

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Punkanen, Marko; Erkkilä, Jaakko; Ala-Ruona, Esa; Tervaniemi, Mari; Fachner, Jörg; Vanhala, Mauno

Title: Improvisaatiopohjainen yksilömusiikkiterapia masennuksen hoidossa : kontrolloitu, satunnainen tutkimus

Year: 2015

Version: Published version

Copyright: © 2015 Therapie-säätiö

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Punkanen, M., Erkkilä, J., Ala-Ruona, E., Tervaniemi, M., Fachner, J., & Vanhala, M. (2015). Improvisaatiopohjainen yksilömusiikkiterapia masennuksen hoidossa : kontrolloitu, satunnainen tutkimus. *Psykoterapia*, 34(4), 289-298.

Improvisaatiopohjainen yksilö- musiikkiterapia masennuksen hoidossa: kontrolloitu, satunnaistettu tutkimus

Masennus on yleinen sairaus, joka vaikuttaa ihmisen elämään laaja-alaisesti, heikentäen muun muassa yksilön sosiaalisia taitoja ja vaikeuttaen kykyä tunnistaa ja ilmaista tunteita. Masennukseen liitetään myös vaikeudet ilmaista ja säädellä negatiivisia tunteita kuten vihaa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kliiniseen improvisaatioon perustuvan lyhytkestoisen musiikkiterapia-intervention lisäarvoa Käypä hoidon mukaiseen masennuksen hoitoon (engl. standard care, jatkossa SC) lisättyä verrattuna pelkkään SC hoitoon. Psykiatriset arviot toteutettiin sekä koe- että kontrolliryhmille lähtötilanteessa ennen satunnaistamista, sekä kolmen kuukauden (musiikkiterapia-intervention jälkeen) ja kuuden kuukauden kuluttua uudestaan. Tutkimus osoitti, että musiikkiterapian ja SC:n yhdistelmä vähensi masennus- ja ahdistusoireita sekä paransi yleistä toimintakykyä merkittävästi enemmän kuin pelkkä SC.

Johdanto

Masennus on lamauttava sairaus, joka vaikuttaa elämänlaatua ja toimintakykyä alentavasti (Lönnqvist 2009). Suomessa masennuksesta on tullut varsin yleinen työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä ja sen yleisyys on 5–6,5 % väestöstä (Tuulari ym. 2007). Työkykyä alentavan vaikutuksen ja suuren esiintyvyyden vuoksi masennuksella on myös merkittävät taloudelliset vaikutukset yhteiskunnassamme. Esimerkiksi Suomessa vuonna 2007 työkyvyttömyyseläkkeen sai 4 600 ihmistä masennuksen vuoksi (Käypä hoito-suositus 2010). Maailmanlaajuisesti masennus on yksi merkittävimmistä työky-

vyttömyyttä aiheuttavista tekijöistä, vaikuttaen arviolta 121 miljoonaan ihmiseen (WHO 2010).

Masennuksen hoito koostuu tyypillisesti lääkityksestä ja esimerkiksi depressiohoitajien toteuttamasta psykiatrisesta neuvonnasta (ns. standardihoito). Psykoterapian on myös todettu olevan tehokas masennuksen hoidossa (Isometsä ym. 2010), mutta verbaalinen psykoterapiatyöskentely voi joillekin olla hankalaa tai riittämätöntä. Tämän vuoksi terapiat, jotka mahdollistavat myös non-verbaalinen prosessoinnin, kuten musiikkiterapia, voivat tarjota toimivan vaihtoehdon masennuksen hoitoon. Musiikki voidaan tällöin nähdä vaihtoehtoisena ilmaisun muotona ja mahdollisuutena päästä

kosketuksiin omien tunteiden kanssa ja muodostaa vuorovaikutussuhteita (De Backer 2008; Gold ym. 2005).

Kliinistä improvisaatiota erityisenä musiikkiterapian menetelmänä on kuvattu vapaan assosiaation välineenä (Hadley 2003), joka mahdollistaa yhteyden luomisen emotionaalisiin muistoihin ja mielikuviin (Erkkilä 1997; Erkkilä 2004; Erkkilä ym. 2012). Viime vuosina tehdyissä satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa, systemaattisessa Cochrane-katsauksessa (Maratos ym. 2008) ja meta-analyyseissa (Gold ym. 2009) on selkeästi tullut esille musiikkiterapian positiivinen vaikutus mielialaan ja se, että asiakkaat omaksuvat musiikkiterapian helposti (Erkkilä ym. 2008). Tästä huolimatta tarve metodologisesti laadukkaille ja vahvemmin kliiniseen teoriaan ja käytäntöön perustuville musiikkiterapiatutkimuksille on ollut selkeä. Samoin käytännön syistä on korostunut tarve tutkimuksen kohdistamiseen nimenomaan työikäisille henkilöille. Tässä tutkimuksessa keskityttiin juuri tuosta syystä yhteen musiikkiterapian menetelmään ja selkeään kliiniseen teoriaan (improvisaatiopohjainen, psykodynaaminen musiikkiterapia), jotka ovat oleellisia musiikkiterapian käytännön kannalta (De Backer 2008; Gold ym. 2005; Hadley 2003; Erkkilä 1997; Erkkilä 2004; Eschen 2002; Priestley 1975; Priestley 1994). Keskityimme tässä tutkimuksessa myös työikäisiin, koska se on myös sosioekonomisesti merkittävä ja iso kohderyhmä (Lönnqvist 2009; Honkonen ym. 2007) ja koska siihen liittyen tutkimusta ei juurikaan aikaisemmin ole tehty (Maratos ym. 2008). Tämä tutkimus on alunperin julkaistu *British Journal of Psychiatry* -lehdessä (Erkkilä ym. 2011).

