

TERAPEUTTISELLA TYÖSKENTELYALUEELLA

Fenomenografinen tutkimus terapian syvyyden säätelystä
depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa

Leena Mäkelä
Musiikkiterapian pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Musiikin laitos
Marraskuu 2009

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistinen tiedekunta	Laitos Musiikin laitos
Tekijä Leena Mäkelä	
Työn nimi Terapeuttisella työskentelyalueella Fenomenografinen tutkimus terapian syvyyden säätelystä depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika Marraskuu 2009	Sivumäärä 91
Tiivistelmä – Abstract <p>Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää musiikkiterapeuttien käsityksiä terapian syvyyden säätelystä ja säätelykeinoista depressioasiakkaiden musiikkiterapiajaksolla, joka liittyi Jyväskylän yliopiston Tuning the Brain For Music -tutkimukseen.</p> <p>Tutkimusta varten haastattelin viittä tutkimusterapeuttia. Haastattelujen lisäksi tutkimusaineistona olivat tutkijan haastattelu- ja tutkimusmuistiot. Aineiston analyysi oli tietokoneavusteinen. Tutkimus on induktiivis-deduktiivinen ja sen tulokset esitellään fenomenografisen tutkimusotteen mukaisesti.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena kartoitetaan terapian syvyyden säätelyn käsitte pohjaa, sen ilmenemismuotoja ja siihen vaikuttavia seikkoja sekä esitellään erilaisia terapeuttien käytänteitä.</p> <p>Terapian syvyyden säätely on terapian emotionaalisen tason pitämistä asiakkaan sietokyvyn alueella. Syvyyden säätelyyn vaikuttavia tekijöitä ovat asiakas, terapeutti sekä yhteistyösuhde. Depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa syvyyden säätely ilmeni aktiivisena ohjaamisena, jarruttamisena ja seuraamisena. Terapeutit säätelivät syvyyttä käyttäen sanallisia, musiikillisia ja kehollisia interventioita. Musiikillisista interventioista keskeinen oli kliininen improvisaatio.</p> <p>Tämä tutkimus on tuottanut aikaisemmin puuttuneita käsitteitä, mikä mahdollistaa ja auttaa suuntaamaan aiheen jatkotutkimuksia. Lisäksi tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää musiikkiterapian kliinisessä työssä.</p>	
Asiasanat musiikkiterapia, psykoterapia, masennus, säätely, improvisointi	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TERAPEUTTINEN TYÖSKENTELYALUE MUSIIKKITERAPIASSA	3
2.1 Syvyyden säätelyn fysiologiaa	4
2.2 Musiikkiterapian rajoja ja rakenteita	7
3 TERAPEUTTINEN SUHDE	11
3.1 Allianssi	12
3.2 Allianssisäröjen korjaaminen	13
3.3 Palautteen antaminen terapiassa	19
3.4 Vastatransferenssi	21
3.5 Empatia	24
4 TUNING THE BRAIN FOR MUSIC -PROJEKTI	27
4.1 Braintuning -tutkimuksen esittelyä	27
4.2 Terapeuttien koulutus ja depressiotutkimusasiakkaiden musiikkiterapiamalli	30
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	34
5.1 Tutkimusidean hermeneuttinen kehittyminen	34
5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja rajaukset	37
5.3 Metodologiset valinnat	37
5.4 Tutkimusaineisto	40
5.4.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä	40
5.4.2 Haastattelujen käytännön toteutus	41
5.5 Tutkimusaineiston laadullinen sisällönanalyysi	44

6 TERAPIAN SYVYYDEN SÄÄTELY MUSIIKKITERAPIASSA	50
6.1 Miten musiikkiterapeutit määrittelevät terapian syvyyden säätelyn?	52
6.2 Miksi terapian syvyyttä pitää säädellä?	54
6.3 Mitkä asiat vaikuttavat terapian syvyyden säätelyyn?	56
6.3.1 Miten terapeutti arvioi terapian syvyyttä?	60
6.3.2 Terapeuttien säätelyominaisuudet	63
6.3.3 Säätelyn karikat	65
6.4 Musiikkiterapian syvyyden säätely depressioasiakkaiden tutkimusterapiajaksolla	67
6.4.1 Säätelyn tasot	67
6.4.2 Syvyyden säätelykeinot	71
7 TULOSTEN TARKASTELUA	76
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA	82
9 POHDINTA	85
LÄHTEET	87
LIITTEET	91

1 JOHDANTO

Terapia on matka minuuteen, menneisyyteen ja tulevaisuuteen. Se on myös kuin vapaa-sukellusta, jossa välillä palataan pintaan hengittämään. Tiettyinä hetkinä on välttämätöntä olla tukevasti paikallaan nykyhetkessä. Musiikkiterapeuttina toimiessani olen ajoittain joutunut miettimään keinoja, joilla terapiasession aikana liiaksi ahdistunut asiakas saatetaan tässä ja nyt -hetkeen ja lopulta turvallisesti kotimatalle. Traumaattisten asioiden liian nopea pintaan ponnahtaminen on haaste terapeutille. Toinen ääripää on asiakas, jonka kanssa terapiasessiot sujahtaisivat pinnallisesti mukavia juttellessa ongelmallisia aiheita karttaen. Terapeuttina olen kaivannut hetkittäin myös itselleni keinoja, joilla varmistaisin oman kokonaisvaltaisen läsnä-oloni asiakkaiden vaihtuessa tai oman elämäni tunkiessa säikeitään terapiatilanteeseen.

Terapeutin tehtäviin kuuluu säädellä terapian syvyyttä niin, että etenemisvauhti on asiakkaalle siedettävä ja turvallinen. Mutta, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten kulloinkin toimin? Miten konkreettisesti luoda turvallisia pysähdyspaikkoja, jotta etenemisvauhti on asiakkaalle siedettävä? Milloin pitää painaa jarrua ja milloin on käytettävä painavampaa kaasujalkaa? Tutkimusaiheeni nousi näistä ajatuksista, mutta varsinaisen tutkimusidean täsmentyminen oli vuoden pituinen prosessi. Sen selvittämisen tässä tutkimusraportissa (luku 5.1) koin tärkeäksi, koska se antaa kuvan siitä, kuinka monitahoisesta ja vähän tutkitusta ilmiöstä terapian syvyyden säätelyssä on kysymys.

Tutkimukseni liittyy kansainväliseen Tuning the Brain For Music -projektiin (2006 – 2009), jonka Jyväskylän yliopistossa toteutetun musiikkiterapiaan liittyvän osatutkimuksen (josta käytän tässä tutkimuksessa lyhennettä Braintuning- tai Bt-tutkimus) tavoitteena oli tutkia, helpottaako psykodynaamisesti orientoitunut improvisaatioon perustuva musiikkiterapia depression oireita standardihoitoa enemmän. Tuossa musiikkiterapian tutkimushankkeessa oli mukana 12 musiikkiterapeuttia, joille järjestettiin yhteinen koulutus tutkimusterapioiden kliinisen työskentelyn yhdenmukaistamiseksi. Omaa tutkimustani varten haastattelin viittä projektissa mukana ollutta terapeuttia.

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää musiikkiterapian syvyyden säätelyn käsitteitä ja käytäntöjä haastattelemalla musiikkiterapeutteja, joita yhdisti tutkimusprojekti, depressio-asiakkaat sekä yhtenäinen koulutus tutkimusterapeuteiksi. Tutkimuksella ei haettu yksi-

selitteistä vastausta kysymykseen, kuinka terapian syvyyttä pitäisi säädellä vaan etsittiin eri näkökulmia aiheeseen.

Depressio on suomalaisten kansansairaus ja siitä kärsivät ihmiset potentiaalinen musiikki-terapian asiakasryhmä. Käsitteisenä mukaan syvyydensäätelykysymykset ovat erityisen tärkeitä depressioasiakkaiden parissa, joiden oireet vaihtelevat ahdistuneisuudesta syvään lamaantumisen tilaan. Asiakkaiden henkilöhistoriasta paljastuu usein myös traumakokemuksia.

Tutkimusraportin teoriaosuudessa lähestyn terapian syvyyden säätelyä kahdesta erilaisesta teoreettisesta näkökulmasta: traumaterapeuttisesta sekä kaikkia psykoterapioita yhdistävästä terapeutin suhteen merkityksen ja sen osatekijöiden kuvaamisesta. Traumaterapeuttinen ajattelu ohjasi tutkimusidean syntymistä. Tämän ajattelumallin mukaan eri vireystasojen fysiologiset reaktiot ovat eräs indikaattori arvioida terapeutista työskentelyaluetta eli asiakkaalle otollista prosessoinnin tasoa.

Terapeutin ja asiakkaan toimiva terapeutin suhde on tuloksekkaan terapiaprosessin edellytys. Psykoterapian piirissä terapeutin suhteeseen liitetään mm. allianssi, vastatransferenssi ja empatia. Allianssisäryöjen diagnosointi ja korjaaminen sekä palautteen antaminen ovat esimerkkejä terapian syvyyteen vaikuttavista asioista. Vastatransferenssin tiedostaminen ja tutkiminen kuuluvat oleellisena osana terapian tilaa ja syvyyttä arvioiviin menetelmiin. (Norcross 2002.)

2 TERAPEUTTINEN TYÖSKENTELYALUE MUSIIKKITERAPIASSA

Tässä luvussa haarukoidaan terapeutista työskentelyaluetta musiikkiterapiassa. Terapeutista työskentelyaluetta voidaan kutsua myös terapeuttiseksi tilaksi tai terapeuttiseksi ikkunaksi. Terapeutin ikkuna (myös terapeutin leveys) on käytössä erityisesti lääketieteessä ja lääketeollisuudessa, jolloin sillä tarkoitetaan suurimman turvallisen ja pienimmän tehoavan hoitoannoksen välistä eroa (www.terveyskirjasto.fi). Traumaterapeutti Ogden esittelee sietokyvyn ikkunan, jonka ääripäissä ovat yli- ja alivirittyneisyys ja keskelle jää optimaalinen viritystaso (tarkemmin s. 9). Terapeutin tila on lastenpsykiatri Jari Sinkkosta (2006) siteeraten asiakkaan ja terapeutin välinen leikin ja luovuuden tila, jossa ”meistä tulee enemmän ihmisiä ja enemmän sellaisia, jollaisiksi meidän on tarkoituskin tulla”.

Käytän tässä tutkimuksessa käsitettä terapeutin työskentelyalue, koska se terminä on moniulotteisempi ja avaruudellisempi kuin esimerkiksi kaksiulotteinen ikkuna. Lisäksi käsitteessä korostuu terapialle tärkeä tavoitteellisuus. Terapeutin työskentelyalue on terapeutin tila, jossa terapia etenee turvallisesti ja tavoitteita kunnioittaen. Se on kullekin asiakkaalle sopiva prosessoinnin taso ja samalla siis terapian syvyyden säätelyn tavoite.

Fysiologisen näkökulman (tarkemmin luvussa 2.1) otollisen prosessoinnin tason löytämiseen tarjoaa traumaterapiassa käytössä oleva vireystilan tarkkailu ja säätely. Joutuessaan hallitsemattomaan poissaoloon tietoisesta läsnäolosta ihminen yli- tai alivirittyy. Terapeutillisesti on tärkeää, että sekä asiakas että terapeutti ovat aidosti läsnä terapiatilanteessa. Tämän tutkimuksen kohteena on terapian syvyyden säätely depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa. Masentuneet ja ahdistuneet asiakkaat edustavat vireystilojen molempia ääripäitä; ahdistus johtaa ylivirittyneisyyteen ja masentunut voi olla myös lamaantuneessa tilassa. Terapian tavoitteena tällä asiakasryhmällä on ”leventää rajoja”, mikä edellyttää rajoilla liikkumista terapeutin toimiessa asiakkaan vireystilan säätelijänä. (Ogden, Minton & Pain 2006; Rothschild 2002.)

Luvussa 2.2 kartoitetaan musiikkiterapiaa ja musiikkiterapeutin suhteen kulmakiviä. Rajat, rakenteet, tavoitteet ja yhteistyösuhde ovat merkittävässä asemassa, kun etsitään asiakkaalle tarkoituksenmukaista, yksilöllistä terapeutista työskentelyaluetta, sopivaa prosessoinnin tasoa, jolloin terapia etenee turvallisesti ja terapialle asetettujen tavoitteiden suuntaisesti.

2.1 Syvyyden säätelyn fysiologiaa

Vireystaso on tietyllä hetkellä vallitseva aktiviteetin yleistila, joka vaihtelee lepotilasta sekaan kiihtymykseen (Vilkko-Riihelä 2008, 94). Vireystason fysiologisia reaktioita säätelee autonominen hermosto. Autonominen hermosto jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Sympaattinen hermosto aktivoituu sekä positiivisten että negatiivisten stressitilojen aikana. Parasympaattinen hermosto aktivoituu mm. levossa, rentoutumisessa, seksuaalisessa kiihottumisessa, onnellisuudessa, murheessa ja surussa. (Rothschild 2002, 25–27; Ganong 1987, 183–184.)

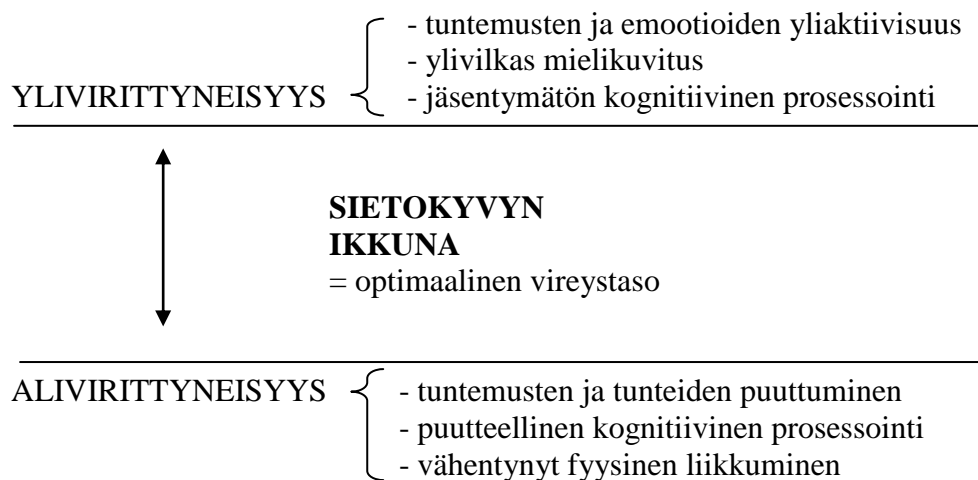
Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto säätelevät vireystilaa kulloinkin tarkoituksenmukaisella tavalla. Nukkumaan käydessä vireystason lasku auttaa rentoutumaan ja tärkeää tehtävää suorittaessa vireystason nousu auttaa pysymään virkeänä ja energisenä. (Ogden, Minton & Pain 2006, 28.)

Aivojen limbinen järjestelmä reagoi stressiin, uhkaan tai traumaan vapauttamalla välittäjäaineita, jotka valmistavat kehoa puolustautumaan. Samalla autonomisen hermoston sympaattinen haara aktivoituu, kiihtymys nousee yli perustason valmistaen yksilön joko taistelemaan tai pakenemaan. Tällöin hengitys ja sydämenlyönnit tiheenevät, pupillit laajenevat, verenpaine kohoaa, iho on kalpea, hikinen ja kylmä. Jos taistelu tai pakeneminen on mahdollista, kiihtymys kanavoituu fyysiseksi toiminnaksi palvellen puolustautumista ja tasapainon palauttamista. Kun uhkaa ei voi vastustaa, aivot vapauttavat välittäjäaineita, jotka aktivoivat myös autonomisen hermoston parasympaattisen haaran. Sen seurauksena on tooninen liikkumattomuus, jähmettyminen tai täydellinen alistuminen. Stressitilanteen lauetessa päästään jälleen tasapainotilaan. (Rothschild 2002, 25–29; Ganong 1987, 183–185, 209, 211.)

Terapian syvyyden säätely terapiatilanteessa edellyttää tarkkaa potilaan autonomisen hermoston tilan havainnoimista. Parasympaattisen hermoston aktivaatio (hidas hengitys, hidas pulssi, supistuneet pupillit, keskittyneisyys ja läsnäolo) kertoo, että potilas on rentoutunut ja terapia etenee suotuisasti. Lievä sympaattisen hermoston aktivaatio (voimistunut hengitys, nopeutunut pulssi, laajentuneet pupillit, hermostuneisuus) viittaa jännitykseen ja hallittavissa olevaan epämukavuuden tasoon. Korkea sympaattisen hermoston aktivaatio (nopea pulssi, hyperventilaatio, levottomuus, kiihtyneisyys) merkitsee että potilaalle on vaikeuksia käsitellä sitä, mitä tapahtuu ja hän on varsin ahdistunut ja peloissaan. Kun korkea sympaattisen her-

moston aktivaatio joutuu korkean parasympaattisen hermoston aktivaation peittämäksi (kalpea iho, hidas pulssi, jähmeys, poissaolevuus, paniikki, voimakkaat kehoreaktiot) potilas on voimakkaasti traumatisoituneessa tilassa. Todennäköisesti potilas kokee parhaillaan traumatakaumaa mielikuvissaan, kehon tuntemuksina, emootioina tai näiden yhdistelmänä. On korkea aika lyödä jarrut pohjaan ja auttaa potilasta tasapainoon, ennen kuin voidaan jatkaa terapeutista työtä pidemmälle tai potilas voidaan lähettää kotiin. Tasapainon merkinä on joko alentunut sympaattisen hermoston aktivaatio tai ensisijaisesti alentunut parasympaattisen hermoston aktivaatio. (Rothschild 2002, 29.)

Ylivireystilassa asiakkaat kokevat liian suurta virittyneisyyttä kyetäkseen prosessoimaan informaatiota tehokkaasti sekä kokevat hallitsemattomia tunteita ja kehon tuntemuksia. Alivireystilassa asiakkaat puolestaan kärsivät tunteiden ja tuntemusten puuttumisesta sekä kokevat tyhjyyttä ja passiivisuutta. Traumatisoituneet henkilöt voivat olla pääasiassa joko optimaalisen kiihtymystason ylä- tai alapuolella tai heilahdella kontrolloimattomasti näiden tilojen välillä. (Ogden ym. 2006, 26.)



Kuvio 1. Kolme vireystasoa; malli autonomisen hermoston vireystilan säätelystä (Ogden ym. 2006, 27.)

Kuviossa 1 virittyneisyyden tasot on jaettu yli-, ali- ja optimaaliseen vireystilaan. Optimaalilla alueella vireystasoon vaikuttavat luonnollisesti ympäristötekijät ja konteksti samoin kuin henkilön sen hetkinen tila (energiataso, kylläisyyden tai nälän tunne). (Ogden ym. 2006, 28.)

Sietokyvyn ikkunan leveys on jokaisen henkilökohtainen ominaisuus. Ne henkilöt, joilla ikkunan leveys on suuri, selviytyvät suuremmista vireystilojen vaihtelusta ja pystyvät prosessoimaan mutkikasta ja stimuloivaa informaatiota tehokkaasti. Ihmiset, joiden ikkuna on kapea, eivät sopeudu viritystilojen vaihteluun. Sietokyvyn ikkunan leveys tarkoittaa, paljonko stimulusta tarvitaan, että ärsytyskynnys ylittyy. Kun ärsytyskynnys (threshold of response) on matala, pienikin virike saa aikaan hermoston virittymisen ja kun kynnys on korkea, tarvitaan enemmän viritystason kohottamiseksi. (Ogden ym. 2006, 28.)

Prosessoinnin tason pitäminen optimaalisella virittyneisyyden tasolla on yksi keskeinen traumaterapian haaste ja terapeutin ammattitaidon merkki. Terapeutin tulee kyetä säätelemään kiihtymystä interventioiden avulla prosessia ohjatessaan ja tarvittaessa hallita jarrutuskeinoja ylivireystilan hillitsemiseksi. Rothschild kertoo kirjassaan ankkurimenetelmästä, jolla vireystasoa voidaan alentaa:

Trauman käsittely → ylivireystila → ankkuri → alentunut vireystila

Ankkurin käsite on tullut traumaterapiaan NLP:sta (= neurolingvistinen prosessointi). Ankkuri on konkreettinen apukeino tai resurssi – toisin kuin sisäinen voimavara kuten itseluottamus. On suositeltavaa, että ankkuri valitaan asiakkaan elämästä, jotta positiiviset muistot sekä kehossa että mielessä voidaan ottaa käyttöön. Esimerkkeihin kuuluvat henkilöt (mummu, erityisopettaja, aviopuoliso), eläin (lemmikki), paikka (koti, paikka luonnossa) kohde / asia (puu, vene, kivi), toiminto (uinti, retkeily, puutarhanhoito). Hyvä ankkuri antaa asiakkaalle sekä kehon että mielen helpotuksen ja hyvän olon. (Rothschild 2003, 93.)

Kun asiakkaan vireystila menee yli, terapeutti vaihtaa aiheita: ”Pysäytetäänpä hetkeksi tähän. Kerro minulle (ankkurista)”. Yhteyttä voidaan syventää tarjoamalla eri aistikanavien kautta tulevia ärsykeitä, jotka liittyvät ankkuriin. Ankkurit tekevät mahdolliseksi jatkaa vaikeiden muistojen käsittelyä, sillä vireystila laskee hetkeksi matalammalle tasolle. Aina kun ankkuria käytetään, ylivireystila vähenee ja tauon jälkeen trauman käsittely jatkuu matalammalla vireystilalla. Tällä tavalla traumaattinen muisto voidaan käsitellä ilman ylivireystilan aiheuttamaa kontrollin menettämistä. Ankkurin mukaanotolla ei voi muuttaa todellisuutta, mutta menettelyn avulla voidaan luoda uusi näkökulma ja auttaa erottamaan mennyt trauma tämän hetken elämästä. (Rothschild 2003, 93.)

2.2 Musiikkiterapian rajoja ja rakenteita

Musiikkiterapialla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kuntoutus- ja hoitomuotoa, jossa musiikin eri elementtejä (rytmi, harmonia, melodia, äänensävy, dynamiikka jne.) käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Musiikkiterapia voi olla yksilö- tai ryhmäterapiaa. Musiikkiterapiaa käytetään sekä kokonaisuhoiton osana muiden hoitomuotojen rinnalla että pääasiallisena hoitomuotona. Musiikkiterapialla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa. Musiikkiterapia soveltuu lapsille, nuorille, aikuisille ja vanhuksille. (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 2007.)

Musiikkiterapia on systemaattisesti etenevää, tavoitteellista ja aikaan sidottua toimintaa. Sen metodologiaan kuuluvat kolme vaihetta: alkuarviointi, terapia ja loppuarviointi. Terapiatyö vaatii suunnittelua ja ohjaamista, jotka perustuvat tietoon ja tutkimukseen Alkuarvioinnin aikana ja jokaisella tapaamisella terapeutti arvioi asiakkaan voimavaroja ja sen hetkistä tilaa. Arvioinnin perusteella terapeutti valitsee kulloinkin parhaiten soveltuvat metodit ja tekniikat. (Bruscia, 1998a, 25–29.)

Asiakassuhteen alussa terapeutti tutkii asiakkaan terapian tarvetta, terapiamuodon ja lähestymistapojen soveltuvuutta, yhteistyön sujuvuutta sekä laatii terapialle tavoitteet ja määrittelee keinot, millä arvioidaan terapian tai intervention toimivuutta suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Ala-Ruona 2007, 10.)

Bruscian (1998a) mukaan musiikkiterapiaprosessi voi olla luonteeltaan kehityksellinen, opetuksellinen, interpersonaalinen, luova tai tieteellinen. Interpersonaalinen prosessi keskittyy ihmissuhteiden kehittämiseen. Siinä tutkitaan rooleja, luodaan kontakteja, etsitään rajoja, saavutetaan luottamus, ratkaistaan konflikteja, autetaan, erotaan jne. (Bruscia, 1998a, 34–35.)

Asiakkaalla on omat musiikkimieltymyksensä tullessaan musiikkiterapiaan eikä hän ole aina kiinnostunut kuuntelemaan tai soittamaan terapeutin valitsemaa musiikkia. Voi olla aikoja, jolloin asiakas ei selviydy mistään musiikillisesta kokemuksesta fyysisesti, emotionaalisesti tai henkisesti. Tästä syystä asiakkaan musiikillisia kykyjä ja mieltymyksiä on syytä kunnioittaa. Asiakkaan tarpeet, asiakas–terapeutti -suhde sekä terapian tavoitteet ovat etusijalla musiikkia valittaessa. Terapiasuhte perustuu sopimukseen. Asiakkaan pitäisi olla

motivoitunut terapiaprosessiin ja hänellä tulisi olla halu muuttua. Silti tosiasiasa motivaation puute on tavallinen terapiaan tulon syy. (Bruscia, 1998a, 61, 69, 95.)

Metodologisesti tärkeimmät suhteet musiikkiterapiassa ovat asiakkaan suhde musiikkiin ja suhde terapeuttiin. Suhteita voidaan luonnehtia transferenssisuhteina, jolloin musiikki tai terapeutti edustaa menneisyyden hahmoja tai autenttisina suhteina, jolloin asiakas ilmaisee suhdettaan musiikkiin tai terapeuttiin sellaisina, kuin ne esiintyvät ”tässä ja nyt”. Musiikki vaikuttaa psykofyysisesti kipuun, vireystilaan, tietoisuuden tasoon, jännityksen ja rentoutuksen säätelyyn sekä energisyyden tasoon. (Bruscia 1998a, 129.)

Interventio on tarkoituksellinen teko, jolla pyritään saamaan aikaan muutos menossa olevaan tilanteeseen. Latinankielisestä sanasta johdettuna se tarkoittaa kahden eri voiman väliin menemistä ja niihin vaikuttamista jollakin tavalla. Interventiot perustuvat kolmeen kriteeriin: 1. Asiakas tarvitsee ulkopuolista apua terveytensä edistämiseen. 2. Tilanne vaatii tarkoituksenmukaista interventiota. 3. Terapeutti toteuttaa intervention terapeutti–asiakas -suhteen sisällä. (Bruscia, 1998a, 37, 44.)

Improvisaatiossa asiakas tekee musiikkia spontaanisti haluamallaan välineillä, joita voivat olla esimerkiksi oma ääni, kehosoitin, lyömäsoitin tai koskettimet. Musiikillista koulutusta ei tarvita, sillä ihmisellä on luontainen taipumus ilmaista itseään äänien kautta. Improvisaatio on yksinkertaisesti leikkimistä äänillä, kunnes niistä alkaa muodostua aihioita, muotoja ja sellaisia rakenteita, joita halutaan. Se on vapaata itsen assosiointia äänien kautta. (Bruscia 1998b, 5.)

Improvisaatioon perustuvassa musiikkiterapiassa musiikissa ilmenevien ongelmien ratkaiseminen tarkoittaa prosessia, jolla haetaan ratkaisua elämän todellisiin ongelmiin. Improvisaation aikana asiakas vertailee mahdollisuuksia, keksii uusia näkökulmia, valitsee ja testaa vaihtoehtoja sekä toimii. (Bruscia, 1987, 364.)

Improvisaatioon tarvitaan interpersonaalinen asetelma, musiikillinen väline sekä referenssi. Transferenssi ja vastatransferenssi liittyvät jokaiseen osatekijään tavalla tai toisella. Improvisaation suunnitteluun sisältyy soittaako asiakas yksin, ryhmässä vai terapeutin kanssa. Yksin soittaessa voi vapaasti ilmaista itseään eikä tarvitse ottaa huomioon toisen äänimaailmaa, mutta jää myös ilman toisen emotionaalista tai musiikillista tukea. Musiikillisen välineen

valinnalla on oma merkityksensä; eri instrumentit tarjoavat erilaisia vaihtoehtoja ilmaista transferenssi- ja vastatransferenssitunteita. Musiikillinen improvisaatio voi olla referentiaalia (taustalla verbaali-idea, tunne, mielikuva, kertomus) tai nonreferentiaalia (lähtee musiikista). Nonreferentiaali improvisaatio saa tarkoituksensa musiikissa itsessään, mitä ei välttämättä pystytä sanoilla tavoittamaan. (Bruscia 1998b, 6–7.)

Referentiaalia ja nonreferentiaalia improvisaatiota ei voida suoraan erotella verbaaliseksi ja nonverbaaliseksi muodoksi tai sisäänpäin tai ulossuuntautuneeksi. Terapeutti voi käyttää nonreferentiaalia improvisaatiota eri tarkoituksiin; valmistakseen asiakasta sanalliseen keskusteluun, jolloin se on transformatiivista tai pyrkiä parantamaan sillä asiakkaan sisäistä oivallusta. Samoin terapeutti antaessaan improvisaatiolle aiheen voi avata improvisaatiolle tien ulos ja sitä kautta myös mahdollisuuden sisäisiin oivalluksiin. Nonreferentiaali ja referentiaali improvisaatio ovat samaa jatkumoa, jolla yhdistetään verbaali ja nonverbaali kokeminen terapiassa. (Bruscia 1998b, 8–9.)

Bruscia esitteli 1987 aktiivisia improvisaatioon liittyviä empatiatekniikoita: imitointi (= soittaa kaikuna), synkronointi (= soittaa samaan aikaan samaa rytmiä tai melodiaa), reflektio (= kuvailla musiikillisesti asiakkaan mielialaa ja ajatuksia) sekä liittyminen (= käyttää asiakkaan musiikillista motiivia osana omaa soittoa).

Erään konkreettisen esimerkin musiikkiterapian syvyyden säätelystä, kertoi Aalborgin yliopiston professori ja musiikkiterapiaklinikan johtaja Inge Nygaard Pedersen vieraillessaan Jyväskylän yliopiston musiikin laitoksella helmikuussa 2008. Pedersenin mukaan on olemassa kolme erilaista olemisen tilaa: henkilökohtainen (private space), sosiaalinen (social space) ja solistinen (soloist space). Näitä tiloja voidaan tutkia ja ”harjoitella” terapiassa ja työnohjauksessa, kun luodaan turvarakenne harjoitteiden ympärille. Pedersen aloitti ja lopetti jokaisen harjoituksen soittamalla kolmasti gongia, joka kutsui takaisin tässä ja nyt -hetkeen. Gongin soitto sääteli terapian syvyyttä ja auttoi palautumaan muutuneen tietoisuuden tilasta (altered states on consciousness) tämän hetken kokemiseen. Pedersen puhui luennollaan myös, kuinka hän ankkuroituu omaan sisäiseen maailmaansa (inner space), kestääkseen psykoottisen tai autistisen asiakkaan kaotista olotilaa. Ankkuroituminen tapahtuu esimerkiksi hyräilemällä tuttua melodiaa. Hän korosti sitä, että potilasta ei houkutella, imitoida tai pakoteta, vaan luodaan pysyvyyttä ja rakenteita omalla vakaudella. (Pedersen 2008.)

Bruscian mukaan terapeutin erilaiset tietoisuuden tasot, joilla terapiassa liikutaan, ovat asiakkaan maailma, terapeutin henkilökohtainen maailma sekä terapeutin maailma terapeutina. Asiakkaan maailmaan meneminen tarkoittaa asiakkaan tarkkailua ”missä tai kuinka” hän on tilanteessa ja sen jälkeen asiakkaan asemaan asettumista ja kokemista. Omaan henkilökohtaiseen maailmaan meneminen tarkoittaa tietoisuuden suuntaamista itseen ja omaan kokemiseen. Terapeutina suuntaudutaan kohti asiakas–terapeutti -suhdetta, johon kumpikin osapuoli on sitoutunut. Terapiasuhde perustuu sopimukseen yhteisistä tavoitteista, joita voivat olla terapeutin muutos, hoiva tai itsensä toteuttaminen. Asiakas on apua hakeva henkilö, jolle terapeutti ammatillisella asiantuntijuudella ja henkilökohtaisella sitoutumuksella tarjoaa apua. Terapeutin keholliset tuntemukset, ajatukset, tunteet koetaan ja tulkitaan sen kautta, miten ne liittyvät asiakkaaseen. (Bruscia 1998b, 495–496.)

