

Musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevan puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla pitkäaikaissairailta vuodepotilailla.

Virpi Pihlainen  
Musiikkiterapian pro gradu -tutkielma  
Toukokuu 2001  
Musiikkitieteen laitos  
Jyväskylän yliopisto

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta	Laitos
HUMANISTINEN	Musiikkitieteen laitos
Tekijä Pihlainen, Virpi, Kaarina	
Työn nimi Musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla pitkäaikaissairailta vuodepotilailla.	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika Toukokuu 2001	Sivumäärä 60
Tiivistelmä - Abstract	
<p>Tutkielmani tarkastelun kohteena on musiikin- ja musiikkiterapian mahdollisuus ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää sekä puheen musiikillisen rytmin merkitys verbaalisessa vuorovaikutustilanteissa. Tutkielman tavoitteena on hahmottaa uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista (varhaista, eikielellistä) kinesteettis-akustista kokemusmaailmaa sekä tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan. Tuoda uusi terapeuttinen näkökulma, joka tukee vanhusta ja parantaa elämänlaatua.</p> <p>Tutkimusongelmaa lähestytään tapaustutkimuksen kautta. Tutkimusaineistoa kerättiin kahdeksan kuukauden ajan osallistuvan observoinnin avulla, tutkijan osallistuksessa vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden musiikkiterapiaryhmän toimintaan. Aineistoa kerättiin havaintopäiväkirjan ja videoinnin avulla, jokaisesta tapaamiskerrasta. Analyysin pääpaino oli musiikin avulla tapahtuvassa puheen tuottamisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä.</p> <p>Tutkielman tuloksista kävi ilmi, että vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden puheen tuottamista voidaan aktivoida musiikkiterapeuttisen metodin avulla. Sen sijaan uusien sanojen tuottoa ei ilmaantunut. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että vaikea-asteista dementiaa sairastavilla vuodepotilailla on erityispiirteitä, jotka joudutaan ottamaan huomioon toteutettaessa musiikkiterapiaa. Tällaisia piirteitä ovat: vuodepotilaana oleminen, arkaainen kokemusmaailma, puheen ymmärtäminen, johon vaikuttavat puheen musiikillinen rytmi erilaisine vivahteineen. Työskentelyssä joudutaan ottamaan lisäksi huomioon käytettävän musiikin- ja materiaalien valinta sekä tarkoituksellisuus.</p>	
Asiasanat	Vaikea-asteinen dementia, puheen tuottaminen, arkaainen kokemusmaailma.
Säilytyspaikka	Jyväskylän yliopisto
Muuta tietoja	

# SISÄLLYS

## Tiivistelmä

1. Johdanto	1
2. Tutkimuksen lähtökohdat	2
2.1 Aikaisempia tutkimuksia pitkäaikaissairaiden musiikkiterapiasta	3
2.1.1 Geriatriset pitkäaikaissairaat	4
2.1.2 Geriatrinen musiikkiterapia Suomessa	5
2.2 Tutkimuksen tavoitteet	6
2.2.1 Tutkimusongelma Taulukko 1	7
2.2.2 Tutkimusongelman rajaus	7
2.2.3 Dementia oireyhtymä	8
2.2.4 Dementian syyt	8
2.2.5 Dementian jako vaikeusasteen mukaan	9
2.2.6 Suomessa keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyys ikäryhmittäin	9
2.3 Dementian tyypit	10
Alzheimerin tauti	10
Vaskulaarinen dementia	10
2.3.1 Dementiaa sairastavan erityispiirteet	12
2.3.2 Kommunikaatio	12

## SISÄLLYS

2.3.3	Arkaainen kommunikaatio ja puheen prosodistiset piirteet	13
3.	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	16
3.1	Aineiston keruu menetelmät	17
3.1.1	Osallistuva observointi	17
3.1.2	Havaintopäiväkirja	18
3.1.3	Videointi	19
3.2	Tutkimuksen tavoitteet	19
4.	Tutkimuksen toteuttaminen	20
4.1	Tutkimusaineiston analysointi	21
	Taulukko 2	22
	Taulukko 3	22
4.2	Tutkimustulosten tarkastelua	24
4.2.1	Tausta tietoja tutkimusryhmän potilaista	24
4.2.2	Tutkimustulos	25
5.	Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys tutkimuksen perustana	26
5.1	Humanistinen ihmiskäsitys	26
5.2	Humanistis-eksistentiaalisen teorian filosofia ja tarkoitus	26
6.	Musiikin ja äänen terapeuttinen vaikutus	31
6.1	Oikea ja vasen aivopuolisko	31

## SISÄLLYS

6.2	Terapeuttinen ääni- ja laulu	33
6.3	Musiikillisen rytmin merkitys	36
7.	Tutkimusryhmän kliinisen musiikkiterapian menetelmä	36
7.1	Tutkimusryhmän kliinisen musiikkiterapian viitekehys	40
	Taulukko 4	42
7.2	Selkokieli vaikea-asteista dementiaa sairastavan apuna	43
8.	Validiteetti	43
9.	Päätäntö	45
	Lähteet	

## 1. Johdanto

Tutkielman aihe on kypsynyt pidemmän ajan kuluessa toimiessani yöhoitajana sekä musiikkiterapeuttina pitkäaikaissairaiden osastoilla ja joutuessani läheltä seuraamaan potilaiden yritystä tulla ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa.

Tutkielman tavoitteena on tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan. Erityisen tarkastelun kohteena on musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää. Tarkastelun kohteena on puheen musiikillisen rytmin, prosodististen piirteiden merkitys vuorovaikutuksessa. Dementoituneen tapaan reagoida musiikin kautta syntyviin tunteisiin ja muistumiin lähestytään arkaaisen (varhaisen, ei-kiellellisen) ajattelun kautta. Tutkielman tavoitteena on myös hahmottaa uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista, kinesteettis-akustista kokemusmaailmaa. Tutkielmassa lähestytään kysymyksiä havaintojen perusteella tavasta reagoida musiikin kautta syntyviin muistumiin ja tunteisiin.

Aluksi pyritään hahmottamaan niitä vaikeuksia, joita dementia oireyhtymä sairaus tuo mukanaan, mm. puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen liittyviä. Tyypillisiä kielellisiä häiriöitä ovat mm. oikeiden sanojen löytämisen vaikeus, puheen yleinen heikentyminen niin laadullisesti kuin määrällisesti. Dementiaa sairastavalla on ongelmia vastaanotetun informaation ymmärtämisessä. He ovat myös herkkä tilanteiden herättämille tunteille ja sanattomalle viestinnälle. Syvästi dementoituneen potilaan on vaikea ymmärtää puheen sisältöä mutta heidän on helpompi ymmärtää emotionaalisia viestejä, ei niinkään asioihin ja niiden merkityksiin liittyviä.

Havaintojeni mukaan vaikeasti dementiaa sairastavat potilaat viestivät tunteitaan, kokemuksiaan ja asioitaan arkaisten viestien kautta, jotka olemme oppineet jo hyvin varhaisessa lapsuudessa ja jotka säilyvät ihmisen koko elämän ajan ollen "muistissa". Arkaaisella järjestelmällä on jopa ratkaiseva merkitys tunteittemme, ajattelumme ja toimintojemme kannalta vaikka yritämme pitää sen piilossa. Musiikki, musiikkikokemus ja musiikillinen ajattelu vetoavat ja syvimmillään kiinnittyvät tähän ruumiilliseen maisemaan. Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin kvalitatiiviset menetelmät ja niistä osallistuva observointi -menetelmä.

## 2. Tutkimuksen lähtökohdat

Tutkimuksen kohteena ovat olleet helsinkiläisen Koskelan sairaalan pitkäaikaissairaiden osaston potilaat. Ryhmä muodostui neljästä naisvuodepotilaasta, jotka sairastivat vaikea-asteista dementiaa ja heidän puheen tuottamisensa oli vaikeutunut. Ryhmänjäsenet osallistuivat vapaaehtoisesti musiikkiterapiaryhmään, joka kokoontui viikoittain samana viikon päivänä ja samana kellon aikana, potilashuoneessa.

Tutkimukselle saatiin lupa Helsingin Kaupungin Eettiseltä toimikunnalta huhtikuussa 1998. Luvan saatua aloitin aineiston keruun heti saman vuoden toukokuussa. Tutkimuksen suorittaminen Helsingin kaupungin sairaalassa vaatii Eettisen toimikunnan luvan. Lupaa kysyttiin myös potilailta ja heidän omaisiltaan.

Aineistokeruuni toteutin kahdeksan kuukauden aikana osallistuvan observoinnin avulla. Toukokuun alusta seuraavan vuoden toukokuuhun osallistuin musiikkiterapiaryhmän tapaamisiin keräten aineistoa havaintopäiväkirjamerkinnoilla sekä videoimalla jokaisen tapaamiskerran. Lisäksi haastattelin osastonhoitajaa tutkimuksen alussa ja loppu puolella. Videonauhat näyttivät terapian juuri sellaisena kuin se toteutui, valikoimatta ja totuudenmukaisesti. Potilaita ei juurikaan näyttänyt häiritsevän videokamera, siihen saattoi olla osaksi syynä se, että olin jo aikaisemmalta ajalta heille tuttu henkilö.

Tutkimusaiheeni on kypsynyt pidemmän ajan kuluessa, sillä olen toiminut yöhoitajana pitkäaikaissairaiden osastolla ja joutunut läheltä seuraamaan potilaiden yritystä tulla ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa. Potilaan ymmärretyksi tuleminen on ollut hankalaa ja joissakin tapauksissa mahdotontakin vajavaisen puheen tuottamisen takia. Olen myös toiminut musiikkiterapeuttina kyseisessä laitoksessa jo pidemmän aikaa. Uskon, että kliininen työskentelyni auttaa minua tutkimustyössäni saamaan kattavan kokonaiskuvan musiikin- ja musiikkiterapian mahdollisuuksista ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää kuin myös vaikea-asteista dementiaa sairastavien erityispiirteiden hahmottamisessa, joilla on merkitystä musiikkiterapian toteuttamiseen.

## 2.1 Aikaisempia tutkimuksia pitkäaikaissairaiden musiikkiterapiasta

Vanhusväestön kasvu lähivuosina asettaa monia haasteita geriatriselle terveyden huollon alueelle, jossa korostuvat mm. vanhusten itsenäisyyden tukeminen, elämän laadun parantaminen ja monien generatiivisten sairauksien ja sosiaalisten syiden aiheuttamien haittojen vähentäminen. Tässä näkisinkin perusteen musiikkiterapian kehittämislle tulevaisuudessa. Musiikkiterapia voi toimia kokonaisvaltaisesti muuta hoitoa edistävänä ja täydentävänä tekijänä, jossa huomioidaan henkisen, fyysisen ja sosiaalisen orientaatio tason kohottaminen.

Merja Karesoja (1999, 1) kertoo pro gradu -työssään, että: "pitkäaikaissosaston potilaat kokivat musiikkiterapian tarpeelliseksi ja olivat motivoituneita osallistumaan toimintaan. Ryhmässä esiin nousseiden tunteiden käsitteleminen osottautui terapeuttiseksi ja positiivisia kokemuksia synnyttäväksi toiminnaksi. Omien asioiden kollektiivinen jakaminen näytti myös kohottavan vanhusten itsetuntoa ja tukevan heidän minuudenkokemustaan. Lisäksi suljettu terapiaryhmä toimi sosiaalisen virkistykseen lähteenä ja tarjosi vanhukselle sosiaalisen liittymisen mahdollisuuden. Edellä mainitut tekijät tukivat vanhuksen selviytymistä laitoksessa".

Annu Toivanen-Malmio (1994, 5) pohtii, pro gradu -työssään: "niitä erityispiirteitä, jotka liittyivät geriatristen pitkäaikaissairaiden eksistenssiin laitoshoidossa ja, jotka vaikuttivat siten musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan. Hänen mukaansa pitkäaikaissairaaksi joutuminen tuo mukanaan monitahoista psyykkistä problemaattisuutta, jossa yksilön eksistentiaalinen minuuus on uhattuna, jopa menetettynä. Hänen mukaansa musiikkiterapian merkitys löytyy tarkoituksenmukaisen tuen antamisesta. Vanhusten musiikkiterapiatoiminta tähtää erityisen selkeästi vanhuksen tukemiseen tavalla, jossa metodin kriteerinä on kaikissa tapauksissa juuri tarkoituksenmukaisuus. Terapian hyödyllisyys näkyy hänen mukaansa psykosomaattisena ja somaattisena kohentumisena".

Risto Jukkola (1999) pro gradu -työssään tarkasteli dementoituneiden musiikkiterapian mahdollisia vaikutuksia yksilötasolla. Aukkaan ominaisista luonteenpiirteistä, tavasta olla ja kommunikoida.

Oman tukielmani aihetta: vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden musiikkiterapian mahdollisuudesta ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä



olevaa puheen tuottamista, ei juurikaan ole tutkittu, joten tukielmani sijoituu vähän tutkittuun alueeseen.

### 2.1.1 Geriatriset pitkäaikaissairaat

Geriatria tutkii ja hoitaa vanhuksia, joilla elimistön vanheneminen muovaa sairauksia siten, että syntyy vanhuksille omaleimaisia biologisia, psykologisia ja sosiologisia ongelmia. Vanhuksen toimintakyvyn selvittäminen on tärkeää, että voidaan laatia järkevä kuntoutusohjelma osaksi hoitoa. Tässä näkisin musiikkiterapialla olen suuren merkityksen kuntouttavana ja ylläpitävänä tekijänä. Nykyaikainen osaava ja aktiivinen geriatria ei ole ensisijaisesti pitkäaikaishoitoa vaan lyhytaikaishoitoa, joka tehokkaasti ehkäisee vanhusten joutumista ennen aikaisesti pysyvään laitoshoitoon. Geriatria on mitä suurimmassa määrin kokonaisvaltaista hoitoa.

Pysyväispotilaiksi lasketaan ne vanhukset, joiden hoito on yhtämittäisena jatkunut yli vuoden ajan, harvoin kotiuttaminen onnistuu enää sen jälkeen. Hoidossa tällöinkin pyritään yllä pitämään omatoimisuutta. Geriatrisen tiedon puuttuessa kuntoutuskapasiteetti usein arvioidaan aivan liian pessimistisesti. Pahanlaatuisissa pitkäaikaissairauksissa tauti etenee jatkuvasti, ja johtaa yhä pahenevaan avuttomuuteen tilaan ja lopulta pysyvään laitoshoitoon, tällaisia sairauksia ovat mm. Parkinsonin tauti ja dementian eri muodot (Ruikka, ym. 1993, 84).

Suhtautuminen negatiivisesti vanhuksiin staattisina ja passiivisina potilaina on nykyään jo väistynyt ja tilalle on tullut näkemys dynaamisesta ja aktiivisesta elämänvaiheesta. Nykyinen dynaaminen kuva Eriksonin (1959) esittämästä elämänkaaresta sisältää näkemyksen, että elämänvaiheet rakentuvat toistensa päälle. Mikään elämänvaihe ei ole staattinen vaan altis muuttumiselle ja kehittymiselle. Tämä koskee myös vanhuutta ja kuolinprosessia (Achté 1992, vrt. Säkkinen & Isohanni, 1995, 143).

Asenteisiin on ollut sidoksissa myös vanhusten terapiatyön kehittäminen, jonka käyttö vanhusten hoidossa on jäänyt hyvin vähäiseksi. Tällä hetkellä tilanne näyttää jo valoistemmalta, sillä terapiatyössä saavutetut positiiviset hoidon tulokset ovat tukeneet vanhusten psykoterapeuttisen hoidon merkitystä. Tämä näkyy mm. musiikkiterapeutin virkojen lisääntymisenä vanhusten hoitolaitoksissa.

Vanhusväestön kasvaessa ja vanhempien vanhusten määrän lisääntyessä tulevana vuosina näenkin musiikkiterapialla olevan suuren haasteen juuri kuntouttavana tekijänä. Sitä puoltaa jo sekin, että se on helposti vietävissä potilaiden luokse tarvitsematta mitään erikoislaitteita. Niidenkin vuodepotilaiden vierelle, jotka eivät pysty muuten osallistumaan terapiaan. Musiikilla on ominaisuuksia, jotka palvelevat hyvin terapeuttisia tarkoituksia. Musiikkimateriaali on vaihtelevaa ja siitä on helppo löytää kunkin potilaan ja ryhmän tarpeisiin sopivaa musiikkia.

### **2.1.2 Geriatriinen musiikkiterapia Suomessa**

Suomessa musiikkiterapiaa on harjoitettu 1960-luvulta lähtien systemaattisesti. Ensimmäiset musiikkiterapeutti koulutukset aloitettiin 1970-luvun alussa. Tällä hetkellä musiikkiterapeutteja koulutetaan Sibelius-Akatemian toimipisteissä, Helsingissä Kuopiossa ja Seinäjoella sekä Pirkanmaan ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakouluissa sekä jatko-opintoja Jyväskylän yliopistossa, missä tehdään myös alaan liittyvää tutkimustyötä.

Musiikkiterapeutteja työskentelee erikoissairaanhoidossa, kehitysvammalaitoksissa, kouluissa, vanhustenhoidossa, vankiloissa sekä yksityisinä palveluntuottajina.

Geriatriasta musiikkiterapiaa on ollut Suomessa hyvin vähän. Musiikin terapeuttinen tavoitteellinen ja vaastuullinen käyttö vanhusten parissa voidaan katsoa alkaneeksi vasta 1980-luvun alkupuolella, jolloin Raisa Saloheimo määrätietoisesti ryhtyi harjoittamaan ja soveltamaan musiikin käyttöä vanhusten hoidossa. Kiinnostus vanhusten ja pitkäaikaissairaiden musiikkiterapiaa kohtaan on tutkimuksen ja kliinisen työn osalta jäänyt vähäiseksi. Vanhusten musiikkiterapia on ollut enemmän ylläpitävää ja kuntouttavaa toimintaa. Musiikin avulla on mahdollista tarjota elämyksiä ja olla vuorovaikutuksessa toisten potilaiden kanssa sekä jakaa kokemuksia ja tapahtumia muistelemisen kautta saman ikäpolven kanssa. Musiikki voi tarjota elämyksiä juuri viemällä musiikin vanhuksen luokse. Musiikki aktivoi vanhuksia kommunikoimaan terapeutin kanssa, niin verbaalisesti kuin nonverbaalisestikin.

