

**MUSIIKKITERAPIA OSANA HUUMEKUNTOUTUSTA:
Hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailman
integroimiseen.**

Jyväskylän yliopisto
Musiiikin laitos
Musiiikkiterapian lisensiaatintutkimus
Kesä 2006
Marko Punkanen

Tiedekunta Humanistinen	Laitos Musiikin laitos
Tekijä Marko Punkanen	
Työn nimi MUSIIKKITERAPIA OSANA HUUMEKUNTOUTUSTA: Hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailman integroimiseen.	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Lisensiaatintutkimus
Aika Kesä 2006	Sivumäärä 124
Tiivistelmä - Abstract <p>Työssäni tutkin sitä, mihin huume kuntoutuksen osa-alueisiin, vaiheisiin ja haasteisiin musiikkiterapian menetelmillä olisi mahdollista vaikuttaa hoitoa ja kuntoutusta edistävasti. Tutkimuksen aineisto koostuu neljän kokeneen huume kuntoutustyötä tekevän musiikkiterapeutin teemahaastatteluista. Tutkimuksen avulla pyrin selvittämään sitä miten musiikkiterapian menetelmät ja käytänteet olisi järkevintä integroida osaksi kokonaisvaltaista huume kuntoutusta. Lisäksi tavoitteena oli luoda käytännöllinen malli musiikkiterapian toteuttamisesta huume kuntoutuksen eri vaiheissa.</p> <p>Tutkimuksen metodologinen lähestymistapa pohjautuu Straussilaiseen induktiivis-deduktiiviseen grounded-teoriaan, jossa teoria kehittyy systemaattisen aineiston keruun ja jatkuvan teoriaa luovan analyysin vuorovaikutuksen tuloksena. Tutkimusaineisto kerättiin äänittämällä musiikkiterapeuttien haastattelut minidiscille. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin grounded-teorian mukaisesti.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että musiikkiterapian integroiminen osaksi muuta huume kuntoutusta on perusteltua sekä huume hoidon akuuttihoitovaiheessa että jatkohoitovaiheessa. Akuuttihoitovaiheessa musiikkiterapian keskeisenä merkityksenä on potilaan hoitoon kiinnittämisen vahvistaminen ja tukeminen. Tässä tarkoituksessa musiikkiterapian menetelmistä tärkeimpinä nousivat esille fysioakustinen menetelmä, musiikin kuuntelu sekä näissä molemmissa tärkeänä tekijänä toimiva musiikkiterapeutin läsnäolo. Jatkohoitovaiheessa musiikkiterapian keskeinen merkitys on huumeiden käytön syiden selvittelyssä ja potilaan kokemusmaailman integroimisessa. Musiikkiterapian keinoin on mahdollista hoitaa potilasta hyvin kokonaisvaltaisesti niin, että kaikki kokemisen tasot (sensorimotorinen, emotionaalinen ja kognitiivinen) tulevat työskentelyn kohteeksi. Musiikkiterapia tarjoaa mahdollisuuden sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyyn ja huume kuntoutuksen jatkohoitovaiheeseen soveltuvien musiikkiterapiamenetelmien kirjo on kattava ja monipuolinen.</p>	
Asiasanat Musiikkiterapia, huumeriippuvuus, huume kuntoutus, akuuttihoitovaihe, hoitoon kiinnittäminen, jatkohoitovaihe, kokemusmaailman integroiminen.	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos	
Muuta tietoja Tekijä on saanut tutkimusta varten Suomen Kulttuurirahaston sekä Musiikin laitoksen apurahan.	

SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto	1
2 Huumeet ja huumeriippuvuus	4
2.1 Historiaa	4
2.2 Opioidit	5
2.3 Kannabinoidit	8
2.4 Kokaiini ja amfetamiinin johdokset	9
2.5 Hallusinogeenit	11
2.6 Liuottimet ja muut huumaavat aineet	12
2.7 Selityksiä huumeriippuvuuden syntymiselle	14
3 Huumeriippuvuuden hoito	21
3.1 Huumehoidon erilaiset muodot	21
3.2 Tyypillisimmät hoitomuodot Suomessa	24
3.2.1 Vieroitushoito	24
3.2.2 Korvaus- ja ylläpitohoidot	28
3.2.3 Kognitiivinen terapia	29
3.2.4 Yhteisöhoidot	32
3.3 Musiikkiterapia riippuvuuksien hoidossa	35
3.4 Asiantuntijahaastatteluissa esiin nousseita hoitoon liittyviä ongelmia ja kehittämistarpeita	39
4 Tutkimustehtävä, tutkimuksen aineisto ja tutkimuksen metodologia	44

4.1 Tutkimuksen tavoitteet	44
4.2 Tutkimuksen aineisto	45
4.3 Grounded-teoria metodologisena lähestymistapana	46
4.4 Tutkimusaineiston kerääminen	50
4.5 Aineiston analysointi ja tutkimuksen luotettavuus	51
5 Tutkimuksen tuloksia: hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailman integroimiseen	59
5.1 Akuuttihoitovaihe	64
5.1.1 Potilaan hoitoon kiinnittäminen	65
5.1.1.1 Fysioakustinen hoito	66
5.1.1.2 Musiikin kuuntelu	70
5.1.1.3 Musiikkiterapeutin läsnäolon merkitys	72
5.2 Jatkohoitovaihe	75
5.2.1 Huumeiden käytön taustat ja syyt	77
5.2.1.1 Turvattomuus	77
5.2.1.2 Ahdistavat tunteet	78
5.2.2 Kokemusmaailman integroiminen	80
5.2.3 Kokemusmaailmaa integroiva prosessityöskentely musiikkiterapian menetelmin	81
5.2.3.1 Kehon kanssa työskentely	83
5.2.3.2 Tunteiden kanssa työskentely	87
5.2.3.3 Kognitioiden ja uskomusmaailman työstäminen	94
6 Tutkimuksen tulosten tarkastelu	98
6.1 Tutkimuksen tulosten yleistä tarkastelua	98
6.2 Kohti musiikkiterapeuttista huume kuntoutuksen mallia	105
6.3 Tutkimuksen merkityksen ja luotettavuuden tarkastelua	113
Lähteet	117

1 JOHDANTO

Tämän laadullisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää mihin huume kuntoutuksen osa-alueisiin, vaiheisiin ja haasteisiin musiikkiterapian menetelmillä olisi mahdollista vaikuttaa hoitoa ja kuntoutusta edistävasti ja tarjota malli siitä, miten musiikkiterapia tulisi integroida osaksi kokonaisvaltaista huume kuntoutusta.

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu neljän kokeneen huume kuntoutustyötä tekevän musiikkiterapeutin teemahaastatteluista. Tästä aineistosta olen grounded-teorian avulla lähtenyt rakentamaan teoriaa musiikkiterapian merkityksestä huume kuntoutuksen eri vaiheissa; akuuttihoitovaiheessa ja jatkohoitovaiheessa.

Tutkimuksen nimi viittaa tutkimuksen tuloksena syntyneeseen ydinkategoriaan, joka kuvaa sitä prosessinomaisuutta ja kokonaisvaltaista lähestymistä, joka on keskeistä sekä musiikkiterapiatyöskentelyssä että tuloksellisessa huume kuntoutuksessa. Akuuttihoitovaiheessa keskitytään potilaan vieroitusoireiden lievittämiseen ja tässä vaiheessa musiikkiterapialla näyttäisi olevan erittäin paljon annettavaa esimerkiksi fysioakustisen hoidon kautta. Musiikkiterapian käyttäminen akuuttihoitovaiheessa tähtää nimenomaan potilaan hoitoon kiinnittämiseen, mikä on ymmärrettävästi keskeinen asia jatkohoitovaiheeseen siirtymisen kannalta. Jatkohoitovaiheessa musiikkiterapia toimii kokonaisvaltaisena, potilaan eri kokemisen tasot huomioivana hoitomuotona. Sitä voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyssä ja huume kuntoutukseen soveltuvia musiikkiterapian menetelmiä on useita, kuten musiikkimielikuvatyöskentely, bändisoitto ja omien laulujen tekeminen.

Riippuvuus ilmiönä on mielenkiintoinen ja jollakin tavoin myös hieman mystinen. Mikä saa ihmisen riippuvaiseksi jostakin itsensä ulkopuolisesta asiasta?

Ja miten riippuvuudesta voi vapautua? Nämä ovat kysymyksiä, jotka ovat askarruttaneet mieltäni useita vuosia.

Tässä tutkimuksessa olen lähtenyt liikkeelle omasta esiymmärryksestäni huumeriippuvuuden ja sen hoitamisen suhteen. Esiymmärrykseni on toiminut itselleni lähtökohtana halulle ja tarpeelle tietää ja ymmärtää aiheesta enemmän. Yleisesti ottaen voidaan kai sanoa, että emme ole edes kiinnostuneita jostakin asiasta, jollei meillä ole siihen kosketuspintaa esimerkiksi tekemämme työn kautta. Tämän tutkimuksen osalta kiinnostukseni tutkijana aiheeseen heräsi käytännön musiikkiterapiatyön, oman pro gradu-tutkielman, aihepiiriin liittyvän muun tutkimuksen ja kirjallisuuden sekä kollegoiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Esiymmärrykseni aiheesta koostui siis useista eri tekijöistä ja lähteistä ja oli tämän vuoksi jo varsin laaja-alaista. Kliinikkona näen huumeriippuvuuden ennen kaikkea tunne-elämään liittyvänä ongelmana. Tällöin merkityksellistä on nimenomaan se, miten ihminen kykenee tunteitaan kohtaamaan, sietämään, ilmaisemaan, nimeämään ja käsittelemään. Kokemukseni mukaan huumeriippuvaisten hoidossa on myös tärkeää ymmärtää, että riippuvuus on sekä fyysistä että psyykkistä. Näin ollen myös hoidon ja kuntoutuksen tulisi vaikuttaa sekä fyysisellä että psyykkisellä tasolla ja tarjota kuntoutujalle kokonaisvaltaisia elämyksiä ja kokemuksia. Aloittaessani musiikkiterapiatyöskentelyn huumeriippuvaisten asiakkaiden kanssa vuonna 2000 uppouduin vähitellen riippuvuusilmiön selvittelyssä yhä syvemmälle ja syvemmälle. Pro gradu-tutkielmassani tutkin sitä, miten huume-kuntoutajat kokivat FA-menetelmään ja musiikkimielikuvatyöskentelyyn pohjautuvan hoidon ja minkälaisia mielikuvia, muistoja, tunteita ja tuntemuksia se heissä herätti. Keskeisenä asiana tuossa tutkimuksessa nousi esille tunteiden kokemiseen liittyvät vaikeudet ja omien kehollisten viestien ohittaminen arkipäivässä. Terapiatyöskentelyn kautta kuntoutujat tulivat tietoisemmiksi omista tunnereaktioistaan ja pystyivät käsittelemään niitä terapeutin avustuksella hallittavampaan muotoon. Tutkimukseni vakuutti minut musiikkiterapian mahdollisuuksista huume-kuntoutuksen osana ja halusin jatkaa

sen myötä syntyneen hoitomallin kehittelyä ja tutkimista niin, että se palvelisi parhaalla mahdollisella tavalla eri kuntoutusvaiheessa olevia ihmisiä.

Tämän liseniaatin tutkimuksen tavoitteena on synnyttää vielä pidemmälle kehittynyt malli siitä, miten musiikkiterapian menetelmiä hyödyntävä huume kuntoutusmalli voitaisiin integroida osaksi olemassa olevia ja vallitsevia huumehoitokäytänteitä. Tarkoituksena ei ole siis tarjota olemassa olevien hoitokäytänteiden kanssa kilpailevaa tai niitä korvaavaa huumehoitomallia, vaan lisävälineitä olemassa oleviin käytänteisiin niin, että entistä laajempi ryhmä hoidon tarpeessa olevia ihmisiä saataisiin kiinnittymään hoitoprosessiin ja motivoitumaan riippuvuusongelmansa työstämiseen ja siitä irti pääsemiseen. Ihmiset ovat erilaisia ja tarvitaan myös erilaisia tapoja auttaa huumeriippuvuudesta kärsiviä. Musiikilla on suuri merkitys varsin monen ihmisen elämässä ja etenkin silloin kun oma tunne-elämä on mennyt solmuun, voi musiikki toimia välineenä sen solmun selvittämisessä. Musiikki liittyy myös vahvasti huumeiden käyttökulttuuriin ja näyttäisi olevan ehdottoman tärkeää, että huume kuntoutuksessa huomioitaisiin ja prosessoitaisiin myös tämä puoli riippuvuusongelmasta.

Tutkimuksen tulosten merkityksenä näen musiikkiterapian aseman vahvistamisen huume kuntoutuksen kentällä ja mallin tarjoamisen siitä, miten ja millä tavoin musiikkiterapian menetelmät ja käytänteet on järkevintä huume kuntoutuksen kokonaisuuteen liittää. Toivonkin, että tutkimus tavoittaa ennen kaikkea huume kuntoutuksesta ja hoidosta päättävät tahot, huume kuntoutusta toteuttavat tahot sekä huume kuntoutuksesta kiinnostuneet ja sitä toteuttavat musiikkiterapeutit.

2 HUUMEET JA HUUMERIIPPUVUUS

Erilaiset huumaavat aineet ovat olleet osana ihmisten elämää jo varhaisista ajoista lähtien. Esimerkiksi kasvien vaikutukset ihmisen tietoisuuteen opittiin tuntemaan jo varhain. Niitä käytettiin mm. kivun lievitykseen ja psyykkiseen rauhoittamiseen. Tällaisia maagisia kasveja olivat mm. betelpähkinä, kati- ja kokapensaas lehdet, kannabis, karpässieni sekä erilaiset kaktukset. (Ahlström 1998, 21.)

Huumaavien kasvien käyttöön liittyi vahva sosiaalinen ja rituaalinen merkitys. Niitä käytettiin uskonnollisten rituaalien yhteydessä. Samaani pyrki saamaan niiden avulla yhteyden jumaliin. Muut rituaaleihin osallistujat käyttivät niitä ryhmän yhteenkuuluvuuden vahvistamiseksi. Toki tällaisilla rituaaleilla oli myös yksilöiden kannalta oma merkityksensä. Ne tarjosivat tietoisuutta laajentavia kokemuksia. (Ahlström 1998, 21.)

2.1 Historiaa

Kannabistuotteiden psykoaktiiviset vaikutukset tunnettiin foinikialaisten, kreikkalaisten sekä roomalaisten parissa. Jo tuhat vuotta sitten Aasiassa parannettiin erilaisia vaivoja niiden avulla. Niiden käyttö on liittynyt ja liittyy vielä tänä päivänäkin myös meditointiin ja erilaisiin initiaatoriihteihin (Maas & Strubelt 2006, 101-124). Kannabistuotteet levisivät Aasiasta Amerikan mantereelle ja myöhemmin espanjalaiset veivät ne Chileen, englantilaiset Kanadaan ja Virginiaan, Afrikkalaiset Brasiliaan ja Karibian meren alueelle. (Ahlström 1998, 21.)

Huumaavien kasvien käyttö on ollut osa kulttuuria eri puolilla maailmaa. Kreikkalaiset ja roomalaiset tarjosivat hamppua vierailleen varmistaakseen

hyvän tunnelman. Intian niemimaalla kannabis kuului osana häätarjoiluun. Kannabiksen lehtiä ja siemeniä on käytetty myös mm. vihannesruokien mausteina Afrikassa. Oopiumia käytettiin kipujen lievittämiseen jo 4000 vuotta ennen Kristuksen syntymää. Sitä on käytetty lääkkeenä hyvinkin moniin tarkoituksiin. Intian niemimaalla oopiumilla oli keskeinen merkitys sosiaalisissa suhteissa. Sen jakaminen oli merkinä ystävydestä. (Ahlström 1998, 21.)

Kokakasvin lehtiä on löydetty jo noin vuodelta 1300 eKr. Antropologien tutkimusten pohjalta on todennäköistä, että kokaa käyttivät papit ja šamaanit Andien alueella toteuttaessaan uskonnollisia rituaaleja sekä parantamisrituaaleja. Myös kokaa käytettiin lääkkeenä sekä myös osana jokapäiväistä ravintoa. Se täytti kalsiumin ja raudan tarpeen, jota muissa ruoka-aineissa oli tuohon aikaan niukasti. Kokan piristävää ja ruokahalua poistavaa vaikutusta hyödynnettiin myös kolonialismin aikana. Boliviassa ja Perussa alkuasukastyöntekijöille tarjottiin kokalehtiä, jotta he jaksaisivat tehdä pidempiä työpäiviä kulta- ja hopeakaivoksissa. Eurooppaan koka levisi 1600-luvulla. 1800-luvulla kokan terapeuttisia vaikutuksia tutki mm. Sigmund Freud. (Ahlström 1998, 21-22.)

Teollistumisen myötä on huumaavien aineiden määrä lisääntynyt valtavasti. Erilaisten kemiallisten aineiden haistelu, psyykenlääkkeiden käyttö päihdyntarkoituksessa ja ns. viihdekäyttöön valmistettujen huumeiden, kuten LSD:n käyttö ovat tehneet huumeiden käytöstä entistä vaikeamman ja vakavamman ongelman. (Ahlström 1998, 22.)

2.2 Opioidit

”Opiateiksi nimitetään oopiumista peräisin olevia sekä synteettisiä morfiinin kaltaisesti vaikuttavia yhdisteitä”. Nimitys opioidit otettiin käyttöön 1970-luvun puolivälissä, jolloin löydettiin ihmisen elimistön omat morfiinin kaltaisesti

vaikuttavat yhdisteet eli endorfiinit. Opioideilla tarkoitetaan kaikkia morfiinin kaltaisesti vaikuttavia yhdisteitä. (Ahtee 1998, 132.)

Opioidien vaikutus tapahtuu opioidireseptorien välityksellä, joita on kolmea päätyyppiä. Opioidien vaikutus riippuu siitä, miten ne tarttuvat eri opioidireseptoreihin ja millä tavalla ne aktivoivat niitä. Niiden vaikutukseen vaikuttavat myös niiden farmakokineettiset ominaisuudet. Esimerkiksi se miten nopeasti ne kulkeutuvat aivoihin ja kuinka pitkään ne viipyvät elimistössä. 1970-luvun alussa pystyttiin osoittamaan opiaattien sitoutuvan aivoissa spesifisiin kohtiin. Todettiin myös, että opioidireseptorien salpaajilla, kuten naloksonilla voidaan poistaa opioidien vaikutukset välittömästi. (Ahtee 1998, 132.)

Elimistön omia opioidipeptidejä nimitetään endorfiineiksi. Endorfiinien ohella opioideihin kuuluu myös synteettiset opioidipeptidit. Heroiini on puolisynteettinen morfiinin johdos. Se kulkeutuu aivoihin morfiinia nopeammin. Jos se ruiskutetaan suoraan verisuoneen, niin tuloksena on nopea ja voimakas mielihyvän tunne. Puolisynteettisiä morfiinijohdoksia ovat myös etyyliomorfiini, hydromorfiini, oksikoni sekä opioidiantagonistit nalorfiini ja naloksoni. Synteettisiä opiaatteja ovat mm. metadoni, petidiiniryhmän yhdisteet sekä tramadoli. (Ahtee 1998, 133-134.)

Opioideihin kehittyy voimakas toleranssi, jolloin annosta on lisättävä halutun vaikutuksen aikaansaamiseksi. Esimerkiksi heroiniaddiktit kestävät satakertaisia tai vieläkin suurempia annoksia heroinia ja muita opioideja aloitusannokseen verrattuna. On kuitenkin huomattava, että toleranssi eri vaikutuksiin kehittyy eri lailla. Esimerkiksi morfiinin euforisoivia vaikutuksia kohtaan toleranssi saattaa kehittyä hyvinkin nopeasti. Opioideihin syntyvä toleranssi onkin ainutlaatuinen, jos sitä vertaa muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin. (Ahtee 1998, 135.)

Riippuvuus opiaatteihin on sekä fyysistä että psyykkistä. Opioidiriippuvuuden diagnostisia kriteerejä ovat neuroadaptaatio, josta osoituksena toleranssi tai

vieroitusoireet, pakonomainen tarve käyttää ainetta erityisesti silloin, kun yrittää vähentää käyttöä tai lopettaa sen, kykenemättömyys lopettaa käyttöä, vaikka sitä haluaisi, pitkälle kehittyneet ja kapeutuneet huumeiden käyttöön liittyvät käyttäytymiskuviot, huumeen käyttö vieroitusoireiden ehkäisyarkoituksessa, huumehakuisen käyttäytymisen muodostuminen tärkeämmäksi kuin muut aikaisemmin tärkeämpinä pidetyt toiminnot sekä nopea retkahdus vieroituksen jälkeen. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 436.)

Opiaattien käyttöön liittyviä vieroitusoireita ovat verestävät silmät, vuotava nenä, haukottelu ja hikoilu. Myös vapina, ruokahaluttomuus ja masentuneisuus kuuluvat oireisiin. Voimakkaimmillaan oireet ovat 30-72 tunnin päästä viimeisestä annoksesta. Heroiinin aiheuttamat vieroitusoireet vaimenevat ja häviävät 7-10 vuorokauden kuluessa viimeisestä annoksesta. Kodeiinin käytöstä aiheutuvat oireet kestävät kaksi viikkoa, mutta pitempivaikutteisten opiaattien vaikutukset jopa 3-4 viikkoa. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 436-437.)

Opioidit saavat aikaan voimakkaan mielihyvän kokemuksen ja se on varmasti keskeinen psyykkisen riippuvuuden aiheuttaja. Tutkimuksissa on todettu, että mielihyväväikutus syntyy tiettyjen opioidireseptorien aktivoituessa. Onkin esitetty, että tietyt opioidireseptorit välittävät morfiinin ja heroinin psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia vaikutuksia. On myös esitetty ajatuksia ns. luonnollisen opioidijärjestelmän olemassaolosta. Tämä järjestelmä säätelisi toisaalta hyvääoloa, mahdollisesti B-endorfiinin välityksellä, ja toisaalta pahaoloa dynorfiinien välityksellä. (Ahtee 1998, 136-137.)

Psyykkisen riippuvuuden syntyyn liittyy todennäköisesti myös opioidien dopamiinin tuotantoa lisäävä vaikutus. Opioidien on todettu aiheuttavan mesolimbisen dopamiiniradan aktivoitumisen ja näin ollen dopamiinin vapautumisen. Kyse on ns. sensitisaatiosta eli herkistymisestä. Tämä tarkoittaa sitä, että toistuvasti käytettynä opioidit lisäävät dopamiinin vapautumista mesolimbisen radan dopamiinineuroneista selvästi enemmän kuin ensimmäisen

käytön yhteydessä. Opioidiantagonistien kehittäminen, opioidireseptorien ja endogeenisten opioidien osoittaminen sekä tiedot opioidien vaikutuksista aivojen transmitteri- sekä transduktiojärjestelmiin ovat selkiyttäneet opioidien aiheuttaman toleranssin sekä fyysisen riippuvuuden syntyyn johtavia mekanismeja. Psyykkinen riippuvuus on kuitenkin opioidien kohdalla se kaikkein ongelmallisin osa-alue ja sen mekanismien ymmärtäminen on vielä varsin vaillinaista. (Ahtee 1998, 137.)

2.3 Kannabinoidit

Cannabis sativa -hampunkasvista saatava kannabis on Euroopan yleisin huume. Sen vaikuttavat aineet ovat kannabinoideja, joita on kymmeniä. Marihuana on kuivattuja hampunlehtiä ja latvaversoja, hasis taas kuivattua hartsimaista ainetta, joka on valmistettu kasvin emikukkien pihkasta. Kannabisöljy on tervamainen kannabisuute, joka sisältää kannabinoideja jopa 60% painosta. (Ahtee 1998, 138.)

Kannabinoidit ovat lipofiilisiä yhdisteitä ja ne kulkeutuvat hyvin aivoihin. Jos niitä käyttää raskauden aikana, ne kulkeutuvat myös sikiöön. Kannabinoidit varastoituvat elimistön rasvakudoksiin jopa useiksi vuorokausiksi ja niillä on monia vaikutuksia myös keskushermostoon. Ne aiheuttavat stimulaatiota, depersonalisaatiota, paranoiaa ja joissakin tapauksissa myös hallusinaatioita. Toisaalta ne myös lamaavat keskushermoston toimintoja. Kannabiksella on todettu olevan myös muistia heikentävä vaikutus. Kannabinoidireseptoreita on löydetty etenkin muistiin ja motoriikan säätelyyn liittyvistä aivoalueista. Niitä löytyy runsaasti myös isojen aivojen aivokuoresta sekä mesolimbisen dopamiiniradan alueelta. Kannabinoidien myrkyllisyyden vähäisyys johtuu todennäköisesti siitä, ettei kannabinoidireseptoreita löydy juurikaan aivorungon alueelta. (Ahtee 1998, 138.)

Tutkimuksissa on todettu, että lähes kaikkia kannabiksen vaikutuksia kohtaan kehittyy toleranssia. Sen sijaan vieroitusoireita tai fyysistä riippuvuutta ei ole eläinkokeiden yhteydessä voitu osoittaa. On kuitenkin esitetty, että kannabisvieroituksen yhteydessä syntyisi samanlainen stressireaktio kuin alkoholi-, kokaiini- ja heroiinivieroituksessa. (Ahtee 1998, 139.) Kliinisesti todettuja vieroitusoireita kannabiksen käytön yhteydessä ovat unihäiriöt, ärtyisyys, pelkotilat, levottomuus, lihaskivut, hikoilu, vapina, pahoinvointi, ripuli sekä keskittymiskyvyn heikkeneminen. Vieroitusoireiden oletetaan johtuvan endorfiini-, katekolamiini- ja serotoniinisysteemien aktivaatiosta. (Fabritius & Salaspuro 1998, 421.) Siitä aiheuttaako kannabinoidit psyykkistä riippuvuutta on esitetty erilaisia mielipiteitä. On kuitenkin selvää, että sen käyttö perustuu varsin usein sen mielihyvää tuottavaan vaikutukseen. On esitetty, että kannabis aiheuttaisi pysyviä aivovaurioita. Tästä ei kuitenkaan ole selkeää näyttöä. Sen sijaan on selvää, että kannabis vaikuttaa suorituskykyä alentavasti. Petollista on erityisesti se, että käyttäjä ei itse pysty toteamaan heikentynyttä suorituskykyään. Kannabinoidien subjektiivisesti koetut positiiviset vaikutukset kestävät yleensä vain muutamia tunteja. Sen sijaan haitalliset vaikutukset ilmenevät niin kauan kuin ainetta on elimistössä eli useita vuorokausia. (Ahtee 1998, 139-140.)

2.4 Kokaiini ja amfetamiinin johdokset

Psykomotoriset stimulantit (kokaiini ja amfetamiini johdoksineen) vaikuttavat voimakkaasti ihmisen käyttäytymiseen. Ne lisäävät motorista toimintaa, kiihtymystä sekä euforiaa. Niille on ominaista myös erittäin voimakas psyykinen riippuvuus. Fyysistä riippuvuutta psykomotoriset stimulantit eivät sen sijaan juurikaan aiheuta. Amfetamiinin ja kokaiinin käytön lopettamisen yhteydessä voi syntyä syvä väsymystila ja erittäin vaikea depressio ja siihen liittyvä itsemurha-alttius. Kokaiinin käytön jälkeinen depressio ilmenee monesti jo 15 minuutin kuluttua sen ottamisesta suonen sisäisesti tai polttamalla. Sen

sijaan nuuskaamalla depressio ilmenee vasta muutaman tunnin kuluttua. (Ahtee 1998, 141-142.)

Amfetamiinin keskushermostoa stimuloivat vaikutukset on tunnettu 1930-luvulta lähtien. Sen väärinkäyttöä esiintyi mm. toisen maailmansodan jälkeen ja 1960- ja 1970-luvuilla esimerkiksi USA:ssa ja Ruotsissa. Amfetamiinia käytettiin kuitenkin terapeuttisesti 1970-luvulle asti. Tämä perustui sen mielialaa kohottavaan ja tarmokkuutta ja vireyttä lisäävään vaikutukseen. Kääntöpuolena oli kuitenkin sen aiheuttama tuskaisuus ja ärtyisyys. (Ahtee 1998, 142-143.)

Amfetamiini imeytyy elimistöön hyvin ruoansulatuskanavasta ja kulkeutuu nopeasti veriaivoesteen lävitse. Se imeytyy myös limakalvoilta. (Ahtee 1998, 143.)

Kokaiinin käyttäytymisvaikutukset perustuvat suurelta osin dopaminergisen neurotransmission vahvistumiseen. Useat kokaiinin käyttäytymisvaikutuksista ovatkin ilmeisesti seurausta juuri tästä ilmiöstä. (Ahtee 1998, 144.)

Myös amfetamiinin ja sen johdosten aiheuttama lokomotoriikan kiihtyminen ja stereotyyppiset liikkeet johtuvat niiden aivojen dopaminergista transmissiota kiihdyttävästä vaikutuksesta. Amfetamiinin aiheuttama aggressiivinen käytös johtuu todennäköisesti juuri tästä ilmiöstä. 1960-luvulla amfetamiinin havaittiin aiheuttavan akuutin skitsofrenian kaltaisen tilan. Myös kokaiinin intensiivisen käytön seurauksena voi olla psykoottinen tila. Amfetamiinin toistuva käyttö ja suuret annokset johtavat väistämättä psykoottiseen tilaan, mikä selittyy ilmeisesti juuri edellä mainitulla aivojen dopaminergisen transmission aktivoitumisella. Amfetamiinin käytöstä syntyneet psykoottiset oireet häviävät kuitenkin varsin pian käytön lopettamisen jälkeen. (Ahtee 1998, 145-146.)

Kokaiiniin kehittyy erittäin nopea toleranssi, sillä sen mielihyvää tuottava vaikutus häviää jo muutamassa minuutissa. Samoin toleranssia syntyy

amfetamiinin euforisoiviin vaikutuksiin, mutta ei kuitenkaan niin nopeasti kuin kokaiiniin. Fyysisiä vieroitusoireita kokaiinin ja amfetamiinin pitkäaikaisen käytön jälkeen ei synny. Sen sijaan erilaiset käyttäytymishäiriöt ovat tyypillisiä. Etenkin tuskainen ja kiihtynyt depressio, johon liittyy harhaluuloisia epäilyjä, on yleistä. Vieroitusdepressiota selittäväksi tekijäksi on esitetty aivojen monoaminergisten neuronien vajaatoimintaa. Kokaiinin ja amfetamiinin synnyttämä psyykinen riippuvuus on osoitettu monissakin erilaisissa koetilanteissa. Kokaiini ja amfetamiini olivat ensimmäisiä yhdisteitä, joita koe-eläinten osoitettiin itseannostelevan suonensisäisesti. Addiktin kokaiinin himo voi olla niin voimakas, että se voittaa kaikki muut tarpeet. Kokaiinin ja amfetamiinin voimakas vahvistava vaikutus on osoitettu myös muissa psyykkistä riippuvuutta mittaavissa koejärjestelyissä. (Ahtee 1998, 146-148.)

2.5 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit vaikuttavat ennen kaikkea ihmisen tietoisuuden tilaan. Ne muuttavat ajan ja paikan tajua ja aiheuttavat näkö-, kuulo- ja muita aistiharhoja. Varsinaisiin hallusinogeeneihin katsotaan kuuluvaksi eräät indolialkyyliamiinirakenteen omaavat yhdisteet, kuten LSD, joukko fenyylialkyyliamiinijohdoksia, kuten meskaliini ja MDMA (ekstaasi) sekä fensyklidiini. (Ahtee 1998, 148.)

Todennäköisesti tunnetuin hallusinogeeninen yhdiste on lysergihapon dietyyliamidi eli LSD. Tämän yhdisteen syntetisoi vuonna 1938 Albert Hofmann liittämällä torajyvistä eristettyyn lysergihappoon dietyyliamiinin. LSD ei itse asiassa ole kovin myrkyllinen yhdiste. Sen vaarallisuus perustuu ennen kaikkea sen psyykkisiin vaikutuksiin. LSD:n on todettu aktivoivan piileviä psykoottisia häiriötiloja. LSD:n käyttö voi synnyttää myös kauhutiloja, joissa ihminen voi toimia hyvinkin kohtalokkaasti. LSD:hen liittyy myös keskeisesti ns. flashback-ilmio, joka tarkoittaa sitä, että akuuttiin LSD:n käyttöön liittyneet aistiharhat ja

aistivääristymät voivat palautua jopa vuosien kuluttua yhdisteen nauttimisesta. (Ahtee 1998, 148-149.)

Jo 1950-luvulla LSD:tä kokeiltiin alkoholismien, neuroosien, autismin, seksuaalisten poikkeavuuksien sekä sosiopaattisten persoonallisuuksien hoitoon ilman mainittavia tuloksia (Fabritius & Salaspuro 1998, 428). 1970-luvulla LSD:tä kokeiltiin myös psykoterapeuttisessa työskentelyssä. Helen Bonny aloitti kokeilunsa musiikkimielikuvatyöskentelystä Marylandin psykiatrisessa tutkimuskeskuksessa Yhdysvalloissa 1970-luvun alussa. Silloin tutkimuskeskuksessa tutkittiin ns. "Psychedelic peak" psykoterapian mahdollisuuksia. Kohderyhmänä oli alkoholisteja, huumeriippuvaisia, terminaalivaiheessa olevia syöpäpotilaita ja erilaisista neurooseista kärsiviä. LSD:n rooli tässä yhteydessä oli saattaa potilaat muuntuneeseen tietoisuuden tilaan, jossa psykoterapeuttinen työskentely muuttuisi otollisemmaksi. Suhtautuminen tämäntyypiseen hoitokulttuuriin kuitenkin muuttui negatiivisemmaksi, eikä siitä muodostunut pysyvää hoitokäytäntöä. (Bonny & Pahnke 2002, 21-22.)

LSD:n psyykkisiin vaikutuksiin kehittyi toleranssia, mutta siihen liittyvää mekanismia ei tunneta. Fyysistä riippuvuutta tai vieroitusoireita LSD:n yhteydessä ei ole havaittu. (Ahtee 1998, 149.)

2.6 Liuottimet ja muut huumaavat aineet

Etenkin nuorten keskuudessa ilmenevä imppaus on merkittävä ongelma myös Suomessa. Imppaamiseen liittyy äkkikuoleman riski ja pidempään jatkuvana sillä on vakavia terveydellisiä haittavaikutuksia. (Kivistö 1998, 450.)

Imppauksella tarkoitetaan haihtuvien aineiden, kuten teknisten liuottimien ja nestekaasujen haistelua ja hengittämistä päihtymistarkoituksessa. Tärkeimpiä

impattavia aineita ovat tolueenia sisältävät liimat ja maalien ohenteet, tahrannoistoaaineet, maalit, lakat, bensiini ja nestekaasut. (Kivistö 1998, 450.)

Sisään hengitetyt aineet imeytyvät keuhkoista systeemiseen verenkiertoon ja niiden vaikutukset ilmenevät parissa minuutissa. Euforinen kokemus on varmasti se mitä nuoret ensisijaisesti imppauksesta hakevat. Imppaukseen liittyy myös negatiivisia kokemuksia, kuten erilaisia harhoja. Myös pahoinvointi, oksentelu ja huimaus ovat tyypillisiä reaktioita. Imppaamiseen liittyy erittäin suuria terveystriskejä, kuten aivovaurioita. Psykkinen riippuvuus impattaviin aineisiin syntyy mielihyvökokemuksen myötä samoin kuin muihinkin huumaaviin aineisiin. (Kivistö 1998, 451.) Granströmin ja Kuoppasalmen (1998) mukaan jokaisella ihmisellä on perustavanlaatuinen ja hyvin voimakas pyrkimys mielihyväsävytteiseen minäkokemukseen. Mikäli ihminen ei saa riittävästi tällaista kokemusta normaalin elämän ja siinä syntyvien vuorovaikutussuhteiden kautta, on mahdollista, että hänelle kehittyy riippuvuus niihin asioihin, ihmisiin tai aineisiin, jotka tarjoavat hänelle tällaisen kokemuksen. Tätä kautta voi syntyä pakonomainen tarve esimerkiksi huumausaineen käyttöön, koska sen myötä ihminen kokee minäkokemuksensa palautuvan. (Granström & Kuoppasalmi 1998, 32.)