Bruscian kuvaamat kokemisen tasot perustuvat Carl Jungin (1933) esittämälle jaotellulle: kokeminen, tunteminen, ajatteleva ja intuitio. Kokeminen perustuu aistihavaintoihin. Tunteiden tunnistaminen antaa omalle psyykelle luvan tapahtuman nostamisen affektien työstämiseen, mikä avulla voi erottaa oman kokemuksen toisen kokemuksesta. Ajattelun tasolla reflektoidaan sekä aisti- että tunnekokemusta kognitiivisesti miettien asialle selitystä tai tarkoitusta. Intuitiiviselle tasolle meneminen tarkoittaa, että mennään aistidatan, tunteiden ja ajattelun taakse ja luodaan oma malli maailmasta ja sen kokemisesta. Intuitio on spontaani sisäinen tieto, joka ei perustu pelkästään ulkoiseen tapahtumaan. Intuitiossa kokeminen, tunteminen ja ajattelu integroituvat spontaanisti. (Bruscia 1998b, 496–497.)

3 TERAPEUTTINEN SUHDE

J.C. Norcross oli mukana APA:n (American Psychological Association) komiteassa (Division of Psychotherapy Task Force) 1999. Komitean tehtävänä oli tunnistaa, operationalisoida ja erotella empiirisesti koottua terapiasuhdetta käsittelevää tietoa. Komitean lopputulema; The Division 29 Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, fokusoii terapiasuhteen laatutekijöihin ja terapeutin ominaisuuksiin. Norcrossin vuonna 2002 ilmestynyt kirja *Psychotherapy Relationships that Work* syntyi komitean kolmivuotisen työskentelyn pohjalta. Norcrossin (2002) mukaan terapeutin suhde on käsite, joka viittaa koko hoitosuhteeseen. Se on jakautunut osatekijöihin, joita ovat allianssi (alliance), yhteenkuuluvuus (cohesion), empatia (empathy), yhteisymmärrys tavoitteista (goal consensus), yhteistoiminta (collaboration), myönteinen näkökulma (positive regard), yhdenmukaisuus (congruence), palaute (feedback), allianssisäröjen korjaaminen (repair of alliance ruptures), terapeutin ilmaistut ristiriidat (self-disclosure), vastatransferenssi (countertransference) ja suhteen tulkinta (relational interpretation). Norcrossin muotoilu yhdisti vuosikymmenien keskustelun terapeutin suhteen olemuksesta. (Norcross, 2002.)

Keskityn tässä teorian luvussa Norcrossin kuvaamiin terapiasuhteen osatekijöihin, jotka liittyvät vahvimmin terapian syvyyden säätelyyn. Terapian etenemisessä on kyse asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksesta, yhteistyöliitosta (the alliance). Allianssi pitää sisällään Bordinin (1979) mukaan myös yhteisymmärryksen tavoitteista (goal consensus) ja yhteistoiminnan (collaboration). Allianssissa ilmenevät ongelmat ja korjausliikkeet (repair of alliance ruptures) tarjoavat mielenkiintoisen reflektiopinnan terapian syvyyden säätelylle, joten painotan niitä tässä teoriaosassa. Palaute (feedback) on keskeinen tapa ohjata terapian etenemistä. Vastatransferenssitunteiden tutkiminen on terapeutille tärkeä työkalu arvioida terapian ja asiakkaan kulloistakin tilaa. Sen avulla tehdään päätöksiä, mihin suuntaan prosessia on tarpeen suunnata ja millä keinoin. (Norcross, 2002.)

3.1 Allianssi

Viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että vain pieni osa terapian tuloksista selittyy hoitomenetelmien eroilla. Suuren osan tuloksesta muodostaa asiakkaan ja terapeutin suhde; terapeutin allianssi. Tutkimusten mukaan asiakkaan ja terapeutin välinen liitto on tärkein niistä monista tekijöistä, jotka vaikuttavat terapian lopputuloksiin. (Wampold 2001; Leiman 2004.)

Psykoterapiatutkimuksella on oma käsitteistönsä ja osa-alueensa. Terapiatutkimuksen pääkohteita ovat terapeuttimuuttajat, asiakasmuuttajat, yhteistyösuhde ja toimenpiteet. Terapeuttimuuttajat käsittävät mm terapeuttien ominaisuuksien ja taitojen tutkimisen. Potilas- tai asiakasmuuttajia ovat asiakkaan persoonallisuuden piirteet, sukupuoli, etnisuus, koulutustaso ja itsehavainnoinnin laatuun liittyvät tekijät. Kolmas tutkimussuunta keskittyy terapeutin prosessin muuttajiin. Terapeutin allianssin tutkimus, jossa terapeutista yhteistyösuhdetta kuvataan allianssimuuttajien avulla, kuuluu tähän. (Leiman 2006.)

Terapeutin allianssin käsite on syntynyt erilaisten näkemysten pohjalta. Se voi tarkoittaa myös auttamisallianssia, työskentelysuhdetta tai yhteistyöliittoa. Se on asiakkaan ja terapeutin liittoutumista asiakkaan auttamiseksi, hänen ongelmiansa helpottamiseksi sekä ratkaisujen löytämiseksi. Eräät tutkijat (mm. Horvath 2001.) ovat ottaneet käyttöön lyhyemmän käsitteen allianssi (the alliance) kuvaamaan terapeutista liittoa, terapeutin ja asiakkaan liittoutumista yhteistoimintaan. (Horvath & Bedi 2002, 38–41.)

Allianssin voidaan katsoa olevan psykodynaamista alkuperää, sillä jo Sigmund Freud (1912) käsitteli potilaan ja terapeutin välistä yhteyttä. Freud nimesi transferenssiksi sen, että hyvän terapiasuhteen ansiosta asiakas saattoi kuvitella terapeutin edustavan itselleen tärkeitä varhaisia ihmissuhteita ja kohdistaa häneen samoja tunteita kuin alkuperäisiin. Psykodynaamisessa koulukunnassa on keskusteltu myös siitä, onko allianssi vain transferenssiin liittyvä vai koskeeko se myös ”todellista” terapeutin ja asiakkaan välistä suhdetta. Epäselvää siis on, onko allianssi interpersonaalinen (yksilöiden välinen) vai intrapersonaalinen (yksilön sisäinen) käsite.

Adam O. Horvathin mukaan allianssi on terapeutin suhteen osa, jonka hän määrittelee:

Allianssi viittaa asiakkaan ja terapeutin yhteistyösuhteen laatuun ja voimakkuuteen. Käsite pitää sisällään molemminpuolisen positiivisen tunnesiteen, joka näyttäytyy uskona, kunnioituksena ja huolenpitona. Allianssi pitää sisällään aktiivisen velvoitteen osallistua terapian tavoitteisiin ja niiden tutkimiseen. Terapiassa allianssi saa aikaan tunteen kumppanuudesta asiakkaan ja terapeutin välillä, jolloin molemmat osapuolet kantavat vastuuta terapiasta ja sitoutuvat yhteiseen prosessiin. Allianssi on asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen tietoinen ja tarkoituksellinen tekijä. (Horvath 2001, 365; Horvath & Bedi 2002, 41.)

Bordinin (1979) mukaan allianssi muodostuu kolmesta komponentista: yhteisymmärrys tehtävistä (tasks), tavoitteista (goals) ja sidoksesta (bonds). Tehtävät terapiassa tarkoittavat käyttäytymistä ja tiedonkäsittelyä, joista muodostuu terapian sisältö. Sidoksella kuvaa liittoa tai kiinnitystä eli terapeutin ja asiakkaan luottamusta, uskoa ja hyväksyntää toisiaan kohtaan. Tavoitteet käsittävät molempien osapuolten hyväksymiä tavoitteita, jotka on valittu terapian päämääräksi. Edellä mainitut kolme komponenttia vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi yhteisymmärrys tavoitteista lujittaa sopimusta, sidosta. Samoin, jos toimivaa sidosta ei ole, on hankala neuvotella tehtävistä ja tavoitteista. (Bordin 1979, 252–260.)

3.2 Allianssisäröjen korjaaminen

Tutkimusten mukaan terapeutin allianssi on eräs parhaista terapian tulosta ennakoivista tekijöistä riippumatta erilaisista hoitomuodoista (Wampold 2001; Leiman 2004). Koska allianssi on tärkeä hoidon tulosten kannalta, on syytä selvittää, miten allianssisäröjä (ruptures in alliance) voidaan korjata. Terapeutin ja asiakkaan välillä on käynnissä jatkuva neuvottelu terapian tehtävistä ja tavoitteista. Tämä neuvotteluprosessi luo otolliset olosuhteet terapeutille muutokselle. Asioiden rullatessa neuvottelu voi olla tiedostamatonta. Esimerkiksi terapeutti voi päättää ilman tietoista harkintaa, että ei käytä jotakin tiettyä interventiota, koska hänellä on tunne, että se ei auta asiakasta tai asiakas näyttää epäilevältä. Kun allianssissa syntyy särö, neuvottelu siirtyy etualalle. Silloin kyse ei ole pinnallisesta keskustelusta vaan todellisesta konfrontaatiosta kahden yksilön välillä. Silloin aiheina ovat ristiriidat, tarpeet, toiveet ja tarkoitusperät. Molemmat – sekä terapeutti että asiakas – yrittävät tehdä selväksi, paljonko he voivat mukautua ilman, että luopuvat jostakin itselle tärkeästä. Tämä neuvottelu on eri asia kuin kritisointi. Kritiikki on tätä keskustelua haavoittavampaa, sillä silloin allianssia verrataan tottelemiseen. (Safran, Muran, Samstag & Stevens 2002, 235.)

Ongelma terapeutisessa allianssissa voidaan määritellä jännitteeksi tai katkeamaksi asiakkaan ja terapeutin välisessä yhteistyösuhteessa. Rikkoutumat vaihtelevat intensiteetiltään pienistä jännitteistä suuriin yhteisymmärryksen ja kommunikaation katkeamisiin. Ilman korjausliikettä tilanne voi ajautua terapian ennenaikaiseen lopetukseen ja hoidon epäonnistumiseen. (Safran ym. 2002, 235–236.)

Allianssisärö voi juontua esimerkiksi ristiriitaisesta tavoitteenasettelusta. Asiakas aloittaa hoidon vapautuakseen paniikkioireista ja terapeutti alkaa etsiä pitkän kaavan mukaan psykodynaamista selitystä. Ristiriita tehtävästä voi olla sellainen, että asiakas uskoo itselleen olevan tärkeää selvittää elämän historian tapahtumia, mutta terapeutti on suuntautunut tässä ja nyt -hetkeen. Jännite sidoksessa voisi olla sitä, että asiakas kokee terapeutin olevan ylimielinen tai että hän ei tule ymmärretyksi. Kolme erilaista ongelmatyyppiä eivät sulje toisiaan pois. Esimerkiksi asiakas, jonka terapeutti ei halua neuvotella tehtävistä, voi kokea epäonnistuneensa. (Safran ym. 2002, 235–237.)

A. SUORA

1. tehtävä & tavoite		2. sidos	
a) tehtävät perustellaan tai pilkotaan	b) tutkitaan henkilöiden välisiä ydinteejoja	a) selvitetään väärinymmärrykset	b) tutkitaan henkilöiden välisiä ydinteejoja

B. EPÄSUORA

1. tehtävä & tavoite		2. sidos	
a) tehtävä tai tavoite vaihdetaan	b) tehtävä tai tavoite muotoillaan uudelleen	a) empaattinen asennoituminen	b) korjaava emotionaalinen kokemus

Kuvio 2. Terapeutin allianssin interventiostrategiat (Safran & Muran, 2000, 235.)

Kuviossa 2 selvitetään erilaisia strategioita, joilla vaikutetaan terapeutin allianssiin. Esimerkki suorasta tilanteeseen puuttumisesta, jolloin asiakas on eri mieltä tehtävästä (A1), kuten mielessä liikkuvien asioiden kertomisesta. Tällöin ongelma ratkaistaan puhumalla tehtävän

terapeuttisista perusteista tai siitä, miksi asiakkaan on vaikea puhua; voiko se olla tyypillistä hänelle, liittyykö se hänen henkilöhistoriaansa? (Safran ym. 2002, 237; Safran & Muran, 2000, 235.)

Tehtävän terapeuttisten perusteiden kertominen asiakkaalle voi olla tärkeässä roolissa, kun yhteistyötä luodaan tai korjataan syntyneitä vikoja. Terapeutti voi esimerkiksi kertoa transferenssin mahdollisesta osallisuudesta terapiasuhteessa, jolloin asiakas voi ymmärtää tilanteen juontuvan aikaisemmista suhteistaan. (Safran ym. 2002, 237.)

Suhteisiin liittyvien ydinkysymysten tutkiminen voi olla aiheellista esimerkiksi tilanteessa, jossa asiakas kokee terapeutin kysymykset tungettelevina. Tällöin kokemuksen todellisen luonteen tutkiminen voi johtaa siihen, että asiakas tunnistaa sen olevan osa yleisempää kokemusta. (Safran ym. 2002, 240.)

Kun lähdetään muotoilemaan tehtävää tai tavoitetta uudelleen (B1b) hyväksytään asiakkaan mielipide. Tämä on eräs liittymisintervention muoto. Asiakas voi olla haluton tekemään terapiassa mitään, koska pelkää tulevansa torjutuksi sosiaalisen kontaktin lähentyessä. Tehtävän uusi muotoilu voisi tällöin olla, että mennään ahdistusta tuottavaan tilanteeseen ja tarkastellaan siinä syntyviä kognitiivisia prosesseja. (Safran ym. 2002, 240.)

Tehtävän tai tavoitteen vaihtamisen (B1a) syynä voi olla, että terapeutti pyrkii työskentelemään asiakkaan kannalta relevanteimmalla alueella mieluummin, kuin tutkii väkisin pohjimmaisten ristiriitojen taustatekijöitä. Terapeutin tahto sopeutua asiakkaaseen työskentelemällä hänelle tärkeiden aihepiirien parissa, voi olla tärkeää allianssin muodostuksessa. Asiakas kokee, että hän tulee kuulluksi eri tavalla kuin muissa suhteissa. Se vähentää myös asiakkaan pelkoja hoitoa kohtaan. Oireiden tasolla viipyminen voi lisätä luottamusta terapeuttiin ja mahdollistaa jatkotyöskentelyn syvempien aihepiirien parissa. (Safran ym. 2002, 240.)

Väärinymmärryksen selvittäminen pintatasolla (A2a) voi tapahtua tilanteessa, jossa terapeutti huomaa asiakkaan vetäytyneen tilanteesta ja alkaa selvittää meneillään olevaa tapahtumaa. Asiakas voi kokea, että terapeutti kritisoi häntä, jolloin terapeutti voi ei-defensiivisesti kertoa, että tuntee asiakkaan joutuneen kritiikin kohteeksi omien sanojensa vuoksi. (Safran ym. 2002, 240.)

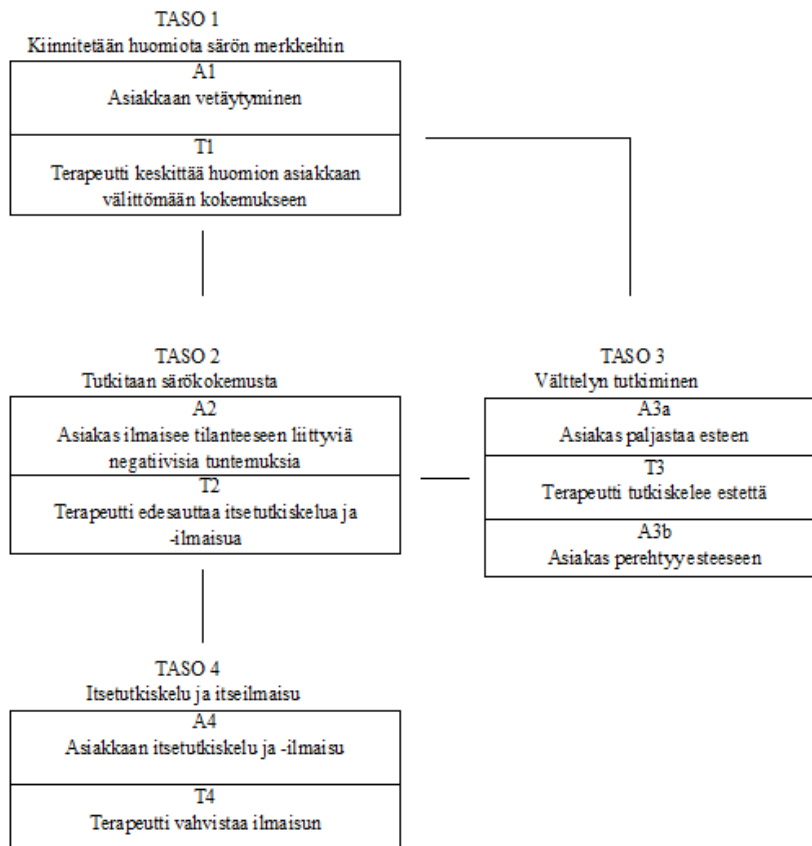
Terapeutin ja asiakkaan sidosta kuormittavien seikkojen tutkinta johtaa usein ydinteemojen äärelle (A2b) Esimerkiksi asiakkaan kokemus, että terapeutti ei ymmärrä häntä, voi olla merkki narsistisesta herkkyydestä, josta kehittyy hoidon pääfokus. (Safran ym. 2002, 240.)

Asiakkaan vastustukseen liittyminen (B2a) voi olla terapeutin perääntymistä interventiosta huomattessaan asiakkaan kokevan tilanteen nostamien tunteiden olevan liian tuskallisia ja uhkaavia. Tällöin terapeutti osoittaa ymmärtävänsä, että asiakkaalla on oikeus suojella itseään. (Safran ym. 2002, 240.)

Terapeutti voi tuottaa asiakkaalle uuden kokemuksen suhteessa olemisesta (B2b). Tämä interventio on tärkeä, jos asiakkaan on vaikea tutkia terapiasuhdetta tässä ja nyt -tilanteessa. Tällöin terapeutti voi neuvoa asiakasta ilmaisemaan erilaisia mielipiteitä asioista ja toimia samalla eri tavalla kuin esimerkiksi hylkäävä äiti, jonka kanssa ei ole voinut neuvotella. (Safran ym. 2002, 240.)

Asiakkaat kokevat usein olonsa epämukavaksi terapiassa tai ovat eri mieltä terapeutin kanssa, mutta eivät uskalla ilmaista negatiivisia tuntemuksiaan. Terapeutin tulisikin tiedostaa ja hyväksyä tämä. Kun terapeuttisessa suhteessa ilmenee jännitteitä, terapeutti voi hienovaraisesti ja aloitteellisesti puuttua tilanteeseen. Asiakkaalle on tärkeää saada ilmaista negatiivisia tunteitaan, joihin terapeutin pitäisi suhtautua hyväksyvästi, avoimesti ja ei-defensiivisesti. Myös terapiaan liittyvien pelkojen tai odotusten selvittäminen voi johtaa allianssiongelmiin juurille. Asiakkaan negatiivisilla tunteilla terapeuttia kohtaan voi olla tärkeä merkitys terapian tulosten kannalta. Ne voivat olla ”ratkaisun avain”, kunhan terapeutti pystyy kestämään tilannetta tulematta vihamieliseksi asiakasta kohtaan tai käyttäytymällä muuten defensiivisesti. Tilanteen haastavuuden vuoksi terapeuttien koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota allianssiongelmiin tunnistamiseen ja ratkaisuihin. (Safran ym. 2002, 252.)

Safran ja Muran esittelevät Psychotherapy in Practice lehdessä (vol. 56, 2000) myös toisen kaavion (kuvio 3), jossa esitellään allianssisäröjen korjausmalli.



Kuvio 3. Terapeuttisen allianssin särön ratkaisumalli (A = asiakas, T = terapeutti) (Safran & Muran 2000, 240.)

Kuviossa 3 tasolla 1 asiakas ilmaisee verbaalisesti tai toiminnalla, että yhteistyö säröilee. Konfrontaatiossa asiakas ilmaisee suoraa vihaa, narkästystä tai tyytymättömyyttä terapeuttia tai jotakin terapian osa-aluetta kohtaan. Vetäytymällä asiakas irrottautuu terapeutista, omista tunteistaan tai jostakin terapian osa-alueesta. Monet allianssiongelmat voivat olla myös edellisten kombinaatioita. (Safran & Muran, 2000, 240.)

Terapeutit pyrkivät ratkaisemaan tilanteen usein vastaamalla asiakkaan ilmaisuun vihamielisesti, ylilämpimästi tai defensiivisesti. Myös myötäilevän tai välttelevän vastaanoton taustalla on usein dominoiva ja kontrolloiva käyttäytyminen. Esimerkiksi asiakas, joka suhtautuu alistuneesti terapeutin tulkintaan, voi samalla pyrkiä siihen, että terapeutti olisi dominoivampi ja kertoisi enemmän, mitä pitäisi tehdä. Tällaisessa tilanteessa terapeutin on

syytä tiedostaa tilanne ja siirtyä metatason keskusteluun siitä, mistä oikein on kysymys. Tämä tapahtuu nostamalla ”kissa pöydälle” kysymällä asiakkaan kokemuksesta tai kertomalla omista tuntemuksista. Tämä interventio johtaa särön nostattamien ajatusten ja tunteiden tutkimiseen (taso 2) sekä toisaalta sisäisten prosessien tutkimiseen, jotka ovat esteenä särökokemuksen avoimelle ilmaisulle (taso 3). (Safran & Muran, 2000, 240–241.)

Tasolla 2 asiakas ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan ongelmatilanteesta omalla persoonallisella tavallaan. Jotkut ilmaisevat ensin suoraan negatiivisia näkemyksiään, joita toisessa vaiheessa jalostavat tai vetävät kokonaan takaisin. Asiakas voi ilmaista asian myös syyttävästi tai vähättelemällä, jolloin vastuu asiasta on kokonaan poissa heiltä. Tällaisessa tilanteessa terapeutin interventiot (T2), joilla syvennetään asiakkaan tietoisuutta omista kielletyistä tarpeistaan sekä tuetaan asiakkaan itseilmaisua, ovat tarpeen. Interventio voi olla esimerkiksi fokuksointi terapiasuhteen nykytilaan tai tietoisuusharjoitteiden käyttö. Tietoisuusharjoituksessa terapeutti otaksuu, että se särön nostattama tunne, jota halutaan vältellä, kohdistetaan mihin tahansa tunnekokemukseen. Onnistuneessa tilanteessa asiakas saa kiinni tunteistaan ja sitä kautta myös kokemuksesta, jonka haluaa kieltää. (Safran & Muran, 2000, 241.)

Kolmas taso johtaa uskomusten, odotusten ja muiden sisäisten kokemusten tutkimiseen, jotka estävät asiakkaan ilmaisua tai omien tarpeiden hyväksymistä ja esiintuomista. Esteitä on kahta tyyppiä: sisäiset odotukset ja voimakas itsekritiikki. Esimerkiksi asiakkaan, joka pelkää vihan ilmaisun johtavan kostotoimiin, on vaikea kohdistaa vihan tunteita terapeuttiin. Samoin on laita asiakkaalla, joka kokee vihan ilmaisemisen olevan lapsellista. (Safran & Muran, 2000, 241.)

Tavoitetasolla 4 asiakas hyväksyy primääritunteensa ja ilmaisee toiveitaan ja tarpeitaan terapeutille, sekä ottaa niistä itse vastuun. Tämä vaihe edellyttää yksilöitynyttä riippumattomuutta sekä kunnioitusta terapeuttia kohtaan. Syyttely ja vaatimukset ovat merkkejä individuaation puutteesta. Tärkeää on myös, että terapeutti hyväksyy ja ymmärtää asiakkaan yksilöllisen tilan. (Safran & Muran, 2000, 241.)

Usein ongelmien ratkaisuprosessi käynnistyy lupaavasti, mutta pysähtyy sitten esteeseen. Tällöin terapeutin tehtävänä on kiinnittää asiakkaan huomio sisäiseen kokemukseensa ja siirtää metatason keskusteluun, jolla analysoidaan asiakkaan vastustusta. Terapeutin empaattinen ja hyväksyvä tapa sallia ja tukea asiakkaan ilmaisua vahvistaa asiakkaan osallisuutta terapia-

prosessissa. Samoin onnistunut korjaus on samalla korjaava kokemus asiakkaan elämässä ja auttaa häntä selviytymään paremmin sosiaalisissa suhteissaan. Parhaimmillaan asiakas tekee jatkossa aloitteen allianssiongelman ratkaisemiseksi. (Safran & Muran, 2000, 241–242.)

3.3 Palautteen antaminen terapiassa

Palaute on jatkuvasti läsnä oleva ilmiö psykoterapiassa. Se on mukana terapian toteuttamisessa, terapiasta puhuttaessa sekä terapeuttien koulutuksessa. Harkitusti käytettynä, fokusoi-
tuna interventiona se on tehokas työkalu, jolla voi muuttaa asiakkaan käyttäytymistä, itse-
ilmaisua sekä hänen tulkintojaan ja havaintojaan itsestään ja ympäristöstään. Käsitteenä se on
yhtäältä yksinkertainen ja suoraviivainen, toisaalta monimutkainen prosessi, minkä terapeutti-
nen hyötykäyttö vaatii paljon ymmärrystä ja taitoa. Palaute määritellään psykologiassa ulkoi-
sen lähteen antamaksi tiedoksi henkilölle hänen käyttäytymisestään tai sen vaikutuksista.
(Claiborn, Goodyear & Horner 2002, 217, 218.)

Palaute sisältää kuvailevan ja arvioivan komponentin. Palautteen anto edellyttää jonkinlaista
arviointia palautteen saajan käyttäytymisestä. Monissa tapauksissa arviointi on informaalia ja
jatkuva eli se sisältää henkilön havainnot ja reaktiot toisen käyttäytymiseen joka hetki ollen
sekä verbaalia että nonverbaalia palautetta. Arviointi voi olla myös formaalia, jolloin palaut-
teen antajalla on erityistä asiantuntijuutta antaa sitä. Terapeutit käyttävät sekä formaalia, että
informaalia arviointia. Informaalinen palaute ohjaa asiakasta terapiassa kohti terapian tavoit-
teita. Formaali palaute liittyy motivointiin ja siinä otetaan huomioon myös se, että kaikki
palautteen herättämät tunteet eivät ole terapeuttisia. Terapeutin tehtävä on tarkkailla palaut-
teen antoa ja toimia niin, että palaute ei tärvele ilmapiiriä ja nosta asiakkaan vastustusta.
(Claiborn ym. 2002, 217, 218.)

Palautteen sisältö riippuu tilanteen luonteesta ja tavoitteista. Jacobs (1974, ref. Claiborn ym.
2002, 218.) jakaa palautteen sisällön neljään tyyppiin: 1. Kuvaus asiakkaan käyttäytymisestä;
”Äänesi kuulostaa epävarmalta, etkä katso minua silmiin.” 2. Emotionaalinen reaktio asiak-
kaan käytökseen; ”Minusta tuntuu pahalta, kun en ymmärrä, mitä sanot.” 3. Johtopäätös
käyttäytymisestä, mikä ei ole suoraan havaittavissa, kuten asiakkaan ominaisuus tai sisäinen
kokemus; ”Vaikutat viihtyvän seurassa.” 4. Peilaus eli asiakkaalle näytetään esimerkiksi
videolta omaa käytöstä.

Palaute sisältää monia muuttujia, kuten kuvailun; erityisyys / yleisyys tai positiivisuus / negatiivisuus, positiivisen ja negatiivisen palautteen vaihtelun sekä interpersonaalisen kontekstin, jossa palaute annetaan. Palaute muistuttaa ja toimii terapeuttisen intervention tapaan. Palaute voi olla supportiivista, konfrontoivaa tai tulkitsevaa. Palaute muuttuu sitä tulkitsevammaksi, mitä kauemmaksi mennään huomioiden perusteella tehtävästä kuvailusta ja siirrytään päätteen tasolle. Terapiassa tapahtuva jatkuva tilanteiden arviointi on myös tulkintaa, josta asiakas saa palautetta. (Claiborn ym. 2002, 218, 219.)

Palaute on vastavuoroinen ilmiö. Siinä sekä terapeutti että asiakas ovat samanaikaisesti palautteen antajia ja vastaanottajia. Jokainen palaute perustuu toisen henkilön havainnointiin ja arviointiin. Terapeutin antama palaute herättää asiakkaassa vasteen. Asiakas ottaa palautteen huomioon, reflektoi sitä, on siitä samaa tai eri mieltä, korjaa tai vääristelee sitä, tai hyväksyy sen. Samalla tavalla terapeutti reagoi asiakkaan palautteeseen. Psykoterapiassa katsotaan, että terapeutilla on sosiaalista valtaa, joka näkyy kykynä vaikuttaa asiakkaan käytökseen (palaute) muutosta tukevasti ja korjaavina interventioina. Palautteen annon huolellinen suunnittelu ja asiakkaan reagoinnin ennakointi tekevät siitä terapeuttisen välineen, jolloin palautteen antaminen tapahtuu asiakkaan tarpeista ja terapian tavoitteista käsin. Tärkeää on myös käsitellä ja työstää palautteen nostattamia tuntemuksia. Esimerkiksi asiakkaan heikko itsetunto ja negatiivinen mieliala voivat aiheuttaa sen, että asiakas tulkitsee palautteen helposti väärin ja negatiiviseen suuntaan, mikä terapeutin kannattaa pitää mielessä palautteen annossa. (Claiborn ym. 2002, 218, 219, 230.)

Palaute voi olla kehumista, tukemista, suoruutta, osoittamista ja tulkintaa. Muodot vaihtelevat samoin kuin palautteen vaikutus ja tehtävä terapeuttisessa muutoksessa. Positiivinen palaute lujittaa ja muokkaa asiakkaan itsetuntemusta. Negatiivisen palautteen tehtävä on korjata asiakkaan asenteita ja käyttäytymistä. Turvallisessa ja luottamuksellisessa terapiasuhteessa kyky sietää negatiivista palautetta voi kasvaa, varsinkin, kun myös positiivista palautetta annetaan. Optimaalinen terapiasuhte myös paranee molemmin puolisen positiivisen palautteen voimasta. (Claiborn ym. 2002, 220, 230.)

3.4 Vastatransferenssi

Vastatransferenssilla tarkoitetaan asiakkaan terapeutissa aikaansaamia tunnereaktioita. Vastatransferenssi aktivoituu terapeuttisessa vuorovaikutuksessa ja vaikuttaa siihen, mitä terapeutin ja asiakkaan välillä tapahtuu. (Bruscia 1998b, 52.)

Priestleyn (1994) mukaan vastatransferenssi voidaan jakaa klassiseen, empaattiseen ja täydentävään vastatransferenssiin, joista ensimmäinen perustuu Freudin ajatukseen vastatransferenssista ja tarkoittaa terapeutin omia transferenssitunteita suhteessa asiakkaaseen. Täydentävä vastatransferenssi tarkoittaa terapeutin samaistumista asiakkaan sisäisiin objekteihin, mikä voi ilmetä esimerkiksi niin, että terapeutti alkaa käyttäytyä kuin asiakkaan äiti. Empaattinen vastatransferenssi tarkoittaa terapeutin eläytymistä empaattisesti asiakkaan kokemuksiin ja tunteisiin. (Priestley 1994, 77–80.)

Empaattinen vastatransferenssi riippuu terapeutin herkkyydestä ja vapaudesta ilmaista tunteita, mutta sen hyödyntäminen asiakastyössä on kiinni hänen ajattelunsa selkeydestä. Joskus voi käydä niin, että asiakkaan raskas tunnelasti tekee terapeutin kyvyttömäksi ajattelemaan ja terapia pysähtyy paikalleen. Vaatii kokemusta ja aikaa oppia erottamaan omat tunteet asiakkaan tunteista sekä pystyä hiljaa mielessään tutkimaan niitä ja niiden merkityksiä. (Priestley 1994, 90.)

Bruscia (1998b, 71.) loi käsitteet inter- ja intrasubjektiivinen vastatransferenssi. Intrasubjektiivinen pitää sisällään terapeutin elämänkokemukset, kulttuurin, filosofian, koulutuksen, musiikkimieltymykset, ammatillisen identiteetin, käsitykset sairaudesta ja terveydestä, vuorovaikutustavan jne. Intersubjektiivinen vastatransferenssi sisältää kaiken, mikä syntyy asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksessa.

Terapeutti voi reagoida vastatransferenssituntein asiakkaan musiikilliseen, verbaaliseen tai keholliseen ilmaisuun ja samalla tavoin ilmaista niitä itse. Intersubjektiivinen vastatransferenssi ilmenee somaattisina tuntemuksina, polarisoituneina emootioina, odottamattomina reaktioina, äkkinäisinä päätöksen tekemisinä, epätarkoituksenmukaisina rooleina, sääntöinä, rutiineina ja loppuun palamisena. (Bruscia 1998b, 71–91.)

