

Elämäntapa-ajattelun anti on sen kokonaisvaltaisuudessa ja siinä, että se näkee juopon elämän rakenteellisesti määräytyneenä samalla, kun se korostaa juoppoakin aitona subjektina, joka *tekee* elämäntapansa. Elämäntapanäkökulma on arvokas, koska se avartaa hoitopoliittista ajattelua ja keskustelua, mutta varsinaisille hoitotutkimuksille siitä ei ehkä ole välitöntä hyötyä.

Varsinaisiin hoitotutkimuksiin luen ensinnäkin tutkimukset, joissa katsotaan ja arvioidaan, miten juoppojen hoito ja valvonta on järjestetty ja miten se toimii, ja toiseksi hoidon vaikutuksia koskevat tutkimukset. Hyviä esimerkkejä ensimmäisestä tyypistä ovat Pirkko Sirénin (1977) ja Sirkka-Liisa Säilän (1967) tutkimukset eri hoitoyksiköiden sosiaalisista järjestelmistä, Teuvo Peltoniemen (1979) lisensiaattityö Helsingin PAVI-huollostosta, Ilkka Taipaleen (1982) väitöskirja ja Jukka-Pekka Takalan tekeillä oleva tutkimus valtiosta ja alkoholiehtoisten hoitopalvelujen kehityksestä vuosina 1950—1980. Suurisuuntaisin esimerkki hoidon vaikutusten tutkimisesta on Kettil Bruunin ja Touko Markkasen (1961) yhä vielä esikuvallinen Onko alkoholismi parannettavissa?. Toinen esimerkki tieteelliset mitat täyttävästä kokeellisesta hoitotutkimuksesta on Kari Poikolaisen käynnissä oleva työ Helsingin selviämisaseman vaikutuksista sen asiakkaitten pidätystiheyteen. Näiden esimerkkien avulla voin täsmentää väitettäni: En usko, että elämäntapanäkökulma olisi ollut eduksi yhdellekään näistä tutkimuksista.

Juopon elämänura on tärkeä tutkittava, mutta sitä ei pidä lähestyä hoidon näkökul-

Artikkeli perustuu esitelmään, jonka kirjoittaja piti sosiaalihuollon Helsingissä 5.—6. 9. 1983 järjestämässä Elämäntavan muutos ja päihteet-symposiumissa.

masta vaan eri väestöryhmien elinolojen ja osakulttuurien näkökulmasta. Parhaiten elämäntapaan päästään käsiksi siellä, missä sitä tehdään ja valitaan, eli elävässä elämässä. Kliininen katse tavoittaa juopon vasta, kun hän on valintansa tehnyt. Tällä en tietysti tarkoita, etteivät juopotkin kaiken aikaa eläisi ja valitsisi, tarkoitan vain, että kliininen katse aina katsoo taaksepäin. Itse asiassa kaksi hienointa esimerkkiä elämäntapa-ajattelun sävyttämästä alkoholitutkimuksesta koskevat kumpikin hyvin pitkälle juoppoutunutta väkeä. Ajattelen Eero Tuomisen (1960) klassikon maineensa hyvin ansaitsevaa tutkimusta asunnottomista miehistä Helsingin skid row'lla ja Lasse Murron (1978) väitöskirjaa Tampereen metsiköiden juupoista.

Eero Tuomisen tutkimus ylensi rantojen haisevat otukset ryhmien jäseniksi, jotka noudattivat yhteisiä sääntöjä ja joilla oli keskinäinen työnjako, ihan niin kuin Emile Durkheim sanoo ihmistenkin tekevän. Lasse Murron tutkimus on vielä laajempi ja kokonaisvaltaisempi. Sitä sävyttää voimakas sosiaalipoliittinen päätös, mutta silti Murto ei lähesty tutkittaviaan hoidon tai sosiaalihuollon näkökulmasta. Hän tutkii juoppojensa elinoloja, vuorovaikutussuhteita ja taloutta heidän oman toimintansa näkökulmasta ja tästä samasta kulmasta myös miettii tarjolla olevia palveluja. Huomattakoon, että kyse ei ole siitä, että Lasse Murto on kiltti ja juoppojen puolella; kyse ei ole tutkijan asenteista vaan tutkimuksellisesta näkökulmasta. Myös kliininen katse voi olla myötätuntoinen ja juopon puolella, mutta se katsoo toisesta kohtaa kuin juoppo itse. Uskaltaisin jopa väittää, että Eero Tuomisen ja Lasse Murron tutkimusten suuri vaikutus perustuu juuri siihen, että ne koskevat juopon elämää eivätkä juoppouden hoitoa.