## 2.2 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkielman tavoitteena on tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan sekä tuoda uusi terapeuttinen näkökulma, joka tukee vanhusta ja parantaa elämänlaatua. Erityisesti tarkastelun kohteena on musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää, varsinkin kun potilaan kehityksessä tapahtuu jatkuvaa huononemista, jolloin ymmärretyksi tuleminen vaikeutuu entisestään.

Tarkastelun kohteena on myös puheen musiikillisen rytmin (prosodistiset piirteet) merkitys verbaalisessa vuorovaikutuksessa. Tutkielman tavoitteena on hahmottaa uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista (varhaista, ei-kielellistä) kinesteettis-akaustista (äänellistä aistimusta koskevaa) kokemusmaailmaa.

Tutkimuksessa lähestytään kysymyksiä havaintojen perusteella potilaan tavasta reagoida musiikin kautta syntyviin muistumiin ja tunteisiin. Oman äänen kokemisen kautta luoda suotuisat olosuhteet minäkuvaa eheyttävänä ja yksilön elämänsisällönsä merkityksellistävänä tekijänä. Auttaa potilaan elämänsisällönsä liittyvien muistumien ja tunteiden läpityöstämisessä ja siten tukea minän eheytyä. Unohtamatta sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ajallisen orientaation merkitystä psyykkiselle hyvinvoinnille. Dementoituneen tapaan reagoida musiikin kautta syntyviin tunteisiin ja muistumiin lähestytään arkaaisen (varhaisen, ei-kielellisen) ajattelun kautta. Se ei kuitenkaan merkitse sitä, että potilaat nähdään lapsina, vaan että reagoinnin pohja on jo luotu varhaisessa lapsuudessa ja on "muistissa". Kun sairaus rajoittaa ymmärretyksi tulemistä, joka johtuu kielen ja ajattelun rajoittuneisuudesta ja verbaalisen viestin mahdollisesta ymmärtämättömyydestä niin nämä piirteet tulevat selvimmän esille. Ihminen ikään kuin palaa elämänsisällönsä "alkuun" omalla varhain opitulla viestinnällään.

### 2.2.1 Tutkimusongelma

Tutkimusongelman asettelu lähti siitä lähtökohdasta, että vajavaisesta puheen tuottamisesta kärsivä vanhus tulee harvoin kuulluksi ja ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa. Hän ei myöskään pysty tuomaan esille ymmärrettävästi tarpeitaan, epämukavuuksiaan ja toiveitaan, jotka haittaavat hänen päivittäistä olemistaan. Vuorovaikutustilanteessa puheen ymmärtäminen on heikentynyt johtuen sairaudesta, jolloin väärin ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen mahdollisuus on huomattava. Lisäksi tarkoituksena on selvittää pystytäänkö musiikin ja musiikkiterapeuttisin keinoin aktivoimaan vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista sekä hidastamaan sanojen "häviämistä". Tutkimusongelmaa lähestytään tukijan ja vaikeasti dementiaa sairastavien vuodepotilaiden vuorovaikutuksen kautta kliinisessä musiikkiterapia ryhmässä.

#### TAULUKKO 1 VIESTINTÄ ONGELMA KAAVIO:

<b>1. Lähetetty viesti</b> - Viestin selkeys - Lähettämisen vaikeus	<b>2. Lähetetyn viestin vastaanotto</b> - Ymmärrettävyys - Väärin ymmärtämisen mahdollisuus	<b>3. Vastaanottaja</b> - Vastaanottajan ymmärrys - Puheen ymmärtämisen vaikeus - nonverbaalisen viestinnän ymmärtäminen
<b>4. Vuorovaikutuksen rakentuminen</b> - Verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän onnistunut vastaanotto		

Kaaviosta käy ilmi, että lähetettyjä viestejä ei välttämättä aina ymmärretä. Ymmärrettävyyteen vaikuttavat monet tekijät kuten vastaanottajan kyky havainnoida ja lukea viestejä.

### 2.2.2 Tutkimusongelman rajaus

Tutkimuksen lähtökohtana ei ole tarkastella vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden puheen tuottamista uusien sanojen oppimisen kautta vaan jäljellä olevien sanojen aktivoitumisen kautta. Tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti vaikea-asteita dementiaa sairastavia pitkäaikaissairasta vuodepotilaita, joiden puheen tuottaminen on vaurioitunut ja hidastunut.

Kuten jo aiemmin toin esille, korkea ikä tuo mukanaan muutoksia fyysisellä ja psyykkisellä alueella. Suurin osa geriatrisista potilaista pitkäkakaissairaiden osastoilla sairastaa jonkin asteista dementiaa, joka tuo tullessaan persoonallisuuteen, muistiin, ja kommunikointikykyyn vaikuttavia tekijöitä. Seuraavassa pyrin hahmottamaan niitä vaikeuksia, joita dementia oireyhtymä sairaus tuo mm. puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen.

### **2.2.3 Dementia oireyhtymä**

Dementia on elimellisestä syistä älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, joka on edetessään rajoittanut sosiaalista ja ammatillista toimintaa. Dementian vaikeusaste määräytyy potilaan sosiaalisen selviytymisen perusteella. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oire useista erilaisista aivoja vaurioittavasta elimellisistä sairauksista. Dementia voi olla etenevä (esim. Alzheimerin tauti), pysyvä jälkitila (esim. aivovamma) tai hoidettava (esim. aineenvaihdunnan häiriö). Dementian keskeinen oire on lähimuistin häiriö. Uusien asioiden oppiminen on vahvasti heikentynyt. Muistin heikentymisen ohella esiintyy abstraktin ajattelun ja arvostelukyvyn heikentymistä, neuropsykologisia erityishäiriöitä kuten afasia (vaikeus tuottaa ja ymmärtää puhetta), apraksia (liikkeiden tahdonalaisen suorittamisen vaikeus huolimatta normaalista ymmärryksestä ja motorisesta toiminnasta), agnosia (kyvyttömyys havaita tai tunnistaa esineitä huolimatta normaalista sensomotorisesta toiminnasta) tai persoonallisuuden muutoksia. Dementiassa kliiniset ominaispiirteet vaihtelevat aiheuttajan mukaan (Tilvis, Sourander, 1993, 109, vrt. Sulkava, Erkinjuntti, Palo, 1989, 32).

### **2.2.4 Dementian syitä**

Primaariset syyt:

Degeneratiiviset aivosairaudet: Alzheimerin tauti, Parkinsonin tauti, Huntingtonin tauti, Pickin tauti ym.

Sekundaariset syyt:

Aivoverenkierronhäiriöt - moni-infarktidementia, aivokasvaimet, traumat - aivoruhjeet, krooninen subduraalihakematooma (kovakalvon alainen verenpurkauma),

Hypokefalia - aivonesteen erityis- ja kiertohäiriöt, tulehdukset - aivotulehdukset, aivokalvontulehdukset, immuunikato (AIDS), aineenvaihdunnanhäiriöt, nestetasapainon häiriöt, umpierityssairaudet, krooniset maksa- ja munauaissairaudet, puutostilat - B-vitamiinit, lääkkeet ja myrkyt - alkoholi, lyijy, alumiini ym. (Sulkava, Erkinjuntti, Palo, 1989, 32).

### **2.2.5 Dementian jako vaikeusasteen mukaan**

Lievä:

Vaikka työ- ja sosiaalinen selviytyminen ovat merkittävästi heikentyneet, kyky elää itsenäisesti ja hoitaa hygieniaansa sekä kohtuullinen arvostelukyky ovat säilyneet.

Keskivaikea:

Itsenäinen selviytyminen on vaarantunut ja jonkin asteinen valvonta on tarpeen.

Vaikea:

Päivittäiset toiminnot ovat siinä määrin heikentyneet, että jatkuva valvonta on tarpeen, puhumaton.

### **2.2.6 Suomessa keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyys ikäryhmittäin**

30-64 vuotiaat	65-74 vuotiaat	75-84 vuotiaat	yli 85 vuotiaat
0,26 %	04,2 %	10,7 %	17,3 %

Kaikista yli 65-vuotiaista 6,7 % kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta. Vuonna 1990 keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavia oli arviolta 60 000 ja ennuste vuodelle 2030 on lähes 100 000 (Tilvis, ym. 1993, 109-110, Sulkava, Erkinjuntti, 1985).

## 2.3 Dementian tyypit

### Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on toistaiseksi tuntemattomasta syystä johtuva aivojen degeneratiivinen sairaus. Alzheimerin taudissa laaja-alainen, mutta selektiivinen (vallitseva) hermosoluvaurio, joka on kohdistunut mm. ohimolohkon alueelle (mm. hippokampus). Oireet etenevät tasaisesti kuukausien ja vuosien kuluessa. Alzheimerin taudin ensioire on lähimuistin häiriö, jossa uuden oppiminen heikkenee ja unohtaminen lisääntyy. Myöhemmin yhä vanhemmat asiat unohtuvat. Jo alkuvaiheessa ilmaantuu avaruudellisen tilan hahmottamisen häiriö, ja potilas eksyy ensin vieraassa ja sitten tutussakin ympäristössä. Taudin edetessä potilas on desorientoitunut ajan ja myöhemmin paikan suhteen. Hänellä on myös vaikeus löytää oikeita sanoja, eikä hän ymmärrä abstrakteja käsitteitä. Monimutkaiset tehtävät eivät onnistu. Kuitenkin pinnallisesti korrekti käyttäytyminen säilyy pitkään (Isohanni, 1989, 217 vrt. Tilvis, Sourander, 1993, 113).

Alkuvaiheessa potilas havaitsee henkisten toimintojen heikkenemisen, mutta pian hän menettää sairautentunnon. Persoonallisuus latistuu. Henkiset oireet tulevat paljon ennen ruumiillisia piireitä ja potilas saattaakin olla hyväkuntoinen ja liikuntakykyinen. Taudin vaikeassa vaiheessa todetaan muistin ja päättelyn häiriöiden lisäksi ekstrapyramidaalioireita, jolloin ryhti tulee kumaraksi, liikkeet hitaiksi, kävely lyhytaskeliseksi sekä kasvot menevät ilmeittömiksi. Primitiiviheijasteet tulevat usein esiin, esim. imemis- ja tarttumisheijasteet. Raajojen jäykistymisen seurauksena potilas menettää kävelykykynsä ja joutuu vuoteeseen (Erkinjuntti, 1989, 1991, Tilvis, Sourander, 1993, 113).

### Vaskulaarinen dementia

Dementiaa, joka on seurausta erityyppisten verenkierron häiriöiden aiheuttamista aivokudoksen vaurioista, kutsutaan vaskulaariseksi dementiaksi. Kyse on oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Usein sille on tyypillistä äkillinen alku ja portaittainen eteneminen. Kognitiiviset häiriöt ovat varhaisvaiheessa epätasaisia. Paikalliset neurologiset löydökset ja oireet ovat yleisiä, kuten raajojen halvausoireet, näkökenttäpuutokset, tuntohäiriöt, poikkeavuudet reflekseissä tai kävelyvaikeudet. Potilailla on yleensä myös muita merkkejä verenkiertoelimistön sairauksista, kuten

sydäntautia, verenpainetauti tai aikaisempi sairastettu aivohalvaus. Vaskulaariseen dementiaan sairastuvat ovat yleensä nuorempia kuin Alzheimerin tautiin sairastuvat ja useimmin miehiä (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 250).

Vaurioiden paikantumisen mukaan erotetaan vaskulaarisessa dementiaassa kortikaalinen, pääosin aivokuoreen paikantuva ja subkortikaalinen muoto, jossa tukkeutuu pieniä verisuonia tyvitumakkeissa, talamuksessa ja aivorungossa. Kortikaalisessa muodossa voivat neuropsykologiset oireet olla aivan samoja kuin aivohalvauksessa. Vasemman puolen aivoinfarkteihin liittyvät kielelliset häiriöt, afasia sekä tahdonalaisten liikkeiden häiriöt, apraksia (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 1992, 251).

Oikean aivopuoliskon infarktit aiheuttavat tilasuhteiden havaitsemishäiriöitä, huomioitta jättämistä ja visukonstruktivisia vaikeuksia (esim. vaikeus koota ja piirtää osista muodostuvia kokonaisuuksia). Toisin kuin aivohalvauksen aiheuttamissa vaskulaarisessa dementiaassa uudet infarktit lisäävät oirekuvaa ja pahentavat tilannetta.

Subkortikaalista vaskulaarista dementiaa sairastavilla tavallisia oireita ovat raajojen halvaukset, tuntehäiriöt ja akuuttivaiheisiin liittyy myös orientaatiovaikeuksia. Henkisissä ja motorisessa toiminnassa tapahtuu yleistä hidastumista. Muistitoiminnot alkavat vähitellen heiketä, mikä ilmenee unohteluna. Aloitteellisuus saattaa vähetä ja potilas on ulkoa ohjelmoitava. Afasiaa voi esiintyä talamuksen vaurioissa mutta tavallisempi häiriö on dysartria, puhehäiriö (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 1992, 250-251).

Sairauden loppuvaiheessa potilas hallitsee vain joitakin sanoja, joku menettää puhekykynsä kokonaan eikä myöskään ymmärrä toisen puhetta. Tunneilmaisujen hallitsemattomuus on tyypillistä ja se ilmenee pakkoitkuna ja nauruna. Persoonallisuus latistuu ja köyhtyy, leimaa-antava on välinpitämättömyys, harvemmin rauhattomuus. Loppuvaiheessa potilas ei pysty istumaan tuolilla vaan käpertyy vuoteeseen (Ruikka, Sourander, 1993, 114, 116).



### 2.3.1 Dementiaan sairastavan erityispiirteet

### 2.3.2 Kommunikaatio

Erilaiset kielellisen toiminnan ja viestinnän vaikeudet ovat yksi keskeisistä dementian aiheuttamista oireista. Dementiaa sairastavalla potilaalla ilmenee korkeimman aivotoiminnan häiriöitä esim. puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä ja tämän seurauksena hänen käytöksessä kommunikaatiotilanteessa ilmenee kaoottisuutta. Tyypillisiä kielellisiä häiriöitä ovat mm. oikeiden sanojen löytämisen vaikeus, nimeämisen vaikeus, puheen yleinen heikentyminen niin laadullisesti kuin määrällisesti. Potilas vastaa ohi esitettyjen kysymysten ja hänen omat lauseensa jäävät keskeneräisiksi ja vähitellen tulee myös muita afaattisia häiriöitä. Vaikka potilas ei ymmärrä puhetta tarkasti, hän saattaa äänensävyjen ja ilmeiden perusteella käsittää, minkälaisesta asiasta on kysymys. Sairauden loppuvaiheessa dementiapotilas on usein täysin puhumaton (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 1992, 98, 100, 124, Heimonen, Voutilainen, 1998, 33).

Dementiaa sairastavalle henkilölle on ominaista kasvojen ilmeettömyys ja eleettömyys. Hänellä on myös alentunut huomiokyky ja tarkkaavaisuus, jotka vaikeuttavat viestin lähettämistä ja vastaanottamista. Varsinkin vasemman aivopuoliskon vaurioon liittyy usein kielellisten toimintojen häiriöiden lisäksi myös vaikeus seurata keskustelua huoneessa, jossa useampi ihminen puhuu samanaikaisesti. Potilas ei pysty kohdistamaan huomiotaan pelkästään hänelle puhuvaan henkilöön vaan muiden puhe häiritsee viestin valikointia. Hänen voi olla vaikea samalla kertaa jakaa huomiotaan ja hahmottaa laajempia kokonaisuuksia. Hänellä on ongelmia vastaanotetun informaation tulkinnassa, koska looginen ajattelu vaikeutuu ja muisti huononee. Syvästi dementoituneen potilaan on vaikea ymmärtää puheen sisältöä ja hänen on helpompi ymmärtää emotionaalisia viestejä, ei niinkään asioihin ja niiden merkitykseen liittyviä. Hän on herkkä tilanteiden herättämille tunteille ja sanattomalle viestinnälle myös puheen rytmi on se viestinnän lähde jolla hänet tavoitetaan. Bertolin (1979) mukaan kyky kommunikoida sanattomasti säilyy dementoituneilla ja voi jopa voimistua (Sulkava & Amberla, 1982, 651-660).

Aivokuoren alaiset subkortikaaliset vauriot vasemmassa aivopuoliskossa voivat aiheuttaa myös kielellisiin toimintoihin painottuvia tarkkaavaisuuden häiriöitä. Tavallisesti nämä häiriöt ovat seurausta aivoverkoston liittyvien talamuksen

tumakkeiden vaurioista. Häiriöt ilmenevät juuri kielellisen tiedonkäsittelyn hitautena, tiedon valikoinnin heikentymisenä, häiriöalttiuden lisääntymisenä ja joustamattomuutena. Oikean aivopuoliskon vaurioissa ovat tyypillisiä näönvaraisen tarkkaavaisuuden häiriöt sekä yleiset tarkkaavaisuudenhäiriöt (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 1992, 90-91).

Dementoituva yrittää niin pitkään kuin mahdollista käyttää jäljellä olevia psyykkisiä mekanismejaan selviytyäkseen kaottisilta ja pelottavilta tuntuista tilanteista. Kun looginen ajattelu ja järki eivät sairauden edetessä enää hallitse dementoituneen sisäisestä ja ulkoisesta maailmasta tulvivan tiedon tulkintaa, hän voi reagoida ärsykkeisiin aiempaa voimakkaammin ja epätarkoituksenmukaisemmin. Dementoitunut ilmaisee tunteitaan, asenteitaan ja tulkintojaan "riisutussa" muodossa, hyvin avoimesti ja vahvasti, kontrolloimattomasti (Lungren, 1998, 40).

