kahden ensimmäisen päihteiden ongelmallinen käyttö alkoi jo nuorena, ja he liittivät juomiseen myös nuoruusiän ahdistuksen säätelyyn. Kahden jälkimmäisen ongelmallinen juominen alkoi aikuisiässä. Kaikilla oli pitkä jäsenyys AA-ryhmissä.

- Mulla oli sellasii, että mä en kuulunut mihinkään. Että mä olin aina jotenkin yksin. Vaikka mä olin porukassakin, mä olin yksin. Mun oli vaikee käsittää, että mut hyväksyttäis mihinkään. Jotenkin musta tuntui, että mä ajattelen ihan eri tavalla kuin muut ja sillai ettei uskaltanutkaan puhua (huokaa) omista asioistani ja että kun: Mulla se liittyi kotiympäristöönkin, että kun mä olen alkoholistikodista ja mun isä käytti alkoholia ja että siellä oli niin paljon salattavaa, että mä en voinut puhua kotiasioista en oikeestaan mistään asioistani mitään kenellekään. (N)

- Ennen kaikkea [alkoholin käytön] etu on ollut siinä, että mä olen päässyt irti kodista, velvollisuudesta ja vastuusta vanhempieni kohtaan. Niiden pihdeistä irti. Tavallaan mä olen päihteiden kautta löytänyt elämän! Ja omaa itteeni, ja tällain. Mä olen päässyt ulos sieltä kuoresta yksinkertaisesti. Jos mä sanon näin karkeesti, niin mä olen saanut päihteillä kaiken mitä mä olen halunnut. Mutta se on kääntynyt ennen pitkää mua vastaan. (N)

- Että.. Kyllä se mun mielestä tuli lapsuuden kodissa sellainen ilmapiiri, että eihän nyt meistä sen enempää koskaan voi tulla ja tämmönen auktoriteettien kunnioitus ja että muut ihmiset on parempii ja ja tämmöstä ja.. Mutta kuitenkin piti pärjätä koulussa, että se oli hyvin ristiriitasta ja siinä ei paljon tunteita näytetty (N)

Kolme liitti ongelmallisen juomisensa syyn ennen kaikkea nuoruusiän selviytymisstrategioihin: itsensä

etsiminen, selviytymiskeino ahdistuksessa ja sosiaalisissa tilanteissa sekä sosiaalinen uhma ja rohkeuden hakeminen. Näistä yhdellä oli pidempi jäsenyys AA-ryhmässä, ja kahdella jäsenyys oli ollut lyhytaikaista tai tilapäistä.

- Niin, että se mun historia on aika hurja, se on tietyllä tavalla aika viaton mutta sitten just mitä.. että kyllä mä olen hirveen voimakkaasti etsinyt itseäni tota. Kyllä se siihenkin tämä juominen liittyy se on niinkuin helpottanut niiden asioiden käsittelyä, mutta mä en koskaan ajatellut, että musta voisi tulla alkoholisti. (N)

- Joo, siis siihen ahdistukseen ja pahaan oloon siis mitä ei pystynyt millään tavalla nimeämään. Että jos kolme vuotta on käynyt psykiatrilla ja silti ahdistaa niin on .. eihän sitä ton ikäsenä ymmärrä mitään, että mä olen käynyt 3 vuotta psykiatrilla eikä ole auttanut, että mikään, niin sä tartut mihin vaan. Mulla se oli sitten toi alkoholi. (N)

- Mä kärsin paljon siitä ujoudestani ja olin kateellinen sitten kun toisilla oli kavereita ja kaikkee tämmöistä. Se oli mulle aika rankkaa aikaa. Mua suoraan sanoen inhotti se, että olin niin kiltti. Sekin varmaan oli osasy, kun kaljaa sain niin vapautui siitä.

Aikuisikänsä ongelmallisen juomisensa syyn liitti kaksi vastaajaa. Heistä kumpikin liitti ongelmallisen juomisensa nimenomaan homoseksuaalisuuteensa. Toinen heistä oli viime aikoina tullut siihen johtopäätökseen, että alkoholin käytöstä oli tullut myös keskeinen keino hakea mielihyvää, joka oli kadonnut elämästä sen vakiintumisen myötä. Kumpikaan ei käynyt aktiivisesti AA:ssa.

- ...mä huomasin, että en ole vielä kypsä parisuhteeseen, että lähiössä istuu kotona yksiossää ja tuijottaa telkkariin. Mä ajattelin, että en mä missään tapauksessa tämmöistä halua. Siellä asunnolla me ei käytetty alkoholia, hän ei juurikaan käyttänyt. Hän oli ensimmäinen joka valitti ja sanoi, että eikö sitä voisi olla kotona, että miksi sä haluat aina jonnekin. I...I Kun me ei olla kumpikaan uskovaisia eikä semmosiakaan estoja ole, että.., kuten sanottu se oli semmonen vaihe ja nyt on tämmönen vaihe, että ei enää ole mitään semmoista. Nyt eletään vain työstä ja ystävistä ja muusta, .. mutta kyllä mun täytyy myöntää, että mä olen ihan viime päivinä tullut siihen tulokseen, että tuo alkoholin käyttökin liittyy siihen, että elämästä puuttuu jotakin. Jotakin mielihyvää. Sen koittaa jotenkin korvata kun jotakin puuttuu. [”Saat sä kiinni siitä, mikä se on se mielihyvän lähde joka puuttuu?”] - Lähinnä mä tarkoitan sitä, että kun ei ole odotettavissa sitä seksuaalista vaihtelua, se on sitten mitä on, siinä ollaan sitten vierekkäin. Mä ajattelen tässä sitä nyt ollaan niinkuin naimisissa, mä olen avoliitossa, mutta tällä kertaa tällaisessa nuhteettomassa avoliitossa. (M)

Päihdeongelman suhde homo/biseksuaalisuuteen

Kolme naista ja yksi mies (hänen jäsenyyksensä tarkennetaan myöhemmin) jäsensi päihdeongelman ja homo/biseksuaalisuuden välisen suhteen siten, että päihdekeskeisen elämäntavan muodostumiseen vaikuttivat ensisijaisesti muut kuin homo- tai biseksuaalisuuteen liittyvät tekijät. Heillä alkoholin käyttö liittyi olennaisesti myös homoseksuaalisiin suhteisiin, mutta se selitettiin päihdekeskeisen elämäntavan kautta.

-...ehkä siinä oli kuitenkin määräävin alue mun elämässäni oli semmoinen hyväksytyksi tulemisen tarve ja alkoholi, että mä halusin alkoholia ja miehiltä sitä sai ja mä opin sen elämäni järjestelmään sillä tavalla. Kyllähän mä olin tuntenut naisia kohtaan jotain tuntemuksia, mutta mä ajattelin, että se kuuluu sillain johonkin semmoseen vaiheeseen murrosiässä, että se menee ohi ja enkä halunnut kuvitellakaan koko juttua sen enempää ennenkuin mä jouduin sen asian kanssa sillai vastakkain tosissaan 23-vuotiaana. Tapasin silloin ensimmäisen varsinaisen tyttöystäväni. I...I - Se oli vaan, me oltiin nähty tuolla sosiaalisairaalassa, me oltiin molemmat siellä hoidossa, oltiin nähty siellä ja sitten mä tulin sieltä pois ja hän jäi hoitoon ja ei meillä ollut mitään semmosta puhelinkontaktia tai tällasta, mä en tainnut edes muistaa sen ihmisen nimeekään kunnes me sitten tavattiin tuolla Vanhan Kellarissa. Sitt tää ilmotti mulle, että hän on lesbo ja mä jotenkin, jotenkin se sitten siitä kehkeytyi. Että kaikki kävi hirveen nopeesti. (N)

Kolme naista jäsensi homo- tai biseksuaalisuuden ja ongelmallisen juomisen suhteen siten, että oma homoseksuaalisuus oli yksi niistä asioista, jotka pinnan alla nuorena tai aikuisuudessa ahdistivat tai jota nuorena tai aikuisena oli vaikea lähestyä, ja alkoholi olennaisesti helpotti mahdollisuuksia luoda homoseksuaalisia suhteita ja elää niissä. Taustalta tulivat esille myös sosiaalisen ympäristön ja

yhteiskunnan homoseksuaalisuuteen kohdistamien asenteitten kokeminen kielteisiksi ja niiden paine ahtaassa elämäntilanteessa. Yhdellä näistä identiteettiahdistukseen liittyi lukuisia itsemurhayrityksiä.

- *No joo - okei, oikeestaan mä tiedän mikä mä olen, mutta mulla on sellaisia epävarmoja kausia, että mä en uskalla palaa täysillä. Mä olen niin herkellä sillä hetkellä, että jos sieltä ympäristöstä tulee jotain negatiivista, niin mä en ole kykenevä vastaanottamaan niitä, enkä niinkuin tavallaan seisomaan omilla jaloillani. /.../ Siin oli.. [kertoo nuoruudenajan rakkaussuhteestaan toisen tyttöön] ..ensinnäkin molemmat päihteiden käyttäjiä ja sitten siinä oli sitten tämmönen että, mä olen huomannut, että kun mä olen toisen naisen kanssa, silloin mä uskallan olla oma itseni, että tavallaan mä olen kokonainen. Kun mä olin siinä suhteessa, niin mä ehkä olisin pystynytkin olemaan oma itteni - päihteiden avulla. Mutta tämä toinen ei kyennyt siihen edes päihteiden avulla. Että se olis halunnut kaikki salata ja peittää, se oli jotenkin hirveen rankaa minulle. Että ehkä siinä sekin painoi, että mä olen vastuussa, jos mä mokaan meidät niin mä vastoin toisen tahtoa. (N)*

- *Alkoholi auttoi mua hyväksymään itteeni silloin [kertoo ensimmäisistä naissuhteistaan] . Silloin mä en piitannut yhtään siitä mitä ne toiset meinas. Sillä ei ollut niinkuin merkitystä. Mäkin ehdin käyttämään sinä aikana, 8 vuotta, niin totta kai siinä oli selviäkin kausia, että siihen tottu koko ajatukseseen. /.../ - En mä voi sanoa, että mä lisäsin mun viinan käyttöä kun mä rupesin naisten kanssa olemaan, ei se sitä ollut. Koska mä jo käytin. Se vaan niinkuin määrättyllä tavalla helpotti ja ja se oli semmonen turva oikeastaan. [”Millä tavalla se muodostui turvalliseksi?”] Mä tein vain itselleni sellasen muurin muita ihmisiä vastaan. Eli mä annoin vain yksinkertaisesti itselleni luvan. Koska mä tunsin sen, että valtaenemmistö ei, mitä mä olin lukenut ja kuullu, niin ei hyväksynyt. (N)*

Miehistä yksi jäseni alkoholin käyttönsä ensisijaisesti homoseksuaalisuuteen liittyvän ravintolakeskeisen elämäntapansa kautta. Kertomukseen sisältyi ajatus myös sosiaalisesta uhmasta.

- *...sen mukaan 17 miestä on jättänyt mut kuin nallin kalliolle. Osa niistä oli ikäviäkin henkisesti, siitä seuras sitten sellaista epätoivosuutta, että piti rynnätä ravintolaan heti, että jos tapais jonkun uuden, ja löytyihän sieltä aina uusi ennen pitkää. Siitä tulee mieleen, että semmonen ravintolakäyttäytymisen alkoi siitä, ei mua tule kukaan kotoa hakemaan. (M)*

- *Siinä oli vähän semmoinen ajatus, että kun ihmiset ei meitä oikein hyväksy, niin siinä rupee sitten toteuttamaan sitä mallia. Että kun sanotaan, että homot on semmoisia ja semmoisia, ne on naismaisia, harjoittaa promiskuiteettia, ne ei jaksa seurustella kauan, ne hyppää kukasta kukkaan. En tiedä onko tämä nyt puolustelua, mutta kun ei saa mennä naimisiin tule lapsia niin me voidaan itse päättää mitä me tehdään. (M)*

Yksi miehistä liitti alkoholin käytön tihentymisen ensisijaisesti omaan strategiaansa toteuttaa homoseksuaalisuuttaan; humala antoi rohkeutta hakeutua homoseuraan, homosuhteisiin liittyi olennaisesti alkoholin käyttö ja alkoholin käyttö antoi suhteille suojan suhteessa omaan kritiikkiin ja muiden kysymyksiin poissaoloista. Homoseksuaalisuuden mahdollinen julkitulo merkitsi hänelle uhkaa miehisyys, ammatillisen aseman ja arvovallan menettämisestä.

- *...eli mä suojaudun sillä tavalla, että kukaan ei voi osoittaa, että tuo on homo. Eli semmoista merkkiä mä en halua antaa ittestäni. Sen takia on näitä naissuhteita. Mutta nyt mulla on enemmän homoaktia ja enemmän ryyppäämistä. koska ne liittyy aina toinen toisiinsa. /.../ Niinkuin mä äsken sanoin, se juominen oli peite, että mä olen juoppo ja että mä olen sammunut sinne ja sinne kaverin luokse. Ja sitten mulla ei ollut rohkeutta selvin päin hakeutua homoseuraan. Ja se homoseura, joka mulla oli, niin siihen liittyi aina viina. Ja kun mä rupesin armeijan jälkeen käymään niissä, niin mähän olin, vaikka mä sen itse sanon, mä olin hyvän näköinen kundi. Eli mun oli helppo saada viinaa jopa, mulle tarjottiin. Sitten mua käytettiin hyväksikin tavallaan silloin. Nyt se viina ja homous liittyvät toisiinsa sillä tavalla, että minä tarjoan ja etsin hyvän näköisiä kundeja. Eli se on kääntynyt nyt, roolinvaihto. Ja ne homopaikat jotka mä tiedän turvallisiksi, ne on kapakat. Ja siellä on aika hankala olla selvin päin. /.../ [” Sä tossa aikasemmin totesitkin, että yksi etu oli myös se, että juominen oli osa kulissia.”] - Juu, nimenomaan oli.. [” ..ja myös välittäjäaine suhteessa homoseksuaalisuuteen...”] Kyllä varmaan joo, että mut hyväksyttiin paremmin juoppona kuin homona..(M)*

- *..En mä voi sanoa, että se olis [ajatus homoseksuaalisuudesta] naksautanut tiettyä päivämääränä, vaan se alkoi tiuhenee, tiivistyy ja tiivistyy ja sitten enemmän ja enemmän mä aloin kiinnostumaan. Ja sittenhän mä suojasin sitä mun viinankäytöllä ja sitten tota vieraila naissuhteilla. Että niin mä näytin pikkuporvarillisesti, että toi on kova juoppo ja toi on kova naistenmies. [”.. ulospäin, entä itselle?”] - No mähän suojasin tietysti itseäni sillä. Tosiasiassa se yön poissaolo oli ollutkin jotkut seksikarkelot jossain hinttibileissä. Ja rajutkin semmoset. (M)*

Yhdellä miehistä alkoholin käyttö liittyi kyllä miessuhteisiin, mutta hän hahmottaa homoseksuaalisuutensa hyväksymisen nimenomaan raitistumiseensa. Juominen oli muusta syystä tullut osaksi elämäntapaa, ja siksi myös miessuhteet hoidettiin juovuksissa. Alkoholin avulla löytyi mahdollisuus toteuttaa homoseksuaalista puoltaan sanattomasti. Yksi pidempi raitis jakso päättyi nimenomaan siihen, että alkoholin avulla kykeni lähestymään myös seksuaalisesti läheistä mieskaveriaan, johon oli ihastunut. Raitistumisen myötä on avautunut mahdollisuus verbalisoida homoseksuaalisuutta ja toteuttaa sitä monipuolisti.

- Ja yhden kerran yksi kaveri, joka oli mun työkaveri. Se kerran humalassa tuli ja oltiin sen kanssa muutaman kerran. Mutta niistä ei puhuttu koskaan. Seuraavana aamuna tehtiin töitä [nauraa] niinkuin mitään ei olisi tapahtunutkaan. [nauretaan] (...) ...tuli kännissä illalla ja rupesi hyväilemään. Sitten meni kotiaan nukkumaan ja aamulla tuli pirteenä töihin, eikä puhuttu mitään koko yöstä. Sanaakaan! [naurua] No, näin kävi kaksi kertaa vain, mutta ois se sopinut mulle useampiakin kertoja, mutta enhän mä sitten voinut työajan jälkeen sanoa, että tuut sä sitten yöllä taa... /.../ Se oli semmosta aikaa kun (...) raitistu.. [yskäisy].. olikohan se niin, että uskalsi vapaasti ajatella seksuaalisesti vai mitenkähän se oli sitten. Pääsi viinasta kuitenkin eroon, että ei tarvinnut huomista pelätä. .. Sitten menin SETA:aan. Se oli niinkuin olisi uudestaan syntynyt ihmisenä. Että kyllä mulla on sisällä ollut homoseksuaalisuutta, semmoista pelkoa, jotain kielteisyyttä, jota mä menin SETA:aan selvittämään. Ja tajusin siellä, että tämähän on luonnollista. Ja se riemu sitten vaan kasvoi. .. Mulla oli paljon .. mä muistan kun Matti tuli kuvaan siellä (...) niin mulla oli paljon kysymyksiä, seksuaalisia kysymyksiä, joita mun ei tarvinnutkaan kysyä keneltäkään kun ne selvis mulle SETA:n kautta. Ne oli semmoisia iloisia tunnekuohuja aina. (M)

Myös kaksi naisista kertoi, että omaan homo/biseksuaaliseen identiteettiin tutustuminen oikeastaan alkoi vasta päihdeongelmasta toipumisen myötä.

Homo- ja biseksuaalien osakulttuurien merkitys päihteiden käytössä

Homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvät osakulttuurit olivat yksi merkittävä tekijä kolmen haastateltavan kertomuksessa. Kaikki he mainitsivat Helsingiläisen ravintola Vanhan Kellarin keskeiseksi juomisympäristökseen. Kaksi heistä oikeastaan sosiaalistui sekä omaan homo/biseksuaalisuuteensa että alkoholin käyttöön Vanhan Kellarissa. Kumpikin heistä käytti alkoholia myös homo/lesboporukoissa muissa ravintoloissa ja yksityiskodeissa. Toinen heistä jäsensi nimenomaan tämän elämäntavan päihdeongelmansa merkittäväksi taustatekijäksi, toinen taas painotti lapsuuden merkitystä päihdeongelman taustalla. Yksi Vanhan Kellarin keskeiseksi juomisympäristökseen maininnut oli jo muuten sosiaalistunut melko reippaaseen alkoholin käyttöön. Vanhan Kellari merkitsi hänelle mahdollisuutta homoseksuaalisiin seksikontakteihin. Hän jäsensi alkoholiongelmansa sen kautta, että hän ei uskaltanut toteuttaa homoseksuaalisuuttaan selvin päin ja että alkoholin käyttö muodosti myös sosiaalisen suojan homosuhteille. Vanhan Kellari sekä ns. tavallisten että homo/biseksuaalisten ihmisten suosimana paikkana sopi hyvin hänen tarpeisiinsa. Yhdellä edellä mainituista Vanhan Kellaria runsaasti käyttäneistä oli myöhemmin elämässä, raittiin jakson jälkeen, toinen runsaan juomisen jakso. Sillä erää hän nimenomaan halusi välttää homo- ja lesbopaikkoja, koska hän ei enää halunnut näyttäytyä niissä humalassa.

Homo- ja biseksuaalien osakulttuurien merkitys ongelmien ratkomisessa ja elämäntavan muutoksessa

Päihdeongelman ratkomisessa ja siihen liittyvässä elämäntavan muutoksessa homo- ja biseksuaalien osakulttuureilla oli merkittävä rooli seitsemällä haastateltavista. Tämä selittyy otantamenetelmästä; samaiset seitsemän asiakasta rekrytoitiin haastatteluihin nimenomaan SETA:ssa toimivien ryhmien kautta. Tämä lienee tuonut otokseen ehkä merkittävänkin vinouman. Oletan, että monille päihdeongelman kanssa painiskelevälle yhteyden ottaminen SETA:aan ei tule edes mieleen, on turhalta tuntuva, vaikeaa tai vastemielistä. Oletan myös, että haluan ja valmiuteen ottaa yhteyttä homo/biseksuaalien organisoituihin ryhmiin osaltaan vaikuttaa se tapa, jolla kukin on oppinut sosiaalisesti konstruoimaan omaa homo/biseksuaalisuuttaan, ja että osallistuminen SETA:n ryhmiin taas vaikuttaa siihen, miten identiteetti jatkossa jäsentyy. Voi siis väittää, että otoksessa painottuvat ne tavat hahmottaa homo- ja biseksuaalisuutta, jotka ovat käytössä SETA:n eri ryhmissä.

Joillekin homo/biseksuaalisuuteen liittyvä osakulttuuri merkitsi ylipäänsä turvallisuutta ja ymmärretyksi tulemistä, jota vaille juodessaan oli jäänyt.

- Siinä vaiheessa esimerkiksi kun mä raitistuin - ja mä siellä juomakentillä olin ihan kipeenä siitä, että mä en tavannu siellä naisia, että todella kaipasin ihan naisten seuraa ja tota ja.. sitten kun mä taas raitistuin niin se oli mulle hirveen tärkeä, että mä pääsin näihin tapaamisiin, mä kävin silloin usein kaikissa keskusteluryhmissä ja kaiken maailman tapahtumissa, vapautuspäivillä mä olin mukana, että mihin vain pääsinkin. Nyt se on enemmän jäänyt siihen, että mä käyn tuolla diskossa ja tota (mieltii) ja tuolla ryhmässä. (...) että mä koen monta kertaa kun mä olen ollut pelkästään tavallisessa AA-ryhmässä ja sitten ihan tuolla kotimaisemissa ja koulussa niin, että en ole tavannut ketään lesboja tai homoja niin jotenkin mulle tulee kaipuu, että mä tarviin ihmisiä jotka on minun kaltaisia, että jotenkin mä en saa sillä tavalla puhuttua asioita, että musta tuntuu, että mä en tule ymmärretyksi kun mä puhun asiostani, vaikka kuinka olis läheinen. (N)

Mutta asia saattoi jäsentyä myös päin vastoin; raitistumisen myötä homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvä yhteisyyden ja turvallisuuden tunne tuli vähemmän merkitykselliseksi:

- Kyllä se on ollut [lesbojen osakulttuuri] hyvin tärkeä. Toi alkoholismi on vielä lisännyt sitä, että on hakenut turvallisuuden tunnetta mistä vaan ja silloin erityisesti korostuu tällaisista erityisryhmistä. Että nimenomaan, siis ei kelpannut mikään naisunioni, että pitää olla lesbo ja se on siihen on suurin syy ollut toi alkoholismi. Kun mä olen ollut juomatta niin en mä sillä tavalla erottele ihmistä. Että kiinnostaa niinkuin kaikki

A-Akanat: SETA:n tiloissa on vuodesta 1982 lähtien kokoontunut naisille suunnattu ryhmä päihdeongelmien selvittämistä varten. Vuodesta 1984 se on noudattanut AA:laista 12 askeleen ohjelmaa.

Haastatteluista naisista neljän kertomuksessa tällä ryhmällä oli merkittävä asema. Ryhmän vahvuuksiksi mainittiin turvallisuus, mahdollisuus tulla ymmärretyksi ja mahdollisuus syvällisiin ja vaikeisiin keskusteluihin ja niiden kautta asioiden selkiintymiseen.

- No varmaan se, että mä olen avautunut näissä seksuaalisissa kysymyksissä jo siinäkin, että se on siellä SETA:n tiloissa. Musta se on jännittävää, musta se on hirveen myönteistä. Huolimatta, että tää ei ole ollenkaan helppoa. Mä tiedän, että mä menen hirveen kovaa vauhtia eteenpäin. Hyvään suuntaan. (N)

- Niin, mikähän se nyt ois? Kyllä mä tätä ryhmää aina odotan. Tai tulen mielelläni. Tää on ainut ryhmä josta mä en.., tai mikä on mulle vakiorhmä. Mistä mä en jää pois, jos ei ole pakko. Ehkä se samastuminen on niin suuri tähän. Jos mä olen hukassa itteni kanssa niin kyllä ne mittasuhteet täällä pienenee, kun mä saan niin paljon vastakaikua sekä siihen mun niinkun päihdesairauteen että myöskin mun seksuaalisuuteen, että kun mä saan vastakaikua täällä enemmän, mä ainakin koen niin. (N)

Ryhmän ongelmiksi mainittiin se, että osakulttuurin sisällä ihmiset tuntevat toisensa vähän liian hyvin, jolloin mm. luottamuksellisuus kärsii, ja että ryhmässä muodostuu parisuhteita ja mustasukkaisuutta, jotka häiritsevät itsensä hoitamista.