Kliininen näkökulma lähtee juopon persoonallisuudesta. Perhetilanteen kautta mukaan

voivat tulla vaimon persoonallisuus ja juopon perheen sisäisen vuorovaikutuksen laatu. Yhä laajenevina selityskehinä voidaan mukaan ottaa juopon sidokset ryyppyurukoihin ja hänen asuntovaikeutensa, mutta näitä kaikkia joudutaan tarkastelemaan ikään kuin hoidon reunaehtoina.

Yritän vielä yhtä tapaa tavoittaa kliinisen näkökulman ja elämäntapanäkökulman eroja. Käytettävissämme on sadoittain tutkimuksia, joissa kartoitetaan virallisesti vahvistettujen juoppojen oirehistoriaa. Kaikissa näissä tavalletaan polkua deliriumista tai Korsakoffin syndroomasta taaksepäin aina imetyksen ennenaikaiseen lopettamiseen. Elämäntapanäkökulma taas tarkastelee juopon uraa ja sen varrella torjuttuja houkutusryhtyä toiselle alalle. Kysymys on siitä, miltä puolelta tutkimus astuu elämän labyrinttiin, kelataanko jo kuljettua reittiä taaksepäin vai katsotaanko haarautumia, joissa voi mennä joko oikealle tai vasemmalle.

Oirehistoriallisiin tutkimuksiin verrattuna juopon uratutkimuksia on surkean vähän, ja nekin koskevat yleensä helposti havaittavia ääriryhmiä kuten asunnottomia alkoholisteja. On siis tervetullut lisä, kun Pertti Alasuutari (Alasuutari & Siltari 1983) ja suomalainen ravintolatutkimus pyrkivät käsiksi arkisen juoppoutumisen sosiaaliseen ja kulttuuriseen dynamiikkaan.

Kokonaisvaltaisuutensa vuoksi elämäntapa-ajattelu voi toimia tärkeänä hoidon innoituslähteenä. Esimerkiksi Ilkka Taipale on moneen otteeseen korostanut, miten raitistuminen on samalla tavalla elämää tyhjentävä murros kuin eläkkeelle joutuminen. (Ei muuten liene sattuma, että Ilkka Taipale esitti näitä oivalluksia samoihin aikoihin, kun hän jätti eduskunnan ja päätti luopua politiikasta kuin juoppo pulloistaan.)

On kuitenkin pidettävä mielessä, että elämäntavan muuttaminen on yhtä iso ja kokonainen asia kuin persoonallisuuden muuttaminen. On torjuttava se vaara, että elämäntapafraseologia jälleen kerran tuo hoitoon liian kunnianhimoisia tavoitteita. Sanonnan mukaan juopon voi pelastaa vain nainen, usko tai AA, ja mitään näistä ei valtio meille pysty järjestämään. (Ehkä tässä kannattaa mainita, että Jorma Niemelä on vastikään saanut val-

miiksi Alkoholitutkimussäätiön rahoittaman selvityksen uskontoon perustuvista hoitomuodoista Suomessa.)

Uskonnollisen kääntymyksen tai AA:n tutkiminen voi antaa tärkeää tietoa suurten päätösten dynamiikasta, ja AA:n askelet ovat arkisen viisas ohjekokoelma siitä, miten elämäntapansa nurin kääntänyt juoppo voi kestää elinolonsa paineet. Aina kannattaa myös miettiä, voisiko tämänlaatuisen elämänviisauden systematisoida tutkimuksen kielelle.

