

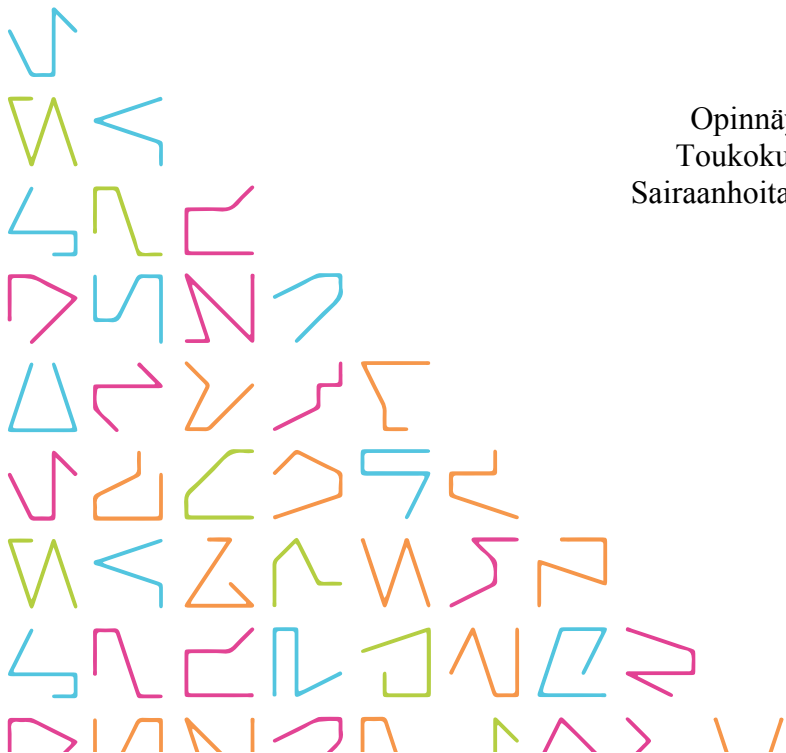


TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# Mindfulness-Based Relapse Prevention – menetelmä päihdekuntoutujille

Ville Vepsäläinen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2017  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus  
Vepsäläinen Ville  
Mindfulness-Based Relapse Prevention –menetelmä päihdekuntoutujille

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Toukokuu 2017

---

Päihteiden ongelmakäyttö koskettaa yhä useampaa Suomessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yksi lääkkeetön psykososiaalinen hoitokeino päihdekuntoutujille. Pyrkimyksenä oli tuoda alan ammattilaisten ja asiasta kiinnostuneiden tietoon yksi hoitokeino, josta aiemmin ei ole julkaistu materiaalia Suomessa. Opinnäytetyön menetelmä oli narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin: Mitä on Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) –menetelmä? Miten menetelmä toimii päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa? Minkälaisia tuloksia menetelmästä on saatu päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa?

MBRP on yksilön tietoisuustaitoja ja itsetuntemusta kehittävä menetelmä. Se on suunniteltu auttamaan päihdekuntoutujia lisäämään tietoisuuttaan relapsin laukaisevista tekijöistä. Asiakas oppii käyttämään kykyään pysähtyä ja tarkkailla nykyhetkeä, tuomaan havainnoinnin vaihtoehtoihin käyttäytymistapoihin ja vastaamaan näihin viisaasti, reagoimatta tavanomaisesti riippuvuuskäyttäytymisellä. Menetelmä parantaa mielialaa, vähentää stressiä ja addiktion vakavuutta.

Heikko stressinsietokyky ja mielenterveysongelmat, erityisesti masennus, saattavat olla syitä, miksi yksilö on ajautunut päihdeongelmaiseksi. MBRP –menetelmä puuttuu juuri tähän tekijään; sen vaikutus perustuu kognitioiden ja affektien käsittelytaitojen, sekä itsetuntemuksen lisääntymisen kautta hankittuun kykyyn hillitä päihtymyshalua. Menetelmä edellyttää asiakkaalta motivoituneisuutta ja riittävää kognitiivista kyvykkyyttä. Jatkossa voisi tutkia enemmän erityisesti MBRP –menetelmän sopivuutta eri ihmisryhmille sekä pidemmän aikavälin vaikuttavuutta relapsien ehkäisyssä.

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

VILLE VEPSÄLÄINEN:  
Mindfulness Based Relapse Prevention – Method for Substance Abuse Rehabilitators

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 6 pages  
May 2017

---

Substance abuse disorders are affecting a growing number of people in Finland and the efficacy of their treatment is known to be rather undulating. The purpose of this dissertation was to portray one psychosocial treatment method. Narrative literature review was the chosen method for this thesis. The aim was to shed light into a feasible and an inexpensive treatment method for the working professionals in the field of public health care and for others whom might find the topic interesting.

The goal of this thesis was to answer these questions: What is Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)? How does it work for the treatment of substance abuse disorders? What are the results in the treatment of substance abuse disorders?

MBRP enhances one's mindfulness skills and self-knowledge. It is designed to help rehabilitators by increasing awareness of the factors, which trigger a relapse and of the following physical, mental and cognitive experiences. The client learns to cultivate the skill of stopping and observing the present moment as it happens. After which the client is able to notice different options that are at hand and can decide to choose the right option wisely without acting out of "auto-pilot -mode" towards addictive behaviors. MBRP enhances mood, diminishes stress and lessens the severity of addiction.

---

Keywords: Mindfulness, MBRP, substance abuse, substance abuse treatment

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Mindfulness.....	7
3.1.1	Mindfulness-Based Stress Reduction.....	8
3.1.2	Mindfulness-Based Cognitive Therapy.....	9
3.1.3	Mindfulness-Based Relapse Prevention.....	10
3.1.4	Mindfulnessin kritiikki.....	11
3.2	Päihteidenkäyttö ja päihdehoitotyö.....	13
4	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	17
4.1	Kirjallisuuskatsauksen tehtävä.....	17
4.2	Aineiston keruu.....	18
4.2.1	Hakuprosessi ja käytetyt hakusanat .....	18
4.2.2	Hakutulokset .....	19
4.2	Aineiston analyysi .....	19
5	TULOKSET .....	20
5.1	Mindfulness Based Relapse Prevention –menetelmä.....	20
5.2	Menetelmän toimiminen .....	21
5.2.1	Päihdeongelmat.....	22
5.2.2	Mielenterveysongelmat.....	24
5.3	Menetelmän tulokset päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa.....	24
5.3.1	Päihdeongelmat.....	25
5.3.2	Mielenterveysongelmat.....	25
6	POHDINTA.....	26
6.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	26
6.2	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset .....	27
	LÄHTEET.....	28
	LIITTEET .....	33
	Liite 1. TAULUKKO 1. Valittu aineisto kirjallisuuskatsaukseen.....	33

## 1 JOHDANTO

Suomen päihdepolitiikkaa ohjailevat alkoholiohjelma ja huumausainepoliittiset toimenpideohjelmat. Niiden sisältöihin vaikuttavat päihdepolitiikka, talouselämä, sekä suomalaisten päihdekäyttäytyminen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 95-97.) Alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2015 laski 3,6% edelliseen vuoteen verrattuna, mutta noin viidennes alkoholia käyttävistä miehistä ja noin 10% alkoholia käyttävistä naisista juo yhdessä viikossa riskirajan verran tai sen yli (SVT 2016; Österberg & Mäkelä 2015).

Laajalti tarkasteltuna huumausaineiden käyttö sekä niiden liitännäisongelmat ovat olleet viime vuosina samalla tasolla kuin aiemmin. 2010 –vuoden väestökyselyn perusteella 15-69 –vuotiaista suomalaisista 17% oli käyttänyt jotain lainvastaista huumausainetta, pääsääntöisesti kannabista. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan 18 000 – 30 000 vuonna 2012. Vastaaviin aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna ongelmakäyttö on kasvussa maassamme (Varjonen 2015, 5.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yksi lääkkeetön hoitovaihtoehto päihdekuntoutukseen. Psykososiaalinen tuki ja lääkkeettömät hoitokeinot ovat kaikessa päihdekuntoutuksessa lääkehoidon rinnalla tärkeä elementti. Tietoisuustaitojen harjoittamisella yksilö voi oppia havainnoimaan omia ajattelu- ja käyttäytymistapoja, jotka ovat johtaneet päihteiden ongelmakäyttöön. Tämän ansioista yksilö voi löytää ei ainoastaan päihteiden käytön vähentämistä, tai raittiutta vaan mielekkäämmän tavan suhtautua elämäänsä. Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) –menetelmä tarjoaakin mahdollisesti toimivan tavan oppia tarkastelemaan omaa elämää uusin silmin. (Addictive behaviors research center; Saukkonen 2010.)

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Mindfulness-Based Relapse Prevention –menetelmästä päihdekuntoutuksessa.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mikä on Mindfulness-Based Relapse Prevention –menetelmä?
2. Miten menetelmä toimii päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa?
3. Minkälaisia tuloksia menetelmästä on saatu päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa?

Tavoitteena oli antaa lisätietoa menetelmästä päihdehoitotyössä alan ammattilaisille ja opiskelijoille, päihdekuntoutujille, heidän omaisilleen ja asiasta kiinnostuneille.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Mindfulness

Mindfulnessilla tarkoitetaan tietoisista läsnäoloa nykyhetkessä, puolueetonta, arvostelematonta ja kaiken hyväksyvää läsnäoloa juuri tällä hetkellä avautuvassa nykyhetkessä. Tarkoituksena on harjoittaa tietoisuuden tarkkailua ja huomiointia pitkään ja täsmällisellä tavalla. Tämä menetelmä on yksi monista eri tavoista meditoida eli mietiskellä. Hyväksyvällä läsnäololla voidaan ymmärtää tarkoitettavan myötätuntoista suhdetta oman mielen kaikkia sisältöjä kohtaan. (Kabat-Zinn 2008, 40; Kortelainen, Saari & Väänänen 2014, 9; Stahl & Goldstein. 2011,37.)

Tässä opinnäytetyössä *mindfulness –menetelmillä* tarkoitetaan länsimaisia versioita alun perin buddhalaisista harjoituksista, kuten Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Mindfulness on siis harjoitus ja filosofia, josta on kehitetty erilaisia länsimaisia menetelmiä. Buddhalaisuuden perusopetuksissa opetetaan kahdeksanosaisesta polusta, joka sisältää hyvän elämän ohjeet. Seitsemännessä askeleessa mainitaan ”sati”, joka on englanniksi ”mindfulness”, tai ”awareness”. (Bhante Bodhidhamma 2016; Kortelainen ym. 2014, 9.)

Meditoimista voidaan myös selittää menetelmänä, jossa tarkkaillaan ja muutetaan systemaattisesti tarkkaavaisuutta ja energiaa, tällä tavoin vaikutetaan yksilön fenomenologiaan, ymmärretään ihmisyyden eksistenssi ja ontologia, sekä oma suhde ympäröivään maailmaan ja muihin ihmisiin muuttuu viisaammaksi. (Kabat-Zinn. 2013, 11.)