Intersubjektiivinen vastatransferenssi ilmenee:

1. Rajojen rikkoutumisena, jolloin terapia-aika ylittyy, kontakteja on myös terapian ulkopuolella, terapeutti ottaa vastaan lahjoja, sallii kaiken tai pakottaa asiakasta.
2. Prosessin hallintaongelmina, jotka voivat näyttäytyä liian nopeana etenemisenä eli teemojen avaamisena liian varhain. Se voi olla myös liian vähäistä kannattelua ja turvaa tai aloitusten ja lopetusten epäselvyyttä.
3. Kontrollointina, jolloin terapiassa ei sallita pauseja, eikä hyväksytä hiljaisuutta, Terapeutti saattaa aloittaa ja lopettaa toiminnot itse tai tekee asioita asiakkaan puolesta. Kontrollointia on myös se, että ei kuuntele asiakkaan todellisia tarpeita vaan muuttaa esimerkiksi musiikillisen ilmaisun väkisin harmoniseksi.
4. Dissosiaationa, jolloin terapeutti unohtelee asioita.
5. Terapeutista muodostuu pelastaja, joka huolehtii asiakkaasta yötä päivää. (Scheiby 2005, 11.)

Musiikillinen transferenssi koostuu asiakkaan ilmaisemista musiikillisista kuvioista ja muodoista, jotka heijastelevat asiakkaan tunteita, ajatuksia, mielikuvia, asenteita, mielipiteitä ja fyysisiä tuntemuksia, joiden alkuperä on menneisyyden tai nykyhetken tietoisessa tai esitietoisessa materiaalissa. Asiakkaan transferenssi voi välittyä vastatransferenssitunteina terapeutille. Vastatransferenssin voi tunnistaa myös musiikissa. Tällöin musiikki vaikuttaa olevan irti asiakkaan ilmaisusta tai se ei vaikuta tarkoituksenmukaiselta terapeutin kontekstista. Terapeutti saattaa hämmästyä omaa musiikillista ilmaisuaan tai hän kokee, että ei saa kiinni, mistä musiikki nousee. Terapeutti voi kokea myös tullessa pakotetuksi tietynlaiseen musiikilliseen ilmaisuun. Vastatransferenssia tutkittaessa on tärkeää tiedostaa, mitkä asiat musiikissa ovat intrasubjektiivista ja mitkä intersubjektiivista alkuperää. Työnohjauksessa on hyvä analysoida asiaa kuuntelemalla terapioiden musiikkinauhoituksia. Työnohjaus on paras paikka oppia tunnistamaan musiikillista vastatransferenssia. (Scheiby 2005, 11–12.)

Musiikkiterapeuteilla, joiden taustalla on trauma tai hyväksikäyttökokemus, on jatkuva ja läpitunkeva tunne uhkaavasta traumasta. Tällaisella terapeutilla on taipumus luoda liiallinen intensiteetti ja ylidramaattinen ilmapiiri musiikillisessa kontaktissa asiakkaiden kanssa. Tämä voi tapahtua heti ensimmäisessä istunnossa, jolloin asiakas joutuu tilanteeseen, josta on vaikea perääntyä. Musiikki voi nopeasti ohittaa asiakkaan puolustuksen ja nostaa esiin uhkaavaa materiaalia, jolloin terapia etenee liian nopeasti ja turvallisuus sekä terapeutin allianssin suojaaminen unohtuvat. Kun asiakkaan musiikillinen ilmaisu sisältää dramaattisia

elementtejä, terapeutin alitajuinen tarve samantyyppiseen kokemukseen voi johtaa terapeutin liialliseen musiikilliseen peilaamiseen ja tunteen vahvistamiseen. Tällöin asiakas jää vaille riittävää todellista persoonallista kontaktia. (Scheiby 1998, 240–241.)

Trauman olemassaolo joko terapeutin tai asiakkaan taustalla voi johtaa vaikeuksiin säilyttää rajoja musiikissa ja musiikin ulkopuolella. Tilanne näyttäytyy epätarkoituksenmukaisina terapian rakenteina tai terapian hallinnan puutteina, riittämättömänä asiakkaan tarpeiden huomiointina sekä terapeutin omien tarpeiden voimallisena esiintyöntymisenä. Kun terapeutti jättää asiakkaan tarpeet huomiotta, hän voi pakottaa asiakkaan soittamaan tai laulamaan ennen kuin hän on valmis tähän. Asiakkaan jyrääminen tai jättäminen jumiin voivat kertoa terapeutin ratkaisemattomasta vastatransferensista. Se voi ilmetä myös pysyttämisenä verbaalissa prosessoinnissa musisoinnin sijaan. Terapeutit, jotka toimivat tiedostamattomasti omien tarpeidensa ohjastamina, eivät tiedosta ammatillista työtettä ja tarvitsevat tiivistä työnohjausta ja terapiaa. (Scheiby 1998, 241–242.)

Vastatransferenssin terapeuttinen käyttö vaatii itsensä tuntemista ja rohkeutta kohdata omia tunteita. Sen käyttö työkaluna kohenee terapiakokemuksen kasvaessa. Vastatransferenssia voi käyttää eräänlaisena intersubjektiivisena työkaluna. Käytännössä vastatransferenssia voidaan hyödyntää terapiatilanteissa jakamalla asiakkaan kanssa mielikuvia, tunteita, ajatuksia ja somaattisia reaktioita, joita musiikki on herättänyt, mikäli se on tarkoituksenmukaista asiakkaan prosessin kannalta. Terapeutti voi myös kertoa omasta kuulokokemuksestaan empaattisesti ja varovaisesti, kun hän kuuntelee asiakkaan musisointia. Jakaminen voi lisätä asiakkaan tietoisuutta omista tunteista ja kokemuksista, jotka voivat olla ongelmien taustalla. Samalla hän voi kokea olevansa enemmän mukana terapiatyöskentelyssä ja että häneen suhtaudutaan empaattisesti. Asiakkaalle välittyy, että terapeutti tekee töitä terapian tavoitteen saavuttamiseksi yhtä lujasti kuin asiakaskin. Vastatransferenssia voi ilmaista myös tietoisesti musiikillisessa vuorovaikutuksessa. (Scheiby 2005, 12.)

3.5 Empatia

Empatialla on myrskyinen historia psykoterapiassa. Siihen on suhtauduttu ajoittain skeptisesti, koska sen on ajateltu olevan universaali ilmiö, joka ei erityisesti liity terapiatyöhön. Psykoterapeuttisen tutkimuksen kohteena se on ollut jo 1970-luvulta lähtien. Tällä hetkellä empatiasta ollaan kiinnostuneita erityisesti kehitys- ja sosiaalipsykologian alueilla. (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson 2002, 89.)

Yksi syy empatian tutkimuksen ongelmallisuuteen on ollut vaikeus määrittellä sitä. Empatia ei ole sympatian tapaan myötätuntoa. Sympatia on yhdessä tuntemista (*kreik. sympatheia*), toisen henkilön mielihyvän kokeminen omana mielihyvänä (myötäilo) tai tuskan ja mielihahan mielihahana (sääli), kun taas empatia (*kreik. empathia: kiintymys*) on myötätuntoista eläytymistä, samaistumista toiseen henkilöön ja hänen tilanteeseensa, eläytymistä toisen tunteisiin. (Turtia 2001, 241, 952, 953.)

Kehityspsykologit keskittyvät empatian affektiiviseen komponenttiin. He määrittelevät sen tunteena toisen tunteeseen tai hoidollisena vasteena toisen henkilön tunteeseen. Empatian, sympatian ja emotionaalisen kosketuksen (contagion) rajat ovat vaikeasti erotettavissa. Asiakaskeskeisen terapian sekä psykoanalyttisen suuntauksen edustajat fokuoivat kiinnittävät huomion empatian kognitiivisiin aspekteihin. Empatia on ymmärrystä sitä kohtaan, miten asiakas kokee maailman eli se on asiakkaan tilan ymmärtämistä. Siihen kuuluu myös affektiivisen kokemisen ymmärtäminen. (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson 2002, 89.)

On erilaisia tapoja astua toisen saappaisiin; se voi tapahtua emotionaalisesti, kognitiivisesti, hetki-hetkeltä näkökulmasta tai kokonaisvaltaisena yrityksenä ymmärtää, miltä tuntuu olla toinen ihminen. Tästä näkökulmasta katsottuna myös empatian ytimeen voidaan valita erilaisia asioita. On olemassa erilaisia tapoja ilmaista empatiaa, mihin kuuluvat empaattinen reflektointi, empaattisen kysymyksen esittäminen, kokemuksen lähitulkinna, empaattiset arvaukset sekä empatian vastuullinen käyttö terapiatyössä. (Bohart ym. 2002, 90.)

Terapeuttinen empatia jaetaan yleisesti kolmeen muotoon: empaattiseen yhteistyösuhteeseen, kommunikaatioon virittäytymiseen ja henkilöempatiaan. Joillekin terapeuteille empatia merkitsee ennen kaikkea yhteistyösuhdetta ja asiakkaan tukemista. Terapeutti suhtautuu asiakkaaseen lempeästi välittäen ymmärrystä. Toinen empatian muoto koostuu aktiivisesta, jatkuvasta

yrityksestä hetki hetkeltä suuntautua asiakasta ja meneillään olevaa prosessia kohti (vrt. Pedersen 2006). Henkilöempatia on yritystä ymmärtää asiakkaan kokemisen tapaa historiallisesta sekä tässä ja nyt -näkökulmasta. Kysymys kuuluu, miten asiakkaan kokemukset ovat johtaneet asiakkaan tämän hetken ajatteluun ja tuntemiseen tai siihen miksi hän toimii niin kuin toimii. Henkilöempatia on erityisen tärkeä psykodynaamisessa koulukunnassa (vrt. empaattinen vastatransferenssi). Usein empatialla pyritään luomaan asiakkaalle kokemus, että häntä ymmärretään sekä luomaan turvaa. Empatia tarjoaa myös mahdollisuuden aktiiviseen asioiden selvittelyyn, kun asiakkaan empaattisen ymmärtämisen kautta ongelma nähdään asiakkaan ymmärryksen valossa. (Bohart ym. 2002, 91–93.)

Pedersen kirjoittaa empatiasta ja sen suhteesta mm. vastatransferenssiin väitöskirjassaan (*Counter transference in music therapy* 2006). Kun asiakkaasta kerätään tietoa sensitiivisellä kuuntelemisella, on itsetutkiskelun lisäksi empatia tärkeää. Kuuntelu kääntyy joko sisään- tai ulospäin, jolloin empaattisesti ja avoimesti kuunnellaan itseä tai toista. Terapeutti on kokonaisvaltaisesti läsnä tilanteessa ja reflektoi kokemaansa, jolloin myös hänen tietoisuuden tasonsa usein vaihtelevat. Pedersen loi käsitteen ammatillinen empatia (professional empathy), joka kuvaa asiakkaan syvällistä ymmärtämistä, jonka tarkoituksena on päästä sisälle asiakkaan maailmaan. Ammatillisen empatian hän määrittelee olemisena subjektina läsnä terapiatilanteessa sekä samanaikaisesti vaihdellen liikkua interpersonaaliselta tasolta asiakkaan maailmaan. (Pedersen 2006, 46–54, 95.)

Potilaan kokemuksella työntekijän empaattisuudesta on voimakas yhteys hoidon tuloksellisuuteen. Lisäksi empaattinen suhtautuminen vahvistaa yhteistä käsitystä hoidon tavoitteista sekä niistä keinoista, miten ne saavutetaan ja tätä kautta parantaa tuloksellisuutta. Toisaalta tuloksellisuus keskimäärin heikentyy, mikäli potilas ei koe työntekijää empaattisena. Terapian tuloksellisuuteen vaikuttaa, että asiakas kokee tullessa ymmärretyksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että terapeutit yrittävät ymmärtää asiakastaan. Tämä ei tarkoita, että terapeuttien pitää hyväksyä asiakkaansa tekemiset tai olla kaikesta samaa mieltä vaan ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että terapeutin empaattisten ilmausten tulee suuntautua kohti terapian tavoitteita ja tuloksia. (Bohart ym. 2002, 100–101.)

Empaattisen terapeutin tehtävä on pyrkiä ymmärtämään asiakkaan kokemusta sanoja enemmän. Aidosti empaattiset terapeutit eivät toistele asiakkaan sanoja tai reflektoi pelkästään puheen sisältöä, vaan he pyrkivät jäsentämään kokonaistilannetta. Terapeutin empaattiset

vasteet asiakasta kohtaan voivat olla empaattisen ymmärryksen välittämistä asiakkaan kokemusta kohtaan. Empatia on myös asiakkaan kokemuksen validointia eli asiakkaan kokemuksen todesta ottamista. Empaattisen vahvistamisen tarkoituksena puolestaan on rikastuttaa asiakkaan ilmaisua käyttämällä konkreettista ja konnotatiivista (= puhujan oma, subjektiivinen tulkinta) puhetapaa, joilla voidaan myös saada aikaan epäilevä tai kyseenalaistava vaikutus. Empaattiset arvailut ovat terapeutin yrityksiä päästä selville asiakkaan kertomuksen merkityksistä. Ne ovat jokseenkin sama asia kuin tulkinnat, mutta niillä ei ole tarkoitus tuoda esille asiakkaalle uutta tietoa. (Bohart ym. 2002, 101–102.)

Eri asiakasryhmät suhtautuvat empatiaan eri tavalla, minkä vuoksi terapeuttien pitää tunnistaa tilanteet, joissa empatiaa kaivataan ja joissa ei. Esimerkiksi masentuneiden ja ahdistuneiden asiakkaiden on vaikea havaita empatiaa puheesta, joten terapeuttien on hyvä ilmaista enemmän yksinkertaisiltakin tuntuvia asioita. Jos asiakkaat eivät ole kiintymyssuhteissaan kokeneet empatiaa, empatiaa sisältävä terapia on erityisen merkityksellinen. Kun terapeutti osoittaa asiakkaalle empatiaa, hän samalla opettaa asiakasta suhtautumaan itseensä empaattisesti ja sitä kautta myös hyväksyvästi. Empatia mahdollistaa yhteyden torjuttuihin tunteisiin ja asioiden käsittelyn turvallisessa vuorovaikutussuhteessa. (Bohart ym. 2002, 93, 94, 100.)

Kokemukset äidin tai muun hoitajan lempeydestä, kovuudesta, läheisyydestä tai poissa-olevuudesta ovat musiikin sisältämien emootioiden lähtökohta, vaikka käytännössä musiikki assosioituisikin myöhempisiin kokemuksiin. Musiikki ilmentää myös tunteita, joita ei itse välttämättä koeta. Musiikki voidaan ymmärtää surulliseksi olematta itse surullinen. Kurkelan mukaan tällainen ymmärtäminen perustuu empatiaan. Musiikki on musiikkiterapian empaattinen silta, jonka avulla voidaan välittää empaattista ymmärrystä asiakkaalle, mutta myös päästä selville sekä asiakkaan että terapeutin tunteista. (Kurkela 1993, 422–426.)

Myös Bruscia korostaa empatian olevan yhteistyösuhteen olennainen työkalu. Sen perusteella terapeutti päättää interventioista. Empatian avulla terapeutti luo suhteen asiakkaaseen, oppii ymmärtämään asiakkaan voimavaroja ja tarpeita sekä luo turvaa, joka auttaa ottamaan vastaan terapeutin tarjoamaan apua. (Bruscia, 1998a, 61, 69.)

4 TUNING THE BRAIN FOR MUSIC -PROJEKTI

Tässä luvussa kuvataan depressiopotilaiden kansainvälistä musiikkiterapiatutkimusta ja tätä tutkimusta varten haastateltujen tutkimusterapeuttien koulutusta sekä heidän toteuttamiensa tutkimusterapioiden sisältöjä ja menetelmiä. Terapeuttien toimiminen tutkimusterapeutteina yhtenäisen asiakasryhmän parissa tietyn metodin mukaisesti on osaltaan vaikuttanut myös tämän tutkimuksen tuloksiin. Koulutuksella on ollut oma merkityksensä terapeuttien käsityksiin syvyyden säätelystä, vaikka jokainen terapeutti onkin tehnyt varsinaista terapiatyötä omalla persoonallisella tavallaan, kuitenkin tietyistä sovituista struktuureista kiinni pitäen.

4.1 Braintuning -tutkimuksen esittelyä

Jyväskylän yliopiston musiikinlaitos on ollut mukana kansainvälisessä Tuning the Brain For Music -projektissa (2006 – 2009), jonka tarkoituksena oli ”musiikillisten emootioiden ja musiikin ymmärtäminen sekä neuraalisten tekijöiden selvittäminen”. Tämä laaja monitieteinen musiikkitutkimuksen projekti oli jaettu erilaisiin työpaketteihin, joista yksi oli musiikki-terapia-aiheinen: ”Kliiniseen improvisaatioon perustuvan musiikkiterapian vaikutus depressiopotilaiden terapiana”. Projektin pääkoordinaattorina toimi Helsingin yliopisto. Jyväskylän yliopiston lisäksi projektin partnereina oli useita eurooppalaisia yliopistoja. Musiikkiterapiatutkimuksen johtajana oli professori Jaakko Erkkilä. Kyseessä oli ensimmäinen laajasti toteutettu satunnaistettu ja kontrolloitu musiikkiterapiatutkimus (RCT = randomized controlled trial) Suomessa. (Erkkilä 2007, 76.)

Tutkimusprotokollan mukaan musiikkiterapiaa käytetään masennuksen hoidossa, vaikka sen vaikutuksia tässä asiakasryhmässä on tutkittu vasta vähän. Cochrane -tietokannasta (Maratos, Gold, Wang, Crawford: Music Therapy for Depression, 2008) löytyy viisi laadullisesti hyväksyttyä tutkimusta. Niistä kolme on tehty vanhuksilla, yksi nuorilla ja vain yksi keskittyi työikäisten masentuneiden musiikkiterapian vaikutuksiin. Neljässä näistä tutkimuksista musiikin kuuntelu oli keskeisin menetelmä. Sen sijaan aktiivista musiikin tekemistä painottavia oli vain yksi. Täten metodologisesti laadukkaalle improvisaatioon perustuvalla työikäisten masentuneiden musiikkiterapiatutkimukselle oli selvä tilaus. Tällaisen tutkimuksen tekoa suositeltiin myös meta-analyysissä (Gold, Solli, Krüger, Lie 2008), jossa selvitettiin musiikkiterapian vaikutuksia vakavista mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien asiakkaiden parissa. Syste-

maattisen katsauksen mukaan vaikutukset ovat merkittäviä sekä psykoottisilla että ei-psykoottisesti sairailta. Lisäksi todettiin, että teho on annosriippuvainen. Löydösten mukaan musiikkiterapialla helpotetaan yleisiä oireita, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä parannetaan toiminnan tasoa. (Erkkilä, Gold, Fachner, Ala-Ruona, Punkanen & Vanhala 2008.)

Depressio on suurin mielenterveyden ongelma Suomessa sekä taloudellisesti että ihmisten kärsimyksissä mitattuna. Vuosittain viisi suomalaista sadasta kärsii masennuksesta. Masennustilat alkavat yleistyä murrosiässä ja vaivaavat sen jälkeen tasaisesti kaikenikäisiä. Naisilla depressio on liki kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Toistuvien ja vaikeiden masennustilojen taustalla on usein sekä perinnöllinen alttius että laukaiseva ulkoinen tekijä, kuten kuormittava elämänmuutos, pitkäaikainen psykososiaalisen stressi tai läheisen ihmissuhteen puute. (<http://www.kaypahoito.fi/>)

Masennus on luonteeltaan oireyhtymä, johon kuuluvia oireita ovat masentunut mieliala suurimman osan aikaa, kiinnostuksen ja mielihyvän katoaminen, vähentyneet voimavarat sekä väsymys. Depressiossa myös itseluottamus ja omanarvontunto ovat usein vähentyneet. Masentunut kärsii perusteettomista ja kohtuuttomista itsesyytöksistä, ja hänellä on toistuvia kuolemaan tai itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Keskittymisvaikeus, psykomotorinen kiihtymys tai hidastuneisuus, unihäiriöt ja ruokahalun muutos, joka ilmenee lihomisena tai laihtumisena, ovat samoin depressioniin usein kuuluvia oireita. (<http://www.kaypahoito.fi/>)

Depression akuuttihoitossa voidaan käyttää psykoterapiaa ja lääkehoitoa joko yhdessä tai erikseen. Lisäksi jotkut potilaat hyötyvät sähköhoidosta, kirkasvalohoidosta tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoidosta (TMS). (<http://www.kaypahoito.fi/>)

Bt-tutkimuksen tavoitteet olivat: 1. Selvittää, helpottaako psykodynaamisesti orientoitunut improvisaatioon perustuva musiikkiterapia depression oireita standardihoitoa enemmän. 2. Tutkia psykiatrisia testejä käyttäen, parantaako se asiakkaiden elämänlaatua ja toimintakykyä vähentämällä yleisiä oireita ja aleksitymiaa. 3. Tutkia, vähentääkö musiikkiterapia frontaalilohkon asymmetriaa lepo-EEG:ssä mitattuna (= depression kliinisneurofysiologinen muutos). 4. Havaitaanko mitattavia muutoksia musiikillisessa ilmaisussa, sen elementeissä, muodoissa sekä asiakas–terapeutti -vuorovaikutuksessa, jos merkittäviä vaikutuksia muilla mittareilla havaitaan. 5. Tapahtuuko muutosta musiikin aistimisessa, mitattuna topografisella EEG:lla,

joka keskittyy otsalohkon ja limbisen alueen vasteisiin eli depressioasiakkaiden tunteisiin liittyviä musiikkiaistimuksia. (Erkkilä, Gold, Fachner, Ala-Ruona, Punkanen & Vanhala 2008.)

Tutkimukseen pyrittiin saamaan 85 18 – 50 vuotiasta depressioasiakasta (ICD-10 diagnosoikoodit; F32, F33), jotka satunnaisesti jaettiin suhteessa 35:50 koe- tai kontrolliryhmiin. Kaikki asiakkaat saivat standardihoidon, mutta koeryhmäläisille tarjottiin kolmen kuukauden jaksolla viikoittainen improvisaatioon perustuva musiikkiterapiajakso. Musiikkiterapiaistuntoja oli kaksi kertaa viikossa 60 minuuttia kerrallaan yhteensä 16 – 20 kertaa. Kontrolliryhmän hoito koostui pelkästään lääkehoidosta ja psykiatrisista tapaamisista, jotka hoitava psykiatri kirjasi ennen randomisointia, 3 kuukauden ja 6 kuukauden kuluttua. Edellisessä kappaleessa mainitut tutkimukset suoritettiin sekä musiikkiterapiaa että standardihoitoa saaneille ryhmille. Ulkopuolinen arvioija testasi musiikkiterapia-asiakkaat ennen hoitoa, kolme kuukautta ja puoli vuotta hoidon jälkeen. Tutkimuksessa oli lisäksi validiteettia varmentava haara, jossa terveille koehenkilöille tehtiin samat alkumittaukset kuin musiikkiterapiaa ja standardihoitoa saaneille ryhmille. (Erkkilä ym. 2008.)

Tutkimusta varten kehitettiin kliinisen improvisaation metodi tutkimukseen osallistuvien terapeuttien koulutuksen yhteydessä. Kliinisen improvisaation päätarkoitus oli rohkaista asiakasta luovaan musiikilliseen vuorovaikutukseen. Improvisaatioiden lähtökohta oli joko vapaa tai tiettyyn aiheeseen tai teemaan perustuva. Yhteisistä soittokokemuksista keskusteltiin ja terapeutin prosessi perustui psykodynaamiseen ajatusten, mielikuvien ja tunteiden merkityksisältöjen tutkimiseen. Kaikki improvisaatiot äänitettiin ja niitä voitiin kuunnella istunnon aikana tai jälkeenpäin. Muuta musiikkia ei istunnoissa kuunneltu, koska tarkoitus oli tutkia nimenomaan improvisaatioon perustuvan musiikkiterapian tehoa. Soitinvalikoimaa karsittiin laadukkaan datamateriaalin varmistamiseksi. Tutkimusprotokollassa tiedostettiin redusoidun asetelman mahdolliset vaikutukset spontaanisuuden, intuition käytön ja optimaalisen ilmaisu-kapasiteetin rajoittumiseen. (Erkkilä ym. 2008.)

4.2 Terapeuttien koulutus ja depressiotutkimusasiakkaiden musiikkiterapiamalli

Musiikkiterapian tutkimushankkeessa on ollut mukana 12 keskisuomalaista musiikki-terapeuttia, joille järjestettiin aluksi koulutus, jotta heidän tekemänsä työ olisi kliinisesti mahdollisimman yhdenmukaista. Tutkimusterapeuttien koulutus alkoi tammikuussa 2007 Jyväskylän yliopiston musiikkiterapian opetus- ja tutkimuslinikalla ja kesti kevääseen 2008, jolloin tutkimusterapiat alkoivat. Mukana kouluttautumassa tutkimusterapeuteiksi olivat samalla kouluttajina ja tutkijoina toimineet Jaakko Erkkilä, Esa Ala-Ruona ja Marko Punkanen. (Erkkilä 2007, 76–77.)

Koulutukseen sisältyi psykodynaamisen musiikkipsykoterapian luentoja, improvisaatio-tekniikoita käsitteleviä luentoja sekä terapeutti–asiakas -demonstraatioita. Demonstraatioissa koulutettavat olivat itse vuoroin terapeutin, vuoroin asiakkaan rooleissa perehtyen kokemuksellisen oppimisen kautta kliiniseen menetelmään. (Erkkilä 2007, 77.) Yhtenä opetuksen osa-alueena oli prosessin makro- sekä mikrotason hallinta sekä alkuarvioinnin merkitys. Makrotason prosessinhallinta käsitti 20 terapiakerran jakautumisen alkuarviointi-, työskentely- ja lopetusjaksoihin. Mikrotason prosessinhallinta sisälsi istunnon sisäisen rakenteen ja ajankäytön hallintaa. Terapeutin oli omalla tavallaan huolehdittava istunnon sisäisestä logiikasta, vaikka istunto voi edetä myös intuitiivisesti (Erkkilä 2007, 80).

Alkuarviointiopetuksessa korostettiin hyvän yhteistyösuhteen alulle saattamista sekä yhdessä sovittujen tavoitteiden ja terapian tarkoituksen selventämistä. Arvioinnin ja prosessin seurannan pääasiallinen mielenkiinto tässä asiakasryhmässä kohdistettiin emotionaalisen ilmaisun piirteisiin, sen latauksiin, jännitteisiin ja dynamiikkaan sekä siihen, miten asiakas tunnistaa, nimeää ja säätelee tunteitaan. (Ala-Ruona, 2009.)

Tutkimuksellisista syistä istunnon sisäinen asetelma ja instrumentaatio olivat melko tarkasti ohjeistettuja. Terapiaistuntojen pääasiallinen tekniikka oli kliininen improvisaatio. Instrumentteina käytettiin MIDI-laitteita: elektroninen vibrafoni (MalletKAT), elektroninen lyömäsoitin (HandSonic®) sekä mikitettyjä akustisia djembe-rumpuja. Rumpuja saattoi lyödä kovaa, kun taas MalletKAT tarjosi mahdollisuuden melodiseen ja toisaalta disharmoniseen ilmaisuun. Soitinasetelmalla tähdättiin menetelmälliseen selkeyteen sekä tietokoneavusteisten improvisaatioanalyysimenetelmien myöhempään tutkimukseen. Soittimet poikkesivat perinteisestä soittimisesta, jolloin niitä oli helppo myös muusikkotaustaisten ihmisten lähestyä ilman

suorituspainetta. Improvisaatiot äänitettiin ja istunnot videoitiin. Istuntojen tallennuslaitteiden huomaamattoman käytön opettelu oli tärkeää, ettei tämä tutkimusterapioihin liittyvä manööveri häirinnyt itse terapiaa. Nauhoitettuja improvisaatioita hyödynnettiin terapia-istunnoissa palaamalla tärkeiksi koettuihin hetkiin niitä uudelleen kuuntelemalla ja keskustelemalla niistä. (Erkkilä 2007, 77, 79, 80.)

Kliinisen improvisaation musiikkipsykoterapeuttinen tavoite oli musiikillisen vuorovaikutuksen avulla herätellä asiakkaan mielikuvia ja nostaa esille tunteita, joiden merkityksiä symbolisen tason edustumina voidaan sitten tarkastella. Yleisesti voidaan sanoa, että musiikillinen vuorovaikutus kiihdyttää symbolista prosessia, koska se ei kielen tavoin perustu konkreettisiin merkityksiin. Terapeuttien koulutuksessa päädyttiin siihen, että asiakkaan esille nostamiin mielikuviin ja tunteisiin on pääsääntöisesti hyvä tarttua, mutta joskus olla myös tarttumatta, jos se terapian etenemisen kannalta on järkevää. Terapeutin on toisinaan vaikea tietää, onko asiakkaalla tarve mennä jotakin kohti vai saada kokemukseen etäisyyttä. Tunteen aktivoituminen voi sinällään olla riittävää ilman, että sen konkreettisia syitä kaivetaan esiin. (Erkkilä 2007, 77.)

Terapeuttien koulutuksen yhteydessä ilmeni, että improvisaatio muutti tai muokkasi asiakkaan tunnetilaa. Myös asiakkaan yleinen vireystila saattoi improvisaation aikana muuttua. Vihamielinen soitto saattoi muuttua leikilliseksi ja väsyneestä asiakkaasta tulla virkeämpi. Improvisaatio koettiin hyvin paljastavana eli tuttuuden takaa paljastui yllättäviä asioita. Improvisaatio muunsi usein tietoisuuden tilaa, mikä näkyi ajankulun katoamisena tai suoranaisena katarssinomaisena kokemuksena. (Erkkilä 2007, 78.)

Koulutuksessa havaittiin, että improvisaatio-ote on harkittava tapauskohtaisesti asiakkaan tarpeet ja lähtökohdat huomioiden. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että musiikkiterapeutti omaa perusvalmiudet monenlaiseen musiikilliseen vuorovaikutukseen, myös musiikkikeskeiseen, jos se on terapian kannalta tarkoituksenmukaista. Asiakkaalle sopivimman lähestymistavan joustavalla käytöllä pyritään ilmaisullisen kanavan avaamiseen ja aukipitämiseen. Terapeutin tehtävä on synnyttää turvallisuuden tunnetta. Varsinkin istuntosarjan alussa ja tilanteissa, joissa paino on musiikillisessa työskentelyssä, asiakas tarvitsee tukea ja rohkaisua. Erilaiset empatiatekniikat improvisaatioiden interventiona saavat asiakkaan tuntemaan, että oma musiikillinen tekeminen on hyväksyttävää ja oikeaa. (Erkkilä 2007, 79, 83.)

Asiakkaat ovat ilmaisussaan erilaisia. Toisille improvisaatio synnyttää puhetta, toiset taas ovat puheessaan pidättyväisiä, mutta ilmaisevat itseään musiikissa vapaasti. Lisäksi asiakkaan ilmaisu vaihtelee eri istunnoissa, joten terapeutin pitää olla sensitiivinen. Kun puhe ajautuu defensiiviseksi jargoniksi, terapeutteja kehoitettiin katkaisemaan kognitiivinen kierre viemällä tematiikkaa enemmän tunteiden suuntaan. Defensiivisyys ja vastustus kuuluvat terapia-prosessiin. Varsinkin alkuvaiheissa, kun työskentelyliitto ei ole vielä syntynyt ja menetelmään tutustuminen on kesken, voi asiakas ilmaista vastustusta esimerkiksi improvisaatiota kohtaan. Tämä voi näkyä vaikeutena heittäytyä kognitiiviselta tasolta symbolisen ja emotionaalisen ilmaisun tasolle. Terapeutin kokeneisuus on tärkeimpiä vastustuksen murtamiskeinoja. Terapeutti voi välittää uskoa ja luottamusta omaan menetelmäänsä ja antaa aikaa työskentelyliiton syntymiseen. Alkuvaiheen aktiivinen rooli vaihtuu taka-alalle vetäytymiseksi ja kuuntelijan rooliin siirtymiseksi, kun prosessi asiakkaan puolelta alkaa. (Erkkilä 2007, 82, 85.)