Mutta valtio, palkka-auttajat ja tutkijat eivät saa kurkotella liian suuriin kokonaisuuksiin. Meidän on viipaloitava elämä pinsetin mittaisiin paloihin, jotta saisimme niistä otetta. Esitykseni loppuosassa yritän osoittaa, miten kognitiivinen käyttäytymisterapia tarjoaa ne pinsetit, joilla hoitojärjestelmä voi tarttua elämäntapoihin. En ole käyttäytymisterapian asiantuntija, vaan puheenvuoroni on hoitopoliittinen ja tutkimuspoliittinen kansalaispuheenvuoro.

Vielä kymmenkunta vuotta sitten olisi kuulostanut oudolta puhua rinnakkain uskonnollisesta kääntymyksestä ja käyttäytymisterapiasta: eihän manipulatiivisempaa ja sieluttomampaa ihmiskuvaa voine olla kuin skinneriläisen terapiaperinteen tarjoama. Ja yhä vielä jotakuta saattaa yllättää, että puhun käyttäytymisterapiasta ja AA:sta sukulaisilmiöinä: Ovathan AA ja käyttäytymisterapeutit varsinkin Yhdysvalloissa keskenään ankarassa sodassa sen vuoksi, että jälkimmäiset tarjoavat kohtuutta hoidon yhdeksi mahdolliseksi tavoitteeksi. Nämä kiistat heijastavat kuitenkin eri ajatustapoja edustavien ryhmien ammatillisten etujen ristiriitaa pikemmin kuin sitä, että itse ajatustavat eivät sointuisi yhteen.

Kun käyttäytymisterapia niitti ensimmäiset voittonsa fobioiden hoidossa joskus 60-luvun alussa, se todella imi voimansa Skinnerin oppimisteoreettisesta perinteestä. Aika lailla mekaanisin ja sanoisinko luonnontieteellisin keinoin käyttäytymisterapeutit pystyivät parantamaan pahojakin fobioita totuttamalla potilaita asteittain fobian aiheuttajaan tai laukaisijaan.

Käyttäytymisterapeutit olivat psykologeja ja hoitohierarkian alapäässä, ja heitä vastassa olivat psykodynaamisesti suuntautuneet psy-

kiatrit kaikella sillä arvovallalla ja piittämättömyydellä, jonka lääketieteellinen tutkinto voi antaa. Käyttäytymisterapeutit suuttuivat. Tässä he tekivät hoitotyötä pienellä palkalla mutta tieteellisesti, siis kokeellisesti, oikeaksi todistetuilla ja hyviä tuloksia antavilla menetelmillä. Psykiatrit sitä vastoin puhuivat hämääriä virka-aseman turvaamalla velttoudella sillä aikaa, kun heidän potilaansa eivät vieläkään uskaltaneet mennä torin yli. Tämän ajan suuttumuksesta ovat peräisin käyttäytymisterapeuteissa usein ilmenevät tieteisusko ja kiihkomieli.

Nykyiset kognitiivisen käyttäytymisterapian harrastajat ovat kuitenkin teorioiltaan ja ihmiskuvultaan jotakin aivan muuta kuin alkuaikojen pioneirit, vaikka tietysti joukossa on monien oppihistoriallisten kerrostumien edustajia (Wandersman & Poppen & Ricks 1976). Yhteistä on se, että he ovat valmiita alistamaan hoitokeinonsa kokeelliseen tutkimukseen, mutta sehän ei voi olla huono asia. Juuri kokeellisen tutkimuksen eteneminen pakotti skinneristit avartamaan kantojaan. Siirryttäessä fobioista monimutkaisempiin psyykkisiin ongelmiin kävi pian ilmi, että pelkästään käyttäytymistä manipuloimalla saavutettiin enintään ohimeneviä tuloksia. Oli pakko tunnustaa, että ihmisellä tietoiset ja tiedolliset prosessit ovat tärkeämpiä kuin rotalla, ja käyttäytymisterapiaan liitettiin etusana kognitiivinen (George & Marlatt 1983).