- *Kyllä naisten ryhmässä on sellanen hyvin lämmin, silloin kun on ollakseen, mut sitten saattaa olla näitä jotka on myös tyypillisiä naisille kans tää älytön kateus, että kilpaillaan jonkun suosiosta, naiset keskenään. Musta ne on niin sidoksissa siihen just, että mikä fiilis on. Mutta mitä enemmän ihmiset käy AA:ssa ja keskittyy siihen ohjelmaan niin nää tämmöset asiat alkaa häipymään. (N)*

Elämänlanka: SETA:n toimitiloissa on vuodesta 1987 lähtien kokoontunut erityisesti seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville miehille ja naisille suunnattu AA-ryhmä. Yhden homomiehen ja yhden lesbon kertomuksessa sillä oli merkitsevä asema. Koska ryhmä on ollut AA:n luettelossa ja koska sen kohderyhmä on laajempi, se ei ole muodostunut samalla tavoin tiiviiksi kuin A-Akanat. Vahvuusiksi mainittiin ennen kaikkea turvallisuus. Kun identiteetti koettiin yhdistäväksi, niin jo se helpotti, vaikka identiteettiin liittyvät asiat eivät olleet puheenaiheena. Olennaista oli se, että ryhmässä ymmärrettiin puheen vivahteita ja merkityksiä, joita ei selittämälläkään saisi perille tavallisessa ryhmässä.

- *Elämänlanka on ollut mulle tärkeä niinkuin seksuaalisesti. Ei se ole niinkään tärkeä, että siinä voi aina puhua seksistä, rakastelemisesta, vaan se tunne, että tässä saan siitä puhua jos on tarvis. Ja uskallan puhua. Vaikka siellä on käynyt eikä ole niistä puhunut niin sillä on tietty merkitys. I.../ Mutta se, että mä olen saanut kertoa elämänlangassa itsestäni ja parisuhteesta, niin se on ollut hirveen tärkeä. (M)*

Tämänkin ryhmän ongelmaksi todettiin se, että ihmiset tuntevat toisensa myös ryhmän ulkopuolella.

Ryhmällä näytti olevan myös omat vuodenaikansa.

.. *että kun tämä piiri on niin pieni, niin siinä saattaa tulla näitä henkilökohtaisia skismoja, joita on myös tapahtunut. Kummasakin ryhmässä on ollut näitä vaikeita vaihteita. Ihmiset tuntee toisensa ja ne on olleet eri tavoin yhdessä ja parisuhteet on muuttunut ja ihmiset tietää niin paljon toisistaan kun puhutaan niin avoimesti ryhmässä. Se on erilaista kun muualla jossa on suuret ryhmät. Ne ei tunne toisiaan sen ryhmän ulkopuolella. Me tunnetaan melkein kaikki ulkopuolellakin, me ollaan kanssakäymisissä muutenkin, ja siinä on huono puoli tavallaan. (N)*

Miehistä yhdelle keskustelun taso muodostui ongelmaksi; kun naisia oli läsnä, he puhuivat niin vahvasti, että miehet jäivät alakynteen, ja kun naisia ei ollut paikalla, miehet eivät keskenään päässeetkään asiaan. Hän jäi sitten ryhmästä pois.

Phmhmffff. Hmm. En mä tiedä, se toinen oli semmonen, että ne lesbot oli vallannu koko jutun ja niillä oli niin pitkät ja painavat puheenvuorot, ettei meillä kahdella kaverilla ollut enää mitään sanomista. Toisella kertaa siellä oli sitten kaksi vanhempaa miestä ja yksi nuori kundi ja se kundi ei ollut homo, mä en tiedä oliko se ihan turistina, ja nämä vanhemmat miehet, (...) niin tota en mä viittä kuunnella niitten kokemuksia kun (...) etelässä (...). Sitten siellä oli yksi transu ja se vaikutti ainolta fiksulta koko porukassa, että se oli hyvin pieni se ryhmä... (M)

Kokemuksia homo/biseksuaalisuuden käsittelystä hoitosuhteissa

Kaikki päihdehuollon ammatillisia palveluita käyttäneet olivat ottaneet puheeksi homo/biseksuaalisen suuntautumisensa tai identiteettinsä ainakin yhdessä hoitosuhteessa, monet useammassakin. Asia oli otettu puheeksi siinä hoitopaikassa, joka oli koettu merkityksellisimmäksi pitkän päälle. Kukaan ei ollut ottanut asiaa esille avo- tai laitospäihdevieroitushoitojen yhteydessä. Avohoidon terapeutin kanssa asiasta oli puhunut kaksi miestä ja kaksi naista. Yksi oli käsitellyt asiaa yksityisen terapeutin vastaanotolla. Laitoshoidonsa aikana asian oli ottanut puheeksi yksi mies ja kaksi naista. Mielenterveyspalveluja käyttäneistä neljästä kaksi oli ottanut asian myös siinä yhteydessä esille.

Kokemukset nuoruuden ajan terapiasuhteista olivat kaikkein vaikeimpia, riippumatta sukupolvesta.

Kaksi kertoi siitä, miten he olivat nuorina katkaisseet hoitosuhteensa juuri, kun homoseksuaalisuuteen liittyvien tunteiden käsittely tuntui ajankohtaistuvan. Asia oli itselle niin pelottava ja kuuma.

- *Mä kävin aluksi 3 kertaa viikossa. Se loppui siihen, että se psykiatri sanoi, että haluat sä jatkaa. Ja tota mä lopetin sen takia.. Mä muistan sen syynkin miksi mä lopetin. Me ruvettiin just puhumaan niinkuin pojista. Ja sitten mä olin ihastunut siihen psykiatriin, joka oli nainen. [naurahtaa]. (...) Nyt kun mä jälkeenpäin ajattelen niin siinä kohtaahan mun olisi just pitänyt jatkaa. Että sen takiahan tämä ahdistus oli niin valtava, että pyrkimys päästä sitten mukaan sosiaaliin kuvioihin (...) ja kaikki tämä, niin siin kun, että huomaa, että pitääkin naisista, siis tytöistä ja kaikki nää sitten siihen. (N)*

- *Mulla oli oma sosiaalityöntekijä siellä, mutta mitä mä hain sieltä niin se oli jotain tukea epätoivoon, mä olin hirveen epätoivoinen tän mun [nais-]suhteeni takia ja kun mä en ymmärtänyt kuka mä olen ja mikä mä olen, mä olin hirveen hämmästynyt ja ihmeissäni ja kauhuissani, peloissani ja ahdistunut. Että siitä mulle tuli siitä suhteesta oikeestaan kaikkeen suurimmat ahdistukset. Siihen mä oikeestaan hain sitä tunkea ja apua. Että saan puhua jonkun kanssa tästä näin. Mutta en mä sielläkään puhunut siitä, että on kysymys naisesta! Että mä en voinut sitä tehdä! (N)*

- *Ja yksi mikä oli myöskin keskeytyksen syy varmasti oli se että, kun se on semmoinen paikka jossa hyvin syvältä pengotaan asioita ja hirveesti pitäis kertoa itsestään niin mä jätin tästä lesboudesta kertomatta. Mä kerroin siitä ainoastaan tälle mun ystävälleni, se kävi hirveen ahdistavaksi, mä en halunnut kohdata sitä asiaa. (N)*

- *Harkitsit sä, että sä voisit tuosta lesboudesta puhua jollekin työntekijälle? Oliko se sulla mielessä? Katoit sä jotain työntekijää sillä silmällä?*

- *En, en, ei tullut edes mieleen. Mä en luottanut kehenkään henkilökunnasta niin paljon, että mä olisin voinut kertoa. (N)*

- *Mitä sä pelkäsit, mitä voisi tapahtua jos sä kertoisit?*

- *Mä luulen, että se oli mulle itselleni niin pelottava asia! (N)*

Työntekijän valikointi homo/biseksuaalisuuden käsittelyyn oli erityisen herkkää juuri silloin, kun asia oli itselle hyvin keskeneräinen.

- *En mä oikeen osaa sanoa, siinä tulee vaan sellanen fiilis, että jotenki semmoinen, että tietysti mä arvioin jokaisen ihmisen kenet mä kohtaan, että miten pitkälle mä voin mennä kertomaan. (...) Tavallaan mä koen, että asiat jotka mä olen jo jotenkin käsitellyt niin mulla ei ole mitään salattavaa keneltäkään. (...) Mutt jos mulla on epäselvää, niinkuin mä olen täynnä ristiriitoja, (...) niin mä en niistä sillä tavalla taas halua kenen kanssa tahansa puhua. (N)*

Kun oma identiteetti on heikoilla, hoitosuhde voidaan kokea niin pelottavaksi, että asioihin ei voida oikeestaan paneutua ja vakavatkin asiat heitetään esille vitsinä. Kontaktin saaminen samastumisryhmään tuntui sittenkin turvallisemmalta.

-- *se (hoitaja) ... niin sillehän mä ensimmäisen kerran ilmoitin tän asian, että silloin mulla oli vielä näitä miessuhteita ja mä niitten kanssa siinä räpelsin, mulla oli hirveesti niitä suhteita siinä (...) sitten mä tota ilmoitin, että nytten mä olen ruvennut lesboksi. Se katto mua vähän, että jaa.. [nauraa] että sitähan se et ole ennen kokeillutkaan. Mä sanoin, että enpä oo, että nyt kokeilen sitten. [mietti] Että se tuli vähänkuin vinoillen siinä mun puolelta jo alunpitäen, että kokeilenpa nyt tällaista tässä, että mä en niinkuin halunnutkaan ja mä en kyennytään puhumaan siitä asiasta vakavasti, että mähän olin hirveen hädissäni mutta siihen aikaan mä en voinut ylipäättään näyttää hätääni kenellekään. Enkä kyennyt käsittelemään sitä millään tavalla. Että mä halusin vain peittää kaiken. (N)*

- *Mikä oli terapian osuus seksuaalisen suuntautumisen hyväksymisessä*

- *(mietti) Mun mielestä sillä terapialla ei ollut siinä mitään merkitystä. Enemminkin se tuli näissä suhteissa. Sitten kun mä tapasin muita lesboja ja niinkuin näissä piireissä, että mä sain sen tuen. Justiin muilta kaltaisiltani, niiltä mä sen tuen olen saanut. Mutta mä en selvittellyt sitä terapiassa. En mä ainakaan muista, että mä olisin niin tehnyt. Että se siellä meni silleen niinkuin.. niin.. en mä tiedä, käsittelinkö mä siellä mitään muitakaan asioitani.. silloin oikeen? (N)*

Yksi toistuva strategia on antaa työntekijälle vihjeitä. Sitten iloitaan, jos työntekijä oivalsi asian.

Työntekijän oivaltamattomuus taas herättää pettymystä.

- *No joo - se oli aika mielenkiintoista. Yks sanoi, kun mä olin vastannut kaavakkeeseen sosiaalisista olosuhteista, niin .. mä en vastannut ihan suoraan, mutta aika sillain, että ihminen ehkä osaa lukea rivien välistä. Ja sitten me käytiin se yhdessä läpi, kun mä olin sen kirjoittanut ja sitten se tarras johonkin - sitten mä sanoin suoraan. Hän sanoi, että hän arvas ja että hän kyllä osaa lukea rivien*

välistä ja hän arvas ja hän oli hyvin myönteinen. Sitten hän kertoi, että teitä nyt on ollut täällä vaikka kuinka paljon, että ei tämä ole niinkuin. Se oli ensimmäinen, jolle mä kerroin siellä ja se oli hyvin myönteinen kokemus. Sehän oli hirveän rohkaiseva... (...) Sitten toinen jolle mä kerroin oli ryhmän vetäjä. Ja se taas niin ei ollenkaan tajunnut ensiksi. Se sanoi ettei hän millään olisi arvannut, ... ja muutenkin ei tiennyt asioista kovinkaan paljon koska se kysyi multa, että miltä musta tuntui sitten asua näiden muitten naisten kanssa, että onko se mulle vaikeeta. Ja mulla oli suu auki, miten nyt niin vaikeeta että .. (...) Mutta se oli aika uus työntekijä siinä ilmeisesti. Toiset oli tavannu paljon homoja ja lesboja siellä niin tämä siis ei sitten kuitenkaan. Siltä yksinkertaisesti puuttui tietoa. (N)

- Kuten sanottua niin siellä [A-klinikalla] oli yksi tyttö niinkuin toivoa saattaa. Hän tajus heti sen, että on pääasia, että on läheinen ihmissuhde, joku jonka vieressä olla. Että elämässä on joku. (M)

Yksi haastateltavista kertoi pettymyksistään, kun häden hetkellä omasta mielestä mahdollisimman selvästi esille tuotu avunpyyntö ohitettiin tai siihen ei osattu tarttua.

[Psykiatrisessa sairaalassa] sen itsemurhayrityksen jälkeen, niin siellä se psykologi kysyi, että mikä sut tähän ajo. Se oli vähän ennen avioeroa, lapset oli silloin teini-iässä, niin mä sanoin, että mä olen homoseksuaali. Että silloin mä koin sen valtavana ristiriitana. (...) Ja tästä oli se epikriisi, minkä mä taas [päihdehuollon laitos] mä pyysin sen naisterapeutin lukemaan. Että siellä se oli ensimmäinen tämä, mutta se ei käsitellyt tätä homoasiaa olleenkaan, sen enempää kuin [psykiatrisen sairaalan] psykologikaan, se piti sitä vain syynä tehdä itsemurhan, että mulla oli kriisi siitä mikä mä oikein olen. Sitä ei työstetty sen enempää. /.../ Siten mä otin asian esille tuolla [A-klinikalla] ja tämä terapeutti (...) kuunteli näitisti ja kirjaili ylös, mutta siinä kävi vähän samalla tavalla, heitin pallon, mutta mitään ratkaisukeinoja ei löytynyt. Löytyi vai kuunteluapu. Ja nyt mä olen ottanut tämän, että tämä homous täytyy liittyä mun alkoholismin hoitoon. Nää täytyy olla tavallaan mukana. (M)

Useampikin kertoi, että oli oppinut varovaiseksi, ja tutki terapeuttinsa hyväksymisen aitoutta.

- Joo. Se tuntui hyvältä kun mä olin sen kertonut. Toki mulla tuli alussa semmosii nojia, että miten ne suhtautuu ja mitä ne ajattelee, vaikka ne niinkui oli kauheen hyväksyviäisiä ja tälle, mutta mä ajattelin vaistomaisesti, että ne filmaa vain, ne vain esittää mulle, että oikeesti ne hyvin vastenmielisesti suhtautuu. Mutta me olleen hirveen paljon puhuttu tästä, ja mitä pidemmälle mun hoito on edistynyt sitä enemmän mä olen pystynyt ja loppujen lopuksi mä olen pystynyt kertomaan kaiken mun terapeutille, että ei ole ollut mitään mitä en olis voinut kertoa! Mulla on edelleenkin hoitosuhde menossa tän mun terapeutin kanssa. (N)

Varautumisesta torjuntaan tai kyseenalaistamiseen saattaa kertoa osaltaan tämä ilo, minkä perheterapeuttien lämmin ja asiallinen suhtautuminen sai aikaan.

- Me käytiin siellä [4.-5. tapaaminen perheterapiassa ex-vaimon ja lasten kanssa] Oli juteltu sitten, että miten eletään ja ollaan ja mä ajattelin että, niin mä jotenkin ajattelin kun lapset puhu vielä K:stä siinä, niin mä sanoin, että mun tilanne on ollut koko ajan semmonen, että mä olen koko ajan, [homoparisuhteen kesto] vuotta, asunut yhden K:n kanssa, joka on [ikä]-vuotias (...) silloin asuttiin lasten kanssa ja että kerron tässä tämän suhteen myöskin. Lapsilla on oma huone ja meillä on oma huone. Ne olivat hyvin mielissään ja iloisia, että kerroin. Hirveen iloisia ja sitten kun lähdettiin pois niin sanoivat, että viepäs K:lle terveisiä! [nauraa] Ja mä sitten sanoin terveisiä. Se oli hirveen positiivinen kokemus kertoa. (M)

Työntekijän suusta kuultuna stereotyyppinen määritelmä omasta samastumisryhmästä voi sattua syvälle ja herättää vihaa tai surua. Vitsinäkin se voi olla haavoittavampi, kuin mitä sanoja itse ymmärtää. Vähemmistön näkökulmiin tutustuminen voi estää tällaisia törmäyksiä.

- ... tuolla [laitoshoitopaikka] oli sellanen.. silloin mä olin hoidossa siellä.. ja A-akanat oli tulossa mua tervehtimään sinne ja mä kävin siellä sen holistilan johtaja tai joku semmonen piällyismies se oli siellä niin kysymässä, että saadaanko me se ryhmähuone käyttöön, että me pidettäis ryhmä siellä. Mä en nyt muista miten se tuli siten ilmi, että tää on SETA:n naiset, eliä lesboryhmä. Niin jotenkin se sano mulle, että niin kyllähän te varmaan voitte mennä, tuskin te orgioita siellä pidätte. Tai sillä tavalla jotenki suhtautui kummallisesti, että justii sillä tavalla kun ihmiset monta kertaa

kattoo, jos saavat tietää, että mä olen lesbo, että mä jotenkin olen enemmän seksuaalinen kuin muut ihmiset. ... (N)

Useimmille homo/biseksuaalisuus oli niin tärkeä identiteetti, että siinä oli opittava pitämään puolensa. Terapeutti voi olla hyvä itsepuolustuksen harjoitusvastustaja, edustaahan hän yhteiskuntaa. Asia tuodaan esille eikä ruveta vilkuilemaan, että mitä toinen ajattelee, vaan jätetään hänet sen kanssa. Tällä kertaa asiaa ei tuoda vitsinä tai vihjeenä vaan käyntikorttina. Tässä on taustalla identiteettilypeyttä.

- *Mä en oikeestaan järkyty paljon mistään, mä olen vähän semmonen. Se on vaan joku päätös tehty ja sitten katotaan miten se menee. Mä muistaakseni heti aluks leväytin tän, että mitä ollaan. Mulle se oli tärkeä. En mä voi missään terapiassa käydä jos toinen ei tiedä. (A)*
- *Ihan ensimmäisellä tapaamisella?*
- *Mä en muista, ensimmäisellä tai toisella, mä muistan sen ainakin näin. Ja mä samalla testasin, että mitäs se toinen meinaa. (A)*
- *Mikä kokemus sulle jäi siitä?*
- *Mun kokemus oli se, että pieni hätkähdys tuli kyllä (nauraa), että jaha. Mutta mäkin sitten ihan höpötin vaan. Periaatteessa mä en toisaalta halunnu kattookaan, mä ajattelin, että mä annan mennä vaan, että SE saa tottua, terapeutti saa tottua, että jos se ei totu niin se ei totu ja sitten mä häippäsen. Mulla ei ollut ajatustakaan, että minä alkaisin totutella, että mitä hän ajattelis. Vaan, että mä kävin suoraan päälle, suurin piirtein. Toisen oli pakko tulla mukaan ja tulikin sitten loppujen lopuksi aika nopeesti. Mutta siinä oli kuitenkin semmosta selvää aristelua ja tämmöstä näin. Että nyt musta tuntuu, että mä olen kouluttanut oikein hyvin. (nauraa) Se on selvää jo hänellekin.. tällanen fiilis mulla on, mä en tiedä mitä hän siihen reagoi (nauraa). Hän on mun kautta oppinut näitä tämmösiä. Ja mä toivon, että se on hänellä sitten kanssa työssä jos muita tulee. Kyllä on ottanut ihan hyvin. Mutta kyllä hänellä siinä alussa oli vaikeuksia, kyllä se sekotti ilmeisesti vähän..., mutta ei silleen paljon. (A)*

Työntekijöihin kohdistuvia toivomuksia

Moni toivoi sitä, että työntekijät hankkisivat tietoa ja kokemuksia. Ulkoapäin opittu hyväksyminen on tuhoon tuomittua.

...mutta kyllä sielläkin on varmaan paljon sellaisia, että ne on sillai pakotettu hyväksymään, mutta mielessään miettii ihan toista ja sen kyllä alkoholisti huomaa, sen alkoholisti vaistoaan ihan varmasti. Semmonen terapia on tuhoon tuomittu. Se ei auta sitä asiakasta, päinvastoin. (N)

Edellä kävi ilmi, että juuri silloin kun asia on itselle vaikein, sen puheeksi ottaminen omin keinoin on melkein ylivoimasta. Työntekijä voi auttaa kyseenalaistamalla normaalisuuksia ja niihin liitettjä selviöitä. Heteroseksuaalisesta oletuksesta luopuminen kysymyksissä loisi tilaa yksilöllisemmälle kokemukselle. Enemmistönormit elävät tilanteessa, ellei työntekijä aktiivisesti vapauta tilannetta niiden sitovuudesta. Silloin vähemmistöön kuuluvalla, jolla on vielä heikko itsetunto, on pelko tulla määritellyksi toisena, vähempiarvoisena. Kun homo/biseksuaalisuus sitten tulee puheeksi, työntekijän olisi aina hyvä tarkistaa, onko tämä sellainen asia, josta olisi hyvä puhua.

- *Niin pitäisikö hoitopaikoissa kaikkien asiakkaiden kohdalla aktiivisemmin ajatella tätä asiaa? Eli olisko se ollut hyvä, että se työntekijä olisi kysynyt sulta, että by the way, onks se mies vai nainen se sun kaveris. (JN)*
- *[Nauravalla äänellä] Ois ilman muuta, koska kysymyksiin on aina helpompi vastata kuin itse kertoa. Ilman muuta joo. Ja kaikissa hoitopaikoissa jättää aina tämä kohta vähän avoimeksi, ja jollain tavalla auttaa sitä asiasta tekemällä kysymyksiä, tarkistamalla tämmönen asia. Koska se ei ole tosiaanakaan helppo sanoa, mutta kysymyksiin on helppo vastata. Ja toisaalta se voi herättää itsensäkin kysymyksiä. Ajatelleen vaikka, että mä olisinkin pakottanut itteni vahvasti heteroksi just sen takia, että mä en hyväksyis itteeni, niin se olis voinut herättää kysymyksiä, että miten tähän tämä on tämä juttu! ... (N)*

Myös omaisia määriteltäessä heteroseksuaalisesta olettamuksesta on jo korkea aika luopua.

- *Semmonen asia, mua rupee itkettää kauheesti, mä olen jotenkin niin herkällä tuulella ja sitten tää asia on semmonen [mietti, hiljaisuutta] . Niin se mihin mä olen törmännyt että, että että kun mulla on ollut näitä suhteita, sellaisia suhteita, että ollaan oltu sairaaloissa ja (huokaa) niin se, että vaikka olis ... että mua on ainakin loukannut hirveesti se, että koska mä en ole päässyt naimisiin tän rakastettuni kanssa, niin mulle ei niinkun ilmoiteta mitään hänen terveydentilastaan...[hiljaisuutta] (N)*

Työntekijän identiteetin merkitys

- *Se ei välttämättä olisi tärkein valintakriteeri työntekijää valittaessa. (N)*
- *Mitä sä ajattelet siitä, että tuossa oven pielessä lukis meistä kaikista tommonen tuoteselostus, ja jonkun ovesa lukis, että se on homo, niin menisit sä ensimmäiseksi koputtamaan sen oveen?*
- *Joo, ihan ehdottomasti. Sen kanssa on kaikesta selkeämpi jutella. Jos sä olet jonkun heteroterapeutin kanssa niin sun täytyy opettaa se ensiks homoksi, ennekuin sä pystyt puhumaan sen kanssa. (M)*

Kokemuksia homo- ja biseksuaalisuuden käsittelystä hoitopaikkojen ryhmissä

Vain kahdella oli kokemuksia siitä, että he olivat puhuneet homo/biseksuaalisuudestaan ammatillisen työntekijän ohjaamassa ryhmässä. Kummankin kokemukset olivat myönteisiä, joskin toista harmitti se, ettei hän uskaltanut puhua asiasta koko hoitoyhteisön kuullen. Suurin osa ryhmähoidoissa olleista oli vaiennut identiteetistään ryhmähoidossa.

- *[laitoshoitopaikassa] mä olin kertonut pienryhmässä. Mutta en silloin kun oli kaikki koossa. Isoissa kokouksissa en kertonut. Enkä siinä storyssa. Se nyt jäi vähän ottamaan päähän koska se story oli sitten vähän, eihän se sitten ihan pitänyt paikkaansa sitten, tai piti osittain mutta siitä oli paljon poissa niin. Mutta pienryhmässä kyllä, ja ne suhtautu mun mielestä ihan myönteisesti. En mä tiedä. Ehkä mä pelkäsin vähän liikaa mutta mä ajattelin vaan, niin mä sen ainakin selitin itselleni, että se on parempi, että mä en kerro koko tai siis kaille, että ne kiinnittää mun enemmän huomiota jos mä kerron tämmöstä, että mä saan olla enemmän rauhassa jos mä en kerro, se oli se ajatus. (N)*

Kokemuksia homo- ja biseksuaalisuuden käsittelystä AA-ryhmissä

Suuntautumisesta vaikeneminen oli vielä tiukempaa tavallisissa AA-ryhmiin. Vain yksi kahdeksasta AA-ryhmissä käyneistä oli kertonut suuntautumisestaan niissä, ja hänelläkin se rajautui yhteen kertaan. He olivat vuosien kuluessa kuulleet erittäin harvojen ottaneen asian puheeksi, ja silloinkin se oli tapahtunut hyvin karkeasti. Helsingissä paikallistettiin kaksi AA-ryhmää, SETA:n ryhmien lisäksi, joissa arveltiin löytyvän sopiva ilmapiiri. Keskeiseksi ongelmaksi nousi se, että ihmiset kiertävät ryhmistä toiseen, ja jutut kuitenkin, kaikista lupauksista huolimatta leviävät. Vaikka enemmistö ihmisistä on sellaisia, joille olisi valmis kertomaan, joidenkin läsnäolo tukkii suut. Monissa AA-ryhmissä ryhmän vakiojäsenen identiteetistä tiedetään, mutta siitä ei avoimesti puhuta. Asian ymmärtäminen luetaan käyttäytymisestä.

