

Automaattisista ajatuksista itsesäätelyyn

Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja päihdeongelmat

Nils Holmberg

Näyttää olevan melko turha hakea yleisiä eli kaikille alkoholisteille yhteisiä syitä päihdeongelman syntyyn. Kehityspsykologiset syyt ovat erilaisia ja yksilöllisiä — samaan oireyhtymään voi päästä useaa eri kanavaa pitkin — mutta ongelmajuomisen seuraukset taas ovat melko samanlaisia ja yhteisiä eri yksilöille. Tästä seuraa, että kuntoutumisprosessi sisältää kaikille yhteisiä piirteitä.

Sen sijaan, että näkisimme alkoholismien tilana, jonka on aiheuttanut jokin kaikille alkoholisteille yhteinen sisäinen ristiriita, lienee tarkoituksenmukaisempaa lähestyä alkoholismia prosessina, joka tuottaa ja värittää erilaisia sisäisiä ristiriitoja. Se, mikä on alkoholisteilla yhteistä, on pikemminkin juomisen seuraus kuin syy. Alkoholistien alkoholisoitumisprosessia edeltävä persoonallisuus ei varsinaisesti eroa ei-alkoholistien persoonallisuudesta. Esimerkiksi ahdistus ja masennus ovat enemmän juomisen seurauksia kuin taustatekijöitä (vrt. Vaillant & Milofsky 1982; Vaillant 1983).

G. E. Vaillantien tutkijaryhmän laajan pitkästä tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia oli, että alkoholismi ei ole oire jostakin, vaan että se itse tuottaa erilaisia oireita, kuten perhe-ongelmia, ongelmia työpaikalla jne. Näin ollen hoidossa olisi keskityttävä itse ongelmakäyttäytymiseen ja sitä ylläpitäviin tekijöihin eikä sen oletettuihin ”syihin”.

K. Weckroth (1983) näkee alkoholismien selityksen olevan henkilön tulevaisuudessa (eikä menneisyydessä) — niissä vähemmän houkuttelevissa tapahtumissa tai tapahtumattomuudessa, jotka edessä odottavat.

Voi kuitenkin ajatella niinkin, että alkoholismien selitys löytyy tulevaisuudesta siten, että alkoholistin omaa ja muiden käyttäytymistä koskevat odotukset ja uskomukset ovat alkoholisoitumisprosessin jossakin vaiheessa muuttuneet ongelmajuomista ylläpitäviksi ja että hoidossa näin ollen tulee tärkeäksi pureutua ni-

menomaan näihin.

Alkoholisoitumisprosessin edetessä yksilön persoonallisuuden problematiikka muuttaa muotoaan: yksilölliset ongelmat astuvat takalalle ja alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat nousevat etualalle. Prosessin edetessä juominen muuttuu perustoiminnaksi, jolle muut elämän toiminnot ovat alisteisia (vrt. Weckroth 1983).

Kansainvälisessä alkoholitutkimuksessa on paljon kirjoitettu siitä, miten alkoholisoituminen vaikuttaa yksilön tapaan hahmottaa itseään ja ympäristöään. G. E. Barnes (1979 & 1980) on eri piirretutkimusten pohjalta laatinut ”valmiin, jo muotoutuneen” alkoholistin dynaamisen mallin, jossa yhtenä keskeisenä käsitteenä on ns. kenttäriippuvuus.

Suomessa K. Määttänen ja A. Koski-Jännes (1981) ovat todenneet, että alkoholi heikentää tajunnan tietoista, ajattelevaa osaa, minkä seurauksena henkilö jää ”annetun tilanteen orjaksi”. Kenttäriippuvuuden lisääntyminen näkyy siten, että henkilön ajattelu urautuu, maailma tuntuu kutistuvan ajallisesti ja paikallisesti. Itsereflektion puute — vaikeus ajatella ja hahmottaa itseään koskevia asioita — nousee keskeiseksi myös J. G. Hullin alkoholin käytön seurauksia koskevien tutkimusten yhteydessä (ks. esim. Hull & al. 1983).

Pitkäaikaisen alkoholin käytön seuraukset näkyvät yleisenä kognitiivisena heikentymisenä. Palautumista kuitenkin tapahtuu juomisen lopettamisen yhteydessä: huomattavin palautuminen suhteellisen nopeasti juomisen lopettamisen jälkeen, sitten hitaammin (Goldman 1983).

Alkoholisoitumisprosessin seuraukset näkyvät kärjistyneimmin juuri itsereflektion vaikeutena: henkilön minäkäsitystä värittävät juopotteleva elämäntapa ja siihen liittyvät uskomukset ja kieltomekanismit (Wallace 1978 a & b).

Alkoholistien kognitiivisen terapiakokeilun yhteydessä W. McCourt ja M. Glantz (1980)

totesivat potilaillaan erilaisia kognitiivisia vääristymiä, kuten omien voimavarojensa ali- tai yliarvioimista, vaikeutta mieltää itseään koskevia vaihtoehtoja sekä mustavalkoista ajattelua.

Kauko Kaila totesi jo 50-luvulla, että alkoholitit kestävät huonosti psykoterapiaa. Olen aiemmissa artikkeleissani (1983 a & 1983 b) todennut, miksi omien tunteiden kohtaaminen saattaa olla päihdeongelmaisista uhkaavaa: liian suora puuttuminen näihin arimpiin asioihin johtaa helposti regressiiviseen käyttäytymiseen. Niinpä hoitomenetelmänä voidaan aluksi käyttää kognitiivista syysuhde- ja tilanneanalyysia. Sen avulla saadaan yksilö suhtautumaan erittelevämmin elämäntilanteeseensa ja näkemään vastuunsa valinnoistaan. Omien tunteiden, tarpeiden ja tavoitteiden käsittely on monesti mahdollista vasta tämän jälkeen.