Myös kiista juoppojen hoidon tavoitteista voidaan suurelta osin palauttaa amerikkalaisen psykologien ja psykiatrien eturistiriitihin. Yhdysvalloissa oli vakiintunut psykiatrien ja AA:n luja vaikkakin teoreettisesti outo liitto, jossa AA:n yhden ryypyn oppia koristeltiin psykodynaamisilla käänteillä. Teoreettisesti outo liittosuhde on sen vuoksi, että AA:n käsityksen mukaan alkoholismi oikeastaan on alkoholi-allergia, ja allergia-ajattelu näyttäisi olevan kovin kaukana psykodynaamisista kehitelmistä.

Tätä psykiatrien ja AA:n liittoa vastaan käyttäytymisterapeutit hyökkäsivät, kun he halusivat asettaa hoidon tavoitteeksi kohtuujoomisen. Tieteelliselle terapialle mahdollinkin muuttuu mahdolliseksi, julistivat Linda ja Mark Sobell (1978) ja ryhtyivät opettamaan

gamma-alkoholisteille kohtuutta (vrt. Marlatt 1983). Vallan hyvin ei tuossa yrityksessä käynyt. Myöhempi kritiikki on osoittanut, että monet Sobellien tutkimuksessa kohtuujoujiksi luokitellut kuolivat viinaan aika pian seuranta-ajan jälkeen (Pendery & Malzman & West 1982).

Psykologien, psykiatrien ja AA-miesten valtakilpailu ei ole paljoa muuttunut sitten 70-luvun alun, mutta tutkimuksen kysymyksenasetteluissa on kyllä ollut muutosta. Totta on, että eräiden käyttäytymisterapeuttien kirjoituksia vieläkin leimaavat kiihkomieli ja tieteisusko. Melkein kaikki he kuitenkin myöntävät, että pitkälle ehtineelle juopolle realistisin hoitotavoite on täysraittius (Marlatt 1983). Siitä he kuitenkin kaikki pitävät kiinni, että hoitoapua voi tarjota myös sellaisille varhaisjuopuille, jotka haluaisivat säädellä juomistaan mutta jotka eivät ihan vielä haluaisi luopua kaikista viinan iloista.

Kannattaa panna merkille, että kiivain kamppailu hoidon tavoitteista käydään nimenomaan Yhdysvalloissa (ks. esim. Marlatt 1983). Englannissa psykologit ja psykiatrit voivat sulassa sovussa keskustella siitä, onko raittius vai säädely juominen juuri tälle juopolle sopivampi hoitotavoite (vrt. Heather & Robertson 1981). Ehdotukseni on, että tässä asiassa hakisimme mallia pikemmin Englannista kuin Yhdysvalloista. Kun pintakiistely jätetään syrjään, AA:n ja käyttäytymisterapian otteissa on paljon samankaltaisuutta. Kumpikin lähtee siitä, että ulkopuolisen on peräti vaikea auttaa ihmistä tahtomaan jotakin mutta että ulkopuolinen voi auttaa yksilöä toteuttamaan tahtonsa. AA arvelee pääsääntöisesti, että tuo tahto syntyy vasta, kun juoppo on käynyt elämänsä pohjalla, kun taas käyttäytymisterapeuttien mielestä aito pyrkimys itsesäätelyyn voi viritä jo vähemmistäkin kolhuista.

Käyttäytymisterapeutit eivät millään muotoa kiistä sitä mahdollisuutta, että varhaislapsuuden torjutut kokemukset ja tiedostamattomat psyykkiset ristiriidat saattavat ylläpitää juoppoutta. He eivät kuitenkaan ole yhtä vakuuttuneita kuin psykodynaamikot siitä, että torjuttujen ristiriitojen tiedostaminen sinänsä korjaa esimerkiksi juoppoutta. He katsovat, että on hyödyllisempää käydä

käsiksi niihin potilaan tämänhetkisen käyttäytymisen ja hänen ympäristönsä purteisiin, jotka vahvistavat ja laukaisevat haittoja tuovaa juopottelua (Lauterbach 1978). Tässäkin AA:n ja käyttäytymisterapian välillä vallitsee sukulaisuus. AA on hyvin vähän kiinnostunut juoppouden syistä, se vain neuvoo, miten juoppo voi pysyä raittiina.