Henkilöt, jotka sairastavat vaikea-asteista dementiaa ovat usein autettavia vuodepotilaita, joiden puheentuottaminen on joko kokonaan hävinnyt tai jäljellä on vain muutamia selviä ymmärrettäviä sanoja tai ei ymmärrettävää "omaa puhetta", jolloin viestintä tapahtuu nonverbaalisten viestien kautta. Viestintää tehostaa kehonkieli. Nonverbaalisen viestinnän kautta ilmaisemme asenteita ja suhtautumista toisiin ihmisiin. Se ilmaisee myös tunteita sekä välittää palutetta kun verbaalinen kanava on estynyt käytöstä. (Alanne, Riihiahho, 1993, 28).

Inkisen (1998, 53) mukaan: " Tunnekokemuksilla on tärkeä merkitys ruumiinkuvassa. Dementiaa sairastava henkilö on herkkä tilanteiden herättämille tunteille ja sanattomalle viestinnälle". Dementoivan sairauden seurauksena aivojen kyky käsitellä ruumiista tulevia ärsykeitä heikkenee ja oma ruumiinkuva hämärtyy, jolloin dementoitunut henkilö on saattanut täysin kadottaa kontaktin omaan kehoonsa. Vaikeasti dementoituneella potilaalla on myös vaikeus hahmottaa ympäristöään.

### **2.3.3 Arkaainen kommunikaatio ja puheen prosodistiset piirteet**

Yhteinen kieli sanoineen ja symbolisine merkkijärjestelmineen mahdollistavat korkeimman tason vuorovaikutuksen. Kielellinen kyky sisältää itseensä symbolifunktion, joka mahdollistaa asioiden esittämisen erilaisten merkkien avulla:

äänteillä, eleillä ja kuvioilla sekä kyvyn oppia tajuamaan toisten yksilöiden käyttäytymien merkkien sisältöä (Viitamäki, Aché, 1978, 154).

Pitkäaikaissairaiden laitoksessa osa potilaista on kykenemätön ilmaisemaan itseään kommunikaation kautta, jolloin he joutuvat turvautumaan nonverbaaliseen viestintään. Yhteinen käsitesanasto on käytössä mutta kielellistä ilmaisua, sanojen akustista käyttöä ei ole. Vaikeasti dementoitunut saattaa yrittää vastata puheeseen, mutta akustista ääntä ei aina kuitenkaan synny, jolloin puhe jää äänettömäksi.

Kuten edellisessä luvussa kävi ilmi niin dementoituneiden kommunikaatioon vaikuttavat hyvin pitkälle erilaiset tunneviestit. Koska puheen sisällön ymmärtäminen on heikentynyt niin dementiaa sairastava on herkkä tilanteiden herättämille tunteille ja puheen rytmisille piirteille. Dementoitunut potilas ymmärtää näitä viestejä korostuneesti varsinkin kun looginen ajattelu on vaikeutunut ja muistin huonontuessa oikeiden sanojen löytyminen on mahdotonta. Kuten Isohanni (1989, 171) toteaa: "Dementoituminen rajoittaa ja tuhoaa symbolifunktion eli kielen ja ajattelun".

Havaintojeni mukaan vaikeasti dementoituneet potilaat viestivät tunteitaan, kokemuksiaan ja asioitaan arkaaisten viestien kautta, jotka olemme oppineet jo hyvin varhaisessa lapsuudessa ja, jotka säilyvät ihmisen koko elämän ajan ollen "muistissa". Tutkimuryhmäni potilaat oppivat tunnistamaan tutkijan äänen ja reagoivat siihen silmiä avaamalla tai kääntämällä päätä äänen suuntaan. Yksi tapa viestittää omia tunteita ja olemassaoloaan oli esim. värikkään rytmisoittimen laittaminen suuhun (jos siihen oli mahdollisuus) kuin maistaen olisiko se hyvän makuista. Sormien imeminen ja niillä piirtely peittoon oli myös yksi turvallisuuden ja mielialan ilmaisu keino. Turvallisuuden tunnetta lienee myös nukahtelu kesken terapian "musiikki ikään kuin kietoo sisäänsä turvallisesti," jolloin uskaltaa nukkua oman mielen kaotisuudesta huolimatta. Puheen prosodistisiin ominaisuuksiin ja äänen värin eri vivahteisiin potilaat reagoivat myös. Havaintoni mukaan kaikki kovat ja "vahvasti" soivat äänet herättivät pelkoa, sitä ikään kuin säpsähdettiin". Kuten Bevelas (1990, 54) toteaa: " Ihminen ei voi olla viestimättä (one cannot not communicate), sillä hän puhuu kaiken aikaa riippumatta siitä, sanooko hän jotain vai ei".

Välimäen (1998, 373) mukaan: " Ei-kielellisellä viitataan mielen rakenteisiin, toimintoihin ja ajattelun muotoihin, jotka ovat ihmisen kehityksessä varhaisempia. Ne ovat olemassa ennen kielellistä ajattelua ja tietoisuutta mutta vaikuttavat koko elämän ajan

kaikessa ajattelussa sittenkin, kun kielellinen kyky on omaksuttu". Hän jatkaa: " Ne vaikuttavat enimmäkseen tietoisuudelta piilossa mutta silti hyvin elävinä. Ei-kielellinen tarkoittaa kronologisesti yksilön kehityksessä aikaisempaa, ja siksi siitä voidaan puhua arkaaisena. Sen perusteet opitaan jo ensimmäisen elinvuoden aikana".

Spizin (1979, 63-64) kirjoittaa, että: " Arkaaisella järjestelmällä on jopa ratkaiseva merkitys tunteittemme, ajattelumme ja toimintojemme kannalta vaikka yritämme pitää sen piilossa. Arkaainen merkitysmaailma ankkuroituu pohjimmiltaan yksilön preverbaaliseen kokemusmaailmaan". Stern (1985) on tutkinut pienen lapsen kokemusmaailmaa ja kehitystä. Vastasyntyneellä on hallussaan kolme tapaa vastata annettuihin virikkeisiin. Niitä ovat imeminen, pään kääntäminen ja katseen kohdistaminen. Vauva pystyy myös yhdistämään eri aistimodalityyppien kuten liikeaistin, kosketuksen, hajun, näön ja kuulon kautta tulevien aistimusten yhteenkuuluvuuden ja samankaltaiset rakenteet sekä yhdistämään äänen voimakkuuden tiettyyn valon voimakkuuteen. Vauva rinnastaa tietyn kuulohavainnon kuvion samanmuotoiseen visuaaliseen havaintoon. Vauvalla on kyky muodostaa eräänlaisia ei-kielellisiä abstraktioita, joita esiintyy musiikin kielessä runsaasti. Sternin mukaan affektit hallitsevat vauvan maailmaa hän jakaakin ne perinteellisistä kategorioista, joihin kuuluvat kiukku, viha, häpeä, suru, ilo jne. ja vitaaliaffekteihin räjähtävä, voimakas, kiihtyvä, äkillinen jne. jotka ovat myös musiikin esitysmerkinnöistä tuttuja. Niillä on välitön kosketus ruumiilliseen olemassaoloon ja minuuden kokemukseen. Nämä ajattelun varhaisvaiheet eivät katoa iän myötä vaan ovat tavoitettavissa luovan prosessin avulla myöhemmälläkin iällä. (Rechardt, 1992, 20-21).

Arkaaisen käsittämisen ajatellaan olevan ruumiillisesta, lapsi oppii käsittämään havaintojaan ruumiin hahmon avulla siten, että todellisuuden käsittäminen tapahtuu ruumiin toiminnoista peräsiin olevien pelkkien muotojen avulla. Kielen abstraktit, "sisällöstä tyhjät" merkitysskeemat ovat peräisin ei-kielellisestä ruumiillisesta ymmärtämisestä. Nämä muodot toimivat eräänlaisena maailman reagoinnin alkeiskäsitteinä, skeemoina. Arkaaiset merkitysskeemat omalta osaltaan säätelevät sitä miten miellämme maailmaa (Rechardt, 1984, 91).

Musiikki, musiikkikokemus ja musiikillinen ajattelu vetoavat ja syvimmillään kiinnittyvät tähän ruumiillisen ymmärtämisen maisemaan. Kyse on vokaalisesta ja

kinesteettisestä rytmistä, jonka äidin vuorovaikutus tuottaa sikiökaudella (Kristeva, 1981, 286, 1984, 26). Musiikin ontologinen olemus ankkuroituu syvällisesti ihmisen arkaaiseen ruumiilliseen kokemusmaailmaan. Tämä musiikin kielen ominaisuus tekee sen moniselitteiseksi ja vaikeaksi verbaaliselle tulkinnoille avautuvaksi, Voidaankin sanoa, että musiikin kieltä ei voida syvällisimmässä merkityksessä ymmärtää hahmottamatta samalla musiikkikokemuksen pohjana olevaa arkaaista kinesteettis-akustista kokemusmaailmaa. Szekely (1962) mukaan tässä merkitysavaruudessa eräänlaisessa ikonsfäärissä, todellisuuden käsittäminen, rekonstruointi ja käsittely tapahtuu ilman verbaalisia sisältöjä pelkkää ruumimme toiminnoista peräisin olevaa muotoa käyttämällä (Lehtonen, 1988, 5).

Käsite prosodia on keskeinen kuvataessa musiikin ja kielen välisiä yhteyksiä. Prosodiolla tarkoitetaan lähinnä juuri kielen musiikillisia piirteitä. Vaikka puheen ja musiikin merkitykset ovatkin pääasiassa erilaisia, prosodiolla on oleellinen rooli myös puhutussa kielessä. Puhe sisältää lähinnä semanttisia ja musiikki esteettistä informaatiota. Arkaaisessa kommunikaatiossa kaikkiin ääniin ja siten myös puheeseen reagoidaan konesteettista koodia käyttämällä eli kiinnittämällä huomio puheen musiikillisiin (prosodisiin) piirteisiin. Nämä piirteet ovat esim. tempo, rytmi, ajallisuus, melodia, sävelkorkeudet, väri sointi ja intonaatio, jotka vangitsevat potilaan huomion (Karma, 1986, 22, 77, Erkkilä, 1997, 93, Rose, 1993, 77).

Olen pyrkinyt hahmottamaan sitä tapaa millä vaikeasti dementoituneet potilaat reagoivat ja viestittävät itseään vuorovaikutusprosessissa. Tapaan tulla ymmärretyksi ja kuulluksi. Kyse on ainoastaan tavasta millä he "puhuvat" kun puheen tuottaminen ja viestien lähettäminen on vaikeutunut ja estynyt.

### **3. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat**

Tämän tutkielman tavoitteena on saada uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuudesta ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää.

Tutkimusongelmaa lähestytään tutkielmassa tutkijan ja vaikeasti dementiaa sairastavien vuodepotilaiden vuorovaikutuksen kautta kliinisessä musiikkiterapia

ryhmässä. Kvantitatiivisilla menetelmillä on vaikeaa saada tietoa syvemältä ja ne soveltuvat huonosti prosessien kuvaukseen (Grönfors, 1982). Geriatriassa musiikkiterapiassa on yleensä käytetty metodeja, jotka soveltuvat laajalle terapia ryhmälle. Tässä tutkielmassa pyritään löytämään musiikin ja kliinisen musiikkiterapia työn kautta metodi, joka soveltuu vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodpotilaiden musiikkiterapiaan ja erityisesti aktivoimaan vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalisia viestintää. Tutkimus ote on iduktiivinen. Tutkielman lähtökohtana olen käyttänyt osallistuvaa observointia, jonka lähtökohdat ovat Eksistentiaalis-fenomenologiassa ja interaktionismissa (Hirsjärvi, ym. 1998, 163, 253).

### **3.1 Aineiston keruu menetelmät**

#### **3.1.1 Osallistuva observointi**

Empiirisen aineiston kokoamisen lähtökohtana olen käyttänyt osallistuvaa observointia. Uusitalo (1995, 89) tähdentää, että " Tieteellinen observointi on tarkkailua. Havainnoinnin etuna on, että se tapahtuu tyypillisesti tutkimuskohteen luonnollisessa ympäristössä ja se soveltuu erityisesti toiminnan ja käyttäytymisen kuvaamiseen ja sen ymmärtävään tulkitsemiseen".

Osallistuvassa havainnoinnissa on tyypillistä, että tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa, jolloin tutkija "astuu heidän kulttuuriseen ja symboliseen maailmaansa". Pyrkimyksenä on saada kokonaisvaltainen kuva tutkittavien elämästä, jolloin tutkimukohdetta ei irroiteta ympäristöstään. Se soveltuu menetelmäksi sellaisia ongelmia tutkittaessa, joista ei etukäteen ole kovin paljon tietoa". Leiwon, ym. (1987) mukaan: " Havainnointi voi kohdistua kielelliseen vuorovaikutukseen" (Hirsjärvi, ym. 1998, 213-214).

Niinistön (1981, 5-6, 17), mukaan: " Tulkinnallisessa tutkimuksessa data on hypoteesi ja tulkinnan lähde". Tulkinnallisen tutkimustavan juuret ja filosofiset perusteet löytyvät eksistentiaalisista, fenomenologiasta. Eksistentiaalis-fenomenologinen suuntaus korostaa yksilöllisiä, subjektiivisia merkityksiä ja tinkimätömänä tavoitteena on pitäytyä itse havaittavassa ilmiössä. Intentionaaliuus on eräs fenomenologian peruskäsitteitä: " Mikä tahansa akti tai elämys kohdistuu aina johonkin, kaikilla on

tarkoituksena". Merkityssuhteet ovat riippuvaisia kunkin yksilön kokemusmaailmasta eli ymmärtämisyhteyksistä" (Valve 1996, 50-51).

Eksistentiaalis-fenomenologisen filosofian mukaan tutkijan eksistenssi on myös olennainen osa tutkimusta. Näin tutkija on aina "läsnä" tutkimuksessa ja kaikki tutkimukset ovat subjektiivisia. Subjektiivisuus tulee esille varsinkin memetelmien ja tutkimuskohteen valinnassa mutta myös tutkimuskohteen ja tukittavien asioiden tulkittamisessa ja "ymmärtämisessä". Näin tutkijan ja objektin, siis ihmisten välille syntyy inhimillinen dialogi, jossa on mukana kontrolloimatonta empatiaa ja intuitiivista ainesta. Näennäisestä subjektiivisuudesta tuleekin tutkimuksen voima, jossa toisessa ihmisessä esiintyviä kokemusvivahteita voi tavoittaa vain herkistyneellä toisella inhimillisellä järjestelmällä (Niinistö, 1981, 18, Valve, 1996, 51).

Havainnointi menetelmää on kritisoitu eniten siitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta, jopa muuttaa tilanteen kulkua. Haittana on pidetty myös sitä, että havainnoija saattaa sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään ja tästä syystä tutkimuksen objektiivisuus kärsii (Hirsjärvi, ym. 1998, 210).

Tutkimusmenetelmää valitessani tulin siihen tulokseen, että vaikea-asteista dementiaasirastavien potilaiden jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää ei voi tutkia muuten kuin osallistumalla itse heidän musiikkiterapiaryhmä toimintaan. Valitut potilaat olivat minulle tuttuja jo aikaisemmalta ajalta, joten oli helpompaa luoda luottamuksellinen vuorovaikutus suhde valittuihin potilaisiin. Pyrin näkemään musiikin- ja musiikkiterapian mahdollisuuden ylläpitää puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää potilaiden lähtökohdista, jolloin minun on käytettävä tutkielmassani osallistuvalla observoinnilla kerättyä kvalitatiivista tietoa.

### **3.1.2 Havaintopäiväkirja**

Havaintopäiväkirjaan merkitsin joka terapia tapaamisen yhteydessä tutkimusryhmäni jäsenten viestejä ja reagointi tapoja kuin myös muita havaittavia asioita. Pääpaino päiväkirjamerkinnöissä oli puheen tuottamisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä tapahtuvat havainnot. Päiväkirjaan kirjoitin ylös myös potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia, sillä niilläkin oli suurta merkitystä siihen miten potilas suhtautui, viestitti ja "jaksoi" olla mukana musiikkiterapia tilanteessa. Tutkittavien alueiden lisäksi kirjasin

ylös myös terapiaprosessin tarkan kulun, käytetyn musiikin, laulut, käytetyn kirjallisuuden (Selkokieli kirjallisuus), kansansadut, lorut, runot sekä käytetyn materiaalin (esim. kukat ym.). Käytettyjä soittimia ja kuunneltua musiikkia. Eräs hyvin tärkeä seikka jonka merkitsin myös ylös oli terapiaprosessin tunnelma ja sen eri vivahteet jolla oli suurta merkitystä juuri turvallisuuden ja hyvänmielen tuojana.

### **3.1.3 Videointi**

Tutkielman aineistoa kerättiin myös videoinnin avulla. Videokamera ei juurikaan häirinnyt tutkimukseen osallistuvia potilaita, sillä potilaat olivat vuoteessa olevia. Videotyöskentelyni tapahtui hieman etäämmällä ei aivan vuoteen vieressä. Pidin tärkeänä, että potilaan "ykseyttä" ei loukata tuomalla hänen välittömään läheisyyteensä kuulumatonta ja häiritsevää esinettä. Videokameran hiljainen ääni ei myöskään näyttänyt häirinneen potilaita. Aineistoa analysoidessani huomasin, että videoinnista oli suurta apua siinä, että tilanteisiin ja tapahtumiin voi palata uudestaan ja nähdä asioita ikään kuin etäämmältä. Videointiaineistosta oli apua havaintojen uudelleen arvioinnissa, jolloin huomio kiinnittyi asioihin, joita ei välttämättä terapiaprosessin aikana huomannut. Videonauhat näyttivät terapian juuri sellaisena kuin se toteutui, valikoimatta ja totuudenmukaisesti. Potilaiden suhtautuminen videointiin oli heti alusta lähtien myönteinen. Siihen saattoi vaikuttaa myös se, että tutkija oli käynyt ennen varsinaisen tutkimuksen alkamista muutaman kerran ilman videokameraa ja oli tuttu potilaille.