Meditointia on harjoitettu henkisen kasvun ja oivalluksen kehittämiseksi monella eri tavalla useassa eri viisaustraditioissa ja uskonnossa, kuten kristinuskossa, buddhalaisuudessa, juutalaisuudessa, taolaisuudessa ja hindulaisuudessa (Stahl & Goldstein. 2011, 37). Länsimaiset naturalistis-materialistiset filosofiat ja luonnontieteet ovat kiinnostuneet tietoisuustaitojen kehittämisestä. Monet tieteen, talouden ja taiteen alat, kuten humanistiset tieteet, yhteiskunnalliset tieteet, lääketiede, terapia-ala, koulutus, kaupallisen ala ja urheilu ovat osoittaneet kiinnostusta tietoisuustaitoja kohtaan. Tietoisuustaitojen syntyhistoriasta on hyvä tietää, sillä irrotettuina syvemmästä kontekstistaan opetuk-

set tietoisuustaitojen kehittämisestä menettävät mahdollisuutensa syvempään oivallukseen. (Confino 2014; Stahl & Goldstein. 2011, 37.)

### 3.1.1 Mindfulness-Based Stress Reduction

Länsimaisen maallistuneen mindfulness -meditoinnin popularisoijana ja esikuvana on toiminut 1970 –luvulta lähtien amerikkalainen professori John Kabat-Zinn. Hän perusti Massachusettsin yliopiston lääketieteellisen tiedekuntaan kipuklinikan 1979, jossa hän hoiti kroonisia kipupotilaita, joille tavanomaiset kipujen lievitysmenetelmät eivät toimineet. Hyvien tulosten vuoksi muodollinen kahdeksanviikkoinen kurssi MBSR –menetelmästä on levinnyt ympäri maailmaa, ja sillä hoidetaan isoa määrää eri kehoollisia/psykkisiä vaivoja ja ongelmia. (Kabat-Zinn 2016; Kortelainen ym. 2014, 96.)

Mindfulness-Based Stress Reduction menetelmä (MBSR) eli mindfulnessiin perustuva stressihallinta lähtee siitä ajatuksesta, että ihminen haastaa itseään parantamalla oman toipumisen ja parantumisen edellytyksiä kaiken ammattiavun lisäksi. Ihminen itse on siis aktiivinen toimija. Tällä tarkoitetaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, psyykkisen, emotionaalisen ja fyysisen toiminnan jakamatonta kokonaisuutta. Ihminen ymmärretään nondualistisena entiteettinä eli mielen ja ruumin erottamattomana oliona. Mindfulnessiin perustuva stressinhallinta perustuu lähtökohtaisesti suvaitsevaisuuteen, inklusiivisuuteen, kunnioittavuuteen ja empaattisuuteen, turvallisen hoitoympäristön luonnissaan, jossa potilaat uskaltavat kohdata omat ongelmansa ja aloittaa kuntoutumisprosessi. (Kabat-Zinn 2008, 149-152; Kabat-Zinn 2013, 57-68.)

MBSR –menetelmän ytimessä on ajatus hyväksyvistä tietoisesta läsnäolosta nykyhetkessä. Sillä tarkoitetaan sitä, että valitsemme olla läsnä tässä hetkessä oli se sitten miellyttävää tai epämiellyttävää. Evolutiivisesti tapamme toimia on juuri päinvastainen eli pyrimme poistamaan mielestämme tuskaa aiheuttavia asioita. Tiedostava läsnäolo nykyhetkessä auttaa oivaltamaan omia piintyneitä, hyviä ja huonojakin, käyttäytymismalleja ja toimintatapoja. Harjoittelun myötä nämä reaktiiviset ajattelu- ja käyttäytymiskeemat, kielteinen sisäinen puhe sekä kielteiset tulkinnat ovat helpompia tunnistaa ja päättää haluaako toimia niiden mukaisesti eli onko toiminta viisasta. (Kortelainen ym. 2014, 97; Stahl & Goldstein 2011, 78-82.)



Harjoittelun myötä MBSR –menetelmään tutustuva oivaltaa, että keholliset tuntemukset, ajatukset ja tunteet ovat jatkuvassa muutoksen tilassa, eikä mikään ole pysyvää. Yksilö oppii olemaan takertumatta mihinkään, koska ajatukset, tunteet ja tilanteet tulevat ja menevät. Vain muutos on pysyvää. Hyväksyvällä avoimella läsnäololla opitaan olemaan myötämielisiä ja avoimia positiivisille ja negatiivisille tunteille. Voimme ottaa askeleen taaksepäin ja tunnistaa tunteemme. Saatamme huomata olevamme ärtyneitä, mutta tiedostamme että tunnetilat ovat ohimeneviä. Emme enää samaistu ajatuksiimme, tunteisiimme ja kehon kokemuksiimme, vaan osaamme havainnoida niitä puolueettoman neutraalisti. (Kortelainen ym. 2014, 98-100; Stahl & Goldstein 2011, 98-102.)

Kehon ja mielen erottamaton yhteys on myös yksi MBSR:n keskeisimmistä opetuksista. Se miten kohtelemme kehoamme välittyy myös mielemme sisältöihin. On tärkeää ymmärtää keho-mieli-kokonaisuuden kokemus omakohtaisesti proprioception eli asento- ja liikeaistimuksen, sekä interseption eli kehon sisäisten tuntemusten kautta. Proprioseptiolla tarkoitetaan taitoa hahmottaa kehon asento paikallaan ja liikkussa suhteessa ympäröivään tilaan eli spatiaalisesti. Interoseptio ymmärretään ominaisuutena hahmottaa kehon tuntemukset kokemuksellisina aistimuksina, kehon tämänhetkisenä olotilana. Interoseptiokyky hahmottaa tuntemuksia, kuten pistelyä, nälkää, väsymystä, ahdistusta, rauhallisuutta, kutinaa, kipua, pehmeyttä ja lämpöä. (Fogel 2012; Kabat-Zinn 2013, 64.)

### 3.1.2 Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), eli mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia on sovellus MBSR –menetelmästä. Sitä opettaakseen täytyy käydä MBCT –opettajakurssin, jonka suorittaakseen ei tarvitse olla psykoterapeutti, eikä menetelmä ole siis psykoterapiaa (Segal ym. 2016, 6). MBCT:ssa on sama muodollinen kahdeksan viikon kurssin rakenne kuin MBSR:ssä sisältäen psykoedukaatiota, muodollisia istumaja liikemeditaatioharjoituksia, opettajavetoisia keskusteluja, kotona tehtäviä harjoituksia, mutta ratkaisevana erona on menetelmien asiasisältöjen painotuserot. Mindfulnessiin perustuvassa kognitiivisessa terapiassa keskitytään jo kurssin alkuvaiheessa tunnistamaan negatiivisia ajatuskulkuja, joita kaikki ihmiset kohtaavat, mutta ihmiset, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia takertuvat. (Kortelainen ym. 2014, 96-97; Kuyken

ym. 2010, 1105-1112; UCSD Center for Mindfulness 2014; Segal, Williams & Teasdale 2012, 64-67.)

Mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia on nimenomaan kehitetty masennuksen hoitoon alun perin potilaille, jotka kärsivät uusiutuvista masennusjaksoista (Teasdale 2008, 967). Tutkimustulokset näyttävät, että menetelmä on tehokas masennuksesta parantuneille potilaille, mutta joilla on taipumusta sairastua masennuksen uusiutumisiin. MBCT –menetelmä tekee intervention ajatusmalliin, jossa arkipäivästä nousevat negatiiviset ajatukset eskaloituvat masennuksen uusiutumiseksi. Kognitiivisen käyttämisterapian teorioita on myös yhdistetty MBCT –menetelmään. Niiden tarkoituksena on tehostaa potilasta itseään tunnistamaan näitä negatiivisia ajatusmalleja. Näiden lisäksi mindfulness –menetelmiä käytetään työkaluina irrottautumaan näistä ajatusmalleista. (UCSD Center for Mindfulness 2014; Segal ym. 2012, 65-69.)

### **3.1.3 Mindfulness-Based Relapse Prevention**

Mindfulness-Based Relapse Prevention –menetelmä (MBRP) eli mindfulnessiin perustuva relapsinehkäisymenetelmä on tarkoitettu jo oman päihdekuntoutuksen aloittaneille potilaille raittiina pysymisen tueksi. Menetelmässä sovelletaan kognitiivis-behavioraalisia relapsinehkäisytaitoja ja mindfulness-meditaatioharjoituksia. Se sopii parhaiten laitos- ja avohoitopotilaille, jotka ovat motivoituneita säilyttämään hoidon tulokset, sekä niille, jotka ovat halukkaita tekemään elämäntapamuutoksia tukeakseen hyvinvointiaan ja kuntoutumistaan. (Bowen, Chawla & Marlatt 2011, 1; UCSD Center for Mindfulness 2014.)

MBRP –menetelmä on kahdeksan viikon kurssi, jossa sovelletaan empiirisesti tuettuja kognitiivis-behavioraalisia interventioita tohtori G. A. Marlatt Relapse Prevention Therapy –menetelmästä (RPT), John Kabat-Zinn:n Mindfulness-Based Stress Reduction –menetelmästä (MBSR) ja Zindel Segal, J. M. Williams ja J. D. Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy –menetelmästä (MBCT). MBRP –menetelmä auttaa potilaita tunnistamaan ja pysymään tunne-elämän, kognitiivisten ja fyysisten epämukavuuksiensa kanssa, verrattuna siihen, että potilas reagoisi niihin automaatio-ohjauksessa saadakseen nopean helpotuksen ongelmiinsa. (Parks & Marlatt 2000; UCSD Center for Mindfulness 2014).

Harjoittelun myötä potilas oppii tunnistamaan addiktiokäyttäytymiseen johtavat ajattelumallit, pysähtymään valintahetkellä ja tulemaan tietoisiksi tekojensa motiiveista ja seurauksista kullakin hetkellä. Harjoittelun tuloksena potilas vapautuu automaattisista ja usein haitallisista toimintamalleistaan ja oppii toimimaan kohti viisaampia valintoja raittiina pysymisen edistämiseksi. Mindfulness-meditaatioharjoitukset parhaimmillaan nähdään ei ainoastaan hoitomenetelmänä, vaan uutena tapana nähdä ja hahmottaa oma olemassaolo, eli eksistenssi. (Bowen ym. 2011, 1-2.)

MBPR –menetelmän päätavoitteet ovat kehittää herkkyyttä tunnistaa henkilökohtaisten tavanomaisten reaktioihin ja niiden laukaisijoihin, muuttaa suhtautumista epämukavuuksiin, oppia tunnistamaan haastavat fyysiset ja emotionaaliset kokemukset ja vastata niihin viisaasti. Lisäksi, tavoitteena on kehittää arvostelematonta, myötätuntoista lähestymistapaa itseen ja kokemuksiin, sekä rakentaa elämäntapa, joka tukee mindfulness-meditaatioharjoittelua ja päihdekuntoutusta. (Bowen ym. 2011, xix; Mindfulness-Based Relapse Prevention 2016.)