Syyt ja syiden tulkinta

Attribuutioteoria ja siihen kuuluva tutkimustyö on tärkeä taustatekijä kognitiivisen terapian eri muunnelmissa. Attribuutioteorian perusoletuksena on, että havaittu syy-yhteys vaikuttaa käyttäytymiseen. Ei ole sinänsä merkityksellistä, että osoitamme syitä käyttäytymisellemme, mutta tämän ilmiön kliininen merkitys piilee näiden syy-yhteyksien laadussa.

Jos katsomme, että esim. liikalihavuutemme, tupakointimme tai masennuksemme johtuvat geneista tai yhteiskunnasta, on melko epätodennäköistä, että aloitamme tarmokkaan kognitiivisen itsesäätelyohjelman. Seuraukset ovat erilaiset sen mukaan, tulkitseeko vanki vankilaan joutumisen johtuvan sattumasta, kelvottomasta asianajajasta vaiko omasta lyhytjänteisyydestään (kaikki syythän ovat perusteltavissa), tai tulkitseeko aviomies vaimonsa mustasukkaisuuden osoittavan, että tämä rakastaa miestänsä vai että tämä on vainoharhainen ja tarvitsee kiireesti hoitoa (esimerkki Antti Eskolan, 1982).

K. Englen ja T. K. Williamsin tutkimuksessa (1972) verrattiin alkoholin vaikutuksia juomisalttiuteen henkilöillä, jotka eivät tienneet juoneensa alkoholia, ja henkilöillä, jotka tiesivät juoneensa alkoholia. Juomisalttius lisääntyi vain niillä koehenkilöillä, joille annettiin (oikea tai väärä) tieto siitä, että he olivat juoneet alkoholia. G. A. Marlattin tutkijaryhmä (1973)

osoitti, että kognitiiviset odotustekijät säätelivät olennaisella tavalla alkoholistien ja ei-alkoholistien alkoholin kulutusta koetilanteessa. Koehenkilöille annetun juoman sisältämän todellisen alkoholimäärän vaikutus oli vähäinen verrattuna odotustekijöiden vaikutukseen. Todellisella alkoholimäärällä ei ollut mitään vaikutusta koehenkilön kokonaiskulutukseen koetilanteessa, vaan ratkaisevaa oli se, luuliko koehenkilö juoman sisältävän alkoholia vai ei.

Tässä yhteydessä on keskeinen myös kontrollin sijoitusta koskeva kysymys. Usko sisäiseen tai ulkoiseen kontrolliin on tärkeä välittävä muuttuja, joka vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen. Esimerkiksi M. H. Wrightin ja F. W. Obitzin (1984) tutkimuksessa alkoholitit arvioivat, että he pystyvät säätelemään vähemmän kuin muut sekä myönteisiä että kielteisiä tapahtumia. Voi tietenkin kysyä, mitä on tehtävissä, kun yksilö aivan korrektisti havaitsee olevansa "olosuhteiden uhri" (kuten mielisairaalakroonikko tai kuukausia eristyksessä vietänyt vanki).

Toinen kysymys koskee havaitun kontrollin muunnettavuutta. Alustavat tutkimukset 70-luvulta (esim. Rotter & al. 1972) antoivat vihteitä siitä, että sisäistä ja ulkoista kontrollia koskevat I—E-uskomukset olisivat muutettavissa kokemuksellisen palautteen avulla. Jos esim. kognitiivisen terapiaohjelman alkuun sijoitetaan pieniä, mutta asiakkaan kannalta merkityksellisiä edistymiskokemuksia, tämä todennäköisesti lisää asiakkaan internaliteettia (eli uskomusta oman sisäisen kontrollin saavutettavuuteen). A. Banduran (esim. 1969) lähestymistavassa taas asiakas kirjaa asteittain itselleen terapiassa tapahtuvan edistymisen: hänet voi saada poikkeamaan välttämISRutiinistaan antamalla hänelle aluksi intensiivistä ulkoista tukea ja poistamalla tämän jälkeen näitä ulkoisia "tukipilareita" edistymisen myötä.

Kolmas kysymys liittyy aktiivisen orientoitumisen merkitykseen terapiassa. Mikäli henkilö näkee itsensä passiivisena objektina, ajopuuna, eikä vastuullisena subjektina, on selvää, että terapiasta ennakoitavissa oleva hyöty voi aluksi olla erittäin vähäinen. R. A. Staffordin (1982) mukaan ne päihdeongelmaiset, jotka sijoittavat päävastuun ongelmistaan itseensä ja joiden itsesyytökset ovat voimakkaat, tarvitsevat erilaisista hoito-otetta kuin ne, joiden itsesyytökset ovat

vähäisiä ja jotka sijoittavat päävastuun ongelmistaan ulkoisiin tekijöihin.

Toinen tutkijoiden kiinnostusta herättänyt ilmiö liittyy niihin potilaisiin, jotka kertovat olevansa masentuneita, ”koska” ovat masentuneita, tai ahdistuneita, ”koska” ovat ahdistuneita. Masentuneena tai ahdistuneena olemiseen sisältyy henkilökohtaisen riittämättömyyden oletus. Se, että asiakas itse leimaa itsensä ”riittämättömäksi”, johtaa yleensä noidankehään. Tämänkaltaisten noidankehien murtamiseksi on kehitetty erilaisia ns. paradoksaalitekniikoita (esim. Frankl 1961; Haley 1963 & 1976).

Kognitiivista muutosta korostavat terapiamuodot

Käyttäytymisterapian eri suuntauksia voi A. Beckin (1976) mukaan jakaa *käyttäytymisen* muutosta korostaviin ja toisaalta *kognitiivista* muutosta korostaviin. Edellä mainittuihin kuuluvat Wolpen desensitisaatiotekniikka, Lazaruksen multimodaalinen käyttäytymisterapia, Skinnerin operantti terapia, aversioterapia, sosiaalisen oppimisen tekniikat sekä ongelmanratkenta (näistä tarkemmin Holmberg 1984, 4—17).

Tarkastelun kohteena ovat tässä artikkelissa kognitiivista muutosta korostavat suuntaukset.