Terapeutin on hyvä opetella välttämään liiallista puheliaisuutta. Esimerkiksi improvisaation jälkeen asiakkaalla on oltava aikaa ja tilaa halutessaan avautua. Asiakasta, jonka on vaikea kertoa soittokokemuksestaan, voi rohkaista kertomalla omasta kuulokokemuksesta. Terapeutin on syytä olla tulkinnoissaan varovainen ja pitää ne mielensisäisinä johtolankoina. Väärään aikaan lausuttuna oikeatkin tulkinnat lisäävät asiakkaan ahdistusta. Erityisesti on vältettävä tulkintojen tekemistä itsestä ja omista kokemuksista käsin. Terapeutti voi olla henkilönä ja persoonana terapiatilanteessa, kunhan tunnistaa omat tunteensa ja käyttää niitä terapiaa edistävinä työkaluina eikä ole omien tunteiden vietävissä. Terapeutin ammatillisuus ja itsetuntemus lisäävät varmuutta ja terapian loogisuutta. Parhaimmillaan asiakas oivaltaa itse asioita terapeutin tukemana. (Erkkilä 2007, 82, 85, 86.)

Koulutusistunnoissa kiinnitettiin huomiota myös sekä asiakkaan että terapeutin keholliseen, nonverbaaliin viestintään. Asiakkaan ilmeet ja eleet voivat kertoa jostain meneillään olevasta ja ilmaista terapeutille merkittäviä seikkoja. Samoin terapeutin on syytä kiinnittää huomiota omaan keholliseen viestintäänsä. Terapeutti voi kehollisesti viestittää olevansa intensiivisesti läsnä terapiatilanteessa tai hajamielisesti irrallaan tilanteesta. Istuntojen sisäinen luontevuus ja vapautunut ilmapiiri näkyi videotallenteita analysoitaessa kehollisena rentoutena ja luontevuutena. (Erkkilä 2007, 82.)

Ahdistus voi terapiaistunnoissa lisääntyä sekä asiakkaan että terapeutin tilanteesta käsin. Asiakkaan tilanne ja käsiteltävät aiheet voivat herättää terapeutin oman ahdistuksen, jolloin terapeutti alkaa hoitaa omaa ahdistustaan asiakkaan tarpeiden sijaan. Siksi terapeutin on analysoitava oma ahdistuksensa tarkasti. Terapeutin ahdistus voi ilmetä hiljaisuuden sietämisen vaikeutena, jolloin terapeutti täyttää malttamattomasti improvisaatioissa ja keskustelussa tyhjät hetket, sen sijaan, että malttaisi kärsivällisesti kuunnella asiakkaan ilmaisua ja sen luonnetta. Terapeutin pitää sietää ahdistusta ja pystyä tutkiskelemaan sitä rauhassa. Samalla asiakkaan ahdistuneisuuden säätely on terapeutin vastuulla. Ahdistusta lisäävää voi olla esimerkiksi se, että asiakas kokee olevansa improvisaatioissa liian suuressa vastuussa. Terapeutin on kyettävä lukemaan näitä tilanteita ja tehtävä vuorovaikutusta edistäviä interventioita. Tilanteissa, joissa asiakkaan voimakas ilmaisu estää vuorovaikutuksessa pysymisen, on terapeutin lupa siirtyä statistiksi ja hyväksyä, että asiakkaalla on voimakas tarve ilmaista asioita. Tilanne yleensä jossakin vaiheessa rauhoittuu ja vuorovaikutus käynnistyy uudelleen. (Erkkilä 2007, 82–84, 86.)

Koulutuksessa nousi useasti esiin tässä ja nyt -hetken merkitys. Se on sitä, että terapeutti fokuoitiin asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin eikä direktiivisesti ohjaa ennalta valitun suunnan mukaisesti ilman todellista asiakkaan hyväksymistä ja kohtaamista. Terapeutin aktiivisuus on harkittava tilannekohtaisesti. Toisinaan on hyvä ilmaista omalla energisyydellä olevansa läsnä, mutta aktiivisuus ei saa muuttua dominoivuudeksi. Terapian ohjaaminen tavoitteiden suuntaan ei onnistu myöskään olemalla liian hienovarainen ja suojeleva, vaan myös rohkeaa tarttumista kipukohtiin tarvitaan. Terapeutin tilannearkuus voi johtua terapeutin kliinisen kokemuksen puutteesta, hänen persoonallisuuden piirteistään, sen hetkisestä olo-tilastaan tai asiakaslähtöisistä tekijöistä. (Erkkilä 2007, 82–84, 86.)

Terapeutilla voi olla oma alitajuinen käsitys siitä, kuinka nopeasti terapiassa pitäisi edetä. Tiedostamaton etenemispaine voi aiheuttaa asiakkaalle ”terapiasta juopumisen”. Ongelmia syntyy erityisen sisältörikkaissa istunnoissa, jolloin terapeutille voi tulla houkutus edetä nopeammin, kuin asiakas on valmis. Tällaisissa tilanteissa terapeutin on hyvä rauhoittaa tilannetta ja olla tarttumatta jokaiseen ”täkyyn”. Pelkkä tunteiden ilmaiseminen ja tunnistaminen voi olla arvokasta terapian kannalta. (Erkkilä 2007, 87.)

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1. Tutkimusidean hermeneuttinen kehittyminen

Kuvaan tässä luvussa oman esiymmärrykseni kehittymisen ja samalla matkan tutkimusidean täsmentymiseen. Tie oli varsin pitkä ja monivaiheinen, mutta tärkeä, sillä ilman hidasta salapolisiin työtä olisin tuskin saanut otetta kiinnostukseni kohteesta. Tutkimusidea nousi käytännön työn ongelmasta, johon aloin etsiä vastausta. Vastaus johti laajemman ilmiön äärelle, josta löytyi hyvin vähän kirjallista tietoa. Kirjallisuuteen perehtyminen loi pohjan omalle esiymmärrykselleni ja auttoi jäsentämään tutkimuskohdetta.

Tutkimuksen järkevän suuntaamisen kannalta on hyvä, että tutkija pystyy näkemään omat lähtökohtansa eli tiedostaa oman esiymmärryksensä. Tietoisuus voi olla vain osittaista, sillä osa esiymmärryksestä on tiedostamatonta ja vaikeasti tavoitettavissa. Ennakkoluulot altistavat vaillinaiselle ja puutteelliselle tulkinnalle, mutta ovat myös välttämättömiä koko prosessin käynnistymiselle. Tärkeintä on tiedostaa oman esiymmärryksen vaikutus tutkimuksen eteneemiseen. Tutkimusongelmat muuntuvat ja täsmentyvät tutkijan esiymmärryksen laajentuessa. Teoriat ja kirjallisuuteen tutustuminen ovat osa esiymmärrystä. Toisaalta ne avaavat uusia mahdollisuuksia, toisaalta rajaavat pois joitakin näkökulmia. Esiymmärryksen tiedostamista voi helpottaa kirjoittamalla omat käsitykset tutkimuskohteesta tai keskustelemalla aiheesta toisen ihmisen kanssa. Myös kirjallisuus voi toimia ainakin osittaisena keskustelukumppanina. (Moilanen & Räihä 2007, 51–53.)

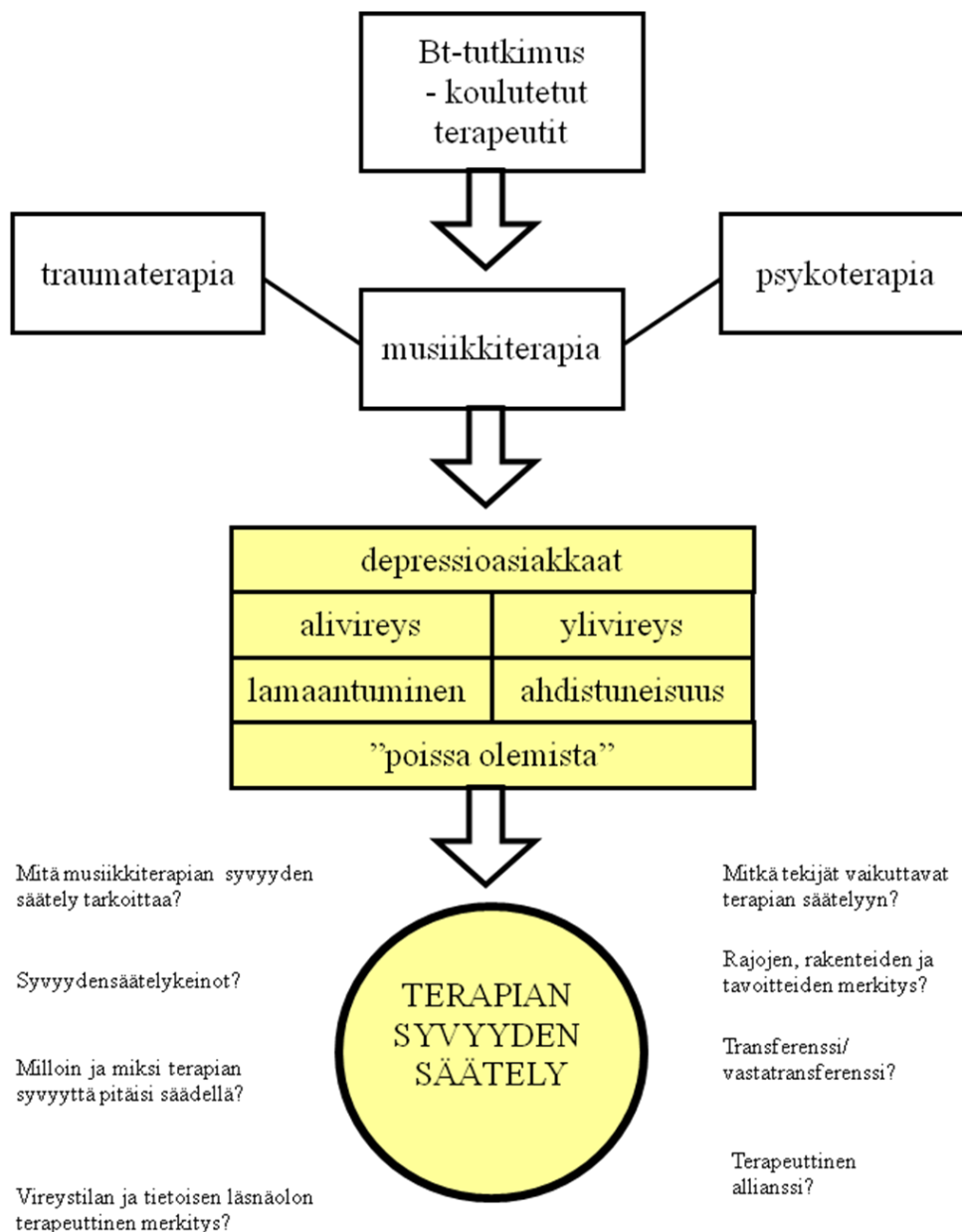
Mielenkiintoni terapian syvyyden säätelyä kohtaan on virinnyt omassa käytännön työssäni. Miten hallitsen asiakkaani ahdistusta ja missä kulkee ”hyödyllisen” ahdistuksen raja? Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten kulloinkin toimin? Mitä keinoja minulla musiikkiterapeuttina on säädellä terapian syvyyttä?

Nämä kysymykset aktivoituivat, kun Jyväskylän musiikkiterapiaopintojeni yhteydessä kuulin traumamusiikkiterapian luennolla asiakkaan tietoisesta ankkuroinnista. Ankkurointi tarkoittaa tekniikkaa, jolla asiakas pidetään terapeuttisessa vuorovaikutuksessa tai palautetaan siihen. Käytännössä se merkitsi turvapaikan tai turvamusiikin ottamista käyttöön levähdyspaikaksi asiakkaalle, jotta terapian etenemisvauhti olisi asiakkaalle siedettävä.

Seuraavassa vaiheessa huomasin mietiskeleväni, olisiko tietoisella ankkurointitekniikalla käyttöä musiikkiterapiassa. Teetin aiheesta opiskelijakollegoilleni (n = 10) kyselyn heidän käsityksistään ankkuroinnin mahdollisuuksista. Luennot olivat kyselyn perusteella lisänneet monen muunkin mielenkiintoa ankkurointimenettelyä kohtaan. Osa kollegoista oli ottanut käyttöön turvapaikka-ankkurin tai turvamusiikin, jonka avulla autetaan ahdistunutta asiakasta rentoutumaan. Kyselyvastauksista paljastui myös, että musiikkiterapialla katsottiin olevan omia ankkureita ja tekniikoita, joilla säädellään ahdistuneisuuden tasoa. Eräänä esimerkkinä mainittiin musiikkikappaleiden valinnat.

Tämä vihje jatkoi yksittäisestä käsitteestä, ankkuroinnista, alkanutta hermeneuttista kierrostani ja johti minut tutkimaan asiaa Jyväskylän yliopiston Bt-tutkimuksen musiikkiterapiasessioiden videomateriaaleista. Videoissa oli havaittavissa asiakkaiden poissaolevuutta ja ahdistuneisuutta sekä terapeutin interventioita, joilla asiakas saatiin takaisin terapiaa edistävään vuorovaikutussuhteeseen. Traumaterapiakirjallisuudessa tiloja kuvataan fysiologisina viritystilan muutoksina, ali- ja ylivirittyneisyytenä. Alkuperäinen mielenkiintoni kohde, ankkurointi alkoi vaikuttaa olevan vain yksi tekniikka muiden joukossa. Kyse olikin laajemmasta asiasta: terapian syvyyden säätelystä. Videomateriaaliin tutustuminen oli tarpeellista, koska se auttoi pääsemään sisälle Bt-tutkimuksen musiikkiterapiamalliin sekä antoi myöhemmin myös vinkkejä teemahaastattelun rungon suunnitteluun.

Seuraavassa vaiheessa lähdin tutustumaan kirjallisuuteen. Kiinnostuin tietoisien läsnäolon (mindfulness) terapeutisesta merkityksestä, terapeutisesta allianssista (therapeutic alliance), vastatransferenssista sekä vireystilojen fysiologiasta.



Kuvio 4. Tutkijan esiymmärrys ja teoriahahmotelma

Musiikkiterapia- ja psykoterapiakirjallisuudessa ei löytynyt terapian syvyyttä ja sen säätelyä käsittelevää aineistoa suoraan, vaan siihen esiymmärrykseni mukaan liittyviä asioita. Tämän tutkimuksen teoriaosa rakentui yllä olevan hahmotelman mukaiseksi. Oma esikäsitykseni määrittelin terapian syvyyden säätelyn olevan terapian emotionaalisen latauksen säätelyä ja asiakkaan tunteidensäätelykyvyn tukemista. Terapian syvyyden säätelykeinot määrittelin erilaisiksi menetelmiksi ja tekniikoiksi, joilla asiakas pidetään terapiaa edistävässä vuoro-

vaikutussuhteessa tai palautetaan siihen. Terapiaa edistävä vuorovaikutussuhde on tietoista läsnäoloa tässä ja nyt -hetkessä.

5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja rajaukset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää musiikkiterapeuttien käsityksiä terapian syvyyden säätelystä ja säätelykeinoista masennusasiakkaiden musiikkiterapiassa. Tutkimuksessa keskityttiin asiakkaaseen eikä puututtu terapeutin oman ahdistuksen säätelyyn.

Esiymmärrykseni mukaan terapian syvyyden säätely on monimuotoinen asia, jonka määrittely ja käsitteistö eivät ole vakiintuneet. Tutkimus keskittyi siihen, miten musiikkiterapeutit ymmärtävät terapian syvyyden säätelyn ja miten he säätelevät terapian syvyyttä. Tutkimukseni oli siis pohjatutkimus, jossa jäsennettiin käsitettä terapian syvyyden säätely.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten musiikkiterapeutit määrittelevät terapian syvyyden säätelyn?
2. Millaisia keinoja ja tekniikoita musiikkiterapeuteilla on säädellä terapian syvyyttä?
3. Mitkä asiat vaikuttavat terapiassa vaikuttavat terapian syvyyden säätelyyn?

5.3 Metodologiset valinnat

Tämän tutkimuksen taustafilosofia on konstruktivistinen. Tutkimus on kartoittava, kvalitatiivinen, fenomenografinen teemahaastattelututkimus. Teorian suhde aineistoon on induktiivis-deduktiivinen eli aineisto käy vuoropuhelua teorian kanssa. Analyysissa on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei suoraan nouse teoriasta eikä pohjaudu teoriaan. Esiymmärrykseeni vaikuttanut kirjallisuuteen perehtyminen toimi aihepiirin kartoittamisena, eikä aineistoa sitovana elementtinä, sillä tarkoituksena ei ollut todentaa teoriaa.

Konstruktivistiselle tieteenfilosofialle on ominaista, että todellisuuden ajatellaan olevan suhteellista. Osa todellisuudesta saattaa olla yhteistä eri henkilöille, vaikka jokaisella on oma subjektiivinen todellisuutensa. Tutkijan ja tutkittavan interaktiivinen yhteys antaa tietoa tästä todellisuudesta. Löydökset perustuvat tutkijan tulkintaan eli hermeneutiikkaan – tarkoituksena

on etsiä ja luoda tulkintoja todellisuudesta. (Metsämuuronen 2006, 86.) Tämän tutkimuksen tulokset eivät siis ole suoraan yleistettävissä.

Laadullinen tutkimus on subjektiivista. Tämä tarkoittaa, että tutkijan ihanteet, uskomukset, arvot ja käsitteet vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin valintoihin, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, selittää ja ymmärtää ihmisen toimintaa. Ymmärtäminen tarkoittaa, että tutkimuksen tavoitteena on paljastaa merkityksiä, joita ihmiset antavat toiminnalleen. Merkitykset paljastuvat ihmisten haluina, uskomuksina, käsityksinä, arvoina ja ihanteina. (Vilka 2005, 50–51.)

Kvalitatiivinen tutkimus ei ole kiinnostunut määristä vaan erilaisista laaduista. Aineisto kyllääntyy myös suhteessa tähän. Haastattelututkimuksessa (kuten tässä) haastatteluja jatketaan niin kauan kuin tutkimuskysymyksiin vastaaminen sitä edellyttää ja aineisto kyllääntyy (= saturaatio). Saturaation saavuttaminen tarkoittaa, että tutkimusaineiston peruslogiikka toistaa itseään eikä lisäaineisto tuo tutkimusongelman kannalta merkittävästi uutta tietoa. (Alaruona, 2008; Vilka 2005, 126.)

Vilka (2005, 127) toteaa, että käytännössä kyllääntymispisteen määrittely on hankalaa, eikä se ole toimiva tapa joka tutkimuksessa. Mutta, kun tutkitaan esimerkiksi käsityksiä ja ajattelutapoja yksittäisten ihmisten käsitysten avulla, kyllääntymispiste saattaa toimia haastattelun lopetuskriteerinä. Tällöin yleiset käsitykset kertautuvat ja siten myös kyllääntyvät suhteessa tutkimusongelmaan.

Fenomenografia sai alkunsa 1970-luvulla Göteborgin yliopistossa Ference Martonin tutkimuksista. Fenomenografia on erityisesti kiinnostunut ihmisten käsityksistä, jotka voivat olla samastakin asiasta hyvin erilaisia riippuen mm. iästä, koulutustaustasta, kokemuksista ja sukupuolesta. Käsitykset saattavat dynaamisina ilmiöinä lisäksi muuttua. Fenomenografisen tutkimuksen tarkoitus on luoda ilmiöstä teoria, joka on eräänlainen kuvauskategoriajärjestelmä tai tulosavaruus. (Metsämuuronen 2006, 108, 109.)

Fenomenografia keskittyy selvittämään, miten ihmiset kokevat maailman ilmiöineen. Fenomenografia ei ole metodi eikä kokemusta koskeva teoria. Se on tapa nimetä, muotoilla ja käsitellä tiettyjä tutkimusongelmia. Fenomenografiassa ”tutkija on oppija”, joka keskittyy selvittämään tutkittavan ilmiön merkitystä ja struktuuria. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 168–169.)

Ahosen mukaan (1995, 115) fenomenografinen tutkimus etenee seuraavien vaiheiden kautta:

1. Tutkija kiinnittää huomionsa asiaan tai käsitteeseen, josta näyttää esiintyvän hämmentävän erilaisia käsityksiä.
2. Tutkija perehtyy asiaan tai käsitteeseen teoreettisesti ja jäsentää alustavasti siihen liittyvät näkökohdat.
3. Tutkija haastattelee henkilöitä, jotka ilmaisevat erilaisia käsityksiään asiasta.
4. Tutkija luokittelee käsitykset niiden merkityksen perusteella. Erilaiset merkitykset pyritään selittämään kokoamalla niistä abstraktimpia merkitysluokkia.

Ahosen (1995, 115) mukaan teoreettinen perehtyneisyys toimii perustana, josta aineiston hankinta ja tulkinta lähtevät liikkeelle. Teorian muodostus tapahtuu aineiston hankinnan ja tulkinnan yhteydessä.

Valitsin tutkimuskohteekseni Bt-tutkimuksen musiikkiterapeutit, jotka työskentelivät yhtenäisen depressioasiakasryhmän parissa. Haastattelin tutkimusprojektissa mukana olleita terapeutteja selvittääkseni heidän työtapojaan säädellä terapian syvyyttä ja heidän käsityksiään terapian syvyyden säätelyn merkityksestä terapiaprosessissa. Projekti, jossa on koulutettuja terapeutteja tekemässä standardoitua terapiaa, tarjosi mielenkiintoisen tutkimusympäristön.

Tutkimukseni oli pala palalta täydentyvä palapeli, jossa tarkasteltiin terapian syvyyden säätelyä etsien ja kuvaillen terapeuttien erilaisia toimintakeinoja ja käsityksiä ilmiökentästä. Tutkimus kohdistui masennusasiakkaiden musiikkiterapiaan, mikä on eräs keskeisimmistä musiikkiterapian asiakasryhmistä.

5.4 Tutkimusaineisto

Pohdin alussa pitkään, millainen tutkimusaineisto olisi tutkimuskysymysten kannalta relevantein. Vaihtoehtoina punnitsin haastattelujen ja toisaalta autenttisen videomateriaalin mahdollisuuksia sekä hyviä ja huonoja puolia. Päädyin haastatteluihin, koska syvyyden säätelyn käsitettä ja siihen liittyvää ilmiökenttää ei ole aiemmin tutkittu eikä kartoitettu. Näin ollen minulla ei olisi ollut välineitä analysoida videomateriaalia itsenäisesti, muttei myöskään terapeuttien kanssa toteutettuna.

Tutkimusaineisto koostui viiden musiikkiterapeutin teemahaastatteluista ja tutkijan haastattelu- ja tutkimusmuistioista. Päädyin haastattelemaan terapeutteja erikseen, enkä ryhmässä, jotta jokainen saattoi tuoda esiin yksilölliset mielipiteensä ilman ryhmän paineita, jolloin aineisto olisi oletettavasti rikkaampi. Kysymys terapian syvyyden säätelystä on myös hyvin henkilökohtainen, joten ajattelin, että siitä saa parhaiten tietoa yksilöhaastattelun keinoin.

5.4.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelu on keskustelu, jolla on tarkoitus. Tutkimusongelma määrittelee, minkälaiseen tutkimusasetelmaan päädytään, millä menetelmillä ja millaista aineistoa hankitaan. Ihmistieteissä on mahdotonta saavuttaa ehdotonta totuutta maailmasta, koska käsitykset ovat syntyneet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa eri aikoina. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 11–18.)

Puolistrukturoiduissa haastatteluissa on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että haastattelun aihepiirit, teema-alueet, ovat kaikille samat. Teemahaastattelu tuo esiin tutkittavien näkökulman ja kuuluviin heidän äänensä Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, jolloin on mahdollista suunnata tiedonhankintaa ja saada esiin taustalla olevia motiiveja. Haastattelijan rooliin ja tehtäviin pitää kouluttautua. Haastattelut vievät aikaa ja ne aiheuttavat kustannuksia. Haastattelu sisältää monia virhelähteitä, kuten haastateltavan taipumuksen antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28, 34–35, 47–48.)

Fenomenografisen tausta-ajattelun omaava haastattelija pyrkii herättämään uudenlaista tietoisuutta tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelija pyrkii saamaan haastateltavan kertomaan kokemuksistaan tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Haastattelija tulkitsee haastateltavan kokemuksia. Analyysi aloitetaan jo tietojen keruuvaiheessa. Tutkijalla on mielessä tutkimuksen tarkoitus alusta alkaen ja se tarkentuu analyysin edetessä. Analyysivaiheessa tutkija pyrkii pääsemään selvyyteen tutkimuskohteen sisäisestä rakenteesta ja merkityksistä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 168–169.)

Haastateltavien määrä riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa harkinnanvaraisella, vain muutaman henkilön haastattelulla voidaan saada merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkijan työ voi alkaa siitä, että hän keskustelee mahdollisten haastateltavien kanssa kokeilevasti ja koettelee samalla alkuperäisiä ideoitaan. Tämän jälkeen tutkimusta voidaan suunnata uudelleen ja päättää kenen kanssa pitäisi puhua ja mistä aiheista. Tutkimushaastattelujen määrä riippuu myös saturaatiosta. Tällöin haastattelut lopetetaan, kun haastateltavat eivät anna enää mitään olennaisesti uutta tietoa aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 59–60.)

5.4.2 Haastattelujen käytännön toteutus

Päädyin etsimään vastausta tutkimuskysymyksiin haastatteleamalla tutkimusterapiaa tekeviä musiikkiterapeutteja. Kaikki haastateltavat olivat olleet mukana tutkimusterapeuttien koulutuksessa ja osallistuivat tutkimusterapioiden ryhmätyönohjauksiin. Kävin eräässä tällaisessa työnohjaustilanteessa esittäytymässä terapeuttijoukolle. Enempää aihetta avaamatta pyysin heitä haastateltavaksi aiheesta musiikkiterapian syvyyden säätely. Tällä ohjeistuksella alkoi haastatteluvaihe.

Jotkut terapeutit olivat jo tehneet kaikki tutkimukseen liittyvät terapiansa ja toiset olivat vasta aloittamassa urakkaansa. Päädyin aloittamaan haastattelut terapeuteista, joilla oli kokemusta vähintään yhden asiakkaan terapian kaaresta. Haastateltavien määrä oli alussa epäselvä, sillä toteutin saturaation periaatetta. Saturaation perusajatus on kerätä uutta aineistoa niin kauan kuin uutta materiaalia tulee esille. Saturaatio on kuitenkin kyseenalainen keino määrittellä laadullisen tutkimuksen aineiston kokoa, koska laadullisessa aineistossa jokainen tapaus on laadullisesti myös erilainen. Huolimatta yhteisestä koulutusvaiheesta ja tutkimusterapia-

metodista jokainen terapeutti teki työtään omalla erilaisella persoonallaan ainutlaatuisten asiakkaiden kanssa. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2000, 169.)

Haastateltaviksi lupautui aluksi neljä terapeuttia, jotka kaikki toimivat musiikkiterapeutteina Jyväskylän seudulla. Haastattelut toteutettiin kevään 2009 aikana Jyväskylän yliopistolla. Haastateltavien terapeuttien työhistoria ja viitekehykset olivat erilaisia. Kaksi haastateltavaa oli työskennellyt aikaisemmin pääasiassa vaikeavammaisten ja kaksi enemmän psykiatristen asiakkaiden parissa. Kaksi terapeuttia tunnustautui psykodynaamisen viitekehyksen omaaviksi, yhden orientaatio oli traumaterapeuttis-psykodynaaminen ja yhdellä oli toiminnallisen musiikkiterapeutin pohjakoulutuksen lisäksi laaja-alaisen musiikkiterapeutin koulutus. Haastattelujen tallennus tapahtui M-Audio -laitteella. Haastattelujen jälkeen ennen aineistoon tutustumista kirjoitin muistiin päällimmäiset ajatukseni haastattelun nostamista aiheista ja jatkoideoista. Täydensin muistiota kuunnellessani ja litteroidessani haastatteluja. Kaikille haastatelluille jäi myös mahdollisuus sähköpostitse tehdä lisäyksiä, jos aihepiiri nostaisi uusia ajatuksia jälkikäteen.

Teemahaastattelun kysymykset nousivat lukemani kirjallisuuden lisäksi terapiavideoiden katselusta. Haastatteluissa lähdin liikkeelle terapeuttien kokemuksista toimia tutkimusterapeutina Bt-tutkimuksessa. Sen jälkeen ohjasin keskustelun kulkua niin, että pääteemat tulivat käsitellyiksi vapaassa järjestyksessä. Pääteemat olivat: 1. terapian syvyyden säätely käsitteenä, 2. kokemukset projektiasiakkaista, 3. terapian syvyyden säätelykeinot, 4. terapian syvyyden säätelyyn vaikuttavat asiat, 5. haastateltavan "vapaakenttä" (katso teemahaastattelurunko LIITE 1).

Haastattelujen kuluessa ja alkuanalyysin seurauksena haastattelutekniikkani kohentui ja pystyin pysähtymään tutkimuksen kannalta tärkeiden asioiden äärelle. Haastatteluja tehdessäni pidin mielessäni ohjeen: "Älä yritä ymmärtää, vaan kysy", mistä johtuen pyysin haastateltavilta tarkennuksia ja palasin yhä uudelleen kohtiin, mitä en ymmärtänyt. Haastattelujen jälkeen kirjoitin huomioitani painotusalueista sekä lisäksi myös havaintoja omasta haastattelijan roolistani. Teknisiä kysymyksiä varmistelin myös äänitteeltä ja yritin ottaa opikseni seuraavissa haastatteluissa. Huomasin olevani ensimmäisissä haastatteluissa puheliaampi, tuttavallisempi ja sallivani rönsyilyä enemmän kuin viimeisissä haastatteluissa, mikä johtunee tutkimuksen fokuoitumisen lisäksi haastattelutaitojeni parantumisesta.

Jokainen yksilöhaastattelu kesti niin kauan, ettei asian tiimoilta noussut enää mitään uutta (saturaatio). Haastattelujen kestot olivat 30 minuutista 1,5 tuntiin. Kolmen ensimmäisen haastattelun litterointi käsitti 2h 20min materiaalin. Neljännessä haastattelussa (1h 15min) äänitys epäonnistui, joten neljännen haastateltavan näkökulmat tutkittavaan aiheeseen koottiin toisella tavalla. Tutkija ja haastateltu kirjoittivat ensin omat muistikuvansa haastattelusta. Sen jälkeen haastateltu sai teemahaastattelurungon käyttöönsä, jonka pohjalta hän kirjoitti näkemyksiään teema-alueista täydentäen kirjoitustaan ”autenttisilla” muistoilla haastattelu-tilanteesta. Tutkimusaineistoksi tuli haastatellun kuuden liuskan kirjoitus sekä hänen hyväksymänsä tutkijan muistiinpanot haastattelusta. Neljäs haastateltava sai muita haastateltavia enemmän aikaa pureutua aiheeseen ja sekä puhuen että kirjoittaen kartoittaa omia käsityksiään aihepiiristä, mistä johtuen aineisto osoittautuikin rikkaaksi. Neljän haastattelun jälkeen pysähdyin analysoimaan niiden antia. Aineisto vaikutti rikkaalta, leveältä ja laadukkaalta, mutta paikoin ohuelta. Saturaatio saavutettiin osassa tutkimuskysymyksissä riittävästi, mutta osa kaipasi vielä lisätarkennusta.

Päätin tehdä vielä yhden kokoavan haastattelun, jonka tarkoitus oli pysyä neljän ensimmäisen haastattelun analyysin tuottamassa fokuksessa levittäytymättä enää uusille alueille. Viidenneksi haastateltavaksi lupautui eniten tutkimusterapioita tehnyt terapeutti. Lähetin hänelle teemahaastattelurungon etukäteen, koska halusin estää, ettei oma syventyneisyyteni haastatteluihin johdattaisi minua kysymään johdattelevia kysymyksiä ja vahvistamaan löydöksiäni neljän haastattelun koosteesta. Koin myös etuna, että haastateltava tiesi mistä puhutaan; kontekstin, jolloin hän oli heti kartalla ja pääsimme syvemmälle. Tarkoitus oli ennen kaikkea syventää analyysiä keskittymällä ennalta päättämiini teemoihin (käsitteen määrittely, tutkimusterapeutina toimiminen, terapeuttien erot säätelyssä), joihin kaipasin lisävalaistusta. Valmistauduin viidenteen haastatteluun tietoisesti pyrkimällä neutraalisuuteen, objektiivisuuteen, vertailemaan uutta aineistoa edellisiin ja kyseenalaistamaan niistä tekemiäni päätelmiä sekä kuuntelemaan ja varmistamaan, että ymmärrän haastateltavan sanottavan.