### **3.1.4 Mindfulnessin kritiikki**

Mindfulness –menetelmiä on tutkittu tiedeyhteisössä viime vuosina paljon. Maallistunutta mindfulness –liikettä ja tietoisuustaitoja on sovellettu eri asiayhteyksissä usein ilman kritiikkiä. Tietoisuustaitoja on opetettu irrallisena niiden moraalisesta ja eettisestä kontekstistaan, erityisesti työelämässä. On ajateltu virheellisesti, että stressaava ja ahdistava ilmapiiri johtuu työntekijöistä itsestään ja että stressinhallinta sekä negatiivisen työilmapiirin kanssa pärjääminen on yksilön omalla vastuulla. (Farias 2015; Purser & Loy 2013.)

Tietoisuustaitojen toimivuutta on keuhuttu eri ongelmien hoidossa, elämänlaadun parantamisessa ja yhteisöjen parantajana lähes rajoituksetta. Ei ole ollut olemassa kattojärjestöä, joka valvoisi tietoisuustaitojen opettajien pätevyyttä, kurssien sisältöä ja kurseille sisäänottoa. Kaikille ihmistyypeille ja kaikkiin elämäntilanteisiin tietoisuustaitojen harjoittaminen ei sovi. Vahvistamisteorian mukaan mielenterveysongelmat voivat vahvistua meditoinnin myötä; meditaatioharjoittelu voi tuoda pinnalle käsittelemättömiä asioita ihmisen menneisyydestä, laukaista piileviä mielenterveysongelmia ja tuoda tietoisuu-

teen hyvinkin ahdistavia asioita, joita meditoija ei välttämättä ole osaa käsitellä. Myös paikka ja ympäristö, missä nämä hyvin voimakkaat tunnereaktiot koetaan vaikuttaa niistä selviämiseen. Jos meditoija on yksin, tai hän ei ole kliiniseen mielenterveyshoitotyöhön kouluttautuneen henkilön valvonnassa, negatiiviset kokemukset voivat olla hallitsemattomia. Terapeuttisessa kontekstissa nämä voivat olla hyvin opettavaisia ja voimaannuttavia kokemuksia. (Farias 2015; Farias & Wikholm 2016, 1-2; Ivtzan 2016.)

Vahvistamisteorian lisäksi meditaation ja mielenterveysongelmien yhteyttä selittää egonravisteluhypoteesi. Tietoisuustaitojen harjoittamisen yksi perimmäinen tarkoitus sen alkuperäisessä uskonnollis-spirituaalisessa kontekstissaan on ollut kyseenalaistaa se, miten me koemme oman subjektiivisen kokemuksemme itsestämme, muista ja ympäröivästä maailmasta. Meditoinnilla pyritään purkamaan ego ja harha yksilöllisestä itseystä ja täten tuomaan uusi näkökulma subjektiiviseen kokemukseen itsestä, muista ja ympäröivästä maailmasta. Joten ei ole yllättävää että emotionaalisia ongelmia voi ilmetä. (Booth 2014; Farias & Wikholm 2016, 2.)

Tietoisuustaitojen vaikuttavien terapeuttisen löydösten, kuten masennuksen lievittymisen takia, on ensisijaisen tärkeää, että tietoisuustaitojen tekniikoiden soveltamista mietitään tarkoin. Kontrolloidut ja loppuun asti mietityt tutkimusasetelmat voivat mahdollistaa parempien ja luotettavampien tutkimustulosten aikaansaamisen. Täten tietoisuustaitojen käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmien käytössä normalisoituu yhdeksi hoitokeinoksi muiden rinnalla. On myös tärkeää puhua avoimesti mahdollisista haittavaikutuksista, jotta stigma negatiivisista kokemuksista tietoisuustaidoissa hälvenisi. Erityisen tärkeää tämä on potilaille, jottei heille tulisi kokemusta tietoisuustaidoista henkilökohtaisena epäonnistumisena. (Booth 2014; Farias & Wikholm 2016, 3.)

Lisäksi, tietoisuustaitojen opettajien ja instituutioiden stantardisointia ja kontrollointia suositellaan potilasturvallisuuden takia. Tällä hetkellä jopa viikon opettajakurssin käyneet voivat vetää ryhmiä, eikä aiempia pohjakoulutuksia terveysalalta vaadita. Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä mindfulnessin ehdottamista potilaalle kannattaa harkita. Potilaan aikaisempia kokemuksia asiasta kannattaa haastatella, sen lisäksi antaa psykoedukaatiota mahdollisista haittavaikutuksista, kertoa eri harjoitusmetodeista sekä ohjata tarvittaessa jatkohoitoon muualle tai kontrollikäynneille. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön ammattilaisen, kuten sairaanhoitajan, kannattaa perehtyä alan kirjallisuuteen

ja ottaa selvää, kenelle tietoisuustaidoista voi olla hyötyä ja miten, sekä osata omin sanoin kertoa asiasta potilaalle. (Booth 2014; Farias & Wikholm 2016, 3; Ivtzan 2016.)

### 3.2 Päihteidenkäyttö ja päihdehoitotyö

Päihteidenkäyttöä on eri asteista. Raitis ei käytä mitään päihteitä, satunnaiskäytössä päihteitä käytetään ajoittain kun siihen on mahdollisuus. Satunnaiskäyttö ei vaikuta elämänhallintaan. Tapakäyttäjä käyttää toistuvasti päihteitä tutuissa tilanteissa, esimerkiksi viikonloppuisin juhliessa. Riskikäyttäjä vaarantaa oman terveyden ja hyvinvoinnin, tai käytetty aine ei sovi yksilölle psyykkisesti tai fyysisesti. Ongelmakäytössä päihdeaine tai -aineet turmelevat terveyden ja hyvinvoinnin sekä käytöstä koituu sosiaalisia ongelmia, kuten riitoja perheessä tai töissä. Haitallisella käytöllä on jo koituneita todellisia henkisiä tai fyysisiä vaurioita. (Holmberg 2010; Huumeongelma: Käypä hoito –suositus 2012.) Tässä opinnäytetyössä käytetään yleistävää termiä ongelmakäyttö, joka kattaa riski-, ongelma-, haitallisen- ja riippuvuuskäytön.

Päihderiippuvuus eli -addiktio on päihteenkäytön lopettamisen vaikeutta, aiemmista yrityksistä huolimatta. Päihteiden riippuvuuskäyttöä kuvaa usein sekakäyttö eli kahden tai useamman eri päihteen yhdistelmää käytetään haluttua yhteisvaikutusta hakien. Päihderiippuvaisen kokemuksen keskeisiä kuvaajia ovat konfliktit, ambivalenttius ja epäjohtomukaisuus päätöksenteossa päihdekäyttäytymisen suhteen (West & Brown 2013, 6). ICD-10 -tautiluokituksen mukaan päihderiippuvuudella (F10-19.2) tarkoitetaan päihteidenkäytön sairaalloista käyttöä, jolloin ihminen itse ei enää pysty lopettamaan päihteen käyttöä, vaikka tiedostaa käytöstä aiheutuvat ongelmat. Päihteenkäyttö on yhä keskeisemmässä osassa elämänsisältöä, ja hetkittäinen käyttämättömyys aiheuttaa vieroitusoireita. Haluttua vaikutusta varten päihdettä pitää ottaa yhä suurempi annos eli toleranssi päihdettä kohtaan on kasvanut. (Holmberg 2010; Mielenterveystalo 2016.)

Päihteiden eriasteisista käyttötasoista aiheutuvien terveyshaittojen itsehoitona on käytön kokonaan välttäminen, asteittainen vähentäminen ja lopuksi kokonaan irtaantuminen päihteenkäytöstä. Päihteiden liiallista käyttöä kannattaa välttää niiden terveydellisten ja sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Säännöllinen päihteidenkäyttö johtaa helposti fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen riippuvuuteen päihteenkäytöstä. Laittomien päihteiden käytön epäedulliset sosiaaliset seuraamukset voivat vaikeuttaa elämää. Ongelmakäyttäjän

on lähes mahdoton selviytyä yksin riippuvuusoireyhtymästään, tällöin hoitoon hakeutuminen on paras vaihtoehto. (Huttunen 2015; Huumeongelma: Käypä hoito -suositus 2012.)

Hoitoon hakeutuminen on ensisijaisen tärkeää, kun päihteidenkäyttö alkaa hallita elämänhallintaa. Ongelmakäyttöön voi kuulua usein psykiatrista oheisirehdintää, joka pitää ottaa huomioon hoidon arvioinnissa. Päihteiden jatkuva käyttö voi myös altistaa latenttien mielenterveysongelmien puhkeamiselle. Ensisijainen hoitopaikka päihdeasiakkaalle on perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen päihdeyksiköt. Jos potilaalla on psykiatrista oheissairastamista, kunnalliset päihdeyksiköt konsultoivat psykiatrista erikoissairaanhoidon. Silloin, jos potilas sairastaa perussairautenaan jotain vakavaa psykiatrista sairautta ja on tämän lisäksi ongelmakäyttäjä, psykiatrinen erikoissairaala on hoitovastuussa ja voi konsultoida päihdeyksiköitä. (Aho, Salaspuro & Savolainen 2006; Alkoholi-ongelma: Käypä hoito –suositus 2015; Huumeongelma: Käypä hoito –suositus 2012; Mielenterveystalo 2016.)

Päihdehoitotyön peruselementtinä on hoitajan ja asiakkaan kohtaaminen samanarvoisessa ja kunnioittavassa, muutoksen mahdollistavassa yhteistyösuhteessa. Päihdehoitotyön käytännön toteutukseen vaikuttavat sosiaali- ja terveysministeriön päihdepoliittiset linjaukset, tutkimus, alan koulutus ja hallinto. ”Päihteillä tarkoitetaan alkoholia, sen korvikkeita, huumausaineita ja päihtymistarkoitukseen käytettyjä lääkkeitä” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b.) Päihdepolitiikka pyrkii päihteiden ongelmakäytön ehkäisyyn ja käytön määrien pienentämiseen, terveydellisten ja sosiaalisten haittojen minimointiin, parantamaan ongelmakäyttäjien toimintakykyä sekä parantamaan ongelmakäyttäjien lähiomaisten hyvinvointia ja turvallisuutta. Päihdepolitiikka on sosiaali- ja terveysministeriön vastuualueella, josta tulevat päätökset vaikuttavat suoraan päihdetyöhön, esimerkiksi määrärahojen muutoksiin. (Partanen ym. 2015, 3-4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b.)

Päihdehoitotyö jaetaan ehkäisevään eli terveyttä edistävään päihdehoitotyöhön ja itse päihdehoitoon. Päihdehuoltolain mukaan kuntien julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on ensisijainen hoitotaho ehkäisevässä päihdehoitotyössä ja päihdehoidossa (Päihdehuoltolaki 1986). Lukuisat eri kolmannen sektorin järjestöt ja yhdistykset pitävät vertaistukiryhmiä ja klinikoita, usein kuntien avustuksella. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvat tarvittaessa eri viranomaiset, kuten poliisi, tulli, asunto- ja työvoimavi-

ranomaiset sekä kunnan koulu- ja nuorisotoimi. Hoidon toteutus sen kestoineen ja hoitomuotoineen on aina yksilöity kunkin asiakkaan tarpeen mukaan. (Holmberg 2010, 24; Partanen ym. 2015, 197-205; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.)

