

TIETOISUUSTAIDOT ALKOHOLIRIIPPUVAISTEN TOIPUMISEN TUKENA

Integratiivinen tutkimuskatsaus

SUSANNA ORSILA
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2015

ORSILA, SUSANNA: Tietoisuustaidot alkoholiriippuvaisten toipumisen tukena. Integratiivinen tutkimuskatsaus

Pro Gradu -tutkielma, 105 sivua.

Sosiaalityö

Ohjaajat: Kyösti Raunio ja Katja Kuusisto

Maaliskuu 2015

Tutkimus käsittelee alkoholiriippuvaisten tietoisuustaitojen kehittämisen potentiaalia riippuvuudesta toipumisen edistämisessä. Tietoisuustaitojen soveltaminen alkoholiriippuvaisten hoitoon on suhteellisen uusi ilmiö. Tästä syystä tutkimus on erityisesti tutkimusaiheiden selkeyttämistä ja yleisiä piirteitä kartoittava integratiivinen tutkimuskatsaus. Tutkimuksen taustalla olevana motiivina on suomalaisen päihdehoidon kehittäminen ja tietoisuustaitoihin perustuvan työväliseen tehokkuuden tutkiminen alkoholiriippuvaisten auttamisessa.

Tutkimuksessa selvitetään aluksi millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen kehittämisen katsotaan perustuvan alkoholiriippuvaisten kohdalla. Muutosmekanismeja kartoitetaan yhteensä seitsemän tutkimuksen ja kahden tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon käsikirjan pohjalta. Identifioitujen muutosmekanismien todellista olemassaoloa tutkitaan myös tietoisuustaitoja käyttävien päihdehoitotutkimusten tuloksia analysoimalla. Muutosmekanismien olemassaoloa koskevana tutkimusaineistona toimii sama aineisto kuin seuraavan tutkimustehtävän kohdalla. Toiseksi tutkimuksessa selvitetään tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavuutta tarkastelemalla ja kokoamalla tietoisuustaitoharjoituksia käyttäviä päihdehoitoja koskevien tutkimusten hoitotuloksia. Vaikuttavuutta arvioidaan erityisesti päihteidenkäytön vähentämistä, stressin ja mielenterveysongelmien vähentymistä ja tietoisuustaitojen eri ominaisuuksien kehittymistä koskevien tutkimustulosten avulla. Aihetta koskeva tutkimusaineisto koostuu 11 empiirisestä tutkimuksesta ja yhdestä systemaattisesta tutkimuskatsauksesta.

Näkökulmana tietoisuustaitoja koskevien aiheiden tarkasteluun on kognitiivis-behavioraalinen teoria, johon peilamaalla tietoisuustaitoihin perustuvaa lähestymistapaa on helpompaa ymmärtää. Kognitiivis-behavioraalisella päihdehoidolla on useita yhteisiä piirteitä tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon kanssa, mutta myös selkeitä eroja. Kognitiivis-behavioraalisen terapian menetelmiä sovelletaan päihderiippuvaisille suunnatuissa tietoisuustaitoihin perustuvissa hoito-ohjelmissa.

Tutkimusaineistossa esiintyneet muutosmekanismit eivät saaneet vahvaa tukea empiirisiltä tutkimuksilta ja osoittivat näin tarpeen jatkaa empiiristen tutkimusten tekemistä. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen hoitotulokset osoittautuivat lähes kaikissa tutkimuksissa yhtä hyväksi kuin kontrollihoitojen hoitotulokset erityisesti alkoholin- ja muiden päihteidenkäytön vähentämistä koskevia hoitotuloksia tarkastellessa. Tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot osoittavat potentiaalinsa alkoholiriippuvaisten toipumisen edistämisessä tämän tutkimuksen tulosten perusteella siitä huolimatta, että sen tehokkuuteen vaikuttavista muutosmekanismeista ei ole vielä täyttä selvyyttä. Tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito voi toimia tulevaisuudessa yhtenä hyvänä jatkohoitovaihtoehtona perinteisille alkoholiriippuvaisten vertaistukiryhmille Suomessa. Päihderiippuvaisille suunnatuissa tietoisuustaitoihin perustuvissa päihdehoidoissa käytetyt tekniikat voivat toimia myös hyödyllisenä sosiaalityöntekijöiden työvälisenä heidän auttaessaan erityisesti stressistä ja huonosta tunteiden säätelystä kärsiviä alkoholiriippuvaisia.

ORSILA, SUSANNA: Mindfulness in the Treatment of Alcoholdependents. Integrative Literature Review

Master's thesis, 105 pages

Social Work

Supervisors: Kyösti Raunio and Katja Kuusisto

March 2015

This research evaluates the potential of mindfulness methods to help people with alcohol abuse problems. Mindfulness is a relatively new tool that has been used to help people with substance abuse problems. For this reason research is an integrative literature review. The emphasis is on clarifying and identifying the features of research subjects. The motivation of the research is to improve Finnish programs in alcohol abuse treatment and investigate the effectiveness of mindfulness methods.

First this reseach surveys the change mechanims of mindfulness practices in the research of alcohol related treatments. The mechanisms are investigated based on altogether seven theoretical and empirical studies and two mindfulness based substance abuse treatment manuals. The research surveys also to which end the identified change mechanisms are validated by empirical treatment studies. This is made by using the same research data that was used surveying the second research subject. The second research subject analyzes the results of the mindfulness based treatments. The effectiveness of the methods is evaluated in terms of reducing alcohol and substance use, stress, mental health problems and changes in the features of mindfulness. The research summarizes results of 11 empirical studies and one systematic review.

Cognitive-behavioral theory is used as a basis to research the change mechanisms in mindfulness based treatments for substance abusers and to undertand these treatments better. Mindfulness based methods are easier to understand when they are compared with other methods. Cognitive-behavioral methods have many features in common with mindfulness methods, but some features are clearly distinctive. Cognitive-behavioral methods are also used together with mindfulness methods in mindfulness based substance abuse treatments.

The identified change mechanisms are based on different hypothesis and stays so due to the lack of evidence in empirical studies. The results of the studies had also significant variance, which means that more empirical studies are needed to identify and validate the existence of the change mechanisms. Mindfulness based treatments for substance abusers were found to be almost always as effective as the traditional treatments used in control groups especially in terms of decreasing substance use. Mindfulness based treatments clearly showed their potential in the treatment of alcohol abuse. Mindfulness based treatments may work as one good aftercare alternative for the alcohol dependent people in Finland. Mindfulness based practice could also be a useful tool for social workers who work to help alcohol dependent people who use too much alcohol because of stress and negative emotional states.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 ALKOHOLIRIIPPUVUUS.....	6
2.1 Alkoholi­riippuvuuden kehittyminen ja retkahtaminen	6
2.2 Alkoholi­riippuvaisten hoito.....	10
3 TIETOISUUSTAITOT JA TIETOISUUSTAITOIHIN PERUSTUVAT HOITO-OHJELMAT.....	13
3.1 Tietoisuustaitojen käsite ja sen alkuperä	13
3.2 Tietoisuustaidoille ominaiset piirteet ja osatekijät	16
3.3 Tietoisuustaitojen harjoittaminen	17
3.4 Tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat.....	19
3.4.1 MBSR- ja MBCT-hoito-ohjelmat	20
3.5. Päihderiippuvaisille suunnatut tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat	22
3.5.1 MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmat.....	23
4 KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN TEORIA JA PÄIHDEHOITO	27
4.1 Kognitiivis-behavioraalisen teorian kehittyminen	27
4.2 Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito- ja addiktiomalli	29
4.3 Kognitiivinen teoriakehys tietoisuustaitoharjoitusten yhdistämiseksi päihdehoitoon	34
4.4 Tietoisuustaitoihin perustuvan ja kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon suhde.....	36
5 TUTKIMUSPROSESSI.....	39
5.1 Integri­tiivinen tutkimuskatsaus	39
5.2 Tutkimusaineiston kokoaminen ja näkökulman muodostaminen	42
5.3 Analyysistä synteisiin	49
6 TIETOISUUSTAITOIHIN LIITTYVÄT MUUTOSMEKANISMIT	
ALKOHOLIRIIPPUVUUDESTA TOIPUMISESSA.....	51
6.1 Mihin tietoisuustaitojen harjoittamisen vaikuttavuus perustuu?.....	51
6.2 Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavat välilliset muutosmekanismit.....	53
6.3 Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavat välittömät muutosmekanismit.....	55
6.4 Yhteenveto	61
7 TIETOISUUSTAITOJA KÄYTTÄVIEN PÄIHDEHOITOJEN VAIKUTTAVUUS.....	67
7.1. Muutokset päihteidenkäytön vähentämisessä ja voimakkaassa halussa	67
7.2 Tietoisuustaitojen vaikutus stressiin ja mielenterveysongelmiin liittyviin oireisiin	72
7.3 Tietoisuustaitoja koskevat tutkimustulokset	75
7.4 Yhteenveto	80
8 POHDINTA.....	84
LÄHTEET.....	93

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Muutosmekanismeja koskeva tutkimusaineisto	47
TAULUKKO 2. Tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevat tutkimukset	48
TAULUKKO 3. Välillisesti ja välittömästi alkoholiriippuvuudesta toipumiseen vaikuttavat tietoisuustaitojen muutosmekanismit	63

1 JOHDANTO

Alkoholiriippuvuudesta toipuminen on tavallisesti pitkä prosessi. On varsin tavallista, että raitistunut retkahtaa jälleen juomaan avo- tai laitoshoidon jälkeen. Asiaa valaisee esimerkiksi se, että keskimäärin vain 10–20 prosenttia alkoholisteista on raittiina vuoden kuluttua laitoshoidossa käymisestä (Saarnio 2009, 17–18). Sellmanin (2010, 8) mukaan krooninen retkahtaminen onkin yksi päihderiippuvuuden kymmenestä ominaispiirteestä. Nykyään yhä useamman päihderiippuvuuksien tutkijan mukaan retkahtamiseen johtavat syyt ovat tiedostavan mielen ja pelkän tahdonvoiman ulottumattomissa, toisin kuin perinteisesti käytettyjen päihdehoitomenetelmien, kuten motivoivan haastattelun ja kognitiivis-behavioraalisen terapian mukaan usein ajatellaan (Garland 2013; Bowen ym. 2011, Ostafin & Marlatt, 2008). Pitkän ajan kuluessa automatisoituneiden mentaalisten prosessien voidaan katsoa olevan retkahtamisen syynä. Tästä huolimatta ajatellaan, että noin kuukauden kestävänsä intensiivisen laitospäihdehoiton tulisi riittää pitkän ajan kuluessa kehittyneen alkoholiriippuvuuden päihittämiseen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, päihdehoito). Vertaistukiryhmissä käynnit ja viikottaiset tai kuukausittaiset käynnit päihde- tai sosiaaliterapeutin luona toimivat tavallisesti jatkohoidona.

Yhdysvalloissa on kehitetty ja tutkittu päihderiippuvaisille suunnattuja tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja, jotka on tarkoitettu intensiivisen päihdehoidon jälkeiseksi jatkohoidoksi. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen keskeisenä tavoitteena on auttaa päihderiippuvuudesta toipuvia purkamaan ja tiedostamaan paremmin automatisoituneita päihdeidenkäyttöön johtavia mentaalisia prosesseja ja kehittämään tietoisuustaitojaan retkahdusten ehkäisemiseksi (Bowen ym. 2011; Garland 2013). Tietoisuustaitojen kehittäminen voi auttaa alkoholiriippuvaisia hallitsemaan ja sietämään paremmin myös sellaisia riskitilanteissa ilmeneviä ajatuksia ja tunteita, joita on vaikeaa hallita perinteisten päihdehoitoissa käytettyjen kontrollistrategioiden avulla (Breslin ym. 2002, 294). Intensiivisen laitospäihdehoiton jälkeinen jatkohoido saattaisi antaa alkoholiriippuvuudesta toipuville tarvittavaa tukea ja lisää aikaa uusien kuntoutuksessa opittujen työvälineiden käyttöön ja toistuvasti ilmenevien riskitilanteiden kohtaamiseen.

Tutkimukseni ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää millaisia tietoisuustaitoihin perustuvia ja alkoholiriippuvuudesta toipumisessa edistäviä muutosmekanismeja tutkimusaineistosta oli löydettävissä. Toisena tavoitteena oli tutkia missä määrin empiiriset hoitotutkimukset tietoisuustaitoharjoituksia käyttävistä päihdehoidoista tukevat löydettyjen muutosmekanismien olemassaoloa. Tutkimukseni kolmantena tavoitteena oli tutkia tietoisuustaitoja soveltavien ja tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen potentiaalia alkoholiriippuvaisten hoidossa hoitotutkimusten tulosten valossa. Kyseessä olevien päihdehoitojen hoitotuloksien tutkiminen ei voinut yksinään lisätä riittävästi ymmärrystä tietoisuustaitoharjoitusten potentiaalista auttaa alkoholiriippuvaisia. Oli tärkeää valottaa myös käsitystä siitä, millaisiin psykologisiin prosesseihin tämän potentiaalın katsotaan perustuvan. Tavoitteeni saavuttaakseni toteutin tutkimukseni integratiivisena tutkimuskatsauksena (Torraco 2006; Whittemore & Knafl 2005; Kallio 2005), sillä tutkimusaiheeni on suhteellisen uusi ja vaikutti olevan sen yleisten piirteiden kokoamisen tarpeessa. Integratiivinen tutkimuskatsauksen tekeminen tutkimusmenetelmänä mahdollisti myös monipuolisen tutkimusaineiston hyödyntämisen.

Perusteet tietoisuustaitojen harjoittamisen positiivisille vaikutuksille alkoholiriippuvuudesta toipumiseen nojaavat muun muassa tutkimuksiin, joissa on tutkittu automaattisen mentaalisen prosessoinnin ja alkoholin juomisen irrottamista toisistaan (Garland ym. 2011; Garland ym. 2010; Breslin ym. 2002), stressin ja mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden vähentymistä (Zgierska ym. 2008, Brewer ym. 2009, Garland ym. 2010) ja tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien kehittymisen vaikutuksia (Ostafin & Marlatt 2008; Zgierska ym. 2008; Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010). Lähes jokaisessa tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttavuutta koskevassa tutkimuksessa tietoisuustaitojen vaikuttavuuden syinä pidetään erityisesti stressaavien ja epämiellyttävien ajatusten ja tunteiden sietokyvyn kehittymistä (Breslin ym. 2002; Brewer ym. 2009) ja näiden psykologisten ilmiöiden parempaa tiedostamista (Bowen ym. 2009, 302). Stressin ja negatiivisten tunteiden ja ajatusten on tutkittu olevan keskeisiä riskitilanteita aiheuttavia tekijöitä. Marlattin mukaan yli puolet retkahduksista johtuu juuri negatiivisista emotionaalisista tai fyysisistä tiloista tai intersoonallisesta konfliktista (Marlatt 1996, 46).

Keskityn tutkielmassani suhteellisen uusien tietoisuustaitoihin perustuvien hoito-ohjelmien ja niissä käytettyjen tietoisuustaitoharjoitusten tutkimiseen. Paynen (2005)

sosiaalityön teorioiden jaottelun mukaan tutkielmani kuuluu luokkaan, joka sisältää vastauksia kysymykseen kuinka sosiaalityötä tehdään (Payne 2005, 6). Suomessa sosiaalityön toimintatavat voidaan erotella byrokraatiatyöksi, palvelutyöksi ja psykososiaaliseksi sosiaalityöksi (Sipilä 1989). Tutkielmani kohdistuu erityisesti psykososiaalisten toimintatapojen alueelle. Psykososiaalisen työn ei välttämättä tarvitse olla pelkästään sosiaalityöntekijän tarjoamaa keskusteluapua. Sosiaalityöntekijä voi myös ohjata kursseja tai hoitoryhmiä, joissa asiakkaille tarjotaan työvälineitä, joita asiakkaat voivat joko työntekijän tai vertaistuen avulla oppia käyttämään yksinkin ongelmansa selättämiseksi. Psykososiaalisen sosiaalityön piirissä asiakkaan ongelmien katsotaan juontuvan asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen lisäksi myös vahvasti hänen tilanteestaan, johon vaikuttavat myös erilaiset sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Myös asiakkaan tilanteen ratkaisemisella voidaan vaikuttaa asiakkaan ajatteluun ja toimintaan. (Sipilä 1989.) Asiakkaan parempaan toimintakykyyn vaikuttavien muutosmekanismien alkukohtat voivat lähteä monesta suunnasta. Keskityn tässä tutkielmassa tietoisuustaitoihin, joka suhteellisen uutena päihdehoidon elementtinä voi auttaa alkoholiriippuvaisia ajattelu- ja toimintatapojen muutoksen kautta, ja siten vaikuttaa edelleen asiakkaan tilanteeseen.

Motivaationani tietoisuustaitoja koskevan tutkimuksen tekemiselle oli kokemukseni sosiaaliterapeuttina päihderiippuvaisten parissa. Olen tehnyt töitä katkaisuhuitoa tarjoavassa keskuksessa, jossa havahtuin siihen kuinka moni päihderiippuvaisista tarvitsee rauhoittavia lääkkeitä esimerkiksi ahdistusoireista selvitäkseen. Monelle asiakkaalle oli kehittynyt myös riippuvuus rauhoittaviin lääkkeisiin. Lääkkeitä suositellaan katkaisuhoidossa yleisesti käytettäväksi vain pahimpien vieroitusoireiden ajaksi, jonka jälkeen lääkeannosta lasketaan nopeasti nolnaan. Osa saattaa kuitenkin oppia samalla kätevä tavan, jonka avulla voi selvitä vieroitusoireista myöhemminkin. Rauhoittavia lääkkeitä käytetään myös päihteenä vahvistamaan muiden päihteiden vaikutuksia. Huoli rauhoittavien lääkkeiden käytön yleisyydestä sai minut pohtimaan tietoisuustaitojen harjoittamisen potentiaalia päihderiippuvaisten stressi- ja ahdistusoireiden lievittämisen vaihtoehtona. Tietoisuustaitojen harjoittaminen voi auttaa ehkäisemään retkahduksia. Olin lukenut tietoisuustaidoista jonkin verran myös aiemmin ollessani kiinnostunut meditaatioharjoituksesta.

Tutkielmani liittyy sosiaalityön palveluiden parantamiseen ja siihen voitaisiinko tietoisuustaitoihin perustuvien ohjelmien ja tekniikoiden avulla kehittää

alkoholiriippuvaisille suunnattuja sosiaalipalveluita. Payne (2005) on nimennyt individualistis-reformistiseksi näkemyksen, jonka mukaan sosiaalityön tulee järjestää palveluita yksilöille, jotta he voivat saada apua haastavissa elämäntilanteissa. Palveluita tulee myös parantaa, jotta sosiaalityön palvelut toimivat tehokkaammin. (Emt., 8-9.) Näkemys on suhteellisen individualistinen, sillä muutoksen katsotaan lähtevän yksilöstä, johon palveluita kohdistetaan. Kaksi muuta Paynen nimeämää näkemystä ovat sosiaalisempia ja kollektiivisempia, jossa asiakkaat ja palveluiden tuottajat ja työntekijät toimivat vahvemmin yhteistyössä. Oman näkemykseni mukaan yhteiskunnassa tarvitaan näiden näkemysten välistä yhteistyötä. Payne (emt., 12) on sijoittanut kognitiivis-behavioraalisen teorian individualistis-reformististen näkemysten piiriin. Kognitiivis-behavioraalinen teoria on syy-seuraussuhteita selittävä teoria, joka voi tarjota asiakkaalle ymmärrystä suhteessa ongelmiinsa ja työvälineitä ongelman selättämiseen. Kognitiivis-behavioraalista teoriaa käytetään vastaamaan yhteiskunnan haasteisiin yksilön auttamisen kautta. Käytän tutkielmassani juuri kyseistä teoriaa tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä.

Tutkin kognitiivis-behavioraalisen teorian avulla alkoholiriippuvuudesta toipumiseen tähtäävien tietoisuustaitoharjoitusten taustalla vaikuttavia muutosmekanismeja ja tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja. Peilaan tutkimuksen teoriaosuudessa näiden päihdehoitojen sisältöä ja menetelmiä kognitiivis-behavioraaliseen päihdehoitoon niiden ymmärryksen lisäämiseksi. Tiivistäen ilmaistuna kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito auttaa alkoholiriippuvaista tunnistamaan ja muokkaamaan kognitiivisella tasolla negatiivisia ydinuskomuksia ja ajattelumalleja. Käyttäytymisen tasolla terapiamalli auttaa tunnistamaan ja muokkaamaan ehdollistuneita käyttäytymismalleja, jotka ylläpitävät haitallista kierrettä arjessa ja ihmissuhteissa eivätkä palvele alkoholiriippuvaisen todellisia tarpeita, vaan ylläpitävät riippuvuutta. Kognitiivis-behavioraalisia päihdehoitomalleja on useita, joista retkahduksen ehkäisy - päihdehoitomalli on yksi. Siinä sovelletaan kognitiivis-behavioraalisesta mallista peräisin olevia interventiostrategioita, mutta painotetaan erityisesti elämäntavan tasapainottamista ja retkahdusten hyväksymistä osana kuntoutumisprosessia (Marlatt 1985). Toisin kuin kognitiivis-behavioraalisissa päihdehoidossa tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon mukaan ajatus- ja toimintamalleja ei pyritä niinkään muokkaamaan suoraan, vaan tietoisuustaitoharjoitusten tavoitteena on muuttaa suhtautumista niihin (Brewer ym. 2009, 313).

Keskityn tutkielman toisessa luvussa alkoholiriippuvuuden kehittymiseen, retkahtamiseen liittyviin prosesseihin ja päihdehoitoihin yleisellä tasolla. Kolmannessa luvussa tarkastelen tietoisuustaitojen käsitettä ja sitä mitä tietoisuustaidoilla tarkoitetaan. Samassa luvussa kirjoitan eri sairauksista ja päihderiippuvuuksista kärsiville suunnatuista tietoisuustaitoihin perustuvista hoito-ohjelmista. Neljännessä luvussa käsittelen tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä toimivaa kognitiivis-behavioraalista teoriaa, addiktiomallia ja siihen perustuvaa päihdehoitomallia. Samassa luvussa vertailen kognitiivis-behavioraalisen ja tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoitomallin eroja ja yhteisiä piirteitä selkeämmän kuvan esittämiseksi siitä, millaisia tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoitomallit ovat. Tutkielman viidennessä luvussa kirjoitan tutkimusprosessistani ja integratiivisen tutkimuskatsauksen tekemisestä. Kuudennessa luvussa neljännen luvun kognitiivis-behavioraaliset näkökulmat toimivat apuvälineinä tutkiessani sitä millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaidot perustuvat alkoholiriippuvaisten kohdalla. Tutkin samassa luvussa myös sitä missä määrin tietoisuustaitoharjoituksia käyttäviä päihdehoitoja koskevien empiiristen tutkimukset tulokset vahvistavat identifioitujen muutosmekanismien olemassaoloa. Tarkastelen aina ensin yhtä kuudesta muutosmekanismista, jonka jälkeen tuon esiin missä määrin empiiriset hoitotutkimukset validoivat kyseessä olevan muutosmekanismin olemassaoloa. Vastaan ensimmäiseen ja sitä tarkentavaan tutkimuskysymykseen näin samanaikaisesti. Muutosmekanismeihin keskittymisen jälkeen keskityn seitsemännessä luvussa tutkimaan päihderiippuvaisille suunnattujen tietoisuustaitojen soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavuutta. Analysoin ja kokoan kyseisiä päihdehoitoja koskevien empiiristen tutkimusten hoitotuloksia keskittyen erityisesti päihteenkäytön vähentämistä, stressin ja mielenterveysongelmien vähentymistä ja tietoisuustaitojen kehittymistä koskeviin tutkimustuloksiin. Päätän kuudennen ja seitsemännen luvun tutkimustulosten yhteenvedoihin auttaakseni lukijaa tulosten ydinasioiden poimimisessa. Viimeisessä luvussa pohdin tutkimukseni antia mahdollisille jatkotutkimuksille ja sosiaalityön käytännöille päihdepalveluiden alueella.

2 ALKOHOLIRIIPPUVUUS

Suomessa on arvioitu olevan tällä hetkellä noin 300 000–500 000 alkoholin suurkuluttajaa, joista kolmasosa on alkoholiriippuvaisia. 10 prosenttia eniten juovista juo puolet kaikesta alkoholista. Suurkuluttajista 80–90 prosenttia on miehiä. (Huttunen 2012.) Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa lukuisia sairauksia ja altistaa käyttäjää tapaturmille. Alkoholi oli vuonna 2012 työikäisten miesten ja naisten kolmanneksi yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus 2012). Alkoholinkäytöstä aiheutuvat kustannukset ovat myös korkealla. Kustannusten arvioitiin olevan julkiselle sektorille 862–1057 miljoonaa euroa vuonna 2010 (Jääskeläinen 2012, 43). Kaikkien kustannusten ulkopuolelle jäävien alkoholiriippuvuudesta aiheutuvien ongelmien määriä yksilöille, perheille, lähiympäristölle ja yhteiskunnalle on vaikea arvioida. Keskityn tässä tutkielmassani alkoholiriippuvaisia koskeviin hoitotutkimuksiin erityisesti alkoholiriippuvuudesta aiheutuvien ongelmien laajuuden vuoksi.

Alkoholiriippuvuuden syntyyn voi vaikuttaa niin moni eri tekijä, ettei sen kehittymisen syitä ole yksinkertaista selittää. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että alkoholiriippuvuuteen syntyyn liittyy aina biologinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Retkahtaminen alkoholinkäyttöön uudestaan on hyvin yleistä päihdekuntoutuksessakin olleiden keskuudessa, mikä kertoo ongelman sinnikkydestä. Retkahdukseen johtavia syitä on myös useita, joista negatiiviset tunnetilat saattavat olla keskeisimpiä. Alkoholiriippuvaisten hoitoon on kehitetty useita eri päihdehoitoja, joista tunnetuimmat ovat saaneet toistaiseksi yhtä hyviä hoitotuloksia aikaan (Project MATCH research group 1997; UKATT research team 2005). Päihdekuntoutuksen jälkeiseen jatkohoitoon panostaminen voi auttaa alkoholiriippuvaisia heidän toipumisen edistämisessä.

2.1 Alkoholiriippuvuuden kehittyminen ja retkahtaminen

Biologisella, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla olevat mekanismit vaikuttavat alkoholiriippuvuuden syntyyn. Ongelmat muuttuvat myös vakavammiksi alkoholiriippuvuuden kehittymisen myötä (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 114). Geneettisen perimän vaikutus päihderiippuvuuksien syntyyn on todistettu adoptio-, kaksos- ja perhetutkimuksissa (Ball 2008). Alkoholismin perinnöllisyystutkimuksista on saatu

erilaisia tuloksia. Niissä päädytään tavallisesti noin 50 prosentin todennäköisyyteen periytyvyydessä (Hyytiä 2003, 33). Geneettinen perimä ei kuitenkaan selitä alkoholiriippuvuuden syntyä yksistään, sillä se kertoo vain ihmisen herkkyydestä tulla riippuvaiseksi. Psykkisellä tasolla ilmenevät ongelmat vaikuttavat myös alkoholiriippuvuuden syntyyn. Tosin aina ei ole mahdollista tietää johtuvatko alkoholiriippuvaisen psyykkiset oireet päihteen käytöstä ja päihteen aiheuttamista ongelmista vai vaikuttavatko mielenterveysongelmat enemmän päihderiippuvuuden syntyyn. Monella päihderiippuvaisella on tutkittu olevan samanaikaisesti jokin mielenterveydenhäiriö (Merikangas ym. 1998). Persoonallisuushäiriöiden on tutkittu olevan myös yleisempiä päihderiippuvaisten kuin muun väestön keskuudessa (Straussner & Nemenzik 2007). Suomessa ollaankin tällä hetkellä huolissaan erityisesti kaksoisdiagnoosista kärsivien asiakkaiden hoidosta. Hoitamatta jäävän mielenterveysongelman on tutkittu myös vaikuttavan hoidon jälkeen edelleen retkahdusten todennäköisyyteen (LaBounty ym. 1992). Perheellä, ystäväpiirillä ja kulttuurilla on myös suuri vaikutus päihderiippuvuuden syntymiseen ja siitä toipumiseen. Sosiaalinen ulottuvuus ja sosiaalisen mallioppimisen ja kulttuurin vaikutus tulisikin huomioida vahvemmin päihderiippuvuuksia tarkastellessa.

Alkoholistityyppejä on luokiteltu ajan kuluessa eri tavoin. E. M. Jellinek luokitteli alkoholin väärinkäyttäjistä koostuvan heterogeenisen joukon: alfa-, beeta-, gamma-, delta- ja epsilon -tyyppisiin (Mäkelä 2003, 178). Cloningerin adoptiotutkimukseen perustuva typologia on tunnetuimpia typologioita, jossa alkoholistit jaetaan kahteen tyyppiin. Ensimmäiseen tyyppiin kuuluvat henkilöt aloittavat alkoholinväärinkäytön vasta yli 25-vuotiaana, johon sosiaalisella ympäristöllä on suuri vaikutus. Toiseen tyyppiin kuuluvilla alkoholin väärinkäyttö taas alkaa tavallisesti alle 25-vuotiaana. Tätä tyyppiä esiintyy pääasiassa miehillä, jotka ovat jo lapsesta lähtien olleet impulsiivisia luonteeltaan ja jotka etsivät jännitystä. Ahdistumistaipumus on myös yksi vaaratekijä alkoholismien kehittymiselle erityisesti miesten kohdalla. (Emt., 179.)

Alkoholiriippuvuuteen on suhtauduttu historian kuluessa eri tavoilla. 1900-luvun alussa alkoholiriippuvuus liitettiin vielä moraalisesti tuomittavaan käytökseen. Tämän jälkeen vallitseva käsitys muuttui sairaus-käsitykseksi, joka on edelleen vallalla 12 askeleen filosofian sisältävissä hoito-ohjelmissa ja tunnetuissa AA-vertaistukiryhmissä. Kognitiivis-behavioraalisen addiktio mallin mukaan kyse on opitusta käytöksestä, josta voidaan oppia pois. Osa ihmisistä tulkitsee tämän näkemyksen tarkoittavan sitä, että

päihderiippuvainen on täysin vastuussa käytöksestään. Marlattin (1985, 5) mukaan ihminen ei kuitenkaan ole sen enempää vastuussa käytöksestään kuin Pavlovin koirat syljeneritysrefleksistään kuullessaan soittokellon äänen. Tämä on ehkä kärjistävästi kirjoitettu, mutta behavioraalisten teorioiden mukaisilla ehdollistumismekanismeilla on kuitenkin väistämättä suuri vaikutus riippuvuuden syntyyn. Alkoholiriippuvuuteen liittyvästä automatisoituneesta käytöksestä huolimatta, alkoholiriippuvainen on Marlattin mukaan vastuussa aktiivisesta työskentelystä riippuvuudesta toipumisen edistämiseksi (emt., 6).

Retkahdukset kuuluvat riippuvuudesta toipumisen prosessiin useimpien alkoholiriippuvaisten kohdalla. Retkahtaminen tarkoittaa päihderiippuvaisen retkahtamista käyttämään päihteitä ongelmallisesti ja suuria määriä raittiina olemisen jakson jälkeen. Alle viidesosa alkoholisteista on raittiina vuoden kuluttua laitoshoidossa käymisestä (Saarnio 2009, 17–18). Toisaalta näin alhaisiin lukemiin päästään tavallisesti sellaisissa tutkimuksissa, joissa retkahtamisella tarkoitetaan myös ”lipsahdusta”, jolla tarkoitetaan yhden alkoholiannoksen juomista (Breslin ym. 2002, 276). Breslin ym. (emt.) viittaavat tutkimukseen, jossa retkahtamisena pidettiin palaamista asumiskuntouksen hoitoa edeltävän ajan juomisen tasolle, ja jonka mukaan 12 kuukauden seurannan jälkeen 50 prosenttia asiakkaista oli retkahtanut (Armor ym. 1976). Päihdekuntoutuksen onnistumista olisikin syytä mitata mielummin sen mukaan kuinka monena päivänä kuukaudessa kuntoutuja on käyttänyt alkoholia ja kuinka monta annosta hän on ottanut keskimäärin kerralla ja mikä on annosten maksimimäärä.

Jos retkahduksen käsitetään viittaavan ensimmäisen alkoholiannoksen juomiseen raittiin kauden jälkeen, kuten sairausmallissa, ajattelee alkoholiriippuvuudesta toipuva helposti olevansa lasillisen juomisen jälkeen täysin epäonnistunut. Dikotomisen sairausmallin mukaan päihderiippuvainen on joko raitis (parantunut) tai retkahtanut uudelleen (sairastunut) (Marlatt 1985, 7). Retkahdus tai lipsahdus voi johtaa näin itsensä toteuttavaan ennusteeseen ja pohjustaa tietä täydelliselle luovuttamiselle. Retkahdus voidaan kuitenkin määritellä eri tavalla, kuten retkahduksen ehkäisy - päihdehoitomallissa tehdään (emt.). Retkahdus voidaan määritellä ”lipsahdukseksi”, johon toipuva päihderiippuvainen voi suhtautua ennemminkin oppimiskokemuksena kuin raittiuspäätöksen rikkomisena. Yhden drinkin juominen saattaa ajaa toiset syyllistämään itseään liikaa ja ajautumaan kognitiiviseen dissonanssiin, joka syntyy raittiuden sisältämän minäkäsityksen olemisesta ristiriidassa lipsahduksen kanssa. Tätä

prosessia kutsutaan raittiudenrikkomis-efektiksi. (Emt.) Tämän tiedostamisen tarkoituksena on ehkäistä vakavamman retkahdusjakson syntyminen.

Retkahtamiseen vaikuttavia tilanteita on lukuisia. Tutkijat ovat kuitenkin löytäneet niitä yhdistäviä piirteitä. Breslin ym. (2002, 276) viittaavat faktorianalyyttisiin tutkimuksiin, joiden mukaan retkahtamiseen vaikuttavat syyt voidaan jakaa kolmeen yleiseen luokkaan (Breslin ym. 2000; Sandahl ym. 1990). Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat negatiiviset tunnetilat, joihin kuuluvat konfliktitilanteet ja niin negatiiviset psyykkiset kuin fyysisetkin tunnetilat. Marlattin mukaan yli puolet retkahduksista johtuu juuri negatiivisesta emotionaalisesta tai fyysisestä tilasta tai interpersoonallisesta konfliktista (Marlatt 1996, 46). Tutkimusten mukaan omat pystyvyysodotukset ovat myös alhaisimmillaan negatiivisten tunnetilojen vallitessa (Witkiewitz & Marlatt 2004, 228–229). Toiseen luokkaan kuuluvat muiden ihmisten seuran aikaan saamat positiiviset tunnetilat ja sosiaalinen paine juomiseen. Suoralle tai epäsuoralle sosiaaliselle paineelle altistuminen alkoholin juomiseen liittyen aiheuttaa noin 20 prosenttia retkahduksista (Marlatt 1996). Kolmanteen luokkaan kuuluvat mielihalut juoda ja oman juomiskontrollin testaaminen (Breslin ym. 2000, 276). Nämä tekijät vaikuttavat samoin 20 prosenttiin retkahduksista Marlattin (1996) tutkimuksen mukaan.

Retkahduksen ehkäisy -pähdehoitomallin kehittäneet Marlatt ja Gordon (1985) jaottelevat retkahduksen taustalla vaikuttavat tekijät kahteen kategoriaan (Larimer 1999, 152). Ensimmäiseen kategoriaan kuuluvat välittömästi ennustavat tekijät, joita ovat esim. korkean riskin tilanteet, selviytymismenetelmät, pystyvyysodotukset ja seurausodotukset. Toiseen kategoriaan kuuluvat välillisesti vaikuttavat, aiemmin piilossa olevat ja retkahdusta ennakoivat tekijät, joita ovat elämäntavan epätasapainoon liittyvät tekijät ja päihteidenkäytön himo. (Larimer ym. 1999, 151.) Ensimmäisen kategorian sisältämiin tekijöihin pyritään vaikuttamaan eri tekniikoiden avulla, joita Marlatt (1985) kutsuu erityisiksi interventiostrategioiksi. Näitä interventiostrategioita ovat muun muassa kognitiivinen muokkaus, riskitilanteiden tunnistaminen ja lipsumisen hallinta (emt.). Lipsumisen hallintaan liitetään ajatus sen ymmärtämisestä, että lipsahdukset kuuluvat kuntoutumisprosessiin. Toisen kategorian sisältämiin retkahdusta ennakoiviin tekijöihin pyritään vaikuttamaan yleisten interventiostrategioiden avulla, joita ovat muun muassa elämäntavan tasapainottamisen ja mielihalujen hallinnan harjoittelu (emt.). Epätasapainoisen elämäntavan katsotaan vaikuttavan itseä pettävän

ajattelun kehittymiseen ja tätä kautta myös osittain retkahtamisen todennäköisyyden kasvamiseen (Thombs 2006, 183).

