

KULJIT KANSSANI SYVIMPIIN VESIIN

Tapaustutkimus depressioasiakkaan psykodynaamisen
musiikkiterapiaprosessin merkittävistä tekijöistä

Ullamaija Stenman
Musiikkiterapia
Pro gradu – tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Musiikin laitos
Kesäkuu 2011

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta	Laitos – Department Musiikin laitos
Tekijä – Author Ullamaija Stenman	
Työn nimi – Title Kuljit kanssani syvimpiin vesiin Tapaustutkimus depressioasiakkaan psykodynaamisen musiikkiterapiaprosessin merkittävistä tekijöistä	
Oppiaine – Subject Musiikkiterapia	Työn laji – Level Pro gradu - tutkielma
Aika – Month and year Kesäkuu 2011	Sivumäärä – Number of pages 81
Tiivistelmä – Abstract <p>Tässä laadullisessa tutkimuksessa kuvataan depressioasiakkaan pitkän psykodynaamisen musiikkiterapiaprosessin vaiheita ja tarkastellaan sen merkittävimpiä hetkiä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysia, jonka avulla tutkittiin kuutta tarkasti dokumentoitua terapiaistuntoa, jotka ajallisesti sijoittuivat yli kaksivuotisen terapiaprosessin viimeisen puolen vuoden sisälle. Aineistolähtöisessä analyysissä selvitettiin millaiset tekijät edistävät terapiatilanteessa asiakkaan tunteiden käsittelyä ja mikä merkitys niillä on depressiosta toipumisessa. Lisäksi tarkasteltiin terapeutin musiikillisten interventioiden roolia terapeuttisessa prosessissa. Työssä kuvataan terapiaprosessin eri vaiheita ja teemoja erikseen sekä asiakkaan että terapeutin näkökulmista.</p> <p>Tutkimuksen kohteena oli 47-vuotias mieshenkilö, jonka keskivaikean depression tausta oli traumaperäinen. Tunteiden tunnistaminen ja käsitteleminen sekä tunteiden säateleminen olivat terapiaprosessin keskeisiä sisältöjä. Tutkimuksen tulosten mukaan musiikkiterapia soveltuu depressioasiakkaalle hyvin ja musiikkiterapian keinot edistävät toipumisprosessia. Lisänäkökulmaa toipumisprosessiin tuo neljä ja puoli vuotta terapiaprosessin loppumisen jälkeen toteutunut asiakkaan tapaaminen ja haastattelu. Aineistoanalyysin tulokset esiteltiin myös asiakkaalle ja hän vahvisti niiden oikeellisuuden.</p> <p>Terapiaprosessin kuvaamisen ja aineistolähtöisen analyysin lisäksi työssä tarkastellaan teoreettisesti depressiota, traumaperäisiä häiriöitä ja tunteiden säätelyä sekä depressioon liittyviä emotionaalisia muutoksia.</p>	
Asiasanat – Keywords musiikkiterapia, depressio, trauma, tunteiden säätely, prosessi	
Säilytyspaikka – Depository Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos	
Muita tietoja – Additional information	

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	1
2 Depressio.....	3
2.1 Depression määrittelyä.....	3
2.2 Depression luokittelu ja diagnostiset kriteerit.....	4
2.3 Depression merkitys yhteiskunnallisesti.....	5
2.4 Depression taustalla olevia tekijöitä	7
3 Depression hoidosta ja tutkimuksesta.....	9
3.1 Käypä hoito – suositus	9
3.2 Depression tutkimuksesta yleensä	11
3.3 Musiikkiterapian mahdollisuuksia hoitomuotona.....	13
3.4 Depression musiikkiterapiatutkimuksesta.....	16
4 Traumaperäinen depressio.....	21
4.1 Trauma ja traumatisoituminen	21
4.2 Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö	23
4.3 Trauman merkitys depression hoidossa	25
5 Tunteiden säätely	27
5.1 Teorioita emootioista ja niiden säätelystä.....	28
5.2 Depressioon liittyvät emotionaaliset muutokset	30
5.3 Tunteet aivojen toimintojen integraation osana.....	31
6 Musiikkiterapiaprosessin kulku ja merkittävät vaiheet.....	33
6.1 Terapiaprosessi tutkimusasiakkaan näkökulmasta.....	33
6.2 Terapiaprosessi terapeutin näkökulmasta	40
7 Tutkimuksen toteutus	45
7.1 Tapaustutkimus	45
7.2 Tutkimuskysymykset ja aineiston kerääminen	46
7.3 Sisällönanalyysi aineiston tutkimusmenetelmänä.....	48
7.3.1 Alakategorioiden muodostaminen aineistosta	49
7.3.2 Yläkategorioiden muodostaminen	53
8 Tutkimuksen tulosten tarkastelua.....	56
8.1 Tutkimustulokset: asiakkaan näkökulma	57
8.2 Tutkimustulokset: terapeutin näkökulma.....	64
8.3 Tutkimusasiakkaan uusi haastattelu.....	73
8.3.1 Asiakkaan arvio nykytilanteesta ja tutkimustulosten luotettavuudesta.....	73
8.3.2 Tutkimustulosten osallistujatarkistus (member check).....	75
9 Pohdinta	75
10 Lähteet.....	78

1 Johdanto

Olen työssäni terveyskeskuskuntayhtymän musiikkiterapeuttina saanut olla osallisena jo lähes 10 vuoden ajan ohjaamassa depressioasiakkaiden musiikkiterapiaprosesseja, joista lähes kaikki ovat olleet pitkän terapiaprosessin nimikkeen alle kuuluneita. Asiakkaat ovat olleet työikäisiä ja erilaisilla masennusdiagnooseilla musiikkiterapiaan lähetettyjä. Näistä yksi pitkä psykodynaaminen musiikkiterapiaprosessi on päätyntä tämän tutkimuksen kohteeksi. Se edustaa Jyväskylän yliopiston musiikkiterapian maisteriohjelman kliinisten prosessien tutkimusta, joka on yksi perinteisiä tutkimusalueita. Vaikka musiikkiterapiaa on käytetty depression hoitomuotona, on siitä tehtyjä tutkimustöitä vielä suhteellisen vähän. Viime vuosina on kuitenkin tehty muutamia merkittäviä tämän alueen tutkimuksia, joita esitellään myös tämän tutkimusraportin yhteydessä. Näiden eri tavoilla depression hoitoon liittyvien tutkimusten tulokset ovat tuoreita ja musiikkiterapian mahdollisuuksia tukevia.

Depressioasiakkaan taustalta löytyy usein menneisyyden traumaattisia kokemuksia. Myös tämän terapiaprosessin asiakkaan masennus oli traumaperäinen. Tutkielmassa esitellään trauman merkitystä depressiossa ja tunteiden käsittelyä musiikkiterapian menetelmien avulla. Tutkimuksen kohteena ovat olleet myös musiikkiterapian mahdollisuudet tunteidensäätelyprosessissa. Depressioasiakkailta on lähes poikkeuksetta ongelmia tunteiden tunnistamisessa, ilmaisemisessa ja säätelemisessä. Joillakin depressioasiakkailta ilmenee kyvyttömyyttä minkäänlaisen tunnekokemuksen saamisessa, kun taas toisilla saattaa olla jatkuvasti tunteet liiankin herkästi tunnistettavissa. Mikäli kyseessä on traumaperäinen depressio, on usein tunnereaktioissa mukana menneisyyden kokemusten aiheuttamia tiedostamattomia asioita. Tämä tarkoittaa sitä, että joissakin nykyhetken tilanteissa saattaa depressioasiakkaan jokin tunne aktivoitua ja ilmetä liian voimakkaana suhteessa koettuun tilanteeseen. Sillä tavalla, miten tunteita kohdataan ja käsitellään, on hyvinkin paljon merkitystä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Myös psyykkisen hyvinvoinnin kannalta on keskeistä se, miten yksilö tunnetasolla kykenee työstämään menneisyyttä suhteessa nykyhetkeen.

Tässä pro gradu – tutkielmassa on keskitytty yhden depressioasiakkaan kokemukseen. Psykodynaaminen musiikkiterapiaprosessi on merkinnyt sitä, että menneisyyden traumaattiset kokemukset on nostettu asiakkaan omilla ehdoilla edeten tietoisuuteen. Vaikeasti kohdattavien tunteiden esille saaminen, niiden työstäminen ja menneisyyden kokemusten hyväksyminen osaksi

elettyä elämää on ollut mahdollista terapeutisessa yhteistyössä, jossa useilla eri tämän terapiamuodon osa-alueilla on ollut oma merkityksensä. Tutkimuksen kohteena olleet prosessin merkittäviksi nousseet tekijät ilmenevät tämän tutkimusraportin tuloksista.

Musiikkiterapia oli ollut aikaisemmin asiakkaalle tuntematon asia. Hän ei osannut odottaa siltä sen vuoksi mitään erityistä, mutta halu kokeilla tätä mahdollisuutta oli olemassa. Tällä alueella tämä terapiamuoto on ollut aikaisemmin jokseenkin vieras asia. Asiakas on halunnut suostumalla tutkimukseen osallistua myös omalta osaltaan tiedon viemiseen eteenpäin siitä, mitä musiikkiterapia voi tarjota masennuksesta kärsivälle asiakkaalle. Tämä tutkimustyö on samalla kuvaus siitä, mitä musiikkiterapiassa tapahtuu, kun asiakas on riittävän motivoitunut hoitoon ja lähtee rohkeasti tutustumaan omaan sisäiseen itseensä. Tähän asiakasta ajoi ikävä, josta hänelle tärkeässä laulussa sanotaan jotakin hyvin keskeistä ja osuvaa. Sen vuoksi se on tässä ikään kuin johdattamassa tutkimusraporttia alkuun.

”Ootko omaa elämääsi ikävöinyt, joka ohi kulkee, ettet huomaakaan?

Päiviä lyhyitä tai pitkiä joista et koskaan saanut otettakaan?

Minulla on suunnaton ikävä sinne, mistä en koskaan oo kuullutkaan.

Minä olen kauan jo sinua kaivannut, sinua ei varmasti olekaan!”

2 Depressio

2.1 Depression määrittelyä

Depression voidaan lääketieteellisesti määriteltynä katsoa olevan monimuotoinen ja moniasteinen psyykkinen häiriö, jonka kehittyminen tapahtuu useimmiten pitkän ajan kuluessa. Sen syntymiseen on syynä useiden tekijöiden yhteisvaikutus. Depressio rajoittaa ihmisen toimintakykyä ja se heikentää hoitamattomana selvästi elämänlaatua. Sillä on myös taipumus kätkeytyä monenlaisten oireiden taakse ja sen vuoksi jäädä läheisiltä ja hoitohenkilökunnaltakin huomaamatta. Depressiolla on myös itseään ruokkiva ominaisuus, jonka vuoksi masentunut joutuu helposti noidankehään oireidensa kanssa. Masennustiloja on eniten myöhäisessä keski-iässä ja vanhuudessa, mutta myös jo lapsuudessa ja nuoruudessa. (Huttunen, 2010.)

On todettu, että suurin osa masennustiloista tulee esiin jonkin asianomaiselle itselle tärkeän kielteisen elämäntilanteen jälkeen. Kendlerin ym. (2003) mukaan tyypillisiä tällaisia tapahtumia ovat menetykset, erot ja muut sellaiset tapahtumat, joihin liittyy nöyryytystä, häpeää tai tunne umpikujasta. Tällaisen tapahtuman jälkeen on puolen vuoden ajan olemassa moninkertainen riski depression. Näihin kielteisiin elämäntapahtumiin liittyvä psykososiaalinen stressi, joka voi olla luonteeltaan akuuttia tai pitkäkestoista, on depression keskeinen riskitekijä. (Melartin & Isometsä, 2009.) Muihin depression taustalla oleviin tekijöihin palataan myöhemmin uudelleen hiukan tuonnempana.

Ihmisen elämässä on myös vaiheita, joissa on vaikea erottaa normaalia surureaktiota depressiosta. Esimerkiksi läheisen ihmisen kuolema johtaa tällaiseen prosessiin, jossa raja normaalin surun ja depression välillä voi tuntua hyvinkin häilyvältä. Muilla elämään liittyvillä menetyksillä tai stressitekijöillä ei ole merkitystä erotusdiagnoosin kannalta. Masennustilojen syntyyn liittyy monia biologisia, psykologisia ja sosiaalisia vaaratekijöitä. Sen vuoksi depression diagnostiikka ja sen eri muodoista kärsivien henkilöiden hoidon piiriin ohjaaminen ovat merkittävä asia, ei vain henkilöille itselleen vaan myös heidän läheisilleen. (Käypä hoito, 2010.)

2.2 Depression luokittelu ja diagnostiset kriteerit

Masennustila on oireyhtymä, jossa oleellista on saada tietoon oireiden perusteella mistä tarkalleen on kysymys määriteltäessä hoitoa depressiopotilaalle. Masennustilojen ja muiden sairauksien tautiluokitus ICD-10 on Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) virallinen koodistojulkaisu. Se on sosiaali- ja terveysministeriön määräämä (1995) potilasasiakirjojen WHO:n tautiluokituksen suomalainen versio. Tässä tautiluokituksessa depression keskeisimmät muodot jaetaan:

- masennustiloihin (F32), josta esimerkkeinä
 - Lievä masennustila ilman somaattista oireyhtymää F32.00
 - Keksivaikea masennustila ja somaattinen oireyhtymä F32.11
 - Vaikea-asteinen masennustila ilman psykoottisia oireita F32.2
 - Vaikea, psykoottinen depressio F32.3
- toistuvaan masennukseen (F33), josta esimerkkeinä
 - Toistuva depressio, keskivaikea masennus F33.1
 - Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso F33.3

Tässä esittelyssä on vain osa masennusluokituksen diagnooseista, joiden edellytyksenä on, että masennustilan oireita on esiintynyt vähintään kahden viikon ajan ja että nämä oireet ovat vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittävästi asianomaisen elämää häiritseviä. Diagnoosin ehtona on myös, että ICD-10:ssä esitetyistä kymmenestä kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä. Depression vaikeusaste arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4-5, keskivaikea 6-7, vaikea 8-10). Psykoottisessa depressiossa oireiden lisäksi esiintyy myös harhaluuloja tai hallusinaatioita (Käypä hoito, 2010).

Oireet, jotka ovat keskeisiä depressiossa niin masennustilojen (F32) kuin toistuvan masennuksen (F.33) diagnostiikassa:

1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen

5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käyttäytyminen
7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), subjektiivinen tai havaittu
9. Unihäiriöt
10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Depression arvioinnissa voidaan käyttää myös oiremittareita, joita ovat esim. Hamiltonin depressioasteikko, Momtgomery-Åsbergin depressioasteikko ja Beckin depressioasteikko. Viimeksi mainittu BDI-testi on ollut pitkään yleisessä käytössä ja siitä on olemassa lukuisia erilaisia versioita. Näiden ongelmana on se, että niiden tulkintaohjeet ovat varsin puutteelliset. Beckin ym. testi julkaistiin 1961 ja sitä on uusittu 1979. Uusin versio BDI II on julkaistu Beckin ym. toimesta 1996. Tutkimusten perusteella tämä testi on suuntaa antava eikä sen perusteella pelkästään pidä tehdä depressiodiagnoosia. (Roivainen, 2008.)

Masennustilan arvioimiseksi kartoitetaan myös toimintakykyä, joka on lievässä masennustilassa säilynyt, keksivaikeassa masennustilassa selkeästi heikentynyt ja vaikea-asteisessa depressiossa tarvitaan jo usein apua päivittäisiin toimintoihin. Depression seulonta on suositeltavaa niissä ryhmissä, joissa riski sairastua masennukseen on suurin. Näitä ryhmiä ovat mm. epäselvistä somaattisista oireista kärsivät, työuupumuspotilaat ja terveyspalveluja paljon käyttävät henkilöt. (Käypä hoito, 2010.)

2.3 Depression merkitys yhteiskunnallisesti

WHO:n vuonna 2008 tekemän arvion mukaan vakava masennustila oli maailman kolmanneksi yleisin sairaus. Se on paitsi yleinen myös uusiutuva ja monitahoinen sairaus. Sen merkitys toimintakykyä huomattavasti rajoittavana, itsetuhoista käyttäytymistä aiheuttavana ja enneaikaisia kuolemia lisäävänä sairautena on kiistaton useiden tutkimustulosten pohjalta. Kesslerin ym. (1994 ja 2003) mukaan naiset sairastuvat kaksi kertaa useammin kuin miehet jossakin vaiheessa elämää tähän huomattavaa kärsimystä aiheuttavaan sairauteen, jonka yksi keskeinen piirre on kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Se aiheuttaa myös vakavia häiriöitä kognitiivisissa ja psykososiaalisissa toiminnoissa. (Holma, 2010, 19.)

Masennuksesta kärsii vuosittain noin 5 - 6 % suomalaisista. Se on keskeinen kansanterveysongelma ja pääosa potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. Myös psykiatrinen erikoissairaanhoito saa osakseen suuren potilasmäärän, sillä noin puolella potilaista on depressio. Perusterveydenhuollossa tämä prosenttiluku on 10, mutta heistä vain osa tulee avun piiriin aktiivisen hoidon osalta. Masennustilat ovat naisilla yleisempiä, n. 1.5 - 2 kertaa miehiin verrattuna. Depressioon liittyy usein myös muita psyykkisiä oireita kuten ahdistuneisuutta ja päihteiden käyttöä. Depressio aiheuttaa toimintakyvyttömyyttä, joka johtaa työkyvyttömyyteen ja heikentää elämän laatua. Suomessa sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä depression vuoksi on kaksinkertaistunut 1990-luvulta alkaen. Vuonna 2007 uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle jäi 4600 henkilöä. Kustannuksia yhteiskunnalle syntyy myös vajaatehoisista työsuorituksista ja hoitojärjestelmän kuluista, koska usein masennuksen alkuvaiheessa ennen diagnoosin varmistumista joudutaan pois sulkemaan somaattisia sairauksia erilaisten tutkimusten kautta sellaisilla henkilöillä, joilla on somaattista oireilua peittämässä tyypillistä depression oirekuvaa. Depression ennaltaehkäisyssä ainakin liikunnan lisäämisellä, työkuormituksen vähentämisellä ja alkoholin liikakäytön välttämällä olisi merkitystä kansantaloudellisesti. (Käypä hoito, 2010.)

Depressio aiheuttaa siis työkyvyttömyyttä ja ennen aikaista eläkkeelle jäämistä. Se aiheuttaa myös suunnatonta kärsimystä asianomaiselle itselleen ja hänen läheisilleen. Vaikka depressio on maailmanlaajuinen ongelma, on se suomalaisittain myös merkittävä ja keskeinen itsemurhan aiheuttaja. Vuosittain kuolee noin 600 - 700 ihmistä oman käden kautta depression sairastamiseen liittyen ja se on kaksi kolmasosaa kaikista vuosittain tehdyistä itsemurhista. Depressioon liittyy siis kohonnut itsemurhariski ja sen vaara on sitä suurempi, mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys. Perusterveydenhoidosta lähetetään noin 5-12 % kaikista depressiopotilasta psykiatriseen erikoissairaanhoitoon. Se on perusteltua nimenomaan vaikeassa ja psykoottisessa depressiossa, joissa itsetuhoisuuden vaara kasvaa. Myös silloin, kun lääkehoito ei tehoa tai depressio uhkaa pitkäaikaisesti potilaan työ- ja toimintakykyä, on syytä turvautua erikoissairaanhoitoon. (Käypä hoito, 2010.)

Vaikka depressiota on tutkittu sen yleisyyden vuoksi ja sen taustalla olevista tekijöistä on tietoa, on Kesslerin ym. (2003) ja Hämäläisen ym. (2004) mukaan väestössä suurin osa sellaisia, jotka ovat saaneet riittämätöntä hoitoa depression tai he eivät ole saaneet sitä lainkaan. Elinikäisen esiintyvyyden on yleisväestön tutkimuksissa todettu olevan vakavan masennustilan kohdalla 13 -

18 % luokkaa. Suomessa Terveys 2000 projektin raportti kertoo 12 kuukauden esiintyvyyden olevan 4.9 % ja elinikäisen vakavan masennuksen esiintyvyyden 17.7 %. Tämä Pirkolan ym. (2005) ja Suvisaaren ym. (2009) tutkimus osoittaa, että kyse on suuresta yhteiskuntaa koskevasta ongelmasta. Maailmanlaajuisessa tutkimuksessa 2004 (World Mental Health Survey), jossa melkein kaikkien maiden kohdalla oireyhtymän vakavuus korreloi hoidon saamisen todennäköisyyteen, oli Demyttenaeren ym. mukaan tuloksena se, että kehittyneiden maiden osalta vakavaa masennusta sairastavista 35.5 – 50.3 % ei saanut lainkaan hoitoa 12 haastattelua edeltävän kuukauden aikana. Suomessa vastaavanlaisessa tutkimuksessa 41 % vaikeimpien masennustilojen potilaista ei ollut saanut hoitoa lainkaan Hämäläisen ym. (2004) mukaan ja äskettäin Terveys 2000 projektin raportista ilmenee samojen tutkijoiden vuoden 2008 mukaista tietoa siitä, että vaikeasta masennustilasta kärsivistä vain 34 % käytti terveyspalveluita. (Holma, 2010, 28.)

2.4 Depression taustalla olevia tekijöitä

Masennustilojen synnyssä on siis keskeisellä sijalla jokin merkittävä elämäntilanteeseen liittyvä tekijä. Menetykset ja erot tärkeiksi katsotuista henkilöistä aiheuttavat akuuttia tai pitkäkestoista psykososiaalista stressiä, joka on depression keskeinen riskitekijä. Näissä vaikeissa elämäntilanteissa ja menetyksissä voi ympäristön tuki suojata depressiolta. Paljon on kiinni siitä, pystyykö asianomainen ottamaan vastaan apua ja miten hän sen kokee. Tässä taustalla ovat Sinkkosen (2004) mukaan varhaisten kiintymyssuhteiden turvallisuustekijät. Lisäksi riskiin sairastua depressioniin vaikuttaa mm. perimä, temperamentti ja saatu muu hoiva lapsena. Saatu apu ja hoiva voivat toimia myöhemmissä vaiheissa merkittävänä ns. korjaavana kokemuksena. Karlssonin ym. 2007 mukaan mielenterveyden häiriöille yleensäkin on ominaista lukuisten erilaisten tekijöiden ajoittuminen ja niiden psykososiaalista stressiä aiheuttavan ajan pituus. (Melartin & Isometsä, 2009.)

Depressiopotilaiden lapsia on tutkittu siten, että heidän emotionaalisia reaktioita on seurattu pelottavia kasvokuvia näytettäessä. Kuvantamismenetelmillä ovat Savitz ja Drevets (2009) voineet todeta näiden lasten manteliumakkeen poikkeuksellisen aktiivisen toiminnan. Canlin (2008) ehdotus on, että kielteisten tunteiden kokemiselle ilmenevä herkkyyks on persoonallisuuden piirre, joka on altistava tekijä masennus- ja ahdistuneisuusoireille. Temperamentti taas on jo lapsuudesta asti ilmenevä, myös suurelta osin peritty reaktiovalmiudesta kertova ominaisuus. Osittain masennukseen liittyvä geneettinen haavoittuvuus ilmenee ja välittyy temperamentin kautta. Tässä

keskeistä on ns. aivojen limbisen järjestelmän herkkyys reagoida liiankin voimakkaalla tavalla emotionaalisiin ärsykkeisiin. (Melartin & Isometsä, 2009.)

Harris, Brown ja Bifulco esittivät (1990), että lapsuuden vastoinkäymiset synnyttävät pysyviä psyykkisiä haavoja, jotka taas johtavat kohonneeseen emotionaaliseen reagointiin aikuisena. Esimerkiksi menetykset lapsuudessa voivat johtaa ei vain depression varhaiseen puhkeamiseen vaan myös häiriintyneisiin kiintymyssuhteisiin. Näissä tapauksissa esiintyy depressioluonteista suhtautumista kaikkiin menetystapahtumiin läpi elämänsä. Tutkimusta lapsuudenaikaisten vastoinkäymisten merkityksestä depression taustalla on hankaloittanut se, että nämä vastoinkäymiset ilmenevät usein ryhmittäin niin, että on vaikea osoittaa jonkin toisen olevan toista merkittävämpi depression syntymekanismin kannalta. Joistakin lapsuudenaikaisista vastoinkäymisistä on voitu osoittaa olevan syy-yhteys aikuisen ominaisuuksiin kuten avuttomuus, matala itsearvostus ja vääränlainen riippuvuus toisista. Testa ym. (1990) löysivät nämä seikat, joilla on usein nähty olevan yhteys myös depression kehittymiseen aikuisiällä. (Kessler, 2000.)

Masennustilojen taustalla olevia riskitekijöitä ovat:

- tunne-elämän epävakaisuus
- persoonallisuuden häiriöt
- itsetuntovaikeudet
- pitkäaikaiset ruumiilliset sairaudet ja muut mielenterveyden häiriöt
- kuormittavat elämänmuutokset ja pitkäaikainen stressi
- läheisten ihmissuhteiden puute, menetys tai niissä ilmenevät ristiriidat
- vähäinen koulutus tai pienet tulot
- humalajuominen ja päihteiden liikakäyttö (Naukkari, 2009)

Depression peritty alttius siirtyy geenitasolla vanhemmilta. Välittäjäaineet ja monoamiinit vaikuttavat synaptisen tason kautta solutasolla muutoksia aiheuttavasti. Depressiopotilailla esiintyy yleisesti erilaisia serotonenergisestä hermovälityksestä häiriöitä. Hermoverkot ja niiden neuraaliset systeemit säätelevät taas reagoitiherkkyyttä. Nämä yhdessä muodostavat käyttäytymisen ja psyyken toiminnallisen tason, johon vaikuttaa myös sosiaalinen ympäristö. Keskeinen asia depression olemuksen osalta on potilaan aktiivisen psyykkisen prosessoinnin merkitys. Tärkeää on depression hoidon kannalta tämän merkityksen vuorovaikutuksellinen löytäminen ja ymmärtäminen. (Melartin ym., 2009.)

3 Depression hoidosta ja tutkimuksesta

3.1 Käypä hoito – suositus

Erilaisten masennustilojen akuutti hoito koostuu lääkehoidosta ja vaikuttaviksi osoitetuista psykoterapioista. Lievissä ja keskivaikeissa depressioissa näillä hoitomuodoilla on katsottu olevan yhtä merkittävä vaikutus. Niitä voidaan käyttää yhtäaikaisesti tai vaihtoehtoisesti. Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa on aina käytettävä lääkehoitoa, johon masennuslääkkeen lisäksi psykoottisessa depressiossa tulee käyttää psykoosilääkettä. Hoidossa otetaan huomioon depression vaikeusaste ja mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys, sitä suurempi on lääkehoidon rooli ja psykoterapian yhdistäminen siihen. Myös elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen antaminen ovat hoidossa keskeistä. Hoidon seuranta potilaan toipumisen jälkeen puolen vuoden ajan on perusteltua uusiutumisen riskin vuoksi. Mikäli depressiojaksoja on jo elämän aikana ollut niin, että on jo kolmas jakso kyseessä, suositellaan masennuslääkkeen aloittamista pitkäaikaiseksi ylläpitohoidoksi. Perusterveydenhuollon psykiatrinen konsultaatio on tärkeää, sillä suurin osa depressiopotilaista hoidetaan siellä. Depressiohoitajien toimiminen yhä useammissa perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa on lisännyt potilaiden joustavaa hoitoon ohjautumista ja työterveyshuolto ohjaa omalta osaltaan asiakkaitaan hoidon piiriin. Erikoissairaanhoidoa vaativat potilaat, joilla on vaikea tai psykoottinen depressio. Myös huonosti lääkehoitoon reagoiva depressio tai vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavat masennustilat kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. (Käypä hoito, 2010.)

Erityinen depression kroonistumisen riski liittyy tiloihin, joiden taustalla on vaativa, estynyt tai riippuvainen persoonallisuus. Vaikeinta on hoitojen valinta henkilöille, joilla on epävakaata persoonallisuus. Noin 10 – 15 % depressiopotilaista kuuluu tähän ryhmään. Toinen vaikea ryhmä ovat päihderiippuvaiset tai väärinkäyttäjät, joiden osuus on noin 10 – 30 % kaikista depressiopotilaista. Hoitomuodon valinnassa vaikuttavat niin saatavuus kuin depression vaikeusaste. (Käypä hoito, 2010.)

Masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä potilaista 2/3 saa selkeästi vastetta lääkkeen käytölle. 40 – 50 % : lla oireet häviävät noin 6-8 viikon aikana. On kiistaton tosiseikka, että depression hoidon

tuloksellisuutta rajoittava tekijä on hoitokielteisyys, mikä koskee sekä lääkettä että muuta depression kuntoutusta. Kaikilla masennuslääkkeillä on haittavaikutuksia, jotka johtavat akuuttivaiheessa lääkeshoidon keskeyttämiseen noin 10 – 15 %: la potilaista. Mikäli depressiopotilas ei kahden peräkkäisen asianmukaisen lääkehoidokokeilun jälkeen koe saavansa lääkehoidosta selkeää vastetta, on kyseessä ns. lääkeresistentti depressio. Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa voidaan tehdä vielä tämän jälkeen lääkkeiden vaihtamiseen, yhdistämiseen ja annosteluun liittyviä toimenpiteitä. Psykoottisessa depressiossa voidaan käyttää myös anestesiassa annettavaa sähköhoitoa, joka on tehokas ja turvallinen nykyäänkin käytössä oleva hoitomuoto. (Käypä hoito, 2010.)

Lääkehoidon rinnalla tai lievien ja keskivaikeiden depressioiden akuuttivaiheen ollessa kyseessä voidaan myös yksistään käyttää psykoterapioita, jotka perustuvat teoreettisiin malleihin. Niistä johdettuja, tutkittuja kliinisiä käytäntöjä on useita ja tavoitteet depression hoidossa yhtenäiset. Keskeistä on saada käyntiin toipumisprosessi ja toimintakyky, joihin päästään vaikuttamalla masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Lyhytterapiat, joita depression hoitoon suositellaan, ovat kestoltaan muutamasta käyntikerrasta 20 - 30 hoitokertaa ja kerran viikossa toteutettavia. Lievissä depressioissa voidaan käyttää ongelmanratkaisuterapiaa ja ratkaisu- ja voimavarakeskeistä terapiaa. Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa toimivaksi on todettu lyhytkestoiset kognitiivinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia ja interpersoonallinen terapia. (Käypä hoito, 2010.)

Näiden edellä mainittujen terapioiden välillä ei ole todettu kliinisesti merkittäviä vaikuttavuuseroja. Niiden tavoitteet ovat siis depressiosta toipuminen ja toimintakyvyn palauttaminen. Näihin tavoitteisiin päästään eri psykoterapiamuotojen avulla kuitenkin toisistaan poikkeavan fokusoidun työskentelyn avulla. Kognitiivinen psykoterapia lähtee siitä, että depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien asenne- ja käyttäytymismallien muuttaminen on merkityksellistä. Psykodynaaminen psykoterapia perustuu depressiolle altistavien kehityksellisten ongelmien selvittelyyn ja minuuden vahvistumiseen. Interpersoonallisen terapian tavoitteena on depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien ihmissuhdeongelmien, rooliristiriitojen ja menetysten läpikäyminen. (Käypä hoito, 2010.)

