

Toistuvan masennuksen ennaltaehkäisy mindfulness:iin pohjautuvalla kognitiivisella psykoterapialla

**Auli Tiainen
Taina Tirri-Ollikainen**

Masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi on kehitetty mindfulness-pohjainen kognitiivinen terapia (engl. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression eli MBCT), jossa yhdistyy länsimainen tiedonprosessoinnin teoria ja itämainen zen-mietiskelyn perinne.

Kognitiivisen mallin mukaisesti MBCT:ssä opetetaan tunnistamaan masennukselle altistavia mielensisältöjä ja prosessointitapoja. Mindfulness-harjoittelu mahdollistaa tietoisien ja sallivan etäännyttämisen avulla uudenlaisen suhteen mielen kokemuksiin, mikä auttaa riittävän ajoissa tunnistamaan masennuksen uusiutumiselle altistavat lievätkin surullisuuden tunteet ja estää niiden syvenemisen depressioksi.

MBCT:n kehittäjien kokemukset ja heidän tutkimuksensa tulokset toistuvien masennusten hoidossa vaikuttavat rohkaiseviltä. MBCT tarjoaa vaihtoehdon lääkehoidolle masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi.

1 JOHDANTO

Älä vaadi, että asiat tapahtuvat niin kuin sinä toivot,
vaan toivo niiden tapahtuvan niin kuin ne tapahtuvat.
Silloin elämässäsi vallitsee rauha.
(Epiktetos)

Kiinnostuksemme mindfulness:iin heräsi Jeremy D. Safranin seminaarissa Helsingissä v. 2001. Hän käsitteli mindfulness:ia terapeutin keinona tutkia terapiasuhteen ilmiöitä kuuntelemalla hyväksyvästi itsessään herääviä ajatuksia, tunteita ja kehollisia tuntemuksia. Safranin mukaan mindfulness-harjoittelu lisää terapeutin kykyä saavuttaa ”osallistuja-havainnoitsija”-asema (engl. participant-observer) terapiatilanteessa (Safran ja Muran

2001). Juhani Tiuraniemi on osaltaan käsitellyt mindfulness:ia reflektiivisyys-käsitteen yhteydessä. Hänen mukaansa mindfulness-harjoittelun myötä terapeutti oppii reflektoidaan eli tietoisesti havainnoimaan, tunnistamaan ja ilmaisemaan omia sekä toisen sisäisiä tiloja (Tiuraniemi 2002). Lisäksi mindfulness:ia käytetään persoonallisuushäiriöiden hoidossa osana Marsha Linehanin kehittämää dialektis-behavioraalista terapiaa (Walz ja Linehan 1999).

Päätimme tutustua aiheeseen tarkemmin kuultuamme, että on kehitetty mindfulness:iin pohjautuva menetelmä uusiutuvien masennusten ennaltaehkäisemiseksi. Aihe onkin kiinnostava ja haasteellinen, koska depressio on yleinen ja se uusiutuu herkästi: 20-25 % naisista ja 7-12 % miehistä kärsii kliinisestä depressiosta elämänsä aikana (Segal, Williams&Teasdale 2002, 10). On tutkittu, että 50 %:lla henkilöistä, jotka ovat toipuneet depressiojaksosta, oireilu uusiutuu yhden kerran ja että henkilöillä, joilla on elämänhistoriassaan kaksi tai useampia depressiojaksoja, on 70 % todennäköisyys depressiojakson uusiutumiseen (Isometsä 1999, 125). Tämän ilmiön kohtaamme päivittäin työssämme psykiatrian poliklinikalla. Tarve psykoterapeuttisille toimintamalleille masennuksen toistumisen ehkäisyssä on ilmeinen.

Mindfulness:n juuret juontavat buddhalaiseen zen-mietiskelytaitoon. Buddhalaisuudessa perusajatuksena on todellisuuden hyväksyminen sellaisena kuin se on (Snelling 1990, 62). Mindfulness:lla tarkoitetaan tarkkaavaisuuden suuntaamista meneillään olevassa hetkessä ilman kohteen arviointia, jolloin pyrkimyksenä on oppia muodostamaan uudenlainen suhde omiin sisäisiin kokemuksiin. Keskeistä on etäännyttäminen (engl. de-centering) eli omia sisäisiä prosesseja tarkastellaan tutkivalla otteella ja niitä pyritään ymmärtämään. Mindfulness:ia voi luonnehtia taidoksi, jonka oppimisessa harjoittelu on keskeistä (Tiuraniemi 2003).

Mindfulness-termille ei ole oikeastaan suomenkielistä vastinetta, mutta mm. seuraavia käännöksiä tapaa kirjallisuudessa: 'tutkiva tai viisas mieli' , 'ajattelevaisuustaidot' (engl. mindfulness skills) (M.Linehan 1999), 'läsnäolotietoisuus' ja 'mielentäyteys'. Jatkossa käytämme mindfulness käsitettä , sillä se on jo yleistynyt suomalaiseseen puhekieleen.

Tässä lopputyössämme käsittelemme sitä, kuinka mindfulness- tekniikkaa yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan voidaan käyttää keinona masennuksen uusiutumisen estämiseen. Segal, Williams ja Teasdale ovat kehittäneet itämaista zen- mietiskelyn perinnettä ja länsimaista tiedonprosessoinnin teoriaa yhdistävän mindfulness-pohjaisen kognitiivisen terapian (engl. Mindfulness-Based Cognitive Therapy eli MBCT). Menetelmä on

tutkimusten mukaan vähentänyt depression uusiutuvuutta henkilöillä, joilla on elämänsä aikana ollut vähintään kolme aiempaa depressiojaksoa (Teasdale ym. 2000).

Kirjallisessa työssämme esittelemme MBCT:n teoreettista taustaa, käytännön toteutusta ja seurantatutkimuksen tuloksia. Päälähteenä on Zindel V. Segal'n, J. Mark G. Williams'n ja John D. Teasdaalen vuonna 2000 kirjoittama kirja: ”Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression”.

2. KOGNITIIVINEN HAAVOITTUVUUS DEPRESSION TAUSTALLA

Segal, Williams ja Teasdale (2000) ovat tutkineet mielialan vaikutusta ajatteluun ja havainneet, että koehenkilöillä, jotka ovat sairastaneet aiemmin depression, surullinen mieliala aktivoi negatiivista ajattelua päinvastoin kuin koehenkilöillä, jotka eivät aiemmin ole kärsineet depressiosta. Tämän eron he selittävät sillä, että surullisen tilanteen keskellä toistuvasti depression sairastaneen henkilön mieleen alkaa nousta aiempiin depressiojaksoihin liittyneitä negatiivisia ajatuksia ts. surullisen mielialan ja siihen liittyvän ajattelun välillä vaikuttaisi olevan opittu yhteys. Näin ollen henkilölle, joka on ollut aiemmin depressiivinen voi jopa tavanomaisella ja arkipäiväisellä surumielisyydellä olla vakavat seuraukset (Segal, Williams & Teasdale 2002, 28,30).