Masennus ja tunteet

Masennus on tunteisiin liittyvä tila, jota hallitsee synkkä mieliala. Masennus vaikuttaa sekä tunteiden tunnistamiseen että niiden ilmaisuun. Tutkimukset ovat osoittaneet, että masennus vaikuttaa ihmisen kykyyn tunnistaa tunneilmaisuja toisen ihmisen kasvoista (George ym. 1998). Tämä koskee sekä emotionaalisesti neutraaleja kasvon ilmeitä (Leppänen ym. 2004), surullisia ja iloisia kasvon ilmeitä

(Gur ym. 1992), kuten myös hienovaraisempia muutoksia kasvojen ilmeissä (Surguladze ym. 2004). Tähän kasvojen ilmeiden tunnistamisen vaikeuteen liittyy systemaattinen, negatiivinen vääristymä. Samanlainen negatiivinen vääristymä havaittiin myös musiikissa ilmenevien emootioiden tunnistamista koskevassa tutkimuksessa (Punkanen ym. 2011). Masennus vaikuttaa myös tunteiden ilmaisuun. Eräässä tutkimuksessa todettiin, että lyhyitä elokuvanäytteitä katsoessa masentuneet koehenkilöt ilmaisivat iloa kasvojen ilmeillään merkittävästi vähemmän kuin ei-masentuneet kontrolliryhmäläiset (Renneberg ym. 2005).

Masennus on erityisesti liitetty negatiivisten tunteiden kuten vihan ilmaisuun ja säätelyyn. Varhaisten psykoanalyttisten teorioiden mukaan masennus liittyy vihan tunteiden tukahduttamiseen ja niiden kääntämiseen itseä kohtaan (Blatt 1998). Masentuneiden potilaiden taipumus tukahduttaa vihan tunteita onkin tullut esille useissa tutkimuksissa (esim. Riley ym. 1989; Goldman & Haaga 1995). Edellä esitetyn pohjalta voidaan todeta, että masennus aiheuttaa paljon ongelmia tunteiden tunnistamisessa, ilmaisussa ja säätelyssä.

Musiikki ja tunteet

Musiikki toimii voimakkaana tunteiden aktivoijana (Martin 1990; Västfjäll 2002). Voidaan myös sanoa, että musiikki on elämän alue, joka on tuttu tavalla tai toisella lähes kaikille ihmisille. Musiikki stimuluksena on myös turvallinen, taloudellinen ja helposti käytettävissä. Tutkimusta on tehty muun muassa musiikin synnyttämistä emotionaalista reaktioista (esim. Juslin 2009), musiikin synnyttämistä fyysisistä reaktioista (esim. Hodges 2009), musiikissa havaituista tunteista (esim. Gabrielsson 2009), musiikin kautta tapahtuvasta tunteiden säätelystä (esim. Saarikallio & Erkkilä 2007), sekä musiikin motivoivasta ja palkitsevasta vaikutuksesta (esim. Salimpoor ym. 2015). Musiikin emotionaalista voimaa ja sen suomia mahdollisuuksia käytetään systemaattisesti hyödyksi yksilön ja ryhmien terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa musiikkiterapiassa (esim. Punkanen 2006; Punkanen 2010; Punkanen & Ala-Ruona

2011). Musiikin synnyttämät psykologiset ja fysiologiset reaktiot ovatkin musiikkiterapian keskeistä sisältöä.

Kliiniseen improvisaatioon perustuva musiikkiterapia

Musiikkiterapia on kuntoutus- ja hoitomuoto, jossa musiikin eri elementtejä (rytmi, harmonia, melodia, äänensävy, dynamiikka jne.) ja terapeutti–asiakas-vuorovaikutussuhdetta käytetään yksilöllisesti asetettujen terapeuttisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Ala-Ruona, Saukko, Tarki 2009).

Tässä tutkimuksessa musiikkiterapiaan osallistui aikuisikäisiä masennuspotilaita ja musiikkiterapian tavoitteena oli masennusoireiden lievittäminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi käytettiin musiikkiterapian keskeisiä elementtejä; aktiivisia musiikkikokemuksia, asiakas-terapeutti vuorovaikutussuhdetta ja musiikkikokemusten verbaalista reflektointia ja linkittämistä arkielämään.

Musiikkikokemukset musiikkiterapiassa voivat karkeasti jaoteltuna olla joko reseptiivistä musiikin kuuntelua tai aktiivista musiikin tekemistä. Yksi aktiivisen musiikin tekemisen muodoista musiikkiterapiassa on kliininen improvisaatio. Kliinisellä improvisaatiolla tarkoitetaan vapaata improvisaatiota, joka ei edellytä musiikillista harjaantuneisuutta tai erityisiä musiikillisia taitoja (Erkkilä 2013).