Vain noin puolet depressiopotilaista toipuu 4-6 kuukauden lyhytterapian jälkeen hoitovasteen ollessa kuitenkin valtaosalla myönteinen. Oireettomuuden saavuttamiseksi tarvitsee suuri osa potilaista riittävän pitkäaikaista psykoterapiaa. Toistuvan, pitkittyneen ja vaikeahoitoisen depression lääkehoito yhdistettynä pitkäkestoiseen psykodynaamiseen ja kognitiiviseen psykoterapiaan voi olla

perusteltua. Psykoterapian katsotaan näissä tapauksissa lisäävän myönteisiä psykososiaalisia vaikutuksia ja myös hoitomyönteisyys lisääntyy. Lääkehoito ja pitkäkestoinen psykoterapia tukevat siis näin toinen toistaan. Pitkäkestoisesta terapiasta puhutaan silloin, kun kyseessä on 80 - 240 käyntiä 1-3 kertaa viikossa. Pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on ilmeisesti käyttökelpoisin sellaisessa masennustilassa, jossa on komplisoitunut ja pitkäaikainen oireilu tai samanaikainen muu mielenterveyden häiriö kuten persoonallisuushäiriö. Kroonistuneen masennuksen hoitoon on olemassa lyhytkestoinen tai pidempi (12 - 40 kertaa) käsittävä CBASP-yhdistelmäterapia (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy), joka soveltuu myös depressiosta toipuneiden jatkohoitoon. Luovia terapiamuotoja, joista mainitaan musiikkipsykoterapia ja taidepsykoterapia voidaan tämänhetkisen käypä hoito- suosituksen mukaan käyttää depression muun hoidon tukena erityisesti silloin, kun ne ovat jonkin vaikuttavaksi osoitetun terapiamuodon sovelluksia. (Käypä hoito, 2010.)

3.2 Depression tutkimuksesta yleensä

Masennustilat ovat merkittävä subjektiivista kärsimystä, työkyvyn menetystä ja hoitojärjestelmän kuormitusta lisäävä mielenterveyden häiriöiden muoto. Lisäksi niiden hoitaminen aiheuttaa runsaasti kustannuksia yhteiskunnalle. Hyvä hoitotulos olisi siis perusteltua monestakin syystä ja depressiopotilaan itsensä kannalta olisi tärkeää voida ohjata hänet luotettavaan tutkimustietoon pohjautuen tarkoituksenmukaiseen hoitoon. Kuitenkin on todettu, että kliinisen kokeen suorittaminen kohtaa usein yllättävän monenlaisia esteitä. Se vaatii huomattavaa taloudellista panostusta, potilaat keskeyttävät hoitajaksoja, mittaustilanteesta jäädään pois, terapeutti saattaa joutua keskeyttämään terapian, käytetään rinnakkaishoitoja jne. Kuitenkin tarvitaan kliinisiä kokeita eri terapiamuotojen vaikuttavuudesta. (Knekt, Laaksonen & Lindfors, 2006.)

Helsingin Psykoterapiaprojektiin, joka käynnistettiin 1994, valittiin kaikkiaan 326 henkilöä, joiden ikä oli 20 - 46 vuotta. He kaikki asuivat Helsingin seudulla ja olivat avohoitopotilaita, jotka täyttivät Kelan kuntoutuskriteerit. Häiriön tuli olla kestoaltaan yli vuoden mittainen ja työkykyä uhkaava tai haittaava masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Projekti oli Kelan, THL:n (silloisen Kansanterveyslaitoksen), HUS:n Psykiatrian klinikan, Kuntoutussäätiön ja Biomedicum-Helsingin yhteistyötä ja sen tarkoituksena oli tutkia satunnaistetussa kliinisessä kokeessa pitkän (240 hoitokertaa) ja lyhyen (20 hoitokertaa) psykodynaamisen sekä voimavarasuuntautuneen terapian (12 hoitokäyntiä) vaikuttavuutta. Samalla otettiin huomioon mahdollinen sopivuuden perusteella

tapahtuva hoitoon ohjaaminen. Näissä kaikissa ryhmissä olleilla potilailla havaittiin merkittävää masennusoireiston (myös ahdistuneisuusoireiden) lievenemistä. Kahden lyhytterapian vaikuttavuudessa todettiin vain vähän eroja. Molempien vaikutus katsottiin nopeaksi, kun taas pitkän psykodynaamisen terapian vaikutus oli hitaampi, mutta pitkän aikavälin seurannassa oireet vähenivät enemmän kuin lyhytterapioissa. Merkittävä osa potilaista ei parantunut kolmen vuoden aikana tai tarvitsi seurannan aikana lisähoitoja. Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että terapioiden oikea valinta vaikuttaa suotuisesti hoitotulokseen. Kuitenkin tutkimuksen kohteena olleet terapiamuodot eivät ole suurelle osalle masennuspotilaista riittävä hoitotapa. Lisäksi hoitokustannukset pitkän psykodynaamisen psykoterapian osalta osoittautuivat kymmenkertaisiksi verrattuna lyhyisiin psykoterapioihin. Vaikuttavuustulosten luotettavuutta heikensi se, että osa potilaista käytti runsaasti muita psykiatrisia hoitoja terapioiden ja sen jälkeen tapahtuneen seurannan aikana. Kuitenkin Helsingin Psykoterapiaprojekti on merkittävä ja laaja kliininen koesarja, josta tulokset viiden vuoden seurannan jälkeen julkaistiin vuonna 2004. Tutkimus on poikanut runsaasti jatkotutkimusta niin, että vuosien 1997 - 2010 aikana on tehty 25 opinnäytetyötä pohjautuen tutkimuksen sekä kvantitatiivisiin että kvalitatiivisiin aineistoihin. (Knekt, Lindfors & Laaksonen, 2006 ja raportti 2010.)

Suomessa on käytössä yleisesti viisi psykoterapiamuotoa, joita käytetään eri tavoin depression hoidossa. Näiden tutkimuksesta on tarpeen poimia muutamia tuloksia, vaikka eri terapiamuotoja ei tässä ole perusteellisesti kuvailtukaan. Knekt ym. ovat 2007 ja 2009 todenneet, että pitkää hoitosuhdetta tarvitaan, jotta vaikeimmissa häiriöissä saavutetaan tuloksia. Pitkän terapian aikana persoonallisuuteen voi rakentua struktuureja, jotka vasta tekevät vaikeiden asioiden käsittelyn mahdolliseksi. Valbak (2004) ja Marttunen ym.(2008) ovat selvittelleet, että terapian tarpeen arviointiin vaikuttavat paitsi masennuksen vaikeusaste, myös oireilun historia, masennuksen psykodynamiikka ja psyykinen työskentelykyky. Psykoterapia on Bondin (2006) ja Salmisen ym. (2008) tutkimuksissa osoittautunut yhtä tehokkaaksi kuin lääkehoito nimenomaan lievissä ja keskivaikeissa depressioissa. Kuitenkin voidaan todeta, että teoreettisen viitekehyksen merkitys psykoterapian tulosten kannalta on aiempaa pienempi. Tähän tulokseen ovat tulleet Cuijpers ym. (2008). Kaikkein tärkein tekijä depression hoidon kannalta ja tuloksellisuuden saavuttamiseksi on Martinin ym. (2000) mukaan hoitosuhteen, yhteistyösuhteen eli nk. allianssin laatu. (Aaltonen, Jaakkola, Luutonen, Pölönen & Riikonen, 2009.)

Vakavan masennustilan pitkäaikaisennusteesta psykiatrisessa hoidossa on hiljattain ilmestynyt väitöstutkimus, joka on osa Vantaan Depressioprojektia (VDS). Se on toteutettu yhteistyössä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mielenterveyden ja päihdepalvelujen- osaston ja HYKS:in psykiatrian poliklinikan, Peijaksen sairaalan psykiatrisen tulosyksikön kanssa. Tutkimuksen alussa seulottiin 806:sta iältään 20 - 59-vuotiasta masennusoireiden perusteella, joista 542 potilasta kutsuttiin jatkohaastatteluun. Näistä lopulta 269 potilasta päätyi tutkimukseen. Vakavan masennustilan ja oheissairauksien kulkua ja ennustetta tutkittiin seuranta-haastattelujen avulla 6 ja 18 kuukauden sekä 5 vuoden kohdalla toistetuilla haastatteluilla. 182 potilasta osallistui haastatteluihin viiden vuoden kohdalla. Lähes 50 % potilaista oli täydessä remissiossa, 24 % sairasti ajankohtaisesti masennusta ja 26 % oli osittaisessa remissiossa. 15 % potilaista oli yrittänyt itsemurhaa ainakin kertaalleen ja 12 % sairastui seurannan aikana kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Lähes kaikki potilaat (99 %) toipuivat ainakin osittain vakavasta masennustilasta. Suurin osa potilaista (71 %) sairastui seurannan aikana uudestaan masennukseen. Mitä vaikeammasta masennuksesta oli kysymys, sitä merkittävämpi oli ennuste masennustilan uusiutumisesta. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista (61 %) oli mielialahäiriöiden suhteen sukuhistoriaa. (Holma, 2010, 16.)

3.3 Musiikkiterapian mahdollisuuksia hoitomuotona

Musiikkiterapia määritellään kuntoutus- ja hoitomuodoksi, jossa musiikin eri elementtejä käytetään keskeisenä välineenä sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa. Musiikillinen työskentely ja yksilölliset hoitotavoitteet tekevät musiikkiterapiasta soveltuvan lapsille ja aikuisille. Musiikkiterapia voi olla aktivoivaa, toiminnallisia valmiuksia edistävää, tukea - antavaa, itsetuntemusta ja elämänhallintaa kehittävää sekä analyttistä. Aktivoivan musiikkiterapian tavoitteita voivat olla esim. aivotointojen aktivoiminen ja tietoisuuden lisääntyminen omista tunteista. Aktivoivan luonteensa vuoksi sen tavoitteena voi olla myös kehollisen tietoisuuden lisääntyminen. Toiminnallisia valmiuksia edistävä musiikkiterapia voi auttaa esim. itseluottamuksen ja myönteisen minäkuvan kehittymisessä. Ahdistuneisuuden ja masennuksen oireiden lieventyminen vaatii välillä tukea – antavan terapian käyttöönottamista, vaikka kyseessä olisikin pääsääntöisesti analyttinen musiikkiterapia. Itseluottamusta ja elämänhallintaa kehittävä terapia voi esim. auttaa saavuttamaan asetetut tavoitteet erilaisten tunteiden tunnistamiselle. Asiakkaan menneisyyden kokemuksia ja niihin liittyviä tunteita pyritään löytämään ja työstämään analyttisen musiikkiterapian menetelmien avulla. (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki, 2007.)

Analyttisessä musiikkiterapiassa pyritään tavoitteisiin, joiden tarkoitus on saavuttaa voimavarojen vapautuminen persoonallisuuden eheytymistä tukemaan. Esteenä tälle ovat usein menneisyyden traumaattiset kokemukset, vääränlaiset käyttäytymistavat ja asioiden syy – yhteyksien oivaltamisen puute. Tietoisuuden lisääntyminen omasta käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä edistää asiakkaan toipumisprosessia. Analyttinen musiikkiterapiaprosessi on useimmiten pitkäkestoinen ja asiakkaan sitoutumista vaativa terapiamuoto. Tapaamiset ovat lähes poikkeuksetta viikoittaisia, mikä tarkoittaa sitä, että asioiden työstämiseen ei juuri jää pidempää taukoa. (Ala-Ruona ym., 2007.)

Musiikin funktioita terapiaprosessissa on Ala-Ruonan (2006) mukaan useita. Tässä tutkimuksen tekijä kuvaa niitä Ala-Ruonan tekemän kaavion pohjalta omin sanoin. Musiikki aktivoi esim. muistoja ja tunteita. Samanlainen merkitys sillä on ajatusten ja mielikuvien esille saamisessa. Musiikki heijastelee mm. asiakkaan tarpeita ja toiveita sekä ilmaisee olemassa olevia jännitteitä, kaaosta, etäisyyttä ja oivalluksia. Kokemuksellisesti tämä merkitsee esim. jonkin ilmiön tai tunteen havaitsemista, tutkimista, tiedostamista ja lopulta sen jäsentämistä. Kaikki tämä tapahtuu terapeuttisen rakenteen ja turvallisuuden luovassa tilassa. Seurauksena tästä prosessista on muutos asiakkaassa. Yleensä musiikkiterapiaprosessin alussa musiikin avulla tunnustellaan erilaisia teemoja, joista lähdetään liikkeelle. Asiakas löytää musiikin aktivoimia asioita ja tunteita. Terapiaprosessin edetessä alkaa ilmetä enemmän reaktioita, joiden lähtökohtana voi olla esim. kätkettyinä ollut tunne. Erilaiset tulkinnat yleistyvät myös ja vähitellen alkaa itseilmaisun tarve nousta esille. Asiakas uskaltaa ja haluaa ilmaista tässä vaiheessa itseään, vaikka se terapiaprosessin alussa olisi ollut vaikeaa. Musiikillinen prosessi etenee terapiaprosessin kanssa ikään kuin käsi kädessä.

Musiikkiterapiaprosessi voi siis luonteeltaan olla erilainen riippuen sen teoreettisesta viitekehystä. Psykodynaaminen ja kognitiivinen viitekehys edustavat erilaisia näkökulmia ihmisen mielensisäisiin prosesseihin, mutta niiden avulla voidaan muodostaa kokonaisuus, joka antaa laajan näkökulman musiikkiperäisiin tunnekokemuksiin. Tällöin musiikkiterapian menetelmät ovat kulloiseenkin tilanteeseen muokattavissa. Daniel Sternin vitaaliaffektiteorian mukaan vastasyntyneen lapsen kokemusmaailma on aikaisemmin oletettua huomattavasti rikkaampi. Jo hyvin pienellä lapsella on kyky havainnoida ja reagoida tuntemisen moniin muotoihin. Kokemisen laadut, vitaaliaffektit, kuten häipyminen, virtaaminen, katkeaminen ja puhkeaminen ovat ominaista jo vauvaiässä. Vitaaliaffektiteorian perusteella musiikki samaistetaan vastaavanlaisiin ulkomusiikillisiin ilmiöihin. Pieni lapsi siis tulkitsee ympäristöä hyvin samankaltaisen prosessin

mukaisesti, oli kyse sitten esim. musiikista tai liikkeestä. Tämä tieto on musiikkiterapian kannalta arvokasta, koska lähes jokainen ihminen pystyy muodostamaan vitaaliaffektitason merkityksiä. (Erkkilä, 1996.)

Psykodynaamisesti orientoituneiden musiikin tutkijoiden mukaan musiikki voi symbolisoida ihmisen tunne-elämän sisältöjä. Peruslähtökohtana psykodynaamisessa musiikkiterapiassa on symbolinen prosessi, joka mahdollistaa kyvyn käsitellä poissaolevaa läsnä olevana. Winnicottin transitionaaliobjektikäsite on Rechartin (1988) mukaan psykoterapian kannalta myös siinä, että musiikilla on kyky saada aikaan transitionaalikokemuksia ja kuvitteellisuutta. Vauva aistii musiikillisia elementtejä pelkästään musiikkiin kuuluvana ilmiönä. Toistuvasti musiikkia kuullessaan hän voi verrata esim. kuulemaansa rytmiä aikaisempiin kokemuksiinsa ja huomioida sen muuttumattoman sisällön. Tällöin siitä muodostuu prototyyppinen muisto. Kun ihminen joutuu toistuvasti tilanteisiin, joissa musiikki on osa kokemuksen muuttumatonta sisältöä, syntyy prototyyppi musiikillisesta kokemuksesta. Musiikin rakenteen tunnistaminen on oleellista todellisen musiikillisen kokemuksen syntymiseksi, koska musiikin merkitys perustuu tulevan ennakointiin, odotuksiin. Emotionaalinen kokemus syntyy tilanteissa, joissa odotukset eivät toteudu odotetulla tavalla. Musiikin emotionaalinen merkittävyys on kiinni yksilön ymmärryskyvystä, henkisestä tilasta ja kokemustaustasta. Musiikin vahvimmat emotionaaliset elementit ovat tempo ja sävellaji. Esiemotionaalinen vitaaliaffektien taso muodostaa musiikillisen merkityksen perustan. Psykodynaaminen taso leimaa puolestaan voimakkaasti musiikillisia merkityksiä läpi elämän ja kognitiivisen tason merkitykset kehittyvät hitaasti oppimisen kautta ja ovat sidoksissa kehityspsykologisiin tasoihin. Musiikkiterapiassa terapeutti analysoi asiakkaan musiikillisia merkityksiä ja tekee johtopäätöksiä hallitsevasta merkitystasosta. Musiikkiterapian teoreettisen perustan tulee olla riittävän joustava ja salliva, jotta kaikkia näitä merkitystasoja voitaisiin huomioida ja hyödyntää. (Erkkilä, 1995.)

Psykodynaamisen ajattelun mukaan asiakas ei tunnista useinkaan oireidensa takana olevia osin tai kokonaan tiedostamattomia psyykkisiä tekijöitä. ”Elämän tapahtumat kytkeytyvät aina syvempiin merkityksiin. Oireen ilmetessä jokin ajankohtainen asia on ollut voimakkaasti merkityksellinen tai se on herättänyt samankaltaisia tunteita kuin jokin aiemmin elämässä koettu. Näin pieneltäkin vaikuttava tekijä voi laukaista reaktion. Masentunut ihminen kokee yleensä menettäneensä jotakin joko konkreettista tai pelkästään mielikuvissa, esimerkiksi itsekuvaan liittyvää.” Psykodynaaminen psykoterapia perustuu masennusasiakkaan oireiden takana olevan tunnekokemuksen etsimiselle, siihen liittyvien ajatusten läpikäymiselle ja niiden yhteyden saamiselle alkuperäiseen kokemukseen.

Asioita sanallisesti kuvattaessa syntyy sitten kognitiivinen ymmärrys. Oleellista on se, että tunne koetaan terapeuttisessa vuorovaikutuksessa ja se yhdistyy kognitiiviseen ymmärtämiseen, josta seuraa mahdollinen muutos asiakkaassa. (Jaakkola, 2009.)

Myös psykodynaamisessa musiikkipsykoterapiassa terapeutti kuuntelee tiedostamattomia manifesteja musiikillisessa muodossa, mikä on verrattavissa edellä kuvattuun. Tämä tapahtuu usein niin, että musiikillinen toiminta on se, joka kääntää tiedostamattoman prosessin tietoiseksi. Musiikki mahdollistaa kätketyn asian löytämisen, joka muuten olisi jäänyt ehkä löytymättä. Musiikki ikään kuin vapauttaa yhteyden asiakkaan ja terapeutin prosessoiman menneisyyden ja nykyisyyden välillä. Musiikkiterapeutti luo siis tilan, missä asiakas voi kuunnella ja liittyä tiedostamattomaan. Tässä tilassa erillisyyt ja yhteys ovat olemassa yhtä aikaa. Musiikin struktuuri voi sitten toimia emotionaalisen ilmaisun helpottajana. (Scheiby, 2005.)

Terapian tulosten kannalta ei sittenkään ole niin suurta merkitystä kuin on luultu sillä seikalla, millainen viitekehys terapialla on. Suurten meta-analyysien avulla on esitetty tätä käsitystä tukevaa tutkimustietoa. Tähän samaan tulokseen ovat tulleet osana niitä myös mm. Luborsky ym. (2002), jotka totesivat, että mikään terapiamuoto ei ole toistaan tehokkaampi vaan kaikki ovat parempia kuin istua kotona odottamassa jonotuslistalta terapiaan pääsyä. Psykoterapiatutkimuksen meta-analyysien tuloksina on selvitetty myös, että 4/5 asiakkaista on parempivointisia terapian avulla kuin ilman terapiaa olevat henkilöt. Toinen suuri psykoterapiatutkimuksen muoto on ollut prosessitutkimus, jonka avulla on selvitelty, miten eri terapiamuodot toimivat. Prosessitutkimus etsii vastauksia sellaisista seikoista kuin asiakkaan ominaisuuksista (esim. motivaatio), terapeutin ominaisuuksista (esim. kokemus), erilaisista terapeuttisista interventioista (esim. annetut ohjeet) jne. Wamboldin (2001) kontekstuaalinen malli listaa ne tekijät, joilla on merkitystä terapian onnistumisen kannalta. Näitä ovat terapeuttinen allianssi eli yhteistyöliitto, terapeutin uskollisuus omille hoitoperusteilleen, terapeutin persoonallisuuden ominaisuudet ja terapeuttiset taidot. (Gurman & Messer, 2003.)

3.4 Depression musiikkiterapiatutkimuksesta

Musiikkiterapiaa on käytetty kauan erilaisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Sen käyttö masennuksen hoidossa ei ole uutta, mutta sen yleistyminen yksilöterapiassa on antanut toiveita siitä, että lisätutkimuksen avulla voitaisiin päästä osoittamaan tämän terapiamuodon

soveltuvuus vartenotettavana vaihtoehtona perinteisille hoitomuodoille. Toistaiseksi melko vähäisen tutkimuksen kohteena depression osalta ollut musiikkiterapia on saanut kuitenkin viime vuosina osakseen suurempaa huomiota. Arvostettu amerikkalainen Cochrane Collaboration on julkaissut katsauksen, jossa selvitetään Maratosin, Goldin, Wangin ja Crawfordin vuonna 2008 tehdyn meta-analyysin tuloksia. Kyseessä on viisi tutkimusta, joissa musiikkiterapiaa on käytetty eri tavoin masennuksen hoitoon. Näiden tutkimusten tuloksia verrattiin perinteisiin hoitomuotoihin. Neljässä näistä viidestä tutkimuksesta raportoitiin suurempi vaste depression oireisiin kuin standardoiduilla hoitomuodoilla. Viidennessä tutkimuksessa ei voitu osoittaa merkittävää eroa suhteessa perinteiseen hoitomuotoon. Neljä näistä tutkimuksista oli satunnaiskokeita (Hanser 1994, Chen 1992, Zerhusen 1995 ja Hendricks 1999) ja yksi kontrolloitu kliininen koe (Radulovic 1997). Hoidon kesto vaihteli kuudesta viikosta (Radulovic 1997) kymmeneen viikkoon (Zerhusen 1995). Näissä kokeissa osallistujien depression aste vaihteli lievästä psykoottistasoiseen ja diagnoosit oli luokiteltu DSM III-R:n ja ICD-10:n mukaan. Tutkimuksissa mukana olleiden henkilöiden ikä vaihteli niin, että Chenin (1992) kokeen osallistujat olivat iältään 60 - 77 -vuotiaita ja Hanserin (1994) sekä Zerhusenin (1995) jopa hieman vanhempiakin. Radulovic (1997) tutki musiikkiterapian toimivuutta 21 - 62- vuotiaiden ryhmässä ja Hendricksin (1999) tutkimushenkilöt olivat 14 - 15 -vuotiaita murrosikäisiä. Kaikissa tutkimuksissa osallistujien määrä oli verraten pieni, 19 - 68 henkilöä. (Maratos, Gold, Wang & Crawford, 2008.)

Vain Chenin (1992) tutkimuksessa osallistujat käyttivät aktiivisen musiikkiterapian menetelmiä, kuten pienten, yksinkertaisten melodioiden opettelua. Näiden melodioiden avulla terapeutti piti yllä dialogia tutkittavien osallistujien kanssa. Muut neljä tutkimusta perustuivat ennalta valmiiksi nauhoitetun musiikin kuunteluun joko yksilöterapiassa tai 6-8 henkilön ryhmissä. Radulovicin (1997) koehenkilöt kuuntelivat myös terapianauhoituksia ja refleктоivat niitä. Tässä ryhmässä terapeutin teoreettisena orientaationa oli psykodynaaminen viitekehys, jonka puitteissa käytettiin ohjattua mielikuvatyöskentelyä. Musiikin nostamat tunteet johdattelivat osallistujia menneiden traumaattisten kokemusten kohtaamiseen. Mukana oli myös ryhmäanalyttinen komponentti, joka mahdollisti palautteen toisilta ryhmän jäseniltä. Zerhusen (1995) käytti musiikkiterapiaryhmässään lähtökohtana kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteita. Näissä tutkimuksissa käytettiin masennuksen oireiden mittareita, joita olivat Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS) ja Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Vaikka musiikkiterapian oireita lieventävä vaikutus voitiin todeta neljässä tutkimuksessa, oli tämän Cochrane-katsauksen viesti selkeä. Lisätutkimusta tarvitaan suuremmilla asiakasryhmillä ja selkeästi aikuisikäisten asiakkaiden parissa. Tutkittua tietoa tarvitaan myös siitä, miten

musiikkiterapia vaikuttaa pidemmällä aikavälillä. Myös erilaisten musiikkiterapiamuotojen ja menetelmien vaikutusta olisi syytä tutkia depression hoitoon liittyen. (Maratos ym., 2008.)

Tutkimuksen tarvetta lisää myös se, että depressio on todettu olevan yleisin syy käyttäen ns. täydentäviä ja vaihtoehtoisia terapioiden. Bruscia (1991) mukaan musiikkiterapiassa on kysymys intersubjektillisesta prosessista, jossa terapeutin musiikilliset interventiot, terapeutin käyttämä musiikki ja sen vaikutukset edistävät potilaan kykyä parantaa, ylläpitää ja palauttaa terveyttä. Musiikkiterapian monet menetelmät tekevät siitä myös eri tavoin käyttökelpoisen kaiken ikäisten asiakkaiden parissa. Aktiivinen musiikkiterapia, joka on laajalti käytössä Euroopassa, koostuu Bruscia (1998) mukaan luovasta improvisoidun tai sävelletyn musiikin käytöstä. Reseptiivinen eli vastaanottava musiikkiterapia taas pitää sisällään musiikin kuuntelun eri menetelmät. Aktiivinen musiikkiterapia soveltuu tilanteissa, joissa asiakkaan sanallinen ilmaisu vaikeiden tunteiden käsittelyssä on puutteellista. Terapeutin käyttämät improvisaatiotekniikat voivat tarjota mahdollisuuden dialogiin, joka edistää emotionaalisen tietoisuuden löytymistä. Reseptiivisten tekniikoiden avulla, joissa käytetään valmiita musiikkia, voidaan depressioasiakas saada rentoutumaan, pohdiskelemaan asioita, muistamaan unohtuneita tapahtumia ja muuttamaan mielentilaa (Maratos ym., 2008).

Musiikin vaikutuksesta aivojen toimintaan on runsaasti tutkimusta ja suomalainen tutkimus aivoinfarttipotilaiden keskuudessa 2008 ja 2009 osoittaa, että musiikin avulla voidaan nopeuttaa kognitiivisten toimintojen korjaantumista. Tutkimukseen osallistui 60 vapaaehtoista, joilla oli todettu keskimmäisen aivovaltimon tukos. Potilaat jaettiin kolmeen ryhmään, joista yksi oli verrokkiryhmä. Muissa yhtä suurissa ryhmissä potilaat kuuntelivat päivittäin 1-2 tunnin ajan itselleen mieleistä musiikkia ja toisessa näistä pelkästään äänikirjoja. Potilaille tehtiin laaja-alainen neuropsykologinen tutkimus viikon kuluttua aivoinfarktista ja myös kuulomuistin toiminta tarkistettiin kuvantamistutkimuksella. Kolmen kuukauden seurannassa musiikkia kuunnelleet potilaat selvisivät parhaiten kielellisen muistin ja tarkkaavaisuuden suuntautumisen testeistä ja ero oli merkittävä suhteessa kahteen muuhun ryhmään. Huomioitavaa depression tutkimuksen kannalta tässä on se, että musiikkia kuunnelleet potilaat kokivat myös vähemmän masentuneisuutta kuin muissa ryhmissä olevat. (Särkämö & Soinila, 2008 ja 2009.)

Vaikka edellä oleva tutkimus koski ensisijaisesti kognitiivisen suoriutumiskyvyn palauttamista, merkittävää on Särkämön ym. (2009) mukaan ollut kuitenkin emotionaalinen lataus. Musiikki

aktivoi Bloodin ja Zatorren 2001 mukaan mielihyväjärjestelmän keskeisiä rakenteita, joista mesolimbinen dopamiinijärjestelmä on esimerkkinä. Musiikin soittamisen on Kimin ym. 2006 mukaan todettu eläinkokeissa lisäävän aivojen dopamiinipitoisuutta. Tämän välittäjäaineen ovat Shuck ym. 2002 todenneet parantavan tarkkaavaisuutta, lisäävän tiedonkäsittelyn nopeutumista ja parantavan muistia. Tämä edellä kuvattu suomalainen tutkimus on otettu tähän mukaan, koska nämä osa-alueet ovat kaikki keskeisiä myös depressiopotilaiden oireistoon liittyen, joten tämän kaltaisen tutkimuksen mainitseminen tuo valaistusta myös depression tutkimuksen näkökulmasta katsottuna. Dopamiinin puute aiheuttaa mielihyvän kokemisen vähentymistä ja masennuksesta toipumisessa on kyky kokea mielihyvää merkittävä edistysaskel.

Varsinaisen depression tutkimuksen puute on ollut ongelmana musiikkiterapiasektorilla, jossa kuitenkin työskennellään masennusasiakkaiden parissa. Tämä työskentely on antanut lupaavia tuloksia siitä, että myös varsinaiset tutkimustulokset olisivat musiikkiterapiaa tukevia. Jyväskylän yliopistossa alkoi vuonna 2008 ensimmäinen kansainvälinen / suomalainen tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia mm. kliiniseen improvisaatioon perustuvan yksilömusiikkiterapian vaikutusta depression hoidossa. Tutkimuksen oli määrä kestää yli kuusi kuukautta seuranta mukaan lukien. Tämä musiikkiterapian tutkimus ja koulutuslinikalla Jyväskylän yliopistossa tehty tutkimus, jonka terapiamuotona oli improvisaatioon perustuva psykodynaaminen musiikkiterapia, käsitti ulkopuolisen tarkastajan tulosten mittaamisen ennen tutkimusta, kolmen kuukauden jälkeen ja kuuden kuukauden jälkeen. Tutkimuksen kohteena oli prosessi, jossa osallistujat olivat iältään 18 – 50-vuotiaita ja heitä oli yhteensä 79. Terapiaistuntoja oli 20 ja tutkimusasiakas tapasi terapeutin 2 kertaa viikossa. Tutkimusasiakkaiden diagnoosit perustuivat ICD-10 luokitukseen ollen F32 tai F33. Myös ahdistuneisuus, yleinen toimintakyky, elämänlaatu ja aleksitymia olivat kliinisten mittausten kohteena. Kaikki osallistujat saivat myös standardihoitoa, mutta kokeellisessa ryhmässä olevat saivat myös viikoittaisissa istunnoissa improvisaatioon perustuvaa yksilömusiikkiterapiaa, jossa toteutui musiikillinen vuorovaikutus ja kokemuksen sanallinen prosessointi. Soittimina tutkimusasiakkailta ja terapeuteilta oli vibrafoniääninen mallet-soitin, elektroninen käsirumpu ja djembe-rummut. Tutkimukseen osallistui 10 korkeasti koulutettua musiikkiterapeuttia ja heitä koulutettiin kyseistä tutkimusta varten 15 kuukauden ajan. Terapiavaihe kesti sitten yhteensä kolme kuukautta. Aktiivisen musiikkiterapian käyttö sai aikaan kaksinkertaisen hoitovasteen musiikkiterapiaa saaneilla verrattuna kontrolliryhmään. (Erkkilä, Gold, Fachner, Ala-Ruona, Punkanen & Vanhala, 2011.)