5.5 Tutkimusaineiston laadullinen sisällönanalyysi

Erkkilän (2009) mukaan laadullisen aineiston analyysi sisältää kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto puretaan laatimalla transkriptiot esimerkiksi litteroimalla. Toinen vaihe, alkuanalyysi, on yhteistä kaikille menetelmille. Alkuanalyysissä aineistoon tutustutaan ja se järjestetään koodaamalla kategorioihin ja alakategorioihin. Kolmas vaihe on formaalivaihe, jonka menetelmäksi valitaan lukuisista vaihtoehdoista tutkimusongelman kannalta sopivin. Tämän tutkimuksen analyysi kulkee edellä kuvattujen kolmen vaiheen kautta. Formaali-vaiheen analyysi on aineistolähtöinen ja perustuu fenomenografiseen ajatteluun. Analyysissä on teoreettisia kytkeitä, mutta se ei pohjautu eikä nouse teoriasta.

Haastatteluaineiston analyysitapaa on syytä miettiä jo aineistoa kerätessä. Analyysiä voi tehdä itse haastatteluvaiheessa havainnoimalla ilmiöiden toistuvuutta ja tyyppittelemällä ja mallintamalla niitä. Aineistoa ei voi analysoida, ellei lue sitä riittävästi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136, 143.)

Fenomenografiassa painotetaan sitä, ettei analyysiä ohjaa mikään tietty tieteellinen teoria-käsitys, vaan kuvauskategoriat nousevat aineistosta. Teoreettisen tuntemuksen merkitys on siinä, että tutkijalla on selkeä kuva siitä, mitä ilmiötä hän haluaa analysoida ja että tutkija löytää tekstistä relevantit ilmaukset. Fenomenografinen analyysi on jatkuva haastattelujen lukemisen, kategorioiden muodostamisen ja reflektoinnin kehä. (Häkkinen 1996, 40, 41.)

Fenomenografisen tutkimuksen tärkeimmiksi tuloksiksi muodostuvat erilaisia ajattelutapoja kuvaavat käsityskategoriat. Kategoriat syntyvät ilmiötä koskevien ilmausten analyysin ja tulokinnan tuloksena. Kategorioiden avulla ei pyritä selittämään käsitysten taustalla olevia syitä vaan ymmärtämään tutkittavien henkilöiden ajattelua. Fenomenografisen tutkimuksen empiirinen aineisto analysoidaan, tulkitaan ja kuvataan. (Ahonen 1995, 122, 126.)

Toiminnasta, jossa aineisto hajotetaan osiin ja kootaan uudelleen johtopäätöksiksi, käytetään nimitystä abstrahointi. Johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Metsämuuronen 2006, 122.)

Aloitin haastattelujen litteroinnin ja analyysin välittömästi, että fenomenografisen ajattelun mukaisesti saisin haastatteluista täyden hyödyn ja pystyisin pureutumaan syvällisemmin tutkimusongelmaan. Välitön aineistoon tutustuminen vaikutti myös seuraaviin haastatteluihin teemojen pysyessä samoina, mutta kysymysten tarkentuessa. Alkukäsitykseni saivat välitöntä kyytiä ja jouduin jatkuvasti tarkistamaan käsityksiäni. Analyysi tapahtui kahdessa vaiheessa: ensin neljä ensimmäistä haastattelua ja sitten viides omana yksikkönään. Haastattelujen analyysi tapahtui kuitenkin samalla tavalla: litterointi, koodaus, luokittelu kategorioihin, tulosten kirjoittaminen. Viidennen haastattelun analyysi erosi ensimmäisistä siinä, että sitä verrattiin neljän ensimmäisen haastattelun koosteeseen ja koostetta vertailtiin, kyseenalaistettiin ja arvioitiin suhteessa viidenteen. Viidennen haastattelun merkitys oli pitkälti myös tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa.

Ensimmäiset haastattelut litteroin itse, mutta 3. ja 5. haastattelun litteroi ulkopuolinen antamani mallin ja ohjeideni mukaisesti. Litterointi tehtiin sanatarkasti sisällyttäen myös täytesanat, toistot ja keskenjääneet tavut. Äänenpainoja ja taukoja ei kirjattu, koska se ei ollut tämän tutkimuksen kannalta tarpeellista.

Tietokoneavusteinen analyysi on yleistynyt viimeaikoina. Maailmalla on lukuisia laadullisen aineiston analysointiin erikoistuneita ohjelmistoja, joista on yleistynyt lyhenne CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software). Nykyisin puhutaan myös tietokoneavusteisesta laadullisesta tutkimuksesta (TALT), joka tarkoittaa erityisesti tutkimustarkoituksia varten kehitettyjen tietokoneohjelmien käyttämistä tutkimusaineiston hallintaan, käsittelyyn ja erittelyyn. Analyysiohjelma viittaa harhaanjohtavasti käsitykseen, että ohjelma suorittaisi tutkimusaineiston analyysin. Näin ei ole, vaan analyysin tekee aina tutkija. Ohjelma antaa työkaluja laadullisen aineiston parempaan hallintaan. Paperipinojen sijaan tietokoneella suuretkin aineistomassat pysyvät järjestyksessä. Ohjelman avulla voi luokitella ja jäsentää aineistoa. Ohjelma tekee niin monta laatikkoa ja alalaatikkoa, kuin tutkija tarvitsee ja järjestää ja nimeää niitä yhä uudelleen. Tietokoneohjelman toimintojen avulla tutkija voi liittää myös teoreettisia käsitteitä toisiinsa ja vertailla käsitteiden välisiä suhteita. Tietokoneohjelmien haittana pidetään, että ohjelma ohjaisi tutkijan ajattelua jäykistävästi esimerkiksi koodaamaan aina vain uusiin koodeihin ja hukkaamaan näin koko tutkimuksen punaisen langan. Tietokoneohjelmiin perehtyminen vaatii myös aikaa, rahaa ja motivaatiota, mikä saattaa olla hankalaa aloittelevalle tutkijalle. (Rantala 2007, 106–110.)

Internetin kautta oli mahdollista ladata kokeiluversioita eri ohjelmistoista, joiden käyttöaika tai koodien määrää oli rajoitettu. Ilmaista ohjelmaa en PC-koneelle löytänyt. Päädyin erilaisien tutustumisten (mm. NVivo, Atlas) kautta HyperRESEARCH -ohjelmistoon, koska sen käyttöön olin tutustunut yliopiston tutkimustyön kurssilla. Ohjelmien opettelu oli ratkaisevassa osassa valintaa tehdessäni. NVivon demoversio oli raskas ja toimi huonosti. Lisäksi aineistojen ohjelmiin sopivaa tiedostomuotoa oli hankala löytää. HyperRESEARCH -ohjelmalla pystyi hyvin koodamaan, muokkaamaan ja järjestämään koodeja sekä tekemään erilaisia hakuja, mutta kategorisointi sujui helpommin käsityönä. Myös HyperRESEARCH takkuili välillä ja ”lakkasi toimimasta”, mutta helpotti joka tapauksessa aineiston hallintaa.

Tutkimusprosessin aikana ja sen jälkeen syntyy yleensä joukko tutkimukseen liittyviä ajatuksia, oivalluksia ja ideoita. Memot ovat ohjelmaan tallennettavia muistilappuja, joihin voi kirjata mitä tahansa tutkimusta koskevia ajatuksia. Rantalan mukaan ”memot toimivat tutkijan sisäisesti käymän dialogin toteuttamis- ja kirjaamispaikkana”. (Rantala 2007, 115.) Tein memoja, joihin tallensin jatkosuunnitelmiani, täsmensin ja määrittelin koodeja sekä päiväkirjanomaisia ajatusrakennelmiani. Memot auttoivat pysymään fokuksessa ja viemään prosessia eteenpäin.

Tutkimusaineiston analyysissä käytettiin HyperRESEARCH -tietokoneohjelmaa, jonne litteroinnit ja memot tekstitiedostoina siirrettiin ja koodattiin. Koodaus on aineiston pilkkomista osiin ja uudelleen järjestämistä. Luin haastattelua useita kertoja, että pääsin sisälle haastateltavan puheeseen ymmärtääkseni, mitä hän todella sanoo. Käsittelin yhden haastattelun kokonaan ennen siirtymistäni seuraavaan. Koodit olivat ajatuskokonaisuuksille antamiani nimilappuja. Kun toisesta haastattelusta löytyi samansisältöinen ilmaisu, koodasin sen samalla tavalla. Seuraavassa esimerkkejä aineistonäytteistä ja niitä kuvaavista koodeista **aktiivinen asiakas, käsittelyjärjestys, kysymyksillä ohjaaminen, sopiva prosessoinnin taso ja terapeutin asteikko**. Esittelen jatkossa, miten koodit linkittyivät kategorioiksi ja yläkategorioiksi alla olevia esimerkkejä käyttäen.

”oli hyvin valmis prosessoimaan näitä asioita ja sitten mä vaan seurasin ja aktiivisesti työskentelin koko ajan hänen kanssaan – seurasin sitten vaan sitä, että tota minkälaista supportiota se ihminen tarvitsee siihen ja minkälaisen ninkun vastapoolin minusta ninku terapeutina kaipaa siihen, että missä roolissa mä oon suhteessa hänen tähän aktiiviseen työskentelyynsä. Ja se ihminen lähti voimakkaasti työskentelemään sitä musiikin kautta että myös verbaalisesti.”

aktiivinen asiakas

*”siinä ei sillä tavalla, mutta näissä meneillä olevissa mä oon kokenu nää sillä tavalla help-
pona, että he ovat tuoneet ite aktiivisesti ja tota myös kertoneet, mun mielestä siin ei oo ollu
mulle sillä tavalla hankaluuksia ollenkaan.”*

aktiivinen asiakas

”Samalla hän ottaa asioita käsittelyyn asiakkaalle tarkoituksenmukaisessa tahdissa.”

käsittelyjärjestys

*”et se voi säädellä sillä tavalla, että käsitellään joitakin asioita ensin ja sitten mennään –
sitten tota nin muihin. Että se, ettei sitten koko, koko juttua kerralla – saattaa sitten levähtää
käsiin.”*

käsittelyjärjestys

*”Asiakkaan kanssa kun meinaa helposti alitajuisesti syntyä jonkinlainen kulttuuri, jonka
puitteissa osataan väistellä kiusallisia aiheita. Silloin sopiva tyhmä välilyksymys voi avata
uusia näkymiä keskusteluun. Itsestäänselvyyksiä ei saisi oikein terapiassa hyväksyä – tai niitä
on välillä hyvä kyseenalaistaa.”*

kysymyksillä ohjaaminen

*”Joka ikisen ihmisen kohdalla joutuu ottamaan erikseen selvää siitä, mikä on tälle ihmiselle
sopiva prosessoinnin taso juuri siinä hänen uniikissa tilanteessaan ja henkilöhistoriaansa
vasten eli siitä on mun mielestä tosi vaikee, mitää semmosta kovin yleispätevää taulukkoa
laatia näin, että mitä asioita luetaan, millä skaalalla siinä liikutaan, vaan se pitää
yksilöllisesti selvittää”*

sopiva prosessoinnin taso

*”Se on joku semmonen terapeutin mielessä oleva asteikko, joka, joka, jossa se raja kulkee
siinä, että koska se alkaa invalidisoimaan sitä ihmistä – et se ninku jähmettyy, se ei pysty ete-
nemään, se ei pysty työskentelemään, se ei pysty vaikka soittamaa, ilmaisemaan itseään, ei
pysty puhumaan, vetäytyy kontaktista, vetäytyy vuorovaikutuksesta. Se on joku tääl tyyppinen
raja. Mut sitten kun eri ihmisillä on nämä omat skaalansa tässä suhteessa näin ninku.”*

terapeuttinen asteikko

Koodeja oli neljän haastattelun jälkeen 170. Viides haastattelu lisäsi koodien määrän 202. Viides haastattelu ei tuottanut oleellisesti uutta tietoa, mutta oli raikas lisäys ja syvensi jo ole-
vaa tietoa. Koodien tarkastelu antoi kuvan aineiston laadusta. Erilaisia hakuja tekemällä ja
koodeja niputtamalla alkoi hahmottaa aineistoa kuvaavia kategorioita ja yläkategorioita.
Tietokoneohjelman lisäksi tein käsitekarttoja paljon myös käsin. Metsämuurosen (2006, 125)
mukaan käsitekartan etuna on visuaalisuus, jolloin tutkija voi sen avulla hahmottaa kokonai-
suuden ja sen osat yhtä aikaa. Se selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja nostaa esiin oleelliset ja
toisaalta epäoleelliset seikat.

Edellä kuvatuista koodeista ”käsittelyjärjestys” ja ”kysymyksillä ohjaaminen” ovat **sanallisia
interventioita**. Sanallisten interventioiden kategoriaan ohjautui 21 koodia. Sanallisten
interventioiden seuraavaksi yläkategoriaksi tulivat **terapeutin säätelykeinot** ja ylimmäksi

kategoriaksi **terapian syvyyden säätelykeinot musiikkiterapiassa**. ”Aktiivinen asiakas” liittyy **asiakkaan säätelykeinoihin**, josta muita esimerkkejä ovat **asiakkaan ehdoilla eteneminen ja defenssien merkitys**:

”asiakkaalla voi olla välillä vaikeampi päivä tai hän on väsyneempi, joskus taas virkeämpi. Minä ainakin annan aika paljon löysää asiakkaalle, toisin sanoen en yritä potkia häntä väkisin eteenpäin. Joku istunto voi mennä aika kognitiivisissa merkeissä, jos asiakas vaikuttaa olevansa vaikkapa väsynyt. Joskus myös tavallista rankempaa kertaa voi seurata kognitiivisempi kerta, jolloin tilannetta jollain tavalla yritetään jäsentää.”

asiakkaan ehdoilla eteneminen

Terapeutti: Ja, ja sitten terapeutin on siis syytä valpastua ja yleensä ottaen se, kun joku defensi ilmaantuu siinä potilaan käyttäytymisessä, niin se tarkoittaa sitä, et se potilas lähtee suojaamaan itseään ja se on tarpeellista tietyn aikaa. Jossakin vaiheessa se suojaus voi vähetä, jotta taas sitten mennään lähemmäs jotain semmoista psyykkistä ilmiötä tai mielen-sisältöä, jota on vaikea kohdata.

Tutkija: Eli onko defenssit sun mielestä ninku tavallaan se millä tavalla potilas itse säätelee itseään?

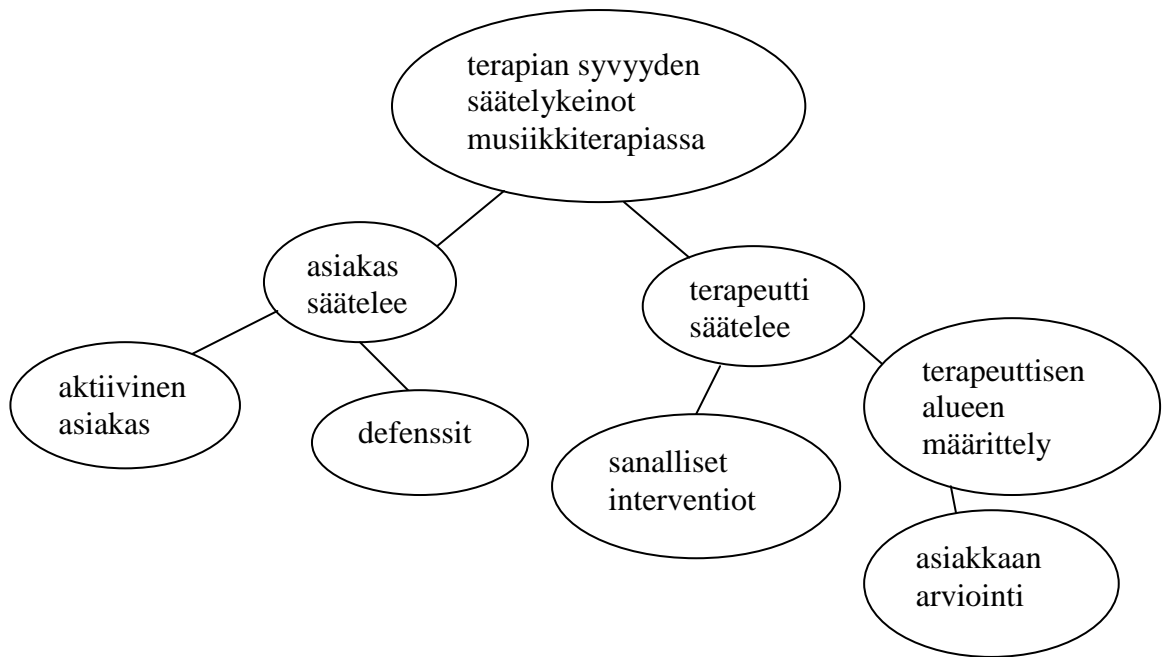
Terapeutti: No joo.

Tutkija: Et se ninku miten ne näyttäytyy ninku sinuun on ikään kuin semmosena defensiivisenä?

Terapeutti: No kyllä mä sitä niin ajattelen – siis en mää ainakaan mitään muuta keinoa oikein terapiatilanteessa näe lukea niitä tasoja.

defenssien merkitys

Yhteenvetona edellisestä asiakas säätelee terapian syvyyttä sekä aktiivisena toimijana että defenssiensä avulla. Asiakkaan ehdoilla eteneminen on sitä, että asiakkaan tilanne vaikuttaa terapeutin päätökseen suunnata terapian kulkua. Koodit linkittyivät usein useampiin ylä-kategorioihin kuten tämäkin. Asiakkaan ehdoilla eteneminen on lisäksi myös **asiakkaan arviointia**, joka taas puolestaan liittyy **terapeutin alueen määrittelyyn** ja **terapeutin säätelykeinoihin**. Terapeutin alueen määrittelyyn linkittyivät myös edellä esitellyt koodit **sopiva prosessoinnin taso ja terapeutin asteikko**.

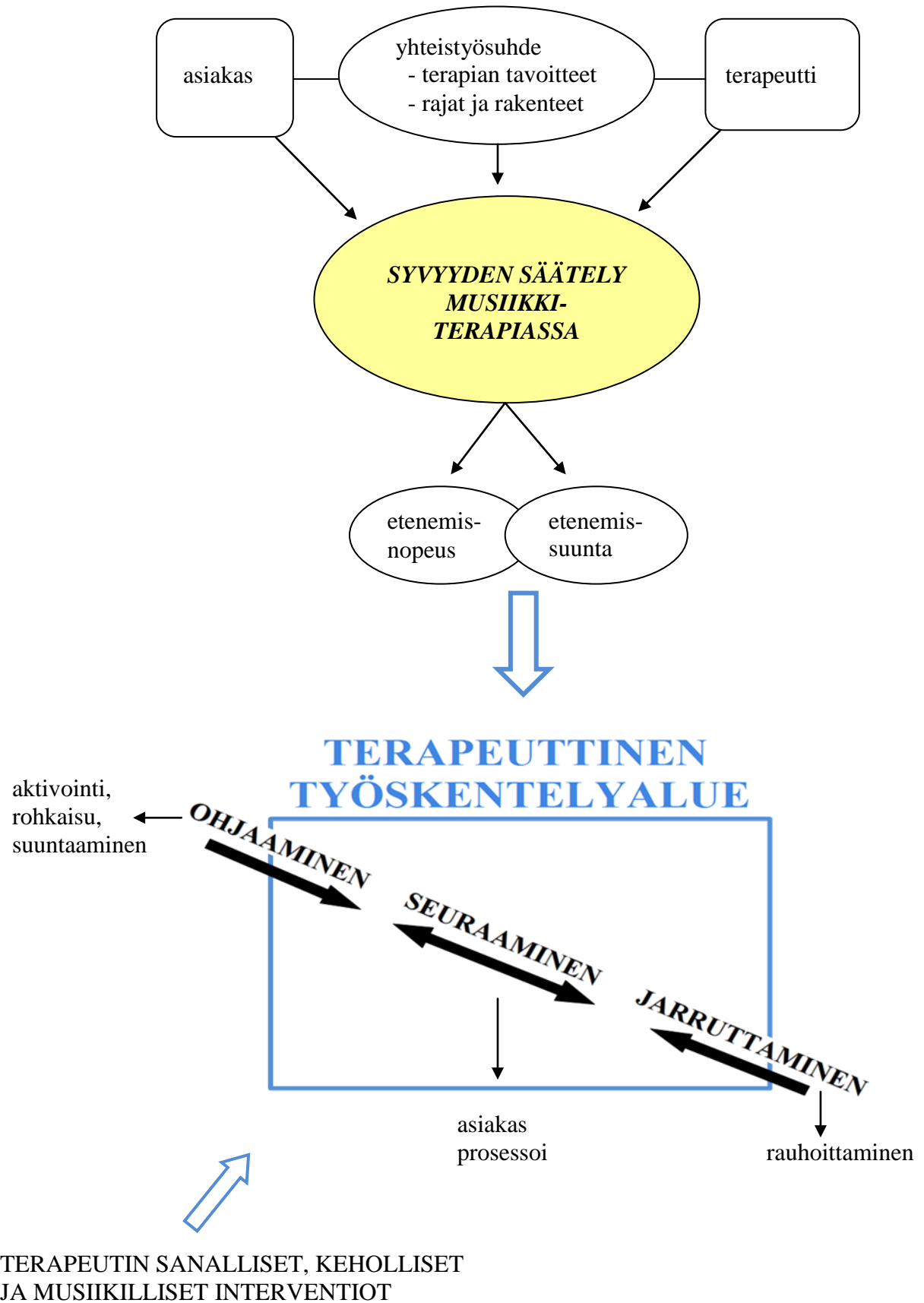


Kuvio 5. Kaavio edellä kuvatusta analyysin vaiheesta, mikä täydentyi tutkimuksen edetessä.

Teemahaastattelun pääteemojen (määritelmä, keinot, säätelyyn vaikuttavat asiat) lisäksi aineistosta nousivat yläkategorioiksi säätelyn erilaiset muodot, terapeutin merkitys säätelijänä ja säätelyn karikot. Kirjoitin yläkategorioiden alle tutkimusaineiston auki. Tästä muodostuneesta laajasta matosta tiivistin tutkimuksen tulokset, jotka esittelen seuraavassa luvussa.

6. TERAPIAN SYVYYDEN SÄÄTELY MUSIIKKITERAPIASSA

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen keskeiset tulokset, jotka ovat tiivistetysti esitetty kuviossa 6. Ensiksi kuvaan tutkittavien käsityksiä musiikkiterapian syvyyden säätelystä (määritelmä) sekä perusteita, miksi syvyyttä säädellään. Ensimmäinen huomio, mikä poikkesi tutkijan ennakkokäsityksestä, oli, että terapian syvyyden säätely ei ole vain etenemisvauhdin hidastamista, vaan se voi olla myös sen nopeuttamista. Samoin ilmeni, että terapian syvyyden säätely sisältää etenemisnopeuden lisäksi myös toisen ulottuvuuden: syvyysuunnassa etenemisen tässä ja nyt -hetken pinnallisesta kognitiivisesta tasosta varhaisten muistojen ja kokemusten käsittelyyn. Syvyysuuntaa kuvattiin myös tietoisuuden tasojen vaihteluna. Terapian syvyyden säätelyn kolmas muoto – jarruttamisen ja ohjaamisen rinnalla – näyttäytyi haastatteluaineiston valossa olevan asiakkaan seuraaminen, jolloin terapeutti antaa tilaa asiakkaan prosessoinnille ja (silti herpaantumatta) väistyy sivummalle. Haastattelujen pohjalta löytyi myös terapeuttien tapoja arvioida terapian tilaa, sitä missä kulloinkin liikutaan. Samoin terapeutit kuvasivat mahdollisia kompastuskiviä terapian syvyyden säätelyssä. Tähän liittyvänä merkittävänä havaintoja pidän terapeutin persoonan vaikutusta hänen yksilölliseen tapaansa toimia terapian syvyyden säätelijänä. Lopussa kokoan konkreettisia terapeuttien esittämiä keinoja säädellä terapian kulkua.



Kuvio 6. Kooste tutkimuksen tuloksista

6.1 Miten musiikkiterapeutit määrittelevät terapian syvyyden säätelyn?

Tutkimusterapeuttien käsitykset terapian syvyydestä ja sen säätelystä olivat hieman erilaisista painotuksista huolimatta varsin yhdenmukaiset. Tiivistettynä tuloksena: terapian syvyyden säätely on terapian emotionaalisen tason pitämistä asiakkaan sietokyvyn alueella - kokemalla, lukemalla ja tulkitsemalla asiakkaan emotionaalista latausta terapeutin teoreettisella ja ammatillisella ymmärryksellä. Terapian syvyyden säätelyssä tunnistettiin kaksi ulottuvuutta: terapian etenemisnopeus ja etenemissyvyys. Etenemissyvyydellä tarkoitettiin liikkumista tietoisuuksien eri tasojen välillä (tietoinen – esitietoinen – tiedostamaton), mutta toisaalta myös siirtymistä nykyhetken tapahtumista varhaisempiin kokemuksiin.

”Ei ainakaan liian nopeasti liian hankaliin asioihin mennä, et tavallaan sen asiakkaan ehdoilla edetään.”

”Minusta siinä on kysymys liikkumisesta kognitiivisen tason ja syvempien tietoisuuden tasojen – esitietoinen, alitajuinen – välillä. Tähän liittyy myös ASC, eli muuntunut tietoisuuden taso, joka voidaan saavuttaa ja joka on kai tarpeellistakin terapian tuloksellisuuden kannalta.”

”Niin tää syvyys on sitä, missä kulloinkin ollaan, että niin joo”, määritteli eräs terapeutti terapian syvyyden. Syvällä oleminen oli toisen terapeutin mukaan ”aukiolemista”. Se on pelottavakin tila, jossa paljastetaan itsestä paljon, eikä vain nykyhetkestä vaan myös varhaisemmista vaiheista. *”Et vähän niinku sipulin kuorimista, että mitä sieltä ytimestä ja ytimen läheltä löytyykään.”* Syvälle meneminen edellyttää suurta luottamusta terapeuttiin.

Tutkimuksen musiikkiterapeutit yhdistivät terapian syvyyden säätelyn asiakkaan tunteiden säätelykykyyn ja terapian emotionaalisen latauksen pitämiseen asiakkaan sietokyvyn alueella. Selvimpänä syvyyden säätelyyn yhdistyvä tunne depressioasiakkaiden parissa oli ahdistuneisuus, jonka määrän lukeminen asiakkaasta koettiin tärkeimmäksi syvyyden säätelyn mittariksi.

Terapian syvyyden säätelyn käsitteet nopeus ja syvyys liittyvät toisiinsa, mutta eivät aina tarkoita samaa asiaa. Erään terapeutin mukaan toiset asiakkaat ovat nopeasti lähteneet tunnetyöskentelyyn, mutta syvälle ei ole silti päästy, koska asiakkaan vastustus on noussut. Sitten on ollut asiakkaita, jotka alkuarkailun jälkeen ovat edenneet yllättävän nopeasti syvälle.

Asiakkaan sietokyky liitettiin asiakkaan egon toimintojen eheyteen ja defenssien käytön joustavuuteen. Jokaisen asiakkaan liikkumaväli on uniikki. Joutumista pois sopivasta terapeutisesta etenemisnopeudesta ja -syvyydestä kuvattiin kontaktin katkeamisena, ylivirittyneisyytenä ja ahdistuneisuutena, mutta toisaalta myös jutusteluna tai paikallaan olona. Todettiin, että vuorovaikutuksen katkeamista on vaikea arvioida, sillä kontaktista vetäytyminen ei ole aina pakenemista tilanteesta. Se voi olla myös voimakasta prosessointia.

”Kun mä sitä asiakasta katson, kun hän sen tunteen vallassa on, et onkse jotenkin semmosta hyvin, et jos se asiakas ninkun näyttää siltä, että hän on jopa ihan paniikissa tai sillä tavalla tai hyvin ninkun syvällä, että kontakti jollakin tavalla meidän välillä häviää tai se vuorovaikutus. Et silloin se voi näyttäytyä, et asiakas tavallaan menee johonkin semmoseen omaan maailmaan siinä, että jotkut mielikuvat tai muistot aktivoituu niin voimakkaasti, että tavallaan se vuorovaikutus katkeaa, että sen kyllä terapeutina tunnistaa, kun sitä kontaktia ei enää ole.”

”No ensiksi tulee tässä mieleen tilanne, jossa asiakas juttelee ns. mukavia tai käydään keskustelua, jota voisi käydä vaikkapa tuolla kuppilassa. Siis varmaan aivan tärkeää asiaa, mutta johon terapiakerrat kuluisivat iloisesti ilman kummempia tuloksia.”

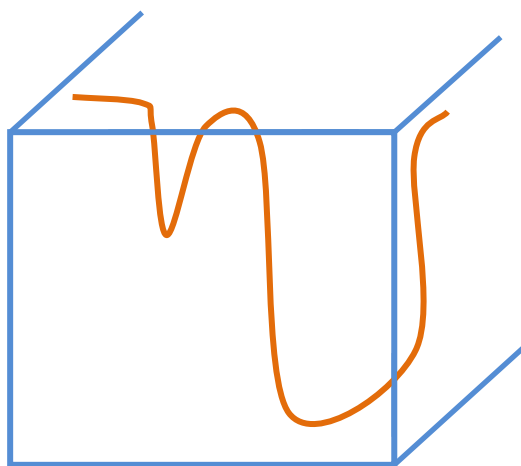
Yllä olevissa aineistoesimerkeissä kuvataan tilanteita, joissa ollaan poissa terapeutiselta työskentelyalueelta: kontakti asiakkaaseen katkeaa tai vuorovaikutus lipuu arkipäivän jutusteluksi.

6.2 Miksi terapian syvyyttä pitää säädellä?

Haastateltavat kokivat säätelykysymykset erityisen tärkeiksi musiikkiterapialle, koska musiikki nostaa herkästi asioita ja tunteita pintaan.

”Miepä sanon sulle esimerkin, että mul on pari, pari asiakasta ollu semmosia, jotka, joilla on tota, ne on soittanu just tämmöstä, ett on, on ollu aika kognitiivista tasoo ja sit joku kerta ne on menny syvälle soittoon, ja mulle tulee kylmät väreet. Mulle saattaa tulla vähän, vähän niinku silmät kostuu ja niinku niin voimakas fiilis tulee, ja tota, ja asiakas on ihan niinkun, että huh, huh, että tääpä oli nyt kokemus, ett yks asiakas esimerkiks puhu, että elämä ennen ja jälkeen sen. Ja se on kuitenkin, se on aika tämmönen, miten nyt sanois, järkevä ihminen, että se. se oli oikeesti hänelle merkittävä kokemus”

Musiikkiterapian etu ja huono puoli on, että emootiot ovat helposti saavutettavissa, jolloin terapeutille voi tulla houkutus viedä prosessia liian nopeasti eteenpäin, koska hän näkee niin paljon asioita, ennen kuin asiakas on välttämättä valmis kohtaamaan niitä.



Kuvio 7. Yksilöllinen prosessi (käyrä) kulkee terapeutin työskentelyalueen sisällä.

Jokaisella asiakkaalla on omanlainen terapeutin työskentelyalue eli sopiva prosessoinnin taso, liikkumaväli, jossa terapia etenee (kuvio 7). Syvyyden säätäminen on prosessoinnin tason pitämistä kulloinkin tarkoituksenmukaisella tasolla. Tarkoituksenmukaiselle tasolle löytäminen voi vaatia etsimistä tai se voi olla suoraviivaista etenemistä syvemmälle asiakkaan valmiuksien mukaan. Terapeutin alue vaihtelee ja muuttuu terapian edetessä asiakkaasta ja terapeutista riippuen.

”...eli joka ikisen ihmisen kohdalla joutuu ottamaan erikseen selvää siitä, mikä on tälle ihmiselle sopiva prosessoinnin taso juuri siinä hänen uniikissa tilanteessaan ja henkilöhistoriaansa vasten eli siitä on mun mielestä tosi vaikee mitää semmosta kovin yleispätevää taulukkoa laatia näin, että mitä asioita luetaan, millä skaalalla siinä liikutaan, vaan se pitää yksilöllisesti selvittää, joka tarkoittaa sitten myöskin siihen arviointiin liittyviä asioita, että täytyy aina yrittää pystyä lukemaan sen yksilön omintakeista, uniikkia oloilaa ja tarpeita ja niitä mahdollisia ongelmia, mitkä on niitä mahdollisia sudenkuoppia.”

Terapeutista työskentelyaluetta määrittelevät asiakkaan egon toiminnot ja motivaatio. Asiakasta arvioimalla ja havainnoimalla yksilöllinen sapluuna löydetään. Syvyyden säätely tapahtuu asiakkaan ehdoilla terapeutin ammatillisella ymmärryksellä terapian tavoitteiden suuntaisesti. Tutkimusterapian lyhydestä johtuen on ollut tärkeää, että toisaalta ei mennä liian syvälle, mutta toisaalta ei ole voinut odotellakaan liian pitkään. Säätelykysymykset ovat olleet siis tärkeitä.