Tiffanyn (1990) tutkimuksen mukaan voimakas päihteidenkäytön halu ei johda niin usein retkahtamiseen kuin usein kuvitellaan. Syynä retkahtamiseen on hänen mukaansa automaattinen päihteidenkäyttöön liittyvä kognitiivinen prosessointi. Voimakkaiden mielihalujen syntyminen liittyy ennemminkin ei-automattiseen kognitiiviseen prosessointiin, johon vaikuttavat erilaiset olosuhteet. Tällaisia tilanteita syntyy esimerkiksi silloin kun päihtyneen juomat loppuvat kesken tai kun raittiutta tavoitteleva on päihdehoidossa, eikä hänellä ole mahdollisuuksia juoda. (Emt.).

Stressi on monien tutkijoiden mukaan yksi päihderiippuvuuksia keskeisimmin ylläpitävistä tekijöistä (Garland ym. 2011; Vallejo & Amaro 2009, 193; Kabat-Zinn 2005, 336). Stressillä on myös tutkittu olevan suuri vaikutus retkahtamiseen (Garland ym. 2011). Kabat-Zinnin (2007, 328) ja Garlandin (2013) mukaan ihmiset kokevat stressiä suurimmaksi osaksi tilanteissa, joissa he kokevat sosiaalisen asemansa uhatuksi, oli se sitten todellista tai kuviteltua. Garland ym. (2011) perustelevat stressin vaikutusta alkoholiriippuvuuteen tutkimuksella, jonka mukaan ne jotka juovat alkoholia stressin ja negatiivisten tunteiden vuoksi, osoittivat tutkimuksen aikana todennäköisemmin alkoholiriippuvuuden oireiden merkkejä kuin ne, jotka joivat alkoholia muista syistä (Schroder & Perrine 2007). Toisessa Garlandin (2013) mainitsemassa tutkimuksessa, useampien stressaavien elämäntapahtumien menneen vuoden aikana on todettu vaikuttavan runsaampaan juomiseen. Juominen oli tutkimuksen mukaan vähäisempää niillä, jotka eivät olleet kokeneet stressaavia elämäntapahtumia. Jokaista suurempaa stressaavaa tapahtumaa kohti runsaan päihteiden käytön tiheys kasvoi miehillä 24 prosenttia ja naisilla 13 prosenttia. (Dawson ym. 2005.) Myös lapsuudessa ja nuoruudessa koetut stressaavat tapahtumat ennakoivat runsaampaa päihteidenkäyttöä (Lloyd & Turner, 2008).

2.2 Alkoholiriippuvaisten hoito

Osa vertailututkimuksista on osoittanut, että eri päihderiippuvuuksien ja eri mielenterveysongelmien hoitomenetelmät ovat saavuttaneet yhtä hyviä tuloksia (Project MATCH research group 1997; UKATT research team 2005; Duncan ym. 2010). Tätä ilmiötä voi kutsua vastaavien hoitotulosten paradoksiksi. Yleisesti ajatellaan, että jokin

hoitomenetelmä olisi jollain tavalla parempi kuin toiset tai vähintään niin, että tietynlaisille ihmisille sopii yhdenlainen hoitomenetelmä ja toiselle toisenlainen. Project MATCH (1997) on esimerkki tutkimuksesta, jossa tutkittiin kolmen eri terapiamuodon soveltuvuutta erilaisia piirteitä omaaville päihteiden ongelmakäyttäjille. Terapiamuodot olivat kognitiivis-behavioraalinen terapia, motivoiva haastattelu ja 12 askeleen terapiaohjelma. Hypoteesi siitä, että tietyssä tilanteessa oleville päihteiden ongelmakäyttäjille sopisi tietynlainen terapia, todistettiin tässä tutkimuksessa kuitenkin vääräksi (emt.). Terapiamallit eivät tuottaneet merkittävästi parempia tuloksia sen myötä, että asiakkaan sopivuus tietyn terapiamuodon piiriin tarkistettiin. Osa tutkijoista kannattaa silti edelleen asiakkaalle sopivan päihdekuntoutusmuodon yksilöllistä räätälöintiä. Hester ja Miller (2003) kannattavat esimerkiksi eklektismiä sopivan lähestymistavan valinnassa. Ei ole syytä lähteä tutkimaan sitä, mikä kaikista päihteidenkäyttäjien hoitomuodoista on paras, vaan sitä minkälaisille yksilöille jokin tietty hoitomuoto olisi paras (emt.). Yksilön oma usko siihen, kuinka tehokas jokin terapiamuoto on, vaikuttaa myös hoitotulokseen (Bohart & Tallman, 2010). Hoitotulosten kannalta voi olla siis tärkeää ottaa huomioon asiakkaan oma toive ja se mistä asiakas uskoo päihderiippuvuutensa johtuvan.

Suomessa erilaiset päihderiippuvaisten hoitoon suunnatut valtion tukemat laitos- ja avokuntoutusjaksot kestävät keskimäärin kuukauden ajan (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, päihdepalvelut). Hyvästä syystä kuntoutusjaksoa voidaan jatkaa joillakin kuukausilla. Päihdekuntoutus kestää hyvin lyhyen aikaa, kun otetaan kyseessä olevan ongelman sinnikkyys huomioon. Käytännössä osa hakeutuukin päihdekuntoutukseen uudelleen retkahdettuaan, jopa useita kertoja. Toistuvien laitostuntoutusjaksojen riskinä on asiakkaan ”laitostuminen”, mikä ei auta asiakasta voimaantumisen ja tue asiakasta elämänhallinnan kehittämisessä.

Päihdekuntoutukset eivät näyttäyty kovin tehokkaana hoitomenetelmänä kuntoutuksen käyneiden retkahdusten määrän valossa. Kuntoutuksesta palaaminen vie asiakkaan usein takaisin vanhojen kuvioiden äärelle, joka on täynnä riskitilanteita, joista asiakas on tottunut selviämään päihteitä käyttämällä. Kuntoutuksen jälkeen asiakkaalla on uusia selviytymismenetelmiä käytettävään, mutta niiden käyttäminen ei ole luonnollisesti yhtä automatisoitunutta kuin vanhojen ja haitallisten päihteidenkäyttöön nojaavien selviytymismenetelmien käyttäminen. Päihdekuntoutuksen jälkeiselle säännölliselle tuelle on tilausta. Kuntoutuksen jälkeen oleva mahdollisuus tavata päihde- tai

sosiaalityöntekijää silloin tällöin ei välttämättä riitä kaikille. Päihdekuntoutuksen jälkeen erilaiset vertaistukiryhmät toimivat myös monien tukena. Vertaistukiryhmien tavoitteena on auttaa asiakkaita löytämään raittiina pysyvä tai raittiutta tavoitteleva sosiaalinen tukiverkosto, johon asiakas voi olla säännöllisesti yhteydessä myös päihdekuntoutuksen jälkeen. AA- ja NA-ryhmien lisäksi vaihtoehtoja ei ole kovin paljon. Kaikki eivät ole myöskään valmiita sitoutumaan 12 askeleen ohjelmaan kuuluvaan filosofiaan (Kuusisto 2010). Tietoisuustaitoihin perustuvat jatkohoito-ohjelmat saattaisivat toimia hyvänä vaihtoehtona 12 askeleen ohjelman mukaisille vertaistukiryhmille.

3 TIETOISUUSTAIIDOT JA TIETOISUUSTAITOIHIN PERUSTUVAT HOITO-OHJELMAT

Tietoisuustaidot määritellään usein hyvin monipuolisesti ja määritelmä voi vaihdella hieman tutkijasta toiseen. Kabat-Zinnin (1994) mukaan tietoisuustaidoissa on kyse huomion suuntaamisesta tarkoituksellisesti, tässä hetkessä ja tuomitsematta. Läsnaoloa tässä hetkessä ja hyväksyvää asennetta pidetään yleisesti tietoisuustaitojen keskeisimpinä piirteinä. Osa aiheeseen perehtyneistä pitää tietoisuustaitoja ja niiden harjoittamista täysin uskonnosta riippumattomana harjoituksena, osa taas pitää tietoisuustaitojen harjoittamista vahvan henkisenä harjoituksena. Tietoisuustaitojen ja meditaation käyttöä on alettu tutkimaan erilaisten sairauksien hoidon apuna 1970-luvulla. Kabat-Zinn (2007) kehitti ensimmäisen tietoisuustaitoihin perustuvan stressin vähentämisen -hoito-ohjelman (MBSR, Mindfulness Based Stress Reduction) stressistä, kivuista ja sairauksista kärsiville ihmisille. Sitä on käytetty myöhemmin apuna kehitettäessä masennuksesta kärsiville suunnattua tietoisuustaitoihin perustuvaa kognitiivista terapiaa (MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Segal ym. 2002) ja päihderiippuvaisille suunnattuja MBRP- (Mindfulness Based Relapse Prevention, Bowen ym. 2011) ja MORE-hoito-ohjelmia (Mindfulness Oriented Recovery Enhancement, Garland 2013).

3.1 Tietoisuustaitojen käsite ja sen alkuperä

Tietoisuustaitojen käsite on käännetty suomeksi englanninkielisestä sanasta *mindfulness*. Mindfulness-sanaa käytetään usein myös aihepiiriä koskevissa suomenkielisissä tutkimuksissa ja kirjallisuudessa. Mindfulness-sanan käyttö on yleistynyt suomenkielisessä kirjallisuudessa mahdollisesti siksi, että sanalle ei ole suomenkielessä täysin sopivaa vastaavaa määritelmää. Käytän tutkimuksessani kuitenkin Suomessa yleisimmin tunnettua ja todennäköisesti toistaiseksi parasta suomennosta ja käsitettä tietoisuustaidot. Tietoisuustaitojen käsitteen alkuperä löytyy noin 2500 vuotta vanhasta buddhalaiseen meditaatioon pohjautuvasta traditiosta. Muissakin uskonnoissa ja filosofioissa, kuten stoalaisuudessa, käsitellään meditaatiota, mutta buddhalaisissa kirjoituksissa sitä käsitellään järjestelmällisimmin ja painotetuimmin (Keng ym. 2011, 1042). Palinkielellä tietoisuustaitoihin viitataan sanalla sati, joka on tarkoittanut alun perin muistamista, tietoisuutta ja tarkkaavaisuutta (Riikonen & Toikka 2009, 65). Indo-Tiibetin buddhalaisissa traditioissa tietoisuustaitoihin on viitattu sanskritinkielisillä käsitteillä manasikara, smrti,

samprajana. Manasikara tarkoittaa kykyä keskittyä johonkin tiettyyn asiaan tai ilmiöön, smrti tarkoittaa kykyä palauttaa vaelteleva mieli takaisin siihen mihin on tarkoitus keskittyä ja samprajana viittaa mielen kykyyn havainnoida omia mielenliikkeitä. (Garland 2013, 4.)

Länsimaissa kiinnostus tietoisuusharjoituksia kohtaan nousi 1950-luvulla aluksi Amerikassa zen-buddhalaisuuteen kohdistuvan kiinnostuksen myötä. 1960- ja 1970-luvuilla kiinnostus tietoisuutta ja sen laajentamista kohtaan kasvoi Amerikassa edelleen, jolloin myös meditaatiota alettiin tutkia. Länsimaisen lääketieteen ja psykologian tutkimuskohteeksi meditaatio ja tietoisuustaidot otettiin 1970-luvulla. (Keng ym. 2011, 1043.) Transsendenttinen meditaatio (TM) oli yksi meditaatitavoista, jota tutkittiin aluksi. Alterman ym. (2004) viittaavat mm. Gelderloosin ym. (1991) tutkimuskatsaukseen, joka koostui tutkimuksista, joissa tutkittiin TM-hoidon vaikutusta kemiallisista aineista riippuvaisiin. Altermanin ym. (2004, 260) mukaan tutkimuksien tutkimusmetodeissa oli kuitenkin paljon parantamiseen varaa. TM-hoitoa koskevat tutkimukset eivät ole tuottaneet merkittäviä tuloksia.

Amerikkalainen zen-meditaatiota harjoittanut lääkäri Jon Kabat-Zinn on toiminut tietoisuustaitoihin perustuvan tutkimuksen ja tietoisuustaitoihin perustuvan harjoitusmenetelmän kehittämisen pioneerina. Kabat-Zinn (2007) kehitti ja systematisoi ensimmäisenä länsimaisen tietoisuustaitoharjoituksen juuri buddhalaisen mindfulness-meditaation pohjalta. Hän kehitti nykyään kansainvälisesti tunnetun MBSR-hoito-ohjelman ja ollut tutkimassa siitä saatuja hoitotuloksia (Kabat-Zinn ym. 1998). Tietoisuustaidot tarkoittavat hänen mukaansa huomion suuntaamista tarkoituksellisesti, tässä hetkessä ja tuomitsematta (Kabat-Zinn 1994). Hänen tietoisuustaitojen määritelmänsä ei perustu kovin kattavaan empiiriseen tutkimukseen, eikä se ole täysin vakiintunut aihetta tutkivan tiedeyhteisön piirissä, vaikka se lienee tietoisuustaitojen määritelmistä tunnetuin. Muun muassa avoimuuden ja kyvyn säädellä huomion kohdistumista on myös luettu kuuluvaksi tietoisuustaitojen määritelmiin (Keng ym. 2011).

Tavallisesti tietoisuustaidot määritellään uskonnollisesti tunnustuksettomaksi harjoitukseksi. Kabat-Zinnin mukaan yksi tietoisuustaitojen suurimmista vahvuuksista on juuri se, että se ei ole riippuvainen mistään uskomusjärjestelmästä tai ideologiasta (Kabat-Zinn 2012, 35). Osa tutkijoista silti määrittelee harjoituksen tavalla tai toisella

henkiseksi harjoitukseksi (Bowen ym. 2007). Sekä Zgierska ym. (2009) että Bowen ym. (2006) kutsuvat Vipassana-meditaatiota tietoisuustaitojen harjoittamiseksi, vaikka se ei ole täysin tunnustuksetonsa. Tämän harjoitusmuodon käyttäminen on aloitettu buddhalaisen opettajan S. N. Goenkan opastuksella. Tämä traditionaalinen harjoitus tehdään nykypäivänä kymmenen päivän retriiteillä ja osallistujat meditoivat jopa 10 tuntia päivässä. Kurssin aikana katsotaan myös S. N. Goenkan opetusvideoita, joissa hän selittää buddhalaista näkemystä kärsimykseen, takertumiseen, haluun ja riippuvuuteen. Näitä kursseja tarjotaan ympäri maailmaa. Tietoisuustaitoihin perustuvat interventiot soveltavat Marlattin ym. (2008, 108) mukaan Vipassana-meditaation ydinoppeja kognitiivis-behavioraaliseen terapiamenetelmään tietoisuustaitoja soveltavissa hoidoissa. Vipassana-meditaatiolla on lukuisia yhteneviä piirteitä tietoisuustaitojen harjoittamisen kanssa. Siinä harjoitetaan mm. objektiivista, takertumatonta ja reagoimatonta itsen tarkkailua (Bowen ym. 2006, 343).

Länsimaisten tieteiden määritelmät tietoisuustaidoille poikkeavat buddhalaisuuden tietoisuustaitojen määritelmistä. Keng ym. (2011, 1042) ovat tuoneet nämä erot esiin selkeästi kolmella eri tasolla:

1. *Kontekstuaalisella tasolla* buddhalaisuuden määritelmä tietoisuustaidoille eroaa länsimaisista määritelmistä siinä, että tietoisuustaitojen nähdään olevan osa muita harjoituksia, joiden päämääränä on kärsimyksestä vapautuminen. Länsimaissa tietoisuustaidot eivät kuulu mihinkään filosofiaan tai muiden harjoitusten järjestelmään.
2. *Prosessitasolla* tietoisuustaitojen harjoittaminen liittyy buddhalaisuudessa Buddhan opetusten mietiskelyyn, kuten kaiken muuttuvaisuuteen, ei-itseen ja kärsimykseen. Länsimaisissa tietoisuustaitoharjoituksissa näitä elementtejä ei painoteta samassa määrin.
3. *Sisällön tasolla* buddhalaisissa tietoisuustaidoissa on kyse introspektiivisestä tietoisuudesta, joka tarkoittaa meditoijan huomion kohdistumista hänen omiin fyysisiin ja psykologisiin tuntemuksiinsa ja prosesseihinsa. Huomion kohdistamista harjoitetaan keskittymiseen tähtäävän meditaation avulla, jossa keskitytään yksittäiseen kohteeseen, kuten mantraan tai hengitykseen. Länsimaisissa tietoisuustaidoissa taas keskitytään sekä sisäisiin että ulkoisiin kohteisiin.

Tietoisuustaidot on edelleen esitieteellinen käsite, eikä sille ole kehittynyt yhtä ainoaa ja vakiintunutta määritelmää (Fernandez ym. 2009). Eri tutkijat muotoilevat tietoisuustaitojen sisällön ja määritelmän usein hieman eri tavalla ja muokkaavat

tietoisuustaitoharjoituksia erilaisiin tarkoituksiin sopiviksi. Joidenkin mielestä tietoisuustaitojen käsite on paradoksaalinen, sillä se ei välttämättä ole älyllisesti vaan kokemuksellisesti ymmärrettävissä oleva käsite (Hick 2009, 2). Todennäköisesti se, että tietoisuustaitoja kehittävät meditaatioharjoitukset pohjautuvat vanhaan buddhalaiseen uskonnollis-filosofiseen perinteeseen, estää ketään täysin omimasta tietoisuustaitojen määritelmää. Näin myös uuden, eheämmän ja yleisesti hyväksytyyn määritelmän vakiintuminen estyy.

3.2 Tietoisuustaidoille ominaiset piirteet ja osatekijät

Tietoisuustaitoja käsittelevissä kirjoissa ja tutkimuksissa viitataan usein metakognitioon (engl. metacognition), joka on yksi tietoisuustaitojen ominaisimmista piirteistä. Sillä tarkoitetaan mielen kykyä ajatella mieltä itseään tai mielensisältöjä. Shapiro ym. (2006) kutsuvat tätä prosessia metamekanismiksi. Metamekanismia voidaan kutsua uudelleenhavaitsemiseksi (engl. re-perceiving) (emt.) tai uudelleenarvioimiseksi (engl. reappraisal) (Garland 2013). Muita metamekanismia kuvaavia käsitteitä ovat etäännyttäminen (engl. decentering), automaation purkaminen (engl. de-automatization) ja irtautuminen (engl. detachment). Metamekanismit viittaavat ihmisen kykyyn havainnoida esimerkiksi ahdistustaan, masennustaan tai päihteidenkäytön himoaa erillään omasta identiteetistään olemalla näiden tunteiden kanssa identifioitumatta automaattisesti niihin (Shapiro ym. 2006). Shapiro ym. (2006) mukaan uudelleenhavaitsemisen prosessi tekee mahdolliseksi muutoksen ja positiiviset tulokset tietoisuustaitojen harjoittamisessa. Ihminen oppii näkemään itsensä kontekstina (engl. self as context), tietoisuutena joka tekee havaintoja, eikä itseä sisältönä (engl. self as content) eli erilaisina objekteina, kuten päihderiippuvaisena tai masentuneena. Vähemmän ongelmallisiin tunteisiin identifioituminen ja niiden kanssa oleminen voi lisätä sisäisten negatiivisten tilojen sietokykyä ja vähentää taipumuksia kieltää ja paeta ongelmia. (Emt.)

Shapiro ym. (2006, 375) jakavat tietoisuustaidot kolmeen osatekijään, jotka ovat intentio, tarkkaavaisuus ja asenne, tämä jako ei kuitenkaan perustu empiirisen tutkimuksen pohjalta, vaan Kabat-Zinnin tietoisuustaitojen määritelmälle. Hölzel ym. (2011) liittävät omassa artikkelissaan neurotieteellisten tutkimusten tulokset tietoisuustaitojen osatekijöihin. Heidän teoreettisessa mallissaan tietoisuustaidot koostuvat tarkkaavaisuuden säätelystä, kehotietoisuudesta, tunteiden säätelystä ja

muutoksesta perspektiivissä itseä kohtaan (emt., 539). Useimmat tietoisuustaitojen määritelmistä on kehitetty itsearviointeihin perustuneiden tutkimusten perusteella (Hick & Bien 2008). Tietoisuustaitojen itsearviointiin kehitettyjä kyselyitä on useita. Näitä ovat muun muassa the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld, Grossman & Walach, 2001), the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004), the Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R; Feldman ym., 2007) ja the Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS; Cardaciotto ym., 2008). Baer ym. (2006) ovat tutkineet tietoisuustaitojen eri puolia viiden eri tietoisuustaitojen itsearviointiin perustuvan kyselylomakkeen pohjalta. Tutkimuksessa päädyttiin viiden tietoisuustaitoja yhdistävän osatekijän malliin. Nämä osatekijät ovat tarkkaileminen, kuvaileminen, tietoinen toiminta, tuomitsemattomuus ja reagoimattomuus. Baerin ym. (2006) kehittämä FFMQ-arviointikysely (Five Facet Mindfulness Questionnaire) saattaa toimia parhaimpana arviointikyselynä tällä hetkellä erityisesti päihderiippuvaisia auttavien tietoisuustaitojen mittaamisessa, sillä se mittaa tietoisuustaitojen viittä puolta 39 eri muuttujan avulla (Fernandez ym. 2010, 609). Tietoisuustaitoja on pyritty myös operationalisoimaan monella eri tavalla, ja on lähes varmaa, että uusia tapoja syntyy edelleen lisää.

3.3 Tietoisuustaitojen harjoittaminen

Breslin ym. (2002) käsittelevät teoreettisessa tutkimuksessaan meditaation terapeuttisia vaikutuksia, joina pidetään rentoutumista ja tietoisuustaitojen kehittymistä. Tutkijat kutsuvat näiden kahden yhdistelmää kognitiivis-affektiiviseksi interventioksi. (Emt., 280.) Rentoutuminen perustuu meditaatioissa tavallisesti siihen, että huomio keskitetään johonkin tiettyyn asiaan mieltä häiritsevien asioiden sijasta. Tutkimusten mukaan rentoutusmeditaatio laskee verenpainetta, pulssia ja hengitystiheyttä. Tietoisuustaito-meditaatioissa väistämättä ilmaantuviin häiritseviin ajatuksiin ja epämiellyttäviin tuntemuksiin pyritään sen sijaan suhtautumaan hyväksyvästi ja sallivasti pyrkimättä tietoisesti ohjaamaan huomioita niistä pois. (Emt., 280.)

Bowen ym. (2011, 38) kirjoittavat, että tietoisuustaito-meditaation tarkoituksena ei ole tyhjentää mieltä, kuten meditaatioissa usein kuvitellaan tehtävän, vaan tarkoituksena on olla tietoinen kaikesta siitä mitä tapahtuu. Tietoisuustaitoharjoituksen tarkoituksena on olla läsnä ja tietoinen näistä ajatuksista ja tuntemuksista, mutta ei täysin syventyä niihin.

Ajatuksista pyritään siirtämään huomio hienovaraisesti aina uudelleen varsinaiseen keskittymisen kohteeseen, kuten hengitykseen. Tavoitteena tällä tietoisuustaitoharjoituksella on opettaa harjoittajaansa ymmärtämään, että ajatukset ja tunteet eivät ole kirjaimellisesti faktoja, vaan pikemminkin mentaalisia tapahtumia. (Breslin ym. 2002, 281.) Tarkoituksena on tulla myös tietoisemmaksi siitä, miten oma mieli toimii ja havainnoida mielen toimintaa tuomitsematta. Harjoituksessa on kyse näin myös itsetuntemuksen lisäämisestä ja itsen ymmärtämisestä (Kabat-Zinn 2012, 35) ja huomiokyvyn ja tietoisuuden laadun kehittämistä (Kabat-Zinn 2003, 145).

Tietoisuustaitoja ei voi kuitenkaan paradoksaalisesti harjoittaa kovin päämäärätietoisesti, vaikka tavoitteiden asettaminen onkin tärkeää. Jos meditaatioharjoituksen ydinolemus on ponnisteluista luopuminen, silloin päinvastainen yrittäminen ja ponnisteleminen voi vääristää ja heikentää juuri irti päästämisen ja hyväksymisen tunteita, mikä toimii paranemisen perustana. (Kabat-Zinn 2007, 238.) Keskittyminen nykyhetkeen edellyttää myös sitä, että ajatukset eivät vaella jatkuvasti toivotuissa seurauksissa. Tietoisuustaitoharjoitusten aikana tavoitteena ei ole saavuttaa minkäänlaista tietynlaista mielentilaa, rentoutumista tai stressin vähentymistä. Rentoutuminen voi seurata harjoituksesta, mutta harjoituksen tekeminen erityisen tavoitteellisesti voi häiritä harjoitusta. Tietoisuustaitojen harjoittamisen ei luvata lisäävän mielenrauhaa ja rentoutta harjoittelun alkuvaiheessa, vaan tulokset tulevat näkyviin ajan kanssa. Harjoitusten tekeminen edellyttää henkilökohtaista sitoutumista, pitkäjänteisyyttä ja sinnikkyyttä, jotta ihminen voi oppia tietynlaista stabiilitteettia asioiden, tapahtumien ja tunteiden havaitsemisessa (Kabat-Zinn 2003, 150).

Tietoisuustaitojen harjoittamisen yhteydessä kirjoitetaan aina erityisesti hyväksyvän ja tuomitsemattoman asenteen harjoittamisesta (Kabat-Zinn 2007). Tämä asenne voi auttaa pysymään avoimempina sisäisille negatiivisille mielentiloille ja näin edelleen kehittää niiden sietokykyä. Negatiivisten mielentilojen pakeneminen tai kieltäminen voi pahentaa ongelmia, eikä anna mahdollisuutta kehittää ratkaisua tai uudenlaista lähestymistapaa ongelmaan. Tuomitsematta ja arvottomatta havainnoimisen tarkoituksena on mielen selkeyttäminen. Se voi myös mahdollistaa tasapainoisemman ja tarkkaavaisemman osallistumisen eri tilanteisiin. Reagoimattomuus negatiivisiin mielentiloihin on hyväksyvän ja tuomitsemattoman asenteen tavoite. Baerin ym. (2006) tietoisuustaitojen osatekijöitä koskevan tutkimuksen mukaan reagoimattomuus

(nonreactivity) on yksi keskeisistä tietoisuustaitojen osatekijöistä. Reagoimattomuuden harjoittaminen voi auttaa erityisesti päihderiippuvaisia vastaamaan voimakkaaseen päihteidenkäytön haluun.

Tietoisuustaitoja käsittelevissä artikkeleissa ja kirjoissa kirjoitetaan usein myös automaattipilotilla toimimisesta (Segal ym. 2002; Bowen ym. 2011; Garland 2013). Ihmisen käyttäytyminen ja mielenliikkeet ovat tavallisesti erilaisten ehdollistumien ja useiden toistojen tulosta. Ihmisen ajatukset, tunteet ja aistimukset toimivat usein hyvin rutiininomaisesti ja automaattisesti ihmisen usein tätä mitenkään tiedostamatta (Kabat-Zinn 2004, 148). Tietoisuustaitojen harjoittamisen yhteydessä automaattipilotilla toimimisella viitataan tavallisesti negatiivisiin ja automaattisesti toistuviin ajattelutapoihin, tunteisiin ja käyttäytymiseen, kuten päihteiden ongelmakäyttöön. Meditaation ja tietoisuustaitojen harjoittamisen katsotaan yleisesti olevan resepti automatisoitunutta toimintaa vastaan. Automaattipilotilla toimimiseen voi olla mahdollista puuttua harjoittelemalla tarkkailemaan ja tunnistamaan omia automaattisia ajattelu- ja toimintamalleja.

3.4 Tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat

Tietoisuustaitoihin perustuva MBSR-hoito-ohjelma (Mindfulness Based Stress Reduction) kehitettiin auttamaan stressistä, kivuista ja sairauksista kärsiviä ihmisiä (Kabat-Zinn 2003, 149). Myöhemmin tätä tietoisuustaitojen harjoittamiseen perustuvaa hoito-ohjelmaa on alettu soveltamaan mm. masennuksesta ja päihderiippuvuuksista kärsivien hoitoon. MBCT-hoito-ohjelma (Mindfulness Based Cognitive Therapy) on kehitetty masennuksesta kärsivien hoitoon ja erityisesti masennusjaksojen uusimisen ehkäisemiseksi (Segal ym. 2002). Tietoisuustaitoharjoitukset on otettu sittemmin myös usean psykoterapiasuuntauksen apuvälineeksi. Tietoisuustaitoharjoituksiin perustuvat hoito-ohjelmat ja niitä soveltavat terapiat liitetään usein niin sanoittuihin kolmannen aallon kognitiivisiin psykoterapioihin (Hayes 2004; Riikonen & Toikka 2009, 66). Ne eroavat aikaisemmista kognitiivisista terapioiden siinä, että niiden tarkoitus ei ole muuttaa ajatusten sisältöä vaan psykologisen ilmiön kontekstia ja kokemista.

Tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat ja niitä soveltavat terapiat voi jakaa kahteen ryhmään sen perusteella käytetäänkö niissä epämuodollisia vai muodollisia tietoisuustaitoharjoituksia (Hick & Bien 2008). Muodollisen harjoituksen katsotaan

yleensä olevan meditaatiota, joka koostuu erilaisista intensiivisistä introspektioon keskittyvistä harjoituksista, kuten istumameditaatiosta, hengitysmeditaatiosta ja kehonskannauksesta. Tällöin meditaation harjoittaja voi keskittyä esimerkiksi oman kehonsa tuntemuksiin, hengitykseen ja kävelyyn ja hetkeksi mihin tahansa seikkaan, joka valtaa mielen minäkin hetkenä. Epämuodollinen harjoitus voidaan toteuttaa tietoisena kävelynä tai esimerkiksi tietoisena syömisenä. Oikeastaan epämuodollisia harjoituksia on mahdollista tehdä minkälaisen tahansa arkisen askareen yhteydessä (emt., 6). Martha Linehan on kehittänyt rajatilapersoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille suunnatun dialektisen käyttäytymisterapian (Linehan ym. 1999), jossa käytetään epämuodollisia tietoisuustaitoharjoituksia. Myös hyväksymis- ja omistautumisterapiassa käytetään epämuodollisia tietoisuustaitoharjoituksia (Hayes ym. 2004). En keskity kahteen edellä mainittuun terapiaan tutkimuksessani, sillä tietoisuustaitojen käyttämisen rooli asiakkaiden apuna on niissä marginaalinen. Keskityn tässä tutkimuksessani niihin tietoisuustaitoihin perustuviin hoito-ohjelmiin, joissa käytetään lähinnä muodollisia harjoituksia ja joissa tietoisuustaitoharjoitukset ovat keskeisessä asemassa. Näitä hoito-ohjelmia ovat MBCT- ja MBSR-hoito-ohjelmat ja päihderiippuvaisille suunnatut MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmat. Kyseisten hoito-ohjelmien vaikuttavuutta on tutkittu myös päihderiippuvaisten hoidossa.

3.4.1 MBSR- ja MBCT-hoito-ohjelmat

John Kabat-Zinn kehitti 1980-luvulla MBSR-hoito-ohjelman (Mindfulness Based Stress Reduction) työskennellessään Massachusettsin lääketieteellisessä tiedekunnassa auttaakseen stressistä, kivuista ja sairauksista kärsiviä ihmisiä. MBSR-hoito-ohjelma toimii ryhmämuotoisesti ja se kokoontuu kerran viikossa kahdeksan viikon ajan. Osallistujien tulee olla sitoutuneita tekemään erilaisia tietoisuustaitoharjoituksia itsenäisesti kuutena päivänä viikossa. Heille opetetaan hoidon aikana mm. kehomeditaatiota, erilaisia istumameditaatioita ja hathajoogaa. (Kabat-Zinn 2005.) Keskeisimpinä formaaleina tietoisuustaitoharjoituksina toimivat kehonskannaus, istumameditaatio, hathajooga ja kävelymeditaatio (Vallejo & Amaro 2009). Hengityksellä on erityisen keskeinen asema meditaatiossa. Siihen keskittyminen auttaa ihmistä Kabat-Zinnin mukaan palauttamaan itsensä nykyhetkeen (Kabat-Zinn 2005, 86).

Kabat-Zinn kuvaa meditaatiota työväliseinä, jossa harjoittajan tehtävänä on suhtautua yhä uusien ajatusten syntymiseen neutraalisti ja palauttaa huomio takaisin hengitykseen. Mieli pyrkii kehittämään jatkuvasti uusia ajateltavia kohteita, mutta harjoitusta tekevän tulee työskentellä mielen vastustuksen kanssa (Kabat-Zinn 2005, 105.) Tarkoituksena ei ole vastustaa syntyviä ajatuksia, vaan tiedostaa ne ja palata takaisin hengitykseen. Myös fyysisiä tuntemuksia pyritään tarkastelemaan. Esimerkiksi ennen kuin epämiellyttävään fyysiseen tuntemukseen reagoidaan ja esimerkiksi vaihdetaan asentoa, sitä pyritään ensin tarkastelemaan. Harjoitus auttaa kasvattamaan kärsivällisyyttä ja arvostelematonta asennetta. (Emt., 105.)

MBSR-hoito-ohjelman vaikutuksia on tutkittu hyvin monipuolisesti. MBSR-hoito-ohjelman on muun muassa tutkittu vaikuttavan osallistujien aivokuoren vasemmanpuolisen etuosan sähköisen aktivaation merkittävään lisääntymiseen ja merkittävään vasta-aineiden määrän lisääntymiseen influenssarokotteen antamisen jälkeen (Davidson ym., 2003). Ohjelman on tutkittu vähentävän merkittävästi myös ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien oireita (Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop 1988). Praissmanin (2008) tutkimuskatsaus osoittaa kuitenkin, että vaikka MBSR-menetelmä on saanut aikaan positiivisia tuloksia monien sairauksien ja ongelmien hoidossa, tutkimusmenetelmät eivät ole olleet toistaiseksi riittävän vakuuttavia antaakseen aiheita yleistyksille. Osallistujamäärät tutkimuksissa ovat olleet myös suhteellisen pieniä ja kontrolliryhmät ovat koostuneet usein ryhmään jonottavista ryhmäläisistä. Turner (2009, 100) kirjoittaa myös, että MBSR- ja MBCT-menetelmistä ei ole tehty kovin paljon kontrolloituja tutkimuksia, sillä vastaavan menetelmän rakentaminen kontrolliryhmiä varten on vaikeaa.

Segal ym. (2002) ovat kehittäneet MBSR-hoito-ohjelman ja kognitiivisen terapian pohjalta masennuksen hoitoon ja sen uusimisen ehkäisemiseen MBCT-terapian (Mindfulness Based Cognitive Therapy). Se kestää myös kahdeksan viikkoa, jonka aikana osallistujat kokoontuvat kerran viikossa kahden tunnin ajaksi keskustelemaan eri teemoista ja tekemään tietoisuustaitoharjoituksia ohjaajan ohjaamana. MBCT-hoito-ohjelmassa toistuvat masennusjaksot selitetään sillä, että stressaavat tilanteet aktivoivat negatiivisia ajatusprosesseja ja uskomuksia, jotka pääsevät vahvistumaan liikaa aina uudelleen (Segal ym. 2002).

Tässä hoito-ohjelmassa käytetään kognitiivisen terapian strategioiden lisäksi tietoisuustaitoharjoituksia negatiivisten ajatuskulkujen tunnistamiseksi, pysäyttämiseksi ja kyseenalaistamiseksi ennen kuin ne pääsevät vahvistumaan liikaa. Harjoittelun keskiössä on vahvasti myös etäännyttämisen harjoittaminen, jota kuvaavat eri tavoin muun muassa tavoitteet pysyä tietoisena ajatuksista, tunteista ja aistimuksista, hyväksyminen, läsnä oleminen, takertumattomuus, tavoitteesta irti päästäminen ja automaattipilotilla toimimisen ehkäisy. (Emt.) Osallistujia autetaan myös ymmärtämään se, että ajatukset eivät heijasta virheettömästi todellisuutta ja että erityisesti mielialat vaikuttavat ajatusten sisältöön (Baer 2005, 16). Harjoituksina käytetään mm. hengitysmeditaatiota, minimeditaatiota, kehonskannausta, istumameditaatiota (emt., 14–15). Ohjelman tarkoituksena ei ole auttaa asiakkaita pääsemään eroon surusta tai muista negatiivisista tunteista vaan auttaa osallistujia kohtaamaan negatiivisia tunteita masentumatta uudelleen.

Teasdale ym. (2000) ovat toteuttaneet satunnaistetun ja kontrolloidun tutkimuksen, jossa verrattiin MBCT-hoito-ohjelman toimivuutta tavallisesti käytetyn hoidon osana tavalliseen hoitoon ilman MBCT-hoito-ohjelmaa. Hoitotulosten mukaan 37 prosenttia niistä osallistujista, jotka olivat kokeneet useamman kuin kolme masennusjaksoa, ja jotka olivat olleet MBCT-hoito-ohjelmassa, kokivat masennusjakson uudelleen. Useamman kuin kolme masennusjaksoa läpikäyneistä tavallisesti käytetyn hoidon hoitoryhmän asiakkaista 56 prosenttia koki masennusjakson hoidon jälkeen vielä uudelleen. (Emt., 621.) Ne, jotka olivat kokeneet kaksi masennusjaksoa ennen ohjelman aloitusta, eivät hyötäneet MBCT-ohjelmasta enempää kuin kaksi masennusjaksoa kokeneet tavallisesti käytetystä hoidosta (emt., 615).