Perinteinen behavioristinen oppimismäke-mys piti ihmistä passiivisena kielellisten ärsykeiden ja reaktioiden yhdistäjänä. Välittävien prosessien merkitys ja kognitiivisen tiedostamisen tarve nähtiin vähäiseksi. Nykyään käyttäytymisterapiassa käytetään yhä enemmän tietokoneanalogioihin perustuvia malleja, joissa otetaan huomioon käyttäytymistä organisoivat kognitiiviset prosessit, kuten esim. henkilön uskomukset, odotukset ja ennakkoinnit.

Kognitiiviselle käyttäytymisterapialle on tunnusomaista se, että hahmotetaan erityinen suhde käyttäytymistämme suuntaavien kognitiivisten ja emotionaalisten prosessien välille. Tunne-elämyksiin liittyvät ajatukselliset tai kuvalliset elementit pyritään terapiassa käsitteellistämään terapeutin ja asiakkaan yhteisen tarkastelun kohteeksi. Näin on kehitetty tekniikoita, jotka terapian kuluessa saatetaan asiakkaan itsereflektion ja suuntautuneen ajattelun palvelukseen (Leiman 1984).

Tässä yhteydessä on myös mainittava kolmen kliinikon keskeinen merkitys kognitiivisten ilmiöiden huomioon ottamisen lisäämiselle: G. A. Kelly julkaisi konstruktiteoriaansa 1955 (konstruktiteoriasta tarkemmin Holmberg 1980, 26—36), Rotterin minäkäsityksen määrittävyttä koskeva teoria ilmestyi 1954 ja Aaron T. Beck esitti kognitiivisen depressioteoriaansa 1963.

Vuonna 1969 ilmestyi Albert Banduran klassikko *Principles of behavior modification*, jossa hän esitti, että käyttäytymismuutoksen perustavat prosessit sisältävät symbolis-kognitiivisia mekanismeja. Näin kognitiiviset käsitteet ja teemat ovat lyhyen ajan sisällä tulleet behavioristisen tutkimuksen olennaiseksi osaksi.

Itsesäätely ja itseinstruktio

Itsesäätelyä koskeva tutkimus oli verraten vähäistä ennen 60-lukua. Yhtenä syynä tähän oli itsesäätelyn, itsekontrollin ja ”tahdonvoiman” samastaminen. Kun behavioristien kiinnostus itsesäätelyä kohtaan kasvoi (alkulaukaisu-sijana B. F. Skinnerin v. 1953 julkaisema teos), lisääntyivät myös selkeämpien määritelmien ja kontrollitekijöiden funktionaalisen analyysin vaatimukset. Itsekontrolli on jotakin, mitä henkilö tekee, eikä jotakin, mikä hänellä on.

C. E. Thoresen ja M. J. Mahoney (1974) ovat kartoittaneet itsesäätelyä koskevan tutkimuksen keskeisiä piirteitä. Sillä, mitä henkilö sanoo itselleen (ns. sisäisen puheen muodossa), on suuri merkitys toimintaa ajatellen. Terapiassa kartoitetaan, mitä tämä ”itselleen puhuminen” sisältää, ja tarjotaan vaihtoehtoja, joita opetetaan harjoitusohjelmilla, kuten ohjatuilla keskusteluilla, kotitehtävillä, roolileikeillä jne. Usein tehtävät jaetaan osavaiheisiin.

Neuvostoliitossa A. Luria (1961) ja L. S. Vygotsky (1962) ovat tutkineet ”sisäisen puheen” psykologiaa. Luria esitti käyttäytymisen sisäistyneen kontrollin etenevän kolmessa vaiheessa: Lapsen suoritusta kontrolloivat ensin vanhempien kielelliset instruktio ja reaktiot, minkä jälkeen lapsi alkaa säädellä omaa käyttäytymistään kuultavissa olevan itseksen puhumisen avulla. Lopuksi tämä itseksen puhuminen muuttuu sisäiseksi, ja sen toimintaa säätelevä vaikutus laajenee.

Itseinstruktio-ohjelmien parissa työskentele-

vistä tutkijoista tunnetuin on Donald Meichenbaum, jonka intressit ensin kohdistuivat skitsofreenisten potilaiden ”hulluun puheeseen”. Hän pani merkille, että monet potilaat, jotka olivat oppineet tuottamaan ”tervettä puhetta”, säilyttivät suoritusedistymisensä harjoittamalla ääneen itseinstruktioita. Nämä muistuttivat harjoitusohjelman vetäjän aiempia ohjeita, kuten ”ole johdonmukainen”, ”keskity olennaisuuksiin” jne. Meichenbaum on tämän jälkeen tutkinut mm. impulsiivisten lasten välitysprosessien puutteellisuuksia (1971) ja huomasi tällöin, että reaktioiden viivästyminen voitiin edistää kehittämällä lasten epäadekvaattia sisäistä puhetta.

Itsekontrollin lisäämiseksi on tärkeää, että tiedän, mitä todella teen, että minulla on realistinen toimintaa koskeva tavoitetaso ja että annan itselleni seurauksia, jotka edistävät itsekontrolloivaa käyttäytymistä. Systemaattisen toimintaan liittyvien eri osatekijöiden uudelleenjärjestelyn avulla voin näin harjoitella itsekontrollia. Itsekontrollia voi myös lisätä säätelämällä ympäristöä niin, että ei-toivotun käyttäytymisen todennäköisyys vähenee: Jos haluan lopettaa tai vähentää tupakoimista ja havaitsen, että poltan pääasiallisesti lukiessani, niin pyrin vastedes lukemaan kirjaston lukusalissa, jossa en voi polttaa.