Jeanne Mirandan ja Jackie Personsin 80-luvun lopulla tekemissä tutkimuksissa (Segal, Williams & Teasdale 2002, 30-31) ilmeni, että depression aiemmin sairastaneilla henkilöillä surullisessa mielentilassa dysfunktionaaliset asenteet aktivoituvat herkemmin kuin hyvässä mielentilassa. Tällöinkin todettiin, että vain pieni muutos mielialassa johtaa aiemmasta depressiovaiheesta tuttuihin ajattelumalleihin. Tulokset ovat osoittaneet myös, että mielialan muutosta seuraava ajattelun muutos, ns. 'kognitiivinen reaktiivisuus' on luonteeltaan kumulatiivista: jokainen depressiojakso lisää uuden jakson todennäköisyyttä (Segal, Williams & Teasdale 2002, 32).

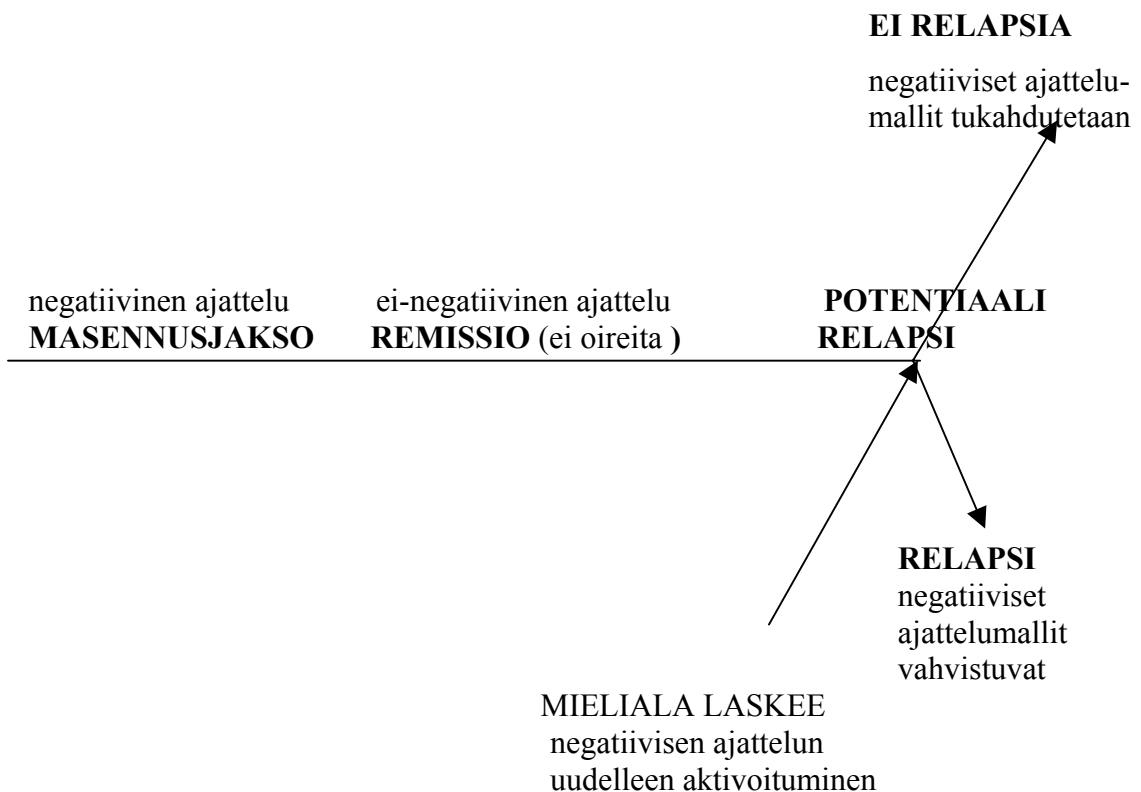
Susan Nolen-Hoeksema (1995) on tutkinut eroja ihmisten reaktioissa depressiiviseen mielialaan ja –tilanteisiin (Segal, Williams & Teasdale 2002, 33-34). Jotkut reagoivat matalaan mielialaan kiinnittämällä huomiota enemmän itseensä ja toiset keskittyvät muihin asioihin viemällä huomion pois itsestä. Nolen-Hoeksema kutsuu ensimmäistä tapaa 'märehtiväksi vasteeksi' (engl.'ruminative response style'). Hän on havainnut, että

tämä tapa pikemminkin ylläpitää depressiivistä mielialaa ja heikentää ongelmanratkaisukykyä kuin helpottaa tilannetta.

2.1. Malli masennuksen uudelleen aktivoitumisesta

Masennuksen uudelleen aktivoituminen eli depressiorelapsi edellyttää, että hetkellä jolloin mieliala alkaa laskea, aikaisemmalle depressiojaksolle tyypilliset ajattelumallit aktivoituvat uudelleen. Tämä uudelleen aktivoituminen tapahtuu automaattisesti ilman tietoista päätöstä. Ajattelumallien sisältö niin ikään on usein automatisoitunutta, ennalta tuttua ja vailla tietoista päätöstä tai valintaa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 36).

Alla olevassa kuviossa hahmotetaan depressiorelapsin taustalla olevaa kognitiivista mallia.



Kuvio 1. Malli depressiorelapsista (Segal, Williams&Teasdale 2002, 37).

Robert Post (1992) on tutkimuksessaan (Segal, Williams&Teasdale 2002, 31-32) osoittanut, että ensimmäiset depressiojaksot liittyvät yleensä merkittäviin ja vaikeisiin tapahtumiin, mutta myöhemmissä depressiojaksoissa stressitekijöillä on pienempi osuus, jolloin depressio-oireilu laukeaa herkemmin. On osoitettu, että vähintään kolme depressiojaksoa läpikäyneillä henkilöillä negatiivinen ajattelu- ja kokemusmalli alkaa aktivoitua matalan mielialan yhteydessä varsin autonomisesti ilman merkittäviä ulkoisia rasite-tekijöitä.

Relapsissa on kyse kokonaisvaltaisen, integroituneen kokemuksen uudelleen aktivoitumisesta niin ajattelumallien, tunteiden kuin kehollisten kokemusten osalta. Nämä komponentit vaikuttavat toinen toistaan vahvistaen jolloin kehittyä itse itseään ylläpitävä depressiivinen mielentila, joka jatkuessaan muuttuu yhä vain hankalammaksi ja vaikeammaksi (Segal, Williams&Teasdale 2002, 36).

Depressiivisen mielentilan ydin pitää sisällään erityisen 'mallin' depressiivisestä kokemuksesta. Tämän mielensisäisen mallin mukaan yksilö näkee tai tarkemmin ottaen kokee itsensä riittämättömänä, arvottomana ja syyllisenä sekä pitää negatiivisia ajatuksiaan todellisuuden tarkkoina heijastuksina. Malli on enemmän kuin kooste itseän ja depression liittyvistä käsityksistä - se edustaa monien mielensisäisten ja kehollisten kokemusten tiivistymää, jolloin kokemuksen taso on syvempi kuin pelkästään käsitteellinen. Siten muutos syvemmällä tasolla edellyttää enemmän kuin käsitteellisen tiedon lisäämistä depressiosta, negatiivisesta ajattelusta ja uusiutumisalttiudesta. Keskeistä muutokselle on, että mielelle ja keholle voidaan toistuvasti tarjota uudenlaisia kokemuksia, jotka lisääntyessään mahdollistavat vaihtoehtoisia, ei-depressiivisiä näkökulmia (Segal, Williams&Teasdale 2002, 67).