Aktiivisen musiikkiterapian depression oireita lievittävää vaikutusta tutkittiin mittaamalla ensi kertaa depression liittymisen musiikillisen ilmaisun muutokset ja muutokset musiikillisessa vuorovaikutuksessa. Depressiopotilaiden vasemman aivopuoliskon vähäinen aktivaatiotaso on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan mahdollisesti oireiden syynä ja tähän pyrittiin vaikuttamaan musiikillisten menetelmien avulla. Tämän vuoksi haluttiin EEG-tutkimuksen avulla selvittää mahdollinen muutos aktivaatiotasossa. Tutkimushenkilöiden depressio-oireiden tasoa mitattiin Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) – testauksen avulla. Ahdistuneisuuden mittaamisessa käytettiin apuna Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) anxiety-osaa. Yleistä toimintakykyä mittaava testi oli Global Assessment of Functioning (GAF) ja RAND-36:n avulla mitattiin elämänlaatua. Aleksitymian (ei sanoja tunteille) mahdollisuutta arvioitiin Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) testauksen avulla. Jokainen tutkimusterapiaistunto videoitiin terapiaprosessin seuraamiseksi. (Erkkilä ym., 2011.)

Edellä kuvattuun tutkimukseen liittyy FL Marko Punkasen väitöstutkimus improvisaatioon perustuvasta yksilömusiikkiterapiasta ja sen vaikutuksesta depression hoidossa sekä masennuksen vaikutuksesta musiikin emotionaalisten piirteiden havaitsemiseen. Hoitovasteen (50 % tai sitä suurempi masennusoireiden väheneminen) saavutti niiden ryhmässä, jotka olivat saaneet musiikkiterapiaa 45 % tutkimusasiakkaista. Vastaava luku pelkkää standardihoitoa saaneilla oli 22 %. Myös muut mitattavana olleet tekijät saivat samansuuntaisia tuloksia. Ahdistusoireet lievenivät ja myös elämänlaatu sekä yleinen toimintakyky paranivat merkittävästi enemmän musiikkiterapiaa saaneiden ryhmässä kuin kontrolliryhmässä. (Erkkilä ym., 2011.)

Toinen väitöstutkimuksen osa koski depression vaikutusta musiikissa ilmenevien emotionaalisten piirteiden tunnistamiseen. Koeryhmien jäsenet saivat kuunneltavakseen 30 musiikillisen otoksen sarjan, jotka edustivat perustunteita (viha, ilo, suru), kuten myös kahden ulottuvuuden, valenssi ja energisyys, eri asteita. Tutkimuksessa ilmeni, että käytettäessä ns. itsearviointiskaalaa, depressiosta kärsivillä koehenkilöillä oli selvästi negatiivinen painotus verrattuna ei-masentuneiden ryhmään. Depressio vääristää tunteiden havaitsemista musiikissa niin, että asianomainen kuulee musiikissa olevat tunteet ikään kuin negatiivisten suodattimien läpi. Samalla tavalla depressio saattaa vääristää kasvojen ilmeiden tunnistamista. Tämä on jo aikaisemmin esille tullut asia. Punkasen tutkimuksessa ilmeni myös, että depressioasiakkaat pitävät merkittävästi vähemmän korkea-energisestä ja aggressiivisesta musiikista kuin ei-masentuneet. Tunteiden säätelyn ja vihan tunteiden käsittelyn vaikeus saattaa näkyä tässä. Tutkimus auttaa ymmärtämään paremmin depressiopotilaiden tunteensäätelystrategioita. (Punkanen, 2011.)

Musiikkiterapian syvyyden säätelyä on tutkittu kyseisen edellä kuvatun tutkimuksen pohjalta musiikkiterapeuttien keskuudessa, jotka työskentelivät depressiotutkimusasiakkaiden kanssa. Tämä tutkimusasiakkaiden ja musiikkiterapeuttien 20 istuntoa käsittävä tutkimus toi esille tietoa siitä, millä tavalla musiikkiterapiassa voidaan toimia niin, että liikutaan koko ajan ns. terapeuttisella alueella. Myös asiakas toimii syvyyden säätelijänä, johon hän tarvitsee defensesjään, joilla hän rajaa omalta osaltaan työskentelyaluetta. Tämä tapahtuu osittain tietoisesti osittain tiedostamattomalla tasolla. Terapeutin terapian syvyyden säätely tapahtuu niin sanallisen kuin musiikillisenkin vuorovaikutuksen kautta. Hän huolehtii terapian rajoista ja rakenteista. Hän laatii terapialle tavoitteet ja tekee sen yhdessä asiakkaan kanssa. Koko prosessin ajan hän arvioi asiakkaan itsesäätelykeinoja, voimavaroja ja motivaatiota. ”Terapeutin ihmiskäsitys ja käsitys siitä, miten ihminen voi toipua depressiostaan vaikuttavat siihen, miten terapeutti säätelää terapian syvyyttä. Asiakkaan ja terapeutin välille syntyy transferenssisuhde, joka rakentuu myös terapeutin omien transferenssisuhteiden varaan. Tärkeää onkin terapeutin itsetuntemus ja rehellisyys omien tunteiden edessä”.(Mäkelä, 2009.)

4 Traumaperäinen depressio

4.1 Trauma ja traumatisoituminen

Depression taustalla on usein traumaattisia menneisyyden kokemuksia, joiden käsittely terapiatilanteissa vaatii tietoa traumatisoitumisen merkityksestä. Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi ja haavaksi. Sen aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, joka saa aikaan traumaattista stressiä. Traumatisoiva tapahtuma voi olla mikä tahansa uhkaava tilanne, jossa kokemus aiheuttaa yksilölle epätavallisen voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Yksittäinen traumatisoiva tapahtuma aiheuttaa ns. I-tyypin trauman. II-tyypin trauma syntyy toistuvista traumatisoivista tekijöistä yksilön elämässä. Tästä esimerkkinä käytetään usein lapsuudenaikaista seksuaalista hyväksikäyttöä. Myös perheväkivalta, koulukiusaaminen / työpaikkakiusaaminen ovat hyviä esimerkkejä toistuvasta traumatisoitumisesta. Traumatisoiva tapahtuma on yksilölle aina kokemus hallinnan tunteen menettämisestä ja kokemus uhkaa ihmisen uskomusjärjestelmää. Yksikin voimakas traumaattinen tapahtuma voi muuttaa yksilön kuvan

maailmasta ja elämän tarkoituksenmukaisuudesta. Voi syntyä myös ns. ehdollistuneita pelkoreaktioita, joka tarkoittaa sitä, että aikaisemmin neutraalit asiat alkavatkin aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta. (Traumaterapiakeskus, 2011.)

Traumaattisten kokemusten merkitys yksilön psyykkiselle tasapainolle on merkittävä sen vuoksi, että tällaiset kokemukset tallentuvat muistiin. Traumaattiset muistot tallentuvat osittain myös ei-kielellisessä muodossa kuten visuaalisesti, auditiivisesti, kinesteettisesti, tunteina ja hajuina. Mikäli traumaattisen kriisin sokkivaiheen jälkeen kokemus tunkeutuu toistuvasti mieleen suhteettoman kauan tai sen aktiivinen välttely jatkuu yli kuukauden tapahtuman jälkeen, on kyseessä traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), jolle on tunnusomaista yksilön aikaisempien selviytymiskeinojen riittämättömyys. Vakava ja syvä I-tyypin traumatisoituminen tai II-tyypin trauma voi aiheuttaa pysyvän persoonallisuuden muutoksen. Tällöin on kyseessä kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö. (Traumaterapiakeskus, 2011.)

Traumaattinen tapahtuma koetaan yleensä uhkaavana omalle tai läheisen koskemattomuudelle. Traumatisoitumisen vaaraa lisäävät tapahtuman toistuvuus, ennustamattomuus ja kontrolloimattomuus. Sillä on myös merkitystä, onko tapahtuma toisen ihmisen tarkoituksella aiheuttama vai vahinko. Luonnon aiheuttamasta katastrofista selviydytään yleensä paremmin kuin ihmisen aiheuttamasta tapahtumasta. Traumatisoitumisen selkeä riskitekijä on myös se, jos yksilö joutuu kokemaan tärkeän ihmisen pettäneen hänet ja tapahtuu kiintymyksen menetys. Emotionaalisen huolenpidon puute traumaattisen tapahtuman jälkeen niin aikuisilla kuin lapsillakin lisää traumatisoitumisen riskiä. Erityisesti lapset tarvitsevat aikuisten apua vaikeiden tapahtumien integroimisessa. Tämä integraatio edellyttää kykyä synteisiin, jossa sisäisten ja ulkoisten kokemusten yhdistäminen ja erotteleminen tapahtuu tietyllä hetkellä ja myös eri ajanjaksoina. Tämä on tärkeä tapahtuma, koska menneisyys voi traumatisoituneella olla täysin mukana nykyhetkessä. Integraatio edellyttää myös kykyä realisaatioon eli tietoisuutta todellisuudesta sellaisena kuin se on. Tämä tiedostaminen saa aikaan kokemuksen hyväksymisen ja siihen sopeutumisen. Kokemus tulee henkilökohtaiseksi, ”se on tapahtunut minulle”. Puhutaan personifikaatiosta, jossa yksilö omistaa kokemuksen. Silloin, kun yksilön traumaattinen kokemus on juurtunut nykyhetkeen ja hän kykenee integroimaan menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden puhutaan presentifikaatiosta. ”Nykyhetki on synteisi kokemuksistani ajan kuluessa”. (Saarinen, 2008.)

4.2 Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö

Lapsuuden kompleksinen traumatisoituminen tapahtuu usein omien vanhempien laiminlyönnin, hyväksikäytön tai väkivallan seurauksena. Lapsi saattaa elää jatkuvassa uhkatilanteessa, josta on seurauksena aktivoitunut yli- tai alivireystila, jossa hänen olotilansa heilahtelee välttelystä ylivuototilaan. Hän on kykenemätön pysymään toimintakykyalueella, koska häneltä puuttuu rauhoittavan aikuisen läsnäolo. Perheen sisäisessä traumassa on erityisen vahingollista se, että ihmiset, joiden pitäisi suojella lasta, ovat kaikkein eniten vahinkoa aiheuttavia. Hän joutuu siis turvautumaan ihmiseen, joka toistuvasti kohtelee häntä huonosti. Lapsen kehityksen kannalta on vahingollista ja keskeistä se, että varhainen kiintymyssuhde on ristiriitainen. ”Esimerkiksi väkivaltaisen ja arvaamattoman äidin lapsi saattaa juosta huoneeseen tullutta äitiä kohti (kiintymys), mutta juokseekin sitten äidin ohi (pako). Lapsella on samanaikaisesti tarve kiinnittyä ja suojautua”. (Suokas-Cunliffe, 2006.)

Kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön aiheuttamia muutoksia Pelcovitzin ym. (1977) mukaan ovat mm.:

1. Muutokset affektin ja impulssikontrollin säätelyssä

- vaikeudet säädellä ja hallita omia tunteita ja reaktioita

2. Muutokset tietoisuudessa ja huomiokyvyssä

- välillä havaitsee ympäristöä, välillä ei (ympäristön vääristyminen)

3. Oman itsen havaitsemisen ja kokemisen muutokset

- traumapohjaisten, dissosioitujen tunteiden hallitsemattomuus vahvistaa henkilölle yhä uudelleen tapahtumien kohtaamisen ja käsittelyn kestämättömyyttä
- hyvät asiat, läheisyys, muutokset ym. onnistumiset ovat vaarallisia (ihmissuhde lopetetaan, kun tulee kiintymys)
- häpeä, avuttomuus, itsesyytökset, jatkuva sisäinen ristiriita, tunne siitä että ”muut näkee läpi”

4. Muutokset suhtautumisessa pahantekijään

- vääristyneiden uskomusten sisäistäminen, pahaan kiinnittyminen suojaan ydintraumaan liittyvältä kestämyydeltä
- kyvyttömyys rajata ja suojata itseään myöhemmissäkään elämänvaiheissa suhteessa pahantekijään

5. Muutokset ihmissuhteissa

- läheisyys koetaan uhkana, joka aktivoi traumamuistoja
- idealisoidun ”pelastajan” tarve
- kiinnittyminen yleistyneeseen vihaan, katkeruuteen

6. Somaattiset oireet

- krooniset kipu- ja tuskatilat
- yhteys omaan kehoon vähäinen, vaikeus tunnistaa esim. tarvetta syödä ja levätä (ylivireystila)
- kyvyttömyys rauhoittua, tuntee hyvää oloa ruumiissaan

7. Merkitysjärjestelmän muutokset

- turvallisuuden tunteen murskautuminen
- mikään ei voi korvata jo tapahtunutta
- toivottomuus ja välinpitämättömyys nykyhetken ja tulevaisuuden suhteen

Traumatisoitumisen jälkeen rakenteellisen dissosiaatioteorian mukaan persoona jakautuu näennäisen normaaliin osaan ANP (apparently normal part of personality), joka pystyy jatkamaan tavallista elämää ilman yhteyttä traumatapahtumaan ja emotionaaliin persoonan osiin EP (emotional part of personality), joiden tehtävänä on kantaa traumatapahtuman muistot mielen ja kehon tasolla. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi esim. jatkaa koulunkäyntiä, vaikka keho on turta eikä hän koe yhteyttä traumaattisen tapahtuman aiheuttamiin tunteisiin. Joskus seurauksena voi olla täydellinen muistamattomuus siitä, mitä on tapahtunut. (Suokas -Cunliffe, 2006.)

4.3 Trauman merkitys depression hoidossa

Traumamuiston laukaisema alistuminen voi johtaa myöhemmin elämässä sosiaaliseen alistumiseen, häpeään ja niiden myötä masennustiloihin. Nämä masennustilat voivat ilmetä vakavina masennustiloina tai pitkäaikaisena, lievempioireisena masennuksena. Mikäli traumaattiset muistot ovat työstämättä, saattaa emotionaalaisesta herkkyydestä kärsivä henkilö joutua herkästi ristiriitoihin ihmissuhteissaan. Tämä johtuu siitä, että työstämättömänä traumamuisto aiheuttaa toisten ihmisten eleiden ja motiivien väärin ymmärtämistä. Näin henkilö altistuu uusille traumaattisille kokemuksille, koska hänen toimintatapansa uhkaaviksi kokemissaan tilanteissa ei ole tilanteenmukaista. (Huttunen & Leikola, 2011.)

Kaikista psykiatrisista potilaista 50 – 60 % raportoivat lapsuuden traumaattisesta historiasta. Traumatisoitumiseen liittyy aina avuttomuuden tunne kyseisen tapahtuman yhteydessä ja empatian puute. Traumaan voi siis liittyä tärkeiden, henkilökohtaisten rajojen rikkominen ja tunkeilu, mutta myös vaille jääminen. Vanhempien emotionaalinen poissaoleminen saattaa aiheuttaa lapsessa päivittäistä pahoinvointia. Usein myös traumatisoitunut pitää kokemustaan omana syynään ja sen seurauksena kantaa syyllisyyttä ja häpeää. Maailmankuvassa tapahtuu muutoksia, jotka saattavat syventyä ydin minuuden vammoiksi ja vääristyneiksi mentaaliseksi käsityksiksi toisista ihmisistä. Joskus voi jopa henkilön fyysinen ja biologinen toiminnallisuus häiriintyä trauman seurauksena. Limbinen systeemi, jolla on päärooli affektien ja muistojen säätelijänä, läpikäy muutoksia. Keskushermoston toiminnan häiriintymisen johdosta voi esim. oppimis- ja keskittymiskyky vaikeutua. (Ahonen, 2006.)

Suurimmalla osalla vakavasta masennuksesta kärsivistä on Kendlerin ym., (2003) mukaan takana negatiivisia elämäntapahtumia, joista yleisimpiä ovat eron, menetyksen, häpeän ja ansaan joutumisen kokemukset. Hänen mukaansa psykososiaaliset riskitekijät depression puhkeamiselle jaetaan varhaisiin ja äskettäisiin riskifaktoreihin. Gillespie ym., (2009) ovat esittäneet, että lapsuuden aikaisen trauman korkea aste johtaa masennukseen sellaisten geneettisten muuttujien kautta, joihin liittyy tunteita säätelevien keskushermoston alueiden kehityksellinen vuorovaikutus. Useiden tutkimusten mukaan on selkeä yhteys vaikeiden elämäntapahtumien ja vaikeiden lapsuuden olosuhteiden sekä depression kehittymisen välillä. Tähän ovat päätyneet mm. Kessler ym. (1997), Heim ym. (2000), Gladstone ym. (2004), Kendler ja Prescott, (2006). Varhainen

traumatisoituminen voi Korkeilan ym.(2005) mukaan aiheuttaa pitkäaikaisia hormonaalisia ja biologisia vaikutuksia, mikä puolestaan lisää emotionaalista herkkyyttä ja depressioriskiä stressitilanteissa. (Holma, 2010, 32.)

Lapsuudessaan traumatisoituneet aikuiset kuvaavat tilannettaan usein niin, että heidän oma elämänsä ei tunnu todelliselta tai heistä tuntuu kuin he eivät olisi elossa. He saattavat puhua vaikeista tapahtumista ilman minkäänlaista tunneyhteyttä ja keho voi usein tuntua vieraalta tai olla turta. Hoitava henkilö kuulee trauman kokeneen henkilön kertovan tapahtumasta ikään kuin ulkokohtaisesti, mutta yksin jäätyään terapiakäynnin jälkeen emotionaaliset traumaa kantavat osat aktivoituvat. Tämän alistusreaktion kantavan muiston osan aktivoitumisen aikana aikuinen traumatisoitunut muuttuu pieneksi lapseksi, joka ei kykene puolustamaan itseään. Tämän vuoksi on tärkeää, että tunteista erillään oleva kerronta traumaattisesta tapahtumasta ei hallitse terapiakäyntiä vaan terapeutti auttaa traumatisoitunutta pitämään yllä yhteyden nykyhetkeen ja kontaktiin. Joillakin henkilöillä voi toimintakyky päiväsaikaan olla aivan normaali ja menneet tapahtumat ovat taka-alalla. Sitten taas illalla, kun toiminta vähenee ja sen kautta tuleva nykyhetkeen sitominen vähenee, alkaa emotionaalisten traumamuistojen kantavat osat tulla mieleen. Samalla lisääntyvät avuttomuus ja turvattomuus. (Suokas-Cunliffe, 2006.)

Traumaperäisen depression hoitoon voidaan soveltaa kompleksisen traumatisoitumisen vaiheorientoitunutta hoitoa, joka on yleisesti hyväksytty ja suositeltu tapa hoitaa traumatisoitunutta ihmistä. Tämän hoitomuodon käsitteellisesti ensimmäisenä Janet jo vuonna 1898 ja siinä erotetaan kolme eri hoitovaihetta, joilla kaikilla on omat tavoitteet ja sisällöt. Tärkeää on, että liian aikaisin ei siirrytä vaiheesta toiseen, mikä saattaisi altistaa traumamuiston kohtaamiselle ennenaikaisesti. Terapeutin tehtävänä on kiinnittää huomio trauman jättämiin sensomotorisiin, affektiivisiin ja kognitiivisiin säätelyhäiriöihin. (Ogden, Minton & Pain, 2009.)

Ogdenin ym.(2009, 213-300) mukaan hoitovaiheet ovat:

Vaihe 1: Vakauttaminen ja oireiden vähentäminen

- kiintymyssuhteeseen liittyvän pelon voittaminen, joka ilmenee suhteessa terapeuttiin
- mielenisältöihin liittyvän pelon voittaminen; tunteet, sensoriset aistimukset, toiveet ym.
- persoonallisuuden osiin liittyvän pelon voittaminen (ANP, ENP)
- avunsaamisen ”leiman” voittaminen; kontrolli, riippuvuus

- päivittäisen elämän ja toimintakyvyn turvaaminen vähentämällä mm. depressio-oireita

Vaihe 2: Traumamuistojen hoitaminen

- päämääränä traumamuistojen synteesi ja realisaatio eri persoonallisuuden osien kesken
- turvattomaan kiintymyssuhteeseen liittyvän pelon voittaminen; irrottautuminen
- traumamuistoihin liittyvän pelon voittaminen

Vaihe 3: Persoonallisuuden integraatio ja kuntoutuminen

- persoonallisuuden osien fuusioituminen pala palalta; integraatio on hidas prosessi
- normaalielämään liittyvän pelon voittaminen; suru menetetyistä elämästä
- terveeseen riskinottamiseen liittyvän pelon voittaminen; muutoksen pelon voittaminen
- traumasidonnaiseen läheisyyteen liittyvän pelon voittaminen (myönteisten tunteiden sietämisen opettelu)

5 Tunteiden säätely

Inhimillisen vuorovaikutuksen keskeinen elementti on tunne. Siegelin (2001) mukaan nimenomaan tunteiden kautta syntyy ymmärrys ja yhteenkuuluvuuden tunne ihmisten välille. Jotta voi ymmärtää toista ihmistä ja tulla itse ymmärretyksi täytyy Huttusen (1997) mukaan voida jakaa tunnetiloja toisten kanssa. Tunteiden jakaminen mahdollistaa myös niiden säätelyn ja tämä tapahtuu vuorovaikutuksessa. Cole ym. (1994) ovat esittäneet, että tunteiden säätelyn hallintaan ottaminen on lapsen tärkeimpiä kehitystehtäviä. Tunteiden säätely tarkoittaa nimenomaan sitä, että ihminen kykenee lievittämään negatiivisia tunnetiloja ja lisäämään sekä jakamaan positiivisia tunnetiloja. Lapsi sisäistää ja oppii Sroufen (1995) mukaan säätelymallit, joita hän on toistuvasti vanhempiensa kanssa kokenut. Hän oppii vähitellen myös itsenäisemmin säätelemään omia tunteitaan. Vaikka näin tapahtuukin, tarvitsee hän aikuisenakin toisia tunteiden säätelyssä. (Mäntymaa, Luoma, Puura & Tamminen, 2003.)

5.1 Teorioita emootioista ja niiden säätelystä

Psykkisten oireiden tutkimisessa oli tunteilla keskeinen asema viime vuosisadan alussa. Freud oli sitä mieltä, että tunteet liittyvät kaikkeen sielulliseen tapahtumiseen. Jo tuohon aikaan psykoanalyttinen näkemys katsoi, että affektien pukeminen sanoiksi oli tärkeää. Freud liikkui ajattelussaan psykkisen ja somaattisen välimaastossa. Melanie Klein (1946) oli kiinnostunut emotionaalista kehityksestä. Hän loi termit paranoidinen ja depressiivinen positio, jotka kuvaavat tunnekokemusten rakennetta. Tämä tarkoittaa sitä, kokeeko ihminen olevansa passiivinen kohde vai aktiivinen subjekti. Toisin sanoen pystyykö hän myöntämään tunteet ja pyrkimykset omikseen ja kokea niitä aidosti vai näkeekö hän ne vain toisissa ihmisissä. Affektin kokemuksessa heijastuvat koetut traumat, identifikaatiot ja konfliktit. Psykoanalyttisen näkemyksen mukaan tunteet sisältävät kolme komponenttia: ideasisällön, tunnevaliteetin ja tuntemukset ruumiin sisäisistä fysiologisista reaktioista. Tiedostamattomien tunteiden käsite on keskeinen psykoanalyttisessa ajattelussa. Esim. tiedostamattoman aktiivisen tunteen vallassa oleva henkilö voi tiedostamatta vihaansa huutaa kiukkuisesti: Enhän minä ole vihainen! Toisaalta ystävällisesti käyttäytyvä ihminen voi kiltteyden takia kätkeä vihansa, joka ei tule ilmi mitenkään. (Mattila, 1999.)

Emootiot ovat monitasoisia ilmiöitä, jotka vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Emootioiden tutkimus keskittyy sekä tapahtumien ja ärsykkeiden että heräävien kognitioiden, toimintataipumusten ja käyttäytymisen näkökulmien selvittämiseen. Tunteiden heräämiseen ja heränneiden tunteiden säätelyyn osallistuvien prosessien erottamiseksi toisistaan tarvitaan neurofysiologista tutkimusta. Ihmisessä herää jatkuvasti emootioita, jotka syntyvät tilanteissa, joissa tarjotaan mahdollisuutta tai jotka koetaan uhkaavina. Nämä syntyvät emootiot suuntaavat psykkiset ja fyysiset voimavarat niin, että niistä on joko haittaa tai hyötyä. Emootiot vaikuttavat toimintakykyyn ja hyvinvointiin elämän kaikissa vaiheissa, mutta täyttä yksimielisyyttä ei tutkijapiireissä ole löydetty siitä, milloin emootiot sitten ovat hyödyllisiä ja milloin taas haitallisia. Erilaiset ärsykkeet ja tapahtumat voivat Langin, Bradleyn & Cuthbertin (2001) mukaan joko vetää puoleensa tai loitontaa itsestään riippuen siitä, millaisen valenssin (miellyttävyyden – epämiellyttävyyden) ja virittävyys (matala – korkea) ne omaavat. Langin ryhmässä on tutkittu myös sanojen ja äänien affektiivisiä ominaisuuksia. Tulokset osoittavat, että niiden herättämät tuntemukset ja fysiologiset reaktiot voidaan jakaa erilaisiin ryhmiin (Bradley, 2000; Bradley &

Lang, 2000). Nämä tutkimustulokset antavat tietoa siitä, että tapahtumien ja ärsykkeiden affektiivisiä ominaisuuksia tarvitaan emotionin heräämiseksi. (Juujärvi & Nummenmaa, 2004.)

Juujärven ja Nummenmaan (2003) mukaan jokaisessa ihmisessä herää arkipäivän tilanteissa tahdosta riippumattomia emootioita. Nämä eivät kuitenkaan automaattisesti saa aikaan muutosta käyttäytymisessä. Vaikka toisten ihmisten käyttäytyminen ei olekaan aina ennakoitavissa, voi jokainen kuitenkin itse valita, miten siihen reagoi. Esim. esimiehen negatiivinen palaute ei yleensä jää huomioimatta, mutta pikaistuksissa reagointi ei tässä tapauksessa yleensä kannata. Lazarus (1991) on tarkastellut tämän kaltaisissa tilanteissa heräävän kiukun tuntemusta. Sen hallitseminen näkökulmaksi hän ehdottaa ensi- ja toissijaisia kognitiivisia arviointiprosesseja ja coping - keinoja. Coping viittaa sellaisiin käyttäytymisen muotoihin, joiden avulla voi vaikuttaa koetun stressin määrään tai sitä aiheuttaviin tapahtumiin ja ärsykkeisiin. ”Esimiehen antama kielteinen palaute herättää kiukkua, jos se loukkaa alaisen myönteistä kuvaa itsestään (ensisijainen arvio), se on aiheeton tai tahallisen pahansuopaista (toissijainen arvio)”. Kiukkuinen alainen voi toimia tässä tilanteessa toisin, joko esim. pyrkimällä muuttamaan omaa tunnetilaansa ajattelemalla, miten jatkuva ylityö rasittaa esimiestä. Tällaiset tietoiset ajattelumallit vaikuttavat suoraan myös siihen, millaisen käyttäytymisen alainen ”valitsee” esimiestään kohtaan. ”Epämiellyttävän kokemuksen muovaamiseen pyrkivää coping- toimintaa ja epämiellyttävän tilanteen muuttamiseen tähtävää coping-käyttäytymistä voidaan pitää eräänä emotionin säätelyn ja sosiaalisesti taitavan toiminnan muotona.” Coping tarkoittaa myös toimintaa, jonka avulla ihminen jo ennalta yrittää vaikuttaa siihen, millaisia emootioita hän tietyissä tilanteissa tulee kokemaan. Krohne, Pieper, Knoll & Breimer, (2002) ovatkin määritelleet tietoisien kokemuksen tasolla tunteiden säätelyn kolme perustehtävää:

- emotionaalisen tilan ennakoiminen
- emotionaalisen tilan ylläpitäminen
- emotionaalisen tilan muuntaminen

Se, minkälaisiin tilanteisiin ihminen hakeutuu, vaikuttaa siihen, miten affektiivisiä tapahtumia hän tulee kohtaamaan. Grossin (2002) mukaan ihminen kykenee säätelemään joko emotionin syntyä tai syntyneen emotionin ilmaisemista. Säätelyn seuraukset voivat kuitenkin olla myös haitallisia. Voidaan ajatella, että sekä esimiehen vältteleminen että hänen palautteensa poissulkeminen tietoisuudesta, voi ajan kanssa haitata alaisen urakehitystä. Emotionaalisen käyttäytymisen peittäminen on tutkimuksissa katsottu onnistuvan, mutta vain voimakkaan fysiologisen

toimintavalmiuden muutoksen kustannuksella. Grossin ym. (2003) tuloksista voidaan päätellä, että tilanteen affektiivisten ominaisuuksien uudelleen arviointi on parempi vaihtoehto kuin reaktioiden peittäminen. Tämä emotionaalisten reaktioiden tietoinen peittäminen tapahtuu sympaattisen hermoston aktivoitumisen kustannuksella. Ihmisen usein toistuva tarve säädellä kielteisiä tunteita voi pidemmällä aikavälillä Gallon & Matthews (2003) ja Grossin & Johnin (2003) mukaan kuormittaa sydän- ja verenkiertoelimistöä. Consedine, Magai & Bonanno (2003) esittävät, että vähäinen emootioiden ilmaiseminen voi olla suurempi riskitekijä sekä psyykkiselle että fyysiselle terveydelle kuin voimakas emootioiden ilmaiseminen. (Juujärvi & Nummenmaa, 2004.)

5.2 Depression liittyvät emotionaaliset muutokset

Emootiotutkimuksen teorioita ja tutkimusmenetelmiä on sovellettu myös psykiatristen häiriöiden tutkimiseen. Rottenberg ja Gross (2005) ovat tutkineet depression liittyviä emotionaalisia poikkeamia ja niiden hermostollista perustaa. Rottenberg (2005) on saanut tutkimuksessaan selville, että depressiopotilailla emootioreaktiot standardoituihin positiivisiin ja negatiivisiin ärsykkeisiin ovat vaimeampia kuin ei-depressiivisillä koehenkilöillä. Tämä viittaa siihen, että masennustiloissa voidaan todeta emootiojärjestelmien toiminnan yleinen lamaantuminen. Leppänen (2006) on todennut omassa tutkimuksessaan, että depressiopotilailla on myös tarkkaavaisuuden suuntautumisessa emotionaalisiin ärsykkeisiin ja niistä pois päin poikkeamia. Heillä tarkkaavuus ja tiedonkäsittely kohdistuvat normaalia enemmän ja myös ajallisesti kauemmin menetystä kuvaaviin ärsykkeisiin esim. kasvokuvaan, joissa ilmaistaan surua. He kiinnittävät normaalia vähemmän huomiota myönteisiä tunteita viestittäviin kasvokuvaan. (Leppänen, 2007.)