AA-kirjallisuuden pienet kertomukset ovat täynnä hyvin nimenomaisia esimerkkejä raittiuden tiellä olevista vastuksista ja siitä, miten ne voidaan voittaa. Vastaavasti käyttäytymisterapeutit ovat nähneet paljon vaivaa tutkiakseen niitä nimenomaisia tilanteita ja tekijöitä, jotka herpaannuttavat juopon itsensäätelyn (Marlatt & Gordon 1980; Marlatt 1982). Ei ole ennalta selvää, että tieteellinen tutkimus yltää parempiin tuloksiin kuin tuhansien juoppojen systematisoitu arkikokemus. Mutta vaikka AA:n ratkaisun tilanneanalyysit ovat konkreettisia, kokeellinen tutkimus voi hajottaa juomiskäyttäytymisen ja juomishoukutukset vielä pienempiin osatekijöihin ja siten opettaa juoppoja hallitsemaan käyttäytymistään ja maailman houkutusia.

Juuri juomiskäyttäytymisen ja juomishoukutusten osatekijöihin hajottamisesta johtuu, että kokeellinen tutkimus voi kehittää uusia hoitotekniikkoja. Perinteisissä hoidon vaikutuksia koskevissa tutkimuksissa vertaillaan yleensä kahta tai useampaa hoitomenetelmää kokonaisuuksina. Milloin tutkimus on tehty tieteelliset mitat täyttävällä tavalla, eri hoitomuotojen vaikutuksissa ei yleensä kyetä havaitsemaan eroja. Mutta vaikka eroja saataisiinkin esiin, tällaiset möhkälevertailut eivät kerro, mitkä nimenomaiset seikat tekevät A-klinikan paremmaksi kuin B-klinikan. Valitettavasti elämää pienen pieniin siruihin pilkkova tutkimus on pitkäjänteistä, kallista ja niin suurisuuntaista, että esimerkiksi Suomen resurssit eivät riitä yhtenäisten kokeellisten ohjelmien läpivientiin. Suomen intellektuaaliset edellytykset käynnistää juoppojen käyttäytymisterapeuttista tutkimusta ja hoitoa ovat vielä sikäli huonot, että maamme kliininen psykologia perustuu kolmeen kertaan liotettuun psykodynaamiseen teoriointiin. Silti olisi tärkeätä käynnistää Suomessakin ainakin senvertaisesti tutkimusta, että saisimme koulutettua väkeä kriittisesti arvioi-

maan ja omaksumaan muualla tehtävää työtä.

Elämän pilkkominen ei palvele vain tutkimusta vaan myös ihmisiä. Monet ovat lopettaneet tupakoinnin vain puremalla hampaansa yhteen ja olemalla polttamatta. Helpompaa se kuitenkin on, jos tarjolla on tekniikoita, joiden avulla voi ennalta varautua erityyppisiin vieroitusoireisiin kuten sormien ja käsien tyhyyteen, unensaantivaikkeuksiin ja verenpaineen ja mielialan vaihteluihin. Vastaavasti käyttäytymisterapia ei tyydy käskemään painonvartijaa lopettamaan rasvan syöntiä. Se antaa paljon tarkempia ja pienempiä ohjeita: Älä käy ruokaostoksilla nälkäisenä, syö pieneltä lautaselta, pakasta tai hävitä aterian tähteet.