3.5. Päihderiippuvaisille suunnatut tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat

Breslin ym. (2002) ehdottivat teoreettisessa tutkimuksessaan yli kymmenen vuotta sitten, että tietoisuustaitoharjoitukset voisivat tulla päihderiippuvaisten hoitoprosesseihin mukaan intensiivisen päihdekuntoutuksen jälkihoidoksi retkahtamisen riskiä ehkäisemään. Myöhemmin kehitettyjen MBRP- (Mindfulness Based Relapse Prevention) ja MORE-hoito-ohjelman (Mindfulness Oriented Recovery Enhancement) kehittäjät ovatkin suunnanneet ohjelman saman ajatuksen mukaisesti jälkihoidoksi niille, jotka ovat käyneet intensiivisen päihdehoitojakson laitos- tai avokuntoutuksena

(Bowen ym. 2009; Garland 2013). Garland (2013, 29) kirjoittaa, että MORE-hoito-ohjelma on suunnattu niille päihderiippuvaisille, jotka ovat Prochaskan, DiClemenetin ja Norcrossin (1992) transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan joko valmistelu-, toiminta- tai ylläpitovaiheessa päihderiippuvuudesta toipumisessaan (Garland 2013, 29). MBRP-hoito-ohjelman nähdään soveltuvan niille, jotka ovat toiminta- tai ylläpitovaiheessa (Bowen ym. 2011). Bowen ym. (2006) mukaan tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito voi toimia hyvänä vaihtoehtona niille, jotka eivät halua osallistua AA:n tai NA:n 12 askeleen ohjelman mukaisiin hoitoryhmiin intensiivisen päihdehoidon jälkeen.

MBRP- ja MORE-ohjelmien lanseeraajat painottavat ohjaajan omaa säännöllistä tietoisuustaitojen harjoittamista (Garland 2013, 29; Bowen ym. 2011). Henkilökohtainen harjoittaminen on tärkeää, koska tietoisuustaitojen harjoittaminen on myös kokemuksellista, ei vain jotain älyllisesti omaksuttavissa olevaa (Garland 2013, 30). Kokenut tietoisuustaitojen harjoittaja voi myös auttaa erilaisten harjoituksessa ilmenevien ongelmien yli pääsemisessä (emt., 30). Ryhmään osallistujat eivät välttämättä pidä ohjaajaa myöskään kovin uskottavana, ellei hän itse toimi kuten opettaa (emt. 30). Garland pitää myös tärkeänä sitä, että MORE-hoito-ohjelman ohjaajalla on vankka kokemuspohja heikossa asemassa olevien kanssa työskentelystä, erityinen koulutus ja erityistä asiantuntemusta päihdehoitoa koskien (Garland 2013, 29).

3.5.1 MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmat

MBRP-ohjelma (Mindfulness Based Relapse Prevention) on kehittynyt eheäksi hoito-ohjelmaksi noin neljän viimeisen vuoden sisällä. G. Alan Marlatt (1941–2011) oli yksi kyseisen hoito-ohjelman keskeisimmistä kehittäjistä. Bowen, Chawla ja Marlatt (2011) ovat kirjoittaneet terapeuttien käyttöön tarkoitetun MBRP-ohjelman käsikirjan nimeltä *Mindfulness-based relapse prevention for addiction behaviors*. MBRP-ohjelma on saanut vaikutteita useasta terapiasuuntauksesta. Tietoisuustaitoihin keskittyvä puoli menetelmästä on kehitetty Jon Kabat-Zinnin MBSR-hoito-ohjelman ja Teasdalen, Williamsin ja Segalin tietoisuustaitoihin perustuvan MBCT-hoito-ohjelman pohjalta (Marlatt ym. 2008, 108; Segal ym. 2002). Toinen puoli taas on kehitetty kognitiivis-behavioraalisen terapian ja retkahduksen ehkäisyyn perustuvan terapiamallin pohjalta (Marlatt & Gordon 1985). Tietoisuustaidot täydentävät edellä mainittujen ohjelmien retkahduksen ehkäisyyn tähtääviä strategioita (Witkiewitz ym. 2005, 223).

MBRP-hoito-ohjelman tarkoitus on auttaa päihdekuntoutujia kehittämään erottelevaa tietoisuutta (engl. discriminative awareness) tuomitsemattoman ja hyväksyvän asenteen kehittämisen avulla, jotta automaattinen reagointi vähenisi (Witkiewitz ym. 2013, 351). Erottelevaa tietoisuutta kehitetään tietoisuustaitoihin olennaisesti kuuluvien alati vaihtuvien ajatusten, tunteiden ja aistimusten tarkkailun, tiedostamisen ja hyväksymisen harjoittelun avulla. Asiakkaita autetaan tietoisuustaitojen kehittämisen avulla tunnistamaan ajoissa sekä sisäisiä että ulkoisia päihteidenkäytön halun laukaisevia tekijöitä ja riskitilanteita (Bowen ym. 2009, 109). Tietoisuustaitojen kehittyminen voi auttaa asiakkaita pitämään kognitiivista etäisyyttä haastaviin ja päihteidenkäytön halua laukaiseviin ajatuksiin, tunteisiin ja aistimuksiin.

MBRP-ohjelma kestää kahdeksan viikkoa ja siihen kuuluu viikoittainen 2-2,5 tunnin tapaaminen pienryhmissä (Bowen 2011, xv). Jokainen tapaaminen alkaa ja päättyy meditaatioharjoituksella (emt., 27). Ohjelmaan osallistujia ohjataan myös tekemään päivittäin opeteltuja harjoituksia ja meditoimaan heille annettujen erilaisten äänitettyjen meditaatio-cd:iden avulla (emt., 17). Riittävän harjoituksen jälkeen osallistujat voivat meditoida myös hiljaisuudessa (emt., 16). Tapaamiset sisältävät muodollisia ja epämuodollisia tietoisuustaitoharjoituksia ja keskustelutuokioita eri teemoihin liittyen. Keskeisiä tapaamisten taustalla jatkuvasti vaikuttavia teemoja ovat muun muassa automaattipilotilla toimiminen ja sen liittyminen riskitilanteisiin ja retkahduksiin, erilaisten päihteidenkäyttöön houkuttelevien vihjeiden yhteyden tunnistaminen ajatuksiin ja tunteisiin, tietoisuustaitoharjoitusten liittäminen omaan arkeen ja riskitilanteista selviämiseen tarvittavien taitojen harjoittelu. Keskeisenä tavoitteena on myös hyväksymisen ja toiminnan välisen tasapainon saavuttaminen. (Bowen ym. 2011.) Retkahduksen ehkäisy -päihdehoidosta tuttua elämäntavan tasapainon saavuttamista myös painotetaan.

Eric L. Garland (2013) on kehittänyt alkoholiriippuvaisille, reseptilääke- ja opioidiriippuvaisille ja kroonisista kivuista kärsiville holistisen tietoisuustaitoihin perustuvan MORE-jälkihoito-ohjelman (Mindfulness Oriented Recovery Enhancement). Ohjelmassa sovelletaan MBCT-hoito-ohjelman kehyksiä ja sisältöä (Garland ym. 2010, 181) ja oppeja kognitiivis-behavioraalista ja ratkaisukeskeisestä teoriasta sekä positiivisesta psykologiasta (Garland 2013). Tiedostamattomuus (mindlessness) ja tilanteeseen sopimattomat kognitiivis-emotionaaliset mielentilat ja

prosessit saavat Garlandin mukaan aikaan erilaisia päihderiippuvuuksia. Stressin kokeminen nähdään ohjelmassa yhtenä keskeisimmistä päihderiippuvuutta ylläpitävistä tekijöistä. Siitä huolimatta, että nämä päihderiippuvuuteen vaikuttavat tekijät tiedostetaan, ei niihin Garlandin mukaan keskitytä yleisimmin käytetyissä päihdehoidoissa. Garland kirjoittaa, että MORE-hoito-ohjelman tarkoituksena on vastata tähän puutteeseen tarjoamalla uusi työväline kliinisen sosiaalityön tarpeisiin. (Garland 2013, 5.)

Hoitoryhmä kokoontuu MORE-hoito-ohjelman aikana kerran viikossa yhteensä kymmenen kertaa. Ohjelmaan osallistujat tekevät tietoisien hengittämisen harjoituksen jokaisen tapaamisen aluksi ja lopuksi. Yksi tapaamiskerta sisältää myös psykoedukaatiota, kokemuksellisia tietoisuustaitoharjoituksia ja uuden kotitehtävän antamisen. (Emt., 30.) Ohjelman keskeisimmät teemat ja työvälineet liittyvät tietoisuustaitoihin, uudelleenarviointiin (engl. mindful reappraisal), positiivisiin elämän luonnollisessa ympäristössä oleviin asioihin keskittymiseen ja nauttimiseen ja päihteidenkäytön halun tiedostamiseen (Garland 2013, 31). Garland on soveltanut uudelleenarvioinnin prosessissa tietoisuustaitoihin liittyviä harjoituksia ja kognitiiviseen terapiaan sisältyvää kognitiivista rekonstruointia. Nauttimisella hän tarkoittaa prosessia, jossa keskitetään tietoisuus johonkin kauniiseen, palkitsevaan ja vahvistavaan tapahtumaan siinä hetkessä jossa juuri on läsnä. Tämän tarkoituksena on jalostaa ja pitää yllä positiivisia kokemuksia. (Garland 2013, 5.) Sellaisiin positiivisiin kokemuksiin ja aktiviteetteihin keskittyminen, jotka eivät ole tekemisissä päihteiden käytön kanssa, voi olla hyvin tärkeää, sillä päihderiippuvainen on ehdollistunut hakemaan positiivisia tunteita ja palautumista stressistä päihteiden avulla. Monissa neurobiologiaa ja päihderiippuvuuksia koskevissa tutkimuksissa on päädytty yhdistämään mesolimbisen dopamiiniradan aktivoituminen päihteiden käyttöön (Kianmaa & Hyytiä 2003). Tämä dopamiinirata aktivoituu päihteen käytöstä, sen käytön odottamisesta ja siihen liittyvän ärsykkeen havaitsemisesta. Se pyrkii myös sopeutumaan päihteen aiheuttamaan mielihyvää tuottavaan homeostaasiin. Kun päihteidenkäyttö loppuu, on rata jälleen epätasapainossa, ja se aiheuttaa näin epämiellyttäviä tunteita. (Emt.). Päihderiippuvaisen dopamiinirata ja dopaminenergiset hermosolut tulisi siis ”ohjelmoida uudelleen” aktivoitumaan muilla tavoin kuin päihteiden avulla.

MORE-hoito-ohjelma poikkeaa MBRP-ohjelmasta ja kognitiivis-behavioraalista terapiasta erityisesti siinä suhteessa, että siinä painotetaan holistista näkökulmaa päihderiippuvuudesta toipumisessa. MORE-ohjelmassa keskitytään monipuolisesti psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantamiseen, jonka lisäksi myös elämän merkityksellisyyden ja henkisyiden etsimistä tuetaan. Ohjelma poikkeaa edellä mainituista menetelmistä myös sen erityisessä keskittymisessä positiivisiin psykologisiin prosesseihin. MORE-ohjelman tavoitteena ei ole vain auttaa päihdekuntoutujia ehkäisemään retkahduksia, vaan auttaa heitä myös henkilökohtaisessa kasvussa ja itsen toteuttamisessa (emt., 119).

4 KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN TEORIA JA PÄIHDEHOITO

Kognitiivis-behavioraalinen teoria ja addiktiomalli toimivat tutkielmassani pääasiallisesti tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen ja tietoisuustaitoihin liittyvien alkoholiriippuvuudesta toipumista edistävien muutosmekanismien ymmärtämisen apuvälineinä. Breslinin ym. (2002) kognitiivinen teoriakehys auttoi edelleen ymmärtämään paremmin niitä keskeisiä alkoholiriippuvuuteen liittyviä kognitiivisia prosesseja, joiden vuoksi alkoholiriippuvaiset voivat hyötyä tietoisuustaitoharjoitusten tekemisestä ja tietoisuustaitoihin perustuvasta päihdehoidosta. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen peilaaminen kognitiivis-behavioraaliseen päihdehoitoon auttoi ymmärtämään syvällisemmin tämän uuden päihdehoitomallin sisältöä ja toimintaperiaatteita.

4.1 Kognitiivis-behavioraalisen teorian kehittyminen

Kognitiivis-behavioraalinen teoria on kahden eri teoriasuuntauksen yhdistelmä. Albert Ellisin kehittämä rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia (Rational Emotive Behavioral Therapy), Aaron T. Beckin kehittämä kognitiivinen terapia (Cognitive Therapy) ja Albert Banduran sosiaalinen oppimisteoria ovat luoneet pohjan erityisesti sen kognitiivis-terapeuttiseen painotukseen. Teorian behavioraaliseen painotukseen ovat vaikuttaneet ennen kognitiivisia teorioita kehitetyt Ivan Pavlovin klassisen ehdollistumisen teoria ja B. F. Skinnerin välineellisen ehdollistumisen teoria. Behavioraaliset teorit syntyivät osittain vastapainona psykopatologian lääkekeskeisyydelle. Tilaus sosiaaliselle oppimisteorialle kasvoi taas tyytymättömyydestä psykoanalyysin ja behaviorismin painottamaa determinististä ihmiskäsitystä kohtaan. Psykoanalyttisen suuntauksen mukaan ihmistä ohjaavat voimakkaasti tiedostamattomat alitajunnan liikkeet. Kognitiivis-behavioraalisten teorioiden mukaan ajatukset ja uskomukset eivät kuitenkaan ole saavuttamattomissa syvällä alitajunnassa, kuten psykoanalyttisen psykoterapiasuuntauksen mukaan ajatellaan, vaan tiedostettavissa ja muokattavissa. (Thombs 2006, 159.)

Behavioraalinen teoria kehittyi erityisesti klassisen (classical/respondent) ja välineellisen (operant) ehdollistumisen (conditioning) teorioiden pohjalta. Ivan Pavlov

kehitti klassisen ehdollistumisen teorian tunnettujen koirille tehtyjen tutkimusten pohjalta. Klassisessa ehdollistumisessa on tavallisesti kyse kahden eri asian tai tapahtuman yhdistämisestä, jossa ensimmäisenä havaittu tapahtuma saa aikaan toisen automaattisena reaktiona. B. F. Skinnerin kehittämässä välineellisen ehdollistumisen teoriassa reaktio tai tietty käytös valitaan vapaaehtoisesti, mutta reaktion seuraukset ovat ehdollistavia. Johdonmukaisesti toistuvien tietystä reaktiosta seuraavien positiivisten tai negatiivisten seurausten vuoksi ihminen oppii käyttäytymään positiivisia seurauksia lisäävällä tavalla. Päihteidenkäyttö voi toimia tietyn toiminnan vahvistajana muun muassa positiivisten seurausodotusten kautta. Päihteidenkäytöstä seuraavat vieroitusoireet, krapulat, sairaudet ja ihmissuhdeongelmat taas voivat toimia negatiivisina vahvistajina joidenkin päihteiden ongelmakäyttäjien kohdalla. Skinnerin mukaan ihmisistä tulee päihderiippuvaisia koska heitä ei kannusteta riittävästi toisenlaiseen rakentavaan käyttäytymiseen (Thombs 2006, 136).

Entinen psykoanalytikko Albert Ellis on yksi kognitiivis-behavioraalisten terapioiden tunnetuimmista kehittäjistä. Hän teki pesäeron psykoanalyysiin havaitessaan, että asiakkaan ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen keskittyminen on hyödyllisempää. Hän kehitti mm. A-B-C- mallin, jossa uskomusten nähdään vaikuttavan eniten tunteisiin ja käyttäytymiseen. (Teater 2010.) Aaron T. Beckiä pidetään kognitiivisen terapian isänä. Masennuksen hoito on ollut hänen keskeisimpänä tutkimuskohteenaan. Hän havaitsi tutkimustensa aikana asiakkaiden negatiivisten uskomusten keskeisen vaikutuksen heidän psykologisiin ongelmiin (emt.). Kognitiivisessa terapiassa näitä uskomuksia pyritään muuttamaan positiivisemmiksi ja realistisemmiksi erityisesti kognitiivisen restrukturoinnin (uudelleenjäsentämisen) avulla, jossa terapeutti auttaa asiakasta kyseenalaistamaan tämän irrationaalisia tai ylipessimisiä uskomuksia itsestään, maailmasta tai tulevaisuudesta. Banduran kehittämän sosiaalisen oppimisen teorian mukaan ihminen rakentaa symbolisia representaatiota seuraamalla muiden ihmisten käyttäytymisen aiheuttamia seurauksia. Näiden perusteella hän myös ennustaa niitä seurauksia, joita oma käyttäytyminen aiheuttaa (Thombs 2006, 160–161). Mallioppimisen katsotaan vaikuttavan myös päihderiippuvuuksien kehittämisessä ja toisaalta niistä eroon pääsemisessä.

4.2 Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito- ja addiktiomalli

Kognitiivis-behavioraalinen terapia on Yhdysvalloissa hyvin tutkittu ja suosittu näyttöön perustuva hoitomalli päihderiippuvaisten hoidossa (Hoppes 2006). Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on sovellettu myös Suomessa päihderiippuvaisten hoitoon 1980-luvulta lähtien (Holmberg 2003, 212). Erilaisia kognitiivis-behavioraaliseen addiktiomalliin perustuvia päihdehoitoja on nykyään useampia, joista yksi on retkahduksen ehkäisy -päihdehoito (Marlatt & Gordon 1985). Päihderiippuvuutta pidetään kognitiivis-behavioraalisisissa hoitomalleissa opittuna tapana, mikä voidaan muuttaa. Päihdehoidon tavoitteena on kehittää uusia ajattelu- ja käyttäytymismalleja niitä tilanteita varten, jolloin halu käyttää päihteitä herää (Holmberg 2003, 213). Kognitiivisen terapian painotuksen mukaan keskeisimpänä asiakkaan kehityskohteena ovat ajatusvääristymät ja negatiiviset ydinuskomukset, jotka johtavat ihmisen tuntemaan ja käyttäytymään usein epätarkoituksenmukaisesti (emt., 217). Niiden myös ajatellaan ylläpitävän asiakkaan riippuvuutta ja vaikuttavan retkahtamiseen. Behavioraalisen mallin painotuksen mukaan päihteiden käytön katsotaan vähenevän, mikäli päihderiippuvainen oppii uusia tehokkaita selviytymismenetelmiä (emt.). Kognitiivis-behavioraalisesta näkökulmasta kriittisin tekijä retkahdusten ehkäisemisessä onkin selviytymismenetelmien taitava käyttö korkean riskin tilanteissa (Witkiewitz 2005, 215). Käytännössä kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa asiakasta autetaan myös tunnistamaan keskeisiä riskitilanteita retkahtamiselle ja niissä ilmeneviä tunteita ja ajatuksia. Tunteiden ja ajatuksien tunnistaminen voi auttaa ehkäisemään retkahduksia tulevien riskitilanteiden yhteydessä. Asiakas seuraa myös päihteidenkäyttöään kirjaamalla käyttämänsä alkoholiannosten määrät ylös. (Breslin ym. 2002, 290–291.)

Kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon vaikutusten kirjoitetaan perustuvan behavioraalisisille ja kognitiivisisille mekanismeille (Witkiewitz ym. 2005). Behavioraalisten mekanismien katsotaan perustuvan erityisesti välineelliseen ehdollistumiseen liittyville toiminnoille, joissa päihteidenkäyttöä vahvistavalla palkitsemisella ja ehkäisevällä rankaisemisella on suuri rooli päihdeongelman jatkumisessa. Alkoholinkäytöstä seuraava palkinto ilmenee usein rentoutumisena tai hyvänolon tunteena. Alkoholinkäytöstä seuraavia rankaisevia tekijöitä voivat olla mm. taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat. Erilaisten selviytymismenetelmien kehittämisen katsotaan auttavan päihderiippuvuudesta toipuvaa vastustamaan

riippuvuutta ylläpitäviä ehdollistumia ja retkahduksia (emt.). Ehdollistuneen toiminnon lakkaamiseen voidaan vaikuttaa vastaehdollistumisen keinoin (Payne 2005, 123–124). Yhtä vastaehdollistumisen tekniikoista kutsutaan systemaattiseksi siedätyshoidoksi, jossa esimerkiksi pelätyn asian kohtaamista harjoitellaan kohtaamalla vähän pelkoa aiheuttava tilanne, josta edetään edelleen vaiheittain hieman enemmän pelkoa aiheuttaviin kokemuksiin. Jämäkkyuden harjoittaminen on toinen vastaehdollistamisen tekniikoiden perheeseen kuuluva tekniikka, jota sovelletaan yleensä itseluottamuksen puutteesta kärsivien asiakkaiden kanssa. (Emt.) Tietoisuustaitojen kehittämiseen tärkeitä tekniikoita on kutsuttu myös vastaehdollistumisen tekniikoiksi, sillä ne pyrkivät purkamaan automatisoituneiksi muuttuneita haitallisia ajatus- ja toimintatapoja (Witkiewitz ym. 2005, 220).

Kognitiivisten muutosmekanismien katsotaan perustuvan ajatusten uudelleenrakentamiselle. Kognitiivisessa terapiassa painotetaan ydinuskomusten muokkaamisen merkitystä toipumiselle alkoholiriippuvuudesta. Muokkaamisen edellytyksenä on luonnollisesti se, että terapeutti ja asiakas tunnistavat ne asiakkaan ydinuskomukset, jotka aiheuttavat ongelmia. Ydinuskomukset voivat olla kuitenkin piilossa tietoiselta mieleltä, sillä ne saattavat aiheuttaa paljon kärsimystä tietoisuuteen tullessaan. Tästä syystä asiakkaat pyrkivät usein tukahduttamaan ydinuskomuksiin liittyviä ajatuksiaan. Osa tutkijoista pitää ajatusten tukahduttamista juuri yhtenä alkoholiriippuvuuden sinnikkyyteen liittyvänä ongelmana (Bramm ym. 2013).

Yksi keskeisistä kognitiivis-behavioraaliseen addiktiomalliin kuuluvista käsitteistä on itsesäätelykyky. Sen kehittäminen on yksi päihdehoidon tavoitteista, sillä huono itsesäätelykyky altistaa addiktioille (Thombs 2006, 161). Toinen keskeinen kognitiivis-behavioraaliseen addiktiomalliin kuuluvista käsitteistä on seurausodotukset. Päihderiippuvaisen seurausodotuksilla päihteidenkäytöstä on myös keskeinen asema hoidossa (Thombs 2006, 165). Tutkimusten mukaan seurausodotuksilla on merkittävä vaikutus subjektiiviseen kokemukseen pähteestä, jopa siitä huolimatta onko kyseessä aito vai placebo -päihde (Witkiewitz & Marlatt 2004, 227). Kolmas keskeisistä käsitteistä on päihteidenkäytön halu, joka liittyy myös seurausodotuksiin. Tämä käsite on määritelty yllättävän monella tavalla. Se voidaan määritellä sekä fysiologiseksi että kognitiiviseksi reaktioksi (Witkiewitz ym. 2005, 216; Tiffany 1990). Ärsykkeenä voi toimia moni eri tekijä alkoholin saatavuudesta negatiiviseen tunteeseen (Witkiewitz ym. 2005, 217). Tiffanyn (1990) tutkimuksen mukaan päihteiden käyttö ei kuitenkaan seuraa

yleensä päihteidenkäytön halusta, kuten esimerkiksi Marlatt'n ja Jellinekin malleissa, vaan se on automaattisten kognitiivisten prosessien seurausta. Voimakas päihteidenkäytön halu ilmenee muun muassa silloin, kun alkoholiriippuvaisen automaattinen prosessointi ja toiminta estyy tavalla tai toisella, esimerkiksi päihteiden loppuessa yllättävästi. Voimakas päihteidenkäytön halu ei kuitenkaan välttämättä johda päihteidenkäyttöön. Neljäs keskeisistä käsitteistä on pystyvyysodotukset. Pystyvyysodotukset tarkoittavat sitä, että ihminen uskoo kykenevänsä suoriutumaan jostakin tehtävästä tai tilanteesta ja saavuttavansa näin toivotun tuloksen. Mikäli ihmisen ahdistuksen ja pelon tunteet kasvavat liian voimakkaiksi, laskee ihmisen luottamus omaan suoriutumiseensa tehtävästä. (Emt., 166.) Banduran sosiaalis-kognitiivisen teorian mukaan voi olettaa, että päihderiippuvuudesta toipuvan pystyvyysodotuksilla olisi suuri vaikutus siihen kuinka hän selviää korkean riskin tilanteista. Tutkimustulokset aiheesta koskien ovat kuitenkin jossain määrin ristiriitaisia. (Thombs 2006, 166–167.) Viidentenä keskeisenä käsitteenä kognitiivis-behavioraalisisessa addiktiomallissa on selviytymismenetelmät. Toimivien selviytymismenetelmien oppiminen vaikuttaa positiivisesti ihmisen pystyvyysodotuksiin. Marlattin (1985) mukaan heikko luottamus omiin selviytymismenetelmiin korkean riskin tilanteissa kertoo myös todennäköisyydestä retkahtaa. Selviytymismenetelmien kehittämiseksi asiakkaan kanssa voidaan harjoitella mm. sosiaalisia taitoja ja jämäkkyyttä.

Breslin ym. (2002) ovat luokitelleet kognitiivis-behavioraalisisessa mallissa retkahduksen ehkäisyyn kolmen strategiatyyppin perustalle. Ensimmäisen strategiatyyppin piiriin kuuluu laukaisevien tekijöiden, kuten tiettyjen paikkojen ja ihmisten välttely, jotka muistuttavat juomisesta. Samaan strategiatyyppiin kuuluu myös vaihtoehtoisten aktiviteettien keksiminen päihteidenkäytön halun ilmetessä (emt., 290). Toisen tyyppisiin retkahduksen ehkäisemiseen tähtääviin strategioihin kuuluvat juomisesta kieltäytymiseen liittyvien taitojen, vuorovaikutus- ja ongelmaratkaisutaitojen kehittäminen ja päihteettömyyttä tukevan lähipiirin rakentaminen (emt.). Sosiaalisella ja emotionaalisisella tuella on tutkittu olevan pitkäaikaisia vaikutuksia erilaisista päihderiippuvuuksista kärsineiden raittiina pysymiseen (Witkiewitz & Marlatt 2004, 229). Kolmas strategiatyyppi liittyy kognitioiden muokkaamiseen. Beck on painottanut erityisesti itsen liittyvien ydinuskomusten vaikutusta ongelmien uudelleen ilmenemisessä. Päihderiippuvaisen voimakkaat uskomukset, joissa on voimakas tunnelataus, kuten uskomus siihen, ettei kukaan voi välittää hänestä, voivat aktivoitua

korkean riskin tilanteissa ja vaikuttaa retkahtamiseen. Breslinin ym. (2002) mukaan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa retkahduksen ehkäisyyn muutosstrategioita olisi hyvä kehittää negatiivisten tuntemusten ilmenemiseen valmistautumista varten, joiden kontrollointi voi olla päihderiippuvaiselle vaikeaa.

Breslin ym. (2002) kirjoittavat, että ensimmäistä välttämistästrategiatyyppiä soveltamalla päihdeongelman päihteiden käyttöön ehdollistuneet assosiaatiot jäävät ihmisen mieleen muuttumattomiksi, kuten suhtautuminen tiettyihin ihmisiin ja paikkoihin. Päihderiippuvaiset tulevat aina ennemmin tai myöhemmin törmäämään näihin päihteiden käytön halua lisääviin assosiaatioihin ja riskitilanteisiin, jolloin muuttumattomat ehdollistumat voivat aktivoitua entiseen tapansa. Välttäminen ei tutkimusten mukaan ole toimiva selviytymismenetelmä pitkällä tähtäimellä, mutta lyhyellä tähtäimellä siitä voi olla kuitenkin hyötyä (Breslin ym. 2002, 277; Litman ym. 1983). Kognitiivis-behavioraaliossa vihjealtistus -päihdehoidossa pyritään auttamaan alkoholiriippuvaisia erityisesti alkoholiin liittyville ärsykkeille altistamisen ja niille totuttamisen avulla. Negatiivisten tuntemusten välttäminen pitkittää usein myös negatiivisten tuntemusten olemassaoloa, eikä poista niitä (Breslin 2002, 278). Halu välttää negatiivisten tuntemusten kokemista voi johtaa toistuvasti päihteiden käyttöön. Uusissa päihderiippuvaisille suunnatuissa MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmissa pyritään välttämisen sijaan harjoittelemaan riskitilanteiden turvallista kohtaamista tietoisuustaitoharjoitusten avulla. Näissä päihdehoidoissa on myös kyse eräänlaisesta altistuksesta, mutta lähestymistapa ja harjoitukset ovat erilaisia.

Marlatt ja Gordon (1985) ovat kehittäneet yhdessä vahvasti kognitiivis-behavioraaliseen addiktiomalliin nojaavan retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon. Se on nykypäivänä niin tunnettu, että sen sisältöjä sovelletaan jossain muodossa lähes kaikissa päihdehoitoyksiköissä. Se toimii yhdessä tietoisuustaitoharjoitusten kanssa myös MBRP-hoito-ohjelmassa (Bowen ym. 2011). Hoito perustuu sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan ja siinä yhdistetään retkahdukseen liittyvää teoriaa ja kognitiivis-behavioraalisia interventiostrategioita (Larimer ym. 1999; Witkiewitz & Marlatt 2004). Sen pohjalla olevan ajatuksen mukaan päihderiippuvainen voi ehdollistaa itseään käyttäytymään ja ajattelemaan eri tavoilla vahvistamisen ja toiston avulla behavioraalisen psykologian mallin mukaisesti. Sen toimivuuden katsotaan perustuvan riskitilanteiden hallinnan oppimiselle ja sen myötä luottamuksen kasvamiselle omaan pystyvyyteen (Koski-Jännes 2004, 51). Hoito on tarkoitettu pääasiassa niille

päihderiippuvaisille, jotka ovat käyneet katkaisuhoidossa tai käyvät päihdekuntoutuksessa samanaikaisesti. Holmbergin (2003) mukaan tämä hoito sopii transteoreettisen muutosvaihemallin (Prochaska ym. 1992) kautta tarkasteltuna niille päihderiippuvaisille, jotka ovat ylläpitovaiheessa kuntoutumisprosessissaan. Menetelmä toimii samalla periaatteella kuin kognitiivis-behavioraalinen terapia, jossa hoito etenee alkuarvonnin kautta sopivien interventiostrategioiden valintaan ja erilaisten selviytymismenetelmien käyttöön ja harjoitteluun.

Sekä kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon että retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon on tutkittu olevan yhtä tehokkaita päihdehoitoja kuin monet muut päihdehoidot (Hoppes 2006; Witkiewitz & Marlatt 2004, 225). Retkahduksen ehkäisy- päihdehoitoa koskeva meta-analyytinen tutkimus on osoittanut, että se tuottaa positiivisia tuloksia erityisesti alkoholiriippuvaisten kohdalla (Irvin ym. 1999). Vakuuttavista tutkimuksista huolimatta yksittäisiä kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon vaikuttavuuteen perustuvia muutosmekanismeja ei ole kuitenkaan onnistuttu identifioimaan tarkasti (emt.; Morgenstern & Longabaugh 2000).

Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä keskittyy enemmän yksilöön kuin hänen ympäristönsä vaikutuksiin. Sosiaalityön näkökulmasta tämä menetelmä on tässä mielessä puutteellinen. Teaterin (2010, 156,157) mukaan onkin olennaista, että sosiaalityöntekijä ottaa tätä menetelmää käyttäessään vahvasti huomioon myös asiakkaan sosiaalisen ympäristön ja mahdolliset asiakkaan tilannetta ylläpitävät kulttuurit ja yhteiskunnalliset rakenteet. Anja Koski-Jännes kritisoi myös kyseisiä riippuvuuksien hoitoon perustuvia tekniikoita siitä, että ne jättävät huomiotta monet ympäristöön ja motivaatioon liittyvät tekijät intersoonallisten tekijöiden lisäksi, jotka ylläpitävät riippuvuuden kierrettä (Koski-Jännes 2004, 55–56). Sosiaalityön kannalta menetelmän arvona ovat kuitenkin lukuisat konkreettiset työkalut interventioiden tekemiseen, joita asiakas voi harjaantua käyttämään todellisen elämän tilanteissa. Menetelmässä keskitytään myös olennaisesti nykyhetkeen, eikä aiemmin syntyneitä mahdollisesti traumaattisia kokemuksia ja lapsuuden tapahtumia juuri käsitellä. Sosiaalityön asiakkaat ovat usein ajan kuluessa vakaviksi kehittyneissä tai kriisiytyneissä tilanteissa, jotka ovat usein monen tekijän yhteisvaikutuksen lopputulosta. Näissä tilanteissa ei ole välttämättä viisasta lähteä selvittämään vanhoja traumoja liian läheltä ennen kuin voimavarat ovat palautuneet.

4.3 Kognitiivinen teoriakehys tietoisuustaitoharjoitusten yhdistämiseksi päihdehoitoon

Breslin ym. (2002) tarjosivat artikkelissaan kognitiivisen teoriakehyksen tietoisuustaitoharjoitusten yhdistämiseksi päihderiippuvaisten hoitomenetelmiin noin kymmenen vuotta ennen päihderiippuvaisille suunnattujen tietoisuustaitoihin perustuvien hoito-ohjelmien kehittämistä. He toteavat, että tietoisuustaitoharjoitukset voisivat täydentää hyväksymiseen perustuvina tekniikkoina kognitiivis-behavioraalisten päihdehoitojen strategioita. Heidän teoriakehysensä perustuu heidän analyysilleen päihderiippuvaisten tavasta käsitellä tietoa ja teoriaan tietoisuustaitojen vaikutuksesta ajatuksiin ja tunteisiin. Tarkemmin ottaen heidän tutkimansa päihderiippuvaisten tiedonprosessoinnin analyysi perustuu tarkkaavaisuuden ja muistin vaikutukseen alkoholinkäyttöön ja retkahduksiin. (Emt., 275, 283.)

Tarkkaavaisuus ja muisti vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin sekä erikseen että vastavuoroisesti. Pitkäaikaisessa säilömuistissa olevat merkitykselliset asiat ohjaavat voimakkaammin tarkkaavaisuutta kuin vähemmän merkitykselliset asiat (emt., 284). Alkoholiin liittyvät ärsykkeet ja vihjeet kaappaavat tästä syystä helposti alkoholiriippuvaisen huomion. Vihjeille altistamis -päihdehoidossa huomioidaan erityisesti tarkkaavaisuuden roolin vaikutus. Tämän hoidon mukaan alkoholiin liittyville vihjeille tulee altistua ja totuttautua niiden kokemiselle, muuten ne voivat vaikuttaa retkahduksiin. Tätä päihdehoitoa koskevan tutkimuksen mukaan, raittiiden päivien määrä hoidon jälkeen oli sitä suurempi mitä voimakkaampi tarkkaavaisuuden vinouma alkoholia koskevien ärsykkeiden kohdalla (engl. attentional bias) oli (Rohsenow ym. 1994). Rohsenow ym. (emt.) mukaan tämä voi johtua mm. kehittyneemmästä tietoisuudesta korkean riskin tilanteista. Tietoisuuden lisääntyminen alkoholiin liittyviä vihjeitä sisältävistä riskitilanteista ja tarkkaavaisuuden vinoutumisen huomioiminen voi auttaa alkoholiriippuvaista välttämään retkahduksia.

Tarkkaavaisuuden vaikutuksen lisäksi Breslin ym. (2002) kirjoittavat muistin vaikutuksesta retkahduksiin. Muistin keskeinen rooli tiedonprosessoinnissa ilmenee negatiivisen tunteen laukaistessa automaattisen päihteidenkäyttöön liittyvien ajatusten ja negatiivisten kokemusten väliseen yhteyteen perustuvan muistiverkoston (emt., 286). Tämän muistiverkoston yhteydet aktivoituvat hyvin automaattisesti, sillä päihderiippuvainen on ehdollistanut sen toimimaan niin useiden toistojen avulla.

Muistiverkosto voi sisältää automatisoituneen toimintakaavan tilanteille, joissa negatiivisen tunteen kokeminen johtaa juomiseen. Tietoisuustaitojen harjoittaminen voi kuitenkin häiritä näiden automaattisten muistiverkostojen aktivoitumista ja kehittää parempaa tietoisuutta niiden toiminnasta ja näin ehkäistä retkahduksia. (Emt., 288.)