Laki ehkäisevästä päihdetyöstä määrää julkisen vallan huolehtimaan alkoholin, tupakan, huumeiden ja muiden päihtymiseen tarkoitettujen aineiden, kuten lääkkeiden, sekä rahapeliin aiheuttamien vahinkojen ehkäisystä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan päihdehankinnan, kysynnän, tarjonnan ja käytön vähentämistä, käytöstä aiheutuvien yhteiskunnallisten, sosiaalisten ja terveydellisten haittatekijöiden vähentämistä. Ehkäisevä päihdehoitotyö edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Potilaalla on oikeus terveyden- ja sairaudenhoitoon ja hyvään kohteluun, ketään syrjimättä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Päihtymystila ei saa olla esteenä hoitoon pääsulle. Potilaan täytyy ensisijaisesti itse hakeutua vapaaehtoisesti hoitoon ja tuettavaksi. Mikäli vapaaehtoisuuteen perustuva hoito on osoittautunut riittämättömäksi, tai se ei ole mahdollisia, täytyy soveltaa tahdosta riippumattoman hoidon käyttöönoton edellytyksiä. Niissä tarkastellaan sekä potilaan terveydellistä tilaa että potilaan väkivaltaisuutta. (Päihdehuoltolaki 1986.)

Päihdehoitotyön ulottuvuuksia on olemassa ehkäisevän eli terveyttä edistävän hoitotyön lisäksi muitakin. Päihdehoitotyö pitää sisällään myös haittoja vähentämiseen pyrkivää hoitotyötä, ongelmakäyttöön tähtäävää sekä kärsimystä lieventävää hoitotyötä. Haittoja vähentävässä hoitotyössä päihdeitä käyttävän potilaan terveysneuvonta ja ohjaaminen parempaan elämänhallintaan ovat keskiössä. Hoitajan tehtävä on kuunnella, tukea ja luoda luottamuksellinen ilmapiiri päihdeitä käyttävän potilaan kanssa, jotta asioita voidaan käsitellä avoimesti. (Partanen ym. 2015, 195-196; Sedergren 2015a.)

Ongelmakäyttäjän hoito voi olla akuuttia päivystyksellistä tai pitkäaikaiseen kuntoutumiseen tähtäävään hoitosuhteeseen sitoutumista. Keskeistä kaikissa päihdeongelmaisten hoidossa on voimien seuranta ja arviointi, perushoito ja turvallisen lääkehoidon toteuttaminen. Pidemmässä hoitosuhteessa korostuu hoitosuhde, jonka luonteenpiirteitä ovat muutokseen tähtäävä työote ja motivoiva keskustelu. Muutokseen tähtäävä työote vaatii

sisäsyntyistä motivaatioita asiakkaalta ja kykyä oppia uutta. (Partanen ym. 2015, 196; Sedergren 2015b).

Kärsimyksiä lieventävässä hoitotyössä hoitaja kohtaa vaikeimmin riippuvuuksista kärsiviä asiakkaita. He ovat usein moniongelmaisia ja kykenemättömiä lopettamaan haitallista elämäntapaansa. Hoidon kulmakiviä on laadukas huolenpito ja perushoito. Yksilön itsemääräämisoikeutta täytyy kunnioittaa, vaikka päihderiippuvainen ei itse ymmärtäisikään oman parhaan etunsa mukaisia hoitotoimenpiteitä. Päihdeongelmiin liittyvät mielenterveysongelmat ja mahdollisesti sosiaaliset ongelmat, kuten varattomuus ja asunnottomuus asettavat omat erityishaasteensa kokonaishoidon suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Päihderiippuvaisen kriisiytyneessä elämäntilanteessa täytyy järjestää inhimillisen huolenpito ja hoito ihmisarvoa kunnioittaen, silloin kun potilas on itse kykenemätön hoitamaan itseään, tarvittaessa tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Kaukonen 2009; Partanen ym. 2015, 196-197.)

Mindfulness –menetelmät soveltuvat parhaiten pitkäaikaiseen kuntoutukseen, jolloin asiakas on jo edennyt pitkälle kohti asteittaista päihteiden käytön vähentämistä tai raittiutta. Mindfulness –menetelmät vaativat päihdekuntoutujalta riittävää motivaatiota, uteliaisuutta ja rohkeutta kokeilla uusia lähestymistapoja. Alkoholiongelmaisen tai huumeongelmaisen Käypähoito –suosituksista ei löydy vielä mainintaa mindfulness –menetelmien käytöstä psykososiaalisina hoitokeinoina. (Alkoholiongelma: Käypä hoito -suositus 2015; Huumeongelma: Käypä hoito -suositus 2012; UCSD Center for Mindfulness 2014.)



## 4 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 4.1 Kirjallisuuskatsauksen tehtävä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kertoa, mitä valitusta aiheesta on jo tutkittu. Se tiivistää, kokoaa yhteen ja syntetisoi jo tutkittua asiantietoa sekä antaa ilmiöstä toisen käden tietoa. Tutkimustietoa julkaistaan paljon ja sitä on tarpeen koota, tiivistää ja järjestää, jotta alan ammatinharjoittajat pääsevät hyödyntämään tutkimustietoa työssään (Parahoo 2006, 121). Kirjallisuuskatsaus tehdään sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa, mutta se voi olla myös itsenäinen työ, joka on tyypiltään teoreettinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 91-92; Tuomi & Sarajarvi 2011; 123.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan vastaukset moniin kysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen kautta määritetään tutkimusongelma, jonka jälkeen muodostetaan hypoteesi tai tutkimuskysymykset. Aiheeseen liittyvien keskeisten käsitteiden määrittäminen rajaa tulevaa tiedonhakua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 92; Polit & Beck 2012, 96.)

Tutkimusasetelmaa ja aineistonhakumetodeja voi muokata ja tehdä tarkentavia rajoituksia, esimerkiksi ajallisia rajoituksia. Löydetyn ja valitun aineistojoukon tulkinnan jälkeen on mahdollista löytää vastaukset omiin tutkimuskysymyksiin tai hypoteeseihin. Tutkimusprosessin lopuksi pohditaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Katsauksen avulla voidaan ehdottaa jatkotutkimusaiheita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 92; Polit & Beck 2012, 96.)

Kirjallisuuskatsaukseen valitaan luotettavuuden vuoksi ensisijaisesti vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimustuloksia ja julkaisuja, jotka ovat myös primäärisiä lähteitä eli alkuperäisiä kirjoituksia. Luotettavuuden ja tarkkuuden takia on tärkeää, että katsauksen tekijä on lukenut ja koostanut keskeiset tiedot huolellisesti alkuperäislähteistään, jotka ovat relevantteja omalle katsaukselle. Sekundäärinen lähde on jonkun muun kuvaus tai tulkinta alkuperäisestä lähdeaineistosta. Sekundääristen lähteiden yhtenä ongelmana on niiden epäluotettavuus; ei voi olla varma onko alkuperäisen lähteen lukija ja käyttäjä varmasti lainannut alkuperäistä oikein. On siis vaarana, että virhetulkinnat siirtyvät

omaan työhön. Sekundäärisiä lähteitä voi käyttää hyväkseen, kun haluaa tutustua aihealueeseen ja löytää jo valmiiksi löydettyä lähdeaineistoa, joihin voi paneutua tarkemmin itse. (Macnee & McCabe 2008, 236; Parahoo 2006, 122-123.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri pääluokkaan: kuvailevat katsaukset, systemaattiset katsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi. Kirjallisuuskatsaustyypeillä on omat luonteenpiirteensä, mutta ne kaikki pitävät sisälleen tavanomaiset osakokonaisuudet: kirjallisuuden haku, arviointi, analyysi ja synteesi. Tämä opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka on yksi kuvailevista katsaustyypeistä. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus syntetisoi ja kokoaa tutkimustietoa sanelisesti kuvaillen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 95; Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 8-17.)

## **4.2 Aineiston keruu**

Aineistoa hankittiin sähköisestä EBSCOhost –tietokannasta. Se on yksi merkittävimmistä ja käytetyimmistä akateemisten julkaisujen tietokantoista, joka yhdistää useimpia muita käytettyjä tietokantoja. Valitsin EBSCOhost –tietokannasta tiedonhakuuni seuraavat tietokannat: eBook Collection EBSCOhost, Academic Search Elite, Academic Search Premier, CINAHL, CINAHL Complete, eBook Academic Collection EBSCOhost ja MEDLINE. Päätin käyttää vain englanninkielisiä lähdeaineistoja varsinaisessa tiedonhaussani, koska suomenkielisiä julkaisuja aiheesta ei ollut saanut apua aineistohaussa TAMK:n informaattikolta.

### **4.2.1 Hakuprosessi ja käytetyt hakusanat**

Toteutin haun EBSCOhost –tietokannasta seuraavin hakuehdoin:

- 1: Hakufraasi: Mindfulness-Based Relapse Prevention.
- 2: Aineistotyyli: vertaisarvioidut akateemiset tutkimusjulkaisut.
- 3: Aineiston koko: kokonaiset tekstit.
- 4: Kieli: Englanti.

### 4.2.2 Hakutulokset

Haku: Edellä mainituilla hakuehdoilla ja sisäänottokriteereillä sain tulokseksi 19 hakutulosta. Joukosta oli poistettu duplikaatit eli kahteen kertaan mainitut tulokset. Rajaus: Luin 19 hakutuloksen otsikot ja tiivistelmät. Rajaus: Luettuani 19 hakutuloksen otsikot ja tiivistelmät, valitsin kirjallisuuskatsauksen aineistomääräksi 6 hakutulosta, jotka vastasivat parhaiten hakukriteereihini. Otin katsaukseen mukaan pääsääntöisesti tutkimuksia, joissa oli empiirinen osa, mutta valitsin myös kaksi teoreettista tutkimusta, koska ne tarjosivat paljon lisätietoa vähän tutkittuun aihevalintaani. Käytin näitä teoreettisia tutkimuksia myös lähdeaineistona. Valittu aineisto on esitetty liitteessä 1.

### 4.2 Aineiston analyysi

Aineiston tarkoitetaan menetelmää, jolla pyritään löytämään aineistosta sen tärkeimmät ja kiinnostavimmat asiat. Analyysi alkaa kiinnostuksen kohteen päätöksellä, jonka mukaan aineistoa luetaan ja merkitään kiinnostuksen kohteen ryhmiin. Tämä työskentelyvaihe on aineiston rajaamista eli aineistosta rajataan ne pois, jotka eivät kuulu kiinnostuksen kohteeseen. Merkitty ja valittu osa aineistosta valitaan erilleen muusta aineistosta, jonka jälkeen valittu aineisto teemoitetaan sisällön perusteella ja kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Valikoidun aineiston sisällönanalyysi toteutettiin teemoittamalla aineisto seuraavasti.

1. Teema: Päihdeongelmat. 2. Teema: Mielenterveysongelmat. Aineistosta nousi selkeästi esiin päihde- ja mielenterveysongelmat sekä mikä on MBRP –menetelmän merkitystä näissä ilmiöissä. Tästä syystä oli luontevaa noudattaa valittua teemoitusta.

