

SAMASTUMISPROSESSEISTA JA ALKOHOLIONGELMIEN HOIDOSTA

NILS HOLMBERG

Konstruktio teoriassaan George Kelly, yksi sosiaalipsykologian klassikoita, esittää, että uusien konstruoinnin ja käyttäytymisen muotojen oppimisen ei tarvitse tapahtua työläiden yritysten ja erehdysten kautta (Kelly 1955). Voimme hyödyntää kokemuksia, joita muilla on ollut ennen meitä, toisin sanoen havainnoida roolimalleja. Albert Bandura (1985, 19) korostaa, että uuden käyttäytymisen oppiminen voi tapahtua sekä sijaiskokemusten että suorien kokemusten kautta. Sosiaalisen mallioppimisen avulla ihmiset voivat hyödyntää suuremmassa määrin informaatiolähteitä laajentaakseen tietoaan ja valmiuksiaan. Lähes kaikki oppimisilmiot, jotka ovat tulosta suorasta kokemuksesta, tapahtuvat siten, että teemme havaintoja muiden ihmisten käyttäytymisestä ja siitä heille koituvista seurauksista.

Mutta ensinnäkin, mistä löytää toisenlaisen elämäntavan malleja? Ja toiseksi, mistä löytää vaihtoehdoisen käyttäytymisen harjoittelu-paikkoja? Näin lähestymme tämän tutkimuksen teemaa: samastumisprosessien roolia päihdeongelmaisten kuntoutuksessa.

Se, että päihdeongelmainen näkee, luo mielikuvan toisten menestyksekkäästä käyttäytymisestä tai itse kokee rooliharjoituksissa henkilökohtaista pystyvyyttä, voi kohottaa hänen itsetuntoaan ja havaittavaa minän tehokkuutta (Bandura & al. 1982; Bandura 1985, 400).

Lectio praecursoria 12.5.1995 Helsingin yliopiston valtiotieteellisessä tiedekunnassa.

Voidaan myös kuvaila mallin ja päihdeongelmaisen samankaltaisuus historiallisesti esittelemällä malli henkilönä, joka aikaisemmin kärsi samantapaisista ongelmista kuin päihdeongelmainen. Tämä näkökulma on tyypillinen *oma-apuryhmille*. Näissä ryhmissä toiminta ei perustu tavoitekäyttämisen systemaattiseen erittelyyn. Sen sijaan halutaan saada tulokas tietoiseksi muutoksen mahdollisuudesta. Uusi itsemääritys ja samastuminen henkilöihin, jotka ovat muuttaneet käyttäytymistään, ovat uusien käyttäytymis- ja konstruktio mallien oppimisessa keskeisiä lähtökohtia.

Samastumista ei psykologiassa ole yleisesti hyväksytty tärkeäksi teoreettiseksi käsitteeksi. Usein ollaan sitä mieltä, että se ei edusta erotettavissa olevaa kehitysprosessia, jota ei voisi kuvata paremmin toisin käsittein. Sillä on kuitenkin suuri kliininen ja käytännöllinen arvo, termi on kuvailevaa pikakirjoitusta siitä monimutkaisesta ilmiöstä, kun henkilö omaksuu toisen henkilön psykologisia erityispiirteitä.

Samastumisella G. A. Kelly ei niinkään tarkoittanut sitä samastumisprosessia, jota korostetaan psykoanalyttisessä teoriassa, vaan enemmänkin prosessin tulosta, nimittäin sitä, miten samankaltainen henkilön itsensä ja toisen henkilön konstruointi on. Sitkeimmät yritykset samastumisen mittaamiseksi kliinisiin ja tutkimustarkoituksiin on tehty konstruktio teorian piirissä ns. Repertory grid -menetelmän avulla. Ne grid-testit, joita Kelly käytti,

olivat binaarisia, ja mittana hän käytti samalla tavalla pisteytettyjen ruutujen lukumäärää kahdessa vertailtavana olleessa grid-sarakkeessa.