Viinaan verrattuna tupakka on helppo pala käyttäytymisterapialle, sillä viina on kytköksissä paljon monimutkaisempiin ja kokonaisvaltaisempiin psyykkisiin prosesseihin. Useimmat tupakoitsijat myös haluavat päästä irti tupakasta, kun taas juoppojen suhde viinaan on paljon kaksijakoisempi. Juopottelun sääätelyssä kognitiivinen käyttäytymisterapia ei voine merkitä suurta läpimurtoa, mutta se saattaa tarjota tien kohti humaaneja, halpoja ja hyödyllisiä hoitomuotoja.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia tarkastelee ihmistä tietoisena ja tahtovana olentona. Se ei myöskään ole mikään teoriaton tekniikka. Anja Koski-Jännes korostaa uuden käyttäytymisterapian ja Vygotskin, Lurian ja Galperinin sisäistämisteorian välillä vallitsevia yhteyksiä (vrt. Meichenbaum 1976). Käyttäytymisterapia perustuu elämäntavan mikroanalyyysiin: Vastaavasti elämäntapatutkimusta tarvitaan kuvaamaan niitä merkitysrakenteita, joihin *kognitiivinen* terapia voi puuttua. Sympaattista on myös se, että kognitiivinen käyttäytymisterapia ei tee jyrkkiä eroja terveen ja sairaan yksilön välille vaan tarjoaa neuvojaan kenelle tahansa meistä, joka yrittää parantaa elämänsä hallintaa.

Alkoholitutkimussäätiön ja Suomen juoppojen puolesta toivon, että maassamme saadaan aikaan kokeelliset mitat täyttävää käyttäytymisterapeuttista tutkimusta.

Kirjallisuus

Alasuutari, Pertti & Siltari, Jorma: Miehi-

sen vapauden valtakunta. Tutkimus lähiöra-
vintolan tikkakulttuurista. Tampereen yliopis-
ton yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Sarja
B 37/1983

Bruun, Kettil & Markkanen, Touko: Onko
alkoholismi parannettavissa? Väkijuomakysy-
myksen tutkimussäätiö. Helsinki 1961

George, William H. & Marlatt, G. Alan:
Alcoholism: The evolution of a behavioral
perspective. Teoksessa: Galanter, Marc
(toim.): Recent developments in alcoholism.
Volume 1, pp. 105—137. Plenum. New York
1983

Heather, Nick & Robertson, Ian: Controlled
drinking. Methuen & Co. London 1981

Lauterbach, Wolf: Das Unbewusste in Ver-
haltensanalyse und Verhaltenstherapie. Teok-
sessa: Prangishvili, A.S. & Sherozija, A.E. &
Bassin, F.V. (toim.): Bessoznatel'noe, Priroda,
funktsii, metody issledovaniya, III. Metsnie-
reba. Tbilisi 1978

Marlatt, G. Alan: Relapse prevention: A
self-control program for the treatment of
addictive behaviors. Teoksessa: Stuart, Ric-
hard B. (toim.): Adherence, compliance and
generalization in behavioral medicine, pp.
329—378. Brunner/Mazel. New York 1982

Marlatt, G. Alan: The controlled drinking
controversy. *American Psychologist*, October
1983, painossa

Marlatt, G. Alan & Gordon, Judith R.:
Determinants of relapse: Implications for the
maintenance of behavior change. Teoksessa:
Davidson, Park O. & Davidson, Sheena M.
(toim.): Behavioral medicine: Changing health
lifestyles, pp. 410—452. Brunner/Mazel. New
York 1980

Meichenbaum, Donald: Towards a cognitive
theory of self-control. Teoksessa: Schwartz,

Gary E. & Shapiro, David (toim.): Conscious-
ness and self-regulation, pp. 223—260. John
Wiley & Sons. New York 1976

Murto, Lasse: Asunnottomien alkoholistien
elinolosuhteet ja elämäntapa sekä yhteiskun-
nan toimenpiteet. Alkoholitutkimussäätiö.
Forssa 1978