- *Kun joutuu ehkä sen oman identiteettinsä kanssa ristiin siellä ja on hirveen vaikea tunnistaa omia asioitaan. Siellä kerrotaan niin laajasti, siellä joutuu kuulemaan niin paljon muiden mielipiteitä ja elämäkokemuksia. Joillekin se voi olla mun mielestä huono. Niinkuin jos ajatellaan jotain homo-seksuaalia joka etsii identiteettiään niin ei se siellä hoida sitä asiaa.(N)*

... *Jotenkin musta tuntui, että siellä mä en pysty puhumaan kaikkia asioita. (N)*

- *Mikset?*

- *Ne on niin isot piirit. Että mulla ei ole rohkeutta missä tahansa..(N)*

- *Tarkottaako se isot piirit sitä, että asiat ei jää siihen huoneeseen vaan ne kulkeutuu muuallekin. Vai onko niin, että siinä on niin paljon ihmisiä, että sä et tiedä mitä ne ajattelee? Kumpaa se on enemmän?*

- *Se on enemmänkin sitä niinkuin, että siinä ryhmässä mun oli helppo puhua, mutta mä käyn monessa eri ryhmässä ja tapaan niin paljon ihmisiä jotka kiertää ryhmästä toiseen, niin silloin mulla pitäisi olla kyky puhua missä vaan ja kenelle vaan. Mutta se oli vain se tilanne missä mä pystyin niin tekemään. (N)*

- Joo. Ja sitten se, että tiedosti ettei AA-ryhmässä (...) ollut sellaista ystäväpiiriä, jossa sen olis pelkäämättä voinut sanoa, että pidän miehistä. (...) Mulla on yksi kaveri joka sanoi yhdessä ryhmässä, että 15 naista ja 6 miestä, minun suhteeni ovat siinä. Toinen taas oli vähän sitten semmosta.. hehheh, hehheh, oon tässä nuorena lehmää pannu ja olin naimisissa ja homot mulle soitteli ja tahto imee ja mulle ihmetteli mitä varten ne miehet mulle soittelee ja mihin mä lähden, hehheh. (M)

- ... kyllähän mulla siinä on ollut vähän vaikeuksia siinäkin ryhmässä, ja mä olen nähnyt sen valtataisteluna, että mä olen nähnyt, että pohjimmiltaan kysymys on seksistä, että jotenkin mä olen ajatellut esimerkiksi sitä kun mä olen viettänyt vuosipäiviä niin mä olen kattonut jaaha, että oman ryhmän miehet ei tule mun vuosipäiville koska mä en ole potentiaalinen tyttöystävä (N)

Kommentit haastattelutilanteesta

Pyysin lopuksi kaikkia kommentoimaan haastattelutilannetta. Yksi haasteltavista piti haastattelutilannetta ahdistavana. Häntä vaivasi haastattelun nauhoittaminen ja siihen liittyvä tietosuoja. Kaikki muut kertoivat tilanteen olleen "ihan OK" tai odotetun kaltainen, ja kaikki väittivät saaneensa puhua omana itsenään. Kaksi haastateltavista kertoi odottaneensa haastattelulta hyviä terapeutisia kysymyksiä ja piti haastattelua myös terapiaistuntona.

Yhteenvetoa

Haastatteluissa miesten ja naisten välillä näytti olevan selvä ero. Naisten enemmistö kertoi nuoruusvuosien ahdistuksesta tavalla, joka puuttui näiltä kolmelta mieheltä täysin. Yhdellä miehistä oli hieman samantyyppinen prosessi yli 30-vuotiaana. Haastatteluissa yllätti se, että naisilla eri ikäpolvien välillä oli suhteellisen pieni ero identiteettikertomuksissa. Se nuoruudenaikaiseen identiteetin epäselvyyteen tai poikkeavuuden pelkoon liittyvä ahdistus, joka tuli esille ikääntyneempien naisten hieman etääntyneinä muistoina, oli aistittavissa tuoreempana nuorimpien kertomuksissa. Tämän voi selittää sillä, että suurin osa näistä naisista on käynyt samassa naisryhmässä ja sosiaalistunut sen kerrontatapaan. Olettaisin kuitenkin, että kertomuksista on luettavissa se, että seksuaalisen identiteetin jäsentäminen kyseenalaistaa radikaalisti joitain keskeisiä kulttuurisesti opittuja asioita, ja siihen liittyen se voi muodostua edelleenkin hyvin uhkaavaksi hyppäykseksi tuntemattomaan, toisten määrittelyjen kohteeksi. Heteroseksuaalisen identiteetin kulttuurinen idealisointi, siitä poikkeavuuden kokeminen ja myönteiseksi koettavan samastumismahdollisuuden puuttuminen voivat merkitä vakavaa itsemurhariskiä, johon ammattiauttajalta odotetaan herkkää korvaa, aktiivista myyttien purkamista ja homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien identiteettikysymysten aktiivista jäsentämistä yhdessä asiakkaan kanssa. Vastauksista oli hyvin vaivattomasti luettavissa samastumisryhmien merkityksellisyys oman identiteetin jäsentämisessä. Usein se näyttäisi olevan jopa hoidollisten keskustelujen turvallisuuden edellytys.

Haastateltavista useimmat hahmottivat ongelmiin johtaneen alkoholin käytön yritykseksi ratkaista joitakin muita ongelmia. Vain yksi selitti ongelmallista juomistaan tapajuoppoudella.

7.5. Haastattelututkimus työntekijöiden keskuudessa

Työntekijähaastatteluja tehtiin kymmenessä eri hoitopaikassa. Haastatteluiden henkilövalinnat tehtiin kussakin hoitopaikassa. Päätöksistä vastasi joko johtaja yksin tai yhdessä työryhmän kanssa. Haastateltaviksi pyysin valitsemaan sellaisia henkilöitä, jotka parhaiten mm. työkokemuksensa puolesta tehtävään sopivat. Haastatteleamalla näin valittuja "tiedonantajia" halusin kurkistaa päihdehoitopaikkojen hoidollisen työskentelyn kysymyksiin ja työyhteisöjen arkikäytäntöihin suhteessa asiakkaiden ja/tai työntekijöiden homo/biseksuaalisuuteen. Tavoitteeni ei ollut tutkia haastateltavien asenteita tai muita

ominaisuuksia vaan tutustua kyseisten hoitopaikkojen tässä asiassa parhaaksi arvioimien asiantuntijoiden tutkimukseni aihepiiriin liittyviin kokemuksiinsa ja niiden erittelyyn. Olen poistanut sitaateista kaikki haastateltaviin liittyvät tunnistimet. En halua sitoa sitaatteja tiettyihin henkilöihin tai heidän samastumisryhmiinsä vaan tulkitsen ne yleisemmin esimerkeiksi aihepiiriin liittyvistä jäsennostavoista päihdehuollossa. Näin samalla suojelen haastatteluihin osallistuneita tunnistamiselta

Otokseeni tuli 14 naista ja neljä miestä. Heistä kuusi työskenteli A-klinikalla tai nuorisoasemalla, seitsemän laitoshoitopaikassa ja viisi työskenteli sekä avo- että laitoshoidon tehtävissä. Viisi toimi sairaanhoitajan tai osastonhoitajan tehtävissä, yhdeksän toimi sosiaalityöntekijöinä, sosiaaliterapeutteina tai vastaavina sosiaaliterapeutteina, yksi psykologina ja kolme johtajana. Naisista yksi kuului ikäryhmään 20–29 v., kaksi ikäryhmään 30–39 v., kahdeksan ikäryhmään 40–49 v. ja kolme ikäryhmään 50 v. tai vanhempi. Miehistä kaksi kuului ikäryhmään 30–39 v., yksi ikäryhmään 40–49 v. ja yksi oli yli 50-vuotias. Työkokemusta päihdehuollossa oli kolmella alle 5 v., kahdella 5–9 v., viidellä 10–19 v. ja kahdeksan haastateltavaa oli työskennellyt alalla vähintään 20 vuotta. Haastateltavilla oli siis keskimäärin hyvin pitkä kokemus päihdehuollon tehtävistä ja otoksessa sosiaalialan koulutus oli hieman voimakkaammin esillä kuin terveydenhoitoalan koulutus. Nuorimpien työntekijöiden ääni jäi näissä haastatteluissa yhden työntekijän varaan. Otoksen perusteella voisi olettaa, että vastaajilla on runsaasti kokemusta hoitopaikkojen ja -yhteisöjen asennoitumisesta erilaisiin kysymyksiin. Yli 2/3 haastatelluista oli yli 40-vuotiaita; heidän nuoruudessaan homoseksuaaliset suhteet olivat kriminalisoituja ja ne sisältyivät sairausluokitukseen. Homojen ja lesbojen kansalaisoikeusliike aloitti toimintansa Suomessa heidän ollessa keskimäärin yli 20-vuotiaita.

Oma identiteetti

Kysyin 15 haastateltavalta sitä, mihin ihmisryhmiin he samastuvat – millaisia identiteettejä heillä on. Sekä naisista että miehistä puolet toi esille ammattiinsa liittyvän identiteetin, naisista kaksi totesi, että oma identiteetti on hyvinkin työpainotteinen. Naisista puolet toi esille identiteettinsä naisena, ja he pitivät sitä hyvin merkittävänä osana minäkuvaansa. Miehistä kukaan ei maininnut identiteetissään sanaa mies. Naisista kuusi ja miehistä kaksi toi esille avioliittoon liittyvän identiteettinä, vanhemman identiteetti oli myös kuudella naisella ja yhdellä miehellä. Sosiaaliluokan mainitsi seitsemän naista ja yksi mies, koulutustaustansa taas kolme naista ja yksi mies mainitsi harrastuksiinsa liittyviä identiteettejä ja kaksi piti jäsenyyttään AA-yhteisössä merkittävänä ryhmäjäsenyytenä. Kahdella on maailmankuvaan liittyvä identifioituminen, kahdella taas asuin/synnyinseutuun liittyvä. Yksi haastateltavista otti esille sanan heteroseksuaalinen, ja totesi maininnan johtuvan lähinnä haastattelun aiheesta. Yksi haastateltavista pohdiskeli mahdollista jäsenyyttään androgyynien luokassa. Haastateltavien identiteetti oli siis keskimäärin työ- ja perhepainotteinen ja naisilla oli myös melko vahva sukupuoliin liittyvä identiteetti. Huomioni kiinnittyi siihen, että ns. psykologinen enemmistöryhmän jäsenyys miehenä jäi täysin mainitsematta ja heteroseksuaalisuus tuli esille nimenomaan perhesidonnaisuuksien muodossa.

Homomääritelmät

Homo- ja biseksuaalisuus nähtiin saman ilmiön eri asteina. Selitysmallien esitys oli suurimmalla osalla etsiskelevä ja pohdiskeleva. Synnynnäisyyteen ja psykoanalyttiseen kehykseen liittyvät vastaukset olivat suhteellisen yksiselitteisiä. Muilta tuli usein enemmän kysymyksiä kuin vastauksia. Synnynnäiseksi ominaisuudeksi homo/biseksuaalisuuden määritteli viisi vastajaa, joista neljällä oli sosiaalialan koulutus ja/tai ammatti-identiteetti. Näissä määrittelyissä sitä verrattiin värisokeuteen ja lahjakkuuteen.

- ...Mitä mä tässä olen ajatellut niin kyllä se aikalailta synnynnäistä taitaa olla. Että ihmiset on kokeneet niitä tunteita jo pienestä pitäen, vaikka niitä tunteita on tukahdutettu.(...) Se on samantapaista erilaisuutta kuin esimerkiksi se, että joku on huippulahjakas viulisti. Että voi olla erilainen millä elämän alueella tahansa.

Psykoanalyttinen kehys tuli esille neljän vastaajan, kahden terveydenhuollon ja kahden sosiaalihuollon ammattilaisen, pohdinnoissa. Yksi piti homoseksuaalisuutta sairautena ja kehityshäiriönä, jota hän ei kuitenkaan itse lähtisi muuttamaan. Kaksi hahmotti psykoanalyttisen näkemyksen yhdeksi olennaiseksi näkökulmaksi homoseksuaalisuuteen, jota ei tulisi jättää syrjään, koska sen kautta voi valottaa mahdollisia ristiriitoja, joiden kautta se voi muodostua sairaudeksi. He olivat pohtineet myös muita näkökulmia. Yksi kritisoi sitä, että SETA esittää asian kovin yksipuolisesti. Yksi oli tietoinen psykoanalyttisista selitysmalleista, mutta ei osannut määritellä omaa kantaansa mitenkään, vaan oli enemmänkin kysyvällä kannalla.

- ... Mä mietin sitä aika pitkään, että mikä tämä on, että mikä tässä on geneettistä ja mikä on ympäristön tuotetta, ihan näin psykoanalyttisesta orientaatiosta. Mä en pysty sitä vielääkään vastaamaan. (...) Ja sitten kun mä kävin tämän seksologian peruskurssin, ja siellä oli tämä SETA:n väki asiantuntijana. Mulla oli siellä pikkusen semmonen aggressio. Musta se oli yksipuolinen. Tää ... täydennyskoulutuskeskus ei ollut ottanut siihen lainkaan mukaan myös psykoanalyttistä orientaatiota mukaan, että se jäi niinkuin ontumaan. Ja mulle tuli silloin vastustus, että ei se voi näin olla. Ne tapaukset, jotka mä tunnen, niin niissä on ollut aika vahva tämä ympäristön identiteetin vääristymä, että ei ole voinut samastua omaan sukupuoliensa. Että mulla ei ole siihen vastausta, vieläkään. Mutta sitten mä kuuntelen jotakin Riekkistä Kuopiosta, joka puhuu tästä aivokurkiaisesta, joka on miehillä ja naisilla erilainen, josta voisi jopa homoseksuaalisuuden nähdä. Mä olisin halunnut mennä sen luennoille...

- Mä pohdin sitä ja mä mietin sitä sillä tavalla, että se on hyvin pitkälle sairaus tai psykoseksuaalisen kehityksen häiriö. Niin mä siitä kuitenkin ajattelen. Työssäni mä en tietysti missään tapauksessa lähde siitä ajatuksesta, että mä jotenkin pyrkisin muuttamaan tätä ihmistä johonkin suuntaan. Vaikka mä omassa mielessäni näin ajattelenkin. Vaan lähdän tutkimaan mitä tämä ihmisen siitä ajattelee, miten hän sen kokee.

Viisi vastaajaa (kolme terveydenhuollon ammattilaista ja kaksi sosiaalialan) toi esille sosiaalisen oppimisen lapsuudenajan ihmissuhteissa. Sitä verrattiin mm. opittuun perusasennoitumiseen elämään, jota ei voida muuttaa. Joillakin tämä selitys yhdistyi biologisiin selitysmalleihin. Ongelmat tulevat sitten erilaisuuteen liittyen.

- Mä olen tätä miettinyt, mä arvasin, että sä kysyt tätä. Nythän on jonkin näköistä tutkimustulosta jostain biologisistakin syistä. Toisaalta tuntuu kun on toisaalta joitakin, homomiehiä lähinnä tiedän, niin tuntuis kun tietää niiden taustaa, että sieltä puuttuu isähahmo, niin olis helppo sanoa, että se on opittu juttu. Mä kehitin just tällasen teorian omassa päässäni, että voihan olla kun, mutta se vastaus on, että en tiedä. Mahdollisesti jotain psykosomatiikkaa että sekä että. Mä en nyt muista mitä on tutkittu, jotain ainesosaa on oliko se geeneissä vai aivoissa enemmän tai vähemmän homoseksuaalisilla ihmisillä, niin voihan se olla, että ne kasvuolosuhteet vaikuttaa siihen biologiaan ja päinvastoin. Mutta mun vilpittöön vastaus on, että en tiedä

Yhden sosiaalityöntekijän vastauksessa pohdiskeltiin nimenomaan sosiaalisten prosessien (identiteetit, leimautuminen jne.) merkitystä. Yhden vastaajan pohdinnoista homoseksuaalisuus oli ennen kaikkea sielullinen olotila, joka voi toisille olla tasapainotila ja toisille sisäinen ristiriita. Silloin kun se on jälkimmäistä, siihen on hoidossa jotenkin puututtava. Yksi sosiaalialan ammattilainen sijoitti asian ihmisen biseksuaalisuuteen, ja homoseksuaalisen puolen intensiivisyys voi vaihdella intiimistä suhteesta satunnaisiin tuntemuksiin. Yksi vastaajista ei osannut ottaa mitään kantaa tähän kysymykseen.

Stereotypiat

Homo- ja biseksuaalisuuteen osattiin melko yleisesti liittää stereotyyppisiä mielikuvia. Tosin neljä vastaajista ei osannut yhdistää seksuaaliseen suuntautumiseen tyypittelyä, ja yksi heistä piti tyypittelyä vastenmielisenä ja ongelmia tuottavana. Vastaajista kaksi näki homot ja lesbot omina melko homogeenisinä ihmisryhminään, ja niihin liittyi ainakin jossakin määrin vastakkaiselle sukupuolelle ominaisina pidettyjen piirteiden korostuminen. Tyypillisin vastaus oli sellainen, jossa tunnistettiin omassa ajattelussa melko piintynyt tyypittely, mutta siihen suhtauduttiin enemmän tai vähemmän kriittisesti. Useimmille (11) tyypittely liittyi nimenomaan vastakkaisen sukupuolen piirteiden korostumiseen. Viisi heistä arveli kokemuksiinsa nojaten, että tämä stereotypia on jossakin määrin perusteltu. Monilla heistä kokemukset liittyivät asiakkaisiin, ja etenkin lesboista oli asiakassuhteiden kautta muodostunut miehisyyttä korostava kuva. Yksi sovelsi stereotypiaa homojen osaryhmään, ja viisi totesi, että heidän homo/lesbokuvassaan stereotypiat ovat menettäneet uskottavuuttaan. Erilaiset kokemukset ja ammatillisuus olivat tuoneet kriittisyyttä sisäistetyn tyypittelyn soveltamiseen.

- Mutta mulla on semmonen mielikuva, että kyllä rehellisesti sanottuna mun päässäni nämä kaikki stereotypiat ja ennakkoluulot on. Mutta ehkä mä olen a) pakottanut itseni niinkuin laajentamaan, näyttääkseni niinkuin sivistyneemmältä ihmiseltä ulospäin ajattelemaan, mutta minussa on sekin puoli, joka heti nähdessään tietyn tyyppistä käyttäytymistä ajattelee heti, että ahaa, homo. Ja sitten on toisaalta ammatin ja tutkimisen myötä vähän laajentanut tätä.

Osa tyypittelystä perusteltiin asiakkaiden kautta muodostuneeksi mielikuviksi. Yhden työntekijän mielikuvissa homot harrastivat ennen aidsia paljon irtosuhteita, ja lesbojen ihmissuhteet olivat hankalia. Neljällä oli kokemus siitä, että lesboasiakkaat olivat maskuliinisia, ja yksi totesi, että hyvin moni hänen lesboasiakkaistaan oli pitänyt itseään miehenä omassa lesbosuhteessaan. Yksi taas oli huomannut, että monet homomiehet ovat sofistikoituneita ja harrastavat kirjallisuutta ja taiteita, ja toinen taas oli huomannut, että homomiehissä on paljon ravintolatyöntekijöitä.

Suhtautuminen homo- ja biseksuaalisuuteen identiteettinä

Kysyin kaikilta haastateltavilta, mitä he ajattelivat seksuaalisen suuntautumisen merkityksellisyydestä ihmisen elämässä ja elämäntavassa. Sen jälkeen kysyin suuntautumiseen liittyvän identiteetin merkityksellisyydestä. Joidenkin vastauksissa merkityksellisyys muodostui identiteetin selvyden/epäselvyyden kautta. Epäselvä identiteetti tuottaa mm. päihdeongelmia. Selvä identiteetti taas helpottaa elämää. Identiteetti voi olla myös hauras rakenne, joka ajoittain horjuu normipaineessa. Homo/biseksuaaliseen identiteettiin liittyi vahvasti kysymys sen hyväksymisestä itselleen. Yksi haastateltavista vertasi sitä alkoholistin identiteettiin.

- Totta kai, kun pääsee sinuiksi oman itänsä kanssa. Että tietää kuka minä olen. Aina kun se on epävarma, kun sitä ei ole vielä löytynyt niin ainahan se on hankalinta se epävarmuuden tila koko ajan. Varmaan aika tuskasta ja ahdistavaa.

- Mutta ensimmäiseksi kun sä kysyit tuli mieleen, että on useampia, että siihen liittyy epävarmempi identiteetti, että sitten kun juo, että vaikka selvinä kausina käyttäytyy niinkuin olisi homo-seksuaali, niin juomakausina on heterosuhteita. Eli se tulee hurjan monilla mieleen. Nämä on naisia kaikki jotka tulee mieleen, että sitten juomakausina tulee miessuhteita. Että tavallaan sitten epätoivoisesti etsiminen... Kolme-neljä tulee tässä heti mieleen. ... Siitä on aikalailla puhuttu ja taas menee siihen samaan, että vaikka päältä näyttää, että on ehyt ja selkee se oma identiteetti, mutta jossain olis sittenkin se, että olenko minä sittenkään sitä mitä minä olen, että onko minulla sittenkin näitä toisia piirteitä kuinka paljon. Musta se on joku semmonen... Yhden ihmisen kanssa siitä puhuttiinkin, että hänellä on joku semmonen epätoivoinen yritys sopeuttaa itsensä vallitsevaan normistoon.

- Tavallaan jos miettii meidän ihmisiä täällä, jos hän hyväksyy oman alkoholisminsa, ottaa alkoholistin identiteetin ja hyväksyy oman homoutensa, niin minusta se ihminen on silloin hyvin vahvoilla. Hän tavallaan tietää kuka hän on. Ja sitä kautta ehkä pystyy konkretisoimaan asioita ja ongelmia, joita tulee eteen. Jos hän kaiken aikaa häilyy siinä onko hän kohtuukäyttäjää vai alkoholisti tai onko hän hetero, homo tai bi, jotenkin hänen ajatuksensa ovat silloin käymistilassa kaiken aikaa.

Terapeutin rooliksi nähtiin sen identiteetin vahvistaminen, jonka asiakas kokee omakseen. Voimakkaassa identifioitumisessa nähtiin myös haittoja. Joitakin se vahvistaa antamalla tarkoituksia elämään ja joillakin se supistaa elämänpiiriä; ratkaisevaa on se, millaisia merkityksiä kukin identiteettiin liittyy. Yksi vastaajista ei lainkaan pitänyt selkeästi rajautuvista identiteettistä, sillä ne ovat laajan koko ajan liikkeessä olevan variaation turhia rajoituksia.

- Must tommosen identiteetin kuin homoseksualisti tai alkoholisti ottaminen tai antaminen on niinkuin turha. Siinä mielessä kun mä ajattelen, että ne variaatiot on niin valtavat laidasta laitaan ja vaihteluvälit on siinä käytännön tasolla niin moninaiset niin sä et pysty koskaan määrittelemään, että joku on niinkuin homo tällä viikolla mutta ensi viikolla ei ole tai että joku on holisti tällä viikolla mutta ei ensi viikolla.

Toinen taas näki identiteetin voimavarana ja avaruutena, suurella työllä hankittuna näkökulmana muihinkin erilaisuuksiin.

- Varmaan se on voimavara sillä tavalla, että avaruushan se on. Eihän se enää ole semmonen putkinäköinen. Että yleensä se on semmonen avaruus ja voimavara, erilaisuuksien ymmärtämisen voimavara. Nää ihmiset ovat joutuneet aika rankastikin käymään läpi sitä identiteettiään, ne eivät voi olla enää samalla tavalla putkinäköisiä kuin mitä moni muu saattaa olla (naurahtaa).

Yksi vastaajista, joka korosti identiteetin keskeistä asemaa ihmisen elämässä, kuvasi tarkemmin identiteetin muokkautumista isotöisenä ja pitkäköönä prosessina sosiaalisessa vuorovaikutuksessa omaisten ja ystävien kanssa, ja sen ongelmallisuus/helppous liittyi nimenomaan tämän vuorovaikutuksen huonoihin/suotuisiin edellytyksiin. Yksi vastaajista näki homoseksuaalisuuteen liittyvän identiteetin korostuvan silloin, kun sitä on vaikea toteuttaa omassa lähiympäristössä. Siinä merkityksellisyys hahmottuu ongelmien kautta.

- Mulla on sellainen tunne, että se on aika merkityksellinen. Se on vähemmän merkityksellinen jos sä elät suuressa kaupungissa ja sulla on mahdollisuuksia. Mutta näillä pienillä paikkakunnilla joissa sulla ei ole kuin mahdollisimman normaalin mahdollisuuksia, niin silloin siitä häiriö. Tavallaan nämä on hirveen yksinäisiä.. Se vie niinkuin kaikelta muulta toiminnalta.. Jos sä lähdet viettään (Hkiin) niin sä voit mennä vain yhdeksi illaksi, se on jo rahallisesti niin kallis, että sä et voi niin usein mennä.