Terapian tuloksen kannalta ei ole suotavaa pysytellä pelkästään pintatasolla vaan terapeutin muutoksen tekee mahdolliseksi liikkuminen syvemmille tasoille. Syvälle meneminen ei hyödytä kuitenkaan asiakasta, jos asiakas ei ole siihen valmis vaan on esimerkiksi liian ”hajalla”. Kun asiakas ajautuu pois terapeutiselta alueelta, terapiasta ei ole enää hyötyä, koska hallitsemattomien tunteiden vallassa asiakas ei kykene integroimaan terapiassa käsiteltäviä asioita. Pelkkä pintatason terapia ei puolestaan poikkea kahvipöytäkeskustelusta, eikä näin ollen palvele terapian tarkoitusta.

”Emootioita pitää olla ja niistä pitää saada kiinni, jos halutaan, että jotakin muutosta tapahtuu. Mut nyt on enemmän kyse nyt siitä, että pysytäänkö niissä rajoissa, että se asiakas pystyy niitten tunteiden kanssa olemaan ja niitä eheyttävällä tavalla käymään läpi vai joutuuko hän semmosten hallitsemattomien tunteiden valtaan, jotka ikäänkun sitten vaan toistaa sitä semmosta mennyttä kokemusta siinä mielessä, että se on edelleen niikun hallitsematon asia ja enemmänkin repii sitä asiakasta rikki kuin eheyttäs millään tavalla.”

6.3 Mitkä asiat vaikuttavat terapian syvyyden säätelyyn?

Terapian syvyyttä säätelevät sekä terapeutti että asiakas. Terapeutin säätelyominaisuuksiin vaikuttavat hänen persoonansa, kliininen kokemuksensa sekä teoreettinen orientaationsa. Asiakkaan säätelyyn vaikuttavat hänen psyykkiset resurssinsa sekä motivaatio. Syvyyden säätely tapahtuu asiakkaan ehdoilla, mutta on terapeutin vastuulla. Terapian syvyyden säätelyyn vaikuttaa myös asiakkaan ja terapeutin yhteistyösuhde. Terapian tavoitteet, rajat sekä rakenteet ovat osa yhteistyösuhdetta.

Terapian syvyyttä pitää säädellä terapian **tavoitteiden** ja rakenteiden vuoksi. Tämän tutkimusaineiston terapiat sisälsivät 20 istuntoa. Syvyyden säätely oli terapeutin työkalu hallita terapian kulkua niin, että edettiin tavoitteiden mukaisesti ja fokuoitiin sellaisiin asioihin, joihin oli mahdollista vaikuttaa lyhyessä istuntojaksossa. Yhdessä prosessissa eivät kaikki asiat ratkea, vaan on vedettävä raja johonkin.

”Kun tehdään siinä alkuvaiheessa nin tavoitteet sille terapialle, asetetaan ja ne pitäo tietenk in olla koko ajan sillai mielessä, kun terapiaa tehdään, et mihin, mitä me tässä nyt pyritään. Jos tavallaan unohtaa se tavoitteen ja sitten joko lähtee viemään sitä ihan turhanpäiten jonnekin niin syvälle, että asiakas ei pääse siitä, eikä oo enää keinoja, eikä aikaa riittä korjata tilannetta.”

Koko terapiaprosessin kannalta olisi tarkoituksenmukaista maltaa rakentaa **yhteistyösuhdetta** riittävän pitkään, jotta asiakkaalle löytyy hänelle sopiva työskentelyn taso ja teemat, joiden parissa on perusteltua työskennellä. Terapialle asetetut tavoitteet ohjaavat terapeutin toimintaa. Hyvää yhteistyösuhdetta kuvataan kahden ihmisen väliseksi suhteeksi, joka on riittävän hyvä. Toimivassa suhteessa asiakas ja terapeutti toimivat yhdessä. Terapeutin merkittävä tehtävä on säädellä etäisyyttä asiakkaaseen joustavasti, että asiakas saa tarvittavan tuen ja rauhan työskennellä. Musiikki toimii musiikkiterapiassa kolmantena isona muuttujana. *”Terapeutti–asiakas -suhteen ei tarvitse olla täydellinen, jos musiikkisuhde toimii.”*

Yhden istunnon ja koko terapiaprosessin ilmiömaailma ovat analogisia. Istuntojen ja koko terapian rakenne muodostuu virittäytymis-, työskentely- ja palautumisvaiheesta. On tärkeää pitää asiakas tietoisena, missä kohtaa prosessia ollaan menossa. Terapian **rakenteessa** syvyyden säätely näkyy niin, että yhden istunnon ja koko terapiaprosessin lopussa ei mennä enää

teemoihin, jotka aktivoivat syvemmälle vaan johdatellaan rauhoittavien aiheiden pariin ja nykyhetkeen tarkoituksena jäsentää ja suunnata eteenpäin. Istunnon loppuvaiheessa voi muistuttaa asiakasta, että kohta pitää lopettaa. ”*Tämä on varmasti tärkeä asia, josta voimme jatkaa ensi kerralla, mutta nyt meidän pitää alkaa lopetella.*”

Istunnon kaari sisältää siirtymän aloituksen kognitiiviselta (*tutkimusterapeuttinen käyttämä termi*) tasolta välillä syvemmille tasoille. Asiakkaasta riippuen syvemmällä ollaan lyhyemmän tai pidemmän aikaa (vrt. kuvio 7) Samalla tavalla toimitaan koko prosessin sisällä.

”Istunto muodostaa yleensä jonkinlaisen kaaren, jossa terapiaan tullaan aluksi kognitiivisella tasolla ja josta siirrytään välillä syvemmille tasoille. Mutta sielläkin vähän asiakkaasta riippuen ollaan joko pidemmän tai lyhyemmän ajan. Eli ei se välttämättä ole kaari, joka saavuttaa syvimmän kohtansa jossain istunnon puolivälin jälkeen, vaan joskus käydään välillä ”vetämässä henkeä” kognitiivisemmalla tasolla.”

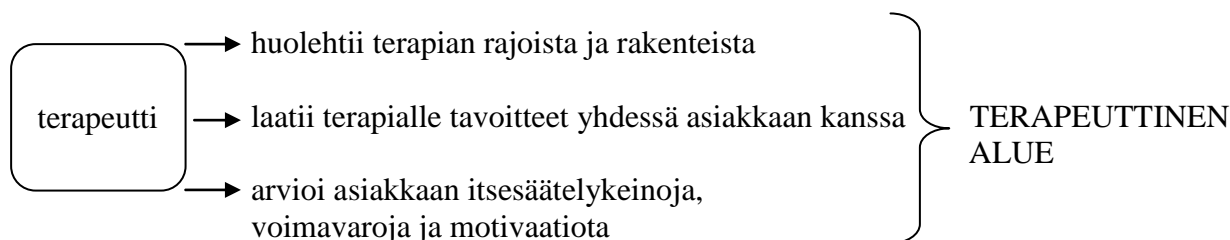
Asiakkaan ehdoilla eteneminen on ainoa keino, sillä asiakas on terapeuttisen muutoksen avain; asiakas tekee lopulta työn. Asiakkaan tullessa terapiaan on tärkeää kysyä, miksi hän tuli terapiaan ja mitä hän odottaa terapialta? Asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen, miten hän pyrkii säätelemään terapian syvyyttä. Motivoitunutta asiakasta ei tarvitse säädellä vaan seurata ja tukea sivusta asiakkaan prosessointia. Vähemmän motivoituneen prosessi voi tyrehtyä pinnalliselle mukavan puhelun asteelle. Motivaatio on osa asiakkaan valmiuksia, mutta pelkkä motivaatio ei sekään aina riitä, sillä eräällä terapeuteista oli kokemus motivoituneesta asiakkaasta, joka ei kuitenkaan ”ollut valmis” syvälliseen terapiaan. Asiakkaan valmiuksien arviointiin kuuluu myös ahdistuksen sietokyvyn ja defensiivisyyden tutkiminen. Terapiasuhteen turvallisuus ja luottamus ovat motivaation lisäksi asiakkaan valmiuksia lisääviä tekijöitä. Supportiivisella työskentelyotteella asiakkaan tahdissa edeten ja hänen omaa psyykkistä työskentelyään tukien, prosessi pysyy työskentelyalueella.

Asiakkaan yleinen kunto ja diagnoosi vaikuttavat syvyyden säätelyn valintoihin. Reaktiivista masennusta voidaan ehkä hoitaakin 20 kerran prosessissa, mutta persoonatason ongelmat vaativat toisenlaiset puitteet. Asiakkaan vointi ja mieliala voivat vaihdella; on väsyneempiä ja virkeämpiä hetkiä ja kertoja. Rankkaa istuntokertaa voi seurata pinnallisempi istunto, jolloin tapahtunutta yritetään jäsentää kognitiivisesti.

”Ett on ollu joku terapiakerta, jollon on käyty hyvinkin niinku, tai sillai aika syvilläkin tasoilla ja tota ja sit seuraavalla kerralla asiakas on selkeesti sellanen niinku defensiivisempi, niin, niin tota sitte toki pitää antaa aikaa asiakkaalle niinku hakee sitä turvaa, turvallisuutta, turvallisuuden tunnetta, jotta voi taas edetä.”

Asiakas toimii enemmän tai vähemmän tietoisesti säädellensä terapian syvyyttä, riippuen hänen hallintakeinoistaan ja defensesistaan. Defenssit ovat tarpeellisia ja hyödyllisiä; niiden esiintymisestä pitää olla kiinnostunut ja niitä voi seurata ja tutkia, mutta samalla myös kunnioittaa rajoja, jotka asiakas asettaa. Defenssit ovat terapeutin työskentelyalueen rajoja.

Terapeutti on ammattilainen, joka oman kliinisen kokemuksensa ja teoreettisen ymmärryksensä valossa, terapian tavoitteiden suuntaisesti, asiakkaan työskentelyvoimavaroja arvioiden vastaa terapian rajoista, rakenteesta ja syvyyden säätelystä. Terapeutilla on kaksoisrooli. Hän on mukana vuorovaikutuksessa toisena osapuolena, mutta samalla tarkkailijaterapeutina seuraa molempien osapuolien tunteita, motiiveja, tarpeita ja uskomuksia. Terapeutti on tärkein turvatekijä syvyyden säätelyssä. Kun asiakkaalla ei ole säätelykykyjä, terapeutti säätelää vuorovaikutuksen kautta.



Kuvio 8. Terapeutin tehtävät syvyyden säätelyssä

Terapeutin aitoa läsnäoloa ja rauhallisuutta pidettiin tärkeinä terapiatilanteissa. Terapeutti ei määrittele asiakasta vaan hyväksyy hänet sellaisenaan. Terapeutti *”ei varasta”* asiakkaan tunteita, vaan asiakas kantaa vastuun niistä.

”No terapeutin kannalta se, mitä siis, mitä mie ite aina, aina niinku hirveesti korostan, niin on se, se aito kohtaaminen ja se läsnäolo, ett sillon kun mie teen sitä työtä, niin mulla ei saa olla muita ajatuksia päässä, ett mä oikeesti siinä tilanteessa vaan.”

Terapeutin liiassa pohdiskelussa ja tulkitsemisessa nähtiin vaara, että terapeutti hukkaa itse terapiatilanteessa jotakin arvokasta. Analyttiset tulkinnat voivat tarjota asiakkaalle ajatusmalleja, jotka ovat hänelle täysin vieraita ja prosessi voi pahimmassa tapauksessa tyrehtyä. Terapeutti tekee omalla olemuksellaan mahdolliseksi asiakkaalle eri kokemisen tasot. Levoton ja hermostunut ei saa asiakasta rauhoittumaan tai uskaltautumaan irti reaalitylanteesta.

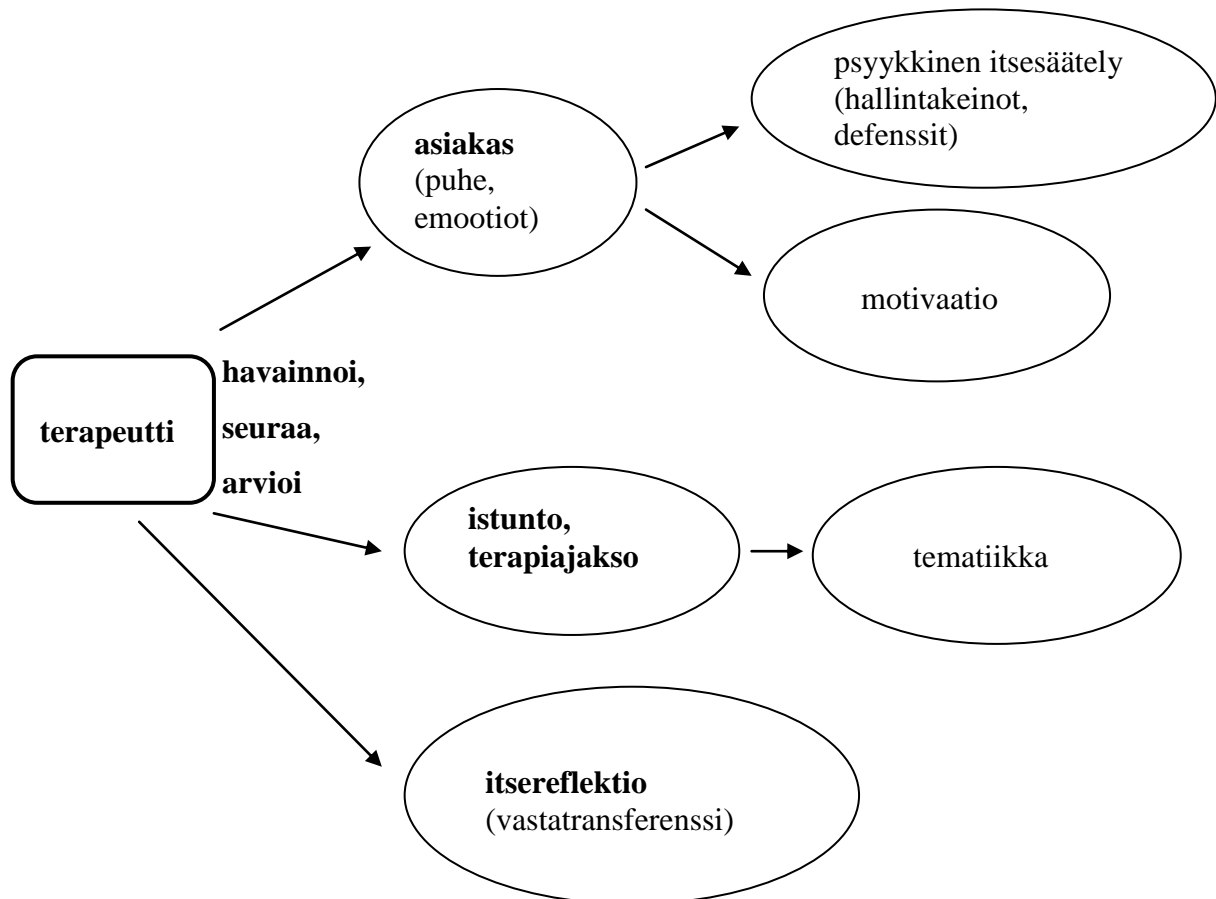
”Terapeutin pitää ensin saada riittävästi happea, että se pystyis sitä hyperventiloivaa auttamaan.”.

Terapeutin ihmiskäsitys ja käsitys siitä, miten ihminen voi toipua depressiostaan vaikuttavat siihen, miten terapeutti säätelee terapian syvyyttä. Asiakkaan ja terapeutin välille syntyy transferenssisuhde, joka rakentuu myös terapeutin omien transferenssisuhteiden varaan. Tärkeää onkin terapeutin itsetuntemus ja rehellisyys omien tunteiden edessä.

”Asiakkaan ja terapeutin välille syntyy myös transferenssisuhde, joka rakentuu ainakin osittain terapeutinkin omien transferenssikokemusten varaan. Siinä tietenkin on tärkeää terapeutin oma itsetuntemus ja rehellisyys omien tunteidensa edessä. Aina ei ole helppoa tunnistaa itsessään vähemmän toivottavia tai varsinkin terapeutille sopivia tunteita.”

6.3.1 Miten terapeutti arvioi terapian syvyyttä?

”Joo, oli siellä semmosia tilanteita, että, että niinku en oikein tienny, missä mennään. Ne kuuluu mun mielestä terapiaan kyllä, niin kun että semmosta leijumista sietää terapeutti erityisesti.



Kuvio 9. Syvyyden arvioiminen

Terapian syvyyden tasosta voi tehdä päätelmiä seuraamalla asiakkaan puhetta, emootioita, defenssien laatua ja ilmenemistä. Defensiivisyys voi näkyä esimerkiksi paljon puhumisena tai pyrkimyksenä johtaa tilannetta. Musiikillisen vuorovaikutuksen syvyyden arvioiminen koettiin vaikeammaksi kuin verbaaliviestinnän. Puhutusta selviää, millaisten teemojen kanssa ollaan tekemisissä, kuin myös se, miten asiakas itse ymmärtää ja näkee tilanteensa.

”Jos aatellaan ihan tätä nonverbaalista puolta, niin se [syvyyttä] on äärimmäisen vaikee mun mielestä määritellä. Sitten tota se sanallinen puoli, niin enemmän kyllä mä lukisin sitten sitä syvyyden tasoa, käsittelyn ja prosessoinnin syvyyden tasoa siitä, että minkälaista tematiikkaa siinä käsitellään siinä istunnossa. Onks se kuinka koskettavaa, kuinka emotionaalisesti virit-

tävää se on? Kuinka paljon se aiheuttaa tunnereaktioita siinä tilanteessa ja myös kuinka kauas jonnekin henkilöhistoriaan siinä ollaan menossa, et se on jollakin tavalla sen emotionaalisen virittyneisyyden suhteen sitä syvyyttä, mutta toisaalta myös taas sitten aikaperspektiivissä se suhteessa nykyhetkeen, et onks se siitä kuinka kauas taaksepäin tai kuinka varhaisiin kokemuksiin liittyvää.”

Asiakkaan emootioista selvimmin säätelyyn kytkeytyvä tunne on ahdistuneisuus. Ahdistus on tiettyyn rajaan asti positiivinen, terapiaa eteenpäin vievä voima, mutta liiallisena invalidisoi ihmisen niin, ettei hän pysty soittamaan, puhumaan, eikä millään tavalla ilmaisemaan itseään, vaan vetäytyy kontaktista. Terapeutin mielessä on asteikko, jota hän ”lukee” päästäkseen selville asiakkaan ahdistuksen määräästä. Asteikko muodostuu asiakasta havainnoimalla ja arvioimalla sekä terapeutin omia tunteita reflektoiden. Vaikka terapeutti tarkkaileekin asiakkaan olemusta tai puheita, niin lopulta hän peilaa niitä omiin tunteisiinsa. *”Mutta että ihan niinku asiakkaan olemusta ja hänen sanomisiaan ja tällönsä, mutta kyllä se kuitenkin se semmonen kuittaus tuli siitä omasta tunteesta aina.”* Terapeutti voi selvittää myös omia tunteitaan tutkimalla, missä terapiassa kulloinkin mennään. *”Pyrin olemaan todella tietoinen siitä koko ajan, että miksi ollaan tässä ja, ja tota, mihin tästä pitäis mennä.”*

Eräs terapeuteista arvioi asiakasta havainnoimalla hänen olemustaan (vrt. aineistolainaus s. 56). Toinen kysyi asiakkaalta itseltään, miten hän arvioi omaa ahdistuksen sietoaan ja mitkä tunteet hän kokee vaikeiksi tai mitä hän pyrkii välttämään. Terapeutti käytti asiakkaan antamaa informaatiota apuna arvioidessaan asiakkaan sietokykyä.

”Ja toinen on sit, jos kysyy asiakkaalta siitä, että mä huomaan, että nyt on voimakkaita tunteita, että onks niinkun semmosta, että sen kanssa pystyy olemaan vai tuntuuko se niinkun liian ahdistavalta. Kyllä asiakkaat aika usein sen pystyvät sanomaan, että nyt tuntuu liian ahdistavalta tai okei on voimakas tunne, mut kyl tän kanssa pystyy olemaan et erottelee tavallaan sitä.”

Alkuarvioinnin keskeiseksi tehtäväksi nähtiin asiakkaan tunteiden säätelykyvyn ja valmiuksien arvioiminen. Asiakkaan valmiudet ovat sitä, että asiakas on valmis terapiaan, että hetki on otollinen. Tärkeää on myös selvittää, ovatko asiakkaan terapialle asettamat tavoitteet realistiset hänen valmiuksiinsa nähden.

”No suomeks sanottuna no tota, että niinku, no joskus on oikea aika terapialle ihmisen elämässä ja joskus ei, että sitten kun on lokahtaa kaikki ne asiat kohalleen, niin se saa asiakas saa sitten niinku todellista apua siitä itelleen.”

Terapeutin on tärkeää tutustua asiakkaaseen muutamalla alkukäynnillä ja sitten istunnoissa koko ajan oppiakseen, miten asiakas tyypillisesti reagoi, millaisia defensesjä hän käyttää, kuinka ne toimivat, mitkä teemat nostavat suojausta ja kuinka nopeasti asiakas suojautuu. Terapian alkuvaihe vie paljon energiaa, koska voi olla vaikea päästä selville, mikä on asiakkaalle sopiva prosessoinnin taso. Jos alkuarvioinnin perusteella vaikuttaa siltä, että asiakkaan egon toiminnot ja defensesit ovat puutteelliset tai toimivat erikoisella tavalla, on terapeutin syytä olla etukäteen valpas auttaakseen asiakasta selviytymään tilanteissa.

Haastatteluissa puhuttiin paljon intuition käytöstä terapian syvyyden säätelyssä. Osa haastattavista tukeutui enemmän intuition varaan kuin toiset. Todettiin myös, että kokenut musiikkiterapeutti voi luottaa enemmän intuitioonsa kuin uransa alussa oleva. Intuitio on merkittävä työkalu, kun halutaan edetä jonnekin, minne tietoisesti ei päästäisi. Kun siellä sitten ollaan, jäsennetään tapahtunut uudelleen.

”Mie pyrin pitämään sitä tietosuutta hyvin aktiivisesti mukana, mut kyl mie uskon, ett mie teen tai teenkin paljon intuitiivisesti myöskin, ett ikään kun on niitä tilanteita, että ne on niin, mitenkähän sen sanoisi, että mie oon niin läsnä siin tilanteessa, ett mie en sill hetkellä niin mieli, mut samalla ku mie sanon sitä, ni mie tiän, ett näin tän pitää mennä.”

Eräs perustelu intuition käyttöön oli se, että etukäteissuunnitelmia oli vaikea laatia ja toteuttaa asiakkaiden kunnon vaihdellessa ja ratkaisut terapian interventioista oli pitänyt tehdä hetkessä. Intuition puolustajat kannattivat myös intuitiivisia ns. ”tyhmiä kysymyksiä”, joilla voidaan katkaista paikallaan pysyminen tai asiakkaan kanssa syntynyt ”itsestään selvä keskustelukulttuuri”. Intuitio kytkeytyi vastauksissa vastatransferenssitunteiden tutkimiseen, minkä avulla terapeutti yrittää lukea emotionaalisen prosessoinnin tasoa ja kuormittavuutta. Varovaista kantaa intuition käyttöön perusteltiin sillä, että intuitio herää herkästi myös terapeutin omista peloista, tarpeista ja ahdistuksista. Intuition käytön rinnalla korostettiin terapeutin kliinistä kokemusta ja teoreettista ymmärrystä.

”Terapian säätely on sekä tietoista, aktiivista säätelyä, että intuition käyttöä. Tietoisinta se on puheen tasolla ja intuition mahdollisuudet ovat erityisesti musiikillisessa vuorovaikutuksessa. Liiallinen analysointi musiikillisen vuorovaikutuksen aikana voi viedä terapeutin pois tilanteesta, siksi on parempi toimia intuitiivisesti samalla kuitenkin omia tunteitaan arvioiden.”

6.3.2 Terapeuttien säätelyominaisuudet

Terapeuttien säätelykyvyt ja -tavat (säätelyominaisuudet) vaihtelevat johtuen terapeutin omasta itsetuntemuksesta ja elämän kokemuksista sekä ammatillisuudesta. Ammatillisuuden merkitys on siinä, että se säilyy haastavissakin tilanteissa, eikä terapeutin henkilökohtaisen tason reagointi vaikuta terapiatilanteessa.

”...jos terapeutti on liian aktiivinen siinä, nin sekin saattaa tyrehdyttää terapiaa, eli että terapeutti on ylisuojelevainen ja jos terapeutti ei itessään siedä vaikka sitä ahdistuneisuutta, mikä tilanteessa on, niin sehän saattaa sillon reagoida vastatransferenssiin siten, että se tyrehdyttää sen prosessin ja säätelee sen terapian syvyyttä ja prosessoinnin syvyyttä sillon epätarkotuksenmukasella tavalla ”

Tutkimustulosten mukaan syvyyden säätelyssä on eroa eri terapeuttien välillä. Eri terapeutit säätelevät terapian syvyyttä eri tavalla. Vaihtelua on siinä, milloin ja millä keinoin tilanteeseen puututaan. Toisen terapeutin kyky sietää ahdistusta on suurempi ja toinen on herkempi jarruttamaan jo hyvissä ajoin. Kysymys on terapeutin persoonallisuuden piirteistä ja hänen henkilöhistoriansa vaikutuksista, mutta myös terapeuttisesta orientaatiosta. Traumaterapeuttisen näkemyksen mukaan ahdistuksen määrä on erityistarkkailussa ja siihen puututaan herkästi. Yleisesti haastateltavat pitivät kysymystä terapeutin eroista syvyyden säätelyssä hankalana ja pelottavanakin ajatuksena.

”Ja se on vaikee ilmiö ja pitkällisen, semmosen ninku terapeutin oman terapeuttisen työskentelyn ja prosessoinnin kautta enemmänkin työkaluksi tuleva, kun se saattaa alkuvaiheessa olla sitä, että se on semmonen uhkaava. Ja se, että se nostaa terapeutin omaa suojausta ja kyllähän terapeutinkin defenssit on sillon se yks semmonen mittari, mitä terapeutti voi lukea ja käyttää, jos se huomaa, että, no joo, nyt ninku mä en meinaa oikein saada ilmaa tässä tilanteessa ja ei oikein tuu mieleen mitään sellasta mihinkä tästä vois päästä, tavallaan tulee semmonen umpikujamainen olo ja rupee ahdistamaan sanomattomasti, niin terapeuttihan saattaa tehdä siinä tilanteessa, riippuen siitä, mitkä omat psyykkiset resurssit on nää, niin aika nopeitakin liikkeitä sen tilanteen muuttamiseksi. Mutta asiakas saattaa silloin vielä olla hereillä ja terapeuttisen työskentelyn alueella, jolloin sillon se korjausliike tapahtuu terapeutin motivaatiosta tai tarpeesta lähtien. Ja tää on aika vaikee kysymys.”

Terapeuttien säätelyominaisuuksien erilaisuus johtaa transferenssin / vastatransferenssin tutkimiseen. Haastattelujen perusteella transferenssi ja vastatransferenssitunteiden tarkastelua pidettiin tärkeänä. Vastatransferenssitunteet käsitettiin laajimmassa muodossaan eli käsittäen kaikki terapeutissa heräävät tunteet.

Pahimmillaan terapian syvyyden säätelyn katsottiin voivan tapahtua terapeutin tarpeista käsin, jos terapeutista tulee ylisuojelevainen, koska hän itse pelkää joitakin tunteita. Klassinen vastatransferenssi on vahingollista, sillä terapiatila täyttyy terapeutin tunteista, jotka ovat peräisin muualta kuin asiakassuhteesta. Empaattisia vastatransferenssitunteita voi myös hyödyntää. Omia tunteita reflektoidulla voi selvittää, onko prosessointi asiakkaalle siedettävää; kestäisikö itse vastaavankokoista ahdistusta. Empaattista vastatransferenssia hyödyntämällä terapeutti testasi siis emotionaalisen latauksen sietämistä ensin itsessään. Haastateltu terapeutti pelästyi itsessään ilmeneviä tunteita, mutta koki kantavansa asiakkaan tunteita vaiheessa, jossa hän ei niitä itse tunnistanut. ”*Terapia on ollut pitkälti omien tunteiden sietämistä*”, kertoi erä haastatelluista. Tunteiden säiliönä oleminen viittaa täydentävän ja / tai empaattisen vastatransferenssin hyötykäyttöön.

”Terapeutin läsnäolon laatu tässä kaikessa on keskeisen tärkeää. Omalla olemisellaan hän tekee mahdolliseksi asiakkaankin kokemisen tasoja. En voi kuvitella, että hermostuneen oloinen, levoton terapeutti saisi asiakastaankaan rauhoittumaan ja uskaltautumaan irti reaalitytilanteesta. Tämä liittyy terapeutin omiin tunteisiin ja mahdollisiin pelkoihin tuntea näitä tunteita. Ne pahimmassa tapauksessa säätelevät koko terapian syvyyttä ja työhöjauksessahan niitäkin yritetään sitten selvittää ja tarkastella.”

Terapeutit korostivat työhöjauksen ja itsetuntemuksen merkitystä selvitettäessä terapeutin tunteita ja niiden alkuperää. Bt-tutkimuksen työhöjauksutilanteissa oli mahdollista katsoa videolta istuntoja uudelleen ja arvioida asiakkaan ja terapeutin reagoitua eri tilanteissa. Työhöjauksen katsottiin auttaneen jaksamisessa, kun terapeutti on voinut purkaa kokemuksiaan ja selvittää tunteitaan. Todettiin myös, että terapeutti olivat työhöjauksesta huolimatta yksin asiakkaan kanssa tekemässä päätöksiä, mutta tietoisena omista vaikuttimistaan, joita toivottiin työhöjauksessa käsiteltävän.

6.3.3 Säätelyn karikot

Terapian syvyyden säätelyyn ei tarvita aktiivisia interventioita silloin, kun terapia etenee motivoituneen asiakkaan prosessoidessa ja kaikki sujuu terapeutin valppaassa huolenpidossa. Säätelystä voidaan haastateltavien mielestä ajautua myös karille. Säätelyn ylilyönnit johtuvat ongelmista terapeutti–asiakas -suhteesta tai terapian rakenteista. Myös asiakkaan tilanteen virhearviointi tai terapeutin säätelyominaisuudet voivat aiheuttaa säätelyn epäonnistusta. Terapian säätelyn epäonnistuminen näyttäytyy liiallisena säätelynä, alisäätelynä, prosessin pysähtymisenä, terapian loppumisena tai ongelmina terapiatilanteissa.

”Totta kai asiakkaat ovat kaikki erilaisia, mikä myös johtaa siihen, että mitään manuaalia, jonka mukaan toimia kaikkien kanssa ei voi olla. Toki teitä parempaan on monia, ja etenemisvauhteja myös, mutta on varmaan myös niin, että on karikoita ja suon silmäkkeitä, joihin törmääminen merkitsee terapian ainakin senkertaista epäonnistumista. Kaikki ei sovi kaikille.”

”Liian aktiivinen autokoulun opettaja tarttuu rattiin ja painelee polkimia yhtenä, jolloin oppilas ei saa ajotuntumaa. Jatkuva säätely johtaa siihen, että asiakkaalle ei tule omia kokemuksia siitä, että pärjää elämässä omillaan, ilman toisen jatkuvaa apua.”

Asiakkaan tilaan liittyvät virhearviot voivat johtua musiikin voimasta nostaa tunteita herkästi pintaan, mikä voi houkuttaa terapeuttia asiakkaan voimavaroihin ja vointiin nähden liian kovaan vauhtiin. Tällöin asiakkaan puolustusmekanismit, vastustus ja torjunta heräävät ja prosessi voi tyrehtyä. Asiakkaan defensiivisyyden hienovarainen seuranta on syvyyden säätelyn kulmakiviä. Asiakkaan motivaatio on myös tärkeä terapian tuloksen kannalta. Tässä tutkimuksessa haastateltavat pitivät tärkeänä asiakkaan otollista hetkeä terapialle, jolloin riitti, että tarjolla on terapeutti ja sopivat olosuhteet terapian rakentumiselle. Jos asiakas ei ole valmis terapiaan, ei terapia etene. Asiakkaan uskomuksilla koettiin myös olevan merkitystä. Todettiin olevan asiakkaita, joilta puuttuu usko siihen, että asiat voisivat muuttua tai että he ansaitsevat tulevansa autetuiksi.

