

Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan?

Lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan ja käsitellä omia hoitosuhteessa viriäviä reaktioitaan. Huomion suuntaaminen hoitosuhteen ilmiöihin on tarpeen erityisesti silloin, kun ongelmat ovat pitkäkestoisia ja potilas ja lääkäri kuormittuneita. Lähestymme aihetta niin sanotun tietoisien läsnäolon näkökulmasta. Sillä tarkoitetaan tarkkaavaisuuden tietoista suuntaamista nykyhetkeen sekä ulkoisten ja sisäisten tapahtumien (esimerkiksi ajatuksien ja tunteiden) kokemista hyväksyvästi ja sallivasti. Pohdimme, miten lääkärin läsnäolo ja halukkuus kohdata omat reaktionsa voivat vaikuttaa hänen hoitosuhteisiinsa.

Tietoisella läsnäololla tarkoitetaan tietoisuutta, joka syntyy ihmisen kohdistuessa tarkkaavaisuutensa nykyhetkeen. Toinen tietoisien läsnäolon keskeinen osatekijä – tarkkaavaisuuden tietoisien suuntaamisen lisäksi – on hyväksyvä suhtautumistapa. Kyseessä on siten pyrkimys avautua vastaanottamaan tilanteet ja tunteet sellaisina kuin ne ilmenevät. Morgan ja Morgan kuvaavat tietoista läsnäoloa kuin tiiviinä kädenpuristuksena jokaisen vuorollaan havaintokenttään tulevan kohteen kanssa (1). Se ei tartu kohteeseensa ohimennen tai välinpitämättömästi muttei myöskään takerru siihen tai rusenna sitä.

Viime vuosikymmenten aikana psykoterapeutit ovat kiinnostuneet tästä lähestymistavasta. Pitkäkestoista kipua poteville suunnattu stressinhallintaohjelma, pitkäkestoisen masennuksen hoitoon kohdennettu tietoista läsnäoloa ja kognitiivista psykoterapiaa yhdistävä ryhmäterapia, tietoiseen läsnäoloon pohjaava retkahduksen ehkäisyohjelma, epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon kehitetty dialektinen käyttäytymisterapia sekä hyväksymis- ja

omistautumisterapia nivovat tietoisien läsnäolon yhdeksi hoidon keskeiseksi elementiksi (2, 3, 4, 5, 6). Tietoisien läsnäolon juuret ovat buddhalaisessa filosofiassa.

Läsnäolo hoitosuhteessa

Tietoinen läsnäolo auttaa hoitavaa henkilöä kohtaamaan hoitosuhteen ilmiöitä, mutta sillä voi olla myös terveysvaikutuksia. Sen vaikutuksista osana masennuksen ja ahdistuksen hoitoa on julkaistu muutamia meta-analyyssejä (7, 8, 9). Tietoinen läsnäolo näyttäisi vähentävän masennuspotilaiden ja joidenkin ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden masennus- ja ahdistusoireita enemmän kuin tavallinen hoito yksinään sekä etenkin toistuvasta masennuksesta kärsivien potilaiden masennuksen uusiutumisen todennäköisyyttä (8). Se saattaa myös hyödyttää erityyppisistä kivuista kärsiviä ja vähentää alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä (9, 10).

Miten lääkäri voi kestää potilaansa ahdistusta? Tietoisien läsnäolon näkökulma on, että ahdistus on väistämätön osa elämää (11). Kun ahdistuu potilaan tilanteesta, oman reaktionsa voi vain huomata. Jos pystyy tarkkailemaan reaktiotaan ja samalla näin kokemaan ahdistuksensa, refleksiivisen tunteen vallassa käyttäytymisen tai toimintakyvyn salpautumisen todennäköisyys pienenee.