Kun masennus uusiutuu, edellä kuvatut mielensisäiset mallit johtavat petollisesti yritykseen päästä ongelmasta pois ajattelemalla. Tällöin 'märehtivä ajattelu' väistämättä käynnistyy, ja henkilön mielessä viriää itseään ruokkiva depressiivinen kehä, jossa kokemus omasta huonoudesta ja toisaalta toivotusta paremmasta mielentilasta vaihtelee. Huonouden kokemuksen vuoksi tavoitteena olevaa hyvää mielentilaa on kuitenkin mahdoton saavuttaa. Näin henkilö lukkiutuu depressiiviseen tilaan (Segal, Williams&Teasdale 2002, 68-69).

Muutokset mielentiloissa voivat tapahtua joko automaattisesti eli ne voivat käynnistyä vasteena tietynlaiselle informaation prosessoinnille tai tarkoituksellisesti henkilön vali-

tessa erityisen tavan suunnata huomiotaan. Mindfulness- harjoittelun päämääränä on tulla tietoisiksi kulloisestakin mielentilasta sekä siirtyä ei-auttavasta mielentilasta auttavampaan (Segal, Williams&Teasdale 2002, 69-70). Tähän liittyen esittelemme seuraavaksi käsiteparia 'doing mode' ja 'being mode', jotka vapaasti käännettynä tarkoittavat tekemisen mielentilaa ja olemisen mielentilaa.

2.2 Tekemisen mielentila ja olemisen mielentila

Tekemisen mielentilaan liittyy päämäärähakuisuus, joten tavoitteena on pienentää kiihkoa todellisuuden ja ideaalitilan välillä; yksilön huomio on kiinnittynyt ristiriitaan olemassa olevan ja toivotun tilan välillä. Tekemisen mielentilassa tietoisuus tästä hetkestä on kapeutunut mielen askaroidessa pääasiassa menneessä ja tulevassa. **Olemisen mielentilassa** sen sijaan ei tavoitella erityisiä päämääriä, vaan keskipisteenä on kulloinkin käsillä olevan kokemuksen hyväksyminen ja salliminen sellaisenaan, ilman painetta muuttaa sitä. Näin tarjoutuu mahdollisuus täydellisempään, moniulotteisempaan kokemukseen meneillään olevasta hetkestä.

Tekemisen mielentilassa aktivoituva muutospaine on joissakin tapauksissa tarkoituksenmukaista ja auttaa esim. ongelmanratkaisussa, mutta useinkaan sen pohjalta syntyvä prosessointi ei tapahdu tietoisesti, tarkoituksellisesti tai suunnitelmallisesti, vaan automaattisesti totuttujen mallien mukaan. Esim. depressiossa, potentiaalisen uusiutumisen hetkellä aktivoituva negatiivinen ajattelu on eräänlainen tekemisen mielentilan muunnos, eli henkilö huomaa voivansa pahoin ja toivoo parempaa vointia. Tyytymättömyys olemassa olevan ja toivotun tilan välillä johtaa automaattisesti käynnistyvään tekemisen mielentilaan. Depressioalttiilla henkilöillä tekemisen mielentilan käynnistyminen tarkoittaa usein märehyvän ja depressiivistä mielialaa ylläpitävän ajattelun ja kokemukseensa käynnistymistä. Olemisen mielentila puolestaan edellyttää muutosta suhteessa ajatteluun ja tunteisiin, jotka nähdään ohikiitävinä mielen tapahtumina - ne tulevat, viipyvät hetken tietoisuuden kohteena ja menevät sitten pois. Tässä on kysymys etäännyttämisestä, josta enemmän seuraavassa luvussa. Olemisen mielentilassa viipyminen edellyttää kykyä sietää myös epämukavuutta ilman painetta ja kiirettä välittömään muutokseen (Segal, Williams&Teasdale 2002, 70-75).

2.3. Etäännyttäminen

Segal, Williams ja Teasdale (2002) näkevät, että olennaista depressiorelapsien estossa on muutos henkilön suhtautumisessa omiin negatiivisiin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa, ei pelkästään muutos depressiivisen ajattelutavan sisällössä. Hetkellä, jolloin toistuva negatiivinen ajattelu käynnistyy, pyrkimyksenä on ikään kuin astua askel sivuun toteamaan nämä negatiiviset ajatukset ja tunteet ohikiitäviksi mielentapahtumiksi arvioimatta niiden todenperäisyyttä tai sitä, mitä ne kertovat omia mielentapahtumiaan arvioivasta ihmisestä itsestään. Ajatukset olisi tärkeä nähdä vain ajatuksina – ei todellisuuden heijastuksina (Segal, Williams&Teasdale 2002, 58).

Mindfulness:ssa etäännyttämisellä ei ymmärretä emotionaalisesti kivuliaan kokemuksen poistyöntämistä mielestä. Se ei myöskään tarkoita huomion siirtämistä muualle kuten distraktiomenetelmissä (esim. ahdistavassa tilanteessa huomion suuntaaminen ympäristöön tai päässä lasku) (Niemi 2001, 206). Mindfulness:ssa yksilöä rohkaistaan asennoitumaan avoimesti ja sallivasti kaikenlaisiin kokemuksiin, ajatuksiin, tunteisiin ja kehoillisiin tuntemuksiin. Marsha Linehan (1991) on käyttänyt etäännyttämistä kehittämässään dialektisessa käyttäytymisterapiassa persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidossa. Hänen mukaansa suhteen muuttaminen negatiivisiin ajatuksiin ja tunteisiin tarjoaa potilaalle enemmän valinnan mahdollisuuksia reagoida tilanteisiin, jotka aiemmin ovat tempaisseet mukaansa. Hän on kehittänyt hoitomanuaalin, jossa esitetyt harjoitukset kohdistuvat huomion kiinnittämiseen tilanteeseen siten, että tapahtumia on mahdollista havainnoida niin kuin ne tapahtuvat. Linehan kokoaa näkemyksensä ajatukseen, että johonkin tiettyyn tilanteeseen osallistuminen edellyttää kykyä ikään kuin astua tilanteen ulkopuolelle (Segal, Williams&Teasdale 2002, 39-40).

Yhteenvetona depression uusiutumisten taustalla olevasta kognitiivisesta haavoittuvuudesta kirjan 'Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression' kirjoittajat toteavat, että hetkellä jolloin mieliala laskee, vanhat ja totutut kognitiivisen prosessoinnin mallit käynnistyvät automaattisesti. Tällä on kaksi tärkeää vaikutusta: 1) ajattelu kiertää toistuvia, kuluneita ajatuskehiä löytämättä ulospääsyä depressiivisestä mielialasta ja 2) ajattelu itsessään lisää depressiivistä mielialaa johtaen vähitellen vaikeutuvaan sekä itseään ylläpitävään noidankehään. Depressiolle alttiissa tilanteessa aktivoituu tietynlainen mielentila (engl. mode of mind), joka käsittää mielialan, ajatukset, mielikuvat ja kehoilliset tuntemukset. Lisäksi siihen nivoutuu herkästi mielen vastaanottama negatii-

vinen materiaali sekä taipumus käsitellä sitä märehdivällä ajattelulla. Terapian tavoitteena onkin, ettei märehdivä ajattelu ja depressiivistä mielialaa ylläpitävä tekemisen mielentila aktivoituisi potentiaalisen relapsin hetkellä.