Kliinisessä improvisaatiossa asiakas tuottaa musiikkia spontaanisti joko yksin tai yhdessä terapeutin kanssa. Spontaani musiikin tuottaminen tarkoittaa, että soittamiseen ei liity tiukkoja, ennalta sovittuja sääntöjä sen suhteen mitä tulisi soittaa ja millä tavoin. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus lähestyä soittimia ja niistä syntyviä ääniä luovalla ja avoimella asenteella. Esimerkiksi pianoa voi soittaa sormien sijasta vaikkapa koko kämmenellä, jolloin soinnista muodostuu perkussiivinen ja kompleksi. Kyse on siis eräänlaisesta äänillä ”leikkimisestä”, sointien vaikutuksen tutkiskelusta ja mahdollisuudesta ilmaista tunteita, ajatuksia ja kokemuksia niiden avulla. Tämänkaltaisen musiikin ja äänien kautta tapahtuva vapaa itseilmaisu mahdollistaa asiakkaalle yhteyden luomisen

omiin tunnemuistoihin ja mielikuviin ja tarjoaa avoimen kentän transferenssitunteille ja luovalle mielikuvatyöskentelylle (Erkkilä 1997; Erkkilä 2004; Erkkilä ym. 2012). Kliinisen improvisaation tavoitteina voi olla esimerkiksi non-verbaalin kommunikointikanavan mahdollistaminen ja toimiminen siltana verbaaliseen kommunikointiin, luovuuden kehittäminen, ilmaisullinen vapaus, spontaanisuus ja leikkisyys (Bruscia 1998a; Wigram 2004). Kaikki edellä mainitut tavoitteet ovat erittäin tärkeitä näkökulmia masennuspotilaiden kanssa työskenneltäessä, koska masennuksen johdosta emotionaalinen ilmaisu on usein häiriintynyt. Improvisaatio musiikillisena kokemuksena on hyvin herkkä ja asiakkaan täytyy tuntea olonsa riittävän turvalliseksi voidakseen hellittää kontrollista ja kyetäkseen ilmaisemaan tunteitaan musiikillisesti ja jakamaan ne terapeutin kanssa. Tämän vuoksi asiakas-terapeutti-suhde on ratkaisevan tärkeä työskentelyssä.

Tässä tutkimuksessa musiikkiterapia toteutettiin yksilöterapiana ja sen teoreettinen viitekehys kytkeytyi psykodynaamisen musiikkiterapian traditioihin, joissa tunteet, metaforat, assosiaatiot ja mielikuvat nähdään musiikillisten kokemusten keskeisinä tekijöinä (De Backer 2008; Erkkilä 2004; Erkkilä 2012; Eschen 2002; Priestley 1975; Priestley 1994; Bruscia 1998b; Wigram ym. 2002). Tämä tarkoittaa sitä, että musiikillisen improvisaation rooli on aktivoida asiakkaan symbolista prosessia ja mahdollistaa luova toiminta musiikin kautta. Tällöin alitajuista materiaalia voi tulla esitietoiselle tasolle ja sen prosessoiminen mahdollistuu myös vähitellen verbaalisesti. Luovuus voidaankin nähdä keskeisenä tekijänä masentuneen ihmisen improvisaatioon pohjautuvassa musiikkiterapiaprosessissa.

Kliininen improvisaatio on hyvin kokonaisvaltainen kokemus, jossa kehollinen, emotionaalinen ja kognitiivinen kokemisen taso on läsnä samanaikaisesti. Musiikillisessa improvisaatiossa koko keho ilmaisee intentioita, tunteita ja ajatuksia. Soittaminen antaa myös välittömän auditiivisen palautteen soittajalle, mikä tekee musiikillisesta improvisaatiosta erityislaatuisen itseilmaisun muodon. Improvisaatio-kokemus voi nostaa esiin merkityksellisiä tunteita, muis-

toja ja mielikuvia, joita voidaan prosessoida yhdessä terapeutin kanssa. Tällä tavoin asiakkaan on mahdollista luoda uusia merkityksiä ja tehdä oivalluksia esille nousseista tuntemuksista, tunteista, ajatuksista ja mielikuvista.

Koehenkilöt

Tutkimukseen osallistui 79 aikuisikäistä (18–50-vuotiasta) masennusdiagnoosin saanutta henkilöä. Tutkimukseen osallistuvien ensisijaisen diagnoosin tuli olla masennus (F32 tai F33 ICD-10-luokituksessa) (WHO 1992). Masennuksen diagnosoinnissa terveyskeskuksissa ja psykiatrian poliklinikoilla käytettiin strukturoitua Mini-SCID haastattelua. Tämän lisäksi erillinen masennuksen arviointiin ja diagnosointiin koulutettu asiantuntija arvioi koehenkilöiden masennuksen ennen satunnaistamista ja tutkimuksen myöhemmissä testivaiheissa. Masennukseen usein liittyvä ahdistus ei ollut poissulkukriteeri (Aina & Susman 2006; Cassidy ym. 2005). Koehenkilöiden mahdollinen lääkitys jatkui tutkimuksen ajan ennallaan. Koehenkilöiltä ei edellytetty minkäänlaista musiikillista harjaantuneisuutta tai taitoja, mutta ne eivät myöskään olleet poissulkukriteerejä. Poissulkukriteereitä olivat toistuvat itsemurhayritykset, psykoottisuus, akuutti ja vakava päihdeongelma, vakavasta masennuksesta johtuva kyvyttömyys osallistua tutkimukseen kuuluviin mittauksiin ja puuttuva suomenkielen taito. Tutkimus toteutettiin Jyväskylän yliopiston musiikkiterapiatan tutkimus- ja koulutuslinikassa. Koehenkilöt rekrytoitiin pääasiassa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin terveyskeskuksista ja psykiatrian poliklinikoilta. Tutkimuksella oli Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettisen lautakunnan lupa.

Satunnaistaminen

Tutkimukseen osallistuneet satunnaistettiin yksinkertaisella satunnaistamisella niin, että SC:n suhde musiikkiterapiaan oli 10:7. Tämä epätasainen suhde valittiin, jotta voitiin saavuttaa paras mahdollinen tilastotieteellinen teho huomioiden samalla käytettävissä olevat taloudelliset ja ajalliset resurssit. Satunnaistaminen toteutettiin ulkopuolisen tahon toimesta Nor-

jassa, Bergenin yliopistossa niin, että tutkijoilla ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa siihen millään tavoin. Vasta kun kaikki lähtötilanteeseen liittyvä aineisto oli kerätty, tutkijat saivat tiedon siitä kumpaan ryhmään koehenkilö satunnaistamisen myötä kuului. Satunnaistamisen jälkeen osallistujat katsottiin kuuluvan tutkimukseen riippumatta siitä keskeyttivätkö he tutkimuksen vai eivät (intention-to-treat-periaate).

