

Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen käyttämistä päihdehoitolaitoksista tehtiin viisi vuotta sitten tutkimus, johon kuului muun muassa jatkohoito- ja seurantakäytäntöjen selvittäminen (Saarnio ym. 1993). Jatkohoidon taso oli kirjava, vaihdellen miltei olemattomasta vakiintuneeseen järjestelmään. Seurannan osalta tilanne oli erittäin puutteellinen: yksikään laitos ei raportoinut tehneensä seurantoja. Myöhemmin tosin ilmeni, että yhdessä laitoksessa niitä oli tehty (Aho ja Grönholm 1979, Kekki ja Uitto 1974, Ovaska 1992, Pellinen 1982). Tätä artikkelia varten tehdyt kirjallisuushaut osoittivat, ettei tilanne ole muuttunut noista päivistä empiirisen tutkimuksen osalta. Aihepiiriä on jonkin verran pohdittu viimeaikaisessa evaluaatio- ja laatukselustelussa (Heinonen 1996, Murto 1997).

PEKKA SAARNIO, MARJO TOLONEN, KATJA HEIKKILÄ, SANNA KANGASSALO, MARJA-LEENA MÄKELÄINEN

PÄIVI NIHTY-UOTILA, LAURA VILENIUS JA KRISTA VIRTANEN

Vertailevan hoitotutkimuksen tilanne on samankaltainen: ne ovat luettavissa miltei yhden käden sormin, joskin nuo harvat tutkimukset ovat varsin tasokkaita (Bruun ja Markkanen 1961, Keso 1988, Koski-Jännes 1992). Tähän ryhmään voidaan lisäksi lukea eräitä päihdeongelmien hoidon erityisaspekteja käsitteleviä tutkimuksia (Holmberg 1995, Saarnio 1990, Suokas 1992).

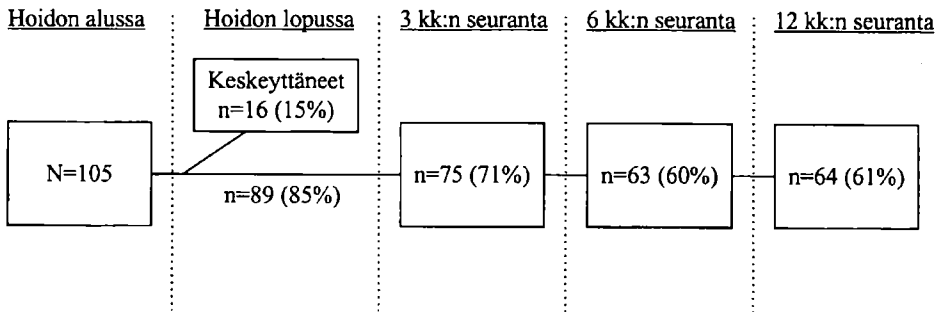
Päihdeongelmien hoitoa koskevasta ulkomaisesta tutkimuksesta sen sijaan ei ole puutetta, myös meta-analyseja on tehty (Floyd ym. 1996, McLellan ym. 1994, Morley ym. 1996). Seurantametodista kirjallisuutta on niin ikään runsaasti (Alemi ym. 1995, Miller 1989, Zweben ja Cisler 1996). Tutkijoiden kiinnostuksen kohteena olleista teemoista on erityisesti mainittava matsaus, asiakkaiden kognitiivisten häiriöiden vaikutukset sekä terapeuttien ominaisuudet.

Matsauksella tarkoitetaan hoidon kohdentamisen optimointia, toisin sanoen asiakkaille pyritään tarjoamaan oikeaan aikaan juuri heille sopivaa hoitoa. Tässä yhteydessä voidaan puhua 'suuresta' ja 'pienestä' matsauksesta, joista edellisessä operoidaan kokonaisilla terapeuttisil-

la ohjelmilla ja jälkimmäisessä suppeammilla hoitotoimenpiteillä. 'Suuri' matsaus koki äskettäin valmistuneessa ja tähän asti laajimmassa tutkimuksessa, Match -projektissa, kovan koulauksen: 12 askeleen hoidon, kognitiivisen käytäytymisterapian ja motivoivan haastattelun kesken ei voitu osoittaa oleellisia matsausefektejä (Project ... 1997a, 1997b). 'Pieni' matsaus sen sijaan on osoittautunut onnistuneeksi (McLellan ym. 1997).

Kognitiivisten häiriöiden hoitovaikutuksia koskeva tutkimus on suuntautunut sekä hoitosisältöjen omaksumiseen että hoidon jälkeiseen selviytymiseen (Evert ja Oscar-Berman 1995, Goldman 1995, Saarnio 1995). Hoitosisältöjen omaksumisen osalta tulokset ovat olleet melko yhteneväisiä: kognitiiviset häiriöt heikentävät hoidossa menestymistä. Vaikutukset ovat olleet erityisen selviä sellaisten hoitomenetelmien osalta, joissa painottuvat ongelmanratkaisu ja oppiminen. Hoidon jälkeisen selviytymisen osalta tulokset ovat olleet vaihtelevia, mikä on ymmärrettävää, sillä selviytymiseen vaikuttavat tekijät sekä niiden interaktiot ovat hyvin moninaisia.

Kuvio 1.
Tutkimusasetelma.



Psykoterapiatutkimuksessa on esiintynyt viime vuosina kasvavaa kiinnostusta terapeuttien ominaisuuksia kohtaan (Garfield 1997). Mahoneyn (1991) mukaan niillä on käytettyyn menetelmään verrattuna jopa kahdeksankertainen vaikutus terapian tuloksellisuuteen. Kiinnostus terapeutteihin on näkynyt myös päihdeongelmien hoitotutkimuksessa. Edellä mainitussa Match -projektissa todentui Mahoneyn väittä-mä: terapeuttien ja vuorovaikutussuhteen ominaisuuksilla oli huomattavasti suurempi vaikutus kuin käytetyillä terapiamenetelmillä (Connors 1997). Sama ilmiö tuli esille myös Vallen (1981) jo klassikoksi käyneessä tutkimuksessa: retkahdusten määrä oli hämmästyttävän suoras- sa yhteydessä terapeuttien ominaisuuksien kans- sa.

METODI

TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUSHENKILÖT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Kankaanpään A-kodin asiakkaat selviytyvät hoidon jälkeen. Selviytymistä koskevat tiedot kerättiin kolmen, kuuden ja kahdentoista kuu- kauden kuluttua hoidon päättymisestä (Kuvio 1). Tutkimushenkilöt (N=105) tulivat hoitoon vuoden 1995 elokuun ja marraskuun välisenä aikana. Pelkästään katkaisuhoidon tulleet asiakkaat jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Hoidon pituus vaihteli 9 ja 97 vuorokauden vä- lillä (m=32, sd=15).

Tutkimushenkilöiden kotipaikkakunnat oli- vat Vaasa-Porvoo -linjan lounaispuolella. Seur- rantahaastattelut toteutettiin vuoden 1995 mar- raskuun ja vuoden 1997 helmikuun välisenä ai-

kana. Seurannan aikana kuoli kolme tutkimus- henkilöä, kaksi alkoholimyrkytyksen ja yksi it- semurhan takia. Tutkimushenkilöiden demogra- fiset tiedot ovat taulukossa 1 ja päihteiden käyt- töä koskevat tiedot taulukossa 2.