Niemelä, Jorma: Kääntymys ja kuntoutus.
Uusi toivo. Vaasa 1983

Peltoniemi, Teuvo: Alkoholistihuollon toi-
minta-alueet. Tutkimus Helsingin PAVI-huol-
totoimiston työn sisällöstä. Julkaisematon
lensiaattityö. Helsingin yliopiston sosiolo-
gian laitos 1979

Pendery, Mary L. & Malzman, Irvin M. &
West, L. Jolyon: Controlled drinking by alco-
holics? New findings and a reevaluation of a
major affirmative study. *Science* 1982,
CCXVII, pp. 169—175

Sirén, Pirkko: Nuorisoasema päihteitä
käyttävien nuorten hoitoyhteisönä. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimus-
seloste 111. Helsinki 1977

Sobell, Mark B. & Sobell, Linda C.: Behavi-
oral treatment of alcohol problems. Plenum.
New York 1978

Säilä, Sirkka-Liisa: Huoltola, päihdyttä-
vien aineiden väärinkäyttäjien hoitolaitos.
Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutki-
musseleste 28. Helsinki 1967

Taipale, Ilkka: Asunnottomuus ja alkoholi.
Alkoholitutkimussäätiö. Jyväskylä 1982

Tuominen, Eero: Kodittomat miehet Helsingin "Skid Rowlla". Teoksessa: Ihminen ja alkoholi, s. 163—172. Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiö. Helsinki 1960

Wandersman, A. & Poppen, P. & Ricks, D.
(toim.): Humanism and behaviorism: Dialogue
and growth. Pergamon. Oxford 1976.

English Summary

Klaus Mäkelä: Elämäntapanäkökulma ja hoitotutkimukset (The Way-of-Life Perspective and Research on Treatment)

This article examines differences between way-of-life and clinical perspectives. It aims to demonstrate that cognitive behavioral therapy is a promising method in clinical intervention.

The advantage of the way-of-life approach lies in its comprehensiveness and its view that an alcoholic's life is structurally defined at the same time as it underscores the drunkard as a genuine subject who establishes his own way of life.

The clinical eye does not fall upon the drunkard until he has made a choice. The clinical view always

looks to the past: it traces back over a once walked path from the end to its beginning. The way-of-life perspective investigates a drunkard's career from every direction, allowing numerous diversions to the right or left, the chosen path representing a single alternative out of many others.

A life that has been lived, a path taken, a drunkard's personality are thus all the starting point for treatment studies. The function of treatment and treatment studies is to develop strategies to open up paths that have been walked to their end and to clear other paths to walk along.

Opening an already travelled path requires personally detailed and concrete work. It is important to grasp the features lying behind a drunkard's behavior at the moment and his environment, together triggering and reinforcing the drinking that leads to harm. Cognitive behavioral therapy does just this. So does AA which is only mildly interested in the causes of drunkenness and which instead only advises a drunkard in the ways to stay sober.

It is not evident *a priori* that scientific research yields better results than those gained from the systematic everyday experiences of thousands of drunkards. Although the current situation analyses of the AA Grapevine are concrete, experimental

research can break down drinking behavior and the temptation to drink into even smaller subfactors, thus teaching drunkards self-control in their behavior and in facing worldly temptation.

In comparison to drinking, giving up smoking is a pushover in behavioral therapy, as the use of spirits is interlinked with far more complex and comprehensive psychological processes. Most smokers want to free themselves of smoking, whereas the relationship of drunkards to liquor is by and large far more dichotomous. Cognitive behavioral therapy may not achieve any major breakthrough in the control over drinking, but it may offer a way to humane, low-cost and useful forms of treatment.

Cognitive behavioral therapy investigates man as a conscious creature of will. Nor is it devoid of theoretical technique. Contact can be found between the new behavioral therapy and the introjection theory of Vygotski, Luria and Galperin. Behavioral therapy is based on a microanalysis of the way of life; correspondingly, way-of-life studies are necessary to describe the meaning structures that can be handled by *cognitive* therapy. It is also positive that cognitive behavioral therapy does not make a sharp distinction between a healthy individual and an ill person but rather advises those of us who try to achieve greater self-control in life.