Arviointimenettely

Psykiatriset arvioinnit tehtiin tutkimuksen alussa, sekä kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla. Kolmen kuukauden arviointi sijoittui siihen kohtaan, jossa musiikkiterapia-interventio päättyi musiikkiterapiaa saaneilla koehenkilöillä ja kuuden kuukauden arviointi kolme kuukautta musiikkiterapia-interventio päätymisen jälkeen. Kaikki psykiatriset arviot teki tähän erityisesti koulutettu ja pitkän työkokemuksen omaava psykiatrisen hoidon asiantuntija, jolla oli lisäksi erityinen depressiohoitajan koulutus masennuksen arviointiin ja hoitoon. Arvioijalla ei ollut tietoa siitä, kumpaan ryhmään osallistujat kuuluivat.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Tutkimuksessa käytettiin ensisijaisena mittarina masennuksen asteen arvioissa käytettävää Montgomery–Åsberg-masennuskyselyä (MADRS) (Montgomery & Åsberg 1979). Tässä kyselyssä on kymmenen kohtaa ja pisteet voivat vaihdella välillä 0–60. MADRS-kyselyllä on todettu olevan korkea luotettavuusaste ja useiden tutkimusten mukaan se reagoi muutoksiin herkästi. Sen on todettu myös ennustavan luotettavasti masennusta. (Rush ym. 2008.) Hoitovasteeksi määriteltiin 50 % tai sitä suurempi masennusoireiden väheneminen MADRS-kyselyn pisteillä mitattuna.

Toissijaisilla mittareilla tutkimuksessa arvioitiin ahdistusta (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-A) (Zigmond & Snaith 1983), toimintakykyä (Global Assessment of Functioning, GAF) (Hall 1995; Jones ym. 1995), terveyteen liittyvää elämänlaatua (RAND-36) (Aalto ym. 1999) ja aleksitymiä (Toronto Alexithymia Sca-

le, TAS-20) (Taylor ym. 1985). Kyseiset yleistä toimintakykyä ja elämänlaatua mittaavat kyselyt valittiin, koska niitä on käytetty laajalti mielenterveysongelmia ja niiden hoidossa käytettäviä psykologisia interventioita käsittelevissä tutkimuksissa. Aleksityymisten piirteiden arviointi haluttiin liittää tutkimukseen, koska aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että ne voivat olla yhteydessä masennusoireisiin ja niiden vakavuuteen.

Interventio

Kontrolliryhmä: SC

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä Käypä hoidon mukainen masennuksen hoito koostuu lyhytkestoisesta depressiohoidajan toteuttamasta psykoterapeuttisesta interventiosta (tyypillisesti 5–6 yksilötapaamista), lääkityksestä sekä psykiatrisesta ohjauksesta ja neuvonnasta (seuranta- ja tukikäynnit). Lääkehoitoon liittyvät tiedot raportoitiin ja kirjattiin ylös.

Koeryhmä: yksilömusiikkiterapia ja SC

Tutkimuksessa terapeutteina toimi kliinisesti koulutetut musiikkiterapeutit, joille järjestettiin ennen tutkimusterapioiden alkamista täydennyskoulutus, jolla varmistettiin riittävän yhtenäinen työtapaterapeuttien kesken (treatment fidelity). Tutkimuksen aikana terapeuteilla oli säännöllinen työohjaus. Musiikkiterapia toteutettiin kaksi kertaa viikossa ja istuntokesto oli 60 minuuttia. Yhteensä terapiatapaamisia oli 20. Musiikki-instrumenttien valikoima rajattiin kolmeen soittimeen. Terapeutilla ja asiakkaalla oli identtiset soittimet. Nämä olivat digitaalinen vibrafoni, digitaalinen käsirumpu ja akustinen djembe-rumpu. Tämä instrumentaatio mahdollisti sekä rytmisen että melodis-harmonisen musiikillisen vuorovaikutuksen ja ilmaisun ja sen käyttö oli kaikkien helppo omaksua. Kaikki terapiatapaamisissa tuotettu musiikki tallennettiin tietokoneelle ja tuotettua musiikkia voitiin kuunnella osana terapiaan liittyvien teemojen jatkoprosessointia.

Terapeutin tehtävänä oli aktiivisesti tukea masentuneen asiakkaan toipumisprosessia

musiikillisten improvisaatiokokemusten ja verbaalisen reflektoinnin avulla. Terapiatapaamisia ohjaava peruseriaate oli asiakkaan rohkaiseminen ja osallistaminen ilmaisulliseen musiikilliseen vuorovaikutukseen. Tavoitteena oli luoda jaettu luova tila, joka mahdollistaa terapeutin työskentelyn. Lähtökohta musiikilliseen improvisaatiolle oli joko vapaa tai referentiaalinen. Referentiaalilla lähtökohdalla tarkoitetaan ennalta sovittua aihetta tai teemaa, kuten esimerkiksi asiakkaan riita puolison kanssa. Käytännössä musiikillinen ilmaisu ja verbaalinen keskustelu vuorottelivat terapiatapaamisen aikana. Se, millä tavoin tämä tapahtui, vaihteli asiakaskohtaisesti huomioiden asiakkaan yksilölliset tarpeet ja olosuhteet. Johtuen terapiainervention erityisestä rakenteesta (tapaamisten määrä rajattu 20:een), psykodynaamiseen viitekehukseen oli lisätty myös supportiivisia ja voimavarasuuntautuneita elementtejä.