Taulukko 1.
Tutkimushenkilöiden (N=105) taustatietoja hoidon alussa.

	m	sd	%
Ikä (v)	39	10	
Sukupuoli			
Mies			73
Nainen			27
Ammatti			
Työntekijä			79
Alempi toimihenkilö			6
Ylempi toimihenkilö			5
Yrittäjä			9
Työnantaja			1
Siviilisäät			
Naimaton			37
Avoliitto			10
Avoliitto			28
Eronnut			24
Leski			1
Koulutus			
Perusaste			54
Alempi keskiaste			29
Ylempi keskiaste			12
Alin korkea-aste			2
Korkea-aste			3
Asuminen			
Oma asunto			30
Vuokra-asunto			54
Asuntola			1
Ei asuntoa			15
Työtilanne			
Täyspäivätyö			19
Osapäivätyö			2
Lomautettu			1
Työtön			66
Eläkkeellä			12

Taulukko 2.

Tutkimushenkilöiden (N=105) päihteiden käyttöä koskevia tietoja hoitoa edeltäneeltä ajalta. Kahdella tähdellä merkityt muutujat koskevat hoitoa edeltäneen vuoden tilannetta ja yhdellä tähdellä merkitty puolen vuoden tilannetta.

	m	sd	%
Ongelmakäytön kesto (v)	9	7	
Selvien päivien prosentuaalinen osuus (*)	36	26	
Hoitoa edeltäneen ongelmakäyttökauden pituus (vrk)	47	79	
Päihteiden käyttötapa (**)			
Päivittäin			55
Kausittain			34
Viikonloppuisin			11
Käytetyt päihteet (**)			
Alkoholi			100
Lääkkeet			41
Kannabis			23
Amfetamiini			15
Opiaatit			13
Korvikkeet			7
Kokaiini			6
LSD			4
Liuottimet			2
Pääasiallinen päihde (**)			
Alkoholi			89
Amfetamiini			5
Lääkkeet			4
Kannabis			2
Sekakäyttäjien osuus			46
Päihteiden käytöstä johtuneet sairaalahoitokerrat (**)	3	5	

Suurin osa tutkimushenkilöistä oli työntekijöitä. Heille oli ominaista alhainen koulutustaso ja korkea työttömyys. Ongelmallinen päihteiden käyttö oli kestänyt keskimäärin miltei kymmenen vuotta. Melkein puolet tutkimushenkilöistä oli sekakäyttäjiä, joskin alkoholin asema pääasiallisena päihteenä oli kiistaton. Myös lääkkeiden päihdekäyttö oli ollut yleistä. Sekakäyttäjiksi luokiteltiin sellaiset tutkimushenkilöt, jotka olivat päihtymystarkoituksessa käyttäneet hoitoa edeltäneen vuoden aikana alkoholin lisäksi jotakin muuta päihdettä.

Tutkimukseen osallistuneiden kymmenen terapeutin iän keskiarvo oli 40 vuotta (sd=10). Puolet heistä oli miehiä ja puolet naisia. Päihdehuollon työkokemuksen pituuden keskiarvo oli 7 vuotta (sd=7). Neljällä terapeutilla oli alem-

man keskiasteen (kolme mielenterveyshoitajaa ja lääkintävahtimestari) ja kuudella ylempään keskiasteen ammatillinen koulutus (kolme psykiatrista sairaanhoitajaa, sosiaalikasvattaja, diakonissa ja diakoni). Kuudella terapeutilla oli menetelmällistä koulutusta (12 askeleen koulutus, kognitiivinen terapia, perheterapia, ratkaisukeskeinen terapia, ryhmätyö, taideterapia, transaktioanalyysi, vyöhyketerapia ja yhteisöhoito). Terapeuttikohtaiset asiakkasmäärät vaihtelivat 3 ja 20 välillä (m=11, sd=5).

Kankaanpään A-kodin toiminnan peruseräaatteita ovat vapaaehtoisuus ja eklektismi, tarkoituksena on tarjota asiakkaille mahdollisimman monipuolista hoitoa. Se on nähtävissä terapeuttien menetelmällisen koulutuksen laajassa kirjossa. Erityistä huomiota on kiinnitetty päihdeongelmaisten eri ryhmien, kuten esimerkiksi naisten, nuorten ja perheiden, hoidon kehittämiseen. Myös jatkohoitoa on kehitetty.

MATERIAALIT JA PROSEDUURI

Tutkimushenkilöt lomakehaastateltiin keskeyttäen ja katoa lukuun ottamatta viidesti: hoidon alussa ja lopussa sekä kolmen, kuuden ja kahdentoista kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä. Haastattelulomakkeiden suunnittelun lähtökohtana käytettiin kanadalaista seuranta-metodiikkaa (Annis 1984a, 1984b), jota lyhennettiin ja muokattiin suomalaisiin olosuhteisiin sopivaksi. Tutkimushenkilöt suorittivat ensimmäisen haastattelun yhteydessä myös WAIS:n kuutiotehtävän (Wechsler 1971), jonka tulosten on havaittu olevan yhteydessä hoitosisältöjen omaksumisen kanssa (Saarnio 1995). Tässä tutkimuksessa selvitettiin, ovatko ne yhteydessä myös hoidon jälkeisen selviytymisen kanssa.

Haastattelut toteutti A-kodin terapeutti, joka ei samanaikaisesti osallistunut hoitotoimintaan. Ensimmäinen haastattelu tehtiin noin viikon kuluttua hoidon alkamisesta ja toinen kaksi-kolme päivää ennen hoidon päättymistä. Seuranta-haastatteluista noin puolet tehtiin A-kodissa ja puolet muualla, esimerkiksi asiakkaan kotona sekä erilaisissa avohoidon toimipaikoissa ja laitoksissa. Tutkimushenkilöt suhtautuivat haastatteluihin miltei poikkeuksetta myönteisesti, eikä kukaan tullut haastatteluihin niin päihtyneenä, ettei niitä olisi voitu suorittaa. Ne koettiin välittämisenä ja tukena.

TULOKSET

YLEISET SEURANTATULOKSET

Ensimmäiseksi tarkasteltiin päihteiden käytön muutoksia. Siinä käytettiin kahta muuttujaa: selvien päivien prosentuaalinen osuus ja päihteiden käytön luonne (Taulukko 3). Selvien päivien prosentuaalinen osuus oli seurannan aikana yli kaksinkertainen verrattuna hoitoa edeltäneeseen aikaan. Toisaalta yhteensä kymmenen eri tutkimushenkilöä oli jossakin seurannan vaiheessa lisännyt päihteiden käyttöä, toisin sanoen heillä oli selviä päiviä prosentuaalisesti vähemmän kuin ennen hoitoa. Raittiiden osuus oli laskenut seurannan aikana 11 prosenttiyksikköä.

Mitkä tekijät sitten ennakoivat selvien päivien esiintymistä? Sen selvittämiseksi kokeiltiin

Taulukko 3.

Selvien päivien prosentuaalinen osuus puolen vuoden aikana ennen hoitoa, seurannan aikana sekä päihteiden käytön luonne. T-testien mukaan selvien päivien prosentuaalinen osuus ennen hoitoa oli merkitsevästi ($p < .001$) pienempi verrattuna kaikkiin seurantakertoihin.

	Ennen hoitoa (N=105)	Hoidon jälkeen		
		3 kk (n=75)	6 kk (n=63)	12 kk (n=64)
Selvien päivien prosentuaalinen osuus (m, sd)	36 (26)	79 (27)	77 (26)	74 (26)
Päihteiden käytön luonne (%)				
Raitis		23	17	12
Hallittu käyttö		18	19	21
Ongelmakäyttö		30	24	28
Kato		29	40	39

Taulukko 4.