Tulososion ensimmäisessä kappaleessa kuvataan mitä MBRP –menetelmästä yleensä tiedetään, aineistoa ei tähän opinnäytetyön tehtävään analysoitu tarkemmin. Kappaleissa 5.2 ja 5.3 on kuvattu aineistosta esiin tulleiden teemojen mukaisesti MBRP –menetelmään liittyviä tuloksia sekä päihdeongelmien että mielenterveysongelmien hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut kuvata MBRP –menetelmää mielenterveysongelmien hoidossa, mutta aineistosta tämä teema nousi vahvasti esiin, joten päätin raportoida myös siihen teemaan liittyvät tulokset.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Mindfulness Based Relapse Prevention –menetelmä

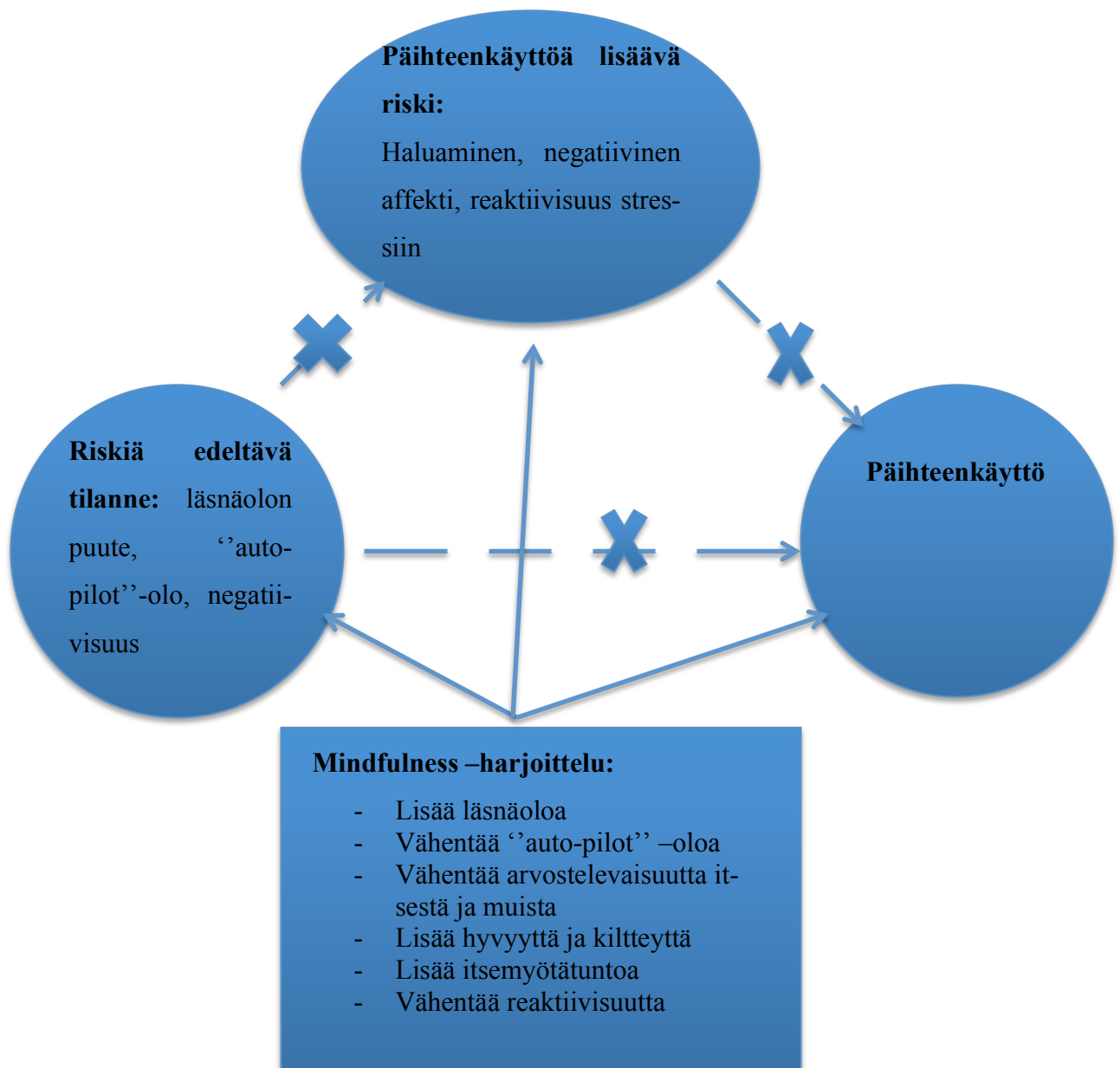
Nykyaikainen MBRP on yhdistelmä psykologisista hoitokeinoista ja buddhalaisuudesta. Buddhalaisuuden perusteesejä on muuttaa kärsimys iloksi, rauhaksi ja vapaudeksi. Neljä perusteesiä ovat myös Vipassana –tekniikan opetuksen ydintä. MBRP –opettajat harjoittavat Vipassana –tekniikkaa, jolla tarkoitetaan asioiden näkemistä sellaisina kuin ne ovat. Kärsimys on selitetty ”neljässä jalossa totuudessa”, joista kaksi ensimmäistä ovat: 1) kärsimys on aitoa ja kunnioitettavaa sekä ymmärtämisenarvoista; 2) Kärsimykseen johtaa halu muuttaa asioita siitä, mitä ne ovat. Jos kokemus on miellyttävä, ihminen haluaa vahvistaa sitä, kun taas mikäli kokemus on epämiellyttävä, hän haluaa vähentää tai poistaa sen. Tiedostamattomana näiden tapojen voimakkuus kasvaa, mikä johtaa haluamisen lisääntymiseen. (Bowen & Vieten 2011, 244-245; Witkiewitz ym. 2014a, 514.)

Kolmannen ja neljännen jalon totuuden mukaan reaktiivisuudesta voi luopua: 3) on mahdollista löytää vapautuminen polusta, joka johtaa kärsimyksen kierteseen; 4) on olemassa polku, joka johtaa hyvinvointiin. Perinteiset mindfulness-harjoitukset ovat heijastuma kolmannesta jalosta totuudesta. Ne on tarkoitettu vapauttamaan yksilö kognitiivisista ja behavioraalisista kuvioista, jotka johtavat kärsimykseen. (Witkiewitz ym. 2014a, 514.) Mindfulness tarjoaa metakognitiivisen läsnäolon tilan, jossa yksilö näkee enemmän ”isosta kuvasta” ehdollistuneen ja tavanomaisen käyttäytymisen sijaan; tämä läsnäolo tarjoaa paremman ymmärryksen vapaudesta ja valintavaihtoehtoista (Hyland 2012, 186.)

Nykyaikaisissa psykoterapeuttisissa menetelmissä, mindfulness tavanomaisesti esitellään maallistuneena traditiona, vailla dogmaattista ja evankelistista taakkaa. Näin ollen, mindfulness on käsitteistetty ja sovellettu harjoitusmalliksi, jossa painotetaan keskittymiskykyä, tarkoituksenmukaista ja tavoitteellista, mutta arvostelematonta huomiointikykyä. Maallistuneena opetuksena sen hyödyt ja oivallukset sopivat eri ihmisryhmille – uskonnollisista ja hengellisistä eroavaisuuksista huolimatta (Witkiewitz ym. 2014a, 514.)

Vaikka MBRP –menetelmästä on saatu kannustavaa tutkimusnäyttöä sen vaikuttavuudesta, täytyy sitä käyttävällä hoitotyön ammattilaisella olla vankka perusta menetelmän opettamisesta ja omakohtaisesta harjoittelusta. Mindfulness –menetelmät pohjautuvat yli 2500 vuoden mittaiseen traditioon, jonka merkitystä ihmismielen tutkimuksessa ja ihmiselämän monimuotoisen fenomenologian selittäjänä täytyy kunnioittaa (Witkiewitz ym. 2014a, 519).

## 5.2 Menetelmän toimiminen



KUVIO 1. Selitysmalli MBRP –menetelmän toimivuudesta (muokattu Witkiewitz ym. 2014a, 517).

Mindfulness –harjoittelun toimivuuden oletetun mekanismin mukaan MBRP vähentää päihteenkäytölle altistavien riskitekijöiden riskiä sekä keskeyttää päihteenkäyttöön johtavan relapsin dynaamista prosessia. Jatkuvat siniset viivat indikoivat hypoteettisia suoria vaikutuksia mindfulnessistä tilannesidonnoisilla muuttujilla, jotka vaikuttavat riskiä edeltävään tilanteeseen, päihteenkäyttöä lisäävään riskiin ja päihteenkäyttöön. Katkoviivat osoittavat päihteenkäyttöön johtavan relapsin dynaamisesta prosessista riskiä edeltävästä tilanteesta päihteenkäyttöön. ”X” –merkki osoittaa mindfulness –harjoittelun myötä tulleet taidot, joilla estää nämä prosessit (kuvio 1).

### 5.2.1 Päihdeongelmat

Tohtori Alan Marlatt yhdisti kognitiivisen käyttäytymisterapian relapsinehkäisymenetelmän (relapse prevention RP) mindfulness-meditaatioharjoituksiin MBRP –menetelmässä avohoitopotilaille. MBRP on suunniteltu auttamaan päihdekuntoutujia lisäämään tietoisuuttaan relapsin laukaisevista tekijöistä ja niistä seuraavia fyysisiä, emotionaalisia ja kognitiivisia kokemuksia. Asiakas oppii kultivoimaan kykyä pysähtyä ja tarkkailla nykyhetkeä, tuomaan havainnoinnin vaihtoehtoihin ja vastaamaan näihin viisaasti, reagoimatta tavanomaisesti. (Bowen ym. 2011, 1; Bowen & Vieten 2012, 243.) Pyrkimyksenä on vähitellen irtautua reaktiivisista tavoista toimia ja oppia kieltäytymään ei-viisaista teoista tai edes vähentää päihderelapseja ja niiden haittavaikutuksia (Witkiewitz ym. 2014a, 515).

MBRP on suunniteltu toteutettavan 8 –viikkoisena psykososiaalisena jälkihoito-ohjelmalla päihdekuntoutujille, jossa viikoittainen tapaaminen kestää noin 2 tuntia. Menetelmä yhdistää muodollisen ja epämuodollisen mindfulness -harjoituksen kognitiivis-behavioraalisiin taitoihin ja harjoituksiin. Muodollisilla harjoituksilla tarkoitetaan joko ohjaajan vetämiä tai itsenäisiä ennalta suunniteltua harjoituksia, kuten istumameditaa-

tiota. Epämuodollisissa harjoituksilla taas tarkoitetaan sitä, että liitetään opittuja taitoja, kuten impulssienkontrollointikykyä, tavanomaisiin päivittäisiin tapahtumiin (Bowen & Vieten 2011, 246.)

Muutammat ensimmäiset tapaamiset keskittyvät kasvattamaan läsnäoloa fyysisistä kokemuksista, sekä sisäisistä ja ulkoisista triggereistä, sekä näitä seuraavia fyysisiä, emotionaalaisia ja kognitiivisia reaktioita. Tapaamisten luonne muuttuu suuntaamaan läsnäoloa enemmän eksplisiittisiin havainnoinnin kohteisiin, integroimalla jo opitut läsnäolo- ja hyväksyntäharjoitukset päivittäiseen elämään. Tämän lisäksi tehdään lisäharjoituksia coping -taidoista pärjätäkseen halujen ja mielitekojen kanssa, joita voi tulla korkean riskin tilanteissa, kuten paikoissa, missä on alkoholitarjontaa. Lopuksi, viimeiset kaksi tapaamista keskittyvät kasvattamaan ja ylläpitämään elämäntyyliä, joka tukee palautumista ja mindfulness -harjoituksen säilyttämistä (Bowen & Vieten 2011, 246.)