Breslinin ja hänen kollegoidensa mukaan tietoisuustaitoharjoitukset voivat auttaa ehkäisemään retkahduksia kahdella tapaa, joista ensimmäinen on tietoisuuden lisääminen (engl. sensitizing) automaattisiksi muuttuneista ajatus- ja tunnekaavoista (emt., 294). Breslin ym. (2002, 284) viittaavat mm. Tiffanyn (1990) teoriaan, jonka mukaan voimakas halu käyttää päihteitä ei ole usein syynä retkahduksiin, vaan ennemminkin ghuistissa olevat automatisoituneet päihteidenkäyttöön liittyvät toimintasuunnitelmat. Päihteidenkäytön halu herää kun tätä automatisoitunutta toimintasuunnitelmaa vastustetaan ja pyritään ehkäisemään retkahdus (Tiffany 1990). Breslinin ym. (2002) mukaan mikä tahansa ärsyke tai tunne, joka aktivoi näitä automatisoituneita toimintakaavoja, voi lisätä päihteidenkäytön halua. Näin siis myös yritykset vähentää näiden kaavojen aktiivisuutta saattavat vain lisätä voimakasta päihteidenkäytön halua (emt., 284). Tiffanyn mallin mukaan näiden automaattisten toimintakaavojen sinnikäs vastustaminen vaikuttaa ainoalta keinolta vähentää päihteidenkäyttöä. Tiffanyn mallin automatisoituneiden päihteidenkäyttöön liittyvien toimintasuunnitelmien vastustamisen sijaan, tietoisuustaitojen harjoittamisen avulla kehitetään kykyä tarkastella tätä automaattista prosessia reagoimatta siihen. Voimakkaaseen päihteidenkäytön haluun johtavien automaattisten päihteidenkäyttöön liittyvien ajatuskaavojen tarkastelu voi auttaa vähentämään retkahduksia ja tätä kautta lisäämään asiakkaiden pystyvyysodotuksia päihteidenkäytöstä pidättäytymisen suhteen, joka edelleen vähentää retkahduksia (emt., 287–288).

Toinen tapa, jolla tietoisuustaitoharjoitukset voivat auttaa päihderiippuvaista on päihteidenkäyttöön liittyville vihjeille ja negatiivisille tunteille totuttautuminen (engl. desensitizing) (emt., 294, 290). Mahdollisesti juuri tarkkaavaisuuden vinoutumisen tiedostaminen alkoholinkäyttöön liittyviä vihjeiden suuntaan voi auttaa havaitsemaan vihjeitä ja niistä seuraavia vaikutuksia yhä aikaisemmin ja näin auttaa niille totuttautumisessa. Totuttautuminen voi auttaa myös vähentämään voimakasta päihteidenkäytön halua. Tietoisuustaitoharjoituksiin perustuvan totuttautumisen tavan toimintaperiaate on samankaltainen kuin altistamisen toimintaperiaate vihjealtistus - päihdehoidossa. Erotuksena niistä ärsykkeistä, joihin vihjealtistus- päihdehoidossa

keskitytään, tietoisuustaitojen kehittämisen tarkoituksena on totuttautua myös negatiivisten tuntemusten vaikutuksille (emt., 291). Totuttautumisen eteen myös työskennellään vahvemmin kognitiivisella tasolla. Tämä tapa sisältää Breslinin mukaan myös vaihtoehtoisten toimintatapojen harjoittamisen niissä tilanteissa, joissa päihderiippuvainen on vaarassa retkahtaa, kuten kokiessa negatiivisia tunteita. Vaihtoehtoisena toimintatapana voi olla esimerkiksi tietoinen hengittäminen (emt., 288). Breslin ym. (emt., 291) kirjoittavat, että tietoisuusharjoitukset voivat auttaa ehkäisemään retkahduksia, sillä ne kehittävät taitoja, joiden avulla alkoholiriippuvainen voi vastata erityisesti negatiivisiin tunteisiin.

4.4 Tietoisuustaitoihin perustuvan ja kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon suhde

Kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon mukaan päihteidenkäyttöön vaikuttavia ajattelumalleja muokkaamalla positiivisemmiksi ja realistisemmiksi sekä muokkaamalla toimintamalleja toimivimmiksi vaikutetaan päihderiippuvuudesta toipuvan päihteidenkäytön vähentämiseen. Nämä päihdehoidot auttavat päihderiippuvaisia tietämään mitä heidän kannattaa ajatella ja miten toimia taitavammin. Päihteidenkäyttöön liittyvät ajatus- ja toimintakaavat ovat kuitenkin niin automatisoituneita ja voimakkaita, että ne voivat aktivoitua vahvankin motivaation ja päihdekuntoutuksessa ongelmansa kanssa työskennelleen päihderiippuvaisen kohdalla ja johtaa toistuviin retkahduksiin. Tämä saattaa johtaa edelleen siihen, että päihdekuntoutuja syyttää itseään epäonnistumisesta retkahdettuaan ja siitä, että ajattelee ja toimii väärin motivaatiosta ja harjoittelusta riippumatta, mikä voi edelleen voimistaa retkahdusriskiä. Tietoisuustaitoihin perustuvissa päihdehoidoissa taas keskitytään ajatus- ja toimintakaavojen muokkaamisen sijaan erityisesti automaattisten päihteidenkäyttöön liittyvien ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamiseen, hyväksymiseen ja niiden kanssa olemiseen reagoimatta. Tietoisuustaitoharjoituksiin kuuluu keskeisesti hyväksyvän ja tuomitsemattoman asenteen harjoittaminen, mikä voi vähentää stressiä ja negatiivisia tunteita ja näin edelleen vähentää myös retkahdusriskiä ja lipsahduksista ja päihteidenkäytön halusta johtuvaa turhautumista. Päihdeongelmiin ja retkahduksiin ei siis pyritä puuttumaan niinkään muokkaamalla ajatus- ja toimintakaavojen sisältöä kuten kognitiivis-behavioraalisisessa ja retkahduksen ehkäisy -päihdehoidossa tehdään, vaan muutetaan erityisesti suhtautumista niihin.

Toinen keskeinen ero kognitiivis-behavioraalisisissa päihdehoidoissa ja tietoisuustaitoihin perustuvassa lähestymistavassa liittyy välttämiseen strategiana, joka sisältyy sekä kognitiivis-behavioraaliseen että retkahduksen ehkäisy -menetelmään. Tietoisuustaitoihin perustuvan lähestymistavan mukaan konkreettisten riskitilanteiden ja negatiivisten tunteiden välttäminen voi olla haitallista päihdekuntoutujan toipumisen kannalta. Riskitilanteiden välttämisen lisäksi ajatusten tukahduttamisen on tutkittu olevan yhteydessä retkahdusrisktiin (Bowen ym. 2007). Päihderiippuvuudesta toipuva ei välttämistä käytön vuoksi voi olla valmistautunut tukahduttajien ajatusten ja vältettyjen riskitilanteiden kohtaamiseen silloin kun ne yllättävät. Tällöin automaattiset toimintakaavat ottavat myös helposti vallan. Ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen vähentäminen ja niiden tiedostaminen voi mahdollistaa niiden paremman hallinnan, ja niille totuttautuminen erilaisten tietoisuustaitoharjoitusten avulla taas voi lisätä niiden sietokykyä (Breslin ym. 2002).

Kognitiivis-behavioraalisisessa päihdehoidossa alkoholiriippuvainen seuraa viikottaista alkoholinkäyttöään ja erilaisia ilmeneviä korkean riskin tilanteita. Riskitilanteissa hän kiinnittää huomioita ajatuksiinsa ja tunteisiinsa, jotka voivat auttaa tulevaisuudessa tunnistamaan paremmin riskitilanteita ja ehkäisemään alkoholinkäyttöön johtavan kausaalisen ketjun. (Breslin ym. 2002, 290.) Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä keskittyy erityisesti sellaisten selviytymismenetelmien, kuten sosiaalisten taitojen kehittämiseen konkreettisissa riskitilanteissa esimerkiksi tavatessa vanhaa ryyppykaveria. Kognitiivisen restrukturoinnin avulla taas pyritään puuttumaan myös negatiivisiin ja toimimattomiin uskomuksiin. Breslinin ym. (2002, 294) mukaan kognitiivis-behavioraaliset menetelmät keskittyvät erityisesti kognitiivisten ja behavioraalisten kontrollistrategioiden kehittämiseen, jotka eivät välttämättä auta alkoholiriippuvaisia sellaisissa tilanteissa, joissa heillä on hyvin vähän kontrollon mahdollisuuksia, kuten negatiivisten affektien syntyessä. Tietoisuustaitojen harjoittaminen voi tarjota työvälineitä juuri näistä tilanteista selviämiseen retkahtamatta.

Kognitiivis-behavioraalisen ja retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon ja tietoisuustaitoihin perustuvan lähestymistavan eroista huolimatta ne voivat hyvin täydentää toisiaan. Witkiewitz ym. (2005, 212) ovat luokitelleet tietoisuustaitoharjoitukset myös kognitiivis-behavioraaliseksi tekniikaksi, joka voi toimia olemassa olevien menetelmien tukena tai itsenäisenä menetelmänä. Breslin ym. (2002) ja Alterman ym. (2004)

kyseenalaistavat yksistään tietoisuustaitoharjoitusten käyttämisen päihderiippuvaisten hoitomenetelmänä. Meditaation vaikuttavuutta päihderiippuvaisiin tutkittiin noin neljä vuosikymmentä sitten transsendenttisen meditaation harjoittamisen (TM) avulla. TM:a koskevat hoitotulokset ovat jossain määrin ristiriitaisia ottaessa Altermanin ym. (2004, 259–260) ja Witkiewitzin ym. (2005, 218) käsittelemien tutkimusten hoitotulokset huomioon. Täysin vakuuttavien hoitotulosten puuttuminen saattoi johtua juuri selkeiden ja konkreettisten tavoitteiden näkemisen tai tietoisuustaitojen harjoittamista tukevan ohjelman rakenteen puuttumisesta. Kognitiivis-behavioraalinen ja retkahduksen ehkäisy-päihdehoito voivat tuoda tietoisuustaitojen harjoittamiseen juuri tarvittua rakennetta ja tarjota monipuolisen konkreettisen työvälineistön monipuolisten elämänhaasteiden kohtaamiseen.

5 TUTKIMUSPROSESSI

Päihderiippuvaisille suunnatut tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat ovat suhteellisen uusi ilmiö. Suomesta löytyy MBSR-hoito-ohjelman (Mindfulness Based Stress Reduction, Kabat-Zinn 2007) ohjaajia, mutta ohjelmaa käyttävällä ja päihderiippuvaisten kanssa työskentelevällä tulisi olla tietoa päihderiippuvuuksista ja mielellään vuosien työkokemus alalta (Garland 2013). Empiirisen tutkimuksen toteuttaminen olisi edellyttänyt tietoisuustaitoihin perustuvan päihderiippuvaisille suunnatun hoito-ohjelman ohjaajan tavoittamista, eikä tällaisten hoito-ohjelmien ohjaajia tietojeni mukaan toistaiseksi löydy Suomesta. Aihetta koskevaan aineistoon perehdyttyäni havaitsin kuinka sirpaleiselta tämä aihealue vaikutti löytämieni tutkimusten valossa. Päädyin tekemään integratiivisen tutkimuskatsauksen aiheesta kokoavalla ja kartoittavalla tutkimusotteella, sillä näytti siltä, että aihealueen selkeyttämiselle ja kokonaiskuvan muodostamiselle oli tilausta. Keskeisenä tutkimukseni taustalla olevana motiivina oli selvittää tietoisuustaitoharjoitusten potentiaalia alkoholiriippuvaisten auttamisessa. Halusin myös ymmärtää millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen harjoittamisen toimivuuden katsotaan perustuvan alkoholiriippuvaisten kohdalla.

Tutkimuskysymykseni muodostuivat seuraavanlaisiksi:

1. Millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen kehittäminen perustuu alkoholiriippuvaisten kohdalla? Tukevatko tietoisuustaitoharjoituksia käyttäviä päihdehoitoja koskevat tutkimukset muutosmekanismien olemassaloo?
2. Millaisia alkoholiriippuvaisia koskevia tuloksia on saatu tietoisuustaitoja käyttävien päihdehoitojen vaikuttavuudesta?

5.1 Integratiivinen tutkimuskatsaus

Päihderiippuvaisille suunnattujen tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tutkimus on vielä suhteellisen uusi tutkimusalue. Päihderiippuvaisille suunnattujen tietoisuustaitoihin perustuvien hoito-ohjelmien käsikirjoista toinen (MBRP-hoito-ohjelma) on julkaistu vuonna 2011 (Bowen ym. 2011) ja toinen (MORE-hoito-ohjelma)

on julkaistu vuonna 2013 (Garland 2013). Suurin osa tutkimusaiheistani koskevista tutkimuksista on julkaistu 2000-luvulla. Se, minkälaisiin muutosmekanismeihin tietoisuustaitojen harjoittamisen vaikutus ja tehokkuus perustuu alkoholiriippuvaisten kohdalla, näyttäytyi vielä vaihtelevina tuloksina ja hypoteeseina tutkimuksissa. Tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevien tutkimusten tulokset taas olivat kuin kokoamaton palapeli, joka vaati palasten kokoamista kokonaiskuvan näkemiseksi. Nämä tutkimusaineistostani nousevat tekijät suuntasivat minua tutkimuskatsauksen tekemiseen. Kokonaiskuvan hahmottaminen on tärkeää uusien tutkimusalueiden kohdalla, jotta tiedetään yleisesti ottaen onko tutkimusalueelta noussut jotain hyödyllistä ja arvokasta esiin ja onko tutkimusalueen tutkimuksen jatkaminen edelleen arvokasta ja mihin suuntaan tutkimusta tulisi jatkossa suunnata.

Tutkittavan aihepiirin kokonaiskuvan luotaamiseen on kehitetty useita eri tutkimustyyppisiä, joita ovat esimerkiksi meta-analyysi, systemaattinen tai systemoitu tutkimuskatsaus, kvalitatiivinen tutkimuskatsaus ja integratiivinen tutkimuskatsaus. Näillä tutkimustyypeillä on edelleen erilaisia alatyyppejä. (Whittemore & Knafl 2005, 547.) Laadullisen tutkimuskatsauksen tyyppinen tutkimuskatsaus sopi parhaiten tutkimuskysymyksiini vastaamiseen siksi, että se on yhteiskuntatieteellinen lähestymistapa, jonka tavoitteena on luoda yleiskatsaus tutkittavasta aiheesta tai ongelmasta (Kallio 2006, 26). Käytän tutkimuksessani tarkemmin ottaen integratiivisen tutkimuskatsauksen tutkimusmenetelmää (Torraco 2005), sillä tutkimusaineistoni koostuu sekä empiirisistä että teoreettisista tutkimuksista. Kallion (2006) mukaan kvalitatiivisen tai laadullisen tutkimuskatsauksen voi katsoa olevan laadullisin tutkimusmenetelmin toteutettu tutkimus, joka voi sisältää muutakin kuin kvalitatiivista tutkimusaineistoa. Tästä syystä integratiivisen tutkimuskatsauksen voi katsoa kuuluvan laadullisten tutkimuskatsausten piiriin Kallion (emt.) kirjoittamassa merkityksessä. Myös Werkmeister Rozas ja Klein (2010, 395) katsovat integratiivisen tutkimuskatsauksen olevan yksi laadullisen tai narratiivisen tutkimuskatsauksen metodologisista lähestymistavoista. Laadullinen tutkimuskatsauksen voi katsoa siis toimivan yläkäsitteenä integratiiviselle tutkimuskatsaukselle. Torraco (2005) erottelee integratiiviset tutkimuskatsaukset edelleen karkeasti kahteen eri tyyppiin: kehittyneitä aiheita tutkiviin ja uusia aiheita tutkiviin tutkimuskatsauksiin. Tämä tutkimuskatsaus rakentuu suhteellisen uuden tutkimustiedon varaan.

Tutkimukseni yhtenä tavoitteena oli ymmärtää myös teoreettisella tasolla, millaisten tietoisuustaitoharjoitusten muutosmekanismien katsotaan auttavan erityisesti alkoholiriippuvaisia. Tietoisuustaitoihin perustuvien hoito-ohjelmien tuloksia koskeva systemaattinen katsaus ei olisi yksinään voinut selvittää riittävän syvällisesti tietoisuustaitoharjoitusten potentiaalia auttaa alkoholiriippuvaisia. Oli tärkeää valottaa myös käsitystä siitä, millaisiin muutosmekanismeihin kyseessä olevan päihdehoidon potentiaalinen katsotaan perustuvan. Muutosmekanismien kokoamiseksi ja niiden syvällisemmän ymmärryksen saavuttamiseksi käytin monipuolisesti eri tutkimusmenetelmiä soveltaneita tutkimuksia, kuten teoreettisia, kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimuksia. Tästä syystä sekä empiirisiä että ei-empiirisiä tutkimuksia sisältävä integratiivinen tutkimuskatsaus sopi tutkimusmenetelmänä parhaiten tutkimukseni tehtävään (Torraco 2005). Erilaisten lähdetyyppien käyttämisen tutkimusaineistossa katsotaan myös parantavan tutkimuksen synteessin laatua (Onwuegbuzie ym., 2012).

Integratiivisen tutkimuskatsauksen tekemiseen ei ole vielä olemassa samalla tavalla selkeitä ohjeita kuin empiiristen kvalitatiivisten tai kvantitatiivisten tutkimusten tekemiseen (Onwuegbuzie ym., 2012, 2; Torraco 2005, 359). Myös Kallio (2006, 21) kirjoittaa, että laadullisen tutkimuskatsauksen toteuttamiseksi ei voida osoittaa selkeitä kronologisesti eteneviä tutkimusvaiheita, vaan tutkimus pohjautuu tutkijan oman pohdinnan etenemisen varaan. Laadullisen tutkimuskatsauksen tekemiseksi on kuitenkin esitetty erilaisia tutkimusvaiheita (Kallio 2006; Ogawa & Malen 1991, Whitemore & Knafel 2005). Kallio (2006) on pelkistänyt review -tutkimuksen tekemisen viiteen selkeään vaiheeseen, jotka ovat 1) tutkimusongelman määrittäminen, 2) aineiston kokoaminen, 3) aineiston analyysi, 4) aineiston synteesi ja 5) argumentaation rakentaminen. Tutkimusongelman määrittelyä ja aineiston kokoamista koskevia metodeja on käsitelty eri artikkeleissa suhteellisen kattavasti, mutta tutkimuskatsauksen analyysia, synteesiä ja johtopäätösten tekemistä koskevia metodeja on käsitelty toistaiseksi puutteellisesti (Whitemore & Knafel 2005).

Tutkimusongelman ja tutkimuksen tarkoituksen selkeä identifioiminen on tärkeää alkuvaiheessa tutkimuksen fokuksen säilymisen ja rajojen asettamisen kannalta (Whitemore & Knafel 2005). Torracon (2005, 359) mukaan integratiivisen tutkimuskatsauksen teko on hyvä aloittaa käsitteellisellä jäsentämisellä. Tämä tarkoitti oman tutkimukseni kohdalla sopivan ohjaavan teorian valitsemista. Valitsin kognitiivis-

behavioraalisen teorian tutkimusaiheittani ohjaavaksi teoriaksi. Ohjaava teoria on tarpeellinen uuden päihdehoidon ja uuden työvälineen syvällisemmäksi ymmärtämiseksi. Aineiston kokoaminen on kriittinen vaihe jokaisen tutkimuskatsauksen kohdalla, sillä se voi vaikuttaa tutkimustulosten vinoutumiseen. Tutkimusaineiston hakemisen lähteiden ja valintakriteereiden tulee olla esitetty selkeästi, jotta lukijan on mahdollista arvioida tutkimustulosten luotettavuutta. Tutkimuksen tekijän tulisi myös varmistaa tutkimusaineistonsa laatu. Tehtävä on kuitenkin hieman hankala sekä empiiristä että ei-empiiristä aineistoa sisältävien tutkimusten kohdalla (Whittemore & Knafl 2005). Analyysivaiheessa tutkijan tehtävänä on ryhmitellä tai luokitella aineistoaan eri tavoin ja osoittaa tutkimuksissa ilmeneviä yhteneväisyyksiä, eroavaisuuksia ja aukkokohtia (Kallio 2006, 22). Analyysin pohjalta rakennetaan kokonaiskuva aiheesta eli synteesi, jonka pohjalta tutkija voi tehdä ehdotuksia siitä mihin tutkimusaihetta koskevia tutkimuksia tulisi tulevaisuudessa suunnata (emt.; Torraco 2006, 365).

Kattavuus, systemaattisuus, avoimuus ja toistettavuus ovat Finkin (2005) mukaan tutkimuskatsauksen arvioinnin mahdollistavia avainkäsitteitä, joihin myös Kallio (2006, 25) viittaa omassa artikkelissaan. Kattavuus on ehtona tutkimuskatsaukselle, sillä liian niukka aineisto ei anna aihetta kutsua tutkimusta katsaukseksi. Systemaattisuus viittaa systemaattiseen aineiston hankintaan relevanteista lähteistä, kuten sopivista tietokannoista. Avoimuus tarkoittaa lukijan mahdollisuutta tunnistaa tutkijan käyttämät aineistot ja arvioida tutkijan tekemiä valintoja. Toistettavuus vahvistaa tutkimuksen reliabiliteettia, sillä silloin toinen tutkija voi periaatteessa vahvistaa tutkimuksen tulokset. On myös tärkeää, että tutkimusprosessi on kirjoitettu auki mahdollisimman tarkasti. (Emt., 4.) Hyvin tehdyn tutkimuskatsauksen voidaan katsoa lisäksi sisältävän tutkimusaiheen nykyhetken tieteellisen tilan, vaikutuksen teorian kehitykseen, mahdollisuuden soveltaa tutkimustuloksia käytäntöön ja poliittiseen päätöksentekoon (Whittemore ja Knafl 2005, 546) ja ohjaamisen uusien tutkimuksien tekemiseen aiheesta (Torraco 2005, 364).

5.2 Tutkimusaineiston kokoaminen ja näkökulman muodostaminen

Tein tutkielmaani koskevan tutkimussuunnitelmani jo aikaisessa vaiheessa, vaikka tiesin, että sosiaalityön opintoihin kuuluvat harjoittelut, kesätyöt, muiden opintojen

eteenpäin vieminen ja osa-aikatyöt tulisivat estämään mahdollisuuteni keskittyä tutkielmani tekemiseen täysipainoisesti riittävän pitkiä aikoja. Halusin tällä tavoin antaa itselleni enemmän aikaa miettiä omaa näkökulmaani tietoisuustaitoihin ja tietoisuustaitoharjoitusten tutkimiseen. Tämä päätökseni johti myös siihen, että keräsin tutkimusaineistoani useassa eri vaiheessa.

Jokaiseen tutkimuskysymykseeni vastatakseni hain ja tutkin aluksi samanaikaisesti uusimpia tutkimuksia, joissa käsiteltiin tietoisuustaitojen soveltamiseen pohjaavaa teoriaa päihderiippuvaisten hoidossa ja joissa tutkittiin tietoisuustaitojen käyttöä päihdehoitona. Pyrin keskittymään aluksi uusimpiin tutkimuksiin. Pysyin myös hyvin uusimpien tutkimusten ajan tasalla, sillä kartoitin taukojen jälkeen tutkimuskenttää uudelleen. Käytin pääasiassa vertaisarvioitujen EBSCOhost Academic Search Premier, ScienceDirect ja PubMed Central julkaisujen tietokantoja tutkimusten hakemiseen. Hakusanoina käytin tavallisesti sanoja “mindfulness” ja “substance abuse”, “addiction” tai “alcohol” ja niiden variaatioita. Viitetietokantojen lisäksi hain erikseen aineistoa seuraavista alkoholi- ja päihderiippuvuuksia käsittelevistä vertaisarvioituista elektronisista tutkimusjulkaisuista: Addiction, Addiction Biology, Addiction Research, Addiction Science & Clinical Practice, Addiction Research & Theory, Addictive Behaviors, Addictive Disorders & Their Treatment, Alcohol Research and Health, American Journal of Drug & Alcohol Abuse, Drug and Alcohol Dependence, Journal of Addiction Medicine, Journal of Groups in Addiction & Recovery, Journal of Substance Abuse, Journal of Substance Abuse Treatment, Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Journal of Social Work Practice in the Addictions, Psychology of Addictive Behaviors, Substance Abuse and Rehabilitation, Substance Use & Misuse, Substance Abuse: Research and Treatment, Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.

Kävin läpi myös systemaattisesti tutkimuskohdettani käsittelevien tutkimusten lähdeluetteloita saadakseni edelleen lisää aihetta käsittelevää relevanttia aineistoa. Marlattin, Bowenin ja Witkiewitzin tutkimuksiin viitattiin useimmin lähdeluetteloissa ja ne muodostivat keskeisen tutkimuskohteen tutkimukseni alussa. Bowenin ym. (2011) kehittämä MBRP-hoito-ohjelma (Mindfulness Based Relapse Prevention), on yksi tutkielmani keskeisistä hoito-ohjelmista. Myöhemmin tutustuin aineistovinkin avulla myös uuteen Garlandin (2011) kehittämään MORE-hoito-ohjelmaan (Mindfulness Oriented Recovery Enhancement). MBRP-ohjelman vaikuttavuudesta on valitettavasti toteutettu vasta kaksi satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta (Bowen ym. 2009;

Bowen ym. 2014). MORE-hoito-ohjelmaa ja alkoholiriippuvaisia koskien ei löydy vielä tutkimuksia, joissa arvioitaisiin ohjelman vaikuttavuutta päihteidenkäytön vähentämiseen. Laajensin näistä syistä tutkimusaineistoani tutkimuksilla, joissa tutkittiin mm. MBSR-hoito-ohjelman (Mindfulness Based Stress Reduction) soveltuvuutta päihderiippuvaisten hoitoon. Myöhemmin otin mukaan myös sellaisia tutkimuksia, joissa erilaisia tietoisuustaitoharjoituksia sovellettiin eri tavoin päihderiippuvaisten hoitoon ilman standardoidun ohjelman käyttämistä.

Keskityin tutkimuksissa alkoholiriippuvaisia koskeviin tutkimuksiin, sillä alkoholismi on yksi vaikeimmista ja yleisimmistä sosiaalisista ja terveydellisistä ongelmista Suomessa. Valintaani vaikutti myös se, että olen suorittanut ensimmäisen sosiaalityön harjoitteluni ja tehnyt töitä sosiaaliterapeutina täysi-ikäisten päihderiippuvaisten kanssa katkaisuhoidon osastolla. Sosiaalityön syventävien opintojen harjoittelun suoritin aikuissosiaalityön sosiaaliammattilaisena, jossa asiakkainani oli myös useita päihderiippuvuuksista kärsiviä henkilöitä. Heistä suurimmalla osalla oli alkoholiriippuvuus. Yhtenä tutkimukseni motiivina olikin kehittää suomalaista päihdehoitoa tästä sitkeästä ongelmasta toipumisen edistämiseksi.

Tutkimukseni keskittyessä lähinnä alkoholiriippuvaisten hoitoon rajasin tutkimukseni ulkopuolelle pelkästään huume- ja lääkeriippuvaisia koskevat tutkimukset. Keskityn myös tutkielmassani erityisesti terapeutisiin muutosmekanismeihin, jonka vuoksi olen jättänyt tutkimukseni ulkopuolelle neurobiologisella tasolla muutosmekanismeja koskevat tutkimukset (Witkiewitz, Lustyk ym. 2013). Päätin jättää pääasiallisen tutkimusaineistoni ulkopuolelle myös sellaiset tutkimusaiheittani koskevat tutkimukset, joissa tutkitaan sellaisia päihdehoitoja, joissa tietoisuustaitojen rooli ei ole keskeisessä asemassa, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (Hayes 2004) ja dialektisessa käyttäytymisterapiassa (Linehan ym. 1999). Näitä menetelmiä tutkimalla ei voida tehdä luotettavasti johtopäätöksiä pelkästään tietoisuustaitoharjoitusten vaikutuksista. En ottanut tutkimukseen mukaan myöskään sellaista aineistoa, joissa tietoisuustaidot määriteltiin vahvan henkisessä tai buddhalaisessa kontekstissa (Avants ym., 2005), sillä tietoisuustaitoharjoitusten määrittelyllään olevan vakaumuksetonta suurimmassa osassa tutkimuksista. Vipassana-meditaation käyttöä koskevat tutkimukset jätin myös lähes kokonaan tutkimukseni ulkopuolelle, sillä tämä meditaatiomuoto sisältää myös osittain tietoisuustaitojen sitomisen buddhalaiseen ajatteluun. Tein kuitenkin poikkeuksen

Bowenin ym. (2006, 2007) Vipassana-meditaation käyttöä koskevien tutkimuksien kohdalla, sillä ne sisälsivät tutkielmani kannalta kiinnostavaa aineistoa.

Alustavasti tutkimusaineistoa tutkittuani, päädyin käsittelemään tutkimusaiheeni kognitiivis-behavioraalisen teorian näkökulmasta. Näkökulman tai ohjaavan teorian valinta onkin lähes välttämätöntä tutkimusaiheen käsitteellisen jäsentämisen vuoksi integratiivista tutkimuskatsausta tehtäessä (Torraco 2005, 359). Tutkin jonkin aikaa ennen päätöstäni myös holistisia ja omasta henkilökohtaisesta näkökulmastani erittäin kiinnostavia biopsykososiaalisia näkökulmia päihderiippuvuuksiin, kuten Garlandin ym. (2011) kehittämää integroitua biopsykososiaalista mallia päihderiippuvuudesta. Tämän mallin soveltamista koskevien empiiristen tutkimusten määrä on kuitenkin toistaiseksi hyvin vähäinen, erityisesti omaa tutkimusaiheeni koskien, mikä ei antanut minulle vielä riittävästi perusteita sen käyttämiseksi näkökulmana omassa tutkielmassani. Kognitiivis-behavioraaliseen teoriaan päädyin lopulta siksi, että sen avulla saatoin selkeyttää ja analysoida alkoholiriippuvaisille suunnattujen tietoisuustaitoharjoitusten sisältöä ja muutosmekanismeja. Kognitiivis-behavioraalinen teoria toimii usein myös näkökulmana aiheeseen tutkimissani artikkeleissa. Tietoisuustaitoja on kutsuttu myös kognitiivis-behavioraaliseksi apuvälineeksi päihdehoidossa (Witkiewitz ym. 2005, 212). Kognitiivis-behavioraalisia strategioita sovelletaan myös MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmissa. Kuten aiemmin totesin, tämän aihepiirin selkeyttämiseksi ja synteettiselle tutkimukselle on nyt tilausta, ei niinkään uudelle näkökulmalle aiheeseen, joka saattaisi vaikuttaa tämän tutkimusalueen muuttumiseen entistä pirstaleisemmaksi. Ennen ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni vastaamista minun tuli vielä määritellä ja ymmärtää riittävän syvällisesti mitä tietoisuustaidoilla tarkoitetaan. Tietoisuustaitojen käsite on edelleen esitieteellinen, eikä sitä ole tieteellisiin tutkimuksiin perustuen ja vakuuttavasti sidottu mihinkään tiettyyn määritelmään. Toisin sanoen tietoisuustaitojen operationalisoinnin prosessi on vielä kesken.

Muutosmekanismeja koskeva tutkimusaineistoni koostuu teoreettisten ja empiiristen tutkimusten lisäksi kahdesta tietoisuustaitoihin perustuvaa päihdehoitoa koskevasta käsikirjasta. Keskeisimpiä muutosmekanismeja koskevia lähteitä on yhteensä yhdeksän (ks. taulukko 1). Tutkimuksista kolme on teoreettisia tutkimuksia, joissa näkökulmina aiheeseen on kognitiivinen psykologia (Breslin ym. 2002) ja kognitiivis-behavioraalinen näkökulma (Witkiewitz ym. 2005). Kolmas teoreettinen tutkimus esittää uuden biopsykososiaalisen mallin päihderiippuvuudesta, jossa stressillä on keskeinen rooli

(Garland ym. 2011). Kaksi tutkimusaineistossani olevaa kirjaa ovat uusien tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen käsikirjoja (Bowen ym. 2011; Garland 2013). Viimeiset neljä tutkimusta keskittyvät tietoisuustaitojen ja alkoholi- ja päihderiippuvuuksien yhteyksien tutkimiseen. Käytän muutosmekanismeja koskevassa analyysissä tutkimusaineistona myös tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevia hoitotutkimuksia (ks. taulukko 2) selvittääkseni missä määrin empiiriset tutkimukset tuovat vahvistusta muutosmekanismien todelliselle olemassaololle.

Tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavuutta koskevassa tutkimuskatsauksessani on mukana yhteensä 12 tutkimusta (ks. taulukko 2), joista viisi oli satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia (Alterman ym. 2004; Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010; Brewer ym. 2009; Bowen ym. 2014). Tutkimuksista kolme oli kontrolloituja tutkimuksia (Marcus ym. 2009; Bowen ym. 2007; Bowen ym. 2006). Tutkimuksista loput sisältävät kukin erilaisen tutkimusasetelman. Yhdessä tutkimuksista tutkitaan hoidon vaikuttavuutta vertaamalla hoidon alussa ja hoidon päätyttyä tehtyjen tutkimusten tuloksia (Zgierska ym. 2008). Amaro ja Vallejo (2009) tarkastelevat tietoisuustaitoihin perustuvan hoidon sopivuutta päihderiippuvaisille naisille. Garlandin ym. (2012) tutkimuksessa tutkittiin MORE-hoito-ohjelman vaikutuksia asiakkaisiin kvalitatiivisten menetelmien avulla. Zgierskan ym. (2009) tutkimus taas on systemaattinen tutkimuskatsaus, johon on koottu tietoisuustaitoja sisältävien hoito-ohjelmien vaikuttavuutta koskevia tuloksia päihderiippuvaisten hoidossa.

Taulukko 1. Muutosmekanismeja koskeva tutkimusaineisto.

Tutkijat	Tutkimuksen/lähteen tyyppi	Muutosmekanismeihin liittyvä teoria/tutkimus
Bowen ym. (2011)	MBRP-hoito-ohjelman käsikirja	Automaattipilotilla toimiminen
Bramm ym. (2013) Addictive Disorders and Their Treatment, 12.	Kvantitatiivinen tutkimus	Tutkimus tietoisuustaitojen yhteydestä juomiseen ja siitä seuraaviin ongelmiin
Breslin ym. (2002) Behaviour Research and Therapy, 38.	Teoreettinen tutkimus	Kognitiivinen teoriakehys tietoisuustaitoihin perustuvan hoidon yhdistämiseksi päihderiippuvaisten auttamiseen
Garland ym. (2011) Medical Hypotheses, 76.	Teoreettinen tutkimus	Biopsykososiaalinen malli riippuvuudesta
Garland (2013)	MORE-hoito-ohjelman käsikirja	Automaattipilotilla toimiminen
Fernandez ym. (2010) Psychology of Addictive Behaviors, 24.	Kvantitatiivinen tutkimus	Tutkimus niistä tietoisuustaitojen ominaisuuksista, jotka ovat yhteydessä alkoholinkäyttöön ja siitä seuraaviin ongelmiin
Karyadi ym. (2014) Drug and Alcohol Dependence, 143.	Meta-analyysi	Tutkimus tietoisuustaitojen ominaisuuksien yhteydestä päihderiippuvaiseen käytökseen
Ostafin & Marlatt (2008) Journal of Social and Clinical Psychology, 27.	Kvantitatiivinen tutkimus	Tutkimus hyväksymisen vaikutuksesta automaattiseen alkoholi-motivaatioon ja haitalliseen juomiseen
Witkiewitz ym. (2005) Journal of Cognitive Psychotherapy, 19.	Teoreettinen tutkimus	Kognitiivis-behavioraalinen teoria ja uusi MBRP-hoito-ohjelma

Taulukko 2. Tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevat tutkimukset

Tutkimukset	Asiakkaat (n); yleisin päihderiippuvuus	Tutkimusasetelma	Hoitomuoto/kontrollihoito
Alterman ym. (2004) Journal of Substance Use, 9.	31; alkoholi- ja huumeriippuvuus	Randomisoitu ja kontrolloitu hoitotutkimus	Tietoisuustaitoihin perustuva hoito-ohjelma osana 12 askeleen hoito-ohjelmaa noudattavaa asumiskuntoutusta/12 askeleen ohjelmaa noudattava asumiskuntoutus
Bowen ym. (2009) Substance Abuse, 30.	168; alkoholi- ja huumeriippuvuus	Randomisoitu ja kontrolloitu hoitotutkimus	MBRP-hoito-ohjelma/12 askeleen hoito-ohjelma.
Bowen ym. (2014) JAMA Psychiatry, 71.	286; alkoholi- ja huumeriippuvuus	Randomisoitu ja kontrolloitu hoitotutkimus	MBRP-hoito-ohjelma/ Retkahduksen ehkäisy-päihdehoito, 12 askeleen hoito-ohjelma
Bowen ym. (2006) Psychology of Addictive Behaviors, 20.	306; alkoholi- ja huumeriippuvuus	Kontrolloitu hoitotutkimus	Vipassana-meditaatio (10 vrk)/ Tavanomainen vankilassa toimiva päihdehoito
Bowen ym. (2007) Addictive Behaviors, 32. (tutkimus koskien Bowen ym. (2006) tutkimuksen aineistoa	306; alkoholi- ja huumeriippuvuus	Kontrolloitu hoitotutkimus	Vipassana-meditaatio (10 vrk)/ Tavanomainen vankilassa toimiva päihdehoito
Brewer ym. (2009) Substance Abuse, 30.	25; alkoholi- tai kokaiiniriippuvuus	Randomisoitu ja kontrolloitu vertailututkimus	Tietoisuustaitoihin perustuva hoito-ohjelma/ Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito
Garland ym. (2010) Journal of Psychoactive Drugs, 42.	53; alkoholiriippuvuus	Randomisoitu ja kontrolloitu tutkimus	MORE-hoito-ohjelma/ Alkoholisteille suunnattu vertaistukiryhmä
Garland ym. (2012) Journal of Social Work Practice in the Addictions, 12.	18, alkoholiriippuvuus	Kvalitatiivinen tutkimus	MORE-hoito-ohjelma
Marcus ym. (2009) American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 35.	459, alkoholi- ja huumeriippuvuus	Kontrolloitu tutkimus	MBCT-hoito-ohjelma/ Tavanomaiseen tapaan toteutettu yhteisöllinen asumiskuntoutus
Vallejo & Amaro (2009) Humanistic Psychologist, 37.	262, alkoholi- ja huumeriippuvuus	Päihdehoidon kehittämistä koskeva tutkimus	MBSR-hoito-ohjelma neljän eri yhteisöllisen asumiskuntoutuksen ja yhden avohoito-ohjelman yhteydessä
Zgierska ym. (2009) Substance Abuse, 30.	1945, alkoholi-, huume- ja tupakkariippuvuus	Systemaattinen tutkimuskatsaus (22 tutkimusta)	Vipassana –meditaatio/ MBSR-hoito-ohjelma/ DKT/HOT / Spiritual Self Schema (3S) skeematerapia
Zgierska ym. (2008) Journal of Addiction Medicine, 2.	19; alkoholiriippuvuus	Hoitotutkimus	Tietoisuustaitoihin perustuva hoito-ohjelma intensiivisen avopäihdekuntoutuksen lisämenetelmänä ja jatkohoitona

5.3 Analyysistä synteisiin

Analyysin toteutuksessa käytin apuna Kallion (2006) ja Whittemoren ja Knaflin (2006) tutkimuskatsauksen tutkimusaineiston analysoinnin ohjeita. Kirjoitin aluksi jokaisesta tutkimuksesta ja lähteestä lyhyen referaatin, jossa keskityin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla muutosmekanismeja koskeviin tekijöihin ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla hoitotutkimusten hoitotuloksiin. Muutosmekanismeja tutkiessani kokosin esitettyjä alkoholiriippuvuudesta toipumiseen vaikuttavia psykologisia prosesseja niiden esiintymistiheyden ja painotuksen perusteella tutkimusaineistossani. Tämän jälkeen vertailin tutkimusaineistosta löytyneiden muutosmekanismien eroavaisuuksia ja yhteisiä piirteitä. Ryhmittelin muutosmekanismit tietoisuustaitojen harjoittamisen myötä välillisesti alkoholiriippuvuudesta toipumista edistäviin ja välittömästi tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttaviin muutosmekanismeihin.