Seurannan aikaiseen selvien päivien prosentuaaliseen osuuteen vaikuttavia tekijöitä; askelittainen regressioanalyysi. Selittävät muuttujat: selvien päivien prosentuaalinen osuus kuuden kuukauden aikana ennen hoitoa (Sel), kontaktit päihteiden väärinkäyttäjiiin (Kon), tutkimushenkilön hoidon lopussa tekemä prognostinen arvio päihteiden käytön hallinnasta (Aar), jatkohoitokertojen lukumäärä (Jhk) sekä terapeutin hoidon lopussa tekemä prognostinen arvio päihteiden käytön hallinnasta (Tar).

a) 3 kk:n seuranta (R=.64, R ² =.40)	β	p
Sel	.24	.02
Kon	-.24	.02
Aar	.23	.03
Jhk	.21	.04
Tar	.20	.05
b) 6 kk:n seuranta (R=.58, R ² =.34)	β	p
Jhk	.38	.001
Sel	.32	.003
Aar	.31	.005
Tar	.15	.19
Kon	-.14	.21
c) 12 kk:n seuranta (R=.43, R ² =.19)	β	p
Kon	-.43	.001
Sel	.21	.07
Tar	.15	.20
Aar	.14	.23
Jhk	.05	.67

askelittaista regressioanalyysia käyttäen erilaisia selittävien muuttujien kombinaatioita. Mukana olivat seuraavat muuttujat: selvien päivien prosentuaalinen osuus kuuden kuukauden aikana ennen hoitoa, kontaktit päihteiden väärinkäyttäjiiin, tutkimushenkilön hoidon lopussa tekemä prognostinen arvio päihteiden käytön hallinnasta, terapeutin hoidon lopussa tekemä prognostinen arvio päihteiden käytön hallinnasta, jatkohoitokertojen lukumäärä, sairaalahoitokertojen lukumäärä vuoden aikana ennen hoitoa sekä terapeutin hoidon lopussa tekemä prognostinen yleisarvio tutkimushenkilön selviytymisestä. Lopulta päädyttiin taulukossa 4 olevaan malliin.

Selittävien muuttujien yhteiskorrelaatiokerroin laski selvästi seurannan aikana. Kolmen kuukauden seurannassa kaikki selittävät muuttujat olivat tilastollisesti merkitseviä, kuuden

kuukauden seurannassa kolme muuttujaa ja kahdentoista kuukauden seurannassa enää yksi. Hoitoa edeltäneen ajan päihteiden käyttöä kuvaava selvien päivien prosentuaalinen osuus (Sel) pysyi miltei koko seurannan ajan tilastollisesti merkitsevä. Tutkimushenkilön hoidon lopussa tekemä prognostinen arvio omasta päihteiden käytön hallinnasta (Aar) pysyi tilastollisesti merkitsevä kuuteen kuukauteen asti, mutta terapeutin vastaava arvio (Tar) sen sijaan oli merkitsevä ainoastaan kolmeen kuukauteen saakka. Lieneekö tässä toteutunut sosiaalityön vanha slogan: asiakas on paras oman itsensä asiantuntija? Joka tapauksessa arvioita koskeva tulos osoitti, kuinka vaikeata tulevaisuuden ennakointi on pitkällä aikavälillä.

Jatkohoitokertojen lukumäärä (Jhk) oli tilastollisesti merkitsevä kuuteen kuukauteen asti, mikä oli selvä osoitus jatkohoidon oleellisesta merkityksestä ensimmäisten hoitoa seuranneiden kuukausien aikana. Kontaktit päihteiden käyttäjiin (Kon) oli tilastollisesti merkitsevä kolmen ja kahdentoista kuukauden seurannassa. Se oli kahdentoista kuukauden kohdalla ainoa selitysvoimainen muuttuja. Vanhastaan on tiedossa, että sosiaalisten verkostojen laajuudella ja laadulla on oleellinen merkitys päihdeongelmista selviytymisessä (Koski-Jännes 1992, Saunders ja Allsop 1991). Kolmen kuukauden kohdalla kontaktien merkitys indikoi todennäköisesti selviytymisstrategiaa nimeltä välttely, jolla on todettu olevan oleellinen merkitys raittiuden tai hallitun käytön ensimetreillä (Litman ym. 1984). Kahdentoista kuukauden kohdalla kyse lienee ollut erilaisesta ilmiöstä, nimittäin siitä, missä määrin tutkimushenkilö oli pysyvästi päässyt eroon päihteiden käyttöön liittyvästä alakulttuurista. Päihteiden käyttöhan on voimakkaasti sidoksissa alakulttuureihin (Toivai-

nen 1997).

Tämän jakson lopuksi tarkastellaan eräissä elämäntapaa ja päihteiden käyttöä koskevissa muuttujissa tapahtuneita muutoksia (Taulukko 5). Taulukon tiedot tukevat edellä esitettyjä seurantalutoksia. Päihteiden päivittäiskäyttö oli vähentynyt oleellisesti, joskin kausittaiskäyttö, joka pitkälti kertonee lipsahduksista ja retkahduksista, oli vastaavasti lisääntynyt. Raittiit jaksot olivat pidentyneet ja päihteiden käytöstä johtuneet sairaalahoitokerrat vähentyneet. Ystäviä koskevat tiedot olivat mielenkiintoisia: ongelmakäyttäjäystävien määrä oli voimakkaasti vähentynyt, mutta ongelmakäytöstä vapaiden ystävien määrä ei ollut juurikaan lisääntynyt. Tämä kertoo varsin selvästi siitä pulmasta, jonka monet raitistuneet tai käyttöä vähentäneet henkilöt ovat kohdanneet. Ongelmakäyttöön liittyvän alakulttuurin tilalle ei ilmaannukaan korvaavia sosiaalisia verkostoja, ja siitä on taas seurauksena yksinäisyys ynnä lisääntynyt retkahdusriski (vrt. Azrin ym. 1982).

ALKOHOLIN KÄYTTÄJÄT JA SEKAKÄYTTÄJÄT

Aluksi analysoitiin alkoholin käyttäjien ja sekakäyttäjien välisiä eroja ennen hoitoa eräillä demografisilla ja päihteiden käyttöä koskevilla muuttujilla (Taulukko 6).

Ryhmien väliset erot olivat hämmästyttävän suuret, voisi sanoa niiden poikenneen laadullisesti toisistaan. Sekakäyttäjät olivat nuoria ja naimattomia, monesti työttömiä ja asunnottomia. Naisten osuus oli sekakäyttäjissä suurempi kuin alkoholin käyttäjissä. Ongelmakäytön pituudessa ei ollut suuresta ikäerosta huolimatta oleellista eroa, mikä merkitsee sitä, että sekakäyttäjät olivat aloittaneet ongelmakäytön huomattavasti nuorempina kuin alkoholin käyttäjät tai sitten siinä oli ollut vähemmän taukoja.

Taulukko 5.

Elämäntapaa ja päihteiden käyttöä koskevissa muuttujissa tapahtuneet muutokset hoitoa edeltäneestä ajasta seurannan loppuun; t-testi (a) ja Wilcoxonin testi (b).

	Ennen hoitoa	12 kk	p
Päihteiden käyttötapa (%)			.02 ^b
Päivittäin	57	25	
Kausittain	33	69	
Viikonloppuisin	10	6	
Pisimmän raittiin jakson kesto (vrk)	22.6 (23.2)	76.4 (64.3)	.000 ^a
Päihteiden käytöstä johtuneet sairaalahoitokerrat	1.1 (1.9)	0.5 (1.2)	.01 ^a
Päihteiden ongelmakäytöstä vapaat ystävät	7.1 (8.9)	8.4 (11.4)	.14 ^a
Päihteitä ongelmallisesti käyttävät ystävät	10.3 (12.5)	6.0 (9.8)	.008 ^a

Taulukko 6.