Hoidon erityiskysymyksiä

Homo- ja biseksuaalien kanssa tehtävän hoitotyön erityispiirteiksi hahmottuivat mm. luottamuksellisuus, luottamuksen kasvattaminen, moralisoimattomuus ja hienotunteisuus sekä syyllisyyden tai häpeän tunteiden kanssa työskentely. Luottamuksellisuus, herkkyyys ja halu ymmärtää määrittäivät hoitosuhteen perusehdoiksi, jotka mahdollistivat sen, että asiakas sai lisää luottamusta ja rohkeutta myös muihin ihmissuhteisiin.

- Ensinnäkin on hirveen tärkeää että saa sen luottamuksen ensiksi, se on se tärkein, varsinkin jos se on semmonen asia että sitä ei nyt tuo ensimmäisenä esille että mä olen homo tai lesbo vaan että se luottamus on jo..

- No kyllä mä ainakin sen sanoisin että vaali herkkyyttä kuulla niitä asioita mitä tämä ihminen tuottaa. Että ei lukkiudu itse vaan ja rupea ohjailemaan ettei vaan ne asiat tule käsittelyyn. Uskal-

taa kuulla ja uskaltaa sitten...

- Mutta jotenkin se on varmasti siinä mielessä auttanut tämä keskustelu homoudesta.. /.../ että nämä homot voi mulle naisena niinkuin kaverille jutella näistä asioista, että solmia tietynlainen niinkuin ystävyysuhteen – sen, että mä voin ymmärtää heitä aika pitkälle. Sitten sillai uskaltaa heterolle puhua tällaisia juttuja, ehkä semmonen luottamuksen lisääntyminen, niitä asioita voi ymmärtää joku muukin. Että siinä mielessä avautumista. Tai ehkä rohkeutta lisää.

- Mä voisin kuvitella, että voisi odottaa sellaista ymmärtävää, sallivaa ja hyväksyvää suhtautumista ja avoimuutta. Juuri näiden seksuaaliasioiden kanssa, monasti ihminen jää hyvin yksin seksuaalisuutensa kanssa.

Yksi haasteltavista korosti erityisesti työntekijän avoimuuden ja rehellisyyden merkitystä luottamuksellisen hoitosuhteen perustana.

- Kyllä musta tuntuu että se on kuitenkin tämä että minkälaiset käsitykset meillä työntekijöillä on, nämä meidän asenteet, että kyllä sen aika pian aistii ja kuuleekin miten suhtaudutaan, varsinkin jos tuo sen asian suurinpiirtein heti esille. Ainakin se, että meillä on jotakin tietämystä tästä asiasta.

Vastaajien näkemyksissä oli selvää painotuseroa siinä, miten olennaiseksi he näkivät seksuaalisen suuntautumisen ja identiteetin käsittelyn päihdeongelmia hoidettaessa. Joidenkin mielestä se on selvästi toissijainen asia, joka on käsiteltävä vain siinä tapauksessa, että se on muodostumassa hoidon esteeksi. Useimpien mielestä taas identiteetin läpikäyminen ja siinä hyväksytyksi tuleminen ovat niitä perusedellytyksiä, joita muu hoito tarvitsee.

- Joo, mutta se, mä yritän miettiä että miten se näkyy täällä että..., ei siihen asiakkaan kontaktinotto-ongelmaan liitettäisi sitä hänen seksuaalikysymystä ollenkaan, minun mielestäni. Jos hänellä on kontaktinottamisvaikeus se on sama oli hänen seksuaaliset mielenkiinnot ja suuntautuneisuus mitä tahansa./.../ ehkä tämä meidän tarkka rajautuneisuus tiettyyn elämäntilanteeseen, päihderiippuvuuteen, tavallaan suojaa siltä että me emme ala operoimaan sellaisilla alueilla, jolla me ei olla ekspertejä.. /.../ Eli se minun suhtautuminen tähän ongelmaan on semmonen että jos se tällä hetkellä on semmonen asia että se uhkaa tämän ihmisen mahdollisuutta ratkaista omaa päihdeongelmaansa tai työskennellä tämän päihdeongelmansa kanssa, niin silloin siinä täytyy tietysti jollakin tavalla edetä.

- Musta ainakin se mikä hoidossakin näkyy tavallaan, oman sukupuoli-identiteetin läpikäyminen, siihen vahvistuksen saaminen. Tavallaan myös hyväksyntä, voinko mä olla tämmönen. Eräillä henkilöillä painottuu se että mikä mä oon. Oonks mä homo, oonks mä jotain muuta. Kun tämä hoito on hyvin intensiivistä täällä, niin tavallaan siinä on myös aikamoinen este, jos oman sukupuoliikäytymisen joutuu salaamaan taikka jotenkin varovasti puhumaan siitä. Musta tämä on yks keskeinen teema tässä hoidossa.

Asiakkailla näyttäisi myös olevan vastaavanlaisia painotuseroja.

- Joskus musta tuntuu, niinkuin sen mainitsemani kaverin kohdalla, että hän pienellä avituksella olisi voinutkin kertoa. Mutta kyllä taas jotkut ovat niin, että he haluavat niin selvästi rajata tämän puolen kokonaan pois tästä ja ajattelevat, että se on muuta puolta minusta kuin tämä päihdeongelma. Tämmönen splittaaminen, että päihdeongelma on ihan erikseen ja joku muu ongelma on ihan erikseen.

Osa vastaajista korosti työntekijän neutraalisuuden merkitystä. Heidän mielestään tärkeintä on löytää se, mitä asiakas itse asoistaan ajattelee. Yksi haastateltavista korosti neutraalisuuden tärkeyttä nimenomaan biseksuaalien kohdalla.

- Niin mä käskisin häntä kuuntelemaan tarkkaan ja kysymään just niitä kohtia että mitä tää ihminen ajattelee itse tästä asiasta. Ennen kaikkea pistäs tätä potilasta pohtimaan tätä kysymys-

tä että mitä hän ajattelee, minkälaisia ajatuksia hänellä on mielessä. Ja sillä tavalla kartoittamaan sitä omaa tilannettaan ja käymään sitä läpi. En oikeestaan mitään muuta.

- Mulla on ainakin biseksuaalien kohdalla se, että mitenkä pystyy olemaan mahdollisimman neutraali, niin että se ihminen itse löytää mikä hänen kohdallaan se tasapaino näissä asioissa on, ja miten hän toteuttaa sitä. Siinä mä huomaan, että siinä tulee vielä, ainakin mulla, helpommin semmonen, että tuon oman kantani liian selvästi esille. Kun on homo, niin siinä on selvästi ääripää, mutta kun tässä on kummatkin jotka pitäis olla hyväksyttäviä, ja löytää se tasapaino, mikä se on.

Yksi haastateltavista piti hyvin tärkeänä sitä, että varsinkin nuoret saisivat identiteetilleen aktiivista hyväksymistä ja tukea mm. vertaisryhmien kautta.

- Niin juur just siinä jos missä [keskustellaan sellaisista homonuoista, jotka ovat hyvin levottomia] tarvitsis valtavasti tukea ja taatusti just sitä omia vertaisryhmiä. Että siinä on just se ettei koe olevansa itsensä eikä kenenkään muun hyväksymä. Ja juuri ennen kaikkea että ei ole itsensä hyväksymä. Eihän sitä voi hetkessä saavuttaa, vaan se vaatii hirveesti aikaa.

Yksi haastateltavista tähdensi, että päihdeongelmaiset ylipäänsä ja naiset erityisesti tarvitsevat oman minäkuvansa ja tahtonsa selkeyttämistä sekä enemmän kosketusta omiin tunteisiinsa. Toinen taas huomautti, että osa lesboista "velloo" parisuhdekysymyksissään ja niiden tunnesyövereissä niin, että muut asiat jäävät huomaamatta ja hoitamatta. Kaksi haastateltavista totesi, että osa homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden ongelmista on yhteiskuntaan ja ympäristön asenteisiin liittyviä ja että työntekijät voivat tuntea itsensä niiden edessä voimattomiksi.

- Musta siinä on sellaiset asiat, joihin hoidolla ei voi vaikuttaa. Nää ihmiset käsittelee hoidossa toisten suhtautumista ja tämmöstä nuivaa suhtautumista. Kun niihin ei mitenkään voi vaikuttaa. Siinä on aika vaikee saada sitä asiakasta niin vahvaksi, että se olisi piittaamatta siitä toisten – että kun ajattelee, että ihminen on ihminen, ei se voi olla pahoittamatta mieltään jos toiset kauheen rankasti koko ajan.. Niin se, että se on niin vaikee asia tää ihmisten oikein inhottava suhtautuminen. Siihen on hirveen vaikea hoidollisin keinoin puuttua. Jos ajatellaan että asiakas käy yksilöhoidossa ja ehdottomasti haluaa käydä yksin. Ne on musta ne hankaluudet sitten.

Homo- ja biseksuaalien kanssa tehtävän työn ilon aiheeksi mainittiin usein se, että asiakas alkaa vähitellen hyväksyä itseään ja avautua ulospäin. Työntekijä on onnellinen myös siitä, että asiakas on valinnut hänet matkakumppanikseen. Yksi työntekijöistä totesi, että työskentely naispariskuntien kanssa on vahvistanut häntä naisena.

- Niin semmosesta on ilonen, kun jollekin ihmiselle se on ollut sillä tavalla kauhee juttu, että siitä ei ole millään tavalla voinut keskustella – niin totta kai työntekijä on iloinen siitä, että minä just olen se – että tämä ihminen just luottaa ja valitsee minut sellaseksi, jolle voi sanoa, että mun seksuaalikäyttäytyminen onkin just tämmönen. Totta kai se tuottaa työntekijällekin sitten iloa, että ahaa, että mun kanssa voi keskustella.

*- Sanoinko mä jo sen että mä koen että se on ollut mulle etuoikeus, että mä olen saanut hoitaa näitä lesbopariskuntia. Se on ollut kuin löytöretki, ja se on ollut hirveen mielenkiintoista, nautittavaa, saako työstä sanoa niin, ja se on myöskin ollut samalla /.../ jotenkin minun **naiseuttani vahvistava asia**. Se on ollut hirveen positiivinen asia.*

"Kaste"

... mä sain tähän asiaan nuorena naisena /.../ alle kolmekymppisenä, tuollaisen kasteen. Mulla oli naisiasiakas, joka rakastui minuun, ja siihen aikaan oli pitkiä hoitosuhteita [ko. hoitopaikassa]. Ja hän oli älykäs nuori nainen, mua 10 vuotta nuorempi. Ja hän pisti prosessiin. Ja silloin mä jouduin kysymään kuka mä olen, ja miksi näin tapahtuu ja .. Mutta mulla oli hyvä työnohjaus ja sitten oli tuo psykiatri, jonka kanssa mä keskustelin. ... Se oli semmonen prosessi, oliko se 7 kuukautta, mä opin hirveesti siitä ja sen jälkeen mä en ole homoseksuaaliasiakkaita pelännyt. ... Mutta sen hoitosuhteen aikana meille molemmille tapahtui jotain merkittävää. Mulle ammatillisesti ja ihmisenä ja hänelle sitten hänen omassa prosessissaan, kasvussaan aikuisuuteen. /.../ Se oli semmonen paikka, että tota siinä ei voinut olla yhtään falski. Tämä on mun kokemus.

Yhteensä kahdeksassa haastattelussa työntekijä halusi, edellisen sitaatin kaltaisesti, kertoa siitä, miten hän oli sukeltanut sisälle aluksi hyvinkin pelottavalta tuntuvaan aihepiiriin. Muutamat heistä totesivat, että "eväät eivät olleet hääppöiset" sukelluksen alkaessa eikä apuakaan ollut paljon saatavilla.

- *Tämä naisen lesbous, mä en tiedä olinko mä sitä koskaan aikaisemmin edes miettinyt että mitä se tarkoittaa käytännössä. Että se minulla oli se isoin asia siinä alussa. Sitten tietysti tuli nämä omat tuntemukset, että miten se **inhoo**, mä muistan välillä se oli jotenkin että, mä olen itse uskonnollisesta perheestä, jossa on muutenkin seksuaalisuuteen hieman tällainen tietyllä tavalla kielteinen ja saati sitten että se liittyi naisten..., tai en mä tiedä tietääkö meidän äiti että semmoista on olemassakaan, edelleenkin. Jotenkin se oli se oma, että mitä se herättää sitä vastenmielisyyttä ja pelkoa ja ahdistusta. Jotenkin vieläkin on semmonen olo, että siinä hoitosuhteessa niin väri omassa naamassa muuttui kun ahdistus nousi, että kyllä se aika rankka oli, että aina uuvuksissa oli kun oli puhunut sen ihmisen kanssa, sen oman itsensä, ettei hänestä niinkään vaan minusta johtuvat, kun ne joutu tavallaan käymään siinä hoitosuhteessa läpi.*
- *Oliko sulla siinä käytettävissä työnohjausta jossa sä olisit voinut tuulettaa sitä omaa prosessiasi, vai jouduit sä tekemään omin päin koko homman?*
- *Hyvin paljon ittekseni ... yksi sairaanhoitaja oli vähän iäkkäämpi, jonka kanssa mä sitten puhuin kaikki ne mitä tuli siinä hoitosuhteessa. Sitä en ihan muista, en ehkä mahdollisesti osannu puhua kaikkea mitä itsessä heräsi, että ne oli kuitenkin sen verran pelottaviaakin. Se oli hyvä kuitenkin, että ei ihan yksin. ... Että kyllä sitä nyt ajattelee, että aika köykäsillä ja olemattomilla eväillä sitä sitten teki sitä työtä.*

Osalla kasteen provosoinut asiakas oli siinä määrin vahvoilla itsensä kanssa, että se auttoi työntekijää rauhoittumaan. Osalla oli taas mahdollisuus työstää tunteitaan työnohjauksessa ja osalla oli sellaisia ystävyys-suhteita, joissa omista tuntemuksistaan saattoi turvallisesti keskustella tai/ja joissa asiasta sai tietoa.

- *Mä muistan tämän ensimmäisen, joka tuli vastaan, niin hän oli tämän asian kanssa niin sinut, että hän toi sen esille luonnollisena asiana. Hän oli biseksuaali ja siinä niinkuin käsiteltiin sitä. Hän oli perheen isä myöskin. Mutta mä nuorena olin silloin enemmän kuuntelun puolella, että hän sitä ruoti ja enemmän opetti mua.*
- *... muistan ensimmäisen pitkän hoitosuhteen jossa mä olin analyttikon työnohjauksessa ja se oli tutustumista koska mä työnohjaustunnin aikana kävin läpi, ja kyllä se tuntui hyvältä, mä koin se semmosena että sen jälkeen kun sen oli käynyt niin oli semmosta jotenkin lepposampaa se oleminen. Nää toiset on olleetkin sitten semmosia että niissä on ollut helpompaa olla kuitenkin kun sitä jotenkin löysi sen että se on samanlaista. Ihmissuhteessa eläminen on samanlaista, oli se sukupuoli sitten mikä tahansa.*
- *Mulla ensin jotkut omat kielletyt tunteet paukahti päälle, ilmeisesti mä en uskaltanut hoitamaan. Jokaisessa, myös heteroissa on se alue olemassa. Vasta kun mä selvittelin omat asiani työnohjauksessa, ... kiitos hänelle hän on opettanut erittäin paljon. Kun mä selvitin täysin itseni, oman lesbouteni itsessäni, joka kaikissa naisissa on, niin tota sen jälkeen mun hoitosuhteeni myöskin homoseksuaalien kanssa lähti menemään hyvin, ihan niinkuin muidenkin, ja ehkä jopa, mä tunnen olevani hyvä siinä hommassa kun se on mulle niinkuin selkeä asia. /.../ Kun on itsellä asiat selvillä, niin on auki näkemään [asiakkaiden mahdollisen homoseksuaalisuuden].*

Nuorimman sukupolven jäsenillä on ollut mahdollisuus aktiivisesti lähestyä pelottavaa, mutta samalla kiihottavaakin aihepiiriä.

- Menin sinne [GayGambriniin - homo/lesboravintolaan] ystävän kanssa. Tuntui turvallisemmalta, oltiin ikään kuin lesbopari. Se oli ihan mieletön kokemus. Kun on kasvanut suomalaisessa normistossa, tässä näin mikä on niin sanotusti normaalia ja mikä ei niin, miehet ei katsoneet silmiin niinkuin normaalissa kapakassa, naiset sen sijaan tulivat hakemaan tanssimaan. Se oli pöyryttävä kokemus, sillä tavalla uusi. Tavallaan vapauttavakin siinä mielessä vähän kuin naisten tansseissa, ei tarvitse olla koko ajan miesten kohteena. Sitten mä olin kyllä taas naisten kohteena ja se ahdisti vähän, koska ne innostu minusta ne naiset siellä. Sen verran mä ahdistuin ja tunsin oloni sen verran vieraaksi että mä kieltäydyin lähtemästä tanssimaan. Kokeilevuus jäi siihen olutlasin takaa tarkkailemiseen. Tosin ei välttämättä sosiaalipornomaisesti vaan vilpittömästi.

Suurin osa "kaste"-kokemuksen läpikäyneistä oli selvästi kiitollisia niille asiakkaille, jotka mahdollistivat avartavan ja kasvattavan prosessin. Yksi työntekijöistä totesikin, että ammattiauttaja on jossain määrin myös "riistäjä", joka tarvitsee asiakkaitten antamaa koulutusta selvitäkseen työssään.

- ... Mutta että mä saatan olla joskus hyvin uteliaskin, tyydyttää uteliaisuuttani ja kysellä elämäntavasta ja tämmöstä, mä olen kiinnostunut ja tota mä koen sillä tavalla että moni asiakas on kouluttanut mua! Mä olen ollut riistäjäkin ehkä! Ja sen sanonutkin että mä tiedän vähän ja se on tuottanut mulle iloa jos mä olen saanut tällä tavalla, mä olen huomannut että monet kertoo ihan mielellään. Jotain tämmösiä ihan arkisia asioita. Koska mä en ole sillä tavalla sisällä siinä jutussa. Että vois lähteä johonkin hyvin hienoihin sfääreihin siinä.

Työyhteisö

Homo- ja biseksuaalisuus sosiaalisena tai päihdeongelmiin ja hoitotyöhön liittyvänä teemana ei kuulunut työryhmien sisäisiin keskustelun aiheisiin juuri ollenkaan. Yleisenä keskustelunaiheena se oli erittäin harvoin, joissakin työryhmissä tuskin lainkaan. Kahdessa hoitopaikassa oli ollut työpaikkakoulutuksessa puhetta homo/biseksuaalisuudesta seksuaalisuutta käsittelevän koulutuspäivän yhteydessä. Yksi haastateltavista arveli, että asia on edelleen kulttuurisesti tabu, jonka avulla oma homoseksuaalinen puoli pidetään etäämmällä.

- Tää voi olla semmonen, että en mä ole niitä kovin paljon ottanut ittekään esille. Ne on tämän kulttuurin mukaan tiettyjä tabuja, että kyllähän niistä kotona keskustellaan mutta ei nyt sitten muuta kuin vitsimielessä tommosissa kaveriporukoissa tai tuttavien ja ystävien kanssa.(...) Se on yhteisesti sanattomasti sovittu, että on joitakin asioita, jotka saavat olla vähän niinkuin sivussa.
- Mitä se palvelee?
- Tämmönen normittaminen tai sopimus?
- Niin.
- Se palvelee tietysti sitä omaa identiteettiä, että ei tarvitse olla vastakkain omien homoeroottisten tunteustensa kanssa tai ajatustensa kanssa. Näin mä sen ajattelin.
- Se pannaan ikään kuin maton alle?
- Pannaan maton alle, että ei haluta tunnistaa itsessä sitä, koska se hämmentää.

Asiasta puhumattomuus ei näyttänyt liittyvän siihen, etteikö asia sinänsä kiinnostaisi. Yli puolessa niissä hoitopaikoissa, joissa kävin haastattelemassa työntekijöitä, tutkimukseni tiimoilla työryhmä oli innostunut puhumaan asiasta yleisemminkin, ja yksi vastaajista totesi, että itse tutkimukseen suhtauduttiin työryhmässä keskimääräistä kiinnostuneemmin. Sain sen vaikutelman, että vaikenemisen takana saattoi olla luontevien puhetapojen puute. Yhdessä työryhmässä oli tutkimuksen tiimoille ryhdytty miettimään sitä, oliko homo/lesboasiakkailla yhdistäviä piirteitä. Hetken asiaa käsiteltyään ryhmä oli todennut, ettei tyypittely tuntunut lainkaan hyvältä ajatukselta, ja siitä luovuttiin. Moni haastateltavista liitti vaikenemisen siihen, että homoseksuaalisuudesta puhuminen on seksuaalisuu-

desta puhumista, ja siinä koetaan avuttomuutta. Haastatteluissa homoseksuaalisuus piirtyikin nimenomaan seksuaaliseksi ominaisuudeksi, ei niinkään sosiaalisesti identiteetiksi.

Asiakastapausten kautta työryhmät yleensä löysivät ammatillisen tavan käsitellä asiaa, ja ammatillisuuteen liitettiin määreitä, kuten asiakasta kunnioittava, suvaitsevainen ja rakentava. Tosin yhdessä hoitopaikassa näissä tilanteissa joku työntekijä oli puhunut homoseksuaalisista asiakkaista haastattelun mielestä halventavaan sävyyn. Muu työryhmä oli vaiennut asenteella "tämä on nyt taas niitä hänen juttujaan" ja pyrkinyt siirtymään asiassa eteenpäin. Toisen hoitopaikan edustaja muisteli, että ennenvanhaan näissä tilanteissa puhuttiin vähän vitsaillen, mutta ei enää, ja että vitsailevuus liittyi siihen, että sivuttiin seksuaalisuutta. Hoitosuhteisiin liittyvä luottamuksellisuus rajasi neljän haasteltavan kokemusten mukaan asiakkaiden homoseksuaalisuuteen liittyvien asioiden avointa käsittelyä työryhmän hoitokokouksissa. Kolme heistä kertoi itse jättävänsä usein homoseksuaalisuuteen liittyvät asiakasasiat puhumatta hoitokokouksissa ja yksi jopa ryhmätyönohjauksessa, koska asiakas oli nimenomaisesti pyytänyt vaikenemaan asiasta hoitosuhteen ulkopuolella, tai työntekijä arveli, että asiasta vaikeneminen olisi asiakkaan etu. Sekä avo- että laitoshoidossa asiakkaat ovat tekemisissä useampien työntekijöiden kanssa, ja oma työntekijä halusi varmistaa sen, että asiakas saattoi itse valita, ketkä tietävät hänen homo/biseksuaalisuudestaan. Kaksi vastaajista totesi, että menettely vaikeutti työryhmän muiden jäsenten mahdollisuuksia oppia näistä hoitosuhteista. Puhumattomuus oli yhden haasteltavan mukaan myös pyrkimystä hienotunteisuuteen; hoitopaikan työntekijät olivat havainneet, että yksi asiakkaista mitä ilmeisemmin on homo/biseksuaali, mutta asiasta ei puhuta keskenään koska asiakas itse ei ole ottanut asiaa puheeksi. Yhdessä hoitopaikassa oli otettu käyttöön merkkikieli ja saatettiin kysyä: "Onkohan tässä kyseessä iso S?" (seksuaalinen erilaisuus), kun pohdittiin, mikä asiakkaan elämän iso toistaiseksi puhumaton juttu saattaisi olla.

- *Tämä on puhumaton asia laitokuviossa..*

- *Miksi se mahtaa olla puhumaton?*

- *Siihen ei olisi ehkä keinoja vastata sitten jos se puhuttais puhki, niin ei sitten tiedettäis mitä mä tehdään! (naurahtaa..) Että vaatiiko se sitten jotain erityistä, en tiedä todellakaan. Tosiaan kun mä olen [vuosia] ollut ja puhunut monien laitoshimisten kanssa näistä hoitokuvioista, mutta ei tämä ole puheenaiheena ollut.*

- *Meillä on aika paljon semmosta pitempään työssä ollutta, ja miellä on psykiatrisia sairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä, meillä on aika hyvä porukka. Meillä on opittu jo näitä rakastumisia käsittelemään saman sukupuolen kanssa, ainakin jokainen jo. Ja niillä on sillä lailla niin kuin valmiutta ottaa käsittelyyn ja ottaa työnohjauksessa... Kyllä mä sanoisin, että meillä pitäis olla melko hyvät valmiudet. Tämä on meille arkipäivää, ei tämä ole meille mystinen juttu.*

- *... Joku sanoo, että huhhuh pois, on niin kiire. (...) Kyllä niistä puhutaan ja työnohjauksissa ja meidän omissa vertaisryhmissä ja kyllä sillä tasolla sitten puhutaan. Ja hurjan usein on sellaisia, joissa on tunne, joka yleensä pitää paikkansa.. ja kuitenkin asiakas ei kerro sitä pitkään aikaan, silloinkin jotenkin tuntuu hyvältä, että siitä puhutaan työtovereiden kanssa, että jollain tavalla saa siinä asiassa jotenkin vastakaikua tai jotakin. (...) Mä olen kuullut, että se on jossakin vähän sellaista naureskelua, mutta ei se meillä ole sellaista vaan hyvin ammatillista ja asiallista. Mutta ei ehkä omakohtaista. Ihmiset ei puhu kovin paljon omista tunteistaan.*

- *Kyllä mä luulen, että siksi mä näin menettelin [ei käsitellyt homoasiakkaansa asioita ryhmätyönohjauksessa], että mä jollakin tavalla halusin suojella tätä mun asiakasta. Kyllä mä kuvittelen, että mä hienotunteisuussyystä näin menettelin. Koska aivan hyvinhän mä olisin sen voinut vielä sinne ryhmätyönohjaukseen. Se olis toisille voinut olla vaikka tommosen oppimistilanne.*

- *Keskustelua [tutkimukseni] herätti siinä mielessä, että mietittiin sitä kuin paljon meillä käy näitä ihmisiä, mitä me tiedetään heistä, kuinka paljon on semmosia, joita ehkä epäilemme mutta ei ole tunnustanut, tämmöstä keskustelua käytiin. Sitten pohdittiin sitä, että mikä se meidän suhtautuminen on sitten. Kerrankin tossa sairaanhoitajien huoneessa puhuttiin pitkään tästä aiheesta. Mielestämme otamme ne kaikki, oli ne siten mitä, homoja, lesboja, bi, .. , eläimiin sekautujia tai*

vaikka mitä niin ei me sitä lähdetä sillä tavalla liikkeelle, että oltais kauhistelemassa, että mitä sä sillä tavalla.