Itsesäätely ja päihdeongelmat

M. Sanchez-Craigin ja K. Walkerin (1982) hoito-ohjelmassa päihdeongelmallisille opetettiin juomistaipumusten säätelyä siten, että ensin tehtiin juomisen itsehavainnoinnin pohjalta riskitilanteiden kartoitus. Kunkin juomiskerran osalta kartoitettiin edeltävät tapahtumat, seuraukset ja käytetyt selviytymiskeinot. Päämääränä oli tunnistaa yksilölliset riskitilanteet sekä myös keinot, joita henkilö jo kykeni käyttämään juomistaipumuksensa hillitsemiseksi. Näiden keinojen lisäksi kehitettiin uudet selviytymisstrategiat itseinstruktioiden muodossa. Näiden tarkoituksena oli ehkäistä välitön juomistaipumus (”Taitaa mennä pieleen. Nyt täytyy pysähtyä ajattelemaan”), arvioida uudelleen juomisen tarpeellisuus (”Ehkä olen yksin, mutta ei minun silti tarvitse juoda”), palauttaa mieleen seuraukset, kumota verukkeet ja motivoida yksilöä johonkin muuhun toimintaan. Uudet ta-

vat suhtautua riskitilanteisiin harjoiteltiin ensin ääneen ja sitten hiljaa itsekseen.

Tämä menetelmä soveltui parhaiten varhaisvaiheessa oleviin päihdeongelmaksiin, joiden kulutus oli yli 50 ravintola-annosta viikossa. Näiden kulutus väheni olennaisesti hoidon ansiosta ja pysyi alle 15 ravintola-annoksen tasolla 2 vuoden seuranta-aikana (Sanchez-Craig & al. 1984).

Alan Marlatt (1982) on soveltanut itsekontrolliviitekehystä retkahtamisen ehkäisyn hoito-ohjelmassa. Hän näkee retkahtamisen olevan pitkälti seurausta kognitiivisista vääristymistä, joista kolme keskeisintä ovat: rationalisaatio, kieltäminen ja minipäätökset, jotka liittyvät retkahtamista edeltäviin tapahtumiin.

Rationalisaatio on puolustusmekanismi, jonka avulla henkilö näkee jonkin toiminnan taustalla järkeviä, uskottavia motiiveja paneutumatta pohtimaan, mitkä ovat toiminnan todelliset vaikuttimet. *Kieltäminen* on sukua edelliselle: henkilö kieltää toiminnan tai tapahtuman eräät aspektit. Henkilö ehkä kieltää kokonaan juomiseen tähtäävien motiivien olemassaolon. Nämä kognitiiviset vääristymät voivat yhdessä vaikuttaa siten, että henkilö tekee päätöksiä, jotka osana tapahtumasarjaa johtavat retkahtamiseen.

Marlatt olettaa, että henkilö, joka päätyy retkahtamiseen, tekee ajan kuluessa sarjan *minipäätöksiä*, jotka vievät häntä kohti retkahtamista laukaisevaa riskitilannetta: ”Ostanpa tänään pullon sherryä kotiin, jos sattuisi tulemaan vieraita”. Tai henkilö valitsee matkakohteeseen kaupungin, jonne lähdetään laivalla, ja laivalla tunnetusti pyritään rikkomaan henkilökohtaisia kulutusennätyksiä.

Marlatt kutsuu näitä minipäätöksiä näennäisesti irrelevanteiksi päätöksiksi. Henkilö ikään kuin hitaasti lavastaa tilanteen ryyppäämiselle otolliseksi tekemällä sarjan minipäätöksiä, joiden avulla hän siirtyy lähemmäksi retkahtamistilannetta. Lavastamisella on henkilön kannalta se etu, että hän voi jälkepäin siirtää henkilökohtaisen vastuunsa ulkoisiin tekijöihin: ”Ei siellä kukaan selvin päin olisi kestänyt”. Retkahtanut henkilö voi näin väittää tullessaan niin ulkoisten käyttäytymistä säätelävien tekijöiden ”pommittamaksi”, että oli ”mahdotonta” vastustaa juomistaipumusta. Marlatt kutsuu tätä nimellä ”downtown Reno effect” viitaten pelu-

reiden paratiisiin tai helvettiin, Renon kaupunkiin USA:ssa. On melko mahdotonta välttää pelihimolle antautumista, jos päättää kesälomamatkallaan ”poiketa Renossa”.

Hoito-ohjelman *primaarinen* tavoite on opettaa asiakas tunnistamaan varhaiset retkahtamista edeltävät varoitusmerkit sekä suunnittelemaan tarvittavat väliintulostrategiat, ennen kuin on ”liian myöhäistä” tehdä mitään (esim. mitä tehdä, kun pomo lähestyy juhlaillallisilla haluten tarjota laatuviskiä). Tavoite on siis saada henkilö ”pysähtymään, katsomaan ja kuuntelemaan” ennen toimintaan ryhtymistä silloin, kun tulee vihjeitä siitä, että hän on siirtymässä riskivyyhykkeelle. Riskitilanteen hallinta edellyttää siirtymistä pelkästä ympäristön ärsykkeisiin *reagoinnista* päämäärähakuiseen *ajatteluun*.

Marlatt pitää ehkäisyohjelman *laajempana* tavoitteena saada henkilö löytämään itselleen sopiva elämäntapa, joka ei yksinomaan heilu käyttäytymisen ylilyönneistä kapeaan yksitotisuuteen. Tasapainoista elämäntapaa luonnehtivat harmoninen tasapaino työn ja vapaa-ajan toimintojen välillä sekä positiivisten addiktioiden muodostuminen. Kun juominen jää pois, on löydettävä jokin muu toiminta, joka jäsentää uutta elämäntapaa.

Henkilökohtaisen kognitiivisen kartan on olettava muutakin kuin alkuvaiheen riskitilanteiden välttämisoapas — sen on tarjottava välineet omien motiivien jäsentämiseen ja oman hyvinvoinnin vaalimiseen. Elämälläkin on aivot, mutta vain ihmisellä on psyyke ja kyky oman käyttäytymisen reflektointiin.