Varhaisimman julkaistun tutkimuksen, missä on mitattu samastumista, teki 50- ja 60-luvulla R. E. Jones (1961), joka tutki miespuolisten, aikuisten neuropsykiatristen potilaiden samastumisprosesseja. Myöhemmin 80-luvulla on joukko tutkijoita, mm. R. A. Neimeyer (1985), tutkinut samastumisen merkitystä etenkin depression yhteydessä. Nigel Mackayn hiljattain julkaistussa artikkelissa on kuitenkin samastumisen käyttö mittana, nähtynä kahden henkilön välisenä etäisyytenä, ollut kriittisen tarkastelun kohteena. Alkoholitutkimusta ei samastuminen ole suuremmin kiinnostanut. Kellyn konstruktioiteoriaa ja grid-menetelmää on kuitenkin sovellettu joissakin tutkimuksissa (esim. Blume 1980; Heather & al. 1975 & 1981), jotka ovat problematisoineet erilaisten kulttuurisroolien merkitystä päihdeongelmaisten kuntoutuksessa.

2

80-luvun puolivälissä otettiin Suomessa käyttöön kaksi uutta päihdeongelmaisten hoitomuotoa: kognitiivinen käyttäytymisterapia ja Minnesota-malli. Minnesota-hoitoa on Suomessa käsitellyt väitöskirjassaan L. Keso (1988), kun taas A. Koski-Jännes on julkaissut raportin (1985) ja väitöskirjan (1992) kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja alkoholiongelmista.

Minnesota-hoitoa ei ylipäänsä ole tutkittu koskien niitä psykologisia prosesseja, joiden voidaan ajatella olevan tärkeitä tekijöitä terapeutisessa muutoksessa. Minnesota-malli korostaa, että sellainen henkilöstö, johon kuuluu ns. raitistuneita alkoholisteja, antaa asiakkaalle myönteisen perspektiivin hänen omaan alkoholiongelmaansa. Halutaan myös järjestelmällisesti opettaa päihdeongelmaista hyödyntämään AA:ta jo hoidon klinikavaiheessa. Tätä ajatusta, että entiset päihdeongelmaiset voivat toimia myönteisinä roolimal-

leina ja raittiutta edistävinä samastumiskohteina, ei ole aikaisemmin testattu empiirisesti. On enemmän keskitytty vakuuttamaan ulkomaailma mallin tehokkuudesta. Suomessa päihdeongelmaisten hoidossa on entisiä päihdeongelmaisia hyödynnetty melko säästeliäästi hoitohenkilöstössä. Ajatuksen otti esiin 60-luvulla A-klinikkasäätiön silloinen toiminnanjohtaja K. E. Lanu, mutta se ei johtanut systemaattisempaan henkilöstökokeiluun.

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa korostetaan sitä vastoin sen merkitystä, että hoitomenetelmiä kehitetään hoitotutkimusten ja arviointien pohjalta. Mallin teoreettisena taustana on sosiaalisen oppimisen teoria, jonka on kehittänyt A. Bandura (1977 & 1985). ”Alkoholismien” asemesta kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa puhutaan addiktiivisesta käyttäytymisestä. Erotukseksi Minnesota-mallista alkoholismia ei pidetä sairautena vaan yliopittuna tapana, jota voidaan analysoida ja muuttaa muiden tapojen tavoin (Marlatt 1985, 9).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia kiinnittää päähuomion addiktiivisten tapojen determinanteihin. Alan Marlattin mukaan on tärkeää korostaa eroa addiktiivisen käyttäytymisen *alkuperäisten syiden* ja tämän käyttäytymisen *muutokseen* liittyvien tekijöiden välillä. Henkilö voi oppia tehokkaita menetelmiä käyttäytymisen muuttamiseksi riippumatta siitä, miten ongelma alun perin on kehittynyt (Marlatt 1985, 12). Hoito-ohjelma käsittelee tavallisesti seuraavia aineksia: funktioanalyysi asiakkaan juomiskäyttäytymisestä, vaihtoehtoisten selviytymistaitojen oppiminen, analyysi asiakkaan elintapojen tasapainosta sekä retkahduksen ehkäisyn oppiminen (Marlatt & Gordon 1985).