Yksi toimiva harjoitus MBRP –menetelmässä, mikä kuvastaa koko menetelmän lähestymistapaa mielen ilmiöihin, on niin sanottu ”urge surf” –harjoitus. Siinä keskitytään tarkkailemaan ja sallimaan mielen sisältöjen olemassaolo. Päihtehimon ja –haluamisen annetaan nousta huomioon kohteeksi, niiden annetaan olla ja kasvaa sekä hävitä pois huomiosta kontrolloimatta ja takertumatta niihin. Harjoituksessa tutustutaan ajatusten ja tunteiden jatkumoon, sekä opitaan tunnistamaan kohta, jossa päihtehimo ja –haluaminen kasvoi harjoituksen aikana (Bowen & Vieten 2011, 247).

Päihderiippuvuuksien ja mindfulness –meditaation ymmärryksen neurobiologisesta näkökulmasta tarkasteltuna, useat seikat voivat selittää mindfulness –meditaatiointerventioiden, päihteidenkäytön, päihteidenhimon, sekä negatiivisten affektien ja haluamisen välisiä yhteyksiä. Päihderiippuvuuden ja uhkapeliriippuvuuden neurobiologisia samankaltaisuuksia on myös todistettu olevan. Mindfulness –perustaisista lähestymistavoista voisi siis olla myös apua uhkapeliriippuvuuksien hoidossa sekä muissa toiminnallisissa riippuvuuksissa (Witkiewitz ym. 2014a, 517-518).

Mindfulness –harjoittelu vähentää aivojen osa-alueiden sekä osa-alueiden välisten assosiaatioiden toimimattomuutta, jotka ovat vaurioituneet addiktiivisistä käyttäytymistä ja addiktiivisen käyttäytymisen relapseista. Mindfulness –harjoittelu voi vaikuttaa näihin mekanismeihin, rikkoen ärsyke-vaste –ketjun kasvattamalla itsetietoisuutta ja fyysisten tai affektiivisten epämukavuuksien hyväksyntää. On todistettu, että mindfulness –

harjoittelu vähentää reaktiivisuutta addiktion kohteen haluamiseen ja lisää adaptiivisia vastineita stressitekijöihin. Näiden lisäksi tunteidensäätelyssä, kognitionhallinnassa ja toiminnanohjauksessa on osoitettu parantumista (Witkiewitz ym. 2014a, 517).

### 5.2.2 Mielen terveysongelmat

MBRP –menetelmässä ja muissa mindfulness –perustaisissa terapiakeinoissa on paljon yhtäläisyyksiä kognitiivis-behavioraalisen (CBT) psykoterapian kanssa, mutta eroavaisuuksiakin löytyy. Molemmissa tarkastellaan yksinkertaistettuna ajatuksia ja tunteita, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen. CBT:ssa asiakas yrittää muuttaa epäadaptiivisia ajatuksia, tunteita, tai käyttäytymisiä kun taas mindfulness –perustaisissa interventioissa asiakas yrittää muuttaa suhtautumistaan näihin kognitiivis-emotionaalisiin prosesseihin vahvistamalla arvioimatonta, puolueetonta ja metakognitiivista läsnäoloaan. Mindfulness –interventioissa ei arvoteta kognitioita ja emootioita joko rationaaliseksi, tai epärationaaliseksi, eikä yritetä muuttaa tai vastustaa niitä. Sen sijaan harjoittaja opettelee tarkkailemaan mielen liikkeitään ja huomioimaan niiden pysymättömyyden. Nämä taidot mahdollistavat suhtautumaan mielen liikkeisiin vain mentaalisiin ilmiöinä paikkaansa pitävien totuuden ilmentäjien sijasta. (Bowen & Vieten 2011, 245).

Toinen merkittävä eroavaisuus tavoiteorientoituneeseen CBT:hen, ja joka selittää mindfulness –menetelmien luonteenpiirteitä on se, että mindfulness –menetelmissä lähestytään asioita hyväksyntäperusteisesti; kognitiot, emootiot ja käyttäytyminen nähdään puuttumattomuuden ja pyrkimättömyyden näkökulmasta, erityisesti kivuliiden ja vastenmielisten kokemusten suhteen. Lisäämällä kykyä olla fysiologisten, kognitiivisten ja emotionaalisten vaikeuksien kanssa yksilö voi parantaa kyvykkyytään säädellä käyttäytymistä näissä tilanteissa. Esimerkiksi ahdistunut ihminen voi oppia elämään epämiellyttävien tunteidensa kanssa paremmin kehittyneempien coping –taitojen ja itsensäätelyn avulla (Bowen & Vieten 2011, 245-246).

### 5.3 Menetelmän tulokset päihteiden ongelmakäyttäjien hoidossa



Tutkimuksissa löydettiin eroavaisuuksia päihteidenkäytön ja mielenterveysongelmien suhteen MBRP –ryhmiä ja tavanomaisen hoidon (TAU) –verrokkiryhmiä vertailtaessa (Bowen & Vieten 2012, 246-247; Lee ym. 2011, 480-481; Bowen & Kurz 2012, 239).

### **5.3.1 Päihdeongelmat**

MBRP –menetelmä vähentää päihteidenkäyttöä ja vähentää positiivisia ajatuksia päihteidenkäytöstä verrokkiryhmään verrattuna sekä vähentää päihteidenkäytön negatiivisia (sosiaalisia, laillisia, psykiatrisia) vaikutuksia, muttei korreloi yksilön sosiaalisten suhteiden paranemiseen (Lee ym. 2011, 480; Witkiewitz ym. 2014b, 540-542; Bowen ja Kurz 2012, 241-242). Päihteidenkäytön negatiiviset vaikutukset nähtiin korkeampina, MBRP –intervention jälkeen, verrattuna sitä edeltäneeseen mittaukseen (Lee ym. 2011, 481).

### **5.3.2 Mielenterveysongelmat**

Ohjelman viikoittaisten tapaamisten välisten itsenäisten harjoitteluiden suuri määrä liittyy suoraan kurssin loppumisen jälkeisen ajan korkeaan koettuun omaan mindfulness -tasoon, muttei enää kurssin loppumisesta kuluneen 2 kuukauden ja 4 kuukauden seurantakyselyssä (Bowen & Kurz 2012, 241). Voimakas allianssi terapeutin ja asiakkaan välillä ennustaa korkeampaa koettua omaa mindfulness -tasoa 2 kuukauden kuluttua MBRP –ohjelman loppumisesta, muttei enää 4 kuukauden kuluttua kurssin loppumisesta (Bowen & Kurz 2012, 242). Tulosten perusteella MBRP –menetelmä parantaa mielialaa, vähentää stressiä ja vähentää addiktion vakavuutta (Lee ym. 2011, 482; Amaro ym. 2014, 554).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetöiden eettiset ohjeistukset noudattavat yleisiä tutkimustyön eettisiä periaatteita. Jo aiheenvalinta itsessään on eettinen pohdinta: Onko aihe merkityksellinen ja tuottaako työ lisätietoa? Tämän tutkimuksen aihe on ajankohtainen, niukasti tutkittu, mutta alan tutkimukselle ja hoitotyölle erittäin mielenkiintoinen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013).

Tärkeää on myös miettiä, kenen tarpeesta ja kenen suostumuksesta työ toteutetaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Tässä työssä ei ollut työelämäkontaktia mukana, joten intressiristiriitaa työn toteuttamisessa sen suhteen ei tarvinnut miettiä. Tutkimuseettisesti muita tärkeitä huomioitavia asioita ei juuri ollut työn luonteen vuoksi, kuten tutkimukseen mahdollisesti osallistuneita muita ihmisiä, joiden yksityisyydensuojaa ja asemaa olisi pitänyt pohtia.

Kirjallisuuskatsauksen arvioinnin keskiössä on katsauksen tehtävien toteutus. Vastaanko tehtäviin? Onko työn toteutuksen perustelu uskottava? Tukeeko kirjoittaja perusteluja asianmukaisilla lähteillä? Onko kirjoittaja tuonut esille vastaavat aiemmat katsaukset? Teoreettiset lähtökohdat täytyy myös olla esiteltynä, jonka lisäksi katsauksen pitäisi tuoda tutkimusalasta uutta tietoa. Hyvässä kirjallisuuskatsauksessa on myös luotettu ensisijaisesti primäärisiin ja ajankohtaisiin lähteisiin. (Parahoo 2006, 403-404; Lobiondo-Wood & Haber 1994, 336; Polit & Beck 2012, 582.)

Opinnäytetyössä on kiinnitetty erityistä huomiota oikeiden lähdemerkintöjen ja viittausten virheettömään käyttöön. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston käytössä on toimittu noudattaen yleisiä hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita, rehellisesti ja tuloksia muuttamatta. Kaikki lähdeaineisto on pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoista lähteistä. Lähdeaineisto on ollut pääsääntöisesti ajankohtaisia ulkomaalaisia alan asiantuntijoiden julkaisuja, täten on pidetty huolta kirjallisuuskatsauksen uskottavuudesta ja pätevyydestä. Lähdeaineiston ajankohtaisuus lisää tehdyn opinnäytetyön luotettavuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Kotimaista lähdeaineistoa aiheesta ei ollut saatavilla.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää sen johdonmukainen ja looginen rakenne. Aineistohaun toteutuksen selkeä ja seurattava toteutus mahdollistaa sen luotettavuuden, yleistettävyyden ja toistettavuuden (Tampereen Yliopisto 2015). TAMK:n informaattikkoa on konsultoitu aineistohaussa. Lisäksi katsaus pystyi tuottamaan lisätietoa kuvatusta aiheesta. Tehtäviin löytyi hyvin perustellut vastaukset.

Opinnäytetyön aineisto hankittiin vain yhtä tietokantaa käyttäen, mikä voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Aineistohaun vaiheessa aineistoa etsittiin muistakin tietokannoista ja -lähteistä, mutta kaikista kattavimmin luotettavinta aineistoa löytyi EBS-COhost –tietokannasta, koska se yhdisti kaikista tärkeimmät muut alan tietokannat yhteen, jotka julkaisevat alan aineistoa. Suomalaisista tietokannoista, kuten Medicistä, eli löytynyt sopivaa aineistoa.

## **6.2 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Mindfulness Based Relapse Prevention –menetelmästä on jonkin verran näyttöä päihderiippuvaisten psykososiaalisessa kuntoutuksessa. Menetelmän jatkotutkimuksen aiheena voisi olla tarkempi selvitys siitä, kenelle erityisesti menetelmä sopii. Eri tutkimuksissa oli löytyvissä eroavaisuuksia eri asiakasryhmien perusteella, joten sama toteutus ei välttämättä ole paras valinta kaikille asiakasryhmille.