Magneettikuvaustutkimuksissa, jotka mittaavat aivorakenteiden tilavuuseroja, ovat Beyer ja Krishnan (2002) löytäneet selkeitä eroja emootioiden kannalta keskeisissä rakenteissa depressiopotilailla verrattuna terveisiin henkilöihin. Tyvitumakkeet ja nucleus accumbens ovat positiivisten emootioiden kannalta keskeisiä rakenteita ja niissä on tilavuus todettu akuutista masennuksesta kärsivillä pienemmäksi kuin terveillä ja vastaavasti amygdalan tilavuus normaalia suuremmaksi. PET – tutkimuksissa Drevets (1998) on raportoinut poikkeamia verenkierron ja glukoosiaineenvaihdunnan perustasoissa keskeisillä tunteiden säätelyyn osallistuvilla aivojen alueilla. Näillä muutoksilla on oletettu olevan keskeinen merkitys depression liittyvien emotionaalisten muutosten kannalta. Vaikeutena on tässä se, että ei voida varmasti tietää, ovatko

nämä aivoissa olevat muutokset olemassa ennen masennusta vai johtuvatko ne sen seurauksista. Joka tapauksessa depression ja alttiuteen sairastua siihen liittyy toiminnallisia poikkeamia emootioiden havaitsemiseen ja emootioreaktioiden tuottamiseen osallistuvilla aivoalueilla. Poikkeamia esiintyy myös emootioiden säätelyyn osallistuvissa järjestelmissä. Lisääntyvän tutkimuksen myötä on voitu osoittaa, että aivojen emootiojärjestelmien toiminta on muovautuvaa. Tämä antaa toiveita siitä, että niiden toiminnassa voitaisiin saada pysyviä terapeuttisia tuloksia aikaiseksi. (Leppänen, 2007.)

Depression näkökulmasta on olemassa kaksi tärkeää affektia, jotka ovat merkityksellisiä psykodynamiikan kannalta. Nämä ovat syyllisyys ja häpeä, joista häpeän psykologian tutkija Helen Block Lewis (1987) on todennut, että depression aiheuttajina häpeälamaannus ja häpeäraivo ovat usein syyllisyyttä primaarisempia. Häpeä on reaktio hyväksyvän vastavuoroisuuden puutteeseen. Merkittäväksi häpeän tekee se, että se koskee koko itseä. Syyllisyyttä herättävä teko voidaan yrittää korjata, mutta häpeä tuntuu korjaamattomalta. Se saa koko minän tuntumaan perusteita myöten väärältä ja se vaatii siksi koko itsen muuttamista. Häpeän tunnistaminen on vaikea ja se liittyy siis itsen kätkemiseen. Mikäli häpeäreaktio suuntautuu vastavuoroisuuden toivoon ja itseen, se muuttuu masennukseksi. Jos taas vastavuoroisuuden toivo säilyykin ja häpeäreaktio kohdistuu ennen muuta itseen, joka asianomaisen mukaan on kelpaamaton vastavuoroisuuteen, syntyy Lewisin mukaan häpeäraivo. Tämä taas kääntyy sitä enemmän depressioksi, mitä enemmän itse suuntautunut komponentti painottuu. Henkilö, jolla on ollut varhaislapsuudessa traumaattisia, häpeää tuottavia hylkäämiskokemuksia, saattaa olla hyvin herkkä kaikenlaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvalle torjutuksi tulemiselle ja siitä heränneelle häpeälle. Sen vuoksi terapiatilanteissa on asiakkaalle ratkaisevan tärkeää, että hän tiedostaa häpeän olemassaolon ja haluaa vapautua siitä. Tämä vapautuminen voi olla ratkaiseva askel masennuksesta toipumisen tiellä. ”Minun ei tarvitsekaan suojautua pohjatonta ja korjaamatonta huonoutta vastaan. Minä en olekaan parantumattomasti avuton, kykenemätön, ajatuskyvytön, lamaantunut ja minuutta vailla oleva”. (Rechardt & Ikonen, 1994.)

5.3 Tunteet aivojen toimintojen integraation osana

Emootiot vaikuttavat ihmisen mielen ja aivojen toiminnalliseen järjestymiseen ja kehitykseen. Tunteet ovat keskeisessä osassa aivojen kaiken toiminnan säätelyssä. Damasio (1998) on myös osoittanut, että keskeisesti emootioihin liittyvistä ”tunnekeskuksista” on yhteydet kaikkiin aivojen

osiin. Aivojen välittäjäaineilla, kuten serotoniini, dopamiini ja noradrenaliini on oma merkityksensä tunteiden säätelyssä. Ne osallistuvat myös mielialan säätelyyn, joka tapahtuu Tuomiston ja Ahteen (1990) mukaan dopaminenergistien ratojen kautta. Mielihyvän ja mielihäviön säätely tapahtuu nimenomaan tällä tavalla. (Mäntymaa ym., 2003.)

Kiintymyssuhde siis ohjaa niitä käyttäytymismalleja, joilla emotionaalinen kommunikaatio toimii ihmisten välillä. Main (1990) ehdottaa, että lapsen ja vanhemman kiintymyssuhde vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen ja mielikuviin. Se on myös tunteiden säätelyn osatekijä. Pieni lapsi yrittää lisätä turvallisuuden tunnettaan säätelemällä läheisyyttään vanhempiinsa. Mikäli tämä ei onnistu, lapselle kehittyy ns. jäsentynyt sekundaarinen käyttäytymismalli. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi välttelee vanhempansa, koska on oppinut, että ei saa tältä apua. Tai sitten hän korostaa kiintymyssuhdekäyttäytymistä voimakkailla tunneilmaisilla, koska hän on epätietoinen siitä, millaisen tunnevasteen kulloinkin saa vanhemmaltaan. Toisaalta vanhempi on saattanut helpommin vastata voimakkaisiin tunnereaktioihin. Varhaisten negatiivisten kokemusten ja vuorovaikutusmallien on Gunnarin (1998) ja Glaserin (2000) toimesta todettu voivan vaurioittaa aivojen kehitystä ja toimintaa. Ne lapset, jotka ovat jo varhain saaneet vanhempien empaattista apua tunteiden säätelyssä, kykenevät tietyissä tilanteissa hakemaan apua myös muilta aikuisilta. Jones ym. (2000) ovat todenneet masentuneiden äitien imeväis- ja leikki-ikäisillä lapsilla ahdistuneissa tilanteissa oikean frontaalicorteksin voimakkaamman aktivoitumisen EEG:ssä. Dawson ym. (1999) ovat osoittaneet, että samanlainen löydös on havaittu myös silloin, kun masentuneen äidin ja lapsen välillä on myönteinen vuorovaikutustilanne ja äidin tunneilmaisuus on samanlainen kuin terveillä äideillä. Vuorovaikutus masentuneen äidin kanssa voi siis muuttaa lapsen aivotoimintaa pysyvämmin. Tämä saattaa olla Puuran (2001) mukaan merkki depression kehittymisestä. Luoma ym. (2001) ovat ehdottaneet, että lapsen kehityksessä voi tapahtua vaikutuksiltaan pitkäaikaisia aivojen toiminnan pysyviä muutoksia silloin, kun äidillä on synnytyksenjälkeinen masennus. (Mäntymaa ym., 2003.)

Ihmisten vuorovaikutus tapahtuu tunteiden ohjaamana, mutta tunteet ovat myös vuorovaikutuksen ohjaamia. Samalla kun ne säätelävät yksilön sisäisiä prosesseja ne ovat siis säätelyn alaisia. Tunteet ohjaavat aivojen toiminnallista muovautumista, jolla on merkitys tunteiden säätelyssä. Ulkopuolelta ja kehosta tulevat informaatiota sisältävät ärsykkeet, joiden jatkoprosessoinnin kautta tunnetilat voivat Damasion (1998) mukaan johtaa hormonaalisiin, autonomisen hermoston tai käyttäytymisen muutoksiin. Jos ajatellaan persoonallisuuden kehitystä ja sitä, että sen eri alueet voisivat mahdollisimman hyvin, vaaditaan tähän riittävän tasapainoista tunne-elämän kehittymistä. Tunteilla

on keskeinen asema myös muita aivoprosesseja integroivana ja ohjaavana tekijänä. Tunteet vaikuttavat omalta osaltaan kaikkeen kognitiiviseen toimintaan, josta esimerkkinä on ajattelu. Varhainen vuorovaikutus, emootiot sekä aivojen kehitys ja toiminta muodostavat kokonaisuuden, jossa kaikki osatekijät säätelevät ja ohjaavat toisiaan. Tästä kumpuaa lapsen psyykinen kehitys. (Mäntymaa ym., 2003.)

6 Musiikkiterapiaprosessin kulku ja merkittävät vaiheet

Musiikkiterapiaprosessi alkoi syyskuussa 2004 ja päättyi joulukuussa 2006. Yhteensä terapiakäyntejä kertyi asiakkaalle 86. Niistä kaikkiaan 6 terapiaistuntoa tallennettiin lähempää tarkastelua varten. Tämä tapahtui tallentamalla käyntien keskustelut ja musiikillinen työskentely minidisk recorder – laitteella ja yhden istunnon osalta myös videoimalla. Näistä ensimmäiset 3, käynnit 65., 66. ja 70., tapahtuivat touko-kesäkuulla 2006 ja toiset 3, käynnit 80., 81. ja 82., lokakuussa 2006. Terapiaprosessin kuvauksessa ovat olleet materiaalina musiikkiterapeutin terapiamuistiinpanot. Jokainen terapiakäynti kirjataan aina sekä käsittelyssä olevien asioiden että musiikillisen työskentelyn osalta. Myös kuunnellut musiikkikappaleet ja työskentelyssä käytetty muu musiikki (esim. klassinen tai instrumentaalimusiikki) merkitään ylös. Tässä luvussa on kuvattu musiikkiterapiaprosessi ja siihen sisältyvät merkittävät vaiheet sekä asiakkaan että terapeutin näkökulmista. Tämän jaottelun perusteita käsitellään enemmän seuraavassa luvussa tutkimuksen toteutuksen yhteydessä.

6.1 Terapiaprosessi tutkimusasiakkaan näkökulmasta

Musiikkiterapia-asiakas, jonka terapiaprosessi on ollut tutkimuksen kohteena, oli aloittaessaan terapian 47-vuotias perheellinen mies. Hän oli aikaisemmin ollut psykiatrisen poliklinikan psykologin asiakas, jonka luona käyntejä oli kertynyt 12. Tutkimusasiakas oli kuitenkin halunnut kokemuksellisempaa asioiden käsittelyä ja hänelle oli ehdotettu musiikkiterapiaa, jonne psykiatrisen poliklinikan ylilääkäri teki sitten lähetteen ja antoi maksusitoumuksen alustavasti 10 käyntikertaa varten. Käynnit suunniteltiin tapahtuviksi kerran viikossa ja tunti kerrallaan. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä on ollut vuodesta 2003 ostopalvelusopimus musiikkiterapiapalvelun saamiseksi ensin Kauhavan kaupungin kanssa sitten vuoden 2009 alusta Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kanssa,

jonka psykososiaalisen työn hallinnon alla musiikkiterapia nykyään on. Kyseessä on Kauhavan, Evijärven ja Lappajärven terveystieteiskuntayhtymä, jossa on siis yksi musiikkiterapeutti noin 23 000 asukkaan palveluja varten. Erikoissairaanhoidon asiakkaat tulevat nykyisen uuden Kauhavan ja Lapuan alueelta.

Tullessaan musiikkiterapiaan asiakas koki psyykkisen työskentelyn vaikeaksi. Hänellä oli diagnoosina F32.0 keskivaikea masennus, jonka hän koki tyhjyytenä, ilottomuutena ja poissaolon tunteena. Tunteet olivat kateissa ja hän koki olevansa suorituskeskeinen. Keskeistä oli myös pelko hylätyksi tulemisesta. Asiakas oli saanut BDI:ssä 22 pistettä. Ensimmäiselle käynnille asiakas tuli syyskuussa 2004. Edellä mainittujen esitietojen pohjalta käynnille tullut asiakas koki yllätyksen, joka myöhemmin usein nousi hänen mieleensä ja sai poikkeuksellisesti asiakkaan pääsemään jo heti terapiaprosessin alussa ns. asioihin kiinni. Käynnillä kuunneltu musiikki sai asiakkaassa aikaan tunnereaktion, jonka seurauksena hänelle tuli kyyneleet silmiin. Musiikki läpäisi puolustusmekanismit ja asiakkaan omin sanoin ilmaistuna ”kolahti heti kerralla”. Sanallisen palautteen mukaan asiakas oli yllättynyt reaktiosta ja hänessä heräsi toive siitä, että musiikkiterapia voisi olla hänelle se toivottu kokemuksellinen hoitomuoto. Tähän asti aikuisena ollessaan hän oli vain suhteessa lapsiinsa kokenut voivansa olla aito tunteiden ilmaisussaan. Toisella käyntikerralla alkoi sitten lapsuudenaikaisten traumaattisten sairaalakokemusten työstäminen niin, että asiakas teki kuvan ahdistavasta tunteesta. Asiakkaan lapsuuden kokemukset ja niihin liittyvä tunteiden mitätöinti olivat esillä seuraavien käyntien aikana. Asiakkaan äitisuhte oli ollut vaikea jo lapsuudessa, koska jo pienenä poikana ollessaan hän oli kokenut tulleensa torjutuksi lähestyessään etenkin äitiä. Asiakkaan omien sanojen mukaan ”jokaisesta pahasta olostas seurasi uhkailun ja pelottelun kautta vielä pahempi olo.” 5. terapiakäynnillä asiakas oivalsi lapsuudenkodin ja nykyisen oman tunnemaailman yhteyden.

Tässä vaiheessa asiakas sai jo tiedon hoitavalta lääkäriltään, että hänelle oli myönnetty 6 kk:n maksusitoumus musiikkiterapiaan. 6.-9. käyntien aikana asiakas työsti elämäänsä mielikuvamusiiikin, kuvan tekemisen ja muovailumassan avulla. Hän käytti aikaa myös sanalliseen prosessoimiseen melko paljon. Työstetyssä kuvassa asiakas nousi kuumailmapallossa Alppien yläpuolelle yhdessä vaimonsa kanssa. Asiakas eteni terapiassa, mutta ilmaisi myös turhautumista ja kertoi olleensa kotona vihainen terapeutille tämän sanoista. Asia koski terapeutin huomautusta siitä, että asiakas odotti jonkun toisen tekevän asioita hänen puolestaan. Asiakas toi terapiatilaan vihastumisensa ja myös häpeän tunne oli keskustelussa ensimmäisen kerran. Se liittyi toistuvaan somaattisesta sairaudesta johtuvaan ”tilaan”, josta oli lapsena saanut moitteita ja julkista häpeää

ulkopuolisten läsnä ollessa. 10. käynnin aikana asiakas teki kuvan yksinolostaan mielikuvamusiikin avulla. Musiikki nosti mielikuvan, jossa hän itse oli sisällä huoneessa ja välillä pihalla, jolloin muut katsoivat ikkunasta, kukaan ei tullut kohti. Hän tunsi vain syyllisyyden ”tilastaan” ja kohdisti vihan itseensä. Hän oli ansainnut sen. Äidin kanssa oli lapsuudessa tullut ensin riitaa ja sitten isän tullessa kotiin tämä antoi selkäsauvan. Seuraavien käyntien aikana ilmeni asiakkaalla voimakasta ahdistuneisuutta, johon hän ei itse kyennyt löytämään syytä. Hän tilasi jo ajan hypnoosia varten, mutta luopui siitä, koska päätyi kertomaan terapeutille, että isä oli hiljattain sairastunut vakavasti. Asiakas tarvitsi terapeutin apua syy-seuraussuhteen löytymiseen. Asiakkaan oli myös vaikea ottaa vastaan myönteistä palautetta tuohon aikaan, koska hän ei kokenut ansainneensa hyvää. Hän jatkoi musiikkiterapiassa kuvallista työskentelyä ja ilmaisi halunsa jäädä sairauslomalle yrittäjän työstään prosessoimaan asioitaan. ”Lapsuuden tunneasiat ovat syvän jään alla” kertoi asiakkaan sanomana paljon siitä, missä vaiheessa terapiatyöskentelyssä oltiin. Kuitenkin asiakas toi esille, että hän ei voisi kuvitellakaan olevansa pois terapiakäynniltä. Hän ilmaisi ensimmäisen kerran ääneen, että uskaltaa kohdata kipeyttään tässä terapiasuhteessa.

Pian tämän jälkeen, noin 20. käynnin vaiheilla, asiakas oli kotona yksin ollessaan kuunnellut samaa kappaletta, jonka terapeutti laittoi soimaan ensimmäisellä käynnillä. Asiakas oli itkenyt vuolaasti, jonka jälkeen hän koki viikon ajan suurta tyydytystä asian vuoksi. Merkittävä tunteiden löytyminen ja samalla turvallisuuden tunteen kokeminen poisti yksinäisyyden kokemusta. Kuulluksi tuleminen ja surun tunteen tunnistaminen olivat suuri asia asiakkaalle. Hän nimesi itse tunteen; suru pikku - Sepon puolesta oli alkanut. Terapiaistunnot 20. – 30. sisälsivät tämän surun työstämistä, joka tapahtui kuvallisen ilmaisun kautta. Asiakas etsi terapeutin pyynnöstä kotoa valokuvia lapsuudestaan, jotka hän sitten skannasi ennen terapiaan tuloaan. Näitä skannattuja valokuvia työstettiin niin, että asiakas valitsi itse musiikin tekemisen taustalle. Hän toi kotoaan Jukka Perkon jazz – virsiä sisältävän cd:n ”Kaanaanmaa”, joiden soidessa hän täydensi valokuvia piirtämällä niin, että niihin tuli mukaan tunne lapsuuden kuvien ajalta. Tärkein kuva asiakkaalle oli hänestä ja isosiskosta otettu valokuva, jossa sisko pitää häntä kädestä jossakin kodin pihamaalla. Asiakas on siinä polvihousupoika, jolla on vakava ilme kasvoillaan. Valokuvan tunneilmastoa asiakas kuvasi näin: ”Musta tuntuu, että koko elämä suunniteltiin valmiiksi mun puolesta. Lapsuuden kodin ilmapiiri oli kuin harmaa lyijyliivi olis ollut hartioilla koko ajan. Isosisko toi lohtua ja turvaa. Hän sai mennä kesiksi mummolaan, jolloin mä jäin yksin ja istuin portailla, koska en muista yhtään piilo- tai pakopaikkaa, missä olisin kokenut lohtua. Pelottelu esti menemästä omille teille.” Tässä vaiheessa terapiaa vaimo huomasi jo kotona miehessään tapahtuneen muutoksen, mutta asiakas purki terapiassa turhautumistaan ja hänessä näkyi taantumisen terapeutin kolmen viikon loman

jälkeen. Asiakas olisi tarvinnut omien sanojensa mukaan jatkuvasti uusia oivalluksia ja kiire oli päästä tuntemaan, että prosessi on tehty ja kaikki muuttunut paremmaksi.

Asiakkaan kannalta tilanne oli ristiriitainen, koska samalla kun hän tarvitsi surun läpikäymistä, hän häpesi sitä, että oli käpertynyt siihen. Hän tunnusti tarvitsevansa kipeästi terapiaa ja ”syliä”, jota vaille oli jäänyt lapsena. Kesäkuussa – 05 hänelle myönnettiin terapeutin ja hoitavan lääkärin keskustelun pohjalta jatkoa musiikkiterapiaan vuoden loppuun asti kerran viikossa tapahtuvana. Samoihin aikoihin, 32. käyntikerralla, asiakas kertoi kohdanneensa selkeän vihantunteen äitiään kohtaan, kun tämä oli yllättäen kulkenut puutarhassa myrkkynuiskun kanssa voikukkia hävittäen. Tämä vihantunne oli asiakkaan elämän aikana ensimmäisen kerran näin selkeästi esillä. Asiakas kertoi terapeutille: ”Tuntui kuin olisin ollut lähes raivoissani äidille, ja olisin halunnut kaataa koko myrkkynuiskun hänen päähänsä.”. Asiakas ei ollut kuitenkaan mennyt äidin puheille, mutta oli saanut puhutuksi asian vaimonsa kanssa.

Musiikkiterapiassa kuunneltiin tässä vaiheessa paljon myös kevyen musiikin kappaleita. Niistä esimerkkeinä mainittakoon Yö- yhtyeen ”Pettävällä jäällä”, Kate Bushin ”Moments of Pleasure”, Zen cafen ”Mies jonka ympäriltä tuolit viedään” ja Maire Brennanin ”Perfect time”. Mielikuvatyöskentely jatkui klassisen musiikin avulla välillä kuvaa tehden, mutta myös niin, että asiakas kertoi musiikin nostamista mielikuvistaan. 36. terapiaistunnon aikana käsittelyyn nousivat taas lapsuudenaikaiset traumaattiset kokemukset, jotka olivat asiakkaan varhaisten kouluvuosien aikana olleiden tutkimusjaksojen ja sairaalassaoloaikojen vaiheisiin liittyviä. Somaattinen sairaus oli aiheuttanut useita pitkiä sairaalareissuja kauaksi kotoa ja ilman vanhempien mukana olemista. Alastomuus, häpeä, kylmät tutkimuspöydät, kipu, pelko, itsensä hyljäytyksi kokeminen, tunteiden mitätöiminen, tunteiden patoaminen ja asian itsellään pitäminen yli 10 vuotta. Asiakas vaikenä kaikesta ns. ”hammasta purren”. Tällä terapiakäynnillä työskentely tapahtui verbaalisessa vuorovaikutuksessa niin, että vain käynnin alussa ja lopussa kuunneltiin musiikkia.

Musiikkiterapeutti oli ehdottanut soittamista jo terapian alussa, mutta asiakkaan kokemus oli tuolloin ollut se, että soittaminen ei tuntunut hänestä niinkään varteenotettavalta menetelmältä tunteiden käsittelyssä. Nyt terapeutti ehdotti sitä jälleen, tällä kertaa niin, että asiakas soittaisi tekemänsä kuvan tunnetilaa. 39. ja 40. käynneillä tapahtui terapiaprosessin työskentelyn kannalta merkittävin muutos. Asiakas kuunteli käynnin alussa Vivaldin viulukonserton a-molli osan ”Largo”, jossa asiakkaan sanojen mukaan oli sisällä ja taltioituna paljon hänen yksinäisyyttään ja kipuaan, jota ei saa ulos. Tämän jälkeen etsittiin esille aikaisemmin aiheesta tehty kuva, joka

otettiin mukaan soittamisen aloittamiseksi. Asiakas halusi ilmaista tunnettaan rummuilla ja terapeutti meni kosketinsoittimen taakse. Kuvan avulla aikaan saatu ensimmäinen yhteinen soittoimprovisaatio oli kestoaltaan n. 5 min. mittainen. Tämän soittokokemuksen jälkeen asiakas sai purkaa sen nopeasti sanallisesti ja sen jälkeen soitettiin vielä toinen improvisaatio niin, että asiakas sai pitää soittamansa asian omana tietonaan. Tämän soittamisen jälkeinen purkukeskustelu toi ilmi, että asiakas alkoi hahmottaa soittamisen merkitystä varteenotettavana menetelmänä. Se voisi hyvinkin toimia tunteiden etsimisessä ja purkamisessa. Mitä enemmän kokemuksellista, tunteita herättelevää työskentelyä tapahtui, sitä vähemmän asiakas verbalisoi asioita ja alkoi päästä yhä enemmän toivomansa kokemuksellisuuden äärelle. Asiakkaan defenssinä ollut järkeistäminen alkoi väistyä. Seuraavalla käynnillä purettiin vielä soittamisen tuomia ajatuksia, joista yllättävin oli ollut se, että asiakas tunsi saaneensa kosketuksen tunteeseensa soittamalla rumpuja.

Tästä eteenpäin soittoimprovisaatiot lisääntyivät ja yleistyivät. Niistä tuli luonteva osa terapeutista työskentelyä. Kotona asiakas oli tuohon aikaan masentunut, lamaantunut ja tyhjyyden tunne vaivasi häntä. Asiakas kertoi terapeutille, että mielikuvamusiikki täytti tyhjiötä hänen sisällään ja terapia musiikin eri puoliseen ja elementteineen olivat ikään kuin ravintoa, jolla hän tankkaa itseään muutamaksi päiväksi kerrallaan. Joulun -05 aikaan asiakas alkoi löytää hengellistä ulottuvuutta elämäänsä. Hän sanoi pelkäävänsä ja ihmettelevänsä sitä yhtä aikaa. Sisäisen voiman kokeminen musiikin kautta ja sen avulla oli tapahtunut, vaikka musiikkiterapiassa oli käytetty varsin vähän varsinaista hengellistä musiikkia. Asiakkaalle Pave Maijasen ”Ikävä”- kappale heti terapian aloituskäynnillä oli ollut kuin ”Pyhän kosketus”. Se oli ollut armon ja rakkauden kokemus, joka väläyksittäin, hitaasti poistaisi tieltään vihan ja katkeruuden. Joululauluilla oli tänä vuonna asiakkaalle aivan uusi merkitys. Toisaalta kaunis musiikki muistutti siitä, että ei ole juuri mitään kaunista muistettavaa lapsuudesta. Käynnit 50. – 56. olivat tasaista aikaa ja prosessoimisen tauolla pitämistä tarkoituksellisesti. Tässä vaiheessa asiakas keskittyi enemmän käytännön elämään liittyviin asioihin ja haki koulutukseen uutta ammattia silmällä pitäen. Näistä koulutukseen ja arkielämän rytmittämiseen liittyvistä asioista keskusteltiin terapiakäynneillä.

57. terapiaistunnolla asiakas kertoi syyllisyysunesta, jossa helikopteri oli jahdannut häntä ja lopuksi jäänyt paikoilleen ikkunan taakse. Sieltä oli osunut häneen ”syyttävä katse”, joka oli ollut lamaannuttava. Perheen sisällä oli ollut myös paineita ja jännitystä, koska asiakkaan kuntoutustuki oli tullut jokin aika sitten hylättynä. Työkokeilun ehdotus vakuutusyhtiöltä aiheutti asiakkaassa melkoisia paineita. Masennuksesta toipuminen oli ollut hitaasti tapahtuvaa, mutta edennyt kuitenkin niin, että asiakkaan vointi oli juuri ollut kohoamassa tasaisesti ylöspäin. 60. terapiakäynnillä

asiakkaan kohdalla käynnistyi tutkimusasiakkaaksi lupautumisen jälkeen varsinainen käyntien dokumentointi. Nyt oli ensin vuorossa terapeutin tekemä haastattelu, jonka jälkeen tehtiin asiakkaalle seuraavalla käynnillä Beckin masennustesti. Tuloksena oli 29 pistettä eli nyt oltiin jo lähellä vaikean masennuksen rajaa. Negatiiviset tunteet olivat taas alkaneet ottaa asiakasta hallintaan. Vanhempiaan hän ei juuri lainkaan kyennyt kohtaamaan. Asiakas oli ajatellut, että vuodenvaihteen hengellisyyden lisääntyminen ja armahtavuudesta lukeminen yms. asian työstäminen voisivat poistaa katkeruuden noin vaan. Terapeutti halusi palata uudelleen negatiivisten tunteiden työstämiseen soittamisen ja mielikuvatyöskentelyn avulla. 62. käynnillä kirjattiin asiakkaan toimesta ylös vihan tunteita aiheuttavia asioita. Näistä suurimmaksi nousi lopulta oman tahdon ja omien tunteiden mitätöiminen lapsuudessa.

Terapiaprosessia ajatellen merkittävin jakso alkoi tästä. Nyt elettiin aikaa toukokuusta-06 eteenpäin. Terapiaistunnot 65., 66. ja 70. dokumentoitiin tutkimustyötä varten. Kahden ensimmäisen dokumentointikäynnin aikana käsittelyssä oli asiakkaan mielikuva ”sähköaita”. Hän kertoi, että se oli toisaalta hänen itsensä ja vanhempien välillä, mutta myöhemmin hän oli kietoutunut siihen itse. Sen tehtävänä oli suojata häntä maailmaa vastaan ja estää haavoittumasta uudelleen, jos hän paljastaa tunteensa jollekin. Soitettaessa tätä kokemusta asiakas saavutti tunteen siitä, että hän oli vaatimassa nyt jotakin itselleen oikein tosissaan. Hän ei halunnut perääntyä sähköaidan luota pois. Rummuilla soittava asiakas työskenteli tämän improvisaation avulla useita minutteja, terapeutti oli jo nyt tapansa mukaan kosketinsoittimen parissa. Seuraavalla käynnillä tämä teema jatkui samojen soittimien kanssa. Sitä ennen kuunneltiin mielikuvamusiikkina Sergei Rahmaninovin sinfoninen runo op. 29 ”Kuoleman saari”. Nyt kävi niin, että asiakas sai soittaessaan yllättäen uuden muistikuvan todellisesta tilanteesta, jossa pikkupoikana tuli pimeässä naapurista ja pelkäsi kovasti. Ulko-ovi olikin laitettu lukkoon ja pikkupoika törmäsi siihen. Asiakas oli kokenut pelkoa ja lamaannusta. Nyt hän soitti ensimmäisen kerran todellista muistikuvaa, joka syntyi siis soittamisen aikana. Soittamisen lopussa asiakas ”heitti kiven ikkunaan ja se särkyi”.

Asiakkaan negatiivisten tunteiden purkaminen rumpusettiin jatkui useiden käyntien aikana ja yhteiset improvisaatiot pitenevät edelleen myös ajallisesti. Nyt soittaminen jatkui jo jopa 15 min. kerrallaan, mikä on jo kohtalaisen pitkä improvisaatioaika. Asiakas koki, että oven takana on vain kopisteltava. Vähitellen alkoi syntyä oivalluksia siitä, että välttämättä hän ei saa vastauksia niihin menneisyyden asioihin, jotka ovat olleet kysymysten kohteena, mutta hänen oma suhtautumisensa voi muuttua toiseksi. Sen ei enää tarvitse olla samanlaista kuin pikkupoikana ollessa. 70. käyntikerralla hän sitten uhmasi soittaessaan lapsuuden aikaisia kavereitaan, jotka olivat kiusanneet

häntä ajoittain. Seuraavalla käynnillä asiakas kertoi, että hän on ”rummuttamalla saanut itsestään esille tahdon olla näkyvä ja kuuluva”. Hän kertoi myös voineensa jo paljon paremmin. 71. käynti osoitti sen, että oikeaan suuntaan mennään koko ajan. Asiakas teki kuvan pikku - Seposta tällä hetkellä. Se ei enää ollut ”räpäle” vaan poika, joka istui ongella tyytyväisenä punaiset housut jalassa. Soittoimprovisaation aikana asiakas soitti jälleen kovaa, vaativalla tavallaan. Kun asiakkaan soitto loppui, jatkoi terapeutti tällä kertaa omaa soittamistaan niin, että se oli lähinnä ”holding”-tyylistä improvisaatiota, jossa oli selkeä mollivoittoinen melodia ja soittaminen tapahtui kosketinsoittimella. Asiakas katsoi soittamisen loppuessa suoraan terapeutin silmiin ja sanoi ”kiitos!” Ovella lähtiessään hän totesi vielä, että ”tätä oon hakenutkin terapiasta.”