Jatkoin muutosmekanismeja koskevaa tutkimusta edelleen vastatatakseeni tutkimukseni ensimmäistä tutkimuskysymystä tarkentavaan kysymykseen, jossa hain vastausta siihen missä määrin luokittelimieni muutosmekanismien todelliselle olemassaololle löytyi perusteluja empiirisistä hoitotutkimuksista. Tarkentavaan tutkimuskysymykseen vastatessani käytin tutkimusaineistonani samaa aineistoa (ks. taulukko 2), jota käytin myöhemmin toiseen tutkimuskysymykseen vastatessani. Tästä syystä muutosmekanismien olemassaoloa ja tietoisuustaitoharjoituksia käyttävien päihdehoitojen vaikuttavuutta koskevat tutkimustulokset ovat joiltakin osin päällekkäisiä. Sama aineisto tarjosi kuitenkin mahdollisuuden sekä ensimmäisestä tutkimusaineistosta löydettyjen muutosmekanismien todellisen olemassaolon tutkimiseen, että hoitotutkimusten yleisen vaikuttavuuden selvittämiseen alkoholiriippuvaisten hoidossa. Muutosmekanismeja koskevan analyysini jälkeen kirjoittamani yhteenveto luo yleiskatsauksen alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämiseen vaikuttavien tietoisuustaitojen ja niiden muutosmekanismien tieteelliseen tilaan nykypäivänä. Ehdotan myös synteessin pohjalta mihin suuntaan muutosmekanismeja koskevaa tutkimusta voisi olla syytä tulevaisuudessa ohjata.

Tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevat hoitotutkimukset (ks. taulukko 2) muodostavat keskeisimmän tutkimusaineistoni kun vastaan toiseen tutkimuskysymykseeni, joka kohdistuu tietoisuustaitojen vaikuttavuuteen. Tutkin ja

arvioin analyysivaiheessa jokaisen tutkimuksen kohdalla sen tutkimusotosta, tutkimusmenetelmiä ja tutkimustuloksia. Keskityin tämän jälkeen tutkimustuloksissa havaittujen eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien kokoamiseen koskien erityisesti päihteidenkäytön vähentämistä, stressin ja mielenterveyteen liittyvien ongelmien vähentymistä ja tietoisuustaitojen ja sen osaominaisuuksien lisääntymistä. Päädyin tietoisuustaitoihin perustuvien hoito-ohjelmien jälkeistä päihteidenkäytön vähentämistä koskevia tutkimustuloksia tarkastellessani samankaltaisiin tutkimustuloksiin kuin Zgierska ym. (2009) olivat päätyneet systemaattisessa tutkimuskatsauksessaan. Pohdin lopuksi millaisia johtopäätöksiä integratiivisen tutkimuskatsaukseni tutkimustulosten perusteella on mahdollista tehdä tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen potentiaalia ajatellen ja mihin suuntaan tulevia tutkimuksia tulisi kohdistaa.

6 TIETOISUUSTAITOIHIN LIITTYVÄT MUUTOSMEKANISMIT ALKOHOLIRIIPPUVUUDESTA TOIPUMISESSA

Tietoisuustaitojen alkoholiriippuvuudesta toipumista edistäviä vaikutuksia koskevia empiirisiä ja teoreettisia tutkimuksia on julkaistu jo useita ja niitä julkaistaan jatkuvasti lisää. Tutkimuksissa on saatu myös hyviä tuloksia koskien tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavuutta (Bowen ym. 2008; Bowen ym. 2014; Brewer ym. 2009; Garland ym. 2010; Zgierska ym. 2009). Tutkimuksissa on keskitytty toistaiseksi kuitenkin hyvin vähän niiden tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavien muutosmekanismien identifioimiseen, jotka edistävät alkoholiriippuvaisen toipumista. Tietoisuustaitoharjoituksia ei voi kutsua toimivaksi tekniikaksi alkoholiriippuvaisten kohdalla, ellei niihin liittyviä muutosmekanismeja voida identifioida ja todistaa niiden olevan alkoholiriippuvaisia auttavien muutosmekanismien takana. Voi olla, että tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tehokkuus perustuu joillekin toisille muutosmekanismeille kuin on oletettu. Päihdehoidossa vaikuttavien muutosmekanismien tutkiminen on tärkeää, jotta tiedetään mihin tietoisuustaitoharjoitusten ja tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttavuus perustuu ja jotta päihdehoitoja voidaan edelleen kehittää tehokkaammiksi. Vastaa seuraavaksi ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni *millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen kehittäminen perustuu alkoholiriippuvaisten kohdalla?* ja sitä tarkentavaan tutkimuskysymykseen *tukevatko tietoisuustaitoharjoituksia käyttäviä päihdehoitoja koskevat tutkimukset muutosmekanismien olemassaloo?*

6.1 Mihin tietoisuustaitojen harjoittamisen vaikuttavuus perustuu?

Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoitomalli eroaa tietoisuustaitoihin perustuvasta päihdehoidomallista sen päihdeongelmia ylläpitävissä selityksissä ja siinä millä keinoilla niihin puututaan. Päihdeongelmia aiheuttavat kognitiivis-behavioraalisen päihdehoitomallin näkökulmasta tilanteisiin sopimattomat kognitiivis-emotionaaliset prosessit, jotka johtuvat negatiivisista ydinuskomuksista ja ajattelumalleista, huonosti toimivista käyttäytymismalleista ja kehittymättömistä selviytymismenetelmistä. Selviytymismenetelmien kehittämisen ajatellaan toimivan erityisenä

muutosmekanismina alkoholiriippuvuudesta toipumisessa kognitiivis-behavioraalissa päihdehoidossa (Morgenstern & Longabaugh 2000). Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen mukaan päihdeongelmia ja retkahduksia taas ylläpitävät erityisesti automatisoituneet päihteidenkäyttöön liittyvät ajatus- ja toimintakaavat, joita negatiiviset tunteet ja stressi erityisesti aktivoivat (Bowen ym. 2011; Garland 2013). Erityisiä tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavia ja alkoholiriippuvaisten toipumisen edistämiseksi auttavia muutosmekanismeja ei ole kuitenkaan toistaiseksi vielä tarkkaan identifioitu. Tietoisuustaitoharjoitusten alkoholiriippuvuudesta toipumista edistävistä psykologisista prosesseista on kuitenkin esitetty erilaisia hypoteeseja, joita myös osa tietoisuustaitoja ja alkoholiriippuvuuksia koskevista tutkimuksista ovat vahvistaneet. Tilanne on samankaltainen päihderiippuvaisille suunnatun kognitiivis-behavioraalisen terapian kohdalla. Vaikka kognitiivis-behavioraalinen malli sisältää selkeän teorian siitä, kuinka kognitiivis-behavioraaliset interventiot vähentävät juomista (Morgenstern & Longabaugh 2000, 1478) ja vaikka kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon on tutkittu olevan yksi tehokkaimmista päihdehoidoista (Longabaugh & Morgenstern 1999; Holder ym. 1991; Project MATCH 1997), ei sen vaikuttavuuteen perustuvista muutosmekanismeista ole vakuuttavaa tutkimustietoa (Morgenstern & Longabaugh 2000).

Tutkimukset ovat osoittaneet sekä heikkojen tietoisuustaitojen (Bramm ym. 2013) että heikkojen tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien olevan negatiivisessa yhteydessä alkoholinkäyttöön, juomisesta seuraaviin ongelmiin (Bramm ym. 2013; Fernandez ym. 2010) ja päihderiippuvaiseen käytökseen (Karyadi ym. 2014). Vielä ei voida kuitenkaan sanoa johtaako alkoholiriippuvuus kognitiivisten taitojen heikentymiseen ja edelleen tietoisuustaitojen osaominaisuuksien heikentymiseen vai voivatko valmiiksi heikot tietoisuustaidot ja sen osaominaisuudet johtaa alkoholiriippuvuuteen. On myös mahdollista, että kumpikin edellä mainitusta kausaaliketjusta vaikuttaa yhtäaikaaisesti. (emt., 8.) On joka tapauksessa perusteltua tehdä hypoteesi siitä, että vahvat tietoisuustaidot ja sen osaominaisuudet voivat toimia alkoholismilta suojaavana tekijänä ja että tietoisuustaitojen kehittäminen voi auttaa toipumaan alkoholiriippuvuudesta.

Olen kartoittanut päihdetutkijoiden teorioita tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavista terapeuttisista muutosmekanismeista ja tutkinut missä määrin olemassa olevat empiiriset tutkimukset antavat tukea näille hypoteeseille. Olen jaotellut muutosmekanismit välillisesti ja välittömästi toimivien psykologisten prosessien kautta

alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämiseen vaikuttaviin muutosmekanismeihin. Välillisten prosessien kautta vaikuttavilla muutosmekanismeilla viitataan automaattisten ajatus- ja toimintamallien tiedostamiseen ja stressin vähentämiseen. Nämä tekijät voivat olla tietoisuustaitojen vaikuttavuuden taustalla olevia yleisesti vaikuttavia tekijöitä. Olen nimennyt ne välillisesti vaikuttaviksi muutosmekanismeiksi, sillä ne voivat vaikuttaa tietyn alkoholiriippuvuutta ylläpitävän ongelman, kuten stressioireiden, hellittämisen kautta alkoholin käytön vähentämiseen. Välittömästi vaikuttavat muutosmekanismit koskevat erityisten tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kehittämistä, jotka vaikuttavat suoraan alkoholiriippuvuutta ylläpitäviin ongelmiin, ilman että ne vaikuttaisivat alkoholiriippuvuuteen toisen yleisen ongelman kuten stressin vähenemisen kautta. Olen käyttänyt muutosmekanismien identifioinnin lähteinä teoreettisia ja empiirisiä tutkimusaihetta käsitteleviä tutkimuksia. Tarkastelen jokaisessa luvussa aluksi löytämäni muutosmekanismia, jonka jälkeen tuon esiin missä määrin empiiriset hoitotutkimukset validoivat kyseessä olevan muutosmekanismin olemassaoloa. Vastaan ensimmäiseen ja sitä tarkentavaan tutkimuskysymykseen näin samanaikaisesti.

6.2 Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavat välilliset muutosmekanismit

Automaattisten ajatus- ja toimintamallien tiedostaminen ja niihin puuttuminen on yksi tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla olevista yleisesti vaikuttavista tekijöistä, johon viitattiin usein tietoisuustaitoja ja alkoholi- ja päihderiippuvuuksia koskevissa tutkimuksissa. Garlandin ym. (2011) biopsykososiaalisen mallin mukaan päihteiden käyttö muuttuu automatisoituneeksi toiminnaksi jatkuessaan pitkään ja näin päihderiippuvainen voi käyttää päihteitä vaikka hänellä ei olisi ollut tietoista intentiota tehdä niin. Tätä Garland (2013) ja Bowen ym. (2011) kutsuvat automaattipilotilla toimimiseksi. Breslinin ym. (2002, 288) mukaan tietoisuustaitoharjoitusten tavoitteena on auttaa päihdekuntoutujaa tulemaan tietoiseksi automaattisista ajatus- ja tunnemalleistaan ja taipumuksestaan toimia automaattipilotilla. Garland ym. (2011), Bowen ym. (2011) ja Breslin ym. (2002) perustavat näkemyksensä päihderiippuvuuden automatisoituneesta luonteesta vahvasti Tiffany'n (1990) teoriataustassa esitellylle näkemykselle siitä, kuinka päihteidenkäyttöön liittyvät automaattiset toimintakaavat ylläpitävät riippuvuutta. Mallin mukaan voimakkaalla päihteidenkäytön halulla on

suhteellisen vähän tekemistä retkahdusten kanssa. Retkahduksia ilmenee lähinnä silloin kun automaattiset päihteidenkäyttöön liittyvät toimintakaavat aktivoituvat, ja toisaalta myös silloin kun automatisoituneen toimintakaavan vaikutusta vastustetaan, sillä toimintakaavaa aktivoidaan tällöinkin. Tämän automaattisen toimintakaavan vaikutuksen katkaiseminen voi vaikuttaa mallin mukaan alkoholiriippuvuudesta toipumiseen. (Emt.) Tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa pyritään erityisesti näiden automaattisten toimintakaavojen tiedostamiseen ja kohtaamiseen hyväksyvän asenteen avulla ja reagoimatta, niiden aktiivisen vastustamisen sijaan.

Tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevissa tutkimuksissa ei ole toistaiseksi tutkittu suoraan päihderiippuvaisten automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamisen kehittymistä ja sen vaikutusta muutosmekanismina päihteidenkäytön vähentämiseen. Garlandin ym. (2010) MORE-hoito-ohjelmaa koskevien tutkimusten tulokset alkoholia koskevien ärsykkeiden tarkkaavaisuuden vinouman voimistumisesta saattavat johtua MORE-ohjelman keskittymisestä automaattipilotilla toimimiseen ja parempaan tiedostamiseen automaattisista ajatuskaavoista, kuten tutkijat esittävät. Suoraa yhteyttä näiden välillä ei kuitenkaan pystytty toistaiseksi todistamaan.

Toinen keskeinen yleisesti vaikuttavia tekijöitä koskeva tutkimusaineistosta esiin noussut muutosmekanismi koskee tietoisuustaitoharjoitusten stressiä vähentävää vaikutusta. Tietoisuustaitoharjoitusten on empiirisesti tutkittu vähentävän erityisesti stressiin liittyviä oireita (Brewer ym. 2009; Garland ym. 2010; Marcus ym. 2009; Zgierska ym. 2008). Stressioireiden katsotaan olevan myös yhtenä keskeisenä vaikuttimena retkahduksissa. MORE-hoito-ohjelman taustalla oleva teoria nojaa erityisesti stressin keskeiseen rooliin retkahduksissa. Garland ym. (2011) perustelevat näkemystä muun muassa tutkimuksilla, jotka osoittavat stressin ja negatiivisten tunteiden (Schroder & Perrine 2007) ja stressaavien elämäntapahtumien vaikuttavan alkoholiriippuvuuteen liittyvien oireiden lisääntymiseen (Dawson ym. 2005; Lloyd & Turner 2008). Garlandin ym. (2011) kehittämä biopsykososiaalisen malli selittää tarkemmin kuinka stressaavat elämäntapahtumat ja tilanteet vaikuttavat päihderiippuvuuden pysyvyyteen ja retkahduksiin. Tässä mallissa sovelletaan useita tunnettuja teoreettisia malleja kuten Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaalista mallia stressistä, Tiffanyn (1990) kognitiivisen prosessoinnin mallia päihteidenkäytön halusta ja pakonomaisesta päihteiden käytöstä, allostaaattista mallia alkoholiriippuvuudesta ja tunteellista prosessia negatiivisesta vahvistamisesta (Garland

ym. 2011, 746). Garland ym. (2011) kirjoittavat parin viime vuosikymmenen aikana tehtyjen neurobiologisten ja kognitiivisen neurotieteen tutkimusten osoittavan, että riippuvuuteen vaikuttavat paljolti sellaiset aivoalueet, jotka ovat tietoisesta ajattelusta ulkopuolella. Nämä aivo-alueet kontrolloivat automatisoitunutta toimintaa ja ajattelua ja ne voivat aktivoitua ilman intentiota stressiä ja negatiivisia tunteita laukaisevissa tilanteissa (Schwabe ym. 2011). Voidaan siis olettaa, että mikäli stressiin liittyviä oireita saadaan laskemaan, vähenevät myös retkahdukset ja päihteiden käyttö (Marlatt 2002; Witkiewitz ym. 2005).

Hoitotuloksia koskevan aineiston tutkimuksista kahdessa tutkittiin tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikutusta stressiin liittyvien oireiden ja päihteidenkäytön vähenemiseen. Zgierskan ym. (2008) tutkimus osoitti tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vähentävän merkittävästi stressiin liittyviä oireita, mutta ei hoitoon osallistuneiden alkoholinkäyttöä. Brewerin ym. (2009) tutkimus osoitti stressiin liittyvien oireiden vähentyneen tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olleiden ryhmässä merkittävästi verrattuna kognitiivis-behavioraaliseen päihdehoidossa olleisiin. Ryhmien välillä ei ollut kuitenkaan merkittävää eroa alkoholinkäytön vähentymistä vertaillessa, eivätkä eri ryhmissä olleet vähentäneet merkittävästi päihteidenkäyttöä. Kahdessa tietoisuustaitoihin perustuvaa päihdehoitoa koskevassa tutkimuksessa tutkittiin stressin vähentymistä, mutta ei päihteidenkäytön vähentymistä, jonka avulla olisi voinut selvittää toimiiko stressin vähentyminen muutosmekanismina (Garland ym. 2010; Marcus ym. 2009). Tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen muutosmekanismien ei voi vielä näiden tutkimusten perusteella olettaa perustuvan juuri niiden stressiä vähentäviin vaikutuksiin.

6.3 Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavat välittömät muutosmekanismit

Breslin ym. (2002) ovat ehdottaneet kaksi erilaista tapaa, joiden kautta tietoisuustaitojen harjoittaminen voi vaikuttaa suoraan retkahdusten vähentämiseen. Ensimmäinen sisältää tietoisuuden lisäämisen yliopituista ajatus- ja tunnekaavoista ja toinen totuttautumisen päihteidenkäyttöön viittaaville vihjeille ja negatiivisille affekteille (emt., 294, ks. luku 4.3). Heidän esityksensä voi tulkita askeleen ottamiseksi erityisten tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavien välittömien muutosmekanismien määrittelyn

suuntaan. Tutkijat eivät kirjoita tutkimuksessaan varsinaisesti muutosmekanismeista, mutta heidän esityksensä sisältää kausaalisten psykologisten prosessien kuvauksia tietoisuustaitoharjoitusten ja retkahdusten ehkäisyn välillä.

Olen luokitellut tutkimusaineistossani esiintyneet välittömästi vaikuttavien tietoisuustaitojen osaominaisuudet edelleen neljään eri luokkaan, jotka ovat: ajatusten kuvaileminen, tietoisuus omasta toiminnasta, hyväksyminen/tuomitsemattomuus ja reagoimattomuus. Edellä mainittujen eri osaominaisuuksien kehittämisen on esitetty vaikuttavan erityisesti alkoholi- ja huumeriippuvuudesta toipumisen edistämiseen (Fernandez ym. 2010; Karyadi ym. 2014). Tästä syystä kutsun näiden osaominaisuuksien kehittämistä välittömästi alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämiseen vaikuttaviksi muutosmekanismeiksi. Olen jaotellut aiemmin mainitsemani tietoisuustaitojen osaominaisuudet edelleen Breslinin ym. (2002) jakoa mukailien tiedostamista lisääviin kuvailemisen ja oman toiminnan tiedostamisen osaominaisuuksiin ja tottumista lisääviin hyväksymisen ja reagoimattomuuden osaominaisuuksiin. Breslin ym. (2002) eivät identifioi tietoisuustaitojen osaominaisuuksia, joiden kehittäminen saattaa toimia muutosmekanismina alkoholiriippuvuudesta toipumisen taustalla samoin kuin teen sen itse tässä työssä. Heidän jaottelunsa on kuitenkin looginen ja auttaa selkeyttämään tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien rooleja. Ajatusten ja kokemusten kuvaileminen sekä tietoisuuden kehittäminen omasta toiminnasta voivat herkistää alkoholiriippuvaista tunnistamaan paremmin automatisoituneita ajatus- ja toimintakaavoja ja ehkäisemään päihteidenkäyttöön liittyvien ajatusten tukahduttamista. Totuttautuminen kokemaan negatiivisia tunteita hyväksyvän ja tuomitsemattoman asenteen sekä reagoimattomuuden kehittämisen avulla, voivat olla päihdekuntoutujan tietoisuustaitoja, jotka voivat vähentää päihteidenkäyttöä ja retkahduksia.

Tiedostamisen lisääminen: kuvaileminen ja oman toiminnan tiedostaminen

Fernandezin ym. (2010, 612) tutkimus osoitti FFMQ-arviointikyselyä (Baer ym. 2006) käyttämällä, että kuvailemisella tietoisuustaitojen osaominaisuutena on negatiivinen yhteys alkoholinkäyttöön. Fernandez ym. (2010, 613) esittävät myös, että FFMQ-arviointikyselyyn kuuluvalla heikolla kuvailemisen osaominaisuudella voi olla yhteys ajatusten tukahduttamiseen ja tätä kautta runsaampaan alkoholinkäyttöön. Mitä vähemmän päihdekuntoutuja kuvailee itselleen ajatuksiaan, tunteitaan ja aistimuksiaan

ja yrittää tukahduttaa ajatuksiaan erityisesti päihteidenkäytön halua koskien, sitä enemmän hän saattaa juoda alkoholia. Näkemys perustuu teorialle siitä, että ajatusten tukahduttaminen saattaa johtaa paradoksaalisella tavalla ajatusten ja tunteiden voimistumiseen, joka voi edelleen alkoholiriippuvaisten kohdalla vaikuttaa retkahdusten todennäköisyyteen. Garland ym. (2010, 188) viittaavat myös Keyn ym. (2008) tutkimukseen, jonka mukaan ajatusten tukahduttaminen voi vaikuttaa tukahduttamisesta johtuvaan tunteiden voimistumiseen (engl. post-suppression rebound effect). Yksi tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla välittömästi vaikuttavista muutosmekanismeista saattaa siis perustua kuvailemisen ominaisuuden kehittämiseen ja ajatusten tukahduttamisen vähentämiseen.

Hoitotutkimuksia koskevasta aineistosta Garlandin ym. (2010) ja Bowenin ym. (2009) tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevissa tutkimuksissa tutkittiin tietoisuustaitojen kehittymistä FFMQ-arviointikyselyn (Baer ym. 2006) avulla. Kummassakin tutkimuksessa vertailtiin myös erikeen eri osaominaisuuksien kehittymistä. Bowenin ym. (2009, 302) vertailututkimuksen mukaan MBRP -ryhmässä käyneiden tietoisuustaitojen kuvailemista koskeva osaominaisuus ei kuitenkaan vahvistunut merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään päihdehoidon jälkeen. Garlandin ym. (2010, 184) tutkimuksessa MORE-ryhmään osallistujat eivät kehittäneet myöskään kuvailemiseen liittyvää osaominaisuuttaan merkittävästi enempää kuin kontrolliryhmässä olleet.

Garland ym. (2010) havaitsivat tutkimuksessaan MORE-ryhmään osallistuneiden ajatusten tukahduttamisen vähentyneen merkittävästi verrattuna kontrolliryhmän tuloksiin siitä huolimatta, että kuvailemisen kyky ei ollut kehittynyt. MORE-ryhmässä olleiden ajatusten tukahduttamisen vähentämistä koskevilla tuloksilla oli myös positiivinen yhteys alkoholiin liittyvään tarkkaavaisuuden vinoumaan, alkoholinkäytön vastustamiseen liittyviin pystyvyysodotuksiin ja alkoholiin liittyvästä ärsykkeestä toipumiseen (SVV, sydämen sykevälivaihtelu). Tarkkaavaisuuden vinouman voimistumisen nähdään tässä tutkimuksessa olevan yhteydessä alkoholiriippuvaisen parempaan kykyyn havaita riskitilanteita ja näin vähentävän retkahduksia. Kontrolliryhmässä olleiden samoja muuttujia koskevat analyysit eivät tuottaneet merkittäviä tuloksia. (Emt., 186.) Bowen ym. (2006, 2007) ovat toteuttaneet tutkimuksen, jossa vangeille tarjottiin päihdehoitona Vipassana-meditaatiokurssi. Tutkimus osoitti kurssin vaikuttavan osallistujien ajatusten tukahduttamisen

väheneeseen merkittävässä määrin verrattuna kontrollihoidossa olleiden ajatusten tukahduttamisen vähentämiseen (Bowen ym. 2007). Ajatusten tukahduttamisen vähenemisellä oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys alkoholinkäytön vähenemiseen. (Emt). Tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu tietoisuustaitojen ja sen osaominaisuuksien, kuten kuvailemisen kehittymisen vaikutusta ajatusten tukahduttamisen vähenemiseen. Tutkimustulokset vahvistavat kuitenkin osittain Fernandezin ym. (2010) teoriaa ajatusten tukahduttamisen yhteydestä alkoholin runsaampaan käyttöön. On kuitenkin epävarmaa, voiko juuri kuvailemisen kyvyn kehittyminen vaikuttaa muutosmekanismina ajatusten tukahduttamisen ja alkoholinkäytön vähenemiseen.

Fernandezin ym. (2010, 612) tutkimuksen mukaan kuvailemisen osaominaisuuden lisäksi myös tietoisuus omasta toiminnasta korreloi negatiivisesti alkoholinkäytön kanssa. Heidän mukaansa henkilön kyky keskittää jakamaton huomio toimintaansa voi vähentää todennäköisyyttä käyttää runsaasti alkoholia (emt., 614). Karyadin ym. (2014) tietoisuustaitojen ja päihderiippuvaisen käytöksen yhteyttä tutkivassa meta-analyttisessä tutkimuksessa havaittiin myös tilastollisesti merkitsevä ja negatiivinen yhteys koskien tietoisuutta omasta toiminnasta. Fernandezin ym. (2010) ja Karyadin ym. (2014) tutkimuksissa käytettiin FFMQ-arviointikyselyä (Baer ym. 2006) tietoisuustaitojen osaominaisuuksien yhteyden tutkimiseksi alkoholiriippuvuuksiin. MAAS-arviointikyselyssä (Brown & Ryan, 2003) mitataan erityisesti tietoisuustaitojen osaominaisuuksista tietoisuutta nykyhetkestä ja tarkkaavaisuuden tilaa. Siinä ei tutkita muiden tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kuten tuomitsemattomuuden vahvuutta (emt., 824). MAAS-arviointikyselyssä mitattujen ominaisuuksien voi tulkita vastaavan suhteellisen hyvin tietoisuutta omasta toiminnasta, joka on yksi FFMQ-arviointikyselyssä mitatuista ominaisuuksista. Bramm ym. (2013, 23) ovat tutkineet tämän tietoisuustaitojen osaominaisuuden yhteyttä alkoholinkäyttöön ja siitä seuraaviin ongelmiin. Heidän tutkimuksensa osoitti MAAS-arviointikyselyä käyttämällä, että korkeammat arvot tietoisuustaidoissa olivat yhteydessä vähäisempään alkoholinkäyttöön ja siitä seuraaviin ongelmiin. Tietoisuus omasta toiminnasta voi toimia alkoholiriippuvuudelta suojaavana tekijänä ja sen vahvistaminen taas alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämässä.

Hoitotutkimusaineiston tutkimuksista Bowenin ym. (2009, 297) vertailututkimuksessa MBRP-hoito-ohjelman ja 12 askeleen ohjelman käyneiden tietoisuustaitojen kehitystä mitattiin FFMQ-arviointikyselyn avulla. Tutkimuksessa havaittiin MBRP-ryhmässä

olleiden kehittäneen hieman enemmän tietoisuuttaan omasta toiminnastaan verrattuna kontrolliryhmässä olleisiin (emt., 302). Garlandin ym. (2010) tutkimuksessa tietoisuus omasta toiminnasta ei vahvistunut merkittävästi MORE-ryhmässä olleiden keskuudessa verrattaessa hoidon aloituksen ja päättymisen aikaan tehdyn FFMQ-itsearviointikyselyssä mitattuja osaominaisuuksia koskevia tuloksia. Tietoisuustaitojen kehittämisessä ei havaittu myöskään eroja MORE- ja kontrolli-ryhmissä olleiden välillä (emt.). Hoitotutkimukset eivät siis toistaiseksi vahvista tietoisuuden omasta toiminnasta kehittämisen muutosmekanismin olemassaoloa.

Tottumisen kehittäminen: hyväksyminen, tuomitsemattomuus ja reagoimattomuus

Marlattin (1985) mukaan retkahduksen ehkäisy -päihdehoitoon olennaisesti kuuluva raittiuden rikkomisefekti voi vaikuttaa kognitiivisen dissonanssin ja syyllisyyden tunteiden kautta retkahtamiseen takaisin runsaaseen päihdeidenkäyttöön. Vakavamman retkahduksen ehkäisemiseksi päihdekuntoutuja voi katsoa alkoholililaisen juomisessa olevan kyse normaalista kuntoutumisprosessiin kuuluvasta lipsahduksesta (emt.). Lipsahdumisesta tai kenties jo päihdeidenkäytön pakonomaisesta ajattelemisesta johtuvat itsesyytökset ja negatiiviset tunteet saattavat vain vahvistaa riippuvuuskäyttäytymistä, ellei niihin harjoitella suhtautumaan eri tavalla. Tietoisuustaidoissa on tietoisuuden ja läsnäolemisen lisäksi erityisesti kyse kaiken sen hyväksymisestä, joka ihmisen kokemusmaailmasta nousee. Tämä voi auttaa päihdekuntoutujaa suhtautumaan neutraalimmin haastavimpiin tunteisiin ja ajatuksiin ja olemaan pakenematta ja pyrkimättä eliminoimaan niitä haitallisoin keinoin (Holmberg 2005). Hyväksymisen ja tuomitsemattomuuden kehittäminen saattavat toimia muutosmekanismeina, jotka voivat ehkäistä päihdekuntoutujan sortumisen vakavaan juomiskierteeseen syyllisyyden ja negatiivisten tunteiden voimistumisen kautta. Tuomitsemattomuudella viitataan tavallisesti pyrkimykseen olla antamatta kokemuksille hyvän tai huonon leimaa ja suhtautumista niihin neutraalisti. Hyväksymisen katsotaan olevan usein positiivissävytteinen tietoisuustaitojen osaominaisuus. Niiden keskeisyyttä painotettiin yhtenä tietoisuustaitojen keskeisimmistä osaominaisuuksista jokaisessa tutkimusaiheittani koskevassa aineistoartikkelissa (Breslin ym. 2002; Bowen ym. 2011; Ostafin & Marlatt 2008).

Karyadin ym. (2014) meta-analyttisen tutkimuksen mukaan tuomitsemattomuus on yksi päihderiippuvaisen käyttäytymisen kanssa negatiivisesti korreloivista osatekijöistä.

Fernandezin ym. (2010) tutkimus taas osoitti negatiivisen yhteyden tuomitsemattomuuden ja alkoholinkäytöstä seuraavien ongelmien välillä. Tuomitsemattomuus saattaa olla yksi niistä tietoisuustaitojen osatekijöistä, jonka kehittäminen edistäisi alkoholiriippuvaisen toipumista.

Hoitotutkimuksista Bowenin ym. (2009) vertailututkimuksessa MBRP -hoito-ohjelman ja 12 askeleen ohjelman käyneiden tietoisuustaitojen kehittymistä mitattiin FFMQ-arviointikyselyn avulla ja vielä erikseen hyväksymisen kehittymistä mittavaalla arviointikyselyllä. MBRP-hoitoryhmissä olleiden hyväksymistä koskevat arviot olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeammalla kuin kontrolliryhmässä (emt., 301). Toisaalta sama vertailututkimus osoitti, että MBRP-ryhmän käyneet eivät suhtautuneet sisäisiin kokemuksiinsa tilastollisesti merkitsevästi useammin tuomitsemattomalla asenteella kuin kontrolliryhmässä olleet (emt., 302). Hoitoryhmissä olleiden osallistujien kesken ei havaittu myöskään merkittävää eroa päihteidenkäytön vähentämisessä. Päihteidenkäytön halua koskevat arviot olivat MBRP-ryhmän käyneillä kuitenkin merkittävästi alhaisemmat. (emt.) Garlandin ym. (2010) vertailututkimuksessa ei löydetty myöskään merkittävää eroa MORE-päihdehoidon ja kontrollihoidon ryhmässä tuomitsemattomuuden suhteen. Tietoisuustaitoja koskevat arvot eivät myöskään nousseet merkittävästi ryhmässä verratessa alkuarvioinnin ja päihdehoidon päättymisen aikaan otettuja ryhmien tuloksia (emt.). Voi olla, että hyväksymisen kyvyn voimistuminen auttoi MBRP-hoitoryhmässä olijoita saavuttamaan yhtä hyviä hoitotuloksia kuin 12 askeleen ohjelmaa noudattavassa päihdehoidossa olleet Bowenin ym. (2009) tutkimuksessa. Tuomitsemattomuuden osaominaisuuden toimimisesta muutosmekanismina tarvitaan vielä lisää tutkimusaineistoa.

Ostafin ja Marlatt (2008) tutkivat erityisesti tietoisuustaitoihin kuuluvan hyväksymisen osaominaisuuden vaikutusta automaattiseen alkoholinjuomiseen viittaavaan motivaation (engl. automatic alcohol-approach) ja vaarallisen juomisen väliseen yhteyteen. Tietoisuustaitojen hyväksymisen osaominaisuudella oli merkittävä vaikutus tämän yhteyden heikentymiseen (emt., 411). Hyväksyminen ei toisaalta korreloinut suoraan automaattiseen alkoholinjuomiseen viittaavan motivaation ja vaarallisen juomisen kanssa (emt., 411). Hyväksymisen kehittäminen voi kuitenkin tutkimuksen mukaan mahdollisesti auttaa alkoholiriippuvaista pidentämään väliä alkoholinkäyttöön liittyvän impulssin ja varsinaisen toiminnan välillä, joka voi auttaa ehkäisemään retkahduksia.