Vielä ei myöskään tiedetä sitä, mikä on sopiva ”annostus” mindfulness –harjoitteita terapeuttisen vaikutuksen saamiseksi. Myös epämuodollisten mindfulness –harjoitteiden merkitys päihdekuntoutuksessa odottaa jatkotutkimusta. Lisää selvitystä tarvitaan myös siihen, mikä on terapeutin oman mindfulness –suhteen merkitys MBRP –menetelmän opettamisen onnistumisessa.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella mielenterveys- ja päihdehoitotyössä voitaisiin käyttää MBRP –menetelmää lääkehoidon merkitystä väheksymättä. Mindfulness –menetelmät voivat mahdollistaa ei ainoastaan raittiina pysymisen, vaan myös merkityksellisen sisällön elämään päihteidenkäytön sijaan.

## LÄHTEET

Addictive behaviors research center. University of Washington. Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP). Luettu 17.11.2016.

<http://depts.washington.edu/abrc/mbrp/>

Aho, T., Salaspuro, M. & Savolainen, A. 10.3.2006. Huumeongelmaisen hoito. Luettu 23.11.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00056](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00056)

Alkoholiongelma. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 23.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50028>

Amaro, H., Spear, S., Vallejo, Z., Conron, K. & Black, D. S. 2014. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Outcomes of a Mindfulness-Based Relapse Prevention Intervention for Culturally-Diverse, Low-Income Women in Substance Use Disorder Treatment. *Substance Use & Misuse* 49 (5), 547-559.

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

Bhante Bodhidhamma. nd. Satipanya. Luettu 17.11.2016.

<http://www.satipanya.org.uk/name-logo/>

Booth, R. 25.08.2014. Mindfulness therapy comes at a high price for some, say experts. Luettu 09.01.2017. <https://www.theguardian.com/society/2014/aug/25/mental-health-meditation>

Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. 2011. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A clinician's guide. New York: Guildford Press.

Bowen, S. & Vieten, C. 2012. A compassionate approach to the treatment of addictive behaviors: The contributions of Alan Marlatt to the field of mindfulness-based interventions. *Addiction Research & Theory* 20 (3), 243-249.

Bowen, S. & Kurz, A. S. 2012. Between-Session Practice and Therapeutic Alliance as Predictors of Mindfulness After Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Clinical Psychology* 68 (3), 236-245.

Center for Mindfulness. 2014. Luettu 23.11.2016.

<http://www.umassmed.edu/cfm/mbct/mbct-and-mbsr-differences/>

Confino, J. 2014. ”Thich Nhat Hahn: Is mindfulness being corrupted by business and finance?” 28.4.2014. <https://www.theguardian.com/sustainable-business/thich-nhat-hanh-mindfulness-google-tech>

Farias, M. 2015. Meditation is touted as a cure for mental instability but can it actually be bad for you? Luettu 09.01.2017. <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and->

[families/features/meditation-is-touted-as-a-cure-for-mental-instability-but-can-it-actually-be-bad-for-you-10268291.html](http://families/features/meditation-is-touted-as-a-cure-for-mental-instability-but-can-it-actually-be-bad-for-you-10268291.html)

Farias, M. & Wikholm, C. 2016. Has the science of mindfulness lost its mind? BJPsych Bulletin 40 (6), 329-332.

Fogel, A. Elämäntaidefoorumi. Luettu 22.11.2016 [http://www.essential-motion.fi/sites/default/files/images/alan\\_fogel\\_kehotietoisuus\\_28.6.2012.pdf](http://www.essential-motion.fi/sites/default/files/images/alan_fogel_kehotietoisuus_28.6.2012.pdf)

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusyritys Tammi.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Huttunen, M. 14.11.2015. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärilehti Duodecim. Luettu 23.11.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00414&p\\_haku=p%C3%A4ihdeh%C3%A4iri%C3%B6t](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414&p_haku=p%C3%A4ihdeh%C3%A4iri%C3%B6t)

Huumeongelma. 2012. Käypähoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 23.11.2016  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50041>

Hyland, T. 2012. Mindfulness and the myth of mental illness: implications for theory and practice. Contemporary Buddhism 13 (2), 177-192.

Ivtzan, I. 11.3.2016. Dangers of meditation. Luettu 09.01.2017.  
<https://www.psychologytoday.com/blog/mindfulness-wellbeing/201603/dangers-meditation>

Kabat-Zinn, J. 2008. Kehon ja mielen viisaus. Tietoisien läsnäolon parantava voima. Helsinki: Basam Books Oy.

Kabat-Zinn, J. 2013. Kutsu tietoisien läsnäolon harjoittamiseen. Helsinki: Basam Books Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukonen, O. 20.5.2009. Tahdosta riippumaton hoito. Luettu 23.11.2016.  
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/tahdosta-riippumaton-hoito>

Kortelainen, I., Saari, A. & Väänänen, M. 2014. Mindfulness ja tieteet. Tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena. Tampere: Tampere University Press.

Kuyken, Watkins, Holden, White, Taylor, Byford, Evans, Radford, Teasdale & Dalgleish. 2010. How does mindfulness-based cognitive therapy work? Behaviour Research and Therapy. Luettu 09.11.2016 <http://mbct.com/wp-content/uploads/2014/04/kuyken-mediators-brat-2010.pdf>

- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. 2015.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150523> Luettu 23.11.2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992.  
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista> Luettu 17.02.2017
- Lee, K.-H., Bowen, S. & An-Fu, B. 2011. Psychosocial outcomes of mindfulness-based relapse prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study. *Journal of Substance Use* 16 (6), 476-483.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. *Nursing Research*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Macnee, C. L. & McCabe, S. 2008. *Understanding Nursing Research. Reading and Using Research in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mielenterveystalo. F10-19.2 Päihderiippuvuus. Luettu 23.11.2016.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F10-19/Pages/F10-192.aspx>
- Parahoo, K. 2006. *Nursing Research. Principals, Process and Issues*. New York: Palgrave Macmillan.
- Parks, G. A. & Marlatt, G., A. 2000. *Relapse Prevention Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach*. Luettu 23.11.2016.  
<http://nationalpsychologist.com/2000/09/relapse-prevention-therapy-a-cognitive-behavioral-approach/10491.html>
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2012. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purser, R., Loy, D. 2013. *Beyond McMindfulness*. Luettu 9.1.2017.  
[http://www.huffingtonpost.com/ron-purser/beyond-mcmindfulness\\_b\\_3519289.html](http://www.huffingtonpost.com/ron-purser/beyond-mcmindfulness_b_3519289.html)
- Päihdehuoltolaki. 1986.  
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki#L1P8> Luettu 17.02.2016.
- Karjalainen, K. 24.08.2015. *Päihteiden sekakäyttö*.  
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-laakkeet/paihteiden-sekakaytto> Luettu 20.02.2017.
- Saukkonen, A. 2010. *Lääke yksin ei riitä korvaushoidossa. A-Klinikkasäätiö*. Luettu 17.11.2016. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/1138/laake-yksin-ei-riita-korvaushoidossa>

Sedergren, J. 22.5.2015a. Haittojen vähentämispolitiikka. Luettu 23.11.2016. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-yhteiskunta/haittojen-vahentamispolitiikka>

Sedergren J. 22.5.2015b. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapalvelut. Luettu 23.11.2016. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/huumeiden-kayttajien-terveysneuvontapalvelut>

Segal, Z. Williams, M., Teasdale, J., Crane, R., Dimidjian S., Ma, H., Woods, S. & Kuyken, W. 06.10.2016. Mindfulness-based Cognitive Therapy Training Pathway. Luettu 17.02.2017. [http://mbct.com/wp-content/uploads/MBCT-Training-Pathway-Final\\_Version1.pdf](http://mbct.com/wp-content/uploads/MBCT-Training-Pathway-Final_Version1.pdf)

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. 2012. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. New York: Guildford Press.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdepalvelut. 2016a. Luettu 23.11.2016. <http://stm.fi/paihdepalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdehaittojen ja riippuvuuksien ehkäisy. 2016b. Luettu 23.11.2016. <http://stm.fi/paihdehaittojen-ja-riippuvuuksien-ehkaisy>

Stahl, B. & Goldstein, E. 2011. Stressinhallinnan käsikirja. Tietoisien läsnäolon menetelmä. Helsinki: Basam Books Oy.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Alkoholijuomien kulutus [verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luettu 17.11.2016. <http://www.stat.fi/til/ajkul/index.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Päihdetilastollinen vuosikirja 2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luettu 17.11.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/129655>

Tampereen Yliopisto. 2015. Aineistohallinnan käsikirja. Luettu 22.02.2017. <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/miksi-aineistohallintaa-ja-jatkokaytto.html>

Teasdale, J., D. 2008. Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76 (6), 966-978.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 28.09.2016. Ehkäisevä päihdetyö. Luettu 23.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 22.02.2017. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

UCSD Center for Mindfulness. MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention. Luettu 23.11.2016. <http://mbpti.org/mbrp-mindfulness-based-relapse-prevention/>

Varjonen, V. 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).

West, R. & Brown, J. 2013. Theory of addiction. Hoboken: Wiley-Blackwell.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E., N., Douglas, H., Enkema, M. & Sedgwick, C. 2014a. Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Substance Use & Misuse*. 49 (5), 513-524.

Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L. & Luoma, J. B. 2014b. Randomized Trial Comparing Mindfulness-Based Relapse Prevention with Relapse Prevention for Women Offenders at a Residential Addiction Treatment Center. *Substance Use & Misuse*. 49 (5), 536-546.

Österberg, E & Mäkelä, P. 2015. Päihdelinkki. Alkoholin käyttö Suomessa. Luettu 17.11.2016.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa>



## LIITTEET

Liite 1. TAULUKKO 1. Valittu aineisto kirjallisuuskatsaukseen

Tekijä(t), julkaisu-vuosi, julkai-sumaa	Tutki-muksen nimi	Tutkimuk-sen tavoite ja tarkoitus	Metodit ja tut-kimusasetelma	Interventio	Tulokset
I. Witkie-kie-witz,K., War-ner,K., Sully, B., Barricks, A., Stauf-fer, C., Thomp-son, B., L., Luo-ma, J., B. 2014b. Yhdys-vallat	Rando-mized Trial Compa-ring Mindful-ness-Based Relapse Preventi-on For Women Offenders At A Residen-tial Ad-diction Treat-ment Center	Tavoitteena oli selvittää MBRP:n tehokkuus verrat-tuna retkahta-misen ehkäi-syyn (relapse prevention RP) osana päihde-riippuvaisten naisvankien hoito-ohjelmaa.	Tutkimukseen osallistuneet naisvangit (N = 105) kävivät ensin läpi perus-teellisen yksilö ja ryhmähoidon asuessaan hoito-laitoksessa. Kaikki tekivät lähtötasotestin, joka toistettiin 4, 8 ja 23 vko:n kuluttua aloitta-misesta.	Ryhmiiin osallistu-minen arvottiin. Molemmissa ryh-missä tapaamisia 2 x 50 min / vko X 8vko:a. MBRP –ryhmässä harjoitel-tiin: tunnistamaan ”auto-pilot-tila” ja sen suhde relapsiin, triggereiden ja mielihalujen tun-nistamista, mind-fulness:in integ-roimista arkeen, ohjattuja meditaati-oita, itsenäisiä meditaatioita. RP –ryhmällä sama kesto ja formaatti. Harjoiteltiin: arvi-oimaan relapsille korkean riskin tilanteita, rakenta-maan kognitiivisia ja behavioraalisia coping –taitoja, myös itsenäisiä harjoituksia.	Primääriset tulok-set: päihteenkäyt-töpäivät määrälli-sesti ja päih-teidenkäytön seuraukset: Vain 11,1% raportoi päihteiden käytös-tä 15 –vko:n seu-rantajaksolla. MBRP –ryhmässä olleilla oli 96% vähemmän päih-teidenkäyttöpäi-viä. Päihteiden-käytön seurauksia MBRP –ryhmällä oli 39% vähem-män. Sekundääriset tulokset: sosiaali-set ongelmat, lailliset ongelmat, psykiatriset oirei-lut: MBRP –ryhmässä oli mer-kittävästi vähem-män lakirikko-muksia, sairaste-lua. Merkittävää eroa ryhmien välillä sosiaalis-