Tulokset

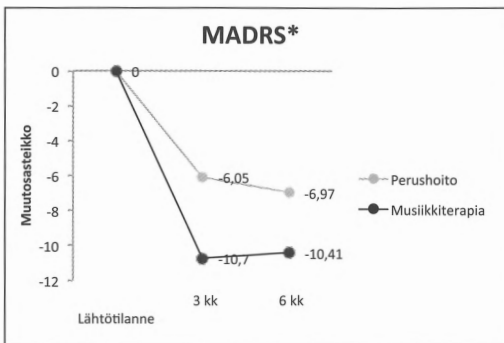
Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 79 henkilöä, jotka satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Näistä 62 (78 %) oli naisia ja 17 miehiä (22 %). Koe- ja kontrolliryhmien välillä ei ollut alkutilanteessa merkittävää eroa masennusoireiden tai lääkityksen suhteen.

Tutkimuksen keskeyttäneitä oli kolmen kuukauden mittauspisteen kohdalla 12 ja kuuden kuukauden kohdalla 3 lisää. Keskeyttäneitä oli selvästi enemmän kontrolliryhmässä (11) kuin koeryhmässä (4). Keskeyttämisen syitä olivat motivaation puute (n=6), terveydelliset syyt (n=3) ja tuntemattomat syyt (n=6).

Musiikkiterapiaa saaneet koehenkilöt osallistuivat keskimäärin kahdeksaantoista (20:stä) musiikkiterapiatapaamiseen. Tutkimukseen osallistui 10 musiikkiterapeuttia (3 naista ja 7 miestä). Terapiaprosessin aikana koehenkilöt tekivät keskimäärin 22 musiikillista improvisaatiota. Suurin osa näistä improvisaatioista olivat asiakas-terapeutti-duettoja. Asiakkaat tekivät myös soolo-improvisaatioita, jolloin terapeutti oli kuuntelijan roolissa asiakkaan improvisaatiolle, ja joissakin tilanteissa myös terapeutti saattoi tehdä sooloimprovisaatioita peilaten musiikillisesti asiakkaan ilmaisua ja

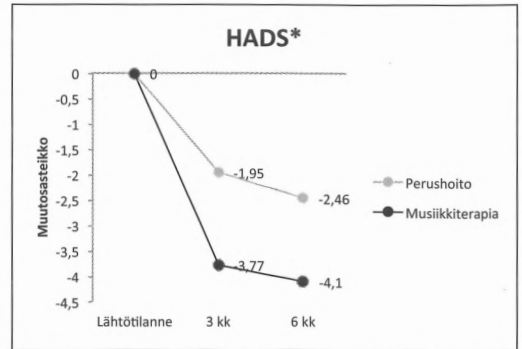
kokemusta. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen aikana syntyi 721 improvisaatiota (615 duettoa ja 106 soolo-improvisaatiota), jotka kaikki tallennettiin myöhempää analysointia varten.

Selkeimmät erot koe- ja kontrolliryhmien välillä oli masennuksen, ahdistuksen ja toimintakyvyn osalta kolmen kuukauden mittauspisteen kohdalla, jolloin musiikkiterapiaa saaneiden musiikkiterapiainterventio päättyi. Masennuksen osalta (MADRS) kontrolliryhmässä keskimääräinen masennuspisteiden väheneminen oli 6,05 pistettä ja musiikkiterapiaa saaneiden ryhmässä 10,7 (Kuvio 1). Tämä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($t=2.29$, $p=.03$).



Kuvio 1. Masennuspisteiden keskimääräiset muutokset koe- ja kontrolliryhmissä tutkimuksen eri vaiheissa.

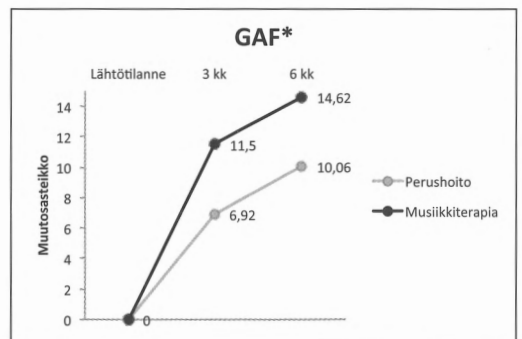
Ahdistuksen osalta (HADS) tulokset olivat samansuuntaiset. Keskimääräinen ahdistuspisteiden väheneminen kolmen kuukauden kohdalla kontrolliryhmässä oli 1,95 ja musiikkiterapiaryhmässä 3,77 (Kuvio 2). Ryhmien välinen ero on tässäkin tilastollisesti merkitsevä ($t=2.11$, $p=.04$).



Kuvio 2. Ahdistuspisteiden keskimääräiset muutokset koe- ja kontrolliryhmissä tutkimuksen eri vaiheissa.

Myös toimintakyvyssä (Kuvio 3) musiikkiterapiaa saaneiden mittaus tulokset kolmen kuukauden kohdalla olivat tilastollisesti merkitsevästi paremmat kuin kontrolliryhmässä ($t=-2.11$, $p=.04$).

Tässä tutkimuksessa hoitovasteen saavuttamiseksi määriteltiin 50 % tai sitä suurempi masennusoireiden väheneminen MADRS-kyselypisteillä mitattuna. Kontrolliryhmässä hoitovasteen saavutti 22 % ja musiikkiterapiaa saaneiden ryhmässä 45 %. Näin ollen hoitovaste oli yli kaksinkertainen musiikkiterapiaa saaneilla.