3. MINDFULNESS

Jon Kabat-Zinn on uranuurtaja mindfulness:n käytössä stressinhallintakeinona mm. erilaisissa ruumiillisissa pitkäaikaissairauksissa kuten sydänsairauksissa, korkeassa verenpaineessa, syövässä, AIDS:ssa, toiminnallisissa vatsavaivoissa, päänsäryssä sekä unihäiriöissä ja ahdistuneisuudessa. Hänen perustamansa Stress Reduction Clinic Massachusetts:n Yliopiston lääketieteellisessä keskuksessa on julkaissut rohkaisevia tutkimustuloksia ahdistuneisuuden ja kroonisen kivun hoidosta mindfulness- tekniikalla. Jon Kabat-Zinnin (1994) määritelmän mukaan mindfulness tarkoittaa huomion kiinnittämistä erityisellä tavalla, tarkoituksellisesti, tässä hetkessä, tuomitsematta ja kritiikittä (Segal, Williams&Teasdale 2002, 40).

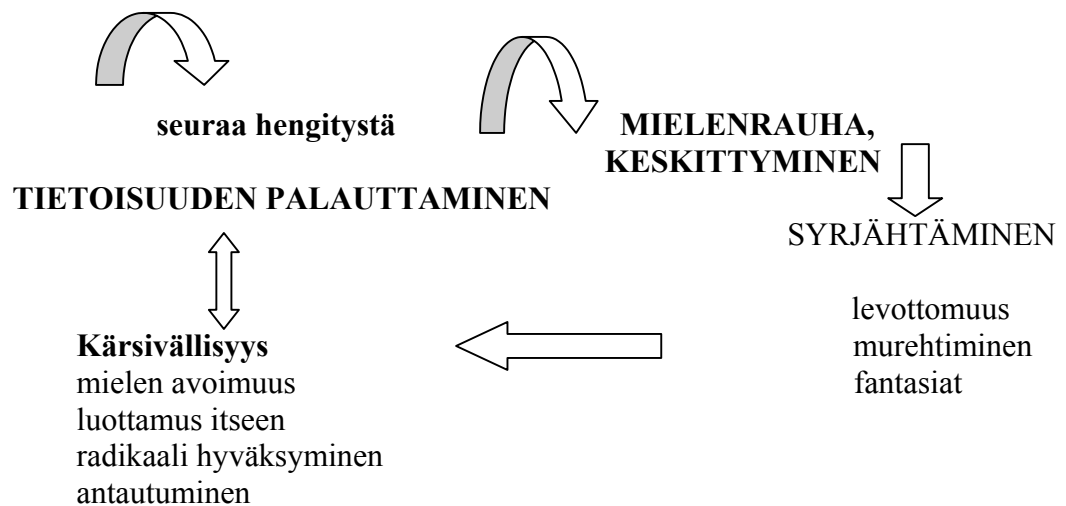
Segal, Williams ja Teasdale (2002) näkevät yhtäläisyyksiä mindfulness:n ja oman mielentapahtumien etäännyttämistä koskevan ajattelunsa välillä. He yhtyvät Jon Kabat Zinn'n kuvaukseen: ”On merkittävää, miten vapauttavalta tuntuu huomata, että ajatuksesi ovat vain ajatuksia, eivätkä ne ole yhtä kuin sinä tai todellisuus...ajatusten tunnistaminen ajatuksiksi vapauttaa sinut niiden usein vääristyneeksi luomasta todellisuudesta ja antaa mahdollisuuden selvänäköisyyteen ja parempaan elämäntapaan” (Segal, Williams&Teasdale 2002, 41).

Lähtökohtana mindfulness:ssa on pyrkimys irrottautua automaattisesta toiminnasta (engl. automatic pilot) ja tavoitella tietoisuutta kulloinkin käsillä olevasta hetkestä. Automaattisessa toiminnassa ruumis ikään kuin tekee eri asioita mielen tehdessä toista. Esim. luemme, mutta emme muista lukemaamme tai syömme, mutta emme havaitse ruuan makua. Mieli on sen vuoksi passiivinen suurimman osan aikaa ja sallii ajatusten, muistojen, suunnitelmien ja tunteiden ikään kuin pyydystää itsensä. Tällöin negatiivisten ajattelunosien havainnoiminen on vähemmän todennäköistä, mikä voi johtaa surullisten tunteiden lisääntymiseen ja masennukseen siihen taipuvaisilla ihmisillä. Sen vuoksi hyvinvoinnin kannalta on hyödyllistä oppia astumaan ulos automaattisesta toi-

minnasta kohti tietoista, kokonaisvaltaista ja hyväksyvää kokemusten havainnointia. Mindfulness on taito, jonka oppimisen myötä tämä ulos astuminen mahdollistuu masennuksen uhatessa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 99-101).

Tietoisuuden ylläpitämiseksi käytetään hengitystä ns. ankkurina. Rauhallisen hengittämisen avulla pyritään toisaalta keskittymään ja rauhoittumaan, toisaalta avaamaan mieli kaikenlaiselle kokemiselle. Tavoitteena on löytää mielen tasapaino tyyneyden ja hereillä olemisen välillä. Kun mieli alkaa harhailla depressiiviselle kokemiselle altistavissa kognitioissa, palataan uudelleen kuuntelemaan hengitystä ja sen myötä laajemmin omia tunteita sellaisinaan. Esim. ruumiillisten sairauksien yhteydessä tietoisuus kehon tapahtumista on keskeistä. Depression yhteydessä oleelliseksi muodostuu tietoisuus masennukselle altistavista mielensisällöistä, mutta myös kehollisista tunteista (Segal, Williams&Teasdale 2002, 157-189).

Tärkeää mindfulness:ssa on sallivuus mielen ja kehon tapahtumia kohtaan. Jon Kabat Zinn'n (1990) mukaan mindfulness:n tärkein viesti on seuraava: kun kykenemme olemaan läsnä tässä hetkessä, olemme tietoisempia jokaisesta hetkestä ja tietoisempia meille avoimena olevista mahdollisuuksista. Mindfulness:n pyrkimyksenä ei ole päästä eroon ongelmista, vaan oppia hyväksymään ne ja elämään niiden kanssa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 62). Kuviossa 2 kuvataan tätä prosessia.



Kuvio 2. Mindfulness (Kognitiivisen terapian work shop 2002, Integrum Instituutti)

Mindfulness:n hyötyjä perustellaan mm. seuraavasti. Ensinnäkin tietoinen harjoittelu nakertaa itseään ylläpitäviä, märehtiviä ja negatiivisia ajattelu- sekä tunne noidankehiä.

Toiseksi harjoittelu, joka tähtää ajatusten, tunteiden ja kehollisten tuntemusten tarkempaan tiedostamiseen, voi auttaa ihmisiä havaitsemaan varhain tilanteet, joissa he ovat taipuvaisia ajautumaan depression. Kolmantena hyötynä pidetään mahdollisuutta auttaa yhtä aikaa suurempaa joukkoa toistuvista depressioista kärsiviä henkilöitä, koska mindfulness:iin pohjautuvassa kognitiivisessa terapiassa, jota seuraavassa luvussa käsitellään, harjoitukset tapahtuvat ryhmämuotoisina (Segal, Williams&Teasdale 2002, 41-42).