Päihtymistarkoitukseen käytetään myös erilaisia kasveja ja sieniä. Näitä ovat esimerkiksi kati, oopiumiunikko, muskottipähkinä, kellopasuuna, enkelinpasuuna, päivänsini, kärpässienet ja psilosybiiniä ja psilosiinia sisältävä suippomadonlakki. Näiden kaikkien käytön tarkoituksena on saada pää sekaisin. Ne synnyttävät hallusinaatioita ja mielihyvän kokemuksia. Seurauksena on aina myös negatiivisia reaktioita, kuten pahoinvointia, pelkotiloja ja sekavuutta. Päihtymistarkoituksessa käytetyt kasvit ja sienet aiheuttavat myös psykkinistä riippuvuutta. (Kivistö 1998, 452-454.)

2.7 Selityksiä huumeriippuvuuden syntymiselle

Mitä huumeriippuvuudella tarkoitetaan ja kuinka se määritellään? Reedin (1994) mukaan huumeriippuvuutta määritellään liian usein väärillä perusteilla, kuten kuinka usein huumeita käytetään, mitä huumausaineita käytetään, kuinka suuria annoksia huumeita käytetään ja kuinka pitkään niiden käyttö on jatkunut. Vaikka nämä ovatkin tärkeitä tekijöitä, ne eivät sinällään määrittele huumeriippuvuuden käsitettä. Reedin (1994) mukaan riippuvuudessa ei ole niinkään kysymys jatkuvasta huumeiden käytöstä, vaan sitä määrittää ennen kaikkea pakonomainen huumeiden käyttö, johon kuuluu huumausaineiden käyttöön liittyvän kontrollin menettäminen ja käytön jatkuminen negatiivisista seurauksista huolimatta ja ongelman kieltäminen. (Reed 1994, 7-11.)

Huumeriippuvuuden syntymistä voidaan lähestyä eri näkökulmista. Edellä on jo esitetty aivojen toiminnasta johtuvia syitä, kuten dopamiiniradan ja opioidireseptorien merkitystä. Aionkin seuraavassa keskittyä enemmän ihmisen psyykkisen kokemuksen merkitykseen riippuvuusproblematiikan yhteydessä. Kaikkien edellä esiteltyjen huumeiden ja huumaavien aineiden yhteydessä puhuttiin psyykkisen riippuvuuden syntymisestä, mutta sen tarkempi analysointi on varmasti tarpeen tässä vaiheessa ennen kuin siirrymme tutkimaan sitä, miten huumeriippuvuutta Suomessa ja muualla maailmassa tänä päivänä hoidetaan.

Psykodynaamisen teorian mukaan huumeriippuvuuden syntymisessä keskeinen merkitys on persoonallisuuden puutteellisesta kehityksestä johtuvalla heikolla tunteiden sietokyvyllä. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmiseltä puuttuu tai hänellä on hyvin heikosti kehittyneenä ne rakenteet, joilla hän kykenisi ylläpitämään psyykkistä tasapainoa voimakkaiden tunteiden aktivoituessa. Sillä, onko voimakkaana koetut tunteet myönteisiä vai kielteisiä ei näyttäisi olevan merkitystä. Huumeista voi muodostua tällöin ihmiselle yksi keino muuttaa tunnekokemusta vaikuttamalla sen merkityssisältöön tai voimakkuuteen tai

tuottamalla mielihyväsävytteinen minäkokemus sietämättömän tunteen tilalle. (Granström & Kuoppasalmi 1998, 31.)

Granströmin ja Kuoppasalmen (1998) mukaan jokainen ihminen pyrkii ylläpitämään eheää ja mielihyväsävytteistä minäkuva. Tällainen minäkuva on kuitenkin koko ajan uhattuna sekä ulkoisten että yksilön sisäisten vaatimusten ja erilaisten uhkatekijöiden taholta. Jos psyykkinen tasapaino järkkyy, niin ihminen pyrkii kaikin mahdollisin keinoin (defenssit, coping-mekanismit, tietoinen käyttäytyminen) korjaamaan asiat niin, että mielihyväsävytteinen psyykkinen tasapaino palautuu. Keskeinen lähtökohta huumeita väärinkäyttävän henkilön kohdalla onkin Granströmin ja Kuoppasalmen (1998) mukaan kyvyttömyys ylläpitää riittävän hyvää psyykkistä tasapainoa psyykkisen itsesäätelyn vajavuuksista johtuen. Puutteet voivat liittyä itsestä huolehtimisen kykyyn, minän kehitysasteeseen, itsetuntoon, objektsuhteisiin sekä affektitoleranssiin. (Granström & Kuoppasalmi 1998, 30.)

Caldwellin (1996) mukaan riippuvuuksista puhuttaessa ja niitä hoidettaessa unohdetaan useimmiten se tosiasia, että ruumiimme aisteineen on keskeinen osa riippuvuuskäyttäytymistä. Etääntyminen kehollisista aistimuksistamme on riippuvuuskäyttäytymisen alku. (Caldwell 1996, 19-32.) Tällä Caldwell viittaa siihen neurologisestikin todistettuun tietoon, että kehon aistimukset toimivat tunteidemme herättäjinä (esim. Damasio 2000). Kehollisista aistimuksista etääntyminen tarkoittaa näin ollen myös etääntymistä omista tunteista. Caldwell (1996) puhuu riippuvuuden spiraalista, joka alkaa sietämättömästä kokemuksesta. Tyypillistä tällaiselle kokemukselle on, että sen koetaan uhkaavan omaa fyysistä, psyykkistä tai emotionaalista selviytymistä. Sietämätön kokemus stimuloi meissä taistelee tai pakene reaktion, joka saa meidät etsimään helpotusta tilanteeseen. (Caldwell 1996, 29-30.)

Caldwellin kuvaamaa sietämätöntä kokemusta voidaan kutsua myös traumakokemukseksi. Traumaattiseksi kokemus muotoutuu erityisesti silloin,

kun taistelu tai pako reaktiot eivät toimi ja ihminen jähmettyy toimintakyvyttömäksi. Virallisen määritelmän mukaan trauma aiheutuu stressipitoisesta tapahtumasta, "joka on normaalin inhimillisen kokemuksen ulkopuolella ja joka olisi merkittävän ahdistava lähes jokaiselle ihmiselle". Tämä määritelmä pitää sisällään seuraavat epätavalliset kokemukset: "vakava henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava tilanne; lapsiin, puolisoon tai muihin läheisiin ihmisiin kohdistuva uhka tai vahinko, kodin tai oman yhteisön yhtäkkinen tuhoutuminen; äskettäin vakavasti loukkaantuneen tai kuolleen ihmisen näkeminen" (Levine 1997, 24). Edellä esitetty määritelmä on hyvä lähtökohta, mutta on kuitenkin tärkeää muistaa, että jokainen ihminen reagoi yksilöllisesti stressaaviin tilanteisiin ja on myös paljon muita tilanteita edellä mainittujen lisäksi, jotka voivat olla meille traumaattisia. Hermanin mukaan traumaattiset tapahtumat eivät ole epätavallisia siksi, että niitä tapahtuisi harvoin, vaan siksi, että ne ylittävät ihmisen tavanomaisen sietokyvyn (Herman 1997, 33). Onnettomuudet, sairaudet, avioerot ja kiusaamiset eivät ole tavanomaisten inhimillisten kokemusten ulkopuolella, mutta voivat siitä huolimatta olla traumatisoivia. Erityisesti silloin kun stressipitoiset tapahtumat ajoittuvat lapsuuteen, niillä voi olla erittäin suuri vaikutus henkilön myöhempään elämään. Laiminlyönnit, fyysinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö, kiintymyssuhteisiin liittyvät ongelmat, pitkät sairaalahoitajaksot, vanhemman kuolema, vanhempien avioero ja koulukiusaaminen ovat yleisiä traumakokemuksia niillä huume kuntoutujilla, joiden kanssa olen itse työskennellyt.

Kieltämisen kautta tapahtuva tilanteiden ja kokemusten hallintayritys on Caldwellin (1996) mukaan riippuvuuden spiraalin toinen vaihe. Vältämme tunteitamme ja kehon tuntemuksia, jotka voisivat ylläpitää levottomuuttamme. Hallinnan ylläpitäminen vaatii paljon energiaa, koska joudumme koko ajan tarkkailemaan ja valikoimaan kokemuksiamme ja tunteitamme sen mukaan mikä on sallittua. (Caldwell 1996, 30-32.)

Traumaviitekehuksesta tarkasteltuna Caldwellin levottomuutta aiheuttavien tunteiden ja kehotuntemusten välttely liittyy alkuperäisen traumakokemuksen osatekijöihin (keholliset tuntemukset, tunteet, ajatukset, merkitykset), joista osa voi olla dissosioituneena alkuperäisestä kokemuksesta. Dissosiaatio merkitsee tietoisuuden pilkkoutumista. Traumaattisen tapahtuman aikana ihminen voi eristää joitakin kokemuksen osia ja siten tehokkaasti vähentää tapahtuman vaikutuksia itseensä. Tällainen dissosioitu kokemuksen osatekijä, joka on monesti tilanteeseen liittynyt ahdistava tunne, saattaa aktivoitua alkuperäisen traumakokemuksen takaumana mitä erilaisimmissa tilanteissa. On luonnollista, että ihminen pyrkii välttämään tällaisia hallitsemattomia ja pelottavia tunnekokemuksia. (Rothschild 2000, 65-66.)

Caldwell (1996) toteaa, etteivät kieltämällä ja torjumalla tukahdetut tunteet tosiasiasa häviä mihinkään. Sen sijaan niiden tukahduttaminen vaatii aikaa myöten yhä kovempia keinoja ja aineita. (Caldwell 1996, 37-38.) McDougallin (1999) mukaan riippuvuusongelmiin liittyy toisinaan myös psykosomaattista oireilua. Psykosomaattisen haavoittuvuuden lisääntyminen on vaarana niillä ihmisillä, jotka käyttävät toimintaa suojautumiskeinona psyykkistä kipua vastaan, silloin kun tunteen tunnistaminen ja reflektointi olisivat sopivampia keinoja. (McDougall 1999, 81-93.)

Traumatisoitunut ihminen joutuu keksimään mitä erilaisimpia keinoja pitääkseen ei-toivotut tunteet poissa. Tunteiden pakoilu ja poissa pitäminen ei kuitenkaan pitkällä aikavälillä ole kovin toimiva ratkaisu ja tuo usein uusia ongelmia ihmisen elämäänsä. Dissosioituneen tunnemateriaalin integroiminen osaksi alkuperäistä traumakokemusta näyttäisi tutkimusten valossa olevan ainoa pysyviä tuloksia tarjoava ratkaisu. (Siegel 2003, 43-53; van der Kolk, McFarlane & van der Hart 1996, 417-436.)

Caldwell (1996) näkee tunteiden torjumisen riippuvuuden spiraalin kolmantena vaiheena. Tällöin alamme vihata niitä tunteita, jotka olemme itseltämme

kieltäneet ja samalla alamme inhota itseämme niiden tunteiden takia. Caldwellin (1996) mukaan torjuminen koskee kahdenlaisia tunteita tai kokemuksia. Ensiksikin kaikkia niitä tunteita ja ajatuksia, joita on pidetty kiellettyinä lapsuuden perheessämme. Jos esimerkiksi lapsena tuntemamme viha uhkaa perheen toimivuutta, niin perheenjäsenyytemme on vaarassa kunnes lopetamme vihan ilmaisun. Tunteen torjuessamme tosin torjumme myös osan itseämme. Tätä kautta tietyt tunteet muuttuvat vähitellen yksilön kokemusmaailmassa vääriksi ja välteltäviksi tunteiksi. Tunteiden torjuminen kuluttaa kuitenkin valtavasti energiaa ja saa meidät vähitellen vihaamaan itseämme niiden tunteiden vuoksi, jotka eivät ole ympäristömme hyväksymiä. Toiseksi joudumme torjumaan kaikki ne kokemukset, jotka uhkaavat jollain tavalla itsevihaamme. Koska itsevihasta tulee välttämätön selviytymisen väline, pyrimme ylläpitämään sitä kaikin keinoin. (Caldwell 1996, 30-34.)

Huumeiden käyttö tai jokin muu pakonomainen toiminta voidaan Caldwellin (1996) mukaan nähdä riippuvuuden spiraalin neljäntenä ja viimeisenä vaiheena. Spiraalin viimeinen vaihe perustuu vähäisten spontaanien kokemusten synnyttämään dominoefektiin. Käyttäessämme hyvin paljon energiaa kontrolloidaksemme ja torjuaksemme "väärää" kokemusiamme, jää meille toisaalta hyvin niukalti resursseja sietää minkäänlaisia kokemuksia. Suurin osa ajastamme ja energiastamme kuluu kiellettyjen tunteiden, aistimusten ja ajatusten torjumiseen. Tähän tilanteeseen esim. huumeet tuovat lievitystä ja helpotusta. Huumeiden vaikutuksen alaisena kontrolli helpottaa ja tunnemme itsemme hetken aikaa vapaiksi. Niiden kautta syntyy myös illuusion tunne siitä, että meistä pidetään huolta. (Caldwell 1996, 30-36.)

Caldwellin esitys riippuvuuden synnystä tuntuu varsin loogiselta ja ymmärrettävältä. Sitä tukevat myös traumapsykoterapian teoriat ja tutkimukset, joissa on selvitetty huumeiden käytön ja traumahistorian välisiä yhteyksiä (Farley, Golding, Young, Mulligan & Minkoff 2004). Se edustaa kuitenkin hyvin erilaista lähestymistapaa aiheeseen kuin esimerkiksi

päihdelääketieteen aivojen välittäjäainetoimintaan keskittyvä tutkimus. En kuitenkaan näe näitä kahta lähestymistapaa toisiaan vastaan taistelevina tai toisiaan kumoavina, vaan saman asian katsomista eri näkökulmista. Psykoneuroimmunologia on suhteellisen uusi tieteenala, jossa näitä eri näkökulmia on pyritty tuomaan yhteen. Se on pyrkinyt todistamaan psykologisten kokemusten vaikutuksen ihmisen aivotoimintaan ja immuunisysteemiin. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi voimakkaat tunnekokemukset esimerkiksi traumakokemusten yhteydessä näkyvät myös aivojen välittäjäainetoiminnoissa. Tämä tarkoittaisi sitä, että esimerkiksi huumeriippuvuuden yhteydessä rekisteröidyt välittäjäaineiden toiminnassa näkyvät muutokset eivät välttämättä ole geneettisiä, vaan vuorovaikutuskokemusten synnyttämiä. Voisiko esimerkiksi olla niin, että joissakin tapauksissa riippuvuusproblematiikka onkin seurausta ensimmäisen riippuvuussuhteen epäonnistumisesta tai kesken jäämisestä? Tällä tarkoitan varhaislapsuuden symbioottista suhdetta vanhempaan, jonka kautta lapsen minäkokemus vähitellen syntyy ja vakiintuu. Tämä elämämme ensimmäinen riippuvuushan tulisi päättyä eriytymiseen vanhemmasta, jolloin lapselle on syntynyt sisäinen mielikuva huolta pitävästä vanhemmasta. On kuitenkin monista eri syistä mahdollista, että tämä ensimmäinen riippuvuussuhde ja siitä eriytyminen ei sujukaan niin kuin sen pitäisi. Tällöin seurauksena on vajavaisesti kehittynyt persoonallisuus, joka tarvitsee sisäisen tasapainon ylläpitämiseksi ulkoisia objekteja eli riippuvuuskohteita. (esim. Granström & Kuoppasalmi 1998.)

Caldwellin (1996) mukaan riippuvuudet voivat syntyä kolmella eri tavalla. Ensiksikin riippuvuuden voi aiheuttaa toistuvat, kestävämmät kokemukset siitä, ettei tarpeisiimme vastata. Toinen syy voi olla, että tulee rangaistuksi siitä mielihyvästä, mitä tarpeen tyydytys tuottaa. (Caldwell 1996, 37-38.) Nämä kaksi ovat mielestäni yhdistettävissä esittämäni ajatukseen ensimmäisen riippuvuussuhteen epäonnistumisesta. Kolmantena syynä Caldwell (1996) näkee jatkuvan työnteon ilman riittävää lepoa. Kaikissa edellä mainituissa syissä on kysymys siitä, että ihminen kadottaa yhteyden omiin tunteisiinsa, joko

kieltämällä tai torjumalla ne tietoisuudestaan. Tunteet eivät kuitenkaan tosiasiasa häviä mihinkään ja niiden tukahduttaminen vaatii aikaa myöten yhä kovempia keinoja ja aineita. (Caldwell 1996, 37-38.)

Edellä esitetyt huumeriippuvuuden syntymistä kuvaavat selitykset edustavat erilaisia teoreettisia viitekehyksiä (psykodynaaminen, kehopsykoterapeuttinen, traumapsykoterapeuttinen ja psykoanalyttinen), mutta tukevat ja täydentävät mielestäni toisiaan hienolla tavalla. Kliinikkona koen saaneeni näistä kaikista lähestymistavoista paljon lisäymmärrystä omaan työhöni ja olen pyrkinyt integroimaan niitä omassa ajattelussani. Erityisesti traumapsykoterapeuttinen viitekehys, joka sinällään on monia eri näkökulmia ja teorioita (kiintymyssuhteet, neurobiologia, neuropsykologia, tunneteoriat jne.) integroiva viitekehys, on avannut silmiäni näkemään asiakkaiden ongelmien ja heidän elämänkokemuksiensa välisiä suhteita entistä laajemmin. Kliinisessä musiikkiterapiatyössäni huumeekuntoutujien kanssa olen huomannut, että traumaattiset kokemukset usein aktivoituvat terapiaprosessin aikana. Traumaterapiaviitekehysten soveltaminen ja yhdistäminen musiikkiterapian käytänteisiin onkin osoittautunut erittäin toimivaksi työtavaksi näiden asiakkaiden kanssa. (ks. Punkanen 2006, 140-154.)

3 HUUMERIIPPUVUUDEN HOITO

Huumeriippuvuuden hoito on varsin haasteellista ja sitä toteutetaan monin eri tavoin. Kunkin potilaan huumeriippuvuuden vaikeuden aste määrittelee usein sen, minkä tasoiseen ja sisältöiseen hoitoon päädytään. Tässä luvussa käyn läpi erilaisia maailmalla yleisesti käytössä olevia huumeriippuvuuden hoidon muotoja ja tasoja, tyypillisimpiä Suomessa käytettäviä huumeriippuvuuden hoitomuotoja, musiikkiterapian käyttöön riippuvuusongelmissa liittyviä tutkimuksia sekä asiantuntijoiden haastatteluaineistosta esiin nousseita hoitoon liittyviä ongelmia ja kehittämistarpeita.

3.1 Huumehoidon erilaiset muodot

Huumeriippuvuus voidaan nähdä prosessina, johon kuuluu huumeriippuvaisen ihmisen fyysisen, kognitiivisen, psykologisen, emotionaalisen, sosiaalisen ja henkisen elämän progressiivinen vammautuminen. Huumeriippuvuutta voidaan kuvata lyhyesti myös biopsykososiaaliseksi sairaudeksi. Koska huumeriippuvuus aiheuttaa vahinkoa useilla eri elämän osa-alueilla, tulisi myös hoidon kohdistua kaikille näille elämän alueille. Vaikka huumeriippuvuuden prosessi ihmisestä riippumatta on hyvin samankaltainen, niin sen aiheuttamat haitat ja vammat vaihtelevat yksilöllisesti. Näin ollen eri ihmisillä on erilaisia hoidon tarpeita. Hoidon tarpeet vaihtelevat myös hoidon vaiheesta riippuen. Karanin (1994) mukaan onkin tärkeää, että huumeriippuvuuden hoito on joustavaa ja, että se sisältää erilaisia strategioita ja palveluja niin, että jokaisen potilaan yksilöllisiin biopsykososiaalisiin hoitotarpeisiin on mahdollista vastata. Karan (1994) näkee huumeriippuvuuden hoidon biopsykososiaalisena terapeuttisena strategiana, joka on suunniteltu vastaamaan huumeriippuvuusongelmasta kärsivän ihmisen yksilöllisiä hoitotarpeita. (Karan 1994, 132.)

Huumeriippuvuushoitojen skaala vaihtelee esimerkiksi Yhdysvalloissa perustason tiedon jakamisesta ja ohjauksesta tiiviiseen sairaan- ja psykiatriseen hoitoon. Hoidon intensiivisyyden pohjalta voidaan puhua erilaisista hoidon tasoista; avohoito, intensiivinen avohoito ja laitoshoido. (Karan 1994, 132.)

Avohoito koostuu yleensä muutamasta hoitotunnista viikossa ja se voi sisältää hyvin monenlaisia asioita, kuten yksilö- ja ryhmäterapiaistuntoja, lääkärin tapaamisia, perheterapiaa, riippuvuusongelmaan liittyvää edukaatiota jne. Monet avohoitoon perustuvat hoito-ohjelmat tarjoavat ainoastaan yksilö- tai ryhmäterapiaa. Joissakin on tarjolla myös huumeriippuvuuteen läheisesti liittyvien asioiden kuten väkivallan, läheisriippuvuuden, inestien ja retkahtamisten välttämisen työstämistä. Avohoitoon perustuva kuntoutus sopii yleensä niille, joilla on perusrakenteet kunnossa eli on työpaikka, tukevat sosiaaliset suhteet ja oma ymmärrys ongelmasta ja halu saada apua siihen. (Karan 1994, 133.)

Intensiivinen avohoito voi viikkotuntimäärältään vaihdella 9-60 tunnin välillä. Intensiivistä avohoidoa tarjotaan erilaisilla rakenteilla. Jotkut hoito-ohjelmat tarjoavat hoitoa arki-iltaisina ja viikonloppuisina (iltaohjelma). Joissakin voi hoitoa olla tarjolla 8 tuntia päivässä (päiväohjelma). Intensiiviset avohoito-ohjelmat ovat kestoltaan normaalisti 6-12 viikkoa. Pidempiinkin jaksoihin on kuitenkin mahdollisuus. Avohoitoon verrattuna intensiivinen avohoito tarjoaa kuntoutujalle enemmän struktuuria ja enemmän hoitotunteja viikkoa kohti. Tuntimäärän lisääntymisen vuoksi se pystyy tarjoamaan myös monipuolisempaa sisältöä kuntoutujille. (Karan 1994, 133-134.)

Yhdysvalloissa huumeiden käyttäjien laitoshoido lisääntyi 1980-luvulla merkittävästi. Osasyynä oli kokaiiniriippuvuuden yleisen tietoisuuden lisääntyminen. Näihin aikoihin 30 vuorokauden mittaisista laitosjaksoista muodostui yleinen käytäntö. Tänä päivänä hoidot ovat usein laitoshoidon, intensiivisen avohoidon ja avohoidon yhdistelmiä. Laitoshoidot pystyvät

tarjoamaan intensiivisempää lääkinnällistä, psykiatrista ja sairaanhoidollista hoitoa ja ne ovatkin tärkeitä potilaan kokonaistilan arvioinnin kannalta. Tiivis yhteistyö avohoidon hoito-ohjelmien kanssa takaa potilaiden hoidon jatkuvuuden laitoshoidon jälkeen. (Karan 1994, 135-136.)

Karanin (1994) mukaan huumeriippuvaisten hoito-ohjelmissa tulisi olla mukana seuraavat elementit: potilaan kokonaisvaltainen arviointi, arvioinnin pohjalta tehty kuntoutussuunnitelma, tarvittava lääkinnällinen ja psykiatrinen hoito sekä psykososiaalinen kuntoutus eri muodoissaan (Karan 1994, 152).

Yksi osa huumehoitoa on erilaiset lääkkeet. Steinbergin (1994) mukaan lääkitys on tarpeen joissakin tilanteissa joillekin kuntoutujille. Esimerkiksi vieroitusvaiheessa lääkityksellä voidaan helpottaa monia potilaan oireita. Bentsodiatsepiineja käytetään unettomuuden ja ahdistuneisuuden helpottamiseksi. Opiattiriippuvaisen vieroitushoidossa käytetään klonidiinia ja naltreksonia, jotka lievittävät tehokkaasti vieroitusoireita. Naltreksonia voidaan käyttää myös jatkohoitovaiheessa, jolloin se toimii opioidin vaikutusten ehkäisijänä. Lääkehoidon tulisi kuitenkin aina olla osa muuta hoitokokonaisuutta ja tukemassa potilaan kokonaisvaltaista toipumista huumeriippuvuudesta. Kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsevat usein lääkitystä psykiatrisiin ongelmiinsa. Tällöin on kuitenkin tärkeää huomioida, että esimerkiksi bentsodiatsepiinien käyttö on vakava uhka päihitteettömyydelle. Pääasiassa tulisikin suosia lääkkeitä, joilla ei ole psykoaktiivista vaikutusta tai joissa se on hyvin pieni. Metadonin avulla tapahtuva ylläpitohoito on myös käytössä oleva hoitomuoto, vaikka eroaakin huumevapaasta hoitofilosofiasta. Sillä on kuitenkin joissakin tapauksissa todettu olevan enemmän positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia. Sen on todettu mm. vähentävän rikollista toimintaa ja lisäävän sitoutumista terveydenhoitosysteemiin. Steinbergin (1994) mukaan toipuminen huumeriippuvuudesta vaatii laaja-alaista hoitoa. Lääkitys voi olla yksi osa tätä hoitoa, mutta niiden käytön tulisi yleisesti ottaen olla väliaikaista. Steinberg (1994) muistuttaakin, että vielääkään ei ole olemassa lääkitykseen perustuvaa

hoitoa, joka ratkaisisi tai "parantaisi" huumeriippuvuuden. (Steinberg 1994, 287-309.)

3.2 Tyypillisimmät hoitomuodot Suomessa

Kun huumeiden käyttäjä tulee hoidon piiriin, niin ensimmäinen vaihe hoidossa on vieroitushoito, jota kutsutaan myös akuuttihoitovaiheeksi. Vieroitusvaiheen jälkeen seuraa jatkohoitovaihe, joka Suomessa rakentuu erilaisista yhteisöhoidoista, kognitiivisesta terapiasta ja joissakin tapauksissa korvaus- tai ylläpito-hoidosta. Käyn seuraavassa läpi näiden hoitovaiheiden ja -muotojen ominaispiirteitä.

3.2.1 Vieroitushoito

Vieroitusvaihe kestää käytetyistä huumeista ja käytön määrästä ja kestosta riippuen muutamasta päivästä muutama viikkoon. Varsin usein vieroitusvaiheessa oireita lievitetään lääkkeiden avulla, mutta myös lääkkeetöntä vieroitushoitoa on tarjolla.

Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinogeenien yhteydessä vieroitustilalle on tyypillistä yhdeksästä tunnista neljään vuorokauteen kestävä pahan olon tunne, joka ilmenee pelokkuutena, ärtyvyytenä, unettomuutena ja masennuksena. Vieroituksen alkuvaiheessa laitoshoido on suositeltavaa. Päihteetön ympäristö tukee osaltaan aineista vieroittumista. Huolellista anamneesia ja riittävän pitkää seuranta tarvitaan varsinkin niiden potilaiden kohdalla, joilla vieroitusvaiheessa esiintyy harhaisuutta, masentuneisuutta tai maniaa. (Fabritius & Salaspuro 1998, 426.)

Kokaiinia käyttävien potilaiden hoidossa on useissa kliinisissä seurantatutkimuksissa ja viidessä kontrolloidussa kaksoissokkotutkimuksessa käytetty menestyksellisesti desipramiinia tai muita heterosyklisiä masennuslääkkeitä. Niiden avulla on voitu tukea aineesta vieroitusta sekä vähentää aineeseen kohdistuvaa himoa. (Fabritius & Salaspuro 1998, 426.)

Opiaattiriippuvaisten vieroitushoito voidaan toteuttaa joko avohoidossa tai laitoshoidossa. On tärkeää käydä hoitoprosessia huolellisesti ennakoita läpi potilaan kanssa, koska vieroittautumispäätös on monesti hyvin herkällä pohjalla. Potilas tarvitseekin paljon henkistä tukea päätökselleen ja kirjallisen sopimuksen tekeminen vieroitushoidosta on varsin suositeltavaa. Mikäli vieroitus toteutetaan avohoitona, on tärkeää löytää potilaalle tukihenkilö. Silloin kun vieroitusoireet tulevat voimakkaammiksi, on tukihenkilön rooli keskeinen. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 437.)

Klonidiini-naltreksonivieroituksessa klonidiinilla pyritään vähentämään vieroitusoireita. Naltreksonia käytetään vieroitusvaiheen jälkeen estämään retkahduksia. Lääkehoidossa tärkeää on se, että se tapahtuu valvotusti.

Klonidiinikloridi soveltuu polikliiniseen vieroitukseen. Se vähentää ainakin jossakin määrin opiaattivieroitukseen liittyviä autonomisia sivuvaikutuksia. Vieroitusvaiheeseen liittyy myös kipuja, levottomuutta ja unettomuutta, joita voidaan hoitaa anti-inflammatorisilla kipulääkkeillä, bentsodiatsepiineilla ja neurolepteillä. Mikäli oireina esiintyy ripulia ja vatsakipua, voidaan niitä lääkittää loperamidilla. Myös hoitolaitoksissa toteutettavissa vieroitushoidoissa käytetään klonidiinin, anksiolyytin ja neuroleptin yhdistelmää. Klonidiinia annetaan 0,1-0,2 mg suun kautta neljän tunnin välein neljän vuorokauden ajan. Annosta aletaan vähentää viidennestä vuorokaudesta lähtien puoleen, kuitenkin niin, että maksimivähennys kerralla on 0,4 mg. Klonidiini saattaa vaikuttaa verenpainetta alentavasti. Naltreksonia voidaan alkaa antaa retkahduksien estämiseksi noin viikon kuluttua heroinin käytön loppumisesta, mikäli vieroitusvaihe on onnistunut odotetulla tavalla. Tätä ennen on kuitenkin varmistettava, ettei potilas ole käyttänyt muita opioideja. Epävarmoissa tilanteissa on suositeltavaa

tehdä naloksonitesti tai sitten aloittaa naltreksoni hyvin pienin annoksin (1-6 mg:n kerta-annoksina). Näin voidaan välttää naltreksonin käynnistämät pitkäkestoiset vieroitusoireet. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 437.)

Silloin kun kyseessä on vaikeampi opiaattiriippuvuus, voidaan klonidiinin sijasta käyttää buprenorfiinia. Buprenorfiini on opiaattireseptorin osittainen agonisti. Se on huomattavasti turvallisempi aine kuin esimerkiksi heroini tai metadoni. Sen on todettu vähentävän vieroitusoireita, opioidihimoa sekä samaan aikaan käytetyn heroiinin euforista vaikutusta. Tunnetuin buprenorfiinista tehty valmiste on Subutex. Kokemusten mukaan buprenorfiini soveltuu vieroituslääkkeeksi niille potilaille, joiden opiaattien käyttö on ollut suhteellisen lyhytaikaista. Buprenorfiinilääkitys on mahdollista aloittaa silloin kun heroiinin käytöstä on kulunut vähintään neljä tuntia. Sen käyttö tulee tapahtua kuitenkin aina valvotusti sekä avohoidossa että laitoksessa. Buprenorfiinin lopettamisen jälkeen potilaan tilaa tulee seurata joko kiinteässä avohoitokontaktissa tai lyhyinä laituskuntoutusjaksoina 3-6 kuukautta. Potilaan retkahtaessa seurannan aikana tulee hänet ohjata uuteen vieroitusjaksoon mahdollisimman nopeasti. Jos useista huolella suunnitelluista vieroitusyrityksistä huolimatta retkahdukset uusiutuvat, on se peruste pitkäkestoisemmalle, useita vuosia kestäväälle korvaushoidolle. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 438-439.)

Laitoshoidossa vieroitus on mahdollista toteuttaa myös metadonilla, joka on morfiiniin verrattava aine. Kyseessä on aine, johon syntyy riippuvuutta. Sitä on käytetty 1960-luvulta lähtien opiaattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoon. Ennen kuin metadonivieroitus aloitetaan, on tärkeää selvittää opioidien käyttö mahdollisimman tarkasti viimeisten vuorokausien ajalta. Metadonilääkitys aloitetaan 10-20 mg:n kerta-annoksella. Vieroitusoireiden voimakkuutta arvioidaan parin tunnin kuluttua ensimmäisestä lääkeannoksesta lyhyellä opioidivieroitusmittarilla, jossa potilas arvioi subjektiivisesti mm. huonovointisuutta, lihaskrampeja ja kipuja. Arvion perusteella metadonia voidaan antaa uusi 10-20 mg:n annos. Arviointi suoritetaan uudestaan

seuraavana päivänä ja lääkeannosta voidaan tarvittaessa nostaa. Nopean opiaattivieroituksen toteuttamiseen riittää yleensä kahden tai kolmen viikon hoitajakso, jonka aikana annosta pienennetään vähitellen. Metadonivieroituksen tuloksellisuus on yhteydessä sitä seuraavaan kuntoutukseen. Retkahdusriski vieroituksen päätyttyä on suuri ja se on syytä huomioida kokonaihoitoa suunniteltaessa. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 439-440.)

Antagonisti-anestesiavieroitushoitoa on laajemmalti käytetty Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa ja Israelissa. Tämä vieroitushoitomenetelmä on nähty soveltuvaksi silloin, jos kyseessä on pitkään jatkunut ja erityisen vaikea opiaattiriippuvuus. Menetelmän vaikuttavuuden kestosta samoin kuin sen vertailusta muihin hoitomuotoihin kaivataan kuitenkin lisätutkimusta. Tässä vieroitushoitomenetelmässä potilas nukutetaan noin 5-6 tunniksi käyttämällä jotakin lyhytvaikutteista anesteettia anestesian käynnistämiseen ja jatkaen sitä eri aineilla. Nukutuksen jälkeen potilaille annetaan joko naloksonia tai naltreksonia kestoinfusiona. Päihdeasiantuntijan lisäksi anestesiavieroitushoitotiimiin kuuluu aina myös anestesiologi ja sisätautilääkäri. Antagonisti-anestesiahoitosta tehtyjen kontrolloitujen tutkimusten perusteella on osoitettu, että kodeiini- ja metadoniriippuvaisten opiaattivieroitushoito voidaan toteuttaa 2-3 vuorokaudessa. Lieviä vieroitusoireita esiintyy kuitenkin muutaman päivän ajan vielä anestesian jälkeenkin useimmilla potilailla. Anestesiahoiton ja metadonihoidon eroista huumeista irti pysymisessä ei ole tutkimuksellista näyttöä. Holopaisen, Fabritiuksen ja Salaspuron (1998) mukaan potilaalle valittava vieroitushoitomuoto tulee kytkeä aina kiinteästi huumeriippuvuuden psykososiaalisiin ja muihin hoitomuotoihin. Lisäksi he esittävät viisi edellytystä onnistuneelle vieroitushoidolle. Ensinnäkin potilaan täytyy itse hyväksyä hoitotavoite. Toiseksi hänen on saatava riittävästi tukea lähiympäristöstään vieroitustavoitteelleen. Kolmanneksi hänen on kyettävä irrottautumaan päivittäistä huumeiden käyttöä tukevasta käyttäjäverkostosta. Lisäksi vieroituksessa on otettava huomioon potilaan fyysinen ja psykososiaalinen tilanne ja muistettava, että liian nopean vieroituksen

aiheuttama ainehimon laukeaminen on ehkäistävissä, mikäli elimistölle annetaan enemmän aikaa sopeutua toleranssin laskuun. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 438-441.)