Tämän terapiaistunnon jälkeen asiakas tavoitti aidon vihantunteen soittaessaan ja nyt kohteena oli selkeästi oma äiti. Hän sanoi halunneensa heittää rumpukapulat nurkkaan, koska äitiin ei saanut otetta. ”Se on kuin sammakon kutua” oli asiakkaan toteamus äidistä. Lupa oli ollut soittaa jotakin, mitä ei tarvitse välttämättä kertoa sen jälkeen. Sanoittaminen oli kuitenkin jo niin tuttua, että se tuli automaattisesti soittamisen jälkeen. Hän kohtasi myös häpeän tunteen ja pysähtyi siihen. Asiakas oli terapeutin kesäloman aikana siitä etukäteen ilmoittaen osallistunut leirille, jossa oli ollut aiheena häpeä. Terapiassa hän käytti sitten voimakkaita ilmaisuja puhuessaan sairaalakokemuksistaan, jotka hän koki niin, että alastomuus tutkimustilanteissa oli ollut samaa kuin raiskatuksi tulemisen kokemus. Hänet oli kiinnitetty levyjen väliin kivuliaaseen tutkimukseen alastomana. Häpeä oli seurannut avuttomuuden tunnetta, joka oli estänyt puhumasta kipukokemuksesta. Traumaattisen kipukokemuksen muistaminen tapahtui musiikin kuuntelun aikana, asiakkaan ilme jo kertoi jotakin tapahtuneen. Musiikki oli Richard Wagnerin ”Siegfriedin kuolema”. Asiakas ei ollut aikaisemmin kohdannut kipumuistojaan, ne eivät olleet tulleet tietoisuuteen missään vaiheessa, mutta nyt musiikki nosti ne esille piilotajunnasta. Asiakas halusi soittaa jälleen rummuilla tämän kuuntelukokemuksen jälkeen. Soittaminen olikin tärkeä menetelmä asiakkaan ankkuroimiseksi tähän hetkeen.

Lokakuussa - 06 toteutui terapiaprosessin dokumentoinnin toinen jakso kolmen peräkkäisen käynnin aikana. Käynnit 80. – 82. toivat esille jo lähestyvän prosessoinnin lopun teemoja. Mielikuvamusiikki teema elokuvasta ”Angela’s Ashes” nosti esille mielikuvan, jonka asiakas jälleen kerran teki ensin kuvaksi ja kertoi sen sitten terapeutille. Pikku – Seppo oli saanut rinnalleen kaveriksi ison Sepon, joka kertoi pienelle ”räpäleelle”, mitä elämä oikeasti on. Eheytymisestä kertoi se, että nyt asiakas kertoi elämän roolien varassa päättyneen ja aidon kohtaamisen olevan mahdollista niin ihmisten kuin elämän mukanaan tuomien asioidenkin suhteen.

Soittoimprovisaatiossa asiakas koki vielä mielikuvamatkan isänsä kanssa. Tämä mielikuvamatka oli noussut edellä kuunnellusta musiikista, joka oli Astor Piazzollan ”Histoire du Tango – Cafe 1930”. Siinä asiakas oli keväisessä metsässä vesimyllyä laittamassa isän kanssa. Tämänkin mielikuvan avulla asiakas korjasi menneisyyden kokemuksiin niin, että ne eivät tuntuneet yhtä lohduttomilta kuin aikaisemmin. Soittamisessa, joka kertoi tästä mielikuvasta, kuului nyt keveys ja kiireettömyys. Viimeinen soittoimprovisaatio, josta on myös videodokumentaatio, kertoo yrityksestä kohdata äiti vielä oven takana syksypimeällä. Soittaessa ei enää kuulu vaatimusta äidin suuntaan vaan asiakas kertoi improvisaation jälkeen, että äiti saa olla sellainen kuin on.

Tämän jälkeen alkoi musiikkiterapian lopetusvaihe, jota kesti noin kuukauden ajan. Asiakkaan mielikuvat eivät olleet enää menneisyydessä vaan nykyisyydessä ja tulevassa. Hän sai ennen terapian loppumista tietää, että hänelle tärkeä henkilö oli lupautunut tulemaan hänen 50-vuotisjuhlien merkeissä pidettävään konserttiin esittämään laulujaan, joita asiakas sai toivoa häneltä etukäteen. Tuossa syntymäpäiväkonsertissa oli hyvin runsaasti väkeä ja terapeutti sai siitä oman dvd - taltiointikappaleen. Asiakas sai myös uuden koulutuksen myötä työpaikan, jossa aloitteli jo ennen terapiaprosessin loppumista. Asiakas koki saaneensa terapiaprosessin avulla uudet työkalut elämän vaikeisiin tilanteisiin. Hän itse kuvasi tilannetta näin: ”Kun paljastuin kerran, katsoin olevan parasta jatkaa siitä ja antautua prosessin vietäväksi. Musiikkiterapialle asettamani odotukset täyttyivät. Myös asetetut tavoitteet täyttyivät ja oon saavuttanut sen, mitä jossakin vaiheessa pidin jopa mahdottomana saavuttaa.” Tyytyväinen ja ihmisiin luottamuksen saavuttanut mies lopetti terapian juuri joulun alla runsaan kahden vuoden prosessin jälkeen.

6.2 Terapiaprosessi terapeutin näkökulmasta

Musiikkiterapiaan tulleen lähetteen mukaan asiakkaan tunteet olivat kateissa ja psyykkinen työskentely vaikeaa. Terapeutti valitsi ensimmäisen käynnin musiikin muuten samaan tapaan kuin yleensä noudattaen ensimmäisten käyntien neutraalia musiikkivalintaa ja etenemistapaa. Pave Maijasen ”Ikävä” oli kuitenkin tietoisesti tarkoitettu kokeilukappale, jonka perusteella terapeutti sai paljonkin tietoa asiakkaan aloitustilanteesta. Musiikki aiheutti tunnereaktion, jonka merkitys oli sitten terapiaprosessin kannalta hyvin merkittävä. Tämä tunnereaktio ilmeisesti merkitsi asiakkaalle niin paljon, että hän alkoi käsitellä traumaattisia kokemuksiaan jo aivan terapian alkuvaiheessa, mikä on tavanomaisesta poikkeavaa myös musiikkiterapiassa. Terapeutti jatkoi kuitenkin omaa työskentelyään niin, että kartoitti kuvan tekemisen avulla asiakkaan suhdetta perheenjäseniin ja

lapsuuden ydinperheeseen. Tässä oli selkeästi heti paikka, missä ensimmäisen kerran jarruteltiin terapian etenemisvauhtia ja sitä, kuinka ”syvälle” asiakas lähtee heti prosessin alussa. Terapiaprosessin alkupuoliskolla tapahtui enemmän asiakkaan prosessin etenemisen säätelyä, mikä tapahtui useimmiten sanallisten interventioiden kautta. Terapeutti vakuutteli asiakkaalle melko usein, että asiat tapahtuvat tietyssä mielessä aina ajallaan sitten, kun asiakas on niihin valmis. Liiallinen hätäily jopa esti asioiden kypsymistä. Silloin kun on kysymys äärimmäisen haavoittavasta asiasta (äiti-suhde), on luotava riittävä turvallisuuden tunne ennen kuin uskaltaa muistaa asioita. Defenssien poistaminen ennenaikaisesti voisi olla tuhoisaa. Myös terapian syvyys sai heti ensimmäisen käynnin jälkeen terapeutin huomion, koska tunnereaktiota ei tarvinnut odotella lainkaan.

Kuvan tekeminen oli aluksi asiakkaan tärkein työskentelymuoto terapiaprosessin alkupuolella. Hän lähti siihen mukaan, vaikka piti sitä ensin lapsellisena touhuna, mutta ei sanonut sitä ääneen. Toisaalta asiakkaan tekemät kuvat paljastivat esim. sen, että hän olisi halunnut paeta tilannetta ja mielikuvissaan jopa näki itsensä ja vaimonsa irtautuneena maan kamarasta liitelemässä pois arjen ulottumattomiin. Hän odotti lapsen lailla jonkun vievän hänet yli vaikeuksien. Asiakkaan oli vaikea päästää toista ihmistä lähelleen. Hän ei uskaltanut kohdata vaimossaan sitä, mitä ei ollut koskaan saanut. Nykyisyys paljasti menneisyyden, sitä vasten piirtyivät vaille jäämiset. Toisaalta mielikuvissaan, joita musiikki nosti asiakkaalle kohtalaisen herkästi, hän koki uutta ja halusi muutosta, mutta vanhasta kiinni pitäminen oli todellisuutta. 10 ensimmäistä käyntiä antoivat terapeutille jo paljon materiaalia, koska asiakas oli verbaalisesti taitava ja analysoi paljon asioitaan. Hän puhui melko paljon heti alusta lähtien ja terapeutti salli sen. Asiakkaalla oli tarve tulla kuulluksi, koska lapsuudenaikaiset kokemukset olivat olleet päinvastaisia. Tommy Hellsten on sanonut kirjassaan ”Saat sen mistä luovut” (2000), että kun ihminen tulee kuulluksi ja otetuksi todesta, hän alkaa myös olla todellinen. Näin kävi asiakkaalle ja jo tässä vaiheessa hän uskalsi kertoa terapeutille olevansa tälle vihainen. Terapeutti kannusti koko ajan asiakasta tuomaan negatiivisia tunteitaan terapiatilaan.

Asiakkaan oli toisaalta siedettävä yksinäisyyden ja tyhjyyden tunnetta, koska hänen oli kuitenkin vaikea ottaa vastaan sitä hyvää, mitä terapeutti pyrki edustamaan. Hän mietti ilmeisesti kunniallista poistumistietä terapiasta, koska ei voinut hyväksyä epäonnistumista. Sen vuoksi asiakas ehdotti itselleen hypnoosihoitoa, ryhmäterapiaa ja keskusteli asioistaan myös ammatinvalintapsykologin kanssa. Tähän mennessä terapeutti oli raamittanut ääneen asiakkaan ongelmat, joiden parissa nyt odotettiin työskentelyä ja sitoutumista. Asiakas ei kuitenkaan koskaan mennyt muualle apua

hakemaan, vaan alkoi yhä tiiviimmin prosessoida elämäänsä. Kuvan tekeminen, mielikuvien etsiminen musiikista ja erilaisten musiikkikappaleiden kuuntelu viehätti kovasti nyt asiakasta. Yksi tärkeä hetki asiakkaalle oli se, kun terapian alussa kuunneltu ”Ikävä”-kappale sai hänet 20. käynnin vaiheilla kotona kuunneltuna itkemään vuolaasti. Siitä seuranneet tyydytyksen tunne ja turvan kokeminen rohkaisivat asiakasta eteenpäin. Kun terapeutti oli ottanut vastaan vihantunteet, asiakkaan aikomukset hakeutua muualle nopeampaan hoitoon lakkasivat. Terapeutti myös salli itkemisen terapiatilanteissa, jonka jälkeen asiakas ilmeisesti alkoi olla varma siitä, että hän ei tällä kertaa tulisi hylätyksi. Terapeutti edusti asiakkaalle transferenssin kautta äitiä, joka nyt antoi riittävän turvallisuuden tunteen. Asiakas ilmaisi itseään usein pikkupoika-asetelmasta päin. Hän rakensi minäkuvaansa ”räpäleen”, ”pikkureppanan” ja ”pikku – Sepon” kautta. Näihin hän asetti odotuksiaan, toiveitaan, mutta myös suri niiden puolesta ja kanssa.

Terapiaprosessin puolivälin jälkeen tapahtui sitten asiakkaan masennuksen paheneminen, jolloin terapeutti halusi päästä työskentelemään soittamisen avulla. Asiakas oli soittokokeilujen jälkeen siis torjunut tämän menetelmän käytön. Se ei tuntunut tuolloin hänestä sopivalta, ja terapeutti antoi asiakkaan pitää kiinni halustaan työskennellä muulla tavalla. Terapeutti havaitsi asiakkaassa myös selkeää muutosvastarintaa ja uusien myönteisten asioiden tuottavan pelkoa. Asiakas koki hyvin tärkeäksi terapeutin tarjoamat ”raamit” terapialle, kuten hän asian ilmaisi. Tähän kuuluivat menetelmien valinta ja musiikillisen työskentelyn jälkeinen sanallinen purkaminen. Toisaalta se käsitti koko terapian asiakasta kannattelevan struktuurin, jota ilman asiakas helposti vajosi takaisin vanhoihin menettelytapoihinsa. Pidempien taukojen jälkeen asiakas oli regressoituneempi ja turhautuneempi odottaen musiikkiterapian tuomaa kehystä elämäänsä. Mielikuvissa tämä esim. näkyi niin, että asiakas ei saanut ketään istumaan ”pikkureppanan” viereen lapsuuskodin portaille.

Terapian alussa oli tietenkin asetettu tavoitteet terapiaprosessille ja niiden tarkistaminen tapahtui 35. terapiaistunnolla. Asiakas oli tuolloin ollut työskentelyssä kiinni vajaan vuoden ajan. Terapeutti kirjoitti tavoitteet valkotaululle, jotta ne olisivat myös visuaalisesti esillä. Tunteiden tunnistaminen, tunteiden käsitteleminen, oman minän vahvistuminen ja häpeän merkityksen muuttuminen oli kirjattu terapian alussa suuntaviivoja antamaan. Asiakas oli hyvin perillä tavoitteistaan, mikä tietysti kertoi siitä, että prosessin suunta oli oikea. Tämä väliarvio kertoi myös, että asiakas oli tunnistanut tähän mennessä paljon tunteitaan, nimennyt niitä itse ja terapeutti oli myös osoittanut joitakin tunteita tai alleviivannut asioiden merkityksiä terapeutisesta näkökulmasta katsottuna. Ensimmäinen tunnekosketus oli tapahtunut asiakkaan tullessa totaalisesti yllätetyksi musiikin avulla, jolloin puolustusmekanismit olivat pettäneet. Terapeutti luotti siksi musiikin voimaan, mutta

muisti myös koko ajan, että ilman vuorovaikutuksessa tapahtuvaa empaattista tunnevastetta merkittäväkin asia jää asiakkaalle vajaaksi. Tämä empaattinen vaste merkitsi sitä, että terapeutti antoi sanallista ymmärrystä asiakkaan kokiessa psyykkistä kipua, yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Toisaalta käytössä oli koko musiikillisen välineistön tarjoama runsas mahdollisuuksien valikoima. Musiikin kuuntelun merkitys oli ehkä tässä keskeisintä. Pian kuitenkin oltiin siinä pisteessä, että terapeutti pystyi osoittamaan tunteiden löytymisen, tunteiden kohtaamisen ja niiden sanallisen prosessoinnin olevan riittämätöntä. Tunteiden käsitteleminen oli vielä jäänyt liikaa sanalliselle tasolle, jossa järkeily niin helposti sai asiakkaassa vallan. Nyt asiakas ymmärsi itsekkin, että soittaminen voisi toimia purkukanavana tunteille paremmin kuin mikään muu tehty asia.

Depression taustalla olivat lapsuuden traumaattiset kokemukset. Niiden käsittelyssä asiakas tarvitsi konkreettista tartuntapintaa, jotta pystyisi pääsemään vaikeiden kokemusten yli. Terapeutti on kirjoittanut terapiamuistiinpanoihinsa 58. käynnin jälkeen: ”Puhutaan paljon keskeneräisyyden, epätäydellisyyden ja epävarmuuden sietämisestä. Miksi pitäisi olla ikään kuin kaikki aina paketissa ja leima päälle? Ei tunnemaailmamme sellaiseen järkeilyyn vastaa. Kokee avuttomuuden tunteen liian ahdistavana!” Tässä kohtaa terapiaprosessia palattiin askel taaksepäin ja päästiin kiinni vihan tunteen käsittelyyn uudelleen. Tyhjä olo vaivasi asiakasta. Terapeutti pyysi asiakasta kirjaamaan paperille toiseen sarakkeeseen niitä tunteita, jotka aiheuttavat surua ja toiseen niitä, jotka aiheuttavat vihaa sekä lapsuudesta että nykyhetkestä. Sitten terapeutti pyysi siirtämään surun puolelta viivan toiselle puolelle sellaisia asioita / tunteita, joita asiakas voisi ajatella vihana, jos uskaltaisi antaa sille luvan. Oman tahdon mitätöiminen oli asia, joka nimettiin vihaa aiheuttavaksi. Tämän tehtävän jälkeisellä käynnillä asiakas sanoi ensimmäisen kerran elämässään, että ”kokee terapiassa sen, että tulee kuulluksi ja nähdyksi.”

Myös terapeutissa heräsi välillä avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita, kun asiakkaan vaille jäämisen kokemus oli niin lohdutonta. Vaikeinta oli selvästi kuitenkin se, että asiakas halusi niin paljon sanoittaa asioita, että musiikillisten interventioiden käyttäminen tuntui jossakin vaiheessa jäävän ikään kuin puhumisen alle. Tämän epävarmuuden ajan sietämisen jälkeen asiakas antoi palautteen kuulluksi tulemisesta. Vasta sen jälkeen terapeutti saattoi olla varma siitä, että mikäli hän ei olisi antanut juuri tässä terapiaprosessissa riittävästi tilaa sanalliselle purkamiselle, olisi myös musiikillinen työskentely menettänyt merkitystään. Esimerkkinä tästä on tilanne, jossa asiakas soittaa rummuilla kovaa ja vaatii oven aukaisua vanhemmiltaan. Terapeutti on kosketinsoittimen takana seuraten asiakkaan soittoa vaimeammin ja antaen asiakkaan viedä improvisaatiota eteenpäin. Asiakas huomaa itsekkin, että oven takaa ei välttämättä löydy mitään uutta, mutta siellä kuullaan,

kuinka paha olo hänellä on! Lopulta soittamisesta tuli terapiaprosessin loppupuoliskon lähes jokaisella käynnillä käytetty tunteiden purkamisen ja kanavoimisen väline. Sen alkaessa soittaminen oli rajua, äänekästä ja vaativaa. Se muuttui vähitellen hienosäätöisemmäksi, enemmän vaihteluja sisältäväksi ja keveämmäksi. Sen elementit sopivat yhteen puhutun kanssa.

Terapiaprosessi päättyi asiakkaan 50-vuotispäivien läpikäymiseen ja uuden työpaikan löytymiseen. Yli kaksi vuotta kestänyt viikoittainen työskentely oli ollut terapeutille vaativa, mutta palkitseva ohjausprosessi. Tony Wigramin (2002) mukaan musiikin vaikutukset ovat tutkijoiden mukaan suuremmat silloin, kun musiikilla on paljon merkitystä henkilölle. Emotionaaliset reaktiot pohjautuvat usein assosiaatioille, muistoille ja menneisyyden kokemuksille, jotka ovat hyviä tai pahoja. Tunnetilasta toiseen siirtymisen prosessi on sen vuoksi yksi tärkeistä musiikkiterapeutin taidoista. Jaakko Erkkilä (1996) on todennut, että musiikkia ja tunne-elämää käsitellessään monet tutkijat pitävät mielihyvä / mielihyvä- näkökulmaa lähtökohtanaan. Esimerkiksi rytmittömyys, kaoottinen rauhattomuus on hyvin pelottavaa, koska ennen syntymää ihminen on jo tottunut rytmisyyteen. Rytmisiä elementtejä säätelemällä voidaan siis vaikuttaa mielihyvän ja mielihyvän tuottamiseen. Terapeutin kannalta puhutaan merkittävästä asiasta silloin, kun ihmisen kyky ja tahto altistaa itsensä musiikillisten elementtien vaikutuksille vaihtelee.

Jokaisessa terapiaprosessissa myös terapeutti joutuu käymään läpi pettymyksiä ja turhautumista, koska välttämättä itse terapiatilanteessa ei kohtaakaan asiakkaan kyky / halu hyödyntää musiikillisiä elementtejä sillä tavalla kuin terapeutti näkisi hyväksi tehdä. Kenneth Bruscia (1998) sanoo määritelmässään vastatransferenssista, että ”se on kaikki, mitä terapeutti tuo istuntoon ihmisenä ja erityisesti kaikki menneisyyden asiat, mitkä terapeutti ja asiakas kohtaavat yhdessä.” Käsite intrasubjektiivinen vastatransferenssi tarkoittaa koko terapeutin menneisyyttä, joka sisältää hänen elämäkokemuksensa, kulttuurinsa, koulutuksen, musiikillisen kokemuksen, ammatillisuuden ja uskomukset terveydestä jne. Esim. asiakkaan voimakas tunnepurkaus voi Benedikte B. Scheibyn (2005) mukaan saada terapeutissa aikaan vastatransferenssitunteita, joita tunnistamalla terapeutti saa tietoa asiakkaastaan. Hän pitää musiikkiterapeutin tärkeimpänä roolina sitä, että tämä yksinkertaisesti on läsnä musiikillisesti ja tarvittaessa verbaalisesti. Hän on asiakasta varten ja tämän kanssa. Tilan luominen asiakkaalle vain OLLA ja mahdollisesti itse löytää itsensä voi olla parasta mitä terapeutti voi tarjota.

7 Tutkimuksen toteutus

7.1 Tapaustutkimus

Tutkimusstrategiaksi voidaan valita tapaustutkimus, kun halutaan saada yksityiskohtaista tietoa jostakin tietyistä tapauksesta tai pienestä joukosta tapauksia. Tällöin useimmiten tutkitaan prosesseja, josta tämä tietty yksittäistapaus on. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittava, mikä tarkoittaa sitä, että katsotaan mitä tapahtuu tietyissä tilanteissa. Uusien näkökulmien löytäminen on keskeistä, samoin kuin uusien ilmiöiden. Laadullisen tutkimuksen tekemisessä tutkija seuraa omia arvojaan ja valitsee tutkimuskohteen tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Tutkija perustaa tiedon saannin pitkälti omiin havaintoihinsa nojaten. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston yksityiskohtainen tarkastelu. Tärkeysjärjestyksen määrää tutkittavasta kohteesta esille nousevat asiat, ei tutkija itse. Aineiston tutkimiseen kuluu paljon aikaa ja sen perusteellinen läpikäyminen tekee siitä ainutlaatuisen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004.)

Vaikka tapaustutkimuksen aineisto on vaikeasti organisoitavissa, sen vahvuus on kuitenkin siinä, että sen on ”voimakkaasti totta”. Se on sitä, koska se perustuu tutkittavan omiin kokemuksiin.

Tapaustutkimus sisältää paljon kuvailevaa materiaalia, josta on mahdollista tehdä erilaisia tulkintoja. Sen on sanottu olevan usein ”askel toimintaan”, mikä tarkoittaa sitä, että sen tuloksia myös sovelletaan käytännössä. Staken (2005) mukaan ongelmallista tässä tutkimuksessa on tapauksen yleistettävyyden. Hänen ehdotuksensa onkin, että tapaustutkimus voi toimia pienenä askeleena kohti yleistämistä. (Metsämuuronen, 2008, 17.)

Kun aineisto tapaustutkimuksessa on pieni ja sillä ei ole määrällistä painoarvoa, joudutaan pakostakin tinkimään jostakin, mutta voidaan toisaalta saavuttaa jotakin muuta. Keskeistä on mahdollisimman tarkka tutkimusprosessin kuvaus, jotta tutkimusta lukeva voi saada kuvan siitä, miten kyseiseen lopputulokseen on päästy. Tapaustutkimus etsii vastausta kysymykseen kuinka ja miksi, samoin kuin kokeellinen tutkimus. Sen vahvuutena nähdään kokonaisvaltaisuus, jossa huomioidaan kaikki kontekstuaaliset asiat, esim. aika ja paikka. (Saarela-Kinnunen & Eskola, 2007.)

Tutkimusorientaation merkitys on laadullisessa tutkimuksessa se, että se ohjaa tutkijaa koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimus tarvitsee jonkinlaisen viitekehyksen, jotta tutkimuksen metodien käyttö tulisi luotettavasti hahmotetuksi. Tutkimuksen viitekehyksen muodostavat siis metodologia,

joka ohjaa tutkimusta ja toisaalta se, mitä tutkittavasta ilmiöstä ennestään jo tiedetään. Laadullista tutkimusta tekevän tutkijan on hyvä koko ajan määrittää itselleen, mitä ollaan tekemässä. Eskolan ja Suorannan (1996) mukaan tutkijan on laadullisen tutkimuksen ollessa kyseessä tiedettävä mitä tutkimuksessa tapahtuu ja mitä tutkija itse tekee teknisesti ja eettisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2009.)

Tapaustutkimusta ei ohjaa kuitenkaan pelkästään metodologia. Tutkimusongelma on viime kädessä se, jonka mukaan valitaan tutkimustapa ja joka määrittää tarkan tutkimuksen fokusoitumisen. Yhden tapauksen tutkimisen avulla voidaan saada syvällistä tietoa tästä prosessista ja toisaalta taas tämä kyseinen prosessi voi tuottaa yleistettävää tietoa jostakin siihen liittyvästä alueesta. (Laine, Bamberg & Jokinen, 2008.)

David Aldridge (2005) esittää, että tapaustutkimuksen etuna on sen joustavuus lähestymistapana ja mahdollisuus sisällyttää siihen erilaisia tutkimustasoja. Hänen mukaansa musiikkiterapiatutkimus tarvitsee lähestymistapaa, joka on lähellä yksittäistä kliinikkoa. Se tarkoittaa sitä, että terapeutti itse esittää kysymyksiä tutkijana jakaen siten tietoa omasta kliinisestä työstään. Musiikkiterapian on usein sanottu tukeutuvan hatariin case – raportteihin, jotka eivät ole uskottavia. Aldridge on toista mieltä, ja sanoo tarinoiden raporteissa olevan uskottavia ja täynnä tietoa. Hänen mukaansa tapaustutkimus tarjoaa muodollisen strukturoidun tavan kertoa tällaisen tarinan. Myös monilla muilla tieteenaloilla käytetään case – raportteja, joiden avulla esitellään tuloksia. Esimerkkejä näistä ovat lakimiehet ja sosiaalityöntekijät. (Aldridge, 2005, 10 - 14.)

7.2 Tutkimuskysymykset ja aineiston kerääminen

Tämän tutkimuksen tekemisessä ohjaavana tekijänä oli kaksi tutkimuskysymystä, joista toinen laajempi tähtäsi koko prosessin kannalta keskeisen tiedon saamiseen. Sen avulla pyrittiin selvittämään, **millaiset tekijät edistävät terapiatilanteessa asiakkaan tunteiden käsittelyä ja mikä merkitys niillä on depressiosta toipumisessa?** Toinen tutkimuskysymys oli jatkoa edelliseen: **Millainen rooli terapeutin musiikillisilla interventioilla on terapeuttisessa prosessissa?**

Tutkimuksen aineisto kerättiin musiikkiterapiaistunnoilta, joissa tutkija oli toiminut itse tutkimusasiakkaan terapeutina. Koko terapiaprosessin materiaali terapiamuistiinpanojen osalta oli

tutkijalla käytössä. Terapiaprosessin kuvaus perustuu näihin muistiinpanoihin, jotka olivat riittävän tarkkoja terapiaprosessin kuvaamiseksi. Tutkimusasiakas oli antanut aikanaan luvan käyttää hänen terapiaprosessiaan tutkimustyöhön ja sen vuoksi musiikkiterapeutti oli ollut erityisen huolellinen hänen terapiakäyntiensä kirjaamisessa. Lähempään tarkasteluun ja analysoitavaksi valittiin terapiaprosessin 59. – 72. käynnin väliltä kolme istuntoa (istunnot 65, 66 ja 70) ja prosessin loppupuolelta kolme istuntoa (istunnot 80, 81 ja 82). Nämä terapiaistunnot musiikkiterapeutti tallensi minidisk recorder- laitteen avulla ja kuunneltaessa niitä saattoi heti todeta tallenteiden olevan erittäin tarkkoja äänen laadun suhteen, mikä helpotti terapiatilanteiden ”sisälle pääsemistä”. Videomateriaali oli käytössä myös 82. istunnolta. Tämän lisäksi terapeutti haastatteli asiakasta 60. terapiakäynnillä. Terapeutti päätyi kyseisiin istuntoihin aikanaan jokseenkin sattumanvaraisesti saadakseen materiaalia edessä olevaan tutkimustyöhön, mutta lopulta nämä tallennettaviksi valitut istunnot olivat tutkimustyön kannalta erittäin osuvista terapiaprosessin vaiheista taltioituja.

Ensimmäinen dokumentointivaihe osui aikaan, jossa tutkimusasiakas oli selkeästi huonoimmassa psyykkisessä voinnissa ajatellen koko terapiaprosessia. Toinen dokumentointisarja on taas sitten ajalta, jossa tunteiden käsittely ja säätelyprosessi oli jollakin tapaa akuutisti parhaimmillaan. Terapeutti ei voinut etukäteen tietää esimerkiksi sitä, milloin terapia tulee päättymään, koska käytäntö on ollut se, että asiakas pyritään saamaan riittävän hyvävointiseksi ennen kuin terapia lopetetaan. Asiakkaan tullessa terapiaan ei siis myöskään terapeutti tiedä terapian pituutta, sillä se ei ole sidoksissa käyntimääriin vaan jokainen masennusasiakas saa aikaa toipumiseen oman ”työskentelytahtinsa” mukaan.

Koska kyseessä oli aineistolähtöinen tutkimus, vaati se tutkijalta ennakkokäsitysten mahdollisimman onnistunutta poissulkemista. Tässä taas auttoi aikaperspektiivi, joka tarkoitti sitä, että tutkijana toiminut musiikkiterapeutti oli jo ”irti” itse terapiaprosessista. Tuomen & Sarajärven (2002, 98) esittämän ajatuksen mukaan puhdas induktiivinen päättely ei ole mahdollista. Se tarkoittaisi Eskolan & Suorannan (2008) määrittämänä sitä, että tutkija etenee yksittäisistä havainnoista yleisimpiin väitteisiin. Tuomi ym. esittävät, että tutkijan käyttämät käsitteet ja menetelmät ovat tutkijan asettamia eivätkä ne sen vuoksi ole täysin objektiivisia havaintoja.

7.3 Sisällönanalyysi aineiston tutkimusmenetelmänä

Sisällönanalyysi on tieteellinen metodi, joka pyrkii päätelmiin erityisesti verbaalisesta, symbolisesta ja kommunikatiivisesta aineistosta. Analysoitavat dokumentit ovat esim. haastattelut, keskustelut ja muu kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysi on hyvä menetelmä valmiiden aineistojen tutkimiseen. Analyysin tarkoituksena on luoda tutkittavasta ilmiöstä sanalliseen muotoon saatettu selkeä kuvaus. Tarkoituksena on tutkimuksen aineiston informaatioarvon lisääminen. (Tuomi & Sarajärvi, 2004.)

Aineisto, joka koostui siis 6: sta terapiaistunnosta saadusta minidisk recorder- materiaalista, yhden istunnon videoinnista ja asiakkaan haastattelusta, litteroitiin mahdollisimman sanatarkasti. Litteroinnin jälkeen tutkimusmateriaalia oli kaikkiaan 33 A 4 sivua. Niiden lukemisen jälkeen alkoi aineiston järjestäminen tiiviiseen muotoon sisällönanalyysin avulla. Tämä tarkoitti sitä, että koko litteroitu aineisto käytiin jälleen kerran läpi, nyt koodaten. Aineiston käsittely jatkui etsimällä analyysiyksiköitä, jotka Tuomen ym. (2004, 210) mukaan voivat olla yksi sana, lause tai kuten tässä tutkimuksessa ajatuskokonaisuus. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi ja abstrahointi. Aineistosta etsittiin nyt ajatuskokonaisuuksia, joista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Koska tutkimusasiakas tuotti myös paljon verbaalista materiaalia, jossa oli merkittävää ja huomioitavaa lähes joka rivillä, kertyi aineistosta pelkistettyjä ilmaisuja eli koodeja kaikkiaan 660 kpl.