4. MINDFULNESS:IIN POHJAUTUVA KOGNITIIVINEN TERAPIA (MBCT)

Mindfulness:iin pohjautuvassa kognitiivisessa terapiassa keskeisenä tavoitteena on potentiaalisen relapsin hetkellä kyky tehdä havainto mielialan muuttumisesta surulliseksi ja pyrkiä eroon sitä seuraavasta mielentilasta, jossa märehtivän ajattelun ja negatiivisten ajatusten kehä ylläpitää itseään. Tarkoituksena on oppia siirtymään tekemisen mielentilasta olemisen mielentilaan, jossa on mahdollista prosessoida depression liittyvä informaatiota tavalla, joka ei provosoi relapsia. Tämä tarkoittaa fokuksen siirtämistä sisälöstä prosessiin eli pois siitä, mitä kognitiivisessa terapiassa tarkoitetaan negatiivisen ajattelun sisällön muuttamisella, kohti mahdollisuutta työstää kaikenlaisia kokemuksia. Tämän vuoksi psykoedukaation rooli korostuu. Esimerkiksi depressiopotilaille opetetaan kognitiivinen malli depressioiden uusiutumisalttiudesta.

Aloitettaessa työskentely ihmisten kanssa, joilla on ollut toistuvia ja vakavia masennusjaksoja, on huomioitava depression monimuotoisuus. Tämän vuoksi arviointihaastattelussa keskustellaan siitä, kuinka sekä biologiset että psykologiset tekijät voivat olla osana depression puhkeamista, jatkumista ja uusiutumista. Aikaisemmissa masennuksen hoitoon kehitetyissä psykologisissa hoitomuodoissa oletetaan, että asiakas kärsii suhteellisen voimakkaista ilmiöistä kuten jatkuvasta matalasta mielialasta, negatiivisista ajatuksista ja mielikuvista, vakavasta muistin ja arvostelukyvyn huonontumisesta, kyvyttömyydestä kokea mielihyvää, passiivisuudesta sekä itsetuhoisista ajatuksista ja impulsseista. Remissio- eli elpymävaiheessa masennuksen oireet ovat matalalla tasolla. MBCT:ssa pidetään tärkeänä opettaa asiakkaita olemaan tietoisia jopa pienistä muutoksista mielialassaan. Kun oireet eivät ole kuuluvia, opetetaan asiakkaita kuuntelemaan kuiskausta. Koska masennuksen uusiutuminen tapahtuu keskimäärin vasta vuoden kuluessa, pelkästään tiedon lisääminen masennuksen uusiutumisen ehkäisemisestä ei to-

dennäköisesti vaikuta niin kaukana tulevaisuudessa olevaan tapahtumaan. MBCT-kurssin aikana osallistujat opettelevat päivittäisten harjoitusten avulla uusia menettelytapoja ja taitoja, joiden avulla he voivat selviytyä uhkaavasta depressiorelapsista (Segal, Williams&Teasdale 2002 ,84-85).

4.1. Alkuarviointihaastattelu

MBCT:n pyrkiviä henkilöitä haastatellaan tunnin verran pohjautuen etukäteen lähetettyyn materiaaliin, joka antaa tietoa masennuksesta ja hoito-ohjelmasta. Arviointihaastattelun tavoitteena on 1) tutustua kunkin haastateltavan masennuksen puhkeamiseen ja jatkumiseen liittyviin yksilöllisiin tekijöihin, 2) välittää tietoa MBCT:sta, 3) motivoida haastateltavia MBCT:n vaatimaan kärsivälliseen ja sinnikkääseen työhön ja 4) selvittää voiko MBCT olla avuksi ja hyödyksi itse kullekin haastateltavalle. Mainittavan arvoista on, että Massachusetts:n Yliopiston Stress Reduction Clinic ei ota ohjelmaan aktiivisesti itsetuhoisia henkilöitä , joilla ei ole muuta tukea tai tukihenkilöä eikä ajankohtaisesti huumeita tai alkoholia väärinkäyttäviä ihmisiä (Segal, Williams&Teasdale 2002, 85-86).

4.2. Kurssikokonaisuus ja istunnot

MBCT- kurssiin liittyviä istuntoja pidetään viikon välein kahdeksan viikon ajan kaksi tuntia kerrallaan 12-30 hengen ryhmässä. Toisesta istunnosta lähtien istunto aloitetaan käytännön mindfulness- harjoituksella, mikä auttaa osallistujia suuntautumaan meneillään olevaan hetkeen. Kirjallinen materiaali, mm. erilaiset lomakkeet kotitehtäviä varten (kotitehtävien seuranta, miellyttävät tapahtumat, epämiellyttävät tapahtumat, automaattiset ajatukset, DSM- kriteerit, haitalliset ajattelumallit) annetaan osallistujille istunnon lopussa istuntojen aiheisiin liittyen. Mindfulness-harjoituksia sisältäviä kirjoja, videoita ja kasettinauhoja sekä runoja, tarinoita, metaforia ja erilaisia mielikuvaharjoituksia käytetään sekä istunnoissa että osana kotitehtäviä.

Kehittäessään MBCT:n kahdeksan viikon ohjelmaa Segal, Williams ja Teasdale (2002) suunnittelivat neljä seurantatapaamista vuoden ajalle varsinaisen 8-viikon ohjelman jälkeen. Kaikissa puitteissa tällainen seuranta ei ole osoittautunut tarkoituksen-

mukaiseksi, mutta jonkin tyyppiset jatkotapaamiset voivat olla hyödyllisiä (Segal, Williams&Teasdale 2002, 85).

On tärkeää, että kurssin ohjaajilla on omakohtaista kokemusta mindfulness -harjoittelusta. Tuleville ohjaajille suositellaan vähintään mindfulness -tekniikan käytön kokeilemistä omassa jokapäiväisessä elämässä ennen kuin he ryhtyvät opettamaan sitä asiakkaille. Jokainen istunto vaatii käytännön suunnittelua ja järjestelyä sekä valmistautumista rauhoittumalla ja mindfulness-harjoittelulla (Segal, Williams&Teasdale 2002, 83-85).

4.3. MBCT- kurssin sisältö

Kurssin päätavoitteina on 1) auttaa aikaisemmin masennuksesta kärsineitä ihmisiä oppimaan taitoja ehkäistä masennuksen uusiutumista, 2) auttaa osallistujia lisäämään tietoisuutta hetkestä toiseen ilmenevistä ruumiillisista tuntemuksista, tunteista ja ajatuksista, 3) auttaa ihmisiä oppimaan hyväksyvä (engl.mindful) suhtautuminen omiin ei-toivottuihin tunteisiin, ajatuksiin ja tuntemuksiin vaikeuksia säilyttävien haitallisten ajattelumallien sijaan ja 4) auttaa osallistujia saavuttamaan taito valita mahdollisimman taitava reagoititapa kohtaamiinsa epämiellyttäviin ajatuksiin, tunteisiin ja tilanteisiin (Segal, Williams&Teasdale 2002, 86).