Moni tutkija on kirjoittanut reagoimattomuuden kehittymisen positiivisesta vaikutuksesta päihderiippuvuudesta toipumiseen. Fernandez ym. (2010) kirjoittavat Marlattiin (2002) viitaten, että tietoisuuden kehittäminen omasta toiminnasta tietoisuustaitoharjoitusten kautta voi vaikuttaa alkoholiriippuvaisen kykyyn vain tarkastella voimakasta halua käyttää päihteitä reagoimatta siihen. Reagoimattomuus edellyttää Marlattin (emt.) käsityksen mukaan kuitenkin ensin kykyä olla tietoinen omasta toiminnasta. Karyadin ym. (2014) meta-analyysisessä tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä ja negatiivinen yhteys reagoimattomuuden ja päihderiippuvaisen käyttäytymisen välillä. Reagoimattomuuden vahvistamisesta voi siis olla apua myös alkoholiriippuvuudesta toipumisessa. Reaktioherkkyyden katsotaan vähentyvän tulella tietoisemmaksi omista toimimattomista ajatuskaavoista, jotka johtavat päihteiden käyttöön (Breslin ym. 2002, 288). Mitä useammin alkoholiriippuvainen voi olla reagoimatta haluan käyttää päihteitä ja vain tarkkailla sitä enemmän hänen pystyvyyssodotuksensa ja kontrollin tunteensa oletetaan kehittyvän. Marlatt (1985, 44) selittääkin, että mikäli päihderiippuvainen luulee mielihalun vain yltyvän yltymistään ja antaa sille periksi, vaikuttaa se siihen, että vanha tapa vain voimistuu. Säännöllinen vastustaminen taas auttaa sisäinen reagoimispaheen sammuttamisessa (emt., 45).

Hoitotutkimuksia koskevasta aineistosta Bowenin ym. (2009, 297) tutkimuksessa verrattiin MBRP-hoito-ohjelman ja 12 askeleen hoito-ohjelman käyneiden tietoisuustaitojen kehittymistä. Minkään tutkittavan piirteen kohdalla, jotka olivat tietoisuus omasta toiminnasta, tarkkaileminen, kuvaileminen, tuomitsemattomuus ja reagoimattomuus tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu. Garlandin ym. (2010) tutkimuksessa reagoimattomuuden ei myöskään havaittu kehittyneen merkittävästi MORE-päihdehoidossa olleiden osallistujien keskuudessa verrattuna kontrollihoidossa olleisiin. Reagoimattomuutta ei ole tutkittu tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoa koskevissa tutkimuksissa erikseen erillisenä osaominaisuutena, muuten kuin osana tietoisuustaitoja osaominaisuuksien kokonaisuutta.

6.4 Yhteenveto

Osassa tutkimuksista on havaittu heikkojen tietoisuustaitojen ja sen osaominaisuuksien olevan yhteydessä alkoholiriippuvuuteen. Niiden on esitetty vaikuttavan

alkoholiriippuvuudelta suojaavina tekijöinä, joiden kehittäminen voi toimia muutosmekanismeina alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämiseksi. Monet tutkijat ovat esittäneet teorioita niistä tietoisuustaitojen kehittämisen taustalla vaikuttavista psykologisista prosesseista, jotka vaikuttavat alkoholiriippuvuudesta toipumisen edistämiseen. Erilaiset teoriat ovat esiintyneet kuitenkin kuin sekaisin ripoteltuina sirpaleina erilaisissa tutkimuksissa ja tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen käsikirjoissa. Esitettyjen muutosmekanismien identifioimiselle ja kokoamiselle oli tilausta. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitoja koskevien tutkimusten määrän lisääntymisen myötä oli perusteltua myös ottaa huomioon missä määrin empiiristen tutkimusten tulokset toivat vahvistusta teorioiden olemassaololle. Muutosmekanismien identifioiminen ja kokoaminen teki tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla mahdollisesti vaikuttavien psykologisten prosessien paremman ymmärtämisen mahdolliseksi. Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla olevien muutosmekanismien tunnistaminen voi auttaa päihdetyöntekijöitä ja päihdetutkijoita myös kehittämään päihdehoitoja tehokkaammiksi.

Jaottelin identifioimani muutosmekanismit välillisesti ja välittömästi alkoholiriippuvuudesta toipumista edistäviin tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttaviin muutosmekanismeihin (taulukko 3). Tietoisuustaitojen harjoittamisen avulla välillisesti vaikuttaviksi muutosmekanismeiksi kutsuin sellaisia prosesseja, jotka vaikuttavat tietyn yleisesti vaikuttavan tekijän kautta alkoholiriippuvaisen toipumisen edistämiseen. Yleisiksi vaikuttaviksi tekijöiksi olen identifioinut tutkimusaineistooni tutustutumisen perusteella automaattisten ajatus-, tunne- ja toimintakaavojen tiedostamisen ja tietoisuustaitojen stressiä vähentävän vaikutuksen. Välittömästi tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttaviksi muutosmekanismeiksi luokittelin sellaiset prosessit, joissa tietoisuustaitojen tietyn osaominaisuuden harjoittamisen on todettu vaikuttavan alkoholin käyttämisen vähentämiseen. Kyseessä olevat tietoisuustaitojen osaominaisuudet olivat kuvaileminen, tietoisuus omasta toiminnasta, tuomitsemattomuus/hyväksyminen ja reagoimattomuus. Jaottelin ensiksi mainitut kaksi osaominaisuutta tietoisuuden lisäämistä koskeviksi muutosmekanismeiksi ja kaksi jälkimmäistä tottumisen edistämistä koskeviksi muutosmekanismeiksi. Osaominaisuuksien toimintaperiaatteita selkeyttävän jaottelun apuna käytin Breslinin ym. (2002) tekemää jaottelua tietoisuustaitoharjoitusten kahdesta erilaisesta tavasta vaikuttaa retkahdusten ehkäisemiseen.

Taulukko 3. Välillisesti ja välittömästi alkoholiriippuvuudesta toipumiseen vaikuttavat tietoisuustaitojen muutosmekanismit

Muutosmekanismit	Välillinen/välitön vaikutustapa
Automaattisten ajatus- ja toimintamallien tiedostaminen	Välillinen
Stressiin liittyvien oireiden vähentyminen	Välillinen
Tietoisuustaitojen kuvailemisen osaominaisuuden kehittyminen	Välitön
Tietoisuustaitojen oman toiminnan tiedostamisen osaominaisuuden kehittyminen	Välitön
Tietoisuustaitojen hyväksymisen/tuomitsemattomuuden osaominaisuuden kehittyminen	Välitön
Tietoisuustaitojen reagoimattomuuden osaominaisuuden kehittyminen	Välitön

Tietoisuustaitojen harjoittamisen myötä välillisesti alkoholiriippuvuudesta toipumiseen vaikuttavia muutosmekanismeja on käsitelty useissa keskeisissä aihepiiriä koskevissa tutkimuksissa. Näiden muutosmekanismien todellista vaikuttavuutta alkoholinkäytön vähentämiseen ei ole kuitenkaan vielä kovin paljon tutkittu tai tutkimukset eivät ole vielä vahvistaneet niitä koskevia teorioita. Moni tutkija on esittänyt (Garland ym. 2011; Bowen ym. 2011; Breslin ym. 2002), että alkoholiriippuvaisen tietoisuus hänen ajatus- ja toimintakaavoistaan lisääntyy tietoisuustaitojen harjoittamisen avulla ja että tämän myötä alkoholiriippuvainen pystyy estämään itseään paremmin toimimasta automaattipilotilla, joka saattaa muutoin vaikuttaa retkahduksiin. Siitä huolimatta, että tutkijat ovat pitäneet automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamisen kehittämistä keskeisenä hyödyllisenä tekijänä tietoisuustaitojen harjoittamisessa alkoholiriippuvaisten kohdalla, ei niiden kehittämisen vaikutusta ole empiirisissä tutkimuksissa erityisesti tutkittu. Automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamisen vaikuttavuus muutosmekanismina jää siis edelleen teorian tasolle.

Garland ym. (2011), Marlatt (2002) ja Witkiewitz ym. (2005) ovat kirjoittaneet stressin keskeisestä roolista retkahduksissa ja esittäneet, että stressin väheneminen voi vaikuttaa

retkahdusten ja alkoholinkäytön vähenemiseen. Tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevien tutkimusten tulokset ovat myös osoittaneet hoidon vaikuttavan alkoholi- ja huumeriippuvaisten stressin vähenemiseen (Brewer ym. 2009; Garland ym. 2010; Marcus ym. 2009; Zgierska ym. 2008). Toisaalta tutkimuksissa osoitetusta päihderiippuvaisten stressin vähentymisestä huolimatta, päihteidenkäytön ei ole todistettu vähentyneen samojen tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olleiden päihderiippuvaisten kohdalla (Zgierska ym. 2008, Brewer ym. 2009). Tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikutusta päihteidenkäytön vähentymiseen stressin vähentymisen kautta ei ole siis ainakaan käyttämäni tutkimusaineiston tutkimusten perusteella todistettu. Stressin vähentymisen toimiminen tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttavana muutosmekanismina jää siis toistaiseksi vahvistamattoman teorian tasolle, kuten automaattisia ajatus- ja toimintamalleja koskeva muutosmekanismi.

Tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien kehittämiseen perustuvista välittömästi vaikuttavista muutosmekanismeista kuvailemisen on esitetty edistävän alkoholiriippuvuudesta toipumista erityisesti ajatusten tukahduttamisen vähenemisen kautta (Fernandez ym. 2010). Hoitotutkimukset eivät kuitenkaan ole toistaiseksi vahvistaneet kuvailemisen osaominaisuuden vahvistumisella olevan erityistä yhteyttä ajatusten tukahduttamiseen ja päihteidenkäytön vähenemiseen. Tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon on kuitenkin tutkittu vaikuttavan ajatusten tukahduttamisen vähenemiseen (Bowen ym. 2007; Garland ym. 2010). Ajatuksien tukahduttamisen vähenemisen on myös osoitettu olevan yhteydessä päihteidenkäytön vähenemiseen (Bowen ym. 2007). Oman toiminnan tiedostamisen on todettu olevan negatiivisessa yhteydessä alkoholinkäyttöön ja päihderiippuvaiseen käyttäytymiseen. Tarkkaavaisuuteen liittyvien tietoisuustaitojen on myös tutkittu olevan yhteydessä vähäisempään alkoholinkäyttöön ja siitä seuraaviin ongelmiin (Bramm ym. 2013). Tietoisuuden kehittymisen omasta toiminnasta ei ole empiirisiin tutkimuksiin toisaalta todistettu kehittyneen merkittävästi tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olemisen seurauksena (Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010) ja vaikuttavan päihteidenkäytön vähentämiseen. Tietoisuutta lisäävien tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kehittämisen vaikutus jää näin tutkimukseni tulosten perusteella vahvistamattomien teorioiden asteelle. Ajatusten tukahduttamisen vähenemisen on osoitettu vähentävän päihteidenkäyttöä (Bowen ym. 2007), mutta sitä ei vielä tiedetä, mitkä osatekijät tietoisuustaitoihin perustuvissa päihdehoidossa vaikuttavat tähän

prosessiin.

Luokittelin tottumista lisääviin tietoisuustaitojen osaominaisuuksiin tuomitsemattomuuden, hyväksymisen ja reagoimattomuuden. Pidän tuomitsemattomuutta ja hyväksymistä tutkimuksessani lähes toisiaan vastaavina tietoisuustaitojen osaominaisuuksina. Tuomitsemattomuuden on tutkittu olevan negatiivisessa yhteydessä päihderiippuvaiseen käyttäytymiseen (Karyadi ym. 2014) ja alkoholinkäytöstä seuraaviin ongelmiin (Fernandez ym. 2010). Tietoisuustaitoihin perustuvissa päihdehoidossa olleiden ei ole kuitenkaan osoitettu kehittäneen tuomitsemattomuuteen liittyvää tietoisuustaitojen osaominaisuutta enempää kuin kontrolliryhmissä olleet (Bowen ym. 2009, Garland ym. 2010). Hyväksymisen on toisaalta todettu lisääntyneen Bowenin ym. (2009) tutkimuksessa merkittävästi MBRP-päihdehoidossa olleiden osallistujien keskuudessa verrattuna kontrollihoidossa olleisiin. Hyväksymiseen liittyvän tietoisuustaitojen osaominaisuuden on myös todettu heikentävän alkoholinjuomiseen viittaavan automaattisen motivaation ja vaarallisen juomisen välistä yhteyttä (Ostafin ja Marlatt 2008). Monet tietoisuustaitoja tutkineet päihderiippuvuuksien tutkimiseen keskittyneet tutkijat ovat viitanneet reagoimattomuuden kehittymisen keskeiseen vaikutukseen retkahdusten ehkäisemisessä (Breslin ym. 2002; Fernandez ym. 2010; Marlatt 2002; Alterman ym. 2004). Reagoimattomuuden on todettu myös olevan negatiivisessa yhteydessä päihderiippuvaiseen käytökseen (Karyadi ym. 2014). Reagoimattomuuden osaominaisuuden ei ole kuitenkaan empiirisissä tutkimuksissa todettu kehittyvän merkittävästi tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olleiden keskuudessa. Tottumista lisäävistä tietoisuustaitojen osaominaisuuksista hyväksymisen kehittäminen muutosmekanismi vaikuttaa saaneen toistaiseksi eniten vahvistusta empiirisiltä tutkimuksilta.

Muutosmekanismeja koskeva tutkimukseni osoittaa, että muutosmekanismeja koskevien hypoteesien vahvistaminen tai hylkääminen edellyttää vielä useiden empiiristen tutkimusten toteuttamista. Vain osa muutosmekanismeja koskevista hypoteeseista on saanut empiirisiltä tutkimuksilta vahvistusta. Muutosmekanismeja koskevan tutkimuksen jatkaminen on tärkeää, jotta tieto lisääntyy siitä millaisiin prosesseihin tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito perustuu, ja mihin tekijöihin hoidossa olisi syytä keskittyä enemmän, jotta siitä olisi enemmän apua alkoholiriippuvaisten toipumisen edistämisen kannalta.

Tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttavat muutosmekanismit perustuvat vahvemmin kognitiivisella kuin behavioraalisella tasolla tapahtuvaan terapeutiseen harjoitukseen. Tietoisuustaitoharjoitukset perustuvat vahvasti omien kognitiivisten toimintojen ulkopuolelta tarkkailun harjoitteluun, ja hyväksyvemmän ja tiedostavamman suhtautumisen kehittämiseen mielensisältöihin. Kognitiivisen terapian painotus taas on toimimattomien ajatusten ja uskomusten sisällön rekonstruoimisessa. Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavien muutosmekanismien voi katsoa myös perustuvan vastaehdollistumiselle behavioraalisesta näkökulmasta (Witkiewitz ym. 2005, 220). Alkoholiriippuvaisen on esitetty usein ehdollistuneen juomaan alkoholia erityisesti stressiä ja negatiivisia tunteita kokiessaan. Hän voi kuitenkin harjoitella toimimaan riskitilanteissa vaihtoehtoisilla tavoilla. Vaihtoehtoisia toimintatapoja toistaessaan alkoholiriippuvainen voi ehdollistua toimimaan uudella raittiutta ylläpitävällä tavalla, jolloin uuden toimintatavan mukaan toimiminen muuttuu helpommaksi ja voi automatisoitua.

7 TIETOISUUSTAITOJA KÄYTTÄVIEN PÄIHDEHOITOJEN VAIKUTTAVUUS

Vastaan seuraavaksi tutkimukseni toiseen tutkimuskysymykseen *millaisia alkoholiriippuvaisia koskevia tuloksia on saatu tietoisuustaitoja käyttävien päihdehoitojen tutkimuksista*. Tutkimusaineistoni koostuu 11:sta tietoisuustaitoja soveltavasta ja niihin perustuvasta hoitotutkimuksesta ja yhdestä systemaattisesta tutkimuskatsauksesta (ks. taulukko 2). Viidessä tutkimuksessa käytettiin tai sovellettiin MBSR-hoito-ohjelman käsikirjaa tietoisuustaitoharjoitusten vaikutusten tutkimiseksi päihderiippuvaisten hoidossa (Alterman ym. 2004; Zgierska ym. 2008; Brewer ym. 2009; Vallejo & Amaro 2009; Marcus ym. 2009). Yhdessä tutkimuksessa tutkittiin Vipassana -meditaation vaikutusta päihteidenkäytön vähentämiseen (Bowen ym. 2006) ja toisessa tarkastellaan samaa tutkimusta uudelleen keskittyen ajatusten tukahduttamisen vähentämisen vaikutukseen päihteidenkäytön vähentämisessä (Bowen ym. 2007). Vuodesta 2009 eteenpäin toteutetut tutkimukset keskittyivät erityisesti MBRP-hoito-ohjelman (Bowen ym. 2009; Bowen ym. 2014) ja MORE-hoito-ohjelman (Garland ym. 2010; Garland ym. 2012) tutkimiseen. Tutkimusaineistoni tutkimusten tutkimusmenetelmät olivat osittain hyvin erilaisia, joka vaikeutti tutkimustulosten vertailua. Tutkimusten erilaisuus kuitenkin mahdollisti tutkimusaiheeni monipuolisemman tarkastelun. Olen koonnut ja vertaillut näiden tutkimusten tutkimustuloksia keskittyen erityisesti alkoholinkäytön vähentämistä, stressin ja mielenterveyteen liittyvien ongelmien vähentymistä ja tietoisuustaitojen kehittymistä koskeviin hoitotuloksiin. Kokoan lopuksi yhteen tutkimustuloksia ja pohdin mitä johtopäätöksiä tutkimustulosten perusteella ilmenevien seikkojen pohjalta on mahdollista tehdä ja mihin suuntaan tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tutkimuksia olisi syytä suunnata tulevaisuudessa.

7.1. Muutokset päihteidenkäytön vähentämisessä ja voimakkaassa halussa

Tietoisuustaitoihin perustuvan hoidon vaikutuksia on tutkittu usein osana muita päihdehoitoja. Altermanin ym. (2004) satunnaistetussa ja kontrolloidussa vertailututkimuksessa tietoisuustaitoihin perustuva hoito-ohjelma toimi 12 askeleen ohjelmaan perustuvassa asumiskuntoutuksessa apumenetelmänä. Tutkimuksen

vaikuttavuutta verrattiin kontrolliryhmänä toimivan 12 askeleen ohjelman mukaiseen asumiskuntoutukseen, jossa tietoisuustaitoihin perustuvaa hoito-ohjelmaa ei ollut mukana. Kummankin ryhmän osallistujat vähensivät päihteidenkäyttöä merkittävästi, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei ryhmien välillä kuitenkaan löydetty. (emt.) Altermanin ym. (emt.) mukaan tutkimustuloksiin saattoi vaikuttaa se, että heidän tutkimuksessa käyttämäänsä tietoisuustaitoihin perustuvaa ohjelmaa ei ollut standardoitu. Heidän otoksena koostui myös suhteellisen vakavasti päihderiippuvaisista kuntoutujista, joilla oli alhainen koulutustaso ja heikko sosioekonominen asema (emt., 266). Nämä tekijät saattoivat vähentää tietoisuustaitoja hyödyntävässä päihdehoidossa olleiden kykyä hyötyä hoidosta. Voi olla, että kyseisten päihdehoitojen ideologiset erot tekevät hoidot yhteensopimattomiksi ja vähentävät näin hoitojen toisiaan tukevaa vaikutusta. Tietoisuustaitoihin perustuva hoito edellyttää vahvemmin uskomista alkoholiriippuvaiseen omaan kykyyn auttaa itseään, kun taas 12 askeleen ohjelmaan perustuvassa hoidossa toipumisessa nojataan voimakkaasti korkeamman voiman apuun (Klem 2002, 11). Lisäksi 12 askeleen ohjelmaan perustuva hoito nojaa vahvasti näkemukseen alkoholiriippuvuudesta sairautena, kun taas tietoisuustaitoihin perustuvassa hoidossa alkoholiriippuvuuden on selitetty johtuvan opituista tavoista kognitiivis-behavioraalisen additiomallin mukaisesti.

Zgierskan ym. (2008) tutkimuksessa MBSR-hoito-ohjelmaa käytettiin tavanomaisesti käytetyn intensiivisen avopäihdekuntoutuksen apumenetelmänä ja jälkihoitona. Tutkimusotokseen osallistujia ei valittu satunnaisotannalla, eikä tutkimuksessa ollut kontrolliryhmää. Hoidon vaikuttavuutta tutkittiin vertailemalla alkuarvioinnissa saatuja ja viimeisestä seuranta-arvioinnista saatuja päihteidenkäyttöä koskevia tuloksia keskenään. Tilastollisesti merkitsevää eroa päihteidenkäytön vähenemisessä ei löydetty näiden arviointijaksojen välillä (emt., 168–169). MBSR-hoito-ohjelma ei auttanut päihderiippuvaisia vähentämään päihteidenkäyttöä tässä tutkimuksessa.

Brewerin ym. (2009) randomisoidussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin MBSR-hoito-ohjelman ja kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon vaikuttavuutta päihteidenkäytön vähentämisen näkökulmasta. Eri ryhmissä olleet eivät vähentäneet merkittävästi päihteidenkäyttöä. Päihteidenkäyttöä koskevat tulokset eivät eronneet myöskään toisistaan merkittävästi päihteidenkäytön tiheyden ja päihteidenkäytön halua koskevien arvojen osalta. (emt, 310.) Brewer ym. (emt.) pohtivat, että tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon ja kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon eri pituudet ovat

voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tutkimuksen erityisenä vahvuutena on kuitenkin se, että tutkimukseen osallistuneet eivät saaneet muuta päihdehoitoa kuin tutkittavina olevia päihdehoitoja. Tällainen asetelma mahdollistaa tutkittavan menetelmän vaikuttavuuden luotettavamman tutkimisen.

Bowenin ym. (2009) satunnaistetussa ja kontrolloidussa vertailututkimuksessa verrattiin MBRP-hoito-ohjelman ja 12 askeleen ohjelmaan perustuvan päihdehoidon vaikuttavuutta jatkohoitona päihdekuntoutusjaksolle. Sekä MBRP-ohjelman että 12 askeleen ohjelmaan perustuvan päihdehoidon ryhmien osallistujat vähensivät päihteidenkäyttöä 30 prosentilla neljä kuukautta ohjelmien päättymisen jälkeen tehtyyn seuranta-arviointiin mennessä. Tilastollisesti merkitsevää eroa näiden ryhmien välisessä päihteiden käytössä ei kuitenkaan löydetty. (Emt.) Bowenin ym. (2014) toteuttamassa toisessa satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin MBRP- ja retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon ja 12 askeleen ohjelman mukaisen päihdehoidon hoitotuloksia. 12 kuukautta hoitoryhmien päättymisen jälkeen tehty seuranta-arviointi osoitti tilastollisesti merkitsevän eron päihteidenkäytössä MBRP- ja retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon ryhmien välillä. Ne osallistujat, jotka olivat käyneet MBRP-ohjelman ja jotka ilmoittivat edelleen käyttävänsä päihteitä, rajoittivat huumeiden käyttöä enemmän siten, että käyttöpäiviä oli 31 prosenttia vähemmän. He käyttivät myös tilastollisesti merkitsevästi harvemmin runsaasti alkoholia kuin retkahduksen ehkäisy päihdehoidon ryhmässä olleet. (Emt., 551–552.) Toisaalta tutkimuksen hypoteesi MBRP-ohjelman ja retkahduksen ehkäisy -päihdehoidon paremmasta vaikuttavuudesta päihteidenkäytön vähenemisellä mitattuna 12 askeleen ohjelmaan ei tullut todistetuksi.

Bowen ym. (2006) ovat tutkineet tietoisuustaitojen vaikutusta vankilassa oleviin päihderiippuvaisiin Vipassana-meditaatiokurssin vaikutuksia tutkimalla. Tutkijoiden kontrolloidussa Vipassana -meditaation ja tavanomaisesti käytetyn hoidon hoitotuloksia vertaavassa tutkimuksessa Vipassana -meditaatiokurssin käyneet olivat vähentäneet päihteidenkäyttöä merkittävästi verrattuna tavanomaisessa päihdehoidossa käyneiden ryhmään kolme kuukautta hoidon jälkeen tehdyn seuranta-arvioinnin perusteella. Tällöin tutkimukseen osallistujat olivat myös vapautuneet vankilasta. Saman ryhmän kohdalla päihteidenkäytöstä aiheutuvia ongelmia koskevan kyselyn arvot olivat merkittävästi pienemmät kuin tavanomaisessa hoidossa olleilla (emt., 345–346). Bowenin ym. (2006) tutkimus on ainoa tutkimusaineistossani oleva tutkimus, jossa

tietoisuustaitoihin perustuva hoito auttoi vähentämään päihderiippuvaisten päihteidenkäyttöä merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään.

Zgierska ym. (2009) ovat tehneet ensimmäisen systemaattisen tutkimuskatsauksen tietoisuustaitoharjoitusten käytöstä päihderiippuvaisten hoidon apuna. Tutkimuskatsaus sisältää tosin myös sellaisten päihdehoitojen tutkimuksia, joissa tietoisuustaidot eivät ole hoidossa keskeisessä asemassa, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja dialektista käyttäytymisterapiaa koskevia tutkimuksia. Kolme muuta mukaanotettua tietoisuustaitoihin perustuvan hoito-ohjelman tyyppiä olivat MBSR-hoito-ohjelma, Vipassana -meditaatio, MBSR -hoito-ohjelma ja Spiritual Self Schema skeematerapia. Tutkimuskatsauksessa oli mukana alkoholi- ja huumeriippuvaisia koskevien tutkimusten lisäksi myös tupakkariippuvuutta koskevia tutkimuksia. Zgierskan ym. (2009) tutkimuskatsauksen tuloksia ei siis voi varauksetta verrata tämän integratiivisen tutkimuskatsaukseni tuloksiin. Tutkimuskatsaukseni tuloksista on kuitenkin löydettävissä mielenkiintoisia Zgierskan ym. (emt.) saamia tuloksia vahvistavia piirteitä.

Zgierskan ym. (emt) tutkimuskatsauksessa seitsemän mukaan otetuista julkaistuista tutkimuksista oli satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia (emt., 284). Kolmessa tutkimuksessa tietoisuustaitoharjoituksia käytettiin tavallisesti käytetyn päihdehoidon apuvälineenä. Näistä yhdessä tutkimuksessa kontrolliryhmänä oli ryhmä ilman hoitoa. Kolmessa tutkimuksessa kontrolliryhmänä oli behavioraalinen terapia (3) ja yhdessä lääkehoito (1). (Emt., 284–285.) Niissä tutkimuksissa, joissa kontrolliryhmänä oli standardihoito tai ei-vertailukelpoinen hoito, tietoisuustaito -meditaatiota sisältänyt hoito sai tavallisesti parempia hoitotuloksia. Jos tietoisuustaito -meditaatiota sisältänyttä hoitoa verrattiin vertailukelpoiseen hoitoon, hoitotulokset olivat yhtä hyviä (emt., 285). Tutkielmani tulokset vahvistavat Zgierskan ym. (emt.) systemaattisen tutkimuskatsauksen tutkimustuloksia päihteidenkäytön vähentämistä koskevien hoitotulosten osalta. Randomoitujen ja kontrolloitujen tutkimusten tutkimustulokset osoittivat, että tietoisuustaitoihin perustuvat tai niitä soveltavat hoito-ohjelmat vähentävät yhtä paljon alkoholiriippuvaisten alkoholin käyttöä kuin kontrollihoitoina toimineet ohjelmat, erityisesti niissä tutkimuksissa, jossa kontrolliryhmänä oli vertailukelpoinen päihdehoito (Alterman ym. 2004, Brewer ym. 2009, Bowen ym. 2009, Bowen ym. 2014). Zgierskan ym. (2009) tutkimuskatsauksessa ne tutkimukset, joissa kontrolliryhmänä oli standardihoito tai ei-vertailukelpoinen hoito, tietoisuustaito -

meditaatiota sisältänyt hoito sai tavallisesti parempia hoitotuloksia. Tutkimuskatsaukseni tutkimuksista myös Bowenin ym. (2006) tutkimuksessa tietoisuustaitoihin perustuvassa hoidossa olleet vähensivät merkittävästi päihteidenkäyttöään verrattuna standardihoidossa olleisiin. Yhtä lukuun ottamatta tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot ja tietoisuustaitoja apumenetelmänä käyttävät päihdehoidot eivät ole osoittautuneet tehokkaammaksi hoidoksi alkoholinkäytön vähentämisessä kuin muut vertailukelpoiset päihdehoidot. Hoitotulokset ovat olleet kuitenkin lupaavia siinä mielessä, että ne voivat toimia hyvänä vaihtoehtona muille päihdehoidoille.

Neljässä tutkimuskatsaukseni tutkimuksessa oli tutkittu päihteidenkäytön halun voimakkuuden muutoksia tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa (Bowen ym. 2009; Zgierska ym. 2008; Garland ym. 2010; Garland ym. 2012). Tutkimustulokset olivat vaihtelevia. Kahdessa tutkimuksessa päihteidenkäytön voimakkuuden katsottiin vähentyneen merkittävästi ja kahdessa merkittävää muutosta ei havaittu. Bowenin ym. (2009) MBRP-hoito-ohjelmaa tutkivan tutkimuksen tutkimustulokset neljän kuukauden hoidon jälkeiseltä ajalta osoittivat, että MBRP-ohjelman mukaisessa terapiassa mukana olleiden halu käyttää päihteitä oli merkittävästi alhaisempi kuin kontrolliryhmässä mukana olleilla (emt., 301). Garlandin ym. (2012) kvalitatiivisessa tutkimuksessa alkoholiriippuvaiset osallistujat kertoivat myös oppineensa selviytymään paremmin voimakkaasta alkoholinkäytön halusta tietoisuustaitoharjoitusten avulla (emt., 253). Zgierskan ym. (2008) ja Garlandin ym. (2010) tutkimukset eivät taas vahvistaneet muutoksia päihteidenkäytön halun vähenemisestä. Zgierskan ym. (2008, 169) MBSR-hoito-ohjelmaa avohoidon tukena ja jatkohoitona koskevassa tutkimuksessa tietoisuustaitoharjoitusten ei havaittu vähentävän voimakasta alkoholin käytön halua merkittävästi (emt., 169). Päivittäisen meditaatioon käytetyn ajan ja päihteidenkäytön halun välillä osoitettiin olevan negatiivinen yhteys, mutta se ei ollut tilastollisesti merkitsevä (emt., 171). Garland ym. (2010) eivät havainneet myöskään merkittävää eroa alkoholinkäytön halua koskevan arvioinnin tuloksissa MORE-ohjelmassa olleiden ja kontrolliryhmässä olleiden osallistujien välillä, eivätkä eri ryhmiin osallistuneiden alkoholin käytön halut vähentyneet kokonaisuudessaan merkittävästi (emt., 184). Olisi toivottavaa, että päihdehoito auttaisi vähentämään osallistujien halua alkoholin käyttöön. Päihderiippuvuudesta toipuvien päihteidenkäytön halu pysyy tavallisesti kuitenkin voimakkaana pitkään. Halun säilyminen voimakkaana voi kertoa toisaalta myös siitä, etteivät päihderiippuvuudesta toipuvat tukahduta voimakkaita

päihteidenkäytön halujaan niiden paremman tiedostamisen vuoksi. Tämän ansiosta he pystyvät kuitenkin mahdollisesti hallitsemaan halujaan paremmin.

7.2 Tietoisuustaitojen vaikutus stressiin ja mielenterveysongelmiin liittyviin oireisiin

Garlandin (2013) mukaan stressi on yksi päihderiippuvuuksia keskeisimmin ylläpitävistä tekijöistä. Garland ym. (2011) perustelevat näkemystä mm. tutkimuksella, jonka mukaan ne, jotka juovat alkoholia stressin ja negatiivisten tunteiden vuoksi, ovat osoittaneet tutkimuksen aikana todennäköisemmin alkoholiriippuvuuden oireiden merkkejä, kuin ne, jotka joivat alkoholia muista syistä (Schroder & Perrine 2007). Tietoisuustaitoharjoitusten on tutkittu vähentävän juuri stressiin liittyviä oireita. Voidaan siis päätellä, että mikäli stressiin liittyviä oireita saadaan laskemaan, voivat myös retkahdukset ja päihteiden käyttö vähentyä.

Marcusin ym. (2009) tutkimuksessa tutkittiin MBSR-hoito-ohjelman vaikuttavuutta yhteisöllisen päihdekuntoutusjakson (MBTC, Mindfulness Based Therapeutic Community) osana. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, voiko stressin väheneminen MBSR-hoito-ohjelman avulla vaikuttaa hoidon keskeytyksien vähenemiseen. Tuloksia verrattiin samassa kuntoutuksessa ilman MBTC-ohjelmaa olevan kontrolliryhmän tuloksiin. Osallistujien stressiä arvioitiin SOSI-tutkimuksen (The Symptoms of Stress Inventory) avulla, jossa testattiin osallistujien fyysisiä, psyykkisiä ja käyttäytymiseen liittyviä reaktiota stressiin. (Emt., 104.) Kummankin ryhmän osallistujien stressiä mittaavat keskimääräiset arvot olivat laskeneet hoitojen päättymiseen mennessä merkittävästi verrattuna alkuarvioinnin aikaan tutkittuihin arvoihin. MBTC-ryhmässä olleiden stressiä mittaavat keskimääräiset arvot olivat merkittävästi pienemmät ensimmäisen kolmen kuukauden aikana verrattuna kontrolliryhmään. (Emt.) Arvot kuitenkin tasaantuivat seuraavien tutkimusajankohtien arviointitulosten perusteella, eikä ryhmien välillä enää havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää eroa (emt., 105). MBTC-ryhmässä olleiden mitatut stressin määriä ilmaisevat kortisoli-pitoisuudet olivat kuitenkin kokonaisuudessaan merkittävästi alhaisemmat kuin kontrolliryhmässä olleilla (emt., 106). Tutkimus osoitti myös, että ne joiden SOSI-arvot olivat keskimääräistä korkeammalla, keskeyttivät hoidon merkittävästi muita todennäköisemmin. Stressin todettiin vaikuttavan siis hoidon keskeyttämisen todennäköisyyteen. Kuntoutuksen

keskeyttäneiden määrissä ja keskeyttäneiden ajankohdissa ei havaittu olevan merkittävää eroa ryhmien välillä. Tietoisuustaitoihin perustuva yhteisöllinen asumiskuntoutus ei siis vähentänyt merkittävästi osallistujien stressiä ja kuntoutuksen keskeyttäneiden määrää verrattuna kontrolliryhmään.

Zgierskan ym. (2008) tutkimus taas osoitti, että MBSR-hoito-ohjelma vähensi päihderiippuvaisten stressiin liittyviä oireita merkittävästi. Päivittäisen meditaatioon käytetyn ajan ja ahdistuneisuuden, masentuneisuuden ja stressin välillä osoitettiin olevan negatiivinen korrelaatio ja tilastollisesti merkitsevä yhteys (emt.). Tietoisuustaitoja koskevien muutosten ja stressin voimakkuuden muutosten välille löydettiin myös negatiivinen korrelaatio (emt., 171). Stressiin reagoivan ja sairauksiin vaikuttavan sytokiinin Interleukiini-6:n arvoja koskevissa pitoisuuksissa oli tilastollisesti merkitsevä ero verratessa alkuarvioinnin tuloksia viimeisen arvioinnin tuloksiin, mutta kortisoli- ja maksaentsyymiarvojen pitoisuuksissa ei löydetty merkittäviä eroja (emt., 169, 172). Toisaalta päihteidenkäyttö ei laskenut merkittävästi viimeisen seuranta-arvioinnin tuloksia ja alkuarvioinnin tuloksia vertailtaessa siitä huolimatta, että stressiin liittyvien oireiden voimakkuus oli laskenut (emt., 168–169).

Brewerin ym. (2009) vertailututkimuksessa MBSR-hoidon ryhmässä käyneiden psykologiset ja fyysiset reaktiot stressiin olivat merkittävästi lievemmat kuin kognitiivis-behavioraalissa hoitoryhmissä käyneiden kohdalla. Tietoisuustaitoihin perustuvassa hoito-ohjelmassa olleiden sympaattisen hermoston/vagushermon tilaa mittaavat arvot olivat merkittävästi pienemmät kuin kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon ryhmässä olleilla. (Emt., 313.) Tietoisuustaitoharjoituksiin perustuvaan päihdehoitoon osallistuneet olivat myös merkittävästi vähemmän ahdistuneita ja saivat pienempiä tuloksia stressiä aiheuttaneen ärsykkeen jälkeen tehdystä DES-itsearviointitutkimuksesta (the Differential Emotion Scale) ahdistuneisuuden, vihaisuuden ja pelokkuuden kohdalla kuin kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon ryhmässä olleet (emt., 311). Päihteidenkäyttö ei toisaalta vähentynyt merkittävästi kumpaankaan päihdehoitoon osallistuneiden piirissä (emt. 310).