Aineiston käsittely perustuu Tuomen ym. (2004) esittämänä loogiseen päättelyyn ja tutkijan tulkintaan, jossa on ensin tarkoituksena pilkkoa aineisto osiin, käsitteellistää se ja koota uudelleen eri tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineiston klusterointi on ryhmittelyä, jossa koodattu aineisto käydään taas läpi ja etsitään joko samankaltaisuuksia ja / tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Näistä käsitteistä muodostetaan alaluokkia eli alakategorioita kokoamalla yhden alakategorian alle aina samaa asiaa tarkoittavat käsitteet. Tälle alakategorialle annetaan sitten sitä parhaiten kuvaava nimike. Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti ja tieteellinen päättely tapahtui induktiivisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija etenee aineistosta käsin yksittäisten havaintojen kautta yleistyksen. Käsitteiden muodostaminen tapahtuu siis aineiston pohjalta. (Tuomi ym., 2004, 211.)

Laadullinen tutkimus, jossa aineistonkeruu tapahtuu tutkijan itsensä toimesta, on prosessi. Tämä tarkoittaa Kiviniemen (2010,70) mukaan sitä, että aineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat

kehittyvät tutkijan tietoisuudessa hiljalleen tutkimustyön edetessä. Tämä koskee myös tutkimuksen eri elementtien kehittymistä, jossa pyritään joustavuuteen. Tutkimustehtävän, teorianmuodostuksen, aineistonkeruun ja aineiston analyysin limittyminen toisiinsa sekä niiden muotoutuminen tapahtuu vähitellen. Syrjälä & Numminen (1988) taas esittävät, että laadullinen tutkimus on verrattavissa jatkuvaan päätöksentekotilanteeseen tai ongelmanratkaisusarjaan, jossa tutkimusongelma täsmentyy koko ajan. Keskeistä on löytää ne johtavat ideat, joiden avulla tutkija tekee ratkaisujaan. (Aaltola & Valli, 2010.)

7.3.1 Alakategorioiden muodostaminen aineistosta

Tässä tutkimuksessa alakategorioita kertyi yhteensä 33, joille kaikille on annettu mahdollisimman tarkkaan ajateltu nimike. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin excel- taulukkoa käyttäen niin, että eri väreillä luetteloitiin kukin ilmaisu. Kun kaikki ilmaisut oli saatu taulukkoon sopivan ryhmän alle, käytiin niitä läpi useampaan kertaan ja annettiin niille alustava yhteinen nimike, joita pystyi vielä muuttamaan tarvittaessa. Analyysin jatkuessa tuli sitten aika ”sulkea” alakategoriat lopullisesti.

Tässä tutkimustyössä oli tutkimuskysymykset huomioon ottaen mietittävä tarkoin, miten aineiston analysointi saadaan sellaiseen muotoon, että terapeutin terapiaprosessin aikana tekemät musiikilliset interventiot tulisivat selkeästi esille. Nyt lähdettiin siitä ajatuksesta, että litteroidun aineiston koodaamisen vaiheessa tuntui järkevältä ja selkeimmältä ajatukselta viedä tämä vaihe läpi eriyttäen asiakkaan ja terapeutin toimintaa kuvaavat pelkistetyt ilmaisut. Tämä tapahtui niin, että ensin koodattiin asiakkaan toiminnasta terapiatilanteissa kertovat aineiston osat ja sen jälkeen terapeutin toimintaa kuvaavat osat. Tässä vaiheessa ei vielä tapahtunut muuta kuin tuo jaottelu **asiakkaan näkökulmaan ja terapeutin näkökulmaan**. Kun sisällönanalyysi eteni ryhmittelyn vaiheeseen, tuli esiin selkeästi asiakkaan terapiaistuntojen luonne. Asiakas tuotti paljon verbaalia materiaalia, mikä ei kuitenkaan tapahtunut musiikillisen työskentelyn kustannuksella. Nyt näkyi myös jako siinä, mikä kulloinkin esillä ollut keskustelujakso liittyi musiikillisen tuotoksen tai kokemisen purkamiseen ja mikä taas oli asiakkaan muuta verbaalia prosessointia. Koska tutkimuskysymykset lähtivät siitä, että haluttiin saada selville erikseen terapeutin tekemien musiikillisten interventioiden rooli terapeuttisessa prosessissa, päädyttiin myös eriyttämään **asiakkaan ja terapeutin musiikilliseen ja verbaaliseen vuorovaikutukseen** liittyvät pelkistetyt ilmaisut. Näiden edellä esitettyjen asioiden pohjalta on syntynyt jaottelu:

1. Asiakkaan näkökulma: verbaalinen prosessi
2. Asiakkaan näkökulma: musiikillinen työskentely
3. Terapeutin näkökulma: verbaaliset interventiot
4. Terapeutin näkökulma: musiikilliset interventiot

Alakategoriat aineiston analyysissä:

Taulukon sarakkeisiin on koottu kunkin nimikkeen alle 2 esimerkkiä pelkistetyistä ilmaisuista, joiden lukumäärä koko aineistossa on ilmoitettu kunkin sarakkeen lopussa. Taulukoiden lopussa on sitten näiden kaikkien yhteenlaskettu ilmenemismäärä aineistossa (262 + 229 + 98 + 71 = 660)

1. asiakkaan näkökulma: verbaalinen prosessi

1.	terapiaprosessin eteneminen ja käänteet ”Edellisen terapiakäynnin tunnekokemus” ”Pidettävä kiinni prosessista”	31
2.	terapiasuhteeseen liittyvät odotukset ja toiveet ”Omien keinojen toimimattomuus” ”Mun ei tarvi suojella sitä sulle”	15
3.	ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vääristyminen ”Väärä elämän tulkinta” ”Sisimmän ympärille näytelmä”	37
4.	tunteiden mitätöimisen ilmapiiri lapsuuskodissa ”Rangaistus seurauksena tunteista” ”Sisimmän raottamisesta kiusoittelu”	22
5.	tunnekokemukset nykytilanteessa ”Syyllisyyden seurauksena putoaminen” ”Toivomisen kipinän löytäminen”	35
6.	lapsuuden tunnekokemukset ”Luottamuksen puute johtanut yksinäisyyteen” ”Pikkupojan paha olo”	16
7.	verbaalinen tunteiden analysoiminen ”Vihan kokeminen helpommin purettavana” ”Negatiivisten tunteiden käsittely”	34
8.	muutoksen etsiminen tunteiden prosessoimiseen ”Vihastuminen suojamekanismeille” ”Pettyminen työkalujen puutteeseen”	16

9.	hengellisyden merkityksen ilmaantuminen ”Sisäisen minän vastuun jakaminen” ”Oikea hengellisyys sisäistä ohjautumista”	24
10.	suuntautuminen tulevaisuuteen ”Tulevaisuuden odotukset” ”Se äiti ei enää seiso sen mun unelmani tiellä”	18
11.	muutos persoonallisuuden eheytyemisessä ”Oman sisäisen minän vahvistuminen” ” Roolien poistuminen”	14

yht. 262

2. asiakkaan näkökulma: musiikillinen työskentely

12.	soittaminen työkaluna ”Soitossa tempon kiihtyminen” ”Soittaminen rumpusetin takana”	45
13.	mielikuvatyöskentely sisäistämisen apuna ”`Sain pelon nousemaan`” ”Räpälelen mukana eläminen”	48
14.	kuvan tekeminen musiikista / mielikuvista ”Tehty kuva viitoittaa suunnan” ”Piirtämällä mielikuvan pysyväksi saaminen”	18
15.	musiikilliset välineet tunteiden tunnistamisessa /kohtaamisessa ”Oman vaatimuksen tunnistaminen” ”Kipeän kohdan löytyminen”	52
16.	musiikilliset välineet tunteiden kanavoimisessa/ prosessoimisessa ”Toive vihan kohdistumisesta rumpusettiin” ”Äidin kohtaamista halunnut soittaa”	50
17.	muutos tunne-elämässä ”Tahtominen ilman suorituksia” ”Asianmukainen syyllisyys ja häpeä”	16

yht. 229

3. terapeutin näkökulma: verbaaliset interventiot

18.	terapiasuhteen rakentaminen ”Luvan antaminen tunteiden ilmaisemiselle” ”Terapiaprosessin luonteesta kertominen”	12
19.	terapeutin alleviivaukset ja osoittaminen ”Mitätöimisen toistumisen pelon osoittaminen” ”Kerrotun tarkentaminen”	11
20.	asiakkaan tunteiden sanoittaminen ”Soittamisessa kuului muutos” ”`Sä vapaudut siitä riippuvuudesta ja se onkin se ote äidistä`”	11
21.	myönteinen sanallinen palaute ”Loistavien oivallusten korostaminen” ”Asioiden tärkeyden sanoittaminen”	11
22.	tunteiden kohtaamisen rohkaiseminen ”Vihan tunteen hyväksyminen” ”Sisuuntumisen tunteen erittelemineen”	15
23.	musiikkiterapeutin toimintastrukturi ”Musiikkiterapian menetelmän toimivuuteen uskomineen” ”Lupa ajatusten purkamiselle sanallisesti lopuksi”	11
24.	terapeutin ohjeet ennen työskentelyä ”Mielikuvasta soittamisen ohjeistamineen” ”Rentoutumisen ohjeistamineen”	6
25.	hengellisyyden käsitteleminen ”Ihminen myös hengellinen kokonaisuus” ”Hengellisen kokemuksen merkitys”	7
26.	terapeutin intuitiivinen toiminta ”Intuitiivinen musiikin valinta” ”Terapeutin soittamineen holding-tyylistä”	2
27.	verbaalinen rajaamineen ja vaiheistamineen ”Ajatusten tuomineen vähitellen” ”Liiallisen ennakkoinnin välttamineen”	12

yht. 98

4. terapeutin näkökulma: musiikilliset interventiot

28.	musiikin kuunteleminen terapiatilanteessa ”Asiakkaan kuuntelutoiveen toteutus” ”Musiikin kuunteleminen ensin”	8
29.	musiikilliset mielikuvat työskentelyapuna ”Tärkeän mielikuvan työstäminen” ”Mielikuvamusiikki johtaa ovelle”	16
30.	kuvallisen ilmaisemisen mahdollisuus ”Edellisen käynnin mielikuva kuvaksi” ”Suojamuurin ilmaiseminen kuvallisesti”	8
31.	soittamisen tarjoaminen /ehdottaminen ”Myötätunnon osoittaminen soittamalla” ”Pelon tunteen kohtaaminen soittaessa”	17
32.	soittaminen osaksi terapiaprosessia ”Soittamaan kannustaminen” ”Improvisaatiolla aloitus”	8
33.	musiikillinen ajoittaminen ja suojaaminen ”Improvisaation pituuden säätely” ”Terapeutin soittaminen `holding`-tyylisesti”	14

yht. 71

7.3.2 Yläkategorioiden muodostaminen

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee abstrahointivaiheeseen, jossa tutkimuksen kannalta oleellinen tieto erotetaan muusta. Kategorioiden yhdistäminen jatkuu niin kauan, että muodostuu oleellinen yleiskäsitteiden avulla saatu kuvaus tutkittavasta tapauksesta. Tuloksia esitettäessä nostetaan esille empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tulosten kuvaus käsittää luokittelujen pohjalta syntyneet kategoriat ja niiden sisältämät asiat. (Tuomi & Sarajärvi, 2004, 212.) Käytännössä koodausrunгон ja teema-alueiden erittely on myös vähitellen muotonsa saava prosessi, jossa tutkija joutuu Kiviniemen (2010) mukaan pyörittelemään analyysia useankin kertaan. Myös tässä tutkimuksen vaiheessa jouduttiin käyttämään aikaa melko pitkäänkin ennen kuin yläkategoriat olivat kohdallaan. Tutkimuksen tekijä huomasi olevan selkeästi apua siitä, että koko kategorioiden kooste laitettiin sivuun pois silmistä joksikin aikaa. Kun taas palattiin asiaan, havaittiin asioita eri tavalla. Seuraavat 4 taulukkoa esittelevät yläkategorioiden muodostumisen alakategorioista. Jaottelu seuraa edellisten taulukoiden mallia.

1. Asiakkaan näkökulma: verbaalinen prosessi

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vääristyminen • Tunteiden mitätöinnin ilmapiiri lapsuuskodissa • Muutos persoonallisuuden eheytymisessä 	Vääristyneen ympäristön tulkinnan korjaaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Terapiasuhteeseen liittyvät odotukset ja toiveet • Muutoksen etsiminen tunteiden prosessoimiseen • Hengellisyyden merkityksen ilmaantuminen 	Kokemuksellisuus ja kuulluksi tuleminen
<ul style="list-style-type: none"> • Tunnekokemukset nykytilanteessa • Lapsuuden tunnekokemukset • Verbaalinen tunteiden analysoiminen 	Tunteiden verbaalinen käsittely
<ul style="list-style-type: none"> • Terapiaprosessin eteneminen ja käänneet • Suuntautuminen tulevaisuuteen 	Terapiaprosessin vaiheittainen eteneminen

2. Asiakkaan näkökulma: musiikillinen työskentely

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Soittaminen työkaluna • Mielikuvatyöskentely sisäistämisen apuna • Kuvan tekeminen musiikista/mielikuvista 	Tunteiden käsittely musiikillisin menetelmin
<ul style="list-style-type: none"> • Musiikilliset välineet tunteiden kohtaamisessa / tunnistamisessa • Musiikilliset välineet tunteiden kanavoimisessa / prosessoimisessa • Muutos tunne-elämässä 	Tunteiden säätelyn muutos ja integroituminen osaksi persoonallisuutta

3. Terapeutin näkökulma: verbaaliset interventiot

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutin alleviivaukset ja osoittaminen • Myönteinen sanallinen palaute • Terapeutin ohjeet ennen työskentelyä 	Tunteiden prosessoinnin ohjaaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Tunteiden kohtaamisen rohkaiseminen • Asiakkaan tunteiden sanoittaminen 	Terapeutti apuminänä /objektina
<ul style="list-style-type: none"> • Terapiasuhteen rakentaminen • Hengellisyyden käsitteleminen • Terapeutin intuitiivinen toiminta 	Luottamuksen ja turvallisuuden rakentaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Musiikkiterapeutin toimintastrukturi • Verbaalinen rajaaminen ja vaiheistaminen 	Terapiaprosessin etenemisen verbaalinen säätely

4. Terapeutin näkökulma: musiikilliset interventiot

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Musiikin kuunteleminen terapiatilanteissa • Musiikilliset mielikuvat työskentelyapuna 	Musiikin kuuntelu tunteiden esille nostamisessa ja tunnistamisessa
<ul style="list-style-type: none"> • Soittamisen tarjoaminen/ehdottaminen • Kuvallisen ilmaisemisen mahdollisuus 	Tunteiden kanavoimisen ja prosessoimisen menetelmät
<ul style="list-style-type: none"> • Soittaminen osaksi terapiaprosessia • Musiikillinen ajoittaminen ja suojaaminen 	Tunteiden käsittelyn musiikillinen säätely

8 Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Seuraavaksi esitellään tutkimuksen tulokset. Tutkimuskysymykset sisällönanalyysin alkaessa olivat siis tässä vielä uudelleen esitettyinä seuraavat:

Millaiset tekijät edistävät terapiatilanteessa asiakkaan tunteiden käsittelyä ja mikä merkitys niillä on depressiosta toipumisessa?

Millainen rooli terapeutin musiikillisilla interventioilla on terapeutisessä prosessissa?

Asiakkaan näkökulma:

- 1. Vääristyneen ympäristön tulkinnan korjaaminen**
- 2. Kokemuksellisuus ja kuulluksi tuleminen**
- 3. Tunteiden verbaalinen käsittely**
- 4. Terapiaprosessin vaiheittainen eteneminen**
- 5. Tunteiden käsittely musiikillisin menetelmin**
- 6. Tunteiden säätelyn muutos ja integroituminen osaksi persoonallisuutta**

Terapeutin näkökulma:

- 1. Tunteiden prosessoinnin ohjaaminen**
- 2. Terapeutti apuminänä /objektina**
- 3. Luottamuksen ja turvallisuuden rakentaminen**
- 4. Terapiaprosessin etenemisen verbaalinen säätely**
- 5. Musiikin kuuntelu tunteiden esille nostamisessa ja tunnistamisessa**
- 6. Tunteiden prosessoimisen ja kanavoimisen menetelmät**
- 7. Tunteiden käsittelyn musiikillinen säätely**

Tulosten ymmärtämiseksi on seuraavaksi tarpeen kirjoittaa ne auki mahdollisimman kattavasti, jotta niistä muodostuisi riittävän hyvä käsitys. Tutkimuksen tekijä lähtee siitä liikkeelle, että kertaa

jokaisen yläkategorian avaamisen alussa vielä siihen sisältyvät alakategoriat. Niitä ei ole erikseen avattu, mutta kirjoittaja ottaa niitä esille tekstissä tarvittaessa, mikäli se tuntuu oleelliselta asian ymmärtämisen kannalta. Tässä tutkimuksen tekijä omalla tavallaan ottaa kantaa siihen, mikä on aineistosta esille noussut ydinsanoma. Kiviniemi (2004) selittää, että näin tutkija voi halutessaan tulkintansa avulla ilmaista sen, minkä hän haluaa erityisesti tuoda tarkastelun keskipisteeksi. Tulokset ovat listattu ja numeroitu siinä järjestyksessä, missä ne taulukossa ovat olleet. Tämä on tehty luonnollisesti tulosten selkeästi esittämiseksi. Järjestysnumero yläkategorian edessä ei kerro sen merkittävyydjärjestyksestä.

8.1 Tutkimustulokset: asiakkaan näkökulma

1. Vääristyneen ympäristön tulkinnan korjaaminen

Tämän yläkategorian alle kuuluvat **asiakkaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vääristyminen, tunteiden mitätöinnin ilmapiiri lapsuuskodissa ja muutos persoonallisuuden eheytymisessä**. Asiakkaan tullessa musiikkiterapiaan oli hänellä masennustila, johon liittyi lapsuuden traumaattiset kokemukset. Molemmat näistä ovat asioita, jotka vaikuttavat ajatuksiin, tunteiden kokemiseen ja sen kautta käyttäytymiseen. Intensiivinen terapiatilanne vaikutti traumatisoituneen asiakkaan käytökseen ajoittain niin, että hän regressoitui. Hoitosuhteissa aktivoituivat hänen käsittelemättömät ihmissuhdemallinsa, jotka alkoivat elää uudelleen omaa elämäänsä. Asiakas oli omaksunut lapsuudessaan kokemansa vaikutuksesta useita itseään vähätteleviä ja itseään lamaavia uskomuksia. Hänen tunne-elämänsä ongelmat johtivat herkästi konflikteihin läheisissä suhteissa ja hän oli omaksunut erilaisten roolien värittämän tavan käyttäytyä.

Musiikin ja terapeuttisen yhteistyön avulla asiakas alkoi hahmottaa elämäänsä uudella tavalla. ”On aiheellista olettaa, että musiikista löytyy vastinetta sille, miten psyykemme käsittelee elämysmaailmaa ja toisaalta, että `sävelajattelu` noudattaa samoja muotoja, joilla hahmotamme itseämme, ulkomaailmaa ja näiden välisiä suhteita.” (Lehtonen, K. 1986) Recharardin 1984 mukaan psykoanalyttisen teorian näkökulma elämyksellisyyteen ohittaa kokemusten tietoisuuden tason, johon myös musiikin toisenlaiset psykologiset tarkastelut usein pysähtyvät. Ihminen pystyy musiikillisen kokemuksen kautta löytämään sellaisia kokemusvivahteita, jotka tulevat esiin ihmisen tavoissa käsitellä esimerkiksi tunteita ja lapsenomaisia objektisuhteita. Musiikin leikinomaisuus ja

symbolinen luonne tekevät asioiden käsittelystä vähemmän tuskallista, koska musiikki etäännyttää ylivoimaiset kokemukset muotoon, jossa niitä voidaan lähestyä, selvitellä ja oppia hallitsemaan.

Donald W. Winnicot (1971) puhuu siitä, miten äidin depressio ja kyvyttömyys vastata vauvan tunteisiin sabotoi ”itsen” löytymistä. Vauva löytää äidin tunteet ja reaktiot, joihin hän yrittää mukautua. Vauva kehittää ”false selfin” seurauksena aidon itseyden loukkaamisesta. Ihminen tuntee itsensä epätodelliseksi ja ontoksi väärän itseyden seurauksena. Se on ilman hoivan läsnäoloa esiin tulevaa primitiivistä itseriittoisuutta, jonka tehtävänä on suojata aitoa itseyyttä. Väärä itseys saa aikaan sen, että ihminen käyttää eri tilanteissa aidon ja väärän itseyden välissä olevaa ”näyttelijää” ja erilaisia rooleja. Väärä itseys saa ihmiselle aikaan tunteen todellisena olemisesta, ihminen ei siis ole todellinen ennen kuin pystyy saamaan aidon itseyden ”true selfin”. (Lehtonen, 1998.)

Asiakas ei ollut aikaisemmin kyennyt ottamaan vastaan apua, koska hänen lapsuuden traumaattiset sairaalakokemukset ja suhteessa omiin vanhempiin tapahtunut mitätöiminen aiheuttivat hänelle tiedostamattomia reagoimisia sosiaalisissa tilanteissa. Asiakkaan traumamuistoja kantavat osat aiheuttivat vääriä tulkintoja ympärillä olevien ihmisten äänensävyistä, liikkeistä yms., jolloin ainoa keino päästä eteenpäin oli se, että hänen oli kohdattava riittävän turvallinen terapia-asetelma menneisyyden läpikäymiseen.

2. Kokemuksellisuus ja kuulluksi tuleminen

Terapiasuhteeseen liittyvät odotukset ja toiveet, muutoksen etsiminen tunteiden prosessoimiseen ja hengellisyyden merkityksen ilmaantuminen kuuluvat tämän yläkategorian alle. Edellä kuvatus pohjalta on selvää, että asiakkaan toiveet kohdistuivat terapeuttiin monellakin tavalla. Asiakas oli halunnut enemmän kokemuksellisuutta terapian sisältöön ja sen vuoksi lopettanut käynnit psykologin luona, jossa oli edetty kognitiivisen terapian menetelmillä. Musiikkiterapiaa kohtaan suunnatut odotukset koskivat siis sekä terapeuttia että terapiamuotoa. Jo ensimmäisellä terapiakäynnillä asiakas koki jotakin, joka liikautti hänen sisintään. Tarasti (2002) kuvaa tällaista ilmiötä osuvasti: ”Tyypillistä on, että kun ihminen kokee tällaisen elämyksen tai kun sellainen kerran tapahtuu hänelle, hän alkaa tietoisesti hakeutua samanlaisten kokemusten äärelle. Se ikään kuin vaatii toistoa, se vetää puoleensa. Koko sen edustama maailma esittää yksilölle kutsun, jota on seurattava”. (Lehtonen, 2008.)

Asiakas siis koki jo jotakin, mihin alkoi aavistaen uskoa. Musiikki vakuutti hänet riittävästi hyvinkin nopeasti, mutta terapiasuhde oli silti vasta alkamassa. Inge Nygaard Pedersen näkee, että todellinen tieto asiakkaasta voidaan saavuttaa tietoisuudella terapeutin omasta kuuntelemiskyvystä. Musiikkiterapiasta hyötymiseen vaikuttaa hänen mukaansa enemmän se, miten terapeutti kykenee kuuntelemaan asiakasta kuin asiakkaan kyky psyykkiseen työskentelyyn. Terapeutin asenteen on oltava sellainen, että hän on läsnä kuulevana, lämpimänä ja empaattisesti ymmärtävänä. Terapeutin on tärkeää kuulla ja hyväksyä asiakkaan perustunne, miten tahansa se ilmeneekin. Ei riitä, että terapeutti kuulee vain asiakkaan sanallisen viestinnän. Hänen on myös oltava musiikillisessa tuotoksessa niin läsnä, että hän kykenee omilla luovilla musiikillisilla aiheilla ilmaisemaan asiakkaalle kuulemistaan. Asiakkaan tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemus voi olla asiakkaalle ainoa vaihtoehto, jonka avulla hän tuntee selviytyvänsä. (Nygaard Pedersen, 1997.)

Tässä terapiaprosessissa asiakas kertoi usein siitä, että häntä ei kuunneltu eikä kuultu lapsuuden kodissaan. Terapiatilanteissa terapeutti antoi asiakkaalle tilaa niin sanallisen kuin musiikillisen työskentelyn kestäessä. Aktiivinen läsnäolo oli välttämätöntä, jotta edistymistä olisi tapahtunut. Tämä läsnäoleminen täysin tilanteessa on jo musiikkiterapian peruskoulutuksen ajalta sisäistynyt asia, jota terapeutti pyrkii noudattamaan työssään. Ihmisellä on tarve olla kommunikoimatta samalla kun hän tavoittelee yhteyttä muihin. Winnicott (1976) on ilmaissut asian näin: ”On ilo olla piilossa, mutta katastrofi olla löytymättä!” Hän on esittänyt myös, että jokaisen ihmisen sisimmässä on saavuttamaton ydin, joka on pyhä. Se on aitoa itseyttä muistuttava ydin, joka ei koskaan kommunikoi todellisuudessa koettujen objektien kanssa. Ainoastaan taiteen eri kokemuksissa voi tapahtua vuorovaikutusta ihmisten ”salaisten ytimien” välillä. Asiakkaan hengellisyyden herääminen tapahtui ajallisesti puolivälissä terapiaprosessia. Terapeutti oli terapian alkaessa kertonut omasta ihmiskäsityksestään ja hoitoideologiastaan sen, minkä aina yleensä kertoo uusille asiakkaille. Se tapahtuu lauseessa: ”Uskon, että ihminen on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus, jossa kaikilla osa-alueilla on vaikutus toisiinsa.” Muuten hengellisyydestä keskusteleminen jää odottamaan asiakkaan esille nostamista. Crowe (2004) näkee musiikissa ja hengellisyydessä yhtenäisyytenä sen, että molemmat toimivat symbolisella tasolla, joka mahdollistaa kommunikaation, muodonmuutoksen ja kasvun. Musiikkiterapia toimii tietoisuuden eri tasoilla tarjoamalla ympäristön symbolismille ja hengelliselle (henkisel) kasvulle (Sutton, 2007).

3. Tunteiden verbaalinen käsittely

Terapiaprosessin aikana käsiteltiin myös paljon sanallisesti **tunnekokemuksia nykytilanteessa, lapsuuden tunnekokemuksia ja asiakas analysoi niitä** usein itse ensin kertomalla esimerkkejä lapsuudesta ja nykyhetken perhetilanteesta. Sanallinen tunteiden käsittely oli varsinkin aluksi ongelmallista, koska asiakkaan ongelmana oli ollut selittäminen ja hänellä oli taipumus käyttää järjeistämistä defenssinä. Hän tiedosti itsekin, että puhuminen esti häntä kokemasta ja tuntemasta tunteita. Mutta myös tieto siitä, että asiakas oli kokenut lapsuudessa hyvin paljon ohitetuksi tulemista ja kaipasi kuulluksi tulemista, oli tärkeä. Terapeutti ei voinut siis mitenkään sivuuttaa asiakkaan puhumisen tarvetta. Varsinkin terapiaprosessin alussa asiakas sai paljon tilaa lapsuuden kokemustensa kertomiselle. Asiakas sanoitti lapsuuden tunnemaailmaa ja analysoitavan aineiston pelkistetyissä ilmaisuissa oli 85 tähän kategoriaan kuuluvaa asiaa. Tässä kannattaa huomioida se, että analyysi tapahtui aineistosta, jossa terapia oli kestänyt jo puolitoista vuotta.

De Backer (2004) on kuvannut musiikkiterapiaa depressiivisten asiakkaiden kanssa ja hän on todennut, että ollessaan regressoituneita, he eivät kykene ilmaisemaan sisäistä maailmaansa symbolisesti. Tällöin hän suosittelee käytettäväksi enemmän musiikillista holdingia, mikä valmistaa asiakasta myöhemmälle työskentelylle. Hän näkee puheen ja sanat myös niin, että niillä voi olla defenssin luonne. Kun tiedostamaton alkaa pyrkiä asiakkaan tietoisuuteen ja ahdistuneisuus kasvaa, asiakas voi yrittää kontrolloida tilannetta sanojen avulla. John (1992) näkee, että musiikki on silta tiedostamattoman ja tietoisien välillä. Sanoja tarvitaan ennen kuin tietoinen taso on todella saavutettu. Myös musiikillisessa prosessissa sanallinen purkaminen on siis tarpeen. (Erkkilä, 2004.)

4. Terapiaprosessin vaiheittainen eteneminen

Tähän yläkategoriaan kuuluvat **terapiaprosessin eteneminen ja käännteet sekä tulevaisuuteen suuntautuminen**. Asiakas halusi pitää kiinni prosessista, johon hän oli lähtenyt hyvin motivoituneena. Terapian alussa tapahtuneet asiat olivat antaneet siihen mahdollisimman hyvän lähtökohdan asiakkaan kannalta. Välillä asiakas turhautui, kun mitään erityistä ei sitten jokaisella käynnillä tapahtunutkaan. Terapeutti sai kuitenkin asiakkaan luottamaan siihen, että kaikki tapahtuu aikanaan, mikäli motivaatio on olemassa ja asiakas todella haluaa muutoksen tapahtuvan. Asiakas itse osallistui kuitenkin myös omalta osaltaan terapiaprosessin vaiheistamisen säätelyyn esimerkiksi lähtemällä lomien ajaksi matkalle vaimonsa kanssa, jotta ”sai pitää lomaa myös prosessistaan.” Toisaalta hän oli riippuvainen terapeutista, mutta halusi myös lisätä itsenäisyyttään niinä aikoina,

kun psyykkinen vointi oli vakaa. Asiakas kertoi usein tullessaan terapiakäynnille edellisen käynnin aiheuttamista ajatuskuvioistaan ja tunteista, joita oli kokenut jonkin musiikkiterapiatyöskentelyn jälkeen kotona.

Tunteiden käsittelyssä asiakas eteni myös vaiheittain, mistä esimerkkinä on surun kokemisen jälkeinen vihan vaihe. Tässä asiakas toimi selkeästi tietoisena siitä, että vihalle pitäisi saada tilaa ja lopettaa surussa ”rypeminen”. Asiakas ”putosi” kuten hän itse asian ilmaisi puolentoista vuoden säännöllisen musiikkiterapiassa käynnin jälkeen. Tähän liittyi muutakin, josta prosessin kuvauksen yhteydessä mainittiin. Asiakas ei itse tiedostanut selkeästi tapahtunutta, mutta terapeutin näkökulmasta käsin kyse oli myös muutosvastarinnasta. Asiakas oli alkanut toipua hyvää vauhtia, kun hänessä tapahtui selkeä muutos. Hän ei kyennytkään tuntemaan mielihyvää toipumisesta. Ogdenin ym. (2009) ajatus on, että monet traumoista kärsivät ovat kyvyttömiä nautintoon tai jopa nautintokammoisia. Traumaperäiseen masennustilaan ja pelkoon liittyy kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Asiakas ”valitsi” mieluummin itselleen tutun putoamisen, koska sen tilalle ei ollut muuta tarjolla. Hän kertoi, että ”kun on oikein pohjalla, ei tarvitse pelätä mitään. Ei ole mitään menetettävää enää.” Paha olo oli hänelle tuttua ja siksi turvallista. Asiakas oli pitänyt kiinni musiikin kuunteluun liittyvien menetelmien tuomasta struktuurista, johon terapeutti oli suostunut, koska terapiassa edetään pääsääntöisesti asiakkaan ehdoilla.