3.2.2 Korvaus- ja ylläpitohoidot

Mikäli huumeiden käyttäjän kohdalla mietitään korvaushoitoon siirtymistä, niin tulee hoidon tarpeen arviointi toteuttaa sosiaali- ja terveystieteiden määräyksen mukaan HYKS:n psykiatrian klinikan huumevieroitusyksikössä tai Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa. Varsinainen korvaushoito on mahdollista toteuttaa peruskunnan terveydenhuollon tai päihdehuollon erityispalveluiden toimesta, mikäli kyseisellä taholla ja hoidosta vastaavalla lääkäriellä on riittävä perehtyneisyys hoidon toteuttamiseen. Korvaushoidon aloittaminen voi nousta harkittavaksi vaihtoehdoksi silloin, kun potilaan vieroitushoito on epäonnistunut toistuvasti. Korvaushoidossa kyse on huumeen korvaavan lääkkeen lyhyestä tai pitkäaikaisesta käytöstä (yhdestä useampaan vuoteen). Huumeen korvaavana lääkkeenä voidaan käyttää esimerkiksi metadonia, buprenorfiinia tai levasetyyliimetadolia. Aikaisemmin käytettiin myös kodeiinia. Metadonikorvaushoidon on osoitettu merkittävästi vähentävän laittomien huumeiden käyttöä, HIV-riskikäyttäytymistä ja rikollisuutta. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan huumevieroitusyksikössä metadonikorvaushoidon aloittamisen kriteereinä on vähintään 20 vuoden ikä, todettu, pakonomainen opiaattien käyttö vähintään neljän vuoden ajan sekä pitkäaikaisen lääkkeellisen tai lääkkeettömän laitos- ja/tai avohoidon kokeilu. Metadonikorvaushoito voi kestää useita vuosia, mutta hoidon lopullisena tavoitteena on yrittää vieroittaa potilas lopulta myös metadonista. Buprenorfiinia käytetään muualla maailmassa lyhyt- tai keskipitkään korvaushoitoon (1-3 vuotta). Suomessa sitä ei kuitenkaan ole käytössä. Levasetyyliimetadoli on metadonijohdannainen, jonka vaikutusaika on metadonia pitempi. Levasetyyliimetadolin annoksen määrittäminen on metadonia vaikeampaa, eikä

sitä ole Yhdysvalloissa saatujen kokemusten mukaan pidetty yhtä helposti hyväksyttävänä kuin metadonia. Kyseistä lääkettä voidaan kuitenkin kokeilla niiden potilaiden kanssa, joiden opioidiriippuvuus on niin vaikea, ettei heitä voida hoitaa kolme kertaa viikossa annettavalla buprenorfiinilla. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 441-442.)

Isossa-Britanniassa ja Sveitsissä käytetään myös heroinihoitoa ja tässä yhteydessä puhutaan ylläpitohoidosta. Potilaat saavat heroinia valvotusti kolme kertaa päivässä yhteensä 500-600 mg. Tällaista ylläpitohoitoa perustellaan käyttäjien somaattisen sairastavuuden ja käyttöön liittyvän rikollisuuden vähenemisellä. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 442-443.)

3.2.3 Kognitiivinen terapia

Huumeiden käyttäjien hoito nähdään erityisen vaikeana ja siihen suhtaudutaan varsin pessimistisesti. Jos huumehoitoa verrataan esimerkiksi aikuisiän diabeteksen tai verenpainetaudin hoidon tuloksiin, niin se on yhtä tuloksellista. Näin silloin kun hoidon tulostuloksina käytetään parantunutta työkykyä, oireiden, psykososiaalisten ongelmien tai yhteiskunnalle aiheutuneiden kustannusten vähentymistä. Eri huumehoitojen tehokkuutta vertailtaessa dynaaminen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia ovat osoittautuneet tuloksellisemmiksi kuin keskustelu ja lumehoito. Toisistaan ne eivät ole tuloksellisuudessa eronneet merkittävästi. Hoidon pituudesta on voitu osoittaa, että kolme kuukautta kestävä hoito ei yleensä riitä, vaan hoidon pitäisi kestää vähintään puoli vuotta. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 1998, 443.)

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään tänä päivänä suomalaisen huumehoidon osana varsin laajalti. Tähän asiaan on Holmbergin (1998) mukaan vaikuttanut kaksi seikkaa. Ensinnäkin se, että itsehallinnan näkökulmaa on menestyksellisesti sovellettu alkoholiongelmiin ja toiseksi se, että kognitiivis-

behavioraalinen lähestymistapa on ollut vuosia käytössä muita kliinisiä ryhmiä hoidettaessa. (Holmberg 1998, 460.)

Huumeongelmaisen kognitiivinen terapia etenee Holmbergin (1998) mukaan tietyn prosessimallin mukaisesti. Luottamuksellisen suhteen luominen on ensimmäinen vaihe. Tätä seuraa perusteellinen erittely niistä vihjeistä, jotka toimivat huumeiden käyttöä laukaisevina tekijöinä. Kun laukaisevat vihjeet on tunnistettu, niin niiden voimakkuutta pyritään vähentämään kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä. Tavoitteena on vaihtoehtoisen selviytymisstrategian kehittyminen. Tässä vaiheessa työskennellään myös ihmissuhteisiin liittyvien ongelmien ja sosiaalisten taitojen parissa. Terapian loppuvaiheessa keskitytään syvempiin kognitiivisiin rakenteisiin, jotka tekevät potilaan alttiiksi huumeiden käytölle. Terapeutin on etsittävä sekä kielteisiä että positiivisia ajatusvääristymiä, jotka osaltaan tukevat huumeiden käyttöä ja työstettävä niitä yhdessä potilaan kanssa. (Holmberg 1998, 460.)

Huumeongelmaisten kognitiivisessa terapiassa pyritään pääsemään kiinni potilaan usein tiedostamattomiin uskomuksiin ja ajatuksiin, jotka synnyttävät mielihaluja huumeita kohtaan. Holmberg (1998) esittää neljä erilaista mielihalun päätyyppiä. Ensimmäinen näistä on reaktio vieroitusoireisiin. Esimerkiksi heroinin käyttäjät kokevat aikaa myöten vähenevää tyydytystä itse aineen käytöstä, mutta toisaalta enemmän sisäistä epämukavuutta aineen käytön lopettamisesta. Mielihaluksi tällöin nousee hyvän olon kokemisen kaipuu. Mielihalun toinen päätyyppi ilmenee reaktion mielihyvän puutteeseen. Tällöin epämukava tai ikävältä tuntuva olo halutaan muuttaa nopeasti mielihyvän sävyiseksi. Huumeet koetaan tähän tarkoitukseen hyvin soveltuvaksi välineeksi. Kolmas mielihalun päätyyppi liittyy ehdollistumiseen. Tietyt, sinänsä neutraalit ärsykkeet alkavat toimia huumeiden käyttöä laukaisevina tekijöinä, vaikka tilanteeseen ei liittyisi vaikeiksi koettuja tunteita tai stressitekijöitä. Mielihalun neljäs päätyyppi on reaktio nautinnon toiveisiin. Huumeisiin liittyvä mielihalu voi aktivoitua esimerkiksi silloin, kun henkilö haluaa voimistaa jotakin

positiivista kokemusta. Tällaisesta esimerkkinä on huumeiden yhdistäminen seksuaaliseen kokemukseen. (Holmberg 1998, 460-461.)

Holmberg (1998) korostaa sitä, että potilaan on keskeistä ymmärtää oma roolinsa huumeiden käytössä. Huumeiden käyttäjillä on usein käsitys, että mielihalu sinällään johtaa aineiden käyttöön. Tällä ajatusmallilla pyritään vastuu käytöstä siirtämään oman itsen ulkopuolelle. Viime kädessä kysymys on kuitenkin siitä, että antaa itselleen luvan käyttää aineita. (Holmberg 1998, 461.)

Holmberg (1998) erottelee ns. addiktiiviset uskomukset ja hallintauskomukset. Addiktiiviset uskomukset liittyvät huumeiden käytön salliviin ajatuksiin, kun hallintauskomukset puolestaan alentavat käytön todennäköisyyttä. Usein huumeiden käyttäjä elää varsin ristiriitaisessa tilanteessa, jossa addiktiiviset uskomukset kamppailevat hallintauskomusten kanssa ja huumeiden käyttö tai siitä pidättäytyminen riippuu siitä kummat uskomukset ovat vallalla. Kognitiivisen terapian tavoitteena onkin addiktiivisten uskomusten tunnistaminen, eliminoiminen ja korvaaminen hallintauskomuksilla. Hallintauskomusten muuttuminen addiktiivisia uskomuksia voimakkaammiksi onkin usein realistinen tavoite ja ilmenee huumeiden käytön vähentämisenä ja parhaassa tapauksessa lopettamisena. (Holmberg 1998, 461-462.)

Holmberg (1998) näkee keskeisenä seikkana potilaan motivoinnin ja esittää yhtenä käytännön menetelmänä tähän tarkoitukseen ns. motivoivan haastattelun. Tässä menetelmässä terapeutti ohjaa potilasta tarkastelemaan sekä aineiden käytön että niistä luopumisen hyviä ja huonoja puolia. Tämä on monille varsin vaikea tehtävä, sillä tietynlainen mustavalkoajattelu on hyvin tyypillistä huumeiden käyttäjille. He saattavat kokea, että jo retkahduksen pohtiminen on vaarallista. Terapeutin tehtävänä on tuoda selkeästi esille sekä käytön että lopettamisen edut ja haitat sekä auttaa löytämään niitä keinoja, jotka estävät mielihalujen muuttumisen retkahdukseksi. Kognitiivinen terapia keskittyy siihen abstinenssin ja käytön välimaastoon, jossa ihminen on addiktiivisten ja hallintaan

liittyvien uskomusten puristuksessa. Pyrkimyksenä on auttaa huumeongelmaista tunnistamaan näitä riskitilanteita ja opettaa hänelle keinoja selviytyä niistä ilman huumeita. (Holmberg 1998, 462-466.)

3.2.4 Yhteisöhoidot

Yhteisöhoitojen peruslähtökohta on siinä, että ihminen tarvitsee muita ihmisiä voidakseen kokea elämänsä tärkeäksi ja mielekkääksi. Ihminen oppii ja kehittyy vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Näin on myös silloin kun aikaisemmin päihteitä käyttänyt ihminen opettelee elämään ilman päihteitä. Uuden ja tukea antavan yhteisön löytäminen entisen päihdekäyttöä tukeneen yhteisön tilalle on ensiarvoisen tärkeää.

Omaehtoisuuteen perustuvat yhteisöhoitoajatukset levisivät Suomeen toisen maailmansodan jälkeen. Vuonna 1951 Järvenpään perustettiin "Alkoholistien vastaanottoyksikkö", joka alkoi kehittää kansainväliseen kokemukseen perustuvaa omaehtoista yhteisöajattelua osaksi suomalaista päihdehuoltoa. Vuonna 1962 laitoksen nimi muutettiin Järvenpään sosiaalisairaalaksi. Vuodelta 1936 peräisin ollut tahdonvastainen hoitomalli menetti merkitystään 1960-luvulla ja vuonna 1987 voimaan astunut päihdehuoltolaki teki tahdosta riippumattoman hoidon käytännössä mahdottomaksi. 1950-luvulta lähtien maahamme perustettiin A-klinikoita, joiden moniammatilliset tiimit levittivät osaltaan vapaaehtoisuuteen perustuvaa ammatillista yhteisöhoitoajatusta. Huumeongelman lisääntyessä Suomeen perustettiin 1970-luvun alussa myös nuorille tarkoitettuja hoitoyhteisöjä. Helsingin nuorisoaseman yhteydessä toimiva Hietalinna-yhteisö on edustanut Suomessa selkeimmin terapeuttista yhteisöhoitomallia. Suomessa yhteisöhoitomallit ovat olleet avohoitopainotteisempia kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa. Yhteisöhoitojaksot olivat alun perin lyhyitä, mutta sittemmin huumeongelman kroonistumisen myötä on tullut tarvetta myös pidemmille yhteisöhoidoille. Esimerkiksi Kiskon

hoitokodissa yhteisöhoito-ohjelma on kestoltaan yli vuoden mittainen.
(Holopainen 1998, 467-468.)

Holopaisen (1998) mukaan vuosikausia AA-ryhmissä mukana olleet kertovat, että vaikka olisikin ollut vuosia juomatta, niin kokee tarvitsevänsä yhteisön tukea edelleen. Varsin usein yhteisöhoitoihin liitetään tietty uskonnollinen sävy ja hengellisyyttä pidetään tärkeänä, toipumista tukevana asiana. Ammatillisesti toimivissa hoitoyhteisöissä hyödynnetään systemaattisesti ryhmäprosesseja ongelmien ratkaisemisessa. Ryhmässä voi peilata omia tunteitaan ja kokemuksiaan muiden samassa tilanteessa olevien ihmisten kokemuksiin ja se synnyttää tunteen siitä, ettei ongelmiansa kanssa ole yksin. Ulkomaisissa malleissa hoitoyhteisöjen tiiviit laitosohjelmavaiheet ovat kestoltaan 6-24 kuukautta. Suomessa ne ovat kuitenkin usein selvästi lyhyempiä ja syy tähän on taloudellinen. (Holopainen 1998, 469.)

Terapeuttinen hoitoyhteisö toimii tiettyjen hoitostandardien mukaisesti. Näihin kuuluu valvottu päihitteettömyys, vertaisten oma-apumallin ja erikoistuneen lääketieteellisesti koulutetun mielenterveys- ja kasvatushenkilöstön yhteistoiminta sekä yhteisön jäsenten aktiivinen osallistuminen toimintaan. Lisäksi yhteisöissä pyritään tarjoamaan toimivampia roolimalleja ja opettamaan sosiaalisesti hyväksytyä ja vastuullista käyttäytymistä. Yhteisöissä luotetaan yhteisön arvojärjestelmän uudelleensosiaalistamisvoimaan ja rohkaistaan tukeutumaan vaikeissa tilanteissa vertaisryhmään ja hoitoyhteisöön. Tärkeänä nähdään myös itsekritiikin opettelu ja omaa käyttäytymistä ja asenteita koskevan palautteen vastaanottamisen sietäminen. Painopiste pyritään hoitoyhteisöissä pitämään kuntoutujan nykyisessä käyttäytymisessä ja käyttäytymisen motiivien tunnistamisessa. Terapeuttisille yhteisöille on tyypillistä myös monikerroksinen johtajuus ja konsensukseen perustuva jaettu päätöksentekomalli. Tämä tarkoittaa sitä, että yhteisön henkilökunta pyrkii sopeuttamaan oman auktoriteettiasemansa mahdollisimman pitkälti yhteisön ehtojen mukaisesti. (Holopainen 1998, 469.)

Hoitoyhteisöjen toiminta on tätä nykyä varsin monipuolista ja laajaa. Hoitoyhteisöjen vaikuttavuutta koskevaa tutkimusta sen sijaan on hyvin niukasti tarjolla. Suomalaiset yhteisöhoito-ohjelmat voidaan karkeasti jaotella avohoitoyhteisöjen ohjelmiin ja laitousyhteisöjen ohjelmiin. Avohoitoyhteisöjen ohjelmat voidaan jaotella omaan kokemukseen perustuviin yhteisöihin, päiväkeskuksiin ja hoitokotiyhteisöihin. Omaan kokemukseen perustuvia yhteisöjä ovat AA-yhteisöt, NA-yhteisöt, A-klinikoiden asiakasyhteisöt, kristilliset päihdeongelman kokeneiden asiakasyhteisöt ja erilaiset laitousyhteisöjen jatkohoitoryhmät. Päiväkeskukset voivat olla kunnallisia tai erilaisten yhteisöjen tai yhdistysten ylläpitämiä toimintamuotoja. Niihin kuuluu yleensä sosiaalisia tukipalveluja ja erilaista työ- ja harrastustoimintaa. Hoitokotiyhteisöt voivat olla päihdeongelman kokeneiden tai järjestöjen ja kuntien perustamia ja ylläpitämiä. Ne tarjoavat asumispalveluja ja asumisen tukipalveluja. Asumisen ehtona on usein täydellinen päihteettömyys. Jotkut asumisyhteisöt ovat strukturoitujen laitosohjelmien jatkohoitoyhteisöjä, kuten Myllyhoito- ja Kiskon jatkohoitoyhteisöt. Laitousyhteisöt ovat perinteisiä päihdehuollon laitoksia, jotka ovat pääosin kunnallisia tai kuntayhtymien ylläpitämiä. Näissä yhteisöhoito-ohjelmiin on ainakin vieroitusvaiheessa yhdistetty mahdollisuus lääkehoitoon. Tällaisesta on hyvä esimerkki Järvenpään sosiaalisairaalan hoito-ohjelmat. Myllyhoito, Hietalinna ja Kisko edustavat laitousyhteisöohjelmia, jotka edellyttävät vieroituslääkitysvaiheen loppumista ennen hoitoon ottamista ja lääkkeettömyyttä ohjelmaan osallistumisen aikana. Huumeiden käyttäjille on kehitelty joitakin erikoisohjelmia. Näitä toteutetaan esimerkiksi Diakonissalaitoksen Pellaksen hoitoyhteisössä, Hietalinna-yhteisössä ja Kiskossa. (Holopainen 1998, 471.)

Holopaisen (1998) mukaan uusien hoitoyhteisöjen syntyminen on positiivinen asia, koska se tarjoaa mahdollisuuden kehittää kroonisen päihderiippuvuuden pitkäjänteistä hoitoa ja kuntoutusta. Tutkitun ja toimivan yhteisöhoidon yhdistäminen tutkittuun lääkehoitoon voi tarjota uusia keinoja entistä

tuloksekkaampaan kuntoutukseen. Myös toisistaan erillään kehittyneiden avohoitoon perustuvien yhteisöhoito- ja laitosmallien verkostoituminen olisi Holopaisen mukaan toivottavaa parempien hoitotulosten saavuttamiseksi. (Holopainen 1998, 470.)

3.3 Musiikkiterapia riippuvuuksien hoidossa

Tämän tutkimuksen yhteydessä määrittelen musiikkiterapian psykoterapeuttiseksi työskentelyksi, jossa vahva tunne- ja sensorimotorisen tason kokemuksellisuus ja musiikin non-verbaalisuus yhdistyy musiikkikokemuksia refleктоivaan ja integroivaan verbaaliseen työskentelyyn potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutussuhteessa. Musiikkikokemusten ja verbaalisten kokemusten välinen suhde ja näiden kahden kokemusmuodon painottaminen voivat vaihdella yhden terapiaistunnon sekä koko terapiajakson aikana eri tavoin. (ks. esim. Bruscia 1998, 1-15.)

Musiikkiterapian mahdollisuuksia ja vaikutuksia erilaisten riippuvuuksien hoidossa on tutkittu jonkin verran sekä Suomessa että muualla maailmassa.

Hairon (1995) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin fysioakustisen menetelmän ja musiikkiterapian soveltuvuutta alkoholistien katkaisuhoidossa. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että fysioakustisen menetelmän ja musiikin kuuntelun yhdistämisellä voidaan lievittää katkaisuhoidossa olevien vieroitusoireita. Tutkimukseen osallistujat kokivat hoidon auttaneen heitä rentoutumaan ja sitä kautta sietämään paremmin vieroitusoireita. Tutkimus toi myös esille fysioakustisen hoidon fyysisiä vaikutuksia. Näitä olivat verenpaineen sekä sykkeen laskeminen. (Hairo 1995, 43-60.)

Erkkilän ja Eerolan (2001) peliriippuvuustutkimuksessa tuli myös vahvasti esille fysioakustisen menetelmän ja musiikin kuuntelun positiiviset vaikutukset.

Tutkimukseen osallistuneista 92% koki fysioakustisen menetelmän miellyttävänä hoitomuotona. Kuntoutujat ilmaisivat myös lähes poikkeuksetta, että keskustelu oli helppo aloittaa fysioakustisen hoidon jälkeen. Lisäksi 82% kuntoutujista arvioi pystyneensä ilmaisemaan itseään fysioakustisen hoidon jälkeen haluamallaan tavalla. Tutkimus vahvisti myös aikaisempien tutkimusten tuloksia fysioakustisen hoidon fysiologisista ja psyykkisistä vaikutuksista. Verenpaineen ja pulssin laskeminen hoidon ansiosta oli selkeästi osoitettavissa. Myös kuntoutujien subjektiiviset kokemukset ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, fyysisen ja psyykkisen rasittuneisuuden sekä kivuliaisuuden tunteiden muuttumisesta positiivisemmiksi hoidon myötä olivat merkitseviä. Lisäksi tutkimuksessa käytettyä kuunneltavaa musiikkia pidettiin lähes poikkeuksetta miellyttävänä ja mielikuvia herättävänä. (Erkkilä & Eerola 2001, 71-85.)

Omassa pro gradu -tutkielmassani tutkin fysioakustiseen menetelmään, musiikin kuunteluun ja näitä seuranneeseen terapeuttiseen keskusteluun perustuvan huume kuntoutusmallin toimivuutta. Tutkimukseen osallistui neljä nuorta huumeiden käyttäjää. Tutkimusmateriaali koostui kuntoutujien kanssa toteutetuista yksilöterapiatapaamisista, joita oli jokaisen kohdalla kahdeksan. Tutkimuksen tulokseksi saatiin, että hoitomallin kautta huume kuntoutujat saivat kosketuksen omiin tunteisiinsa ja pystyivät työstämään niitä hallittavampaan muotoon. Hoidon aikana kuntoutujilla nousi tietoisuuteen muistoja ja asioita, jotka olivat olleet unohduksissa vuosikausia. Lisäksi kuntoutujien kokemusmaailmaa vahvasti hallinnut ajattelu alkoi prosessin aikana tasapainottua vahvistuneen tuntemisen tason kanssa. Omiin tunteisiin kiinni pääseminen tapahtui ennen kaikkea fysioakustisen menetelmän synnyttämien kehollisten aistimusten myötä. (Punkanen 2002, 39-42.)

Ryynäsen (2004) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin musiikkiterapian mahdollisuuksia huumevieroituspotilaiden hoidossa. Kyseessä oli toimintatutkimus, joka yhdisti musiikkiterapeutin lähestymistavan, fysioterapian ja moniammatillisen tiimityöskentelyn. Tutkimuksen tuloksena oli, että toimintamallin kehittämisprosessiin osallistuneen potilaan kiputilat

lieventyivät oleellisesti ja levottomuus väheni niin paljon, että työskentely omahoitajan kanssa päästiin aloittamaan hyvin nopeasti. Musiikkiterapian avulla tapahtunut hoitoon kiinnittyminen mahdollisti myös jatkohoidon suunnittelun riittävän ajoissa. Tutkimuksen tuloksena oli lisäksi, että musiikkiterapian ja fysioterapian yhteen sovitettu toimintamalli antaa hyvät edellytykset toteuttaa huumepotilaan vieroitushoitoa. (Ryynänen 2004, 76-83.)

Hairo-Lax (2005) tutki väitöskirjassaan musiikkiterapiaprosessin merkittäviä tekijöitä ja merkittäviä hetkiä päihdeongelman elämäntavan tukijoina.

Tutkimuksen mukaan musiikkiterapian keskeinen merkitys on musiikin tuella auttaa päihdeongelman asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävien elämänsisällöllisten tekijöiden havaitsemista ja niiden lisäämistä omaan elämään. Musiikkiterapia toimi asiakkaiden elämän rytmittäjänä ja tukijana.

Musiikkiterapiaprosessin myötä asiakkaiden voimavarat lisääntyivät ja näkyivät mm. oma-aloitteisuuden ja rohkeuden kasvamisena. Kehon tilan tiedostaminen ja rentoutumisen mahdollistuminen kohensivat fyysistä tilaa. Aktiivinen itseprosessointi ja tunteiden ilmaisun helpottuminen vaikuttivat myönteisesti asiakkaiden henkiseen hyvinvointiin. (Hairo-Lax 2005, 185-193.)

Musiikkimielikuvatyöskentely on yksi musiikkiterapian menetelmä. Sen käytöstä riippuvuuksien hoidossa löytyy kaksi tutkimusta. Toinen on Pickettin (1992) tekemä tapaustutkimus bulimiasta ja alkoholi- ja lääkeriippuvuudesta kärsivän naisen yksilöterapiasta ja toinen Skaggsin (1997) toteuttama ryhmämuotoinen musiikkimielikuvatyöskentely toipumisvaiheessa olevien huumeriippuvaisten terapiasta (Pickett, 1992; Skaggs, 1997). Skaggsin (1997) mukaan riippuvuus liittyy ennen kaikkea tiedostamattomien tarpeiden kohtaamattomuuteen ja koska musiikkimielikuvatyöskentelyn avulla on mahdollista päästä kosketuksiin tiedostamattoman materiaalin kanssa, niin se sopii hyvin käytettäväksi riippuvuuksien hoidossa. Skaggsin kokemusten mukaan musiikkimielikuvatyöskentely auttaa asiakasta katsomaan elämää eri perspektiiveistä. Se vahvistaa luottamusta omiin sisäisiin voimavaroihin ja näin

ollen rakentaa autonomian ja kontrollin tunnetta. Se auttaa ratkaisemaan myös sisäisiä ristiriitoja ja parantaa vanhoja haavoja sekä kokoaa minän palaset ja palvelee henkisenä mallina terveille reagoimistavoille. (Skaggs, 1997.)

Horesh (2006) kirjoittaa käynnissä olevan tutkimuksensa alustavista huomioista musiikin vaarallisuudesta suhteessa huumeriippuvuuteen. Esimerkkinä Horesh nostaa Metallica'n musiikin, joka herätti hänen asiakkailtaan seuraavanlaisia ajatuksia, muistoja ja tunteita: "katutappelut", "rankka juopottelu", "en välitä vähääkään", "levoton käyttäytyminen", "naamioiden taakse piiloutuminen", "se rauhoittaa minua", "mitä minä täällä teen (kuntoutuksessa)". Viimeisen huomion kirjannut asiakas kertoi musiikin kuuntelun aikana heränneestä voimakkaasta impulssista nousta ja lähteä koko hoito-ohjelmasta. Hän oli järkyttynyt siitä, miten hauraalla pohjalla hänen toipumisensa olikaan. Huumeriippuvaiset kuuntelevat monesti tietynlaista musiikkia itsehoidollisesti, yrityksenään integroida menneisyyden kipeitä kokemuksia tämän hetken kokemuksiinsa. He käyttävät musiikkia myös emotionaalisen ja hengellisen katharsiksen saavuttamiseksi. Psykodynaamisesti ajateltuna musiikki voidaan nähdä transitionaalisena ilmiönä eli jonain itsen ulkopuolelta tulevana, joka kuitenkin koetaan osana itsenä. Musiikki tarjoaa lohdutusta, mutta herättää samanaikaisesti tuskallisia tunteita. Riippuvuusongelmaiset ovat tottuneet käyttämään itsensä ulkopuolisia tekijöitä tunnetilojensa säätelyyn. Sekä huumeita että musiikkia on käytetty tähän tarkoitukseen. Huumeet sulkevat pois lähes kaiken emotionaalisen toiminnan synnyttäen tilan, jota he itse kutsuvat "eläväksi kuolleeksi". Musiikkia kuunnellessa he tuntevat itsensä eläväksi ja saavat kosketuksen sekä menneisyyteen että nykyisyyteen liittyviin tunteisiin. Jotakin menee kuitenkin vikaan tässä kokemuksessa, joka voisi olla hyvinkin positiivinen. Riippuvuusongelmaisten heikko egon rakenne ei selviä ylitsevuotavista emotionaalisisista muistoista. He kuvaannollisesti hukkuvat ylitse hyökyviin regressiivisiin tunnekokemuksiin ja turvautuvat huumeisiin, koska se on heille tutuinta siinä tilanteessa. Horeshin (2006) mukaan huumeisiin liittyvän musiikin kieltäminen hoitoyhteisöissä on järkevää hoidon alkuvaiheessa, mutta

myöhemmässä vaiheessa sen kanssa täytyisi työskennellä niin, että asiakkaat oppivat kontrolloimaan musiikkikokemuksiaan ja ymmärtävät tiettyjen musiikkien vaikutuksen heidän tunteisiinsa ja käytökseensä. (Horesh 2006, 129-139.)

3.4 Asiantuntijahaastatteluissa esiin nousseita hoitoon liittyviä ongelmia ja kehittämistarpeita

Suomalaiseen huume kuntoutukseen näyttäisi liittyvän myös tiettyjä ongelmia ja kehittämistarpeita. Näitä nousi esille tutkimukseen osallistuneiden musiikkiterapeuttien ja lähes kolmekymmentä vuotta suomalaista päihdehoitoa seuranneen Lahden kaupungin sosiaalijohtajan Risto Kajasteen haastatteluista. Tämä haastatteluista saatu aineisto ei liittynyt suoranaisesti tutkimustehtävääni, mutta toi osaltaan laajempaa ymmärrystä siitä huume- ja päihdekuntoutuksen kentästä, jossa musiikkiterapia toimii yhtenä osana. Kokonaisuuteen liittyvien ongelmien ja kehittämistarpeiden ymmärtäminen on mielestäni tärkeä lähtökohta kun tavoitteena on kehittää jonkin kokonaisuuteen kuuluvan osan rakenteita ja sisältöä, tässä tapauksessa musiikkiterapian. Tämän vuoksi haluan nostaa nämä asiat esille työni tässä vaiheessa, jotta lukijalle syntyy parempi käsitys siitä, minkälaisiin hoidon kehittämistarpeisiin musiikkiterapia omalta osaltaan pyrkii vastaamaan.

Haastatellut musiikkiterapeutit näkivät varsin monia kehittämisen tarpeita huume kuntoutuksen kentällä. Keskeisiä teemoja olivat hoidon resurssointi, hoidon arviointi, hoidon fokus, hoidon kokonaisvaltaisuus, potilaan ihmisarvon palauttaminen ja tiedon jakaminen erilaisista hoitomuodoista ja niiden mahdollisuuksista.

Huumehoidon resurssit määräävät hyvin pitkälle sen, minkä laatuista ja pituista hoitoa potilaille tarjotaan. Haastateltujen musiikkiterapeuttien mukaan hoidon

tulisi olla nykyistä pitkäjänteisempää. Tulosten saavuttaminen vaatii potilaan oman motivaation löytymisen ja se vaatii monesti aikaa. Rahaa tulisi olla heti tarjolla vähintään vuoden mittaiseen hoitoon.

“Et mulla on esimerkiksi se vuoden paketti tarjolla ja sit katotaan, et pystynkö mä siihen. Ja jos mä tipun siitä vuoden paketista, ni antaa ajan sitte mennä ja hoidetaan sitä akuuttia, et sä pysyt hengissä.” (T1)

Tällainen vuoden mittainen hoitopaketti tulisi räätälöidä potilaan tarpeiden pohjalta. Ongelmat huumeenkäytön taustalla ovat vaikeita ja tuskallisia ja niiden käsittely vaatii aikaa. Täytyisi muistaa, että käytön lopettaminen on vasta hoidon alku, ei suinkaan hoidon loppu, kuten tällä hetkellä monesti on. Jatkohoitojen perustelu ja mahdollistaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Perinteisellä alkoholistin hoitokuviolla, joka koostuu muutaman päivän katkaisuhoidosta ja sen perään tulevasta kuukauden hoitajaksoista ei saavuteta tuloksia huumehoidossa. Huumeiden käyttäjien psyykkisten tekijöiden ja sosiaalisen puolen hoitaminen vaatii pidempiä hoitajaksoja. Mikäli nuori tulee hoitoon suhteellisen nopeasti käytön riistäytyttyä käsistä, niin hoitoaika on pääsääntöisesti lyhyempi. Silloin kun aineiden käyttöhistoria on pitkä, niin tarvitaan myös enemmän aikaa asioiden prosessointiin. Tällöin puhutaan vähintään puolen vuoden ja vaikeammissa tapauksissa puolentoista vuoden hoitajaksoista. Kokemus on se, että pitkillä hoitoprosesseilla saadaan parhaita tuloksia. (Kajaste, 2004.)

Kajasteen (2004) mukaan huumeiden käyttö on 1990-luvulta lähtien kasvanut ja kasvaa edelleen. Esimerkiksi Lahdessa vuonna 2000 hakeutui hoitoon 30-40 henkilöä, joiden päihdeongelma keskittyi huumeiden käyttöön ja vuonna 2003 vastaava luku oli 71. Tähän suureen kasvuun toki vaikuttaa myös se, että kynnys hoitoon hakeutumiseen on madaltunut viime vuosien aikana ja hoitoon hakeudutaan aikaisempaa nopeammin. Hoitoon hakeutumista on edesauttanut myös neula- ja ruiskuvaihtopisteiden perustaminen, joiden kautta syntyy

ensimmäinen kontakti viranomaisverkostoon. Tosiasia on kuitenkin se, että huumeiden käytön lisääntyessä hoitoa ei pystytä tarjoamaan kaikille sitä tarvitseville. Hoitoon pääsevät ne, jotka pystyvät osoittamaan oman motivaationsa hoitoon selkeimmin ja joilla on selkeät suunnitelmat esimerkiksi opiskelun ja työelämän suhteen. Yhtenä klassisena mittarina hoitoon hakeutujien motivaation mittaamisessa käytetään kahden viikon katkaisuhoidon. Mikäli henkilö tänä aikana asettuu vastaanottamaan hoitoa ja pystyy olemaan ilman huumeita, niin jatkohoito järjestetään. Kajaste uskoo kuitenkin hoitoon pääsemisen kynnyksen muuttuvan jatkossa entistä korkeammaksi. Tämä tarkoittaisi sitä, että suomalaisessa yhteiskunnassa alkaisi perinteisten "pultsareiden" lisäksi olla nuoria ja vanhempia huumeiden pitkäaikaiskäyttäjiä, joilla ei välttämättä ole edes vakituista asuntoa. Tämä tilanne on todellisuutta tänä päivänä jo Keski-Euroopassa, Tanskassa ja Norjassa. Kajaste uskoo, että Suomessa tulee käymään samoin kuin muuallakin huumeiden käyttäjien suhteen. Syntyy jako kolmenlaisiin käyttäjiin; täydelliset putoajat, hoitokuvioiden ja selviytymisen rajoilla tasapainottelevat ja ns. elintasokäyttäjät. (Kajaste, 2004.)

Huumekuntoutuksen ja -hoidon yksi keskeinen haaste ja ongelma on siis rahan puute. Kajasteen mukaan kyse on yhteiskunnan priorisoinnista. Päihdepalveluita ei nähdä yhteiskunnallisesti kovin trendikkäänä toimintana. On myös vallalla ajatusta, että hoidosta ei ole mitään hyötyä. Kajasteen näkemys ja kokemus on se, että päihdehoito on kannattavaa toimintaa myös taloudellisesti. Mikäli hoitoon ei satsata, niin yhteiskunta maksaa ison laskun nuorten huumeiden käyttäjien sairaala-, vankila- ja muina kuluina. (Kajaste, 2004.)

Haastatellut musiikkiterapeutit näkivät kehittämisen tarvetta myös hoidon arvioinnissa. Olisi tärkeää, että eri hoitotahoja arvioitaisiin esimerkiksi ammattiraadin toimesta. Tällaisen arvioinnin tulisi perustua pitkäkestoisiin tuloksiin, eikä taloudellisuuteen. Hoidon kilpailuttaminen johtaa helposti siihen, että hoitotahoiksi valitaan niitä paikkoja, jotka toteuttavat hoidon edullisimmin,

eikä välttämättä niitä, joissa hoito on laadukkainta. Hoidon tuloksia tulisikin arvioida esimerkiksi viiden vuoden seurannalla.

Huumeriippuvuuden vaikeuden tiedostamisessa nähtiin myös parantamisen varaa. Musiikkiterapeutit kokivat, että liian monesti hoidon kohteena on huumeiden käytön synnyttämät oireet huumeiden käytön syiden sijasta.

“Et otetaan oireisiin buranaa, mut kukaan ei kysy, et mitä siel päänsäryn taustalla on.” (T1)

Musiikkiterapeutit kaipasivatkin julkista keskustelua hoidon fokuksesta. He kokivat ongelmana sen, että ammatti-ihmisetkin keskittyvät liikaa potilaiden oireisiin ja arvioivat hoidon tuloksia oirekeskeisesti. Tärkeämpää ja hoidon tulosten kannalta keskeisempää olisi keskittyä ihmisenä olemisen tukemiseen. Potilaalle täytyy opettaa esimerkiksi tunteiden kohtaamista ja niiden kanssa selviämistä.

Tutkimusten tekeminen nähtiin ammatillisesti tärkeänä asiana. Tutkimuksissakin olisi syytä huomioida isompia kokonaisuuksia niin, että hoidon kokonaisuus ja jokaisen ammatti-ihmisen oma rooli siinä kokonaisuudessa hahmottuisi huume kuntoutustyötä tekeville. Musiikkiterapia on osa hoitokokonaisuutta ja parhaimmillaan yksi tärkeä osa sitä. Silloin kun musiikkiterapia saataisiin integroitua selkeästi osaksi muuta hoitokokonaisuutta, niin se varmasti lisäisi mielenkiintoa ja tukea myös ympäröiviltä alueilta. Myös Kajaste (2004) näki erilaisten taideterapioiden käytön tärkeänä ja perusteltuna osana huume kuntoutusta.