Työntekijöiden väliset erot ja erikoistuminen

Työtovereiden valmiuksissa käsitellä homo/biseksuaalisuutta osana hoitosuhteita nähtiin eroja. Valmiuksia monien mielestä antoi työnohjausta tukenaan käyttävä hoitotyö ja oma elämäkokemus. Neljässä hoitopaikassa haastateltava toi esille, että henkilökuntaan kuuluu työntekijöitä, joille homo/lesboasiakasta ei ohjaisi, jos siihen voi/voisi vaikuttaa. Näihin työntekijöihin suhtauduttiin tämän asian suhteen "menetettyinä tapauksina"; asenteiden muutosta ei pidetty juurikaan mahdollisena. Nämä kuuluivat useimmiten sellaiseen henkilökuntaan, jolla ei ollut alan ammatillista peruskoulusta, mutta joka kuitenkin teki päivittäin lähityötä asiakkaiden kanssa.

- Valtaosaltaan ihmisillä on valmiuksia käsitellä. Mutta on henkilöitä, joita en mielelläni näkisi näitten ihmisten kanssa keskustelevan.

- Mä luulen, että se asia täytyy järjestää meiltä käsin, ettei semmoisia järjestetä vastakkain. Eihän näitä ihmisiä enää varmaan miksiäkään muuteta, jotka ovat yli 20 vuottakin työtään tehneet. (...) Siinä näitä persoonakysymyksiä joskus mietitään.

Suurin osa haastatelluista suhtautui varauksin ajatukseen, että joku työntekijä erikoistuisi nimenomaan homo/biseksuaalisten asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Moni kyllä näki siinä nimenomaan koulutuksellisen hyödyn; jollakin olisi mahdollisuus perehtyä ko. asioihin paremmin. Tämä ei saisi kuitenkaan johtaa siihen, että muut työntekijät pesevät näistä asioista kätensä, koska homo/biseksuaalisuus voi tulla esille hoitosuhteiden eri vaiheissa. Ihanteelta näytti se, että joku voisi erikoistua työnohjaajaksi näissä asioissa, jolloin koko työryhmä hyötyisi siitä.

- Näkisin mielellään, että kaikki pääsisi näiden asioiden yli. Olen tässä vuosien varrella katsellut ihmisiä, joiden on hyvin vaikea kohdata homo, omista asenteista ja ehkä kokemuksistakin johtuen. Tavallaan nämä ihmiset kuitenkin kohtaa toisensa täällä.

Monissa työpaikoissa valikoitumista itse asiassa oli jo tapahtunut. Jostakin syystä joillekin vain oli alkanut kertyä homo/biseksuaalisia asiakkaita huomattavasti enemmän kuin muille, ja joillakin ei ollut mitään havaintoa homoseksuaalisista asiakkaista. Kolmessa haastattelussa keski-ikäiset naiset olivat huomanneet olevansa näissä asioissa työryhmän estottomimpia ja pelottomimpia. Yksi työntekijöistä korosti sitä, että asiakkaathan ne valitsevat, mitä puhuvat kenenkin kanssa sen perusteella, miten he kokevat eri työntekijät. Yhdelle puhutaan yhtä ja toiselle toista, eri suhteissa eri puolet ihmisestä pääsevät esille.

... mä viestitän semmosia asioita, että homoseksuaalinaiset esimerkiksi ne ihastuu. Ja jo ovella, kun mä satun aukasemaan, niin ne haluaa mun potilaaksi. Niin, munhan täytyy olla sinut tämän asian kanssa.

- ... Se on ollut meilläkin vähän tämän työryhmätyöskentelyn idea, että joku lähtee jollekin sektorille. Siinä on sitten vaan se, että miten se hyödynnetään. Että se ei mene vaan siihen, että se ottaa vain tietyn tyyppisiä asiakkaita tietynlaisilla metodeilla, vai jakaako se työryhmässä sitä ammattitaitoansa, pystyykö se jakamaan sen ja konsultoimaan. Siinä on oma ideansa. Se on mahdollisuus.

- No, nyt kun mä puhuin tästä työryhmässä, niin sieltä löytyi kaksi työntekijää, joilla ei ollut ollut yhtäkään homo-, lesbo, tai biasiakasta.

- Onko ne miten kauan työssä olleita?

- Toinen aika pitkään ja toinen vähän vähemmän aikaa, mutta pitkään ovat kummatkin. Sitten meitä on kaksi, joilla on aika runsaastikin ollut ja sitte, tai kolme oikeastaan. En tiedä, että onko se sattumaa vai ohjautuuko ne jotenkin sitten vaan.

- Vai onko niin, että jotkut sen paremmin tunnistaa kun toiset?
- *Voi olla niinkin. Kun mä vaan yllätyin, että ei ollut yhtäkään tällaista asiakasta ollut.*

Asiakasyhteisö

Vain yksi haastatelluista kertoi, että hänen toimipaikassaan homo- ja biseksuaalit ovat ottaneet seksuaalisen suuntautumisensa tai identiteettinsä puheeksi hoitoryhmissä. Ko. hoitopaikassa korostetaan alkoholistiksi identifioitumisen ja oman elämäntarinan kirjoittamisen ja kertomisen merkityksellisyyttä. Tätä kautta nimeämiselle tulee paikka ja keino. Asiakkaat joutuvat kuitenkin elämään ryhmässä kertomisen jälkeenkin. Asian puheeksi ottaminen saattoi synnyttää useamman päivän pituisia prosesseja ryhmän sisällä.

- Myös ryhmässä kertoo. Se on koko tämän hoitoporukan, myös potilaiden tiedossa. Ne voivat kertoa esimerkiksi omassa storissaan, elämäkerrassaan, tämän puolen elämästään. Kyllä mä näkisin, että se on valtaosa. Tai sanotaan, että yli puolet kuitenkin.

- Kyllä niitä joitakin, jotkut ihmiset on siinä rikkoneet välinsä, tai joku on loukkaantunut. Esimerkiksi tämmöset asumiseen liittyvät, eli jonkun ajan kuluttua kuulee, että huonekaveri on homo, ja kokee tulleen loukatuksi kun hänelle ei ole kerrottu. Niinkuin se pitäis sitten jotenkin kertoa. Mutta kuitenkin hän on loukkaantunut sitten. Musta ne on jotenkin leimallisesti vanhempia henkilöitä sitten, jotka kokee tulleen jotenkin loukatuksi.

Kaikenkaikkiaan asiakasyhteisöt kuvattiin hyvinkin suvaitsemattomiksi, perinteisiä sukupuolirooleja korostaviksi ja erilaisuutta ulos rajattaviksi. Yhdessä hoitopaikassa asia oli tullut puheeksi, kun vakioasiakkaiden osakulttuurissa joku oli leimautunut homoksi ja sen myötä yhteisön syntipukiksi. Tällöin työntekijä oli koettanut kyseenalaistaa toisiinsa kuulumattomien asioiden yhteen kytkemistä. Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet nähtiin kuitenkin hyvin rajallisiksi.

- Eiku tää oli sellanen, että se oli kaupunkiasunto ja tää kävi siellä klinikalla ja toiset asiakkaat irvi sitä siellä klinikalla. Mutta sitä käsiteltiin sitten niiden toisten kanssa, että kun ne aina moitti tätä niin työntekijät kyseenalaisti sitä, että voiko se aina olla tämä ..., ja sitten aina kun ne sano, että se on homokin niin..., niin sitten se, että miten se voisi olla selitys sille, että ikkunoita menee rikki. Miten se homo nyt vaan lyö kun lyöttehän työ kaikki muutkin niitä rikki yhtälailla. (...) Me aina kyseenalaistettiin ja sitten käsiteltiin niitä. Mutta varmaan silti sen kaverin tila siinä yhteisössä oli paljon hankalampi kuin toisten. Yhteisöt on aina vaikeita.

- Mutta en mä usko, että siihen kauheen paljon vaikutusmahdollisuuksia on, koska tämä on niin iso yhteisö, ja hoitohenkilöstö on vain osan aikaa siinä, sitten ne yhteisön pylonormit tai tämmönen alakulttuuri, miksi sitä sanotaan, niin se on aika vahva.

Yksi työntekijä muisteli tilannetta, jossa pidemmässä hoitoryhmässä laitoshoidossa ryhmän jäsenet tunnistivat kaksi miestä homopariksi, heitä pidettiin parina, mutta siihen liittyviä identiteetti- ja asennoitumiskysymyksiä ei luontevien puhetapojen puuttuessa otettu esille.

- Oman tämmöisen seksuaalisen identiteettinsä, ei ole. .. Varton kun mä mietin, kun tämä avopari oli ja mä pidin silloin tätä ryhmää. Se oli kyllä semmonen, siitäkään ei puhuttu tällain arkipäivän kielellä, .. ei kyllä siitä jollakin tavalla puhuttiin kun lomiakin käsiteltiin ja he olivat menossa yhdessä.

- Että heitä pidettiin niinku parina?

- Heitä pidettiin niinkuin parina, mutta siitä ei puhuttu sillä tavalla arkikielellä, niin että se olisi tehty selkokielellä asiaksi, vaan se oli ehkä täällä mielissä.

- Reagoiko kukaan ryhmässä siihen esimerkiksi vihjaillen tai muulla tavoin?

- Ei. Kukaan ei vihjaillut siitä mitään.

Yksi ryhmähoitopainotteisen yksikön työntekijä oli saanut asiakaspalautetta, jossa kerrottiin, että olennainen osa juomiseenkin liittyvästä elämästä oli jäänyt käsittelemättä juuri homoseksuaalisuuteen

liittyvien ryhmäpaineitten vuoksi.

- *Sitten loppuarvioinnissa, joka tehtiin sitten kahden kesken näitten ryhmäjaksojen jälkeen niin sitten ovat sanoneet, että tällainen oleellinen asia on jäänyt käsittelemättä, siksi, että ei ole pystynyt sitä ryhmässä puhumaan ja sen takia on tuntuu, että tästä hoidosta on jäänyt puuttumaan hyvin paljon. Mutta heidän eivät ole tuoneet sitä esille hoidon aikana vaan vasta loppuarvioinnissa.*
- *Hm... No se mitä mä olen näistä ryhmistä kokenut, nää on hyvin usein olleet ihan miesryhmiä, naisiahan meillä on vähemmän hoidossa. Se tulee hyvin vahvasti siinä alussa tämä normittaminen. Että tuodaan esille sivarit ja homot ja mitä nyt näitä ryhmiä joita pidetään, kyllähän sen varmaan vaistoo siinä.*

Homo- ja biseksuaalit työyhteisön jäsenenä

Viidessä haastatteluihin osallistuneesta kymmenestä hoitopaikassa tuli esille, että siellä on joku työntekijöistä tunnustettu homo- tai biseksuaaliksi. Vain yhdessä seksuaaliseen suuntautumiseen ja identiteettiin liittyvistä ajatuksista oli puhuttu yhdessä ko. työntekijän kanssa. Muissa paikoissa asia oli tullut puheeksi lähinnä epävirallisissa yhteyksissä, ja kuvauksista kävi ilmi, että työntekijöillä oli vaikeuksia löytää sopivia puhetapoja ja -konteksteja. Arkailtiin sitä, milloin tunkeudutaan toisen yksityisyyden alueelle, mikä on sopivaa sosiaalisesti jaettavaksi ja mikä voidaan tulkita loukkaavaksi.

- *On huhuja ja melko todennäköistä, sanotaan nyt näin. Joo.*
- *Se ei ole ollut sitten avoimena puheenaiheena kuitenkaan?*
- *No millä tavalla avoimena, siis kyllä, niin ei siis virallisesti, koska ei sillä ole mitään vaikutusta työntekoon niin ei siihen ole tarvinnut sitten..*
- *Ei ilmeisesti kuitenkaan niin, että asianomainen olisi avoimesti puhunut ?*
- *Ei sillä tavalla, että asianomaisen olisi tullu ja ottanut esille.*
- *Tässä meillä on semmoinen tilanne, josta ei ole puhuttu, että meillä on uusi naistyöntekijä, joka asuu naisen kanssa ja se vaikuttaa se suhde, että he olisivat lesboja. Niin kyllähän me ollaan siitä sillain, mutta hän ei ole sanonut.. Että semmonen jännä asiahan se on sillä tavalla, että koska koskaan aikaisemmin ei ole semmoista tapahtunut. Silloin kun ihmisille tällainen käsitys tuli, että tällamöstä.. Hän hyvin avoimesti puhuu naisystävästään, kuinka he ostivat yhteisen asunnon ja kuinka heillä on yhteinen auto ja yhteinen koira ja kaikkea tällamöistä niin eihän siinä oikeen muuta voi olla kuin, että he ovat pariskunta.*
- *Mikä se tunnelma tämän ympärillä on täällä työyhteisössä*
- *Niin, se on semmonen mikä minua tällä hetkellä kiusaa, kun ei sitä voi ääneen sanoa.. näin, että oletteko te pariskunta. Niin mä en tiedä, että onko se hienoo vai epähienoo sanoo niinpäin. Että jos mä tietäsin kumminko päin hänen mielestä se on oikein, niin mä voisin sanoa, mutta kun mä ei tiedä tällä hetkellä. Toisaalta kun ajatellaan, että hän on paljon kertonut ja kutsui kylään meidät kaikki, niin tuntuu, että kyllä hän on kaikki tehnyt, että sen voisi avoimesti.., mutta kun sitten ei ihan varma ole. Niin, että sillain siitä on kyllä puhuttu...*

Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että homo- biseksuaalisella työntekijällä on tasavertaiset mahdollisuudet tulla valituksi heidän työyhteisönsä uudeksi työntekijäksi. Jotkut näkivät avoimen homo- biseksuaalisuuden eduksi. Se toisi työryhmään väriä ja lisää näkemyksiä sukupuolirooleista, mahdollistaisi asenteiden muutosprosessia työryhmässä, olisi hoitotyötä ja työnohjausta ajatellen asiakkaita ja työntekijöitä hyödyttävä voimavara. Osa arveli, että kyllä myös kielteisiä reaktiota liittyisi jo itse valintatilanteeseen ja sitten myöhemmin yhteisön jäsenyyteenkin. Haastateltavista osa mietti nimenomaan alalla pitkää olleiden, ei hoitoalalle koulutettujen työntekijöiden asennoitumista, joka olisi selvästi nähtävissä. Muiden reaktiot jäivätkin sitten ammatillisuuden pinnan alle.

- *Me hoitohenkilökunta ollaan näennäisesti suvaitsevaisempia kuin mitä me ollaan perimmäisissä asenteissamme.*
- *Siinä se ammatillinen puoli peittää sen?*
- *Kyllä. Kyllä mä näin kuvittelen.*
- *Ei tietoisesti pohdittaisi, sillä tavalla, että oltais oikeaoppisia ja sivistyneitä vapaita ihmisiä. Sen*

sijaan semmoista tiedostamatonta vaikutusta varmasti on. Mutta ei sitä työryhmä varmasti pohtisi. Mutta semmoista vaikutusta varmasti on, joka ei pukeudu selkeiksi sanoiksi.

- ei ole sillain puhuttu, että jos meille olisi pyrkimässä ja mitä. Kyllä varmaan tarkemman sihdin alle joutuisi! Ettei vaan siellä takana muutakin probleemaan olisi.

Silloinkin kun työntekijä homo/biseksuaalisuus määrittyi työryhmää rikastuttavaksi ominaisuudeksi, sen sosiaalista korostamista ja siihen mahdollisesti liittyvää ryhmäytymäistä "omien joukkoon" vierastettiin ja oudoksuttiin. Vähemmistön tulisi integroitua enemmistöön itseään korostamatta.

- [koulutustilaisuudessa] joku tämmönen pariskunta..ei pariskunta vaan ystävät päihdehuollon eri puolilta, niin olivat sillä tavalla viestittäneet sitä, että sen oli nekin huomanneet, jotka eivät olleet sitä aikaisemmin huomanneet. Koska täällä kerrottiin mulle, että he ihmetteli, että miksi he viestitti sitä. Että se oli heille tärkeä siinä tilanteessa viestittää tälle muulle porukalle, että me ollaan homoseksuaali.... Meidän porukka ihmetteli, että miksi se oli heille tärkeää viestittää se. Tai erottua siitä remmistä olemalla vähän kahdestaan.

Vakioasiakasporukoiden arveltiin reagoivan asiaan voimakkaastikin, jos joku työntekijöistä leimautuisi homoksi tai lesboksi. Työntekijä voi kuitenkin ammatillisuuden avulla selviytyä paineista.

- Kyllä se varmaan vaikuttaa viimemainitussa tapauksessa. Yleinen mielipide voi olla hyvinkin jyrkkä ja lahtaava, että siinä menee työntekijältä työskentelymahdollisuudet suureksi osaksi. Mutta kuten sanottu niin semmonen oleellisin tekijä, oli ihminen sitten..., taas tulee semmonen sapluuna kun sanot, että jos on homo, niin tulee semmonen stereotyyppi, jota mun mielestä tässä pitäis välttää vaikka käytettäis tällaista voimakkaasti tunnelautunutta homo -sanaa. Se synnyttää helposti semmoisen yleistävän mielipiteen, stereotypian.

- Niin mie meinaan kans, että nää, jotka on näitä meidän maskotteja tai päivähoitolaisii tässä avoyksiköissäkin niin ne saattas, että "Nyt mennään kattoon mitä se homo sanoo..", sellaista leukailua. Jos se ihminen siinä muuten hommansa tekee ja osaa hyvin tehdä työnsä, niin ei kai niillä jotka aikansa varaa niin ole siihen mitään sen kummallisempaa.

Yhteenvetoa

Haastatteluissa homo- ja biseksuaalisuus jäsenyi melko vahvasti yksilölliseksi seksuaaliseksi piirteeksi, johon liittyi toisaalta syrjityksi tulemisen kokemuksia ja toisaalta hyväksytyksi tulemisen tarvetta. Sosiaalisena identiteettinä sitä tarkasteltiin melko harvassa haastattelussa. Haastateltavista yli kaksi kolmasosaa oli yli 40-vuotiaita haastatteluhetkellä, joten heidän peruskoulutuksessaan homo/biseksuaalisuuden käsittely on todennäköisesti ollut niukkaa ja/tai patologisoivaa. Heistä seitsemän oli päässyt homoseksuaalisuuteen liittyvien pelkojensa yli nimenomaan hoitosuhteittensa myötä. Kaksi heistä näki homoseksuaalisuuden edelleen jonkinasteisena patologiana, mutta hekään eivät nähneet suuntautumisen muuttamista mahdollisena eikä tarpeellisena. Ammatillisuus antoi melko turvallisen roolin puhua asiakkaiden homo/biseksuaalisuudesta. Asiakasyhteisöt määrittivät haastatteluissa suvaitsemattomiksi nimenomaan seksuaalisia vähemmistöjä kohtaan.

Haastattelujen perusteella voi päätellä, että työyhteisöissä homoseksuaalisuus oli vielä 1990-luvun alussa poikkeuksellinen puheenaihe. Työntekijöiden homo/biseksuaalisesta identiteetistä ei puhuttu avoimesti kaikkien läsnäollessa. Keskustelujen esteenä näytti olevan luontevilta tuntuvien puhetapojen puuttuminen.

8. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA KESKUSTELUA: HOMO- JA BISEKSUAALISUUDEN HUOMIOONOTTAMINEN SUOMALAISESSA PÄIHDEHUOLLOSSA

Kyselyaineiston analyysissä kävi ilmi, että 85 % kyselyyn vastanneista tunnisti asiakaspiiristään homo- ja/tai biseksuaalisia henkilöitä ja 51 % oli tavannut homo/biseksuaalisen asiakkaan edellisen kuuden kuukauden aikana. Työyhteisön jäsenissä homo/biseksuaaleja tiesi olleen 42 % vastaajista ja tuttavapiirissään tai naapureissaan 45 %. Se, että vastaaja tunnisti työyhteisössään tai tuttavapiirissään homo/biseksuaaleja, ennusti melko voimakkaasti sitä, että ko. henkilö halusi kyselyyn vastataksaan puolustaa homo- ja biseksuaalien tasavertaisia oikeuksia. Kyselyaineiston muuttujien faktorianalyysissä tuli vahvasti esille tasavertaisuusasenteeksi nimettävissä oleva faktori. Vastaajajoukon voi karkeasti jakaa kahteen ryhmään. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista suhtautui myönteisesti tasavertaisuuspyrkimyksiin, ajatteli suhteellisen vähän stereotyyppisesti ja heillä homoseksuaalisuus ei yleensä herättänyt voimakkaita vastenmielisyyden tunteita. Tosin kysymykset homoseksuaalien oikeudesta rekisteröidä parisuhteensa tai adoptoida vaikkapa kumppaninsa lapsi kavensi jonkin verran tätä joukkoa.

Toisen joukon muodostaa noin 10–20 % vastaajista, joille homoseksuaalisuuteen liittyi stereotyyppisiä mielikuvia, vastenmielisyyden tunteita ja he pitivät tärkeänä homoseksuaalisuuden syiden selvittelyä hoidon aikana. Tämä ryhmäjako meni jossain määrin päällekkäin ammatillisen koulutuspohjan ja työpaikan luonteen kanssa. Mitä enemmän haastateltavilla oli ammatillista koulutusta, sitä vähemmän heillä oli stereotyyppistä ajattelua ja torjuvia tunnereaktiota ja sitä vähemmän kiinnostuneita he olivat homoseksuaalisuuden syiden selvittelystä ja torjuvimmat asenteet tulivat pääsääntöisesti vähän koulutusta saaneilta. Haastatteluaineistossa tämä tuli esille toteamuksina työryhmän jäsenistä, joita pidettiin toivottomina tapauksina tämän asian suhteen. Kielteisimmät reaktiot löytyivät hoitokodeista, missä vähän paremminkin koulutetutkin suhtautuivat kielteisemmin kuin muissa hoitopaikoissa. Ennakkoluulottomimmiksi hoitopaikoiksi osoittautuivat tässä tutkimuksessa nuorille suunnatut hoitopaikat, joissa ei löytynyt lainkaan kyselyn kriteereillä mitattua homofobiaa. Kaukosen (1994) toteamus hoitopaikkojen jakaantumisesta kahteen eri sektoriin näytti saavan vahvistusta myös tämän tutkimuksen ulottuvuuksilla.

Yli puolet työntekijöistä kertoi, että he eivät ole saaneet lainkaan tietoa homo/biseksuaalisuudesta ammatillisessa peruskoulutuksessa eivätkä jatkokoulutuksessaan. Parhaiksi tiedon lähteiksi mainittiinkin useimmin kirjat, lehdet ja televisio. Ammattikirjallisuus ja erilaiset koulutustilaisuudet olivat harvojen herkkua. Koulutustoiveita kysyttäessä avovastauksissa tuli voimakkaimmin esille tiedon tarve.

Asiakasryhmätilanteet olivat yksi päihdehuollon kriittisistä kohdista. Työntekijähaastatteluista vain yhdessä tuli esille kokemuksia homoseksuaalisuuden avoimesta käsittelystä ryhmätilanteissa (lukuunottamatta erityisesti lesboille suunnattua ryhmää). Monilla oli sen sijaan kokemuksia homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden osallistumisesta ryhmään niin, että asiaa ei ole otettu mitenkään puheeksi. Vaikka muut saattoivat tietämään asian niin siitä vaiettiin, mahdollisesti luontevilta tuntuvien puhetapojen puuttuessa. Käsitys ryhmätilanteiden ongelmallisuudesta vahvistui päihdeongelmiaan hoitavien homo- ja biseksuaalien haastatteluissa. Vain kahdella oli yksittäiset kokemukset asian käsittelystä ns. sekaryhmissä ja useilla kokemuksia siitä että aiheen käsittely ei ole täysin turvallista.

Homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden asema työyhteisön jäsenenä vaikutti jossakin määrin kriittiseltä.