Terapeutti huolehti terapiaprosessin vaiheittaisesta etenemisestä soveltaen asiakkaan prosessiin traumatisoituneen vaiheorientoitunutta hoitoa. Ensimmäisen vaiheen aikana keskeistä olivat päivittäisen elämän ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Asiakas pelkäsi terapiassa käynnin ”leimaa”, jonka voittamisessa ei kuitenkaan mennyt pitkään. Suurempi ja vaikeampi oli hänelle kiintymyssuhteeseen liittyvä pelko, jossa terapeutin luottamuksen saaminen vei lähes vuoden. Traumamuistojen hoitamisen vaiheessa keskeistä asiakkaalla oli nimenomaan kiintymyssuhteeseen liittyvien tunteiden voittaminen ja irrottautuminen äidin vaikutuksen voimasta. Kolmannessa vaiheessa hoitoa asiakas suri menetettyä elämäänsä ja terapeutti ohjasi häntä terveeseen riskinottamiseen ja elämään heittäytymiseen. Muutoksen pelko väistyi ja normaalielämän myönteiset tunteet alkoivat tuntua asiakkaassa. Hän hyväksyi itselleen oikeuden tuntea niitä.

5. Tunteiden käsittely musiikillisin menetelmin

Asiakas oli terapiaan tullessaan ja sen aikana puhunut paljon ”työkalujen” saamisen toiveistaan. **Soittaminen työkaluna, mielikuvatyöskentely sisäistämisen apuna ja kuvan tekeminen musiikista / mielikuvista ovat tämän käsitteen alle kuuluvia.** Musiikkiterapian alusta lähtien asiakas oli tehnyt kuvallista työskentelyä, joka oli lähes jokaisella käynnillä esillä jollakin tapaa. Musiikillisten mielikuvien avulla hän pystyi sisäistämään puhuttuja asioita. Melanie Klein (1986;1988; 17 - 18) on sanonut kuvallisesta ilmaisusta, että se on prosessi, jossa kuvan tekijä luo uudelleen sisäisen maailmansa ja tuo sen näkyväksi ulkoiseen todellisuuteen. Hänen mukaansa on kysymys aktivoituneesta separaatiokokemuksesta, jonka avulla kuvan tekijä samalla irrottautuu tunteitaan vahvasti koskettaneesta prosessista. Tämän havainnon kautta hän tulee tietoiseksi omasta erillisyydestään ja itsenäisyydestään mm. äitiin. Tämä on psykodynaamiseen teoriaan perustuva kuvan tekemisen terapeuttinen vaikutus, joka ei katso asiakkaan ikää. (Hautala, 2008.)

Kuvan tekeminen ja mielikuvatyöskentely klassisen musiikin nostamista mielikuvista oli ollut koko ajan siis käytössä asiakkaan kanssa ja hän koki ne ”omikseen”. Soittamiseen asiakas oli valmis vasta sen jälkeen, kun hän oli ”pudonnut” syväälle yksinäisyyteen tutkimuksen analysoitavan jakson alussa. Siitä alkoi kliinisen improvisaation käyttäminen aktiivisesti tunteiden kanavoimisessa.

6. Tunteiden säätelyn muutos ja integroituminen osaksi persoonallisuutta

Tämän yläkategorian alle kuuluvat **musiikilliset välineet tunteiden kohtaamisessa ja tunnistamisessa** sekä **musiikilliset välineet tunteiden kanavoimisessa ja prosessoimisessa.** Tunne-elämässä tapahtunut muutos on seurausta näistä prosesseista. Asiakas oli hetkittäin jo terapiaprosessin alussa tavoittanut tunteitaan. Hän oli ”tehnyt löydön”, itkenyt ja tuntenut siitä suurta tyydytystä. Helen Bonny (1990) kuvaa sitä, kuinka musiikin kuuntelu muuttuneen tietoisuuden tasolla voi nostaa esille asioita, joka koetaan syvän ymmärryksen ja korkeamman tietoisuuden tilana. Tunne oli kohdattu ensimmäisen kerran terapiatilanteessa ja tunnistettu ikäväksi. Erkkilä (1996) otaksuu, että musiikin ja muistitoimintojen yhteyden ansiosta jokin tietty musiikkikappale liittyy erityiseen tapahtumaan, jonka muistaminen tapahtuu tuon tietyn kappaleen uudelleen kuulemisen yhteydessä. Asiakkaan ikävän tunteen purkaminen ja kanavoiminen itkemällä vuolaasti oli johtanut viikoksi tyydyttävään hyvänolon tunteeseen. Tähän hän tarvitsi terapiatyöskentelyn avulla saavutettavaa tilaa. Hän kadotti myös herkästi yhteyden tunteiden kokemiseen, jos terapiassa oli pidempi tauko.

Terapiassa pyrittiin auttamaan asiakasta projisoitujen tunteiden sisäistämisessä. Minän rajojen selkiytymisen myötä asiakkaan oma sisäinen maailma alkoi myös rakentua. Hän alkoi yhä enemmän odottaa terapiakäyntejä, jossa hän sai jakaa heränneitä tunteita ja nimetä niitä. Luottamuksellinen tunteiden jakaminen teki mahdolliseksi myös tunteiden säätelyn, joka tapahtui sekä verbaalisessa että musiikillisessa vuorovaikutuksessa. Purkavat ja kanavoivat musiikilliset menetelmät olivat tässä prosessissa keskeisessä asemassa. Negatiivisten tunteiden käsitteleminen kliinisen improvisaation avulla merkitsi asiakkaalle mahdollisuutta edetä tunteiden säätelyn tasolle.

Tunteiden säätely on Schoren (2001) mukaan kielteisten tunnetilojen lievittämästä ja vastaavasti myönteisten tunnetilojen jakamista ja lisäämistä. Se on myös jatkuva prosessi, jossa Colen, Michaelin ja Tetin (1994) näkemyksen mukaan yksilön tunnekokemukset, tunneilmaisut ja ympäristön vaatimukset pyritään sovittamaan toisiinsa. Hän on luetellut tunteiden säätelyn ulottuvuudet, jotka lisääntyvät ja monipuolistuvat kehityksen aikana:

- mahdollisuus ja kyky kaikenlaisiin tunteisiin
- tunnetilojen keston ja voimakkuuden säätely
- sujuva siirtyminen tunnetilasta toiseen
- kulttuurinormien ja sääntöjen omaksuminen tunneilmaisussa
- erilaisten ja jopa vastakkaisten tunteiden yhdistäminen samaan kohteeseen
- tunteiden kielellinen säätely
- tunnereaktioihin liittyvien tunteiden hallinta

(Cole ym. 1994)

Asiakkaan ”olemista” koskevat perusristiriidat ja vinoutumat vaativat korjaamista, mikä tarkoitti sitä, että terapiassa palattiin yhä uudelleen kiintymyssuhteisiin. Turvallinen terapiasuhte, jolla on vaikutus käyttäytymiseen ja mielikuviin, toimi myös tunteiden säätelyn osatekijänä. Musiikin merkitys tässä oli se, että mahdollisti pääsyn lapsuuden toiveisiin ja pettymyksiin. Musiikki edustaa Lehtosen (1993) mukaan yksilön sisäsyntyistä tasapainottumis- ja rauhoittumisprosessia, joiden alkuperä on äidin ja lapsen varhaisessa vuorovaikutuksessa. Myös sanat integroivat ja parantavat persoonallisuuden osien välistä mielen sisäistä kommunikaatiota. Niillä on terapiasuhteessa suuri merkitys sielun rakentumisen kannalta. Asiakkaan itsensä ymmärtämisen ja itseensä kohdistuvan

empatian kehittymiselle oli merkitystä sillä, miten terapeutti verbalisoi asiakkaalle merkityksellisiä tunteita. Terapeutin kuunteluasenne, josta Inge Nygaard Pedersen (1997) puhuu, oli keskeinen tekijä asiakkaan psyykkisessä integroitumisessa. Sen avulla asiakas pystyi voittamaan turvattomaan kiintymyssuhteeseen liittyneen pettymyksen ja irrottautumaan siitä.

8.2 Tutkimustulokset: terapeutin näkökulma

1. Tunteiden prosessoinnin ohjaaminen

Aluksi tarkastellaan tässä yhteydessä terapeutin verbaalisten interventioiden merkitystä. Tähän osioon kuuluvat niistä **terapeutin alleviivaukset ja osoittaminen, myönteinen sanallinen palaute ja terapeutin ohjeet ennen työskentelyä.** ”Tarkasteltaessa musiikkiterapiaa psykoterapiana, keskeiseksi tekijäksi terapian onnistumisen kannalta nousee se, miten terapeutti pystyy ohjaamaan ja edesauttamaan musiikin avulla aikaansaadun emotionaalisen materiaalin käsittelyä – näkemään musiikin ja muistiin palautumisen yhteyksiä sekä pitämään esim. verbaalin raportoinnin kiinni käsiteltävässä asia / tunneyhteydessä. Mikäli musiikkiterapeutti tässä tehtävässään onnistuu, terapiassa on mahdollisuus edetä kohden asiakkaan merkityksellisten kokemusten yksityiskohtaisempia detalleja. Niiden selvittäminen on usein välttämätöntä, jotta asiakas voisi lisätä tietoisuuttaan ongelmiansa perussyistä”. (Erkkilä, 1996.)

Terapeutin keskeisiä tehtäviä tässä terapiaprosessissa oli alleviivata löydettyjä merkityksiä, jotta asiakas ymmärsi niiden tärkeyden oman hyvinvointinsa edellytyksenä. Asiakkaan arkielämän toimintakykyä eivät Ogdenin ym. (2009) mukaan lamaa menneisyyden traumaattiset kokemukset sinänsä vaan niiden sanattomat pirstaleet ja purkamattomat, epätarkoituksenmukaiset mielikuvat. Tämän asian korjaamisessa ei ole tärkeintä kertomuksen tuottaminen vaan niiden vaikutusten purkaminen ja osoittaminen, joita menneisyyden kokemukset ovat jättäneet tapaan, joilla nykyinen kokemus asiakkaalla jäsentyy. Hän muistaa menneisyyttään kolmen väylän kautta: kehollisten toimintataipumusten (toiminnallinen muisti), tunkeutuvien aistimusten (aistimellinen muisti) ja tunnemyrskyjen (emotionaalinen muisti) kautta.

Asiakas ei pystynyt ajoittain vieläkkään terapiaprosessin viimeisen neljänneksen aikana yhdistämään nykyhetken oireitaan menneisyyden kokemuksista nouseviksi. Näiden edellä esitettyjen muistiväylien kautta nousi materiaalia, joka sai hänessä aikaan ahdistusta ja lamaantumista.

Terapeutin tehtäväksi jäi sanoittaa näitä asioita niin, että hän aina huomioi kohdat, missä asiakas oli itse tehnyt havaintoja. Myönteisen sanallisen palautteen antaminen omista oivalluksista oli tärkeää. Terapeutin työskentelyssä sanallisen myönteisen palautteen rinnalle voi sisällyttää vielä asiakkaan erimielisyyden hyväksymisen, mikä tarkoitti sitä, että asiakas on aina kuitenkin viime kädessä paras omien asioidensa asiantuntija. Hän itse tietää tarkalleen, miltä esim. jokin tunne tuntuu hänen kohdallaan, koska tunteen kokeminen on yksilöllinen tapahtuma. Tässä kohden asian voi kiteyttää niin, että myönteistä sanallista palautetta asiakkaalle oli nimenomaan hänen erimielisyytensä hyväksyminen ja sen sanallisesti myönteiseksi tapahtumaksi ilmaiseminen. Tarkoitus oli lisätä asiakkaan erillisyyden ja itseyden tunnetta suhteessa terapeuttiin ja tässä tarjoutui siihen oivallinen tilaisuus.

Terapeutin ohjeet ennen työskentelyä olivat konkreettisia esim. ajoitukseen, ajalliseen keston, toimintatapaan ja aiheeseen liittyviä. Vaikka asioita tehtiin terapiatilanteessa samankaltaisesti ja yllätyksiä välttämällä, oli vielä tarpeen ohjeistaa asiakasta tavallaan muistuttaen työskentelyn struktuurista. Asiakas saattoi tällöin heittäytyä kuhunkin musiikillisen tekemisen vaiheeseen luottaen siihen, että hän saa keskittyä omaan kokemukseensa. Tässä huomioitiin depressioasiakkaiden muisti – ja keskittymisvaikeuksien olemassaolo, joka saattaa kaventaa tilanteesta ”irti saamista”, mikäli energiaa joutuu käyttämään kognitiivisten toimintojen sujumiseen näiltä osin.

2. Terapeutti apuminänä / objektina

Tunteiden kohtaamisen rohkaiseminen ja asiakkaan tunteiden sanoittaminen sisältyvät tämän otsakkeen alle. Traumaperäisen depression hoitaminen on vaikeaa, mikäli terapeutti ei ymmärrä dissosiaation psykodynaamiikkaa. Van der Kolk (1996) ja Schulman (2002; 2004) esittävät, että tämä johtuu asiakkaan käsitteellistämisen eli mentalisaation salpaantumisesta traumakokemuksen osa-alueella. Kokemuksen työstäminen ei onnistu ilman terapeuttia, jonka on kyettävä auttamaan asiakasta sietämättömien trauma-affektien kohtaamisessa. Bionin (1959; 1962; 1965; 1970) käsitteet container / contained (sisällyttävä / sisällytetty) ja teoria siitä, miten kokemukset ja aistimukset muuntuvat sanoiksi, symboleiksi ja käsitteiksi on ollut viitoittamassa tietä vuorovaikutuksellisempaan suuntaan tällä alueella. Tähkä (2001) selittää, miten objektina oleva toinen (terapeutti) sanoittaa ja käsitteellistää empaattisten kuvauksien avulla tapahtumia asiakkaalle. Tässä on kysymys siitä, että symbolinen ja käsitteellinen ajattelun taso edellyttää turvallista ja riittävän vuorovaikutuksellista suhdetta sisällyttämiskykyiseen (containing) toiseen (objekti), missä

objekti virittäytyy asiakkaan tasolle ja kannattelee hänen kanssaan koettua ahdistusta. Tässä merkityksellistä on terapeutin kyky sietää omissa vastatunteissaan asiakkaan traumakokemukset. Terapeutin on pystyttävä viestittämään selkeästi asiakkaalle, että hän kestää tämän tunnekokemukset ja niiden tuomisen terapiatilanteeseen. (Schulman, 2005.)

Asiakkaan voimakas yksinäisyyden kokemus terapiaprosessin aikana aiheutti terapeutissa ehkä eniten vastatransferenssitunteita. Winnicottin (1965) määritelmä yksinolosta on, että se on aina toisen seurassa olemista. Pieni vauva on ensin yksin vain äidin ollessa lähettyvillä. Kun äiti on saatavilla vauvan tarpeisiin nähden, syntyy tästä kyky ”todelliseen” yksinoloon. Yksin olo on siis myönteinen kokemus kun taas yksinäisyys viittaa ahdistusta ja levottomuutta herättävään tilaan. Tarvitaan koostunut minä, joka voi sitten alkaa `olla`. Winnicottilainen käsitys on, että myös aikuinen tarvitsee sisäistetyin suhteen äitihahmoon tukea antavana ympäristönä, jotta hän pystyy olemaan yksin ilman ahdistusta. Seurauksena turvallisesta yksinolosta on kokemus todellisuudesta ja se on aidosti persoonallinen. Kun ihminen kokee näitä kokemuksia aina vain enemmän, syntyy elämys itsestä todellisena ja arvokkaana. (Kurkela, 2004.)

3. Luottamuksellisuuden ja turvallisuuden rakentaminen

Terapiasuhteen rakentaminen, hengellisyyden käsitteleminen ja terapeutin intuitiivinen toiminta ovat esillä seuraavaksi. Depressioasiakkaan, jonka elämän varhaisia vuosia on hallinnut epäluottamus aikuisia kohtaan, on hyvin vaikea luottaa aikuisenakaan hoitavaan henkilöön. Asiakas toi terapiatilanteeseen oman menneisyytensä, jossa hän oli kokenut tunteiden mitätöimistä, hylkäämistä ja vähättelyä. Luottamuksellisuuden syntymiseen kului aikaa terapeutin arvion mukaan noin vuoden verran, jonka jälkeen asiakas koki terapiasuhteen riittävän turvalliseksi. Terapeutti rakensi terapiasuhdetta pitämällä kiinni sovituista tapaamisista, olemalla johdonmukainen sanoissaan ja tekemisissään. Asiakkaan ehdoilla eteneminen näkyi jokaisella käyntikerralla. Aikaisemmin on jo mainittukin läsnä oleva kuuleminen, joka tässä terapiasuhteessa oli ratkaisevan tärkeää. Merkittävää oli myös asiakkaan tuotosten, musiikillisten mielikuvien, tehtyjen kuvien ja musiikillisen ilmaisun rohkaiseminen ja arvostaminen, mikä tarkoittaa musiikkiterapiassa sitä, että terapeutti kunnioittaa jokaista asiakkaan verbaalista / ei-verbaalista ilmaisua. Tilan antaminen asiakkaan omalle ilmaisemiselle olematta liian vetäytyvä ja neutraali terapeutina oli näin jälkeinpäin ajatellen onnistunut ratkaisu. Asiakas tarvitsi kuulijaa ja vastaanottajaa, mutta terapeutin sopivasti väliin tulevat huomiot kertoivat asiakkaalle siitä, että terapeutti todella on läsnä.

Carl Rogersin (1957) jo aikoinaan esittämät terapeuttisen yhteistoiminnan vaikuttavat keskeiset asiat ovat edelleen varteenotettavia. Ne ovat varaukseton arvostus, johdonmukaisuus ja autettavan näkökulman osuva tavoittaminen. Viimeksi mainittu tarkoittaa hänen mukaansa empatiaa. Jos terapeutti kykenee välttämään arvottamista, huomioivasti läsnä olevalla asenteella on myönteinen vaikutus aivotoimintoihin. Davidson ym. (2003) esittävät, että se käynnistää prefrontaalikorteksin tukemaan sensorimotorisia kokemuksia. Tämä suojaa yksilöä traumaperäisten prosessien liialliselta voimistumiselta. Terapeutti, joka on huomioivasti läsnä, ei ryhdy tulkintoihin tunteiden noustessa asiakkaalla pintaan. Hän suhtautuu siihen kiinnostusta osoittaen. Tämä merkitsee Ogdenin & Mintonin (2000, 201) mukaan sitä, että asiakas ”saa kokemuksen”, mutta hän ei ”ole kokemus”.

Asiakkaan hengellisyyden käsitteleminen saa varmasti parhaan vastauksen, jos sen ilmaisemiseksi siteerataan Helen L. Bonnya. Häneltä kysyttiin kerran, miksi hän ajattelee musiikkiterapian olevan paikka, jossa henkinen näkökulma sisällytetään terapiaprosessiin – vastaus kuului: ”Koska se on siellä. Henkisyys ei ole jotakin, mitä me suosittelemme millään tavalla. Se on läsnä, aina, ja meidän tarvitsee tunnistaa sen läsnäolo.” Tässä kohtaa tämän terapiaprosessin yhteydessä kyse oli nimenomaan hengellisyydestä, joka on eri käsite, mutta osuvampi käänös. Intuitiivisuus kuuluu myös terapeutin hyviin ominaisuuksiin, jos terapeutti uskaltaa luottaa sen toimintaan. Se on myös jotakin, mikä on jo olemassa tai ei ole. Tässä terapiaprosessissa ilmeni terapeutin intuitiivisia toimintoja niin, että tähän analysoitavaan kuuden terapiaistunnon osioon niitä mahtui vain kaksi. Intuitio ei ole arvaamista. Se on tiedostamatonta tiedettyä tietoa, joka ilmenee tiedostamattomana tapana ajatella. Esimerkkinä tästä on terapiaistunto, jonka alkuun terapeutti etsi musiikkia, jolla voisi aloittaa asiakkaan käynnin. Edellisellä käynnillä oli asiakas ollut masentunut ja turhautunut. Kun tutkimusasiakas tuli sisälle tilaan, terapeutti laittoi heti soimaan klassista musiikkia, joka oli erilaista kuin aikaisemmin ja sen tunnemaailma edusti hyvinkin selkeästi iloa ja leikkimielisyyttä. Asiakas alkoi musiikin loputtua kertoa kuluneista päivistä, jotka olivat olleet yllättävänkin valoisia, täynnä toimintaa ja asiakas oli osannut nauttia kevyestä puuhastelusta, jolla ei ollut sen kummempaa tarkoitusta.

Papousek (1992) osoittaa, että musiikillisen kommunikaation etu on siinä, että sillä on ominaisuuksia, jotka edistävät kykyä tulkita ja integroida välitettävää tietoa. Täten terapeutti voi äidin lailla hoitaa tarkoituksenmukaisella ja merkittävällä tavalla sointimaailman kautta. Näin tapahtuu, vaikka toiminta alun perin on spontaania ja suunnittelematonta. (Cattanach, 1999.)

4. Terapiaprosessin etenemisen verbaalinen säätely

Tämän alle kuuluvat **musiikkiterapeutin toimintastruktuuri ja verbaalinen rajaaminen ja vaiheistaminen**. Psykodynaamisessa musiikkiterapiassa terapeutti luo rajat terapiasuhteelle. Hän huolehtii säännöllisistä tapaamisista, luo käyttäytymisen rajat ja hän luo rajat terapeutin roolille. Hän tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden kokea, että terapeutti edustaa toisenlaista maailmaa, missä asiakas aikanaan kasvoi ja vastaa asiakkaan toiveisiin. Terapeutin luomat rajat käsittävät myös sen struktuurin, missä musiikkiterapian menetelmien kautta tapahtuva musiikillinen vuorovaikutus on suhteessa verbaaliseen vuorovaikutukseen. Musiikkiterapeutin tehtävänä on huolehtia terapian tavoitteiden asettelusta ja niiden tarkistamisesta terapiaprosessin kuluessa. Väliarvion tekeminen antaa asiakkaalle luottamusta siihen, että terapeutti todella tietää, mitä on tekemässä.

Terapeutin tehtävänä on myös rajata sanallisesti itse terapiaprosessin etenemistä. Tässä prosessissa tätä säätelymekanismia tarvittiin terapiaprosessin alussa siinä, että asiakas turhautui ”hyvin alkaneen” terapian jäädessä muutamilla käynneillä vaille sen kummempia tärkeitä oivalluksia tai tunnekokemuksia. Terapeutti kertoi terapiaprosessin luonteesta yleensä ja piirsi sen tavanomaisesta etenemisestä jopa valkotaululle kaavionkin. Kaavion tarkoituksena oli osoittaa, että asiakas etenee siten kuin terapeuttisella alueella liikuttaessa on mahdollista. Toisaalta tässä analysoitavassa aineistossa oli myös vaihe, jossa terapeutti selkeästi sanallisen ohjaamisen kautta kertoi asiakkaalle, että mikäli hän aikoi edetä pudottuaan masennuksen syövereihin, oli aika siirtyä kliinisen improvisaation menetelmiin. Sanallinen asian selittäminen johti sitten seuraavaan vaiheeseen.

5. Musiikin kuuntelu tunteiden esille nostamisessa ja tunnistamisessa

Musiikin kuunteleminen terapiatilanteissa ja musiikilliset mielikuvat työskentelyapuna kuuluvat tähän yläkategoriaan. Musiikkiterapialla on Wigramin (2002) mukaan mahdollisuudet tarjota `containing` ja `holding`- ympäristö musiikin toimiessa terapeuttia helpottavana välineenä sen itsessään olevien ominaisuuksiensa vuoksi. Scheiby (2005) esittää, että asiakas voi suoraan kuulla musiikillisen transferenssin, joka auttaa häntä tavoittamaan tärkeitä oivalluksia tämän realisaation kautta. Musiikilliset menetelmät toimivat asiakasta kokonaisuudessaan eheyttävästi, ei ainoastaan oireita lievittäen. Scheiby kuvaa sitä, miten se seikka, että me voimme oikeastaan kuunnella tiedostamatonta, musiikin muodossa, on ainutlaatuinen ja kiehtova ilmiö psykoterapiakentällä.

Musiikkiterapiassa käytetään musiikin kuuntelun menetelmissä asiakkaan mieltymykset huomioiden kuhunkin tilanteeseen sopivaa musiikkia. Musiikin sisäisen rakenteen näkökulmasta käsin Erkkilän (1996) mukaan on tarkoituksenmukaista käyttää musiikkia, joka on luovuutta aktivoivaa, kiinnostavaa ja reaktioita aiheuttavaa. Kuitenkaan ei ole kysymys eettisen nautinnon kokemiseen tähtäämisestä, sillä kysymys on tunteiden esille nostamisesta, jotka voivat olla myös kielteisiä. Tutkimusasiakkaan kohdalla oli nimenomaan niin, että hänen negatiiviset tunteensa vaativat ensin käsittelyä, jotta myönteisiä tunnekokemuksia voisi pysyvämmiin edes olla odotettavissa. Hänen oma mieltymyksensä oli selkeästi omaa tunnetilaa lähempänä olevan musiikin suuntaan, jossa hän saattoi ”kuulla tyhjyyttä” ja yksinäisyyttä. Haettaessa tietynlaisia tunteita musiikin kuuntelun avulla voi Erkkilän mukaan yksikin reaktio, joka voi olla sana, kehollinen tuntemus tai tehty kuva, tarjota terapeutille lisää tarttumapintaa tietyn mielialan saavuttamiseksi.

Tutkimusasiakkaan kohdalla tunteiden esille nostamisen menetelmien alakategorioiden lukujen perusteella voi päätellä, että analysoitavan aineistonkin sisälle mahtuu 52 asiakkaan näkökulmasta esiintynyttä pelkistettyä ilmaisua. Kun siihen lisätään terapeutin musiikilliset interventiot, joita oli 24, saadaan kokonaismääräksi 76 tunteiden esille nostamisen alakategoriaa. Tutkimusasiakas halusi usein kuunnella klassista musiikkia myös klinisen improvisaation alle päästäkseen tavoittamaan tietyn tunteen, joka oli esim. edellisellä käynnillä noussut esille. Kyseisellä asiakkaalla näytti toimivan tämä struktuuri erittäin hyvin. Mielikuvat, jotka olivat ilmaantuneet aikaisemmin musiikin avulla, alkoivat ikään kuin elää uudelleen hänen mielessään.

Mielikuvatyöskentely oli tutkimusasiakkaan mieleisintä musiikillista tekemistä suurimman osan terapiaprosessin ajasta. Se pysyi mukana, vaikka analysoitavan aineiston pääsääntöinen menetelmä olikin kliininen improvisaatio. GIM- menetelmä (Guided Imagery and Music) on Helen L. Bonny (1978) kehittämä metodi, jonka tarkoituksena on tietynlaisen tietoisuuden avartumisen prosessin läpikäyminen. Siinä käytettävä musiikki toimii elementtiensä (sointiväri, rytmi, intensiteetti ym.) kautta emotionaalisen kokemuksen ja oivalluksen tarkasteluun nostajana. Se tapahtuu tutkimusmatkalla tiedostamattomaan. Tässä terapiaprosessissa ei käytetty kyseistä menetelmää puhtaasti sellaisenaan kuin sen kehittelijä sen on tarkoittanut käytettäväksi. GIM- metodia käytetään yleensä tiettyinä kertasarjoina ja siinä terapeutti johdattelee musiikin kuuntelemisen aikana omilla kysymyksillään asiakasta ”tutkimusmatkalla”. Tutkimusasiakkaan terapiassa käytettiin erilaisia klassisen musiikin teoksia, joita asiakas kuunteli hiljaisuuden vallitessa terapeutin antamien ohjeiden mukaan. Tähänkin työskentelyyn kuuluu rentoutuminen ja hyvän asennon ottaminen ennen musiikin alkua ja asiakas saa ohjeen huomioida kuuntelun aikana musiikin esille nostamia

mielikuvia. Kun musiikki loppuu, kyselee terapeutti vasta sitten syntyneiden mielikuvien sisällöistä. Asiakas kertoo niistä ensin ja tekee sitten halutessaan kuvan paperille jostakin syntyneestä mielikuvasta.

Musiikki auttoi myös asiakasta siirtymään mielikuvissaan eteenpäin kohti myönteisempää kokemusmaailmaa. Kun asiakas oli saanut riittävän paljon tilaa tunteiden purkamiselle, siirryttiin tunnetyöskentelyssä seuraavalle tasolle. Tässä avauksen tekijänä musiikkiterapeutti näkee olleen elokuvamusiikin ”Angelas Ashes”. Musiikin rakenteissa ja elementeissä oli jotakin, mikä kosketti asiakasta niin, että hänelle nousivat taas kyynelvet silmiin. Musiikki oli tarkoitettu terapiaistunnon lopetukseen, mutta yllättäen siitä alkoi vaihe, jossa täysin uudenlaiset mielikuvat jatkoivat elämäänsä. Asiakas kuvasi löytynyttä mielikuvaa niin, että ”hänestä aikuisesta Seposta tuli musiikin aikana pikkupojan suojelija ja ystävä.” Musiikilla onnistuttiin saamaan aikaan tässä myönteinen tunnekokemus ja tunne-elämän laajenemisen alkaminen.

6. Tunteiden kanavoimisen ja prosessoimisen menetelmät

Tähän kuuluvat **soittamisen tarjoaminen / ehdottaminen ja kuvallisen ilmaisemisen mahdollisuus**. Musiikkiterapeutti ehdotti terapian tutkimusvaiheen alussa asiakkaalle siirtymistä kokeilemaan soittamista tunteiden kanavoimiseksi johonkin asiakkaalle ”luvalliseen” kohteeseen. Asiakas luotti tässä vaiheessa terapeuttiin ja uskalsi ilmaista hänen läheisyydessään tunteitaan. Kliinisen improvisaation välineeksi asiakas valitsi rumpusetin, joka pysyikin sitten hänen soittiminaan koko improvisaatioprosessin ajan. Terapeutille luontevinta oli valita kosketinsoittimet, joilla arveli parhaiten pystyvänsä tekemään aikaisemmin kuvattuja terapeutteja musiikillisia interventioita. Improvisaatiosta tulikin sitten tutkimuksen kohteena olevan alueen tärkein työskentelymuoto. Asiakkaalle soittaminen oli siis uutta tunteiden purkamisen näkökulmasta katsottuna. Tunteiden kanavoiminen ja purkaminen oikealla tavalla oli myös sinänsä ollut hänen ns. ”kompastuskivensä”.

Marko Punkanen (2011) on tutkinut improvisaatioon perustuvan musiikkiterapian avulla depression vaikutusta musiikissa ilmenevien emotionaalisten piirteiden tunnistamiseen. Kuten aikaisemmin jo mainittiin depressioasiakkaat pitivät tutkimuksen mukaan merkittävästi vähemmän aggressiivisesta musiikista kuin ei- depressiiviset. Vaikeus vihan tunteiden käsittelyyn voi olla kytköksissä tähän. Tämän voisin tutkimusasiakkaan kohdalla ajatella näin, että hän ei kyennyt aikaisemmin ottamaan

vastaan tarjottua menetelmää, koska ei voinut kestää soittimien äänimaailmaa tunteiden purkamisessa aikaisemmin.