RET — rationaalis-emotiivinen terapia

Tunnetuin kognitiivisen uudelleenarvioinnin menetelmistä on Albert Ellisin (1962) kehittämä RET, jonka mukaan henkilön tulkinta tilanteesta aiheuttaa aina enemmän ongelmia kuin tilanne itse. Tämä kognitiivinen tulkinta määrää tunnereaktion laatua ja intensiteettiä sekä sopeutumisstrategiaa. Tulkinta taas määräytyy ydin- eli perususkomuksista sekä arvoista ja sitoutumisista. Ihminen siis synnyttää tunteensa, ja terapiassa käydään läpi, miten ajatukset ja tunteet kytkeytyvät toisiinsa. Ellis näkee useimpien emotionaalisten vaikeuksien taustalla erilaisia järjenvastaisia uskomuksia, jotka

ylläpitävät ongelmaa. Näitä uskomuksia voivat olla esim. ”on mahdotonta olla vapautunut ilman viinaa — ilo ilman viinaa on teeskentelyä”, ”tosi mies ei puhu eikä pussaa”, ”mies ei itke”, ”joka vitsaa säästää, se lastansa vihaa” jne.

Terapeutin tehtäväksi tulee auttaa asiakasta tunnistamaan itsessään edellä kuvatun kaltaisia järjenvastaisia uskomuksia (mikäli niitä pidetään ehdottomina totuuksina) sekä opastaa häntä uusiin hedelmällisempiin ajatusrakennelmiin.

Rationaalisen uudelleenarvioinnin Ellis (1971) esittää ABCDE-kaavan avulla: A (antecedent) viittaa objektiiviseen tapahtumaan (esim. huonon arvosanan saaminen tentissä), B (belief) kuvaa tapahtumaa seuraavat minä-lauseet (esim. ”tämä on kauheata, kohta saan potkut kurssilta, vielä yksi ala-arvoinen ja olen siltojen alla”). Näiden ajatusten herättämät kielteiset tunteet sisältyvät C:hen (consequences). D:ssä terapeutti taas keskittyy vaikuttamaan B-reaktioiden todennäköisyyteen tulevaisuudessa. Erityisesti hän tällöin painottaa loogista itseanalyysia (esim. siltojen alle ei mennä kahden hylätyn tentin takia, tosin tarpeeksi monta hylättyä tenttiä voi merkitä uudelleen orientoitumista ammatin suhteen). Samalla hän luultavasti käsittelee joitakin perususkomuksia, jotka ovat asiakkaan minä-lauseiden perustana (esim. pärjääminen opiskelussa on edellytys hyvänolon tunteelle; mitä muut ajattelevat minusta on tärkeämpää kuin mitä itse ajattelen; jokaisella ihmisellä on vain yksi ammatti, jossa hän voi viihtyä). Tämän kognitiivisen uudelleenarvioinnin hyödylliset seuraukset sisältyvät lopuksi E:hen.

Rationaalisen ajattelun kriteereinä Ellis esittää seuraavat (1974): 1) Onko ajatus totta? 2) Auttaako ajatus saavuttamaan sitä, mitä haluaa saavuttaa? 3) Auttaako ajatus vähentämään tai estämään niiden tunteiden syntymistä, joita ei halua? 4) Auttaako ajatus vähentämään ristiriitoja ympäristön kanssa tai estämään ne?

Toinen esimerkki: Nainen ajattelee, että hän on ruma ja ettei rumasta kukaan voi välittää. RET:n mukaan ongelma on se, mitä hän ajattelee itsestään, eikä se, miltä hän näyttää. Taustalla ovat uskomukset, joita ovat synnyttäneet kaupalliset kauneusihanteet ja ehkä vanhem-

pien käsitykset siitä, että on oltava määrättyllä tavalla kaunis viehättääkseen muita. Naisen elämä on lastattu uskomuksilla siitä, millainen on hyvä äiti, vaimo, työntekijä ja näiden roolien tehokas yhdistelijä (äiti keittiössä, lady olohuoneessa ja huora makuuhuoneessa). RET:n avulla nainen voi Ellisin mukaan löytää uskomusten ja myyttien tilalle itsetuntemukseen perustuvan tavan ajatella ja toimia ja synnyttää tunteita, joita haluaa.

RET ja päihdeongelmat

G. M. Schippers (1981) on soveltanut RET:n näkökulmaa päihdeongelmaisten hoitoon. Hoidossa selvitetään ensin juomista ylläpitävät perususkomukset, kuten esim. epäonnistumisen pelkoon liittyvät. Sen jälkeen selvitetään juomiskäyttäytyminen, joka usein on kaavamainen: pitää juoda lomalla, viikonloppuna, kun tulee vieraita, kun on murheita, kun on aihetta iloon.

Terapiassa asiakas joutuu silmäämään uskomuksiaan ja niiden ohjailemaa käyttäytymistä: vain viina auttaa, vapauttaa ahdistuksesta, rentouttaa. Syiden etsiminen juomiselle ei ole tärkeätä, se voi jopa kiertää itse asian, juomisen. ”Vaikea lapsuus” esimerkiksi on abstrakti yleistyys, irrationaalinen väittämä, joka auttaa alkoholista juomaan ja omaisia ymmärtämään, sen sijaan että alkoholisti ottaisi vastuun itsestään. Juomisen taustalla voi myös olla ajatus: juon, koska olen juoppo. RET:n avulla pyritään vapauttamaan asiakas juomista ylläpitävistä ehdottomista väittämistä: olen hyvä, olen paha, olen huono.

Hollantilaiset käyttäytymisterapeutit ovat myös Henk van Bilsenin johdolla (van Bilsen & al. 1984) kehittäneet muunnoksen W. R. Millerin (1983) päihdeongelmaisia varten kehittämän motivoivan haastattelun tekniikasta. Siinä motivaatiota ei pidetä asiakkaan henkilökohtaisena ominaisuutena, vaan katsotaan, että motivaatiota voidaan kehittää asiakkaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. Asiakkaalla on usein alkuvaiheessa leimautumisen pelkoa (”juon tämän verran, mutta en minä mikään alkoholisti ole, vai mitä?”). Terapeutti pyytää asiakasta pitämään kirjaa hänen seuraavan viikon kulutuksestaan kuitenkin pyrkimättä sen vähentämiseen (”silloin emme saisi oikeata ku-

vaa kulutuksestasi”). Seuraavalla viikolla terapeutti ja asiakas yhdessä käyvät läpi muistiinpanot sekä keskustelevat kulutuksen määrästä ja sen aiheuttamista mahdollisista ongelmista. Neuvotteluvaiheessa asiakas pohtii, mitä hän haluaa tehdä, minkä jälkeen hän tekee yhdessä terapeutin kanssa päätöksen hoidon tavoitteesta ja hoitomenetelmästä.