Minnesota-malli painottaa lähinnä ”raitina pysymistä vahvistavan sosiaalisen verkoston merkitystä”. Oletetaan, että tämä ehkäisevä tekijä antaa tilaisuuden riskitilanteissa tarvittavien erilaisten selviytymistaitojen oppimiseen. Mutta riskitilanteiden tulkitseminen tapahtuu ”raitistuneen alkoholistin” identi-

teetin kautta, mikä ei ole näkökulmana kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. AA:n alkoholisti-identiteetti nähdään yhtenä tapana muistuttaa päihdeongelmaista hänen rajoituksistaan, mutta se toimii myös pääsylippuna raittiutta vahvistavaan sosiaaliseen verkostoon.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia ei problematisoi identiteetikysymyksiä. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ei eritellä sosiaalisia samastumisprosesseja, vaikka terapia-muodon edustajat ahkerasti viittaavatkin sosiaalisen oppimisen teoriaan. Teoreettisella tasolla annetaan yksilöllinen kuva alkoholi-ongelmasta, vaikka samalla halutaan nähdä yhtäläisyyksiä eri addiktioissa, kun on kyse niistä tekijöistä, jotka ylläpitävät ongelmallista käyttäytymistä. Banduran teoriaa sosiaalisesta oppimisesta käytetään selittämään, miten alkoholi-ongelma syntyy ja miten sitä ylläpidetään, mutta ei enää problematisoitaessa muutokseen suuntautuneen asiakkaan tilan-
netta. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa lähtökohtana on identiteetin henkilökohtainen aspekti. Sivutetaan sosiaalinen identiteetti ja joudutaan siten tilanteeseen, jossa vastakohtina ovat itsesäätely ja ei-itsesäätely henkilökohtaisen identiteetin puitteissa. Vaikka uudemmissa kognitiivisissa hoito-ohjelmissä korostetaan sosiaalisten suhteiden tärkeyttä, ei sosiaalisia samastumisprosesseja vielä problematisoida teoreettisella tasolla.

Tutkijat, jotka pitävät ryhmään kuulumista kontrollin epäsuorana menetyksenä, ovat unohtaneet mahdollisuuden ottaa huomioon itsesäätely ryhmätasolla (Hogg & Abrams 1988, 152—153). Kun deindividuaatioteoreetikot olettavat identiteetin häviävän ryhmässä, sosiaalisen identiteettiteorian edustajat korostavat, että sen sijaan tapahtuu vaihdos henkilökohtaisesta identiteetistä sosiaali-
seen. Esimerkiksi D. Abrams (1983 & 1984) lähtee siitä, että jatkuva itsesäätelystä deindividuaatioon on riippumaton henkilökohtaisen ja sosiaalisen identiteetin jatkumosta.

3

Saadaksemme käsityksen asiakkaiden samastumisprosesseista Minnesota-mallin mukaisen hoidon aikana testasimme Kalliolan hoitoyksikön 78 asiakasta Repertory grid-menetelmällä. Jotta lisäksi saataisiin käsitys samastumisprosessien roolista kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa, testattiin 75 asiakasta Järvenpään sosiaalisairaalan kognitiivista käyttäytymisteoriaa soveltavista ryhmis-tä. Testaus suoritettiin hoidon ensimmäisellä ja viimeisellä viikolla. Grid-tulokset analysoitiin Weinreichin INDEX-ohjelmalla (Weinreich 1980 & 1986 & 1989), joka on kehitetty samastumiskysymysten tutkimiseen, ja GRIDH-ohjelmalla (Liebkind & Floman 1981; Slater 1976 & 1977), joka antaa tietoa grid-rakenteesta. Alun perin oli tarkoitus verrata molempien hoitopaikkojen hoitotuloksia, mutta osoittautui, että Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaiden sosioekonomi-nen lähtökohta oli merkittävästi huonompi, ts. he olivat useammin eronneita, työttömiä jne.

Asiakkaiden hoidon jälkeisen juomiskäyt-täytymisen perusteella asiakkaat jaettiin kolmeen ryhmään: raittiisiin, vähentäneisiin ja retkahtaneisiin. Seuranta suoritettiin yhden ja kuuden kuukauden kuluttua hoidon päätty-misestä.