Kuvio 3. Toimintakykyä ilmaisevien pisteiden keskimääräiset muutokset koe- ja kontrolliryhmissä tutkimuksen eri vaiheissa.

Koehenkilöiden kokemuksia musiikkiterapiasta

Musiikkiterapia-intervention jälkeen kysimme musiikkiterapiaa saneilta koehenkilöitä, miten he kokivat musiikkiterapian. Seuraavassa joitakin otteita koehenkilöiden vastauksista tähän kysymykseen.

”Terapiaistunnoista muodostui tietynlainen turvapaikka, sellainen missä tuntui, että on hyvä olla. Se auttoi asioiden kohtaamista ja käsittelemään.”

”Hienoimpia kokemuksia terapiasta oli se, kun tajusin että miten paljon uusia mahdollisuuksia musiikki ja soittaminen tuo masennuksen käsittelyyn.”

”Musiikkiterapia on auttanut minua paljon, koska vaikeuteni on ollut aina tunteiden esiintuminen ja niiden tunnistaminen. Musiikin kautta aukesi tunnelukkoja, joita en puhumalla saa auki.”

”Musiikkiterapian hyvä puoli on mielestäni siinä, että musiikin kautta voi ilmaista itseään ja tunteitaan vaikka ei omaisi minkäänlaisia musiikillisia taitoja. Musiikki on terapiavälineenä tunteita herättävä ja monipuolinen, turvallinen.”

”Musiikkiterapia avasi minulle isoja tunnelämää ja -ilmaisuuksiin liittyviä solmuja itsessäni. Soittamalla ja soittoa kuuntelemalla löysin useita aiemmin vieraita tunnetiloja itsestäni. Tästä on varmasti apua toipumaan masennuksesta ja traumaattisista tapahtumista.”

Yhteenveto

Improvisaatiopohjainen psykodynaaminen musiikkiterapia (IPMT) on tämän tutkimuksen perusteella tehokas interventio masennuksen hoidossa. Näin se vahvistaa aikaisemman musiikkiterapiatutkimuksen havaintoja musiikkiterapian vaikutuksesta. Musiikkiterapian lisäarvo näyttäisi olevan merkittävä verrattaessa sitä pelkkään SC-hoitoon. IPMT näyttäisi olevan tehokas myös ahdistuksen hoidossa silloin kun ahdistus ja masennus esiintyvät yhtäaikaaisesti. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella IPMT parantaisi myös masennuspotilaiden yleistä toimintakykyä. Masennuspotilaiden hoitovaste musiikkiterapian ja SC:n yhdistelmään oli selke-

ästi parempi (45 %) kuin pelkkään SC-hoitoon (22 %). Tutkimus viittaa myös siihen, vaikkakaan ei tilastollisesti merkitsevästi, että musiikkiterapialla on myös elämänlaatua ja tunteiden tunnistamista edistävää vaikutusta.

Musiikkiterapia hoitomuotona näyttäisi olevan myös motivoiva hoitomuoto, mikä näkyi vähäisenä keskeyttäneiden määränä koeryhmässä. Tutkimuksen osalta laskimme myös ”number needed to treat” -luvun, joka ilmaisee sen, kuinka monta potilasta pitää jollakin interventiolla hoitaa, jotta yksi saavuttaa hoitovastteen. Tässä tutkimuksessa kyseinen luku oli neljä. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisesta neljästä musiikkiterapialla hoidetusta masennuspotilaasta yksi saavuttaa hoitovastteen (50 % tai suuremman masennusoireiden vähenemisen). Vertailukohtana mainittakoon, että masennuslääkkeiden kohdalla kyseinen luku vaihtelee 7–16 välillä (Arroll ym. 2009).

Kliininen improvisaatio musiikkiterapiamenetelmänä tarjoaa paljon mahdollisuuksia, koska sitä voi muunnella monin eri tavoin asiakastilanteen mukaan. Jotkut asiakkaat kaipaavat enemmän struktuurin tuomaa turvallisuutta kliiniseen improvisaatioon, ja tätä terapeutin on helppo säädellä asiakkaan tarpeiden pohjalta. Tämänkaltaisen joustava ja asiakaslähtöinen säätely työskentelytavassa osoittautui merkitykselliseksi tähän tutkimukseen osallistuneille koehenkilöille. Vaikka yhdessä improvisointi oli tyypillisintä tässä tutkimuksessa, toisinaan koehenkilöt kokivat myös tärkeäksi ja merkitykselliseksi soittaa yksin, terapeutin läsnäollessa. Tällainen kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi tuleminen kokemus oli koehenkilöille erittäin voimakas ja merkittävä.

Spontaanin musiikillisen ilmaisun tuottamisen kokemusten verbaalinen reflektointi johti usein toipumisen kannalta merkittäviin oivaluksiin. Musiikillisen ilmaisun tarjoama symbolinen etäisyys mahdollisti myös varsin kipeiden tunteiden ilmaisemisen, ja sanojen löytäminen omille kokemuksille oli musiikillisen ilmaisun jälkeen helpompaa.