Terapian rakenteisiin liittyvistä säätelyn karikoista kiinnitettiin huomiota tavoitteiden laatimiseen ja niissä pitäytymiseen. Vaaroina nähtiin tavoitteiden unohtaminen, mikä saattoi johtua sekä terapeutista että asiakkaasta. Lyhyen terapiajakson vuoksi myös liian syvälle menevät tavoitteet nähtiin haitallisina. Terapeutit pitivät yhteisten tavoitteiden esille tuomista terapiajakson aikana myös yhtenä mahdollisuutena ohjata terapian kulkua.

”Ehkä jäi vähän, vähän semmonen olo, että siellä niinku varottiin tai varotettiin sitä ettei, ikään kuin liian syvälle kannata lähtee seikkailemaan näin lyhyessä terapiassa.”

”Onkin tärkeää, että ensimmäisellä kerralla asiakas kertoo, miksi on tullut terapiaan ja mitä jaksolta odottaa. Siihen voidaan sitten aina tarvittaessa palata.”

Terapian rakenteessa piilevä vaara on siinä, että istunnon tai koko prosessin rakenne ontuu. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi istunnon lopussa on tunteita herättävä musiikillinen toiminta, jota ei ehditä kunnolla purkaa tai terapiasarjan lopetus aloitetaan liian myöhään. Lopetuksessa olikin eroja terapeuttien kesken. Yksi terapeuteista piti tärkeänä lopettamisen varhaista aloittamista ja siihen liittyvän tematiikan käsittelyä ja toinen halusi käyttää lyhyen istuntosarjan tehokkaasti loppuun asti.

”Mun mielestä on aika huono kuvio se, jos esimerkiksi istunnon rakenne menee semmoseks, että ensin puhutaan 40 minuuttia tai 45 minuuttia jostakin ja sitten siellä lopussa on kauhea rykäisy jotakin, voimallista ilmaisua tai jotakin, mitä ei ehditä purkamaan kunnolla ollenkaan. Silloin sen istunnon mikrorakenteessa tai siis prosessin mikrorakenteessa on ongelma. Kyllä sekin pitäis pystyä jäsentämään sillä tavalla, että se on se lämmittely ja virittäytyminen, työskentelyosuus ja purkamisen ja eteenpäin saattaminen. Terapeutin pitäis pystyä aina kuitenkin jollakin tavalla suuntaamaan sitä prosessia eteenpäin ja siihen kohti seuraavaa istuntoa ja kiinnittämään sitä potilasta siihen, varmistumaan siitä, että se tulee vielä.”

Kuten jo aiemmin totesin, terapeutin yksilölliset ominaisuudet ja toimintatavat herättivät haastatelluissa pelon, että terapeutin omat tunteet, pelot ja ahdistukset ohjaavat terapian etenemistä. Pelkän intuition varassa liikkuminen koettiin hankalaksi. Terapeutti voi myös haluta olla tehokas ja nopea tai niittää mainetta. Eräs haastatelluista toi esille terapeutin ihmiskäsityksen tai uskon ongelmien ratkaisuun. On selvää, että terapeutti, joka ei usko asiakkaan kykyihin voi tehdä asioita liiaksi asiakkaan puolesta.

”Niin tota, terapeutti voi kyllä siihen mun mielestä ihan hirveesti vaikuttaa sillä omalla läsnäololla ja hyväksymisellä ja, ja tavallaan niinku sillä just, että ei määrittele, ei mee sen asiakkaan tontille, vaan antaa sen olla ihan yksin siellä tontilla ja, ja niinku rakentaa sitä sen omaa tonttia.”

6.4 Musiikkiterapian syvyyden säätely depressioasiakkaiden tutkimusterapiajaksolla

Tässä luvussa kuvataan, miten terapian syvyyden säätely näyttäytyi depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa sekä selvitetään syvyyden säätelyn keinoja, joilla terapiaa ohjattiin kulloinkin tarpeellisella tavalla.

6.4.1 Säätelyn tasot

Tutkimuksen tuloksena depressiotutkimusasiakkaiden terapian säätelyssä ilmeni kolme erilaista tasoa. Jotkut asiakkaat vaativat jatkuvaa jarruttavaa säätelyä, että tilanne olisi pysynyt siedettävänä ja toisille saattoi antaa vapauksia ja seurata asiakkaan omaehtoista työskentelyä etäämmältä. Lisäksi oli asiakkaita, joita piti aktivoida, rohkaista ja kannustaa tai linjata tavoitteiden mukaiseen työskentelyyn. ”*Piti pikkasen potkii, että uskaltaa*” – kiteytti eräs haastateltavista. Tilanteet lisäksi vaihtelivat myös istuntojen sisällä eli asiakkaat tarvitsivat erilaista säätelyä eri kerroilla ja eri tilanteissa. Ensimmäisenä terapeutit kuvasivat syvyyden säätelyä haastatteluaineistossa **jarruttamisen** tarpeena tilanteessa, jossa asiakkaan ahdistuneisuus estää terapian etenemisen. Ensivaikutelman jälkeen jarruttamista enemmän haastatteluaineistossa puhuttiin kuitenkin kiihdyttämisen ja aktivoimisen tarpeesta masennusasiakkaiden terapiassa (**aktiivinen ohjaaminen**). Aktiivointia tarvitsivat arat tai passiiviset asiakkaat. Ohjausta oikeaan suuntaan tarvittiin puolestaan silloin, kun oli eksytty pois terapian tavoitteiden osoittamasta suunnasta. Haastatellut terapeutit käyttivät aktiivisesta ohjaamisesta havainnollisia ilmauksia, kuten ”*kaasutus, kiihdytys, ratin kääntö*”. Kolmantena esiin nousi asiakkaan prosessin **seuraaminen**, joka sekin on aktiivista säätelyä, jossa terapeutti säätelee omaa aktiivisuuttaan suhteessa asiakkaan prosessointiin.

1. Aktiivinen ohjaaminen

Asiakas voi olla haluton mihinkään, passiivinen, arka tai hän voi haluta säädellä terapian etenemistä puhumalla paljon tai pinnallisesti tai ohjaamalla puhetta toisiin henkilöihin. Erään tutkimusasiakkaan defensiivisyys näkyi valtavan pitkänä improvisaatioina, toinen hallitsi terapian kulkua valitsemalla käsiteltävät teemat etäältä kiertyen itse ongelmaa.

Terapeutin tehtävänä on auttaa ja rohkaista asiakasta pääsemään syvemmille tajunnan ja kokemuksen tasoille, sillä terapeutin muutos edellyttää usein sitä. Ohjaaminen voi tapahtua palaamalla terapian tavoitteisiin yhdessä asiakkaan kanssa. Aktiivinen ohjaaminen voi olla myös aran asiakkaan tukemista ja rohkaisua ilmaisemaan itseään musiikissa ja puheessa vaikka terapeutin omalla esimerkillä. Toiset projektiasiakkaat ovat olleet myös epäluuloisia musiikillisia aktiviteetteja kohtaan. Joidenkin on ollut vaikea ottaa tukea vastaan ja päästää terapeuttia lähelle, jolloin heitä on pitänyt houkutellessa soitolla kontaktiin. Ohjaamisessakin tärkeintä on pysäyttää ja jäsentää asiakkaalle, mitä tilanteessa havaitsee.

”Mulla on ollu esimerkiks asiakkaita, jotka puhuu muista ihmisistä hirveesti, siel on niinku tupa täynnä väkeä ja tota sitten, sitten mää oon sanonu, että huomaatko, että tää on sun terapia, mutta sie tuot tänne hirveesti muita ihmisiä ja puhut niitten tunteista, ett niinku mun mielestä tavoitteet, esimerkiks tämmönen tilanne, tavoitteet me nyt ollaan puhuttu aikasemmin ni, ni me ollaan menossa niitä kohti. Ett pysäytän, ett ja sanon ääneen, että jäsenän sen tilanteen.”

Improvisaatiolla voidaan edetä asteittain syvemmälle esimerkiksi soittamalla ensin arkinen tapahtuma, jonka herättämistä tunteista valitaan kiinnostava ja jatketaan soittamalla sitä. Toisinaan improvisaatiossa on tarpeen mennä suoraan asiaan, jos ilmassa leijuu vahva tunne, kuten viha. Terapeutti voi houkutellessa asiakasta ilmaisemaan itseään rohkeammin soittamalla välillä itse rohkeasti ja voimakkaasti ja katsoa, miten asiakas reagoi tähän. Myös harmonian valinnalla voidaan vaikuttaa ohjaavasti. Jos tonaliteetti pidetään auki, asiakkaan moodi pääsee esille tai mollin valinta ohjaa kohti surumielisiä mielensisältöjä. Improvisaatioasetelman voi suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin hän pääsee vaikuttamaan terapian kulkuun ja kenties motivoituu. Terapeutti voi haastaa asiakasta musiikilliseen tunneilmaisuuksiin ohjaamalla ennen soiton alkua rauhoittumaan omaan kehollisuuteen ja rohkaisemalla heittäytymään soittoon rohkeasti ilman tietoista ajattelua.

2. Jarruttaminen

Osalla tutkimusasiakkaista oli masennuksen lisäksi voimakasta ahdistustaipumusta, jolloin terapiassa jokin teema saattoi nostaa voimakkaita tunteita niin, että asiakas ajautui lähes paniikinomaiseen tilaan ja pois terapiakontaktista jonnekin oman menneisyyden kokemukseen. Aika ja ajan kokeminen menettivät terapiassa normaalin merkityksensä. Traumaterapian

mukaan paniikki, ahdistuneisuus, lamaannus johtuvat siitä, että ote tässä ja nyt -hetkestä kirpoaa ja ihmisestä tulee menneisyyden tilanteen uudelleen kokija.

Jotkut asiakkaat olivat heti terapiaan tullessaan ahdistuneita ja itkuisia. Eräällä asiakkaalla oli masennuksen lisäksi persoonallisuustasoinen häiriö ja terapia oli istunnosta toiseen tuskallista taistelua, että olisi pysytty terapeutin työskentelyn alueella. Oli tarvittu asiakkaan jatkuvaa rauhoittamista ja palauttamista tässä ja nyt -hetkeen sanallisten, musiikillisten tai kehollisten interventioiden avulla.

Tutkittavat pitivät tehokkaimpana jarruttamisena sanallista interventiota. Terapiaistuntojen sisällä oli tyypillistä säädellä musiikillisin keinoin, mutta kriittisellä hetkellä tilanne pysäytettiin puheella. Tilanteen jatkohoito oli puhumista läsnä olevista asioista, keuharjoitteiden käyttöä tai musiikillista suuntaamista voimaannuttaviin teemoihin.

Kaikenlainen konkreettinen tekeminen rauhoittaa fysiologista aistimustilaa ja tätä kautta mieltä. Hengitysharjoituksilla, rauhoittavilla mielikuvilla, kehon maadoitusharjoitteilla tai soittamalla voidaan päästä eteenpäin lukkiutuneesta tilanteesta. Asiakkaan tuntemista korostettiin tässäkin, sillä esimerkiksi joillekin ahdistuneille rentoutumisharjoitukset tuntuvat sieämättömiltä.

Musiikillisesti voidaan jarruttaa johdattelemalla improvisaation aihepiirit konkreettisiin asioihin. Terapeutti voi havahduttaa asiakasta improvisaatiossa yksittäisellä voimakkaalla äänellä, joka on irti olemassa olevasta kontekstista tai soittamalla liioitellun hiljaa. Myös terapeutin soittama turvallinen pohja tai harmonia antaa asiakkaalle viestin, että hän ei ole tilanteessa yksin. Improvisaatioiden äänittäminen ja kuunteleminen voi antaa vaikeaan kokemukseen tarvittavaa etäisyyttä.

”Sehän on hyvä tehdä myös ninku kuuntelun kautta, koska siihen saa sitä etäisyyttä, että se on turvallisempaa ja tota no varmaan se ensin, että niitten tunteitten purkaminen, jos esimerkiksi tuntuu, että asiakas oli ahdistunut ja liian vaikeita asioita niin no ne sitten puhutaan.”

Sanallinen pysäyttäminen voi tapahtua vaihtamalla puheenaihe johonkin konkreettiseen ja positiiviseen asiakkaan elämässä tai terapiatilassa. Kun tilanne helpottuu, voidaan palata ahdistusta tuottaneeseen aiheeseen. Jarruttaminen puheen avulla tapahtuu purkamalla ahdistava tilanne tarkastelemalla sitä asiakkaan kanssa kuin ulkopuolelta. Asiakkaalta voi kysellä,

millaisia tuntemuksia hänelle tuli, kun oltiin jossakin. Yhdessä voidaan miettiä, miten tilanne eteni ja mistä tunteet nousivat ja mitä ne kertovat.

”Mutta tota siit pitäis puhua, että mistä se johtuu ja mitkä on ne tunteet ja, ja tietysti se koko ajan olla se hyväksyminen, että näin, että näin voi käydä ja toi on oookoo. Ja silloin, silloinhan terapeutin pitää olla, olla niinku se syli siinä.”

3. Seuraaminen

Terapiaan motivoituneet asiakkaat lähtevät työskentelemään musiikillisesti ja verbaalisesti, jolloin terapeutin tulee seurata, millaista tukea asiakas tarvitsee ja miltä etäisyydeltä seurata asiakkaan itsenäistä prosessointia. Turvalliset olosuhteet sekä luottamuksellinen yhteistyösuhde riittävät työskentelyn edellytyksiksi, kun hetki prosessoinnille on otollinen. Terapeutti antaa tilaa aktiivisen asiakkaan prosessoinnille. Seuraaminen on tavoiteltava tilanne, jolloin terapia edistyy asiakkaan toimiessa.

”Ei sitä kauheesti tarvinnu aktivoida, mut ku antaa – luoda se olosuhde ja ne raamit, et se oli riittävän turvallinen. Totta kai siis se, sen se vaatii aina, et siel on se semmonen turvallisuus ja riittävä luottamus ja sit se keskinäinen työskentelysuhde on saatu alulle, et siinä pystytään siä tilanteessa olemaan ja sietämään toinen toistaan.”

”On sitten ihan semmosta, että on luontevaa niinku pysyä jossain, eikä tarvi kauheesti välittää siitä.”

Kliinisessä improvisaatiossa seuraaminen onnistuu, kun terapeutti ottaa kulloinkin tarpeellisen roolin suhteessa asiakkaan prosessointia. Tärkeää on luottamuksellinen, turvallinen työskentelysuhde, jossa terapeutti toimii asiakkaalle transferenssinä ja kestää asiakkaan puolelta myös vihaa. Asiakas on aktiivinen toimija improvisaatioasetelmien suunnittelussa. Hän voi miettiä, valita ja ehdottaa soittimia, rooleja ja työstettäviä asioita.

6.4.2 Syvyyden säätelykeinot

Terapeutin käytössä on erilaisia keinoja säädellä syvyyttä. Terapeutin tehtävänä on terapian emotionaalisen tason pitäminen asiakkaan sietokyvyn alueella. Terapeutti arvio teoreettisella ja ammatillisella ymmärryksellään terapian syvyyttä eli asiakkaan emotionaalista latausta (vrt. kuviot 8 ja 9). Terapeutti tekee päätökset interventioista, joiden tehtävänä on suunnata terapian kulkua tarkoituksenmukaisella tasolla. Terapeutin aktiiviset interventiot voidaan jakaa **sanallisiin**, **kehollisiin** ja **musiikillisiin** interventioihin. Tutkimusaineiston perusteella haastateltavat olivat ensisijaisesti sitä mieltä, että yleensä musiikki vie syvemmälle ja puheella päästään kognitiivisemmalle tasolle. Aineiston perusteella musiikkia ja puhetta käytettiin myös edettäessä kumpaan suuntaan tahansa riippuen siitä, miten interventiot suunnitellaan, ohjeistetaan ja toteutetaan. Myös kehollisia interventioita voidaan käyttää sekä jarruttamiseen että terapian syventämiseen, sillä kehon kautta voi päästä kiinni tunteista, mutta myös pysähtyä tässä ja nyt -hetkeen.

”No, puhe ilman muuta jarruttaa ja musiikki vie syvemmäks, mutta musiikilla voi tehdä sitten muutakin, ett tota totta kai, jos aatellaan jotain rooli rooli-improja niin sehän saattaa olla hyvinkin kognitiivista ja käytännönläheistä. Mutta ootas, mä mietin sitä toisinpäin, että ja kyllähän se puhekin vie niinku syvemmälle, että jos on joku asiakkaan soitto ollu semmosta ehkä stereotyyppistä ja defensiivistä, niin sitten sitä voi purkaa. Voin vaikka kertoa, että mitä, minkälaisia tunteita mulla heräs, ja, ja että vaikka sitä vuorovaikutusta ruveta purkamaan, että niinkun, että oliko siinä niinku miten paljon vastavuorosuutta ja kontaktia ja tota ja onks tää sulle tyypillistä niinku ihmisten kanssa muutenkin ja siitä saattaa päästä aika syvällekin.”

1. Sanalliset interventiot

Terapiaistunnon alussa oli tyypillistä arvioida asiakkaan tilaa puhumalla sekä nykyhetken tilanteesta että edellisen istunnon nostamista ajatuksista. Sanallisiin interventioihin luotettiin erityisesti tilanteissa, joissa oli tarve jarruttaa ja palauttaa asiakasta vuorovaikutussuhteeseen. Tällöin sanallinen interventio saattoi sisältää terapeutin kertomista omista tunteistaan, jolla hän perusteli, miksi halusi pysäyttää tilanteen.

Puheen merkitys nähtiin myös siinä, että sitä seuraamalla pystyi saamaan kuvan, miten asiakas oli mukana ja kuinka syvällä terapiassa liikuttiin. Musiikillisessa vuorovaikutuksessa syvyyttä oli vaikeampi arvioida. Sanallisella interventiolla saattoi varmistua, että asiakas oli

läsnä eikä jossakin tavoittamattomissa. Sanallisen intervention merkitys oli myös siinä, että sanallistamalla terapeutti teki kokonaisprosessia asiakkaalle ymmärrettävämmäksi. *”Sanallistaminen on sekä tulkintaa, että palauttamista aina uudestaan nykyhetkeen.”*

Erilaiset ohjeistukset, esimerkiksi improvisaatioon, suuntaavat terapian etenemistä joko kohti ongelma-alueita tai rauhoittaen kohti nykyhetkeä. Istunnon teemojen valinnat ja käsittelyjärjestys olivat myös merkittäviä sanallisia ohjaamisen muotoja. *”Terapian syvyyttä voi ohjailta oikeilla kysymyksillä”* – totesi yksi haastatelluista. Sanallista syvyyden säätelyä tekevät sekä asiakas että terapeutti tuodessaan esille käsiteltäviä aiheita tai yrittäessään kiertää niitä kauempaa.

Osa tutkimusterapeuteista korosti asioiden avointa ja rehellistä purkamista; eli tapahtumat ja tunteet käsitellään ja tärkeiden asioiden äärelle pysähdytään ja ne avataan sanallisesti. Tämä koettiin tärkeäksi, koska masennusasiakkailta on usein vaikeuksia tunnistaa ja kohdata tunteita, jolloin purkamattomat tilanteet voivat estää terapian etenemisen.

”Koska no jos ajatellaan vaikka, että asiakas on ahdistunut ollu jossain tilanteessa, niin tota, jos sitä ei käsitellä, niin se ei uskalla mennä sille samalle tasolle kenties, kenties koko terapian aikana.”

Jotkut terapeutit näkivät musiikillisen työskentelyn riittävän arvokkaana ilman sanallista jäsentämistä tai pitivät sanallista purkamista musiikillista työskentelyä vähemmän tärkeänä. Heidän mielestään musiikin merkitys on juuri siinä, että se sisältää sanojen tavoittamattomissa olevaa materiaalia.

Terapiassa oli myös hiljaisia hetkiä, jotka olivat informanteista tuntuneet arvokkailta. Hiljaisuus – olla tekemättä mitään – on aktiivinen säätelykeino, jolla voi erityisesti seurata, mutta myös jarruttaa tai ohjata.

2. Keholliset interventiot

Asiakkaasta ja hänen voinnistaan saa tietoa havainnoimalla hänen kehonkieltään ja olemustaan. Kehon kautta on mahdollista päästä käsiksi myös tunteisiin. Kysymys, missä kohtaa kehossa tunne tuntuu, voi auttaa asiakasta tutkimaan ja hyväksymään itsessään olevia tunteita.

Edellä mainitun tunnetyöskentelyn yhdistäminen kehollisuuteen voi toimia terapiaa syvem-
mälle vievänä interventiona. Kehotyöskentely koettiin tärkeänä erityisesti sellaisten masen-
nusasiakkaiden kanssa, joiden taudinkuvaan liittyi syömishäiriö.

Keholliset interventiot auttavat nousemaan kognitiivisemmalle tietoisuuden tasolle, joten niitä
käytetään erityisesti terapian jarruttamiseen. ”*Asiakasta voi pyytää avaamaan silmät ja kerto-
maan, mitä hän näkee ympärillään.*” Konkreettinen tekeminen, kuten jalkojen painaminen
lattiaan tai selän painaminen tuolin selkänojaan, voivat auttaa asiakasta paikallistamaan
itsensä ja havaitsemaan, mitä tässä hetkessä tapahtuu. Fysiologiseen tilaan esimerkiksi
hengitykseen keskittyminen voi auttaa ulos ahdistuksesta, kun ylivireystila rauhoittuu fyysi-
sen rauhoittumisen myötä.

Eräs haastateltavista toi esille terapeutin olemuksen ja asennon merkityksen. Hänen mukaansa
terapeutin tulee kiinnittää huomiota omaan ulkoiseen olemukseen, että hän ei vääntelehti ja
pälyile vaan yrittää olla rento. Asennolla voi välittää asiakkaalle turvallisuutta ja luottamusta.
Asennon vaihtelu voi olla toisaalta myös tarkoituksenmukaista tilanteessa, jossa osoitetaan,
että halutaan lopetella eli terapeutti voi ulkoisella olemuksellaan vaikuttaa syvyyden tilaan.

3. Kliininen improvisaatio

Tutkimusterapioiden keskeinen menetelmä oli kliininen improvisaatio. Musiikillinen syvyy-
den säätely näyttäytyikin improvisaatioiden ohjeistuksen, erilaisten improvisaatio-
tekniikoiden, äänitteiden kuuntelemisen ja purkukeskustelun käyttämisenä säätelyn apu-
välineenä. Haastatellut pitivät improvisaatiota erityisesti syvyyssukelluksena, jonka aikana ja
jälkeen asiakkaissa oli havaittavissa vireystilan muutoksia. Improvisaatiota pidettiin mahdol-
lisuutena päästä kiinni tunteisiin, joita masennusasiakkaiden on ollut vaikea ilmaista muulla
tavoin ja joihin olisi mahdotonta päästä kiinni keskustelemalla 20 kerran prosessissa.

Improvisaatio nosti asiakkaiden mieleen myös uusia yllättäviä asioita. Eräs terapeutti kuvasi
improvisaation mahdollisuuksia näin:

*”Improvisaatio ei ole järkeilevää päättelyä, vaan mahdollisuus kokea vaikkapa traumaattisia
kokemuksia uudelleen, jolloin tilanne voi korjaantua. Esimerkiksi asiakas voi palata murros-*

ikäisen tilanteeseen vuosikymmenien jälkeen ja ilmaista kapinaa ja vihaa auktoriteetilleen, mitä ei ole ikinä uskaltanut ilmaista, mutta mikä on vuosikymmenet etsinyt lupaa tulla edes tunnistetuksi saati sitten ilmaistuksi ja aiheuttanut sisäistä ahdistusta. Terapiassa tunteen ilmaisu on mahdollista ilman kehitysohjelmien konkreettista läsnäoloa. Terapeutti riittää ja musiikki.”

Haastatteluista ilmeni, että improvisaatiota on mahdollista käyttää myös asiakkaan rauhoittamiseen, terapian jarruttamiseen. Tällöin soittaminen toimii konkreettisenä tekemisenä ohjaten pois ahdistavista teemoista tässä ja nyt -hetkeen. Ahdistuneen kanssa improvisoidaan niin, että ohjeistetaan häntä soittamaan sitä, mikä tuntuu hyvältä. Päätös soittaa hyvältä tuntuvia asioita merkitsee uutta suuntaa. Soitossa tapahtuva muutos vaikuttaa kokemukseen terapiahetkessä. Eräs terapeutti puhui kevennetyistä improvisaation aiheista, josta esimerkkinä onnistumisen kokemus menneisyydestä.

Jotkut asiakkaat saivat improvisaatiosta itselleen välineen hallita tunnekokemuksiaan myös kotiloissa. Cd:lle äänitetyt soittot olivat asiakkaalle keino omalla toiminnalla ohjata oloa johonkin suuntaan. Improvisaatioitujen äänittäminen ja kuunteleminen tarjosivat mahdollisuuksia oivalluksiin arkipäivään ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvissä asioissa. Omasta soitosta saattoi kuulla asioita, jotka kuvastivat asiakkaan kokonaistapaa olla ja tuoda itseään esille suhteessa muihin ihmisiin.

”Se [improvisaatio] on onnistunut ainakin tämän asiakkaan kanssa hirveen hyvin, jopa siinä määrin, että hän itse halua näitä improvisaatioita saada cd:lle, jotta hän voisi kotonakin kuunnella niitä silloin, kun hänellä on oikein ahdistava olo. Elikkä hän kyllä löysi tai sai juonesta kiinni, että mä voin sillä omalla soitolla, sillä omalla toiminnallani ohjata tätä mun omaa oloani johonkin suuntaan.”

”Että esimerkiksi tää asiakas, joka soittamisen kautta löysi keinoja itsensä rauhoittamiseen, niin se oli hänelle iso asia, koska aina aikaisemmin hän oli kokenut, että se on vaan joku rauhoittava lääke, joka sen saman saa aikaiseksi. Sit tietysti se, että kun asiakkaat monesti tekee oivalluksia siitä, kun he on soittanut, he on kuunnellu omaa soittoa, niin siitä omasta soitostaan kuulevat jotakin asioita, jotka liittyvät heidän siihen arkielämään ja siihen, miten he ovat vuorovaikutussuhteissa, miten he pystyvät ilmaisemaan itseään. Niin ne ovat sellaisia muutosta edistäviä tekijöitä, että löytää siitä omasta soitosta asioita, jotka heijastaa sitä heidän kokonais, tavallaan kokonaistapaansa olla ja tuoda itseään esille suhteessa muihin ihmisiin.”

Improvisaatiota voi käyttää tuloksetta syvyyden säätelyssä. Ohjeistamalla soittoa voidaan vaikuttaa siihen mennäänkö kohti vaikeita tunnekokemuksia, terapeutin työskentelyn materiaalia tai työstämätöntä asiaa eli syvemmälle vai haetaanko voimavaroja ohjeistamalla

soitto kohti hyvää oloa ja rauhoittumista eli kohti pinnallisempaa tasoa. ”*Sama tekeminen voi toimia moneen suuntaan riippuen siitä, miten siihen lähetään ja miten terapeutti sen ohjeistaa asiakkaalle.*”

Improvisaatioihin on liittynyt keskustelu, jossa on purettu soiton nostattamia tunteita ja ajatuksia. Improvisaatio vaikutti aineiston perusteella melko turvalliselta menetelmältä, sillä vaikka se nosti asioita pintaan, konkreettinen tekeminen piti asiakkaan kuitenkin työskentelyalueella.

7 TULOSTEN TARKASTELUA

Tulosten tiivistelmä:

1. Musiikkiterapian syvyyden säätelyssä on syvyydulottuvuus ja aikaulottuvuus. Se on asiakkaan aktivoimista ja rohkaisua kohti työstämättömiä asioita (syvemmmälle) tai se on tietoisien (kognitiivisten) tason vahvistamista, rauhoittamista ja voimavaroja tukevaa. Terapian syvyyden säätely on myös etenemisnopeuden säätelyä terapian kannalta sopivan emotionaalisen tason löytämisen ja asiakkaan itsesäätelykyvyn arvioimisen ja tukemisen kautta, ottaen huomioon myös terapian tavoitteet ja rakenteet.
2. Terapian syvyyden säätelyn tasot depressioasiakkaiden parissa ovat olleet:
 - a. aktiivinen ohjaaminen
 - b. jarruttaminen
 - c. seuraaminen
3. Terapeutti määrittelee omia tunteitaan reflektoimalla ja asiakasta havainnoimalla asiakkaalle kulloinkin sopivan työskentelyalueen. Sanallisia, kehollisia ja musiikillisia keinoja käyttäen terapian etenemisnopeutta ja -syvyyttä voidaan aktiivisesti säädellä.
4. Terapeuttien säätelyominaisuudet vaihtelevat terapeutin persoonasta, itsetunteuksesta ja teoreettisesta viitekehyksestä riippuen.
5. Kliinistä improvisaatiota voidaan käyttää tuloksekkaasti terapian syvyyden säätelyssä. Se toimii prosessia aktivoivana että rauhoittavana menetelmänä riippuen ohjeistuksesta ja asetelmasta. Kriittisellä hetkellä terapeutit turvautuvat sanalliseen pysäyttämiseen.

Tämän tutkimuksen tuloksena selvitettiin terapian syvyyden säätelyn käsitettä viiden haastattelun pohjalta. Terapeutit pitivät käsitettä vaikeana. Osa korosti näkemystä, että syvyyden säätely on etenemistä tässä ja nyt -hetkestä varhaisempiin henkilöhistorian vaiheisiin – osa taas painotti oikeaa etenemisnopeutta. Määrittelyssä syntyikin erilaisia kombinaatioita nopeuden ja syvyyden kytköksistä. Terapian syvyys määriteltiin myös eri tietoisuuksien tasoilla liikkumisena.

Psykoterapeutit ovat sitä mieltä, että tässä ja nyt tehtävällä terapiatyöllä on suurin voima saada aikaan muutosta. Tämä on mahdollista silloin, kun terapeutin ja asiakkaan mieli kohtaavat tietoisessa kontaktissa. Myös jokapäiväisissä suhteissa voi kokea itse tiedostaen, että tämä hetki on merkityksellinen ja muuttaa elämän kulkua. (Stern 2004, 3.) Tässä tutkimuksessa tässä ja nyt -hetken terapeutin merkitys oli siinä, että sitä tavoitellen palattiin tietoi-

selle (kognitiiviselle) tasolle, mutta toisaalta terapeutin ja asiakkaan aito kohtaaminen nykyhetkessä koettiin tärkeäksi muutoksen avaimeksi.

Psykoterapian teorian tieto korostaa menneisyyttä. Perinteisesti menneisyys on määritelty myös nykyhetken. Menneisyyden tapahtumien vaikutuksista tähän hetkeen tiedetään paljon enemmän, kuin tämän hetken olemuksesta sellaisena kuin se tapahtuu. Stern nostaa nykyhetken psykoterapian keskiöön, mikä saa terapiaprosessin näyttämään erilaiselta ja muuttaa käsityksiä siitä, miten terapian tulokset ilmenevät. Myös tässä tutkimuksessa haastatellut korostivat menneisyyden asioiden käsittelyn nykyhetkessä tarjoavan uuden mahdollisuuden päästä musiikin avulla käsiksi depressioasiakkaiden työstämättömiin tunteisiin. Korjaavan emotionaalisen kokemuksen myötä asiakas kykenee rauhalliseen läsnäoloon omana itsenään. (Stern 2004, 4–5.)

Myös Inge Nygaard Pedersen korostaa asiakkaan ja terapeutin aitoa kohtaamista, johon hän pyrkii sensitiivisen kuuntelevan asenteen (listening attitude) avulla. Pystyäkseen empaattiseen kuunteluun, terapeutilla pitää olla oman elämänhistoriana kautta kosketuspintaa monenlaisiin todellisuuksiin. Kuuntelevalla asenteella luodaan turvallista yhteistyösuhdetta sekä saadaan konkreettista tietoa mm. improvisaatioiden sisällöistä. Kuunteleva asennoituminen tarkoittaa avointa hyväksyvää resonointia asiakasta kohtaan, joka voi tarkoittaa primitiivistä ja ”lähes ruumiillistunutta” kuuntelemista. Asennoituminen voi olla myös herkkää resonointia asiakkaan läheisyyden tai etäisyyden tarpeisiin. Varsinkin etäisyyden tarvetta on tärkeä kuulostella ja vastata tähän niin, että ei torju asiakasta. (Pedersen 1997, 98–111.)