Noin joka neljäs vastaaja oli sitä mieltä, että työyhteisön kannalta on parempi että työntekijä vaikenee homo/biseksuaalisesta suuntautumisestaan, noin puolet oli eri mieltä. Erityistä pohdintaa minussa ovat herättäneet ne yllättävän voimakkaat torjuvat reaktiot, joita ajatus homo/biseksuaalisten työntekijöiden ammatillisesta verkostosta aiheuttivat. Vain 14 % näki niissä hyviäkin puolia. Hyvin monien vastaajista, myös osan haastatteluista, oli hyvin vaikea jäsentää sitä, miksi ihmeessä homo/biseksuaalien pitäisi muodostaa omia ryhmittymiään tai tuoda näkyvästi esille homoseksuaalisuuttaan päihdehuollon piirissä.

Aineistosta oli luettavissa se, että hyvin monille homo/biseksuaalisuus jäsenyi nimenomaan seksuaalisuuden kautta, seksuaaliseksi ominaisuudeksi. Ylipäänsä sosiaaliseen identiteettiin liittyvät pohdinnat olivat hyvin harvinaisia niin kyselyn avovastauksissa kuin työntekijähaastatteluissakin. Monin pakoin oli tunnistettavissa selvää torjuntaa erilaisia ryhmäidentiteettejä kohtaan ylipäänsä. Tämä voi olla paikallistettavissa hoitosuhteiden kahdenkeskisyyteen ja intiimisyyteen – työntekijöiden terapeutin identiteettiin.

Työntekijöiden haastatteluissa nousi esille toistuvasti teema ensimmäisestä homoseksuaalisuutta syvemmältä koskettaneesta hoitosuhteesta. Osa haastateltavista kuvasi sitä yhdeksi merkittäväksi kohdiksi omassa ammatillisessa kehityksessään ja inhimillisissä kasvussaan. Se oli kertomusten mukaan menemistä ja siitä selviämistä ja sen kautta kasvamista.

Homo- ja biseksuaalien päihdeongelmiaan hoitavien haastatteluissa tuli esille toistuvasti eräänlainen kynnys, jota ennen homo/biseksuaalisuudesta puhuminen oli lähes mahdotonta ja jonka jälkeen se taas oli päivän selvä asia. Tämän kynnyksen ylittämässä oli usein avuksi jokin läheinen ihmissuhde, jossa asiasta puhuminen löysi turvallisen uomansa. Haastatteluissa tuli esille myös homo/biseksuaalisuuteen liittyvät itsemurhayritykset, yrityksenä selviytyä ylivoimaiselta tuntuvan itsemäärittelyn ohi.

Aineistossa tuki muissa tutkimuksissa esille tullutta havaintoa murroksesta suhtautumisessa homo/biseksuaalisuuteen ja näyttäisi siltä, että absolutistinen moraali on jäämässä yhä enemmän vähemmistöilmiöksi. Tämä murros näkyy myös ammatillisessa käytännössä jonkinasteisena neuvottomuutena. Mistä oikeastaan pitäisi puhua kun puhtaan homo/biseksuaalisuudesta? Ja mitä sen kanssa pitäisi tehdä?

Tämän hämmennyksen ohella tutkimukseni tuo käsittääkseni esille melko ongelmallisen suhteen sosiaalisiin identiteetteihin. Jään pohtimaan, onko kyse siitä että nimenomaan seksuaalinen erilaisuus halutaan säilyttää yksiöön paikantuvaksi erilaisuudeksi. Vai onko kyse ylipäänsä varauksellisesta suhtautumisesta erilaisiin sosiaalisiin identiteetteihin. Ja jos on kyse viimeksi mainitusta, liittyykö se terapiapainotteiseen intiimiin työskentelyyn, vai onko siinä mahdollisesti jotain hyvin suomalaista epävarmuutta erilaisia sosiaalisia samaistumisia kohtaan?

KIRJALLISUUSVIITTEET

- Achté, Kalle - Alanen, Yrjö O. - Tienari, Pekka (1991): *Psykiatria 2*. Juva: WSOY.
- Airaksinen, Timo (1993): *Ammattien etiikan filosofiset perusteet*. Teoksessa: Airaksinen, Timo (toim.) *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. Helsinki: Yliopistopaino.
- A-klinikkasäätiö (1988): *Toiminta- ja taloussuunnitelma vuodelle 1988*. Helsinki.
- A-klinikkasäätiö (1991): *Toiminta- ja taloussuunnitelma vuodelle 1991*. Helsinki.
- Alasuutari, Pertti (1999): *Desire and Craving*. Acta Universitatis Tamperensis, ser A, vol 288.
- Anderson, Sandra C. - Henderson, Donna (1985): *Working with Lesbian Alcoholics*. Social Work 30, 6, 518-525.
- Arminen, Ilkka (1994): *Elämäkerrat etnometodina*. Kokemusten organisointi nimettömien alkoholisten piirissä. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste n:o 188. Helsinki.
- Arnkil, Tom Erik - Eriksson, Esa (1995): *Mukaan meneminen ja toisin tekeminen*. Nuorisopoliklinikka verkostoissaan. Tutkimuksia 51. Helsinki: Stakes.
- Auvinen, Anja (1995): *Naisten kesken*. Juomisesta, naiseudesta, elämästä. Raportteja 164. Helsinki: Stakes.
- Babor, Thomas F. (1994): *Comments on Vaillant's "Evidence that the Type 1 / Type 2 dichotomys in alcoholism must be re-examined"*. Addiction 89, 1059-1061.
- Barber, James G. (1995): *Social Work with Addictions*. London: MacMillan (Printed in Malaysia) .
- Bayer, Ronald (1987): *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics on Diagnosis*. Princeton: Princeton University Press, 1987.
- Beard, Jay - Glickauf-Hughes, Cheryl (1994): *Gay Identity and Sense of Self: Rethinking Male Homosexuality*. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, Vol 2(2), 21-37.
- Bell, Alan P. - Weinberg, Martin S. (1978): *Homosexualities. A Study of Diversity Among Men & Women*. London: Michell Beazley.
- Bell, Alan P. - Weinberg, Martin S. - Hammersmith, S. (1981): *Sexual preference: Its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Bhugra, Dinesh (1990): *Doctors Attitudes to Male Homosexuality: A Survey*. Sexual and Marital Therapy (UK) 5 (2), 167-174.
- Breakwell, Glynis M. (1986): *Coping with threatened identities*. London and New York: Methuen.
- de Bruijn , Kisse ja Tejo (1994): *Sisäistyneen toisen haastattelu*. Perherapia 4/94, 9-16
- Butler, Judith (1990): *Gender Trouble. Feminism and the Subconversion of Identity*. New York: Routledge.
- Cain, Roy (1991): *Stigma management and gay identity development*. Annual Conference of the Canadian Association of Schools of Social Work (1989, Quebec, Canada) Social Work .Vol 36(1) 67-73.
- Colcher, Ronnie W. (1985): *Counseling the Homosexual Alcoholic*. Teoksessa: Ziebold, Thomas O. - Mongeon, John E. (Eds.) *Gay and Sober. Directions for Counseling and Therapy*. New York: Harrington Park Press.
- Colgan, Philip (1988): *Treatment of Identity and Intimacy Issues in Gay Males*. Teoksessa: Coleman, Eli (ed.) *Integrated Identity for Gay Men and Lesbians. Psychotherapeutic Approaches for Emotional Well-Being*. New York: Harrington Park Press, Inc..

- Coleman, Eli (1985): *Bisexual and Gay Men in Heterosexual Marriage: Conflicts and Resolutions in Therapy*. Teoksessa: Gonsiorek, John C. (ed.) *A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients*. New York: Harrington Park Press.
- Coleman, Eli (1985): *Developmental Stages of the Coming Out Process*. Teoksessa: Gonsiorek, John C. (ed.) *A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients*. New York: Harrington Park Press.
- Corey, Gerald (1991): *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Crawford, Sally (1987): *Lesbian Families: Psychosocial Stress and the Family-Building Process*. Teoksessa: *Lesbian Psychologies. Explorations and Challenges*. Univ. of Illinois Press.
- Crocker Jennifer - Bylsma, Wayne H. (1995): *Self-esteem*. Hakusana teoksessa: Manstead, Anthony S. R. & Hewstone, Miles (eds.) *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Dahlheimer, Darryl - Feigal, Jennifer (1991): *Bridging the Gap. Straight therapists must expand their conception of "family"*. *Networker*, January/February 1991.
- Davies, Peter (1992): *The role of disclosure in coming out among gay men*. Teoksessa: Plummer, Ken (toim.) *Modern Homosexualities. Fragments of lesbian and gay experiences*. London: Routledge.
- D'Emilio, J. (1992): *Gay History. A New Field of Study*. Teoksessa: D'Emilio, J. *Making Trouble. Essays on Gay History, Politics, and the University*. New York: Routledge.
- D'Emilio, J. & Freedman, E. (1988): *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*. New York: Harper & Row.
- Driscoll, Rosanne (1985): *A Gay-Identified Alcohol Treatment Program: A Follow-Up Study*. Teoksessa: Ziebold, Thomas O. - Mongeon, John E. (eds.) *Gay and Sober - Directions for Counseling and Therapy*. Harrington Park Press, New York 1985.
- Dunkle, John H. (1994): *Counseling Gay Male Clients: A Review of Treatment Efficacy Research: 1975-Present*. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, Vol 2(2), 1-19
- Edwards, G. & Oxford, J. (1977): *Alcoholism: A Controlled Trial of "Treatment and "Advice."* *Journal of Studies on Alcohol*, vol 38, 1004-1031.
- Edwards, G. - Brown - D. - Oppenheimer, E: - Sheehan, M. - Taylor, C. and Duckit, A. *Long Term Outcome for Patients with Drinking Problems: the Search For Predictors*. *British Journal of Addiction*, vol 83, 917-927.
- Emrick, Chad D. & Aarons, Gregory A. (1990): *Cognitive-Behavioral Treatment of Problem Drinking*. Teoksessa Milkman, Harvey B. & Lloyd I. Sederer (eds): *Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse*. Massachusetts: Lexington Books.
- Fassinger, Ruth E (1991): *The Hidden Minority: Issues and Challenges in Working with Lesbian Women and Gay Men*. *The Counseling Psychologist*, Vol 19 No 2 April 1991, 157-176.
- Fay, Robert E. - Turner, Charles F., Klassen, Albert D. - Gagnon, John H. (1989) *Prevalence and Patterns of Same-Gender Sexual Contact among Men*. *Science* 243, 4889, 20 Jan, 338-348.
- Ficarratto, T. J. (1990): *Racism, sexism and erotophobia: attitudes of heterosexuals toward homosexuals*. *Journal of Homosexuality* 19(1) 111-116.
- Finnegan, Dana D, & McNally, Emily B. (1987): *Dual Identities: Counseling chemically dependent gay men and lesbians*. USA: Hazelden.
- Forrest, Gary G. (1994): *Alcoholism, Narcissism and Psychopathology*. Northvale, Jason Aronson Inc.
- Foucault, Michel (1980): *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. New York: Wintage Books.

- French, Maggie (1992): Loves, sexualities, and marriages: strategies and adjustments. Teoksessa: Plummer, Ken (toim.): Modern Homosexualities. Fragments of lesbian and gay experience. London: Routledge.
- Friend, Richard A. (1989): The Individual and Social Psychology of Aging: Clinical Implications for Lesbians and Gay Men. Teoksessa: Coleman, Eli (ed.): Integrated Identity for Gay Men and Lesbians. Psychotherapeutic Approaches for Emotional Well-Being. New York: Harrington Park Press, Inc.
- Fruggeri, Laura (1992): Therapeutic Process as the Social Construction of Change. Teoksessa: McNamee, Sheila & Gergen, Kenneth J. (eds.): Therapy as Social Construction. London: Sage.
- Garnets, Linda - Herek, Gregory M. - Levy, Barrie (1992): Violence and Victimization of Lesbian and Gay Men: Mental Health Consequences. Teoksessa: Herek, Gregory M. - Berrill, Kevin T. (eds.): Hate Crimes. Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men. Newbury Park: Sage Publications.
- Gartrell, Nanette K. (1994): Boundaries in Lesbian Therapist-Client Relationships. Teoksessa: Greene, Beverly - Herek, Gregory M. (eds.): Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Volume 1. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Giddens, Anthony (1991): Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Padstow: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1992): The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love & Eroticism in Modern Societies. Padstow: Polity Press.
- Glaus, Kathleen O'Halleran (1989): Alcoholism, Chemical Dependency and the Lesbian Client. Teoksessa: Rothblum, Esther D. & Cole, Ellen (eds.): Loving Boldly: Issues Facing Lesbians. New York & London: Harrington Park Press.
- Gonsiorek, John C. (1985): The Use of Diagnostic Concepts in Working with Gay and Lesbian Populations. Teoksessa (ed.) Gonsiorek, John C.: A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients. New York: Harrington Park Press.
- Granfelt, Riitta (1993): Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa: Granfelt, R. - Jokiranta, H. - Karvinen, S. - Mattheis, A-L. - Pohjola, A.: Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Green, Richard (1987): The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality. New Haven: Yale University Press.
- Griffin-Shelly, Eric - Sandler, Kenneth R - Lees, Cynthia (1990): Sex-Role Perceptions in Chemically Dependent Subjects: Adults Versus Adolescents. The International Journal of the Addictions, 25(12), 1383-91.
- Grönfors, Martti & Partanen, Heikki (1991): HIV-riskiin vaikuttavista tekijöistä suomalaisissa erityisryhmissä. Seksuaalisuhteet, sukupuoli-identiteetti ja seksuaalinen käyttäytyminen. Helsinki: Aids-tukikeskus.
- Grönfors, Martti (1984): Homoseksuaaliset ihmiset vähemmistönä. Teoksessa Sievers, K. - Stålström, O. (toim.): Rakkauden monet kasvot. Tapiola: Weilin+Göös.
- Grönfors, Martti - Haavio-Mannila, Elina - Mustola, Kati - Stålström, Olli (1984): Esitietoja homo- ja biseksuaalisten ihmisten elämäntavasta ja syrjinnästä. Teoksessa Sievers, K. - Stålström, O. (toim.): Rakkauden monet kasvot. Tapiola: Weilin+Göös.
- Haavio-Mannila, Elina - Kontula, Osmo - Weinberg, Martin S. - Sprecher, Susan (1990): Sex, Alcohol and Gender: A Study of Finnish University Students. Nordisk Sexologi 8:268-281.
- Hallin, Staffan (1993): Karin Helmerssons undersökning "Alkoholens roll i den homosexuella kulturen". Hivkansliet/Alkoholprojektet. Stockholm: Riksfröbundet för Sexuellt likabehandling (RFSL).
- Hallin, Staffan (1991): "The double burden" Aspects on homosexuality in prevention and treatment of

alcoholism and chemical abuse. The Swedish Federation for Gay and Lesbian Rights (RFSL), HIV Department. Stockholm.

Hamer, Dean & Copeland, Peter (1994): *The Science Of Desire. The Search for the Gay Gene and the Biology of Behavior*. New York: Simon & Hughes.

Hanley-Hackenbruck, Peggy (1989): Psychotherapy and the "coming out" process. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, Vol 1(1) 21-39.

Hannuksela, Sari & Lindman, Ralf (1994): Alkoholi ja seksuaalisuus: disinhibiitiota, aktivaatiota vai likinäköistä ristiriitojen ratkaisua? *Psykologia* 29, 94-99.

Hart, John (1981): Self and professional help. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (toim.): *The Theory and Practice of Homosexuality*. London: Routledge & Kegan Paul.

Haveri, Juhani (1992): Seksuaalisuuden kohtaaminen kristillisessä päihdetyössä. Sosiaalityön pätevyitysmiskoulutus. Kurssi XVII. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Havio, Marja-Liisa - Mattila, Riitta - Sinnemäki, Tarja - Syysmeri, Leena (1994): Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylä: Kirjayhtymä.

Hearing om homoseksuelle och alkohol. (1990): Stockholm 8 mars 1990. Riksförbundet för sexuell likaberättigande (RFSL). Hivkansliet.

Hedenrud, Birgitta (1992): Homosexualitet. En analys av kunskapsläget ur biologisk och psykologisk synvinkel baserad på litteratur under 1980-talet. Stockholm: Sfph - Psykisk hälsa.

Heikkinen, Teppo (1994): Heteroseksismi ja homojen marginaalistaminen. Teoksessa: Sipilä, Jorma & Tiihonen, Arto (toim.): *Miesten rakennetaan - maskuliinisuuksia puretaan*. Tampere: Vastapaino.

Heikkinen, Teppo (1991): Homoseksuaalisuus oppikirjoissa. *Nuorisotutkimus*, vol 9, no 2.

Heikkinen, Teppo & Stålström, Olli (1991): Homoseksuaalisuutta normittava opetus tukee syrjintää. *Psykologia*, vol 26, no 6: 478-485.

Hellman, Ronald E. - Stanton, Michael - Lee, Jacalyn - Tytun, Alex (1989): Treatment of homosexual alcoholics in government-funded agencies: Provider training and attitudes. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol 40(11): 1163-1169.

Helmersson, Karin (1993): Alkoholens roll i den homosexuella kulturen. Alustus homo- ja biseksuaalisten päihdetyöntekijöiden tapaamisessa elokuussa 1993.

Herbert, James T. - Hunt, Brandon - Dell, Gina (1994): Counseling Gay Men and Lesbians with Alcohol Problems. *Journal of Rehabilitation*, April/May/June 1994, 52-57.

Herek, Gregory M. (1985a): Attitudes Toward Lesbians and Gay Male: A Factor-Analytic Study. Teoksessa: DeCecco, John (ed.): *Bashers, Baiters & Bigots. Homophobia in American Society*. New York: Harrington Park Press.

Herek, Gregory M. (1985b): Beyond "Homophobia": A Social Psychological Perspective on Attitudes Toward Lesbians and Gay Men. Teoksessa: DeCecco, John (ed.): *Bashers, Baiters & Bigots. Homophobia in American Society*. New York: Harrington Park Press.

Herek, Gregory M. (1990): The Context of Anti-gay Violence. Notes on Cultural and Psychological Heterosexism *Journal of Interpersonal Violence*, Vol 5(3) 316-333.

Herek, Gregory M. (1994): Assessing Heterosexuals' Attitudes Toward Lesbians and Gay Men. A Review of Empirical Research With the ATLG Scale. Teoksessa: Greene, Beverly & Herek, Gregory M. (eds.): *Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Volume 1*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Hirsijärvi, Sirkka - Hurme, Helena (1982): *Teemahaastattelu*. 2.p. Helsinki. Gaudeamus.

Hogg, Michael A - Abrams, Dominic (1988): Social identifications. A social psychology of intergroup relations and group processes. Guildford: Routledge.

- Holmberg, Nils (1992): Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Licentiatavhandling i socialpsykologi. Helsingfors Universitet.
- Holmberg, Nils (1995): Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia 1/95. Helsinki.
- Holmberg, Nils (1995b): Kenen joukoissa seisot. Alkoholipolitiikka. 1.1995.
- Hudson, W. W. - Ricketts, W. A. (1980): A Strategy for the measurement of homophobia. *Journal of homosexuality*, vol 5(4).
- Humphreys, Laud (1970): *Tearoom Trade. A Study of homosexual encounters in public places.* London: Gerald Duckworth & Co
- Hurd, Gary S. - Pattison, E. Mansell - Llamas, Robert (1981): Models of Social Network Intervention. *International Journal of Family Therapy*, Vol 3, 246-274.
- Hutchins, Loraine & Kaahumanu, Lani (eds.) (1991): *Bi any other name. Bisexual people speak out.* Boston: Alyson Publications.
- Hyttinen, Irja (1990): *Kun nainen juo.* Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Häyry, Heta - Häyry, Matti (1993): Oikeuksien ja velvollisuuksien rajapintoja lääkintä- ja hoitotyössä. Teoksessa: Airaksinen, Timo (toim.): *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Immonen, Erkki J. - Murto, Lasse - Pajunen, Sisko - Österberg, Ingalill (1980) *A-klinikkasäätiö 1955-1980.* Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Israelstam, Stephen (1988): Knowledge and Opinions of Alcohol Interventions Workers in Ontario, Canada, Regarding Issues Affecting Male Gays and Lesbians: Part 1 and 2. *The International Journal of the Addictions*, 23(3), 227-252, 1988.
- Israelstam, Stephen - Lambert, Sylvia (1986): Homosexuality and Alcohol: Observations and Research after the Psychoanalytic Era. *The International Journal of the Addictions*, 21(4&5), 509-537.
- Jaatinen, Jaana (1994): Terapiakeskustelun tahattomat ohjausstrategiat. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. *Lisensiaattityö.* Helsingin Yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos.
- Jenness, Valerie (1992): Coming Out. Lesbian identities and the categorization problem. Teoksessa: Plummer, Ken (toim.): *Modern Homosexualities.* London: Routledge.
- Juvonen, Tuula (1994): Panu Hakolalle: Heteromiesnäkökulma on ongelmallinen seksuaalirikoslain uudistuksen kommentoinnissa. *Suomen lääkärilehti* 22-23, 2247-2249.
- Karvinen, Synnove (1993): Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, R. - Jokiranta, H. - Karvinen, S. - Mattheis, A-L. - Pohjola, A.: *Monisärmäinen sosiaalityö.* Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Kaukonen, Olavi (1994): Sosiaaliseen päihdehuoltoon? Keskusteluaineistoa päihdehuollon nykytilasta ja kehitysmahdollisuuksista. *Raportteja* 137. Helsinki: Stakes.
- Keene, D. (1994): *Alcohol Treatment: A Study of Therapists and Clients.* Newcastle: Avebury.
- Kettunen, Eero (1994): Homokuvia kolmessa suomalaisessa uskonnollisessa ryhmässä. Uskonnososiologinen diskurssianalyysi vuosilta 1990-91 kerätystä kirjallisesta materiaalista. Pro gradu tutkielma. Helsingin Yliopisto. Uskontotieteen laitos.
- Kettunen, Raisa - Leppänen, Airi (1994): *Myllyhoito. Alkoholismista päihteettömään elämäntapaan.* Jyväskylä: Myllyhoitoyhdistys.
- Kinsey, Alfred C. - Pomeroy, Wardell B. - Martin, Clyde E. (1948): *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia: W.B.Saunders Company.

- Kite, Mary E. (1994): When Perceptions Meet Reality. Individual Difference in Reactions to Lesbians and Gay Men. Teoksessa: Greene, Beverly - Herek, Gregory M. (eds.) Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Volume 1. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kitzinger, Celia (1989): The Regulation of Lesbian Identities: Liberal Humanism as an Ideology of Social Control. Teoksessa: Shotter, John - Gergen, Kenneth (eds.): Texts of identity. London: Sage.
- Kitzinger, Celia (1990): The Social Construction of Prejudice. Teoksessa Kitzinger, Celia: The Social Construction of Lesbianism. Bristol: Sage.
- Kiviranta, Pekka (1978): Naisten alkoholismi. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 6. Helsinki.
- Klein, Fritz - Sepeckoff, Barry - Wolf, Timothy J. (1985): Sexual Orientation: A Multi-Variable Dynamic Process. Journal of Homosexuality 11 (1/2).
- Kontula, Osmo (1994): Alkoholi seksin vapauttajana. Liikuttaja N:o 4.
- Kontula, Osmo & Haavio-Mannila, Elina (1993): Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva: WSOY.
- Kooden, Harold (1991): The Gay Male Therapist as an Agent of Socialization. Teoksessa: Silverstein Charles (ed.): Gays, Lesbians and their Therapists. Studies in Psychotherapy. New York: W. W. Norton & Company.
- Koski, Markku (1990): Sipsuttavat miehet ja tyhmät naiset. Näkökulmia homoseksuaalisuuteen sekä sisällönanalyttinen ekskursio suomalaisen homokuvan piirteisiin. Folkloristiikan pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.
- Koski-Jännes, Anja (1992): Alcohol Addiction and Self-Regulation. A Controlled Trial of a Relapse Prevention Program for Finnish Inpatient Alcoholics. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, vol 41. Helsinki
- Kuehlwin, Kevin (1992): Working with Gay Men. Teoksessa: Freeman, Arthur & Dattilio, Frank A. M. (eds.): Comprehensive Casebook Cognitive Therapy. New York: Plenum Press. Julkaistu nyt suomennettuna teoksessa: Holmberg, Nils (toim.): Kognitiivisen terapian sovellutuksia. Päihdehuollon koulutusaineisto -sarja No 8. Järvenpää, 1995: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Kurdek, Lawrence (1994): The Nature and Correlates of Relationship Quality in Gay, Lesbian, and Heterosexual Cohabiting Couples. A Test of the Individual Difference, Interdependence, and Discrepancy Models. Teoksessa: Greene, Beverly & Herek, Gregory M. (eds.): Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Volume 1. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kus, Robert J. (1988): Alcoholism and Non-Acceptance of Gay Self: The Critical Link. Teoksessa: Ross, Michael W. (ed.): Psychopathology and Psychotherapy in Homosexuality. Journal of Homosexuality, Vol 15, Numbers 1/2. New York: The Haworth Press.
- Kus, Robert J. (1989): Bibliotherapy and gay American men of Alcoholics Anonymous. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, Vol 1(2) 73-86,
- Kus, Robert J. (ed.) (1990): Gay Men of Alcoholics Anonymous: First-hand Accounts. Iowa: Winterstar Press.
- Latokangas, Pirjo (1993): Tie hämmennyksestä sitoutumiseen. Homoseksuaalisen identiteetin kehittyminen. Sosiaalipolitiikan sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Laundergan, J. Clark (1982): Easy does it. Alcoholism Treatment, Outcomes, Hazelden and the Minnesota Model. USA: Hazelden.
- Layder, Derek (1993): New Strategies in Social Research. Padstow Cornwall: Polity Press.
- Lehto, Juhani (1991): Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkäreiden, sosiaalityönteki-

jöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta. Tutkimuksia 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.