Tietoinen läsnäolo on tietoisuutta omista reaktioista

Kyky pysähtyä ja tarkastella omaa hankalaa tunnekokemusta objektiivisemmin auttaa saamaan siihen etäisyyttä. Tämä vaatii tietokoneen äärestä poistumista ja asettumista kuuntelemaan. Näin voi havainnoida omia ja poti-

laansa reaktioita sekä hoitosuhteen ilmiöitä hieman etäämpää (12). Lääkäri voi pysähtyä ja kysyä itseltään esimerkiksi: ”Mitä nyt tapahtuu?” (1), ”Mitä mielessäni nyt liikkuu?”, ”Miltä minusta nyt tuntuu?” tai ”Onko potilaan ja minun välillä tapahtunut jotain, mikä sai minut nyt reagoimaan näin?” (13). Hän voi huomata vaikkapa, että se, mitä

Ihminen lisää tahattomasti kärsimystään yrittäessään kaikin keinoin välttää sen kokemista

potilas sanoo, aiheuttaa ahdistusta ja syyllisyyttä ja hän kokee tarvetta hyvittelä potilasta tai että potilas tuntuu hänestä komentelevalta ja hän haluaa väittää vastaan ja osoittaa potilaan olevan väärässä. Tämä näkökulma auttaa tavoittamaan hoitosuhteen tässä ja nyt tapahtuvaan tunteensiirtoon (transferenssi ja vastatransferenssi) kuuluvat ilmiöt. Se pysäyttää lääkäriä ajattelemaan, kokemaan ja tutkimaan (mentalisoimaan) niitä tunteita, joita potilas herättää. Tavanomaisin psykoterapeuttisin käsittein ilmaistuna lääkäri tarkastelee vastatransferenssiaan ja hakee mentalisoinnin avulla ymmärrystä vuorovaikutussuhteesta. Tietoisessa läsnäolossa ei kuitenkaan tutkita tunteensiirron kytköksiä menneisyyteen. Jos lääkäri havainnoi tapahtumia ja tunteitaan arvostelematta niitä ja luokittelematta niitä hyväksi tai huonoiksi taikka kielletyiksi tai sallituiksi, hänelle avautuu mahdollisuus tunteista ja hyväksyä tunteensa ja niihin liittyvät toimintayllykkeensä. Näin syntyy myös tilaa ajatella, mikä olisi toimivin tapa reagoida tai mahdollisuus olla reagoimatta, jos se tuntuu tarkoituksenmukaisimmalta.

Tietoisuus omista reaktioista auttaa hoitosuhteen ymmärtämisessä

Lääkäri pyrkii huomaamaan, miten hän sekä potilas kumpikin itse vaikuttavat siihen, mitä hoitosuhteessa tapahtuu. Tiedostava läsnäolo on edellytys sille, että näitä ilmiöitä voi tutkia yhdessä potilaan kanssa (14). Lääkäri voi esimerkiksi kokea kiusaannuttavana potilaan tavan ilmaista ahdistustaan, jolloin hän saattaa

itse vetäytyä ja yrittää lopettaa aiheen käsittelyn. Potilas alkaa kokea, ettei lääkäri ota häntä vakavasti vaan jättää hänet ahdistuksen kanssa yksin. Hän saattaa tällöin voimistaa tunneilmaisuaan entisestään, jotta saisi lääkärin ottamaan itsensä vakavasti. On tärkeää, että lääkäri pysähtyy ja voi kysyä potilaalta esimerkiksi: ”Mitähän välillämme nyt tapahtuu?” Jos potilas on vielä liian kiihtynyt pystyäkseen osallistumaan tähän pohdintaan, lääkäri sanoittaa oman huomionsa hoitosuhteen katkoksesta ja erityisesti omasta reaktiostaan. Hän voi todeta: ”Huomasin, että reagoin vetäytymällä, kun kerroit ahdistuksestasi. Miten sinä koit tuon äskeisen?” Tämä tarjoaa mahdollisuuden miettiä yhdessä ja mentalisoida, mitä vuorovaikutuksessa oikein tapahtui (transferenssi ja vastatransferenssi). Potilas voi kertoa kokeneensa, ettei lääkäri usko häntä. Lääkäri voi kertoa: ”Minusta tuntui, että niukkuuteni johti siihen, että sinä lisäsit kierroksia. Miten sinä sen koit?”