RET keskittyy siis muuntamaan epäadekvaattiin toimintaan johtavia ajatuskulkuja samoin kuin itseinstruktio-ohjelmat. Ellis käyttää pääasiallisesti suoraa konfrontoivaa dialogia ja loogista itseanalyysia, kun taas esim. Meichenbaum käyttää asteittaisia tehtäviä, kognitiivista mallioppimista sekä ohjattuja kognitioiden muuntamisharjoituksia. RET:n lähestymistapaa voidaan myös kritisoida (ks. Holmberg 1984, 36—37).

Beckin kognitiivinen terapia

Aaron T. Beck (1976) lähtee kognitiivisessa terapiassaan siitä, että psykologiset ongelmat johtuvat virhepäätelmistä, jotka perustuvat riittämättömään tai väärään informaatioon. Virheelliset premissit johtavat epärealistiseen ajatteluun. Tällöin terapiassa pyritään löytämään ne virheelliset kognitiot, jotka jatkuvasti ohjaavat asiakkaan käyttäytymistä virhepäätelmien kautta epäadekvaattiin toimintaan.

Keskeinen käsite Beckin mallissa onkin ns. *automaattisten ajatusten* idea. Terapian päämääränä on löytää nämä automaattiset epärealistiset ajatukset. Esimerkiksi jokaista ikävystymisen tunnetta edeltävät tietynlaiset ajatukset, jotka automaattisesti tuottavat tämän tunteen. Asiakas ei kuitenkaan itse niitä havaitse, joten terapeutti pyrkii opettamaan häntä tarkkailemaan ajatuksiaan ja odotuksiaan.

Automaattisten ajatusten taustalla (esim. ”en osaa tehdä tätä”) ovat uskomukset (esim. ”olen häviäjä”), joiden taustalla taas ovat ehdolliset säännöt (esim. ”jos en osaa tehdä tätä hyvin, olen epäonnistunut”). Ajattelun perustaso edustavat sitten perusolettamukset (esim. ”minun pitäisi kyetä tekemään kaikki hyvin”).

Kognitiivisen terapian kohde on asiakkaan ajatusten ja fantasioiden reflektointi. Lähtökohdانا on, etteivät virhepäätelmät ole tietoisia vaan että ne ovat muodostuneet tiedostamattomiksi tavoiksi. Kun virhepäätelmiä oietaan, on

ensinnäkin oltava selvillä siitä, mitä henkilö ajattelee. Toiseksi henkilön tulee tunnistaa virheelliset ajatukset. Kolmanneksi hän tarvitsee palautetta siitä, onko tapahtunut muutos oikea. Terapeutin ei tarvitse ratkaista kaikkia asiakkaan ongelmia, vaan hänen tulee opettaa tätä tarkkailemaan ja muuntamaan virheellisiä käsityksiään.

Kyky ajatella rationaalisia vastauksia subjektiivisesti vaikeassa tilanteessa merkitsee sitä, että henkilö on oppinut murtamaan kielteisten automaattisten ajatusten noidankehän. Terapian alussa asiakkaat ovat vakuuttuneita kielteisten ajatustensa paikkansapitävyydestä. Kuitenkin hallintakokemukset ja muu edistymisen terapian aikana nakertavat jatkuvasti omien kielteisten uskomusten ja todellisuuden välistä yhteyttä. Rationaalinen vastaus ajatukseen ”Maailma kaatuu jos kahvikuppi nyt putoaa lattialle” voi olla esim. ”Ei maailma mihinkään kaadu vaan kahvikuppi — saan osakseni huomiota ja saatan vaikuttaa kömpelöltä”.

Terapian alkuvaiheessa on tärkeää ongelman tarkentaminen, esim. globaalisten ajatusten kuten ”en tule toimeen kenenkään kanssa” kääntäminen konkreettiseen ”lähden aina kesken pois kutsuilta”. Kun globaaliset ongelmat pilkotaan käsiteltävissä oleviksi paloiksi, asiakas samalla huomaa rimakauhun vähenevän ja optimismin lisääntyvän.

Beckin kognitiivisen terapian ja RET:n välillä on eroja. Beckin tekniikat (ks. Holmberg 1984, 41—47), vastakohtana Ellisin suoralle opettamiselle, korostavat terapeutin vuorovaikutuksen strukturoimista siten, että asiakas itse keksii ne ajatukset, jotka ovat epätarkkoja. Tämä ns. Sokrateen dialogi on erilainen kuin ei-ohjaava reflektointi ja hyvin erilainen kuin Ellisin suoran konfrontaation strategia. Beckin mallissa asiakasta johdatetaan tekemään henkilökohtaisia keksintöjä hienotunteisesti etenevillä kysymyksillä.

Beckin viitekehys ja alkoholiterapia

McCourt ja Glantz (1980) sovelsivat kognitiivista viitekehystä ryhmässä, jossa painotetaan kokemuksesta oppimista. Vaikka terapian on heidän mielestään kohdistuttava alkoholistin arkipäivän ongelmiin, sen ensisijainen tehtävä on korjata taustalla olevia ajattelun vääris-

tyimiä.

Ryhmässään McCourt ja Glantz käsittelevät seuraavia teemoja: avuttomuuden kokemus suoritustilanteessa, myönteisen palautteen vastaanottaminen sekä vastuun ottaminen tilanteessa, jossa lopputulos on huono. Ryhmän jäsenet kävivät systemaattisesti läpi ongelmatilanteen, totesivat kognitiiviset vääristymät ja pyysivät asianomaiselta jäseneltä tilanteen rekonstruktioita.