Kuitenkin asiakkaan kanssa päästiin viimein puolentoista vuoden terapiatyöskentelyn jälkeen improvisoimaan tunnemaailmaa. Asiakas haki edelleen siis musiikin kuuntelusta ikään kuin ”lähtöasetelman” soittamisen alle. Kuunnellun musiikin nostaman tunteen työstäminen oli sitten hänelle helpompi tapa soittamiseen. Improvisaatioiden pituus vaihteli 5-15 minuutin välillä, mikä on kohtuullisen hyvä aika ja rummuissa asiakkaalle 15 min. on jo pitkä aika. Asiakas käsitteli tunteitaan musiikillisen improvisoinnin ja vuorovaikutuksen kautta. Selkeästi dialogia käytiin niillä kerroilla, kun asiakas ja terapeutti olivat improvisaatioissa aiheena äidin / vanhempien kohtaaminen todellisen lapsuuden tapahtuman tunteiden purkamiseksi. Siinä asiakas soitti hyvin voimakasta dynamiikkaa käyttäen, vaativasti ja selkeästi myös tunteen tavoittaneena. Terapeutti oli ollut ensimmäisellä tämän aiheen improvisaatiokerralla `container` ollessaan kosketinsoittimella ottaen vastaan asiakkaan voimakkaan vihan tunteen, jonka ilmaiseminen symbolisen välimatkan päässä sen todellisesta kohteesta onnistui. Toisella kerralla terapeutin roolina oli olla `holdingia` tarjoavana asiakkaan vaativan ilmaisun viimein loputtua. Terapeutti jatkoi omaa soittoaan koskettimilla, jossa asiakas kuuli nyt lempeän ja välittävän ”vastauksen”. Terapeutin soittaminen oli mollisointuista, mutta rauhallista pyrkien mahdollisimman harmoniseen tunnelmaan. Asiakas kuunteli tätä vastausta tyyntyneenä ja katsoi sen loputtua terapeuttia suoraan silmiin kiitollisena. Tässä improvisaatio oli selkeimmillään dialogin muodossa, sillä useimmiten asiakas ja terapeutti improvisoivat samanaikaisesti terapeutin pyrkimässä seuraamaan asiakkaan soittoa ja sen loppumista.

Kuvallisen ilmaisemisen vaiheet olivat keskeisimmillään terapiaprosessin alussa, jossa asiakas käytti sitä lähes jokaisella käyntikerralla. Se jatkui vielä tutkimusaineiston keräämisen aikana. Symbolisten ulottuvuuksien kanssa työskentely on ensisijaisesti tapa tehdä näkyväksi erilaisia suhteita. Kyseessä voi olla esim. sisäisen ja ulkoisen välinen suhde tai suhde muihin henkilöihin. Tutkimusasiakas havainnollisti esim. oman lapsuudenkotinsa tilaa, johon hän sijoitti vanhempansa, sisaruksensa ja muut lapsuuden merkittävät henkilöt. Asiakkaan kuvallisessa tuotoksessa näkyy myös omien traumaattisten kokemusten seuraukset autiona ja kolkkona yksinäisyyden tunnelmana, joka välittyy selkeästi tyhjää taustaa vasten. Terapiaprosessin loppupuolella tehty kuva pojasta, joka istuu ongella violetti lippalakki päässä ja punaiset polvihousut jalassa. Aurinkokin hymyilee taivaalla ja ympärillä on värikäs maisema. Huomioitavaa on, että poika istuu edelleen yksin, mutta näyttää nauttivan hetkestä!

7. Tunteiden käsittelyn musiikillinen säätely

Soittaminen osaksi terapiaprosessia ja musiikillinen ajoittaminen ja vaiheistaminen kuuluvat tämän yläkategorian alle. Terapiatilanteessa tutkimusasiakas käytti paljon tunteisiin liittyviä sanoja ja kuvaili miltä hänestä tuntuu erilaiset asiat. Hän puhui niistä, vaikka ei niitä kokenutkaan vielä terapian alussa. Hänen kokemuksensa oli ”tyhjä tunne” tai ”yksinäisyys”. Toisaalta yksinäisyyden tunnettakaan ei voi kokea ennen kuin on tieto siitä, mitä yhdessä oleminen on. Terapeutti oli pyytänyt listaamaan surua tuottavia asioita ja tässä tuolta listalta esimerkkejä:

- yksinäisyys, kukaan ei tukena, nöyryytys, kiusaaminen, hylkääminen, arvo annettu vain suorituksista, turvallisuuden puute, lohduttajan puute, pahan olon purkaukseen ei mahdollisuutta
- vihaa tuottavia asioita: mahdollisuus elämään tapettu, elämänmittainen ”petos”

Kuten näistä esimerkeistä voi päätellä, oli asiakkaan tunne-elämän alueella paljon negatiivisia kokemuksia ja hyvin syviä haavoittavia asioita. Asiakas oli irrallaan tunteista eikä kyennyt toimimaan tunteiden mukaan. Traumaärsykkeet aiheuttivat hänessä usein juuttumista tiettyyn tunnetilaan jopa pariksi päiväksi. On selvää, että asiakas täytyi terapiatilanteessa musiikillisen työskentelyn aikana toisaalta rohkaista ilmaisemaan tunteitaan, toisaalta estää liian voimakkaiden ja hallitsemattomien tunteiden ilmaantuminen. Tässä tarvittiin tunteiden käsittelyn säätelyä.

Leena Mäkelä (2009) on tutkinut musiikkiterapeuttien keinoja terapian syvyyden säätelyä. Hänen mukaansa terapeutin on pidettävä emotionaalinen taso asiakkaan sietokyvyn alueella. Terapeutti käyttää tiettyjä interventioita, joilla hän ohjaa ja suuntaa terapian kulkua. Pääsääntö tutkimuksen perusteella on, että musiikki vie syvemmälle ja puheen avulla saavutetaan paremmin kognitiivinen taso. Mäkelän tutkimuksen mukaan terapeutin syvyyden säätelyyn käyttämät interventiot ovat sanallisia, kehollisia ja musiikillisia. Tässä pitäydytään siis vain musiikillisissa interventioissa. Koska tutkimusasiakkaiden keskeinen menetelmä oli ollut kliininen improvisaatio, on se luonnollisesti tässä nyt esillä. Tutkijan oma kiteytys asiasta on: ”Kliinistä improvisaatiota voidaan käyttää tuloksekkaasti terapian syvyyden säätelyssä. Se toimii sekä prosessia aktivoivana että rauhoittavana menetelmänä riippuen ohjeistuksesta ja asetelmista. Kriittisellä hetkellä terapeutit turvautuvat sanalliseen pysäyttämiseen.”

Improvisaation merkitys tutkimusasiakkaan terapian säätelyssä toimi molempiin suuntiin. Sen avulla terapeutti saattoi saada asiakkaan kauan kaipaaman konkreettisen ”työkalun”, joka sekä aktivoi asiakasta ilmaisemaan ja purkamaan tunteitaan että myös antoi hänelle välineet, joihin tarttua konkreettisesti. Hän koki myöhemmissä palautteissaan nimenomaan rumpujen soittamisen kautta tapahtuneen musiikillisen dialogin toimivana. Kliininen improvisaatio mahdollisti terapeutille myös sen, että hän saattoi sen avulla viedä terapiaa syvemmälle, mutta myös ”maadoittaa” asiakasta tähän hetkeen. Terapeutin koskettimilla soittaminen antoi paljonkin mahdollisuuksia vastata asiakkaan antamiin musiikillisiin aiheisiin sen mukaan, halusiko hän rohkaista tunteiden esille tulemistä vai pitää soittamista asiakkaalle siedettävällä alueella. Soittamisen jälkeinen purkukeskustelu toimi samalla tavalla ja antoi terapeutille mahdollisuuden palauttaa asiakas nykyhetkeen.

8.3 Tutkimusasiakkaan uusi haastattelu

Tutkimuksen kohteena ollut terapiaprosessi päättyi vuoden 2006 lopussa. Musiikkiterapeutti on jatkanut työtään samalla paikkakunnalla, jossa terapia toteutui. Terapeutille tarjoutui tilaisuus tämän tutkimustyön kestäessä tavata asiakas uudelleen. Tämä tapahtui niin, että musiikkiterapeutti otti puhelimitse yhteyttä asiakkaaseen huhtikuussa 2011 ja sopi tapaamisen asiakkaan kanssa toukokuun puoleenväliin. Musiikkiterapeutti halusi tutkimuksen tulosten arvioimiseksi kuulla vielä asiakkaan oman mielipiteen neljän ja puolen vuoden jälkeen. Tarkoitus oli myös saada tieto asiakkaan nykyisestä voinnista. Terapeutti ei ollut kuullut asiakkaasta mitään sen jälkeen, kun terapiaprosessi loppui. Tämä järjestetty tapaaminen toteutui musiikkiterapian tiloissa ja kesti yhteensä kolme tuntia. Asiakas oli ilmaissut halunsa käydä kunnolla ja ajan kanssa tämä keskustelu. Terapeutti selvitti asiakkaalle ensin säännöt ja varmisti, että hänen antamansa lupa tutkimuksen tekemiseen terapiaprosessista oli edelleen voimassa. Haastattelu tapahtui avoimen haastattelun pohjalta, joka oli osittain keskustelun muodossa tapahtuvaa asiakkaan kerrontaa terapiaprosessin jälkeisestä ajasta, nykytilanteesta ja musiikkiterapiakokemuksestaan näin kauempaa katsottuna.

8.3.1 Asiakkaan arvio nykytilanteesta ja tutkimustulosten luotettavuudesta

Asiakas kertoi elämästään musiikkiterapiaprosessin jälkeen. Hän oli kokenut monien asioiden kulminoituneen 50 -vuotissyntymäpäivänä pidettyyn konserttiin. Hän oli tuolloin aloittanut myös uudessa työssään lyhyehkön kouluttautumisen jälkeen ja oli siitä asti tähän päivään ollut samassa

työssä. Hän kertoi pitävänsä työstään, jossa on paljon innovatiivisuutta ja tuoreutta. Hän on erityisen tyytyväinen omaan tapaansa tehdä töitä. Hänen ei tarvitse pinnistellä asiakastyössä ja hän kokee, että kaikki turha vahvuuden hakeminen on siitä pois nyt kokonaan. Hän on tietoisesti pyrkinyt pois ”vahvuuteen sairastuneen yhteisön” tavoista toimia, kuten hän kertoo asuinympäristöstään. Asiakkaan isä oli kuollut pian terapian loppumisen jälkeen ja äiti elää yksin. Asiakas oli pystynyt suremaan isän kuolemaa aidosti. Hän ilmaisi asian niin, että ”surussa oli helppo olla.” Suhteestaan äitiinsä asiakas kertoi, että keskusteluyhteys ei edelleenkään toimi hyvin ja asiakas on tehnyt paljonkin uusia oivalluksia suhteestaan äitiinsä. Myös asiakkaan sisarukset ovat omilla tahoillaan käyneet läpi prosessia lapsuuteen liittyvistä asioistaan ja näiden asioiden yhteinen jakaminen on entisestään antanut selitystä asiakkaan vihantunteille. Vielä silloin tällöin asiakas kohtaa avioliitossaan hetkellisesti vanhan hylkäämisen pelkonsa.

Musiikkiterapian tutkimustuloksista terapeutti ei kertonut asiakkaalle ennen haastattelua mitään. Sen jälkeen, kun haastattelu oli tallennettu minidisk recorder-laitteelle ja kirjattu samalla vielä paperille pääasiat, sai asiakas kuulla tutkimustyön tulokset. Asiakas ei ollut tarvinnut apua psyykkisen voinnin vuoksi musiikkiterapian jälkeen. Hän kertoi klassisen musiikin kuuntelemisen jääneen osaksi elämää. Se avaa mieltä ja nolaa tilanteita. Asiakas ankkuroi musiikilla itseään omalle uudelle pohjalleen, jonka löysi terapian avulla. Hän ikään kuin muistuttaa itseään musiikilla, joka sitten uusien mielikuvien avulla toimii edelleen itsehoitona. Mielikuvissa hän näkee enemmän nykyään värejä. Asiakas muistelee vieläkin terapian alkua ja ”Ikävä”- kappaleen merkitystä. Se aukeni hänelle heti ja antoi tarvittavaa uskoa musiikkiterapian toimivuuteen. Terapeutti antoi asiakkaalle ”ruokaa sen verran, että nälkä kasvoi”. Terapeutti ohjasi asiakkaan mukaan prosessia. Uusia asioita asiakas sitten ”eli todeksi” jo matkalla kotiin ja siellä prosessi jatkui. Musiikillisista menetelmistä asiakas nosti esille soittoimprovisaation. Hän kertoi usein muistelleensa rumpujen soittamista, josta lopulta tuli hänen mielestään pääväline tunteiden purkamisessa ja käsittelyssä. Asiakas koki konkreettista hyötyä siitä, että hän sai luvan vihan tunteelle ja pääsi improvisaation avulla kiinni siihen. Kotona tämä tunteiden prosessoiminen näkyy tänä päivänä siinä, että asiakkaan työn ja vapaa-ajan välillä on selkeä ero. Asiakas viettää lomansa omilla ehdoillaan esim. matkustaen vaimon kanssa. Vapaa-aika on ”olemista”, mikä merkitsee esim. yhdessä pyöräilyä ja oleilemistä. Vaimo on huomionnut asiakkaassa tapahtuneen edistymisen. Hänen mielestä miehessä tapahtui suuri muutos musiikkiterapian myötä. Vaimo kuvaa muutosta todella merkittäväksi. Hänen kuvaamana on kysymys ”ajasta ennen sotaa ja sodan jälkeen”. Mies on muuttunut kuin maailma sodan mullistuksessa!

Musiikkiterapeutin kerrottua asiakkaalle tutkimustulokset, niistä käytiin kohta kohdalta lyhyt yhteenveto, joissa asiakas ei esittänyt eriäviä mielipiteitä. Asiakas nosti erityiseksi oman näkökulmansa tuloksista kohdan 2. kokemuksellisuus ja kuulluksi tuleminen. Hän kertoi, että hänellä oli ollut valtava tarve saada puhua asioita niin, että joku todella kuulee häntä ja ottaa todesta sen, mitä kuulee. Terapeutin asioiden ja tilanteiden rajaaminen oli onnistunut hyvin. Terapeutin näkökulman asioiden tärkein seikka oli asiakkaan mielestä luottamuksen saavuttaminen, koska hän oli menettänyt sen lapsuudessaan.

8.3.2 Tutkimustulosten osallistujatarkistus (member check)

Tutkimuksen tekijä on edellä esitellyt oman tutkimusraporttinsa ja siihen on saatu lisäksi vielä tietoa asiakkaan nykytilanteesta ja hänen arvionsa tutkimustuloksista. Saatu tieto on kirjattu ylös ja raportoitu. Näin saatu uusi nykytilanteen kuvaus ja tieto asiakkaan elämäkulusta musiikkiterapiaprosessin jälkeen kertonevat omasta puolestaan kaiken tarvittavan myös tutkimuksen tekijälle tutkimustulosten luotettavuudesta. Vaikka tutkimusaineisto oli siis jo muutaman vuoden takaista materiaalia, tulee sen käsittely asiakkaan vahvistamana saamaan lisää luotettavuutta. Tutkimuksen tulosten lisäarviointi ei ole tässä tarpeellista. Tutkimuksen tekijä on pyrkinyt kuvaamaan musiikkiterapiaprosessin ja siihen liittyvät käsitteet mahdollisimman kattavasti. Asiakas on ilmaissut oman arvionsa terapiaprosessin merkittävistä tunteiden käsittelyä edistäneistä tekijöistä. Tutkimustulokset hän on todennut omalta kannalta katsottuna oikeiksi.

9 Pohdinta

Tutkimustyön kohteena ollut terapiaprosessi ja sen analysoitavan osan tarkastelu on edennyt myös prosessina, joka alkoi aineiston keräämisellä. Sen työstäminen odotti sopivaa aikaa voidakseen saada riittävästi tilaa hienon materiaalin käsittelyyn. Nyt on ollut sen aika! Olen saanut lähes 10 vuoden ajan toimia musiikkiterapeutina ensin kaupungilla sitten terveyskeskuskuntayhtymässä, joissa yhteistyötä on tehty monien tahojen kanssa. Haluan tässä vielä kiittää psykiatrisen poliklinikan ylilääkärinä, jonka kanssa olen tehnyt yhteistyötä kaikki nämä vuodet hänen lähettäessä asiakkaita musiikkiterapiaan. Lähes kaikki heistä ovat olleet depressioasiakkaita. Psykiatrian erikoislääkäri ei ole itsestäänselvyys pienemmissä kaupungeissa. On ollut hienoa, että alueellamme on ollut muutenkin paljon myönteistä suhtautumista musiikkiterapiaa kohtaan ja pioneerityö on näin ollut kannattavaa. Erityisen kiitollinen olen depressioasiakkaalle, joka antoi luvan käyttää hänen

terapiaprosessin materiaalia tutkimustyössäni. Toivon, että tämä tutkimustyö antaa lisää valaistusta tälle terapiamuodolle.

Tutkimuksen tekeminen sinänsä tästä aiheesta oli hyvin kiinnostavaa, koska depression tutkiminen omalla musiikkiterapiakentällä on ollut toistaiseksi muutamien musiikkiterapeuttien varassa. Aiheen valinta meni aikanaan kohdalleen, kun osuin vähän tutkittuun alueeseen tutkimussuunnitelmaa tehdessäni. Omalta kannaltani innostavaa on tietenkin ollut tehdä tutkimus aiheesta, joka eniten hyödyttää myös omaa työskentelyäni musiikkiterapeuttina. Paljon on vielä tehtävää tällä alueella ja depressioasiakkaat ovat selkeä jatkotutkimuksen kohde musiikkiterapiakentällä. Musiikkiterapian maisteriohjelman yksi neljästä perusalueista onkin kliinisten prosessien tutkimus. On aina rohkeutta ja nöyryyttä vaativaa tehdä jotakin, mitä ei ole vielä paljon tehty tai ei ollenkaan. En koe kuitenkaan, että olisin ollut jotenkin ”väärillä vesillä”, koska olen lähes kymmenen vuoden ajan melkein päivittäin työskennellyt depressioasiakkaiden kanssa.

Musiikkiterapiaa kliinisesti tekevät musiikkiterapeutit tarvitsevat kaikkea sitä tietoa, mitä alan tutkimus tuottaa. Myös muiden tieteenalojen tutkimus antaa musiikkiterapiaan sovellettavaa tietoa, joka nostaa mahdollisesti musiikkiterapian arvostusta entisestään. Jyväskylän yliopiston musiikin tutkimus on edennyt viime vuosina merkittävästi, kun Monitieteisen musiikintutkimuksen huippuyksikkö, jossa on noin 30 hengen tutkimusryhmä, on aloittanut toimintansa vuonna 2008 ja jatkaa tutkimusta vuoteen 2013 esimerkiksi musiikin emotionaalisista vaikutuksista ja perustasta. Tieteenaloista edustettuina tutkimusryhmässä ovat mm. musiikkitiede, musiikkiterapia, psykologia, kognitiotiede, tilastojenkäsittelytiede, fysiikka ja biologia. Useiden tieteenalojen yhteistyö voi olla suhteellisen pienelle musiikkiterapia-alalle se tarvittavan lisäsysäyksen antaja.

(Monitieteisen musiikintutkimuksen huippuyksikkö)

https://www.jyu.fi/hum/laitokset/musiikki/index_htm/tutkimus/htm

Tutkimustyöni tapahtuu siis hetkellä, jolloin meneillään on huippututkimusyksikön tutkimusprosessi esim. musiikin käytöstä tunteiden säätelyssä. Odotan innokkaasti sitä tietoa, minkä tutkimusyksikkö aikanaan tuottaa tästä aiheesta. Oma tutkimusaineistoni edustaa näkökulmaa, jossa fokus on ollut terapiaprosessissa ja sen monisäikeisissä vuorovaikutustilanteissa. Terapeutin musiikillisten interventioiden roolin osuus terapiaprosessissa koostuu monista osa-alueista. Terapeuttisessa muutosprosessissa tarvitaan asiakkaan aktiivista ja motivoitunutta osallistumista oman elämänsä kysymysten ja ongelmien ratkaisemiseksi. Terapeutti on siinä prosessissa välillä

aktiivisessa toimijan roolissa, mutta vetäytyy tarvittaessa myös neutraalimpaan rooliin. Tämä roolien vaihtaminen vaatii terapeutilta kykyä olla herkästi asiakkaan tarpeisiin reagoiva. Näiden tutkimuksen kohteena olleiden terapiaistuntojen aikana terapeutti oli mielestäni enemmän aktiivisuutta ja toimijan roolia ottavana musiikillisen työskentelyn ja sen sanallisen purkamisen aikana. Vastaavasti neutraalimpi rooli, jopa paikoitellen hieman vetäytyväkin, oli niillä hetkillä, kun asiakas prosessoi asioitaan pelkästään verbaalisesti. Kuitenkin, jos ajattelen sitä, mitä aktiivinen, läsnä oleva kuunteleminen käytännössä tarkoittaa, muuttuu käsitys terapeutin roolista.

Benedikte B. Scheiby (2005) kuvaa musiikkiterapeutin roolia depressioasiakkaan kanssa työskennellessään. Jos asiakkaalle luodaan tila vain olla ja löytää itsensä, voi tämä joskus tapahtua parhaiten silloin, kun musiikkiterapeutti sallii asiakkaan vain olla. Terapeutin Self- kontrolli mahdollistaa sen, että hän voi olla asiakasta varten ja hänen kanssaan. Tämä on tila, jossa erillisyyks ja yhteys ovat olemassa yhtä aikaa. Se on tila, jossa asiakas voi kuunnella ja liittyä tiedostamattomaan. Terapeutti voi olla läsnä musiikillisesti ja verbaalisesti. Tämä terapeutin läsnäolo luo tarvittavan turvallisuuden asiakkaalle ja hän uskaltaa kohdata tiedostamattoman, koska terapeutti on siinä prosessissa mukana. Olen itse kokenut monta kertaa, että musiikillisesti voi jopa helpommin viestittää asiakkaalle yhteyden ja erillisyyden samanaikaista olemusta. Tämä on mahdollisuus, joka tekee musiikkiterapiaprosessista niin ainutlaatuisen ja kiehtovan.

Tällaisten vastaavanlaisten prosessien tutkiminen vastaisuudessa yhdistettynä uuteen monitieteellisesti tutkittuun tietoon olisi mielestäni ehdottomasti jatkotutkimuksen aluetta. Depressio on yhteiskunnallisesti niin merkittävä sairaus, että sen hoitamisessa tarvitaan mielestäni kaikkia sellaisia mahdollisia terapiatahoja, joilla on osoittanut selkeää vaikuttavuutta kansantaloudellisesti näin suureen ongelmaan. Olen erityisen iloinen siitä, että musiikkiterapian sektorilla on päästy nyt hyvään alkuun oman terapiamuotomme depression hoitoon soveltumisen osoittamisessa. Uskoni musiikkiterapian toimivuuteen depression hoidossa on horjumaton.

10 Lähteet

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) (2010). Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Aaltola, J., Jaakkola, L., Luutonen, S., Pölönen, R. & Riikonen, E. (2009). Masennuspotilaan psykoterapiat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*: 2009;125:1787-94. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ahonen, H. (2005). Luentomateriaali. Ryhmäpsykoterapia psykologisen trauman hoitomuotona. Jyväskylän yliopisto.

Ala-Ruona, E. (2006). Luentomateriaali. Musiikin funktioita terapiaprosessissa. Jyväskylän yliopisto.

Ala-Ruona, E., Saukko, P. & Tarkki, A. (2007). Musiikkiterapiapalvelut. Suomen Musiikkiterapiayhdistys ry.

Aldridge, D. (2005). (edit.) *Case Study Designs in Music Therapy*. London UK: Jessica Kingsley Publishers.

Bonny, H. (2001). Music and spirituality. *Music Therapy Perspectives*. 19(1), 59-62 (Interview).

Bonny, H. & Savary, L. (1990). *Music and your Mind: Listening with a new Consciousness*. New York: Station Hill Press.

Bruscia, K. (1998). An Introduction to Music Psychotherapy. Teoksessa Bruscia, K. (edit.) *The Psychodynamics of Music Psychotherapy*. USA: Barcelona Publishers, 1-15

Cattanach, A. (1999). *Process in the Arts Therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cole, PM., Michael, MK. & Teti, LO. (1994). Teoksessa N.A. Fox (edit.), *The Development of Emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Chicago: University of Chicago Press.

Erkkilä, J. (1995). Musiikkipohjaiset tunteet ja musiikkiterapia. Teoksessa J. Erkkilä ja Y.Heinonen (toim.) *Avaa mielesi musiikille: kohti tutkimuspohjaista musiikkiterapiaa*. Jyväskylä: yliopistopaino

Erkkilä, J. (1996). Musiikki ja tunteet musiikkiterapiassa: musiikin emotionaalisten vaikutusten kolmidimensiomalli. Hankasalmi: Havusalmen kirjapaino.

Erkkilä, J. (1997). Musiikin merkitystasot musiikkiterapian teorian ja kliinisen käytännön näkökulmista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M., & Vanhala, M. (2011). 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>

Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, Gummerus Kirjapaino Oy.

Gurman, A. & Messer, S. (edit.) (2003). Essential Psychotherapies: Theory and Practice. New York: The Guildford Press.

g

Hautala, P. (2008). Lupa tulla näkyväksi: kuvataideterapeuttinen toiminta kouluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2004). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holma, M. (2010). Long-term Outcome of DSM-IV Major Depressive Disorder in Psychiatric Care. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Helsinki: yliopistopaino.

Huttunen, M. (2010). Masennus. Terveyskirjasto. Artikkelin tunnus: 1.9.2010, dlk00389 (019.400). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. & Leikola, A. (2011). Traumaperäinen persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio ja alttius masennustiloille. Työterveyskirjasto. Artikkelin tunnus: mas00093 (017.010). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juujärvi, P. & Nummenmaa, L. (2004). Emootiot, emotionin säätely ja hyvinvointi. Psykologia-lehti, 2004/ 01.

Kessler, R. (2000). The long-term effects of childhood adversities on depression and other psychiatric disorders. Teoksessa Harris, T. (edit.) Where Inner & Outer Worlds Meet: Psychological Research in Tradition of George W. Brown. USA: Routledge.
Internet: <http://site.ebrary.com/lib/jyvaskyla/Doc?id=2002473&ppg=243>.

Kiviniemi, K. (2010). Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Knekt, P., Laaksonen, M. & Lindfors, O. (2006). Lyhyt ja pitkä psykoterapia vaikuttavat eri tavalla. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_9_2006/lyhyt_ja_pitka_psykoterapia_vaikuttavat_eri_tavalla_pdf-otsikko/

Knekt, P., Lindfors, O. & Laaksonen, M. (2010). Helsingin Psykoterapiatutkimus- psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. THL. Raportti 33/ 2010. ISBN 978-952-245-343-3 (painettu), ISBN 978-952-245-344-0 (pdf)

Kurkela, K. (2004). Varhaisen vuorovaikutuksen kohtaloita: holding ja oman olemisen kokemus. Psykoterapia-lehti, 2004, 23(2), 128-156.

Käypä Hoito (2010). Depression käypä hoito – suositus 21.10.2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.
Internet: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../hoi50023>

Laine, M., Bamberg, J., & Jokinen, P. (2008). Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus yliopistopaino.

- Lehtonen, K. (1986). Musiikki psyykkisen työskentelyn edistäjänä. Psykoanalyttinen tutkimus musiikkiterapian kasvatuksellisista mahdollisuuksista. Kasvatustieteiden tiedekunta. Turun yliopisto.
- Lehtonen, K. (1993). Musiikin ja psykoterapian suhteesta. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Lehtonen, K. (2008). Kuunteluun perustuva musiikkipsykoterapia. Improvisointi musiikkiterapiassa. *Psykoterapia-lehti* 2008, 27(2),97-113.
- Leiman, M. (2006). Mikä psykoterapiassa vaikuttaa? *Psykoterapia*. Konsensuskokous 2006, Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Leppänen, J.M. (2007). Depressioon liittyvät emotionaaliset muutokset ja niiden hermostollinen perusta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*: 2007;123:297-303.
- Maratos, AS., Gold, C., Wang, X. & Crawford, MJ. (2008). Music Therapy for Depression (review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. USA: Wiley Publishers.
- Mattila, J. (1999). Psykoanalyttinen näkemys tunteista. *Lääkärilehti* nro: 18-19/1999, 2397-2404. Internet: http://www.juhanimattila.com/laakarilehti_tunteet.htm
- Melartin, T. & Isometsä, E. (2009). Miksi ihminen masentuu? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*: 2009;125:1771-9. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Metsämuuronen, J.(2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mäkelä, L. (2009). Terapeuttisella työskentelyalueella: Fenomenografinen tutkimus terapian syvyyden säätelystä depressioasiakkaiden musiikkiterapiassa. Pro gradu-tutkielma. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: yliopistopaino.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. (2003). Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*: 2003;119(6):459-465.
- Naukkarinen, H. (2009). Masennus mielialahäiriönä. Pohjalaiset masennustalkoot. 27.7.2009. Internet: <http://www.masennustalkoot.fi/artik.htm>.
- Nygaard Pedersen, I. (1997). The Music Therapist's 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).
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Alkuperäisestä (2006) suomentanut Immo Pekkarinen. Traumaterapiakeskus. Oulu: Kalevaprint Oy.
- Punkanen, M. (2011). Improvisational music therapy and perception of emotions in music by people with depression. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: yliopistopaino.

- Rechardt, E. & Ikonen, P. (1994). Häpeä psyykkisen lamaannuksen aiheuttajana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim: 1994;110(3):278.
- Roivainen, E. (2008). Beckin depressioasteikon tulkinta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim: 2008;124(21):2467-70. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. (2007). Tapaustutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Saarinen, P. (2008). Luentomateriaali 25.9.2008. Kompleksinen trauma. Seinäjoen keskussairaala.
- Saraneva, K. (2003). Winnicottin henkilö ja teoria. Psykoterapia-lehti 2003, 22(3), 155-169.
- 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
- Schulman, G. (2006). Trauma ja symbolinmuodostus. Traumatakautumat ja transferenssi-ilmiö. Psykoterapia-lehti, 2006, 25(2), 83-97.
- Soinila, S. & Särkämö, T. (2009). Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.: 2009;125:2585-90. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Suokas-Cunliffe, A.(2006). Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa. Yleislääkärilehti; numero 5-6/2006 vsk. 21.
- Sutton, B. (2007). The Role of the Music Therapist's Spirituality in Therapy. Drexel University. Internet: <http://idea.library.drexel.edu/bitstream/1860/2886/1/Sutton.pdf>
- Traumaterapiakeskus (2011). Psyykinen trauma. Internet: <http://www.traumaterapiakeskus.com/18>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. (2004) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Wigram, T. (2002). Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training. Philadelphia, PA, USA: Jessica Kingsley Publishers.