“Sä edustat musiikkiterapiaa ja sit just joku kuvallinen ja kirjallinen ilmaisu, ni ne on selkeesti sellaisia hyviä välineitä, jotka sopii aika monille ja joillekin aivan erinomaisesti. Sitä kautta pystyy tuomaa semmosta omaa sosiaalista ulottuvuutta ja sitte myöski käymää sitä omaa psyyken problematiikkaa läpi sen terapian kautta.” (R.K)

Yksi ongelma huume kuntoutuksen kentällä on se, että huumeiden käyttäjä on samanaikaisesti sairas ja rikollinen. Narkomaanileima on edelleen voimakas. Haastatellut musiikkiterapeutit kokivat, että narkomaaneilla ei ole ihmisarvoa yhteiskunnassa.

“Monet sanoo tätä, et heille sanotaan koko ajan, et sä oot narkomaani. Sä oot tollanen rikollisestakin alempi. Sulla ei oo ihmisarvoa, et julkisuudessa se on hyvin karu se maailma, missä nää ihmiset sit elää. Et sen lisäksi, että mä oon kyvytön elämään ihmisenä ni mulle sanotaan, että sä et oo ihminen enää ollenkaan. Tää on kyllä mun työssä sellanen mitä mä yritän sanoa, et me ollaan kaikki ihmisiä ja meillä on erilaisia vaikeuksia. Mutta ihmisiä kuitenkin.” (T1)

Tiedon jakaminen erilaisten hoitomuotojen, kuten esimerkiksi musiikkiterapian mahdollisuuksista koettiin myös asiaksi, jossa olisi kehittämisen tarvetta. Tiedon jakaminen hoitoa suunnitteleville ja toteuttaville tahoille tehdyistä tutkimuksista ja kliinisistä kokemuksista lisäisi tietoisuutta eri hoitomuotojen tuloksellisuudesta ja avaisi uusia mahdollisuuksia huume kuntoutuspotilaiden kokonaisvaltaiseen ja monipuolisia vaihtoehtoja tarjoavaan hoitokäytäntöön.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ, TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

Tämän tutkimuksen keskeisenä tarkoituksena on tuoda uutta tietoa ja ymmärrystä siitä, miten musiikkiterapiaa voitaisiin hyödyntää osana kokonaisvaltaista huume kuntoutusta. Tutkimus on laadullinen tutkimus, joka metodologialtaan nojautuu Glaserin ja Straussin (1967) kehittämään grounded-teoriaan. Myös tutkimuksen aineistoanalyysi on toteutettu grounded-teorian mukaisesti.

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen tavoitteita ja päämääriä, tutkimuksen aineistoa, tutkimuksen metodologista lähestymistapaa, menetelmällisiä ratkaisuja sekä aineiston keruuseen ja analysointiin liittyviä asioita.

4.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen ongelmat ja tutkimuskysymykset nousivat kliinisen työni, tekemäni pro gradu -tutkielman, muiden aiheeseen liittyvien tutkimusten sekä huume kuntoutuksen haasteellisuuden pohjalta.

Pro gradu -tutkielmani tuloksena oli, että musiikkiterapian menetelmät toimivat varsin hyvin huume kuntoutuksessa. Tutkimuksessa käytetyn hoitomallin avulla kuntoutujat pääsivät kosketuksiin omien tunteidensa kanssa ja terapiaprosessin aikana tunteminen kokemisen tasona nousi kuntoutujilla tasaveroiseksi ajattelun kanssa, joka oli terapian alussa kaikilla kuntoutujilla selvästi hallitseva kokemisen taso. Näiden tulosten pohjalta heräsi kysymys siitä, miten musiikkiterapian menetelmiä olisi järkevintä käyttää huume kuntoutuksen eri vaiheissa, jotta niillä saataisiin aikaan paras mahdollinen hoitotulos osana muuta huume kuntoutusta.

Mitkä musiikkiterapian menetelmät ovat käyttökelpoisia huume kuntoutuksessa? Missä vaiheessa mitäkin musiikkiterapian menetelmää on järkevää käyttää ja millä tavalla? Minkälaisia tavoitteita musiikkiterapialla on mahdollista saavuttaa huume kuntoutujien kohdalla? Miten musiikkiterapia tulisi integroida osaksi kokonaisvaltaista huume kuntoutusta? Nämä olivat lähtökohtaisia tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ennen aineiston keruuta. Näihin kysymyksiin vastauksen löytäminen ja sitä kautta mallin luominen musiikkiterapian menetelmien integroimisesta osaksi kokonaisvaltaista huume kuntoutusta oli tutkimuksen tavoite.

4.2 Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineisto koostuu neljän kokeneen huume kuntoutustyötä tekevän musiikkiterapeutin haastatteluista. Haastateltavat musiikkiterapeutit valitsin tutkimukseni informanteiksi, koska tiesin heidät entuudestaan kokeneiksi musiikkiterapeuteiksi, joilla kaikilla on useamman vuoden työkokemus musiikkiterapian käytöstä huume kuntoutuksessa. Lisäksi he kaikki ovat kehittäneet omissa työyhteisöissään musiikkiterapian käytänteitä kyseisen kohderyhmän tarpeisiin. Musiikkiterapeutteina he kaikki edustavat laaja-alaista musiikkiterapiaa, jossa käytettävien menetelmien kirjo on varsin laaja; musiikin kuuntelu lukuisine variaatioineen, improvisaatio eri muodoissaan, soittaminen, laulaminen, bändityöskentely, kuvionuottimenetelmä (nuotinkirjoitusmenetelmä, joka mahdollistaa soittamisen lähes välittömästi ilman aikaisempia musiikillisia tietoja ja taitoja), fysioakustinen menetelmä (matalataajuiseen äänivärähtelyyn perustuva musiikkiterapian menetelmä), omien laulujen tekeminen, terapeutin vuorovaikutus ja läsnäolo.

Terapeutit 1,2 ja 3 työskentelevät pääkaupunkiseudulla ja terapeutti 4 Kaakkois-Suomessa. Kaikkien terapeuttien työpaikkana on sairaala, jossa he työskentelevät osana suurempaa hoitotiimiä. Näin ollen heillä kaikilla on myös

hyvä käsitys siitä, minkälaista hoitoa ja apua huumeekuntoutusta tekevän hoitotiimin ja hoitotahon tulisi pystyä tarjoamaan hoidossa oleville potilaille.

Haastateltujen terapeuttien teoreettisten viitekehysten painotukset vaihtelivat hieman sekä terapeuttikohtaisesti että myös sen mukaan minkä pituisesta ja laatusesta hoidosta kulloinkin on kyse. Yhteistä kaikille terapeuteille oli kuitenkin kokonaisvaltainen lähestymistapa potilaisiin; potilas tulee kohdata kaikilla kokemisen tasoilla (kehollisuus, tunteet ja ajattelu).

Oma suhteeni tutkijana valitsemiini informantteihin oli se, että tunsin heidät kaikki jollakin tavoin entuudestaan ja arvostin heidän tekemäänsä työtä ja halusin koota heidän kokemuksensa ja tietonsa tutkimukseni aineistoksi.

Haastattelut toteutin teemahaastatteluina, joissa oli seitsemän pääteemaa. Haastatteluiden teema-alueet esittelen luvussa 4.4, tutkimusaineiston kerääminen.

4.3 Grounded-teoria metodologisena lähestymistapana

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on musiikkiterapiaan liittyvissä tutkimuksissa lisääntynyt selvästi viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Aigen (1995) nostaa esille kolme asiaa, jotka puoltavat laadullisen tutkimuksen suosimista musiikkiterapian tutkimuksissa. Ensimmäinen on musiikkiterapiatutkimuksen historiaan liittyvä. 1950-luvulta lähtien klinikot ovat usein huomauttaneet siitä, että musiikkiterapiatutkimuksella ei ole juurikaan yhteyttä musiikkiterapian käytäntöön. Tällä tutkimuksella on pääasiassa tarkoitettu määrällistä eli kvantitatiivista musiikkiterapiatutkimusta. Tämä on varmasti pitänyt paikkansa musiikkiterapiatutkimuksen alkuaikoina. Tänä päivänä tilanne on kuitenkin toisenlainen. Musiikkiterapia tarvitsee sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusta, jotta pystymme vastaamaan niihin

haasteisiin, joita esimerkiksi Evidence Based Medicine (EBM) viitekehys on tuonut mukanaan (ks. esim. Edwards 2002, 29-34; Wigram 2002, 11-24). Toisena seikkana Aigen mainitsee tutkimusresurssien puutteen. Varsin harva musiikkiterapeutti tekee tutkimustyötä. Niinpä tutkimusta tekevien musiikkiterapeuttien tulisikin tehdä sellaista tutkimusta, joka tuottaisi klinikoita hyödyntävää ja käytännön musiikkiterapiatyön näkökulmasta mielenkiintoista tutkimustietoa. Tämä on varmasti pitänyt paikkansa silloin kun musiikkiterapiaa koskeva kvantitatiivinen tutkimus ei ole kohdannut musiikkiterapeuttikliinikoiden tarpeita. Tämä väite ei kuitenkaan mielestäni enää puolla kvalitatiivisen tutkimuksen suosimista, koska sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimus tulisi nähdä alamme yhtä lailla edistävinä ja tarpeellisina. Lisäksi musiikkiterapian tutkimukseen kohdennettuja resursseja on nykyisin aikaisempaa enemmän käytettävissä, mikä mahdollistaa laaja-alaisempaa ja monipuolisempaa alan tutkimusta. Kolmas asia, joka puhuu laadullisen tutkimuksen suosimisen puolesta on sen sopusointuisuus musiikkiterapian käytänteiden kanssa. Laadulliseen tutkimukseen liittyvien yleisten menettelytapojen ja arvojen vuoksi laadulliset lähestymistavat tuottavat todennäköisemmin musiikkiterapiatutkimusta, joka on mielenkiintoista, merkityksellistä ja käyttökelpoista useissa eri konteksteissa. (Aigen 1995, 286-287.) Tässä olen Aigenin kanssa täysin samaa mieltä ja tämä on myös perusteluna sille miksi itse olen tutkimuksessani päätenyt laadulliseen lähestymistapaan.

Laadullinen tutkimus on käsitteenä laaja ja sisältää itsessään monia erilaisia metodologisia lähestymistapoja tutkittavaan aiheeseen. On myös todettava, että esimerkiksi Lincoln ja Guba (1985) ovat todenneet termin laadullinen tutkimus harhaanjohtavaksi ja käyttävät sen sijaan termiä naturalistinen tutkimus. Määrällistä tutkimusta he kutsuvat nimellä positivistinen tutkimus. Nämä termit kuvaavat heidän mukaansa paremmin niiden välillä olevia tieteen luonteeseen liittyviä perusoletuksien eroavaisuuksia. (Lincoln & Guba 1985.)

Aigenin (1995) mukaan musiikkiterapiatutkimuksessa on käytetty lähinnä neljää erilaista laadullisen tutkimuksen lähestymistapaa. Nämä ovat grounded-teoria, naturalistinen tutkimus, fenomenologia ja hermeneutiikka. Näitä lähestymistapoja voidaan suhteuttaa myös positivismiin siten, että grounded-teorialla on eniten yhtäläisyyttä positivistisiin lähestymistapoihin ja hermeneutiikalla vähiten. (Aigen 1995, 289.)

Tämän tutkimuksen metodologia perustuu grounded-teoriaan. Grounded-teoriana tunnetun laadullisen tutkimuksen metodologian kehittivät sosiologit Barney Glaser ja Anselm Strauss 1960-luvun lopulla (Strauss & Corbin 1998, 9-10). Sittemmin kumpikin heistä on kehittänyt grounded-teoriaa omaan suuntaansa niin, että tänä päivänä erotetaan toisistaan Glaserilainen induktiivinen grounded-teoria ja Straussilainen induktiivis-deduktiivinen grounded-teoria (Glaser 1992; Strauss & Corbin 1998, 12-14). Tämän tutkimuksen metodologia perustuu jälkimmäiseen.

Straussin ja Corbinin (1998) mukaan grounded-teoria tarjoaa tutkijalle enemmän kuin vain joukon tutkimukseen liittyviä menettelytapoja. Se tarjoaa myös tietyn tavan ajatella, katsoa maailmaa ja tutkia sosiaalista todellisuutta. Tavan, joka voi monella tavalla rikastuttaa niitä tutkijoita, jotka valitsevat grounded-teorian tutkimuksensa metodologiaksi. Grounded-teoriaa metodologiana käyttävät tutkijat ovat usein joustavia ja avoimia. Nämä ominaisuudet liittyvät siihen, että tutkijoina he ovat oppineet kestämään kohtalaisen paljon moniselitteisyyttä ja välttämään liian hätköityjä johtopäätöksiä tutkimusaineiston analyysissä.

Laadullista tutkimusta tekevä tutkija toimii itse instrumenttina sekä aineiston keruussa että analysoinnissa ja tarvitsee tämän vuoksi erilaisia ominaisuuksia, kuten intuitiivisuutta, vastaanottavaisuutta, herkkyyttä sekä kykyä ja halua pyrkiä vastavuoroiseen toimintaan. (Strauss & Corbin 1998, 4-7.)

Strauss ja Corbin (1998) tarkoittavat grounded-teorialla teorian kehittämistä tutkimusaineistosta, joka on systemaattisesti kerätty ja analysoitu (Strauss & Corbin 1998, 12). Grounded-teoria on tarkoitettu nimenomaan sellaisille

tutkimusalueille, joista ei ole riittävästi tietoa tai joihin halutaan tuoda uutta näkökulmaa. Straussin ja Corbinin (1994) mukaan teoriat ovat tutkijoiden tutkimista ja omaksumista nimenomaisista näkökulmista tehtyjä tulkintoja. Kun olosuhteet muuttuvat millä tahansa ehtomatriisin tasolla, se vaikuttaa myös teorioiden validiteettiin. Teoriat vanhenevat jatkuvasti ja tarvitsevat pätevöittämistä. (Strauss & Corbin 1994, 279.) Ehtomatriisi on tutkimusaineiston koodauksessa käytettävä apuväline, joka auttaa tutkijaa pitämään mielessään useita analyttisiä näkökulmia. Tutkittavan ilmiön sijoittaminen kontekstiinsa ehtomatriisin kautta tarkoittaa systemaattisen, loogisen ja integroidun selityksen rakentamista, johon kuuluu merkityksellisten tapahtumien ja ilmiöiden välisten suhteiden luonteen täsmentäminen. (Strauss & Corbin 1998, 182-183.)

Tutkimusongelmien alkuperät grounded-teoriassa ovat samat kuin muissakin laadullisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Kyseessä voi olla ehdotettu tai annettu tutkimusongelma, kirjallisuuden stimuloima tutkimusongelma, tutkijan henkilökohtaisesta ja professionaalista kokemuksesta nouseva tai tutkimuksesta itsestään paljastuva tutkimusongelma (Strauss & Corbin 1998, 36-38). Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat nousivat tutkijan professionaalista kokemuksesta ja aikaisemmasta tutkimuksesta.

Straussilaisessa grounded-teoriassa suhtautuminen induktiivisuuteen ja deduktiivisuuteen eroaa selvästi Glaserin (1992) ajatuksista. Straussin ja Corbinin (1994) mukaan grounded-teoriaan perustuvassa teorian muodostuksessa voidaan käyttää tukena myös olemassa olevia teorioita ja on luontevaa, että tutkija tuo tutkimukseen mukanaan oman kokemuksensa ja lukeneisuutensa (Strauss & Corbin 1994, 276-277). Sen sijaan liian jyrkkä induktiivisuus saattaa johtaa steriileihin ja tylsiin tutkimuksiin (Strauss & Corbin 1994, 277). Straussin ja Corbinin (1994) mukaan alkuperäisessä grounded-teoria metodologiassa Glaser ja Strauss liioittelivat induktiivisten aspektien merkitystä (Strauss & Corbin 1994, 277).

Straussilaisessa induktiivis-deduktiivisessa lähestymistavassa korostuu myös tutkijan luovuus. Tutkijan täytyy olla avoin eri mahdollisuuksille ja tutkia ne kaikki, ennen kuin valitsee jonkin niistä. Tutkijaa rohkaistaan käyttämään myös erilaisia ilmaisun muotoja (taide, musiikki, metaforat) ajattelunsa stimuloimiseksi, etsimään tuoreita ja uudenlaisia näkökulmia tutkittaviin ilmiöihin, luottamaan tutkimusprosessiin ja nauttimaan tutkimuksen teosta. (Strauss & Corbin 1998, 12-13.) Luovuuteen liittyy myös ajatus siitä, että jokainen tutkija kehittää ja soveltaa grounded-teorian metodologiaa tutkimuskohtaisesti, säilyttäen kuitenkin seuraavat perusajatukset; analyysiprosessin aineistopohjaisuus, jatkuvan vertailun metodin käyttö, pyrkimys teorian kehittämiseen analyysiprosessin seurauksena mahdollisesti löytyvän ydinkategorian ympärille (Strauss & Corbin 1994, 283; Strauss & Corbin 1998, 8).

Straussilaisessa grounded-teorian metodologiassa on siis samanaikaisesti kysymys tieteestä sekä taiteesta. Tiedettä on se, että säilyttää tietyn tarkkuuden ja perustaa analyysin tutkimusaineistoon. Luovuus tulee esiin tutkijan kyvyssä osuvasti nimetä kategoriat, tehdä stimuloivia kysymyksiä ja vertailuja sekä saada järjestymättömästä aineistosta esille innovatiivinen, integroitu ja realistinen suunnitelma syntyvän teorian pohjaksi. (Strauss & Corbin 1998, 13.)

4.4 Tutkimusaineiston kerääminen

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu neljän huume kuntoutustyötä tekevän musiikkiterapeutin haastatteluista. Kun lähdin keräämään aineistoa tutkimukseeni haastattelujen avulla, niin päädyin teemahaastatteluun, jossa pääteemat nousivat kliinisen kokemukseni, musiikkiterapeuttikollegoiden ja eri päihdetyön ammatti-ihmisten kanssa käymieni keskustelujen ja lukemieni tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta. Haastatteluissa lähdin liikkeelle pääteemoista ja tarkensin niitä tarvittaessa lisäkysymyksillä. Haastattelun pääteemat olivat: 1. haastateltavan oma työkokemus huume kuntoutuksen

parissa, 2. asiakasryhmä (mitä huumeita käyttäviä), 3. haastateltavan käsitys huumeriippuvuudesta, 4. haastateltavan teoreettinen viitekehys, 5. musiikkiterapian tavoitteet, käytetyt menetelmät ja niiden toimivuus kyseisessä kohderyhmässä, 6. musiikkiterapian rooli osana kokonaisvaltaista huume kuntoutusta, 7. suomalaisen huume kuntoutuksen haasteet ja ongelmat.

Tutkimusongelma oli itselleni hahmottunut varsin tarkasti jo ennen haastatteluaineiston keruuta perustuen henkilökohtaiseen, ammatilliseen kokemukseeni sekä aikaisempaan tutkimustietoon. Tämän vuoksi aineiston keruu oli hyvin fokusoitunutta ja keräsin sen kokonaisuudessaan ennen aineistoanalyysin aloittamista.

4.5 Aineiston analysointi ja tutkimuksen luotettavuus

Aineiston analyysi tapahtui Straussilaisen induktiivis-deduktiivisen grounded-teorian mukaisesti (Strauss & Corbin 1998, 12-14).

Grounded-teoria nimenä viittaa teoriaan, joka on kehitetty tutkimusaineistosta. Mikäli se on tehty hyvin, niin se tarkoittaa, että lopputuloksena oleva teoria sopii ainakin kyseiseen aineistoon täydellisesti. Tämä seikka erottaa sen teoriasta, joka on johdettu ns. isosta teoriasta (grand theory) ilman aineistoapua ja joka voi sen vuoksi olla täysin sopimaton suhteessa kyseiseen aineistoon. (Glaser & Strauss 1967, 21-43.)

Straussilaisessa grounded-teoriassa teorian kehittyminen perustuu systemaattisesti kerättyyn ja analysoituun aineistoon. Teorian kehittyminen painottaa analyysiprosessissa käsitteiden kehittämistä systemaattisten koodausmenettelyjen kautta, ottaen samalla huomioon valitun

koodausparadigman ja ehtomatriisin ehdot kehitettävän teorian kaikille tasoille (Strauss & Corbin 1998, 143-161).

Aineistoanalyysin aloitin haastatteluiden litteroimisella. Haastattelujen litteroinnin jälkeen aineistoanalyysi eteni kolmen eri koodausprosessin kautta; avoin, aksiaalinen ja selektiivinen koodaus. Litteroinnin jälkeen koodasin ensin aineistoltaan rikkaimman ja monisyisimmän haastattelun avointa koodausmenetelmää käyttäen. Avoin koodaus on osa sitä analyysiä, jolla pyritään identifioimaan, nimeämään, kategorisoimaan ja kuvailemaan haastattelulitteroinnista löytyvää ilmiötä. Käytännössä tämä vaihe tarkoitti tässä tutkimuksessa jokaisen rivin, lauseen ja kappaleen lukemista niin, että pyrin etsimään vastausta kysymyksiin "mistä tässä on kysymys?" ja "mihin tässä viitataan?" Avoimen koodauksen tuloksena neljästä haastattelusta oli 804 koodia. Tämän jälkeen jatkoin aineistoanalyysiä fokusoidulla koodauksella, jossa yksittäiset koodit alkoivat yhdistyä ja muodostaa kategorioita, joilla oli erilaisia ominaisuuksia ja ulottuvuuksia. Tässä analyysin vaiheessa suljin analyysistä pois ne koodit, jotka eivät näyttäneet tutkimusongelman suhteen relevanteilta.

Analyysin seuraava vaihe oli aksiaalinen koodaus. Käytännössä avoin koodaus ja aksiaalinen koodaus etenee varsin usein rinta rinnan. Aksiaalinen koodaus on prosessi, jossa koodit (kategoriat ja niiden ominaisuudet) yhdistetään toisiinsa induktiivisen ja deduktiivisen ajattelun yhdistämisen kautta (Strauss & Corbin 1998, 142). Tämän prosessin yksinkertaistamiseksi grounded-teoreetikot painottavat syy-seuraussuhteita, eivätkä suinkaan etsi kaikkia mahdollisia suhteita. Asiat pyritään sovittamaan geneeristen suhteiden peruskehukseen, joka koostuu seuraavista elementeistä:

1. tutkittava ilmiö
2. ilmiön kausaaliset edellytykset
3. konteksti, jossa ilmiötä tutkitaan
4. väliintulevat ehdot

5. toiminta- ja vuorovaikutusstrategiat
6. seuraukset

Edellä luetellut elementit muodostivat tässä tutkimuksessa ns. koodausparadigman, jonka avulla kategorioiden ja niiden alakategorioiden erittely ja suhteuttaminen toisiinsa muuttui täsmällisemmäksi. Koodausparadigma on analyyttinen työväline, jonka avulla tutkija systemaattisesti kokoaa ja järjestää tutkimusaineiston siten, että rakenne ja prosessi integroidaan (Strauss & Corbin 1998, 127-142).

Koodausparadigma on hyödyllinen väline asioiden välisten suhteiden ajattelussa. Yksistään se ei kuitenkaan ole riittävä työväline, sillä se ei ota huomioon niitä monia teoreettisen otannan valintoja, joita tutkijan on tehtävä tutkimusprosessin aikana, eikä selitä vaihtelevia, dynaamisia ja monimutkaisia tapoja, joilla olosuhteet, toiminta, vuorovaikutus ja seuraukset voivat yhdessä esiintyä ja vaikuttaa toisiinsa. Se ei myöskään selitä eri toimijoiden erilaisia havaintoja, ajatusrakennelmia ja näkökulmia. Koodausparadigma ei myöskään riitä kokonaiskuvan synnyttämiseksi. Se ei myöskään korosta sitä, että sekä mikro-, että makro-olosuhteet ovat tärkeitä analyysin kannalta. Kaiken edellä esitetyn huomioimisessa on syytä käyttää apuna ehtomatriisia. (Strauss & Corbin 1998, 181-199.)

Ehtomatriisin tarkoituksena on auttaa analysoijaa paikantamaan oma tutkimusalueensa ja suhteuttamaan se ympärillä oleviin alueisiin. Ehtomatriisi laajentaa olosuhteiden ja seurausten skaalaa niin, että analysoija ottaa huomioon myös muut kuin mikrotason olosuhteet. Se auttaa tunnistamaan ja tekemään valintoja sen suhteen minkälainen yhdistelmä olosuhde- ja seuraustekijöitä aineistossa olisi relevantti tähän tiettyyn tilanteeseen. Sen avulla on myös helpompi jäljittää sitä usein melko monimutkaista yhteyksien verkkoa, joka on olemassa struktuurin ja prosessin välillä ja kehittää selittäviä hypoteeseja näistä suhteista. Ehtomatriisi auttaa lisäksi tutkijaa organisoimaan aineistoa ja sitä

kautta esittämään entistä täydellisempi selitysmalli tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Strauss & Corbin 1998, 191.)

Olennaista aksiaalisen koodauksen vaiheessa on se, että kategorioiden välisiä yhteyksiä ei vain oleteta, vaan ne varmistetaan aineistosta (Strauss & Corbin 1998, 123-142). Alkuperäiseen aineistoon palaaminen yhä uudestaan tämän tutkimuksen analysoinnissa olikin ehdottoman välttämätöntä, jotta esiin nouseva teoria validioitui aineistolähtöisesti.

Straussilaisessa grounded-teoriassa deduktiivisuuteen suhtaudutaan niin, että aineiston analyysissä ja teorian muodostuksessa on mahdollista käyttää tukena myös olemassa olevia teorioita, mikäli ne tukevat aineistosta syntyvää teoriaa. Näin tapahtui tämän tutkimuksen kohdalla, mutta niin, että tutkimuksen aineisto toimi ohjaavana tekijänä ja olemassa olevat teoriat tulivat vahvistamaan sitä. Tästä on kysymys nimenomaan grounded-teorian induktiivis-deduktiivisessä suuntauksessa. Tutkijana toin tähän tutkimukseen mukani kokemukseni ja lukeneisuuteni. Kirjoittamalla ulos oman esiyymmärrykseni aiheesta pystyin kuitenkin lähestymään tutkimusaineistoa varsin objektiivisesti ja pysymään avoimena sille, mitä aineisto itsessään kertoi ja paljasti tutkimusaiheestani. On kuitenkin tärkeää todeta, että Straussilaisessa suuntauksessa olemassa olevilla teorioilla katsotaan olevan merkittävä rooli ja selkeä etu aineiston analyysiprosessissa. (Strauss & Corbin 1997.)

Seuraavassa esitän pari esimerkkiä tämän tutkimuksen aineistoanalyysin etenemisestä avoimesta koodauksesta aksiaaliseen koodaukseen. Avoimen koodauksen tuloksena syntyneet koodit "lähtökohtana musiikin kuuntelussa on asiakkaan valitsema musiikki", "aluksi musiikin kuuntelua n. 20 minuuttia FA:han yhdistettynä", "käydään keskustelua siitä, mitä kuunneltu musiikki merkitsee potilaalle", "mistä musiikki muistuttaa ja mihin se liittyy?", "tavoitteena luottamuksen ja luonnollisen yhdessä tekemisen synnyttäminen", "musiikin kuuntelun tarkoituksena ei ole vain avata haavoja, vaan antaa

mahdollisuus purkaa sitä ulos” kertovat kaikki musiikin kuuntelun roolista huume kuntoutuksessa tapahtuvassa musiikkiterapiassa. Fokusoidussa koodauksessa kategoriaksi muodostui siis ”musiikin kuuntelun rooli”, jota kuvaavia ominaisuuksia ja ulottuvuuksia edellä esitetyt koodit ilmaisevat. Mikä on lähtökohta musiikin kuuntelussa? Asiakkaan valitsema musiikki. Kuinka pitkiä jaksoja musiikkia kuunnellaan? Aluksi 20 minuuttia. Liitetäänkö musiikin kuunteluun muita elementtejä? FA ja keskustelu musiikin merkityksestä. Mikä on musiikin kuuntelun tavoitteena? Luottamuksen ja luonnollisen yhdessä tekemisen synnyttäminen. Tässä esimerkissä on siirrytty nyt jo aksiaaliseen koodaukseen, jossa kategorian ominaisuuksien ja ulottuvuuksien tarkastelulla haetaan vastauksia muun muassa sellaisiin kysymyksiin kuin mitä, miksi, miten, milloin ja millaisin tuloksin. Analyysin edetessä kategoria ”musiikin kuuntelun rooli” jatkohoitovaiheessa omana kategorianaan jäi pois ja siihen liittyneet asiat sulautuivat osaksi muita kategorioita, kuten ”potilaan terapiaprosessin ja työskentelyn aktivointi” ja ”tunteiden tunnistamisen, nimeämisen ja sietämisen opettelu”.

Toinen esimerkki: ”potilas alkaa kertoa taustastaan luottamuksen kautta”, ”tarinoita alkaa tulla pikku hiljaa”, ”tarinaa johdattamalla pääsee kiinni syihin”, ”musiikin ja tekemisen kautta”, ”luottamus täytyy rakentaa toiminnan, musiikin kuuntelemisen tai soittamisen kautta”, ”yhteisen kielen löytäminen”, ”voin kertoa itsestäni”, ”tarinoita alkaa tulla”. Edellä olevat avoimen koodauksen synnyttämät koodit alkoivat mielessäni fokusoitua kategoriaksi ”potilaan avautumisen tukeminen”. Aksiaalisen koodauksen kautta aloin tarkastella niitä ominaisuuksia ja ulottuvuuksia, mitä potilaan avautumisen ympärille linkittyy. Koodausparadigmaa hyväksi käyttäen lähestyin asiaa seuraavasti:

1. tutkittava ilmiö; potilaan avautuminen musiikkiterapiassa,
2. ilmiön kausaaliset edellytykset; potilaan luottamus musiikkiterapeuttiin,
3. konteksti, jossa ilmiötä tutkitaan; huume kuntoutuksessa toteutuva musiikkiterapiasuhte,

4. väliintulevat ehdot; terapiasuhteen pituus, potilasaines (käytetyt huumeet ja käyttöhistorian pituus),
5. toiminta- ja vuorovaikutusstrategiat; prosessinomaisuus (tarinoita alkaa tulla pikku hiljaa), luottamuksen rakentaminen (toiminnan, musiikin kuuntelemisen tai soittamisen kautta), musiikin käyttö (yhteisen kielen löytäminen), musiikkiterapeutin aktiivinen läsnäolo (tarinaa johdattamalla pääsee kiinni syihin),
6. seuraukset; potilas alkaa tuottaa hoidon ja kuntoutumisen kannalta merkittävää materiaalia ja terapia etenee potilasta eheyttävään suuntaan.

Analysoin kaikki fokusoidun koodauksen tuloksena syntyneet kategoriat koodausparadigmaa ja ehtomatriisia hyväksi käyttäen ja vähitellen kategorioiden väliset suhteet ja yhteydet alkoivat hahmottua ja selkiytyä itselleni. Pääkategoriat ja niiden alakategoriat löytyivät nimenomaan koodausparadigman ja ehtomatriisin systemaattisen käytön tuloksena. Tämä vaihe aineiston analyysissä oli pitkä ja aika ajoin hieman tuskallinenkin, kunnes kategoriat kehittyivät lopulliseen muotoonsa ja löysivät paikkansa kokonaisuudessa. Aksiaalisen koodauksen loppuunsaattamisen jälkeen vuorossa oli selektiivisen koodauksen vaihe, jota Strauss ja Corbin kuvaavat tutkimuksesta syntyvän teorian integroimisen ja jalostamisen prosessiksi (Strauss & Corbin 1998, 143).

Tämän integroimisen ensimmäinen vaihe on ydinkategorian valitseminen. Ydinkategorian täytyy pystyä muutamalla sanalla ilmaisemaan se, "mistä tässä tutkimuksessa on kyse". Vaikka ydinkategoria kehittyikin tutkimusaineistosta, niin se on myös tietyllä tavalla abstraktio. Se on myös aina tutkijan oma tulkinta siitä, mistä tässä tutkimuksessa oikein on kysymys. Joku toinen tutkija, erilaisella viitekehyksellä ja tutkimuskysymyksellä voisi päätyä täysin toisenlaiseen tulkintaan saman tutkimusaineiston kanssa. (Strauss & Corbin 1998, 146.) Straussin ja Corbinin (1998) mukaan ydinkategoriolla on analyttistä voimaa, joka tulee sen kyvystä liittää muut kategoriat yhteen muodostamaan selittävän

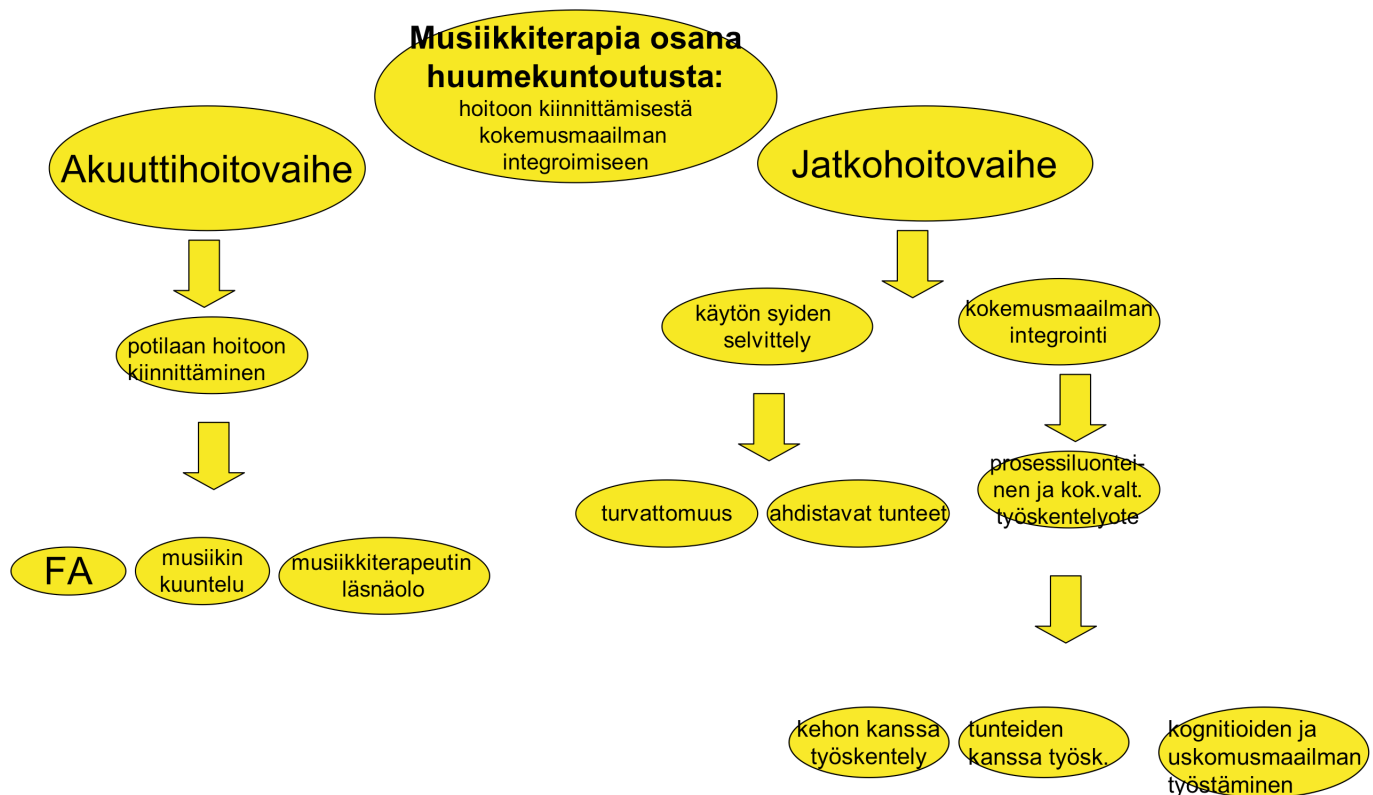
kokonaisuuden. Ydinkategoriaksi voi muodostua jokin aksiaalisen koodauksen tuloksena syntyneistä kategorioista. Toisaalta tutkija voi huomata, että yksikään niistä ei pysty kuvaamaan riittävän hyvin tutkimuksen kokonaisuutta ja tämän vuoksi on ydinkategoriaksi valittava jokin muu, abstraktimpi termi tai ilmaus, jonka alle kaikki muut kategoriat voidaan asettaa. (Strauss & Corbin 1998, 146-147.) Tässä tutkimuksessa ydinkategoria löytyi pitkällisen pohdiskelun ja analysoinnin tuloksena. Lopulta ydinkategoriaksi valikoitui ilmaus, joka mielestäni hienolla tavalla kiteytti koko tutkimuksen tulokset ja ilmaisi sen prosessinomaisuuden, joka on tyypillistä sekä musiikkiterapiatyöskentelylle että huume kuntoutujan eheytymiselle. Analyysiprosessin tuloksena syntyneet kategoriat ja niiden väliset suhteet vahvistivat tietyiltä osin niitä näkemyksiäni, jotka olin jo ennen aineistoanalyysiä kirjannut esiyymmärrykseeni. Yllätys itselleni oli kuitenkin se, kuinka paljon uutta ja kuntoutuksen kannalta merkityksellistä tietoa tutkimus tuotti.

Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa pidän keskeisenä asiana sitä, että aineistoanalyysi on tehty tiettyjen selkeiden periaatteiden ja proseduurien pohjalta. Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa Straussilaisen induktiivis-deduktiivisen grounded-teorian analyysivaiheiden toteuttamista. Tutkimuksen luotettavuutta lisää mielestäni se, että eri analyysin vaiheet haastattelujen litteroinnista aina selektiiviseen koodaukseen asti on toteutettu huolella ja jokaisessa vaiheessa esiin nousseiden tulosten yhteydessä olen tutkijana palannut aina alkuperäiseen haastatteluaineistoon ja sitä kautta validoinut esiin nousutta teoriaa aineistolähtöisesti. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkimuksen alussa kirjoitin ulos oman esiyymmärrykseni tutkimusaiheesta, mikä mahdollisti avoimen ja ennakko-odotuksista vapaan aineiston tutkimisen ja analysoinnin. Tutkimuksen tuloksia esittäessäni olen päätenyt käyttämään varsin paljon suoria lainauksia haastattelumateriaalista todentamaan sitä, että kaikki tuloksissa esitellyt teemat ja pääkohdat ovat nousseet aineistolähtöisesti. Lainausten perään olen myös merkinnyt aina kenen terapeutin mielipiteestä ja näkemyksestä kulloinkin on kyse. Tässä on kuitenkin tärkeää todeta, että

tuloksissa esitellyt teemat ja näkemykset nousivat lähes poikkeuksetta esille kaikista haastatteluista. Eri asioiden painotuksissa toki oli eroja. Silloin kun näkemyksissä oli selvää eroavaisuutta tai ristiriitaisuutta olen sen tuonut esille. Se, että olen esimerkiksi käyttänyt lainauksissa varsin paljon terapeutti 1:n kommentteja, ei tarkoita suinkaan sitä, että hän olisi ainoana haastatelluista tuonut näitä asioita esille. Lähtökohtani lainausten valinnassa oli, että valitsin käytettäväksi ne, jotka mielestäni selkeimmin ilmaisivat kyseistä aihetta. Tutkimus eteni induktiivisesti aineistosta lähtöisin ja vasta kokonaisuuden hahmottumisen jälkeen aloin peilata tuloksia omaan esiymmärrykseeni sekä käyttää tukena myös olemassa olevia teorioita siltä osin kuin ne tukivat aineistosta syntynyttä teoriaa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSIA: hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailman integroimiseen

Esitän aluksi aineistoanalyysin pohjalta syntyneen kategoriakartan, joka havainnollistaa tutkimuksen tuloksia ydinkategorian, pääkategorioiden ja niiden alakategorioiden kautta. Tämän jälkeen siirryn yksityiskohtaisempaan tutkimustulosten esittelyyn.



Kuvio 1. Aineistoanalyysin tuloksena syntynyt kategoriakartta.

Tutkimuksen tulosten esittelyssä musiikkiterapian menetelmien ja käytäntöjen integroiminen osaksi muuta huumeuskuntoutusta on kuvattu hoidon vaiheiden kautta. Nämä ovat akuuttihoitovaihe, jota kutsutaan myös vieroitushoidoksi sekä jatkohoitovaihe. Nämä hoidon vaiheet nousivat aineistoanalyysissä pääkategorioiksi, joiden kautta musiikkiterapian merkitystä ja käytettäviä menetelmiä tarkastellaan.

Akuuttihoitovaiheessa keskeistä on potilaan kokemat vieroitusoireet. Näin ollen lähtökohtana on ennen kaikkea kivunhoito. Silloin kun kivunhoitoon pystytään vastaamaan tuloksellisesti, niin edesautetaan myös potilaan hoitoon kiinnittymistä. Musiikkiterapian keskeiseksi merkitykseksi akuuttihoitovaiheessa nousikin potilaan kipujen lievitys ja sen myötä hoitoon kiinnittäminen. Tässä hoitoon kiinnittämisen prosessissa fysioakustisen menetelmän käyttö nousi ensisijaiseksi musiikkiterapian menetelmäksi. Fysioakustisen menetelmän avulla musiikkiterapeutti pystyy kipujen lievittämisen lisäksi vähentämään potilaan hoitotilannetta kohtaan tuntemaa sekä muuta psyykkistä jännitystä, rakentamaan terapeutista suhdetta ja tarjoamaan korvaavia mielihyvän kokemuksia. Kaikki nämä ovat asioita, jotka vahvistavat potilaan sitoutumista ja kiinnittymistä koko hoitosysteemiin.

Fysioakustisen menetelmän ohella akuuttihoitovaiheessa käytetään myös musiikin kuuntelua. Musiikin kuuntelu tukee osaltaan fysioakustisen menetelmän käyttöä ja on käytännössä usein yhdistettynä siihen. Musiikin kuuntelun liittämällä hoitotapahtumaan voidaan lisätä potilaan viihtyvyyttä hoitotilanteessa, vahvistaa rentoutumista sekä lisätä turvallisuuden kokemusta.

Akuuttihoitovaiheessa toteutetussa musiikkiterapiassa kolmas merkittävä tekijä on terapeutin läsnäolo hoitotilanteessa. Ilman terapeutin läsnäoloa FA:n ja musiikin kuuntelun positiiviset vaikutukset jäisivät suurelta osin hyödyntämättä. Terapeutin läsnäolo hoitotilanteessa mahdollistaa sanallisen työskentelyn liittämisen FA:han ja musiikin kuunteluun ja hoidon aikana esiin nousseiden asioiden välittömän käsittelyn. Terapeutilla on myös tärkeä rooli työskentelyn raamittamisessa ja fokuoimisessa. Akuuttihoitovaiheessa toteutettavan musiikkiterapian menetelmät, niiden vaikutukset ja päätavoitteet on esitetty tiivistetysti seuraavassa taulukossa.

MUSIIKKITERAPIA AKUUTTIHOITOVAIHEESSA
<p>LÄHTÖKOHTA: Vieroitusoireisiin liittyvien kipujen hoitaminen</p>
<p>MENETELMÄT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FYSIOAKUSTINEN MENETELMÄ <ul style="list-style-type: none"> • potilaan kipujen lievittäminen • potilaan jännityksen vähentäminen • terapeuttisen suhteen rakentaminen • korvaavien mielihyvän kokemusten tarjoaminen 2. MUSIIKIN KUUNTELU <ul style="list-style-type: none"> • FA:n vaikutusten tukeminen • potilaan viihtyvyyden lisääminen hoitotilanteessa • potilaan rentoutumisen vahvistaminen • potilaan turvallisuuden tunteen lisääminen 3. MUSIIKKITERAPEUTIN LÄSNÄOLO <ul style="list-style-type: none"> • sanallisen työskentelyn liittäminen FA:han ja musiikin kuunteluun • hoidon aikana esiin nousseiden tuntemusten, tunteiden, mielikuvien, muistojen ja ajatusten välitön käsittely • työskentelyn raamittaminen ja fokusointi
POTILAAN HOITOON KIINNITTÄMINEN

Taulukko 1. Musiikkiterapia akuuttihoitovaiheessa.

Akuuttihoitovaihetta seuraavassa jatkohoitovaiheessa tutkimuksen perusteella lähtökohtana on potilaan elämän perusrakenteiden luominen. Tähän kuuluu normaalin päivärytmin uudelleen opettelu sekä päivän täyttäminen mielekkäällä ja kuntouttavalla toiminnalla.

Perusrakenteiden luomisen jälkeen keskeistä näyttäisi olevan huumeiden käytön syiden selvittely ja potilaan kokemusmaailman integroiminen. Tässä

työskentelyssä prosessiluonteisesti etenevä ja potilaan kokonaisvaltaisesti huomioiva musiikkiterapia näyttäisi tarjoavan paljon mahdollisuuksia.

Silloin kun potilas on akuuttihoitovaiheessa kiinnitetty hoitosysteemiin musiikkiterapian menetelmin, on mielekästä jatkaa musiikkiterapian käyttämistä myös jatkohoitovaiheessa. Lähes kaikilla ihmisillä on olemassa jonkinlainen musiikkisuhde ja musiikki merkitsee monille huume kuntoutuspotilaille varsin paljon. Näin ollen se on myös aihealue, josta on helppo lähteä liikkeelle.

Musiikkiterapian keinoin on mahdollista hoitaa potilasta hyvin kokonaisvaltaisesti niin, että kaikki kokemisen tasot (sensorimotorinen, emotionaalinen ja kognitiivinen) tulevat työskentelyn kohteeksi. Musiikkiterapia tarjoaa mahdollisuuden sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyyn ja huume kuntoutuksen jatkohoitovaiheeseen soveltuvien musiikkiterapiamenetelmien kirjo on erittäin kattava ja monipuolinen. Jatkohoitovaiheessa toteutettavan musiikkiterapian menetelmät, niiden vaikutukset ja päätavoitteet on esitetty tiivistetysti taulukossa 2.

MUSIIKKITERAPIA JATKOHOITOVAIHEESSA
LÄHTÖKOHTA: Potilaan elämän perusrakenteiden luominen
PROSESSILUONTEINEN JA KOKONAISVALTAI- NEN TYÖSKENTELYOTE
MENETELMÄT:
<ol style="list-style-type: none"> 1. KEHON KANSSA TYÖSKENTELY <ul style="list-style-type: none"> • potilaan kehotietoisuuden kehittäminen (FA ja mielikuvat) • korvaavien mielihyvän kokemusten tarjoaminen (FA) • potilaan terapiaprosessin ja työskentelyn aktivointi (FA ja musiikin kuuntelu) • kehomuistojen tavoittaminen (FA ja musiikin kuuntelu) 2. TUNTEIDEN KANSSA TYÖSKENTELY <ul style="list-style-type: none"> • potilaan avautumisen tukeminen (potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus ja musiikin kautta tapahtuva toiminta) • potilaan kokemuksen kuunteleminen • tunteiden tunnistamisen, nimeämisen ja sietämisen opettelu (musiikin kuuntelu, soittaminen, laulaminen, omien laulujen tekeminen, keskustelut) • potilaan tunne- ja tarveilmaisun kehittäminen • huumeiden käyttöön liittyneen musiikin uudelleen koodaus • potilaalle merkityksellisen musiikin työstäminen; musiikki pahuuden symbolina ja ahdistuksen kanavoinnin välineenä • paremman itseilmaisun mahdollistaminen (musiikin kuuntelu, keskustelut, bändisoitto, soittaminen ja laulaminen, omien laulujen tekeminen) • tunteiden jäsentäminen 3. KOGNITIOIDEN JA USKOMUSMAAILMAN TYÖSTÄMINEN <ul style="list-style-type: none"> • potilaan uskomusmaailman merkityksen tiedostaminen • potilaan uskomusten haastaminen ja kyseenalaistaminen • potilaan uskomusten tutkiminen ja työstäminen; onnistumisen ja osaamisen kokemukset, mielihyvän kokemukset (kuvionuotit, soittaminen ja laulaminen, bändisoitto, omien laulujen tekeminen) • epäonnistumisen pelon kehän rikkominen
HUUMEIDEN KÄYTÖN SYIDEN SELVITTELY
POTILAAN KOKEMUSMAAILMAN INTEGROINTI

Taulukko 2. Musiikkiterapia jatkohoitovaiheessa.

5.1 Akuuttihoitovaihe

Huumausaineiden jatkuva käyttö johtaa yleensä rikollisuuteen. Rikosten tekeminen johtaa monesti hoidon piiriin tulemiseen. Tällä tavoin rikollisuuden ja aineiden käytön kierre saadaan katkaistua. Kun huumeiden käyttäjä tulee hoidon piiriin, niin puhutaan akuuttihoitovaiheesta tai vieroitushoidosta. Akuuttihoitovaihe eli vieroitusvaihe kestää käytetyistä huumausaineista ja käytön määrästä ja kestosta riippuen muutamasta päivästä muutamaa viikkoon. Hoidon käynnistyminen lähtee liikkeelle siitä, että huumeiden käytön selvittely aloitetaan lääkärin johdolla. Joissakin hoitoyksiköissä musiikkiterapia on yksi osa akuuttihoitoa. Musiikkiterapian mukana olo hoidon alusta alkaen tekee siitä myös luontevan osan jatkohoitoa. Akuuttihoitovaiheessa musiikkiterapiassa tapahtuva työskentely on ensisijaisesti yksilöterapiaa.

Akuuttihoitovaiheessa keskeisenä hoidon kohteena ovat potilaiden kokemat vieroitusoireet. Vieroitusoireet vaihtelevat käytetyistä huumeista ja käytön pituudesta riippuen. Potilaat kokevat kuitenkin aina eriasteisia vieroitusoireita aineiden käytön lopettamisen seurauksena. Vieroitusoireilla on oma, varsin isokin merkitys siinä, kuinka potilaat pystyvät osallistumaan aktiiviseen toimintaan huume kuntoutuksessa. Tyypillisiä oireita ovat unihäiriöt, ärtyisyys, erilaiset pelkotilat, levottomuus, lihaskivut, hikoilu, vapina, pahoinvointi, ripuli sekä keskittymiskyvyn heikkeneminen. Vieroitukseen tulevilla potilailla saattaa olla myös aineiden pitkäaikaiskäytöstä syntyneitä kerrannaisvaikutuksia, jotka ilmenevät erilaisina fyysisinä sairauksina.

Akuuttihoitovaiheessa hoidon tavoitteet ovat selkeästi erilaiset kuin jatkohoitovaiheessa. Tavoitteet tarkentuvat hoidon aikana potilaan tilan mukaisesti. Akuuttihoitovaiheessa kivunhoito on kuitenkin selkeä lähtökohta. Vieroitusoireisiin liittyy paljon erilaisia kipuja ja niiden helpottaminen ja lievittäminen on tärkeä asia, jotta potilas saadaan pysymään hoidossa ja

kiinnittymään siihen. Kiputilojen ja muiden vieroitusoireiden helpottamisessa fysioakustinen menetelmä nousi tutkimuksessa merkittävimmäksi musiikkiterapian menetelmäksi. Tämä oli haastatelluilla musiikkiterapeuteilla ollut jo oman työskentelymallin suunnittelussa keskeisenä lähtökohtana.

“Me haettiin mallia, et mikä se on ja me tiedettiin heti jo siinä vaiheessa, että fysioakustinen hoito pitää ehdottomasti olla mukana. Ku kivunhoidostahan tässä on kysymys. Lähtökohtaetus oli, että kivunhoitoa. Sitä vartenhan ne sitä metadoniakin hakee, ettei oo kipuja. Et kun ne on tosiaa ne reflat aika hurjia.” (T2)

5.1.1 Potilaan hoitoon kiinnittäminen

Musiikkiterapian keskeisenä tavoitteena akuuttihoitovaiheessa on potilaan hoitoon kiinnittäminen. Hoitoon kiinnittyminen onkin yksi ydinkysymyksistä tämän kohderyhmän kanssa. Haastatellut musiikkiterapeutit näkivät, että heidän tavoitteensa on musiikkiterapian menetelmien avulla auttaa potilasta kiinnittymään koko hoitosysteemiin.

Musiikkiterapia tarjoaa potilaille tutun elementin, musiikin käytön, joka sinällään jo lähtökohtaisesti edistää hoitoon kiinnittymistä. Musiikin käyttö hoidollisena elementtinä on huume kuntoutuksessa oleville nuorille ja nuorille aikuisille luontevaa, koska monet heistä ovat käyttäneet sitä itsekin jollakin tavoin itsehoidollisena välineenä. Musiikkiterapian vahvuudeksi voidaan laskea se, että suurin osa musiikkiterapiaan tulevista huume kuntoutujista kokee sen itse hyväksi hoitomuodoksi. Musiikkiterapia auttaa potilaita hoitoon sitoutumisessa, koska musiikki on kuulunut myös huumeiden käyttökulttuuriin ja sen aikaiseen elämään. Tämän johdosta kynnys musiikkiterapiaan osallistumiseen on hyvin matala ja sen kautta voi alkaa opetella sitoutumista ja sosiaalisia taitoja. Potilaan hoitoon kiinnittäminen on koko hoidon kannalta tärkeä asia, koska muuten akuuttihoitovaihetta seuraava jatkohoitovaihe ei onnistu tai toteudu ollenkaan.

5.1.1.1 Fysioakustinen hoito

Potilaan hoitoon kiinnittämisessä fysioakustisen (FA) hoidon käyttäminen nousi keskeiseksi musiikkiterapian menetelmäksi. Fysioakustinen menetelmä on suomalaisen asiantuntijaryhmän kehittämä hoitomuoto. Fysioakustinen menetelmä on ääniaaltosovellutus, joka perustuu tietokoneohjattuun, matalajaksoiseen siniääneen. Siniääni on yksinkertaisinta akustista informaatiota, sisältäen vain yhden ääniaallon pituuden. Siniääntä ei esiinny luonnossa, sillä normaalisti ympäristömme äänet ovat ns. summaaäntä. Summaaänessä useat eri pituiset ääniaallot sulautuvat toisiinsa. (Lehikoinen 1996, 31.) Fysioakustisessa menetelmässä äänen taajuus vaihtelee 27 ja 113 Hz:n välillä. Lehikoisen (1996) mukaan menetelmän tehokkuus perustuu laitteen tarkkaan kontrolloitavuuteen sekä kehon herkkään kykyyn reagoida mataliin ääniin. Fysioakustisessa menetelmässä käytettyjen matalien äänien läpäisykyky kiinteässä ja nestemäisessä väliaineessa on hyvä. Tämän ansiosta fysioakustinen stimulaatio pysyy tasaisena, jolloin kehon kudoksilla on riittävästi aikaa reagoida. (Lehikoinen 1996, 32.)

Fysioakustisen hoidon avulla on mahdollista vaikuttaa ainakin neljään asiaan, jotka osaltaan vahvistavat ja edesauttavat hoitoon kiinnittymistä ja sitoutumista. Nämä ovat vieroitusoireisiin liittyvien kipujen lievitys, jännityksen poistaminen ja rentouttaminen, terapeutin vuorovaikutuksen synnyttäminen sekä korvaavien mielihyvähäätöjen tarjoaminen.

Erilaisten vieroitusoireisiin liittyvien kiputilojen hoidossa fysioakustinen hoito on osoittautunut merkittäväksi avuksi lääkehoidon ohella. Fysioakustisen hoidon säännöllinen ja tiivis käyttö akuuttihoitovaiheessa on mahdollistanut kipulääkkeiden normaalia vähäisemmän käytön. Tämä asia nousi esille kaikkien tutkimukseen osallistuneiden musiikkiterapeuttien taholta. Fysioakustisen menetelmän kohdalla on esitetty oletuksia, joiden mukaan sen kipua lievittävä vaikutus perustuisi endorfiinituotannon aktivoimiseen (Lehikoinen, 1994).

Viimeaikaisten hormoni- ja välittäjäaineiden toimintaan liittyvien tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että fysioakustisen menetelmän kipua lievittävä vaikutus perustuu ennen kaikkea hoidettavan henkilön oman oksitosiini- ja endorfiinituotannon aktivoimiseen (esim. Uvnäs-Moberg, 2003). Burken (1997) tutkimus gynekologisten potilaiden leikkausten jälkeisessä kivun hoidossa (Burke, 1997) samoin kuin Burken ja Thomasin (1997) tutkimus polvileikkauspotilaiden kivunlievityksessä (Burke & Thomas, 1997) antavat myös osaltaan selkeää näyttöä fysioakustisen menetelmän positiivisista vaikutuksista kivun hoidossa. Samoin kliiniset kokemukset opioidiriippuvaisten katkaisuhoidossa tukevat osaltaan myös tämän tutkimuksen tuloksia. Esimerkiksi Kiviharjun kuntoutumisklinikalla sekä Karvoshovin kuntoutuskeskuksessa on todettu FA-menetelmän lievittäneen vieroitusoireisiin liittyneitä kiputiloja merkittävästi. Opioidivieroitusoireet ovat yksilöllisesti helpottuneet kokonaan jopa kolmen tunnin ajaksi tai ainakin lievittyneet hoidon ajaksi merkittävästi. FA-hoidon tehoa on seurattu subjektiivisella kyselymittarilla. Yksittäisissä tapauksissa on pystytty väliaikaisesti luopumaan kokonaan bentsodiatsepiinilääkityksestä tai kipulääkityksestä säännöllisen FA-hoidon ajaksi. (Hietala, 2003a ja b.)

Hoidon alkuvaiheeseen liittyy potilailla myös paljon psyykkistä jännitystä ja stressiä. Tutkimukseen osallistuneiden musiikkiterapeuttien mukaan FA:n avulla voidaan tehokkaasti purkaa tätä jännitystä.

“Et heti siinä alkuvaiheessa se laukasee jonku sellasen jännitteen. Että kun potilas pitää jotain sisällään ja se laukasee sen jännitteen pois ja lähtee purkautuu paineita, ajatuksia.” (T3)

Haastateltujen terapeuttien mukaan n. 97% potilaista kokee FA-hoidon positiivisena, rentouttavana ja turvallisenä. Akuuttihoitovaiheessa olevat potilaat ovat äärimmäisessä ylivilireystilassa sekä fyysisesti että psyykkisesti ja käyttävät FA:n tarjoaman positiivisen ja rentouttavan kokemuksen pääsääntöisesti lepäämiseen, joka voi muuten olla vaikeaa.

Kipujen lievittymisen ja jännityksen poistamisen myötä FA edesauttaa merkittävästi toimivan terapeutin vuorovaikutuksen synnyttämisessä. FA:n synnyttämän hyvän olon kokemuksen jälkeen on helpompi aloittaa terapeutin keskustelu. Koska potilaat kokevat FA-hoidon pääsääntöisesti hyvin rentouttavana ja kipuja poistavana on terapeutin helpompi luoda positiivinen kontakti potilaaseen. FA:n käyttö näyttäisi tukevan terapiasuhteelle olennaisen luottamuksen syntymistä. FA-hoitoa seuraava keskustelu lisää osaltaan turvallisuuden tunnetta. Siinä on terapeutin toimesta mahdollista vahvistaa potilaan positiivista kokemusta ja jakaa kokemus hänen kanssaan. Nämä keskustelut ovat merkittäviä terapeutin suhteen luomisen ja vahvistamisen kannalta, koska potilas on FA-hoidon jälkeen hyvin avoimessa ja vastaanottavassa tilassa.

“Et ku hyvän olon pystyy tuottamaan, ni potilas antaa vastapalveluksena sen verbaalisen vuorovaikutuksen.” (T4)

FA toimii akuuttihoitovaiheessa myös korvaavien mielihyväkokemusten tuottajana. Vieroitusoireiden kanssa kamppailevalle potilaalle tämä on tärkeä asia. Huumeita on käytetty nimenomaan mielihyvän kokemiseksi ja vieroitusvaiheessa huumeiden tuomaa mielihyvää kaivataan erityisen paljon. Tässä tarkoituksessa FA on osoittautunut hyväksi ja luontevaksi korvikkeeksi.

“Moni potilas sanoo FA:ssa, että äänivärähtely tuntuu hyvälle. Siinä kohtaa mä oon sanonut heille, että huomaatko, että mielihyvän kokemuksen saa aikaiseksi myös ilman päihdettä. Potilaille tämä on monesti oivalluksen hetki; ai jaa, et näinkin voi saada hyvän olon kokemuksen, et on muunlaisiakin tapoja kuin päihtet.” (T1)

Potilaan hoitoon kiinnittämistä voidaan siis merkittävästi vahvistaa FA-menetelmää käyttäen. Merkityksellistä kuitenkin on, että osataan valita potilaalle sopiva hoito-ohjelma ja hoidon tiheys ja, että terapeutti kiinnittää erityistä huomiota FA-hoidon yhteydessä potilas-terapeutti työskentelyliiton rakentamiseen.

FA-menetelmällä on mahdollista käyttää ns. valmisohjelmia sekä tehdä potilaslähtöisesti yksilöllisiä hoito-ohjelmia. Eräs mielenkiintoinen kysymys FA-hoidon yhteydessä on se, millä perusteilla musiikkiterapeutti tekee valinnan FA-ohjelman suhteen. Tutkimuksen perusteella keskeinen lähtökohta FA-hoidon valinnassa on potilaslähtöisyys. FA-hoidon valinnan tulisi tapahtua akuuttihoitovaiheessa lähinnä potilaan somaattisen oirehdinnan pohjalta.

“Et onko se kipuileva, onko sillä vieroitusoireita tai haluaako se rentoutua. Potilaslähtöisesti, et miten se voi. Tarkoituksena on saada sellasta rentoutumista ja hyvää oloa aikaseksi. Pointti on se, et pystyy auttamaan.” (T4)

Akuuttihoitovaiheessa on kokeiltu monenlaisia FA-hoito-ohjelmia. Näyttäisi siltä, että kokemuksen laatuun vaikuttaisi sekä valitun hoito-ohjelman rakenne ja luonne että potilaan yksilölliset tekijät. Yleensä ahdistavina ja negatiivisina on koettu ne FA-ohjelmat, joissa on käytetty voimakkaita värähtelytehoja. Yhtenä tavoitteena erään haastatellun musiikkiterapeutin mukaan onkin ollut kartoittaa sitä, missä vaiheessa FA-hoitoa potilaat keskeyttävät hoidon eli selvittää mitkä äänivärähtelyn taajuudet ja voimakkuudet mahdollisesti korreloivat hoidon keskeyttämisen kanssa. Tämän yhteydessä on tullut esille, että hoito-ohjelmat, joissa on voimakkaita tehoja ja aktivoivia jaksoja, eivät toimi etenkin voimakkaasti ahdistuneilla tai psykoottisilla potilailla. Sen sijaan hoito-ohjelmaa, josta aktivoivat osiot on jätetty kokonaan pois, ovat hyvin ahdistuneetkin potilaat sietäneet 10 minuutin mittaisena. Mikäli näillä potilailla on käytetty hoito-ohjelmia, joissa on aktivoivia jaksoja, niin ne ovat usein johtaneet hoidon keskeyttämiseen.

Tärkeää onkin rakentaa ja käyttää sellaisia hoito-ohjelmia, jotka toimivat myös erittäin ahdistuneiden potilaiden kohdalla. Tähän liittyy hypoteesi siitä, että onko mahdollista kartoittaa ne taajuudet ja hoito-ohjelmissä olevat jaksot, jotka lisäävät potilaiden ahdistusta. Mielenkiintoinen kysymys onkin, että onko tämän suhteen löydettävissä jotain yleispätevää tietoa vai onko negatiivisten FA-hoitokokemusten syyt yksilöllisiä. Yhtenä selittävänä tekijänä näyttäisi kliinisen

kokemuksen perusteella olevan potilaan psykoottisuus. Silloin kun potilas on hyvin psykoottinen, niin hän saattaa kokea FA-hoidon negatiivisena. Psykoottisilla potilailla FA-hoidon aikana heräävät mielikuvat ovat vaikeasti kestettäviä ja mielikuvien ahdistavuus ja sekavuus näyttäisi estävän FA-hoidossa olon. Psykoottisten potilaiden kohdalla onkin syytä miettiä erilaisia keinoja, joilla auttaa potilasta pysymään realiteeteissa ja valita sellainen FA-hoidollinen strategia, joka palvelee parhaiten näitä potilaita. Tässä merkittäviksi tekijöiksi nousee FA-hoidon pituus, potilaan aktiivisuuden aste ja terapeutin ohjaavuuden taso hoitotilanteessa. Psykoottisen huumeekuntoutuspotilaan kohdalla kehotietoisuutta aktivoiva lähestymistapa FA-hoidossa palvelee paremmin kuin mielikuvia aktivoiva strategia.

Akuuttihoitovaiheessa voidaan potilaan tilanteesta riippuen käyttää sekä rauhoittavia että aktivoivia FA-hoidon jaksoja. Silloin kun potilas on erityisen ahdistunut tulisi pääpaino kuitenkin olla rentouttavien ohjelmien käytössä. Niissä käytetään rauhallista pulsaatiota ja suhteellisen mietoja värähtelyn voimakkuuksia. Verenkiertoa stimuloimalla ne saavat kehon lämpenemään, lievittävät vieroitusoireita ja edesauttavat potilaan rentoutumista. FA:n käyttö tulisi olla akuuttihoitovaiheessa hyvin tiivistä, jotta päästäisiin edellä kuvattuihin positiivisiin hoitovaikutuksiin. Kokemuksen mukaan paras tulos FA:n käytöllä saataisiin silloin, kun sitä käytettäisiin kaksi kertaa päivässä. Tällä tiheydellä pystyttäisiin vieroitusoireita helpottamaan merkittävästi ja vähentämään lääkityksen tarvetta.

5.1.1.2 Musiikin kuuntelu

Musiikin kuuntelun käyttäminen musiikkiterapiamenetelmänä akuuttihoitovaiheessa liittyy tämän tutkimuksen aineiston perusteella useimmiten fysioakustisen menetelmän käyttöön. Musiikin kuuntelua käytetään FA-hoitoon yhdistettynä. Tällöin musiikin kuuntelun päätavoitteena on osaltaan vahvistaa potilaan hoitoon kiinnittymistä. Yksilöidympiä tavoitteita ovat potilaan

viihtyvyyden lisääminen (esim. ulkopuolelta tulevien häiritsevien äänien poissulkeminen kuulokkeilla kuunneltavan musiikin avulla), rentoutumisen edesauttaminen rentouttavan musiikin avulla sekä turvallisuuden lisääminen potilaalle tutun musiikin kautta.

Keskeinen asia musiikin kuuntelun käyttämisessä on se, kokeeko musiikkiterapeutti ja muu hoitoyhteisö musiikin kuuntelun mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi akuuttihoitovaiheessa. Tähän taas vaikuttaa musiikkiterapeutin ja hoitoyhteisön ajatukset musiikin merkityksestä potilaille osana huumeekulttuuria, käytössä oleva terapiatila ja potilaiden toivomukset.

Musiikin kuuntelun yksi rooli on terapiatilaan liittyvien häiriöiden eliminointi, jolloin tavoite on lisätä potilaan viihtyvyyttä ja hoitoon keskittymisen mahdollisuutta hoitotilanteessa. Tässä yhteydessä käytettävää musiikkia voisi kutsua viihdemusiikiksi, joka on luonteeltaan varsin neutraalia. Se ei juurikaan stimuloi potilasta, vaan toimii nimenomaan taustahälyjen eliminoijana.

“Sillä katko-osastolla on semmonen tilanne, et sieltä kuuluu taustaääniä niin paljon, et mä oon suositellu kaikille, et laittaa luurit tai stereoista semmosta taustamusiikkia, jonka hoitoyhteisö on valinnut.” (T1)

Musiikin kuuntelua käytetään myös rentoutumista tukevana elementtinä FA-hoidon yhteydessä. Tällöin musiikin valinta tapahtuu musiikkiterapeuttien kliinisen kokemuksen sekä tutkimusten pohjalta. Rentouttavaa musiikkia luonnehdittiin rauhoittavaksi ja tyynnyttäväksi. Tällaisessa musiikissa ei ole suuria dynaamisia vaihteluita. Se on helposti ennakoitavaa ja yllätyksetöntä sekä soinniltaan pehmeää. Potilaan stressin vähentämisessä ja rentoutumisen lisäämisessä tämäntyyppinen musiikki yhdistettynä FA:n värähtelystimulaatioihin tuottaa erittäin hyviä tuloksia (esim. Pelletier 2004, 206-210).

Potilaan itse valitsemaan musiikkiin suhtaudutaan kahdella eri tavalla. Toisaalta se voi toimia lähtökohtana musiikkiterapialle, jolloin potilaalle tuttu musiikki nähdään turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Toisaalta potilaan itse valitsemaa musiikkia ei hyväksytä ollenkaan, vaan musiikin valinnan tekee aina hoitoyhteisö. Tähän toimintatapaan on päädytty sen takia, että ei voida tietää kenelle jokin tietty musiikki liittyy vahvasti huumeiden käyttökokemuksiin. Hoitoyhteisössä ei haluta ottaa sitä riskiä, että musiikkiterapiassa kuunneltavalla musiikilla tuettaisiin ja pidettäisiin yllä huumeiden käyttöön liittyviä mielikuvia.

Akuuttihoitovaiheessa musiikin kuuntelun rooli on selkeästi erilainen kuin jatkohoitovaiheessa. Akuuttihoitovaiheessa on varsin perusteltua välttää musiikkia, joka aktivoi huumeiden käyttöön liittyviä mielikuvia. Sen sijaan musiikin kuuntelun käyttö on järkevää ja tarkoituksenmukaista kohdistaa potilaan rentoutumisen tukemiseen ja turvallisuuden tunteen vahvistamiseen. Näiden näkökulmien pohjalta musiikkia valittaessa on hyvä käyttää aikaisempaa tutkimustietoa hyväksi (esim. Pelletier 2004, 192-214).

5.1.1.3 Musiikkiterapeutin läsnäolon merkitys

FA-hoitoa voidaan toteuttaa erilaisilla hoitostrategioilla. Ala-Ruona (2005) on esittänyt kolme erilaista lähtökohtaa/strategiaa FA-hoidon toteuttamiseen. Ensimmäinen on itseohjautuva/omatoiminen strategia, jossa asiakas itse suorittaa FA-menetelmän hoito-ohjelmavalinnan sekä mahdolliset musiikkivalinnat. Tällöin puhutaan ns. itsehoidollisesta työskentelyotteesta. Itseohjautuvan hoitostrategian etuna on hoidon toteuttamisen helppous. Riittää, että on aika ja paikka, jossa hoito toteutetaan. Asiakas itse päättää hoidon sisällöstä. Ongelmina tämän tyyppisessä hoidon toteutuksessa on hoidon satunnaisuus, tavoitteiden puuttuminen, tiedon puute sekä hoidon aikana heräävien tunteiden, mielikuvien ja ajatusten käsittelemättä jääminen. (Ala-Ruona 2005.)

Toinen lähtökohta on asiakaslähtöinen/vuorovaikutuskeskeinen strategia, jossa keskeistä on terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen avulla määritellään hoidon tavoitteet ja seurataan hoidon vaikuttavuutta.

Terapeutti tekee hoito-ohjelmavalinnat ja musiikin valinnat asiakaslähtöisesti ja yhdistää tarvittaessa hoitotilanteeseen muita menetelmiä ja interventioita.

Hoidon tuloksena tapahtuvan muutoksen seuranta on tässä prosessityöskentelyyn perustuvassa työskentelyotteessa keskeistä. Tällaisen hoitostrategian vahvuuksia on vuorovaikutus, tavoitteellisuus ja yksilöllisyys. Tämä työskentelytapa asettaa kuitenkin vaatimuksia niin terapeutille kuin asiakkaallekin, sillä prosessityöskentely on luonteeltaan vaativaa ja edellyttää molemmilta aktiivista roolia. (Ala-Ruona 2005.)

Kolmatta hoitostrategiaa voidaan kutsua terapeuttijohtoiseksi/laitekeskeiseksi. Se on ns. "täsmätietoon" perustuvaa työskentelyä, jossa asiakkaan identifioituun ongelmaan tehdään hoitointerventio terapeutin tiedon ja FA-laitteen ominaisuuksien pohjalta tavoitteena positiivinen hoitotulos. Terapeuttijohtoisien hoitostrategian etuja on tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Siihen liittyy selkeä hoitoproseduuri, jossa asiakas on enemmänkin hoidon kohteena, kuin aktiivinen hoitoon osallistuja. Tällainen työskentelyote asettaa kuitenkin terapeutille varsin kohtuuttomia vaatimuksia, koska lähtökohtana on, että terapeutti osaa aina valita oikean intervention asiakkaan ongelman pohjalta. Kliinisessä työskentelyssä mielekkäimmäksi ja tuloksekkaimmaksi hoitostrategiaksi on useimmiten osoittautunut asiakaslähtöinen/vuorovaikutuskeskeinen lähestymistapa. (Ala-Ruona 2005.)