Esimerkki Sofian terapiaprosessista: Kymmennellä tapaamisella Sofia oli hyvin ahdistunut siitä, mitä oli tapahtunut aikaisemmin samana päivänä. Terapeutti auttoi Sofiala aluksi rauhoit-

tamaan oloaan ohjatun hengitysharjoituksen kautta. Tämän jälkeen hän valitsi teeman improvisaatiolle. Hän halusi kuulostella ja tutkia omia tunteitaan soittamisen kautta. Aluksi hänen tuottamansa äänet olivat hyvin pehmeitä, mutta vähitellen soittoon ilmaantui enemmän dynamiikkaa, voimaa ja leikkisää tutkimista. Terapeutti tuki Sofian soittoa omalla soitollaan ja rohkaisi tätä jatkamaan. Improvisaation jälkeen Sofia kertoi, että oli pystynyt ilmaisemaan itseään uudella tavalla. Vuorovaikutuksellinen soitto djembe-rummuilla oli rohkaisut häntä kokeilemaan energisempää ja elävämpää ilmaisutapaa. Improvisaation jälkeen hän tunsikin olonsa rauhallisemmaksi ja läsnäolevammaksi. Terapeutti ohjasi häntä viipylemään tuon uuden kokemuksen äärellä ja olemaan tietoinen sen tuomista tuntemuksista, mielikuvista ja ajatuksista. Tämä oli Sofialle merkittävä kokemus, jota hyödynnettiin tulevilla terapiatapaamisilla itsesäätelyn tukemisessa.

Tutkimukseen liittyvissä terapiaprosesseissa nousi toistuvasti esiin, että vihan tunne oli jotakin sellaista, jota ei ollut lupa tuntea eikä ilmaista. Vihan ilmaisu johti hyvin helposti voimakkaaseen syyllisyyden tunteeseen. Tällöin aktiivinen improvisaatiopohjainen soittaminen osoittautui todella tärkeäksi ja vihan ilmaisua mahdollistavaksi tekijäksi. Musiikkiterapiaan osallistuneet koehenkilöt oivalsivat korjaavien ja korvaavien emotionaalisten kokemusten kautta, että heidän kokemansa viha oli oikeutettua ja toimi itse asiassa muutosta tukevana voimana kun sitä pystyi ilmaisemaan turvallisesti soittimien kautta.

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että tutkimuksessa käytetty musiikkiterapia-interventio olisi suositeltavaa yhdistää Käypä hoito -suositukseen mukaiseen masennuksen hoitoon.

Kiitokset

Haluamme kiittää Inga Pönttiötä ja Christian Golia, joilla molemmilla oli merkittävä rooli tämän tutkimuksen toteuttamisessa.

Artikkeli saapunut toimitukseen 15.10.2015, hyväksytyt 8.11.2015.

Kirjallisuus

- Aalto, Anna-Mari, Aro, Arja R., Teperi, Juha** (1999). RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes. (<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisu/muut/Tu101.pdf>).
- Aina, Yemi & Susman, Jeffrey L.** (2006). Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. The Journal of the American Osteopathic Association, 106(5 Suppl 2), S9–S14.
- Ala-Ruona, Esa, Saukko, Päivi, Tarkki, Aatu** (2009). Musiikkiterapiapalvelut (2. korjattu painos). Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.
- Arroll, Bruce, Elley, C. Raina, Fishman, Tana, Goodyear-Smith, Felicity A., Kenealy, Tim, Blashki, Grant, Kerse, Ngairi, MacGillivray, Stephen** (2009). Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database Systematic Review, Jul 8;(3):CD007954. Doi: 10.1002/14651858.
- Backer, Jos D.** (2008). Music and psychosis: a research report detailing the transition from sensorial play to musical form by psychotic patients. Nordic Journal of Music Therapy, 17, 89–104.
- Blatt, Sidney J.** (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. Journal of the American Psychoanalytic Association, 46(3), 723–752.
- Bruscia, Kenneth E.** (1998a). Defining music therapy. 2nd edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, Kenneth E.** (1998b). The dynamics of music psychotherapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Cassidy, Erin L., Lauderdale, Sean, Sheikh, Javid I.** (2005). Mixed anxiety and depression in older adults: clinical characteristics and management. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 18, 83–88.
- Erkkilä, Jaakko** (1997). Musical improvisation and drawings as tools in the music therapy of children. Nordic Journal of Music Therapy, 6, 112–120.
- Erkkilä, Jaakko** (2004). From signs to symbols, from symbols to words: about the relationship between music and language, music therapy and psychotherapy [Electronic Version]. Voices, 4, from <http://www.voices.no/mainissues/mi40004000150.html>
- Erkkilä, Jaakko, Gold, Christian, Fachner, Jörg, Ala-Ruona, Esa, Punkanen, Marko, Vanhala, Mauno** (2008). The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomized controlled trial BMC. Psychiatry, 8, 50.
- Erkkilä, Jaakko, Punkanen, Marko, Fachner, Jörg, Ala-Ruona, Esa, Pönttiö, Inga, Tervaniemi, Mari, Vanhala, Mauno, Gold, Christian** (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 199, 132–139. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431.
- Erkkilä, Jaakko, Ala-Ruona, Esa, Punkanen, Marko, Fachner, Jörg** (2012). Creativity in improvisational, psychodynamic music therapy. Teoksessa Hargreaves, D., Miell, D., MacDonald, R. (toim.), Musical imaginations: Multidisciplinary perspectives on creativity, performance

and perception. Oxford: Oxford University Press.

Erkkilä, Jaakko (2013). Kliininen improvisation olemus ja merkitys musiikkipsykoterapeuttisessa työskentelyssä. *Musiikkiterapia*, 28(2), 54–72.

Eschen, Johannes T. (2002). *Analytical music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Gabrielsson, Alf (2009). The relationship between musical structure and perceived expression. Teoksessa Hallam, S., Cross, I., Thaut, M. (toim.), *The Oxford handbook of music psychology*, 141–150. Oxford & New York: Oxford University Press.

George, Mark S., Huggins, Teresa, Mcdermut, Wilson, Parekh, Priti I., Rubinow, David, Post, Robert M. (1998). Abnormal facial emotion recognition in depression: serial testing in an ultra-rapid-cycling patient. *Behavior Modification*, 22(2), 192–204.