### **3.2 Tutkimuksen tavoitteet**

Tutkielman tavoitteena on tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan sekä tuoda uusi terapeuttinen näkökulma, joka tukee vanhusta ja parantaa elämälaatua. Erityisesti tarkastelun kohteena on musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää, varsinkin kun potilaan kehityksessä tapahtuu jatkuvaa huononemista, jolloin itsensä ilmaiseminen on vaikeampaa.



Tarkastelun kohteena on myös puheen musiikillisen rytmin (prosodiset piirteet) merkitys verbaalisessa vuorovaikutuksessa. Tutkielman tavoitteena on myös hahmottaa uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista (varhaista, ei-kielellistä) kinesteettis-akustista (äänellistä aistimusta koskevaa) kokemusmaailmaa.

Tutkielmassa lähestytään kysymyksiä havaintojen perusteella potilaan tavasta reagoida musiikin kautta syntyviin tunteisiin ja muistumiin. Potilaan oman äänen kokemisen kautta luoda suotuisat olosuhteet minäkuvaa eheyttävänä ja yksilön elämähistoriaa merkityksellistävänä tekijänä. Auttaa potilaan elämähistoriaan liittyvien muistumien ja tunteiden läpityöstämisessä ja siten tukea minän eheytymistä. Unohtamatta sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ajallisen orientaation merkitystä psyykkiselle hyvinvoinnille.

Dementoituneen tapaan reagoida musiikin kautta syntyviin tunteisiin ja muistumiin lähestytään arkaaisen (varhaisen, ei-kiellisen) ajattelun kautta. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilaat nähdään lapsina, vaan että reagoinnin pohja on jo luotu varhaisessa lapsuudessa ja on "muistissa". Kun sairaus rajoittaa ymmärretyksi tulemis-ta, joka johtuu juuri kielen ja ajattelun rajoittuneisuudesta niin nämä piirteet tulevat selvemmin esille.

#### **4. Tutkimuksen toteuttaminen**

Tutkimuksen aineistoa kerättiin osallistuvalla observointi -menetelmällä, havaintopäiväkirjamerkinnoilla sekä videoimalla jokainen musiikkiterapia kerta. Tutkimuksen kohteeksi valittiin pitkäaikaissairaiden osastolta neljä naisvuodepotilasta, joista kaksi ehti kuolla tutkimuksen aikana. Tutkimuspotilaat valittiin yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Valintakriteerinä oli, että potilaat olivat vaikea-asteista dementiaa sairastavia vuodepotilaita ja, joiden puheen tuottamisessa oli häiriöitä.

Tutkimukselle saatiin lupa Helsingin kaupungin Eettiseltä toimikunnalta huhtikuussa, 1998. Varsinaisen tutkimuksen aloitin heti toukokuussa 1998 ja jatkoin toukokuulle 1999. Aineistoa kerättiin kahdeksan kuukauden ajan. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, kunnioittaen potilaan itsemääräämisoikeutta. Lupaa kysyttiin potilalta

sekä lähiomaiselta, joka antoi luvan. Tärkeää oli myös henkilöllisyyden suojaaminen, joten tutkimuksessa esiintyvät nimet ovat kuvitteellisia.

Observoitavaa aineistoa kerättiin jokaisesta musiikkiterapia tapaamisesta. Tapaamiset olivat kerran viikossa tapahtuvia ja kestoaltaan riippuen potilaiden voinnista 15 - 30 min kerta. Havainnot kirjattiin ylös havaintopäiväkirjaan sekä terapian tarkka kulku, käytetty materiaali, musiikki ja muut esille tulevat asiat, kuten potilaiden väsymys, voinnin lasku ym. Musiikkiterapia tilanteessa tutkija havainnoi musiikin mahdollisuutta ylläpitää ja aktivoida puheen tuottamista sekä nonverbaalista viestintää kuin myös vaikeasti dementoituneiden erityispiirteitä joilla oli merkitystä musiikkiterapiassa. Observoidessa tutkija kiinnitti huomiota siihen mitä näki ja kuuli sekä siihen mitä potilaalle tapahtui ja miten tapahtui kuin myös vuorovaikutusta tutkijan ja potilaan välillä. Tutkija havainnoi musiikkiterapiatilannetta olemalla mukana ja osallistumalla siihen. Musiikkiterapia kerrat videoitiin ja terapian loputtua tutkija kirjoitti ylös havaintopäiväkirjaansa tekemiään havaintoja.

Osastonhoitajaa haastateltiin tutkimuksen alussa ja loppupuolella. Haastattelu koski potilaiden aikaisempia sairaalassa olo aikoja ja vointiin liittyviä asioita sekä potilaan elämänsäkaareen liittyviä asioita.

#### **4.1 Tutkimusaineiston analysointi**

Empiirisen aineisto analyysin avulla tavoitteenani oli hankkia tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien musiikkiterapian mahdollisuuksista ylläpitää jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää sekä dementiaa sairastavien erityispiirteitä käytännössä asetettujen tavoitteiden toteutumisen kautta. Observointiaineisto, havaintopäiväkirja merkinnät ja videointiaineisto analysoitiin erikseen toisistaan. Ensin kävin läpi havaintopäiväkirja merkinnät, jolloin analyysi tehtiin tutkimusongelmittain: ensin analysoitiin verbaaliset ilmaisut ja sitten nonverbaaliset ilmaisut, jonka jälkeen analysoitiin vaikeasti dementoituneen potilaan erityispiirteet ja lopuksi tunne-ilmaisut. Seuraavaksi muutin videointiaineiston kirjalliseen muotoon ja vertailin saatua aineistoa havaintopäiväkirjamerkintöihin. Luin vielä useaan kertaan läpi havaintoni ja vertasin kumpaakin aineistoa keskenään, etsien usein toistuvia yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia tarkistaen, että jokainen havainto oli

oikeassa luokassa. Lisäksi analysoinnin avuksi rakennettiin erinlaisia listoja. Näiden perusteella muodostui pää- ja alaluokkia seuraavasti:

## TAULUKKO 2

### 1. Verbaaliset ilmaisut:

- Ymmärrettäviä sanoja,
- ymmärrettävää puhetta
- "omaa puhetta"
- käyttää akustista ääntä
- äänetön puhe

### 2. Nonverbaaliset ilmaisut:

- Liikehdintä, asennot,
- kasvojen ilmeet, eleet

### 3. Erityspiirteet:

- Sormien imeminen, vaatteiden hypistely,
- sormilla piirtely, suun mussuttelu

### 4. Muita havaittavia toimintoja:

- Silmien avaaminen, katseen kohdistaminen,
- kuunteleminen, äänen tunnistaminen

### 5. Tunne-ilmaisut:

- Positiiviset, hymy, nauru.
- Negatiiviset, itku, huokailu

Tämän jälkeen vielä luin havainto- ja videoaineston päiväkirjamerkinnot läpi ja tarkastin oliko mahdollisesti jäänyt jotain oleellista huomaamatta. Seuraavaksi tarkastin luokkien välisiä suhteita, jonka jälkeen muodostin vielä pääluokat. Näin pyrin kuvaamaan vaikeasti dementiaa sairastavien pitkäikäissairaiden musiikkiterapian mahdollisuudesta ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää sekä vaikeasti dementoituneiden erityispiirteitä, jotka vaikuttavat terapian onnistumiseen ja elämänlaadun parantamiseen.

## TAULUKKO 3

### PÄÄLUOKAT MUODOSTUIVAT SEURAAVASTI:

#### Verbaaliset ilmaisut:

- Äänelliset**
- Omaa puhetta**
- Yritys vastata**
- Yksittäiset sanat**
- Äänetön puhe**

#### Fysiologiset toiminnot:

- Nieleskely**
- Laulaminen**
- Hyräily**
- Muu ääntely**

**TAULUKKO 3 (jatkuu) PÄÄLUOKAT:**

<b>Tunne-ilmmaisut:</b>	<b>Erityispiirteet:</b>
<b>Positiiviset:</b>	<b>Sormien imeminen</b>
<b>Hymy</b>	<b>Silmien avaaminen</b>
<b>Nauru</b>	<b>Katseen kohdistaminen</b>
<b>Iloisuus</b>	<b>Tavaroiden maistelu</b>
	<b>Vaatteiden hypistely</b>
	<b>Nukkuminen, väsymys</b>
<b>Negatiiviset:</b>	<b>Nonverbaalinen viestintä:</b>
<b>Suru</b>	<b>Asennot</b>
<b>Itku</b>	<b>Ilmeet</b>
<b>Alakuloisuus</b>	<b>Eleet</b>
<b>Ahdistuneisuus</b>	

Aineisto analyysin pääpaino oli musiikin avulla tapahtuvassa puheen tuottamisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä. Erityisesti jäljellä olevien sanojen tuottamisessa sekä nonverbaalisessa viestinnässä, joka välittyi kasvojen ilmeinä, eleinä ym. Vuorovaikutustilanteessa ymmärretyksi tulemisessa sekä vaikeasti dementiaa sairastavien erityispiirteiden hahmottamisessa.

Pääluokassa verbaliset ilmaisut esiintyy äänetön puhe, jolla tarkoitetaan sitä, että usein vaikeasti dementoitunut yrittää vastata puheeseen mutta akustisen äänen käyttö on häiriintynyt eikä ääntä saada kuuluville. "Omaa puhetta" tarkoittaa, että potilas puhuu mutta puheen sisällöstä ei saa selvää, sillä siellä on sanoja väärässä järjestyksessä ja puheen sisältö on epämääräinen. Luokkaan erityispiirteitä sijoitettiin analyysissä myös arkaainen viestintä jossa esiintyi, mm. sormien imeminen, silmien avaaminen ja jolla tarkoitetaan, että vaikeasti dementoituneilla potilailla on tapana pitää silmiään kiinni ja avata ne aivan hetkellisesti, puhumattakaan katseen kohdistamisesta äänilähteeseen päin. Maistelu tarkoittaa, että potilailla on tapana jos mahdollista laittaa suuhun esim. juuri soittimia ym. Tutkimusryhmän potilailla esiintyi näitä ominaisuuksia.

## 4.2 Tutkimustulosten tarkastelua

### 4.2.1 Tausta tietoja tutkimusryhmän potilaista

Tutkimusryhmän muodisti neljä vaikea-asteista dementiaa sairastavaa naisvuodepotilasta. Tutkimuksen aikana kaksi heistä kuoli. Toinen melko pian tutkimuksen alettua ja toinen vähän myöhemmin. Tutkimus perustuu näin ollen kahteen naispotilaaseen. Potilaiden tiedot perustuvat potilasasiakirjoihin ja osastonhoitajan haastatteluun. Eettisyyden turvaamiseksi potilaiden nimet ovat kuvitteellisia.

Hanna on 91-vuotta. Hänellä ei ole omia lapsia, mutta veljen poika pitää yhteyttä. Hän on ollut naimisissa ja jäänyt leskeksi. Sairaalaan joutumisen syynä oli ollut pärjäämättömyys kotona johtuen dementoivasta sairaudesta. Hän on ollut hoidettavana eri laitoksissa ja nyt ollut hoidettavana pitkäaikaissairaiden osastolla viisi vuotta, jonka aikana on joutunut vuodepotilaaksi ja on täysin autettava ja liikunta kyvytön. Kykenee vastaamaan ei ja on mutta akustista ääntä ei pysty tuottamaan kuin joskus. Aktiiviaikana on harrastanut kuorolaulua, runoja sekä lorujen lausuntaa. Hannalla on tapana pitää silmät kiinni ja kuunnella, hän saattaa myös avata silmät terapian ajaksi. Hän pitää piirileikki lauluista ja tarinoista sekä loruista ne saavat hänet aktivoitumaan, jonka osoittaa mm. äänтелеillä. Hanna osoittaa hyvin avoimesti tunteitaan nonverbaalisen viestien kautta esim. kuuntelemalla, tai mussuttamalla suutaan sekä kohdistamalla katseen tutkijaan päin.

Saimi on 94-vuotta. Hänellä on yksi lapsi, poika, joka pitää yhteyttä ja käy katsomassa. Hän on ollut naimisissa ja jäänyt leskeksi. Sairaalaan tulon syynä on ollut kaatumisen aiheuttama murtuma sekä dementoiva sairaus. Hän on ollut hoidettavana pitkäaikaissairaiden osastolla seitsemän vuotta, jonka aikana joutunut vuodepotilaaksi. Hän on soittanut pianoa aktiiviaikana sekä laulanut kuoroissa ja matkustellut. Hän pitää musiikista. Saimi pitää vanhoista kansanlauluista ja piirileikki lauluista, myös erilaiset tarinat ovat hänelle mieluisia. Saimi yrittää vastata puheeseen ja pystyykin tuottamaan akustista ääntä varsinkin laulaessa. Saimi pystyy puhumaan joitakin ymmärrettäviä sanoja. Hän osoittaa tunteensa hyvin avoimesti, joko hiljaisella "omalla puheella" tai hymyilemällä. Nonverbaalisen viestinnän kautta hän osoittaa kulkia kurtistamalla jos ei pidä jostakin asiasta esim. laulusta tai luetusta tarinasta.

#### 4.2.2 Tutkimustulos

Observoinnin yhtenä tavoitteena oli saada uutta tietoa vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden musiikkiterapiasta ja erityisesti sen mahdollisuuksista ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaan puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää. Tavoitteena oli myös selvittää onko vaikea-asteista dementiaa sairastavilla potilailla tyypillisiä erityispiirteitä, jotka terapeutin on otettava huomioon toteuttaessaan musiikkiterapiaa. Puheen prosodististen piirteiden merkitys vuorovaikutustilanteessa sekä musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista kokemusmaailmaa.

Tyypillisimmät reagoinnit kuultuun ja laulettuun musiikkiin olivat silmien avaaminen, äänen tunnistaminen, itku, suun mussuttelu, kulmien kurtistaminen, sormien imeminen, kuuntelu. Joskus laulettaessa esiintyi jopa ymmärrettäviä pidempiä lauseita mutta useimmiten puheen tuottaminen jäi muutamiin ymmärrettäviin sanoihin, joko akustisesti tai ilman ääntä.

Aineisto analyysissä kävi ilmi, että mahdollisuus aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää tarkoituksen mukaisen musiikkiterapeuttisen metodin avulla on mahdollista ja jossa käytetään lisäksi sovelletusti MIT-menetelmää, joka on rytmitettyä laulamista (Melodic Intonation Therapy). Se sattaa mahdollistaa vammautuneen aivopuoliskon aktivoimista laululla sekä saattaa parantaa myös puheen ymmärtämistä (Saloheimo, 1989, 101, vrt. Lehtihalmes).

Kosketuspintana toimi tutut päivittäiset asiat potilaan elämästä, esim. työtapoja, kansanlauluja, loruja. Sen sijaan uusien sanojen tuottoa ei ilmaantunut. Lisäksi analyysissä kävi ilmi, että prosodistisilla piirteillä on merkitystä potilaalle puheen ymmärtämisen kannalta, varsinkin kun puheesta välittyy puheen rytmi erilaisine vivahteineen paremmin. Lisäksi analyysissä ilmeni, että vaikeasti dementoituneilla potilailla ilmenee erityispiirteitä, jotka joudutaan ottamaan huomioon toteutettaessa musiikkiterapiaa näitä ovat mm. vuodepotilaana oleminen, arkaainen kokemusmaailma, viestien ymmärtäminen sekä työskentelyyn vaikuttavia tekijöitä kuten musiikin- ja materiaalien valinta.

Tarkoituksen mukaisella metodilla tarkoitan tässä analyysissä ryhmän tasoon soveltamista, jossa pyritään ottamaan huomioon vaikeasti dementoituneen tarpeet ja

tarkoituksellisuus. Kosketus pintana toimi potilaan kulttuurihistoriallinen tausta, selkokieliisyys sekä elämäkokemus ja arvot. Lisäksi analyysissä kävi ilmi myös terapia kertojen vaihtelevuus mikä tarkoittaa potilaiden voinnin suurtakin vaihtelevuutta eri terapia kerroilla, hyvin väsyneestä ja autistisesta, virkeään ja mukana seuraavaan.

## **5. Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys tutkimuksen perustana**

### **5.1 Humanistinen ihmiskäsitys**

Ihmiskäsityksemme näkyy niissä arvoissa ja arvostuksissa, joiden varassa toimimme arkisin. Ihmiskäsityksemme muodostuu kasvatuksen, koulutuksen ja oman pohdinnan kautta ja se on tiedostamatonta. Rauhalan (1990, 50) mukaan: " Ihmisen toiminta on itseohjauksellista, ainutkertaista ja muuttuvaa, jossa ihminen etsii, tutkii vaihtoehtoja, punnitseva, muutoksiin ja yllätyksiin valmis". Humanistisen psykologian mukaan ihminen on ymmärrettävissä parhaiten omista ainutkertaisista olemassaolonsa ehdoista käsin. Ihmiskäsitys muodostuu monista osa-alueiden kokonaisuuksista, fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä. Fyysiseksi nähdään kaikki se mikä on käsin kosketeltavaa. Sosiaalista on se, minkä kanssa ihminen on yhteydessä ja mihin hänellä on jonkinlainen suhde. Ihminen on suhteessa luontoon, toisiin ihmisiin, itseensä, henkiseen ja Jumalaan. Psyykkisessä vallitsee merkityssuhteiden kokonaisuus. Tunteiden, ajatusten, uskomusten ja intuitiivisten aavistusten kokonaisuus. Ihmisen inhimillisessä kehityksessä on mukana yksilön kokemusmaailma kaikkine vivahteineen. Olemme kokemisessamme aina sidoksissa omaan tajunnalliseen historiallisuuteemme. Tiivistetysti voidaan sanoa, että humanistisessa psykologiassa ihminen nähdään historiallisena, aktiivisena, kunnioituksen arvoisena ja tietoisena persoonana (Dunderfelt, 1997, 231).