Affektitoleranssi: halukkuus kohdata tunteet

Tietoisessa läsnäolossa perusoletuksena on, että ihminen lisää tahattomasti kärsimystään yrittäessään kaikin keinoin välttää sen kokemista. Ajatuksena on myös, että vaateet hankalan tunteen poistumisesta tai poistamisesta pahentavat oloa. Ahdistuneisuushäiriöillä on eri etiologioita, mutta yhteistä niille kaikille on niistä kärsivän suhde ahdistukseensa, nimittäin hankaluus kohdata sitä (11). Potilas voi pelätä ahdistusta tai uskoa sen olevan vaarallista. Silloin hän pyrkii välttämään sitä. Esimerkiksi paniikkihäiriöstä kärsivä voi ryhtyä välttämään monia paikkoja, joissa hän on tuntenut paniikkitunteita ja pakko-oireista kärsivä turvautuu pakkotoimiin ja rituaaleihin välttyäkseen kokemasta ahdistusta. Psykoterapioissa opetetaan välttelyn sijasta kokemaan tunteita. Tällaisen altistumisen seurauksena ahdistus ja sen taustalla olevat tunteet alkavat vähitellen menettää uhkaavuuttaan (15). Hoidon onnistumisen mittana onkin, onko potilas oppinut hyväksymään ahdistustaan – ei niinkään se, kuinka usein ahdistusta ilmenee (11).

Lääkärillä on hoitosuhteissaan tilaisuus mallintaa uskallusta kohdata kaikenlaiset tunteet. Jos lääkäri ei säikähdä vaan suhtautuu sallivasti tunteisiin ja niiden ilmaisuun, potilas saa hoidon sivutuotteena kokemuksen tunteiden vaarattomuudesta. Jos lääkäri omista syistään kokee tunteet pelottavina tai patologisina, hän voi reagoida potilaan ahdistukseen vaikkapa ehdottamalla suhteettoman intensiivistä hoitoa. Esimerkiksi epävakaa potilaan voimakas tunnereaktio voi saada lääkärin lähettämään tämän siltä istumalta sairaalaan tai vääristää arviota masennuksen syvyydestä. Tai potilaan kokema äkillinen läheisen menetyks ja siihen liittyvä reaktio voivat saada lääkärin lähettämään tämän heti psykologille, vaikka oman lääkärin vastaanottava läsnäolo kenties olisi sillä hetkellä potilaille tärkeintä.

Tapahtumat tapahtumina ja tunteet tunteina

Tietoisesti läsnä ollessaan lääkäri voi ottaa tapahtumat vastaan pelkinä tapahtumina, ja samoin hän voi vastaanottaa potilaansa tunteet tämän tunteina (16). Tällainen tarkka huomaamisen tapa vähentää samastumista tai tempautumista mukaan potilaan ahdistukseen tai ahdistuneeseen toimintaan. Tyyntä etäisyyttä tarvitaan ehkä eniten silloin, kun sekä potilas että lääkäri ovat uupuneita, avuttomia, toivottomia tai vihaisia. Tavallisia haastavia hetkiä ovat esimerkiksi ne, jolloin potilas ilmaisee ahdistustaan tavalla, johon lääkärin on vaikea reagoida myönteisesti tai jolloin potilas ei syystä tai toisesta tee sitä, mikä olisi hänen hoitoaan hyödyttävää. Tällöin lääkäriä helpottaa, jos hän voi vain huomata oman tai potilaansa ahdistuksen ahdistuksena, kiukun kiukunkuna, retkahduksen retkahduksena tai itsetuhokäyttäytymisen itsetuhokäyttäytymisenä. On eri asia huomata, että ”tunnen itseni avuttomaksi ja toivottomaksi, koska potilas viils itseään” kuin ajatella ”voi ei, taasko hän on viillellyt!”. Eritellympi havainnoiminen auttaa vaikeassa tilanteessa huomaamaan, että potilas ei ole yhtä kuin hänen tuorein käyttäytymisensä.

TAULUKKO. Tietoisien läsnäolon piirteitä.

Tietoinen läsnäolo on mm.

- tarkkaavaisuuden
- arvostelemattomuuden ja tuomitsemattomuuden
- myötätunnon
- ystävällisyyden ja lempeyden
- utelaisuuden, kiinnostuksen sekä kiinnostuneen tutkimisen ja kysymisen
- aloittelijan mielentilan ja tietämättömyyden asennoitumisen
- aktiivisen nöyryyden harjoittamista ja viljelyä aidossa (ei moralistisessa) mielessä
- todellisuuden näkemistä ja hyväksymistä sellaisena kuin se on.

Läsnäolo – pohja empatialle?