Garlandin ym. (2010) MORE-hoito-ohjelmaa ja strandardihoitoa vertailevassa tutkimuksessa tutkimustulosten mukaan kummassakin ryhmässä olleiden koetut stressitasot olivat laskeneet kurssien jälkeen merkittävästi. MORE-hoito-ohjelmassa olleiden stressitasot laskivat keskimäärin 30 prosentilla, kun taas kontrolliryhmässä

olleiden stressitasot laskivat vain yhdeksällä prosentilla. Garland ja hänen kollegansa tutkivat myös tutkimuksen alussa mitattujen stressitasojen yhteyttä asiakkaan kokemaan kykyyn hillitä alkoholinkäyttöä ohjelman jälkeen. Analyysi osoitti, että ne MORE-hoito-ohjelmassa olleet, jotka saivat korkeimpia lukemia stressistä tutkimuksen alussa, saivat merkittävästi parempia tuloksia hoidon jälkeen tehdystä kyselystä, joka koski kokemusta kyvystä hallita päihteidenkäyttöön liittyviä ärsykejä, toisin kuin kontrolliryhmässä olleet. (Emt., 186.) Toisaalta kummassakin ryhmässä olleiden stressitasojen lasku korreloi alkoholinkäytön vastustamiseen liittyvien pystyvyysodotusten tulosten kanssa (emt., 187). Pystyvyysodotuksilla on tutkittu myös olevan vaikutusta päihdekuntoutujan päihteidenkäyttöön, mutta tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia (Thombs 2006, 166–167). Voi olla, että MORE-hoito-ohjelma auttaa kehittämään alkoholinkäytön vastustamiseen liittyviä pystyvyysodotuksia laskemalla osallistujien stressitasoja. Garland ym. pohtivat myös, että MORE-hoito-ohjelma saattaa auttaa niitä alkoholiriippuvaisia eniten, jotka juovat stressin takia (Garland ym. 2010, 186).

Hoitotutkimukset osoittavat, että tietoisuustaitoihin perustuva hoito voi vähentää päihderiippuvaisten stressin kokemista tehokkaasti, kuten Marcusin ym. (2009), Zgierskan ym. (2008), Brewerin ym. (2009) ja Garlandin ym. (2010) tutkimukset osoittavat. Garlandin ym. (2010) ja Brewerin ym. (2009) tutkimukset osoittivat lisäksi tietoisuustaitoihin perustuvan hoidon vähentäneen stressiin liittyviä oireita myös merkittävästi enemmän verrattuna kontrolliryhmissä olleiden stressiä koskeviin arvoihin. Toisaalta Brewerin ym. (2009) tutkimuksessa havaitusta MBSR-päihdehoidossa olleiden osallistujien stressin väheminemisestä huolimatta osallistujien päihteidenkäyttö ei vähentynyt merkittävästi hoidon myötä, eikä se ollut merkittävästi vähäisempää verrattuna kontrollihoitoryhmissä olleiden päihteidenkäyttöön. Zgierskan ym. (2008) tutkimuksessa havaitusta MBSR-päihdehoidon osallistujien stressiä vähentävistä vaikutuksista huolimatta, myöskään tässä ryhmässä olleet eivät vähentäneet päihteidenkäyttöään merkittävästi. Siitä huolimatta, että tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tutkimukset ovat osoittaneet vaikuttavan alkoholi- ja huumeriippuvaisten stressinkokemisen vähentymiseen, eivät tutkimukset ole vielä vahvistaneet erityisesti stressin kokemisen vähentymisen vaikuttavan kuitenkin asiakkaiden päihteidenkäytön vähentämiseen.

Zgierskan ym. (2008), Brewerin ym. (2009) ja Garlandin ym. (2010) hoitotutkimukset osoittivat tietoisuustaitoihin perustuviin päihdehoitoihin osallistuneiden mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden vähentyneen merkittävästi hoidon ansiosta. Zgierskan ym. (2008) tutkimus osoitti MBSR-hoito-ohjelman vähentäneen alkoholiriippuvaisten masennukseen ja ahdistukseen liittyviä oireita merkittävästi alkuarvioinnin ja viimeisen arvioinnin arvoja vertailtaessa (emt., 171, 169). Alkoholin käyttöpäivien määrä, käytön maksimimäärä kerralla ja kulutettujen annosten määrä kerralla korreloivat ahdistuneisuuden kanssa, mutta eivät merkittävästi masentuneisuuden kanssa (Emt., 171). Zgierskan ym. (2008) tutkimus osoitti myös päivittäisen meditaation käytetyn ajan ja ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden negatiivisen korrelaation ja tilastollisesti merkitsevän yhteyden. Myös Garlandin ym. (2010, 182) tutkimuksessa MORE-hoito-ohjelmassa olleiden psykiatriset oireet olivat vähentyneet merkittävästi hoidon myötä. Toisaalta kontrollihoidossa olleiden kohdalla psykiatriset oireet olivat vähentyneet yhtä lailla merkittävästi (emt.). Ainoastaan Brewerin ym. (2009) tutkimus osoitti MBSR-hoito-ohjelmassa olleiden olevan merkittävästi vähemmän ahdistuneita hoidon jälkeen verrattuna kognitiivis-behavioraalisisessa päihdehoidossa olleisiin. MBSR-hoito-ohjelmaan osallistuneet saivat pienempiä tuloksia stressiä aiheuttaneen ärsykkeen jälkeen tehdystä DES-itsearviointitutkimuksesta (the Differential Emotion Scale), kuin kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon ryhmissä olleet (emt., 311).

Tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikutus mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden vähentymiseen ei ole tutkimusaineistoni tutkimuksissa ollut kuitenkaan yhteydessä päihteidenkäytön vähentämiseen. Tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttavuus mielenterveysoireiden vähenemiseen on kuitenkin tärkeä tulos. Moni alkoholiriippuvainen kärsii samanaikaisesti myös mielenterveysongelmista. Olisi tärkeää, että päihdehoito kykenisi auttamaan asiakasta monipuolisesti. Hoitamatta jäävän mielenterveysongelman on tutkittu vaikuttavan hoidon jälkeen edelleen retkahdusten todennäköisyyteen (LaBounty ym. 1992).

7.3 Tietoisuustaitoja koskevat tutkimustulokset

Neljässä tutkimuskatsaukseni tutkimuksessa tutkittiin tietoisuustaitojen kehittymistä tietoisuustaitoja soveltavissa ja niihin perustuvissa päihdehoidossa (Zgierska ym. 2008;

Bowen ym. 2009; Brewer ym. 2009; Garland ym. 2010). Viidessä tutkimusaineistoni tutkimuksista tutkittiin myös tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien kehittymistä hoidon myötä (Bowen ym. 2007; Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010; Vallejo & Amaro 2009; Garland ym. 2012). Tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttavuuden on oletettu perustuvan erityisesti päihderiippuvuudesta toipuvien tietoisuustaitojen kehittymiselle. Tietoisuustaitoihin perustuvat hoitostrategiat perustuvat erityisesti vaikeasti kontrolloitavien ajatusten ja tunteiden turvallisen kohtaamisen harjoittelulle erotuksena kognitiivis-behavioraalisille strategioille, joissa keskitytään ajatusten ja tunteiden kontrollointiin ja riskitilanteiden välttämiseen (Breslin ym. 2002, 294). Tutkimustulokset eivät kuitenkaan tuo selkeää vahvistusta sille oletukselle, että tietoisuustaitojen kehittäminen vaikuttaisi alkoholinkäytön vähenemiseen.

Zgierskan ym. (2008, 169) tutkimus osoitti, että MBRP-hoito-ohjelmaa soveltava MBSR-hoito-ohjelma kehitti tutkimukseen osallistujien tietoisuustaitoja merkittävästi MAAS-arviointikyselyn (Mindful Attention Awareness Scale, Brown & Ryan, 2003) avulla mitattuna. Ryhmässä olleiden tietoisuustaitojen merkittävästä kehittämisestä huolimatta alkoholinkäyttö ei vähentynyt merkittävästi hoidon myötä (emt., 168–169). Tämän tutkimuksen osallistujia ei ollut valittu satunnaisotannalla, eikä tutkimusta ollut kontrolloitu. Kolme muuta tutkimusta, jossa tutkittiin tietoisuustaitojen kehittymistä tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon myötä, oli randomisoituja ja kontrolloituja tutkimuksia. Brewerin ym. (2009, 311) MBSR-hoito-ohjelmaa ja kognitiivis-behavioraalisen päihdehoidon vaikuttavuutta vertailevassa tutkimuksessa kummassakin ryhmässä olleet kehittivät tietoisuustaitojaan merkittävästi hoitojen myötä, kun tietoisuustaitojen kehittymistä tutkittiin FFMQ-itsearviointikyselyn avulla. Tilastollisesti merkitsevää eroa tietoisuustaitojen kehittämisessä eri ryhmiin osallistuneiden välillä ei kuitenkaan löydetty tutkimuksen alussa eikä sen päätyttyä. Tulos on yllättävä, sillä MBSR-ryhmässä käyneiden tietoisuustaitojen olisi voinut olettaa kehittyneen enemmän verrattuna kognitiivis-behavioraalisessa päihdehoidossa olleiden ryhmään. Tietoisuustaitojen kehittämisestä huolimatta osallistujien päihteidenkäyttö ei laskenut merkittävästi kummassakaan ryhmässä päihdehoidossa käymisen myötä (emt.). Bowenin ym. (2009) MBRP-hoito-ohjelman ja 12 askeleen ohjelmaan perustuvan päihdehoidon hoitotuloksia vertailevassa tutkimuksessa käytettiin myös FFMQ-itsearviointikyselyä eri ryhmiin osallistuneiden tietoisuustaitojen kehittymisen vertailemiseksi. Tässäkään tutkimuksessa ryhmien välillä ei havaittu

olevan merkittäviä eroja (emt.). Eri hoitoryhmissä olevat eivät myöskään olleet kehittäneet tietoisuustaitojaan kokonaisuudessaan merkittävästi hoidon käymisen myötä (emt., 302). Garlandin ym. (2010) MORE-hoito-ohjelmaa ja standardihoitoa vertaileva tutkimus vahvisti edelleen aiemmassa kahdessa tutkimuksessa havaittuja tuloksia. Merkittäviä eroja tietoisuustaitojen kehittämisessä ei havaittu tässäkään tutkimuksessa olleiden eri hoitoryhmien osallistujien välillä, kun tietoisuustaitojen kehitystä mitattiin FFMQ-arviointikyselyn avulla (emt., 184). Eri hoitoryhmiin osallistujat eivät myöskään kehittäneet tietoisuustaitojaan merkittävästi hoidon alussa ja lopussa tehtyjä kyselyarviointeja vertaillessa (emt. 182).

Tutkimustulokset ovat hyvin yllättäviä, sillä tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon voisi olettaa kehittävän juuri päihderiippuvaisten tietoisuustaitoja. Tämä todistettiin kuitenkin vain kahdessa tutkimusaineistoni tutkimuksessa. Zgierskan ym. (2008) ja Brewerin ym. (2009) tutkimuksissa havaittu tietoisuustaitojen kehittyminen ei kuitenkaan vaikuttanut näissä tutkimuksissa olleiden päihteidenkäytön vähentämiseen. Bowenin ym. (2009) ja Garlandin ym. (2010) tutkimuksissa olleet eivät taas kehittäneet tietoisuustaitojaan merkittävästi hoidon myötä. Tästä huolimatta Bowenin ym. (2009) tutkimuksessa olleet olivat vähentäneet merkittävästi päihteidenkäyttöä. Voi siis olla, että tietoisuustaitoja tulisi pyrkiä operationalisoimaan toisella tavalla, jotta tietoisuustaitojen kehittymisen vaikutus päihdehoitojen myötä tulisi esiin. Toisaalta on otettava myös huomioon se vaihtoehto, että tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttavuus perustuu joillekin muille tekijöille kuin tietoisuustaitojen kehittämislle.

Tietoisuustaitojen kehittymistä päihdehoidoissa on tutkittu myös erillisten tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kehittymisen kautta. Ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen sijasta niiden kohtaamisen, tiedostamisen ja hyväksymisen on esitetty vähentävän retkahduksia (Bowen ym. 2007; Breslin ym. 2002). Ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen on esitetty johtavan paradoksaalisesti juuri niiden ajatusten ja tunteiden voimistumiseen, joita halutaan välttää (Breslin ym. 2002; Key ym. 2008). Kahdessa tutkimusaineistoni tutkimuksista keskityttiin päihderiippuvaisten ajatusten ja tunteiden tukahduttamiseen liittyvien muutosten tutkimiseen. Bowen ym. (2007) ovat tutkineet Vipassana -meditaatiota tutkivan randomoidun ja kontrolloidun tutkimuksen (Bowen ym. 2006; Bowen ym. 2007) yhteydessä ajatusten tukahduttamisen vaikutusta päihteidenkäyttöön ja päihteidenkäyttöön liittyviin ongelmiin. Bowenin ym. (2007) tutkimuksessa ajatusten tukahduttamisen vähentäminen vähensi merkittävästi

päihteidenkäyttöä ja päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Garland ym. (2010) havaitsivat myös tutkimuksessaan tilastollisesti merkitsevän tuloksen MORE-hoitoryhmään osallistuneiden ajatusten tukahduttamisessa verrattuna kontrolliryhmän tuloksiin ohjelmien päättymisen jälkeisiä tuloksia verratessa. MORE-ryhmässä olleiden ajatusten tukahduttamisen vähenemistä koskevat tulokset korreloivat myös positiivisesti alkoholiin liittyvän tarkkaavaisuuden vinouman ja alkoholinkäytön vastustamiseen liittyvien pystyvyysodotusten kanssa. Ajatusten tukahduttamisen väheneminen korreloi myös alkoholiin liittyvistä ärsykkeistä toipumisen kanssa sykevälivaihtelua tarkastellessa. (Emt., 186.) Kontrolliryhmässä olleiden samoja muuttujia koskevat analyysit eivät tuottaneet vastaavia tuloksia (emt.). Garlandin ym. (emt.) tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu MORE-hoito-ohjelman vaikuttavuutta päihteidenkäytön vähenemiseen. Ajatusten tukahduttamisen väheneminen saattaa toimia yhtenä keskeimmistä muutosmekanismeista tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa, joka saattaa auttaa alkoholiriippuvaisia toipumisen edistämässä.

Hyväksyvää ja tuomitsematonta asennetta pidetään yhtenä tietoisuustaitojen keskeisimpänä osaominaisuutena. Tästä huolimatta niitä ei ole tutkittu erityisen paljon tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen yhteydessä muuten kuin osana muiden tietoisuustaitojen kokonaisuutta. Niissä kahdessa tutkimusaineistoni tutkimuksessa, jossa tutkittiin tietoisuustaitojen eri osaominaisuuksien kehittymistä erikseen FFMQ-arviointikyselyn avulla, ei tuomitsemattomuuden osaominaisuuden voitu osoittaa kehittyneen merkittävästi (Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010). Bowenin ym. (2009) MBRP-ohjelman hoitotuloksia koskevan hyväksymiseen erityisesti keskittyvän vertailututkimuksen tutkimustulosten mukaan MBRP-ryhmissä olleet osoittivat toisaalta merkittävästi enemmän kehitystä hyväksymisessä verrattuna kontrolliryhmään (emt., 301). MBRP-hoito-ohjelmassa olleet olivat myös vähentäneet merkittävästi päihteidenkäyttöään tässä tutkimuksessa (emt.) Voi olla, että MBRP-hoito-ohjelman toimivuus perustuu juuri tämän tietoisuustaitojen osaominaisuuden vahvistumiselle. Amaro ja Vallejo (2009) tutkivat MBSR-hoito-ohjelman sopivuutta yhteisöllisessä päihdehoidossa oleville naisille. Tutkijat kirjoittavat, että ajatusten, tunteiden ja kehon tuntemusten erottaminen ja niiden tuomitsematon tiedostaminen auttoivat osallistujia tukemalla mahdollisuutta valita tapa reagoida eri asioihin (emt., 200–201).

Aineistoni tutkimuksissa ei tutkittu suoraan alkoholiriippuvuudesta ja muista päihderiippuvuuksista kärsivien tietoisuuden kehittymistä automaattisista ajatus- ja

toimintakaavoista tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olemisen myötä. Yhdessä tutkimusaineistoni vertailututkimuksessa tutkimustulosten kuitenkin arveltiin johtuvan muutoksissa niiden tiedostamisessa (Garland ym. 2010) ja toisessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulokset viittasivat niiden parempaan tiedostamiseen (Garland ym. 2012).

Garlandin ym. (2010) tutkimuksessa verrattiin MORE-hoito-ohjelman vaikuttavuutta alkoholiriippuvaisten vertaistukiryhmän vaikuttavuuteen. Tutkimuksessa tutkittiin eri ryhmiin osallistuneiden alkoholiin liittyvää tarkkaavaisuuden vinoumaa. MORE-ryhmässä käyneet saivat pienempiä tarkkaavaisuuden vinoumaa koskevia arvoja kuin kontrolliryhmän osallistujat. Pienemmät tarkkaavaisuuden vinoumaa koskevat arvot ennustivat luotettavasti tutkimuksen mukaan alkoholinkäytön halun kasvua. (emt., 189.) Tutkijat esittävät MORE-hoito-ohjelman sisältävän useita alkoholinkäytön halun tiedostamiseen liittyviä harjoituksia, jotka ovat saattaneet aktivoida automaattisen alkoholinkäyttöön liittyvän skeeman. Tämä on voinut vaikuttaa MORE-ryhmän osallistujien saamiin alhaisempiin tarkkaavaisuuden vinoumaa koskeviin arvoihin. Automaattisten alkoholinkäyttöön liittyvien toimintakaavojen tiedostaminen taas on voinut edelleen voimistaa asiakkaiden päihteidenkäytön halua. (emt.).

Garlandin ym. (2010) tutkimuksessa ei selvitetty päihdehoitojen vaikuttavuutta päihteidenkäytön vähentämiseen, joten myöskään tarkkaavaisuuden vinouman voimistumisen vaikutusta alkoholinkäyttöön ei voitu tutkia. Garland ym. (2010) pitävät mahdollisena, että tietoisuus alkoholinkäytön halun liittyvästä reaktiivisuudesta mahdollistaa itsesäätelymekanismien tehokkaamman käyttämisen, joka voi edelleen johtaa alkoholinkäytön vähenemiseen ajan kuluessa. Tutkijoiden mukaan MORE-hoito-ohjelmassa olleiden ajatusten tukahduttamisen vähenemisen ja alkoholiin liittyvän tarkkaavaisuuden vinouman arvojen laskemisen välillä löydetty positiivinen korrelaatio ja alkoholinkäytön halun lisääntyminen voivat kertoa automaation purkamisesta (emt. 186, 189).

Garlandin ym. (2012) toteuttamassa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittiin MORE-hoito-ohjelman soveltuvuutta alkoholiriippuvaisten hoitoon. Osallistujat ilmoittivat haastattelussa heidän keskittymiskykynsä ja huomion uudelleensuuntaamisen kykynsä parantuneen (emt., 250). Alkoholinkäyttöön liittyvät vihjeet vievät helposti päihdekuntoutujan huomion, mikä liittyy riippuvuuteen liittyvään tarkkaavaisuuden

vinoumaan. Tietoisuustaitoharjoitukset auttoivat tutkimukseen osallistujia tiedostamaan paremmin alkoholinkäyttöön liittyviä skeemoja, jotka ovat hyvin automaattisia. Osallistujat kertoivat oppineensa tiedostamaan paremmin sen kuinka heidän automaattiset ajatuskaavansa vaikuttavat heidän käyttäytymiseensä. (Emt., 251.) Tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevat tutkimukset eivät ole kuitenkaan vielä kyenneet suoraan osoittamaan automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamisen kehittymisen vaikuttavan alkoholinkäytön vähentämiseen. Tietoisuustaitojen harjoittamisen taustalla vaikuttavana muutosmekanismina toisaalta pidetään vahvasti juuri automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamista (Breslin ym., Garland ym. 2013, Bowen ym. 2011).

7.4 Yhteenveto

Tietoisuustaitoihin perustuvia hoito-ohjelmia soveltavia ja tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevien tutkimustulosten analyysini osoittaa, että kyseiset hoidot ovat vaikuttaneet alkoholiriippuvaisten alkoholinkäytön vähentämiseen suurimmaksi osaksi yhtä voimakkaasti kuin kontrollihoitoina toimineet vertailukelpoiset päihdehoidot (Alterman ym. 2004; Brewer ym. 2009; Bowen ym. 2009; Bowen ym. 2014). Bowenin ym. (2006) Vipassana-meditaatiota koskeva tutkimus osoitti tämän tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon vaikuttaneen osallistujiansa alkoholinkäytön vähentämiseen ainoana tutkimusaineistoni tutkimuksena merkittävästi enemmän kuin kontrollihoito. Kontrollihoitona tosin tässä tutkimuksessa toimi tavanomaisesti käytetty hoito, jota ei voi välttämättä pitää vertailukelpoisena hoitona. Tutkimusaineistossani olevien tutkimusten tulokset osoittavat myös, että tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat eivät paranna päihdehoidon hoitotuloksia osana toista päihdehoitoa, kun hoitotuloksia tarkastellaan päihdeidenkäytön vähentämisen valossa (Alterman ym. 2004; Zgierska ym. 2008). Tulokset viittaavat joka tapauksessa siihen, että tietoisuustaitoharjoituksia soveltavat ja tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot voivat toimia yhtä tehokkaina päihdehoitomuotoina kuin muut päihdehoidot.

Monet tietoisuustaitoihin perustuvat hoitotutkimukset osoittivat hoidon vähentäneen merkittävästi päihderiippuvaisten stressiin liittyviä oireita (Brewer ym. 2009; Garland ym. 2010; Marcus ym. 2009; Zgierska ym. 2008). Brewerin ym. (2009) ja Garlandin ym. (2010) tutkimukset osoittivat myös tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen

vaikuttaneen osallistujien stressiin liittyvien oireiden laskemiseen merkittävästi enemmän kuin kontrollihoidot. Tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito voi soveltua erityisesti stressin vuoksi alkoholia juoville. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen on osoitettu vaikuttavan myös mielenterveysongelmiin liittyvien ongelmien voimakkuuden vähentämiseen (Brewerin ym. 2009; Garlandin ym. 2010; Zgierskan ym. 2008). Monella alkoholiriippuvaisella on todettu olevan jonkin mielenterveyshäiriön diagnoosi (Merikangas ym. 1998), jonka vuoksi olisi hyvä jos tarjolla olisi päihdehoidon jälkeen myös sellaisia jatkohoitoja, joissa päihdehoito tähtäisi kummankin diagnoosin oireiden lievittämiseen. Tietoisuustaitoja soveltavat ja niihin perustuvat päihdehoidot saattavat vastata tähän tarpeeseen. Stressiin ja mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden vähentymisen tietoisuustaitoihin perustuvan hoidon myötä ei kuitenkaan todistettu tutkimusaineistoni tutkimuksissa vaikuttavan hoitoon osallistujien päihteidenkäyttöä vähentävästi. Tutkimuksia aiheesta tulee kuitenkin tehdä lisää ennen kuin stressin ja mielenterveysongelmien vähentymisen vaikutuksia alkoholin käyttämisen vähentämiseen koskevia hypoteeseja hylätään.

Yllättävä tutkimustulos oli se, että vaikka tietoisuustaitojen kehittymisen on oletettu olevan päihdehoitojen tehokkuuteen vaikuttavia keskeisiä tekijöitä, ei analyysini kuitenkaan tuo vahvistusta tälle oletukselle. Neljässä tutkimusaineistoni tutkimuksessa arvioitiin tietoisuustaitoja soveltavien päihdehoitojen vaikuttavuutta tietoisuustaitojen kehitykseen. Kahdessa näistä tutkimuksista tietoisuustaitojen osoitettiin kehittyneen merkittävästi hoitoon osallistumisen myötä, mutta kummassakaan tutkimuksessa päihdehoidot eivät vaikuttaneet merkittävästi asiakkaiden päihteidenkäytön vähenemiseen (Zgierska ym. 2008; Brewer ym. 2009). Viimeisessä kahdessa vertailututkimuksessa tietoisuustaidoissa ei havaittu merkittävää kehitystä kummassakaan hoitoryhmässä (Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010). Tietoisuustaitojen kehittymiseen liittyvistä ominaisuuksista ajatusten tukahduttamisen vähenemisen on kuitenkin tutkittu olevan yhteydessä alkoholinkäytön vähentymiseen (Bowen ym. 2009) ja alkoholinkäytöstä kieltäytymiseen liittyvien pystyvyyssodotusten kasvuun (Garland ym. 2010). Hyväksymisen osaominaisuuden havaittiin myös kehittyneen merkittävästi MBRP-ryhmässä olleiden keskuudessa verrattuna kontrolliryhmässä olleisiin (Bowen ym. 2009). Samassa tutkimuksessa kummankin päihdehoidon osoitettiin myös vähentäneen merkittävästi osallistujien päihteidenkäyttöä. Voi siis olla, että juuri hyväksymiseen liittyvä tietoisuustaitojen osaominaisuus on vaikuttanut MBRP-hoito-ohjelmassa saavutettuihin tuloksiin. Tutkielmani tutkimustulosten perusteella

tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevien hoitotutkimusten olisi kannattavaa keskittyä tulevaisuudessa erityisesti ajatusten tukahduttamisen vähenemisen ja hyväksyvän asenteen kehittymisen vaikutuksiin alkoholinkäytön vähentämisessä.

Yhtä lukuun ottamatta jokaisessa tutkielmassani mukana olleessa tutkimuksessa päädyttiin hoito-ohjelmien hoitotulosten vastaavuuteen, erityisesti kun hoitotuloksia tarkasteltiin päihteidenkäytön vähentämistä koskevien tulosten valossa. Duncan ym. (2010) ovat kirjoittaneet psykoterapioiden vaikuttavuudesta yleisten tekijöiden näkökulmasta. He perustavat näkökulmansa tutkimuksiin, jotka viittaavat hoitotulosten vastaavuuden paradoksiin, joihin myös alkoholiriippuvaisten hoitoa koskevat tutkimukset viittaavat (Project MATCH research group 1997; UKATT research team 2005). Hyvin toteutetuissa randomoiduissa ja kontrolloiduissa hoitotutkimuksissa on päädytty usein hoitotulosten vastaavuuteen. Oman tutkielmani tutkimustulokset vahvistavat myös edelleen hoitotulosten vastaavuuden paradoksin olemassaoloa, kuten myös tutkimusaineistossani mukana ollut Zgierskan ym. (2009) systemaattinen tutkimuskatsaus tietoisuustaitoihin perustuvista päihdehoidoista.

Saattaa olla, että monenlaiset terapeutit saavat yhtä hyviä hoitotuloksia mikäli ne vain sisältävät tietyt kriittiset jokaisessa hoitomallissa vaikuttavat tekijät, kuten hoidossa olevan eheän rakenteen ja päämäärän (Lambert & Bergin 1994), selityksen asiakkaan ongelmille ja ratkaisun niihin (Frank & Frank 1991) ja terapeutin ja asiakkaan luottamuksen terapian toimivuuteen (Hubble ym. 2010). Lambertin (1986, 1992) psykoterapioita koskevien tutkimusten mukaan terapioiden hoitotuloksiin vaikuttavat 1) terapian ulkopuoliset muuttujat (40%), 2) terapian yleiset tekijät (30 %), 3) toivo, odotus ja placebo-vaikutus (15%) 4) malli tai tekniikka (15%). Wampoldin (2005) tutkimusten mukaan terapiamallilla on ainoastaan yhden prosentin vaikutus terapioiden hoitotuloksiin. Mallilla ja tekniikalla ei välttämättä ole niin suurta vaikutusta hoitotuloksiin kuin on ajateltu. Yleisiä tekijöitä koskeva teoria on saanut tukea eri tutkimuksilta enenevässä määrin viimeisten vuosikymmenien aikana (Duncan ym. 2010). Yleisiksi tekijöiksi ovat luokiteltu jokaisessa terapiassa vaikuttavat tekijät, jotka ovat terapeutin ja asiakkaan välinen allianssi, terapeutin ominaisuudet ja vuorovaikutustaidot, asiakkaan odotukset ja uskomukset ja asiakkaan elämässä vaikuttavat terapian ulkopuoliset tekijät (emt.). Terapiamallia ja -tekniikkaa koskevat spesifit tekijät voi toisaalta myös luokitella yleisiin tekijöihin, jolloin näitä tekijöitä olisi

ymmärrettävää kutsua yhteisnimellä terapeutit tekijät (emt., 423). Yleiset tekijät ovat saattaneet vaikuttaa voimakkaasti myös tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen hoitotuloksiin. Yleisten tekijöiden vaikutuksen puolesta puhuvat toistaiseksi tutkimukseni tulokset, jotka osoittavat, että näiden päihdehoitojen tehokkuus ei perustukaan välttämättä yksioikoisesti tietoisuustaitojen kehittämiseen tai stressiin ja mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden laskemiseen.

Vaikka hoitotulosten vastaavuuden paradoksi pitäisi paikkansa, olisi silti tärkeää, että asiakkailla olisi mahdollisuus saada sellaista hoitoa johon he luottavat. Yleisiä tekijöitä koskevan teorian mukaan asiakkaan uskomuksilla ja odotuksilla on suhteellisen suuri vaikutus hoitotuloksiin (Hubble ym. 2010). Tämä seikka tulisi ottaa huomioon sosiaalityön palveluohjausta sisältävässä työssä. Suomessa päihdekuntoutusten jälkeen saatavilla oleva jatkohoito rakentuu tavallisesti sosiaali- tai päihdetyöntekijän harvoista tapaamisista tai vertaistukiryhmissä, ja usein myös 12 askeleen filosofian mukaisissa AA- tai NA-ryhmissä käynneistä. Suhteellisen lyhyessä päihdekuntoutuksessa saavutettujen tulosten ylläpitämiselle soisi olevan enemmänkin vaihtoehtoja, joista tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat voisivat olla tulevaisuudessa yksi vaihtoehto. Nämä ohjelmat ovat tutkielmani tutkimustulosten valossa myös vähintään yhtä hyviä kuin 12 askeleen ohjelman mukainen jatkohoito (Alterman ym. 2004; Bowen ym. 2009; Bowen ym. 2014). 12 askeleen ohjelmaan sisältyvä vahva nojaaminen itsen ulkopuoliseen voimaan, ei välttämättä sovi jokaisen alkoholiriippuvaisen elämänfilosofiaan. Tämän seurauksena alkoholiriippuvaisten vaihtoehdot valita eri vertaistukiryhmistä kapenevat huomattavasti.

8 POHDINTA

Yhtenä motiivina tutkimusaiheeni tutkimiselle oli huoli alkoholiriippuvaisten rauhoittavien ja riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden yleisestä käytöstä. Halusin tutkia suhteellisen uusien tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen potentiaalia muun muassa stressin ja ahdistuksen vähentämisessä, joiden myötä myös tarve alkoholin ja lääkkeiden käytölle voisi vähentyä. Toisena motiivinani oli halu ottaa askel suomalaisen päihdehoidon kehittämisen suuntaan tutkimalla uusia tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja ja niiden vaikuttavuutta yhtenä perinteisesti käytettyjen päihdehoitojen hoito- ja jatkohoitovaihtoehtona. Tutkielmani keskeiseksi tehtäväksi muodostui tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon potentiaalnin tutkiminen alkoholiriippuvaisten hoidossa. Kyseisen päihdehoidon potentiaalnin selvittämiseksi oli tärkeää ymmärtää aluksi millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen harjoittaminen alkoholiriippuvaisten kohdalla perustuu. Tutkielmani ensimmäiseksi tehtäväksi muodostuikin tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon muutosmekanismien tutkiminen ja sen tutkiminen missä määrin tutkimusaineistossani esiin tulleet muutosmekanismit saivat vahvistusta empiiriltä tutkimuksilta. Toisena tutkimuksen tehtävänä oli koota ja analysoida tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavuutta. Päädyin käyttämään integratiivista tutkimuskatsausta tutkimenetelmänäni, koska tutkimusaiheeni on suhteellisen uusi ja koska tutkimusaiheeni yleisten piirteiden hahmottamiselle ja selkeyttämiseksi vaikutti olevan tutkimusaineistoni alustavan tutkimisen perusteella tarvetta.

Näkökulmanani tietoisuustaitojen muutosmekanismien ja tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tutkimuksessa toimi kognitiivis-behavioraalinen teoria. Tietoisuustaitojen harjoittaminen perustuu vahvasti kognitiiviselle työstämiselle, mutta myös behavioraalisen psykologian kautta ymmärrettäville ehdollistumisen ja erityisesti vastaehdollistumisen periaatteille. Kognitiivis-behavioraalisella päihdehoitomallilla on useita yhteisiä piirteitä tietoisuustaitoihin perustuvan hoitomallin kanssa. Kognitiivis-behavioraalisessa päihdehoidossa keskitytään ajatuksien, tunteiden ja aistimusten tarkkailuun samaan tapaan kuin tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa, mutta hoitomallien erona on suhtautuminen näihin ilmiöihin. Kognitiivis-behavioraalisessa päihdehoidossa negatiivisia ydinuskomuksia ja ajattelumalleja pyritään muokkaamaan positiivisemmiksi ja realistisemmiksi, kun taas tietoisuustaitoihin perustuvissa hoitomalleissa omia ajatuksia ja kokemuksia harjoitellaan tarkkailemaan ja

hyväksymään pyrkimättä arvottamaan ja muokkaamaan niitä. Tietoisuustaitoihin perustuvissa päihdehoidossa negatiivisia ajatuksia, kokemuksia ja riskitilanteita pyritään myös kohtaamaan turvallisesti kehittämällä tietoisuutta automaattisista ajatus- ja toimintamalleista ja totuttautumalla negatiivisille ajatuksille ja kokemuksille. Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito taas sisältää edelliselle strategialle vastakohtaisen riskitilanteiden välttämistästrategian. Kognitiivis-behavioraalinen päihdehoito sisältää useita sellaisia kontrollistrategioita, joiden avulla on mahdollista puuttua konkreettisiin ja helposti käsiteltäviin tilanteisiin. Tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito taas voi antaa alkoholiriippuvaisille työvälineitä erityisesti vaikeasti kontrolloitavien ja käsiteltävien negatiivisten tunteiden ja kokemusten hallitsemiseen ja kohtamiseen.

Tutkimustavoitteeni saavuttamista ohjasivat yhteensä kolme tutkimuskysymystä, joista kaksi oli varsinaisia päätutkimuskysymyksiä. Ensimmäinen oli *millaisille muutosmekanismeille tietoisuustaitojen kehittäminen perustuu alkoholiriippuvaisien kohdalla*. Ensimmäistä tutkimuskysymystä tarkensi tutkimuskysymys *tukevatko tietoisuustaitojenharjoituksia käyttäviä päihdehoitoja koskevat tutkimukset muutosmekanismien olemassaoloa?* Alkoholiriippuvaisilla ilmenneiden heikkojen tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kehittämisen on esitetty auttavan alkoholiriippuvaisia toipumisen edistämässä (Fernandez ym. 2010; Karyadi ym. 2014). Niiden kehittäminen voi siis toimia myös tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa toimivien muutosmekanismien taustalla. Keskityin muutosmekanismeja koskevassa tutkimuksessani kartoittamaan niitä psykologisia prosesseja, joita on käsitelty sekä teoreettisissa että empiirisissä tutkimusaineistoni tutkimuksissa (ks. taulukko 1). Jaottelin nämä muutosmekanismit välillisesti tietoisuustaitojen kehittämisen kautta vaikuttaviin ja välittömästi tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta vaikuttaviin muutosmekanismeihin. Tutkin myös edelleen muutosmekanismien identifioimisen jälkeen sitä, missä määrin empiiristen tutkimusten tulokset tukivat muutosmekanismien olemassaoloa. Käytin ensimmäistä tutkimuskysymystä tarkentavaan kysymykseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseeni vastaamisessa samaa tutkimusaineistoa (ks. Taulukko 2.)

Välillisesti vaikuttaviksi muutosmekanismeiksi luokittelin automaattisten ajatus- ja toimintakaavojen tiedostamisen kehittymisen ja stressiin liittyvien oireiden vähentymisen. Automaattisten ajatus- ja toimintamallien tiedostamisen kehittymistä ei

ole vielä suoraan tutkittu tietoisuustaitoja soveltavissa ja niihin perustuvissa päihdehoitoja koskevissa tutkimuksissa. Stressin vähentymisen vaikutukset ovat saaneet eniten tukea empiirisiltä tutkimuksilta, mutta niiden yhteyttä alkoholinkäytön vähentämiseen ei ole vielä pystytty todistamaan. Tietoisuustaitojen harjoittamisen myötä välillisesti alkoholiriippuvuuteen vaikuttavat muutosmekanismit jäivät siis teorioiden tasolle.

Luokittelin tietoisuustaitojen kehittämisen kautta välittömästi alkoholiriippuvuuteen vaikuttavat muutosmekanismit kahteen eri ryhmään Breslinin ym. (2002) jaottelua mukailien tietoisuutta ja tottumista lisääviin tietoisuustaitojen ominaisuuksiin. Tietoisuutta lisääviin ominaisuuksiin sisällytin kuvailemisen ja tietoisuuden kehittämisen omasta toiminnasta. Tottumista lisääviin ominaisuuksiin sisällytin hyväksymisen, tuomitsemattomuuden ja reagoimattomuuden. Tietoisuustaitoja soveltavia ja niihin perustuvia päihdehoitoja koskevat tutkimukset eivät tue juuri näidenkään muutosmekanismien olemassaoloa. Näistä neljästä tietoisuustaitojen ominaisuudesta hyväksyminen sai eniten tukea tässä tutkielmassa tarkastelluissa hoitotutkimuksissa. Kuvailemisen ominaisuuden on esitetty vaikuttavan ajatusten tukahduttamisen vähenemiseen, jonka on edelleen oletettu vaikuttavan alkoholiriippuvaisten juomisen vähenemiseen. Kuvailemisen ominaisuuden kehittyminen ei ole kuitenkaan saanut juuri tukea empiirisiltä tutkimuksilta vaikuttavana muutosmekanismina. Sen sijaan ajatusten tukahduttamisen vähenemisen on osoitettu vaikuttavan päihteidenkäytön vähenemiseen. Näiden tietoisuustaitojen ominaisuuksien kehittämisen vaikutuksia tukevat tutkimukset eivät anna kuitenkaan vielä aihetta vahvaan luottamukseen näidenkään muutosmekanismien olemassaoloon.