Gold, Christian, Heldal, Tor O., Dahle, Trond, Wigram, Tony (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Systematic Review 2*: CD004025.

Gold, Christian, Solli, Hans P., Krüger, Viggo, Lie, Stein A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 193–207.

Goldman, Larry & Haaga, Dave A. (1995). Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 505–509.

Gur, Ruben C., Erwin, Roland J., Gur, Raquel E., Zwil, Alexander S., Heimberg, Carolyn, Kraemer, Helena C. (1992). Facial emotion discrimination: II. Behavioral findings in depression. *Psychiatry Research*, 42, 241–251.

Hadley, Susan (2003). Psychodynamic music therapy: an overview. Teoksessa Hadley, S. (toim.), *Psychodynamic music therapy: Case studies*, 1–22. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Hall, Richard C. W. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics*, 36, 267–275.

Hodges, Donald A. (2009). Bodily responses to music. Teoksessa Hallam, S., Cross, I., Thaut, M. (toim.), *The Oxford handbook of music psychology*, 121–130. Oxford: Oxford University Press.

Honkonen, Teija, Aro, Timo, Isometsä, Erkki, Virtanen, Marianna, Katila, Heikki (2007). Quality of treatment and disability compensation in depression: comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1886–1893.

Isometsä, Erkki, Jousilahti, Pekka, Lindfors, Olavi, Luutonen, Sinikka, Marttunen, Mauri, Pirkola, Sami, Salminen, Jouko K. (2010). Käypä hoito -suositus: Depressio [Sähköinen versio], 1–27. Noudettu 28.12.2010.

Jones, Steven H., Thornicroft, Graham, Coffey, Michael, Dunn, Graham (1995). A brief mental health outcome scale: reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654–659.

Julsin, Patrik N. (2009). Emotional responses to music.

Teoksessa Hallam, S., Cross, I., Thaut, M. (toim.), *The Oxford handbook of music psychology*, 131–140. Oxford: Oxford University Press.

Leppänen, Jukka M., Milders, Maarten, Bell, J. Stephen, Terriere, Emma, Hietanen, Jari K. (2004). Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. *Psychiatry Research*, 128, 123–133.

Lönnqvist, Jouko (2009). Stressi ja depressioni. Kustannus Oy Duodecim (http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020).

Maratos, Anna S., Gold, Christian., Wang, Xu, Crawford, Mike J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.(1).

Martin, Maryanne (1990). On the induction of mood. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 669–697.

Montgomery, Stuart A. & Åsberg, Marie (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.

Priestley, Mary (1975). *Music therapy in action*. London: Constable.

Priestley, Mary (1994). *Essays on analytical music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Punkanen, Marko (2006). On a journey to somatic memory: theoretical and clinical approaches for the treatment of traumatic memories in music therapy-based drug rehabilitation. Teoksessa Aldridge, D. & Fachner, J. (toim.), *Music and altered states: Consciousness, transcendence, therapy and addiction*, 140–154. London: Jessica Kingsley Publishers.

Punkanen, Marko (2010). Music therapy as a part of drug rehabilitation: from adhering to treatment to integrating the levels of experience. Teoksessa Aldridge, D. & Fachner, J. (toim.), *Music therapy and addictions*, 123–131. London: Jessica Kingsley Publishers.

Punkanen, Marko & Ala-Ruona, Esa (2011). Making my body a safe place to stay: a psychotherapeutically oriented approach to vibroacoustic therapy in drug rehabilitation. Teoksessa Meadows, A. (toim.), *Developments in music therapy practice: Case study perspectives*, 350–367. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Punkanen, Marko, Eerola, Tuomas, Erkkilä, Jaakko (2011). Biased emotional recognition in depression: perception of emotions in music by depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 118–126.

Renneberg, Babette, Heyn, Katrin, Gebhard, Rita, Bachmann, Silke (2005). Facial expression of emotions in borderline personality disorder and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 183–196.

Rush, A. John, First, Michael B., Blacker, Deborah (2008). *Handbook of psychiatric measures* (2nd edition). American Psychiatric Publishing.

Riley, William T., Treiber, Frank A., Woods, M. Gail (1989). Anger and hostility in depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(11), 668–675.

Saarikallio, Suvi & Erkkilä, Jaakko (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of*

Music, 35(1), 88–109.

Salimpoor, Valorie N., Zald, David H., Zatorre, Robert J., Dagher, Alain, McIntosh, Anthony R. (2015). Predictions and the brain: how musical sounds become rewarding. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(2), 86–91. doi: 10.1016/j.tics.2014.12.001.

Surguladze, Simon A., Young, Andrew W., Senior, Carl, Brébion, Gildas, Travis, Michael J., Phillips, Mary L. (2004). Recognition accuracy and response bias to happy and sad facial expressions in patients with major depression. *Neuropsychology*, 18(2), 212–218.

Taylor, Graeme J., Ryan, David, Bagby, R. Michael (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191–199.

Tuulari, Jyrki, Aromaa, Esa, Herberts, Kjell, Wahlbeck, Kristian (2007). Pohjalainen masennus ja hakeutumisen hoitoon. *Suomen Lääkärilehti*, 62(8), 790–791.

Västfjäll, Daniel (2002). Emotion induction through mu-

sic: a review of the musical mood induction procedure. *Musicae Scientiae*, Special issue 2001–2002, 173–209.

World Health Organization (2010). Depression. *Nou-dettu* 15.2.2010: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

Wigram, Tony (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, Tony, Nygaard Pedersen, Inge, Bonde, Lars O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. Philip (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.