Oletimme *hypoteeseissa*, että näiden kolmen asiakasryhmän välillä on merkitseviä eroja niiden samastumisessa eri kulutusrooleihin kuten ”entinen minä juovana”, ”entinen minä raittiina jaksaina”, ”kohtuukäyttäjä”, ”alkoholisti”, ”raitistunut henkilö”, ”tuurijuoppo” ja ”absolutisti”. Hoidon jälkeen raittiina pysymisen valinneiden asiakkaiden samastumi-sen oletettiin siirtyvän kohti ”kuivempia” rooleja jo hoidon aikana. Niillä asiakkailla, jotka olivat jatkaneet juomista entiseen tapaan, oletettiin olevan ”märempi” samastumismalli kuin raittiiden ja juomistaan vähentäneiden ryhmällä jo hoidon aikana. Tämä myös osoit-tautui paikkansa pitäväksi.

Havaitsimme, että ne Kalliolan asiakkaat, jotka oli todettu raittiiksi kuuden kuukauden

seurannassa, samastuivat jo hoidon lopulla merkittävästi enemmän ”raitistuneen henkilön” rooliin ja ottivat etäisyyttä kahteen keskeiseen ”märkään” rooliin, ts. rooleihin ”entinen minä juovana” ja ”alkoholisti”. Hoidon jälkeen retkahtaneiden ryhmä samastui hoidon päättyessä merkittävästi enemmän sellaisiin ”märkiin” rooleihin kuten ”entinen minä juovana”, ”alkoholisti” ja ”tuurijuoppo”.

Hoitomuodosta riippumatta ne asiakkaat, jotka olivat raittiita kuusi kuukautta hoidon päättymisen jälkeen tehdyssä seurannassa, pitivät jo hoidon aikana ”alkoholista” negatiivisempina viiteryhmänä kuin kaksi muuta seurantaryhmää; lisäksi he samastuivat enemmän ”raitistuneeseen henkilöön” kuin kaksi muuta seurantaryhmää hoidon päättyessä.

Raittiiden Kalliolan asiakkaiden samastuminen väheni jo hoidon aikana merkittävästi kolmeen ”märkään” rooliin: ”entinen minä juovana”, ”tuurijuoppo” ja ”alkoholisti”. Samastuminen lisääntyi merkittävästi ainoastaan raitistuneen henkilön rooliin.

Kalliolan raittiiden ja Järvenpään sosiaalisairaalan raittiiden erot samastumismallien muutoksissa hoidon aikana olivat suurimmillaan, kun oli kyse rooleista ”entinen minä juovana”, ”kohtuukäyttäjää” ja ”raitistunut henkilö”. Raittiin Kalliola-ryhmän samastuminen raitistuneeseen henkilöön muuttui merkittävästi enemmän positiiviseen suuntaan.

Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaiden samastumismuutokset olivat luonteeltaan vaatimattomampia. Tulokset tukevat oletusta, että eri käyttäjärooleja ei problematisoitu hoidon aikana Järvenpäässä. Esimerkiksi ”raitistuneen” roolista ei käyty systemaattista keskustelua hoitoryhmissä. Henkilökuntaan ei myöskään kuulunut terapeutteja, jotka olisivat havainnollistaneet tätä roolia.

Nämä tulokset tukevat keskeistä seikkaa Kellyn konstruktiteoriassa: käyttäytymisellä havaittava muutos on yhteydessä muutoksiin konstruoinnissa. Tuloksilla on myös *prognostinen merkitys*. Niillä asiakkaila, jotka olivat muuttaneet eniten käyttäytymistään

hoidon jälkeen, oli suurimmat muutokset konstruoinnissaan jo hoidon aikana. Kellyn Repertory grid -menetelmän avulla voimme siis jo hoidon aikana nähdä, mihin suuntaan asiakkaan samastumismallit muuttuvat. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan saamme myös silloin vihjeitä asiakkaan käyttäytymisestä hoidon jälkeen. Kiinnostavaa oli myös se, että ne asiakkaat, jotka eivät vastanneet kumpaankaan seurantakyselyyn, muistuttivat samastumismalliltaan eniten ryhmää, joka oli retkahtanut hoidon jälkeen.