Tässä tutkimuksessa terapeutin läsnäolon merkitys FA-hoidossa nousi keskeisenä asiana esille. Ala-Ruonan (2005) esittämä asiakaslähtöinen/vuorovaikutuskeskeinen FA-hoidon toteuttamistapa osoittautui hoidon toimivuuden kannalta parhaimmaksi. Terapeutin läsnäolo FA-hoidossa mahdollistaa sanallisen työskentelyn liittämisen osaksi FA-hoitotapahtumaa. Tällöin hoidon aikana esiin nousseiden tunteiden, ajatusten,

mielikuvien ja muistojen välitön käsittely toteutuu luontevasti. Terapeutin läsnäoloon liitettiin myös työskentelyn raamittaminen ja rajaaminen. Terapeutin yhtenä tehtävänä FA-hoitotilanteessa on nimenomaan rajata käsiteltäviä asioita ja teemoja käytettävissä olevan ajan sekä potilaan työskentelykapasiteetin puitteissa.

“Terapeutin läsnäolo FA-hoidossa mahdollistaa sanallisen työskentelyn. Kun FA:n aikana nousee esille asioita, niin niitä täytyy käsitellä. Terapeutin tehtäviin kuuluu myös kyky rajata käsiteltäviä asioita.” (T4)

FA-hoidon yksi ominaispiirre on se, että se saa aikaan syvärentoutuneen tilan. Tätä syvärentoutumisen tilaa voidaan kutsua myös muuntuneen tietoisuuden tilaksi eli ASC-tilaksi (altered states of consciousness). Frommin (1977) mukaan muuntunut tietoisuuden tila on kognitiivinen tila, joka poikkeaa normaalista valveilla olon tilasta. Muuntuneessa tietoisuuden tilassa ihminen tulee vastaanottavaksi ja sallii normaalisti alitajuiseksi jäävän materiaalin virrata tietoisuuteensa. Kognitiivisesti tällöin liikutaan kehityksellisessä hierarkiassa taaksepäin rationaalista, todellisuuteen orientoituneesta, sekundaariprosessin ajattelusta primaariprosessiin, jolloin mielikuvia ja fantasioita nousee enemmän tietoisuuteen. (Fromm 1977, 373-377.)

Fysioakustisen menetelmän synnyttämässä syvärentoutuneessa, muuntuneen tietoisuuden tilassa ego muuttuu vastaanottavaksi sekä ulkoisille että sisäisille stimulaatioille. Tällöin tietoisuuteen voi nousta esimerkiksi muistoja ja niihin liittyviä tunteita, jotka ovat olleet tiedostamattomia useita vuosia. Kun musiikin kuuntelu on mukana tällaisessa työskentelyssä se voi osaltaan edistää muuntuneeseen tietoisuuden tilaan pääsemistä ja toimia muuntuneessa tietoisuuden tilassa mielikuvien, muistojen, ajatusten ja erilaisten tunteiden ja tuntemusten herättäjänä ja aktivoijana. Tällainen syvärentoutuneisuuden tila on Frommin (1977) mukaan ihanteellinen myös emotionaaliselle oppimiselle. Emotionaalisen oppimisen kannalta on tärkeää, että ego on avoin ja vastaanottava ja ettei huomio ole suunnattuna mihinkään tiettyyn asiaan, vaan tiedostamattoman materiaalin annetaan virrata vapaasti tietoisuuteen. Tällaisessa

rentoutuneessa tilassa tiedostamattoman ja tiedostetun välinen portti avautuu enemmän kuin normaalissa valveilla olon tilassa. Tärkeää on kuitenkin se, että jälkeempään työskennellään observeivan ja arvioivan egon tasolla, jotta yksilö kykenee arvioimaan ja integroimaan nämä uudet muuntuneessa tietoisuuden tilassa tietoisuuteensa nousseet sisällöt. Keskeistä Frommin (1977) mukaan on siis siirtyminen sekundaariprosessin ajattelusta primaariprosessiin ja takaisin, sillä pelkkä tunteminen ilman ajattelua ei johda emotionaaliseen oppimiseen tai emotionaalisesti parantavaan kokemukseen. (Fromm 1977, 383-384.)

FA-hoitotilanne tarjoaa paljon terapeutisia mahdollisuuksia, jotka on hyödynnettävissä ainoastaan terapeutin läsnäolon ja aktiivisen hoitostrategian myötä. Terapeutin läsnäolo ja terapeuttisen keskustelun liittäminen FA-hoitotilanteeseen mahdollistaa sen, että FA-hoidon aikana esiin nousseet ajatukset, muistot, tunteet ja keholliset aistimukset (kehomuistot) tulevat myös verbaaliseen käsittelyyn ja niiden integroiminen kognitiivisella tasolla mahdollistuu.

Työskentelyn raamittaminen ja rajaaminen on toinen tärkeä asia, johon terapeutin läsnäoloa tarvitaan. Työskentelyn raamittaminen tarkoittaa sen nimeämistä, mihin terapeutti ja potilas keskittyvät kulloisellakin hoitokerralla. Raamittaminen ylläpitää selkeää terapeuttista fokusta ja ehkäisee työskentelyn hajaantumista. Se auttaa myös rajaamaan sen informaation määrää, jota potilas hoitokerran aikana prosessoi. Raamittamisen kautta työskentely muuttuu intensiivisemmäksi ja jäsennellymmäksi, koska se tarjoaa tietoisesti näkökulman ja valinnan sen suhteen mitä terapiassa halutaan työstää.

5.2 Jatkohoitovaihe

Jatkohoitovaihe seuraa akuuttihoitovaihetta ja voi olla kestoaltaan ja sisällöltään hyvin monenlaista. Tutkimuksessa haastatellut musiikkiterapeutit näkivät

musiikkiterapian merkityksen keskeisenä jatkohoitovaiheessa, jolloin potilaan kanssa aloitetaan huumeiden käytön syihin paneutuva työskentely. Jatkohoitovaihe on ratkaiseva vaihe potilaan kuntoutumisen kannalta, koska retkahduksen vaara on suuri, mikäli työskentely ylittää potilaan sietokyvyn. Jatkohoitovaiheen tavoitteet ovat akuuttihoitovaiheen tavoitteita enemmän yksilöllisiä. Jokaisen potilaan hoidon tavoitteet asetetaan yhdessä hoitotiimin kanssa, jonka jälkeen koko moniammatillinen hoitotiimi työskentelee asetettujen tavoitteiden mukaisesti, kukin oman erityisosaamisensa kautta.

Lähtökohta potilaan jatkohoidossa on tiedostaa, että suurin osa potilaan ajasta ja energiasta ennen hoitoon ohjautumista on mennyt päihdekäyttämiseen. Kun huumeiden käyttö on akuuttihoitovaiheen myötä saatu loppumaan, niin tilalle täytyy tulla jotain muuta. Normaalin päivittäisen rytmin hahmottaminen on yksi olennaisimpia asioita. Nukkumis- ja valvomisyrytmin saavuttaminen ja ylläpitäminen on tärkeä tavoite. Potilaan päivään täytyy luoda mielekäs ja toimiva rakenne eri toimintojen kautta. Yhtenä tavoitteena on sosiaalisuuden oppiminen ja sietäminen. Suhteiden uudelleen luominen esimerkiksi sukulaisiin lievittää yksinäisyyttä. Suhteiden uudelleen luomista tuetaan kaikkien tahoilta, kuten myös uusien suhteiden syntymistä esimerkiksi erilaisiin yhteisöihin. Itselle tärkeiden asioiden mukaan ottaminen elämään on myös tärkeä osa-alue.

Edellä esitettyjen elämän perusrakenteiden luomisen jälkeen on jatkohoitovaiheessa tärkeää aloittaa työskentely ns. primääriongelmiensa kanssa. Kaikki tutkimuksessa haastatellut musiikkiterapeutit näkivät, että huumeiden käyttö sinänsä on sekundaarista ja käytön taustalla olevat syyt täytyvät olla terapeuttisen työskentelyn kohteena jatkohoitovaiheessa. Tämä tarkoittaa potilaan koko kokemusmaailman työstämistä ja sen eri puolten integroimiseen tähtäävää lähestymistapaa. Tähän liittyy ensinnäkin potilaan oman elämänhistorian tarkastelu (elämänkaaren hahmottaminen ja huumeiden käyttöön liittyvien kokemusten ja tapahtumien esiinnostaminen), joka on potilaan narratiivin, kertomuksen kokoamista ja jäsentämistä ja sinällään

kognitiivisen kokemisen tason työstämistä. Tämä ei kuitenkaan ole hoidon kannalta riittävää. On myös pystyttävä työstämään omat kokemuksensa emotionaalisella ja sensorimotorisella tasolla. Ainoastaan kaikki kokemisen tasot huomioimalla on mahdollista saavuttaa hoidollisesti merkittäviä tuloksia jatkohoitovaiheessa olevien huumeekuntoutuspotilaiden kohdalla.

5.2.1 Huumeiden käytön taustat ja syyt

Potilaan huumeiden käytön taustojen ja syiden selvittely on keskeistä jatkohoitovaiheen työskentelyä, jotta päästäisiin kiinni ns. primääriongelmiin ja voitaisiin aloittaa niiden kanssa työskentely.

Tutkimuksen aineiston perusteella nuorten huumeiden käyttöön johtavat ongelmat juontavat yleensä varhaislapsuuteen tai nuoruuteen. Potilaan lapsuudessa tai nuoruudessa on tapahtunut jotain, joka on laukaissut huumeiden käytön. Yleensä kotiololoissa on ollut jotain pahasti pielessä. Perheen sisäiset vuorovaikutus- ja tunnesuhteet näyttäisivät olevan tässä mielessä keskeiset tekijät. Myös se minkälaiseen kaveripiiriin lapsi ja nuori liittyy, on merkityksellistä. Kaveripiirit voi viedä mukaan jengeihin, joissa huumeiden kokeilu astuu kuvaan. Mikäli kodin sisäiset tunnesuhteet ovat ristiriitaiset, niin se voi osaltaan edesauttaa jengeihin liittymistä.

5.2.1.1 Turvattomuus

Turvattomuuden tunne näyttäisi olevan varsin merkittävä laukaiseva tekijä huumeiden käytölle tämän tutkimuksen aineiston perusteella. Nuorten huumeriippuvuuden syntymisen taustalla näyttäisi varsin usein olevan turvattomat perheolot, jotka voivat johtua vanhempien alkoholin käytöstä, mielenterveysongelmista tai niin fyysisestä kuin emotionaalisestakin poissaolevuudesta. Lapset ja nuoret jäävät niin fyysisesti kuin

emotionaalisestikin yksin. Jengeihin hakeudutaan turvan saamiseksi ja mikäli jengin kulttuuriin kuuluu huumeiden kokeilu ja käyttö, niin niitä käytetään, jotta tullaan hyväksytyksi. Jengeissä huumeita käytetään usein nimenomaan pahaan oloon, turvattomuuteen ja yksinäisyyteen. Joillakin huumeiden käyttö on toki myös murrosikään ja vanhemmista irtaantumiseen liittyvää kapinointia. Perheolojen epävakaus näyttäisi kuitenkin tämän tutkimusaineiston perusteella olevan keskeistä ja sitä kautta jengeihin liittyminen. Jengien myötä kuvaan tulee mukaan rikollisuus. Tehdään rötöksiä aineiden saamiseksi ja tästä syntyy kierre, johon liittyy kahnausta kodin, kavereiden ja lopulta poliisin kanssa. Vähitellen kriisi yleensä syvenee. Rikoksen tekeminen johtaa monesti hoitoon ohjautumiseen ja tällöin kierre saadaan katkaistua ainakin hetkellisesti.

5.2.1.2 Ahdistavat tunteet

Huumeita käytetään tunteiden muuttamiseen ja säätelyyn. Tutkimukseen osallistuneiden terapeuttien mukaan keskusteluissa potilaat usein aluksi sanovat, että heillä on ollut ihan hyvä koti ja perhe. Sitten kun päästään puhumaan tunteista, niin varsin usein esille nousee, että joillekin tunteille ei ole ollut tilaa kotona. Kodin tunneilmasto on ollut jollakin tavalla vääristynyt. Potilas voi esimerkiksi kertoa, että "meil oli ihan hiljaista ja kivaa kotona, koskaan ei riideltä" tai "kyllä kotona vihaa ilmaistiin, siellä huudettiin ja tapeltiin". Nämä esimerkit kertovat, että tunneilmasto potilaan kotona on ollut joko äärimmäisen steriili tai sitten hyvin kaoottinen. Kummassakin tapauksessa nämä ihmiset ovat kasvaneet siihen, että tunteet ovat jollakin tavoin pelottavia. Eräs haastatelluista musiikkiterapeuteista totesi, että "ne on vähän niin kuin pommin purkajia. Koko ajan täytyy tietää missä se sokka on, että sen saa pysäytettyä".

Tämänkaltaisen taustan omaavat potilaat ovat toki vain yksi ryhmä huumeekuntoutujista, mutta tässä tutkimusaineistossa he nousivat selkeimmin esille. Heillä tunteiden kestämisen vaikeus ja siihen helpotuksen hakeminen itsen ulkopuolelta on johtanut huumeiden käyttöön. Tunne, jolle ei ole ollut kotona

lupaa ja tilaa on käsittämätön. Turvallinen ja tunteita opettava aikuinen on puuttunut kotoa ja puuttuu monesti edelleen.

“Ei ole ketään turvallista hahmoa siinä vieressä sanomassa, että tämä tunne kuuluu elämään ja sen kanssa täytyy opetella selviytymään. Lapsen vihan tunteen opettelu ja tunteiden säätelyn oppiminen on aikuisiällä työlästä ja vaikeaa. Käytännössä se on monesti täysin sietämätöntä, kun sen kanssa kokee olevansa yksin ja tällöin helpotusta haetaan huumeista.” (T1)

Haastatellut musiikkiterapeutit kertoivat, että potilaiden kanssa käydyissä keskusteluissa usein esiin noussut ajatus on, että “pää pitää saada sumeaksi”. Taustalla on ahdistuksen ja pahan olon tunne. Yleisemmin kyse on juuri tunteista, jotka pelottavat. Tavoitteena huumeiden käyttäjillä näyttäisi olevan tällaisen negatiivisena ja pelottavana koetun tunteen poistaminen keinolla millä hyvänsä. On olemassa aikaisempi kokemus huumeen tuomasta hetkellisestä hyvän olon tunteesta ja käytön kautta tavoitellaan tätä positiivista kokemusta. Huumeiden käyttö näyttäisi tuovan käyttäjille hetkellisen hallinnan tunteen kokemuksen. Suonensisäisiä huumeita käyttävät kuvaavatkin kokemustaan hetkelliseksi välähdykseksi hyvästä olost.

Yleistettynä voidaan siis todeta, että huumeista haetaan ennen kaikkea mielihyvän ja helpotuksen kokemuksia. Valitettavasti huumeiden käyttö ei toimi pelkästään hyvää oloa tuovana toimintana. Käyttäjien mukaan hetkellisen hyvän olon kokemuksen jälkeen seuraa kaaos ja paha olo, joka imaisee mukaansa jonkin toisenlaiseen todellisuuteen. Nämä kokemukset voivat olla hyvinkin traumaattisia ja syventävät osaltaan huumeiden käyttäjän problematiikkaa.

“Näille ihmisille niiden tunteiden kanssa eläminen on helvetti. Monesti he ymmärtävät tilanteensa, mutta heiltä puuttuu voima, rohkeus ja turvallisuus niiden asioiden käsittelyyn.” (T1)

Potilaat tuovat monesti esille myös huumeiden käytöstä johtuvat sosiaaliset ongelmat, jotka he kokevat erittäin voimakkaina. Monista negatiivisista puolista huolimatta huumeista tuleva hetkellinen hyvän olon tunne toimii

voimakkaampana motivoijana. Tosiasia on kuitenkin se, että huumeiden jatkuva ja pitkäaikainen käyttö syventää sitä pahaa oloa, johon niistä on alunperin haettu helpotusta ja johtaa joissakin tapauksissa esimerkiksi huumepsykoosiharhoihin.

5.2.2 Kokemusmaailman integroiminen

Huumekuntoutuspotilaiden kokemusmaailman integroiminen seuraa jatkohoitovaiheessa huumeiden käytön taustojen ja syiden selvittelyä. Huumekuntoutuspotilaiden kokemukset, samoin kuin ihmisten kokemukset yleensäkin, eivät ole vain jotain, joka tapahtuu. Kurtz (1990) mainitsee kaksi asiaa, jotka ovat ensisijaiset kokemuksen määräävät tekijät. Ensinnäkin ne toiminnot, jotka todella tapahtuvat ympäristössämme ja toiseksi se mikä tapahtuu yksilön sisällä eli reaktiot näihin toimintoihin. Reaktioistamme alkaa vähitellen muodostua reaktiotapoja ja sisäisiä toimintarakenteita, joihin vaikuttavat käytössämme olevat voimavarat, kehitykselliset uskomukset sekä traumaattiset kokemukset. (Kurtz 1990.)

Yksilöllinen kokemuksen jäsentäminen ja integroituminen omaan elämäkerralliseen muistiimme riippuu siitä, kuinka prosessoimme informaatiota ympäristöstämme kognitiivisella, emotionaalisella ja sensorimotorisella tasolla. Tietoisesti tai tiedostamattomasti olemme koko ajan prosessissa, jossa valitsemme mihin informaatioon kiinnitämme huomiota ja siihen kuinka jäsenämme ja integroimme tätä informaatiota sisäisesti. Huumekuntoutujien kohdalla kokemuksen eri puolien integroiminen näyttäisi olevan puutteellista. Kokemusmaailmaa voi hallita esimerkiksi kognitiivinen puoli, jolloin kokemuksiin liittyneet emootiot ja keholliset reaktiot ovat dissosioituneena (Punkanen 2002, 39-42).

Huumekuntoutuksen jatkohoitovaiheessa potilaat täytyy haastaa tutkimaan omaa tapaansa jäsentää kokemuksiaan ja omia reaktioitaan erilaisiin

kokemuksiin. Minkälaiset kokemukset aiheuttavat huumeiden käyttöön johtavan reaktion ja mitä silloin tapahtuu eri kokemustasoilla. Tällöin ei riitä, että tutkitaan ja työskennellään pelkästään potilaan ajatusten ja uskomusten tasolla. Kognitiivisen tason lisäksi täytyy työskentelyn kohteeksi ottaa myös kokemusten herättämät emootiot, keholliset aistimukset, aistihavainnot sekä kehon liikkeet ja liikeimpulssit. Ogden (2006) kutsuu näitä kokemuksen ydinorganisoijiksi. Potilaan kyky itsesääteilyyn erilaisissa ahdistusta herättävissä kokemuksissa riippuu voimakkaasti hänen kyvystään olla kosketuksissa ydinorganisoijiin sekä kykyyn riittävästi prosessoida informaatiota, jota ne välittävät hänelle. (Ogden, Minton & Pain 2006, 12-23.)

5.2.3 Kokemusmaailmaa integroiva prosessityöskentely musiikkiterapian menetelmin

Keskeisiä kokemuksellisia teemoja jatkohoitovaiheen musiikkiterapiassa ovat yksinäisyys, pari- ja perhesuhteet, rikollisuus, sosiaaliset suhteet, tunteet yleisesti ja erityisesti paha olo. Yksinäisyyteen liittyy vanhasta sosiaalisesta piiristä irrottautuminen ja uuden sosiaalisen piirin löytämisen vaikeus. Perhesuhteisiin liittyen esimerkiksi lasten huostaanotot ovat tärkeä asia. Tunteiden osalta erilaisten pelkojen käsittely nousi keskeisenä esille. Rikollisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyy rajojen hahmottaminen ja hyväksyminen. Ei voida toimia rajattomasti ja muita loukaten, vaan on löydettävä turvalliset ja toimivat rajat omalle olemiselle ja toiminnalle sekä opittava kunnioittamaan myös muiden rajoja. Rajoihin liittyy myös ajankäytön opettelu eli ajallisten rajojen sisäistäminen. Potilailla ajankäyttöön on liittynyt paljon ristiriitaisuutta, koska kaikki toiminta ja ajankäyttö on ohjautunut huumeiden hankkimiseen ja käyttöön. Ajankäytön työstäminen ja sen hallinnan opettelu on jatkohoitovaiheessa yksi tärkeä osa-alue. Potilaan täytyy oppia suunnittelemaan päiväohjelmansa ja pitämään kiinni sovituista ajoista, tapaamisista ja toiminnoista.

Potilaan kokemusmaailmaa integroivassa musiikkiterapiassa olennaista on prosessiluonteisuus ja kokonaisvaltaisuus. Prosessiluonteinen työskentely on mahdollista ainoastaan silloin kun toteutettava musiikkiterapia on kestoaltaan riittävän pitkää ja intensiteetiltään riittävän tiheää. Prosessiluonteisessa työskentelytavassa potilaan kanssa tehdään sopimus siitä, että työstettävien asioiden käsittelyä jatketaan seuraavilla tapaamiskerroilla. Jatkumon synnyttäminen työskentelyyn tekee sen potilaalle tutuksi ja turvalliseksi. Tämä edistää myös potilaan sitoutumista työskentelyyn. Prosessiluonteiselle työskentelylle täytyy varata riittävästi aikaa. Riittävä hoidon pituus määräytyy tietysti potilaskohtaisesti, mutta lähtökohtana tutkimukseen osallistuneiden musiikkiterapeuttien mielestä tulisi olla vuoden mittainen hoitojakso. Myös hoidon tiheydellä on suuri merkitys. Työskentelyn tulisi olla tiivistä, 2-3 kertaa viikossa tapahtuvaa. Prosessiluonteisessa työskentelyotteessa jokaisen tapaamisen alussa kerrataan aina aikaisemmin tehtyä ja käsiteltyä. Terapeutti tarjoaa vaihtoehdot työskentelyn jatkamisen suhteen, mutta potilas tekee valinnan. Prosessiluonteinen työskentely on myös potilaslähtöistä, koska kysymys on potilaan prosessista. Prosessiluonteinen työskentely pitää hoidon aktiivisena ja liikkuvana. Se antaa myös potilaalle vastuuta asioiden työstämisestä ja oman prosessin eteenpäin viemisestä.

Hoidon kokonaisvaltaisuus tarkoittaa sitä, että hoidossa täytyy huomioida potilaan kokemusmaailman kaikki puolet. Hoito täytyy rakentua sellaisista elementeistä, että eri puolet tulee kohdatuiksi ja työskentelyn alle. Musiikkiterapiassa se tarkoittaa sekä yksilö- että ryhmämuotoisen toiminnan toteuttamista sekä menetelmäpuolella monipuolisesti käytettyjä musiikkiterapian menetelmiä, kuten FA, musiikin kuuntelu, bändisoitto ja omien laulujen tekeminen. Tutkimukseen osallistuneiden terapeuttien kokemuksen perusteella kokonaisvaltainen hoitofilosofia tuottaa myös parempia hoitotuloksia. Tämä selittyy juuri sillä, että kokonaisvaltainen hoito mahdollistaa eri kokemuspuolten integroitumisen.

Seuraavissa kappaleissa esittelen tutkimuksen tuloksia eri kokemistasojen kanssa työskentelyn kautta. Käytännössä musiikkiterapian kautta tapahtuvassa työskentelyssä eri kokemistasojen kanssa työskentely on usein yhtäaikaista ja limittäistä, mikä osaltaan tekeekin siitä niin toimivan hoitomuodon juuri tässä kohderyhmässä. Mielestäni on kuitenkin tärkeää oppia myös erottamaan kokemuksen tasot toisistaan, jotta työskentely eri kokemistasojen kanssa tulee sekä terapeutille että potilaalle tietoisemmaksi prosessiksi.

5.2.3.1 Kehon kanssa työskentely

Kehon kanssa työskentely mahdollistaa potilaan sensorimotorisen kokemuksen tason huomioimisen. Sensorimotorinen informaation prosessointi tarkoittaa kykyä koko kehon prosessointiin. Sensorimotorinen prosessointi on riippuvaista suhteellisen suuresta määrästä muuttumattomia malleja, kuten pelästymisrefleksi, taistelu/pakoreaktiot, jotka usein ovat etusijalla traumaattisissa tilanteissa. Sensorimotorinen prosessointi sisältää myös liikesarjoja, jotka liittyvät liikeimpulsseihin, asennon muutoksiin, orientoitumisreaktioihin, fyysisiin defensiivisiin reaktioihin sekä autonomisen hermoston vireyden kohoamiseen. (Ogden, Minton & Pain 2006, 8-26.)

Ensimmäinen tehtävä kehon kanssa työskentelyssä on potilaan kehotietoisuuden lisääminen ja vahvistaminen. Rothschildin (2000) mukaan kehotietoisuus merkitsee täsmällistä, subjektiivista tietoisuutta kehon aistimuksista, jotka syntyvät sekä kehon ulko- että sisäpuolella alkunsa saavista ärsykkeistä. Kehotietoisuus on tietoisuutta aistihermoston antamista vihjeistä. Eksteroseptoreiden välittämä kehotietoisuus syntyy ärsykkeistä, jotka saavat alkunsa kehon ulkopuolelta (kosketus, maku, haju, ääni, näköaistimukset). Interoseptoreiden välittämä kehotietoisuus saa alkunsa kehon sisäpuolelta (sidekudos, lihakset, sisäelimet). Kehotietoisuus ei merkitse tunnetta, kuten "peloissaan oloa". Tunteet tunnustetaan erilaisten kehoaistimusten yhdistelminä: pinnallinen hengitys + kohonnut pulssi + kylmä hiki = olla peloissaan.

(Rothschild 2000, 100-102.) Kehotietoisuuden kautta potilaan on mahdollista oppia tunnistamaan niitä kehollisia viestejä ja reaktioita, jotka liittyvät vaikeina koettuihin tunteisiin. Näin ollen tunteiden tunnistamisen ja säätelyn opettelussa kehollisten reaktioiden tunnistaminen on monesti ensimmäinen askel.

“Esimerkiksi sillä tavalla, että asiakkaan kanssa lähetään ihan opiskelemaan, et missä sun kropassa se tuntuu, ku sä pelästyit? Eli kehon kautta. Missä se tuntuu, kun sä suutut? Missä tuntuu, kun sä ilahdut? Mitä kehollisia juttuja se sussa herättää? Adrenaliinihan kyllä antaa kehoon hyvät viestit, mut hyvin harvoin niitä tunnistaa.” (T1)

On tärkeää oppia huomaamaan omassa kehossaan tapahtuvia reaktioita ja niiden synnyttämiä aistimuksia. Huumeekuntoutuspotilaat harvoin tunnistavat esimerkiksi adrenaliinin antamia kehollisia viestejä. Käytännössä kehotietoisuutta voidaan musiikkiterapiassa opetella esimerkiksi FA:ta tai mielikuvia apuna käyttäen. FA:n avulla on mahdollista tuottaa potilaan kehoon erilaisia aistimuksia ja systemaattisesti opetella sitä kautta niiden tunnistamista ja kuvaamista sanallisesti. Erilaisiin tilanteisiin liittyvät mielikuvat toimivat myös hyvinä alkutilanteina kehotietoisuustyöskentelylle. On tärkeää, että kehotietoisuustyöskentelyä tehdään sekä potilaalle positiivisten että negatiivisten mielikuvien kautta. Silloin jos työskentelyn apuna käytetty mielikuva on luonteeltaan hyvin ahdistava ja voimakkaita tunnereaktioita herättävä, on tärkeää, että terapeutti säätelee mielikuvan käyttöä ja sisältöä. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutti ottaa harjoittelutilanteessa ohjaavamman roolin ja ohjaa potilasta ulos mielikuvasta, mikäli se muuttuu liian ahdistavaksi.

Kehollisten tuntemusten tunnistaminen auttaa potilasta ennakoimaan esimerkiksi vihan tunteita. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyen kehotietoisuus voi toimia jarruna, merkkinä siitä, että täytyy tehdä jotakin. Musiikkiterapiassa voidaan opetella esimerkiksi aikalisän ottamista riitatilanteissa, silloin kun tunnistaa omassa kehossaan merkit väkivaltaisen käyttäytymisen aktivoitumiselle. Tavoitteena kehotietoisuuden opettelussa on,

että tunnetilaan johon potilas on aikaisemmin käyttänyt jotain riippuvuuden kohdetta, pysähdytään ja sitä tarkastellaan kehon kautta.

“Kun tulee tää tunnetila mihin on normaalisti käyttäny huumetta tai alkoholia tai mitä tahansa, pelaamista, seksiä. Ni pysähtyy siihen, et nyt mulla on tää juttu päällä, et miten mä tästä pääsen yli.” (T1)

Kehotietoisuuden opettelu vaatii paljon harjoittelua ja näin ollen hoitosuhteen tulee olla riittävän pitkä.

Kehollisuuteen liittyy myös FA:n tarjoamat korvaavat mielihyvän kokemukset. Ne ovat nimenomaan kehollisia tuntemuksia. Tutkimusaineiston perusteella potilaat usein palaavat jatkohoitovaiheessa akuuttihoitovaiheessa saamiinsa FA-hoidon kokemuksiin, jotka ovat olleet kehollisia hyvän olon tuntemuksia. Potilaat myös usein nimeävät niitä kehon osia, joissa äänivärähtelyn synnyttämä hyvän olon tunne on erityisesti tuntunut. Tämä tarjoaakin oivan lähtökohdan kehotietoisuusharjoittelulle.

Jatkohoitovaiheessa FA:n merkitys kehotietoisuusharjoittelun ohella on erityisesti prosessoinnin ja työskentelyn aktivoijana. FA sinällään sekä yhdistettynä musiikin kuunteluun herättää potilaille mielikuvia, tunteita, muistoja ja kehollisia tuntemuksia, jotka kaikki ovat tärkeää materiaalia terapiaprosessin kannalta. Tähän esitietoiseen ja usein tiedostamattomaankin materiaaliin kiinni pääsemiseksi tarvitaan FA:n tiivistä ja terapeuttista työskentelyä tukevaa käyttöä, jossa terapeutin ja potilaan välille syntyy turvallinen ja luottamuksellinen terapiasuhte. Näyttäisi siltä, että FA:n ja musiikin kuuntelun kautta huumeekuntoutujien on mahdollista saavuttaa eräänlainen syvärentoutuneisuuden tila, jota voidaan kutsua myös muuntuneen tietoisuuden tilaksi. Tässä tilassa potilailla nousee tietoisuuteen mielikuvia ja muistoja sekä niihin liittyviä tunteita, jotka ovat olleet tiedostamattomia ja unohduksissa vuosikausia. (Punkanen 2002, 75.)

Sensorimotorisen informaation prosessoinnin ja kehollisuuden näkökulmasta merkittävää on, että tällaisen työskentelyn kautta on mahdollista saada kosketus eksplisiittisen muistiaineksen lisäksi implisiittisen muistin somaattiseen (somasensoriseen) muistiainekseen. Somaattisen muistin (kehomuistojen) olemassaolosta on kirjoitettu paljon traumakirjallisuudessa ja se konkretisoituu varsin usein kliinisessä terapiatyössä traumatisoituneiden potilaiden kanssa. Somaattiseen muistiainekseen liittyvää tutkimusta on kuitenkin tehty vielä varsin vähän. (ks. esim. Siegel 1999, 23-66; Van der Kolk 1994, 253-265; Van der Kolk 1996, 279-302.) Muistia voidaan jaotella ajan, laadun ja tietoisuuden asteen perusteella. Muistin jaottelu eksplisiittiseen ja implisiittiseen perustuu laadulliseen jaotteluun sekä tietoisuuden asteen eroihin. Eksplisiittinen eli tietoinen muisti, jota kutsutaan myös deklarativiseksi (selittäväksi) muistiksi, koostuu tiedoista, käsitteistä ja ajatuksista. Se pitää sisällään myös semanttisen ja episodisen muistin. Kun ihminen ajattelee tietoisesti jotakin ja kuvailee sitä sanoin (joko ääneen tai mielessään) hän käyttää eksplisiittistä muistia. Eksplisiittinen muisti on riippuvainen puhutusta tai kirjoitetusta kielestä. Eksplisiittinen muisti mahdollistaa elämäntarinan kertomisen, tapahtumien kerronnan, kokemusten sanallisen kuvailemisen, aikajärjestyksen laatimisen ja merkityksen selvittämisen. Implisiittinen muisti sen sijaan ohittaa kielen. Se pitää sisällään toimintatapoja ja sisäisiä tiloja, jotka ovat automaattisia ja toimivat usein tiedostamattomalla tasolla. Implisiittistä muistia kutsutaan myös proseduraaliseksi (menettelytapa) tai nondeklarativiseksi (ei-selittäväksi) muistiksi. Sen toiminta-alueita on opittujen toimintatapojen ja käyttäytymisen tallentaminen ja mieleen palauttaminen. Implisiittistä muistijärjestelmää pidetään myös somaattisen muistin eli kehomuistojen ytimenä. (Rothschild 2000, 26-45; Siegel 1999, 23-66; Van der Kolk 1996, 279-302.) Huumeekuntoutujilla näyttäisi monissa tapauksissa mieltä kuohuttavat tunteet, häiritsevät kehoistimukset ja mielijohdeesta syntyvä päihdekäyttäytyminen olla osana implisiittistä muistia ilman yhteyttä tilanteeseen, johon ne alunperin liittyvät.

FA:n ja musiikin kuuntelun avulla aktivoidaan potilaan implisiittistä muistiainesta. Tällaisen työskentelyn kautta saadaan potilaan kannalta merkityksellistä "unohtunutta" muistiainesta terapeutin työskentelyn kohteeksi. Kyseessä voi olla traumaattista frakmentoitunutta muistiainesta tai positiivisia, irrallisiksi jääneitä muistoja, joiden integroituminen osaksi omaa elämäntarinaa on tärkeää potilaan eheytyksen kannalta. Terapeutin aktiivisen ja fokusoidun työskentelyotteen kautta esiin nouseviin kehoistimuksiin, häiritseviin tunteisiin ja muisti- ja mielikuviin aletaan yhdessä potilaan kanssa etsimään sanoja ja rakentamaan tarinaa eli integroimaan niitä eksplisiittiseen muistiin.

5.2.3.2 Tunteiden kanssa työskentely

Emotionaalinen prosessointi on kykyä käsitellä, ilmaista ja sanoittaa tunteita täydellä laajuudella. Emotionaalinen prosessointi tuo kokemukseen motivationaalisen puolen. (Ogden, Minton & Pain 2006, 8-26.) Tunteiden kanssa työskentelyn tärkeys nousi tutkimusaineistosta erittäin voimakkaasti esille. Tunteiden työstäminen vaatii myös aikaa ja rauhaa, joten hoitajaksojen täytyy olla vähintään vuoden mittaisia. Keskeistä potilaan tunteiden työstämisessä on terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen ja siinä syntyvän luottamuksen kautta potilas alkaa avautua terapiassa. Potilaan avautumiseen liittyy prosessinomaisuus. Tarinoita ja kokemusten jakamista alkaa tulla pikku hiljaa. Toinen tärkeä tekijä on luottamuksen rakentaminen, joka musiikkiterapiassa tapahtuu usein toiminnan, musiikin kuuntelemisen tai soittamisen kautta. Musiikin käyttö tarjoaa lisävälineitä yhteisen kielen löytämiseksi. Avautumisen myötä potilas alkaa tuottaa hoidon ja kuntoutumisen kannalta merkittävää kokemusmateriaalia ja tunteiden kanssa työskentely etenee. Terapeutilla täytyy olla kykyä haastaa potilas vaikeidenkin tunteiden äärelle ja saamaan hänet uteliaaksi niiden suhteen. Terapeutin näkökulmasta tämä edellyttää sitä, että omien tunteiden kanssa työskentelyä on takana riittävästi ja että työnohjaus on kunnossa.

Haastatellut musiikkiterapeutit näkivät potilaan kokemuksen kuuntelemisen tunnetyöskentelyn lähtökohtana. Tunteella ei yleensä aluksi ole nimeä, vaan se on jonkinlainen olotila omassa kokemuksessa. Näitä erilaisia olotiloja, joista osa voi johtaa huumeiden käyttöön, pyritään musiikkiterapiassa analysoimaan. Potilasta opetetaan tunnistamaan niitä kehollisia reaktioita, joita kulloiseenkin olotilaan liittyy ja terapeutti auttaa potilasta tunteen tunnistamisessa tarjoamalla erilaisia vaihtoehtoja tunteen nimeämiseen, "onko se viha, suru vai pelko?" Tunnetta pyritään yhdessä potilaan kanssa nimeämään. Kehollisten viestien läpikäyminen täytyy kuitenkin tehdä ensin. Potilaan kehotietoisuus toimii siis lähtökohtana tunteiden kanssa työskentelylle.