### **5.2 Humanistis-eksistentiaalisen teorian filosofia ja tarkoitus**

Eksistentialismin lähtökohta on ihmisen tajunnan välitön, "puhdas", olennainen sisältö. Keskeistä ihmisen elämässä on yksilöllinen olemassaolo (eksistenssi), jota ei voi käsittää rationaalisesti. Se tajutaan eräänlaisessa peruskokemuksessa, jonka

luonnetta on kuvattu mm. "olemisen särkyneisyytenä" tai "haurautena". Eksistenssi on tietoisuutta omasta olemassaolosta ja etenkin oman valinnan välttämättömyydestä. Keskeisiä ongelmia ei pyritä ratkaisemaan vain älyllisen ymmärtämisen vaan elämyksellisen kokemuksen avulla.

Heideggerin mukaan olemassaolo on olennaisesti ajallista, ihminen syntyy jo olemassaoleviin puitteisiin, joissa hän elää tulevaisuuteen suuntautuvasti. Ihminen ei siten voi nousta ajallisuutensa ja puitteidensa (kuten kielen) yläpuolelle tavoittamaan lopullista totuutta tai metafyyssistä järjestelmää. Ihmisen olemassaolo on aina keskeneräistä, ihminen ei voi vain laskelmoivan järkipäisesti käsittää ja hallita maailmaa, vaan olemassaolon perustan tavoittaa vain elämän kuuntelemisen ja intuition kautta.

Humanistiseen psykologiaan ovat vaikuttaneet mm. Kierkegaard hänelle ihminen on ruumiin ja sielun ykseys. Hän puhuu hengestä, joka tekee ihmisen kykeneväksi havaitsemaan itsensä, olemaan suhteessa itseensä ja tulemaan omaksi itseksi. Tietoisuus korostaa ihmisen itsensä havaitsemista, hänen valpasta suhdettaan itseensä, joka on todelliseksi tulemisen edellytys (Thielst, 1994, 206-207, Rauhala, 1990, 132).

Toinen vaikuttaja oli Husserl. Hänen mukaan ymmärtämissyhteys on mukana kaikissa tajunnan akteissa tulkitsevana ja maailmankuvaan liittävässä rakenteena. Mieltä ei ole ilman aikaisemmasta kokemustaustasta tarjoutuvaa tulkitsevaa ja maailmankuvaan liittävä osatekijää. Ymmärtämissyhteysillä on aina jokin mielellinen sisältö, sillä ne edustavat kokemuksen historiallisuutta. Ihmisen maailmankuva on se mikä on, niissä ymmärtämissyhteysissä, jotka kunkin yksilön tajunnallisessa historiallisuudessa vallitsevat (Rauhala, 1990, 109). Päähuomio on yksilön elämysten kuvaaminen ja selittäminen ja, että jokainen ihminen kokee tapahtumat omalla tavallaan yksilöllisesti. Husserlin tunnuksia ovat "itse asioihin meneminen" ja "olemuksen näkeminen" ja, että koettaa tavoittaa sen ydinsisällön mahdollisimman puhtaasti.

Humanistiset teoriat määrittelevät ihmisen toiminnalle välttämättömiä tarpeita. Maslow (1954) kehitti motivaatioteorian, joka perustuu viiden perustarpeen muodostaman hierarkiaan. Hänen mukaansa yksilön toiminta määräytyy kulloinkin vallitsevan motiivin perusteella, kuitenkin niin, että alemman tason motiivien täytyy ensin olla tyydytetyt, ennen kuin ylemmän tason motiivit saavat sijaa. Alimmalla tasolla ovat puutemotiivit: fysiologiset perustarpeet, turvallisuuden tarpeet, rakkauden ja



yhteenkuuluvuuden tarpeet sekä hyväksynnän tarpeet. Hierarkian ylemmällä tasolla ovat kehitystarpeet: itsensä toteuttamisen tarpeet, tietämisen ja ymmärtämisen tarpeet ja esteettiset tarpeet. Maslowin teoria edustaakin humanistisen psykologian ajattelua, jolloin se korostaa yksilössä luonnostaan olevia kasvun ja kehittymisen tarpeita, halua pyrkiä itsensä toteuttamiseen, halua tietää ja halua saada esteettisiä kokemuksia, mikäli perustarpeet on tyydytetty (Maslow, A, 1954 /, Kuusinen, 1999, 196).

Maslow (1954) puhuu myös luovuuden voimavarasta, joka on rakennettu jokaisen ihmisen sisään ja, jota ihminen oppii käyttämään etsiessään ratkaisuja ongelmiin tai tasapainon ja eheytyksen löytämiseen. Luovuudessa ihminen voi toteuttaa itseään spontaanisti, avoimesti ja herkästi.

Miettisen (1999, 133) mukaan: " Maslowin teorian viides askel kytkee: itsensä toteuttamisen ja olemisarvot uskonnolliseen kokemukseen. Ne viitoittavat tien kasvuun ja onneen ja tarjoavat ihmiselle huippukokemuksen (peak experience).

Maslow sanoo, että itsensä toteuttajilla havaitsemillaan huippukokemuksilla oli yhtymäkohtia zen-buddismin kokemus-käsitteeseen.

Tornstam (1994) kirjoittaa, että: "Zen-buddhalaisen ajatuksen mukaan menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus eivät ole erillisiä vaan olemassa samanaikaisesti". Hän jatkaa: "Gerotranssendenssi teorian mukaan ikääntyminen, tai pikemminkin eläminen, merkitsee prosessia, jonka aikana transsendenssin aste kasvaa. Se on sisäsyntyinen ja kulttuurista riippumaton, mutta tietyt kulttuuriset mallit saattavat kylläkin muuntaa sitä. Joka päiväinen elämä ja sisäsyntyinen suuntaus synnyttää tämän prosessin, joka on jatkuva". Gerotranssendenssillä tarkoitetaan muutosta materialistisesta ja rationaalisesta elämäntarkoituksesta kosmiseen ja transsendenssiseen, mistä yleensä seuraa elämäntyytyväisyyden lisääntyminen ja sitä voidaan myös kutsua mielenrauhaksi ( Tornstam, 1994, 75, 77).

Frankl (1982) puhuu elämäntarkoituksellisuudesta: " Ihminen pyrkii aina etsimään ja löytämään tarkoituksen. Ihminen suuntautuu aina kohti jotakin tai, joka on itsensä ulkopuolella olevaa, se on antropologinen tosiseikka. Se ilmenee toisen ihmisen kohtaamisena tai tarkoituksen käyttämisenä, ihmisen rakastamisena tai tehtävän palvelemisena. Ihminen on aidosti inhimillinen ja tulee aidoksi itsekseen vain siinä määrin, missä hän toteuttaa tätä inhimillisen olemassaolon itsen transsendenssiä (Frankl, V. 1982, 27, 34).

Jungin näkemys ihmisen kehityksestä kumpuaa holistisesta, kokonaisvaltaisesta, ihmiskäsityksestä. Sen mukaan "hminen on psyyken (sielullis-henkinen ulottuvuus) ja kehon (fysiologis-biologinen ulottuvuus) muodostama eheä kokonaisuus, jossa psyykkeä ja kehoa ei voida jyrkästi erottaa toisistaan. Ratkaisevaa on loppujen lopuksi tietoisuus, joka ymmärtää tiedostamattoman ilmaukset ja ottaa niihin kantaa" (Jung, 1985, 206).

Jungin kehitystä koskevan teorian pääpiirteet voidaan tiivistää kolmeen kohtaan. Ihminen läpikäy koko elämänsä ajan itsetiedostamisen kehitystä - individuaatiota, tällä tiellä hän kohtaa sisäisen psyykkisen ja henkisen maailman kokemuksia - psykodynaamiikka. Yksittäisen ihmisen kokemuksilla on yhteys universaaliin koko ihmiskunnalle yhteisiin kokemuksiin - kollektiivinen tiedostamaton, joka on persoonallista tiedostamatonta syvempi, kaikissa ihmisissä oleva psyyken kerros (Jung, 1929a, 158). Sisäinen kokemus on henkisen kasvun ja ihmiseksi tulemisen tärkein peruste. Jungin perusnäkemyksessä ilmenee luottamus ihmisen sisäisen elämän, psyykkisen ja henkisen ulottuvuuden itsenäisyyteen. Sisäisyytemme on tietyssä yhteydessä fyysiseen ja yhteisölliseen maailmaan mutta siinä toimii myös lainalaisuuksia, jotka alkuperältään ovat puhtaasti psyykkisiä, jopa henkisiä. Kehityksen perusvaiheiden jälkeen aukeaa hänen mukaansa ihmisen sisäisyyden maailma ja todellinen yksilöityminen (Dunderfelt, 1997, 254).

Jung (1995, 436) kutsuu yksilöksi tulemista individuaalisaatioprosessiksi. Individuaation näkökulma lähtee psyyken tai tajunnan todellisuudesta ja, että ihmisellä on yksilöllisyys, ainutlaatuinen ydinminuus. Yksilöllisyys voidaan nähdä vielä omana tasonaan suhteessa psyykkiseen sisäisyyteemme. Kaikki ulottuvuudet toimivat yhdessä ja muodostavat kokonaisuuden, mutta niillä on myös oma laatunsa, kokonaisvaltainen näkemys ihmisestä.

Jung tarkoittaa yksilöllisyydellä "kaikkein sisintä", kaikkein viimeisintä ja ylittämättömintä ainutlaatuisuuttamme, omaksi itseksi tulemista. Individuaalisaatiota voidaan kutsua myös "itseksi tulemiseksi" tai "itsensä toteuttamiseksi". Individualisaatio merkitsee erottumista ja vapautumista laumasta ja perinteestä. Tämä vapautumisen tien perustana on sisäinen ääni tai kutsumus (Jung, 1928, 171, vrt. Miettinen, 1999, 135).

Individuaatio kehitys voi saavuttaa uusia ulottuvuuksia läpi koko elämän. Yksilö pystyy uudistumaan, kasvamaan, vaikka fyysiset voimavarat väijäämättä vähenevät. Muutoksia ilmenee fyysisessä ja sosiaalisessa piirissä, mutta perussyynä on syvällä oleva sielun muutos. On myös otettava huomioon ihmisen sisäinen psykodynaamisen kehityksen oma rytmi (Dunderfelt, 1997, 145, 155).

Jung kirjoittaa, että: " Näkemykseni mukaan ihmisen tiedostamaton muodostuu kahdesta osasta. Toinen on henkilökohtainen tiedostamaton, siihen sisältyvät kaikki ne psyykkiset asiat, jotka yksilö on unohtanut elämänsä aikana. Se sisältää kaikki hienosäikeiset aistimukset, joilla on liian vähän voimaa nousta tietoisuuteen. Se sisältää myös tiedostamattomat ajatus- ja ideakokonaisuudet, jotka ovat liian heikkoja tai jäsentymättömiä ylittääkseen tietoisuuden kynnyksen. Henkilökohtainen tiedostamaton sisältää myös kaiken sellaisen psyyken sisällön, joka ei sovi yhteen ihmisen tietoisien asenteiden kanssa. Hän jatkaa vielä: " Kollektiivisen tiedostamattoman sisältö ei ole kehittynyt yksilön elämän aikana, vaan se on sisäsyntyinen universaalisten muotojen ja vaistojen tulosta" (C. G. Jung, *Über psychische Energetik und das Wesen der Träume*, 1948, G W 8).

Jungin mielestä individuaatio on elämän peruskysymys ja se, että ihminen pyrkii tulemaan yhä enemmän omaksi itsekseen. Yhteydet tiedostamattomaan arkaaiseen ajatteluun ja kokemusmaailmaan merkitsevät tietämistä jostakin syvällisemmästä ja sisäisemmästä todellisuudesta. Tämä todellisuus voidaan yhtäältä liittää yksilön kehityshistorian hahmotteluksi. Musiikki on osa tällaista individuaalisaatioprosessia. Se on yhteiseksi koetun tehtävän jakamista, heittäytymistä sisäisen maailman käsittelemistehtävään ja pyrkimystä tavoittaa siinä jotakin henkilökohtaista mielenrauhaa ja itseymmärrystä (Lehtonen, 1988, 45 vrt. Tornstam, 1994).

Musiikki ja musiikkiterapian eksistentiaalinen merkitys muodostuu aina sen suhteen pohjalta mikä vallitsee havaittavan yksilön sisäisen tilan ominaislaadun, maailmankuvan, terapeutin sekä käytetyn musiikin välisen situationaalisen säätöpiirin välillä. Tässä prosessissa, jossa musiikin dynaamiset muodot kohtaavat yksilön tajunnallisen eksistenssin, ei ole valmiita merkityksiä tai painopistealueita. Musiikin saama eksistentiaalinen merkitys määräytyy aina suhteessa kokevan yksilön sisäisiin ehtoihin, joita ovat ruumiilliset tai mentaaliset ehdot. Ihminen siis konstituoii maailmaansa oman eksistenssinsä historiallisten rakennetekijöiden kautta ja, joiden ymmärtämiseen ihminen ikään kuin "kasvaa sisään" (Lehtonen, 1996, 102).

Kliininen työskentelyni perustuu pitkälle juuri humanistis-eksistentiaaliseen ajatteluun, jossa yksilöä pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti, arvokkaana ja ainutlaatuisena oman ikäpolvensa edustajana. Jonka käyttäytymiseen ja reagointiin vaikuttavat kulttuurihistoriallinen tausta ja eletyn elämän kokemukset ja arvot. Terapiassa keskitytään tässä ja nyt kokemukseen, johon vaikuttavat musiikin kautta syntyvä potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus. Vuorovaikutus tapahtuu musiikin kielen avulla, jolloin terapiaprosessissa saavutetaan yhteisymmärrys ja luottamus tunteen tasolla.

Edellä kuvatun teoreettisen viitekehyksen perusteella voidaan ajatella, että musiikin kyky aktivoida vaikeasti dementoituneen potilaan muistia auttaa jäljellä olevien sanojen tuottamisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä. Musiikin kyky koskettaa potilaan minuutta, ja siten auttaa eheyttävästi, oman ainutkertaisen ja historiallisen olemasaolon syvällistä ymmärtämistä ja tuoda esille sellaisia puolia, joista ei aikaisemmin ollut tietoinen. Tämä prosessi auttaa potilaan työskentelyä minuuden eheyden saavuttamiseksi ja eletyn elämän hyväksymisen, jolloin elämän tärkeyden ja tarkoituksellisuuden oivaltaminen auttaa selviytymään elämästä vuodepotilaana ja helpottaa lähestyvän kuoleman kohtaamisessa. Musiikin avulla voidaan kuolemaan liittyviä pelkoja käsitellä ja ilmaista helpommin. Kuolemaan liittyvät pelot ja tunteet ovat hyvin arkaaisia ja verbaalisesti vaikeasti ilmaistavia. Musiikin avulla voi läpityöskennellä eletyn elämänsä ja löytää musiikista voimavaroja kuoleman kohtaamiseen. Kuten Lehtonen (1988, 55) toteaa: " Yhteydet tiedostamattomaan arkaaiseen ajatteluun ja kokemusmaailmaan merkitsevät tietämistä jostakin syvällisemmästä ja sisäisemmästä todellisuudesta, joka voidaan liittää yksilön kehityshistorian hahmotteluksi".

## **6. Musiikin ja äänen terapeutin vaikutus**

### **6.1 Oikea ja vasen aivopuolisko**

Geschwind & Galaburda (1985, 428, 459) tutkimuksen mukaan "vasen aivopuolisko on aktiivisempi kielellisiä ärsykeitä prosessoidessaan niin tietoisesti kuin esitietoisesti. Josephin (1988) mukaan: "Vasemmassa aivopuoliskossa on yksi alue, joka kontrolloi laajasti puhumiseen liittyvää kapasiteettia (Broca-alue) ja toinen alue, joka välittää kykyä ymmärtää puhetta (Wernickin alue). Erkkilä (1996, 107) jatkaa:

"Vasen aivopuolisko näyttäisi omaavan paljon niitä ominaisuuksia, jotka liittyvät musiikin kognitiivisena organisaationa sillä musiikissa on paljon "lingvistisiä" ominaisuuksia". Kielessä on myös kuvaava ja emotionaalinen puolensa. Puheessa tunteita voidaan ilmaista lennokkuudella, äänen korkeudella ja vaihtelulla, sävyillä, puheen melodialla ja äänen painolla. Vastaavia ilmaisukeinoja musiikissa ovat laulaminen, tonaalisten kuviodien havaitseminen, äänen väri, kovuus, harmoniset rakenteet, surina ja nonverbaaliset ääni-ilmaisut (Erkkilä, 1996, 105-106).

Ahosen (1993, 53) mukaan: "Vasempaan aivopuoliskoon sijoittuu myös rytmi, sanojen tuottaminen ja vastaanotto, prosodia, looginen ja analyttinen prosessointi. Kun taas oikeaan aivopuoliskoon sijoittuu: melodia, harmoninen hahmottaminen, muodot, tila / aika, orientaatio, tunteet, holistinen / intuitiivinen". Ihmisen keskushermosto on rakenteeltaan sellainen, että kumpikin aivopuolisko saa tietoa ensisijaisesti kehon vastakkaisen puolen aistielimistä. Tämä vastakkaisen puolen periaate soveltuu näköön, kuuloon, kosketustuntoon ja liikkeiden säätelyyn.

Ihminen kuulee erilaisia sanapareja tai muita äänipareja yhtä aikaa oikealla ja vasemmalla korvallaan. Yleensä ihminen tunnistaa puheeseen liittyviä ääniä, tavuja ja sanoja paremmin oikealla korvallaan, jolloin kuullun tiedon käsittely tapahtuu pääosin vasemmassa aivopuoliskossa. Erilaiset puheeseen liittymättömät äänet taas tunnistetaan paremmin vasemmalla korvalla eli pääosin oikeassa aivopuoliskossa prosessoiden.