Päihdeongelmaisten sosiaalinen verkosto on monissa tutkimuksissa osoittautunut tärkeäksi tekijäksi hoitotulosta ajatellen. Myös tässä tutkimuksessa olivat ne asiakkaat, jotka elivät vakaassa parisuhteessa, useammin pysyneet raittiina kuusi kuukautta hoidon päättymisestä. Tämä koski myös aktiivista vanhemmuutta: asiakkaat, jotka elivät lastensa kanssa, selviytyivät merkittävästi paremmin kuin asiakkaat, joilla ei ollut tätä vanhemman roolia (vrt. Koski-Jännes 1992). Tämä tulos osoittaa jälleen kerran, mikä merkitys sosiaalisilla suhteilla ja sosiaalisella tuella on päihdeongelmaisen kuntoutuksessa.

4

Koska *kognitiivinen käyttäytymisterapia* on Minnesota-malliin verrattuna vähemmän homogeneeninen hoitomuoto, on vaikeampaa ennakoida yleisiä ongelmia, joita asiakas voi joutua kohtaamaan hoidon päätyttyä. Yksi ongelma voi kuitenkin syntyä oman alkoholi-ongelman liian joustavasta konstruoinnista. Tämä voi vaikeuttaa asiakkaan päätöstä pysyä raittiina tai noudattaa sovittuja kulutusrajoja. Päihdeongelmaisen sosiaalinen ympäristö ei välttämättä lujita raittiina pysymistä ja muutuneita juomatapoja ensimmäisten ”kuheruskuukausien” jälkeen. Marlatt on huomauttanut ”tuki-istuntojen” tarpeesta, jotta hoito-ohjelma ja rajojen ylittämisiin liittyvät kielteiset seuraukset pysyisivät tuoreessa muistissa (Saunders & Allsop 1987). Järvenpään sosiaalisairaalan intervallihoitoa, jossa asiak-

kaat palaavat sairaalaan säännöllisin väliajoin osana jatkohoitoa, voidaan myös pitää asiakkaan tavoitekäyttäytymisen vahvistamisena.

Yksi vaihtoehto näille ”tuki-istunnoille” ovat ryhmätoiminnan uudet muodot, kuten ”Moderation Management” tai Suomessa Paukunvartijat, joissa itse asiassa myös lähdetään muuttuneesta minän määrittelystä. G. E. Vaillant (1983) esitti pitkittäistutkimuksessaan, että oma-apuryhmät ovat ruohonjuuritason organisaatioita, joilla on mahdollisuuksia vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen huomattavasti pitempään kuin hoitoklinikalla. Klinikalla *käydään*, mutta AA:han, Länkarna-ryhmään, Paukunvartijoihin, Painonvartijoihin jne. *kuulutaan*; monissa oma-apuryhmissä korostuu yhteinen sosiaalinen identiteetti (”Olen alkoholisti, painonvartija, paukunvartija” jne.) (vrt. Hogg & Abrams 1988, 150–151).

Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on tärkeä tehtävä päihdeongelmaisten hoidossa. Sen puitteissa on mahdollisuuksia kehittää hoito-ohjelmia, jotka paremmin ottavat huomioon asiakkaiden kognitiivisen kapasiteetin ja rakenteen. P. Saarnio (1990) osoitti aikaisemmassa tutkimuksessaan, että hoitomenetelmillä, jotka eivät ota huomioon asiakkaan kognitiivista kapasiteettia, on vaikea tavoittaa niitä henkilöitä, joiden alkoholiongelmat ovat vakavampia. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voisi myös kehittää niin, että se paremmin antaa mahdollisuuden käsitellä samastumiskysymyksiä ja erilaisia samastumiskonflikteja. Se olisi silloin eräänlainen yhdistelmä uusista kognitiivisista menetelmistä, joilla hoidetaan persoonallisuuden häiriöitä ja identiteettiongelmia, ja behavioraalista tekniikoista.

Minnesota-mallin markkinoinnissa on syytä muistaa, että AA on hoitomuoto, joka vetää puoleensa vain päihdeongelmaisten vähemmistöä. Samoin on syytä muistaa, että vain vähemmistö asiakkaista loppujen lopuksi valitsee raittiuden (Heather & Robertson 1983; Marlatt 1983; Miller & Caddy 1977). Sen

vuoksi on tärkeää tarjota päihdeongelmaisille mahdollisuus harjoitella erityisiä selviytymistaitoja ja kontrolloidumpaa juomista. Siis päihdeongelmaisten hoidossa tulee olla tarjolla erityishoito-ohjelmia, joissa päihdeongelmaiset voivat saada tietoa ongelmakäyttäytymistä säätelevistä tekijöistä ja opetella vähemmän haitallisia juomatapoja.