Alkoholin käyttäjien (n=57) ja sekakäyttäjien (n=48) vertailu eräillä taustamuuttujilla ja päihteiden käyttöä koskevilla muuttujilla ennen hoitoa; t-testi (a) ja Mann-Whitneyn testi (b).

	Alkoholin käyttäjät	Sekakäyttäjät	p
Ikä (v)	43.4 (8.6)	33.5 (8.9)	.001 ^a
Sukupuoli (%)			.02 ^b
Mies	82	63	
Nainen	18	37	
Siviilisääty (%)			.001 ^b
Naimaton	17	60	
Avoliitto	12	8	
Avoliitto	39	15	
Eronnut	30	17	
Leski	2	0	
Asuminen (%)			.002 ^b
Oma asunto	39	19	
Vuokra-asunto	54	54	
Asuntola	2	0	
Ei asuntoa	5	27	
Työtilanne (%)			.16 ^b
Täysipäivätyö	28	8	
Osapäivätyö	0	4	
Lomautettu	2	0	
Työtön	56	77	
Eläkkeellä	14	11	
Ongelmakäytön kesto (v)	8.4 (6.8)	9.1 (6.7)	.58 ^a
Selvien päivien prosentuaalinen osuus	39.2 (26.0)	33.1 (26.1)	.24 ^a
Hoitoa edeltäneen ongelmakäyttökauden pituus (vrk)	34.2 (53.9)	61.5 (100.2)	.09 ^a
Päihteiden käyttötapa (%)			.02 ^b
Päivittäin	47	65	
Kausittain	35	33	
Viikonloppuisin	18	2	
Päihteiden käytöstä johtuneet sairaalahoitokerrat	1.4 (3.3)	4.1 (7.0)	.01 ^a
Päihteiden ongelmakäytöstä vapaat ystävät	8.4 (9.7)	3.9 (4.4)	.002 ^a
Päihteitä ongelmallisesti käyttävät ystävät	8.3 (8.0)	13.9 (15.3)	.02 ^a

Päihteiden käyttötavassakin oli huomattavia eroja: sekakäyttäjissä ei esimerkiksi ollut juuri-kaan viikonloppukäyttäjii - eihän amfetamiinia tai opiaatteja tavallisesti käytetä vain viikonloppuisin. Sekakäyttäjät olivat joutuneet alkoholin käyttäjiä useammin sairaalahoitoon. Ystäviä koskeissa tiedoissa oli mielenkiintoinen käänteisyys: sekakäyttäjillä oli ongelmakäyttäjistä enemmän ja päihteiden käytöstä vapaita ystäviä vähemmän kuin alkoholin käyttäjillä. Tuo lienee ollut merkki siitä, että sekakäyttäjät olivat voimakkaammin sidoksissa päihdealakulttuureihin.

Seuraavaksi tarkasteltiin alkoholin käyttäjien ja sekakäyttäjien määriä seurannan eri vaiheissa (Kuvio 2). Ensimmäinen oleellinen ero ryhmien välillä oli keskeyttäneiden määrässä: kun alkoholin käyttäjistä ainoastaan joka kymmenes keskeytti hoidon, niin sekakäyttäjissä heitä oli miltei neljännes. Toinen keskeinen ero on nähtävissä seurannan aikaisessa päihteiden käytössä. Ainoastaan yksi alkoholin käyttäjä

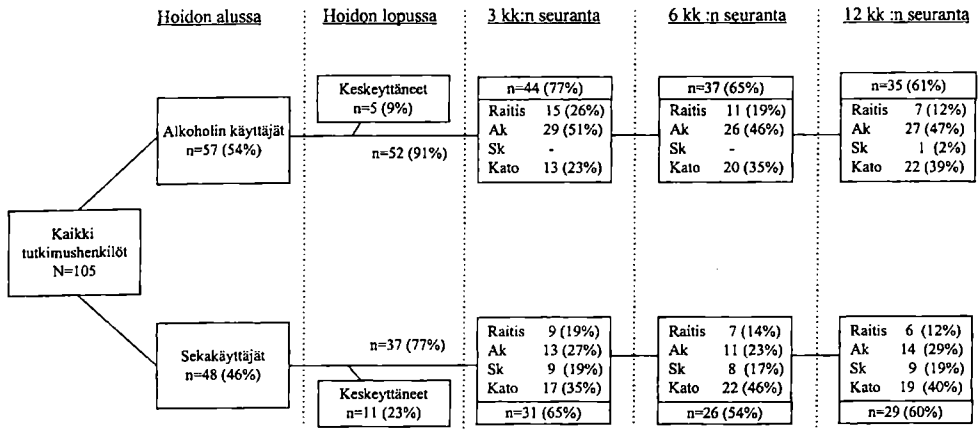
ryhtyi seurannan aikana sekakäyttäjäksi, kun sen sijaan sekakäyttäjistä noin neljännes siirtyi pelkästään alkoholin käyttöön. Tuo lienee merkki alkoholikulttuurin dominanssista (Edwards ym. 1996). Puolet alkoholin käyttäjistä ja viidennes sekakäyttäjistä käytti päihteitä entiseen tapaan, mikä on merkki sisäistetyin käyttötavan vakaisuudesta.

Päihteiden käyttöä seurannan aikana jatkaneiden alkoholin käyttäjien ja sekakäyttäjien ryhmäkohtaiset tiedot selvien päivien prosentuaalisista osuuksista ovat kuviossa 3. Ryhmälinjojen kesken oli tilastollisesti merkitsevä ero, mikä johtui sekakäyttöä jatkaneiden sekakäyttäjien alhaisista selvien päivien osuuksista.

Etsittäessä järkeviä hoidon painopistealueita, sekakäyttäjät ovat varmasti yksi sellainen. Keskeyttäneiden määrästä ja sekakäyttöä jatkaneiden runsaasta päihteiden käytöstä sekä muista sekakäyttäjien ominaisuuksista voisi tehdä johtopäätöksen, että monet heistä eivät vielä olleet Prochaskan ym. (1992) pyörövimallilla

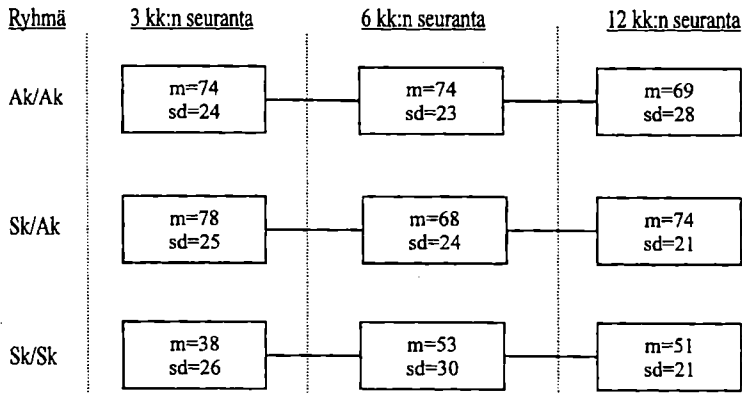
Kuvio 2.

Ryhmäkohtaisia tietoja alkoholin käyttäjistä (Ak) ja sekakäyttäjistä (Sk) seurannan aikana. Mann-Whitneyn testin mukaan ryhmien välillä oli keskeyttäneiden määrässä tilastollisesti merkitsevä ero ($p=.04$).



Kuvio 3.