Ensimmäisten neljän istuntojen aiheena on huomion siirtämisen oppiminen tietoisesti ilman kohteen arviointia. Osallistujat tulevat kurssin aikana tietoisiksi siitä, kuinka vähän huomiota yleensä kiinnitetään jokapäiväiseen elämään. He oppivat meneillään olevassa hetkessä olemista - olemisen mielentilaa ja taitoa päästä tahdonvoimalla tähän tilaan. Mindfulness-harjoitukset, ohjaajan läsnäolo ja hänen oma olemisen tapansa tukevat osallistujien oppimista. Istuntojen sopiva tahditus, tauotus ja yksinkertainen fokus jokaisessa hetkessä edistävät tavoiteltavaa olemisen mielentilaa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 87-88,90).

Kurssilaisia opetetaan tulemaan tietoisiksi siitä, kuinka nopeasti ajatukset siirtyvät aiheesta toiseen ja kuinka mielen vaeltelu voi nostaa pintaan negatiivisia ajatuksia ja tunteita. He oppivat etäännyttämistä ja hyväksyvää tietoisuutta tarkoituksena tulla todella tietoisiksi ajatuksistaan, tunteistaan ja ruumiillisista tuntemuksistaan. Tietoisuus haitallisista ajattelu- ja toimintamalleista auttaa luopumaan niistä ja lisäksi se poistaa haitallisten mallien säilyttämiseen liittyviä prosessointitapoja. Kyky järjestää ja ylläpitää

tarkkaavuutta tietyssä fokuksessa jatkuvana, laadukkaana, määrätietoisena sekä koostuneena on keskeistä (Segal, Williams&Teasdale 2002, 87-88,90).

Kun osallistujat ovat huomanneet mielensä vaeltavan, he oppivat palauttamaan sen yksittäisiin kohteisiin, joita aluksi ovat eri ruumiinosat ja myöhemmin hengitys. Kurssilla harjoitellaan huomion kiinnittämistä, irrottamista ja siirtämistä kehon eri osissa (engl. body scan). Tämän jälkeen osallistujat oppivat huomioimaan mielen sisältöä mielen vaeltaessa ja siirtämään huomionsa mielen sisällöstä takaisin hengitykseensä (engl. mindfulness of breath) (Segal, Williams&Teasdale 2002, 87-88).

Mielialan vaihteluiden käsittely ja niiden kanssa selviäminen sisältyvät istuntoihin 5-8. Kun negatiivinen ajatus tai tunne viriää, osallistujat oppivat jättämään sen rauhaan ja antavat sen olla mielessä sellaisenaan ennen kuin ryhtyvät reagoimaan siihen erilaisin tavoin. He oppivat kuinka tulla täysin tietoiseksi omasta ajatuksesta tai tunteesta sekä miten oman tarkkaavaisuutensa voi siirtää hengittämiseen minuutiksi tai kahdeksi ennen huomion laajentamista ruumiiseen kokonaisuutena. Hengitykseen keskittyminen (engl. breathing space) voi hetkellisesti itsessään olla riittävä toimenpide käsiteltäessä vaikeuksia ja lisäksi se voi auttaa vapautumaan epämiellyttävistä ajatuksista ja tunteista (Segal, Williams&Teasdale 2002, 87-88, 94).

Kurssin osallistujat oppivat näkemään omat ajatuksensa vain ajatuksina sekä tunteensa vain tunteina ja päästämään niistä irti. He oppivat myös kuuntelemaan ruumiillisia tuntemuksiaan, tuomaan tietoisuutensa niihin sekä käyttämään hengitystään aistimustensa avaamiseen ja pehmentämiseen sen sijaan, että jumittuisivat niihin. He oppivat löytämän helpotusta myös sellaisesta toiminnasta, mikä on tuonut heille aikaisemmin mielihyvää ja onnistumisen tunnetta. Lisäksi heitä pyritään rohkaisemaan omalle masennukselle ominaisten varomerkkien (engl. warning signs) tiedostamisessa ja sopivien toimintasuunnitelmien kehittämisessä, jotta masennus ei uusiutuisi (Segal, Williams&Teasdale 2002, 88,94).

4.4. Kurssin ohjaaminen käytännössä

Ensimmäisen istunnon alussa painotetaan luottamuksellisuutta ja korostetaan sitä, että itsensä esittelyn jälkeen kenenkään ei tarvitse tuntea stressiä puhumisesta kurssin aikana. Samalla kerrotaan taidosta todella kuunnella mitä toinen henkilö sanoo. Oppiminen

kiinnittämään huomiota tarkoittaa , että oppii olemaan tarkkaavainen sille, mitä toiset todella sanovat puhuessaan. He, jotka valitsevat vähemmän puhumisen, myötävaikuttavat kurssiin olemalla läsnä ja käyttämällä kuuntelemisen taitoaan (Segal, Williams&Teasdale 2002, 88-89).

Kuten johdantoluvussa on jo tullut ilmi mindfulness-harjoittelun osana käytetään mietiskelyharjoituksia, jotka ovat lähtöisin zen-buddhalaisesta mietiskelyperinteestä. Mietiskelyharjoitus ei ole rentoutusharjoitus. Ohjaajan ei tarvitse omaksua erityistä äänensävyä tai madaltaa ääntään rentouttaakseen osallistujia. Ohjeita annettaessa käytetään preesenssiä kuten ”... huomaat mielesi vaeltavan...” tai...”...palautat huomiosi takaisin hengitykseeni ...”. Rohkaisua annettaessa käytetään sanontatapaa "niin hyvin kuin voit" mieluummin kuin sanaa "yritä".

Harjoitus aloitetaan pyytämällä ihmisiä tarkastelemaan hetken verran asentoaan - tarkistamaan selkänsä, niskansa ja päänsä asennon. Luomalla tarkoituksellisesti asento, joka ilmentää arvokkuutta, vakavuutta ja tarkkaavaisuutta tuodaan nämä ominaisuudet itse harjoitukseen mukaan. Sopivan istumisasennon löytymisen jälkeen silmät suljetaan puoliksi, huomio suunnataan sisäänpäin ja annetaan kaiken aktiivisen ajattelun jäädä pois. Ollaan täysin ja kokonaan vain menneillään olevassa hetkessä , jolloin jokainen voi vapauttaa itsensä jännittämättömään, mutta valppaaseen tietoiseen tilaan eli olemassaolon perustilaan. Tämän tilan annetaan nousta esiin ilman mitään päämäärähakuista ponnistelua käyttäen vain juuri sen verran energiaa, ettei tapahdu luiskahdusta tyhjiin uneliaisuuteen eikä päiväuniin. Huomio ohjataan sitten tiettyyn kohteeseen esim. hengityksen rytmiin - seurataan miten ilma sieraimissa menee sisään ja ulos tai seurataan pallean nousua ja laskua. Mitä tahansa mieleen nouseekaan sen annetaan tulla ja jäädä tietoisuuteen vapaasti, sillä häipyä pois omia aikojaan ja luonnollisesti huomion suuntautuessa hengitykseen (Segal, Williams&Teasdale 2002, 2, 88-89).