Myönteistä Minnesota-hoidossa on se, että se tarjoaa raittiuteen pyrkivälle asiakkaalle sosiaalisia malleja, jotka helpottavat tulevaisuuden konstruointia ja ennakkointia. Lisäksi hoidon jälkeen on tarjolla tukihenkilöiden muodostama, toimiva kontaktiverkosto. Minnesota-mallin systemaattinen yhteistyö oma-apuryhmien kanssa on jotakin sellaista, mistä muu päihdeongelmaisten hoito voi ottaa oppia. Onneksi Suomessa on paitsi AA myös A-kiltojen laaja verkosto. Meidän tulee muistaa, että prososiaalisia malleja ei ole pelkästään AA:ssa.

Asiakkaan reaktio Minnesota-hoitoon voi myös olla toisenlainen kuin on tarkoitus. Ensiksi asiakas voi kokea muutosprosessin vastenmieliseksi ja palata takaisin alkoholin käyttäjän rooliin. Toiseksi asiakas ehkä kyllä haluaa muuttaa käyttäytymistään, mutta korostaa henkilökohtaista identiteettiään sosiaalisen kustannuksella. Hänen on silloin vaikea hyödyntää ryhmätoimintaa ja asiakasyhdistyksiä kuntoutuksessaan, mutta voi ehkä hyötyä enemmän räätälintyönä tehdystä hoidosta.

Tämä merkitsee sitä, että Minnesota-mallin mukaisessa hoitotyössä henkilökunnan olisi hyvä konstruoida jatkohoitovaihtoehdot vähemmän mustavalkoisesti. Kaikki Minnesota-hoitoa saaneet asiakkaat eivät ole kiinnostuneita AA:sta, vaikka heitä kiinnostaakin muutos.

Mutta vaikka asiakas hyväksyy ”raitistuneen alkoholistin” identiteetin, tämän ei tarvitse aina johtaa yksilöllisempien ongelmien ratkaisemiseen. Joissakin tapauksissa ”raitistunut alkoholisti” asettaa etusijalle johdonmukaisesti ja sitkeästi alkoholismiin liittyviä konstruktioita jätettyinä konstruktiojärjestel-

mineen. Henkilö korostaa silloin aivan liian paljon tätä sosiaalista identiteettiään henkilökohtaisen kustannuksella. Henkilön, jolla on tällainen identiteetti, voi olla vaikea toimia joustavuutta vaativissa kriisitilanteissa.

Yksi tapa vastustaa tätä defensiivistä kehitystä on, että asiakas tarpeen tullen käyttää hyväkseen ammattiapua. Monissa tapauksissa on tarkoituksenmukaista täydentää AA:n strategiaa spesifisemmillä interventioilla. Eri tavoin ajattelevien yhteistyö on siten toivottavaa.

Samastuminen AA:n jäseniin ja ”alkoholistin” identiteetin omaksuminen voi olla ongelmallista asiakkaille, joiden on vaikea hyväksyä perinteistä sairausmallia tai AA:n ideologiaa ”korkeampine voimineen”. Alkoholisti-identiteetti voi myös olla vastenmielinen sosiaalisesti syrjäytyneelle päihdeongelmaiselle: miksi hyväksyä identiteetti, jota pidetään ne-

gatiivisena, kun koko elämällä on negatiivinen leima?

Toisaalta hoitomalli, joka vetää puoleensa myös aktiivista väestöä, voi olla tervetullut lisä palvelujen joukkoon. Ongelmana ei välttämättä ole se, että Minnesota-malli vetää puoleensa sosiaalisesti integroituja asiakkaita, jotka ovat vielä mukana työelämässä. Ongelmana on se, että muun päihdeongelmaisten hoidon on vaikea löytää positiivista perspektiiviä asiakkaille, jotka ovat menettäneet työpaikkansa, perheensä ja mahdollisuuden siedettävään elämään ja joita pitäisi kuntouttaa yli puolen miljoonan työttömän yhteiskuntaan. On kuitenkin mahdollista kehittää kognitiivista käyttäytymisterapiaa tavalla, joka suuremmissa määrin ottaa huomioon myös näiden asiakkaiden psykososiaalisen tilanteen.