Alkoholin käyttöä jatkaneiden alkoholin käyttäjien (Ak/Ak), alkoholin käyttäjiksi siirtyneiden sekakäyttäjien (Sk/Ak) ja sekakäyttäjinä jatkaneiden sekakäyttäjien (Sk/Sk) selvien päivien prosentuaaliset osuudet (m,sd). Toistetun varianssianalyysin mukaan ryhmälinjojen väliset erot olivat tilastollisesti merkitsevät ($p=.03$).



kuvaten edenneet kovinkaan pitkälle muutosprosessissa.

TERAPEUTIT JA SELVIYTYMISARVIOT

Terapeutikkohtaisten asiakasryhmien selvien päivien prosentuaalisissa osuuksissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ennen hoitoa eikä seurannan aikana. Keskeyttäneiden prosentuaalisissa osuuksissa oli melkoisia terapeutti-kohtaisia eroja (0-33%), mutta ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, sillä ryhmien kokorot olivat suuret (3-20). Terapeuttien iällä, työkokemuksen pituudella ja menetelmällisellä

koulutuksella ei myöskään ollut yhteyttä asiakasryhmien selviytymisen kanssa. Analyysi oli tosin menetelmäkoulutuksen osalta karkea, sillä selittävät muuttujat oli dikotominen (oli / ei ollut menetelmällistä koulutusta). Koulutukset olivat hyvin erilaisia sekä sisällön että ajallisen keston suhteen.

Terapeutin sukupuolella sen sijaan oli mielenkiintoisia vaikutuksia. Ensinnäkin naisterapeuttien asiakkaiden sukupuolijakauma (miehiä 47% ja naisia 53%) poikkesi χ^2 -testin mukaan merkitsevästi ($p<.001$) miesterapeuttien vastaavasta jakaumasta (95/5%). Miesterapeuteilla ei

siis juurikaan ollut naisasiakkaita, mutta naisterapeuteilla sen sijaan oli tasaisesti kummankin sukupuolen asiakkaita. Tämän voisi toisaalta tulkita merkiksi miesten perinteisestä hoivan hausta ja toisaalta naiskommunikaation erilaisuuden tuottamista terapeuttipreferensseistä. Akodin sisäisellä organisaatiolla lienee myös ollut merkitystä, sillä kaikilla osastoilla ei ollut yhtäläisiä mahdollisuuksia päästä, joko mies- tai naisterapeutin asiakkaaksi.

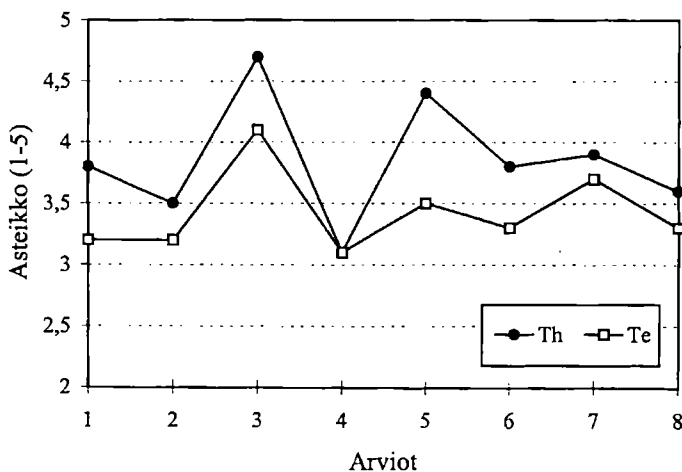
Toiseksi naisterapeuteilla oli χ^2 -testin mukaan miesterapeutteja merkittävästi ($p=.001$) enemmän asiakkaina sekakäyttäjiä (64/31%). Tästä olisi oletettavasti seurauksena, että naisterapeuteilla olisi myös ollut enemmän keskeyttäneitä, mutta tilanne olikin päinvastainen: miesterapeuttien asiakkaiden keskeyttämisprosentti oli 19 ja naisterapeuttien 10.

Yhteyksien selvittämiseksi tehtiin logistinen regressioanalyysi, jonka selitettävänä muuttujana oli hoidon jatkuvuus (keskeyttänyt/hoidon päättänyt) sekä selittävinä muuttujina terapeuttin sukupuoli (mies/nainen) ja päihteiden käyttö (alkoholin käyttäjä/sekakäyttäjä). Tulokset osoittivat sekä terapeuttin sukupuolella ($p=.05$) että päihteiden käytöllä ($p=.01$) olleen tilastollisesti merkitsevä vaikutus. Onko niin, että naisterapeutit pystyvät miesterapeutteja paremmin välttämään keskeyttämisiin johtavat kärjistyvät (vrt. Miller ja Rollnick 1991)?

Seuraavaksi tarkasteltiin tutkimushenkilöi-

Kuvio 4.

Tutkimushenkilöiden (Th) ja terapeuttien (Te) hoidon lopussa tekemien prognostisten arvioiden keskiarvot. Parittaisten t-testien mukaan tutkimushenkilöiden ja terapeuttien tekemien arvioiden väliset erot olivat kohtia 4 ja 7 lukuun ottamatta tilastollisesti merkitseviä ($p<.05$).



den ja terapeuttien hoidon lopussa tekemiä, tutkimushenkilöiden selviytymistä koskevia prognostisia arvioita. Arvioinneissa käytettiin kahdeksaa ulottuvuutta: 1) raittiuden tai hallitun käytön ylläpitäminen, 2) työpaikan säilyttäminen tai löytäminen, 3) asunnon säilyttäminen tai löytäminen, 4) taloudellinen tilanne, 5) perhe-elämä, 6) muut ihmissuhteet, 7) fyysinen terveys, 8) mielenterveys. Tutkimushenkilöiden ja terapeuttien tekemien arvioiden keskiarvot ovat kuviossa 4.

Terapeuttien tekemät prognostiset arviot olivat miltei kautta linjan kriittisempiä kuin tutkimushenkilöiden tekemät arviot. Samanlainen ilmiö havaittiin aikaisemmassa tutkimuksessa, jossa tutkimushenkilöitä ja terapeutteja pyydettiin arvioimaan, miten hyvin tutkimushenkilöt menestyivät hoidossa (Saarnio 1995). Kyseessä on sosiaalipsykologisesti yleinen ilmiö: ihmiset yleensä arvioivat itseään positiivisemmin kuin muut ihmiset (Taylor & Brown 1988).

Miten sitten tutkimushenkilöiden ja terapeuttien hoidon lopussa tekemät prognostiset arviot ennakoivat tutkimushenkilöiden kunakin seuranta-ajankohtana tekemiä toteuma-arvioita? Sen selvittämiseksi tehtiin monimuuttujavarianssianalyysit, joiden selitettävänä muuttujina olivat toteuma-arvioiden kombinaatiot (Taulukko 7).

Tutkimushenkilöiden tekemät prognostiset arviot ennakoivat neljässä kohdassa tilastollises-

Taulukko 7.

Tutkimushenkilöiden (Th) ja terapeuttien (Te) hoidon lopussa tekemien prognostisten arvioiden ennakoitavuus tutkimushenkilöiden seurannan aikaisiin toteuma-arvioihin; monimuuttujavarianssianalyysi.

Arviot		p
1. Raittiuden tai hallitun käytön ylläpitäminen	Th	.67
	Te	.77
2. Työpaikan säilyttäminen tai löytäminen	Th	.65
	Te	.35
3. Asunnon säilyttäminen tai löytäminen	Th	.001
	Te	.001
4. Taloudellinen tilanne	Th	.05
	Te	.90
5. Perhe-elämä	Th	.22
	Te	.51
6. Muut ihmissuhteet	Th	.10
	Te	.07
7. Fyysinen terveys	Th	.008
	Te	.38
8. Mielenterveys	Th	.003
	Te	.80

Taulukko 8.