McCourt ja Glantz rekonstruoivat ryhmässä myös ne ajatuskuviot, jotka johtivat joidenkin ryhmänjäsenten retkahtamiseen. Asiakas sanoo: ”En käsitä mitä tapahtui. Löysin itseni kapakassa, ja ennen kuin tajusin mitään olin jo ottanut kolmet paukut ja päädyin putkeen”.

Asiakas näki tilanteen ikään kuin hän olisi ollut sattumanvaraisten tapahtumien passiivinen havainnoija. Ryhmän vetäjät olettivat, että asiakas oli kokenut kielteisiä tunteita, esim. ärtymystä, jota hän yritti lievittää juomalla. Humalan toive taas herätti syyllisyyttä ja oli tämän takia kiellettävä. Asiakas selvitti ristiriidan, joka vallitsi humalatoiveen ja syyllisyyden välillä keskittymällä vain yhteen ajatukseen: ”Otan vain yhden paukun”. Tämä valikoiva ajattelu mahdollisti juomisen ja teki mahdolliseksi kieltää halun tulla juovuksiin. Kun asiakas ei juomista edeltävänä hetkenä halunnut nähdä sitä yhteyttä, joka vallitsi jokaisen erillisen paukun ja sitä seuraavan humalatilan välillä, hän koki ensimmäisen paukun ”vain yhtenä” eikä ensimmäisenä monesta. Toinen ryppy oli taas ”vain yksi vielä” ja niin edelleen, kunnes asiakas oli juonut niin paljon, että juomista koskevat murheet olivat hävinneet. Valikoiva ajattelu teki asiakkaalle mahdolliseksi eristää aikomuksensa käyttäytymisen lopputuloksesta ja jälkeensä muistaa tapahtumaa tavalla, joka vähensi minimiin hänen oman vastuunsa aktiivisena tapahtumasarjaan osallistujana.

Beckin viitekehystä voi soveltaa myös siten, että pyydetään esim. katkaisuasemalla ryhmän jäsenet pohtimaan, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet siihen, että he ovat katkaisun tarpeessa, mikä on oma vastuu tapahtuneeseen, mitkä ajatukset johtivat kontrolloimattomaan juomiseen (mikä sisäinen puhe ylläpiti alkoholista elämäntapaa) ja mitkä ajatukset tällä hetkellä estävät heitä pohtimasta omaa tilannettaan.

Pääasia on saada asiakas reflektoimaan omia eikä muiden asioita.

Beck ja terapeutinen yhteistyö

Kuten muutkin kognitiivisen terapian edustajat myös Beck korostaa asiakkaan roolia aktiivisena yhteistyökumppanina. Terapiaprosessin esittäminen mystisessä valossa, jonakin mitä vain terapeutti ymmärtää ja hallitsee, vain lisää asiakkaan riippuvuutta, koska se antaa ymmärtää, että asiakkaalta puuttuvat kyvyt ja keinot tajuta, mistä terapiassa oikein on kysymys. Hoitoprosessin demystifiointi auttaa asiakasta näkemään itsensä kykenevänä ja antaa hänelle pätemisen tunnetta.

Lopuksi

Kognitiivinen terapia pyrkii siihen, että asiakas itse oppisi tunnistamaan ja muuttamaan omia urautuneita ja automaattisiksi jäykistyneitä ajattelu- ja toimintamallejaan. Omien tunteiden, tarpeiden ja tavoitteiden käsittely on monesti mahdollista vasta tämän jälkeen.

On tietysti niin, että affektitekijöiden ja kognitiivisten tekijöiden osuutta on vaikea erotella toisistaan, koska tunteet kietoutuvat tiiviisti kognitiivisiin prosesseihin. Kognitiiviset teknikat näyttävät kuitenkin soveltuvan erityisesti asiakkaisiin, joiden kyky itsetiedostukseen on alentunut ja joiden kohdalla ongelman kehitysjuurien tutkiskelu on epämielikästä hoidon alkuvaiheen tavoitteen kannalta.

Hoitoprosessin aikana kognitiiviset teknikat saattavat käydä riittämättömiksi. Päihdeongelmaisen on usein vaikea muodostaa sisäistä yhteyttä omiin tunteisiinsa, ja hän tarvitsee siksi muunlaisten hoitomenetelmien tukea tämän yhteyden avaamiseen. Muutoin on olemassa vaara, että asiakas tekee kognitiivisesta terapiasta vain pakonomaisia rakenteitaan lujittavan osan.

Tällöin voi käydä niinkin, että juoppo hoitoprosessin myötä vain siirtyy pakonomaisesta juopottelusta pakonomaiseen raittiuteen — eli vanha elämänstrategia ja siihen liittyvät defensiiviset ratkaisumallit henkilökohtaisten ongelmien selvittelyssä jäävät ennalleen.