Empatia lienee ideaali, jota voi absoluuttisessa mielessä olla mahdotonta saavuttaa. Saatamme päästä hieman lähemmäs sitä, kun pyrimme tunnistamaan potilaan kuulemista rajoittavia henkilökohtaisia tekijöitämme, kuten tunteitamme, arvojamme ja ennakkoluulojamme (17). Tällainen tietoisuus suojaa lääkäriä houkutukselta käyttää itseään ”oikean” kokemuksen mittatikkuna. Energinen ja paljon liikuntaa harrastava lääkäri saattaa pitää ylipainoisen diabetespotilaansa liikkumattomuutta laiskuutena. Tunnistaessaan potilaan ymmärtämistä rajoittavia omia tekijöitään lääkäri voi hyväksyvämmiin ja kiinnostuneemmisiin tutkia potilaansa kanssa sitä, mikä merkitys liikunnalla tämän elämässä on ja sitä, mikä estää potilasta liikkumasta riittävästi.

Joskus saattaa herätä voimakkaitakin yllykkeitä saada potilas lopettamaan jokin negatiiviseksi arvioitu käyttäytyminen tai lisäämään jotakin positiiviseksi arvioitua käyttäytymistä. Eräs potilas pohti, kenen arvoihin psykoterapia pohjautuu, kun hän koki terapeutin arvostelevan hänen yhden illan suhteitaan. Tällöin terapeutti ymmärsi heijastaneensa omat tunteensa hoitosuhteeseen, pysähtyi, peruutti ja kutsui potilasta yhdessä tutkimaan, mikä sai hänet etsimään yhden illan suhteita ja mitä niistä mahdollisesti seurasi. Tietoinen läsnäolo voi auttaa lääkäriä kehittämään vaikeaa kaksoiskuuntelun taitoa (mitä potilas sanoo ja

YDINASIAIAT

- ▶ Tietoinen läsnäolo voi tarjota lääkärille tavan kehittää tarkkaavaisuuttaan ja kuuntelemisen ja myötäelämisen kykyään.
- ▶ Tietoisuus omista reaktioista auttaa lääkäriä ymmärtämään hoitosuhteen ilmiöitä ja ottamaan niitä puheeksi potilaan kanssa.
- ▶ Lääkärillä on hoitosuhteissaan mahdollisuus mallintaa hankalienkin tunteiden kohtaamista.
- ▶ Jos lääkäri suhtautuu avoimesti tunteisiin ja niiden ilmaisuun, voi potilaskin saada hoidon sivutuotteena kokemuksen tunteiden vaarattomuudesta.

tekee ja mitä se minussa herättää) ja siten auttaa lisäämään aitoa empatiaa (17).

Aloittelijan mielentila: tietämätön asennoituminen

Lääkäri on sairauksien asiantuntija, ja hänen on tarpeellista välittää tietoaan potilaalle. Niin kutsuttu aloittelijan mielentila, jolla tarkoitetaan avoimuutta ja vastaanottavuutta kokemuksille sekä halukkuutta oppia uutta, voi auttaa lääkäriä pitämään eri hypoteeseja riittävän pitkään avoimina mielessään (18). Ajatusten lukitseminen johonkin tiettyyn diagnostiseen vaihtoehtoon estää lääkäriä kuulemasta, mitä potilas kertoo, mikäli se ei sovi hänen alustavaan oletukseensa. Lääkäri voi esimerkiksi ärtyä ja kokea potilaan ylikorostavan tiettyjä oireita, jos nämä eivät sovikaan hänen hypoteettiseen diagnoosiinsa.

Pyrkimys kategorisoida tietoa – tautiluokituksen raksutus päässä – voi niin ikään joskus häiritä potilaan kuulemista (15). Lääkäriltä saattaa jäädä kuulematta jotain olennaista, ehkä erityisesti sellaista, mitä potilas ei uskalla viestittää kuin varovaisesti ja rivien välistä. Potilas on esimerkiksi saattanut itse etsiä paljonkin tietoa oireistaan ja pelkää pahinta. Tällöin hän saattaa halutakin mitätöidä tiettyjä tunteuksiaan.