Tutkimushenkilöiden toteuma-arvioissa (m, sd) seurannan aikana tapahtuneet muutokset; toistettu varianssianalyysi.

Arviot	3 kk	6 kk	12 kk	p
1. Raittiuden tai hallitun käytön ylläpitäminen	3.5 (1.4)	3.5 (1.4)	3.1 (1.4)	.02
2. Työpaikan säilyttäminen tai löytäminen	2.8 (1.7)	3.1 (1.7)	2.8 (1.8)	.22
3. Asunnon säilyttäminen tai löytäminen	4.6 (1.0)	4.8 (0.6)	4.4 (1.1)	.06
4. Taloudellinen tilanne	3.3 (1.3)	3.1 (1.3)	2.9 (1.3)	.06
5. Perhe-elämä	3.7 (1.3)	4.2 (0.8)	4.3 (0.9)	.08
6. Muut ihmissuhteet	3.8 (1.0)	4.0 (0.9)	3.7 (1.1)	.17
7. Fyysinen terveys	3.5 (1.2)	3.6 (1.1)	3.6 (1.1)	.81
8. Mielenterveys	3.3 (1.3)	3.6 (1.2)	3.5 (1.2)	.008

ti merkittävästi seurannan aikaisia toteuma-arvioita. Asuminen, taloudellinen tilanne sekä fyysinen ja psyykinen terveys olivat tutkimushenkilöille parhaiten ennakoitavissa olevia seikkoja. Terapeuteilla tulos oli tilastollisesti merkittävä ainoastaan asumista koskevassa arvioissa. Suurelta osin immateriaaliset toiminnot eli päihitteiden käyttö, perhe-elämä ja muut ihmissuhteet olivat kummallekin ryhmälle yhtä lailla vaikeita ennakoita.

Tutkimushenkilöiden seurannan aikana tekemien toteuma-arvioiden muutoksia analysoitiin toistettulla varianssianalyysillä (Taulukko 8). Tilastollisesti merkittävät muutokset olivat tapahtuneet päihitteiden käyttöä ja mielenterveyttä koskevissa arvioissa, joskin erisuuntaisesti: päihitteiden käytön hallinnan arvioitiin menneen huonompaan suuntaan ja mielenterveyden kohentuneen. Edellinen seikka ei ole yleisten seurantatulosten valossa yllättävää, jälkimmäinen sen sijaan herättää ihmetystä. Yksi selitys voisi olla se, että raittiuden tai hallitun käytön ylläpito oli seurannan alkuvaiheessa henkisesti

niin raskasta, että se näkyi mielenterveyttä koskevissa toteuma-arvioissa.

ERITYISKYSELYMYKSIÄ

Tutkimushenkilöiden sukupuolella oli eräitä vaikutuksia. Ensinnäkin selvien päivien prosentuaalinen osuus oli naisilla hoitoa edeltäneestä ajasta seurannan loppuun johdonmukaisesti kymmenisen prosenttiyksikköä suurempi kuin miehillä. Kyseessä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä ero. Toiseksi naiset käyttivät χ^2 -testin mukaan merkittävästi ($p=.02$) enemmän päihtymistarkoituksessa lääkkeitä kuin miehet (61/34%).

WAIS:n kuutiotehtävällä ei ollut yhteyttä tutkimushenkilöiden selviytymisen kanssa. Kuutiotehtävä on melko pätevä yleisen kognitiivisen kyvykkyyden mittari, mutta hoidon jälkeiseen selviytymiseen vaikuttavat voimakkaasti myös emotionaaliset ja sosiaaliset tekijät. Kuutiotehtävällä oli tilastollisesti merkittävä ($p=.04$) negatiivinen korrelaatio ($r=-.20$) hoitoa edeltäneen ongelmakäyttöperiodin pituuden kanssa. Aikai-

semmassa tutkimuksessa on osoitettu kuu-totehtävällä olleen tilastollisesti merkitsevä negatiivinen korrelaatio myös ongelmajuomisen pituuden kanssa (Saarnio 1994). Tuo yhteys on tosin havaittu pelkästään alkoholisteilla ja heiläkin ainoastaan muutaman päivän ajan juomisen lopettamisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa testaus suoritettiin aikaisintaan viikon kuluttua käytön lopettamisesta.

Seuraavaksi tarkasteltiin vapaa-ajan harrastusten laajuutta ja intensiteettiä indikoivan summamuuttujan korrelaatioita eräiden päihdemuuttujien kanssa. Kyseinen summamuuttuja korreloi tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan hoitoa edeltäneen ajan päihdemuuttujien kanssa: selvien päivien prosentuaalinen osuus ($r=.28, p=.004$), viimeisen ongelmakäyttökauden pituus ($r=-.23, p=.01$), pisimmän raittiin kauden pituus ($r=.23, p=.01$) ja päihteitä ongelmallisesti käyttävien ystävien lukumäärä ($r=-.25, p=.01$). Vastaavien tilastollisesti merkitsevien korrelaatioiden puuttuminen seuranta-ajalta on vaikeasti selitettävissä. Voidaan tietysti spekuloida hoitoa edeltäneen ajan harrastusten olleen merkki spontaanista toiminnasta, joka oli tehokkaampaa kuin seurannan aikainen, monesti ohjattu toiminta.

Seurannan aikaisia elämäntapahtumia koskevista osioista muodostettiin niin ikään summamuuttujat: positiiviset ja negatiiviset tapahtumat. Niillä ei kuitenkaan ollut yhteyttä tutkimushenkilöiden selvien päivien prosentuaaliseen osuuteen. Tällainen tarkastelu on todennäköisesti liian karkea, sillä siinä ei huomioida sitä, että eri henkilöt saattavat kokea ulkoisesti samanlaiset tapahtumat hyvin erilaisesti: mikä toisella johtaa retkahdukseen, se taas toisella ehkäisee sen. Yksittäisiä elämäntapahtumaosioita tarkasteltaessa osoittautui, että uuden työpäikän löytäminen ja tulotason nousu lisäsivät selvien päivien osuutta, kun sen sijaan tulotason lasku vähensi sitä.

Tutkimushenkilöt olivat jaettavissa seurannassa mukana olon perusteella neljään ryhmään: 1) keskeyttäneet ($n=16$), 2) hoidon päättäneet mutta seurannasta pudonneet ($n=11$), 3) epäsäännöllisesti seurannassa olleet ($n=22$), 4) säännöllisesti seurannassa olleet ($n=56$). Keskeyttäneet käsiteltiin tässä omana ryhmänään, vaikkei yhtäkään heistä tavoitettu seurannassa.

Kahden ensimmäisen ryhmän analyysi oli mahdollista ainoastaan hoitoa edeltänyttä aikaa koskevilla muuttujilla. Nuo kaksi ryhmää poikkesivat yksisuuntaisen varianssianalyysin ja Tukeyn testin perusteella ($p<.05$) säännöllisesti seurannassa olleista iän perusteella: edellisten ryhmien iän keskiarvot olivat 34 ($sd=11$) ja 35 ($sd=8$) sekä jälkimmäisen ryhmän 41 vuotta ($sd=10$). Hoidon päättäneet mutta seurannasta pudonneet poikkesivat yksisuuntaisen varianssianalyysin ja Tukeyn testin perusteella ($p<.05$) säännöllisesti seurannassa olleista myöskin hoitoa edeltäneen ongelmakäyttöperiodin pituuden osalta ($m=114, sd=148/m=35, sd=66$).