Tutkimani muutosmekanismit jäävät kokonaisuudessaan teorioiden tasolle. Tulevaisuudessa lisääntyvät empiiriset tutkimukset tulevat todennäköisesti joko vahvistamaan tai hylkäämään tässäkin tutkielmassa identifioitujen muutosmekanismien teorioita. Tulevien tutkimusten olisi hyvä suunnata keskittymistä tutkielmassani eniten empiirisiltä tutkimuksilta tukea saaneiden muutosmekanismien suuntaan, joita olivat hyväksymisen lisääminen ja ajatusten tukahduttamisen väheneminen. Tietoisuustaitoihin perustuvissa hoito-ohjelmissa voisi olla syytä keskittyä entistä enemmän juuri näiden tietoisuustaitojen ominaisuuksien kehittämiseen.

Toinen tutkielmani tutkimuskysymyksistä oli *millaisia alkoholiriippuvaisia koskevia tuloksia on saatu tietoisuustaitoja käyttävien päihdehoitojen vaikuttavuudesta*. Tutkimusaineistoni hoitotutkimuksien tulokset osoittivat tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien päihdehoitojen vaikuttavan alkoholiriippuvaisten alkoholinkäytön vähentämiseen joko yhtä vähän tai yhtä merkittävästi kuin kontrollihoitoina toimineet päihdehoidot. Tutkimusaineistossani olleista tutkimuksista kolme osoitti tietoisuustaitoja soveltavan (Alterman ym. 2004) ja tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon (Bowen ym. 2009; Bowen ym. 2014) vaikuttaneen osallistujien alkoholinkäytön vähentymiseen yhtä merkittävästi kuin kontrollihoitona toiminut päihdehoito. Kahdessa tutkimuksessa tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon ei osoitettu vaikuttavan osallistujien päihteidenkäyttöön merkittävästi. Bowenin ym. (2006) tutkimus oli ainut tutkimuksista, joissa Vipassana-meditaatioryhmään osallistuneet olivat vähentäneet alkoholinkäyttöään merkittävästi enemmän verrattuna kontrollihoitoon. Myös voimakkaan päihteidenkäytön halun vähentymistä tutkineet vertailututkimukset osoittivat voimakkaan päihteidenkäytön halun vähentyneen yhtä lailla kummankin hoitoryhmän asiakkaiden keskuudessa, yhtä tutkimusta lukuun ottamatta.

Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen on esitetty vaikuttavan alkoholiriippuvaisten juomisen vähentämiseen erityisesti lisääntyneen stressinsietokyvyn ansiosta. Stressin on esitetty aktivoivan automaattisia päihteidenkäyttöön liittyviä toimintakaavoja (Garland ym. 2011). Siitä huolimatta, että osa tutkimusaineistossani olevista tutkimuksista osoitti, että tietoisuustaitoihin perustuvia hoito-ohjelmia soveltavat ja tietoisuustaitoihin perustuvat hoito-ohjelmat vähensivät stressin kokemista merkittävästi, eivät tulokset olleet parempia kuin kontrolliryhmissä olleilla päihteidenkäytön vähentämistä tarkastellessa. Toisaalta tulokset saattoivat olla yhtä hyviä mahdollisesti juuri stressin vähentymiseen perustuvan muutosmekanismin ansiosta. Tietoisuustaitoja soveltavien ja niihin perustuvien hoito-ohjelmien vaikutusta alkoholinkäytön vähentämiseen mielenterveysongelmiin liittyvien oireiden voimakkuuden vähentämisen kautta, ei voi myöskään vielä tutkimusaineistoni tutkimusten perusteella osoittaa todistetuksi.

Tietoisuustaitojen kehittymisen katsotaan olevan keskeisesti tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen toimivuuden taustalla. Tästä syystä tietoisuustaitojen kehittymistä koskevat tutkimustulokset olivatkin yllättäviä. Kolmessa satunnaistetussa

ja kontrolloidussa tutkimuksessa, joissa vertailtiin tietoisuustaitojen kehittymistä ryhmien välillä sekä tietoisuustaitoihin perustuviin hoitoryhmiin osallistuneet että kontrolliryhmiin osallistuneet olivat kehittäneet tietoisuustaitojaan yhtä vähän (Bowen ym. 2009; Garland ym. 2010) tai yhtä merkittävästi (Brewer ym. 2009). Ainoastaan Zgierskan ym. (2008) satunnaistamattomassa ja kontrolloimattomassa tutkimuksessa otosryhmän havaittiin kehittäneen tietoisuustaitojaan merkittävästi hoidon aikana arvioitaessa hoidon alussa ja sen jälkeen saatuja tuloksia. Tietoisuustaitojen kehittymisellä ei havaittu olevan kuitenkaan yhteyttä alkoholin käytön vähentämiseen. Tutkimustulokset voivat viitata siihen, että tietoisuustaidot tulisi operationalisoida uudelleen. Voi olla toisaalta, että muutkin kuin tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot kehittävät osallistujensa tietoisuustaitoja yhtä lailla, mutta erilaisten menetelmien kautta.

Tietoisuustaitojen osaominaisuuksiin keskittyvät tutkimukset osoittivat kuitenkin joidenkin tietoisuustaitoihin liittyvien ominaisuuksien kehittyneen enemmän tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olleiden kuin kontrolliryhmissä olleiden keskuudessa. Yksi tutkimuksista osoitti esimerkiksi ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen vähentämisen yhteyden päihteiden käytön vähentämiseen (Bowen ym. 2007). Toinen tutkimuksista taas osoitti ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen vähentämisen yhteyden parempaan kykyyn kontrolloida päihteiden käytön halua (Garland ym. 2010). Hyväksyvän ja tuomitsemattoman asenteen kehittymistä yhtenä tietoisuustaitojen osaominaisuutena on tutkittu yllättävän vähän, vaikka juuri hyväksyvä asenne on yksi kenties korostetuimmista esillä olevista tietoisuustaitojen osaominaisuuksista tutkimusaineistossani. Ainoastaan yhdessä tutkimusaineistoni tutkimuksessa tutkittiin erikseen tätä piirrettä ja havaittiin tämän ominaisuuden kehittyneen merkittävästi enemmän tietoisuustaitoihin perustuvassa päihdehoidossa olleiden keskuudessa verrattuna kontrolliryhmässä olleisiin. Tietoisuustaitojen osaominaisuuksia koskevat tutkimustulokset viittaavat siihen, että kenties juuri näiden osaominaisuuksien kehittämisen tutkimiseen olisi syytä keskittyä jatkossakin, sen sijaan että tietoisuustaitoja tutkittaisiin osaominaisuuksien kokonaisuutena. Integriivisen tutkimuskatsaukseni tutkimustulosten perusteella voi olettaa, että juuri tiettyjen tietoisuustaitojen osaominaisuuksien kehittämiseen panostaminen olisi hyödyllistä alkoholiriippuvaisten toipumisen edistämisen kannalta.

Tutkielmani tutkimustulokset viittaavat ns. hoitotulosten vastaavuuden paradoksiin, johon kattavat alkoholiriippuvaisten hoitoa (Project MATCH research group 1997; UKATT research team 2005) ja psykoterapioita (Duncan ym. 2010) koskevat vertailututkimukset ovat jo aiemmin viitanneet. Hoidon yleiset tekijät saattavat olla hoitotulosten vastaavuuteen viittaavien tulosten takana (emt.). Terapia- tai päihdehoitomalli vaikuttaa hoitotuloksiin, mutta sen vaikuttavuus tuloksiin saattaa olla vähäisempi kuin usein kuvitellaan. Tämä hoitotulosten vastaavuus laskee joidenkin tutkijoiden mukaan tietoisuustaitoihin perustuvien interventioiden vakuuttavuutta erityisenä interventiomenetelmänä (Bergmark 2010). Toisaalta se, että tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito on saavuttanut yhtä hyviä hoitotuloksia kuin kontrolliryhmissä käytetyt päihdehoidot, kertoo tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen toimivuudesta.

Tutkimusaineistoni tutkimukset sisälsivät joitakin puutteita, jotka täytyy ottaa huomioon tutkimustuloksien tulkinnassa. Osa ensimmäisen tutkimusaineistoni tutkimuksista (taulukko 1) oli tehty college-opiskelijoille (Fernandez ym. 2010; Bramm ym. 2013, Ostafin & Marlatt, 2008), joita koskevat tulokset eroaisivat todennäköisesti alkoholiriippuvuusdiagnoosin saaneiden tuloksista. Tulevaisuudessa tutkimusten otokseksi olisi hyvä valita alkoholiriippuvuusdiagnoosin saaneita. Karyadin ym. (2014, 8) meta-analyysin mukaan heikot tietoisuustaidot ovat vahvemmassa yhteydessä vakavammasta kuin heikommasta päihderiippuvuudesta kärsiviin.

Hoitotutkimuksia koskevan tutkimusaineistoni (taulukko 2) neljän tutkimuksen puutteena olivat pienet otoskoot, kuten Zgierskan ym. (2008) (n=15), Brewerin ym. (2009) (n=25), Garlandin ym. (2012) (n=18) ja Altermanin ym. (2004) tutkimuksessa (n=31). Pienet otoskoot ovat tyypillistä uusia hoitomenetelmiä pilottitutkimuksissa tutkittaessa. Saman tutkimusaineiston puutteena on myös se, että kaikkien tutkimuksissa käytettyjen hoitojen käsikirjoja ei ole standardoitu (Alterman ym. 2004; Marcus ym. 2009; Zgierska ym. 2009, 290). Tämä vaikuttaa siihen, että menetelmiä koskevia tutkimuksia on vaikea toistaa ja tästä syystä tutkimustuloksia on vaikea vertailla muiden tutkimusten tuloksiin (emt., 290). MBRP- ja MORE-hoito-ohjelmat käsikirjoineen ovat kuitenkin paikanneet tätä puutetta (Bowen ym. 2011; Garland 2013). Osassa toisen tutkimusaineistoni tutkimuksista ei voida tehdä välttämättä suoria johtopäätöksiä tietoisuustaitoharjoitusten vaikuttavuudesta, sillä tutkimusryhmässä olleet ovat saaneet myös muuta päihdehoitoa samanaikaisesti. Garlandin ym. (2012) tutkimuksessa

osallistujat olivat käyneet 12 askeleen vertaistukiryhmässä samanaikaisesti MORE-hoito-ohjelmassa ollessaan. Zgierskan ym. (2008) tutkimuksessa MBSR-hoito-ohjelmaan osallistujat olivat olleet ennen tutkimuksen ohjelmaan menemistä intensiivisessä avohoidossa ja jatkoivat avohoidon ideologian mukaisessa jatkohoidossa samanaikaisesti MBSR-hoito-ohjelman kanssa. Hoitotuloksista ei voi näin päätellä johtuivatko hoitotulokset tietoisuustaitoharjoituksista, 12 askeleen ohjelman vertaistukiryhmien vaikutuksesta, tavallisesti käytetystä hoidosta vai niiden yhteisvaikutuksesta.

Tutkimusmetodien kehittämiseen ja yhdenmukaistamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomioita ja huolehtia osallistujien satunnaisotannasta ja tutkimusten kontrolloinnista. Vain viisi tutkimusaineistossani olevista hoitotutkimuksista oli satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia. Satunnaistettuja ja kontrolloituja hoitotutkimuksia (RCT, Randomized Clinical Trial) pidetään luotettavina tutkimusmenetelminä ja niiden perusteella päihdehoidot luetaan tavallisesti näyttöön perustuviksi menetelmiksi (EBT, Evidence-Based Treatment). Satunnaistettujen ja kontrolloitujen hoitotutkimusten käyttö on tällä hetkellä vaikuttava paradigma. Toisaalta kritiikki tätä paradigmaa kohtaan on myös lisääntynyt. Imelin ym. (2008) meta-analyyttinen tutkimus osoitti, että tutkijan omalla suhtautumisella tutkimaansa hoitomenetelmään on vaikutusta tutkimustuloksiin. Tutkijoiden suosimat menetelmät näyttäytyvät usein myös tehokkaampina kuin kontrollimenetelmät. Mikäli tutkijavaikutus kontrolloidaan, saavat hoitomenetelmät usein yhtä hyviä tuloksia. (Emt.) Monen integratiivisessa tutkimuskatsauksessani olevan tutkimuksen kohdalla hoito-ohjelman kehittäjät ovat toimineet kyseisiä ohjelmia koskevien tutkimusten tutkijoiden ryhmässä, mikä on voinut vaikuttaa tutkimustulosten vinoutumiseen, kuten esimerkiksi MBRP-hoito-ohjelmia koskevissa Bowenin ym. (2009, 2014) tutkimuksissa ja MORE-hoito-ohjelmaa koskevissa Garlandin ym. (2010, 2012) tutkimuksissa. Se että satunnaistetuissa ja kontrolloiduissa tutkimuksissakin on parantamisen varaa, ei silti tarkoita sitä, että nämä tutkimusasetelmat pitäisi hylätä. Näyttöön perustuviksi päihdehoidoiksi kutsuuilta tutkimuksilta tulisi edellyttää sitä, että ne perustuvat tiukempia kriteerejä noudattaneisiin hoitotutkimuksiin, jotka puhuvat päihdehoidon vaikuttavuuden puolesta.

Pro gradu -tutkielmaani voi kritisoida siitä, että olen ottanut tutkimukseeni mukaan vain englanninkielisiä, lähinnä Yhdysvalloissa toteutettuja tutkimuksia. Tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja koskevia tutkimuksia on varmasti tehty myös muissa maissa ja

muilla kielillä. Tutkimuksessani ei ole myöskään mukana julkaisemattomia tutkimuksia, jonka vuoksi tutkimustuloksieni arvioinnissa on syytä ottaa myös huomioon julkaisemisharhan vaikutuksen mahdollisuus. Lääketieteellisten tutkimusten alueella on osoitettu, että hoidon vaikuttavuuden todistavat tutkimukset julkaistaan todennäköisemmin kuin ne tutkimukset, joiden vaikuttavuutta tutkimus ei vahvista (Easterbrook ym. 1991). Julkaisemattoman aineiston poissaolo saattaa vinouttaa tutkimustuloksiani uutta hoito-ohjelmaa suosivampaan suuntaan. Tutkimukseni on kuitenkin laadullinen integratiivinen tutkimuskatsaus, eikä sen tehtävänä ole systemaattisen tutkimuskatsauksen tapaan kerätä täysin kattavaa aineistoa aiheesta, vaan siinä määrin, että aihepiiriin yleisimmät ja keskeisimmät tekijät tulevat esille (Kallio 2006).

Integratiivisen tutkimuskatsauksen tutkimusmetodi sopi hyvin tutkimusaiheeni tutkimiseen, sillä tietoisuustaitojen kehittämiseen perustuvien tekniikoiden käyttäminen alkoholiriippuvaisten hoidossa on suhteellisen uusi aihe, eikä tutkimustuloksia erityisesti alkoholiriippuvaisia koskien ollut vielä koottu tutkimusaineistoni kokoamiseen mennessä. Ajan kuluessa aihetta koskevat tutkimukset lisääntyvät edelleen, jonka vuoksi tulevaisuudessa olisi syytä toteuttaa uudelleen tietoisuustaitojen taustalla toimivia muutosmekanismeja ja tietoisuustaitoihin perustuvia hoito-ohjelmia soveltavia ja tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja tutkivia tutkimuskatsauksia. Integratiivinen tutkimuskatsaukseni toimii ikään kuin ensiaskeleena kattavampien tutkimusten tekemiselle tulevaisuudessa.

Tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot voisivat toimia Suomessa hyvänä vaihtoehtona 12 askeleen filosofiaa noudattaville AA-vertaistukiryhmille, jotka ovat Suomessa tunnetuimpia ja paikoin ainoita vertaistukiryhmiä, joihin alkoholiriippuvuudesta toipuva voi kuntoutusjaksonsa jälkeen osallistua. Bowen ym. (2006, 2009) kirjoittavat, että tietoisuustaitoihin perustuva päihdehoito sopiikin sellaisille ihmisille, jotka eivät ole kiinnostuneita perinteisistä päihdekuntoutusmalleista. Tietoisuustaitoihin perustuvat päihdehoidot voisivat toimia myös joko hyvänä varsinaisena päihdehoitona tai kuntoutuksen jälkeisenä jatkohoitona siksi, että ne voivat auttaa tutkimusten mukaan vähentämään erityisesti stressiä ja parantamaan tunteiden säätelyä erilaisten tietoisuustaitoharjoitusten avulla. Alkoholiriippuvuudesta toipuva saattaisi hyötyä tietoisuustaitoharjoitusten myötä kehittyvästä paremmasta stressinsietokyvystä ja hyväksyvämmästä ja tiedostavammasta asenteesta erityisesti

palatessaan normaaliin arkeen lyhyen kuukauden kestävän intensiivisen päihdekuntoutuksen jälkeen, jolloin hän törmää useammin erilaisiin riskitilanteisiin. Alkoholiriippuvainen saattaa luottaa liikaa uusien työvälineiden saamisen myötä raittiina pysymiseensä esimerkiksi rauhallisessa ja riskittömässä laitospäihdehoidon ympäristössä kuntoutumisen jälkeen. Riskitilanteissa uusien työvälineiden taitamaton käyttö, automaattisten alkoholinkäyttöön liittyvien toimintakaavojen aktivoituminen ja voimakkaan päihteenkäytön halun ilmeneminen saattaa kasvattaa tyytymättömyyttä itseä kohtaan ja negatiivisten tunteiden määrää ja johtaa edelleen retkahduksiin. Tietoisuustaidot saattavat auttaa lisäämään ymmärrystä ja tietoisuutta näistä prosesseista ja näin lisätä toipuvan alkoholiriippuvaisen kärsivällisyyttä toipumisen tiellä.

Tutkimiani tietoisuustaitoihin perustuvia hoito-ohjelmia soveltavia ja tietoisuustaitoihin perustuvia päihdehoitoja ei ole toistaiseksi saatavilla Suomesta. Tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen tulisi Suomessa todennäköisesti lunastaa asemansa pitkän ajan kuluessa hyvien hoitotuloksien avulla, mikäli se voisi toimia tulevaisuudessa yhtenä päihdehoitovaihtoehtona, jatkohoitona tai muiden päihdehoitojen sisällä apuvälineenä julkisen sektorin rahoittamana. Tietoisuustaitoharjoituksia käyttävät päihdehoidot saattavat tulla toimimaan Suomessa aluksi yksityisellä sektorilla. Sosiaalityöntekijät voisivat kuitenkin jo nyt käyttää erityisesti sellaisia tietoisuustaitoihin perustuvan päihdehoidon sisältämiä tekniikoita työvälineenään alkoholiriippuvaisia auttaessaan, joiden vaikuttavuus on saanut tutkimuksilta tukea. Integratiivinen tutkimuskatsaukseni vahvistaa tietoisuustaitoihin perustuvien päihdehoitojen potentiaalia alkoholiriippuvaisten toipumisen edistämiseksi. Jatkotutkimuksille on edelleen kuitenkin tarvetta, erityisesti tiedon lisäämiseksi niistä muutosmekanismeista, joihin tietoisuustaitoharjoituksia käyttävien päihdehoitojen vaikuttavuus perustuu.

LÄHTEET

- Alterman, A. I. & Koppenhaver, J. M. & Mulholland, E. & Ladden, L. J. & Baime, M. J. (2004) Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use* 9(6), 259–268.
- 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.
- Armor, D. J. & Polich, J. M., & Stambul, H. B. (1976) *Alcoholism and treatment*. Santa Monica, CA: Rand.
- Avants, S. K. & Beitel, M. & Margolin, A. (2005) Making the shift from 'addict self' to 'spiritual self.' Results from a Stage 1 study of Spritual Self-Schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health Religion Culture* 8, 167–177.
- Baer, Ruth A. (2005) *Mindfulness based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Burlington: Academic Press.
- Baer, R. A. & Smith, G. T. & Hopkins, J. & Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13(1), 27–45.
- Baer, R. A. & Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004) Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment* 11(3), 191–206.
- Ball, D. (2008) Addiction science and its genetics. *Addiction* 103(3), 360–367.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010) *Clients: The neglected common factor in psychotherapy*. Teoksessa: Duncan, B. L. & Miller, S. D. & Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (toim.) (2010) *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy*. Washigton, DC: American Psychological Association.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003) The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 822–848.

- Bowen, S. & Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2011) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Bowen, S. & Witkiewitz, K. & Dillworth, T. M. & Chawla, N. & Simpson, T. L. & Ostafin, B. D. & Larimer, M. E. & Parks, G. A. & Marlatt, G. A. & Blume, A. W. (2006) Mindfulness Meditation and Substance Use in an Incarcerated Population. *Psychology of Addictive Behaviors* 20(3), 343–347.
- Bowen, S. & Witkiewitz, K. & Dillworth, T. M. & Marlatt, G. A. (2007) The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors* 32(10), 2324–2328
- Bowen, S. & Chawla, N. & Collins, S. E. & Witkiewitz, K. & Hsu, S. & Grow, J. & Clifasefi, S. & Garner, M. & Douglass, A. & Larimer, M. E. & Marlatt, G. A. (2009) Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse* 30, 295–305.
- Bowen, S. & Witkiewitz, K. & Clifasefi, S. L. & Grow, J. & Chawla, N. & Hsu, S. H. & Carroll, H. A. & Harrop, E. & Collins, S. E. & Lustyk, M. K. & Larimer, M. E. (2014) Relative efficacy of Mindfulness-based relapse prevention, Standard Relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71(5), 547–556.
- Bramm, S. M. & Cohn, A. M. & Hagman, B. T. (2013) Can preoccupation with alcohol override the protective properties of mindful awareness on problematic drinking? *Addictive Disorders and Their Treatment* 12(1), 19–27.
- Breslin, F. C. & Sobell, L. C. & Sobell, M. B. & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 38(12), 1211–1220.
- Breslin, F. C. & Zack, M. & McMMain, S. (2002) An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practise* 9(3), 275–299
- Brewer, J. A. & Sinha, R. & Chen, J. A. & Michalsen, R.N. & Babuscio, T. A. & Nich, C. & Grier A. & Bergquist, K. L. & Reis, D. L. & Potenza, M. N. & Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (2009) Mindfulness training and stress reactivity in substance

- abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse* 30(4), 306–317.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003) The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84(4), 822–848.
- Buchheld, N. & Grossman, P. & Walach, H. (2001) Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research* 1, 11–34.
- Cardaciotto, L. & Herbert, J. D. & Forman, E. M. & Moitra, E. & Farrow, V. (2008) The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment* 15(2), 204–223.
- Davidson, R. J. & Kabat-Zinn, J. & Schumacher, J. & Rosenkranz, M. S. & Muller, D. & Santorirelli, S. F. & Urbanowski, S. F. & Harrington, A. & Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65, 564–570.
- Dawson, D. A. & Grant, B. F. & Ruan, W. J. (2005) The association between stress and drinking: Modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism* 40, 453–460.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. & Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (toim.) (2010) *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Easterbrook, P. J. & Berlin, J. A. (1991) Publication bias in clinical research. *Lancet* (North American ed.) 337(8746), 867–872.
- Feldman, G. & Hayes, A. & Kumar, S. & Greeson, J. & Laurenceau, J.-P. (2007) Mindfulness and emotion regulation: The development of initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 29(3), 177–190.
- Fernandez, Anne C. & Mark D. Wood, L. A. R. Stein, and Joseph S. Rossi (2010) Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors* 24(4), 608–61.

- Fink, A. (2005) *Conducting research literature reviews: From paper to the internet*. Sage: Thousand Oaks.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991) *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3. painos)*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Garland, E. L. & Boettinger, C. A. & Howard, M. O. (2011) Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychological model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses* 76(5), 745–754.
- Garland, E. L. & Schwarz, N. R. & Kelly, A. & Whitt, A. & Howard, M. O. (2012) Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 12(4), 242–263.
- Garland, E. L. (2011) Trait mindfulness predicts attentional and autonomic regulation of alcohol cue-reactivity. *Journal of Psychophysiology* 25(4), 180–189.
- Garland, Eric L. & Boettinger, C. A. & Gaylord, S. A. & West Channon, V. & Howard, M.O. (2012) Mindfulness is inversely associated with alcohol attentional bias among recovering alcohol dependent adults. *Cognitive Therapy & Research* 36(5), 441–450.
- Garland, E. L. (2013) *Mindfulness-oriented recovery enhancement for addiction, stress and pain*. Washington: National Association of Social Workers.
- Garland, E. L. & Gaylord, S. A. & Boettinger, C. A. & Howard, M. O. (2010) Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results from a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs* 42(2), 177–192.
- Gelderloos, P. & Walton, K. G. & Orme-Johnson, D. W. & Alexander, C. N. (1991) Effectiveness of the transcendental meditation program in preventing and treating substance misuse: A review. *International Journal of Addiction* 26, 295–325.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 35(4), 639 – 66.

- Hester, R. K. & Miller, W. R. (toim.) (2003) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hick, S. J. & Bien, T. (2008) *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press.
- Hick, S. J. (2009) *Mindfulness and social work*. Chicago: Lyceum Books, Inc.
- Holder, H. & Longabaugh, R. & Miller, W. R. & Rubonis, A. V. (1991) The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517–540
- Holmberg, N. (2003) Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa: Salaspuro, M & Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. (2005) Retkahduksen ehkäisy päihdeongelmien hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121(12), 1309–1315.
- Hoppes, Kimberly (2006) The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums* 11(11) 829–841, 846–851.
- Hubble, M. A. & Duncan, B. L. & Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2010) Introduction. Teoksessa: Duncan, B. L. & Miller, S. D. & Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (toim.) *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hyytiä, Petri (2003) Perinnöllisyys. Teoksessa: Salaspuro, M & Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Hölzel, B.K. & Lazar, S.W. & Gard, T. & Schuman-Olivier, Z. & Vago, D.R. & Ott, U. (2011) How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6(6), 537–559.
- Irvin, J. E. & Bowers, C. A. & Dunn, M. E. & Wang, M. C. (1999) Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(4), 563–570.

- Jääskeläinen, M. (2012) Päihdehaittakustannuslaskennanmenetelmät. Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2012) *Kehon ja mielen viisaus. Tietoisien läsnäolon parantava voima*. Suomentanut: Soili Takkala. Basam Books. Helsinki: WS Bookswell. Alkuperäinen teos: *Coming to our senses* 2005.
- Kabat-Zinn, J. (2007) *Täyttä elämää. Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa*. Suomentaneet: Sanoukian, M. ja Turpeinen, T. Basam Books. Helsinki: WS Bookswell. Alkuperäinen teos: *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* 1990.
- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine* 11, 333–352.
- Kabat-Zinn, J. & Wheeler, E. & Light, T. & Skillings, A. & Scharf, M. & Cropley, T. G. & Hosmer and Bernhard, J. (1998) Influence of a mindfulness based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine* 60, 625–632.
- Kallio, T. J. (2006) Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. *Hallinnon tutkimus* 25(2), 18–28.
- Karyadi, K. A. & VanderVeen, J. D. & Cyders, M. A. (2014) A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and Alcohol Dependence* 143, 1–10.
- Keng, S.-L. & Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011) Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 31(6), 1041–1056.

- Key, B.L. & Campbell, T.S. & Bacon, S.L. & Gerin, W. (2008) The influence of trait and state rumination on cardiovascular recovery from a negative emotional stressor. *Journal of Behavior Medicine* 31(3), 237–248.
- Kiianmaa, K. (2003) Alkoholi. Teoksessa: Salaspuro, M & Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. (2003) Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa: Salaspuro, M & Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Klem, Simo (2002) Päivä kerrallaan. Raittiin alkoholistin identiteetin rakentuminen AA-ryhmän vuorovaikutuksessa. Sosiologian Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Koski-Jännes, A. (2004) In search of comprehensive model of addiction. Teoksessa: Rosenqvist, P. & Blomqvist, J. & Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (toim.) *Addiction and life course*. 49–67. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Kuusisto, K. (2010) Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampere: Tampereen yliopisto, väitöskirja.
- LaBounty, L. P. & Hatsukami, D. & Morgan, S. F., & Nelson, L. (1992). Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms. *Addictive Behaviors* 17, 9–15.
- Lambert, M. J. (1986) Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. Teoksessa: Norcross, J. N. (toim.) *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1992) Implications of psychotherapy outcome research for psychotherapy integration. Teoksessa J.C. Norcross & M. R. Goldfried (toim.) *Handbook of psychotherapy integration*, 94–129. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. Teoksessa: A. E. Bergin & S. L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. painos), 143–189. New York: Wiley.
- Larimer, M. E. & Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999) Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive behavioral model. *Alcohol Research and Health* 23(2), 151–169.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leigh, J. & Neighbors, C. (2009) Enhancement motives mediates the positive association between mind/body awareness and college student drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology* 28(5), 650–669.
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. & Schmidt, H. & Dimeff, L. A. & Craft, J. C. & Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. *American Journal on Addiction* 8(4), 279–292.
- Litman, G. K. & Stapleton, J. & Oppenheim, A. N. & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction* 78, 269–276.
- Lloyd, D. A. & Turner, R. J. (2008) Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 93(3), 217–226.
- Longabaugh, R. & Morgenstern, J. (1999) Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. *Alcohol Research & Health* 23(2), 78–85.
- Marcus, M. T. & Schmitz, J. & Moeller, G. & Liehr, P. & Cron, S. G. & Swank, P. & Bankston, S. & Carroll, D. & Granmayeh, L. K. (2009) Mindfulness-based stress reduction in therapeutic community treatment: a stage 1 trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35(2), 103–108.
- Marlatt, G. A. (1985) Retkahtamisen ehkäisy: itsekontrolliohjelma addiktiokäyttämisen hoidossa. Suomentanut Halonen, I. Haarajoki: Järvenpään sosiaalisairaala. Alkuteos: Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine 1982.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & Larimer, M. & Blume, A. & Simpson, T. & Sparks, G. A. & McPherson, L. & Buder, J. K. (2002) The effects of Vipassana meditation on alcohol and drug relapse, criminal recidivism, and psychological functioning. Paper

- presented at the 36th Annual Convention of the association for Advancement of Behavioral therapy, Reno, NV.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2005) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2. painos) New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1996) Taxonomy of high risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91(suppl.), 37–49.
- Marlatt G. A. (2002) Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice* 9(1), 44–49.
- Marlatt, G. A. & Bowen, S. & Chawla, N. & Witkiewitz, K. (2008) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships*. Teoksessa: Hick, S. & Bien, T. (Toim.) *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. Alan & Barrett, K. & Daley, D.C. (1999) *Relapse prevention*. Teoksessa: Galanter, M. & Kleber, H. D. *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment*. Toinen painos. 393–407. Washington: American Psychiatric Press.
- Merikangas, K. R. & Mehta, R. L. & Molnar, B. E. & Walters, E. E. & Swendsen, J. D. & Aguilar-Gaziola, S. & Bijl, R. & Borges, G. & Caraveo-Anduaga, J. J. & Dewit, D. J. & Kolody, B. & Vega, W. A. & Wittchen, H.-U. & Kessler, R. C. (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors* 23(6), 893–907.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Morgenstern, J. & Longabaugh, R. (2000) Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 95(10), 1475–1490.
- Mäkelä, Rauno (2003) *Alkoholiriippuvuuden kulkuun vaikuttavat tekijät*. Teoksessa: Salaspuro, M & Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.

- Ogawa, R. T. & Malen, B. (1991). Towards rigor in reviews of multivocal literature: Applying the exploratory case method. *Review of Educational Research* 61, 265–286.
- Onwuegbuzie, A. J. & Leech, N. L. & Collins, K. M. T. (2012) Qualitative analysis techniques for the review of the literature. *Qualitative Report* 17(56), 1–28.
- Ostafin, B. D. & Marlatt, G. A. (2008) Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology* 27(4), 404–418.
- Payne, M. (2005) *Modern social work theory*. Kolmas painos. Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.
- Praissman, S. (2008) Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 212–216.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47, 1102–1114.
- Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 58(1), 7–29.
- Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. & Rubonis, A. V. & Sirota, A. D. & Niaura, R. S. & Colby, S. M. & Wunschel, S. M. & Abrams, D. B. (1994) Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(3), 620–626.
- Rosenqvist, P. & Blomqvist, J. & Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (toim.) (2004) *Addiction and Life Course*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Saarnio, P. (2009) *Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus*. Teoksessa: Tammi, T. & Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) *Irti pihdeongelmista*. Porvoo: Edita.
- Salaspuro, M. & Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) (2003) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Duodecim.

- Sandahl, C. & Lindberg, S. & Ronnenberg, S. (1990) Efficacy expectations among alcohol-dependent patients – Swedish version of the Situational Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism* 25, 67–73.
- Segal, Z. V. & Williams, M. G. J. & Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sellman, D. (2010) The 10 Most Important Things Known about Addiction. *Addiction* 105, 6–13.
- Shapiro, S. L. & Carlson, L. E. & Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* 62(39), 373–386.
- Schroder, K. E. & Perrine, M. W. (2007) Covariations of emotional states and alcohol consumption: evidence from 2 years of daily data collection. *Social Science & Medicine* 65(12), 2588–2602.
- Schwabe, L. & Dickinson, A. & Wolf, O. T. (2011) Stress, habits, and drug addiction: A psychoneuroendocrinological perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 19, 53–63.
- Siegel, D. J. (2007) *The mindful brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sipilä, J. (1989) *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.
- Straussner, S. & Nemenzik, J. (2007) Co-occurring substance use and personality disorders: Current thinking on etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 7(1-2), 5–23.
- Tammi, T. & Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) (2009) *Irti päihdeongelmista*. Porvoo: Edita.
- Teater, B. (2010) *An introduction to applying social work theories and methods*. Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.
- Teasdale, J. D. & Segal, Z. V. & Williams, J.M.G. & Mark, G. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4), 615–623.
- Tiffany, Stephen T. (1990) A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review* 97(2), 147–168.

- Thombs, D. L. (2006) *Introduction to addictive behaviors*. Kolmas painos. New York: The Guilford Press.
- Torraco, R. J. (2005) Writing integrative literature reviews. Guidelines and examples. *Human Resource Development Review* 4(3), 356–367.
- UKATT research team (2005) Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal (International Edition)* 338(7516), 541–544.
- Vallejo, Zayda & Amaro, Hortensia (2009) Adaptation of Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Addiction Relapse Prevention. *Humanistic Psychologist* 37(2), 192–206.
- Wampold, B. E. (2005) *The Psychotherapist*. Teoksessa: Nocrross, J. N. & Beutler, L. E. & Levant, R. F. (toim.) *Evidence-practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 62, 615–640.
- Werkmeister Rozas, L. & Klein, W.C. (2010) The value and purpose of the traditional qualitative literature review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 7(5), 387–399.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. & Walker, D (2005) Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19(3), 211–228.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004) Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychologist* 59(4), 224–235.
- Witkiewitz, K. & Bowen, S. & Douglas, H. & Hsu, S. H. (2013) Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors* 38(2), 1563–1571.

- Witkiewitz, K. & Lustyk, M. K. & Bowen, S. (2013) Retraining the addicted brain: A review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychology of Addictive Behaviors* 27(2), 351–365.
- Zgierska, A. & Rabago, D. & Chawla, N. & Kushner, K. & Koehler, R. & Marlatt, A. (2009) Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse* 30(4), 266–94.
- Zgierska, A. & Rabago, D. & Zuelsdorff, M. & Coe, C. & Miller, M. & Fleming, M. (2008) Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine* 2(3), 165–173.

Internet-lähteet

- Garland, Eric L. (2014) New Paper Accepted for Publication – Opioid Attentional Bias and Cue-Elicited Craving Predict Future Risk of Prescription Opioid Misuse. <http://drericgarland.com> (viitattu 2.4.2014)
- Huttunen, Jussi (2012) Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120 (viitattu 10.9.2014)
- Kabat-Zinn, Jon ym. Training Teachers to Deliver Mindfulness-Based Street Reduction. <https://www.umassmed.edu/cfm/trainingteachers/index.aspx> (viitattu 15.4.2014)
- Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP). www.mindfulrp.com (viitattu 27.11.2012)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelut. Päihdepalvelut. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut (viitattu 15.7.2014)
- Riikonen, E. & Toikka, M. (2009) Pyskoterapeutin mindfulness-taidot. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 6(1), 63–85. <http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2009/veresaminna.pdf> (viitattu 27.5.2014)
- Tilastokeskus. Kuolemansyyt vuonna 2012. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_001_fi.html (viitattu 25.9.2014)