Eräs lääkärin mielestä varsin depressiiviseltä vaikuttava potilas pyrki ututterasti peittämään masentuneisuuttaan ja lukkiutui aina, jos lääkäri kyseli hänen mielialastaan käyttäen depressio-sanaa. Kävi ilmi, että potilaan kumppani, johon hänellä oli ristiriitainen suhde, pyrki aktiivisesti keskustelemaan potilaan kanssa tämän masennuksesta ja kantoj kotiin suuren määrän depressioaiheisia kirjoja. Lopulta lääkäri huomasi potilaan vetäytyvän nimenomaan silloin, kun hän yritti arvioida potilaan mielialaa. Hän lopetti arvioinnin ja antoi potilaan kertoa asioistaan vapaasti pyrkien vain ymmärtämään, miten tämä asiat koki. Silloin potilas kertoi, kuinka hänen masennuksensa diagnosoimisesta oli tullut valtakysymys kotona: mitä innokkaammin puoliso tarjosi depressiodiagnoosia, sitä ärtyneemmäksi potilas muuttui kokiessaan muiden luokittelevan häntä epämiellyttävällä tavalla.

Aktiivinen nöyryys

Aktiivinen nöyryys tarkoittaa sen muistamista, ettemme voi varmasti tietää moniakaan asioita (19). Nöyryys saa meidät täydentämään tietojamme ja ymmärrystämme, mikä lisää uteliaisuutta ja kiinnostusta omaan ja potilaan kokemukseen. Se ilmenee esimerkiksi aktiivisena kysymisenä ja ymmärryksen tarkistamisena. Toinen kirjoittajista sai muistutuksen nöyryyden unohtamisesta tulkitessaan erään potilaansa lukuisat fyysiset oireet psyykkiperäisiksi. Potilas, joka itse tiesi ja tunsu olevansa somaattisesti sairas, loukkaantui perustellusti tällaisesta psykologisoinnista. Vuosia myöhemmin hänellä diagnosoitiin harvinainen sidekudossairaus. Hoitosuhteen katkos oli aiemmin pystytty korjaamaan anteeksi pyytämällä. Toimivampaa kuin leimata toistaiseksi tunnistamattoman sairauden oireet psyykkiseksi olisi ollut tutkia potilaan kanssa rauhassa, millaisia mahdollisia yhteyksiä ruumiin eri oireilla oli (tai ei ollut) erilaisten tunteiden ja ulkoisten tapahtumien kanssa.

Tietämätön ja nöyrä asennoituminen on tarpeen erityisesti päihde- ja muiden psyykkisten ongelmien hoidossa. Millerin ja Rollnickin mukaan alkoholisteilla tavallinen kiel-

täminen psyykkisenä puolustusmekanismina on itse asiassa usein vuorovaikutuksellisten asetelmien seurausta (20). Huolestuneiden perheenjäsenten ja joskus myös lääkärin houkutuksena on ajautua asiantuntija-ansaan luennoimaan päihdeongelmasta kärsivälle siitä, mitä tämän tulisi tehdä. Harva ihminen nauttii olostaan tällaisen luennon kohteena. Tietämätön suhtautumistapa on tarpeen myös tilanteessa, jossa potilas ja lääkäri miettivät yhteistyössä, miten potilas saisi tehtyä sairauden tai sen ehkäisyn vaatimat muutokset elämäänsä. Lääkärinhän ei voi potilaan puolesta tietää, miten tämä parhaiten muuttaa elämäntyyliään.

Muutoksen luonnollisen aikataulun kunnioittaminen

Lääkäreillä on usein taipumusta vaatia itseltään paljon, mikä voi tuottaa vaateen myös siitä, että potilaan tulisi toipua nopeammin eikä ainakaan tehdä asioita, jotka häiritsevät toipumista. Erityisesti potilaan suora tai epäsuora itseä tuhoava käyttäytyminen voi herättää ahdistusta ja tarvetta kontrolloida tämän käyttäytymistä. Lääkärin avoimuus kohdata se, mitä milloinkin on tullakseen samoin kuin kyky tunnistaa, mihin itse reagoi voivat johtaa tyyneyteen ja kykyyn hyväksyä, ettei hän voi kontrolloida potilaidensa elämää (16). Viime kädessä jokainen ohjaa elämäänsä itse. Tämän hyväksyminen ei suinkaan tarkoita välinpitämättömyyttä vaan päinvastoin aktiivista ja uskaltavaa etulinjassa oloa tuskallistenkin tapahtumien äärellä omat rajat tunnistaen (19). Suhtautumistapa sisältää ymmärryksen, että asioiden täytyy joskus antaa kehittyä omalla painollaan. Keskenäisyyden ja epätäydelli-

syyden sietämisestä versoo lupa korjata asioita yksi kerrallaan, muutoksen luonnollista aikataulua ja ihmisen omaa muutosprosessia kunnioittaen. Tällöin lääkäri voi antaa potilaalle tilan tehdä myös ”huonoja” valintoja, kunnes tämä on valmis muutokseen.