- Lewes, Kenneth (1989): *The Psychoanalytic theory of male homosexuality*. Southampton: Quartet Books.
- Lewis, Gary R. - Jordan, Susann M. (1989): *Treatment of the Gay or Lesbian Alcoholic*. Teoksessa: Lawson, Gary W. & Lawson Ann W. (eds.): *Alcoholism & Substance Abuse in Special Populations*. USA: Aspen Publ.
- Liebkind, Karmela (1984): *Minority Identity and Identification Processes: A Social Psychological Study*. Commentationes Scientiarum Scialium 22. Helsinki: Societas Scientiarum Fennica.
- Liebkind, Karmela (1988): *Me ja muukalaiset. Ryhmäraajat ihmisten suhteissa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lindqvist, Martti (1984): *Homoseksuaalisuus moraalikysymyksenä*. Teoksessa: Sievers, Kai & Stålström, Olli (toim.): *Rakkauden monet kasvot. Homoseksuaalisesta rakkaudesta, ihmisoi-keuksista ja vapautumisesta*. Espoo: Weilin+Göös.
- Luopa, Pauliina (1992): *Lesboidentiteetin kehitys näkyväksi ja avoimeksi elämäntavaksi. Historiallinen ja elämänkaaren tarkastelu. Sosiologian pro gradu -tutkielma*. Sosiologian laitos. Helsingin yliopisto.
- Löfström, Jan (1994): *Identiteettipolitiikan loppu. Homo- ja lesbopolitiikka vuoden 2000 kynnyksellä*. Tiede & Edistys, 4/94, 284-297.
- Mahoney, Michael (1991): *Human Change Processes. The Scientific Foundations of Psychotherapy*. Basic Books.
- Malyon, A (1985): *Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men*. Teoksessa: Gonsiorek, John C. (ed.): *A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients*. New York: Harrington Park Press.
- Markowitz, Laura M (1991): *Homosexuality: are we still in the dark? Confronting homophobia in the therapy room*. Networker, January/February 1991.
- McDermott, Diane - Tyndall, Larry - Lichtenberg, James W. (1989): *Factors related to counselor preferences among gays and lesbians*. Special Issue: Gay, lesbian and bisexual issues in counseling. Journal of Counseling & Development. Vol 68(1) 31-35.
- McIntosh, Mary (1981): *The Homosexual role*. Teoksessa: Plummer, Ken (ed.): *The Making of the Modern Homosexual*. London: Hutchinson.
- McKirnan, D. J. & Peterson P. L. (1989a): *Alcohol and drug use among homosexual men and women: epidemiology and population characteristics*. Addictive Behavior, 14 (5) 545-553.
- McKirnan, D.J. & Peterson, P. L. (1989b): *Psychosocial and cultural factors in alcohol and drug abuse: an analysis of a homosexual community*. Addictive Behavior, 14 (5) 555-563.
- Miller William R. (1990): *Alcohol Treatment Alternatives: What Works?* Teoksessa: Milkman, Harvey B. & Lloyd I. Sederer (eds.): *Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse*. Massachusetts: Lexington Books.
- Miller, William R. & Hester, R.K. (1989): *Treating Alcohol Problems: Toward an Informed Eclectism*. Teoksessa: Hester, Reid K. & Miller, William R. (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. New York: Pergamon Press.
- Monti, Peter. M. - Abrams D. B. - Kadden, R. M. and Cooney, N. L. (1989): *Treating Alcohol Dependence*. USA: Cassel.
- Mäkelä, Klaus (1990): *Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet*. Teoksessa: Mäkelä, Klaus (toim.): *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Morin, Stephen F. (1991): *Removing the Stigma: Lesbian and Gay Affirmative Counseling The Counseling Psychologist*, Vol 19 No 2 April 245-247.

- Mosher, Donald L. (1991): Scared Straight: Homosexual Threat in Heterosexual Therapists. Teoksessa: Silverstein Charles (ed.): Gays, Lesbians and their Therapists. Studies in Psychotherapy. New York: W. W. Norton & Company.
- Murphy, George (1992): Suicide in Alcoholism. Oxford University Press.
- Myers, Michael F. (1985): Counseling the parents of young homosexual male patients. Teoksessa: Gonsiorek, John C. (ed.): A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients. New York: Harrington Park Press.
- Mäki, Jukka (1994): Helsingin A-klinikan juuria. Eero Tuominen haastateltavana. Teoksessa: Aalto, E. - Mäki, J. - Nissinen, J. - Österberg, I-L. (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisu No 8. Jyväskylä.
- Nardi, Peter M. (1985): Alcoholism and Homosexuality: A Theoretical Perspective. Teoksessa: Ziebold, Thomas O. - Mongeon, John E. (eds.): Gay and Sober. Directions for Counseling and Therapy. New York: Harrington Park Press.
- Nardi, Peter M. (1992): That's What Friends are for. Teoksessa: Plummer, Ken (Ed.): Modern Homosexualities. Fragments of lesbian and gay experience. London: Routledge.
- Naumanen, Tero & Puukko, Heikki (1991): Suhtautuminen homoseksuaalisuuteen. Asenteiden kuvaus siihen liittyvien perustelujen ja funktioiden kautta. Psykologian pro gradu -tutkielma. Joensuu yliopisto, psykologian laitos.
- Neisen, Joseph H. (1990): Heterosexism: Redefining homophobia for the 1990s. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, Vol 1(3) 21-35.
- Neisen, Joseph H. (1993): Healing from Cultural Victimization: Recovery from Shame due to Heterosexism. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, Vol 2(1) 49-63.
- Neisen, Joseph H. & Sandall, Hilary (1990): Alcohol and other drug abuse in a gay/lesbian population: Related to victimization? Journal of Psychology, Vol 3 (1) 151-168.
- Nissinen, Jussi (1984a): K. E. Lanun haastattelu. Teoksessa: Aalto, E. - Mäki, J. - Nissinen, J. - Österberg, I-L. (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisu No 8. Jyväskylä.
- Nissinen, Jussi (1984b): Uutta työmuotoa istuttamassa. Marjatta Eskola haastateltavana. Teoksessa: Aalto, E. - Mäki, J. - Nissinen, J. - Österberg, I-L. (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisu No 8. Jyväskylä.
- Onikki, Erkki & Ranta, Hannu: Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 1993. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.
- Parry, Gelnys & Lightbow, Ray (1981): Presenting problems of gay people seeking help. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (eds.): The Theory and Practice of Homosexuality. London: Routledge & Kegan Paul.
- Patton, Michael Quinn (1990): Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: Sage Publications.
- Paul, Jay. P. - Stall - R. D. - Crosby, G. M. - Barrett, D. C. and Midanik, L.T. (1994): Correlates of sexual risk-taking among gay male substance abusers. Addiction vol 89, 971-983.
- Peplau, Letitia Anne (1988): Research on Homosexual Couples: An Overview. Teoksessa DeCecco (Ed): Gay Relationships. Harrington Park Press, New York, 1988.
- Plummer, Ken (1981a): Building a sociology of homosexuality. Teoksessa: Plummer, Ken (ed.): The making of the modern homosexual. London: Hutchinson,, 1981a.
- Plummer, Ken (1981b): Going gay. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (ed.): The Theory and Practice of Homosexuality. London: Routledge & Kegan Paul.
- Plummer, Ken (1981c): Homosexual categories: some research problems in the labeling perspective of homosexuality. Teoksessa: Plummer, Ken (ed.): The Making of the Modern Homosexual.

London: Hutchinson.

- Pohjola, Anneli (1993): Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa: Granfelt, R. - Jokiranta, H. - Karvinen, S. - Mattheis, A-L. - Pohjola, A.: Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Pringle, Rosemary (1992): Absolute Sex? Unpacking the Sexuality / Gender Relationship Teoksessa: Connell, R.W. - Dowsett, G.W (eds.): Rethinking Sex. Social Theory and Sexuality Research. Melbourne: Melbourne University Press.
- Pulkkinen, Tuija (1994): Keinotekoista seksiä? Luonto, luonnottomuus ja radikaali sukupuolipolitiikka. Tiede & Edistys, 1994, no4, 298-313.
- Päihdehuollon palveluopas (1991) Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Remafedi G. - Farrow J. A. - Deisher R. W. (1994): Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. Teoksessa: Remafedi, Gary (ed.): Death by Denial. Studies of Suicide in Gay and Lesbian Teenagers. Boston: Alyson Publications.
- Rich, Charles L. - Fowler, Richard C. - Young, Deborah - Blenkush, Mary (1994): San Diego Suicide Study: Comparison of Gay to Straight Males. Teoksessa: Remafedi, Gary (ed.): Death by Denial. Studies of Suicide in Gay and Lesbian Teenagers. Boston: Alyson Publications.
- Richardson, Diane (1981): Theoretical perspectives on homosexuality. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (toim.): The Theory and Practice of Homosexuality. London: Routledge & Kegan Paul.
- Richardson, Diane (1992): Constructing Lesbian Sexualities. Teoksessa Plummer, Ken (ed) Modern Homosexualities. Fragments of lesbian and gay experience. London: Routledge.
- Richardson, Diane & Hart, John (1981): The Development and maintenance of homosexual identity. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (toim.): The Theory and Practice of Homosexuality. London: Routledge & Kegan Paul.
- Riikonen, Eero (1992): Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikieleen. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Rochlin, Martin (1985): Sexual Orientation of the Therapist and Therapeutic Effectiveness with Gay Clients. Teoksessa: Gonsiorek, John C (ed.): A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients. New York: Harrington Park Press.
- Romans, Pat (1992): Daring to Pretend? Motherhood and lesbianism. Teoksessa: Plummer, Ken (toim.): Modern Homosexualities. Fragments of lesbian and gay experience. London: Routledge.
- Roos, J. P. (1985): Suomalainen elämäntapa. Teoksessa: Rahkonen, Keijo (toim.): J. P. Roos: Elämäntapaa etsimässä. Jyväskylä: Gummerus 1985.
- Ross, Michael W. (1984): Mitä homoseksuaalisuus on - tieteellisiä näkökantoja. Teoksessa: Sievers, K. - Stålström, O. (toim.): Rakkauden monet kasvot. Tapiola: Weilin+Göös.
- Ross, Michael W. - Paulsen, James A. - Stålström, Olli W. (1988): Homosexuality and Mental Health: A Cross-Cultural Review. Teoksessa: Ross, Michael W. (ed.): Psychopathology and Psychotherapy in Homosexuality. Journal of Homosexuality, Vol 15, Numbers 1/2. New York: The Haworth Press.
- Ross, Michael W. (1989): Gay Youth in Four Cultures: A Comparative Study. Teoksessa: Herdt, Gilbert (ed.): Gay and Lesbian Youth. London: Harrington Park Press.
- Rudolph, James (1989): Effects of a workshop on mental health practitioners' attitudes toward homosexuality and counseling effectiveness. Special Issue: Gay, lesbian, and bisexual issues in counseling. Journal of Counseling & Development, Vol 68(1) 81-85.
- Räsänen, Mikko (1993): Regressiivinen maskuliinisuus. Tutkielma 60-luvulla syntyneiden, yksinäisten toimeentulotukiasiakasmiesten yhteiskunnallisesta sukupuolesta ja syrjäytymisestä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen työpapereita. Nro 76. Jyväskylä.

- Saarinen, Terhi (1991): Suomalaisen homo- ja lesboliikkeen poliittiset strategiat: vastarinnan mahdollisuudet ja rajat. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, sosiologian laitos.
- Saarnio, Pekka (1990): Alkoholistien hoidon ja kuntoutuksen peruslähtökohtia. Tutkimus huoltolasi-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Tutkimuksia 2/1990. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos.
- Saarto, Ari (1984): Alkoholismin muotoutuminen hoidon näkökulmasta. Teoksessa Aalto, E et al (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisu No 8. Jyväskylä.
- Saviharju, Maija & Eriksson, Kalervo (1987): Alkoholinkäyttöön liittyvät perinnölliset tekijät. Teoksessa: Kiianmaa, Kalervo & Ylikahri, Reino (toim.): Alkoholit. Vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Helsinki: Alko.
- Schippers, Jan (1989): Homosexual identity, essentialism and constructionism. *Homosexuality, Which Homosexuality?* Ed by Dennis Altman, Carole Vance, Martha Vicinus, Jeffrey Weeks and others. GMP Publishers, London, 1989.
- Schippers, Jan (1993): Training Straight Therapists. Alustus Euroopan Psykologikonferenssin yhteydessä järjestetyssä Homo- ja lesbopsykologien seminaarissa Tampereella. Alustus on tallennettuna äänikasetille ja on lainattavissa tämän tutkimuksen tekijältä.
- Schneider, Stephen G. - Farberow, Norman L. - Kruks, Gabriel N. (1994) Suicidal behavior in adolescent and young adult gay men. Remafedi, Gary (ed.): *Death by Denial. Studies of Suicide in Gay and Lesbian Teenagers.* Boston: Alyson Publications, 1994.
- Schofield, Michael (1965) *Sociological Aspects of Homosexuality. A Comparative Study of Three Types of Homosexuals.* London: Longmans.
- Schwartz, Robert D. (1989): When the therapist is gay: Personal and clinical reflections. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, Vol 1(1) 41-51.
- Seksuaalirikokset. Rikoslakiprojektin ehdotus 13.12.1993. Oikeusministeriön lainvalmisteluosasto 1993.
- Shannon, Joseph W. - Woods, William J. (1991): Affirmative Psychotherapy for Gay Men. *The Counseling Psychologist*, Vol 19 No 2 April 1991 197-215.
- Shildo, Ariel (1994): Internalized Homophobia. Conceptual and Empirical Issues in Measurement. Teoksessa: Greene, Beverly & Herek, Gregory M. (eds.): *Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Volume 1.* Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sievers, Kai & Stålström, Olli (toim.) (1984): *Rakkauden monet kasvot.* Tapiola: Weilin+Göös.
- Siltala, J. (1994) *Miehen kunnia. Modernin miehen taistelu häpeää vastaan.* Keuruu: Otava.
- Silvennoinen, Piia (1992): The Identity formation process of lesbian youth: an English case study. Alustus De/Reconstructing Identity Politics -symposiumissa 23.5.1993. Moniste.
- Silverman, David (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction.* Melksham: Sage.
- Silverstein, Charles (ed.) (1991) *Gay, Lesbians and their Therapists. Studies in Psychotherapy.* New York: W. W. NORTON & Company.
- Silverstein, Charles (1988) *The Borderline Personality Disorder and Gay People.* Teoksessa Ross, Michael W. (ed.): *Psychopathology and Psychotherapy in Homosexuality. Journal of Homosexuality*, Vol 15, Numbers 1/2. The Haworth Press, New York.
- Socarides, Charles W. (1990): Introduction. Teoksessa: Socarides, Charles W. - Volkan, Vamik D. (Eds) *The Homosexualities. Reality, Fantasy and the Arts.* Madison: International Universities Press, Inc.
- Socarides, Charles W. (1990): *The Homosexualities: A Psychoanalytic Classification.* Teoksessa: Socarides, Charles W. & Volkan, Vamik D. (eds.): *The Homosexualities. Reality, Fantasy and*

the Arts. Madison: International Universities Press, Inc.

- Socarides, Charles W. (1991): The Specific Tasks in the Psychoanalytic Treatment of Well-Structured Sexual Deviations. Teoksessa: Socarides, Charles W. - Volkan, Vamik D. (eds.) The Homosexualities and the Therapeutic Process. Madison: International Universities Press, Inc.
- Stein, Terry S. (1999) Theoretical Considerations in Psychotherapy with Gay Men and Lesbians. Teoksessa: Ross, Michael W. (ed.): Psychopathology and Psychotherapy in Homosexuality. Journal of Homosexuality, Vol 15, Numbers 1/2. New York: The Haworth Press.
- Steinglass, Peter (1981): Family Therapy with Alcoholics: A Review. Teoksessa: Kaufman, E. & Kaufman, P. (eds.): Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. New York, Gardner Press.
- Stålström, Olli (1995) [Homoseksuaalisuuden sairausleiman historiallinen tausta ja nykypäivä.] Lisensiaattityön käsikirjoitus.
- Tannen, Deborah (1992): You Just Don't Understand. Women and Men in Conversation. London: Virago.
- Troiden, Richard (1988): Gay and Lesbian Identity: a Sociological Analysis. The Reynold Series in Sociology. New York: General Hall.
- Troiden, Richard (1989): The formation of homosexual identities. Journal of Homosexuality 17 (1-2): 43-73.
- Turunen, Vesa (1988): Helsingin ihmeellinen 40-luku. SETA 2 - 1988.
- Tähkä, Veikko (1966): The Alcoholic Personality. A Clinical Study. The Finnish foundation for alcohol studies. Volume 13. Helsinki.
- Udis-Kessler, Amanda (1990): Bisexuality in an Essentialist World. Teoksessa: Geller, Thomas (ed.): Bisexuality. A reader and sourcebook. Hadle, MA: Times Change Press.
- Vaillant, George E. (1981): Dangers of Psychotherapy in the Treatment of Alcoholism. Teoksessa: Bean, M. H. and Zinberg, E. (eds.): Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism. New York: The Free Press.
- Vaillant, George E. (1983): The Natural History of Alcoholism. London: Harvard University Press.
- Vaillant, George E. (1990): Elements of Recovery: A Longitudinal Analysis. Teoksessa: Milkman, Harvey B. & Lloyd I. Sederer (eds.): Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse. Massachusetts: Lexington Books.
- Vaillant, George E. (1994): Evidence that the Type 1/Type 2 dichotomy in alcoholism must be re-examined. Addiction 89, 1049-1057.
- Valtanen, Kari (1990): Mielenterveyspalvelut ja homoseksuaalinen asiakas. Mielenterveystoimistojen terapiatyötä tekevien tiedot ja asenteet homoseksuaalisuudesta. Syventävien opintojen opin- näyte. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen laitos, 1990.
- Vance, Carole S. (1989): Social construction theory: Problems in the history of sexuality. Teoksessa: Homosexuality, Which Homosexuality? Ed by Dennis Altman, Carole Vace, Martha Vicinus, Jeffrey Weeks and others. London: GMP Publishers.
- Weatherburn, Peter & Project SIGMA (1992): Alcohol Use and Unsafe Sexual Behaviour: Any Connection? Teoksessa: Aggleton, Peter - Daviens, Peter & Hart Graham (eds.): AIDS: Rights, Risk and Reason. Basingstoke: The Falmer Press.
- Weatherburn, Peter - Davies, Peter M. - Hickson, Ford C. I. - Hunt, Andrew J. - McManus, Thomas J. & Coxon, Anthony P. M. (1993): No connection between alcohol use and unsafe sex among gay and bisexual men. Julkaisussa: AIDS Vol 7, No 1, 115-119.
- Weeks, Jeffrey (1981): The problems of older homosexuals. Teoksessa: Hart, John & Richardson, Diane (toim.): The Theory and Practice of Homosexuality. London: Routledge & Kegan Paul.
- Weeks, Jeffrey (1985): Sexuality and its discontents. Meanings, myths & modern sexualities. London: Routledge & Kegan Paul.

- Weeks, Jeffrey (1986): *Sexuality*. London: Ellis Horwood Limited.
- Weeks - Jeffrey (1987): *Question of identity*. Teoksessa: Caplan, Pat. *The Cultural Construction of Sexuality*. (Löytyy myös teoksesta: Weeks, Jeffrey *Against Nature*. Essays on history, sexuality and identity. London: Rivers Oram Press, 1992.)
- Weeks, Jeffrey (1990): *Historical approaches to homosexuality*. Teoksessa: Parikas, Udo - Veispak, Teet (eds): *Sexual Minorities and Society: the Changing Attitudes toward Homosexuality in the 20th Century Europe*. Papers presented to the international conference in Tallinn May 28.-30, 1990. Institute of History. Papers on History of Sexuality Nr 1. Tallinn.
- Weinberg, Martin S. - Williams, Colin J. - Proyor, Douglas W. (1994): *Dual Attraction: Understanding Bisexuality*. New York: Oxford University Press.
- Wellisch, David - DeAngelis, G. G. & Bond, Doug (1981): *Family Treatment of the Homosexual Adolescent Drug Abuser: On Being Gay in a Sad Family*. Teoksessa: Kaufman, Edward & Kaufman, Pauline (eds.): *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York.: Gardner Press.
- Wiman, Roland (1988): *A-klinikkatyön kohdisteet - ehdotus päihdeongelmien diagnoosikehykseksi*. Teoksessa: *A-klinikkatyön menetelmien täsmentäminen*. Talviseminaariaineisto 1988. A-klinikkain tuki ry:n julkaisuja 3. Järvenpää.
- Wittig, Monique (1989): *On the Social Contract*. Teoksessa: Altman, Dennis - Vance Carole - Vicinus, Martha - Weeks, Jeffrey & al. (eds.) *Homosexuality, Which Homosexuality?* London: GMP Publishers.
- Wolf, Timothy J. (1988): *Group Psychotherapy for Bisexual Men and Their Wives*. Teoksessa: Coleman, Eli (toim.): *Integrated Identity for Gay Men and Lesbians. Psychotherapeutic Approaches for Emotional Well-Being*. New York: Harrington Park Press, Inc.
- Ziebold, Thomas O. - Mongeon, John E. (1982) *Alcoholism and the Homosexual Community*: Teoksessa: Ziebold, Thomas O. - Mongeon, John E. (Editors): *Alcoholism & Homosexuality*. New York: The Haworth Press.
- Zigrang, Tricia A. (1985): *Who Should Be Doing What about the Gay Alcoholic?* Teoksessa: Ziebold, T. O. - Mongeon J. E. (eds.): *Gay and Sober - Directions for Counseling and Therapy*. New York: Harrington Park Press.
- Zinik, Gary (1985): *Identity Conflict or Adaptive Flexibility? Bisexuality Reconsidered*. *Journal of Homosexuality*, Vol 11 Nos 1/2, 7-19.

LIITTEET

1 Oidipuskompleksin seksuaaliset lopputulokset

Oidipuskompleksin seksuaaliset lopputulokset identifikaatioiden (tai viettipyrkimysten) ja kohteenvaihtojen mukaisesti. (Lewes 1989, 83.)

Viettipyrkimys		Pasiivinen	Aktiivinen		Kohteenvalin- nan moodi	Seksuaalinen suuntautumi- nen
Identifikaatio -		Äiti		Isä		
		Kastroitu	Fallinen			
Äiti	Kastroitu	1) Heteroseks. Pasiivinen Feminiinen Anacliittinen	2) Heteroseks. Aktiivinen Feminiinen Anacliittinen	3) Heteroseks. Aktiivinen Maskuliininen Anacliittinen	Anacliittinen	Hetero- seksuaalinen
	Fallinen	4) Heteroseks. Pasiivinen Feminiininen Anacliittinen	5) Heteroseks. Aktiivinen Feminiininen Anacliittinen	6) Heteroseks. Aktiivinen Maskuliininen Anacliittinen		
Isä		7) Homoseks. Passiivinen Feminiininen Anacliittinen	8) Homoseks. Aktiivinen Feminiininen Anacliittinen	9) Homoseks. Aktiivinen Maskuliininen Anacliittinen	Narsistinen	Homo- seksuaalinen
Self		10) Homoseks. Passiivinen Feminiininen Narsistinen	11) Homoseks. Aktiivinen Feminiininen Narsistinen	12) Homoseks. Aktiivinen Maskuliininen Narsistinen		
Kohde		Feminiininen		Maskul.	Sosiaalinen asennoituminen	
		Pasiivinen	Aktiivinen		Seksuaalinen positio	

Hudsonin ja Rickettsin homofobiamittari IHP

Tämän kyselyn tarkoitus on mitata niitä tuntemuksia, joita Sinussa herää kun olet työssäsi tai muuten tekemisissä homoseksuaalisten ihmisten kanssa. Tämä ei ole suoriutumiskoe, väitteisiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Vastaa kukunkin kohtaan niin huolellisesti ja tarkasti kuin mahdollista kirjoittamalla vastausvaihtoehdosi numeron kunkin väittämän perään.