Ruotsin kielestä suomentanut Arja Aarnio

KIRJALLISUUS

Abrams, D.: The impact of evaluative context on intergroup behaviour. Paper presented at the Annual Conference of the Social Psychology Section of the B. P. S. 9/83, Sheffield 1983

Abrams, D.: Social identity, self-awareness and intergroup behaviour. Unpublished doctoral dissertation. University of Kent, U.K. 1984

Bandura, A.: Social learning theory. New Jersey: E. Prentice Hall, 1977

Bandura, A.: Social foundations of thought and action. New Jersey: Englewood Cliff, 1985

Bandura, A. & Reese, L. & Adams, N. E.: Micro-analysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *J. Personality and Soc. Psychol.* 43 (1982), 5–21

Blume, S. B.: Changes in alcoholic's self-esteem in relationship to perception of drinking and sober roles during treatment. Unpublished dissertation. University of Nebraska-Lincoln, Lincoln, Nebraska 1980

Heather, N. & Edwards, S. & Hore, B.: Changes in construing and outcome of group therapy for alcoholism. *J. Stud. Alc.* 36 (1975), 1238–1253

Heather, N. & Robertson, I.: *Controlled drinking*. Cambridge: University Press, 1983

Heather, N. & Rollnick, S. & Winton, M.: Psychological change among inpatient alcoholics and its relationship to treatment outcome. *Br. J. on Alcohol and Alcoholism* 17 (1981), 90–97

Hogg, M. & Abrams, D.: *Social identifications. A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge, 1988

Jones, R. E.: Identification in terms of personal constructs: reconciling a paradox in theory. *J. Consult. Psychology* 25 (1961), 276

Kelly, G. A.: *The psychology of personal constructs*. Vol. 1 & 2. New York: Norton, 1955

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

Koski-Jännes, A.: Alkoholiongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste nro 172. Helsinki 1985

Koski-Jännes, A.: 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 1992

Liebkind, K. & Floman, M.: Grid-menetelmän käytännön sovellus. Dept. of Social Psychology, mimeograph 1, University of Helsinki 1981

Mackay, N.: Identification, reflection, and correlation: problems in the bases of Repertory Grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology* 5 (1992), 57–75

Marlatt, G. A.: The controlled drinking controversy: Overview and commentary. *American Psychologist* 38 (1983), 1097–1110

Marlatt, G. A.: Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G. A. & Gordon, J. (eds.): *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, 1985

Marlatt, G. A. & Gordon, J. (eds.): *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, 1985

Miller W. R. & Caddy, G. R.: Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *J. Stud. Alc.* 38 (1977), 986–997

Niemeyer, R. A.: Disturbed relationships: a personal construct view. In: Button, E. (ed.): *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm, 1985

Saarnio, P.: Alkoholistien hoidon ja kuntoutuk-

sen peruslähtökohtia: tutkimus huoltola-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Helsinki: Yliopistopaino, 1990

Saunders, B. & Allsop, S.: Relapse: a psychological perspective. *Br. J. Add.* 32 (1987), 417–429

Slater, P. (ed.): *Explorations of intrapersonal space. The measurement of intrapersonal space by grid technique*, Vol. I. London: John Wiley & Sons, 1976

Slater, P.: *Dimensions of intrapersonal space. The measurement of intrapersonal space by grid technique*, Vol. II. London: John Wiley & Sons, 1977

Vaillant, G. E.: *The natural history of alcoholism: causes, patterns, and paths to recovery*. Harvard University Press 1983

Weinreich, P.: *Manual for identity exploration using personal constructs*. SSRC Research Unit, Birmingham: University of Aston, 1980

Weinreich, P.: The operationalisation of identity theory. In: Rex, J. & Mason, D. (eds.): *Theories of race and ethnic relations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986

Weinreich, P.: *Conflicted identifications: a commentary*. In: Liebkind, K. (ed.): *New identities in Europe*. Gower, Hampshire, U.K.: European Science Foundation, 1989.