Syvyyden säätely yhdistettiin myös tunteiden säätelykyvyn tukemiseen. Ahdistuneisuus koettiin depressioasiakkailta tärkeimmäksi mittariksi arvioida terapian syvyyttä. Asiakkaan ahdistuneisuus oli selvin viite siitä, että terapian etenemistä pitää jarruttaa. Traumateoreettisen näkökulman mukaan ylivireystila estää asiakkaan kyvyn integroida terapiatilanteessa tapahtuvia asioita aikaisempiin kokemuksiinsa. Taustalla olevat vaikeat asiat toistuvat yhä uudestaan hallitsemattomina ja kontrolloimattomina kokemuksina. Asiakas pyritään terapian säätelyn keinoin pitämään optimaalisessa vireystilassa, jossa hän pystyy prosessoimaan ja käsittelemään terapiassa nousevia asioita eli terapiaa edistävässä yhteistyössä. (Rothschild 2000, Rothschild 2002, Ogden, Minton, & Pain 2006, 26–27.)

Martti Tuohimetsä kirjoittaa, että ihminen muistaa menneisyytensä nykyhetken värjäämien silmälasien läpi. Huonosti voiva näkee menneisyytensä kurjana ja päinvastoin. Muistaminen on luonteeltaan sirpaleista ja osat saattavat mennä väärään järjestykseen. Muistoon voi sekoittua lisäksi helposti asiaankuulumatonta aineistoa. Mitä useammin mieleen palauttaminen ja uudestaan muistiin siirtäminen on tapahtunut, sitä vähemmän muisto muistuttaa alkuperäistä. Edellisen valossa traumamuistoihin on syytä suhtautua varovaisesti samoin kuin pidättäytyttävä tulkinnoista, ettei niistä tule itseään toistavia. (Tuohimetsä 2006, 161–162.)

Terapeutit käyttivät omia tunteita selvittääkseen, onko prosessointi asiakkaalle siedettävää. Empaattista vastatransferenssia hyödyntämällä terapeutti testasi siis emotionaalisen latauksen sietämistä ensin itsessään. Käytännössä vastatransferenssia voidaan hyödyntää terapia-tilanteissa jakamalla asiakkaan kanssa mielikuvia, tunteita, ajatuksia ja somaattisia reaktioita, joita musiikki on herättänyt, mikäli se on tarkoituksenmukaista asiakkaan prosessin kannalta. (Scheiby 2005, 12.)

Tunteiden hallinnan merkitystä terapian yhteistyön sujumiseen on tutkinut Marja-Leena Meronen. Hän selvitti psykologian lisensiaattitutkimuksessaan terapian alussa arvioitun yhteistyösuhteeseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen aineisto koostui Helsingin psykoterapiaprojektissa terapian aloittaneesta 333 pääkaupunkiseudun 20 – 46 -vuotiaasta mieliala- ja / tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivästä potilaasta. Tulokset osoittivat, että erokokemukset ja affektien hallinta vaikuttivat eniten koettuun yhteistyösuhteeseen terapeutin kanssa. Affektien hallinta kuvastaa potilaan kykyä tavoittaa ja ilmaista tilanteeseen sopivasti tunnetilojaan. Tutkimuksen mukaan affektinsa tavoittavat ja ilmaisevat potilaat arvioivat yhteistyösuhteen tyydyttävämmäksi kuin affekteissaan kontrolloidut tai hallitsemattomat. Tutkija arvelee, että terapeutin on helpompi välittää ymmärrystään ja kuulla sellaista potilasta, joka ilmaisee affektejaan. (Meronen 2004, 17–19.)

Tunteiden ilmaiseminen koettiin tässä tutkimuksessa terapian etenemisen kannalta ensiarvoisen tärkeäksi. Terapiaa ei siis pidä jarruttaa kuoliaaksi. Asiakkailta on usein negatiivisia tunteita terapiaa ja terapeuttia kohtaan, kuten Safran ym. (2002) allianssisäristä kertovassa artikkelissaan toteavat (katso luku 3.2). Asiakkaalle on tärkeää saada ilmaista negatiivisia tunteitaan, joihin terapeutin pitäisi suhtautua hyväksyvästi, avoimesti ja ei-defensiivisesti.

Haastatellut toivat esille jarruttamista enemmän tilanteita, joissa depressiivinen asiakas tarvitsee rohkaisua, kannustusta ja aktivointia, jotta terapiassa päästäisiin syvemmälle. Myös tutkimusterapeuttien koulutuksen ja siihen liittyneiden prosessien yhteydessä nousi esiin, että kipukohtiin pitää tarttua rohkeasti. Samassa yhteydessä todettiin, että terapeutin tilannearkuus voi johtua terapeutin kliinisen kokemuksen puutteesta, hänen persoonallisuuden piirteistään, senhetkisestä olotilastaan tai asiakaslähtöisistä tekijöistä. (Erkkilä 2007, 82–84, 86.)

Kun terapia etenee optimaalisesti, voidaan puhua hyvin toimivasta terapeuttisesta suhteesta tai allianssista. Tutkimuksen mukaan syvälle meneminen edellyttää luottamusta terapeuttiin. Allianssin osa-alue Norcrossin (2002) mukaan on empatia. Myös Bruscia (1998a) näkee empatian yhteistyösuhteen olennaisena työkaluna. Hyvä yhteistyösuhte koostuu tekijöistä, jotka ovat yhteydessä syvyyden säätelyyn. Yhteisymmärrys tavoitteista ja terapian kulloisestakin tekemisestä (interventiot) sekä terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen osatekijät ovat terapian etenemisen kulmakiviä Bordinin (1979) mukaan.

Tämän tutkimuksen mukaan syvyyden säätelyn karikat ilmenevät asiakkaassa, terapeutissa tai terapeuttisessa suhteessa. Syvyyden säätelyn ongelmat voidaan nähdä myös allianssisäröinä. Tämän tutkimuksen mukaan terapeutti toteuttaa sanallisia, kehollisia ja musiikillisia interventioita eli tekee suoria tai epäsuoria väliintuloja, kulloinkin tarpeelliseksi katsomallaan tavalla. Joskus on pakko liittyä asiakkaan vastustukseen ja toisinaan lähteä penkomaan ilmiön syvempiä yhteyksiä asiakkaan olemisen tapaan. Allianssisäröjen ennaltaehkäisyyn kannalta on tärkeää oppia tuntemaan asiakkaan reagoitua, mutta myös tukea hänen itseilmaisuaan eli etsiä otollista terapeutista työskentelyaluetta. (Safran ym. 2002, 235–241.)

Tutkimuksen mukaan kolmas terapeutin toteuttama säätelyn muoto depressioasiakkailta oli seuraaminen. Siinä haastatellut kuvasivat motivoituneen asiakkaan, joka itseohjautui kohti muutosta. Bruscian mukaan motivaatio on tärkeä tekijä terapian tuloksellisuuden kannalta, mutta hän toteaa myös, että tosiasiasa motivaation puute on tavallinen terapiaan tulon syy. (Bruscia, 1998a, 61, 69.) Tämän tutkimuksen aineiston perusteella seuraaminen näyttäisi olleen harvinaisinta. Huomioitavaa on, että terapiaprosessit yleensä sisälsivät kaikkia säätelyn muotoja: jarruttamista, ohjaamista ja seuraamista. Tutkimusterapeuttien koulutuksessa korostettiin, että allianssin syntymiselle pitää antaa aikaa. Myös siellä ilmeni erilaisia terapian etenemistyyliä mm. että aktiivisen alun jälkeen terapeutti voi siirtyä taka-alalle seuraamaan asiakkaan prosessointia. (Erkkilä 2007, 82, 85.)

Syvyyden säätelyn tavoitteeksi tämän tutkimuksen perusteella nähtiin asiakkaalle sopivan terapeutin työskentelyalueen löytyminen. Se on jokaiselle asiakkaalle ainutlaatuinen ja muuttuva otollinen prosessoinnin taso. Terapeutin vastuu nähtiin suureksi; terapeutti on teoreettisen ja ammatillisen osaamisen perusteella pystyttävä arvioimaan kulloinkin havainnoimaan asiakasta sekä ohjaamaan terapian kulkua tavoitteiden mukaisesti. Bruscia (1998b) kertoo terapeutin liikkumisesta asiakkaan maailmassa sekä omassa maailmassa omana persoonana että terapeutina. Terapeutina toimimiseen kuuluu keskittyminen terapeutti-asiakas -suhteeseen ja itsensä näkeminen ammatillisena osaajana auttamassa avuntarpeessa olevaa asiakasta.

Asiakkaan tilan arviointiin kuuluu hänen egofunktioidensa, defensiivisyyden ja emootioiden tarkkailu. Meronen (2004) näkee tunteiden hallinnan olevan voimakkaasti yhteydessä reflektointikykyyn ja intentiokaareen. Yhdistävä tekijä saattaisi olla psyykkisten puolustusmekanismien toimivuus. Potilaan defensiivisyyden lisääntyessä hän kykenee ilmaisemaan tunnekokemuksiaan yhä rajoittuneemmin, hänen kykynsä itsereflektointiin kapeutuu, eikä hän pysty kovin sujuvasti ja ehyesti kuvaamaan elämäänsä. Tämä tulee esille terapeutin kanssa käytävän dialogin köyhtymisenä ja katkeilemisena. Vastaavasti hauraan defensiivisen kyvyn johtaminen affektiivisiin purkauksiin ja reaktioihin voi vääristää tässä ja nyt -vuorovaikutussuhdetta ja edelleen yhteistyösuhdetta. (Meronen 2004, 19–20.)

Syvyyden säätelyn keinot jakautuvat tutkimuksen mukaan sanallisiin, kehollisiin ja musiikillisiin, joista keskeinen Bt-tutkimuksessa oli kliininen improvisaatio. Sanalliset interventiot voidaan nähdä palautteen antamisena, joka Claiborn ym. (2002) mukaan (luku 3.3) voi olla kehumista, tukemista, suoruutta, osoittamista ja tulkintaa. Muodot vaihtelevat samoin kuin palautteen vaikutus ja tehtävä terapeutisessa muutoksessa. Palautteen tehtävänä on ohjata terapian kulkua. Haastatellut terapeutit olivat yksimielisiä siitä, että kriittisessä tilanteessa tehokkain jarrutusmenetelmä on sanallinen palauttaminen. Depressioasiakkaille on ominaista vaikeus tunnistaa empatiaa sekä nähdä kaikenlainen palaute negatiivisena. Tästä johtuen terapeutteja kehoitetaan empaattisen ymmärryksen jatkuvaan osoittamiseen ja positiivisen toistavan palautteen antamiseen. (Vrt. Claiborn ym.2002; Bohart ym. 2002.)

Terapeutit pitivät kehollisuutta tärkeänä mm. asiakkaan tilan arvioinnissa, mutta silti kehollisten interventioiden aktiivinen hyödyntäminen esimerkiksi asiakkaan rauhoittamisessa oli

harvinaista. Kehollisuudessa kiinnitettiin myös huomiota terapeutin omaan ele- ja ruumiinkieleen, millä voi viestittää asiakkaalle rauhallisuutta ja luottamusta. Tuohimetsä kirjoittaa, että neurotieteiden aikakaudella terapiassa fyysinen läsnäolevuus tulee entistä tärkeämmäksi:

”Vaistomaisuus, spontaanisuus, improvisaatio ja intuitio ovat kunniaissa. Yhdessä olo ei ole vain yhteistä järkeilyä, vaan ikään kuin yhteistä tanssia kielen tuolla puolen. Asennot, pienet vivahteet, sävyt, melodia ja rytmi ovat yhteisiä ja jaettuja sitä enemmän, mitä toimivampi kontakti on. Neuronien värähtelytaajuus samoilla aivoalueilla eri henkilöillä asettuu peilikuvan kaltaisesti samaksi yhteyden onnistuessa!” (Tuohimetsä 2006, 161–162.)

Haastatelluista terapeuteista jokainen pohti intuition käyttöä terapiatyöskentelyssä. Pelkän intuition varassa liikkumista pidettiin vaarallisena, koska silloin pelättiin terapeutin henkilötason reagoinnin nousevan terapian keskiöön, mutta intuition käyttö koettiin myös tärkeäksi ja vaikuttavaksi elementiksi syvyyden säätelyssä. Terapeutit katsoivat terapiakokemuksen lisäävän intuition käyttöä eli intuitiota voi oppia hyödyntämään. Intuitio on Bruscia (1998b) mukaan kokemisen, tuntemisen ja ajattelun spontaani integraatio, joka on tarpeellinen ja käyttökelpoinen kokemisen väline, kunhan ammatillinen itsereflektio toimii. Bt-tutkimusprotokollassa (Erkkilä ym. 2008.) oltiin huolissaan intuition käytön vähenemisestä soittinvaihtoehtojen vähyyden vuoksi. Tässä tutkimuksessa haastatellut eivät kuitenkaan liittäneet intuitiota missään vaiheessa soittinvalikoimaan.

Kliininen improvisaatio oli keskeisin tutkimusterapioiden menetelmä, mikä oli kaikkien haastateltavien mielestä toimiva ratkaisu. Tutkimuksen perusteella kliininen improvisaatio toimii terapiaa ohjaavasti riippuen siitä, miten se toteutetaan ja ohjeistetaan. Bruscia (1998b) puhuu referentiaalisesta ja nonreferentiaalisesta improvisaatioista, joita molempia tarvitaan terapeutin kokemuksen täydentäjinä. Referentiaalisia improvisaatioita käytettiin tutkimusterapioissa jarruttamiseen, jolloin improvisaatiolle annettiin turvallinen ja positiivinen aihe asiakkaan elämästä. Aiheistuksella päästiin myös syvemmälle, jos yhteisesti sovitusta aiheesta oli helpompi lähteä soittamaan kuin tyhjältä pöydältä. Nonreferentiaalisia soittoja kuvattiin syvyyssuunnassa etenemiseksi kohti ongelma-alueita ja niiden verbaalia käsittelyä nousuna jälleen tietoiselle tasolle jäsentämään tapahtunutta.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia tehdään koko tutkimuksen ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä nämä ratkaisut olivat ja miten niihin päädyttiin. Hänen pitää arvioida myös ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteiden kannalta. (Vilka 2005, 159.)

Tässä tutkimuksessa keskityttiin tiettyyn terapeuttiryhmään, joilla oli käytössä yhdenmukainen terapiasovellus ja terapian kohderyhmällä samantyyppinen problematiikka. Tämä nostaa tutkimuksen luotettavuutta verrattuna tilanteeseen, jossa olisi tutkittu hyvin erilaisten asiakasryhmien kanssa hyvin eri tavalla terapiaa tekeviä terapeutteja.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty vaalimaan kuvaamalla avoimesti tutkimusidean täsmentymiseen johtaneet vaiheet sekä tutkijan esiymmärryksen kehittyminen. Myös kahden eri teoreettisen näkökulman nostaminen tutkimuksen teoreettisiksi lähtökohdiksi on perusteltu. Luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksen kulku haastatteluvaiheesta analyysiin on kuvattu mahdollisimman läpinäkyvästi. Analyysivaiheen raportti kuvaa koodien muodostuksen periaatteet ja ajatuskarttojen kehittymisen kategorioiksi ja edelleen tutkimustuloksiksi.

On ongelmallista, jos tutkijalla on hyvin voimakas ennako-oletus tutkimustuloksesta, jolloin mikään aineisto ei saa tutkijan päättää käännettyä tutkijan alkuperäisestä oletuksesta. (Metsämuuronen 2006, 121.) Fenomenografiseen tutkimusketjuun kuuluu ilmiön teoreettiseen taustaan perehtyminen. Teoriatietoa itse aiheesta eli terapian syvyyden säätelystä en juuri löytänyt. Aiheen syvälinen pohtiminen johdatti ilmiöön liittyvien seikkoihin viittaavien aihepiirien kartoittamiseen. Oma lukeneisuuteni johti tutkimusongelman äärelle ja auttoi haastattelukysymysten laadinnassa.

Kirjoitin omat ennakkokäsitykseni ennen aineiston keräämistä ja analysointia. Se oli osa salapolisiin työtä, hermeneuttisesti etenevää tutkimusprosessia. Siirtyessäni varsinaisen tutkimuksen tekoon ”unohdin” kirjallisuuden ja keskityin haastateltavieni ainutlaatuisiin haastatteluihin. Analyysivaiheen lopussa kaivoin esiin ”esitutkintapöytäkirjat” ja vertailin tuloksia niihin.

Esiymmärrykseni lopputulosten valossa oli mitätön, sillä tutkimus toi esiin paljon uutta tietoa ja muunsi esikäsitteiksiäni.

Fenomenografisen tutkimuksen yleistettävyyks on kyseenalainen, sillä ei ole aivan selvää, että suljetussa haastattelutilanteessa syntyneet ajatukset olisivat yleistettävissä käytännön ongelmanratkaisutilanteisiin. Käsitteet riippuvat myös kontekstista eli yliopistoväen terminologia poikkeaa kliinikon sanastosta eikä välttämättä suoraan käänny käytännön työn kontekstiin. Tutkimuksessa ei aina saavuteta sitä tosiasiaa, että käsitteet muuttuvat, jolloin tulokset ovat vain poikkileikkaus. Vielä on mahdollista, että ihmisillä on aidosti erilaisia, jopa virheellisiä käsitteitä asioista. Onko järkevää pohtia, onko joku enemmän oikeassa kuin toinen? (Gröhn 1993, 26–29.)

Haastatellut tutkimusterapeutit eivät yhteisestä koulutuksestaan huolimatta olleet homogeeninen ryhmä, vaan heillä oli erilainen pohjakoulutus ja terapiakokemus sekä erilaisia taustaorientaatioita. Tämä näkyi aineistossa sekä rikkautena että hajontana. Jokainen terapeutti toimi tutkimusterapeutina lopulta omalla persoonallisella tavallaan. Koulutuksen tehtävä vaikutti olleen ensisijaisesti depressioasiakkaiden musiikkiterapiamallin kehittäminen. Koulutuksen vaikutus terapeuttien toimintaan tuntui olevan sitä suurempi, mitä vähemmän heillä oli terapiakokemusta. Ei ole järkevää kuitenkaan pohtia, oliko toinen oikeammassa kuin toinen, sillä syvyyden säätelyn käsitteen kartoituksessa kaikki näkökulmat olivat yhtä oikeita, koska kyseessä oli pohjatutkimus.

Tutkimusurakan alussa pohdin, millä menetelmällä saisin parhaiten tietoa tutkimuskysymyksiini. Harkitsin pitkään autenttisen videomateriaalin käyttämistä, mutta luovuin siitä, koska videoanalyysin tekeminen ilman tutkimusterapeutin tulkintaa olisi ollut epäluotettavaa ja tutkimusterapeuttien vaivaaminen raskaan terapiaprosessin lisäksi tuntui hankalalta. Loppujen lopuksi haastattelu oli oikea tapa saada tietoa aiheesta, josta tiedetään vähän. Haastattelun aikana saattoi varmistella, että ymmärsin oikein haastateltavan sanottavan. Prosessin aikana kehityin myös haastattelijana. Haastateltavien määrä oli viisi, jolloin aineisto saavutti riittävän kylläntymisen. Viimeinen haastattelu oli samalla tutkimuksen luotettavuuden arviointia, koska vertasin sitä neljän edellisen koosteeseen.

Tutkimustulosten fenomenografinen kuvaaminen rikkaasta tutkimusaineistosta oli työläs. Tulkintojen tekeminen ja tiivistäminen aineistosta, joka sisälsi valtavasti informaatiota, oli haastava tehtävä. Viime kädessä tämän tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkijan havainnointi- ja tulkintakykyyn. Tulkintavaikeuksia aiheutti erityisesti psykologian peruskäsitteiden erilainen määrittely haastateltavien ja tutkijan kesken, mikä koski esimerkiksi kognitiivisen tason ja tietoisuuden tasojen rajapintoja. Tutkimuskysymyksiä olisi saanut ehkä olla vähemmän, jolloin aineisto olisi ollut rajatumpi. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut lisäksi varmistaa kysymällä tutkittavilta, vastaavatko tulokset heidän käsityksiään.

9 POHDINTA

Terapian syvyyden säätely on ollut innostava, mutta haastava tutkimusaihe. Terapian syvyyden säätely kätkee sisäänsä paljon asioita, jotka ovat eri tavoilla kietoutuneet toisiinsa. Terapian syvyyden säätely voisi musiikkitermein ilmaistuna tarkoittaa terapian tempoa ja dynamiikkaa. Tempo tarkoittaisi sitä, kuinka nopeasti edetään kohti tavoitteiden määrittelemää psyykkisen työskentelyn materiaalia. Dynamiikka puolestaan kuvastaisi terapian etenemissuuntaa, työskentelyn syvyyttä ja liikkumista tietoisuuden eri tasoilla.

Oleennaista on kuitenkin se, että aihe on tärkeä terapian tarkoituksenmukaisuuden kannalta. Aihe on erityisen tärkeä musiikkiterapialle, jonka keskeinen terapeuttinen ainesosa, musiikki herkästi ja nopeasti avaa portteja ja ovia syvälle ja nopeasti. Terapeutin vastuullinen tehtävä on ohjata terapian kulkua asiakkaan ehdoilla terapian tavoitteiden suuntaisesti.

Terapeutin etäisyys asiakkaaseen on erillinen liikkuva osa, joka myös on mukana syvyyden säätelyssä omalla erityisellä tavallaan. Terapeutti säätelee etäisyyttä asiakkaaseen, mikä ei suoraan ole rinnastettavissa syvyysakselin ääripäihin, vaan syvällä voidaan olla lähempänä tai kauempana riippuen asiakkaan itsenäisyydestä ja turvan tarpeesta. Syvässä kokemuksessa asiakkaan on tarpeen toisinaan olla yksin ja toisinaan, jos tilanne käy liian ahdistavaksi, tarvitaan terapeutin läheisyyttä johdattamaan turvallisille vesille. Myös tietoisella tasolla terapeutti säätelee etäisyyttä asiakkaaseen kulloinkin tarkoituksenmukaisella tavalla. Terapeutin vetäytyminen voi vetää asiakasta puoleensa kuin magneetti tai se voi olla asiakkaalle uusi hylkäämisen kokemus. Lähelle meneminen voi laukaista asiakkaassa vastustuksen tai olla turva lähteä terapiassa syvemmälle.

Vastatransferenssi on terapeutin keskeinen työkalu, jos pystyy erottamaan omat transferenssitunteensa terapiaa edistävästä vastatransferenssimuodoista. Kysymys terapeutin tavasta säädellä terapian syvyyttä koskettaa olennaisesti sitä, miten hän erottaa omat tunteensa ja tarpeensa asiakkaan vastaavista. Haastateltavien toiveena oli, että terapian syvyyttä säädellään asiakkaasta käsin, mutta pienenä pelkona välittyi, että ei mennäkään asiakkaan rajalle vaan terapeutin. Sääteleekö terapeutti omaa vai asiakkaansa etenemisnopeutta? Mikä on kunkin terapeutin terapeuttinen leveys? Terapeuttisen leveyden käsitettä käytetään paljon lääketieteessä kuvaamaan lääkkeen optimaalista annostusta; pienimmästä vaikuttavasta

suurimpaan. Carl Jungin ajatus siitä, että ketään ei voi auttaa enempää kuin itse on kokenut ja itse itseään ymmärtää, on eräänlainen terapeutin terapeuttisen leveyden selittäjä.

Terapian tuloksellisuutta on tutkittu ja siitä on keskusteltu paljon viime vuosina. Mitkä tekijät vaikuttavat terapian onnistumiseen? Wampoldin (2001) meta-analyysin mukaan spesifeillä tekijöillä on 8 %, yleisillä tekijöillä 70 % ja selittämättömällä osuudella 22 % osuus hoidon onnistumisessa. Spesifeillä tekijöillä tarkoitetaan mm. erilaisia terapeutekniikoita. Yleisistä tekijöistä tärkein on asiakkaan ja terapeutin välinen työskentelysuhde = terapeuttinen allianssi, jonka luominen ja ylläpitäminen ovat terapeutin tärkein tehtävä terapiassa. Yleisiin tekijöihin kuuluvat myös terapeutin ominaisuudet ja toimintatapa. Onnistumiseen vaikuttavat lisäksi osapuolten sitoutuneisuus käytettyyn terapiamuotoon. Terapeutin täytyy uskoa omaan menetelmäänsä ja pitää kiinni sen periaatteista. Selittämättömään osuuteen kuuluvat asiakkaiden eroavaisuudet.

Tämä tutkimus on tuottanut aikaisemmin puuttuneita käsitteitä, joiden relevanssia ja hienosäätöä voisi tutkia edelleen. Jatkotutkimuksena ”stimulated recall” -tyyppinen videoiden katselutilanne voisi olla antoisaa ja syventää tämän tutkimuksen tulosta. Yhtenä terapeutin ominaisuutena voidaan pitää kykyä säädellä terapian syvyyttä terapiaa edistävällä tasolla. Onnistunut syvyyden säätely vaikuttaa terapian tulokseen. Mielenkiintoista olisikin tutkia myös, miten ja kuinka paljon eri terapeuttien säätelyominaisuudet vaikuttavat terapian tuloksellisuuteen. Myös allianssin, sen ilmenemisen ja edistämisen, tutkiminen musiikkiterapiassa olisi tarpeellinen jatkotutkimusaihe.

Kiitokset musiikkiterapeuteille, joilta liikenä aikaa ja mielenkiintoa tutkimusterapioiden lisäksi tähän projektiin. Tämä tutkimus liittyi Braintuning -projektin musiikkiterapian vaikuttavuustutkimukseen, jonka tulokset tulevat olemaan merkittäviä koko musiikkiterapialle. Tutkijana sain olla oppija, sillä jokainen haastattelu oli mielenkiintoinen löytöretki.

LÄHTEET

- Ahonen, S. (1995). Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. Laadullisen tutkimuksen työpajoja. Rauma: Kirjapaino West Point Oy, Kirjayhtymä Oy.
- Ala-Ruona, E. (2007). Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä psyykkisesti oireilevien asiakkaiden musiikkiterapiassa. Strategioita, menetelmiä ja apukeinoja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Ala-Ruona, E., Saukko, P. & Tarkki, A. (2007). Musiikkiterapiapalvelut. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.
- Bohart, A. C., Elliott, R. Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Teoksessa Norcross, J.C. Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practise, 16.
- Bruscia, K. (1987). Improvisational models of music therapy. Illinois: C. C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1998a). Defining music therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998b). The Dynamics of Music Psychotherapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K. & Horner, P.A. (2002). Feedback, teoksessa Norcross, J.C. Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press.
- Erkkilä, J. (2007). Improvisaatiopainotteisen musiikkipsykoterapiakoulutuksen kokemuspohjaisia sisältöjä. Musiikkiterapia, Musiikkipsykoterapian teemanumero, 22(2).
- Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M. & Vanhala, M. (2008). Study protocol. The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. Saatavissa: [http:// www. biomedcentral.com/1471-244x/8/50](http://www.biomedcentral.com/1471-244x/8/50).
- Freud, S., (1912), The Dynamics of Transference, in Strachey, J., (Ed.), (1978), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII, Hogarth, London.
- Ganong, W.F. (1987). Review of Medical Physiology. (13. ed.). USA: Appleton & Lange.
- Gröhn, T. (1993). Fenomenografinen tutkimusote. Teoksessa Gröhn, T. & Jussila, J. (toim.) (1993): Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2000). Tutki ja kirjoita (6. ed.). Helsinki: Tammi.
- Horvath, A.O. (2001) The Alliance. *Psychotherapy* 38 (4)
- Horvath, A. O. & Bedi, R.P. (2002). *The Alliance, teoksessa Norcross, J.C. Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.
- Häkkinen, K. (1996). Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 21. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Kurkela, K. (1993). *Mielen maisemat ja musiikki. Musiikin esittäminen ja luovan asenteen psykodynaamikka.* Helsinki: Hakapaino Oy.
- Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 120, 2645–53.
- Leiman, M. (2006). Mikä psykoterapiassa vaikuttaa? *Psykoterapia. Konsensuskokous 2006, 16.–18.10.2006, Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia.*
- Meronen, M-L. (2004). *Psykoterapiasoveltuvuuden yhteydet yhteistyösuhteeseen. Licensiaattityö.* Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteellinen tiedekunta. Psykologian laitos.
- Metsämuuronen, J. (toim.) (2006). *Laadullisen tutkimuksen käsikirja.* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moilanen, P. & Rähä, P. (2007). Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.* PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.
- Pedersen, I. N. (1997): *The Music Therapist's Listening Perspectives as Source of Information in Improvised Musical Duets with Grown-up, Psychiatric Patients, Suffering from Schizophrenia.* *Nordic Journal of Music Therapy*, vol. 6(2).
- Pedersen, I. N. (2006). *Counter transference in music therapy. A phenomenological study on counter transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry.* Dissertation submitted for the Degree of Doctor of Philosophy Dept. of Communication and Psychology. Aalborg University. Denmark.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006) *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy.* New York & London: W.W.Norton & Company
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music Therapy.* USA: Barcelona Publishers.

Rantala, I. (2007). Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Rothschild, B. (2002). Traumaterapia turvalliseksi. Toim. Saarinen, P., Lahti, H. & Parttimaa, R. (2003). Matkalla eheäksi ja eläväksi Traumaterapiakeskuksen loppuraportti 1999–2002, Traumaterapiakeskus.

Rothschild, B. (2003). *The Body Remembers – casebook. Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD*. W.W. Norton & Company Peter Felix Kellerman: Focus on.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000) *Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration*. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56(2).

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. & Stevens, C. (2002). *Repairing Alliance Ruptures*, teoksessa Norcross, J.C. *Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.

Scheiby, B.B (1998). The role of musical countertransference in analytical music therapy. Kirjassa K. E. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Scheiby, B.B. (2005): An intersubjective approach to music therapy: identification and processing of musical countertransference in a music psychotherapeutic context. In *Music Therapy Perspectives*, Vol. 23, Silver Spring, MD: AMTA.

Sinkkonen, J. (2006). Musiikin sivuvaikutuksia. Kolumni Hyvä Terveys -lehdessä 5/2006.

Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in psychotherapy and everyday life*. New York & London: W.W.Norton & Company.

Tuohimetsä, M. (2006). Pääkirjoitus. *Psykoterapia*. 25(3).

Turtia, K. (2001). *Sivistyssanat*. Keuruu: Otava

Vilkkä, H. (2005). *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Vilkkö-Riihelä, A. (2008). *Lukion kertauskirja. Psykologia*. Helsinki: WSOY.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. LEA Publishers: London.

MUUT LÄHTEET

Ala-Ruona, E. luento 10.3.2008. Jyväskylän yliopisto.

Ala-Ruona, E. henkilökohtainen tiedonanto, 11.6.2009. Jyväskylän yliopisto.

Erkkilä, J. luentotiivistelmä 11.3.2009. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Pedersen, I.N. luento 4.2.2008. Jyväskylän yliopisto.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>, luettu 4.10. klo 12.30.

<http://www.kaypahoito.fi> luettu 10.10. klo 14

LIITE 1**TEEMAHAASTATTELURUNKO****JOHDATTELUKYSYMYS**

Millaista on ollut toimia masennus / ahdistus -asiakkaiden kanssa?

TERAPIAN SYVYYDEN SÄÄTELY KÄSITTEENÄ

Miten määrittelisit terapian syvyyden säätelyn?

Kuka terapian syvyyttä säätelee?

Millaisia laatuja syvyyden säätely sisältää? / Voiko se olla asiakkaan aktivoimista?

Miksi terapian syvyyttä säädellään?

KOKEMUKSIA PROJEKTIASIAKKAISTA

Tuliko tutkimusterapiassa tarvetta säädellä terapian syvyyttä?

Mitkä tunteet masennus / ahdistus -asiakkailta olivat silloin pinnalla?

Miten olet itse kokenut tilanteet, joissa asiakas ahdistuu / panikoituu?

Mikä sinun mielestäsi saa aikaan positiivista muutosta masennus / ahdistus -asiakkaassa?

TERAPIAN SYVYYDEN SÄÄTELYKEINOT

Miten toimit asiakkaan kanssa, jos terapiassa mennään liian syvälle, liian nopeasti ja asiakas ahdistuu?

Mitä aktivointikeinoja käytät?

Säätelkö terapian syvyyttä tietoisesti vai tiedostamatta?

MITKÄ ASIAT VAIKUTTAVAT TERAPIAN SYVYYDEN SÄÄTELYYN?

Mitkä asiat vaikuttavat terapeutin interventioihin, joiden tarkoituksena on säädellä terapiansyvyyttä / etenemisvauhtia / emotionaalista latausta?

MITÄ MIELESTÄSI TÄRKEÄÄ ON JÄÄNYT HUOMIOTTA?