Vastausvaihtoehdot:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 | Olen vahvasti samaa mieltä |
| 2 | Olen samaa mieltä |
| 3 | En ole samaa mieltä enkä eri mieltä |
| 4 | Olen eri mieltä |
| 5 | Olen vahvasti eri mieltä |

Väittämät:

1. Tuntisin oloni mukavaksi jos läheinen työtoverini olisi homoseksuaalinen mies.
2. Viihtyisin hyvin sellaisissa sosiaalisissa tilanteissa, joissa on mukana homoseksuaalisia ihmisiä.
3. Tuntisin oloni epämiellyttäväksi jos saisin tietää, että naapurini on homoseksuaalinen.
- 4.* Jos kanssani samaa sukupuolta olevat homoseksuaalinen henkilö lähentelisi minua, suuttuisin.
5. Tuntisin oloni luontevaksi tietäessäni, että samaa sukupuolta olevat pitävät minua puoleen-savetävänä.
6. Tuntisin oloni epämiellyttäväksi homobaarissa.
- 7.* Tuntisin oloni luontevaksi vaikka samaa sukupuolta oleva henkilö ihastuisi minuun.
8. Olisin luonteva silloinkin jos ihastuisin samaa sukupuolta olevaan henkilöön.
9. Tuntisin pettymystä jos saisin tietää, että lapseni on homoseksuaalinen.
10. Minua hermostuttaisi olla samassa joukossa homoseksuaalisten ihmisten kanssa.
11. Tuntisin oloni luontevaksi kuullessani, että seurakuntani pappi on homoseksuaalinen.
- 12.x Jos minulla olisi homoseksuaalisia ystäviä, en kertoisi siitä kaveriryhmässäni.
- 13.* Tuntisin epäonnistuneeni vanhempana, jos saisin tietää, että lapseni on homoseksuaalinen.
- 14.* Minusta olisi vastenmielistä nähdä kahden miehen pitävän toisiaan kädestä julkisesti.
15. Loukkaantuisin, jos kanssani samaa sukupuolta oleva haluaisi kanssani lähempää tuttavuutta.
- 16.* Minua ei vaivaisi jos tyttären luokanopettaja osoittautuisi lesboksi.
17. Tuntisin oloni epämiellyttäväksi jos saisin tietää, että kumppani on joskus ihastunut samaa sukupuolta olevaan henkilöön.
- 18.x Jos minulla olisi homoseksuaalisia ystäviä, haluaisin kertoa siitä vanhemmilleni.
19. Minusta olisi epämiellyttävää suudella samaa sukupuolta olevaa julkisesti.
- 20.x Haluaisin, että minulla olisi kanssani samaa sukupuolta olevia homoseksuaalisia ystäviä.
- 21.x Jos samaa sukupuolta oleva haluaisi tutustua minuun lähemmin, miettin mahtaako hän olla homoseksuaalinen.
- 22.* Minua ei häiritsisi jos saisin kuulla, että paras samaa sukupuolta oleva ystäväni on homoseksuaalinen.
23. Olisin immarreltu jos samaa sukupuolta oleva haluaisi tehdä kanssani lähempää tuttavuutta.
24. Tuntisin oloni epämiellyttäväksi, jos saisin tietää, että poikani opettaja on homoseksuaalinen mies.
- 25.* Tuntisin oloni luontevaksi jos työtoverinani olisi homoseksuaalinen nainen.

(Hudson - Ricketts 1980, 361)

* Tähdellä merkityt ovat mukana tämän tutkielman kyselykaavakkeessa.

x -kirjaimella merkityt Hudson - Ricketts totesivat myöhemmin sisältönsä puolesta nonvalideiksi mittaamaan homofobisuutta.

Hudson ja Ricketts käyttivät laskentakaavaa, jolla mittarin vaihtelu standardoitiin välille 0–100:

$$S = (\sum X - N)(100) : \{(N)(4)\}$$
, jossa X on yksittäisen väitteen saama pistemäärä ja N on vastattujen väitteiden lukumäärä.

Teemahaastattelun runko: työntekijät**Taustatiedot ja perusmäärittelyt**

- | | | | |
|---|--------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Hoitopaikka: | 1 avohoito | 4 asumispalvelu |
| 2 | | 2 katkaisuhuolto | 5 nuorisoasema |
| 3 | | 3 muu laitoshuolto | |
- 4 Hoitopaikan koko:
- henkilökuntaa
 - hoitojakson pituus
 - asiakaspaikkoja
 - asiakasmäärä/käyntimäärä
- 5 Hoitotyön kohderyhmät
- 6 Vastaajan sukupuoli: m/n
- 7 Ikä 1) alle 30 3) 40–49
- 2) 30–39 4) 50 vuotta tai yli
- 8 Nykyinen ammatti
- 9 Ammatillinen peruskoulutus
- 10 Työkokemus päihdetyössä ollut ___ v , muussa hoitotyössä ___ v

Nauhurille:

1. Mihin ihmisryhmiin koet kuuluvasti, minkälaisia eri identiteettejä sulla on?
- mitkä niistä ovat Sinulle merkityksellisimpiä
2. Miten juuri Sinut valittiin tähän haastatteluun
3. Mitä ajatuksia tutkimuksen otsikko on Sinussa herättänyt?
4. Mistä asiasta tässä yhteydessä mielestäsi on tärkeä puhua?
5. Onko homo- ja biseksuaalien hoito ja siihen liittyvät käsitteet Sinulle tuttuja ja miltä Sinusta tuntuu puhua tästä aihepiiristä?
6. Millaista sanastoa olet itse käyttänyt tätä aihepiiriä käsitellessäsi ja millaista sanastoa olet kuullut työtoveriesi ja asiakkaittesi käyttävän.
 - epävirallisissa keskusteluissa
 - hoitotilanteissa: - yksilökeskustelut, - ryhmähoito
 - hoitoneuvotteluissa
7. Miten määrittelet
 - a) homoseksuaalisuuden
 - b) biseksuaalisuuden? Tarkennuksia:
 - mihin muuhun ryhmään rinnastaisit homot/lesbot/biseksuaalit
 - missä määrin ko ryhmät yhtenäisiä/moni-ilmeisiä
 - sosiaalinen ominaisuus / seksuaalisen käyttäytymisen variaatio.
 - missä määrin näet sen synnynnäisenä vs "opittuna" tai "valittuna"
8. Onko sinulla mielikuvaa tyypillisestä homosta, lesbosta, biseksuaalista
9. Missä määrin mielikuvaasi ko ryhmästä vaikuttaa sukupuolirooleista poikkeaminen
10. Miten määrittelet päihdeongelman, mistä siinä on kysymys
11. Mitä ajattelet päihdeongelmaan liittyvistä identiteeteistä: alkoholisti, jne
12. Miten päihdeongelma on hoidettavissa

Homo- ja biseksuaalit asiakkaina

13. Kuinka monta homo/biseksuaalia on ollut omassa hoidossasi olleen kuluneen vuoden (12 kk) aikana (miehet ja naiset erikseen)

a) niin, että asia on tullut puheeksi

b) niin, että asia ei ole tullut esille:

Vähemmän/saman verran/enemmän

Lisäkysymykset

- paljonko sinulla vuosittain käy asiakkaita

- mikä prosenttimäärä heistä saattaisi olla homo/biseksuaalisia

14. Milloin viimeksi asiakkaan homo- tai biseksuaalisuus oli hoitoon liittyvässä tilanteessa esillä? (mukaan myös hoitokokoukset, työnohjaus, konsultaatio)

15. Milloin viimeksi Sinulla on ollut asiakas, joka on ottanut esille lähimaisen (oma lapsi, puoliso, sisar, vahnempi) homo- tai biseksuaalisuuden?

16. Miten automaattisesti ajattelet, että asiakkaasi tai hänen merkittävät lähiomaiset (lapset, puoliso, vanhemmat) ovat heteroseksuaaleja, ellei toisin ilmoiteta.

17. Kuinka monta homo/biseksuaalia arvioit hoitaneesi koko urasi aikana niin, että asian on tullut puheeksi jossakin vaiheessa. Vuosia:

18. Kuinka monta arvelet olleen tässä hoitopaikassa kuluneen vuoden (12 kk) aikana

19. Osa homo- ja biseksuaaleista kertoo suuntautumisestaan vain hyvin tarkkaan valituille henkilöille osa taas on verrattain avoimia useimmissa tilanteissa. Kuinka moni hoitamistasi on ollut avoimia suurimmalle osalle ympäristöistään (miehet/naiset)

20. Osa homo- ja biseksuaaleista ei kerro edes hoitosuhteissa suuntautumisestaan, joidenkin kohdalla se jää jostain muusta syystä kertomatta, eikä hoitava työntekijä osaa sitä aina aavistaa. Kuinka paljon arvelet heitä olleen hoidossasi verrattuna niihin joista tiedät, että he ovat homo- tai biseksuaaleja

21. Minkälaisia odotuksia sä arvelet homo/biseksuaalisella asiakkaalla olevan kun hän tulee hoitoon?

Homo- ja biseksuaalisuuden kohtaaminen hoitoyhteisössäsi

22. Minkälaista on homo- ja biseksuaalisuuteen liittyvien kysymysten käsittely ollut työryhmän sisäisissä hoitokokouksissa tai koulutustilaisuuksissa

23. Miten eri työntekijät pystyvät käsittelemään seksuaaliseen vähemmistöön liittyviä kysymyksiä, miten suuria yksilöllisiä vaihteluja

- asiakkaan kanssa
- omassa mielessään
- keskenään
- työnohjauksessa
- koko työyhteisössäsi

24. Ohjataanko yhteisössäsi homo/lesbo/bi -asiakkaita jollekulle työntekijälle?

Onko joku erikoistunut ko kysymyksiin, niin, että häneltä pyydetään työnohjausta?

25. Käsitelläänkö asiakasryhmissä seksuaaliseen vähemmistöön kuulumiseen liittyviä asioita? Miten? Puututaanko homokielteiseen viitsailuun jne.

26. Missä määrin hoitoyhteisösi ottaa mielestäsi huomioon sen, että tietty osa asiakaista on homo/biseksuaaleja

- työrutiineissa (kysyttäessä siviilisäätyä, huonejärjestelyt, jne)
- hoitotyössä
- tiedotteissa
- asiakkaiden saatavavilla olevassa kirjallisuudessa yms materiaalissa
- koulutuksessa
- kysytäänkö hoitosuhteen alkuvaiheessa asiakkaiden seksuaalista suuntautumista

27. Kuinka turvallinen mielestäsi hoitoyhteisösi on homo- ja biseksuaalisille ihmiselle

- joka on asiakkaana

HAASTATTELURUNKO: TYÖNTEKIJÄT

- joka on työntekijänä

28. Miten arvelet tilanteen muuttuneen edellisten kysymyksen osalta viimeisen 12 vuoden aikana. Kuvaile jotenkin muutosta.

29. Millaista koulutusta päihdetyöntekijät tarvitsisivat päteväytyäkseen työskentelemään homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden kanssa?

30. Onko hoitoyhteisössäsi ollut homo- tai biseksuaalisia työntekijöitä (miehiä/naisia)?

- ovatko he olleet avoimia?
- minkälaisia kokemuksia?

31. Olisiko siitä etua vai haittaa jos työpaikallasi olisi avoimesti homo- tai biseksuaalinen työntekijä/työntekijöitä? Kenelle?

Homo- ja biseksuaalien hoidossa kohdattavia ongelmia

32. Luettele keskeisiä ongelmia ja ilon aiheita, joihin törmää / olet kuullut työpaikallasi törmättävän homoseksuaalisten ihmisten neuvonta- ja terapiatyössä

33. Luettele homo- ja biseksuaalisten ihmisten keskeisimpiä ongelmia ja ilon aiheita, joita olet työssäsi havainnut / olet kuullut hoitoyhteisössäsi kohdatun.

- homot / - lesbot / - biseksuaalit

34. Minkälainen merkitys seksuaalisella suuntautumisella (homo-/bi-/heteroseksuaali) on ihmisen elämässä?

35. Minkälainen merkitys seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvällä identiteetillä (homo, lesbo, biseksuaali jne) on ihmisen elämässä?

36. Mikä merkitys seksuaalisen suuntautumisen ja siihen liittyvä identiteetin esilleottamisella on hoidon kannalta?

37. Millaisia selvitymisstrategioita homo/biseksuaaleilla on suhteessa omaan vähemmistöasemaansa?

38. Mitä keskeisiä voimavaroja olet heillä todennut olevan?

Mitä kuntoutumiseen liittyviä etuja homo/ja biseksuaalisilla asiakkailla on

39. Mitä muutoksia arvelet tapahtuneen 3 edellisen kysymyksen kohdalla viimeisen 13 vuoden aikana.

40. Mitä itse painottaisit homo- ja biseksuaalien hoitotyössä

- erikseen naiset ja miehet + erikseen vielä biseksuaalit

41. Mitä arvelet työtovereittesi painottavan

42. Onko päihdehuollon palveluissa piirteitä, jotka olisivat erityisen ongelmallisia juuri homo- ja biseksuaaleille

43. Jos on - miten ne olisi korjattavissa

44. Onko mielestäsi heidän päihdeongelmiensa ja seksuaalisen suuntautumisen välillä jonkinlainen syy/seuraussuhde tai muu yhteys

45. Tiedätkö paikkakunnallasi homojen/lesbojen tapaamis/juomispaikkoja

46. Tiedätkö millaisia palveluita on homoseksuaalisille ihmisille ja mihin ohjasit heidät vastaanotettuaasi?

47. Tarvittaisiinko mielestäsi homo- ja biseksuaalien päihdeongelmien hoitoon erikoistuvia
- hoitopaikkoja - työntekijöitä - hoitoryhmiä

48. Ehdotuksia hoidon kehittämiseksi?

Miten olet saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta

49. Oletko saanut mielestäsi riittävästi tietoa seksuaalisista vähemmistöistä

- ammatillisessa peruskoulutuksessasi
- jatkokoulutuksessa
 - työhajauksessa / työpaikkakoulutuksessa
- itse asiaan perehtymällä

50. Mistä olet saanut parhaiten tietoa?

51. Kuuluuko läheiseen sukulais-/tuttavapiiriisi miehiä tai naisia, jotka tiedät olevan homo- tai biseksuaaleja (miehiä/naisia)?

Lopuksi

-

52. Jäikö jotain tärkeää tähän aihepiiriin liittyvää käsittelemättä?

53. Minkälaisia ajatuksia ja tunteuksia vuodenvaihteessa saamasi kyselylomake herätti?

54. Minkälaisia ajatuksia ja tunteita tämä haastattelu herätti

- a) etukäteen
- b) haastattelun aikana

KIITOS!

Teemahaastattelun runko: päihdeongelmiaan hoitavat homo- ja biseksuaalit

Oma tarina

Homo/biseksuaalisuuden tarina

1. miten määrittelet itsesi, mihin ryhmiin koet kuuluvasi
 - mitkä niistä ovat Sinulle merkityksellisimpiä
2. mitä homo/biseksuaalisuus Sinun elämässäsi merkitsee
3. mistä lähtien seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvät asiat jotenkin herättäneet kiinnostusta/ajatuksia/tunteita
4. onko sinulla ollut lapsuudessa voimakkaita tuntemuksia "omasta erilaisuudesta"
5. minkälaisen kehityskaaren olet läpikäynyt näissä asioissa
6. onko tarinassa joitakin kulminaatiokohtia
7. miten olet kokenut itsesi miehenä/naisena
8. minkälaisia ihmissuhteita tarinaasi sisältyy: - parisuhteet, - seksisuhteet, - ystävyysuhteet
9. minkälaisiin ongelmiin olet kohdannut ihmissuhteissasi
10. suhteesi lapsiin ja vanhemmaksi tulemiseen
11. oletko joskus hakenut ns. ulkopuolista apua selvittääksesi seks.suunt. liittyviä kysymyksiä
12. millainen merkitys muilla homo/biseksuaaleilla on ollut ja on nyt elämässäsi
13. mikä merkitys homojen/lesbojen osakulttuurilla (paikat,lehdet,radio-ohjelmat jne) on Sinulle
14. ketkä tietävät homo/biseksuaalisuudestasi
15. onko homo/biseksuaalisuus mielestäsi synnynnäinen/opittu/valittu piirre
17. minkälainen on opintoihin ja työelämään liittyvä kertomuksesi

Päihteenkäytön tarina

20. mitä päihteitä
21. milloin alkoi, miten pitkä, millaisia vaiheita
22. mihin liittyen
23. päihteiden käytön edut ja haitat
24. olitko mukana jossain lesbo/homo juomaporukassa, miten muiden elämä on edennyt

Hoidon/itsehoidon tarina

30. koska aloit huolestuta
31. minkälaisia yrityksiä vaikuttaa tilanteeseen
32. koska ekan kerran haki ulkopuolista apua, mistä
33. mitä kaikkia hoitomuotoja kokenut
34. mitkä auttaneet ja miten
35. mitkä eivät auttaneet
36. hyviä kokemuksia / - huonoja kokemuksia
37. millaisia kokemuksia eri ryhmissä/hoitopaikoissa
38. avoimuus/saalaaminen työntekijöille -> vaikutus hoitoon
39. avoimuus/salaaminen ryhmissä -> vaikutus hoitoon
40. vaikuttiko seks suunt hoitomuodon/työntekijän valintaan/hylkäämiseen
41. jos olisit tiennyt, että joku tt:stä on homo/lesbo/bi olisitko halunnut hänelle
42. mielikuvasi tyypillisestä päihdehuollon työntekijästä
43. SETA:ssa pidettyjen ryhminen merkitys, - mitä jos näitä ryhmiä ei olisi ollut
44. Mikä olisi voinut ennalta ehkäistä a-ongelman kehittymistä sinulla
45. Miten painotat päihdeongelman vs homo/biseksuaalisuuden merkityksellisyyttä elämässäsi
 - a) nyt b) kun silloin kun hait ensimmäisen kerran apua päihdeongelmaan
46. Ajatuksia homo/biseksuaalien päihdeongelmista / niiden hoitamisesta
47. Mitä odotat tulevaisuudeltasi

Lopuksi

- 60 Onko mielessäsi jotain, jonka haluaisit vielä kertoa

61 Minkälaisia ajatuksia ja tunteita tämä haastattelu herättä

- a) etukäteen
- b) haastattelun kuluessa.

Ryhmän tarina

Miten syntyi

- konkreettisesti: ketkä aloittivat, missä, milloin ...
- mihin tarpeeseen
- kenen toimesta
- millä ajatuksella lähdettiin liikkeelle

Millaisia ihmisiä ryhmässä on käynyt

- missä tilanteessa hakeudutaan
- miten sinne osataan tulla
- miten pitkiä suhteita
- yhteenkuuluvuuden tunne / ristiriidat

Toimintaideat

- tämänhetkinen "ideologia"

Tarinassa taitekohtia?

Millaisia kokemuksia päihdehuollosta tullut esille ryhmäläisten kertomuksissa?

- yhteistyötilanteita?

Onko erilliselle ryhmälle tarvetta

- perusteluita
- lisää ryhmiä?

Kyselylomake

Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalipsykologian laitos

PÄIHDEHUOLLOSSA TOIMIVAT TYÖNTEKIJÄT

Teen Helsingin yliopistossa sosiaalipsykologian opinnäytetyönäni tutkimusta **HOMO- JA BISEKSUAALIEN PÄIHDEONGELMIEN HOITAMISESTA**

Homoseksuaalit muodostavat yhden sosiaalisen vähemmistön, joka poikkeaa mm. etnisistä vähemmistöistä siinä, että seksuaalinen suuntautuminen voi varsin tehokkaasti kätkeä ympäristöltään. Homoseksuaalisuutta on kulttuurissamme pidetty arkaluontoisena asiana, ja sitä on käsitelty varsin niukalti esimerkiksi päihdehuollon ammattikirjallisuudessa. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden tietoja homo- ja biseksuaalisuudesta, kokemuksia homo- ja biseksuaalisten asiakkaiden hoidosta sekä heidän käsityksiään koulutuksen antamista valmiuksista.

Homoseksuaalisuudella tarkoitetaan seksuaalisen tai eroottisen mielenkiinnon yksinomaista tai pääsääntöistä suuntautumista samaa sukupuolta oleviin ihmisiin. Se voi ilmetä seksuaalisena käyttäytymisenä, tunnetiloina, mielikuvina, ihmissuhteina ja identiteettinä.

Biseksuaalisuudella tarkoitetaan seksuaalisen tai eroottisen mielenkiinnon kohdistumista sekä vastakkaista että samaa sukupuolta oleviin. Se voi ilmetä seksuaalisena käyttäytymisenä, tunnetiloina, mielikuvina, ihmissuhteina ja identiteettinä. Kiinnostus kohdistuu eri voimakkuuksin samanaikaisesti tai eri aikoina kumpaankin sukupuoleen.

Olen saanut työpaikaltasi luvan kyselyn suorittamiseen. Kysely lähetetään yhteensä 36 hoitopaikan työntekijöille eri puolilla Suomea. Tutkimukseen osallistuvat hoitopaikat saavat yhteenvedon tutkimuksen tuloksista. Yhteenvedossa ei nimeltä mainita hoitopaikkoja, jotka osallistuivat kyselyyn. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksella tätä tutkimusta ohjaa professori Klaus Helkama, puh 90- 191 3276 (ti 10–11.30).

Pyydän Sinua vastaamaan kyselyyn. Lomakkeessa on 81 kysymystä. Niistä osa saattaa tuntua hyvinkin henkilökohtaisilta. Toivon, että vastaat niihin mahdollisimman rehellisesti, mielipiteesi mukaisesti. *Voit lisätä kysymysten kohdalle niiden herättämiä tarkennuksia ja kommentteja.* Lomake täytetään nimettömänä ja se tullaan käsittelemään ehdottoman luottamuksellisesti. Vastauslomakkeet pyydän palauttamaan oheisessa vastauskuoressa **22.1.1993** mennessä. Irrota tämä johdantosivu itsellesi ennen vastausten palauttamista, näin kirjeen paino ei ylitä seuraavan postimaksuluokan rajaa.

Jussi Nissinen

YMPYRÖI SEURAAVISSA OIKEA VAIHTOEHTO

1. Sukupuoleni on
 1. nainen
 2. mies
2. Ikäni on
 1. alle 30 vuotta
 2. 30–39 vuotta
 3. 40–49 vuotta
 4. 50 vuotta tai yli
3. Koulutukseni on

1. sairaanhoitaja 2. erikoissairanhoitaja 3. sosiaaliohjaaja 4. sosiaalihuoltaja 5. diakoni	6. sosiaalialan akateeminen lopput. 7. psykologi 8. lääkäri 9. muu, mikä:
---	--
4. Olen työskennellyt päihdehuollon tehtävissä noin ____ vuotta
5. Työskentelen paraikaa
 1. Päihdehuollon avohoitoyksikössä
 2. Katkaisuhuoltoasemalla
 3. Päihdehuollon laitoshoitoyksikössä
 4. Päihdehuollon asumispalveluyksikössä (hoitokodit mukaanlukien)
 5. Erityisesti nuorille suunnatussa hoitoyksikössä
6. Ammattinimikkeeni on

1. johtaja 2. lääkäri 3. sairaanhoitaja 4. sosiaaliterapeutti	5. vastaava sosiaaliterapeutti 6. sosiaalityöntekijä 7. valvoja 8. muu, mikä:
--	--
7. Olen mielestäni saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta
 1. vähän
 2. riittävästi
 3. en lainkaan
8. Olen saanut tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta:
 1. peruskoulutuksessa (ennen ammattiin valmistumista).
 2. jatko- tai täydennyskoulutuksessa (ammattiin valm. jälkeen).
 3. itse perehtynyt
9. Parhaiten tietoa homo- ja biseksuaalisuudesta olen saanut:

10. Onko asiakkaanasi ollut miehiä tai naisia, joiden tiedät olevan homoseksuaalisia?
1. kyllä, sekä miehiä että naisia
 2. kyllä, vain miehiä
 3. kyllä, vain naisia
 4. ei ole ollut homoseksuaalisia asiakkaita
11. Arvioi kuinka monta sellaista asiakassuhdetta sinulla on ollut työurasi aikana, joissa asiakas on tuonut esiin homoseksuaalisuutensa?
12. Milloin viimeksi homoseksuaalisuus on tullut teemana esille asiakassuhteessa?
1. 1–7 vrk:n aikana
 2. yli 7 vrk, mutta alle 1 kk:n aikana
 3. yli 1 kk:n, mutta alle 6 kk:n aikana
 4. yli 6 kk sitten
13. Kuuluuko läheiseen ystävä- tai sukulaispiiriisi miehiä tai naisia, joiden tiedät olevan homoseksuaalisia?
1. kyllä, sekä miehiä että naisia
 2. kyllä, vain miehiä
 3. kyllä, vain naisia
 4. ei homoseksuaalisia ystäviä tai sukulaisia
14. Kuuluuko tuttava-, harrastus- tai naapuripiiriisi miehiä tai naisia, joiden tiedät olevan homoseksuaalisia?
1. kyllä, sekä miehiä että naisia
 2. kyllä, vain miehiä
 3. kyllä, vain naisia
 4. ei homoseksuaalisia tuttaviam
15. Onko työyhteisöösi päihdehuollossa kuulunut, ihmisiä joiden tiedät olevan homoseksuaalisia?
1. kyllä, sekä miehiä että naisia
 2. kyllä, vain miehiä
 3. kyllä, vain naisia
 4. ei homoseksuaalisia työtovereita
16. Kuinka paljon arvelet väestössä olevan yksinomaan samaan sukupuoleen suuntautuneita (prosentteina)?
_____ %
17. Kuinka paljon arvelet väestössä olevan niitä jotka suuntautuvat seksuaalisesti sekä samaan että eri sukupuoleen (prosentteina)?
_____ %