Normaalisti kumpikaan aivopuolisko ei toimi toisesta riippumatta sillä niitä yhdistää tiiviit ja runsaat hermoradat, joiden avulla ne ovat jatkuvassa, toisiaan täydentävässä vuorovaikutuksessa. Edellä olevan mukaan voidaan siis ajatella, että, esim. puhekeskus, joka siis sijaitsee aivojen vasemmalla puoliskolla ja musiikin ymmärtämisen keskus ja laulujen sanat, jotka ovat tallella aivojen oikeassa puoliskossa esim. laululla aktivoidaan aivojen tervettä osaa niin se pyrkisi ottamaan hoitaakseen vammautuneen aivopuoliskon tehtävät (vert. Kuikka, ym. 1992, 52, 54, 56, Saloheimo, 1986, 49). Erkkilän (1996, 109) mukaan: " Musiikin prosessointi aivoissa kohdistuu oikeaan aivopuoliskoon voimakkaimmin silloin, kun musiikkia pyritään ymmärtämään kokonaisuutena, konteksteineen ja emotionaalisine sisältöineen".

## 6.2 Terapeuttinen ääni- ja laulu

Ääni ja musiikki tulevat mukaan elämäämme jo varhain, sikiö tunnistaa rytmin ja reagoi siihen. Pienimmätkin kehomme osat toimivat rytmin mukaan, sillä rytmi on elämän syke ja kaikkein tärkein musiikissa. Erkkilä (1996, 47, 1997, 70) kirjoittaa, että: "Musiikillinen rytmi heijastaa varhaisia yleisinhimillisiä kokemuksia ja sillä on yhteyttä mielihyvän ja mielihänen kokemiseen. Näin ollen musiikissa rytmin katsotaan liittyvän varhaiseen turvallisuuden tunteeseen, joka juontaa aina sikiövaiheeseen saakka". Langer (1953) puhuu, elämän loputtoman monimutkaisista rytmeistä, joiden tavoittaminen on erityisesti musiikille mahdollista (Rechartt, 1992, 23).

Ihmisiäni on todellisuudessa kokoelma erikorkuisia osasäveliä, joita korva ei pysty erottamaan. Ihminen kuulee äänen kokonaisuutena. Äänen korkeus kuullaan kuitenkin matalamman osasävelen mukaan. Ikääntyessä rustot alkavat kalkkiutua ja limakalvot kuivua, ääni alkaa vanhuuden kynnyksellä nousta ja heikentyä. Kun ääniaalto kohtaa kehon se saa elävät solut värähtelemään. Ihmisruumis sekä tuottaa, että ottaa vastaan värähtelyjä. Laajasti ottaen voidaan sanoa, että ihmisruumis kokonaisuudessaan toimii äänen kaikupohjana. Todellinen resonanssin aiheuttaja on kuitenkin suuri, monimuotoinen ontelorakenne, joka ulottuu keuhkojen kärjistä sieraimiin ja huuliin. Kun äänivärähtelyt siirtyvät äänihuulten yläpuolella olevaan ilmatilaan, ne käyvät läpi muotoutumisprosessin, jonka saa aikaan resonanssi eli kajeilmiö. Kuulemamme ja tuntemamme äänet ovat osasävelten summia, värähtelykokonaisuuksia, joissa perusvärähtelyn mukana soivat harmonisten ylä- ja alasävelten värähtelyt. Erilaiset värähtelyt voi tuntea eripuolilla kehoa eri tavoin. Matalat äänet tuntuvat voimakkaimmin kehon alaosassa ja korkeat yläosassa. Korkeimmat harmoniset yläsävelet tuntuvat päässä, mutta saattavat vaikuttaa muuhunkin kehoon (Aaltonen, ym. 1985, 65, Saloheimo, 1994, 141, 143).

Sokolovin (1987, 37) mukaan: " Ääni nähdään keskipisteenä psyykkisen, emotionaalisen, älyllisen ja henkisen minän välillä, sillä ääni läpäisee tajuntamme kaikki kerrokset, arkielämää ohjaavan pintatietoisuuden, ajatustemme tasot sekä uniemme ja piilotajuntamme syvimät kerrokset". Lehikoinen, Liljamaan, (1988, 42) mukaan: "Ihminen tulee ensi kerran tietoiseksi itsestään juuri ääni-värähtely-rytmihavainnon kautta. Tajunnan syvimät kerrokset rakentuvat äänestä, värähtelystä ja rytmistä. Siksi

ääni voi olla sisäisen maailman hallitsemisen ja jäsentämisen väline, jonka avulla voidaan avata väyliä ja mahdollistaa liikkumisen syvilläkin alueilla".

Ääni siis koskettaa tietoisuuden syvintä perustaa luoden mahdollisuuden löytää parantavia voimavaroja, jotka edelleen voidaan kanavoida hoitavaan tarkoitukseen. Määrätynlainen äänen harmonia lisää ruumiin elämänvoimia. Laulu puhuttelee ihmistä syvältä ja laulun kautta pyritään äänen herkistyneeseen vastaanottoon, kuulemisen kautta kokemiseen. Siten terapian parantava vaikutus on suurin mahdollinen. Äänen kautta tapahtuva terapia perustuu äänen syväymmärtämiseen ja tämän ymmärtämisen ensiaskel on ruumiin, tietoisuuden ja äänen välisen yhteyden havaitseminen. Terapiassa syvät tietoisuuden tasot heräävät toimimaan. Ihmisen mieleen saattaa nousta hyvin varhaisia, unohduksessa olleita kokemuksia.

Laulun äänet värähtelevät ja resonoivat omaa taajuuttaan vastaavissa ruumiin osissa. Syntyy värähtelykokonaisuus, jonka resonanssilla on terapeuttinen vaikutus. Lisäksi äänen sointi heijastelee laulajan yksilöllistä ominaislaatua. Äänen yksilölliset sävyt ovat pitkälti myötäsävyisiä. Ihmisten äänissä korostuvat äänen eri osasävelet kirjavassa muodossa. Sointiväri vaihtelee myös mielialan, vuorokauden ajan ja monien muiden tekijöiden vaikutuksesta kuin myös vaihtuvien tunnetilojen mukaan. Terapiassa tulevat pintaan tavallisesti tietoisuuden tavoittamattomissa pysyvät yhteydet ruumiinosien ja äänivärähtelyjen välillä. Laulu on kokonaisvaltainen psykofyysinen kokemus (Reznikoff, 1995, 52, 53, 89, Saloheimo, 1994).

Saloheimo (1994, 141) mukaan: "Reznikoff (1995) käsittää äänen laajemmin välineeksi, jonka avulla ihminen voi saada yhteyden kehoonsa ja tietoisuuteensa syvempiin tasoihin. Tajunta jakaantuu eri tasoihin: pintapuoliseen tasoon, välitajuntaa syvä- ja piilotajuntaan ja ns. jumalaiseen (engl. devine) tasoon. Syvimmän tajunnan kerros, eli "jumalaisen tajunta" on havaittavissa ennen syntymää ja hieman sen jälkeen sekä myös vähän ennen kuolemaa, esim. kooma-tilassa. Oman äänen avulla ihminen tutustuu kehoonsa ja tavoittaa sellaisiakin kehonosia, joita koskeva kehotietoisuus muutoin on heikko". Kun ihminen pystyy koskettamaan itseään äänen avulla hyvin syvältä voidaankin sanoa, että musiikki on syvähierontaa atomi- ja molekyyllitasolla. Ihminen on erittäin monimutkainen, ainutlaatuinen ja hienovarainen instrumentti (Sihvola, 1997, 98).

Laulaessa dementoitunut potilas kuulee oman äänensä ja tuntee miten ääni resonoi kehossa, jolloin olemassaolon kokemukseen tulee uusi vivahde ja pystyy paremmin hahmottamaan oman kehonsa mittasuhteet. Vähintään yhtä suuri merkitys kuin äänen tuottamisella on äänen kuulemisella ja kuuntelemisella, äänenherkistymiseen vastaanottoon. Kun muita "häiriö ääniä" ei ole on oman äänen kuuleminen sekä tunteminen helpompaa ja siten riemastuttava kokemus, jossa omat mittasuhteet hahmottuvat paremmin. "Häiriö äänillä" tarkoitan myös terapeutin soittamista, jolloin soitto vie keskittymisen (joka dementoivasta sairaudesta johtuen on heikko) itse tapahtumasta (laulamisesta) ja oman äänen kuulemisesta sekä äänen resonoinnin tuntemisesta kehossa (sairaudesta johtuen kehon mittasuhteiden hahmotus on hämärtynyt). Laulujen säestämättömyydelle on olemassa myös toinenkin näkökulma, joka lähtee siitä, että tilanteissa joissa laulut ovat syntyneet ja joihin ne ovat liittyneet niitä on laulettu ilman säestystä, esim. piirileikkilaulut. Laulaminen ja oman äänen kuuleminen voi olla vaikeaa joillekin henkilöille varsinkin jos keho ei ole harmoniassa. Äänen tuottaminen saa hengityksen syvenemään, jotta syntyisi riittävä paine. Lauletaessa hengitystilavuuden käyttö tehostuu ja syvenee, joka varsinkin vuoteessa oleville potilaille on hyvin tärkeä asia.

Vaikea-asteista dementiaa sairastavien musiikkiterapiassa juuri laulu on se aktivoiva kanava, jolla pystytään tavoittamaan potilas. Saloheimo (1994, 147) on mielestäni osuvasti todennut sanoessaan, että: "Musiikki toimii ikään kuin avaimena ihmisen tajuntaan ja mieleen, jonka avulla terapeutti pystyy kommunikoimaan sellaisenkin vanhuksen kanssa, jonka merkityksellinen puhe on jo kauan sitten hävinnyt". Aldridge (1996, 197) toteaaakin, että: "Laulujen keskeisenä tavoitteena on palauttaa mieliin sanoja ja siten parantaa puheen tuottamista ja muistia".

Laulettuun tekstiin havaitsemisessa sanojen erottelu on tehokkainta silloin, kun laulun melodia noudattaa puheäänteiden perustaajuuksille tyypillisiä sävelkorkeuksia (n. 200-800 Hz = kaksi oktaavia: a-A<sub>2</sub>. ihmisen kuuloalue on 20-20 000 Hz, lauluäänten ala n. 80-1000 Hz:n perustaajuudet. Kun tavujen ja sanojen kesto ja rytmi noudattavat puhutun kielen rytmisiä ja jossa lauluäänen voimakkuus ei ole liian suuri eikä liian pieni. Musiikin ymmärtämisen keskus ja laulujen sanat ovat tallella, oikeassa puoliskossa. MIT-menetelmä hoito (Melodic Intonation Therapy) on rytmitettyä laulamista, joka mahdollistaa vammautuneen aivopuoliskon aktivoimista laululla. Se parantaa myös puheen ymmärtämistä. Puhe prosessoidaan vasemmalla, musiikki oikealla aivopuoliskossa. Puheen ja musiikin sekä hälyäänten eri piirteitä prosessoidaan ainakin



osittain samoilla aivoalueilla myös oikeassa ohimolohkossa prosessoidaan puheäänten, musiikin ja hälyäänten väriä (Kallio, 1999 luennot).

### 6.3 Musiikillisen rytmin merkitys

Psykodynaamisen merkityksen mukaan rytmi voi tuottaa voimakasta mielihyvää, koska se tuo järjestystä kaaokseen tai palauttaa varhaisiin sikiövaiheisiin, jolloin äidin tasainen sydämen lyönti rinnastui rauhallisuuteen, turvallisuuteen ja mielihyvään. Äidin laulama kehtolaulu, joka voi selittämättömällä tavalla tuoda mielihyvää vielä aikuisenakin, vaikka laulun alkuperäinen konteksti olisi jo unohtunutkin (Erkkilä, 1997, 57). Sikiöajan äänimaailma koostuu ennen kaikkea äidin elintoimintoihin liittyvistä äänistä ja lapsiveden vaikutuksesta korvaan. Ehkä eräänlaisen ensimmäisen jäsentävän taustastruktuurin todellisuuden auditiiviselle hahmottamiselle luovat äidin sydänäänet ja auditiivis-kinesteettisesti hänen kävelynsä rytmi (Kurkela, 1994, 413). Erilaiset rytmit ja värähtelyt tunkeutuvat vielä kohdussa olevan pienen lapsen kosmiseen kaaokseen muodostaen ensimmäisen inhimillistä elämysmaailmaa jäsentävän kokemuksen, joka muodostaa inhimillisen elämysmaailman järjestyksen alun. Sikiö kuulee elimistön sisäisten esim. lapsiveden välittämänä n. 78 dB:n äänisignaaleja jo 4 kuukautta ennen syntymäänsä. Ihmisen kuuloalue käsittää parhaimmillaan n. 10-11 oktaavia eli 16-20 000 Hz. Toisaalta kuuloaisti on viimeinen, joka sammuu ihmisen vajotessa tajuttomuuteen. (Lehtonen, 1989, 29, Aaltonen ym. 1992, 11).

## 7. Tutkimusryhmän kliinisen musiikkiterapian menetelmä

Kuten jo aiemmin tuli ilmi tutkimusryhmän muodistivat neljä vaikea-asteista dementiaa sairastavaa pitkäaikaissairasta naisvuodepotilasta, joista kaksi kuoli tutkimuksen aikana, joiden puheen tuottaminen oli vaurioitunut. Näin ollen ainoaksi ilmaisu-kanavaksi jäi vielä mahdollisesti jäljellä olevat sanat sekä nonverbaalinen viestintä ja "oma" puhe.

Vuorovaikutustilanteessa tämä merkitsi sitä, että tutkijan piti sopeuttaa musiikkiterapian metodi ja kulku niin, että jokainen tuli kuulluksi ja ymmärretyksi. Kuitenkaan unohtamatta, että jokainen yksilö on ainutlaatuinen omine

henkilöhistorioineen ja kulttuurisine perintöineen. Samalla kartoittaen ne ominaispiirteet, jotka kliinisessä työskentelyssä tulivat esille ja, jotka antoivat suunnan metodin valinnalle.

Potilaiden nimet ovat muutettuja, joka johtuu heidän henkilöllisyytensä suojaamisesta.

Tutkimusryhmä kokoontui potilashuoneessa tutussa ympäristössä kerran tai kaksi tilanteesta riippuen viikossa, aina samana viikonpäivänä samaan aikaan. Kesto vaihteli myös vointien mukaan 10 - 30 minuuttiin kerralla. Terapian kestossa tärkeintä oli potilaiden osallistuva jaksaminen, joten jos näytti, että potilaat olivat väsyneitä niin terapian kesto rajoitettiin sen mukaan. Videokamera oli myös potilashuoneessa mutta havaintojeni perusteella se ei häirinnyt potilaita. Video työskentelyssä kunnioitettiin potilaan "ykseyttä", jolloin kameraa ei tuotu liian lähelle. Tutkimusryhmän potilaat olivat vuoteessa ja päänalusta oli hieman koholla, joten aivan suoraa näköyhteyttä ei kameraan ollut.

Terapia alkoi tutkijan tervehdyksellä laulaen, ja näin annettiin potilaille mahdollisuus tunnistaa tullut henkilö, ja "orientoitua" tulevaan tapahtumaan. Tutkimuksen kuluessa kävi ilmi, että potilaat tunnistivat äänestä tulijan, jolloin tutun henkilön tulolla potilas huoneeseen oli rauhoittava vaikutus. Jokainen potilas sai erikseen tervehdyksen. Tästä seurasi, että potilaat yleensä avasivat silmänsä ja osoittivat siten tunnistaneen äänen, he myös kohdistivat katseensa tutkijaan päin.

Saimi yritti jopa vastata tervehdykseen käyttäen akustista ääntä tai ilman ääntä. Hänellä oli vielä jäljellä ymmärrettäviä sanoja ja hän yrittikin vastailla omalla tavallaan puheeseen myös silloinkin kun sanat olivat kadoksissa. Varsinkin tuttujen laulujen myötä hän kykeni tuottamaan sanoja ymmärrettävästi. Hän muisti myös paljon lauluja sanoineen koska oli laulanut kuorossa aktiiviaikana. Hän oli myös matkustellut paljon erimaissa ja Saimi piti myös Wiener- valsseista. Saimille oli tärkeää, että hän sai "keskustella" tutkijan kanssa ja näin välittää omaa olemassaoloaan.

Hanna avasi silmänsä ja osoitti muutenkin kasvojen ilmein tunnistavansa tulijan. Hänen puheen tuottamisensa oli melkein kokonaan hävinnyt, mutta kasvojen ilmeet ja eleet olivat sitäkin puhuttelevampia hän pystyi avoimesti ilmaisemaan tunteitaan, joten viestit olivat ymmärrettäviä. Hannan aktiiviaikainen elämä oli ollut kovin vaikeaa ja se

näkyi hänen tavassaan reagoida erilaisiin muistumiin esim. kolahduksiin, äänekkääseen puheeseen ym. Hän oli harrastanut runojen ja lorujen lausuntaa, joka välittyi tunnistamalla kuulemaansa. Hän myös välitti tutkijalle omaa olemassaoloaan, joko itkemällä äänekkäästi tai naksuttelemalla suutaan. Lisäksi heillä kummallakin oli kyky keskittyneeseen kuunteluun, jonka he osittivat kasvojen ilmein ja kehon viestinnän kautta, jolloin mm. Hannan suun naksuttelu loppui.

Orientaatiossa ei unohdettu aikaan liittyviä seikkoja esim. päivä, kuukausi, vuosi, nimi- ja syntymäpäivät ja varsinkin erikoiset merkkipäivät ja tapahtumat tuotiin esille musiikin ja erilaisten materiaalien myötä. Ei ollut harvinaista, että erityismerkkipäivänä luettiin aiheeseen tai tekijään liittyvää aineistoa selkokielellä myös runoja, kertomuksia lauluineen. Laulujen valinnassa osoittautui vanha koulunlaulukirja hyväksi lähteeksi.