Kirjallisuus

- Bandura, A.: Principles of behavior modification. Holt, Rhinehart & Winston. New York 1969
- Barnes, G. E.: The alcoholic personality. J. Stud. Alc. 40 (1979): 571—634
- Barnes, G. E.: Characteristics on the clinical alcoholic personality. J. Stud. Alc. 41 (1980): 894—910
- Beck, A. T.: Thinking and depression, I. Idiocratic content and cognitive distortions. Archives of Gen. Psych. 9 (1963): 324—333
- Beck, A. T.: Cognitive therapy and emotional disorders. International Universities Press. New York 1976
- van Bilsen, H. P. & van Dillen, H. & van Emst, A. J. & Schippers, G. M.: Motivational interviewing with problem drinkers. Demonstration of strategies used in motivational interviewing with problem drinkers in the Netherlands. 14th Congress of the European Association for Behavior Therapy, 17.—19.9.84, Bryssel
- Ellis, A.: Reason and emotion in psychotherapy. Stuart. New York 1962
- Ellis, A.: Growth through reason. Science and behavior books. Palo Alto 1971
- Ellis, A.: Humanistic psychotherapy, the rational-emotive approach. Julian Press & McGraw-Hill. New York 1974
- Engle, K. & Williams, T. K.: Effect of an ounce of vodka on alcoholic's desire for alcohol. Quart. J. Stud. Alc. 33 (1972): 1099—1155
- Eskola, Antti: Vuorovaikutus, muutos, merkitys. Helsinki 1982
- Frankl, J. B.: Persuasion and healing. John Hopkins Press. Baltimore 1961
- Goldman, M. S.: Cognitive impairment in chronic alcoholics: some cause for optimism. American Psychologist 38 (1983): 1045—1054
- Haley, J.: Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton. New York 1963
- Haley, J.: Problem solving therapy. Jossey-Bass. New York 1976
- Holmberg, N.: AA sosiaalisena liikkeenä — konstruktiooreettinen näkökulma. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1980:2. Järvenpää 1980
- Holmberg, N.: Mitä päihdehoito hoitaa II. Alkoholipolitiikka 48 (1983): 198—207. 1983 a
- Holmberg, N.: Palautetta Lasse Murrolle ja Ingall Österbergille. Alkoholipolitiikka 48 (1983): 353—354. 1983 b
- Holmberg, N.: Käsitteet ja käyttäytyminen. Katso kognitiivisten terapeuttitekniikoiden kehitykseen. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1984: 23. Järvenpää 1984

- Hull, J. G. & al.: Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. *J. of Personality and Soc. Psych.* 44 (1983): 461—477
- Kelly, G. A.: *The psychology of personal constructs*. Norton, New York 1955
- Leiman, P.: Kognitiivisen psykologian sovelluksia Hollannissa. *Psykologiuutiset* 1984:11
- Luria, A.: *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. Liveright, New York 1961
- Marlatt, G. A.: Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. In: Stuart, R. B. (ed.): *Adherence compliance and generalization in behavioral medicine*. Bruner/Mazel, Inc. New York 1982
- Marlatt, G. A. & Demming, B. & Reid, J. B.: Loss of control drinking in alcoholics; an experimental analogue. *J. Abnorm. Psychol.* 81 (1973): 233—241
- McCourt, W. & Glantz, M.: Cognitive behavior therapy in groups for alcoholics. *J. Stud. Alc.* 41 (1980): 3, 338—346
- Meichenbaum, D.: Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *J. Pers. Soc. Psych.* 17 (1971): 298—307
- Miller, W. R.: Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11 (1983): 147—172
- Määttänen, K. & Koski-Jännes, A.: The theory of set and the psychological effects of alcohol. *Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuslause* 144. Helsinki 1981
- Rotter, J. B.: *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J. 1954
- Rotter, J. B. & Chance, J. E. & Phares, E. J. (eds.): *Applications of a social learning theory of personality*. Holt, Rhinehart & Winston, New York 1972
- Sanchez-Craig, M. & Walker, K.: Teaching coping skills to chronic alcoholics in a coeducational halfway house, I. Assessment of program effects. *Br. J. Add.* 77 (1982): 35—50
- Sanchez-Craig, M. & Annis, H. M. & Bornet, A. R. & McDonald, K. R.: Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *J. Consult. and Clin. Psychol.* 52 (1984): 390—403
- Schippers, G. M.: Alcohol drinking and alcohol-related disabilities — a social-cognitive study of individual differences. *Väitöskirjan englanninkiel. yhteenveto*. K. University Nijmegen. The Netherlands 1981
- Skinner, B. F.: *Science and human behavior*. MacMillan, New York 1953
- Stafford, R. A.: Locus of drinking problems as perceived by alcoholics and treatment personnel. *J. Stud. Alc.* 43 (1982): 593—598
- Thoresen, C. E. & Mahoney, M. J.: *Behavioral self-control*. Holt, Rhinehart & Winston, New York 1974
- Vaillant, G. E.: *The natural history of alcoholism: causes, patterns, and paths to recovery*. Harvard University Press 1983
- Vaillant, G. E. & Milofsky, E. S.: The etiology of alcoholism. A prospective viewpoint. *American Psychologist* 37 (1982): 494—503
- Wallace, J.: Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In: Zimberg, S. & Wallace, J. & Blume, J. B. (eds.): *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. Plenum, New York 1978. 1978 a
- Wallace, J.: Critical issues in alcoholism therapy. In: Zimberg, S. & Wallace, J. & Blume, J. B. (eds.): *Practical approaches to alcoholism therapy*. Plenum, New York 1978. 1978 b
- Weckroth, K.: Ajatuksia ihmisen toiminnasta ja sen tutkimisesta. *Sosiaalipsykologian lisensiaatin-tutkielma*. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto 1983
- Wright, M. H. & Obitz, F. W.: Alcoholic/s and nonalcoholic/s attributions of control of future life events. *J. Stud. Alc.* 45 (1984): 138—143
- Vygotsky, L. S.: *Thought and language*. M.I.T. Press, Cambridge 1962.

English Summary

Nils Holmberg: Automaattisista ajatuksista itsesäätelyyn (From Automatic Thoughts to Self-control. Cognitive Behaviour Therapy and Alcohol Problems)

In this article it is proposed that the treatment of alcohol problems would benefit from the use of a number of behavioural techniques, mainly cognitive

ones. In the light of recent research it is difficult to see alcoholism as a symptom of some specific internal or external conflict. Instead, alcoholism itself produces symptoms such as family problems, maladjustment at work, etc. It therefore becomes important in treatment to concentrate on the drink-

ing behaviour itself and the factors maintaining it, such as the alcoholic's beliefs, anticipations concerning his own behaviour or the behaviour of others. The author also mentions the application of cognitive

techniques to alcohol problems by Marlatt (relapse prevention), Schippers and van Bilsen (motivational interviewing) and McCourt and Glantz (cognitive behaviour therapy in groups for alcoholics).

Alkoholipolitiikka Vol. 49:305-314, 1984