Kurssilaisille annetaan mahdollisuus reflektoida kokemuksiaan. Heitä pyydetään kuvaamaan, kommentoimaan ja selittämään mitä aistimuksia, ajatuksia ja tunteita ilmeni sekä mitä huomioita he niistä tekivät. Lämminhenkinen ja viipyvä huomio erilaisille kertomuksille antaa kaikille osallistujille toimivia selviytymiskeinoja omaan elämäänsä ja tunteen siitä, että heidän kokemuksensa ovat oikeutettuja. Ohjaajan uteliaisuus voi houkutellessa osallistujia tulemaan uteliaaksi omista kokemuksistaan, minkä vuoksi keskustelun aikana on tärkeää pysyä lähellä osallistujien todellista ja aitoa elämystä. Kokemusten vertailu ja niiden välisten yhteyksien näkeminen on osallistujille tärkeää. Sa-

moin avoimuuden ja tutkimisen ilmapiirin vaaliminen on tärkeää, joten osallistujia rohkaistaan keskustelemaan myös kaikista vaikeuksista ja vastahakoisuudesta, mitä he kokevat kurssin aikana (Segal, Williams&Teasdale 2002, 90).

4.5. Kokemuksellinen oppiminen

Vaadittavat taidot ja tiedot saavutetaan vain suoran kokemuksen kautta. Älyllinen tieto saattaa auttaa sekä odotusten ja saavutettavien tavoitteiden asettaminen voi motivoida, mutta yksinään ne voivat olla riittämättömiä. Taitojen omaksuminen vaatii toistuvia kokemuksia. Riittävän kokemuksen saaminen voidaan saavuttaa vain, jos osallistujat hyväksyvät vastuun, että 99.9 % oppimisesta tapahtuu istuntojen ulkopuolella ja että kaikki kokemus on hyödyksi. Tietoisen etäännyttämisen ja irti- päästämisen käyttäminen jopa aivan neutraalien ja ilmeisen harmittomien automaattisten ajatusten, tunteiden ja ruumiillisten tuntemusten yhteydessä rakentaa taitoja tulla toimeen masennukseen liittyvien mallien kanssa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 90).

Kokemukselliseen oppimiseen liittyvät kotitehtävät sisältävät nauhojen ohjaamia miehistekelyharjoituksia, joogaa, epämiellyttävien ja miellyttävien tapahtumien, automaattisten ajatusten ja haitallisten ajattelumallien tunnistamista ja kirjaamista sekä päiväkirjan pitämistä päivittäisistä harjoituksista (Segal, Williams&Teasdale 2002, 118).

Istunnoissa opetetaan kokemuksellisesti mielikuvien avulla havainnoimaan ajatuksia ja tunteita erilaisissa kuvitelluissa tilanteissa. Opetetaan näkemään ajatukset vain ajatuksina ja tunteet seurauksina tilanteiden tulkinnasta (Segal, Williams&Teasdale 2002, 142). Osallistujien on tarkoitus saada riittävä määrä harjoitusta mindfulness-tekniikan käytössä. Sen vuoksi oppimisen tulisi perustua osallistujien omaan kokemukseen mieluummin kuin ohjaajien luentoihin ja sen tulisi ilmentää käsitystä, että osallistujat ovat itsessään asiantuntijoita omine asiaankuuluvine kokemuksineen ja taitoineen. Ohjaajat pyytävät osallistujilta palautetta harjoituksista ja kotitehtävistä korostaen siten heidän mielipiteidensä tärkeyttä opetuksessa. Ohjatessa käytetään avoimia kysymyksiä ja rohkaistaan epäilyä, vaikeuksien sekä varautuneisuuden ilmaisemiseen. Osallistujia ohjataan tekemään selviä suunnitelmia ja autetaan yhdistämään harjoittelu henkilökohtaisesti arvokkaisiin mielikuviin ja visioihin. Heitä autetaan näkemään mindfulness- harjoittelu tärkeänä kuitenkin ylikorostamatta sitä elämän vaikeuksista selviämisessä. Lisäksi heitä

kannustetaan uteliaisuuteen kokemusten tutkimisessa, jopa silloin kun kokemus tuntuu ikävältä tai negatiiviselta (Segal, Williams&Teasdale 202, 92).

5. MBCT:n TULOKSELLISUUS

Teasdale ym. (2000) ovat selvittäneet MBCT:n tuloksellisuutta kliinisessä tutkimuksessaan, jossa he tutkivat, vähentääkö MBCT enemmän kuin tavanomainen hoito masennuksen uusiutumista potilailla, jotka ovat toipuneet vakavasta masennuksesta. He valitsivat tutkimukseen 145 potilasta, joiden toipumisesta vakavasta masennuksesta oli kulunut vähintään kolme kuukautta. Ennen tutkimuksen käynnistymistä tutkittavat olivat myös olleet vähintään kolme kuukautta ilman antidepressiivistä lääkitystä. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään: niihin, jotka jatkoivat tavanomaista hoitoa (tutkittavia suositeltiin hakeutumaan tarvittaessa joko omalääkärille tai muuhun totuttuun hoitopisteeseen) ja niihin, jotka kävivät läpi 8-viikon MBCT-ohjelman. Tutkittavat satunnaistettiin iän, sukupuolen, alkuarviointiajankohdan sekä edeltävien masennusjaksojen lukumäärän ja esiintymisajankohdan suhteen.

Vuoden seuranta-aikana tutkittaville suoritettiin toistetusti Hamiltonin 17-kohtainen depression seulontatesti, Beck:n 21-kohtainen depressiokysely sekä kliininen arvio mahdollisesta masennuksen uusiutumisesta DSM-III:n diagnostisten kriteerien pohjalta.

Verrattuna tavanomaiseen hoitoon tutkittavat, joilla oli ollut kolme tai useampia aiempia masennusjaksoja hyötyivät MBCT:sta tilastollisesti merkittävästi muita enemmän. Jos masennusjaksoja oli ollut vähemmän kuin kolme, ryhmien välillä ei ollut eroa masennuksen uusiutumisessa. Tuloksen tutkijat arvioivat liittyvän MBCT:n teoreettiseen näkemykseen, että surullisen mielialan esille tuomat, opitut negatiiviset ajattelu- ja kokemismallit automaattisesti laukaisivat toistuvan masennuksen ilman ulkoisia stressitekijöitä. Näissä tilanteissa MBCT voikin tutkijoiden mukaan tarjota ennaltaehkäisevän hyödyn masennuksen uusiutumisen uhatessa.

6. POHDINTA

MBCT yhdistää mindfulness-harjoittelun kognitiivisen terapian työmenetelmiin. Kognitiivisen mallin mukaisesti MBCT:ssä opetetaan tunnistamaan masennuksen uusiutumiseen altistavia mielen sisältöjä ja prosessointitapoja. Näiden muuttaminen ei kuitenkaan ole MBCT:n ensisijainen tavoite. Mindfulness-harjoittelu mahdollistaa tietoisesta ja sallivasta etäännyttämisestä avulla uudenlaisen suhteen mielen kokemuksiin, mikä auttaa riittävän ajoissa tunnistamaan masennuksen uusiutumiseen altistavat lievätkin surullisuuden tunteet ja estää niiden syvenemisen depressioksi.