Orientaation tehtävänä oli auttaa potilaita jäsentämään aikaa erilaisten viestien ja tuttujen asioiden kautta. esim. Juhannuksena, monet entisajan viettotavat liittyivät piirileikkilauluihin kokon ympärillä tai Aleksis Kiven "Seitsemän veljestä" selkokielellä. Terapiatilanteessa tässä- ja nyt pyrittiin potilaille kertomaan päivittäisistä asioista ikään kuin he itse olisivat siinä mukana keskustelemassa tutuista askareista yhdessä tutkijan kanssa. Kosketuspintana toimi musiikin kautta syntyvä "arkipäiväisyys" luonnollinen osa päivänjärjestystä. Erilaiset kertomukset, jotka käsittelivät päivittäisiä tuttuja askareita ja siihen liittyvät asiat kertomusten muodossa olivat mieluista kuultavaa luettuna. Selkokielineen kirjallisuus antaa tähän hyvän mahdollisuuden monipuolisuudellaan. Myös kansanlaulumusiikki toi oman vivahteensa tähän kokemiseen. On muistettava, että potilaat edustivat sukupolvea, joka oli arki askareiden lomassa tottunut laulamaan juuri kansanlauluja, jotka tavallaan edustivat sen ajan "iskelmä musiikkia" ja olivat näin ollen jokapäiväisiä. Niitä laulettiin ilman säestystä.

Musiikillisissa valinnoissa pyrittiin ottamaan huomioon juuri sen tuttuus ja kulttuurihistorialliset lähtökohdat olivathan tutkimusryhmän potilaat syntyneet 1900-luvun alkupuolella. Musiikki aktivoi muistumia tai ainakin erilaisia musiikillisia sävyjä, joiden kautta on helpompi jäsentää muistumiaan. Elämäntarkastelu on spontaani ja valikoimaton prosessi, joka käynnistyy ja se voi olla seurausta tietoisesta elämänjäsennyksen pyrkimyksestä. Se voi myös alkaa tiedostamattomasti niin, että menneitä kokemuksia nousee mieleen ilman tarkoituksellista mielteenpalauttamista (Butler, Lewis, 1974, 165-169, 172-173).

Hanna varsinkin reagoi laulettuihin lauluihin, jopa purskahtamalla itkuun tai muuten hiljaa kuuntelemalla sekä hyrisemällä, jolloin mm. suun "mukeltaminen" loppui. Toinen tapa millä hän osoitti kiinnostustaan oli pitämällä silmiä auki (tavallisesti silmät olivat kiinni). Saimikin yritti aktiivisesti ottaa osaa laulaen hiljaa sanoilla, joita sai tuotettua. Toinen hänen reagointi tapansa oli "selittely" ja äänen sävyjen vaihtelut varsinkin silloin kun akustinen ääni oli mukana puheessa. Laulujen rytmillä ja tempon vaihteluilla oli merkitystä potilaan mukana olemiseen. Erkkilän (1997, 70) mukaan: "Rytmin katsotaan liittyvän varhaiseen turvallisuuden tunteeseen, joka juontaa sikiövaiheeseen saakka". Rytmii myös jäsentää ja siten luo järjestystä kaaokseen.

Eräs esille noussut asia on tempon sovitettu vaihtelevuus, tällä tarkoitan sitä, että potilas jonka puheen tuottaminen on vaurioitunut niin jäljellä oleva sanojen tuotto on myös hidastunut, jolloin laulettaessa tämä seikka on huomioitava. Samoin on huomioitava laulettun laulun korkeus, jonka joutuu sovittamaan melkein puhuttun kielen tasolle. Laulettun tekstin havaitseminen ja erottelu on tehokkainta silloin, kun melodia liikkuu puheäänien korkeudessa ja kun sanojen ja tavujen kesto ja rytmii suodattavat puhuttun kielen rytmii (Kallio, 1999, luennot). Piirileikkilauluissa ja kansanlauluissa tämä tulee hyvin esille.

Nukahtaminen laulujen aikana on yksi tyypillisimpiä ilmenemismuotoja kliinisessä musiikkiterapiassa varsinkin kun on kyse vaikeasti dementiaa sairastavista vuodepotilaista. Siitä välittyy viesti, joka saattaa tarkoittaa tutttujen laulujen ja musiikin kautta syntyvää turvallisuuden tunnetta, musiikki ikään kuin "kertoo sisäänsä potilaan" ja seurauksena on nukahtaminen, "uskaltaa nukkua", jolloin ympäristö ei enää ole kaottinen vaara.

Ympäristö ja omat mittasuhteet ovat hahmottuneet äänen kokemisen kautta, ääni täyttää koko tilan, jossa potilas on. Reagointi lienee sama kun puhutaan äänen resonoinnista kehossa, jolloin omien mittasuhteiden "omat ääri viivat" ovat helpompia hahmottaa, löytää oma paikka tilassa jossa on. Tässä tapauksessa se tarkoittaa potilashuonetta ja omaa vuodetta.

Koska tutkimusryhmän potilaiden perussairaus oli hyvin vaikea ja kaiken aikaa hiljaa alaspäin vievä oli selvää, että joka tapaamiskerta ei ollut samanlainen vaan siinä täytyi ottaa huomioon potilaiden voinnista johtuva väsymys ja huonokuntoisuus. Saimin kohdalla oli kertoja, jolloin puheen tuottoa ei juurikaan ollut, mutta kaikesta huolimatt-

ta hän yritti olla mukana nonverbaalisin keinoin esim. kehon viestinnän kautta. Hanna viesti omalla hiljaisella tavallaan läsnäoloaan ja yritystä olla mukana hän osoitti sen mm. kuuntelemalla silmät auki. Sellaisilla kerroilla nonverbaalisella veistinnällä oli oma erityinen merkityksensä, jonka kautta pystyi vuorovaikutussuhteen luomiseen esim. juuri vuoteen vierellä laulaen.

Vaikea-asteista dementiaa sairastavien potilaiden musiikkiterapiassa ennelta arvaamattomuus on asia, joka on otettava huomioon suunniteltaessa terapiaa. Sillä joku ryhmän jäsenistä saattaa "lähteä pois" ennalta arvaamattomasti. Niin tapahtui myös tässä tutkimusryhmässä. Olen tarkoituksellisesti jättänyt näiden potilaiden tietojen käsittelyn pois. Mielestäni ei ole eettisesti oikein tuoda tutkimukseen jo pois menneiden potilaiden tietoja varsinkin kun tutkimus oli vielä keskeneräinen.

Tutkimusryhmäni tapaamisissa käytettiin paljon luonnon materiaaleja esim. kukkia, eri puiden materiaaleja (tuohia, lehtien tuoksua ym.) pajupillejä, ym. Näiden materiaalien tarkoituksena oli tuoda erilaisia tuoksuja, vivahteita luonnosta ja siten luoda tunnelmaa ja muistumia. Salmi (2001, 53) kirjoittaa, että: "Tietty tuoksu saattaa palauttaa elävästi mieleen muiston tapahtumasta tai tilanteesta". Hän jatkaa: "Tuoksut ovat pitkäkestoisia aistimuksia. Ne jättävät jäljen pitkäksi aikaa ja pystymme muistamaan tuoksuja hyvinkin kaukaa". Tuttuja lauluja liitettiin eri materiaaleihin esim. "Tein minä pillin pajupuusta" tai "Saunavihat". Hanna varsinkin oli hyvin kiinnostunut erilaisista tuoksuista ja osasi viestittää havainnoistaan esim. kohdistamalla katseensa tuoksuun päin. Saimi osoitti kiinnostustaan "puhumalla" sillä ne innostivat häntä kertomaan "omaa tarinaansa".

## **7.1 Tutkimusryhmän kliinisen musiikkiterapian viitekehykset**

Annettava kliininen musiikkiterapia huomioi ne erityispiirteet, jotka ovat ominaisia vaikeasti dementoituneille vuodepotilaille ja, jotka vaikuttavat terapian suunnitteluun ja toteutukseen. Tutkimuksessa esille tulleita erityispiirteitä olivat: arkaainen viestintä, puheen prosodististen piirteiden merkitys, puhumattomuus ym. Selkeys viestien lähettämisessä, ymmärretyksi tuleminen. Kosketuspintana toimii musiikin kautta syntyvä vuorovaikutus, joka kiinnittyy potilaan elämäkaaren aikaisiin tapahtumiin ja muistumiin, esim. arkiaskareihin sekä elämän kohokohtiin esim. lasten ristiäisiin, merkkipäiviin, lapsenlapsiin jne.

Vaikeasti dementoituneiden kohdalla annettava musiikkiterapia sijoittunee aktivoivan musiikkiterapian ja tukea-antavan musiikkiterapian sovellutus alueille, jolloin käytetään musiikin nonverbaalista luonnetta ja fysiologisia vaikutuksia tavalla, joka mahdollistaa musiikin stimuloivan vaikutuksen avulla kontaktin potilaaseen ja kommunikaatiokanavan (jäljellä olevan puheen tuottamisen) aktivoitumisen. Lisäksi luodaan edellytykset tiedostaa oma fyysinen ja psyykinen olemus. Tukea-antavassa terapiassa luodaan musiikillisia keinoja käyttäen myönteinen ja luottamuksellinen vuovaikutussuhde, joka käsittää myös turvallisuuden tunteen tukemista. Turvallisuuatta luovat tutut laulut ja musiikki sekä potilaalle läheiset asiat esim. tutut askareet, laulut. Lisäksi musiikkiterapiassa pyritään auttamaan potilasta hahmottamaan omia mittasuhteitaan, myönteisen minäkuvan syntymistä, omanarvon tunnetta, eletyn elämän ainutkertaisuutta ja hyväksymään eletty elämä arvokkaan, ainutkertaisena, tukemaan jatkuvuuden tunnetta sekä ilmaisemaan itseään ja tunteitaan.

Vanhuudessa arvioiva elämäntarkastelu aktivoittaa varhaisemmat kokemukset ja ratkaisemattomat ristiriidat uudelleen se on eheyttävä prosessi, jonka tuloksena ikääntyneen identiteetti vahvistuu ja oma elämä näyttäytyy tyydyttävänä kokonaisuutena. Musiikki luo edellytyksiä jakaa kokemuksia ja tapahtumia muistelemisen kautta saman ikäpolven kanssa. Musiikin avulla voi myös elää ja läpityöstää elämänkaaren aikaisia muistoja ja merkittäviä kokemuksia, jolloin epämiellyttävätkin kokemukset ja tunteet voidaan kokea etämmältä.

Vajavaisesta puheen tuottamisesta kärsivä potilas ei pysty ilmaisemaan itseään ja tarpeitaan mutta musiikin avulla voi olla vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin, ilmaista itseään ja tulla kuulluksi ja toteuttaa omaa olemassaoloaan. Musiikkiterapiassa lähdetään liikkeelle potilaan omista lähtökohdista. Niidenkin vuodepotilaiden vierellä, jotka eivät pysty selkeästi ilmaisemaan omia toiveitaan.

Laulaminen on hyvä tapa saada vaikea-asteista dementiaa sairastava potilas mukaan, sillä potilaat ovat tottuneet laulamaan jo lapsesta saakka. Vaikka potilas ei pysty puhumaan niin laulun sanat saattavat olla tallella. Laulaminen terästä muistia ja herättää mielikuvia, tehostaa hengitystä. Kun ihminen laulaa niin keho värähtelee ja soi, jolloin oma ruumiinkuva, joka on sairaudesta johtuen hämartynt hahmottuu paremmin. Arkaaisessa kokemusmaailmassa esim. kehtolauluilla lienee oma erityinen merkityksensä, joka välittyy mieleen muistumista, joissa äiti laulaa kehtolaulua lapselleen tämän käydessä nukkumaan ja, lapsi kuulee vain tutun, turvallisen äänen ja

keskittyy siihen, jolloin pelot unohtuvat. Kuolemaan liittyvät pelot ovat hyvin arkaaisia ja vaikeasti ilmaistavia, mutta joita voidaan musiikin keinoin turvallisesti purkaa ja ilmaista.

#### TAULUKKO 4

##### Vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden musiikkiterapian kehys

Verbaalinen viestintä	Nonverbaalinen viestintä	Vuorovaikutus	Laulaminen	Elämänkaaren merkitys	Käytetty materia
Jäljellä olevat sanat	Kasvojen ilmeet, eleet	Terapeutin ja potilaan välillä	Tempon sovittaminen ryhmän	Omanarvontunto	Kansanlaulut, piirileikkilaulut, lorut
Yritys vastata puheeseen	Kehon asennot	Ryhmän sisällä tapahtuva	Rytmin pitäisi olla tasainen ja virrata	Olemassaolon kokemus	Taide- ja kulttuurihistoria
Akustinen ääni	Arkaainen viestintä	Äänenpainojen ja eri vivahteiden	Jäsentävä	Muistojen intergoituminen	
Äänetön puhuminen	Äänen tunnistaminen		Mahdollistaa sanojen muodostus	Humanistinen ihmiskäsitys	
"Omaa puhetta" ei ymmärrettävää	Silmien avaaminen	Turvallisuuden tunteen tukeminen	Musiikillinen puheen taso - korkeus		
	Katseen kohdistaminen	Muistumat			
	Erilaiset tunne tilat				

McLellan, (1988) mukaan: " Musiikin pulssin tulisi olla yhtäkuin sydämen lyöntitiheys tai alle. Rytmin pitäisi olla tasainen ja virrata koko ajan integroituakseen sisäiseen kehonrytmiin (Erkkilä, 1997, 41). Tempon sovittaminen ryhmän tasoon tarkoittaa, että sen tulisi olla sellainen missä potilaat ehtivät ja pystyvät muodostamaan jäljellä olevia sanoja. Rytmillä on jäsentävä ja turvallisuutta tuova merkitys. Samoin melodian korkeudella on suuri merkitys siinä miten potilaat pystyvät tulemaan mukaan laulamiseen. Muistelemisessa autetaan potilasta tarkastelemaan omaa elämäänsä ja saavuttamaan persoonallisuuden eheytymistä sekä elämän aikaisten kriisien ratkaisemista.

Tornstamin (1994) mukaan, gerotranssendenssiin kuuluu ajan ja paikan uudelleen arviointi. Aikaa voidaan silloin hahmottaa normaalista lineaarisesta käsityksestä poikeavalla tavalla, jolloin ihmisellä voi olla kokemus menneisyyden ja nykyisyyden yhdenaikaisuudesta. Tästä näkökulmasta muistelemisen saisi uusia ulottuvuuksia sillä se ei hahmottuisi siirtymisenä realiteettien ulkopuolelle, vaan pikemminkin kykenevyy-

tenä toimia moniulotteisessa todellisuudessa. Elämän tarkastelun prosessissa sekä muistelija, että muistot muuttuvat koko ajan. Tällä tavoin muuttuneet muistot integroidaan omaan minäkäsitykseen, jos se on mahdollista (Saarenheimo, 1994, 272). Jungin (1960) kuvasi kollektiivista piilotajuntaa esittäen, että se sisältää eräitä perittyjä rakenteita, jotka heijastavat aiempien sukupolvien kokemuksia. Kollektiivinen piilotajunta sisältää struktuureja, jotka yhdistävät sukupolvia ja yksilöitä siten, että näiden välille ei muodostu selviä rajoja (Tornstam, 1994, 78).

## **7.2 Selkokieli vaikea-asteista dementiaa sairastavan apuna**

Käyttämäni selkokielisen kirjallisuuden tarkoituksena on ollut saada paremmin yhteys dementiaa sairastavaan vanhukseen. Selkokielinen aineisto on tehnyt mahdolliseksi puheeni ja lukemani tekstin ymmärtämisen, mikä on omalta osaltaan luonut turvallisuuden tunnetta ja aktivoinut muistia sekä puheen tuottamista. Laulujen ja lorujen sekä tarinoiden tekstit ovat olleet selkeämpiä ja paremmin ymmärrettävissä. Dementoituneille vanhuksille käytetyn materiaalin tulisikin ajallisesti sijoittua pääosin parin,- kolmenkymmenen vuoden taakse ja sitä kauemmaksi.

Selkokielellä tarkoitetaan kieltä, joka on muutettu sekä sisällöllisesti, että rakenteellisesti helposti ymmärrettäväksi. Selkokieli on eri asia kuin sujuva ja helposti ymmärrettävä yleiskieli. Selkokielinen aineisto on suunniteltu siten, että se soveltuu tavallista aineistoa paremmin kaikille, joilla on ongelmia tavallisen tekstin ymmärtämisessä ja lukemisessa esim. juuri vaikeasti dementiaa sairastava potilas.

## **8. Validiteetti**

Laadullisessa tutkimuksessa validiteettiin liittyvät ongelmat ovat jonkin verran erilaisia kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Roosin (1989) mukaan laadullisista ja määrällisistä analyysistä ei voi verrata, eikä myöskään esittää täsmälleen samoja vaatimuksia (Liukkonen, 1990, 148). Osallistuvassa observoinnissa käsitteenmuodostus kasvaa esiin havainnoista itsestään ja on lähellä arkielämän "esiymmärrystä". Päämääränä on ulkoisen näkyvän käyttäytymisen avulla selvittää käyttäytymisen syyt ja toiminta (Valve, 1994, 55). Tässä tutkielmassa oli tarkoituksena havainnoida puheen tuottamista sekä nonverbaalista viestintää



ryhmäterapia tilanteessa tässä- ja nyt. Havaintoteknisesti osallistuvalla observoinnilla on luonteenomaista vapaamuotoisuus ja sen myötä saavutettu kokonaisvaltaisuus. Ongelmia voi aiheuttaa se ellei käytä videointia asioiden havaitsemiseen, koska tapahtuma tulva on suuri ja eri asioiden rekisteröinti on hankalaa. Obsevoinnin hyvinä puolina Valve (1994, 57) mainitsee sen, että tietoa käyttäytymisestä saadaan silloin kun se tapahtuu. Musiikkiterapiaan tämä sopii hyvin, koska musiikki tulkitsee ihmisen elämisen kenttää tavalla tai toisella aina hyvin tilannekohtaisesti ja henkilökohtaisesti.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät vaikea-asteista dementiaa sairastavien pitkäaikaissairaiden musiikkiterapian sisältöön ja toimintaan sekä saada uusi terapeutin näkökulma. Erityisesti tarkastelun kohteena oli musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuuksista ylläpitää ja aktivoida vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää. Tavoitteena oli myös hahmottaa uuta tietoa musiikkiterapian merkityksestä ymmärtää musiikkikokemuksen pohjana olevaa syvällistä arkaaista, kinesteettis-akustista kokemusmaailmaa sekä puheen prosodististen piirteiden merkitystä verbaalisissa vuorovaikutusprosessissa. Dementiaa sairastavan tapaan reagoida musiikin kautta syntyviin tunteisiin ja muistumiin lähestyttiin arkaaisen ajattelun kautta.