Lopuksi

Tietoinen läsnäolo voi tarjota lääkärille yhden tavan kehittää tarkkaavaisuuttaan sekä kuuntelemisen ja myötäelämisen kykyään. Siinä on kyse sekä asenteesta, jota on mahdollista viljellä että taidosta, jota on mahdollista harjoitella. Se ei kuitenkaan ole tekniikka. Harjoittelu pyrkimyksenä saavuttaa jokin tavoite, vaikkapa vähentää ahdistusta, voi itse asiassa muodostua esteeksi, sillä ideana on tavoitteiden sijasta vain oleminen ja omaksi itsekse tuleminen (12).

Lähestymistapa kokoa ja tuo uudella tavalla paljon vanhaa viisautta nykypäivään. Se on sekä yksinkertaista että vaikeaa. Loppujen lopuksi hoitosuhteessa läsnäolossa on kyse vuorovaikutuksen arvostamisesta tiedon lähteenä sekä pyrkimyksestä pysähtyä kohtaamaan toinen ihminen aidosti. ■

**MAARIA KOIVISTO, LL, psykiatrian erikoislääkäri
kognitiivinen psykoterapeutti VET,
kouluttajapsykoterapeutti
Helsinki**

**TARJA MELARTIN, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri
psykoanalyttikko VET
HYKS Psykiatrian klinikka, psykososiaalisten hoitojen
osaamiskeskus (POK), privaatti
ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki**

SIDONNAISUUDET

Maaria Koivisto: Ei sidonnaisuuksia

Tarja Melartin: Asiantuntijapalkkio (Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer), luentopalkkio (Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck, Pfizer, Servier)

Summary

How can a doctor meet an anxious patient?

A doctor can meet an anxious patient and handle her/his own reactions emerging in the therapeutic relationship. It is especially necessary to focus attention on the phenomena of the therapeutic relationship if the problems are prolonged and the patient and the doctor feel burdened. Mindfulness refers to conscious directing of alertness to the present, and to the approval and permissive perception of both extrinsic and intrinsic events (e.g. thoughts and feelings). The therapeutic relationships of a doctor may be affected by the doctor's presence and willingness to encounter her/his own reactions.

KIRJALLISUUTTA

1. Morgan WD, Morgan ST. Cultivating attention and empathy. Kirjassa: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, toim. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press 2005, s.73–90.
2. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell 1990.
3. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press 2002.
4. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinicians’s guide*. New York: Guilford Press 2010.
5. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press 1993.
6. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press 1999.
7. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, ym. Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety* 2012;29:545–62.
8. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2011;187:441–53.
9. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh, D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:169–83.
10. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, ym. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav* 2006; 20:343–7.
11. Germer CK. *Anxiety disorders: befriending fear*. Kirjassa: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, toim. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press 2005, s. 152–72.
12. Hick, SF. *Cultivating therapeutic relationships: the role of mindfulness*. Kirjassa: Hick SF, Bien T, toim. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press 2008, s. 3–18.
13. Bateman A, Fonagy P. *Strategies of treatment for borderline personality disorder. Mentalization-based approach*. Oxford: Oxford University Press 2004, s. 203.
14. Safran JD, Muran JC. *Therapeutic metacommunication: mindfulness in action*. Kirjassa: *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press 2003, s. 108–39.
15. Fulton PR. *Mindfulness as clinical training*. Kirjassa: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, toim. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press 2005, s. 55–72.
16. Bien T. *The four immeasurable minds: preparing to be present in psychotherapy*. Kirjassa: Hick SF, Bien T, toim. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press 2008, s. 37–54.
17. Walsh RA. *Mindfulness and empathy: a hermeneutic circle*. Kirjassa: Hick SF, Bien T, toim. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press 2008, s. 72–86.
18. Goodman TA. *Working with children. Beginner’s mind*. Kirjassa: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, toim. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press 2005, s. 197–219.
19. Morgan SP. *Depression. Turning toward life*. Kirjassa: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, toim. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press 2005, s. 130–51.
20. Miller WR, Rollnick S. *Change and resistance: opposite sides of the coin*. Kirjassa: *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press 2002, s. 43–51.