Kuten MBCT myös rationaalis-emotionaalinen terapia (RET) pyrkii tarjoamaan samankaltaisen tyytymisen elämänfilosofian, jossa hyväksytään se, ettei elämä olekaan helppoa, että monet tilanteet, asiat ja tunteet ovat epämiellyttäviä eivätkä sellaisia kuin toivoisimme niiden olevan. Tapahtumien tulkinnan ja niihin liittyvien arviointien ajatellaan olevan ihmisen ongelmien syynä. Yksilön tunnereaktiot omaan kokemukseensa voivat olla osa ongelmaa, esimerkiksi yksilö voi masentua havaitessaan olevansa masentunut. Rationaalis-emotionaalisessa terapiassa tärkeimpänä muutoskohteena on irrationaalinen ajattelu. Tavoitteena on ajattelun muuttuminen rationaalisemmaksi. Irrationaalisuuden kiistämisen lisäksi käytetään myös erilaisia behavioraalisia ja emotionaalisia menetelmiä. Tavoitteena on myös opettaa yksilölle laajemmin itsereflektiota (Kuusinen 2001,18,19.)

Kognitiivis-konstruktivisissa suuntauksissa kokonaisvaltaiset kokemukselliset muutokset, mukaan lukien keholliset kokemukset, nähdään MBCT:n tavoin tärkeinä psyykkisen muutoksen kokemisessa. Potilaita rohkaistaan jokaisen tapahtuman tutkimiseen: eron tekemiseen välittömän kokemuksen ja sitä koskevan selityksen välille tapahtuman aikana ja sen jälkeen. Tavoitteena on lisätä potilaan itsehavainnointitaitoja niin, että potilas oppii näkemään itsensä sekä subjektiivisesta että objektiivisesta näkökulmasta ja olemaan näin joustavampi itsearviointineissaan. Elämyksiä painottavassa konstruktivisessa terapiassa korostetaan uudenlaisen ja paremman suhteen saamista tunteisiin (Toskala 2001,367,369).

Segalin, Williamsin ja Teasdaalen (2002) tutkimus viittaa siihen, että usein terapia tuo vain väliaikaista helpotusta elämäntilanteeseen, jos ihmiset eivät kykene pysähtymään ja luomaan uudenlaista suhdetta omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa ja ruumiillisiin tunteiksiinsa sekä löytämään tapoja lisätä omaa hyvinvointiaan. Sekä tutkijoiden tutki-

mustulokset että kliininen kokemus viittaavat siihen, että vasta sitten kun ihmiset oppivat ottamaan uudenlaisen asenteen suhteessa ajatustensa ja tunteidensa 'taistelukenttään' he kykenevät tulevaisuudessa tunnistamaan vaikeudet ajoissa ja selviämään niiden kanssa taitavammin. Uudenlainen asenne oman mielen sisältöön sisältää ongelmia korjaavan tekemisen mielentilan (doing mode) korvaamisen uudella olemisen mielentilalla (being mode), joka sallii asioiden sisältöjen olla niin kuin ne ovat. Tämä mielentila antaa mahdollisuuden nähdä selvemmin ja luovemmin erilaisia selviytymisen mahdollisuuksia omissa vaikeuksissa (Segal, Williams&Teasdale 2002, 94).

Eri ihmiset voivat kokea MBCT:n auttavan eri tavoin. Kurssin alussa ei voida ennustaa, mitä kukin menetelmältä saa. Joitakin se voi varustaa hyödyllisillä etäännyttämistekniikoilla, kun heillä on matala mieliala. Joitakin se voi auttaa nukkumaan levollisemmin. Joillekin pulmallisten ajatusten ja mielikuvien häivyttäminen hengitysharjoituksissa voi muuttaa itse kokemuksen luonnetta. MBCT:a voi verrata siementen kylvöön - kukaan ei voi tietää kuinka kauan siemenet itävät (Segal, Williams&Teasdale 2002, 90).

Mindfulness-harjoittelun avulla voidaan saavuttaa metakognitiivinen taito tarkastella tietoisesti omia mielensisäisiä prosesseja, ajatuksia ja emotionaalisia kokemuksia sekä reflektoida niitä. Esimerkiksi terapiatyössä metakognitiiviset taidot ovat terapeutille välttämättömiä itsetuntemuksen lisäämiseksi sekä terapiasuhteen ilmiöiden tunnistamiseksi (Kuusinen 2001, 35). Mindfulness-harjoittelun avulla terapeutti voi oppia tunnistamaan paremmin omia uskomuksiaan ja vuorovaikutuksen ilmiöitä ja hyödyntämään niitä terapeuttisessa työskentelyssään.

MBCT:n kehittäjien kokemukset ja heidän tutkimuksensa tulokset toistuvien masennusten hoidossa vaikuttavat rohkaiseviltä. MBCT tarjoaa vaihtoehdon lääkityksen avulla tapahtuvalle masennuksen uusiutumisen ehkäisylle. Menetelmä vaikuttaa kuitenkin melko työläältä ja sen toteuttaminen ryhmämuotoisena vaatii harkintaa sopivan potilasvalinnan ja toteuttamisajankohdan suhteen. Toistuvasti masentuvien potilaiden yksilöterapiassa MBCT:n ideoiden ja taitojen opettelu antaa masennuksesta toipuneille potilaille mahdollisuuden saada uusia, vaihtoehtoisia näkökulmia omaan masennukseensa ja keinoja sen ennaltaehkäisyyn.

Runoilija Aaro Hellaakosken Ilta- runon säe (Hellaakoski 1953, 273) kuvaa elävästi MBCT-kurssin aikana opeteltavaa olemisen mielentilaa - elämisen tapaa:

" Älä kaivele mistä ja minkä vuoksi
ole tyhjä vain. Ole auki vain.
Anna salaisuuksien tulla luoksi,
tai haipua niin kuin pilvet juoksi,
yli metsän latvojen humisevain."
Aaro Hellaakoski

LÄHTEET

- Epiktetos (1978): Käsikirja ja keskusteluja,18. Keuruu: Otava
- Hellaakoski, A (1953): Runot. Porvoo: Wsoy
- Holmberg, N. & Karila, I. (2001): Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N.(toim.) Kognitiivinen Psykoterapia, 158-188. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Intergrum Instituutti (2002): Mindfulness, kognitiivisen psykoterapian Work-shop, luentotiivistelmät.
- Isometsä, E. (1999): Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T.(toim.) Psykiatria, 118-174. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuusinen, K-L.(2001): Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen Psykoterapia, 12-24. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Niemi, P. (2001): Psykosomatiikka. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N.(toim.) Kognitiivinen Psykoterapia,189-208. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002): Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse. New York: Guilford.
- Safran, J.D.& Muran, J.C. (2001): A Relational Approach to Training and Supervision on Cognitive Psychotherapy. The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly vol 15, 3-15.
- Snelling, J. (1990): Buddhalaisuus. Juva: WSOY.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000): Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mind-

fulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. vol 68, n:o 4, 615-623.

- Toskala, A. (2001): Kognitiivis-konstruktivistinen ja kokemuksellinen näkökulma. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim) *Kognitiivinen Psykoterapia*, 361-373. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tiuraniemi, J. (2002): Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa Niemi, P & Keskinen E. (toim). *Taitavan toiminnan psykologia*. Turun yliopiston psykologian laitos, 165-195).
- Tiuraniemi, J. (2003): Ylemmän erityistason kognitiivinen psykoterapiakoulutus/ seminaarit Kuopiossa 6.2.-7.2.2003.
- Waltz, J.& Linehan, M.(1999): *Functional Analysis of Borderline Personality Disorder Behavioral Criterion Patterns. Links to Treatment*. Teoksessa Derksen et al. (toim.) *Treatment of Personality Disorders*, s. 183-206. New York : Kluwer Academic/ Plenum Publishers.