"Tilanteeseen voi liittyä mielikuvia ja mitä vaan, mutta miltä se tuntuu kehossa ja sitte mietitään yhdessä, että mistä tunteesta voisi olla kysymys." (T1)

Musiikkiterapiassa keskeistä tunteiden osalta on myös tunne- ja tarveilmaisun kehittäminen; "mulla saa olla näitä tunteita". Tunteille täytyy ensin voida antaa lupa. Täytyy ymmärtää, että vihan tunnekin on elämälle välttämätöntä.

"Monesti keskusteluissa potilaiden kanssa tulee esille, että kotona ei ole ollut lupaa ilmaista esimerkiksi vihan tunteita. Terapiassa opetellaan, että kaikki tunteet kuuluu elämään. Ei ole olemassa oikeaa ja väärää tunnetta, vaan kysymys on siitä, miten eri tunteiden kanssa elää ja toimii ja miten niitä kanavoi." (T1)

Musiikkiterapian ja hoidon alkuvaiheessa potilaiden tunteiden käsittely on usein pinnallista. Tunteita vain tulee ulos. Vaatii harjoittelua, että potilas lähtee tunnistamaan ja nimeämään tunteitaan. Aluksi se on enemmän tunteiden purkautumista ja tähän musiikkiterapia tarjoaa hyvät edellytykset esimerkiksi soittamisen kautta. Tunnetyöskentelyn edetessä potilas oppii tunnistamaan esimerkiksi heräävän ahdistuksen merkit kehostaan ja tiedostaa mistä on kysymys. Tunteiden tunnistaminen, nimeäminen ja sietäminen on tärkeä asia huumeekuntoutujien terapiassa, koska sitä kautta potilaan on mahdollista opetella uusia ja toimivampia tapoja tulla toimeen erilaisten tunteiden kanssa.

Musiikin käyttämisen merkitys ja sen erityinen terapeutin rooli tulee esille siinä, että sen kautta on mahdollista päästä kiinni potilaan kannalta merkityksellisiin kokemuksiin ja tunteisiin. Kun päästään kiinni todellisiin huumeiden käytön syihin, niin myös terapia alkaa tuottaa tulosta. Jatkohoitovaiheessa esimerkiksi masennus on yksi varsin tyypillinen potilaiden kokema tunne. Siihen liittyy monet muutokset, kuten kaveripiirin vaihtuminen ja haaste luoda uusia sosiaalisia verkostoja. Paluu arkeen on myös usein masentavaa. Perheen systeemeissä mahdollisesti jatkuvat ongelmat aiheuttavat myös masennusta. Jatkohoitovaiheessa masennuksen tunteen käsittely on tärkeää. Musiikkiterapeutin täytyy tunnistaa potilaan masennus ja tehdä myös potilas siitä tietoiseksi. Silloin kun masennuksesta tehdään näkyvää ja sitä työestetään eri tavoin, niin se ei ala ohjata potilasta vanhoihin käyttäytymismalleihin niin helposti.

Musiikin kuuntelu nousi yhdeksi tärkeimmistä tunnetyöskentelyn menetelmistä tämän tutkimuksen aineistossa. Jatkohoitovaiheessa musiikin kuuntelua voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmämuotoisessa työskentelyssä. Se voidaan yhdistää FA:han tai sitä voidaan käyttää yksinomaan omana menetelmänä, johon kuitenkin aina liittyy kuuntelun jälkeinen keskustelu. Kuunneltavan musiikin valinnassa nousi tutkimusaineistosta kahdenlaista näkemystä. Toinen oli se, että kuunneltavan musiikin valitsee aina hoitoyhteisö ja toinen näkemys perustui taas potilaan valinnan mahdollisuuteen.

”Yks nuori sano, ettei oo olemassa huumeekulttuuria ilman musiikkia. Ni sillon me ei voida tietää, et jollekin Kingston Wall on hyvää raskasta rokkia, mut jollekin ja hyvin monelle se liittyy kovien huumeiden käyttöön.” (T1)

Musiikkiin voi olla koodattuna erilaisia merkityksiä ja assosiaatioita eri ihmisillä. Jos musiikkiin on koodattuna huumeiden käyttöön liittyviä mielikuvia, niin hoitava yhteisö ei voi tukea ja ylläpitää tällaista potilaalle haitallista musiikkikoodia, vaan se täytyy huomioida hoidon yhteydessä. (esim. Horesh 2006, 125-139.) Yksi vaihtoehto on kieltää potilaalta tällainen musiikki hoidon

aikana. Tämä ei kuitenkaan ole kovin pitkälle vievä ratkaisu. Vaihtoehtona edelliselle on musiikkiin liitetyn koodin tietoinen purkaminen, jolloin kyseiselle musiikille luodaan uusi merkitys. Potilaan huumeiden käyttöön liittyvän musiikin uudelleen koodauksen tulee aina olla tietoinen ja ammatillinen valinta. Hoidon täytyy myös silloin olla riittävän pitkä. Musiikin merkityssisältö täytyy muuttaa niin, että nyt se liittyy päihteettömään elämään.

“Et ku ne kaverit seisoo tuolla Anttilan jonossa ja rupee soimaan Born to be wild, ni niitten ei tarvii heti saada amfetamiinia tai viis kaljaa.” (T2)

Monesti hoidot ovat kuitenkin kestoaltaan niin lyhyitä, että huumeiden käyttöön assosioidun musiikin uudelleen koodaus ei ole mahdollista. Tämä on valitettavaa, koska musiikilla näyttäisi olevan paljon suurempi merkitys ja rooli huumeiden käyttöön liittyen kuin mitä on vielä tähän mennessä ymmärretty. (esim. Horesh 2006, 125-139.)

Silloin kun potilaan hoitoon on varattu riittävästi aikaa, on myös mahdollista työstää potilaan problematiikkaa huumeiden käyttöön liittyvän musiikin kautta. Tällöin musiikin kuuntelun lähtökohtana on potilaan valitsema musiikki.

“Se, et asiakas valitsee kuunneltavan musiikin, on ollu lähtökohta mulla. On se sitte ollu heviä tai blackmetallia tai mitä tahansa.” (T4)

Potilaan itse valitsema musiikki tarjoaa musiikkiterapeutille mahdollisuuden päästä kiinni potilaan sisäiseen maailmaan. Potilaan valitsema musiikki ja sen kuuleminen sinällään tarjoaa terapeutille paljon tietoa potilaan olotilasta ja tunnekokemuksista. On kuitenkin tärkeää, että musiikin kuunteluun liittyy myös aina keskustelua musiikin merkityksestä.

“Sit ku se musiikki on kuunneltu, ni on lähetty keskustelea siitä, mitä tää musiikki merkitsee sulle. Viekse sut jonnekin juttuihin ja tuleeks sulle jotain mieleen tästä ja mitä sä oot tehny silloin ku sä oot kuunnellu tätä musiikkia ja mitä silloin tapahtu ja sit se lähtee siitä auki varsin näppärästi.” (T4)

Musiikin kuuntelun yhteydessä on tärkeää tehdä syventäviä kysymyksiä, kuten “miksi valitsit tämän musiikin?”, “mitä se sinulle merkitsee?”, “minkälaisia muistoja siihen liittyy?”, “mitä tunteita se sinussa herättää nyt?”, “mitä ajatuksia se tuo mieleen nyt?”, “mitä mielikuvia se tuo mieleen juuri nyt?”. Potilaan valitsema musiikki tarjoaa paljon terapeutin työskentelyn mahdollisuuksia, mutta ne täytyy osata hyödyntää. Edellä esitettyjen kysymysten kautta on mahdollista päästä kiinni potilaan hoidon ja eheytyksen kannalta merkittäviin teemoihin ja ydinkysymyksiin ja syventää terapiatyöskentelyä. Terapeutin on kuitenkin koko ajan tiedostettava myös potilaan valitseman musiikin riippuvuusikäyttäytymistä aktivoiva luonne.

Musiikki voi toimia potilaalle pahuuden symbolina ja oman ahdistuksen kanavoimisen välineenä. Musiikkiterapiassa potilaan valitsema musiikki nähdään potilaalle tärkeän asian tai tunteen symbolina. Musiikkiterapiassa tarjoutuu mahdollisuus käsitellä omaa pahaa oloa musiikin kautta.

“Jotenki oli kauheen koskettava semmonen 11-vuotias kaveri, joka oli menossa kovaa vauhtia tämmöseen saatananpalvontajengiin ja se kuunteli Dimmu Borgia ja Cradle of Filthiä ja tällasia. Ni sen äiti kielsi sitä kuuntelemasta, mut se musiikkiterapiassa halus kuitenkin kuunnella ja me ruvettiin miettimään et mitä se musiikki edustaa sille kaverille. Et silläkin oli semmonen traumatapahtuma taustalla, et päästiin semmosta kuoleman toivetta ja fantasiaa. Ja sit sitä, et hänen isänsä tappo itsensä. Et ku se musiikki tavallaan edustaa semmosta kuoleman symbolia ni sit sitä kautta lähettiin käsittelemään. Et annetaan mahdollisuus käsitellä sitä pahaa oloa sit sen musiikin kautta. Monet hoitajat on sellasia, et ne ei halua lähteä siihen mukaan. Et ne kieltää sen maailman, joka on heille jotenkin niin olemassaolevaa. Et päästään siihen kii, semmoseen pahuuteen, symbolisen pahuuden kautta.” (T4)

Musiikkiterapeutin täytyy ymmärtää, että potilas saattaa projisoida ahdistuksensa ja pahan olonsa johonkin musiikkiin, joka alkaa toimia pahuuden symbolina suhteessa potilaan ulkomaailmaan. Huumeiden käyttäjillä musiikin valinnan taustalla voi olla esimerkiksi voimakas yksinäisyyden tunne, johon haetaan helpotusta ja turvaa jostakin ideologiasta. Potilaan “pahan musiikin” hyväksyminen on potilaan kunnioittamista ja hänen hyväksymistään kokonaisena. Tuloksellista terapiaa ei ole mahdollista tehdä, mikäli potilasta ei

hyväksytä kaikkine puolineen ja mikäli terapiatyöskentelyn kohteena ei ole myös potilaan "paha puoli", joka usein liittyy turvattomuuteen ja yksinäisyyteen ja muihin traumaattisiin kokemuksiin.

Musiikin kautta tapahtuvan potilaan avautumisen myötä ahdistuksen tunne aktivoituu, koska kyseessä on vaikeat ja ahdistusta herättävät kokemukset ja muistot. Musiikkiterapian menetelmät toimivat hyvinä ahdistuksen purkamisen ja kanavoimisen välineinä.

"Jos musiikkiterapiaa ei olisi, ni mä en tiedä millä tavalla ne pystys ilmaisemaan niitä tunteita." (T4)

Musiikin kuuntelussa käytetään hyväksi musiikin symbolista etäisyyttä, jolloin musiikin kannettavaksi voi antaa kaikkein ahdistavimmat ja vaikeimmat kokemuksensa, kunnes on valmis ottamaan ne osaksi omaa itseään.

Musiikkiterapiassa potilaan avautumisen tuloksena aktivoituvaa ahdistusta saadaan kanavoitua terveellä ja terapeuttisella tavalla musiikkiin, jolloin potilaan kyky oppia hallitsemaan ja purkamaan ahdistustaan lisääntyy ja potilasta eheyttävä integroitumisprosessi etenee.

Musiikin kuuntelun käyttäminen huumeekuntoutujien musiikkiterapiassa tähtää terapeutin ja potilaan välisen luottamuksen vahvistamiseen ja luonnollisen yhdessä tekemisen kulttuurin luomiseen. Musiikin kuuntelun tarkoituksena ei ole vain avata haavoja ja kipeitä kokemuksia, vaan antaa mahdollisuus purkaa ja käsitellä niitä turvallisessa ja luottamuksellisessa terapiasuhteessa ja sitä kautta edistää potilaan kokemusmaailman integroitumista.

Huumeekuntoutujan tunne-elämän työstämisessä tärkeäksi teemaksi nousi myös potilaan paremman itseilmaisun mahdollistaminen. Musiikkiterapian menetelminä tässä työskentelyssä esille nostettiin musiikin kuuntelun ja siihen liitetyn keskustelun lisäksi ryhmässä tapahtuva bändisoitto, soittaminen ja laulaminen yksilöterapiatyöskentelyssä sekä omien laulujen tekeminen. Potilaan

itseilmaisun monipuolistuminen vahvistaa ja auttaa tunteiden ilmaisemisen ja käsittelyn taidoissa. Esimerkiksi soittotaidon opettelu osana musiikkiterapiaa mahdollistaa potilaalle uuden ilmaisukanavan löytämisen. Musiikkiterapian vahvuutena nähtiinkin nimenomaan se, että itseilmaisun kanavia on useita.

“Et mitä potilas haluaa, ni sit mä opetan sellasia yksinkertaisia juttuja, et pystyy jollakin tavoin tyydyttävästi itseään ilmaista.” (T4)

Musiikkiterapeutin rooli potilaan kanssa soitettaessa on tukea omalla soitollaan potilaan itseilmaisua. Musiikkiterapia tarjoaa etenkin nuorille huume kuntoutujille hyvän ja luontevan itseilmaisun väylän, jonka kautta on mahdollista ilmaista tunteitaan monipuolisemmin kuin pelkän puheen kautta.

Itseilmaisua tukevassa työskentelyssä musiikkiterapian menetelmiä käytetään myös prosessinomaisesti. Musiikin kuuntelun ja FA:n kautta esille stimuloituja mielikuvia, muistoja ja tunteita voidaan jatkotyöstää esimerkiksi omien laulujen tekemisen kautta. Tällöin musiikkiterapeutti houkuttelee potilaan työstämään omaa laulua esiin nousseista tunteista, mielikuvista ja muistoista.

“Nii, ettei se jää möykyksi. Ettei vaa avata haavoja, vaan pyritään tuottamaan sitä ulos. Et jos se on paha olo, ni yritetään saada siitä kappale tai sanoitus, taikka joku joka tuo jotain muotoa sille. Et sitä voidaan käsitellä ja kuunnella ja tehdä sille jotain.” (T4)

Esimerkiksi omia laulujen sanoituksia voidaan lähteä tekemään hyvin spontaanisti improvisoiden tai sitten enemmän miettien ja hakien osuvaa ilmaisua. Musiikkiterapeutin tehtävänä tässä työskentelyssä on toimia jälleen potilaan itseilmaisua tukevana tekijänä. On myös hyvä äänittää potilaan omat musiikkituotokset, jotta niihin voidaan palata myöhemmin uudelleen. Omien laulujen tekemisen kautta esimerkiksi potilaan pahalle ololle saadaan annettua jokin muoto. Syntyneen laulun muodossa pahan olon tunnetta voidaan käsitellä monipuolisemmin ja helpommin. On potilaan kannalta tärkeää, että pahalle ololle on mahdollista tehdä jotakin. Laulun tekeminen auttaa hahmottamaan ja

ymmärtämään omaa kokemusta paremmin. Silloin kun työskentely on lähtenyt hyvin liikkeelle, niin potilaalla on yleensä hyvä olo siitä, että on saanut itseään vaivaavan asian laulun muotoon. Se motivoi jatkamaan omien laulujen tekemistä. Jos omien laulujen tekemisen prosessi jossakin vaiheessa katkeaa, voidaan palata musiikin kuunteluun ja rentoutumiseen FA:ssa ja hakea niistä kokemuksista uutta materiaalia laulujen tekoa varten.

Silloin kun potilas oppii uusia tapoja ilmaista itseään esimerkiksi soittamisen ja omien laulujen tekemisen kautta, on hänellä enemmän mahdollisuuksia tunteiden ja ajatustensa ilmaisuun ja paremmat edellytykset tulla kuulluksi ja ymmärretyksi muiden ihmisten taholta. Itseilmaisun mahdollistuminen ja monipuolistuminen vähentää potilaan ahdistusta ja pahaa oloa ja saa aikaan onnistumisen kokemuksia.

5.2.3.3 Kognitioiden ja uskomusmaailman työstäminen

Kognitiivinen prosessointi on kykyä käsitteelliseen informaation käsittelyyn, perusteluun, merkityksen luomiseen sekä päätöksentekoon. Kognitiivinen prosessointi edellyttää kykyä havaita ja käsitteellistää omia kokemuksiaan. Silloin kun kokemuksen merkitys vääristyy jollakin tavoin, se vaikuttaa aina myös ihmisen uskomusmaailman sisältöihin. Perususkomukset itsestä ja ympäröivästä maailmasta syntyvät ihmisille varsin varhain. Silloin kun eri ikäkausiin kuuluvien kehitysvaiheiden oppimistehtävät eivät tule onnistuneesti ja täydellisesti toteutetuksi, henkilön kehityksellinen prosessi rajoittuu eri tavoin. Nämä rajoitukset ilmenevät esimerkiksi uskomuksina ja mielikuvina omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta sekä ajatus- ja käyttäytymismalleina. Esimerkkejä uskomuksista, jotka heijastavat näitä rajoituksia ovat mm. seuraavat: "en kuulu tänne", "en ansaitse tukea", "tarpeitani ei koskaan tyydytetä", "tunteeni eivät ole hyväksyttäviä", "minun täytyy ansaita rakkaus". (Ogden, Minton & Pain 2006, 8-26.)

Huumekuntoutuksessa on tiedostettava potilaiden uskomusmaailman merkitys ja oltava halukas työstämään ja tutkimaan sitä yhdessä potilaiden kanssa. Musiikkiterapiaprosessissa terapeuttien on haastettava ja kyseenalaistettava potilaiden asenteet ja uskomukset, jotka liittyvät heidän käsityksiinsä omasta itsestään sekä ympäröivästä maailmasta. Potilaiden uskomusmaailman työstäminen ja usein varsin irrationaalisiksi paljastuvien uskomusten ja käsitysten purkaminen vaatii pitkän prosessin, johon liittyy kiinteästi myös muiden edellä esitettyjen kokemustasojen (sensorimotorinen ja emotionaalinen) työstäminen. Monesti uskomukset itsestä alkavat muuttua emotionaalisen työskentelyn myötä, mutta on tärkeää, että ne nostetaan selkeästi myös kognitiivisen tason työskentelyn kohteeksi.

Uskomuksilla on valtava voima ihmisten elämässä. Ne ohjaavat tekemiämme valintoja ja useasti myös rajoittavat toimintaamme.

“Et kyllähän tällä porukalla on paljon sellasia asenteita ja uskomuksia kaikkeen, että ei voida lähtee mihinkään sen takia, et joku uskomus on siel takana jarruttamassa sitä.” (T3)

Uskomukset omasta itsestä ja muista ihmisistä syntyvät ja muotoutuvat jo varhain lapsuudessa ja nuoruudessa ja ohjaavat siitä eteenpäin ihmisen valintoja ja toimintaa. Kun terapiassa päästään kiinni tällaisiin elämää rajoittaviin ja itselle tuhoisiin valintoihin johtaviin uskomuksiin, niin se voi parhaimmillaan muuttaa potilaan koko asennoitumisen elämään.

Potilaan uskomusten muuttamisessa keskeisenä tekijänä nousi esille musiikkiterapian tarjoamat onnistumisen ja osaamisen kokemukset. Soittotaidon opettelu musiikkiterapiassa esimerkiksi kuvionuottien avulla mahdollistaa potilaalle paremman ja monipuolisemman itseilmaisun, kuten edellä todettiin. Itseilmaisun mahdollistuminen soittamisen kautta tuo potilaille puolestaan onnistumisen ja osaamisen kokemuksia. Eräs tutkimukseen osallistuneista musiikkiterapeuteista kertoi esimerkin neljän miehen musiikkiterapiaryhmästä,

jossa kukaan ei ollut koskaan aikaisemmin soittanut mitään soitinta.

Terapiaryhmässä harjoiteltiin kuvionuottien avulla kahdeksan laulua, joista äänitettiin levy.

“Ne oli ihan ihmeissään, et hei me ollaan tehty levy. Hei, tää on meidän levy. Se kokemus siitä, et mä osaan ja et mä oon ollu mukana jossain. Et, kuulet sä, et mä soitan tossa. Se onnistumisen kokemus ja siitä tuleva hyvän olon tunne.” (T1)

Musiikin tekeminen bändiryhmässä tai kahden kesken musiikkiterapeutin kanssa on oiva tapa tarjota potilaalle onnistumisen ja osaamisen kokemuksia. Kokemus siitä, että on mukana jossakin merkityksellisessä ja onnistuu siinä on sinällään tärkeä, koska se muokkaa ihmisen mielikuvaa ja uskomusmaailmaa omasta itsestään. Onnistumisen ja osaamisen kokemuksista tuleva hyvän olon tunne on myös korvaava mielihyvän kokemus suhteessa päihteisiin. Pohjimmiltaan ihmiset hakevat ja tavoittelevat elämässään mielihyvän ja onnistumisen kokemuksia. Kysymys on myös kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta sekä hyväksytyksi tulemisesta ja siitä, että olemassaolollani on jokin merkitys myös sosiaalisesti. Huumeiden käyttö ja riippuvuusongelmat yleensäkin voidaan nähdä myös epäonnistumisen pelon kehänä, joka ruokkii ja vahvistaa itse itseään. Musiikkiterapian keinoin tuo kehä on kuitenkin mahdollista rikkoa. Musiikkiterapiassa syntyy kokemus siitä, että oma tekeminen tuntuu hyvälle ja se toimii osana suurempaa kokonaisuutta esimerkiksi bändiryhmässä ja on siinä mielessä sosiaalisesti tärkeää ja merkityksellistä.

“Kokemus siitä, että mun panos ja merkitys oli oleellinen tässä jutussa, koska jos mä en ois soittannu noita urkuja, ni toi biisi ei kuulostais noin hyvälle.” (T1)

Bändiryhmä tarjoaa loistavan harjoittelukentän huume kuntoutujille työstää monia merkityksellisiä teemoja, kuten rajat, vapaus, tunteet, omat tarinat ja ajan kokeminen. Bändityöskentelyn kautta on mahdollista saada kokonaisvaltainen positiivinen kokemus olla osa ryhmää ja osa musiikillista kokonaisuutta. Bändissä soittaminen ja toimiminen monine vuorovaikutussuhteineen mahdollistaa potilaille kokemuksen oman panoksen ja olemassaolon

merkityksellisyydestä ja se on joillekin potilaille täysin uusi ja omaa negatiivista uskomusjärjestelmää positiivisella tavalla muuttava kokemus.

6 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELU

Tässä luvussa tarkastelen aluksi tutkimuksen tuloksia yleisellä tasolla, jonka jälkeen hahmottelen tulosten pohjalta mallia siitä, miten musiikkiterapia voisi ihanteellisella tavalla integroitua osaksi muuta huumehoitoa. Lopuksi pohdin vielä tutkimuksen merkitystä ja luotettavuutta.

6.1 Tutkimuksen tulosten yleistä tarkastelua

Tutkimuksessani olen tutkinut sitä, mihin huume kuntoutuksen osa-alueisiin, vaiheisiin ja haasteisiin musiikkiterapian menetelmillä olisi mahdollista vaikuttaa hoitoa ja kuntoutusta edistävästi.

Tutkimuksen tuloksina on käynyt ilmi, että musiikkiterapialla on paljon annettavaa sekä huume hoidon akuuttihoitovaiheessa että jatkohoitovaiheessa. Akuuttihoitovaiheessa musiikkiterapian keskeisenä merkityksenä on potilaan hoitoon kiinnittämisen vahvistaminen ja tukeminen. Tämä tutkimustulos on yhtenevä myös Ryynäsen (2004) pro gradu-tutkielman tulosten kanssa, joiden mukaan musiikkiterapian avulla tapahtunut potilaan hoitoon kiinnittyminen mahdollisti sen, että potilaan jatkohoitoa päästiin suunnittelemaan riittävän ajoissa (Ryynänen 2004, 76-83). Potilaan hoitoon kiinnittämisen tarkoituksessa musiikkiterapian menetelmien laajasta kirjosta (ks. luku 3.4 tutkimuksen aineisto) tässä tutkimuksessa tärkeimpinä nousivat esille fysioakustinen menetelmä, musiikin kuuntelu sekä näissä molemmissa tärkeänä tekijänä toimiva musiikkiterapeutin läsnäolo.

Fysioakustisen menetelmän avulla voidaan lievittää potilaan vieroitusoireisiin liittyviä kipuja, vähentää potilaan hoitotilannetta kohtaan tuntemaa sekä muuta psyykkistä jännitystä, rakentaa terapeutista suhdetta ja tarjota huumeita

korvaavia mielihyvän kokemuksia. Musiikin kuuntelun käyttäminen tukee osaltaan fysioakustisen menetelmän vaikutuksia. Sillä voidaan myös lisätä potilaan viihtyvyyttä hoitotilanteessa, vahvistaa potilaan rentoutumista sekä lisätä hänen turvallisuuden kokemustaan. Musiikkiterapeutin läsnäolo hoitotilanteissa mahdollistaa sanallisen työskentelyn liittämisen FA:han ja musiikin kuunteluun sekä hoidon aikana esiin nousseiden asioiden välittömän käsittelyn. Terapeutilla on myös tärkeä rooli työskentelyn raamittamisessa ja fokuoimisessa.

Huumehoidon keskeinen haaste liittyy nimenomaan potilaan hoitoon kiinnittämiseen. Kuinka saada potilas motivoituksi hoitoprosessiin akuuttihoitovaiheessa, jolloin vieroitusoireista johtuvat kivut ja ahdistuksen tunteet ovat voimakkaimmillaan ja hoidon keskeyttäminen vaihtoehtona erittäin houkutteleva. Tässä kohtaa musiikkiterapian menetelmät näyttäisivät tarjoavan erittäin toimivia vaihtoehtoja perinteisille hoitokäytänteille.

Fysioakustinen menetelmä sekä musiikin kuuntelu toimivat molemmat kipuja ja ahdistusta vähentävästi ja huomioivat potilaan kokonaisvaltaisesti tarjoten sekä fyysistä että psyykkistä helpotusta potilaalle vaikeaan tilanteeseen.

Fysioakustisen menetelmän synnyttämä äänivärähtelysyli toimii luonnonmukaisena mielihyvän kokemusten tarjoajana. On kuitenkin tärkeää pohtia fysioakustisen hoidon valintaan ja tiheyteen liittyviä kysymyksiä huolella, jotta fysioakustisen menetelmän positiiviset hoitovaikutukset saadaan hyödynnettyä parhaalla mahdollisella tavalla. Palaan näihin kysymyksiin tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Musiikki on turvatekijä, joka auttaa vaikeiden tunteiden säätelyssä (esim. Saarikallio 2005, 14-24). Tuttu tai muutoin rauhoittava musiikki toimii turvallisuuden tunteen tuojana, mikä on huumeekuntoutujalle akuuttihoitovaiheessa ensiarvoisen tärkeää.

Musiikkiterapeutin läsnäolo ja rooli näiden helpottavien tekijöiden välittäjänä on lähtökohta terapeutin suhteen rakentumiselle ja avoimen vuorovaikutuksen syntymiselle. Terapeutilta tämä vaatii vahvaa tietoista läsnäoloa hoitotilanteissa. Tällä tarkoitan sitä, että terapeutti ei voi vuorovaikutustilanteissa mennä jonkin omaksumansa "terapeuttiroolin" taakse ja piiloutua käyttämiensä menetelmien suojaan. Musiikkiterapeutilla täytyy toki olla vahva teoreettinen ja kliininen ammattitaito, jotta hänen toteuttamallaan hoidolla on selkeät tavoitteet ja päämäärät ja hoitostrategia näihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Potilaan kohtaamisissa terapeutin täytyy pystyä kuitenkin siirtämään teoreettiset viitekehykset ja hoitostrategiat taustalle, kuitenkin säilyttäen refleктоivan yhteyden niihin ja annettava oma vahva läsnäolonsa ja ihmisyytensä potilaan käytettäväksi. Tässä mielessä näen terapeutin läsnäolon samankaltaisena kuin improvisaation. Terapeutin täytyy uskaltaa heittäytyä hetkeen ja sietää tätä kautta myös tiettyä epävarmuutta, koska ei voi etukäteen tietää, mikä kulloisenkin kohtaamisen lopputulema on. Nykyhetkessä vahvasti ja läsnäolevasti pysyttelemine ja myös potilaan ohjaaminen siihen, näyttäisi kuitenkin olevan neurofysiologisestikin toimiva tapa tehdä aitoa ja tuloksellista terapiatyötä (esim. Stern 2004, 135-227; Ogden, Minton & Pain 2006, 136-142).

Jatkohoitovaiheessa musiikkiterapian keskeinen merkitys on huumeiden käytön syiden selvittelyssä ja potilaan kokemusmaailman integroimisessa. Huumeiden käytön syyt voivat olla hyvin moninaiset. Tavoitteena tulisi kuitenkin aina olla syiden selvittelyssä päästä kiinni kaikkein varhaisimpiin ja alkuperäisimpiin huumeiden käyttöön johtaneisiin syihin. Mikäli näin ei tapahdu työskentely kohdentuu helposti johonkin sellaiseen, joka on potilaan problematiikan kannalta sekundaarista ja joka peittää alleen jonkin primääriongelman.

Tutkimuksen tuloksena oli, että huumeiden käytön syyt löytyvät useimmiten potilaiden varhaislapsuudesta tai nuoruudesta. Kaksi keskeistä syytä huumeiden käytön aloittamiselle tämän tutkimuksen perusteella on turvattomuus ja ahdistavat tunteet. On kuitenkin erityisen tärkeää hoidon ja potilaan

kokemuksellisuuden näkökulmasta tiedostaa, että turvattomuus ja ahdistavat tunteet eivät ole huumeiden käytön syiden selvittelyssä viimeisiä etappeja, vaan ovia siihen potilaan kokemukselliseen maailmaan, joka on saanut heidät tuntemaan itsensä turvattomiksi ja ahdistuneiksi. Mikäli nämä ovet jätetään avaamatta ja niiden sisältö työstämättä hoito jää keskeneräiseksi ja hoidon tulokset lyhytkestoisiksi. Mielestäni nykyiset vallalla olevat huume kuntoutuksen hoitokäytänteet sortuvat nimenomaan tähän seikkaan. Tämä nousi myös toistuvasti esille tutkimukseen osallistuneiden musiikkiterapeuttien haastatteluista.

Huumeiden käytön selvittelyn tulisi tämän tutkimuksen perusteella johtaa potilaan kokemusmaailman integroimiseen. Tutkimuksen tuloksena nousi esille musiikkiterapian kokonaisvaltainen lähestymistapa suhteessa potilaan kokemuksiin. Samansuuntaisia huomioita ja tuloksia on nähtävissä myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Sekä Ryynänen (2004) että Hairo-Lax (2005) tuovat tutkimuksissaan esille potilaan kehollisen puolen huomioimisen tärkeyden tunteiden ja ajattelun rinnalla, mutta kummassakaan tutkimuksessa ei näitä eri kokemisen tasoja ja niiden integroitumisen merkitystä ole lähestytty yhtä yksityiskohtaisesti kuin tässä tutkimuksessa. Skaggsin (1997) huomiot musiikkimielikuvatyöskentelyn merkityksestä huumeriippuvaisten sisäisten ristiriitojen ratkaisun apuna, potilasta traumatisoineiden kokemusten eheyttäjänä sekä potilaan minän puolien (vrt. kokemisen tasot tässä tutkimuksessa) integroijana tukevat myös osaltaan tämän tutkimuksen tuloksia. Musiikkiterapian käytänteillä ja menetelmillä on mahdollista kohdata potilaan sensorimotorinen, emotionaalinen ja kognitiivinen kokemuksen taso ja saavuttaa todellista kokemusmaailman integraatiota.

Huumeriippuvuuden hoito luvussa esittelin tyypillisimpiä Suomessa käytettäviä huume hoidon muotoja. Haluankin nyt palata niihin suhteessa potilaiden kokemusmaailman integroimiseen. Jos tämän tutkimuksen tulosten perusteella tuloksellisen huume hoidon mittarina voidaan pitää sitä, missä määrin hoidon

tuloksena potilaan kokemusmaailma on integroitunut, niin on mielenkiintoista spekuloida sillä missä määrin erilaiset käytössä olevat huumehoidon muodot tässä tavoitteessa onnistuvat.

Korvaus- ja ylläpitohoidot kertovat jo nimensä perusteella sen, että hoidon tavoitteena ei ole potilaan kokemusmaailman integroiminen, vaan riippuvuuden ylläpitäminen. Laittomat huumeet on tässä tapauksessa korvattu laillisilla huumeilla. Tämä on ehdottomasti tärkeä ja monien huumeriippuvaisten kohdalla järkeväkin hoitomuoto, koska sillä voidaan vähentää rikollisuutta ja suonen sisäisten huumeiden käyttöön liittyviä muita sairauksia. Potilaan huumeiden käytön syiden ja kokemusmaailman integroimisen suhteen sen tulokset lienevät olemattomat.

Kognitiivinen terapia työskentelee pääasiassa potilaan ajatusten ja uskomusten kanssa ja pyrkii pääsemään kiinni potilaan usein tiedostamattomiin uskomuksiin ja ajatuksiin, jotka synnyttävät mielihaluja huumeita kohtaan. Holmberg (1998) erottelee ns. addiktiiviset uskomukset ja hallintauskomukset. Addiktiiviset uskomukset liittyvät huumeiden käytön salliviin ajatuksiin, kun hallintauskomukset puolestaan alentavat käytön todennäköisyyttä. Usein huumeiden käyttäjä elää varsin ristiriitaisessa tilanteessa, jossa addiktiiviset uskomukset kamppailevat hallintauskomusten kanssa ja huumeiden käyttö tai siitä pidättäytyminen riippuu siitä kummat uskomukset ovat vallalla. Kognitiivisen terapian tavoitteena onkin addiktiivisten uskomusten tunnistaminen, eliminoiminen ja korvaaminen hallintauskomuksilla. (Holmberg 1998, 461-462.)

Kognitiivisella terapialla on saavutettu varsin hyviä tuloksia huumeekuntoutuksen puolella, mikä osaltaan todistaa sitä, miten suuri merkitys potilaiden uskomusmaailmalla ja sen työstämisellä on. Tämän tutkimuksen tuloksena oli, että musiikkiterapiaprosessissa terapeutin on haastettava ja kyseenalaistettava potilaan asenteet ja uskomukset, jotka liittyvät heidän

käsityksiinsä omasta itsestään sekä ympäröivästä maailmasta. Potilaan kognitioiden ja uskomusmaailman työstäminen ei kuitenkaan mielestäni ole riittävää hoidon tuloksellisuuden kannalta. Kognitiivinen terapia huomioi toki myös emotionaalista kokemisen tasoa, mutta sen suurin puute liittyy sensorimotorisen kokemisen tason huomiotta jättämiseen.

Sensorimotorisella prosessoinnilla on monella tavalla keskeinen rooli muiden toimintojen kannalta, ja se sisältää piirteitä yksinkertaisemmasta ja primitiivisemmästä informaation prosessoinnista kuin sen kehittyneemmät vastineet (emotionaalinen ja kognitiivinen). Sensorimotorinen prosessointi, jonka painopiste on alemmissa, vanhemmissa aivojen rakenteissa, perustuu toimintatavassaan suhteellisesti suurempaan määrään pysyviä reaktiosarjoja, joista osa on hyvin tunnettuja, kuten säpsähdysreaktio ja pako-, taistelu- tai jähmettymisreaktio. Korkeammin kehittyneemillä emotionaalisilla ja kognitiivisilla alueilla tällaisia pysyviä reaktiosarjoja tapaa informaation prosessoinnissa harvemmin. Sen sijaan niissä on nähtävissä enemmän reaktioiden monimutkaisuutta ja vaihtelua. Siten sensorimotorisella prosessoinnilla on suurempi yhteys kehon kokonaisprosessointiin eli pysyviin toimintamalleihin, joita nähdään aktiivisissa defensesseissä (huumeiden käyttö), hengityksen ja lihasjännityksen muutoksissa, autonomisen hermoston aktivaatiossa jne. Kokemisen tasojen hierarkia on luonteeltaan sellainen, että prosessoinnin korkeammat tasot vaikuttavat usein alempiin tasoihin ja ohjaavat niitä. Voimme päättää (kognitiivinen taso), ettemme välitä nälän tunteesta, emmekä toimi sen mukaisesti silloinkaan, kun nälkään liittyvät fysiologiset prosessit jatkuvat. (Ogden & Minton 2000, 3.) Kognitiivisessa teoriassa tätä kutsutaan "ylhäältä alas -prosessoinniksi (LeDoux 1996, 272). Tällä tarkoitetaan sitä, että prosessoinnin korkeampi (kognitiivinen) taso voi ja usein syrjäyttää, ohjaa tai estää alempia tasoja, muokaten tai häiriten emotionaalista ja sensorimotorista prosessointia. Kognitiivinen terapia luottaa ja uskoo ylhäältä alas -prosessoinnin voimaan ja tehokkuuteen. Aikuisen ihmisen toiminta perustuukin usein tähän prosessoinnin tapaan. Ihminen voi ajatella ja suunnitella

mitä tekee päivän aikana. Toteuttaessaan suunnitelmiaan hän voi ylittää väsymyksen, nälän, fyysisen epämukavuuden tai addiktiivisen mielihalun tunteensa. Tällöin ihminen ikään kuin leijuu juuri ja juuri somaattisen ja sensorisen kokemuksensa yläpuolella, tietäen että se on siellä, mutta sallimatta sen olla pääasiallinen toimintaansa määräävä tekijä. (Ogden & Minton 2000, 3.)