Tässä voidaan jälleen viitata Prochaskan ym. (1992) pyöroovimalliin: oletettavasti näin nuoret henkilöt eivät olleet kovin pitkällä muutosprosessissa eivätkä siten halukkaita sitoutumaan hoitoon. Ongelmallisen alkoholin käytön osalta neljäkymmentä ikävuotta pidetään yleisesti eräänlaisena rajapyykinä, jonka jälkeen haittavaikutukset alkavat kasaantuvasti ilmetä (Goldman 1983). Se todennäköisesti synnyttää muutosmotivaatiota päihteiden käytön suhteen.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimushenkilöt vähensivät oleellisesti päihteiden käyttöä: selvien päivien prosentuaalinen osuus oli seurannan aikana kaksinkertainen verrattuna hoitoa edeltäneeseen aikaan. Muut päihteiden käyttöä ja elämäntapaa koskevat tiedot olivat samansuuntaisia. Tämä ei kuitenkaan koskenut kaikkia asiakkaita, sillä muutamat heistä jopa lisäsivät päihteiden käyttöä. Sekä käyttö oli tuottanut ennen hoitoa enemmän haittoja ja oli ollut voimakkaammin sidoksissa alakulttuureihin kuin pelkkä alkoholin käyttö. Sekäkäyttäjät keskeyttivät hoidon alkoholin käyttäjiä useammin, ja lisäksi sekäkäyttöä jatkaneiden tutkimushenkilöiden päihteiden käyttö oli seurannan aikana runsasta. Terapeutti-kohtaisten asiakasryhmien selviytymisessä ei ollut oleellisia eroja, mutta terapeutin sukupuolella sen sijaan oli merkitystä: miesterapeuttien asiakkaat keskeyttivät useammin hoidon kuin naisterapeuttien asiakkaat. Jatkohoidon ja sosiaalisten verkostojen merkitys selviytymisen tukena tuli vahvasti esille.

Kankaanpään A-kodissa ei ole aikaisemmin tehty seurantatutkimusta, joten sieltä ei ole saa-

tavissa vertailukohteita. Selvien päivien prosentuaalinen osuus vuoden kuluttua hoidon päättymisestä on raportoitu kahdessa suomalaistutkimuksessa: Kesolla (1988) se oli noin 77 % ja Koski-Jänneksellä (1992) kymmenisen prosenttiyksikköä vähemmän. Tässä tutkimuksessa se oli 74 %. Raittiuden osalta tulokset ovat vaihdelleet 10 ja 20 prosentin välillä (Bruun ja Markkanen 1961, Keso 1988, Koski-Jännes 1992). A-kodin tutkimushenkilöistä 12 % oli vuoden kuluttua hoidon päättymisestä raittiina. Tuloksia ei kuitenkaan voida suoraan verrata toisiinsa, sillä tutkimusten hoitopopulaatioissa ja tutkimusmenetelmissä on ollut suuria eroja. Vertailu ulkomaisiin tutkimuksiin olisi vielä kyseenalaisempaa.

Selviytymistä ennakoivien tekijöiden osalta vertailu muihin tutkimuksiin on luotettavampaa. Päihteiden käytön intensiteetti ennen hoitoa on havaittu tämän tutkimuksen tapaan yhdeksi parhaista selviytymisen prediktoreista (McLellan ym. 1994). Sama pätee sosiaalisten verkostojen laajuuteen ja laatuun, jatkohoidon intensiteettiin sekä terapeutin prognostiseen arvioon (Breslin ym. 1997, Koski-Jännes 1992, Saunders ja Allsop 1991). Melko hyväksi prediktoriksi osoittautuneen asiakkaan prognostisen arvion osalta on myös aikaisempaa tutkimusevidenssiä (Long ym. 1998).

Sekakäyttäjää koskevat tulokset ovat tämän tutkimuksen keskeisintä antia, sillä aihepiiriä ei ole Suomessa juurikaan tutkittu, vaikka sen merkitys on ollut jatkuvassa kasvussa. Ulkomaisten tutkimusten mukaan moniaineaddiktiot ovat vakaampia ja siten myös vaikeammin hoidettavia (Moos ym. 1990).

Tutkimustulosten pätevyys keskeisimmät rajoitukset liittyvät toisaalta käytettyyn metodiikkaan ja toisaalta kadon analyysiin. Tutkimusta voidaan ensinnäkin kritisoida siitä, että sen aineisto koostuu pääasiassa tutkimushenkilöiden raportoimista tiedoista, toisin sanoen siinä ei käytetty rinnakkaismittareita, esimerkiksi maksatestejä. Tähän ratkaisuun päädyttiin toisaalta käytännön syistä ja toisaalta siksi, että päihteiden käyttäjien raportoimia tietoja pidetään kaikesta huolimatta kohtuullisen luotettavina (Midanik 1988). Toinen metodinen pulma liittyy siihen, että selviytymisen tärkeimpänä mittarina käytettiin selvien päivien prosen-

tuaalista osuutta, mutta samalla ei tutkittu käytettyjen päihdeannosten suuruutta. Nuo tiedot olisivat olleet tarpeen päihteiden käytön intensiteetin tarkastelemiseksi. Kaksi pulloa olutta on eri asia kuin kaksi pulloa Koskenkorvaa.

Perusteellinen kadon analyysi olisi edellyttänyt kontaktia kyseisiin tutkimushenkilöihin tai sukulaisiin ja ystäviin. Se ei onnistunut aktiivisista yrityksistä huolimatta. Kadon osuus oli seuranta-ajankohdasta riippuen 29 - 40 %. Heidän kohtalostaan ei saatu kolmea kuollutta tutkimushenkilöä lukuun ottamatta mitään tietoa.

Tulosten perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä A-kodin hoidon tehokkuudesta, sillä kyseessä ei ollut kontrolloitu hoitotutkimus. Hoitovaikutusten erottelu muista tekijöistä ei siis ollut mahdollista tutkimusasetelmallisista syistä. Kontrolloitu tutkimusasetelma olisi ollut vaikeasti toteutettavissa A-kodin eklektisten hoitoperiaatteiden takia.

Mitkä sitten ovat tutkimuksen käytännön johtopäätökset? Kahteen pitkälti päällekkäiseen asiakasryhmään, nuoriin ja sekakäyttäjisiin, olisi kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota, sillä heidän lähtökohtansa ja selviytymisensä olivat selvästi muita pulmallisempia. Keskeyttämisen vähentäminen on toinen tärkeä tavoite. Terapeuteilla on siinä oleellinen rooli. Jatkohoito ja sosiaaliset verkostot ovat kolmas painopistealue. Jos nämä asiat eivät ole kunnossa, hyväkään hoito ei tuota kunnollisia tuloksia (Azrin ym. 1982).

Tässä tutkimuksessa käytetty seurantamethodiikka on työläs käytettäväksi arkipäivän hoitotoiminnassa. Kyse on ennen kaikkea resurssista: A-kodin kokoisessa hoitolaitoksessa pitäisi olla kaksi työntekijää pelkästään seurantaan liittyvissä tehtävissä. Se ei ole mahdollista. Metodiikkaa voitaisiin keventää supistamalla haastattelujen sisältöä, siirtymällä puhelin- tai postikyselyyn tai käyttämällä otoksia. Nuo ratkaisut eivät kuitenkaan ole ongelmattomia, sillä ne vaikuttavat muun muassa tietojen luotettavuuteen ja kadon suuruuteen. Kyse on kompromissien teosta, jossa on tarkoin punnittava hyödyt ja haitat.