Tutkimus toteutettiin osallistuvan observoinnin menettämällä, havaintopäiväkirjamerkinnoilla sekä videoinnin avulla. Menetelmää valitessani tulin siihen tulokseen, ettei vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää inhimillisessä vuorovaikutuksessa voi tutkia muuten kuin itse osallistumalla musiikkiterapiaryhmään. Menetelmää valitessa vaikutti myös se, että haluttiin saada uutta käytännön tietoa ja näkökulmaa vaikeasti dementoituneiden musiikkiterapiaan. Tutkimukseen osallistui neljä vaikea-asteista dementiaa sairastavaa pitkäaikaissairasta naisvuodepotilasta. Aineiston analyysin pääpaino oli musiikin avulla tapahtuvassa puheen tuottamisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä sekä erityispiirteiden havainnoinnissa.

Tutkimuksen tuloksena oli, että vaikea-asteista dementiaa sairastavien jäljellä olevaa puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää voidaan aktivoida tarkoituksen mukaisen musiikkiterapeutin metodin avulla. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että puheen prosodistisilla piirteillä on merkitystä potilaan puheen ymmärtämisen kannalta, varsinkin kun puheesta välittyy puheen rytmin eri vivahteet joiden tulkintaan potilaat ovat herkkiä, kun puheen sisältöä ei aina ymmärretä. Laulettuun tekstin havaitsemisessa

sanojen erottelu oli tehokkainta silloin kun laulun melodia noudatti puheäänteiden perustaajuuksille tyypillisiä sävelkorkeuksia.

Vaikea-asteista dementiaa sairastavilla on erityispiirteitä jotka joudutaan ottamaan huomioon toteutettaessa musiikkiterapiaa, juuri vuodepotilaana oleminen, arkaainen kokemusmaailma, viestin ymmärtämisen vaikeus. Dementiaa sairastava henkilö viestittää tunteitaan, kokemuksiaan ja asioitaan arkaisten viestien kautta. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni kertojen vaihtelevuus jolloin potilaiden voinnissa tapahtuvat muutokset esim. väsymys, heijastui jaksamiseen ja puheen tuottamiseen.

## 9. Päättäntö

Vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden musiikkiterapian päämäärä, perimmäinen funktio voidaan tavoitteidensa osalta määritellä yritykseksi luoda järjestystä kaaokseen sekä tarkoitukseen aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista musiikkiterapia menetelmällä, joka on tarkoituksenmukainen ja mukautettu ryhmän tai yksilön vaatimustasoon. Verbaalisen ja nonverbaalisen kohentumisen sekä psyykkisen hahmotuksellisen selkeytymisen kautta voimme puhua yksilön individualisen eksistenssin integraatiosta, eheytymisestä.

Lehtonen (1989) esille tuoma musiikin "symbolisen yhteyden" ihmisen varhaisten ei-kielelliseen kokemusmaailmaan, jonka erityispiirteitä on tunne ja kokonaisvaltaisuus. Tutkimuksessa on pyritty osoittamaan, yksilön sisäinen tapa reagoida musiikin varhaisten kokemusten kautta kun muu kommunikatiivinen kanava on pois suljettu, johtuen sairaudesta. Musiikkiterapeuttiseen toimintaan on mahdollista kytkeä halu jäsentää elämäänsä sekä saada terapian avulla kohentumista potilaan tilaan, jota usein leimaavat ei ymmärretyksi tuleminen, turvattomuus, kaoottisuus ja kyvyttömyys hahmottaa omaa itseä ja omaa paikkaansa ympäristössä, tässä tapauksessa omaa vuodetta ja lähiympäristöä, potilashuonetta, jolloin tulevaisuudelta ei nähdä mitään mielekkyyttä omassa eksistenssissä. Vaikeasti dementiaa sairastavien musiikkiterapeuttisen toiminnan tavoite on aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevaa puheen tuottamista. Terapeuttisena tavoitteena on myös yritys luoda tarkoituksellisuuden ja mielekkyyden kokemus omasta eletystä elämästä, omasta

eksistenssistä myös elämän loppuvaiheessa, hyvän regression, retrospektion ja katharoksen kautta.

Tutkimus antoi viitteitä siitä, että musiikki ja tarkoituksen mukainen terapeutinen työskentely mahdollistavat vaikea-asteista dementiaa sairastavien vuodepotilaiden jäljellä olevan puheen tuottamisen ja nonverbaalisen viestinnän. Musiikki aktivoi potilaita mukaan laulamiseen ja oman olemassaolon ilmaisemiseen erilaisten viestien kautta esim. laulamalla äänettömästi mukana tai itkemällä. Samoin tutkimus toi esille, että vaikeasti dementiaa sairastavilla on erityispiirteitä, jotka joudutaan ottamaan huomioon toteutettaessa terapiatyöskentelyä. Arkaisten piirteiden merkitys oli huomattava itseilmaisun keino kun kommunikatiivinen kanava on pois suljettu. Prosodististen piirteiden merkitystä ei myöskään voida väheksyä, sillä puheen rytmillä on myös aktivoiva merkitys potilaan saamiseksi mukaan. Mukana olemista haittaavina tekijöinä esiintyi voimien väheneminenkin heikentyminen sekä väsymys, jolloin terapia kerrat vaihtelivat suurestikin. Myöskään uusien sanojen tuottamista ei ilmaantunut.

Tutkimus jättää vielä avoimeksi monta kysymystä dementiaa sairastavien vuodepotilaiden jäljellä olevaan puheen tuottamiseen liittyvää seikkaa, kuten, voidaanko musiikillisin keinoin hidastaa sanojen "häviämistä" tai voidaanko mahdollisesti oppia uusia sanoja. Nämä kysymykset vaatisivat pidempää tutkimus aikaa.

Näkisinkin musiikkiterapian kehittämisen ja koulutuksen eräänä erityisalueena juuri vaikea-asteista dementiaa sairastavien terapeutin työskentelyn. Vanhusväestön ja vanhempien vanhusten lisääntyessä se tulee olemaan musiikkiterapialle suuri haaste juuri kuntouttavana hoitomuotona.

**Lähdeluettelo**

- Aaltonen, A-L. & Parviainen, 1985 Auta ääntäsi, Viides uusittu ja laajennettu painos, Helsinki
- Aaltonen, Tomainen, Samivalli, 1992 Kielen vastaanotto ja käsittely aivoissa  
Tuomainen Kuulon, kognition ja kommunikaation tutkimusyksikkö, Gtafia Oy  
ISBN 951-880-840-6
- Alanne, A. Riihiaho, 1993 Viestinnän tietoja ja taitoja. Viestinnän peruskurssin oppimateriaalia, Jyväskylän yliopiston kielikeskuksen opetusmonisteen:o 5.
- Aldridge, David, 1996 Music Therapy Research and Practice in Medicine form out of Silence, Music Therapy with elderly. London: Jessica Kingsly Publishers.
- Beavelas, Jane 1990 Western Journal of Communication vol. 54, N:o 4.
- Butler, R. N. Lewis, M 1974 Life review therapy: putting memories to work in individual and group psychotherapy  
Geriatrics 29
- Bruscia, K. 1987 The Improvisational Models of Music Therapy, Springfield. IL. Charles C. Thomas
- Dunderfelt, Tony 1997 Elämäнкаari Psykologia, 9. uudistettu painos. WSOY- Porvoo  
ISBN 951-0-21120-6

**Lähdeluettelo**

- Erkkilä, Jaakko 1997 Musiikin merkitystasot musiikkiterapian ja kliinisen käytännön näkökulmasta. Jyväskylä studies in the arts 57, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä ISBN 951-39-0004-5.
- Erkkilä, Jaakko 1996 Musiikki ja tunteet musiikkiterapiassa Musiikin emotionaalisten vaikutusten kolmidimenssiomalli, Hankasalmi ISBN 952-90-7413
- Frankl, V. 1982 Itsensä löytäminen, 2. painos Helsinki, Kirjayhtymä
- Geschwind, N. Galaburda 1985 Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations and pathology I a hypothesis and a program for research Archives of neurology 42
- Grönfors, M 1982 Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät WSOY, Porvoo
- Heimonen, S. Voutilainen (toim.) 1998 Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä, Studia Helsinki, Kirjayhtymä Tampere, ISBN 951-26-4315-4
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 1998 Tutki ja kirjoita, 3. - 4. painos Kirjayhtymä, Tampere ISBN 951-26-4184-4

**Lähdeluettelo**

- Ihalainen, Marja-Liisa 1989 Musiikin käyttö analyttisessä ryhmässä, Kirjassa Musiikki terveyden edistäjänä, Kimmo Lehtonen (toim.) WSOY:n graafiset laitokset, Juva ISBN 951-0-15374-5.
- Inkinen, Marita 1998 Fysioterapian mahdollisuudet dementoituvien hoidossa, kirjassa: Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä, Heimonen, Voutilainen (toim.) 1998, Studia Tampere, ISBN 951-26-4315-4
- Isohanni, Matti 1989 Ikääntyminen ja vanhustyö WSOY, Juva
- Jukkola, Risto 1999 Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto
- Jung, C. G. 1928 The Relations between the Ego and the Unc. - CW 7, suomentanut Pekka Falck, kirjassa Ahonen-Erikäinen, 1994, Taide psykososiaalisen työn välineenä
- Jung, C. G. 1929a The Significance of Constitution and Heredity in Psychology CW 8, suom. Pekka Falck.
- Jung C. G. 1985 Unia, ajatuksia, mielikuvia, suomentanut Merja Rutanen, WSOY, Porvoo

**Lähdeluettelo**

- Kallio, Jari 1999 Musiikillisen informaation eri piirteiden prosessointi aivokuorella, Helsingin seudun kesäyli-  
sto, Musiikkipsykologia luennot.
- Karesoja, Merja 1999 Pro gradu -tutkielma, Turun yli-  
opiston musiikkitieteen laitos.
- Karma, K. 1986 Musiikkipsykologian perusteet  
Offset Oy, Helsinki  
ISBN 951-953335-8-3.  
ISSN 0357-909.
- Kristeva, J. 1993 Puhuva subjekti, tekstejä  
1967-1993, Tammer-Paino Oy  
Tampere.
- Kristeva, J 1984 Revolution in Poetic Language  
New York: Colombia Univer-  
sity Press.
- Kristeva, J 1981 Desire in Language, A Semiotic  
Approach to Literature and  
Art. Oxford: Blacwell.
- Kuikka, Pulliainen, Hänninen 1992 Neuropsykologian perusteet  
2. painos, WSOY, Juva  
ISBN 951-0-16678-2.
- Kurkela, K. 1994 Mielenmaisemat ja musiikki,  
2. korjattu painos, Hankapaino  
Helsinki  
ISBN 952-9658-25-7.  
ISSN 1237-4229.

**Lähdeluettelo**

- Lang, M 1992 Kirjassa Kielen vastaanotto ja käsittely aivoissa, Gtafia Oy. ISBN 951-880-840-6.
- Lehtihalmes, Matti MIT-menetelmän merkitys afaasiaterapiassa, Helsingin yliopisto, Fonetiiikan laitos.
- Lehtonen, Kimmo 1996 Musiikki, kieli ja kommunikaatiomietteitä musiikista ja musiikki-terapiasta, Jyväskylän yliopiston musikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielma ja raportteja 17, Korpi-Jyvä Oy, Jyväskylä ISBN 951-34-0836-1. ISSN 0359-629X.
- Lehtonen, Kimmo 1989 Musiikki terveyden edistäjänä Kimmo Lehtonen (toim.) WSOY:n graafiset laitokset, Juva, ISBN 951-0-15374-5.
- Lehtonen, Kimmo 1988 Musiikin ja psykoterapian suhteesta, Reports of Psychiatria Fennica, Report n:o 79 Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki, ISBN 951-9239-43-X.
- Liljamaa, M-L 1988 Musiikki avaa väyliä syvälle ihmiseen. Terveys 9/1988.



**Lähdeluettelo**

- Liukkonen, Arja 1990 Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Lungren, Jarna 1998 Kuntouttava työote dementoituneiden hoitotyössä, kirjassa: kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä, Studia, Tampere ISBN 951-26-4315-4.
- Mandler, G. & Gaver, W. 1987 Play it again, Sam: On Liking Music. *Cognition and Emotion* 7
- Miettinen, Reijo 1999 Abraham Maslowin ja Carl Jung uudistavan kokemuksen käsitteet minän kehityksen malleina, *Aikuiskasvatus* 2 / 99.
- Mäki, Outi 1998 Muistelu - kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan, Kirjassa Kuntouttava työote, Heimonen Voutilainen (toim). Studia, H:ki.
- Niinistö, K 1981 Inhimillistä toimintaa tarkastelemaan tieteisiin ja kasvatustieteelliseen tutkimukseen soveltuvat tulkinnallisen paradigman mukaiset tutkimusmallit ja menetelmät niiden filosofinen tausta ja valintaan vaikuttavat tekijät. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Julkaisusarja A.

**Lähdeluettelo**

- Rauhala, Lauri 1990 Humanistinen psykologia, Yliopistopaino, Helsinki, ISBN 951-570-067-1.
- Recharadt, E. 1992 Minuuden kokemus musiikissa, Musiikkitiede, Vuosikirja 1992.
- Recharadt, E 1984 Musiikillinen ajattelu, ruumiilliset merkitysskeemat ja symbolinen prosessi, Synteesi 3.
- Reznikoff, Iégor 1995 Ääni koskettaa tietoisuuden syvintä perustaa, Kirjassa Musiikin henkiset ja parantavat ominaisuudet: Holopainen, Reijo Cosmoprint Oy Helsinki. ISBN 951-8975-38-8.
- Rose, G. 1993 On Form and Feeling in Music. Psychoanalytic Explorations in Music. Feder Karmel and Pollooc. Madison (Connecticut) International Universities Press.
- Ruikka, Sourander, Tilvis 1993 Vanheneminen ja sairaudet, 2. painos, WSOY, Juva.
- Saarenheimo, Marja 1992 Muisteleminen terapiana, ajanvietteenä sekä minän ja maailman rakentamisena, Gerontologia 6 (4): 265-275.

**Lähdeluettelo**

- Salmi, Hannu 2001 Tuoksut ja muistot, Kotiliesi 6/2001.
- Saloheimo, Raisa 1994 Ääniterapia, Taide psykososiaalisen työn välineenä, Ahonen- Eerikäinen (toim.), Pohjois-Karjalan ammattikoulun julkaisusarja B, Raamattutalo, Pieksamäki ISBN 951-604-001-2.
- Saloheimo, Raisa 1989 Musiikkiterapiasta pitkäaikais-sairaiden ja päihdeongelmaisten hoidossa, kirjassa: Musiikki terveyden edistäjänä Lehtonen K (toim.) WSOY, Juva ISBN 951-0-15374-5.
- Saloheimo, Raisa 1986 Musiikkiterapia vanhusten ja pitkäaikaissairaiden hoidossa. Tehy 19/1986.
- Sihvola, Tarja 1997 Musiikissa soivat eheyttävät voimat. Voi Hyvin 1/97, Helsinki Media paino A-lehdet.
- Sokolov, Lisa 1989 Vocal improvisation therapy. Bruscia, Kennet, E. Improvisational models of music therapy CharlesC Thomas Publisher Springfield, Illinois USA
- Spiz, R 1974 Elämän ensimmäinen vuosi. Gummerus, Jyväskylä.

**Lähdeluettelo**

- Sulkava & Amberla 1989 Alzheimer's disease and senile dementia of Alzheimer type. A neuropsychological study. Acta Neurol. Scand 65, 651-660.
- Sulkava, Erkinjuntti, Palo 1989 Dementia tutkimus ja hoito, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen itsenäisyyden juhluvuoden 1967 rahasto SITRA 106. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino OY.
- Székelly, Lajos 1962 Meaning, meaning schemata and body schemata of thought. The International Journal of Psycho-Analysis vol. 43.
- Säkkinen, T & Isohanni, M 1995 Gerontologia 9 (2): 141-146. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu.
- Thielst, P. 1994 Livet forstås baglsens, men må leves forlaens, Historien om Soren Kierkegad. suom. Torsti Lehtinen.
- Tilvis, Sourander 1993 Geriatria, Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä, ISBN 951-8917-32-9.
- Toivanen-Malmio, Annu 1994 Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto

**Lähdeluettelo**

- Tornstam, Lars 1994 Gerotranssendenssi- teoreettinen tarkastelu, Gerontologia 8 (2):75-81. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu.
- Tähkä, V. 1986 Psykoterapian perusteet, 4. painos, WSOY:n graafiset laitokset, Juva ISBN 951-0-10562-7.
- Uusitalo, H. 1995 Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatusta tutkielman maailmaan. 2. painos, WSOY Porvoo.
- Valve, Juha 1996 Pohdiskelua tutkimusparadigman valinnan vaikutuksesta musiikkiterapiatutkimukseen.  
Taide psykososiaalisen työn välineenä Ahonen-Eerikäinen, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raamattutalo, Pieksamäki.
- Viitamäki, R & Achté 1978 Kliininen psykologia, WSOY, Porvoo.
- Välimäki, S 1998 Musiikin ei-kielellinen merkitysmaailma Musiikki 4 / 1998.