Huumeriippuvaisten kohdalla huumeiden käytön syyt liittyvät ainakin tämän tutkimuksen perusteella varsin usein lapsuuden kokemuksiin, jotka ovat olleet enemmän tai vähemmän turvattomia ja ahdistavia ja siinä mielessä myös ihmisen kehittyvää persoonallisuutta traumatisoivia. Onkin tärkeää ymmärtää, että nämä ihmiset ovat tietyiltä kokemisen osiltaan vielä aikuisinakin näiden sensorimotorisella ja emotionaalaisella tasolla voimakkaiden kokemustensa armoilla kadotettuaan kykynsä säädellä näitä toimintoja. Tällöin ylhäältä alas - prosessointi ei toimi, koska integroitumattomat sensorimotoriset ja emotionaaliset kokemukset ovat kognitiivisen tason säätelykykyä voimakkaampia ja hallitsevampia. Musiikkiterapian keinoin ja menetelmin tätä potilaan sensorimotorista kokemisen tasoa on mahdollista lähteä työstämään varsin tehokkaasti, jolloin somaattisen muistiaineuksen tietoiseksi tekeminen ja integroiminen eksplisiittiseen muistiin mahdollistuu. Kognitiivisen terapian keinoin ja menetelmin tämä ei mielestäni toteudu riittävällä tavalla.

Yhteisöhoidot ovat yleisesti käytettyjä maassamme. Mielestäni ne tarjoavat hyvän rakenteen ja peruseriaatteet huumehoidon toteutukselle. Ajatus siitä, että ihminen tarvitsee muita ihmisiä voidakseen kokea elämänsä tärkeäksi ja mielekkääksi on toimiva lähtökohta. Ihminen on sosiaalinen olento ja oppii ja kehittyy vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Tämä pitää paikkansa myös silloin kun aikaisemmin huumeita käyttänyt ihminen opettelee elämään ilman riippuvuuden kohdettaan. Uuden ja tukea antavan yhteisön löytäminen entisen riippuvuuskäyttäytymistä tukeneen yhteisön tilalle on ensiarvoisen tärkeää. Näkisinkin, että tämän tutkimuksen tuloksena hahmottuva musiikkiterapeuttinen huumeekuntoutuksen malli olisi helposti integroitavissa

moniin yhteisöhoidon pohjalta toimiviin moniammatillisiin huumehoitoyksiköihin.

6.2 Kohti musiikkiterapeuttista huume kuntoutuksen mallia

Hahmottelen seuraavaksi tutkimuksen tulosten pohjalta musiikkiterapeuttista huume kuntoutuksen mallia. Tavoitteenani on esittää käytännön tasolle menevä ehdotus siitä, miten musiikkiterapia tulisi olemassaoleviin huume kuntoutuksen käytänteisiin integroida.

Edellä totesin, että yhteisöhoitoajatteluun perustuva hoitoyksikkö toimisi hyvänä alustana musiikkiterapian mukaan tuomiselle huume hoidon käytänteisiin. Ihanteellinen lähtökohta olisi varmastikin huume kuntoutustyötä tekevä avohoidon yksikkö, jossa työskentelisi moniammatillinen hoitotiimi, johon kuuluisi ainakin lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja musiikkiterapeutti. Tätä kokoonpanoa voitaisiin lisäksi täydentää tarpeen mukaan. Tällaisessa yksikössä hoitotiimi loisi yhdessä yksikön ja hoidon tavoitteet ja hyväksyisi käytettävän hoitomallin. Hoitotiimin yhdessä luomat hoitostrategiat ja hoidon tavoitteet ohjaisivat potilaiden kanssa työskentelyä. Suunnittelu, yhteistyö ja hoidon seuranta olisivat tällaisessa hoitoyksikössä keskeisiä asioita. Tällaisessa hoitoyksikössä motivointiin kiinnitettäisiin kaikilla tasoilla erityistä huomiota. Motivoitunut hoitotiimi synnyttää motivoituneita työntekijöitä ja motivoituneet työntekijät motivoituneita potilaita. Työrauhan takaaminen sekä hoitotiimille että potilaille olisi yksi hoidon peruslähtökohdista. Hoidon tulisi olla riittävän pitkää, jotta potilaan kokemusmaailman integroiminen mahdollistuisi. Käytännössä tämä tarkoittaisi potilaan taustasta riippuen vähintään 2-3 vuotta. Kontaktit eri työntekijöiden välillä tulisi olla tiiviitä. Käytännössä tämä tarkoittaisi viikoittaisia kokoontumisia, joissa myös potilas olisi mukana. Sosiaalityön tiiviillä mukana olemisella turvattaisiin potilaan perusasiat.

Työskentely hoitoyksikössä paneutuisi nimenomaan huumeiden käytön syiden työstämiseen.

Kaikella edellä esitetyllä haluan korostaa sitä, että musiikkiterapiaa ei voida tuoda osaksi olemassa olevia huume kuntoutuksen hoitokäytänteitä ja huume kuntoutustyötä toteuttavia hoitoyksiköitä niin, että se ikään kuin liimataan osaksi niitä. Tällöin musiikkiterapiasta ja sitä toteuttavasta musiikkiterapeutista tulisi helposti jokin hoitoyhteisössä toimiva kummajainen, jonka tekemisiä muut hoitotiimiin kuuluvat ammatti-ihmiset eivät ymmärtäisi, eivätkä myöskään näin ollen arvostaisi. Tällainen tilanne ei palvelisi potilaita, vaan vahvistaisi omalta osaltaan näiden potilaiden fragmentoitunutta kokemusmaailmaa, koska myös hoitava taho koostuisi irrallisista ja toisiaan kohtaamattomista hoitomuodoista ja niitä toteuttavista työntekijöistä. Musiikkiterapian mukaan tulo osaksi huume kuntoutuksen käytänteitä vaatii siis ehdottomasti sitä, että kaikki työyhteisöön kuuluvat ammatti-ihmiset lääkäreistä vapaa-ajan ohjaajiin ymmärtävät musiikkiterapian keinoin tehtävän huume kuntoutuksen merkityksen ja arvostavat sen olemassaoloa omassa työyhteisössään. Tämän toteutumisen perusedellytyksenä on tietysti se, että eri ammattiryhmien edustajat ovat avoimen kiinnostuneita toistensa työstä ja halukkaita tiiviiseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Tämä koskee yhtä lailla musiikkiterapeutteja. Omalla asenteella on erittäin suuri merkitys. Silloin kun yhteistyö toimii, niin potilaan hoito muuttuu jäsennellymmäksi ja eri toimijoiden työ mielekkäämmäksi, kun on tietoinen siitä, miten oma toiminta suhteutuu muiden hoitotiimiin kuuluvien työhön. Tämä vaikuttaa myös työssä jaksamiseen.

Akuuttihoitovaiheessa musiikkiterapiaa tulisi käyttää hyvin tiiviisti, jopa kaksi kertaa päivässä. Tämä mahdollistaisi bentsodiatsepiini- ja kipulääkkeiden käytön vähentämisen ja edesauttaisi terapeutin suhteen luomista potilaaseen. Musiikkiterapian tulisi tässä vaiheessa olla yksilöterapiaa ja menetelminä käytettäisiin fysioakustista menetelmää, musiikin kuuntelua ja

musiikkiterapeutin läsnäoloa. Pää tavoitteena musiikkiterapian käytössä tulisi olla potilaan hoitoon kiinnittäminen ja sitä kautta jatkohoidon mahdollistaminen.

FA-hoidon valinnoissa lähtökohtana tulisi olla potilaslähtöisyys, jolloin hoidon valinta tapahtuu potilaan somaattisen oirehdinnan pohjalta.

Akuuttihoitovaiheeseen liittyy potilailla paljon ahdistusta ja tämän vuoksi pääpaino tulisi olla rentouttavien hoito-ohjelmien käytössä.

Akuuttihoitovaiheeseen liittyvää autonomisen hermoston ylivireystilaa voidaan parhaiten rauhoittaa hoito-ohjelmilla, jotka perustuvat rauhalliseen pulsaatioon ja suhteellisen mietoihin värähtelyn voimakkuuksiin. Käytettävien hoito-ohjelmien pituudet tulisi myös miettiä potilaslähtöisesti.

Akuuttihoitovaiheessa musiikin kuuntelun rooli on selkeästi erilainen kuin jatkohoitovaiheessa. Akuuttihoitovaiheessa on syytä välttää musiikkia, joka voisi aktivoida potilaalla huumeiden käyttöön liittyviä mielikuvia. Musiikin kuuntelun käytössä tulee pyrkiä potilaan rentoutumisen tukemiseen ja turvallisuuden tunteen vahvistamiseen. Tällaista musiikkia valitessa on syytä käyttää aikaisempaa tutkimustietoa hyväksi ja käydä vuoropuhelua potilaan kanssa.

FA:n ja musiikin kuuntelun käyttö tarjoaa jo akuuttihoitovaiheessa paljon terapeuttisia mahdollisuuksia, joiden hyödyntäminen mahdollistuu terapeutin tietoisien läsnäolon ja aktiivisen hoitostrategian myötä. Terapeutin tehtävänä on nostaa keskusteluun FA-hoidon ja musiikin kuuntelun aikana esiin nousseet ajatukset, muistot, tunteet ja keholliset aistimukset sekä raamittaa ja rajata sitä, mikä kulloinkin on hoidon fokus. Malli akuuttihoitovaiheen musiikkiterapiasta on esitetty tiivistetysti taulukossa 3.

MUSIIKKITERAPIAN KÄYTTÖ AKUUTTIHOITOVAIHEESSA	
LÄHTÖKOHTA: Intensiivistä yksilöterapiaa (2 hoitokertaa päivässä)	
<u>MENETELMÄT</u>	<u>TAVOITTEET</u>
FYSIOAKUSTINEN MENETELMÄ	<p>Potilaan kipujen lievittäminen. Potilaan jännityksen vähentäminen. Terapeuttisen suhteen rakentaminen. Korvaavien mielihyvän kokemusten tarjoaminen.</p>
MUSIIKIN KUUNTELU	<p>FA:n vaikutusten tukeminen. Potilaan viihtyvyyden lisääminen hoitotilanteessa. Potilaan rentoutumisen vahvistaminen. Potilaan turvallisuuden tunteen lisääminen.</p>
MUSIIKKITERAPEUTIN LÄSNÄOLO	<p>Sanallisen työskentelyn liittäminen FA:han ja musiikin kuunteluun. Hoidon aikana esiin nousseiden tunteiden, mielikuvien, muistojen ja ajatusten välitön käsittely. Työskentelyn raamittaminen ja fokusointi.</p>
PÄÄTAVOITE: Potilaan hoitoon kiinnittäminen	

Taulukko 3. Musiikkiterapian käyttö akuuttihoitovaiheessa.

Jatkohoitovaiheessa musiikkiterapian käytön tulisi jatkua suhteellisen intensiivisenä, mikä tarkoittaisi 2-3 kertaa viikossa. Tämä intensiteetti mahdollistaisi prosessiluonteisen ja kokonaisvaltaisen työskentelyotteen toteutumisen. Musiikkiterapia voi jatkohoitovaiheessa olla yksilö- tai

ryhmäterapiaa tai molempia. Jatkohoitoon siirryttäessä on tärkeää huomioida, että kaikki potilaat eivät kykene sitoutumaan intensiiviseen yksilöterapiaan. Kypsyminen tällaiseen työskentelyyn voi viedä aikaa. Toisaalta kaikki yksilölliseen työskentelyyn sitoutuvat potilaat eivät kykene ryhmätyöskentelyyn. Yksilö- ja ryhmämuotoisen musiikkiterapiatyöskentelyn rinnakkain kuljettaminen on monesti toimiva strategia. Tällöin esimerkiksi yksilöterapiaistunnoissa toteutetuissa FA:hoidoissa esiin nousseita asioita rohkaistaan tuomaan käsiteltäväksi myös ryhmässä. Tällainen strategia perustuu siihen ajatukseen, että kaikkia huumeekuntoutujia jollakin tasolla koskettavat asiat ja teemat on hyvä jakaa myös ryhmässä, koska silloin niihin saadaan useampia näkökulmia ja erilaisia kokemuksia. Ryhmämuotoisen musiikkiterapian yksi merkitys on siinä, että sillä voidaan tukea potilaiden sosiaalisia suhteita. Jokaisen potilaan kohdalla on kuitenkin syytä miettiä tarkoin päädytäänkö yksilöterapiaan, ryhmäterapiaan vai niiden yhdistelmään.

Musiikkiterapian menetelmät jatkohoitovaiheessa voivat olla moninaiset. Tämän tutkimuksen perusteella suositeltavaa olisi käyttää fysioakustista menetelmää, musiikin kuuntelua, soittamista, laulamista, omien laulujen tekemistä, bändisoittoa, kuvionuottimenetelmää, terapeutin läsnäoloa ja terapeutista keskustelua. Näiden menetelmien kautta voidaan potilas kohdata kokonaisvaltaisesti ja huomioida hänen kokemusmaailmansa kaikki tasot sensorimotorisesta kognitiiviseen. Musiikkiterapian päätavoitteina tulisi jatkohoitovaiheessa olla potilaan huumeiden käytön syiden selvittely ja tämän pohjalta tapahtuva potilaan kokemusmaailman integrointi.

Huumeiden käytön syiden selvittelyssä keskeisiä musiikkiterapian menetelmiä ovat fysioakustinen menetelmä, musiikin kuuntelu, terapeutin läsnäolo ja terapeutitiset keskustelut. Tärkeintä on pystyä luomaan puitteet potilaan avautumiselle ja hänen kokemustensa kuulemiselle.

Potilaan kokemusmaailmaa integroivassa työskentelyssä hyvänä työvälineenä toimii kokemusmaailman jaottelun hahmottaminen kolmeen tasoon; sensorimotorinen, emotionaalinen ja kognitiivinen.

Sensorimotorinen kokemisen taso tarkoittaa kehon kanssa työskentelyä. Musiikkiterapian menetelmistä tässä työskentelyssä erittäin toimivia ovat FA ja musiikin kuuntelu. Emotionaalinen kokemisen taso viittaa tunteiden kanssa tapahtuvaan työskentelyyn, jossa menetelminä voidaan käyttää potilaan ja terapeutin välistä vuorovaikutusta ja musiikin kautta tapahtuvaa toimintaa, kuten musiikin kuuntelua, soittamista, laulamista, omien laulujen tekemistä ja bändisoittoa. Kognitiivinen kokemisen taso liittyy potilaan uskomusmaailman työstämiseen. Ensimmäiseksi terapeutin on tiedostettava potilaan uskomusmaailman merkitys. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin täytyy oppia tunnistamaan ne uskomusrakenteet ja asennemallit, jotka ohjaavat potilaan valintoja ja toimintaa arkipäivässä ja tehdä ne myös näkyviksi potilaalle terapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Tässä vaiheessa voi käyttää apuna esimerkiksi erilaisia uskomusväittämiä ja pyytää potilasta arvioimaan niiden paikkansa pitävyyttä hänelle itselleen. Esimerkkejä tällaisista uskomusväittämistä olen tuonut esille luvussa 5.2.3.3. Tämän jälkeen terapeutti voi alkaa haastaa potilasta näiden uskomusten paikkansapitävyyden suhteen ja kyseenalaistaa niiden tarpeellisuutta, mikäli ne toimivat kuntoutumista estävinä tekijöinä. Potilas on saatava tutkimaan ja työstämään omia uskomuksiaan vuorovaikutuksellisen toiminnan kautta, jonka tavoitteena on tarjota hänelle onnistumisen ja osaamisen kokemuksia ja rikkoa negatiivista uskomusmaailmaa vahvistanut ja ylläpitänyt epäonnistumisen pelon kehä. Tässä työskentelyssä erittäin toimivia musiikkiterapian menetelmiä ovat soittaminen, laulaminen, bändisoitto ja omien laulujen tekeminen. Tiivistetty malli jatkohoitovaiheen musiikkiterapiasta on esitetty taulukoissa 4-7.

MUSIIKKITERAPIAN KÄYTTÖ JATKOHOITOVAIHEESSA
LÄHTÖKOHTA: TIIVISTÄ YKSILÖMUSIIKKITERAPIAA, RYHMÄMUSIIKKITERAPIAA TAI NIIDEN YHDISTELMÄÄ (2-3 HOITOKERTAA VIIKOSSA)
<u>JATKOHOITOVAIHEEN PÄÄTAVOITTEET:</u> HUUMEIDEN KÄYTÖN SYIDEN SELVITTELY JA POTILAAN KOKEMUSMAAILMAN INTEGROINTI

Taulukko 4. Musiikkiterapian käyttö jatkohoitovaiheessa.

KEHON KANSSA TYÖSKENTELY SENSORIMOTORINEN KOKEMISEN TASO	
<u>Menetelmät</u>	<u>Tavoitteet</u>
FA ja mielikuvat	Potilaan kehotietoisuuden kehittäminen.
FA	Korvaavien mielihyvän kokemusten tarjoaminen.
FA ja musiikin kuuntelu	Potilaan terapiaprosessin ja työskentelyn aktivointi. Kehomuiستojen tavoittaminen.

Taulukko 5. Kehon kanssa työskentely.

TUNTEIDEN KANSSA TYÖSKENTELY EMOTIONAALINEN KOKEMISEN TASO	
<u>Menetelmät</u>	<u>Tavoitteet</u>
Potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus ja musiikin kautta tapahtuva toiminta.	Potilaan avautumisen tukeminen. Potilaan kokemuksen kuunteleminen.
Musiikin kuuntelu. Soittaminen / laulaminen. Omien laulujen tekeminen. Bändisoitto. Keskustelut.	Tunteiden tunnistamisen, nimeämisen ja sietämisen opettelu. Tunne- ja tarveilmaisun kehittäminen. Huumeiden käyttöön liittyneen musiikin uudelleen koodaus. Merkityksellisen musiikin työstäminen. Paremmän itseilmaisun mahdollistaminen. Tunteiden jäsentäminen.

Taulukko 6. Tunteiden kanssa työskentely.

KOGNITIOIDEN JA USKOMUSMAAILMAN TYÖSTÄMINEN KOGNITIIVINEN KOKEMISEN TASO	
<u>Menetelmät</u>	<u>Tavoitteet</u>
Terapeutin tietoinen läsnäolo.	Potilaanuskomusmaailman merkityksen tiedostaminen.
Potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus.	Potilaan uskomusten haastaminen ja kyseenalaistaminen.
Soittaminen / laulaminen. Kuvionuotit. Bändisoitto. Omien laulujen tekeminen.	Potilaan uskomusten tutkiminen ja työstäminen; <i>onnistumisen ja osaamisen kokemukset, mielihyöän kokemukset.</i> Epäonnistumisen pelon kehän rikkominen.

Taulukko 7. Kognitioiden ja uskomusmaailman työstäminen.

6.3 Tutkimuksen merkityksen ja luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen keskeisenä merkityksenä pidän sitä, että se tuo uutta tietoa musiikkiterapian menetelmistä ja mahdollisuuksista huumeriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa. Lisäksi se tarjoaa teoreettisen ja menetelmällisen mallin musiikkiterapian käytöstä huumehoidon osana. Mallin, joka huomioi kuntoutuvan potilaan kokonaisvaltaisesti ja haastaa tämän intensiiviseen kaikkia kokemisen tasoja prosessoivaan ja integroivaan työskentelyyn. Toivonkin, että huume-kuntoutuksesta vastaavat ja sitä toteuttavat tahot löytävät tämän tutkimuksen ja alkavat hyödyntää sen antia omissa yksiköissään palkkaamalla

niihin musiikkiterapeutteja. Huumekuntoutuksen kentällä työskentelevien musiikkiterapeuttien täytyy myös tulla tästä mallista tietoisiksi ja oppia työskentelemään sen pohjalta ja se edellyttää mielestäni myös koulutuksellisia ratkaisuja. Musiikkiterapeuteilla on olemassa tietty menetelmällinen valmius tämän mallin toteuttamiseen, mutta teoreettisten lähestymistapojen omaksuminen vaatii ehdottomasti lisäkoulutusta. Näkisinkin, että tämän tutkimuksen tuloksina syntyneen teoreettisen ja kliinisen musiikkiterapian huumekuntoutusmallin kouluttaminen huumekuntoutusta tekeville ja siitä kiinnostuneille musiikkiterapeuteille on ensiarvoisen tärkeää. Sen kautta olisi myös mahdollista tehdä laajempaa jatkotutkimusta tämän tutkimuksen tuloksena syntyneen kliinisen mallin toimivuudesta ja tehokkuudesta. Jatkotutkimus tämän tutkimuksen tuloksena syntyneen hoitomallin toimivuudesta olisi erittäin tärkeää sen validioimisen ja levittämisen kannalta.

Tässä vaiheessa oma suunnitelmani jatkotutkimuksen suhteen on, että haluaisin tutkia edellä esitetyn mallin mukaista kuntoutusta esimerkiksi viiden huumekuntoutujan kohdalla. Tutkimuksen tulosten arvioitavuuden kannalta olisi mielekästä ottaa tutkimukseen mukaan myös viiden huumekuntoutujan vertailuryhmä, joka saa musiikkiterapiaa lukuun ottamatta samanlaista hoitoa ja apua riippuvuusongelmaansa. Tutkimukseen osallistuvat huumekuntoutajat tulisi valita niin, että heidän huumeiden käyttöhistoriansa ja käytettyjen huumeiden laatu olisi mahdollisimman samankaltainen. Samoin kuntoutujien huumeiden käyttöön johtaneet syyt ja persoonallisuuden integraation aste tulisi arvioida mahdollisimman tarkkaan, jotta he lähtökohdiltaan olisivat mahdollisimman homogeenisia. Tutkimuksen fokus olisi siinä, missä määrin tämän tutkimuksen tuloksina esiin nousseet musiikkiterapian käyttöä tukevat asiat todentuisivat kyseisissä kuntoutusprosesseissa. Tällä tarkoitan ensisijaisesti akuuttihoitovaiheessa hoitoon sitoutumisessa ja jatkohoitovaiheessa potilaan kokemusmaailman integroitumisessa mahdollisesti nähtäviä eroja tutkimusryhmän ja vertailuryhmän välillä. Tutkimuksen aineisto koostuisi kuntoutujien alku- ja loppuhaastatteluista, erilaisista potilaan persoonallisuuden

integraatiota ja mahdollista dissosiativisuutta arvioivista kyselylomakkeista (esim. DES, SDQ-20, DDIS) sekä potilaan traumahistoriaa kartoittavasta kyselystä (TAQ), muun hoitotiimin haastatteluista, terapiatapaamisiin liittyvästä materiaalista sekä terapeutin muistiinpanoista. Tutkimuksen aineisto olisi siis luonteeltaan sekä määrällistä (validoidut kyselylomakkeet, hoitoon sitoutumisen aste) että laadullista (potilaan omat kokemukset ja ajatukset hoidosta ja sen vaikutuksista, muun hoitotiimin näkemykset, terapeutin muistiinpanot ja terapiatapaamisiin liittyvä muu materiaali). Mielenkiintoinen lisä määrälliseen aineistoon olisi myös potilaiden stressitason mittaaminen hoidon eri vaiheissa sykevälimittausta hyväksi käyttäen. Edellä esitetyt ajatukset ovat tämän hetkisiä suuntaviivoja jatkotutkimukseni suhteen. Ne tulevat tarkentumaan ensi vuoden aikana, kun aloitan jatkotutkimukseni yksityiskohtaisemman suunnittelun.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa täytyy muistaa, että laadullisessa tutkimuksessa on tulosten osalta kysymys aina tutkijan näkökulmasta ja tulkintoista. Tällöin absoluuttista totuutta ei ole olemassa. Tämä tutkimus on toteutettu Straussilaisen grounded-teorian mukaisesti. Straussilaisessa koulukunnassa suhde totuuteen nähdään niin, että teorialat ovat tutkijoiden tutkimista ja omaksumista nimenomaisista näkökulmista tehtyjä tulkintoja. Mikäli olosuhteet muuttuvat jollakin ehtomatriisin tasolla, se vaikuttaa aina myös syntyneiden teorioiden validiteettiin (Strauss & Corbin 1998, 182-188). Grounded-teoriassa teorian kehittyminen perustuu systemaattisesti kerättyyn ja analysoituun aineistoon. (Strauss & Corbin 1998, 143-161). Tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä asiana näen sen, että aineistoanalyysi on tehty tiettyjen selkeiden periaatteiden ja menettelytapojen pohjalta. Tässä tutkimuksessa se on tarkoittanut Straussilaisen induktiivis-deduktiivisen grounded-teorian analyysivaiheiden huolellista ja systemaattista toteuttamista. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että jokaisessa analyysin vaiheessa esille tulleiden tulosten yhteydessä olen tutkijana palannut aina alkuperäiseen haastatteluaineistoon ja sitä kautta validoinut esiin noussutta teoriaa aineistolähtöisesti. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa myös se, että

tutkimuksen alussa kirjoitin ulos oman esiyymmärrykseni tutkimusaiheesta, mikä mahdollisti avoimen ja ennakko-odotuksista vapaan aineiston tutkimisen ja analysoinnin. Tutkimus etenikin induktiivisesti aineistosta lähtöisin ja vasta kokonaisuuden hahmottumisen jälkeen aloin käyttää tukena myös olemassa olevia teorioita, siltä osin kuin ne tukivat aineistosta syntynyttä teoriaa.

Itselleni ehkä yllättävin tutkimuksen tulos oli se, että myös musiikki voi toimia riippuvuuden kohteena ja huumeiden käyttöä tukevana ja laukaisevana tekijänä. Tämä on mielestäni asia, jonka tiedostaminen ja huomiointi tekee musiikkiterapian käytön huume kuntoutuksessa entistä tärkeämmäksi. Näkisin, että se on yksi huume kuntoutuksen sokeista pisteistä, jonka musiikkiterapian mukaan ottaminen voi tehdä näkyväksi.

Musiikki ilmiönä on universaali. Jokaiselle ihmiselle sillä on jokin merkitys. Musiikin avulla on mahdollista päästä kiinni sellaisiin kokemuksen tasoihin, joita sanat eivät aina tavoita. Eräs tutkimukseen osallistuneista musiikkiterapeuteista totesikin haastattelussa seuraavasti:

“Mä sanosin jopa näin, että jos ei musiikkiterapiaa käytettäis näin vaikean sairauden hoidossa, ni mitä sitte käytetään?” (T1)

Tutkijana ja musiikkiterapeutina olen äärimmäisen kiitollinen tutkimukseen osallistuneille musiikkiterapeuteille siitä, että he ovat antaneet oman kokemuksensa ja osaamisensa tämän tutkimuksen käyttöön.

LÄHTEET

- Ahlström, S. 1998. Sosiokulttuurinen tausta ja juomatavat. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 20-28.
- Ahtee, L. 1998. Opioidit ja kannabinoidit. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 132-140.
- Ahtee, L. 1998. Kokaiini, amfetamiinin johdokset ja hallusinogeenit. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 141-154.
- Aigen, K. 1995. Principles of Qualitative Research. In B. Wheeler (Ed.), Music Therapy Research. U.S.A: Barcelona Publishers, 283-311.
- Ala-Ruona, E. 2005. Vuorovaikutus ja terapeuttisen suhteen rakentaminen hoitotilanteessa. Julkaisematon koulutusmateriaali.
- Bonny, H & Pahnke, W. 2002. The use of music in psychedelic (LSD) Psychotherapy. In L. Summer (Ed.), Music & Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music. Gilsum NH: Barcelona Publishers, 19-41.
- Bruscia, K. E. 1998. An Introduction to Music Psychotherapy. In K. E. Bruscia (Ed.), The Dynamics of Music Psychotherapy. Gilsum NH: Barcelona Publishers, 1-15.
- Burke, M. 1997. Effects of Physioacoustic Intervention on Pain Management of Postoperative Gynecological Patients. In T. Wigram, C. Dileo (Eds.) Music Vibration and Health. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 107-123.

- Burke, M., Thomas, K. 1997. Use of Physioacoustic Therapy to Reduce Pain During Physical Therapy for Total Knee Replacement Patients Over Age 55. In T. Wigram, C. Dileo (Eds.) *Music Vibration and Health*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 99-106.
- Caldwell, C. 1996. *Getting Our Bodies Back*. U.S.A: Shambhala Publications, Inc.
- Damasio, A. 2000. *The Feeling of What Happens. Body, emotion and the making of consciousness*. London: Vintage.
- Edwards, J. 2002. Using the Evidence Based Medicine Framework to support Music Therapy Posts in Healthcare Settings. *British Journal of Music Therapy*, Vol.16, (1), 2002, 29-34.
- Erkkilä, J., Eerola, T. 2001. *Hallitsetko sinä pelejä vai pelit sinua*. Jyväskylä: Suomen Musiikkiterapiayhdistys r.y.
- Fabritius, C. & Salaspuro, M. 1998. Kannabis päihteenä. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus, 419-422.
- Fabritius, C. & Salaspuro, M. 1998. Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinogeenien päihdekäyttö. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus, 423-432.
- Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M. & Minkoff, J. R. 2004. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 27, Issue 2, 161-167.

- Fromm, E. 1977. An Ego-Psychological Theory of Altered States of Consciousness. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, XXV(4), 372-387.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser, B. 1992. *Basics of grounded theory analysis: Emergence versus forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Granström, V. & Kuoppasalmi, K. 1998. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus, 29-32.
- Hairo, U. 1995. Tutkimus fysioakustisen menetelmän soveltuvuudesta katkaisuhoidon. Sibelius-Akatemia. Musiikkikasvatuksen osasto. Pro gradu-tutkielma.
- Hairo-Lax, U. 2005. Musiikkiterapiaprosessin merkittävät tekijät ja merkittävät hetket päihdeettömän elämäntavan tukijoina. Sibelius-Akatemia. Musiikkikasvatuksen osasto. *Studia Musica* 27. Väitöskirja.
- Herman, J. 1997. *Trauma and Recovery*. NY: Basic Books.
- Hietala, E. 2003a. Fysioakustisen tuolihoidon käyttö Kiviharjun kuntoutumisklinikassa. Lausunto.
- Hietala, E. 2003b. Fysioakustisen tuolihoidon käyttö Karvoshovin kuntoutuskeskuksessa. Lausunto.
- Holopainen, A. 1998. Yhteisohoidot. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.

- Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 467-472.
- Holopainen, A., Fabritius, C. & Salaspuro, M. 1998. Opiattiriippuvuus. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 433-443.
- Holmberg, N. 1998. Huumeongelmaisten kognitiivinen terapia. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 460-466.
- Horesh, T. 2006. Dangerous Music: Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. In D. Aldridge, J. Fachner (Eds.) Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 125-139.
- Kajaste, R. 2004. Henkilökohtainen tiedonanto. Haastattelu Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osastossa 12.5.2004, Marko Punkanen.
- Karan, L. D. 1994. The Treatment Process. In M. J. Landry (Ed.) Understanding Drugs of Abuse: The Processes of Addiction, Treatment, and Recovery. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 131-156.
- Kivistö, K. 1998. Liuottimet ja muut huumaavat aineet. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.), Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus, 450-454.
- Kurtz, R. 1990. Body-centered psychotherapy: The Hakomi method. Mendocino, CA: LifeRhythm.
- LeDoux, J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional

- Life. New York: Touchstone.
- Lehikoinen, P. 1994. Havaintoja fysioakustisen hoidon käytöstä lääkkeettömässä katkaisuhoidossa. Julkaisematon. 1-3.
- Lehikoinen, P. 1996. Matalataajuuksinen värähtelyenergia ja musiikkiterapian neurofysiologinen perusta. Teoksessa H. Ahonen-Eerikäinen (toim.), Taide psykososiaalisen työn välineenä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 26-34.
- Levine, P. A. 1997. Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Lincoln, Y. S., Guba, E. 1985. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage.
- Maas, U., Strubelt, S. 2006. Polyrhythms Supporting a Pharmacotherapy: Music in the Iboga Initiation Ceremony in Gabon. In D. Aldridge, J. Fachner (Eds.) Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 101-124.
- McDougall, J. 1999. Ruumiin näyttämöt. Psykoanalyttinen näkökulma psykosomaattiseen sairastamiseen. Suomentajat Maarit Arppo ja Ritva Levä. Helsinki: Therapiea-säätiö.
- Ogden, P., Minton, K. 2000. Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology* 6, 3, Article 3.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. 2006. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. In press with W.W.Norton.

- Pelletier, C. L. 2004. The Effect of Music on Decreasing Arousal Due to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy*, Vol. XLI, (3), 2004, 192-214.
- Pickett, E. 1992. Guided Imagery and Music (GIM) with a dually diagnosed woman having multiple addictions. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 1, 55-68.
- Punkanen, M. 2002. "Matkalla mieleen ja tunteisiin". Fysioakustinen menetelmä ja musiikkiterapia huume kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto, Musiikkitieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Punkanen, M. 2006. On a Journey to Somatic Memory: Theoretical and Clinical Approaches for the Treatment of Traumatic Memories in Music Therapy-Based Drug Rehabilitation. In D. Aldridge, J. Fachner (eds.) *Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 140-154.
- Reed, E. C. 1994. Basic Principles of Drug Use. In M. J. Landry (Ed.) *Understanding Drugs of Abuse: The Processes of Addiction, Treatment, and Recovery*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 7-28.
- Rothschild, B. 2000. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Ryynänen, E. 2004. "Mie haluan hoitaa itteni kuntoon" Hoitomallin kehittämisprojekti huumevieroituspotilaan kuntoutumisen käynnistäjänä. Jyväskylän yliopisto, Musiikkitieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Saarikallio, S. 2005. Musiikki nuorten tunteiden säätelyn keinona. *Musiikkiterapia* 20(2), 14-24.

- Siegel, D. J. 1999. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, London: The Guilford Press.
- Siegel, D. J. 2003. *An Interpersonal Neurobiology of Psychotherapy: The Developing Mind and the Resolution of Trauma*. In M. F. Solomon, D. J. Siegel (Eds.) *Healing Trauma: attachment, mind, body, and brain*. New York, London: W. W. Norton & Company, 1-56.
- Skaggs, R. 1997. *Finishing Strong: Treating Chemical Addictions with Music and Imagery*. St. Louis: MMB Music.
- Steinberg, J. R. 1994. *Treatment, Recovery, and Medication*. In M. J. Landry (Ed.) *Understanding Drugs of Abuse: The Processes of Addiction, Treatment, and Recovery*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 287-312.
- Stern, D. N. 2004. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Strauss, A., Corbin, J. 1994. *Grounded theory methodology: An Overview*. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Strauss, A, Corbin, J. (Eds.). 1997. *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., Corbin, J. 1998. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Uvnäs-Moberg, K. 2003. *The Oxytocin Factor: Tapping the hormone of Calm*,

- Love and Healing. USA: Da Capo Press.
- Van der Kolk, B. A. 1994. The Body Keeps The Score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1(5), 253-265.
- Van der Kolk, B. A. 1996. Trauma and Memory. In B. A. van der Kolk, A. C. MacFarlane, L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, London: The Guilford Press, 279-302.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & van der Hart, O. 1996. A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. MacFarlane, L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, London: The Guilford Press, 417-440.
- Wigram, T. 2002. Indications in Music Therapy: evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for Autistic Spectrum Disorder (ASD); meeting the challenge of Evidence Based Practice. *British Journal of Music Therapy*, Vol.16, (1), 2002, 11-24.