					sa suhteissa ei ollut.
2. Bowen, S ja Kurz, A. S. 2012. Yhdysvallat.	Between-Session Practice and Therapeutic Alliance as Predictors of Mindfulness After Mindfulness-Based Relapse Prevention	Tarkoituksena oli arvioida ohjattujen mindfulness-harjoitusten välisten harjoitusten toimivuutta, sekä terapeutin ja asiakkaan välistä allianssia mindfulness-harjoituksen tasolla 8-vko:n MBRP –ohjelman jälkeen.	Sekundäärinen analyysi 93 aikuisesta päihdeavohoitopiti-laasta MBRP:n toimivuus ja tehokkuustutkimuksesta saadusta datasta. Alkuperäisessä tutkimuksessa arvioitiin 8 vko:n MBRP –kurssin toimivuutta ja tehokkuutta 168 avohoitopiti-laalla, verrattu tavanomaiseen hoitoon. Kurssilla oli 2 tapaamista / vko, joita pitivät kaksi terapeutia. Tapaamisten välillä potilaat saivat itsenäiseen harjoitteluun ohjeita. Tavanomaisessa hoito-ohjelmassa oli 12-portainen filosofia, sisältäen psykoedukatiota ja relapsinehkäisytaitoja.	Kaikkien osallistujien arviointi tehtiin alussa, kurssin loputtua, 2 ja 4 kk kuluttua kurssin päättymisestä. Arviointi piti sisälleen itseraportointia: mielihaluista, affektiivisuudesta, mindfulness:sta, hyväksynnästä, terapeuttisesta allianssi, meditaatioharjoituksesta ja päihdeidenkäytöstä.	Tavanomaiseen hoitoryhmään verrattuna MBRP –osallistujat raportoivat vähemmän päihdeidenkäyttöpäiviä 4kk seurantajaksolla. Voimakkaat mielihalut päihdeidenkäyttöön olivat merkittävästi matalammat kuin tavanomaiseen hoitoon osallistuneilla. MBRP-osallistuneilla mindfulness-taso oli noussut merkittävästi koko tutkintajakson ajan. Hypoteesin vastaisesti, ohjattujen harjoitusten välinen omakohmainen harjoittelu ei ennustanut mindfulness-tasoja 2kk ja 4kk arvioinneissa. Tulokset ehdottavat, että osallistuminen ohjattujen sessioiden väliseen harjoitteluun on kytköksissä korkeisiin mindfulness-

					tasoihin kurssin jälkeen, mutteivat ennusta pitkän ajan mindfulness-tasoja. Voimakas terapeuttinen allianssi ennustaa mindfulness-tason säilymistä korkeana ohjelman loppuessa, muttei enää pitkällä aikavälillä.
3. Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E., N., Douglas, H., Enkema, M., Sedgwick, C. 2014a. Yhdysvallat.	Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change	Tutkimuksen tavoitteena oli antaa teoreettisia malleja ja hypoteettisia mekanismeja relapsin ehkäisyssä. Tarkoituksena oli myös tarjota selittäviä ja ennustavia malleja addiktiokäyttäytymisen taustatekijöistä, sekä miten MBRP – menetelmä puuttuu niihin.	Tutkimus esittelee teoreettisia malleja ja selityksiä MBRP – menetelmästä, eikä tee omaa empiriaa. Tutkimuksessa esitellään kaavioina, mihin mekanismeihin mindfulness vaikuttaa.	Teoreettisena tutkimuksena kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia interventioita ei ole tehty. Tutkimuksessa käydään läpi 8 – viikkoisen MBRP – kurssin ohjelma: menetelmiseen, ja tuloksineen.	MBRP – menetelmästä alkaa olla vahvaa tutkimusnäyttöä sen toimivuudesta päihde- ja myös toiminnallisten riippuvuuksien hoidossa. Kuitenkin, on vielä paljon epäselviä kontekstuaalisia yksityiskohtia tutkimusaseteluisa, joten lisätutkimusta tarvitaan. Muuttujia, jotka edellyttävät lisätutkimusta: kohderyhmän ominaisuudet, intervention kesto, yksilö-, vai ryhmähoito, mindfulness:in ”annostus”, terapeutin oma harjaantuneisuus mindfulnessharjoituksessa, sekä

					harjoituksen tehokkuus, levinneisyys ja toimivuus eri kohde-ryhmissä ja asetelmissä.
4. Bowen, S. 2012. Yhdysvallat.	<u>A pas-sionate approach to the treatment of addictive behaviors: The contributions of Alan Marlatt to the field of mindfulness-based interventions.</u>	Julkaisun tarkoituksena on esittää MBRP – menetelmän yhden kehittäjän, tohtori Alan Marlatt:n työpanos ja aikaansaannokset mindfulness –pohjaisten interventtioiden saralla, sekä esittää MBRP – menetelmästä tehtyjen muiden tutkimusten tuloksia, jotka ovat saaneet vaikutteita Marlatt:sta.	Tieteellisenä artikkelina julkaisussa ei ole omaa empiriaa, vaan sisältää laajan katsauksen mindfulness –peräisten interventioiden pioneerin kattavasta akateemisesta työurasta ja MBRP – menetelmästä tehtyjä muita tutkimuksia.	-	Marlatt:n mukaan mindfulness-meditaatiosta ei ole ainoastaan hyötyä, vaan se on mielen ymmärtämisen kannalta keskeistä. Se auttaa ymmärtämään kuinka ajatukset ja odotukset joko fasilitoivat, tai vähentävät addiktiokäyttäytymisen ilmenemistä. Marlatt:n ja kollegoiden aikaansaannokset ovat mullistaneet päihdehoitotyön ajattelua merkittävästi.
5. Lee, K-H., Bowen, S., An-Fu, B. 2011. Taiwan.	Psychosocial outcomes of mindfulness-based relapse prevention in incarcerated substance abusers in	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää MBRP- menetelmän päihdeongelmallisille aikuisille miehepuolisille vangeille vangeille sovelletun version psykososiaalisia tuloksia.	Metodi: 2 eri ryhmän otannat session aloituksessa ja session lopussa. (MBRP- ryhmä vs. tavanomainen hoitoryhmä.) 24 sattumalla valittua päihdeongelmataustaista vangittua yksilöä valittiin	Osallistujien suostumuksen jälkeen, kaikki osallistujat vastasivat aloituskyselykaavakkeeseen. Hoitovaiheen aikana MBRP – osallistujat vastasivat viikottaiseen mittaukseen mäsennusoireiden kartoituskyselyyn (BDI-II) alkaen	Aloitustulokset ryhmien välillä: merkittäviä eroja löydettiin huumeidenkäytön useudessa, päihdeiden käytön positiivisissa vaikutuksissa, jotka viittaavat siihen, että MBRP –ryhmäläisillä oli vähemmän posi-

	Taiwan: A preliminary study.		joko MBRP-ryhmään, tai tavanomaiseen hoitoryhmään (treatment as usual TAU).	sessiosta nro. 2. 10 –viikon seuranta-jakson aikana molemmat ryhmät vastasivat kyselyihin. Hoito: MBRP –ohjelma kesti 10 vko:a (1sessio viikossa). Kyselyihin vastattiin itsenäisesti.	tiivisiä ajatuksia päihteidenkäytöstä ja he käyttivät vähemmän päihteitä ennen vangitsemista, verrattuna TAU –ryhmään. Intervention aikana MBRP –ryhmäläisten mieliala parani BDI-II –mittausten perusteella. MBRP –ryhmässä toistetuissa mittauksissa ilmeni merkittäviä eroja sessiota edeltävän ja sen jälkeisessä päihteidenkäytön negatiivisissa vaikutuksissa ja päihteiden välttämisen itsekyvykydessä. Suurta eroa ei ollut positiivisissa odotuksissa. TAU-ryhmässä ennen ja jälkeen session päihteidenkäytön välttämisen itsekyvykkyydestä tulokset paranivat merkittävästi, mutta muutoksia ei ollut positiivisten tai negatiivisten vaikutusten suhteen.
<b>6. Amaro,</b>	Feasibil-	Tutkittiin	Tulosten arvi-	Uusi interventi-	>5 sessiota paran-

<p>H., Spear, S., Vallejo, Z., Conron, K., Black, D. S. 2014. Yhdysvallat.</p>	<p>ity, Acceptability, and Preliminary Outcomes of a Mindfulness-Based Relapse Prevention Intervention for Culturally-Diverse, Low-Income Women in Substance Use Disorder Treatment.</p>	<p>MBRP – menetelmän sopivuutta, lähestyttävyyttä ja hyötyjä etnisesti monipuolisessa, matalatulosoisessa päihteidenkäyttäjien, traumaustaisten, naisryhmässä (n=318). Aiempaa vastaavaa tutkimusta tälle ihmisryhmälle ei ole tehty.</p>	<p>oinnissa metodina oli yhden ryhmän toistettu mittausmenetelmä. Sopivuutta ja lähestyttävyyttä arvioitiin itsearviointikyselyllä intervention jälkeen jokaiselta ryhmältä. Intervention alussa lähtötasokysely toteutettiin strukturoidulla kyselyllä. Jatkokyselyt toteutettiin 6kk ja 12kk kohdalla aloituksesta</p>	<p>ometelmä: <i>Moment-by-Moment in Women's Recovery: A Mindfulness-Based Approach to Relapse Prevention (MBRP-W)</i> kehitettiin soveltumaan kyseiselle ihmisryhmälle. Menetelmä on 9 – session (1,5-2h per sessio) ohjeistettu interventio 8-15 naiselle. Sovelluksessa otettiin tarkemmin huomioon addiktio, relapsi, aikainen toipuminen, trauma, mielenterveyongelmat ja lukutaidottomuus kohderyhmässä. Stressin merkitystä korostettiin.</p>	<p>si testituloksia, mikä totesi hypoteesin osittain todeksi; alkoholin- ja muiden päihteiden addiktio heikkeni, koettu stressi väheni niillä, jotka osallistuivat &gt;5 sessioon, verrattuna &lt;5 sessioon osallistuneisiin. Tulokset ehdottavat, että mindfulness-meditaatio kannattaa ottaa osaksi päihdehoitotyötä. MBRP-W vähentää stressiä ja addiktion vakavuutta päihdehoitoon osallistuvissa naisissa.</p>
--	--	---	--	---	--