The purpose of the study was to find out how the clients of the Kankaanpää A-Home coped after treatment. The results indicated that the subjects (N=105) cut down their substance use to a significant degree: the percentage of sober days was during the follow-up double the percentage of sober days before the treatment. Other data concerning the use of intoxicants and lifestyle pointed at the same direction. This did not, however, apply to all the clients, because some of them even increased their substance use. Before the treatment, polydrug use had brought along more negative consequences and had been more strongly tied up with subcultures than pure alcohol use. Polydrug users also inter-

rupted the treatment more often than did alcohol users, and in addition, those subjects who continued with their polydrug use consumed large quantities of intoxicants during the follow-up. There were no significant differences in the coping of clients of different therapists, but the sex of the therapist was significant in this respect: the clients of male therapists interrupted their treatment more often than did the ones of female therapists. The study provides strong evidence of the fact that aftercare and social networks support clients' coping. To be applicable to everyday counseling the procedure of follow-up need to be modified in some parts.

LÄHTEET

- Aho M-L, Grönholm R. Seurantatutkimus Järvenpään sosiaalisairaalasta vuonna 1977 hoidosta lähteneistä asiakkaita. *Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja* 2/1979. Järvenpää 1979.
- Alemi F, Stephens R, Llorens S, Orris B. A review of factors affecting treatment outcomes: Expected treatment outcome scale. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21:483-509.
- Annis H. A basic assessment package. In: Glaser F, Skinner H, Pearlman S, Segal R, Sisson B, Ogborne A, Bohnen E, Gazda P, Zimmerman T, Eds. *A system of health care delivery*. Vol. II. Toronto 1984a.
- Annis H. A basic follow-up package. In: Glaser F, Skinner H, Pearlman S, Segal R, Sisson B, Ogborne A, Bohnen E, Gazda P, Zimmerman T, Eds. *A system of health care delivery*. Vol. III. Toronto 1984b.
- Azrin N, Sisson R, Meyers R, Godley M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Therapy Exp Psychiatry* 1982;13:105-112.
- Breslin F, Sobell M, Sobell L, Buchan G, Cunningham J. Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addict* 1997;92:1479-89.
- Bruun K, Markkanen T. Onko alkoholismi parannettavissa? Kokeellinen tutkimus nykyaikaisen alkoholistipoliklinikan hoitotuloksista. *Väkijoumakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja* no. 11. Helsinki 1961
- Connors G, Carroll K, DiClemente C, Longabaugh R, Donovan, D. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:588-98.
- Edwards G. ym. *Alkoholipoliitikka ja yhteinen hyvä*. Helsinki 1996.
- Evert D, Oscar-Berman M. Alcohol-related cognitive impairments: An overview of how alcoholism may affect workings of the brain. *Alcohol Hlth Res World* 1995;19:89-96.
- Floyd A, Monahan S, Finney J, Morley, J. Alcoholism treatment outcome studies 1980-1992: The nature of the research. *Addict Behav* 1996;21:413-28.
- Garfield S. The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clin Psychol Sci Pract* 1997;4:40-43.
- Goldman M. Cognitive impairment in chronic alcoholics: Some cause for optimism. *Am Psychol* 1983;38:1045-54.
- Goldman M. Recovery of cognitive functioning in alcoholics: The relationship to treatment. *Alcohol Hlth Res World* 1995;19:148-54.
- Heinonen J. Päihdehuollon vaikuttavuuden arvioinnista. *Sosiaalilääk Aikak* 1996;33:299-306.
- Holmberg N. Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia 1/1995. Helsinki 1995.
- Kekki J, Uitto K. Seurantatutkimus vuonna 1972 Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidetuista potilaista. *Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja* 1/1974. Järvenpää 1974.
- Keso L. Inpatient treatment of employed alcoholics. A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki 1988.
- Koski-Jännes A. Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Helsinki 1992.
- Litman G, Stapleton J, Oppenheim A, Peleg M, Jackson P. The relationship between coping behaviors, their effectiveness and alcohol relapse and survival. *Br J Addict* 1984;79:283-91.

- Long C. Hollin C. Williams M. Self-efficacy, outcome expectations and fantasies as predictors of alcoholics' posttreatment drinking. *Subst Use Misuse* 1998;33:2383-2402.
- Mahoney M. Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy. New York 1991.
- McLellan A. Alterman A. Metzger D. Grissom G. Woody G. Luborsky L. O'Brien C. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatment: Role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1141-58.
- McLellan A. Grissom G. Zanis D. Randall M. Brill P. O'Brien C. Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:730-735.
- Midanik L. Validity of self-reported alcohol use: A literature review and assessment. *Br J Addict* 1988;83:1019-29.
- Miller W. Follow-up assessment. In: Hester R, Miller W, Eds. *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York 1989.
- Miller W. Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York 1991.
- Moos R. Finney J. Cronkite R. Alcoholism treatment. Context, process and outcome. New York 1990.
- Morley J. Finney J. Monahan S. Floyd A. Alcoholism treatment outcome studies 1980-1992: Methodological characteristics and quality. *Addict Behav* 1996;21:429-43.
- Murto L. Evaluaatiotutkimuksellako päihdehuoltoon lisää tehoa? *Janus* 1997;5:416-20.
- Ovaska I. Seurannan odottamaton seuraus. Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaiden selviytyminen hoidon jälkeen v. 1988-89. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja no. 30. Järvenpää 1992.
- Pellinen S. Luonnolliset voimat, alkoholismi ja alkoholismin hoito. Tutkimus Järvenpään sosiaalisairaalassa vuonna 1977 hoitonsa päättäneistä perheellisistä asiakkaista. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1/1982. Järvenpää 1982.
- Prochaska J. DiClemente C. Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- Project Match Research Group, Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997a;58:7-29.
- Project Match Research Group, Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addict* 1997b;92:1671-1698.
- Saarnio P. Alkoholistien hoidon ja kuntoutuksen peruslähtökohtia. Tutkimus huoltola-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 2/1990. Helsinki 1990.
- Saarnio P. Measuring the effect of the duration of problem drinking on cognitive functions in alcoholics. *Jpn J Alcohol Drug Depend* 1994;29:108-13.
- Saarnio P. Alkoholistien kognitiivisten toimintojen ja hoitomenestyksen välisestä yhteydestä. *Psykologia* 1995;30:111-16.
- Saarnio P. Haliseva M. Saxbäck R. Alkoholiongelmién hoidon SHS-arviointikriteeristö. *Alkoholipolitiikka* 1993;58:271-76.
- Saunders B. Allsop S. Alcohol problems and relapse: Can the clinic combat the community? *J Community Appl Soc Psychol* 1991;1:213-221.
- Suokas A. Brief intervention of heavy drinking in primary health care: Hämeenlinna study. Helsinki 1992.
- Taylor S. Brown J. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull* 1988;103:193-210.
- Toiviainen S. Kantapöydän imu. Juoppokulttuuri valintana ja pakkona. Helsinki 1997
- Valle S. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *J Stud Alcohol* 1981;42:783-90.
- Wechsler D. WAIS-käsikirja. Wechslerin älykkyysasteikko. Helsinki 1971.
- Zweben A. Cisler R. Composite outcome measures in alcoholism treatment research: Problems and potentialities. *Subst Use Misuse* 1996;31:1783-1805.
- PEKKA SAARNIO**
VTT, dosentti
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- MARJO TOLONEN**
Sosiaalihuoltaja, sosiaaliterapeutti
Kankaanpään A-koti
- KATJA HEIKKILÄ**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- SANNA KANGASSALO**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- MARJA-LEENA MÄKELÄINEN**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- PÄIVI NIITTY-UOTILA**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- LAURA VILENIUS**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- KRISTA VIRTANEN**
Yht. yo
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos