

Esa Ala-Ruona

# Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä psykkisesti oireilevien asiakkaiden musiikkiterapiassa

Strategioita, menetelmiä ja apukeinoja



JYVÄSKYLÄ STUDIES IN HUMANITIES 91

Esa Ala-Ruona

Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä  
psykykkisesti oireilevien  
asiakkaiden musiikkiterapiassa  
Strategioita, menetelmiä ja apukeinoja

Esitetään Jyväskylän yliopiston humanistisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Musica-rakennuksen salissa M 103  
marraskuun 16. päivänä 2007 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2007

Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä  
psykkisesti oireilevien  
asiakkaiden musiikkiterapiassa  
Strategioita, menetelmiä ja apukeinoja

JYVÄSKYLÄ STUDIES IN HUMANITIES 91

Esa Ala-Ruona

Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä  
psyyykkisesti oireilevien  
asiakkaiden musiikkiterapiassa

Strategioita, menetelmiä ja apukeinoja



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2007

## Editors

Jaakko Erkkilä

Department of Music, University of Jyväskylä, Finland

Pekka Olsbo, Marja-Leena Tynkkynen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

## Jyväskylä Studies in Humanities

### Editorial Board

Editor in Chief Heikki Hanka, Department of Art and Culture Studies, University of Jyväskylä

Petri Karonen, Department of History and Ethnology, University of Jyväskylä

Matti Rahkonen, Department of Languages, University of Jyväskylä

Petri Toiviainen, Department of Music, University of Jyväskylä

Minna-Riitta Luukka, Centre for Applied Language Studies, University of Jyväskylä

Raimo Salokangas, Department of Communication, University of Jyväskylä

Cover picture: Seija Ala-Ruona

URN:ISBN:978-951-39-3638-9

ISBN 978-951-39-3638-9 (PDF)

ISBN 978-951-39-3110-0 (nid.)

ISSN 1459-4331

Copyright © 2007, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2007

## ABSTRACT

Ala-Ruona, Esa

Initial assessment as a clinical procedure in music therapy of clients with mental health problems – strategies, methods and tools

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2007, 153 p.

(Jyväskylä Studies in Humanities

ISSN 1459-4331; 91)

ISBN 978-951-39-3638-9 (PDF), 978-951-39-3110-0 (nid.)

Diss.

Assessment in music therapy refers to the process of collecting and analyzing information about a client for planning and implementing necessary therapeutic interventions, and mapping the possible aims and a course of therapy (e.g. Bruscia 1987). Music therapy assessment may also reveal new information about a client for establishing diagnostic hypotheses, especially if a client's communication is otherwise very restricted and confined. Conducting an assessment enables a therapist to gain insight into a client's personal traits, functioning and overall situation, and to further determine possible problems, needs and resources from a clinical viewpoint.

Music therapy assessment in its different forms is a relatively little-studied phenomenon, although interest and the number of assessment-related publications has increased in recent years. The pressure and need for developing appropriate assessment methods and clinical procedures – besides the interests of the therapist – arises partly from official health care systems, and from the context of multidisciplinary work. Particularly few studies have been conducted which focus on music therapy assessment on a procedural level, and its methodological processes (Sabbatella 2004). The main interest in the present study is on different practical approaches in initial music therapy assessment, what methods are used and what theoretical framework and viewpoints can be found within the context of psychiatric music therapy assessment.

The present work combines three studies, conducted by the author, on music therapy assessment in psychiatry, and presents an integrative qualitative synthesis and a theoretical outline of different strategies, methods and tools used in clinical practice. The first phase was an interview-based phenomenographic investigation of different concepts of experienced clinicians, and how they act and collect the information needed when conducting initial assessments. Grounded theory was used to obtain a deeper analysis, and the description of a non-structured assessment process was presented as a result of the study. The second phase of the study aimed to refine the formulated theory, and modelled the therapist's process of gaining understanding of a new client in a more detailed way. As a result, a description of the process of producing constructive and cumulative knowledge based on parallel meaning-making of the therapist, client and multidisciplinary team, was presented. The third phase of the study was a focused literature-based review of published assessment methods and models within the psychiatric context. The in-depth qualitative Grounded theory analysis of collected data produced a synthesis of different clinical views and practical choices. The study also revealed the variety of theoretical frameworks and different paradigms behind clinical practice.

Psychiatric music therapy assessment is a multifaceted and multi-levelled phenomenon, which offers many alternatives for its conduct in practice. The results of this research can be utilized in training of music therapists, developing the applicable assessment methods, in formulation of related studies and in multidisciplinary work.

Keywords: music therapy, initial assessment, psychiatry, multidisciplinary work

**Author's address** Esa Ala-Ruona  
Music Therapy Clinic for Research and Training  
Department of Music  
P.O Box 35 (M)  
FIN-40014, University of Jyväskylä  
esaala@campus.jyu.fi

**Supervisor** Professor Jaakko Erkkilä  
Department of Music  
University of Jyväskylä, Finland

**Reviewers** Professor Kimmo Lehtonen  
Department of Education  
University of Turku, Finland

Associate Professor Heidi Ahonen-Eerikäinen  
Music Therapy Department  
Wilfrid Laurier University, Canada

**Opponent** Professor Kimmo Lehtonen  
Department of Education  
University of Turku, Finland

## ESIPUHE

Väitöskirjaani taustoittaa pitkällinen ammatillinen sitoutuminen musiikkiterapia-alaan. Toimiminen kliinikkona, kouluttajana, työnohjaajana ja tutkijana on avannut oman opiskelun ja jatko-opintojen ohessa moninaisia näkymiä ja tarttumapintoja suomalaisen musiikkiterapian kehittämiseen. Myös alan yhdistystoiminta on kuljettanut vastuista, työryhmistä ja kehittämissyöryhmistä toisiin – ja se kaikki yhteisöllinen työ on tehty pyyteettömän ja vilpittömän innostuksen sekä jonkinlaisen ammattialaan liittyvän kollektiivisen vastuun hengessä.

Tämän tutkimuksen on mahdollistanut Jyväskylän yliopiston musiikkiterapia-alan kannalta tekemät merkittävät linjaukset perustaa musiikkiterapian maisteriohjelma ja alan oppituoli. Tämän tutkimuksen ohjaajan professori Jaakko Erkkilän merkitys kouluttajana, innostajana ja musiikkiterapian tutkimuksen edistäjänä on ollut suuri. Hänen kollegiaalinen tukensa ja monipuolinen luovuutta joustavasti hyödyntävä ammatillinen osaamisensa antaa aiheen lukuisiin kiitoksiin: eli kiitos viime vuosien tuesta ja ammatillisesta kumppanuudesta. Ilman sitä tämä tutkimustyö ei olisi koskaan valmistunut. Haluan samassa yhteydessä kiittää myös musiikin laitoksen johtoa ja henkilökuntaa kehittämismyönteisestä ilmapiiristä. Tiedeyhteisön tuki ja keskinäinen vuorovaikutus on edistänyt tämän työn valmistumista. Vilpittömän kiitos haastatelluille terapeuteille kokemuksen ja näkemyksen avaamisesta. Suuri kiitos kuuluu myös tämän työn esitarkastajille professori Heidi Ahonen-Eerikäiselle ja professori Kimmo Lehtoselle näkemyksellisistä huomioista – eritoten työn tieteelliseen otteeseen ja kommunikoivuuteen liittyvistä rakentavista ehdotuksista. Kiitos Dr. Geoff Luckille abstraktin tarkistuksesta ja terminologisesta avusta.

Ammatillisen uran kiintopisteitä on kertynyt yli 20 vuoden aikana jo runsaasti, mutta Petri Lehiköisen humaani ja salliva ote jätti aikanaan musiikkiterapia-alan taivaltaan aloitteleeseen kouluttautujaan lähtemättömät jälkensä. Niin ikään kliinisen terapiatyön työnohjaajat antavat aiheen suureen kiitollisuuteen, heidän tukensa ja reflektiopintansa on ollut ammatillisen kasvun ja kehityksen kivijalkana. Haluan kiittää myös lukuisia moniammatillisia työryhmiä, joiden jäsenenä olen saanut hoidon, kuntoutuksen ja terapiatyön alueilla toimia. Kliinisen työn tärkeimmistä tärkeimpiä ovat olleet tietenkin potilaat ja asiakkaat, joiden kanssa prosessit on ylä- ja alamäkiin läpikäyty. Ilman niitä kokemuksia en olisi pystynyt, tokkopa ryhtynytään tätä tutkimusta tekemään. Ammatillisen kasvun luontevana työssijana on toiminut koko uran ajan Suomen musiikkiterapiayhdistyksen puitteissa tapahtunut kollegiaalinen kanssakäyminen – kiitos teille, arvon kollegat, merkityksellisistä vaiheista.

Lopuksi haluan kiittää erityisesti vaimoani Seijaa, joka on jaksanut loppumattomasti kannustaa, kuunnella ja joustaa tämän tutkimustyön eri vaiheissa, ja muutenkin. Kiitos kuuluu myös lähipiirille eli vanhemmillemme, jotka ovat jakamattomasti mukautuneet ja tukeneet moninaisissa vaiheissa. Te olette viime kädessä tehneet tämän mahdolliseksi. Aarni, Enni ja vauva ovat tutkimuslapsia, jotka saavat puolestani tämän jälkeen kernaasti enemmän aikaa.

Jyväskylässä, 31.10.2007

Esa Ala-Ruona



## KUVIOT

KAAVIO 1	Yhteenveto musiikkiterapia-arvioinnin eri muodoista kliinisessä kontekstissa.....	19
KAAVIO 2	Alkuarvioinnin prosessikuvaus .....	41
KAAVIO 3	Alkuarviointiprosessin alkuvaihe.....	91
KAAVIO 4	Arviointitilanteet .....	93
KAAVIO 5	Arviointijakson päätösvaihe .....	94
KAAVIO 6	Musiikkiterapia-arvioinnin taustatekijöitä ja toteutuksen strategioita .....	99

## TAULUKOT

TAULUKKO 1	Yhteenveto eri näkökulmista arviointiin ja sen eri merkityksiin.....	23
TAULUKKO 2	Yhteenvetoa vapaamuotoisen alkuarvioinnin avulla tuotettavasta tiedosta.....	39
TAULUKKO 3	Kirjallisuushauissa käytetyt lähteet ja aineistot aineistotyypeittäin jaoteltuna .....	45
TAULUKKO 4	Kooste kolmesta samalle kohderyhmälle suunnatun arviointimallin arvioitavien alueiden määrittelyistä .....	86

## SISÄLLYS

ABSTRACT  
ESIPUHE  
KUVIOT JA TAULUKOT  
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	9
2	MUSIIKKITERAPIA-ARVIOINTI TERAPIATYÖSSÄ JA TUTKIMUKSEN KOHTEENA.....	12
2.1	Taustaa .....	12
2.2	Näkökulmia arviointiin terapiassa ja kuntoutuksessa .....	15
2.3	Musiikkiterapia-arvioinnin määrittelyä .....	18
2.4	Musiikkiterapia-arvioinnin tutkimuksesta .....	23
3	TUTKIMUKSEN KULKU JA METODOLOGISIA VALINTOJA .....	26
3.1	Musiikkiterapeuttien käsitysten tutkiminen .....	28
3.1.1	Tutkimustehtävät .....	29
3.1.2	Fenomenografia lähestymistapana .....	29
3.1.3	Kokeneiden klinikoiden haastattelut .....	30
3.1.4	Haastatteluaineiston käsittely ja analysointi .....	30
3.2	Alkuarviointiprosessin mallintaminen.....	31
3.2.1	Tutkimustehtävän täsmennys ja aineistoanalyysin syventämi- nen grounded theoryn sovelluksella .....	32
3.2.2	Alkuarvioinnin prosessikuvaus .....	34
3.2.3	Vapaamuotoisen arviointimallin reflektiivinen kehittäminen .....	40
3.3	Kohdennettu kirjallisuuskatsaus: review-tutkimus .....	42
3.3.1	Lähtökohta .....	42
3.3.2	Tutkimustehtävän rajauksesta .....	43
3.3.3	Kirjallisuuspohjaisen aineiston hakuperiaatteet ja kerääminen.....	44
3.3.4	Kirjallisen aineiston käsittely ja valintakriteerit .....	46
3.4	Valikoitujen kuvausten kokoava aineistoanalyysi ja jaottelu .....	47
3.4.1	Aineistoanalyysin periaatteita.....	47
3.4.2	Kirjallisen aineiston luokittelusta .....	49
3.4.3	Aineistoanalyysin eteneminen ja tutkimustehtävän jäsentymisen .....	51
3.4.4	Kohti kokoavan jaottelun ja synteessin tuottamista .....	53
3.5	Yhteenvedo tutkimustehtävistä ja metodologisista ratkaisuksista .....	54
3.5.1	Tutkimusprosessin vaiheet ja metodologiset valinnat .....	54
3.5.2	Tutkimuksessa käytettyjä teknisiä apuvälineitä.....	55

4	VALIKOITUJEN ARVIOINTIMALLIEN JA -MENETELMIEN TAVOITTEET JA SISÄLLÖT .....	57
4.1	Yleiskatsaus arviointimalleihin ja -menetelmiin psykiatrisen musiikkiterapian alueella .....	58
4.1.1	Projektiivisia testejä.....	58
4.1.2	Osa-aluekohtaisia menetelmiä .....	59
4.1.3	Musiikkiterapia-arviointi diagnosoinnin tukena .....	61
4.1.4	Improvisaatio arvioinnin lähestymistapana .....	62
4.1.5	Geneerisiä improvisaatioanalyysimenetelmiä.....	63
4.1.6	Psykiatrian kohderyhmässä sovellettuja testejä .....	64
4.1.7	Arviointimalleja.....	64
4.2	Valikoitujen mallien taustoista, kehittämistyöstä ja käytännöistä .....	66
4.2.1	Psykiatristen potilaiden musiikki/aktiiviteettiterapian alkuarviointi.....	67
4.2.2	Monimuotoinen psykiatrinen musiikkiterapia.....	70
4.2.3	Musiikkiterapia osana diagnosointia lastenpsykiatriassa .....	74
4.2.4	Tunne-elämältään häiriintyneiden varhaisnuorten musiikkiterapia-arviointi .....	77
4.2.5	Tunne-elämältään häiriintyneiden lasten musiikkiterapia-arviointi .....	80
4.2.6	Musiikkiterapia-arviointi tunne-elämältään vakavasti häiriintyneille lapsille .....	83
4.2.7	Musiikkipsykoterapia-arviointi .....	87
4.2.8	Vapaamuotoinen alkuarviointi musiikkiterapiassa.....	89
5	MUSIIKKITERAPIA-ARVIOINNIN STRATEGIOITA, MENETELMIÄ JA APUKEINOJA .....	96
5.1	Aineiston analysoinnin tuottamasta jaottelusta ja synteisistä.....	96
5.2	Arvioinnin lähtökohta ja tausta .....	98
5.3	Arvioinnin suunnittelu ja strategisia valintoja.....	101
5.4	Arvioinnin toteutus ja menetelmällisiä valintoja.....	104
5.5	Arviointi seurannan määrittäjänä .....	109
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA .....	110
6.1	Tutkimuksen tuloksista .....	110
6.2	Tutkimuksen arviointia .....	114
6.3	Tulosten sovellettavuus ja jatkotutkimuksen tarpeita .....	116
7	PÄÄTÄNTÖ.....	118
	LÄHTEET .....	121
	LIITTEET.....	131

# 1 JOHDANTO

Musiikkiterapia on vakiinnuttanut asemansa osana suomalaisen terveydenhuollon ja kuntoutuksen kenttää eritoten viimeisen 15 vuoden aikana, jolloin alan ammatillistumiskehitys on ollut voimakasta. Myös alan koulutusta on kehitetty tänä aikana suunnitelmallisesti ja tutkimustoiminta on vilkastunut vuosi vuodelta. Musiikkiterapeutteja toimii viroissa ja toimissa erikoissairaanhoidon ja erityishuollon sekä perusterveydenhuollon piirissä. Suuri osa koulutetuista terapeuteista toimii yksityisinä palveluntuottajina, joiden palveluja ostavat mm. kunnat ja kuntayhtymien yksiköt. Kuntoutuksen puolella Kansaneläkelaitos on korvannut musiikkiterapiaa vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena 1990-luvun alkupuolelta lähtien ja korvausperusteita on laajennettu 2000-luvun alussa koskemaan myös harkinnanvaraisena toteutettavaan lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen.

Nykyaikainen hoito ja kuntoutus edellyttää useiden vastuullisten tahojen yhteistyötä ja keskinäisen toiminnan yhteensovittamista. Hoito- ja kuntoutuskäytännöistä on laadittu suosituksia, joilla pyritään turvaamaan toiminnan laatu ja että käytössä on tieteellisesti osoitetut ja hyvään kliiniseen kokemukseen perustuvat hoitomuodot ja käytännöt (esim. Käypä hoito -suositukset; Kelan kustantaman vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi). Hoito- ja kuntoutuskäytänteiden määrittelyissä otetaan kantaa myös proseduureihin eli että selvitetään hoidon/intervention tarve, arvioidaan hoito- ja terapiamuodon soveltuvuus, määritellään tavoitteet ja terapian oletettu kesto sekä tuloksellisuuden seurannan keinoja ja yhteistyön periaatteet. Tällainen järjestelmistä ja instituutioista nouseva paine on yksi lähtökohta kehittää kliinisiä käytäntöjä ja menetelmiä (esim. Braswell et al., 1983; Wilson 2002, 160).

Koska potilaiden ja asiakkaiden ongelmat, tarpeet ja valmiudet ilmenevät yksilöllisesti, tarvitaan niiden selvittämiseen monipuolisia keinoja. Moniammatillinen työryhmä tuottaa tietoa asiakkaasta useista näkökulmista, kullekin erikoisalalle tai terapiamuodolle tyypillisten kliinisten keinojen avulla. Tietoa kerätään mm. diagnosointiin, erotusdiagnostiikkaan sekä tarkoituksenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Musiikkiterapeutteja toimii moniammatillisten työryhmien jäsenenä ja heidän panostaan tarvitaan erityi-

sesti silloin, kun asiakkaan tilanteen selvittäminen ei syystä tai toisesta perinteisin tiedonhankinta- ja arviointimenetelmin onnistu. (esim. Isenberg-Grzeda 1988, 165; Wilson 2002, 163.)

Oma kiinnostukseni musiikkiterapian arviointiin juontuu sekä erikoissairaanhoidon että avohoidon ja -kuntoutuksen piirissä toteutettuun kliiniseen musiikkiterapiaan. Työskentelin toistakymmentä vuotta yhteistyössä psykiatrian ja somaattisen erikoissairaanhoidon eri hoitotiimien kanssa ja sittemmin myös vuosia yksityisenä Kelan ja kunnallisten tahojen kustantamien terapioiden palveluntuottajana. Kliinisen työn ohessa oli mahdollisuus koko ajan kehittää myös oman erikoisalan ammatillisia käytäntöjä (esim. Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 1998; 2007). Erityiseksi kiinnostuksen kohteeksi muodostui terapiasuhteen alkuvaiheen toimet ja musiikkiterapiassa tapahtuvaan arviointiin liittyvät kysymykset – millaista tietoa hyvin toimivan ja tarkoituksenmukaisen musiikkiterapian suunnitteluun tarvitaan ja miten tietoa voidaan hankkia. Myös asiakassuhteen rakentamiseen liittyvät kysymykset – millä keinoin kohtaan uuden ihmisen ja miten voin vastata hänen ja taustalla olevan lähettävän tahon tarpeisiin – pohdituttivat.

Kliinisessä terapiatyössä useat eri syyt vaikuttavat siihen millaiseksi arviointi ja sen fokus muodostuu. *Asiakas* itse voi olla kiinnostunut terapiamuodon mahdollisuuksista ja sen soveltuvuudesta itselleen sekä yhteistyön sujuvuudesta terapeutin kanssa (asiakas itsekin arvioi; esim. Ala-Ruona 2002). *Terapeutti* tutkii asiakassuhteen alussa asiakkaan terapiatarvetta, terapiamuodon ja lähestymistapojen soveltuvuutta asiakkaalle, yhteistyön sujuvuutta, millaisia tavoitteita asiakkaan terapialle voitaisiin asettaa sekä selvittää miten terapian kuluessa seurataan terapian/interventioiden toimivuutta suhteessa terapialle asetettuihin tavoitteisiin. *Lähettävä taho* on niin ikään kiinnostunut suunnitellun terapian soveltuvuudesta asiakkaalle, terapian toimivuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta asiakkaan kokonaistilanteen kannalta. *Terapian maksaja* (esim. Kela) on kiinnostunut suunnitellun ja toteutuvan terapian laadusta, vaikuttavuudesta (tehosta) ja kustannusvastaavuudesta (panostuksen suhde saatavaan hyötyyn) sekä edellä mainittujen yhdistelmästä: mitä, mihin tarpeeseen, millä rakenteella ja kuinka kauan.

Rissasen (2001) mukaan hyvää terapia- ja kuntoutustyötä määrittää se, että palvelu on tavoitteellista, suunnitelmallista ja että se on myös tuloksellista ja vaikuttavaa. Olennaista terapiasuhteen alkuvaiheen toimissa on joka tapauksessa se, että asiakas ja terapeutti luovat yhteistä ymmärrystä asiain tilasta ja siitä, mihin suuntaan ja millä tavoin olisi hyvä pyrkiä (esim. Ala-Ruona 2004). Ideaalitulanteessa lähettävällä taholla, maksavalla taholla, terapeutilla ja asiakkaalla kaikilla on riittävän samansuuntainen ja realistinen käsitys suunnitteilla olevan terapian ja kuntoutuksen päämääristä, keinoista ja mahdollisuuksista. Virallisiin hoidon ja kuntoutuksen järjestelmiin kuuluvana musiikkiterapeutti on vastuussa käytännön asiakastyön lisäksi myös tuottamansa palvelun laadusta ja kehittämisestä. Hoidon ja kuntoutuksen alueilla määritellään entistä enemmän palvelujen tuottamiseen liittyviä periaatteita, joihin eri osapuolet sitoutuvat (esim. Kelan avokuntoutuksen standardi). Näissä sopimuksissa määritellään osaltaan myös kliinisen toiminnan tiettyjä osa-alueita, kuten terapian

arvioinnin ja seurannan periaatteita. Tarve selvittää ja kehittää sekä yleisiä että erikoisalakohtaisia toimivia kliinisiä menetelmiä ja käytäntöjä on ilmeinen.

Tämä väitöstutkimus perustuu kolmeen psykiatrian alueen musiikkiterapia-arviointia käsittelevään tutkimukseen sekä niitä integroivaan synteisiin ja teoreettisen hahmotelman esittelyyn. Ensimmäinen vaihe oli kokeneiden psykiatrian alalla toimivien musiikkiterapeuttien haastattelututkimus, jonka perusteella selvitettiin kliinisen arviointityön käsitte pohjaa ja käytäntöjä sekä muodostettiin alkuarvioinnin prosessikuvaus. Toinen vaihe tuotti teoreettisen hahmotelman terapeutin ymmärryksen rakentumisen prosessista vapaamuotoisen alkuarviointijakson aikana. Kolmas vaihe perustuu psykiatrian alalta raportoitujen musiikkiterapia-arvioinnin mallien ja menetelmien analysointiin sekä niiden teoreettisten taustojen selvittämiseen.

Tällä tutkimuksella pyritään tuottamaan käyttökelpoista tietoa psykkisten ongelmien parissa työskenteleville ja musiikkiterapian mahdollisuuksista kiinnostuneille ammattilaisille ja yhteistyötahoille. Erityisenä mielenkiinnon kohteena on alkuarviointi, mutta koska alkuarvioinnissa määritellään yleensä tavalla tai toisella myös terapialle asetettavia tavoitteita, se määrittää osaltaan myös terapiaprosessin tuloksellisuuden seuranta. Tutkimuksella ei haeta yksiselitteistä vastausta kysymykseen miten arviointia musiikkiterapiassa tulisi toteuttaa vaan pikemminkin esitellä eri käytännöllisiä vaihtoehtoja ja pohtia niiden kliinistä relevanssia eri asetelmissa. Terapeutti ja hänen toimintaympäristönsä tekevät arviointikäytäntöihin, menetelmiin ja työkaluihin liittyvät tarpeenmukaiset valintansa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on helpottaa näiden valintojen tekemistä julkituomalla psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin eri näkökulmia, mahdollisuuksia ja keinoja.

## 2 MUSIIKKITERAPIA-ARVIOINTI TERAPIATYÖSSÄ JA TUTKIMUKSEN KOHTEENA

### 2.1 Taustaa

Musiikkiterapialla tarkoitetaan tämän tutkimuksen yhteydessä musiikkiterapeutin koulutuksen saaman henkilön musiikkiterapiamenetelmin toteuttamaa suunnitelmallista ja tavoitteellista hoitoa ja kuntoutusta (SUMUKE<sup>1</sup>-hyväksytty koulutus - pätevyys toimia Kelan palveluntuottajana). Tällä määritelmällä tehdään ero viihteelliseen, omatoimiseen, harrastuksenomaiseen tai kouluttamattoman henkilön toimesta tapahtuvaan musiikilliseen aktiviteettiin tai musiikin käyttöön, jota joskus saatetaan kutsua musiikkiterapiaksi, vaikka sille ei ole asetettu varsinaisia hoidollisia tai kuntoutuksellisia tavoitteita eikä se toteudu osana virallista hoito- ja kuntoutusjärjestelmää. Musiikkiterapiassa musiikin käytöllä ja terapeuttisella vuorovaikutuksella tähdätään hoidollisten ja kuntoutuksellisten päämäärien saavuttamiseen eli musiikkiterapian tavoitteet eivät ole sinällään musiikillisia, vaikka joskus asiakas voi terapian ohessa omaksua uusia musiikillisia valmiuksia. Määritelmä mukailee musiikkiterapia-alan virallisten organisaatioiden linjauksia (Suomen musiikkiterapiayhdistys ry, European Music Therapy Confederation, World Federation of Music Therapy, American Music Therapy Association, Certification Board for Music Therapists).

Suunnitelmallisen kliinisen musiikkiterapian voidaan katsoa kehittyneen alun alkaen erityisesti Yhdysvalloissa toisen maailmansodan jälkeen veteraanien kuntoutuksen vauhdittamana. Musiikkiterapiaa on Suomessa kehitetty ja sovellettu osana hoito- ja kuntoutusmuotovalikoimaa 1960-luvulta alkaen pitäen erityisesti psykiatrisissa sairaaloissa ja kehitysvammaisten kuntoutuksessa (Kasinen 2003). Kliinisen musiikkiterapian taustalta löytyy useita psykoterapiaan kytkeytyviä teoreettisia viitekehyksiä, kuten esimerkiksi psykodynaaminen, kognitiivinen, humanistis-eksistentiaalinen, biomedikaalinen, behavioristinen ja holistinen sekä niistä johdettuja suuntauksia ja malleja (Scovel & Gardstrom

---

<sup>1</sup> SUMUKE = Suomalaisen musiikkiterapiakoulutuksen kehittämistyöryhmä

2002). Taustateoria vaikuttaa olennaisesti siihen, miten terapia ja sen mahdollisuudet sekä edelleen myös terapialle asetettavat tavoitteet, käytettävät menetelmät ja terapeutin rooli eri suuntauksissa nähdään (ibid.). Myös arvioinnin näkökulmasta eri taustateoreettisilla orientaatioilla on suuri merkitys asiakkaan tilanteen kartoittamisessa (miten tietoa tuotetaan), määrittämisessä (miten ongelmat ja valmiudet todennetaan) ja terapeutin muutosprosessin (mihin terapialla pyritään vaikuttamaan) seurannassa (vrt. esim. Wigram et al. 2002; Gurman-Messer 2003). Kansainvälisessä tarkastelussa amerikkalainen musiikkiterapia perustuu pitkälti behavioristiseen teoriataustaan ja eurooppalainen vastaavasti psykoterapeutin ja psykoanalyttiseen lähestymistapaan (Wigram et al. 2002, 61-62; 214). Suomalainen musiikkiterapian teorianmuodostus nojautuu vahvasti psykoanalyttiseen ja psykodynaamiseen teoriataustaan (esim. Rechart 1973, Lehtonen 1986, Erkkilä 1997), mutta myös oppimis- ja kehysteoreettisia viitekehyksiä sovelletaan (esim. Ahonen-Eerikäinen 1998). Lisäksi suomalaisen musiikkiterapian käytäntöön liittyy eri taustateorioita yhdisteleviä lähestymistapoja, koska täkäläiset musiikkiterapiakoulutukset eivät ole leimallisesti sitoutuneet yksittäiseen viitekehykseen (vrt. Wigram et al. 2002, 62).

Eri taustateorioiden mukaiset näkemykset eroavat varsinkin ääripäissään (esim. psykodynaaminen ja behavioristinen) suuresti toisistaan niin taustafilosofian, käsitteistön, terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen kuin käytettävien menetelmien ja terapian päämäärien osalta (esim. Waltz, Addis, Koerner & Jacobson 1993, 625; Scovel & Gardstrom 2002, 120-121). Arvioinnin kannalta tämän voi ajatella vaikuttavan olennaisesti siihen millaisesta tiedosta ollaan kiinnostuneita, millaisin menetelmin sitä pyritään tuottamaan, miten saatua tietoa käsitellään ja millaisia johtopäätöksiä sen pohjalta tehdään. Kyse on siis pohjimmiltaan taustalla vaikuttavista paradigmoista, jotka ohjaavat ajattelua ja kliinisen toiminnan luonnetta ja toteutusta. Taustateorioiden merkitys ei rajoitu ainoastaan terapeutin toimintaan vaan ilmenee myös kontekstuaalisella tasolla eli missä yhteydessä ja millaisessa toimintaympäristössä terapiaa toteutetaan. Viitekehyselliset erot (esim. humanistinen ja luonnontieteellinen) asettavat haasteita eri alojen ja ammattiryhmien väliselle yhteistyölle ja kommunikaatiolle (esim. Wigram 1999).

Suomessa musiikkiterapian kliininen toiminta voidaan jakaa karkeasti hoidolliseen ja kuntoutukselliseen sen mukaan, missä kontekstissa ja millaisin tavoittein terapia toteutuu. Musiikkiterapian kliiniset käytännöt ovat pääpiirteissään samankaltaisia kuin rinnakkaisilla aloilla, kuten esim. verbaalipsykoterapian, kuvataideterapian, puheterapian ja toimintaterapian yhteydessä. Kun musiikkiterapiaa käsitellään hoitomuotona, se liitetään sairaanhoidon yhteydessä tapahtuvaan terapiaan ja yleensä paikkana on tällöin laitos. Suomessa tällainen musiikkiterapia toteutuu tyypillisesti erikoissairanhoidon yhteydessä, joskin perusterveydenhuollon puolellakin on jo tarjolla jonkin verran palveluja. Virkoja ja toimia on lähinnä suurissa erikoissairanhoidon ja erityishuollon yksiköissä, mutta nykyään suurin osa Suomessa tuotettavista musiikkiterapiapalveluista toteutuu yksityisten palveluntuottajien toimesta. Vuonna 2004 musiikkiterapiassa käyntejä toteutui Musiikkiterapeuttien ammattikillan arvion mukaan julkisella ja yksityispuolella yhteensä n. 130000. Kuntouttavan



puolen musiikkiterapiaa kytkeytyy tyypillisesti Kansaneläkelaitoksen järjestämään kuntoutukseen. Kela kustansi vuonna 2005 musiikkiterapiaa eri muodoissaan yhteensä yli 3 200 000€:n edestä (Kelan kuntoutustilasto 2005; Marjatta Kallio, henkilökohtainen tiedonanto). Osa Kelan kustantamasta musiikkiterapiasta toteutui vaikeavammaisten kuntoutuksena ja harkinnanvaraisena (musiikki)psykoterapiana. Selvästi suurin sairaus pääryhmä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt.

Psykiatrian alueella toteutettavan musiikkiterapian tyypillisiin käytäntöihin kuuluu asiakkaan/potilaan tilanteen kartoittaminen ennen varsinaista terapiaa tai ainakin terapian alkuvaiheen aikana. Sairaalahoidon ja avohoidon/kuntoutuksen yhteydessä menettelytavat poikkeavat toisistaan. Erikoissairaanhoidon yhteydessä potilaan tutkimusjaksoon saattaa kuulua käynnit musiikkiterapiassa. Tällöin voi kyse olla myös potilaan yleistilan selvittämisestä ja sen osana käytetään musiikkiterapian menetelmiä. Avohoidossa ja -kuntoutuksessa on tyypillisempää se, että perustason terapiatarpeen ja soveltuvuuden arviointi on jo tehty ja musiikkiterapian arviointi toteutuu terapiaprosessin alkuvaiheessa.

Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan yksilösuhteessa toteutuvaa musiikkiterapia-arviointia. Vaikka ryhmämuotoisen psykiatrisen musiikkiterapian arviointiin on olemassa joitakin sovelluksia (esim. Cassity & Cassity 1998 ja Wolfe 2000), on käytännössä tyypillistä, että ryhmämuotoiseen terapiaan suositellaan asiakkaita aikaisemmin kerätyn tiedon ja yksilöarvioinnin pohjalta (Ala-Ruona 2004). Tämä tutkimus ei ole arviointitutkimus, vaan arvioinnin tutkimus, joka tarkoittaa sitä, että pääasiallinen kiinnostuksen kohde on laadullisesti selvittää miten psyykkisten ongelmien yhteydessä musiikkiterapia-arviointia tehdään ja erityisesti kiinnostus kohdentuu alkuarviointiin eli ennen varsinaista terapiaa tapahtuvaan arviointiin.

Psyykkisillä ongelmilla tarkoitetaan tämän tutkimuksen yhteydessä mielenterveyden alueen häiriöitä, jotka haittaavat potilaan kokonaisvaltaista kasvua, kehitystä ja hyvinvointia, ja jotka ilmenevät ongelmallisina persoonallisuuden piirteinä, mielenterveyden häiriintymiseen viittavana oireiluna ja puutteellisena psykososiaalisena toimintakykynä (Lehtonen & Lönnqvist 2000).

Tutkijan oma kliininen tausta nojautuu pääosin psykodynaamiseen viitekehukseen ja sen puitteissa saatuun tiiviiseen työnohjaukseen. Kliinisen ajattelun teoreettista taustaa voi luonnehtia kuitenkin eklektiseksi (eri taustateoreettisia näkökulmia yhdisteleväksi), koska myös humanistis-eksistentiaalisia, kehityspsykologisia ja voimavaruusuntautuneita näkökulmia ja lähtökohtia on erilaisten asiakkaiden tarpeista riippuen sovellettu. Tutkija on työskennellyt useiden kliinisten kohderyhmien kanssa ja lukuisten moniammatillisten työryhmien jäsenenä erikoissairaanhoidossa ja avokuntoutuksessa. Käytännön terapiatyö on ollut luonteeltaan tiivistä ja pitkäkestoista prosessityöskentelyä, jossa edetään yksilöllisesti kunkin asiakkaan ja kulloistenkin edellytysten mukaisesti. Tutkijan oma kliininen arviointityö on kehittynyt suunnitelmallisen ja tavoitteellisen terapiatyön ohessa osana muodollista lähettämiskäytäntöä ja hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa.

## 2.2 Näkökulmia arviointiin hoidossa ja kuntoutuksessa

Perinteiseen psykiatriseen arviointiin kuuluu potilaan taustan kattava kartoittaminen haastattelemalla ja tapauskuvauksen laatiminen (Lönnqvist 2000, 26). Uuden potilaan tai asiakkaan tilaa ja tilannetta kartoitetaan hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä lukuisin eri lähestymistavoin ja keinoin. Potilaan tutkiminen ja hänen tilansa diagnostinen määrittäminen kuuluu lääkärin tehtäviin. Diagnostiikka, varsinkaan psykiatrian alueella, ei ole kuitenkaan kiistaton tai yksiselitteinen keino luokitella häiriöitä. Tilanteen kartoittaminen on ongelmakeskeistä ja tähtää potilaan ongelman ammatilliseen määrittämiseen sekä hoitosuunnitelman tekemiseen. Hoidon suunnittelussa tehdään yhteistyötä useiden tahojen, kuten potilaan, hänen lähipiirinsä ja hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä. Hoitosuunnitelmia tehtäessä neuvotellaan tarpeellisten lisäselvitysten tekemisestä sekä hoidon tavoitteista ja arvioidusta kestosta. (Lönnqvist 2000, 30-32.)

Kliinisen arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia arviointimittareita, kyselyitä ja testejä, joiden avulla tähdätään kliinisten johtopäätösten luotettavuuden lisäämiseen. Mittareita ja testejä käytetään esimerkiksi eri häiriöiden oirekartoitukseen sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn mittaamiseen sekä niissä tapahtuvien muutosten seuraamiseen. Monien mittareiden ja testien käyttö edellyttää erikoiskoulutusta tai esim. psykologin pätevyyttä. Arviointimittareita käytetään sekä kliinisessä arvioinnissa että tutkimustarkoituksiin ja osa niistä on standardoituja sekä kliinisen kokemuksen perusteella suositeltuja. Standardoituja mittareita käytettäessä arviointi on toistettavissa toisenkin henkilön toimesta ja helposti dokumentoitavissa. (Lönnqvist 2000, 48-49; Duodecim, Käypä hoito -suositus.)

Aron (2004) mukaan toimintakyky on esitietoihin (sairauden kehitysvaiheisiin, hoitoihin ja hoitojen vaikutuksiin), kliinisiin havaintoihin ja muihin tutkimuslöydöksiin perustuva arvio siitä, kuinka henkilö selviytyy päivittäiseen elämään liittyvistä vaatimuksista (Aro 2004, 22-25). Toimintakyvyn arvioinnissa katsotaan tarpeelliseksi tutkia sekä subjektiivisesti koettua että objektiivisesti arvioitua toimintakykyä. Toimintakyvyn kuvaukseen käytetään useita menetelmiä (sekä kuvailevia että mittaritaustaista) ja tietoa tuottavat arviointia varten useat tahot. WHO:n ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaisesti toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan potilaan status, toimintakyky suhteessa statukseen sekä osallistuminen yhteiskunnan toimintaan. Psykologisilla tutkimuksilla on toimintakyvyn arvioissa tavoitteena selvittää psyykkisten puolustus- (defenssit) ja hallintakeinojen (coping) luonnetta ja toimivuutta, potilaan motivaatiotekijöitä, persoonallisuuden rakennetta, persoonallisia ajattelu- ja toimintatapoja sekä psyykkisiä heikkouksia ja vahvuuksia (mm. coping-keinot) sekä arvioida psyykkisen sairauden vaikeusastetta. Kuntoutussuunnitelmaa rakennettaessa otetaan huomioon erityisesti todetut psyykkiset vahvuustekijät. (Heikman, Kaita & Kuoppasalmi 2004, 127-133.)

ICF on sittemmin (2004) käännetty suomeksi ja julkaistu nimellä ”Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus”. Luokitus kuvaa biopsykososiaalista toiminnallista tilaa (functional status) ruumiin/kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen aihealueilla. Stakesin (2006) kuvauksen mukaan ”ICF ei tarjoa toimintakyvyn arviointimenetelmiä, mutta ohjeistaa moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa ja edistämisessä. ICF tarjoaa yhteisen toimintakyvyn sovellettavaksi sekä toimintakyvyn kliinisissä tutkimuksissa ja palveluiden kehittämisessä että väestötutkimuksissa. Luokituksen tarkoitus on parantaa kommunikaation tasoa eri toimialojen ja hallinnonalojen välisessä verkostoituvassa yhteistyössä toimintakykyyn liittyvissä asioissa.” (Stakesin luokituskeskus 2006.)

Rissanen (2001) toteaa, että kuntoutustyön lähtökohtana on kuntoutujan kaikkien voimavarojen tunnistaminen ja niiden vahvistaminen elämänhallinnan ja -laadun tarpeisiin. Näin ollen kuntoutuksen kohteena ei ole sairaus, vika tai vamma, vaan ihminen kaikkine tarpeineen ja rajoituksineen. Rissanen mukaan kuntoutuksen taustalla olevan ihmiskäsityksen tulee olla ehjä kokonaisuus, joka käsittää fyysisen terveyteen liittyvän kuvan ohella kokemuksellisen, yhteisöllisen, teknis-taloudellisen ja eri elämän alueiden merkitykset ja arvot. Rissanen toteaa, että hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon suunnittelun, toteutuksen, ohjauksen ja seurannan lisäksi kuntoutus edellyttää jatkuvaa itsearviointia, tieteellisen tiedon hyödyntämistä ja muun tiedon hankintaa. Tarkoituksena on tavoitella laadukasta ja sisällöltään oikeaa ja vaikuttavaa kuntoutusta, joka on lisäksi taloudellista ja hyvän tavan mukaan markkinoitua. (Rissanen 2001, 541.)

Arviointi voidaan fokusoida siis oire/patologia-keskeisesti, toimintakyvyn, elämänlaatuun tai voimavaroihin sekä niissä tapahtuviin muutoksiin. On huomattavaa, että moniammatillisen arviointityön taustalla vaikuttavat useat erilaiset ihmiskäsitykset ja teoreettiset viitekehykset, joiden myötä myös näkökulmat sairauden, ongelman ja muutosprosessin taustoista ja syy-yhteyksistä vaihtelevat. Yksimielisyyttä siitä, mitä (fokus) pitäisi arvioida ja millä keinoin (menetelmät) arviointia tulisi tehdä, kuin siitäkään miten hoidollisten ja kuntouttavien toimien tuloksellisuutta olisi todennettava (seuranta ja tutkimus), ei kliinikoiden kuin tutkijoidenkaan piirissä ole (vrt. esim. Lahtela 2001; Wampold 2001; Norcross 2002; Leiman 2004; Lahti 2004; Wahlbeck 2005).

Myös varsinaisen välittömän kliinisen kontekstin ulkopuolella ollaan kiinnostuneita terapian ja eri terapiamuotojen toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Tällöin on kyseessä arvioinnin tutkimuksellinen konteksti, jolloin tietyille toiminnalle tietyssä kohderyhmässä haetaan tutkimuksellista näyttöä, ja jota tietoa voidaan käyttää hoitosuosituksen sekä laajemmin myös sosiaali- ja terveyspoliittisen päätöksenteon tukena (esim. Mäkelä 2004, 28). Viime vuosina on näyttävästi ollut esillä ns. näyttöön perustuva hoito/käytäntö (engl. EBM - evidence based medicine, evidence based practice) omanlaisine tutkimuksellisine ihanteineen ja metodologisine käytänteineen (esim. Wahlbeck 2005). Tällaisen tutkimustiedon perusteella on määritelty näytön tasoja ja laadittu suosituksia siitä, mitä tietyn diagnoosin ja problematiikan omaavalle potilaalle suositellaan

hoito- tai terapiamuodoksi (esim. Käypä hoito-suositukset, Duodecim). Keskeisiä käsitteitä tässä yhteydessä ovat hoidon tehokkuus (efficacy) ja hoidon vaikuttavuus (effectiveness). Wahlbeckin (ibid.) mukaan tutkimusasetelmassa todettu hoidon tehokkuus ei vielä tarkoita, että se olisi myös vaikuttavaa terveydenhuollossa. Kustannustehokkuuden selvittämisen edellytyksenä on vaikuttavuuden tutkiminen (Wahlbeck 2005, 35). Hoidon ja kuntoutuksen kustannuksista vastaavat tahot ovat kiinnostuneita siitä, mitä suositellaan, millä perusteella ja mitä tällä toiminnalla voidaan olettaa saavutettavan. Kivekäs & Kallanranta (2004, 377) tosin toteavat kuntoutuksen osalta, että kuntoutuksen annosta ei yleensä voida määrittää, minkä vuoksi annos-vastesuhteita ei myöskään voida määrittää, joten tämä vaikeuttaa merkittävästi myös kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia.

Tämän tutkimusprosessin aikana on keskusteltu hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta noussut välillä kovaääniseksikin. Erityisesti on puhuttanut EBM-suuntauksen soveltuvuus prosessityöskentelyyn perustuvan terapian, kuten monien psykoterapiasuuntausten, vaikuttavuuden tutkimiseen. Toinen psykoterapiatutkimuksen haara on prosessitutkimus, joka on yleensä laadullista luonteeltaan. Strupp, Schacht & Henry (1988) esittelivät PTO-periaatteen (problem-treatment-outcome -congruence), jonka mukaan ongelman määrittely, prosessin seurannan ja lopputuloksen arvioinnin tulisi olla metodologisesti yhdenmukainen. Leiman (2004, 2652) toteaa, että PTO-periaatteen soveltaminen perustuu potilaskohtaiseen ongelman muotoiluun, jonka mukaisesti hoidolle asetetaan ongelman kannalta relevantit tulostavoitteet sekä määritellään indikaattorit, joiden perusteella muutosprosessia voidaan todentaa. Prosessityöskentelyyn perustuvana myös musiikkiterapia-arviointiin ja terapian seurantaan liittyvät kysymykset ovat paljolti yhteneväisiä em. näkökulmien kanssa. Tavaltaan Kelan avokuntoutuksen standardissa (versio 5, 2006) oleva maininta "Kuntoutusjakson päättyessä musiikkiterapeutti arvioi terapiaprosessissa tapahtuneita muutoksia ja kuntoutuksen tuloksellisuutta samoilla arviointimenetelmillä, joita hän on käyttänyt alkuvaiheessa ja kuntoutuksen aikana" sivuaa Struppin et al. määrittelemää PTO-periaatetta.

Yhteenvetona voi todeta, että arviointi voi kohdistua siis asiakkaaseen, käytettävään menetelmään, hoitoprosessiin, käytänteisiin tai kokonaiseen hoidon ja kuntoutuksen järjestelmään. Arviointi liittyy siten myös terveydenhuoltopalvelujen laadun kehittämiseen ja ylläpitämiseen. Yleisellä tasolla arviointi voidaan nähdä monitahoisena tiedonhankinnan prosessina, jossa tietoa kerätään, sitä käsitellään ja edelleen analysoidaan. Eri tahojen tekemillä arvioinneilla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää diagnosoinnin apuna, harkitun hoito- ja kuntoutusmuodon soveltuvuuden selvittämisessä sekä edelleen tarpeellisia hoitosuosituksia tehtäessä. Eri erikoisalojen menetelmät perustuvat kullekin alalle tai terapiasuuntaukselle ominaiseen teorianmuodostukseen ja ammatillisten käytäntöjen kehittämistyöhön (esim. Gurman & Messer 2003).

### 2.3 Musiikkiterapia-arvioinnin määrittelyä

Musiikkiterapiakirjallisuudesta löytyy lukuisia kuvauksia, joissa määritellään arvioinnin tarkoitusta (esim. Bruscia 1987, 13; Sabbatella 1998, 227; Wigram 1999, 8; Wilson 1990, 131-136.). Tyypillisiä arvioinnin päämääriä ovat mm. :

- asiakkaan nykytilaan liittyvien eri osa-alueiden (esim. kognitiivisten, emotionaalisten, sosiaalisten, motoristen ja musiikillisten) valmiuksien, ongelmien ja tarpeiden kartoittaminen;
- terapiamuodon tai käytettävän lähestymistavan soveltuvuus;
- uuden tiedon hankinta diagnosoinnin tueksi;
- terapian tavoitteiden määrittely.

Musiikkiterapia-arviointia ja sen osa-alueita määritellään eri yhteyksissä eri tavoin, joka osaltaan viittaa kliinisiin käytäntöihin liittyviin, kulttuurisiin ja teoreettisiin eroihin, mutta myös käsitteelliseen vakiintumattomuuteen. Suomalaisessa alan käytännössä sanalla arviointi saatetaan viitata asiakaskontaktin alkuvaiheen tutkimusjaksoon, terapiaprosessin etenemisen seurantaan tai tavoitteiden toteutumisen tarkasteluun. Englanninkielisessä käsitteistössä tätä määrittelyongelmaa hälventää hieman se, että termillä *assessment* viitataan yleensä alkuvaiheen toimiin ja tiedonkeruuseen, ja *evaluation* puolestaan viittaa terapian tulosten ja vaikutusten tarkasteluun (esim. Cohen ja Gericke 1972, 162). Tosin englanninkielisessä kirjallisuudessa on vielä erikseen myös käsite *initial assessment*, joka viittaa vielä tarkemmin alkuvaiheen ensimmäisiin tapaamisiin ja alkuarviointiin, sekä *ongoing assessment*, joka viittaa koko terapiaprosessin ajan tehtävään jatkuvaan arviointiin. Tämän tutkimusraportin yhteydessä käytetään käsitteitä alkuarviointi ja arviointi kuvaamaan asiakassuhteen alun tutkimusjaksoa. Terapiaprosessin etenemisen ja terapian toimivuuden yhteydessä käytetään käsitettä seuranta (esim. Ala-Ruona, Saarinen, & Saukko, 1999). Tällainen jaottelu mukailee muitakin musiikkiterapiakirjallisuudessa kuvattuja perustason käsitteenmäärittelyjä (esim. Bruscia 1987, 13-14; 520, Isenberg-Grzeda 1988, 167; Douglass 2006, 73). Terapiaprosessin päätösvaiheen arvioinnista käytetään selvyuden vuoksi käsitettä loppuarviointi.

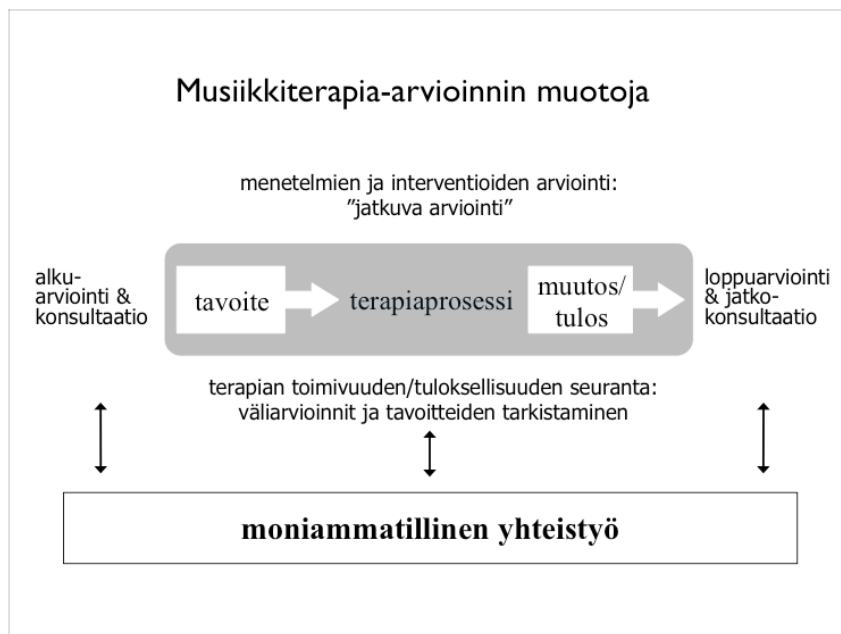
Suomalaisittain käsitteellistään muodostuu siis jatkumo: alkuarviointi/arviointi – seuranta – loppuarviointi, kuvaamaan terapiaprosessin yhteydessä toteutettavaa musiikkiterapia-arviointia (vrt. Wigram 2002; Wilson 2002). Suomalaiseen alan kieleen ollaan lanseeraamassa myös käsitettä konsultoiva arviointi (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 2007). Tällä viitataan musiikkiterapeutin käyttämiseen konsultoivana asiantuntijana, joka ei välttämättä arviointia tekevänä kuitenkaan itse toteuta mahdollisesti suositeltavaa terapiaa, vaan se toteutuu toisen musiikkiterapeutin toimesta. Konsultoivalla musiikkiterapia-arvioinnilla tuotetaan asiakkaan valmiuksista ja ongelmista lisätietoa, jota moniammatillinen työryhmä voi hyödyntää hoito- ja kuntoutussuunnitelman te-

kemisessä. Tarve voi liittyä myös asiakkaan diagnosointiin. (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 2007.)

Konsultoivan musiikkiterapia-arvioinnin käsitteen ja musiikkiterapiapalvelun määrittelyn tarve on noussut kliinisestä todellisuudesta, koska varsinkin laitoksissa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien musiikkiterapeuttien työhön on viime vuosina tullut entistä enemmän konsultoivan työn luonnetta. Asiakas on sairaalassa lyhyehköllä tutkimusjaksolla, jonka puitteissa karotetaan hänen tilanteensa ja tehdään tarvittavat suositukset jatkohoidon ja terapian aloittamiseksi avohoidossa tai -kuntoutuksessa. (Päivi Saukko, henkilökohtainen tiedonanto 2005; Jouni Aavaluoma, henkilökohtainen tiedonanto 2006.)

Suomalaisen musiikkiterapian kliinistä käytäntöä mukaillen arviointi määritellään sen tarkoituksen ja luonteen mukaan kolmeen pääluokkaan:

- asiakkaan musiikkiterapiatarpeen ja musiikkiterapian soveltuvuuden arviointi
- asiakkaan nykytilan arviointi musiikkiterapian keinoin
- konsultoiva arviointi



KAAVIO 1 Yhteenveto musiikkiterapia-arvioinnin eri muodoista kliinisessä kontekstissa

Täkäläisen määritelmän mukaan arviointi toteutetaan musiikillisessa vuorovaiikutustilanteessa, jonka lisäksi siihen sisältyy myös haastatteluja, taustatietoihin tutustumista sekä lausunnon antaminen (Ala-Ruona et al. 1998, 87; Ala-Ruona et al. 2007). Suomalaisen musiikkiterapian kliiniseen käytäntöön kuuluu yle-

sä ennen varsinaista terapiaa toteutettava muutaman käynnin arviointi- ja tutkimusjakso, jonka avulla selvitetään terapiamuodon soveltuvuutta ja mahdollisesti aloitettavalle terapialle asetettavia tavoitteita. Musiikkiterapia-arvioinnin erityispiirteenä pidetään mahdollisuutta hankkia tietoa asiakkaasta myös silloin, kun se ei ole esimerkiksi keskustelun tai muiden perinteisten keinojen avulla mahdollista. Arvioinnissa, kuten muutenkaan musiikkiterapiassa, ei asiakkaalta edellytetä erityisiä musiikillisia valmiuksia vaan arviointitilanteissa toimitaan hänen yksilöllisten valmiuksiensa ja edellytystensä mukaan. Arviointikäynneillä kokeillaan tyypillisesti erilaisia musiikkiterapian lähestymistapoja ja saadaan kokemuksia asiakkaalle soveltuvista menetelmistä sekä yleisemminkin siitä, miten hyvin yhteistyö asiakkaan ja terapeutin välillä sujuu. (Ala-Ruona, 2001.)

Bruscia (1987, 13; 520) on määritellyt arvioinnin prosessiksi, jossa terapeutti kerää tarvittavaa tietoa ymmärtääkseen ja voidakseen auttaa asiakasta. Kerättyä tietoa analysoidaan terapian suunnittelua ja toteuttamista varten. Bruscian (1988) toisessa määrittelyssä arviointi jaetaan sen luonteen ja tarkoituksen mukaan neljään osa-alueeseen:

- diagnostinen (asiakkaan patologiset piirteet)
- suositteleva (terapian tarve ja sille asetettavat tavoitteet)
- kuvaileva (asiakkaan ja hänen maailmansa ymmärtäminen)
- tulkitseva (tietyn taustateorian mukaisen ymmärryksen rakentaminen asiakkaasta).

Wigram (2000, 78) ehdottaa arviointia musiikkiterapiassa määriteltäväksi sen muodon ja tarkoituksen mukaan seuraavasti:

- Diagnostinen arviointi, jolla hankitaan näyttöä diagnostisille oletuksille;
- Yleinen arviointi, jolla hankitaan tietoa asiakkaan yleisistä tarpeista, vahvuuksista ja heikkouksista;
- Musiikkiterapia-arviointi, jolla pyritään saamaan näyttöä musiikkiterapian hyödynnettävyydestä mahdollisena interventiona;
- Kliininen alkuarviointijakso musiikkiterapiassa, jolloin 2-3 tapaamisen puitteissa määritellään terapeutin lähestymistavan soveltuvuus asiakkaalle;
- Pitkäkestoinen musiikkiterapia-arviointi, jolla seurataan (evaluate) pidemmän ajan kuluessa musiikkiterapian vaikuttavuutta.

Wilsonin (2002, 156) mukaan arviointiprosessin avulla voidaan määritellä seuraavia asioita:

- Asiakkaan nykytila (vahvuudet ja heikkoudet) eri alueilla (esim. kognitiivinen, sosiaalinen ja motorinen)
- Erotusdiagnoosi eli diagnostinen tarkennus tietyn ongelma-alueen puitteissa

- Aikaisempien arviointien pitävyys suhteessa nykyisiin löydöksiin
- Interventoiden tarve ja mahdollisten terapiapalvelujen järjestäminen
- Hoito-ohjelman tavoitteet ja päämäärät
- Soveltuva menetelmä hoitoprosessin tuloksellisuuden seurantaan

Käytännön arviointitilanteissa voidaan käyttää tarvittavan tiedon keräämiseksi sekä strukturoituja menetelmiä että myös vapaamuotoisen musiikillisen ja ei-musiikillisen vuorovaikutuksen havainnointia. Osalla musiikkiterapeuteista on käytäntönä äänittää tai videoida tilanteita ja analysoida niitä jälkepäin (esim. Priestley, 1994). Muita terapeuttien käyttämiä dokumentointikeinoja ovat mm. nuotintaminen, kaavioiden tai tilanteita kuvaavien piirrosten laatiminen sekä päiväkirjan pitäminen. (Sabbatella, 1998.)

Arviointimalleja ja -menetelmiä tai musiikillisen aineiston analysointiin tarkoitettuja apuvälineitä ovat kehittäneet mm. Boxill (1985), Bruscia (1987) (IAP, Improvisation Assessment Profiles), Pavlicevic (1995) (MIR, Musical Interaction Ratings), Nordoff & Robbins (1977) (Nordoff and Robbins scales), Ansdell (1991) ("Mapping the territory") sekä Cassity & Cassity (1998) ("Psychiatric Music Therapy Questionnaire; Multimodal Music Therapy"). Julkaistujen arviointimallien ja -menetelmien käyttö on kuitenkin useiden tutkimusten perusteella vähäistä, vaikka tarve yhdenmukaisille menettelytavoille saatetaan toisaalta myönnetäänkin (esim. Loewy 1994; Wilson & Smith; 2000; Coddling 2002; Wilson 2002).

Musiikkiterapiassa erityinen huomio on kiinnitetty sen ei-sanalliseen luonteeseen ja erityismahdollisuuksiin vaikeasti ilmaistavan emotionaalisen sisällön tulkina ja ilmaisukanavana. Musiikkiterapiakirjallisuudesta löytyy paljon kuvauksia asiakkaan musiikillisen ilmaisun ja hänen psyykkisen tilansa välisistä yhteyksistä (esim. Lehtonen 1988; 1997; Aldridge 1989; Pavlicevic 1997). Musiikkiterapeuttien usein korostama musiikillisen lähestymistavan etu on kuitenkin paradoksaalisesti osoittautunut käytännössä myös suureksi haasteeksi, koska musiikillisen ilmaisun piirteiden määrittäminen, mittaaminen, tulkinta ja raportointi on voi olla vaikeaa (esim. Wigram 1999).

Arvioinnin kokonaisuus muodostuu esitietojen keräämisestä, haastattelusta, havainnoinnista (musiikillinen, ei-musiikillinen käyttäytyminen), mahdollisten standardoitujen testien käyttämisestä ja kokonaisuuden analysoinnista. Arviointiprosessin viimeisenä vaiheena on dokumentointi ja sen kirjallinen tai suullinen raportointi. (Esim. Bruscia 1987; Wigram 1999; Wilson 1990.) Eri painotukset arvioinnissa johtuvat Sabbatellan (1998, 226) mukaan terapeutin teoreettisesta orientaatiosta, menettelytavoista, harjoitetun terapian tasosta, työskentelysektorista sekä yhteistyötahojen tarpeista. Isenberg-Grzedan (1988) mukaan musiikkiterapia-arvioinnin suunnitteluun ja muotoutumiseen vaikuttaa viisi perustekijää: asiakasryhmä, toimintakyvyn alue/tila, teoria/malli, tekniikka ja suhde taustayhteisöön (instituutioon). Isenberg-Grzedan (ibid.) korostaa teoreettisessa mallissaan terapeutin keskeistä roolia sekä hänen maailmankatsomuksensa, ihmiskuvansa, filosofisen näkemyksensä, teoreettisen viitekehjyksensä ja musiikillisen taustansa vaikutusta arviointiin.



Erilaiset arviointiin liittyvät tarpeet kulminoituvat soveltuvuuden arvioinnissa, koska kyseessä on useita eri arvioinnin osa-alueita yhdistävä käsite. Terapiamuodon, menetelmien ja terapeuttisen yhteensopivuuden lisäksi myös asiakkaan soveltuvuutta (millaisia valmiuksia asiakkaalta edellytetään, millaisin kriteerein voidaan asiakkaan ajatella hyötyvän terapiasta ja millaiset reunaehdot asiakkaan lähettämislle terapiaan määritellään) voidaan arvioida. Tätä näkökulmaa ovat pohtineet erityisesti tanskalaiset psykiatrian alan kliinikot ja tutkijat (esim. Nygaard-Pedersen 2001; Hannibal 1999; Lindvang & Frederiksen 1999). Lindvangin ja Frederiksenin (1999, 56-57) mukaan soveltuvuuden arvioinnissa tulee huomioida asiakkaan tarpeiden ja edellytysten lisäksi myös terapeutin empaattinen kyky kohdata asiakasta ja luoda keskinäiselle vuorovaikutukselle otollista olosuhdetta. Soveltuvuus on näin ollen dynaaminen käsite, joka hakee aina uuden konkreettisen muotonsa eri henkilöiden kohdatessa. Lindvang ja Frederiksen (ibid.) toteavat, että soveltuvuuden arviointi perustuu siten terapeutin, asiakkaan ja musiikkiterapeuttisen lähestymistavan muodostaman dynaamisen kuvion tarkasteluun.

Kuten edellisessä luvussa viitattiin, saatetaan jonkin yhteistyötahon toimesta (esim. Kela) edellyttää arviointien tekemistä. Suomessa ei ammattikunnan sisältä ole vielä tuotettu kliinisiä käytäntöjä (kuten esim. arviointia) yksityiskohtaisesti määrittäviä periaatteita, kuten amerikkalainen musiikkiterapiajärjestö AMTA on jo vuosia sitten julkaissut ja tätä kliinisten käytäntöjen standardiaan useita kertoja jo päivittänytkin. AMTA:n standardissa kuvataan musiikkiterapia-arvioinnin yleinen proseduuri sekä erikoisalakohtainen yleisjäottelu arvioinnin alueista. AMTA:n standardin yleisessä osassa kuvataan lähettämisen, arvioinnin, terapian suunnittelun, toteutuksen, dokumentoinnin ja lopettamisen periaatteet. Arvioinnin alueet määritellään yleisellä tasolla seuraavasti: psykologinen, kognitiivinen, kommunikatiivinen, sosiaalinen ja fysiologinen toimintakyky fokuoituina asiakkaan tarpeisiin ja vahvuuksiin. Arvioinnissa määritetään myös asiakkaan reaktiot musiikkiin, hänen musiikilliset taitonsa ja mieltymyksensä. Arvioinnissa käytetään asiakkaan kronologisen iän, diagnoosien, toimintakyvyn, hengellisyyden ja kulttuurisen taustan huomioivia menetelmiä. Menetelmiä voivat olla mm. havainnointi musiikillisessa tai muussa tilanteessa, haastattelu, sanallinen ja ei-sanallinen vuorovaikutus ja testaus. (AMTA 2006.)

Mielenterveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on arvioitaviksi alueiksi määritelty yleisten alueiden lisäksi:

- motorinen toimintakyky
- sensorinen prosessointi, suunnittelu ja tehtävien toteuttaminen
- päihteiden käyttö ja riippuvuus
- todellisuuteen suuntautuminen
- tunne-elämän tila
- työtilanne/-kyky
- koulutuksellinen tausta
- asiakkaan musiikin käyttö
- kehityksellinen taso

- coping-keinot
- tartuntatautien varotoimet

AMTA:n standardissa ei oteta varsinaisesti kantaa arvioinnista saatavan aineiston analysointikeinoihin. Kaikkien testitulosten tulkintojen tulee ohjeistuksen mukaan perustua asianmukaisin normeihin tai käytetyn kriteerin referenssiaineistoon. Testitulosten tulkinnan yhteydessä huomautetaan kuitenkin normaali populaatioihin perustuvien standardoitujen menetelmien huonosta soveltuvuudesta terapian suunnittelussa. Hyödyllisempänä pidetään tietyn arviointikriteerin määriteltyjä referenssejä eli mitkä vertailuperusteet määrittävät asiakaan vahvuuksia tai heikkouksia tietyllä arvioitavalla alueella. (AMTA 2006.)

TAULUKKO 1 Yhteenvedo eri näkökulmista arviointiin ja sen eri merkityksiin

- Asiakkaan näkökulma - terapiamuodon, lähestymistavan ja terapeutin soveltuvuus
- Lähipiirin/omaisen näkökulma - luottamus, yhteistyön sujuvuus
- Terapeutin näkökulma - terapian tarve, terapiamuodon, lähestymistavan ja menetelmien soveltuvuus (myös asiakkaan soveltuvuus, jos on määritelty kriteereitä), terapeuttinen yhteensopivuus, yhteistyösuhde, tavoitteenasettelu, tiedon tuottaminen, yhteistyö
- Palveluntuottajan näkökulma - palvelun laatu ja kehittäminen
- Lähettävän tahon näkökulma - soveltuvuus, vaikuttavuus, teho
- Moniammatillisen työryhmän näkökulma - tieto, kokonaishoidon suunnittelu, yhteistyö
- Maksavan tahon näkökulma - vaikuttavuus, kustannusvastaavuus
- Ammattikunnan näkökulma - yhteisen kielen kehittäminen, kliinisten käytäntöjen määrittäminen, ammatillisen statuksen nostaminen
- Konsultoivan asiantuntijan näkökulma - kartoittava, suositteleva
- Tutkivan tahon näkökulma - musiikillisen ilmaisun ja patologian välinen suhde, terapian tehokkuus ja vaikuttavuus, käsitteellistäminen
- Terveystieteellisen päätöksentekijän näkökulma - näyttö, kustannus-tehokkuus, korvattavuus

## 2.4 Musiikkiterapia-arvioinnin tutkimuksesta

Musiikkiterapia-arviointi on verrattain vähän tutkittu kliinisen työn alue, joskin viime vuosien aikana kiinnostus aiheeseen on noussut selvästi ainakin julkaisujen artikkeleiden että esim. kongressiesitelmien perusteella (vrt. esim. Sabbatella, 2004). Suomessa kirjoituksia musiikkiterapia-arvioinnista on julkaistu vain muutamia kuten Mattila (1999) kehitysvammaisten musiikkiterapiaan liittyen ja Riikkilä (1998) autistien musiikkiterapian alueelta. Ahonen-Eerikäinen (1998) hahmottelee väitöskirjassaan lasten musiikkiterapian yhteydessä toteutettavaa arviointi- tai tutkimusjaksoa ja sille ominaisia piirteitä, vaikka tutkimuksen fokus ei sinällään arvioinnissa täsmälleen olekaan. Samoin Syvänen (2005) sivuaa aihetta vastatunteiden dynamiikkaa käsittelevässä väitöstutkimuksessaan.

Musiikkiterapiakirjallisuudesta löytyy erilaisia arviointiin liittyviä näkökulmia tai lähestymistapoja:

- menetelmän validointi (esim. Moreau 2003)
- arviointimenetelmän ja jonkin yleisesti käytettävän mittarin tulosten vertailu (esim. Pavlicevic & Trevarthen 1989)
- mallin standardointi (esim. Braswell et al. 1983; 1986; Layman et al. 2002)
- tutkimusmenetelmän soveltaminen arviointimenetelmänä (esim. Loewy 1994; Lee 2002)
- katsaustutkimus arvioinnista (esim. Sabbatella 1998)
- survey-tutkimus (esim. Cassity & Cassity 1994; Loewy 1994; Coddling 2002)
- teoreettiseen jaotteluun tähtäävä tutkimus (esim. Isenberg-Grzeda 1989)
- arvioitavien alueiden selvittämiseen liittyvä tutkimus (esim. Cassity & Cassity 1994)
- tutkimusmenetelmän kehittämiseen liittyvä tutkimus (esim. Moreau 2003)
- musiikillisen käyttäytymisen, ilmaisun ja patologian välistä suhdetta selvittävä (esim. Pavlicevic & Trevarthen 1989; Steinberg et al. 1990)
- musiikkiterapian vaikuttavuuden tutkiminen - meta-analyysi (esim. Gold, Voracek & Wigram 2004)

Musiikkiterapia-arvioinnin tutkimus voi olla yleisellä tasolla aihetta kartoittavaa, mutta toisaalta hyvin tarkastikin rajattuihin ilmiöihin liittyvää, jolloin tutkimuksella pyritään luomaan esim. kriteereitä tietyn asiakasryhmän tietynlaisten piirteiden arvioimiseksi tietyssä kontekstissa. Sekä laadullisia että määrällisiä strategioita sovelletaan, ja eri menetelmät voivat arviointia tutkittaessa täydentää sopivasti toisiaan (esim. Feder & Feder 1998).

Musiikkiterapia-arvioinnin tutkimusta voidaan kohdentaa ja toteuttaa aiheen moniulotteisuudesta johtuen varsin monin eri tavoin. Sabbatella (1998, 232-233) kuvailee musiikkiterapia-arviointiin liittyviä mahdollisia tutkimuskysymyksiä seuraavasti:

- Millaisia ovat arvioinnin fokukset ja päämäärät?
- Millaisia metodologisia prosesseja tarvitaan?
- Mitä tutkimusvälineitä, -työkaluja ja -menetelmiä voitaisiin käyttää?
- Miten arvioinnin tuloksia voidaan esittää? Onko vain yksi protokolla mahdollinen?
- Voisiko musiikkiterapiassa olla yhtenäiset kriteerit arvioinnille ja seurannalle?
- Ovatko arviointi- ja seurantaprosessit tärkeitä aiheita musiikkiterapiassa?
- Ovatko tutkijat ja musiikkiterapeutit huolissaan arvioinnin validiteetista ja merkityksestä?
- Mitä tahoja arvioinnin tulokset palvelevat? (asiakkaat, musiikkiterapeutit, moniammatillinen työryhmä, perhe)

- Onko musiikkiterapian kliiniseen käytäntöön arvioinnin ja seurannan standardoituja malleja?
- Vaihtelevatko mallit suhteessa asetelmaan, patologiaan, käytettyyn tekniikkaan ja teoreettiseen orientaatioon?
- Käyttävätkö musiikkiterapeutit malleja?

Arvioinnista kirjoitettujen artikkelien määrän ja julkaisuajankohtien (alkaen 1970-luvun alkupuolelta) perusteella voi päätellä, että amerikkalainen musiikkiterapia-alan käytäntö ja tutkimus on tuottanut pitempään ja enemmän aineistoa aiheesta kuin muualla. Huomio kiinnittyy myös amerikkalaisten tutkimusten kvantitatiiviseen luonteeseen, joka osaltaan liittyy myös behavioristisen viitekehyksen yleisyyteen sikäläisessä kliinisessä toiminnassa (vrt. Wigram 2002). Verrattain pitkät perinteet ja vakiintuneet käytännöt alalla ovat mahdollistaneet myös suhteellisen isoille populaatioille toteutetut tutkimukset, kuten arviointikäytäntöjen ja käytettyjen arviointimenetelmien yleisyyden tutkimisen. (Esim. Loewy 1994; Cassity & Cassity 1994.) Aihepiiriä voi lähestyä yhtäältä kliinisten käytäntöjen kartoittamisen ja kehittämisen näkökulmasta, mutta toisaalta myös arviointiprosessien tai -menetelmien toimivuutta tarkastelevana. Arvioinnin tutkimus voi olla luonteeltaan myös teoreettisten hahmotelmien kehittämiseen tähtäävää, jolloin tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteena on musiikkiterapian oman kliinis-teoreettisen perustan selventäminen ja kehittäminen. Sabbatellan (1998, 2004) katsausten mukaan erityisesti musiikkiterapia-arvioinnin metodologisten prosessien tutkimus on vähäistä.

### 3 TUTKIMUKSEN KULKU JA METODOLOGISIA VALINTOJA

Tämän tutkimuksen metodologia on rakentunut vaiheittain tutkimusprosessin edetessä. Väitöskirjavaihetta on edeltänyt kaksi tutkimusvaihetta, joissa on käsitelty samaa aihepiiriä eri lähtökohdista ja näkökulmista (empiirinen ja teoreettisesti mallintava). Nämä kolme vaihetta muodostavat yhdessä tutkimuksellisen kokonaisuuden, jossa eri osiot ja vaiheet kytkeytyvät olennaisesti toisiinsa, eikä niitä voi täysin toisistaan erottaa. Eri vaiheet voidaan nähdä kehityksellisenä jatkumona, jossa musiikkiterapian alkuarviointia psykiatrian alueella on tutkittu kulloinkin ilmenneiden tutkimuksellisten tarpeiden viitoittamana. Tutkimusprosessin kokonaisuuden ja vaiheittaisen kehittymisen hahmottamiseksi tässä luvussa esitellään tiivistetysti myös aiempien vaiheiden kulkua ja esimerkkejä alkuperäisestä empiirisestä aineistosta.

Alkuvaiheessa tutkimuksen menetelmävalintaa ohjasi käytännön kentiltä noussut tietoisuus musiikkiterapian arviointiin liittyvän yhtenäisen käsitteistön ja käytäntöjen puutteesta. Näin ollen oli alun alkaen tarpeellista selvittää miten alalla toimivat kokeneet kliinikot käsitteellistävät työskentelyään ja millaisia kliinisiä käytäntöjä ja menettelytapoja nousee suomalaisesta alan kulttuurista. Tutkimuksen lähtökohtana oli haastatteluin selvittää miten psykiatrian alueella toimivat musiikkiterapeutit kokevat terapiakontaktin alkuvaiheen, millaista tietoa he pitävät arvioinnin kannalta tärkeänä ja miten tarvittavaa tietoa hankitaan (Ala-Ruona 2002). Ensimmäisen vaiheen tutkimusmenetelmäksi valikoitui fenomenografia (Marton 1988), jota käytetään erityisesti haastatteluaineistojen pohjalta tehtävässä laadullisesti erilaisten käsitysten kartoittamisessa. Fenomenografisella otteella tähdättiin musiikkiterapian alkuarvioinnin yhteydessä käytettävien käsitteiden selkeyttämiseen ja määrittelyyn.

Fenomenografista menetelmää täydennettiin kuitenkin aineistoanalyysin edetessä grounded theoryn (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990) sovelluksella, koska kerätty haastatteluaineisto oli laadullisesti rikas ja se mahdollisti kuvailua pidemmälle kehitellyn musiikkiterapian alkuarviointia jäsentävän teoreettisen hahmotelman luomisen. Grounded theorya sovellettiin fenomenografiaa täydentävänä menetelmänä, koska sen avulla voidaan tuottaa

myös syy-seuraus -suhteisia aineistolähtöisiä kuvauksia. Menetelmien yhdistäminen johti sekä terapiasuhteen alkuvaiheen elementtien käsitteellistämiseen että alkuarviointiproseduurin periaatteita kuvaavan laadullisen synteessin tuottamiseen (Ala-Ruona 2002).

Seuraavassa vaiheessa tutkimuksen lähtökohdaksi muodostui empiirisen vaiheen tulosten teoreettinen reflektointi ja laadullisen synteessin tuottaman mallin edelleen kehittäminen. Erityiseksi mielenkiinnon kohteeksi valikoitui lopulta alkuarviointin vapaamuotoisuus ja arviointiprosessin muotoutumisen taustatekijät sekä edelleen tiedonhankinnan ja käsityksen rakentumisen prosessit. Näitä tutkimustulosten keskeisiä teema-alueita tarkasteltiin suhteessa kirjallisuuteen ja niiden sisältöjä ja käsitteitä määriteltiin edelleen tarkemmin. Tämän tuloksena syntyi terapeutin käsityksenmuodostuksen prosessin tarkempi kuvaus ja pitemmälle mallinnettu kehittyneempi vapaamuotoisen arviointiproseduurin luonnehdinta. (Ala-Ruona 2004.)

Tutkimusprosessin viimeisessä vaiheessa näkökulmaa laajennettiin edelleen kolmeen suuntaan: psykiatrian alueen musiikkiterapia-arviointin julkaistujen mallien ja menetelmien teoreettisten taustojen ja arvioitavien alueiden kartoittamiseen sekä arviointin yhteydessä käytettyjen apukeinojen selvittämiseen. Perusteellisen ja ajantasaisen kirjallisuuspohjaisen kartoituksen tuottamaa tietoa suhteutettiin aikaisemmissa vaiheissa luodun vapaamuotoisen arviointimallin periaatteisiin. Tällä pyrittiin psykiatrisen alkuarviointiproseduurin laajalaiseen teoreettis-käytännölliseen ymmärtämiseen ja eräänlaisen synteessin tuottamiseen. Kirjallisuushaut tuottivat laajan aineiston, jonka luokittelua lähestyttiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin (esim. Tuomi & Sarajärvi 2004). Kirjallisia kuvauksia analysoitiin systemaattisesti ja luokittelu tapahtui aineistolähtöisesti siten, että arviointimalleja ja -menetelmiä kuvaavaa käsitteellistä luokitusta täydennettiin ja täsmennettiin uusien sisältöjen ilmetessä. Viimeisen vaiheen aineistoanalyysissä sovellettiin osaltaan myös grounded theoryyn liittyvää jatkuvan vertailun menetelmää (Glaser & Strauss 1967) ja straussilaista koodausparadigmaa (esim. Strauss & Corbin 1990; Silvonen & Keso 1999).

Seuraavissa alaluvuissa esitellään tutkimuksen eri vaiheiden metodologisia ratkaisuja ja apukeinoja yksityiskohtaisemmin. Kahden ensimmäisen vaiheen osalta metodologiaa ja tutkimuksen kulkua kuvataan tiivistetysti. Yksityiskohtaisemmat kuvaukset löytyvät alkuperäisistä raporteista (Ala-Ruona 2002; Ala-Ruona 2004). Viimeisessä alaluvussa esitetään kooste eri vaiheiden tutkimustehtävistä ja koko tutkimusprosessin metodologinen yhteenveto. Tutkimusprosessin eri vaiheiden tuottamia tuloksia esitellään ja tarkastellaan kootusti luvussa 4 muiden musiikkiterapian arviointimallien ja -menetelmien joukossa sekä luvussa 5, jossa esitellään koko tutkimusprosessin tuottama psykiatrian alueen musiikkiterapia-arviointia kokoava jaottelu.

### 3.1 Musiikkiterapeuttien käsitysten tutkiminen

Tutkimuksen asetelmia ja lähestymistapoja suunniteltaessa tiedostettiin, että kyseessä oli aikaisemmin suhteellisen niukasti – varsinkin Suomessa – kartoitettu kiinnostuksen kohde. Musiikkiterapia-arviointiin havaittiin liittyvän paljon yleisesti määrittelemättömiä käsitteitä ja käytäntöjä mm. musiikkiterapian tuotteistusta (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 1998) tehneen työryhmän kartoituksissa, joissa suomalaisen musiikkiterapian kliinisten käytäntöjen kuvauksia ja jaotteluja vertaistarkastettiin ammattikunnan toimesta. Lisäksi tiedossa oli, että arviointia oli käsitelty musiikkiterapia-alan koulutuksissa vain niukasti. Tämän lähtökohdan perusteella oli ilmeistä, että kyselytutkimuksen (survey) periaattein kerättävä tieto olisi ollut käsitteellisistä epäselvyyksistä johtuen pitkälti epärelevanttia: vastaajat eivät tavallaan tiedä mitä tutkija kysyy eikä tutkija tiedä mihin vastaajat vastaavat. Niinpä päädyttiin haastattelututkimukseen, jonka etuna on aineistonkeruussa mm. joustavuus, mahdollisuus tarkentaa ja nostaa esille vastausten taustalla olevia motiiveja sekä erityisesti sen toimivuus aineistonkeruumenetelmänä silloin, kun tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteena on entuudestaan vähän kartoitettu alue (Hirsjärvi & Hurme, 2000).

Koska tutkijalla oli taustanaan pitkä kliininen kokemus psykiatrisen musiikkiterapian alueelta, oli tarpeellista kiinnittää erityistä huomiota esiymmärryksen vaikutukseen tutkimuksen toteuttamisessa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on vuorovaikutuksessa haastateltavien, kerättävän aineiston, taustateorioiden, tulkintojen ja tehtävien johtopäätösten kanssa, joten aikaisempi kokemus ja esitieto läpäisee tutkimusprosessin kaikki osa-alueet ja vaiheet. Tutkijan oman ennakkokäsityksen selventäminen auttaa osaltaan vähentämään aikaisemman tiedon ja kokemuksen mahdollisesti vääristävästä vaikutuksesta tutkimuksen toteuttamiseen ja parantaa saatavien tulosten luotettavuutta ja uskottavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään toisaalta kuitenkin se, että tutkija on aktiivinen osatekijä tutkimuksen toteuttamisessa ja itsenään tärkeä tutkimusinstrumentti. Tämän tutkimuksen yhteydessä päädyttiin selventämään ennakkokäsityksiä kirjoittamalla omakohtaiset musiikkiterapia-arviointiin ja kliinisiin menettelytapoihin liittyvät näkemykset ja kokemukset auki ennen aineistonkeruun alkua. Tätä esikäsityksen vaikutuksen hallintaan tarkoitettua tekniikkaa kutsutaan sulkeistamiseksi (engl. bracketing) ja se on peräisin fenomenologisen tutkimuksen metodologiasta. (esim. Aigen 1995; Aldridge 1996; Bruscia 1995a.)

Esiymmärryksestä voi ajatella olevan sekä hyötyä että haittaa tutkimuksen toteuttamisessa. Tutkijan oma kliininen tausta voi auttaa hahmottamaan aihepiirin ilmiöitä laaja-alaisesti ja syvällisesti, mutta toisaalta vaarana on myös ennakkokäsitysten liiallinen ohjailu prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksellisten toimien ja aineistosta tehtävien päätelmien jatkuva vertailu, kyseenalaistaminen ja ns. järjestelmällinen epäily (Merton 1973) ohjasivat tutkijan sisäistä vuoropuhelua läpi tutkimusprosessin.

### 3.1.1 Tutkimustehtävät

Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa tutkimustehtävän määrittely täsmen-tyi kahteen näkökulmaan:

- ”1. Selvittämällä millaista tietoa kokeneet kliinikot pitävät olennaisena arvioinnin kannalta, voidaan muodostaa kuvaa siitä millaisia seikkoja on otettava huomioon arvioinnin fokusta määriteltäessä. Tällä tiedolla on merkitystä sekä kliinisen käytännön kehittämisessä että jatkotutkimuksen fokuosoinnissa. Toisin sanoen näin voidaan kartoittaa ainakin keskeisimmät musiikkiterapia-arvioinnin kiinnostuksen kohteena olevat asiat ja ilmiöt. Tämä tieto helpottaisi sekä tarpeellisten arviointimallien kehittelyä että loisi pohjaa näiden mallien toimivuutta luotaavalle tutkimukselle.
2. Keräämällä tietoa kliinikoiden käyttämistä menetelmistä voidaan kartoittaa yhtäläisyyksiä, eroavuuksia ja arviointimenetelmien ominaispiirteitä suomalaisen arviointikäytännön selventämiseksi. Saatua tietoa voidaan vertailla kirjallisuudesta löytyviin malleihin ja käytäntöihin, ja edelleen muodostaa kokonaisempaa käsitystä tarkoituksenmukaisesti toimivasta psykiatrisen musiikkiterapian alkuarvioinnista.” (Ala-Ruona 2002.)

### 3.1.2 Fenomenografia lähestymistapana

Tutkimustehtäviä lähestyttiin tutkimalla alkuarviointia tekevien musiikkiterapeuttien käsityksiä omasta työstään. Käsitusten ollessa tutkimuksen kohteena lähestymistapa on usein fenomenografinen ja aineiston keruu tapahtuu tyypillisesti haastattelemalla. Marton (1988) määrittelee fenomenografian tutkimukselliseksi lähestymistavaksi, jonka avulla voidaan kuvata laadullisesti erilaisia tapoja kokea, muodostaa käsityksiä, käsitteellistää ja ymmärtää ympäröivää maailmaa tai tutkittavaa ilmiötä. Fenomenografisessa tutkimuksessa mielenkiinto ei kohdistu suoraan ilmiöön sellaisena kuin se on vaan kokemusten ja käsitysten välittämiin heijasteisiin ilmiöstä ja sen luonteesta. Puhutaan ns. toisen asteen näkökulmasta tutkittavaan ilmiöön. (Marton 1988; Ahonen, S. 1994; Anttila 1999, 115-116.)

Tässä tutkimuksessa käsityksen tutkimisen voi nähdä laajana, useiden käsitysten muodostaman kokonaisuuden kartoittamisena. Näin siis päädyttiin tutkimaan terapeuttien käsityksiä itse alkuarvioinnin luonteesta, asiakkaasta siinä, musiikin ja terapeutin itsensä roolista jne. – ei vain käsitystä alkuarvioinnin ”käsitteestä”. Alkuarviointiin liittyvien käsitysten tutkimisessa oli peruslähtökohdana oletus musiikkiterapian ”arviointitodellisuuden” moninaisuudesta eli useista erilaisista tavoista nähdä ja kokea se. Ahosen (1994) mukaan fenomenografian erottaa muusta käsitysten tutkimisesta juuri sen kiinnostus käsitysten sisällöllisiin eroavuuksiin. Fenomenografinen tutkimus pyrkii kuvaamaan näitä laadullisesti erilaisia käsityksiä niiden omista lähtökohdista ja niiden omaa logiikkaa noudattaen (ibid., 119). Tämän aineistolähtöisyyttä koros-



tavan teoreettisen lähtökohdan voi nähdä soveltuvan varsin hyvin musiikkiterapian alkuarviointiin liittyvien käsitteiden tutkimiseen ja sen peruselementtien kuvaamiseen.

### 3.1.3 Kokoneiden kliinikoiden haastattelut

Haastateltavat valittiin siten, että he edustivat erilaisia maantieteellisiä, koulutuksellisia ja kliiniseen asetelmaan sekä työskentelykulttuuriin liittyviä lähtökohtia. Tällä pyrittiin siihen, että aineisto olisi laadullisesti mahdollisimman monipuolinen ja rikas. Haastateltavien määrä oli alussa avoin, ja sopivan määrän määrittämisessä käytettiin saturaation tarkastelua. Näin ollen aineistoanalyysiä tehtiin aineiston keruun aikana samanaikaisesti ja seurattiin tuleeko haastatteluissa uutta materiaalia vielä esille. Saturaatio ei ole kuitenkaan ongelmaton tapa määrittää sopivaa tai riittävää aineiston kokoa, koska laadullisesti tarkasteltuna jokainen "tapaus" on laadullisesti ainakin jotenkin erilainen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 169). Onhan esimerkiksi harvinaista, että olisi kaksi terapeutia, joilla olisi täsmälleen samanlaiset työskentelytavat ja näkemykset työhönsä. Tämän tutkimuksen yhteydessä lopulta haastatelluiksi päätyi viisi kokenutta (10-20:n vuoden työkokemus) psykiatrian alueella työskentelevää musiikkiterapeutia, joilla oli käytäntönään tehdä alkuarviointia ennen varsinaista terapiaa.

Haastattelut toteutettiin teemahaasteluina, jolloin aihepiirin teema-alueita oli etukäteen koottu, mutta kysymyksiä ei oltu tarkemmin muotoiltu, eikä niitä esitetty samassa järjestyksessä (Hirsjärvi & Hurme 1991, 36). Ainoastaan haastattelun avauskysymys "*Kuwaile miten toimit, kun saat tiedon sinulle tulevasta uudesta asiakkaasta?*", oli kaikille sama. Tämän jälkeen haastattelu eteni vapaamuotoisena keskusteluna, jolla pyrittiin varmistamaan se, että haastateltavien omaehtoisen kokemuksen ääni ja kliinisen kokemuksen kartuttama hiljainen tieto pääsisivät esille. Haastatteluteknikka oli siis lähellä avointa haastattelua, vain aihepiiri oli väljästi määritelty. Olennaista aineistonkeruussa oli myös se, että haastateltavia pyydettiin määrittelemään ja avaamaan oma ymmärryksensä käyttämistään käsitteistä. Äänitetyn ja sittemmin litteroidun haastatteluaineiston (yht. 142 s., riviväli 1, fonttikoko 10) lisäksi tutkimusaineistona olivat haastattelujen aikana ja niiden jälkeen tehdyt analyttiset muistiinpanot sekä haastateltavien mahdollisesti kliinisessä käytössä käyttämänsä kaavakkeet tms. arvioinnin apuvälineet.

### 3.1.4 Haastatteluaineiston käsittely ja analysointi

Haastatteluaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa hyödynnettiin laadullisten aineistojen analysointiin tarkoitettua tietokoneohjelmaa (QSR NUD\*IST; Richards 1998). Vaikka aineistoanalyysissä käytettiin apuohjelmaa, varsinainen aineiston koodaus tehtiin käsityönä haastattelujen ilmaisuja nimeämällä ja sisälön luokkia muodostamalla. Tekstiyksiköt koodattiin merkityssisältöjen perusteella ja analyysin edetessä myös merkityssisältöjen välisten yhteyksien ja rajapintojen hahmottelulla. Analyysiohjelman avulla pystyi laajastakin aineistosta

tekemään vähitellen myös kategorioiden muodostamiseen tähtääviä hakuja. Aineistosta nousseet hakusanat (esim. intuitio ja terapeutin osuus/kokemus) johdattelivat uusien ilmiöiden äärelle ja laajastakin aineistosta pystyttiin siten analyttisen päättelyn ja tietokoneavusteisten hakujen avulla erottamaan hienovireisiä teemojen juonteita, saivat aikaan uusia, ennalta arvaamattomia oivalluksia. Olennainen osa aineistoanalyysiä oli kuitenkin myös systemaattinen tutkimuspäiväkirjan ja analyttisten memojen kirjoittaminen. Saturatio toteutui tutkimuksen fokukseen suhteutettuna riittävällä tavalla, koska varsinaisia uusia ilmiöitä ei noussut enää esillä. Loppuun asti tuli esille toki eri vivahteita, mutta uusi aineisto oli kuitenkin sijoitettavissa jo aineistoanalyysissä luotuihin käsitteisiin, teemoihin ja kategorioihin.

Arviointiin liittyvä käsitteistö, arvioinnin kontekstuaaliset tekijät ja eri käytännöt nostettiin aineistosta ja niiden keskinäisten suhteiden ymmärtäminen ja merkitysluokkien eli kategorioiden luominen perustui tutkijan omiin tulkintoihin ja teoreettiseen ajatteluun. Terapeuttien laadullisesti erilaiset kuvaukset esimerkiksi yhteydenoton muodoista ja saatavista taustatiedoista muodostuivat vähitellen omiksi kategorioiksi kuvaten erilaista ja eri muodossa olevaa esitietoa. Muita ensimmäisen vaiheen kategorioita olivat mm. arvioinnin tarkoitus (millaista arviointia tarvitaan), asiakkaan tarpeet (asiakaskohtainen käytännön toiminta) ja terapeutin rooli (miten terapeutti vaikuttaa arvioinnin toteutumiseen).

Aineistoanalyysin eteneminen tuotti edelleen tässä vaiheessa mm. seuraavia sisältöä luonnehtivia käsitteitä ja luokkia: arvioinnin osa-alueita (esim. asiakkaan kiinnittyminen, sitoutuminen ja motivaatio) ja käytäntöjä kuvaavia alakategorioita (esim. musiikillisen, verbaalisen ja ei-verbaalisen käyttäytymisen havainnoiminen) sekä vähitellen myös ylätasoa rakenteita kuvaavia yläkategorioita, kuten arvioinnin prosessiluonne (useita tapaamisia tietyllä rakenteella) ja kronologisen etenemisen vaiheet (yhteydenotto/lähtettäminen, arviointitapaamiset, yhteenveto/johdopäätökset ja raportointi). Tällaiset aineistosta tulkintojen kautta nostetut ala- ja ylätasoa kategoriat ja niiden kuvaaminen ovat fenomenografisen tutkimuksen tyypillisiä tuloksia (Marton 1988).

Kerätty aineisto osoittautui kaiken kaikkiaan kuitenkin niin monivivahteiseksi, että se mahdollisti myös pitemmälle kuin eri käsitysten kuvailua luotaavan analyysin tekemisen. Tästä tutkimuksen seuraavasta vaiheesta ja sen ympärille rakennetusta metodologiasta tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

## 3.2 Alkuarviointiprosessin mallintaminen

Teoreettinen mallintaminen tapahtui kahdessa vaiheessa, ensin alkuarviointiprosessia ja sen elementtejä kuvaavalla laadullisen synteessin tasolla (Ala-Ruona 2002) ja sitten vapaamuotoisen alkuarvioinnin ja terapeutin käsityksen muodostuksen tarkemmalla mallinnuksella (Ala-Ruona 2004). Seuraavassa kuva-

taan tiivistetysti näiden molempien vaiheiden toteutus ja miten grounded theory niissä sovellettiin.

Edellä kuvatun fenomenografisen aineistoanalyysin tuottaman käsitteellisen jaottelun ja kategorioston myötä tutkimuksen uudeksi tavoitteeksi määriteltiin teoreettisen hahmotelman luominen musiikkiterapian alkuarvioinnin toteutuksesta ja tärkeistä elementeistä. Arvioinnin rakenteet ja osa-alueet olivat pääpiirteittäin jo selvillä, ja monet kliiniseen kokemukseen perustuvat toimintatavat ja käytännöt olivat niin ikään tulleet esille. Päätös viedä aineistoanalyysiä arviointiprosessin ja tuotettujen kategorioiden välisten (kausaali)suhteiden määrittelyyn teki tarpeelliseksi myös tutkimuksellisen lähestymistavan ja tutkimusmetodologian uudelleen harkinnan. Grounded theory (Glaser & Strauss 1967) on fenomenografian mukaisesti aineistolähtöisyyttä painottava lähestymistapa. Siinä missä fenomenografiassa pyritään *kuvailemaan* tutkittavan ilmiön eri puolia eikä sinänsä pyritä luomaan teoriaa, grounded theory-tutkimuksessa pääpaino on tutkimuksen omasta aineistosta tehtävällä teorian muodostuksella. Charmazin mukaan (2003a, 256) grounded theory tarjoaa valikoiman joustavia strategioita ja sitä voidaan soveltaa myös yhdistämällä eri tutkimuksellisia lähestymistapoja.

### 3.2.1 Tutkimustehtävän täsmennys ja aineistoanalyysin syventäminen grounded theoryn sovelluksella

Päätettäessä syventää aineistoanalyysia fenomenografisen vaiheen jälkeen grounded theoryn sovellukseksi muotoutui uudeksi tutkimustehtäväksi selvittää miten ja mihin perustuen musiikkiterapeutti muodostaa käsitystään uudesta asiakkaasta alkuarviointiprosessin aikana.

Tässä vaiheessa aineistoanalyysiin sovellettiin Straussin ja Corbinin (1990) esittelemää koodausparadigmaa, koska sen avoimeen, aksiaaliseen ja selektiiviseen koodaukseen perustuvan metodologian katsottiin soveltuvan aineistoanalyysin syventämiseen Glaserin (1978 ja 1992) muodollisempaa koodausperiaatetta paremmin. Myös sallivampi suhtautuminen tutkijan näkökulman huomioimiseen puolsi Straussin ja Corbinin (ibid.) menetelmän soveltamista, koska tässä tutkimuksessa tutkijan omalla kliinisellä kokemuksella ja tiedolla oli kiistaton vaikutus tutkimusprosessin toteutuksen kaikissa vaiheissa.

Koska grounded theory tuli tutkimusmenetelmänä mukaan vasta aineistoanalyysin loppupuolella, tutkimus ei edennyt täsmälleen tietyn grounded theory-periaatteen mukaisesti vaan eri suuntauksia hyödynnettiin sovelletusti. Straussin ja Corbinin (1990) analyysimetodissa avoimella koodauksella tähdätään aineiston käsitteellistämiseen (engl. identifying concepts & conceptualizing) ja käsitteiden ominaisuuksien (engl. properties) ja ulottuvuuksien (engl. dimensions) määrittelyyn (Strauss & Corbin 1998). Tässä tutkimuksessa avoimen koodauksen vaihe katsottiin tehdyksi jo aineistoanalyysin alkupuolella, jolloin aineistossa ilmenneitä yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia hahmoteltiin käsitteellistämällä merkityksiä eli nimeämällä niitä ja yhdistelemällä niitä edelleen kategorioiksi. Aineistoa ei koodattu grounded theorylle tyypillisellä tavalla rivi

riviltä (engl. line-by-line), vaan fenomenografisen periaatteen mukaisesti ajatuksellisten kokonaisuuksien perusteella.

Myös aksiaalisen koodauksen periaatteet olivat tässä tutkimuksessa jo aiemmin pääosin toteutuneet, koska haastatteluaineistosta esille nostettujen ilmiöiden, käsitysten ja merkitysten keskinäisiä eroja sekä edelleen niistä muodostettujen kategorioiden kontekstuaalisia yhteyksiä oli jo pohdittu. Aksiaalisessa koodauksessa tarkastellaan erityisesti ilmiön esiintymisen kontekstia ja ehtoja (kausaalisuhteita). Aikaisemmin koodattu aineisto järjestetään uudella tavalla sen mukaan, miten tietty olosuhde, ilmiö, konteksti, väliintulevat ehdot, toiminta- ja vuorovaikutusstrategiat ja seuraamukset ilmenevät suhteessa toisiinsa (Strauss 1987, 64; Strauss & Corbin 1990, 99).

Aksiaalisen koodauksen tuloksena selkeytettiin alkuarviointiprosessin kronologisten vaiheiden ja niiden eri pääelementtien välisiä suhteita. Lisäksi alkoi hahmottumaan terapeutin rooli suhteessa asiakaslähtöiseen arviointiin sekä alkuarviointin muotoutumiseen vaikuttavia taustatekijöitä.

Aineistoanalyysissä toteutettiin grounded theorylle ominaista jatkuvan vertailun periaatetta (Glaser & Strauss 1967), koska aineistossa ilmenneiden merkitysten yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia, kuin myös niiden olemassaolon ehtoja eli olosuhteita ja konteksteja analysoitiin tarkasti läpi prosessin. Alkuperäiseen jatkuvan vertailun periaatteeseen kuuluu, että koodauksen edistymiseen liittyviä havaintoja kirjoitetaan memoiksi. Tässä tutkimuksessa pidettiin yllä tutkimuspäiväkirjaa, jonka ytimen muodostivat aineistoanalyysistä nousevat kysymykset ja teoreettiset, aineistoa kuvaavat hahmotelmat (vrt. theoretical sampling; esim. Strauss & Corbin 1998).

Pyrkimys hahmottaa arviointiprosessin kokonaisuutta ja kuvata sen eri osatekijöiden keskinäisiä suhteita ymmärrettävällä tavalla toi analyysiin mukaan selektiiviselle koodaukselle ominaisia piirteitä. Kun aineisto oli luokiteltu eri ala- ja yläluokkiin, oli niitä yhteen kokoavan integroinnin aika. Selektiivisellä koodauksella nostetaan analyysia vielä yleisemmälle käsitteelliselle tasolle ja yhdistetään aineistoanalyysin tärkeimmät tulokset toisiinsa siten, että voidaan muodostaa looginen aineistoa kuvaava kokonaisuus eli aineistopohjainen teoria. Tässä analyysin loppuvaiheessa tärkeimmiksi elementeiksi muodostuivat prosessin aikana kirjoitetut analyttiset, teoreettiset ja tutkimusprosessin kulkua kuvaavat memot. Memojen kokoaminen ja muotoutuvaa teoriaa hahmottelevien kaavioiden yhdistäminen oli analyttisen prosessin viimeinen vaihe.

Selektiivisessä koodauksessa aineiston kokoava tulkinta tehdään esimerkiksi muuntamalla aineistosta muodostetut kategoriat tarinan (engl. storyline) muotoon, joka antaa vastauksen tutkimuskysymykseen. (Strauss & Corbin 1990, 1998; Silvonen & Keso, 1999.) Tarinan pääjuoneksi muodostui tässä tutkimuksessa miten musiikkiterapeutti muodostaa käsitystään uudesta asiakkaasta arviointiprosessin avulla. Käsityksen rakentumisen prosessi on grounded theoryn näkökulmasta tutkimuksen ydinkategoria ja muut kuvattavat osiot ja kategoriat (arviointin kronologiset vaiheet, vaiheiden pääelementit, tiedonkeruun muodot ja terapeutin rooli asiakaslähtöisessä arvioinnissa) ovat siihen eri tavoin systemaattisessa suhteessa. Tutkimuksen tulos on laadullisen aineis-

toanalyysin perusteella tuotettu synteesi eli kokoava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kokoavasta kuvauksesta laadittiin sivulla 41 oleva kaavio 2.

Empiirisen vaiheen aineistoanalyysin valmistuttua päätulokset palautettiin haastatelluille terapeuteille osallistujatarkistusta (engl. member check) varten ja heidän palautteensa kirjattiin sellaisenaan tutkimusraporttiin. Palaute oli hyvin myönteinen, ja aineistoanalyysin tulokset vastasivat varsin hyvin terapeuttien käsitystä alkuarvioinnin tärkeistä elementeistä ja prosessista. Teoreettista hahmotelmaa pidettiin hyvinkin uskottavana ja todenmukaisena kuvauksena alkuvaiheen toimista. (ks. liite 11.)

### 3.2.2 Alkuarvioinnin prosessikuvaus

Empiirisen vaiheen aineistoanalyysin perusteella arvioinnille on tyypillistä sen prosessiluonne (useita tapaamisia), asiakaslähtöisyys (ei terapeuttijohtoinen toiminta), vuorovaikutuksen (musiikillinen, sanallinen ja ei-sanallinen) ja musiikkisuhteen tutkiminen sekä usean tietolähteen käyttäminen muodostettaessa käsitystä asiakkaasta ja hänen tilanteestaan. Arviointiprosessi sisältää useita peräkkäisiä ja keskenään limittäisiä osa-prosesseja. Terapeuttien kuvauksista ilmeni yhtäältä kronologinen rakenne eli se, miten arviointijakso konkreettisesti etenee sekä toisaalta myös prosessin aikana tehtävän tiedonkeruun ja -käsittelyn, käsityksenmuodostuksen eteneminen. Seuraavassa esitellään valikoituja esimerkkejä haastatteluaineistosta ja lopuksi yhteenveto vapaamuotoisen alkuarvioinnin tyypillisesti tuottamasta tiedosta sekä alkuarviointiprosessia kuvaava kaavio (kaavio 2, s. 41).

Arvioinnin lähtökohdat vaihtelevat suuresti, kuten myös käytettävissä olevan esitiedon määrä ja ylipäätään sen käyttäminen. Esimerkki kolmen terapeutin kuvauksesta.

- "Mä pyrin selvittämään jossakin määrin taustoja. Ensinnäkin, mistä se lähete tulee, kuka mulle sen on lähettämässä, ja millä perustein se on tulossa.. Oleellista on, mikä se motiivi on, millä tätä ihmistä [olla lähettämässä]. Ja onko se motiivi lähettäjän motiivi, vai asiakkaan motiivi, myöskin sitä et, miksi on tultu siihen tulokseen, että lähetetään. - - Tietysti privaattipuolella.., mä silloin fundeeraan ja keskustelen myöskin siitä, et onks rahoitusasiat kunnossa, et voiko tää saada riittävän pitkää terapiaa, ettei se katkeeta heti alkuunsa. Sillä on oleellinen merkitys myös, et voidaan päästä rauhassa liikkeelle ja työrauhaan. Onko KELA, vakuutusyhtiöt, lääkinnällinen kuntoutus, se elementti, joka alkaa tähän."

- "Et mä yleensä teen sillä lailla, että mä ensin tapaan potilaan vähintään yhden keran ennen kun mä rupeen sitten katsoon hänen sairaskertomustaan ja mitä sieltä.. Tavallaan että pystyn myöskin luomaan oman kuvan.. - - Mä pidän sitä tärkeänä, että mulle tulee semmonen oma [kuva asiakkaasta], koska saattaa olla, että kun mulle tulee aika vaikeahoitaisia potilaita kaiken kaikkiaan, niin osastolla on tietty semmonen jo, et joo.., se [potilas] on semmonen ja semmonen, että ei sen kanssa nyt kannata joutain.., et se on aika semmonen rassaavakin [etukäteistiedon antama kuva asiakkaasta]."

- "Toisaalta yks semmonen mikä olis hirveen hyvä tietää etukäteen ennen arviointitilannetta olis se, et onks musiikkiterapeutin arviointi se et arvioidaan yleensä musiikkiterapian mahdollisuutta tän ihmisen kohdalla vai onks niin että arvioidaan musiikkiterapian mahdollisuutta hänen kohdallaan ja sitä että se terapia lähdetään toteuttamaan siinä paikassa, missä hän on arvioinnissa."

Arvioinnin prosessiluonne ja perusteluja useammille tapaamisille nousee esille mm. seuraavista terapeuttien kuvauksista.

- ”Se on yks tärkeä, että se on toistuva, et niitä [käyntejä] on useampia, et se kertoo myöskin siitä että miten se ihminen pystyy yleensä kiinnittymään. Tuleeko se sovitun aikaan ja kaikki tämmöset..”

- ”Mä haluan luoda kaikessa rauhassa kokonaiskuvan, koska nuori kehityksellisistä syistä voi olla ihan erilainen eri tunneilla, vaikka hän on ihan terve. Hän saattaa seuraavalla tunnilla olla hyvin aggressiivinen ja kiukkunen ja masentunu tai jotakin muuta. Et mä haluan kaikessa rauhassa.., et hänellä on kaikki rauha olla semmonen kun on.”

- ”Sit se antaa myös minusta oikeestaan sen tilan molemmille vähän tutkailla, niinkuin mä sanonkin, et sä funtsit tätä ja mä funtsin. Hän niinkun näkee, että toi funtsii. Hän myös näkee sen, että musiikkiterapiaan ei joudu, vaan pääsee. Se on myös sellainen, jonka ne itse asiassa hoksaa sitten, että tää on kasvun mahdollisuus.”

Ensikontakti ja arvioinnin toteuttaminen edellyttää terapeutilta erityistä valmistautumista. Myös vapaamuotoisen arvioinnin luonne tulee esille ja käytännön toiminnan periaatteita kuvaillaan.

- ”Tärkeimmät elementit..., no tietysti settinki, se että siion rauha ja siion aikaa. Siion aika, tila, paikka, sitä tarkoitusta varten.. Että tää ihminen tulee ja on tässä ja nyt - on se sitten miten on - mutta sillä on kuitenkin tila siinä. Ja se ei oo pelkästään fyysinen tila, vaan siion niinku tila minun sisimmässäni sitä asiaa varten, että mä oon valmis sen kohtaamaan. Et mä oon puhistanu itteni jostakin muusta, mä oon nyt tässä. Se on ilman muuta hurjan oleellinen.”

- ”Mä yritän tehdä siitä [tilanteesta], että se ei tulis painolastiks tälle ihmiselle että nyt on joku tämmönen arviotilanne: ”mä mittaan sua, et millanen sä oot”. Koska se taas sit voi jäykistää koko homman, et hän yrittää enemmän kun mitä..[on] Et hän olis itte mahdollisimman luonnollinen ja se mikä on, eikä siihen tulis jotakin ekstra. Koska se on aina muutenkin kamalan hankala tilanne, kun estynyt, kipeä, pelokas, arka kenties paranoidinen tyyppi tulee ja eka kertaa tavataan siinä, niin et se ei jotenkin vielä nousis hankalammaks.”

- ”Ja tavallaan siinä [tapaamisessa] sitte lähtee se, niin kun nyt aina uuteen ihmiseen tutustuminen lähtee semmonen tutka päälle, suurelta osin hyvin tämmönen intuitiivinen tutka, ettei siinä oo tämmöstä, ei mulla oo kohta a, kohta b, kohta c.”

- ”Mä katon sen, et miten se on täs vuorovaikutuksessa, jäykkä tai spontaani tai estynyt. Katon mimiikkaa, katon sitä jotenkin silmäterän asentoa, sitä toivonkipinää, kun he katselevat soittimia, instrumentteja, et alkaako siinä.. - - Et ne näkee kaikki ne soittimet ja pelit siellä, niin siitä niinku havaitsee, että siellä palaa sisällä, et nyt lähetään hommiin.. - - Ja toisaalta se on kauheen herkkä tilanne, mä en niinku tee numeroa siitä, kun hän tulee paikalle. Mä oon aika epävirallinen, ja mä sanon joo, että istu vaan, koitan hyvin matalalla profiililla kertoa sitten, et tässä on vehkeet ja välineet. Ja kaikki mikä liittyy musiikkiin jollakin tavalla, niin kaikkea me voidaan tehdä, sun ei tarvi osata mitään soittaa, sillä ei oo mitään merkitystä. Et vaan jos täältä löytyy jotain mikä kiinnostaa sinua. Ja se, että tullaanks me toimeen keskenään.”

Musiikkiterapia-arviointia tekevien terapeuttien kuvauksissa korostuu musii-killisen välineen ja vuorovaikutuksen merkitys, eritoten silloin kun asiakas ilmaisee itseään muuten niukasti.

- ”Et sä voit siinä musiikin välineen kautta nähdä sen et onko täällä tunnekosketus, onko täällä hoitomotiivia, onko täällä luovuutta. Ja mä väittäisin, et musiikkiterapian

alueella sen näkee hirveen nopeesti, ei välttämättä aina absoluuttisen oikein, mutta kyllä mä esimerkiksi sellasen potentiaalin, sitä mä katon, et onks tällä.. Vaikka on kuinka masentunu, kun tiedät, jos ihminen innostuu jostakin, syttyy jollekin, pikkusen kilahtaa, kyllä sinne kannattaa [satsata].. - - Ja luovaa kapasiteettiahan siinä haetaan ja yhteistyökykyä. Jos on kykyä yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen musiikin alueella, niin ollaan jo aika pitkällä, kannattaa sillon kyllä yrittää. Hyviä kokemuksia on.”

- ”Ja sitten siitä [tilanteesta] voi aistia, että kaveri voi olla semmonen, et ei puhu paljoa, mutta se tekee. Ja tämmöset ilmiöt monesti tulee kans siinä, ettei ne paljon mitään sano, ne vaan tarttuu soittimeen ja rupeaa soittamaan. En minäkään silloin paljon mitään sano, minä tartun toiseen soittimeen katon vähän, ja tuun siihen mukaan aika luontevasti. Jopa ensin pikkusen selin, ettei oo liian aktiivisessa kontaktissa, jos näyttää vähän siltä, ja siiten oon lähempänä. Kyl se sitten alkaa se mimiikka pelata, se vuorovaikutuksen juttu soittimiin, joka sit näyttää sen, et joo tää lähtee, tai ei lähde liikkeelle. [keskinäinen vuorovaikutus ja sen myötä musiikkiterapian mahdollisuudet]”

- ”Se [lähestyminen musiikin kautta] on jollain lailla semmonen oikee ja helpompi ja olisko se jollain lailla luontevampi menetelmä ja että se sitä kautta helpottaa. Kyllä mun mielestä siinä tietysti vaikuttaa myöski mun oma persoona jollain lailla ja millä lailla lähestyy, totta kai silläkin on merkitystä. Mutta että tää menetelmän ehkä on monelle pehmeempi ja että se pelkkä keskustelu ja kysely jossain tilanteessa on liian jäykkä taikka pelottava, että ei saa sanaa suustaan siinä tilanteessa ja se on liian jännittävä tilanne. Mutta että tässä kun se jännitys laukee aika nopeesti, kun se huomaakin että jaa, että tässä voikin kuunnella jotain, että tää olikin tätä näin, että täs vaan musiikkia kuunnellaan. Niin sillä lailla se tilanne siinä muuttuu ja sillon sieltä tulee muita juttuja, ja [asiakas] pystyy jo jotain kertoo jossain vaiheessa.”

Asiakkaan henkilökohtainen musiikkisuhde ja -tausta on erityisen kiinnostuksen kohteena, koska sitä tutkimalla voidaan saada vihjeitä tunne-elämän jännitteistä ja asioista, jotka eivät välttämättä keskustelun yhteydessä tule ilmi. Musiikillisen kokemusmaailman kartoittaminen tarjoaa myös mahdollisuuden asiakkaan taustan ja hänelle tyypillisten persoonallisten piirteiden selvittämiseen. Tätäkin arvioitavaa aluetta lähestytään vapaamuotoisesti – spontaanin asiakaslähtöisen toiminnan kautta. Kliinistä haastattelua tehdään tyypillisesti muun toiminnan ohessa, ei erillisenä strukturoituna osionaan.

- ”Et jos ajatellaan tämmöstä soittavaa kaveria, niin tietysti se, et mitä tää soittaa, ja haluaa soittaa, ja tsekataan sitä musiikin kuuntelun maailmaa... - - Toivemaailmaa, jotakin tämmöstä, ainakin se, että mitä hän on kuunnellut, mistä hän pitää. Jos ei se kerro sitä, niin sen näkee, mitä hän alkaa soittaaan sieltä, mitä nousee esille.”

- ”Kyllä mä niitä kattelen, että minkä tyyppinen siellä soi, soiko siellä suru, soiko siellä aggressio, mitä.. Ja sitten sitä kautta myöskin tää taustaviitekehysasia jotenkin, tai kulttuuri tulee selville, että näillä seuduilla kun miettii että soiko siellä marssit ja uskonnon sävelet.. - - Niin se antaa arviotilanteessa tietysti se, että mikä tää kulttuuri-tausta on, tämmösiä visioita, viitteitä siitä. Tullaanko tietyn herätyksen piiristä, tai onko se tausta tän kaltaan, vai minkälainen kotitausta, onko siellä sitten iskelmätyyppinen juttu, tai näin.. Että ilman muuta se antaa arviointitilanteessa, että minkä tyyppiseen tämmösen ihmisen kanssa voidaan sitten jatkossa ryhtyä, että se on informatiivinen kyllä ja must se on aika oleellista.”

- ”Et en mä itse lyö lautaselle levyjä, et kuunnellaanpa tätä ja näin, paitsi jos kaveri ei ite tuota mitään ajatusta, että mitä hän haluaa kuulla tai noin, niin sitten mä saatan laittaa jotakin soimaan.”

- ”Ensinnäkin semmosia asioita tietysti, että mitä hän itse kertoo siitä soittamisestaan ja minkälaiset kuvat hällä on itsestään soittajana. Ja se on yks mitä arvioi siinä. Sitte kappalevalinnoista ja yleensä millä lailla esimes kappalevalinnat on suhteessa siihen

mitä me jutellaan tässä. - - Että minkälaisia asenteita on., tulee esiin tässä jutteluissa ja sitten että kuuluuko ne kappaleet sen piiriin vai onko ne kappaleet voi olla ihan päinvastaista taikka sen ulkopuolella. - - Tai sitten, että onko siellä jotain viestejä mulle niitten kappaleitten kautta, että onko jonkun tekstissä, jonkun kappaleen nimessä taikka jossain semmosessa tai voinko mä olettaa, että onko tää joku semmonen mitä hän haluaa sanoa sen [kappalevalinnan] kautta, että mikä ei tuu tässä muuten esiin.”

Terapian mahdollisuuksia selvitetessä ollaan erityisen kiinnostuneita motivaatiosta ja sen mahdollisesta heräämisestä. Myös keskinäisen työskentelyn mahdollisuuksia kartoitetaan.

- ”Mä luulen, että et yks semmonen mikä voi onnistuu, on se, että jos tällöinen ei-motivoitunut nuori tai aikuinen., tällöinen psykiatrisen sairaalan tai poliklinikan, mielenterveystoimiston asiakas. Jos hän pääsee siihen terapiatilanteeseen ja se terapiatilanteessa konkretisoituu tavallaan ne asiat mitä siellä on, eli mikä se talo on, kuka on siellä on se terapeutti, mitä asioita se terapeutti on valmis tarjoamaan ja miten se terapeutti pystyy välittämään tavallaan itsestään: et mä [terapeutti] olen sun kanssa halukas tekemään töitä, mut että mä en vielä tiedä mitä me tehdään. Niin silloin se motivaatio voi jollain tavalla käynnistyä. Koska siihen liittyy sitten taas se, että lähdenkö mä [asiakas] luottamaan vai enkö mä lähde luottaan..[terapeuttiin tai terapian mahdollisuuteen auttaa itseä]”

- ”Mutta se, mistä mä oon eniten kiinnostunut, on se että, syttyykö motiivi. Eli oli nuori miten suurissa vaikeuksissa tahansa, miten hajanainen, ahdistunut, pelokas. Mut hänelle syntyy motiivi, jota mä tietysti pyrin herättelemään - en tyrkyttämään - mutta herättelemään, sillä lailla, että ei tässä oo musiikin opetuksesta kysymys, ja ei tässä oo pakko soittaa, ja tarte mennä oikein, vaan että sä voit täällä touhuta, mitä sua näillä musavehkeillä huvittaa.”

- ”Mun tehtäväni kuitenkin olis yrittää kuunnella sitä, että mikä siellä on se sellanen siihen musiikkisuhteeseen tavallaan., et mikä se on siellä semmonen tärkeä asia. Et onko ne ne laulut, se biisi, se äänimaailma vai mikä ja yrittää kuulostella sitä. Ja sitte ihminen, jolla tää musiikkisuhde on toimiva ja jos hän on vielä valmis tavallaan sen oman musiikkimaailmansa sisällä vuorovaikutussuhteeseen elikkä jakamaan toisen ihmisen kanssa sitä, niin sit me ruvetaanki taas miettimään sitä jakamista. Eli hän on itse motivoitunut tuleen musiikkiterapiaan ja no työskentelytapana vois olla vaikka se soittaminen, aatellaan näin.”

Käsityksen muodostumiseen vaikuttavat useat tietolähteet ja kerättävän tiedon refleктоiva prosessointi eri tasoilla kliinisestä kokemuksesta henkilökohtaiseen kokemusmaailmaan ja tunteisiin.

- ”Mä itse kyllä aattelen sillä tavalla tässä dynaamisesti, että semmonen tietty odotus ja ajatus siitä ihmisestä lähtee käyntiin silloin kun kuulee siitä ihmisestä ekan kerran; lähtee luomaan omaa mielikuvaa siitä ihmisestä. - Nii, ett mus tapahtuu semmonen, et mä jo sen tiedon perusteella mikä mulla on ollu siinä paperissa [lähden luomaan kuvaa tulevasta asiakkaasta].”

- ”Mut et [kliininen] kokemus, mikä sulla on, et miten se [intuitio] istuu siihen kokemukseen. Kun sä yhdistät sen siihen, niin silloin intuitio on., tai sanotaan., joku vois sanoa että se on vastatransferenssi, se on varmasti sitäkin.”

- ”Et miten mä koen tän ihmisen kanssa tän yhteistyön, miten se voi rakentua. Ja kuinka se, tavallaan jos ajattelee omaa elämää, ympäristöä, kasvua siinä, kuinka mä pystyn näkemään itseni syvälle, että mä voin olla siinä tän kaverin kasvun mukana.

- ”Kuinka mä tunnen jonkun tietyyntyyppisen alueen itsestäni, tai eräällä tavalla myöskin tän kulttuurisen viitekehyksen, mistä tää ihminen tulee. Onko siinä olemassa semmonen fiilis, että mä koen että mun on helpompi ehkä ymmärtää tätä kaveria,



kun ehkä jotain toisentyypistä kaveria, että onko siellä taustassa jotakin semmosta samankaltaisuutta, mitä mä oon kokenu ja mistä mä oon rakentanu.”

- ”Omia tunteita tietysti tutkin kovasti ja ennen kaikkea se, että mihin [kliininen] kokemus on antanut hyvän luvan, on se, että huomaa, että jos potilas ottaa päähän, niin tutkii sitä avoimesti, eikä ajattele, että on se niinkun hirveetä, että tunnen suuttumusta näin vaikeuksissa olevaa nuorta kohtaan.”

Arviointitilanteissa koetun ymmärtäminen ja käsityksen muodostaminen edellyttää terapeutilta herkkää omien tunteiden kanssa työskentelyä. Seuraava lainaus havainnollistaa myös haastattelutekniikkaa ja käytyjen keskustelujen luonnetta.

Tutkija: Sä viittasit [aikaisemmin] vastatransferenssiin ja nimenomaan tuohon omien tunteiden, omien kokemusten tutkimiseen. Millä tavalla sä ymmärrät.., mä haluaisin, että sä vähän määrittelet sitä tarkemmin, minkälaisena sä ymmärrät vastatransferenssin oman työskentelys näkökulmasta?

- ”Se on keskeisin työväline. Se on ehdottomasti keskeisin työväline, se on se näkymätön, mikä on koko ajan läsnä. Se on koko ajan se, että milloin suuttumus, suru, ahdistus, pelokkuus, ärtymys on siinä. Sitten mitä se kussakin suhteessa merkitsee, tietysti on vaikea yksilöidä, mutta että jos joku nuori esimerkiksi tai lapsi saa mut koko ajan suuttumaan, ja muuta, tai rajoittamaan koko ajan, niin sitä mä työskentelen mielessäni, että mitä tää voi olla. Että olenko minä nyt näin suuttunut, vai onko lapsi näin suuttunut. Ja sitten havaitsen että täähän on lapsi joka on hymyssä suin aivan raivoissaan.”

Tutkija: Eli jos ymmärrän oikein.., sun käsitykses vastatransferenssista ja sen hyödyntämisestä perustuu siihen, että sä tutkaillet kaikkia niitä semmosia tuntemuksia, mitä sussa herää?

- ”Kaikkea, mikä liikkuu, ja mä kirjaan niitä ylös, hirveesti analysoimatta siinä vaiheessa, mut mä kirjaan, et ne on niinku tavallaan ylhäällä, ettei mee roskakoriin.

- ”Mutta se täytyy sanoa, että oli kuinka kokenut ihminen tahansa, niin suurin työ tehdään sen [vastatransferenssin] alueella, koko ajan.. - - Se on kokemusperäinen asia, joka täytyy ihmisen todella kokea, sekä oma transferenssi omaan hoitavaan henkilöön, että sitten nää vastatransferenssitunteet. Ja ymmärtää, että nää transferenssin tunteet on kaikkialla, ne on kotona, koulussa, ne on autohuoltamolla, ne on koko ajan läsnä, että ei se rajoitu terapiaan. Me ollaan koko ajan omien mielikuvien vallassa toisten ihmisten suhteen, koko ajan, enemmän tai vähemmän.”

Arviointityön monitasoisesti refleктоiva luonne ja tutkiva ote tulee esille seuraavista kuvauksista, joissa sivutaan myös eettisiä näkökulmia ja terapeutin omien arviointivalmiuksien jatkuvaa kehittämistä.

- ”Kun se tulkinta.., aivan varmasti teen mielessäni tulkintoja ja aivan varmasti teen myös hyvin voimakkaitakin tulkintoja. Mut että rohkeus niinkun aina uudestaan asettaa kysymyksen itselleen että miks mä tulkitsen näin ja mikä mun ajatus on näin, mistä se tulee, on mun mielestä hirveen semmonen, mihin pitää aina palata uudestaan.”

- ”Ja et se ammatillisuushan on se kaikki tieto-taito, mikä on olemassa ja myös se rohkeus asettaa oma ammatinsaan, oma ammatillisuutensa siinä arvioinnissa myöskin kyseenalaiseksi. Teenks mä sellasia päätelmiä, mitkä on olennaisia? Ja mihin mä pohjaan ne päätelmäni? Ja myös tavallaan se, että jos mä arvioin tilannetta niin onko se.., teenkö mä arviointia sen takia että musiikkiterapia on niin hirveen hyvä hoitomuoto että kaikki, jotka arviointiin tulee, niin saa tänne tulla ja jatkaa tosta vaan. Vai et mitä sitte siinä tilanteessa kun tulee joku tosiaan, mistä joutuu sanomaan et musta tuntuu että täs ei nyt oikein niinku keskenämme meillä ei työsuhte kyllä lähde käyntiin. Ja kauheesti ei niitä oo ollu, mut kyl niitä aina sillon tällön tulee.”

- "Tai sitten videoiden kautta myöskin se, että kyllähän sen musiikin lisäksi tulee näitä muitakin juttuja, että ihan se tapa tehdä sitä [arviointia] ja millä lailla siinä tilanteessa on. Sekä oman itsensä puolesta, että sen asiakkaan puolesta. Että kyllä mä oon huomannu omassa toiminnassanikin paljon semmosia asioita, että mitä oon pyrkinyt sitten muuttamaan, että huomaa koska ne tulee siihen..ja että minkähän takia mä tuohon noin sanon ja että taikka tuossa mä lähen nyt itte vähän liikaa tekemään jostain, tai päinvastoin myös."

Arvioinnin loppuvaiheessa jaksolta saatuja kokemuksia kootaan yhteen ja asiakas haastetaan myös itse arvioimaan kokemaansa. Terapeutti voi hyödyntää työnohjausta käsitystään jäsentäessään. Kokemusten käsitteellistäminen perustuu rinnakkaisiin merkityksenantoprosesseihin ja niiden keskinäiseen vertailuun.

- "Että yhdessähän tässä luodaan sitä kuvaa, että voisikos tää olla tavallaan se semmonen hoitomuoto mahdollisesti monien hoitomuotojen joukossa tai yksi hoitomuoto eikä välttämättä mitään muuta, jonka kanssa tätä psyykkistä työskentelyä sitte pystyttäis tekemään.. - - Et yhdessä tutkia sitä mahdollisuutta mitä sen musiikkiterapian kautta voidaan lähteä hakemaan."

- "Se mikä musta siinä arvioinnissa on hirveen olennaista on, et koko ajanhan siihen liittyy se [aikaisempi] kokemus, mikä on näistä erilaisista terapatilanteista siihen, mihin tavallaan erilainen arviointitilanne on päätynt, ja miten sitten on tapahtunut. Mä luulen, et se vaikuttaa siihen, miten tavallaan kuulee, tulkitsee, ehkä osoittaa niitä samankaltaisuuksia niissä tilanteissa."

- "Ja useimmitenhan mulla on semmonen tyyli, että kun se tutkimusvaihe on ohi, niin mulla on syntynyt jo käsitys siitä, että tulenko suosittamaan hoidon alkua. Joskus konsultoin mun työnohjaajaani, joskus en, mutta silloin tietysti, kun tulen epävarmaksi, niin silloin erityisesti."

- "Koska siion sitte se puoli, et mä kysyn, ja sanon, et me tavataan säännöllisesti niin kauan, vuosi, kaks jopa kolme, et voitsä lähteä tähän. Mä heitän aina et päätös on sinun, et se on se tosiasia ja et sä joudut funtsia näitä juttuja. Et mä en pakota tai väkää mihinkään suuntaan mutta että jos katsot että susta tuntuu tärkeältä tää homma ja tästä voisit niinku innostua. Et välillä tää on aika rankkaa ja voi ottaa päähän tää homma, mut siltikin me tavataan. Kyl mä tuon nää seikat esille ja siiten sanon, että fundeeraa sitä hommaa."

## TAULUKKO 2 Yhteenvedoa vapaamuotoisen alkuarvioinnin avulla tuotettavasta tiedosta

- Musiikillinen harrastuneisuus
- Musiikin käyttötottumukset
- Musiikkisuhde
- Kulttuurinen tausta, myös yhteydet alakulttuureihin
- Sosiaalinen konteksti: perhe, ihmissuhteet, tärkeät hahmot
- Asenteet ja arvot
- Tunne-elämän lataukset ja jännitteet
- Tapa olla vuorovaikutuksessa: musiikillinen, sanallinen, ei-sanallinen
- Ajankohtaiset teemat ja elämänilmiot
- Toiveet ja odotukset: tarvitsevuus, tarpeet, pelot
- Luova potentiaali
- Motivaatio ja toivon pilkahdukset: musiikki motivaation indikaattorina ja motivoivana tekijänä
- Asiakkaan piilevät resurssit: jokin musiikissa/musiikillisessa vuorovaikutuksessa onnistuu vaikka muualla ei

Alkuarvioinnin prosessikuvaus (seur. sivu) kokoaa yhteen vapaamuotoisen musiikkiterapia-arvioinnin pääelementit ja hahmottelee niiden keskinäisiä suhteita. Kaaviota voidaan tarkastella kronologisen etenemisen mukaisesti pystysarakkeilta sekä seurata tiedonkeruun ja käsityksenmuodostuksen vaiheittaista etenemistä vaakariveiltä. Kaavion alimmassa osassa on arviointiprosessin eri vaiheisiin liittyviä erityishuomioita. Käsityksen rakentumisen prosessi on koko tutkimusaineistoa kokoava ja sen eri osa-alueet toisiinsa nivova ydinkäsite.

### 3.2.3 Vapaamuotoisen arviointimallin reflektiivinen kehittäminen

Tutkimuksen edellisessä osassa korostettiin aineistolähtöisyyttä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkijan esikäsityksen jäsentämiseen ja sen mahdollisen haittaavan vaikutuksen vähentämiseen käytettiin fenomenologisen tutkimuksen piiristä tulevaa sulkeistamisen tekniikkaa. Tämän lisäksi aineistoanalyysin ollessa kesken pidättäydyttiin aihepiiriä käsittelevän kirjallisuuden lukemisesta, jotta aineiston ulkopuolelta tulevat käsitteet eivät ohjailisi muotoutumassa olevaa aineistolähtöistä teoreettista hahmotelmaa.

Koska kehitettyä mallia ei ollut mahdollista ensimmäisen vaiheen puitteissa sen laajuuden vuoksi teoreettisesti reflektoida, päätettiin jatkotutkimus fokusoida siihen. Grounded theoryn näkökulmasta tällä reflektoinnilla oli tarkoituksena yhtäältä vahvistaa saatuja tuloksia ja toisaalta tunnistaa miten tutkimustulosten esille tuoma uusi tieto musiikkiterapia-arvioinnista suhteutuu aikaisempaan saatavilla olleeseen tietoon ja mahdollisesti täydentää sitä. Aineistopohjaisen teorian reflektoinnin voi nähdä pyrkimyksenä teoreettisen herkkyyden vaalimiseen, jolloin aihepiirin tietämys laajenee, validoituu ja edelleen jalostuu. (Strauss & Corbin 1998, 46-52.)

Tämän vaiheen lähtökohdaksi muodostui näin ollen empiirisen osion tulosten teoreettinen reflektointi ja laadullisen synteessin tuottaman mallin jatkokehittäminen. Tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteeksi valikoitui lopulta erityisesti alkuarvioinnin vapaamuotoisuus, arviointiprosessin muotoutumisen taustatekijät sekä edelleen tiedonhankinnan ja käsityksen rakentumisen prosessit. Näitä edellisen vaiheen tuottamien tutkimustulosten keskeisiä teema-alueita tarkasteltiin suhteessa kirjallisuuteen ja niiden sisältöjä ja käsitteitä määriteltiin edelleen tarkemmin.

Tuloksena syntyi terapeutin käsityksenmuodostuksen prosessin tarkempi kuvaus ja kehittyneempi hahmotelma arviointiproseduurin mallista. Tutkimuksen tämän vaiheen tuloksena tuotettiin myös vapaamuotoisen alkuarvioinnin kulkua ja muotoutumista kuvaavia kaavioita alkuarviointiprosessin alkuvaiheesta, arviointitilanteista ja arviointijakson päätösvaiheesta. Tärkeimpänä näkökulmana oli terapeutin käsityksen rakentumisen elementit, jonka lisäksi mallinnettiin uuden tiedon tuottamisen kumulatiivista prosessia moniammatillisen työryhmän työskentelyssä.

Tämän vaiheen tuloksia kokoavat kaaviot ja mallin pääelementit esitellään luvussa 4.2.8 sivuilla 91, 93 ja 94 muiden esiteltävien musiikkiterapia-arvioinnin mallien yhteydessä.

## Arviointiprosessin kronologinen eteneminen

	1. Yhteydenotto/lähetäminen	2. Arviointitapaamiset	3. Yhteenvedo/johtopäätökset	4. Raportointi
<b>Vaiheiden pää-elementit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lähettävä taho, asiakas itse tai omaiset</li> <li>• suullinen ja kirjallinen esitieto</li> <li>• millaista arviointia halutaan, mikä on arvioinnin tarkoitus?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• setting: rakenteen avulla havainnointi; arvioinnin prosessiluonne</li> <li>• tilan luominen</li> <li>• asiakaslähtöinen eteneminen</li> <li>• toiminta ja havainnointi eri tilanteissa: musiikillinen, verbaalinen ja ei-verbaalinen kanssakäyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kokonaiskäsityksen hahmotteleminen</li> <li>• terapiasuosituksen harkinta ja rakenteen pohdinta</li> <li>• soveltuvien lähestymistapojen nimeäminen</li> <li>• terapian tavoitteiden tarkentaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kirjallinen tai suullinen lausunto</li> <li>• mahdolliset suositukset jatkonsultaatiosta tai aloitettavasta terapiasta</li> </ul>
<b>Tiedonkeruun muodot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esitietoihin tutustuminen</li> <li>• vain harvoin tarkempaa esim. sairaskertomukseen tutustumista</li> <li>• kirjallisen lähetteen tietojen täydentäminen tarvittaessa</li> <li>• tapaamisedellytysten selvittäminen</li> </ul>	<div style="text-align: center;">  <p><b>Vuorovaikutuksen tutkiminen</b></p> <p><b>Asiakkaan haastattelu</b></p> <p><b>Musiikkisuhteen kartoittaminen</b></p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• näkemysten jakaminen ja vertaileminen asiakkaan kanssa</li> <li>• työnohjaus ja konsultointi tarvittaessa kokonaiskäsityksen selkeyttämisessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• myös asiakkaan oma näkemys huomioidaan ja raportoidaan</li> <li>• laadullinen kuvaus: piirteet, valmiudet, ongelmat, mahdollisuudet, jne.</li> </ul>
<b>Käsityksen rakentamisen prosessi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esitieto mielikuvien ja niihin liittyvien tunteiden ja ajatusten aktivoijana</li> <li>• terapeutin tieto, kokemus ja viitekehys jäsentäjänä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intuitio huomion suuntaajana</li> <li>• reflektio ja vastatransferenssin tutkiminen kokemuksen jäsentäjänä</li> <li>• työnohjaus ja konsultointi</li> <li>• musiikin ja musiikkikulttuurin tuntemus</li> <li>• asiakkaan viiteryhmän riittävä tuntemus ja teoreettinen valvetuneisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kokemusten reflektointi ja havaintojen ankkurointi teoriaan, terapeutin aikaisempiin kokemuksiin ja asiakkaan näkemyksiin</li> <li>• käsityksen vertaaminen esitietojen ja lähettävän työryhmän käsitysten kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuvaus heijastelee niin asiakkaan kuin terapeutinkin yksilöllisiä piirteitä</li> <li>• terapeutin näkökulma kokonaisuhoitoon ja moniammatillisen työryhmän työskentelyyn</li> </ul>
<b>Huom!</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erilaisia painotuksia esitiedon merkityksessä</li> <li>• esikäsityksen tiedostaminen</li> <li>• neutraliteetin tavoittelemisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terapeutin aktiivinen rooli vuorovaikutuksen käynnistäjänä ja otollisen olosuhteen ylläpitäjänä</li> <li>• vapaassa tilassa arviointi: ei etukäteen määritettyä sisältöä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• myös asiakas arvioi tapaamisia</li> <li>• usean tietolähteen käyttäminen kokonaiskäsityksen luomisessa</li> </ul>	

KAAVIO 2 Alkuarvioinnin prosessikuvaus

### 3.3 Kohdennettu kirjallisuuskatsaus: review-tutkimus

#### 3.3.1 Lähtökohta

Vapaamuotoisen arviointiprosessin ja terapeutin käsityksenmuodostuksen mallintamisen jälkeen oli valittavissa useita vaihtoehtoisia suuntia tutkimuksen viimeisen vaiheen fokusointiin. Tällaisiksi nousivat mm. vapaamuotoiseen arviointiin soveltuvien apuvälineiden ja työkalujen kehittäminen ja toimivuuden tutkiminen. Lisäksi musiikin rooli ja sen erityiset mahdollisuudet arvioinnissa olivat kiinnostavia aiheita, koska nimenomaan musiikillinen aineisto ja musiikillisen vuorovaikutuksen mahdollisuudet erottaa musiikkiterapia-arvioinnin lähialojen aineistosta ja osaltaan myös kliinisistä käytännöistä. Eräänä kiinnostavana aiheena näyttäytyi myös musiikillisen aineiston ja vuorovaikutustilanteista tehtävien muiden havaintojen välinen suhde ja se, mitä kliinistä relevanssia näiden yhdistämisellä voisi olla.

Myös muita kuin käytännöllisiä jatkotutkimuksen tarpeita nousi esille. Käsityksen rakentumisen prosessi eri osa-alueineen tarjoaisi monia syvemmän teoreettisen tarkastelun kohteita. Aihetta voisi lähestyä esimerkiksi tutkimalla sen yhtymäkohtia laadullisen tutkimuksen metodologiaan ja tieteenfilosofisiin perusteisiin. Konstruktivistinen tiedon rakentaminen voisi olla niin ikään yksi luonteva näkökulma, johon voisi yhdistää ymmärtävän ja tulkitsevan psykologian teorioita (vrt. esim. Latomaa, 2000). Näillä teoreettisemmilla fokuksilla olisi tavoitteena tällöin ollut selvittää yhtäältä psykiatrian alan musiikkiterapia-arvioinnin teoreettista taustaa ja toisaalta hakea sille luontevia yhtymäkohtia rinnakkaisalojen teoreettisista hahmotelmista.

Tutkimusmetodologisesti nämä eri vaihtoehdot olisivat merkinneet hyvin erilaisia ratkaisuja ulottuen esim. arviointityökalujen toimintatutkimuksellisesta ja käytännöllisestä kehittämisestä systemaattiseen kirjallisuus pohjaiseen teorianmuodostukseen. Edellinen olisi edellyttänyt uuden empiirisen aineiston keräämistä, jälkimmäinen järjestelmällistä ja analyyttistä taustateorioiden synteesinmuodostusta suhteessa jo olemassa olevaan aineistoon ja teoreettiseen hahmotelmaan. Jotta käytännön kliiniseen työhön olisi tuotettavissa uskottava ja perusteltu apuväline tai työkalu, tarvittaneen molempia lähestymistapoja. Koska käytännöllisten arvioinnin apuvälineiden kehittäminen uuden empiirisen materiaalin kera olisi ollut varsin laaja projekti, oli tarkoituksenmukaisempaa rajata tutkimuksen viimeinen vaihe käsittelemään luodun teoreettisen hahmotelman yhtymäkohtia muihin vastaaviin kuvauksiin ja teoreettisiin näkökulmiin. Niin ikään psykiatrian alueen musiikkiterapia-arviointia sivuavien rinnakkaisalojen käytäntöjen taustateoreettiset näkökulmat olisi syytä huomioida.

### 3.3.2 Tutkimustehtävän rajauksesta

Tutkimuksellista näkökulmaa päätettiin laajentaa kolmelle alueelle: psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin teoreettisten taustojen ja arvioitavien alueiden kartoittamiseen sekä olemassa olevien (julkaistujen) arvioinnin käytännöllisten apukeinojen yksityiskohtaisempaan kartoittamiseen. Näillä valinnoilla tähdättiin tutkimuksen aikaisempien vaiheiden tuottamien tulosten perusteellisempaan reflektointiin suhteessa toisenlaisista kliinisistä konteksteista ja kulttuurisista tai tutkimuksellisista lähtökohdista tuotettuihin arviointimalleihin ja käsitteistöön sekä kokoavan synteesin muodostamiseen.

Tutkimuksen lopullinen fokus haki muotoutumistaan laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti vielä pitkään aineiston keruun jo käynnistyttyä. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että tutkimusaineistoa eli kuvauksia arviointimalleista ja -menetelmistä kerättiin alunperin hyvin laajasti ensinnäkin musiikkiterapian alueelta, mutta myös rinnakkaisalojen (erit. psykoterapia) käytäntöjä selvittäen. Sopivaa tutkimuksellista rajausta haettiin rajaamalla fokusta välillä tarkemmin, välillä laueammin.

Alunperin tutkimustehtävä määriteltiin siten, että aineistoanalyysillä tähdättäisiin psykiatrian alueen eri musiikkiterapian arviointimallien ja -menetelmien ominaisuuksien ja piirteiden yhdistelemiseen laadullisen metasynteesin avulla. Laadullinen metasynteesi on laadullisten tutkimustulosten koostamiseen tarkoitettu kehittymässä oleva metodologia, jolla pyritään vastaamaan laadullisen tutkimuksen puolella vastaaviin kysymyksiin kuin määrällisen tutkimuksen meta-analyysillä pyritään (esim. Sandelowsky, Docherty & Emden 1997; Paterson, Thorne, Canam & Jillings 2001; McCormick, Rodney & Varcoe 2003). Aineistoja haettaessa kävi kuitenkin ilmeiseksi, että varsinaisia tutkimusraportteja, joiden tuloksia voisi laadulliseen metasynteesiin sisällyttää, oli saatavilla melko niukasti, muunlaisia kuvauksia väljemmällä rajauksella löytyi jo toki paljon enemmän. Ongelmalliseksi muodostui osaltaan rajaaminen psykiatrisiin ja psyykkisten ongelmien alueeseen, mutta fokuksen laajennus psykiatrian ulkopuolelle tai yleisemmälle tasolle ei ollut tämän tutkimuksen fokuksen kannalta kuitenkaan perusteltua.

Tutkimustehtävä täsmentyi lopulta prosessin viimeisessä vaiheessa kirjallisuuspohjaiseksi psykiatrian alueen ja psyykkisten ongelmien musiikkiterapia-arvioinnin teoreettisten taustojen, arvioitavien alueiden ja kliinisten apukeinojen kartoitukseksi. Rajausta tarkennettiin edelleen alkuperäisen tutkimustehtävän mukaisesti koskemaan lähinnä alkuarviointia, mutta koska alkuarviointi kytkeytyy olennaisesti myös muihin arvioinnin muotoihin, huomioitiin aineiston keruussa ja analysoinnissa myös menetelmien arviointiin ja terapian toimivuuden seurantaan liittyviä näkökulmia ja aineistoja. Kyseessä ei ole kuitenkaan ns. systemaattinen katsaus, jolla terveydenhuoltoon liittyen tarkoitetaan yleensä useita tutkimuksia kokoavaa tutkimusta, jonka tarkoituksena on esimerkiksi osoittaa tietyn hoito- tai kuntoutuskeinon vaikuttavuutta ja määrittellä näytön astetta (esim. Varonen, Semberg & Teikari 1999). Musiikkiterapian alkuarvioinnin teoreettisia, käsitteellisiä ja käytännöllisiä näkökulmia lähestyt-

tiin laadullisesti kartoittavan ja kuvailevan kirjallisuuspohjaisen tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti (esim. Hart 1998, 47).

### 3.3.3 Kirjallisuuspohjaisen aineiston hakuperiaatteet ja kerääminen

Kuten edellä todettiin, aineiston keräämisessä käytettiin erilaisia rajauksia, jotka vaikuttivat olennaisesti hauilla saatuihin tuloksiin. Hakuja kohdennettiin laajasti eri tyyppisiin tietolähteisiin: tieteelliset artikkelit journaaleissa, aihepiiriä käsittelevät käsikirjat, kirjojen luvut, opinnäytetyöt, kliiniset kuvaukset, kongressiesitelmät ja -paperit. Hakuja tehtiin sähköisiin tietokantoihin, cd-romeihin sekä käsin journaaleihin ja kirjoihin. Tietokantahaut voidaan jakaa monialaisiin (hakuportaaleita, esim. Nelli, hyödyntäviin), yksittäisiin (esim. tieteellisen journalin omat indeksit) tai paikallisiin tietokantoihin (esim. Music Therapy Info cd-romin tietokannat ja kokoelmat). Hakuaineistojen määrittelyssä ja hakujen toteutuksessa hyödynnettiin Gilbertsonin & Aldridgen (2003) kuvaamia strategisia hakuperiaatteita, joiden avulla pyrittiin systematisoimaan sinänsä monimutkaista ja laajaa aineistohakua.

Journaaleihin tehdyt haut toteutettiin sekä osana indeksoituja tietokantahakuja että käyttäen suoraan valikoitujen tieteellisten lehtien omia tietokantoja. Haut kohdennettiin lähinnä englanninkielisiin lähteisiin muutamaa saksankielistä lähdeä lukuun ottamatta. Suomalainen ja suomenkielinen musiikkiterapia-arviointia käsittelevä aineisto oli käyty läpi jo aikaisemmin. Haut toteutettiin vaiheittain siten, että pääosin materiaali kerättiin vuoden 2005 aikana, mutta uusia hakuja tehtiin syklisen tutkimusprosessin edetessä sitä mukaa, kun uusia teemoja tai näkökulmia tuli esille (vrt. esim. Kallio 2006). Ensisijaisten hakusanojen osalta tehtiin tarkistushakuja täsmennettyjen lisämääreiden kera prosessin loppuun saakka. Haettavaa aineistoa ei rajattu julkaisuajankohdan perusteella, joten tarkoituksena oli tavoittaa eri aikakausina ylipäätään aihepiiristä julkaistuja kuvauksia. Nuorehkon ammattialan kliiniseen käytäntöön liittyvät kehitykselliset kulut rajasivat jo automaattisesti saavutettavissa olevan aineiston 1950-luvun jälkeiselle ajalle, painottuen selvästi 1990- ja 2000-luvulla julkaistuu aineistoon. Näin ollen tämän tutkimusprosessin alun (2000-luvun vaihde) jälkeen on julkaistu melko paljon aihetta käsitteleviä artikkeleita, joka sekin osaltaan puoltaa tämän review-tutkimuksen toteuttamista.

Aineiston keruun yhteydessä käytettyjä hakusanoja ja hakusanojen yhdistelmiä (yleensä "music therapy" tai "music" + lisämääre):

- assessment; initial assessment; psychiatry; psychiatric; psychotherapy; emotional; emotionally; mental; mental health; mentally; assessment tool(s); assessment instrument(s); assessment procedure(s); assessment protocol(s), evaluation, evaluation procedure, psychiatric music therapy, music therapy in psychiatry, effectiveness of music therapy, suitab\*.

Lisäksi tehtiin musiikkiterapia-alan ulkopuolelta aineistoa täydentäviä hakuja, joissa etsittiin psyykkisten ongelmien määrittämiseen liittyviä apuvälineitä;

myös psykoterapia-alan kliiniseen käytäntöön liittyviä aineistoja käytiin läpi. Käytettyjä hakusanoja tai yhdistelmiä (yleensä "psychotherap\*" + lisämääre):

- assessment, initial assessment, case formulation, case conceptualization, psychodynamic formulation, evaluation, functioning, pathology, symptom(s), music.

TAULUKKO 3 Kirjallisuushauissa käytetyt lähteet ja aineistot aineistotyypeittäin jaoteltuna

Lehdet:

Journal of Music Therapy (myös online-aineisto 2003->)  
 Music Therapy Perspectives (myös online-aineisto 2003->)  
 Music Therapy  
 British Journal of Music Therapy  
 Arts in Psychotherapy  
 Nordic Journal of Music Therapy (myös online)  
 Music Therapy Today

Elektroniset aineistot:

AMTA: Music Therapy CD-ROM, 2nd edition (amerikkalaiset musiikkiterapia-alan lehdet vuosilta 1950-2003)  
 Music Therapy Info CD-ROM III, IV & V  
 Ebrary (elektronisten kirjojen palvelu)

Tietokannat:

Medline (CSA, Ovid)  
 Academic search elite (EBSCO)  
 Electronic journals service (EBSCO)  
 Science direct (Elsevier)  
 Web of Science (ISI)  
 PSYCinfo 1840-current (EBSCO)  
 ERIC (CSA)  
 IngentaConnect  
 Music Therapy World: Structured review databases  
 Google Scholar sekä Google-hakukone yleisemminkin (kaikki tutkimuksen kannalta relevantit aineistot eivät ole indeksoituina tietokantoihin)

Taulukossa 3 lueteltujen aineistojen lisäksi haettiin myös yksittäisten lehtien artikkeleita mikäli jossakin aiemmin löydettyssä lähteessä viitattiin tutkimuksen aihepiiriin lukeutuvaan lähteeseen. Musiikkiterapiaa käsittelevää kirjallisuutta (erit. psykiatrian alueen) käytiin läpi sikäli, kun teksteissä käsiteltiin musiikki-terapia-arviointiin liittyviä kysymyksiä. Tätä aineistoa käytettiin lähinnä käsitteellisen pohjan ja arvioinnista tehtyjen määritelmien kartoittamisessa. Lisäksi käytiin läpi myös kliinisiä tapausselesteita, joissa viitattiin arvioinnin tekemiseen.

Näillä valinnoilla pyrittiin tavoittamaan mahdollisimman kattavasti psykiatrian alueella toteutettavasta musiikkiterapia-arvioinnista julkaistut kuvaukset ja saamaan ne tutkimustehtävän mukaiseen aineistoanalyysiin.



### 3.3.4 Kirjallisen aineiston käsittely ja valintakriteerit

Suuri osa aineistosta oli saatavissa sähköisessä muodossa, mutta osa tilattiin paperiversiona julkaisijalta tai kopio/välityspalvelun ylläpitäjältä. Jyväskylän yliopiston kirjaston laajat sähköisten aineistojen lukuoikeudet toivat saataville huomattavan paljon materiaalia. Haetun sähköisen aineiston hallinnoinnissa ja organisoinnissa käytettiin DEVONthink Pro -tietokantaohjelmistoa (DEVON-technologies). Paperiaineistot luokiteltiin sisällön perusteella prosessin etene-  
misen ja fokuksen tarkentumisen mukaan.

Aineistohaut tuottivat alun alkaen kymmeniä, lähemmäs sata lähdettä, joiden seulontaan oli luotava tietyt periaatteet mitkä niistä sisällytetään varsinaiseksi tutkimusaineistoksi ja mitkä jätetään ulkopuolelle tai täydentäviksi lähteiksi. Inklusio- ja eksklusiokriteerit elivät tutkimuksellisen fokuksen muotoutuessa siten, että aineiston rajausta täsmennettiin vähitellen aineistoanalyysin edetessä. Tällainen menettelytapa johtui analyysin aineistolähtöisestä luonteesta, jolloin kerätyn aineiston relevanssi tutkimuskysymysten osalta varmistui vasta sille esitettyjen kysymysten, aineiston pilkkomisen ja analyytisen luokittelun myötä (vrt. Hart 1998, 53-56). Perustason kriteerit aineistolle määräytyivät toki osaltaan jo käytettyjen hakusanojen perusteella, mutta silti aineiston valintaan päädyttiin määrittelemään lisäksi seuraavat periaatteet.

Tutkimuksen aineiston keruussa ja käsittelyssä käytetyt inklusio- ja eksklusiokriteerit (kohderyhmä, konteksti, viitekehys, arvioinnin luonne tai tyyppi, kuvauksen luonne, suhde geneerisiin malleihin ja menetelmiin):

#### Kohderyhmä ja konteksti

- rajaus psykiatriaan ja psyykkisiin ongelmiin liittyvään musiikkiterapia-arviointiin: kuvaus otetaan mukaan, jos kohderyhmäkriteeri täyttyy (psykiatriset ja psyykkiset ongelmat fokuksessa)
- inklusiokriteerinä myös viittaus psykiatrian kliiniseen kontekstiin tai tunne-elämän ongelmiin
- ulkopuolelle jätetään kehitysvammaisuuteen, neurologisiin sairauksiin, somaattisiin sairauksiin liittyvät arviointimenetelmät ja -kuvaukset

#### Viitekehys

- jos viittaus psykodynaamiseen viitekehyykseen voidaan kohderyhmäkriteeriä lieventää (suomalaisessa musiikkiterapiassa vahva psykodynaaminen painotus, joten tästä teoriataustasta nousevat sovellukset ovat teoreettisen laajentamisen vuoksi kiinnostavia)
- myös eklektinen, holistinen, humanistinen, behavioristinen ym. huomioidaan, mutta tällöin kohderyhmäkriteerin täytyttävä

#### Arvioinnin luonne tai tyyppi

- kuvauksen fokus oltava alkuarvioinnissa tai se ainakin huomioidaan muun ohessa selvästi (initial assessment tai assessment)
- evaluointi (evaluation) ilman alkuvaiheen kuvausta jätetään ulkopuolelle

#### Kuvauksen luonne

- teoreettiset, tutkimukselliset ja käytännölliset artikkelit otetaan mukaan: aineisto vaihtelee yleisteoreettisista luonnehdinnoista empiirisiin tutkimuksiin sekä case-kuvauksiin
- tutkimukselliset artikkelit ilman kliinistä yhteyttä rajataan ulkopuolelle, paitsi jos kuvauksesta ilmenee yhteys psykiatriseen kohderyhmään, kontekstiin tai diagnostiseen näkökulmaan

#### Suhde generisiin malleihin ja menetelmiin

- generiset, ei tiettyyn kohderyhmään tai viitekehukseen sidotut arvioinnin lähestymistavat, työkalut ja mallit käsitellään omana erillisenä täydentävänä aineistonaan

Edellä kuvattujen kriteerien avulla rajattiin varsinaiseen aineistoanalyysiin mukaan otettuja lähteitä ja kuvauksia, joita esitellään ja luonnehditaan tarkemmin pääluvussa 5. Mukaan otetun aineiston relevanssia arvioitiin vielä tutkimustehtävään suhteutettuna siten, että osa luokiteltiin ensisijaiseksi aineistoksi, osa toissijaiseksi aineistoksi ja osa lähinnä vaihtoehtoisia näkökulmia tarjoavaksi tausta-aineistoksi. Luokittelun ja aineistoanalyysin periaatteista tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

### 3.4 Valikoitujen kuvausten kokoava aineistoanalyysi ja jaottelu

#### 3.4.1 Aineistoanalyysin periaatteita

Tutkimusaineiston luokittelun periaatteet täsmentyivät prosessin aikana sitä mukaa, kun malleja ja menetelmiä analysoitiin. Tällainen analyysin tarkentuva periaate noudattaa laadulliselle tutkimukselle tyypillistä tutkimuksen fokuksen ja metodologian mukauttamista kulloisenkin prosessin vaiheen mukaan. (esim. Denzin & Lincoln 2003, 9-11.) Edellisessä luvussa kuvattujen valintakriteerien mukaista aineistoa ryhdyttiin analysoimaan luomalla aineistolähtöisen laadullisen sisällönanalyysin (esim. Tuomi & Sarajärvi 2004, 110-117), kirjallisuuspohjaisen review-tutkimuksen (esim. Hart 1998; Gilbertson & Aldridge 2003; Kallio 2006) ja grounded theoryn (esim. Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990, 1998; Charmaz 2003a) periaatteiden pohjalta tarkoitukseen soveltuva menetelmällinen sovellus. Tässä tutkimuksessa ei katsota tarpeelliseksi ottaa erityistä kantaa glaserilaisen tai straussilaisen grounded theoryn erilaisiin näkemyksiin ja metodologisiin painotuksiin, vaan molempien suuntausten ideoita sovelletaan sikäli, kun ne palvelevat tutkimustehtävän toteuttamista. Charmazin (2003a, 250-251) edustama grounded theoryn konstruktiiivinen suuntaus on varsinkin tutkimusstrategista joustavuutta ja tiedontuottamisen konstruktiiivista luonnetta korostavana tämän tutkimuksen toteuttamiseen soveltuva metodologinen lähestymistapa.

Laadullisen sisällönanalyysin peruseriaatteet ovat samansuuntaisia useiden laadullisen tutkimuksen menetelmien käytäntöjen kanssa. Näin ollen esim. aineiston pelkistämisen (esim. pilkkomisen), ryhmittelyn ja teoreettisen käsitteellistämisen peruseriaatteet toteutuvat useissa eri metodologiaa soveltavissa aineistolähtöisissä laadullisissa tutkimuksissa (vrt. esim. Tuomi & Sarajärvi 2004). Tässä tutkimuksessa laadullisella sisällönanalyysillä viitataan nimenomaan kootun aineiston laadulliseen käsittelyyn eikä määrällistä metodologiaa tai aineiston määrällistämistä ole käytetty. Sisällönanalyysia sovellettiin myös kirjallisuuspohjaisen aineiston alkuanalyysissä alustavan jäsentelyn välineenä. Tässä vaiheessa erilaisia kuvauksia jaoteltiin mm. sen mukaan millainen tausta arviointimallilla tai -menetelmällä on. Aineisto luokiteltiin karkeasti:

- ensisijaisiin aineistoihin (kohderyhmäspesifit tutkimuspohjaiset mallit ja menetelmät sekä kliinisestä työstä nostetut teoreettisesti ankkuroidut mallit ja menetelmät);
- toissijaisiin aineistoihin (arvioinnin osa-aluekohtaiset menetelmät, erityistekniikoita hyödyntävät menetelmät tai geneeriset mallit ja menetelmät);
- tausta-aineistoihin (esim. case-kuvaukset ja tutkimukselliset artikkelit vailla suoraa kliinistä yhtymäkohtaa sekä rinnakkaisalojen menettelytavat).

Tällä jaottelulla pyrittiin alkuvaiheessa selkeyttämään laajan aineiston sisältöjä ja relevanssia määrittelyyn tutkimustehtävän kannalta. Hart (1998) painottaa kirjallisuuspohjaisen review-tutkimuksen periaatteita luonnehtiessaan aineiston analyttisen lukemisen erityistä prosessinomaisuutta ja syklistä luonnetta. Samansuuntaista periaatetta painottaa puolestaan myös konstruktivisen grounded theoryn Charmaz (2003a, 277), jonka mukaan aineiston pariin on tarpeellista palata uudelleen ja uudelleen tutkimuksen ja aineistoanalyysin eri vaiheissa. Samainen sykliisyys toteutui myös tämän tutkimuksen yhteydessä eli aineistoa luettiin, käsitteellistettiin, palattiin aineistoon, esitettiin kysymyksiä, luettiin analyttisesti ja käsitteellistettiin uudelleen sekä luotiin kehittyvää luokitusta jne.

Tarkastelukulmina hankitun review-aineiston sisältöön ja luokitteluun käytettiin tässä vaiheessa seuraavaa jaottelua:

- mallin tai menetelmän tausta (tutkimus, kliininen, teoriaan ankkuroitu, tapauskohtainen tms.)
- kohderyhmä
- konteksti
- viitekehys
- arvioinnin tarkoitus
- arvioitavat alueet
- keinot ja työkalut
- käytetyt skaalat
- testit tai mittarit

- kokonaisarviointiin käytetty data
- raportointi ja suositukset
- raportoidut edut ja/tai rajoitukset

Analyysissa käytettiin kautta linjan grounded theoryn jatkuvan vertailun (Glaser & Strauss 1967) ja laadullisen täydentämisen – eräänlaisen synteessin muodostamisen – periaatetta. Grounded theoryn ideoita käytettiin samanaikaisesti kahdella aineistoanalyysin tasolla – aineiston käsitteellistämässä ja teoreettisessa jalostamisessa – sekä edelleen myös kokoavan synteessin muodostamisessa. Aikaisemmat tutkimuksen vaiheet nojautuivat vahvasti grounded theoryn metodologiaan ja teorianmuodostus tapahtui hyvin pitkälle aineistolähtöisyyttä vaalien. Tässä tutkimusprosessin viimeisessä vaiheessa mukaan tuotiin myös systemaattisesti haettua kirjallisuuspohjaista ainesta. Tätä aineistoa käsiteltiin osin samoin periaattein kuin empiiristäkin aineistoa, sillä erotuksella, että aikaisempien vaiheiden tuottamat käsitteet ja teoreettinen ymmärrys toimivat jäsentämisen apukeinona ja kokoavan synteessin osina. Grounded theoryn näkökulmasta tässä vaalittiin aikaisemman tutkimusvaiheen tapaan teoreettista herkkyyttä (engl. theoretical sensitivity) (Glaser 1978; Strauss & Corbin 1998), jolla pyrittiin edelleen tunnistamaan tärkeitä ilmiöitä ja merkityksiä aineistosta sekä laajentamaan ja validoimaan jatkuvasti kehittyvää tietämystä aiheesta.

### 3.4.2 Kirjallisen aineiston luokittelusta

Tutkimusaineiston luokittelua ohjaaviksi periaatteiksi rakentuivat seuraavat kysymykset ja käsitteet.

- Onko kyseessä yleinen vai kohderyhmäspesifi arviointimalli tai -menetelmä?
- Mikä on kuvatun arviointimallin tai -menetelmän toteuttamiskonteksti?
- Millainen tausta arviointimallilla tai -menetelmällä on? (kliininen, teoreettinen, tutkimuksellinen, soveltava jne.)
- Onko arvioinnilla jokin tietty teoreettinen viitekehys?
- Miten arvioinnin teoreettinen tausta ja viitekehys kuvataan?
- Miten arvioinnin tarkoitus määritellään?
- Onko arviointityön proseduuri (menettelytavat ja toteutus) kuvattu?
- Mitä arviointiproseduuri pitää sisällään? (tausta-aineistoon tutustuminen, alkuarviointi, seurannan määrittäminen ja toteutus, väliarviot, loppuarviointi, lausunnot ym. raportointi)
- Millainen strategia arvioinnin toteuttamiseen on valittu ja miten se perustellaan?
- Mitä tietoa arvioinnin tekemistä varten kerätään?
- Miten arvioinnin alueet (arvioitavat kohteet) on kuvattu?
- Millaisista asiakkaan persoonallisuuden ja käyttäytymisen piirteiden, ongelmien ja valmiuksien alueista sekä muista hänen tilaansa liittyvistä asioista ollaan kiinnostuneita?

- Miten asiakkaan ongelmat ja valmiudet on arvioitavilla alueilla määritelty?
- Millaisia menetelmiä arvioinnissa käytetään (miten käytännön arviointitilanteessa toimitaan)
- Mitä välineitä arvioinnissa hyödynnetään?
- Miten kerättyä tietoa jäsennetään ja analysoidaan?
- Käytetäänkö arvioinnissa jotain mittareita tai kvantifioidaanko havaintoja?
- Miten mittareiden ja asteikkojen tuottamia tuloksia tulkitaan ja käytetään?
- Millaisia johtopäätöksiä ja suosituksia arviointi tuottaa? (esim. havaittujen ongelmien ja suositeltujen interventioiden välinen suhde)
- Miten tehdystä arvioinnista raportoidaan?
- Miten musiikillisen vuorovaikutuksen ja musiikin käyttöä perustellaan?
- Millaisia etuja ja/tai rajoituksia mallin tai menetelmän soveltamisesta raportoidaan?

Kirjallisuuspohjaisessa aineistossa kuvattujen mallien ja menetelmien laadullisia eroja vertailtiin, ja käsitteellistämällä näitä ilmiöitä täydennettiin vähitellen muotoutuvaa jaottelua musiikkiterapia-arvioinnin elementeistä ja periaatteista. Aineistoanalyysissä on hyödynnettiin grounded theoryn metodologiaa siten, että aineistossa ilmenneen uuden käsitteen, menetelmän, strategian, mallin ym. arviointiin liittyvän ilmiön tunnistamiseksi ja määrittelemiseksi käytettiin yhtenä näkökulmana straussilaista induktiivis-deduktiivisen koodausparadigman sovellusta (Strauss & Corbin 1990). Sen avulla jäsennettiin kunkin kirjallisuuspohjaisen kuvauksen sisällä olevia käsitteitä ja arviointiproseduurien elementtien syy-seuraussuhteita kulloinkin esitettyssä kontekstissa. Koodausparadigman ideaa soveltaen kuvauksista eroteltiin käsitteellisen tarkastelun lisäksi arviointiin liittyvien ilmiöiden olosuhteet (tausta), konteksti, väliintulevia ehtoja, toiminta- ja vuorovaikutusstrategioita sekä seuraamuksia. Kokoavan luokituksen uusia käsitteitä luotiin ja uusia luokkia on perustettiin aina, kun aikaisemmat eivät riittäneet tai tarjonneet soveltuvaa käsitteellistä tasoa arviointimallin tai -menetelmän kuvauksessa esiintyvän ilmiön sijoittamiseen. Aineistoa ei tässä vaiheessa kuitenkaan enää varsinaisesti koodattu, vaan käsitteiden ja ilmiöiden (kategorioiden) suhteita vertailtiin analyttisesti keskenään ja muodostumassa olevaa jaottelua muokattiin ja täsmennettiin tähän analyttiseen päättelyyn perustuen. Tällä tavoin luokitukseen tuotettiin esimerkiksi useita täsmennyksiä kuvaamaan erilaisia arvioinnin lähtökohtia ja eri tahojen tarpeita, jotka vaikuttavat arvioinnin fokukseseen ja toteutustapaan.

### 3.4.3 Aineistoanalyysin eteneminen ja tutkimustehtävän jäsentyminen

Grounded theoryn menetelmällisiin keinoihin kuuluu myös memojen tekeminen (esim. Charmaz 2003a, 261). Tässä tutkimuksessa pidettiin yllä systemaattista ja tiivistä tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjattiin analyttisiä memoja koko tutkimusprosessin ajan. Tällaista aineistoa kertyi tutkimusprosessin viimeisten kolmen vuoden aikana yli sata tekstisivua. Seuraavassa muutama esimerkki memojen sisällöistä tutkimusprosessin eri vaiheissa. Esimerkkien memot ovat autenttisia ja tekstisegmentit alkuperäisessä järjestyksessään.

Ensimmäinen näyte on tutkimusprosessin viimeisen vaiheen alkupuolelta, kun tutkimustehtävän linjaus oli vasta muotoutumassa.

- "tein jonkinlaista käsittekarttaa alueista, muodoista, keinoista ja työkaluista. Jokin siinä mättää eli ei oikein toimi käsitteellisten tasojen logiikka.
- täytyy palata vielä alkuperäiseenkin aineistoon ja selvittää mihin kaikkiin alueisiin halutaan arvioinnissa fokusoida ja mitä keinoja käytetään.
- täytyy siis laatia tarkempi kuvaus ja luokittelu esim. "katson sen tapaa pitää soittimia" -> havainnoidaan motoriikkaa ja koordinaatiota ja "musiikin mukana muistelemisen" -> kognitiiviset valmiudet ja "rakenteeseen sopeutuminen" -> ajan ja paikan taju jne.
- näitä muodostettuja luokkia voidaan edelleen verrata esim. Loewyn ja Scheibyn jaotteluihin
- yhtenä ideana pulpahti mieleen, että josko olisi järkevää tehdä useita kaavioita, joissa vähitellen viedään tematiikkaa syvemmälle ja syvemmälle: aluksi strukturoidun ja ei-strukturoidun peruseräkkeet, sitten synteisiä ja edelleen uusi näkökulma?"

Seuraava esimerkki analyttisestä memosta on vaiheesta, jolloin synteisin idea oli jo kehityksessä.

- "arviointia määrittävät tekijät: kliininen konteksti & menettelytavat, eri tahojen tarpeet, terapeutin viitekehys ja työskentelyote
- kliininen konteksti voi määrätä arvioinnin tarpeen ja luonteen: ollaanko kiinnostuneita mittareista vai ennemminkin kuvailevasta (jako määrälliseen ja laadulliseen on olemassa; myös toisiaan täydentäviä malleja on)
- eri tahoilla on eri intressit tiedon hankinnassa ja sen käsittelyssä: terapiamuodon soveltuvuuden arvioinnissa usein mukana kuitenkin myös keskinäisen vuorovaikutuksen toimivuuden arviointi, jolla on merkitystä myös terapian tuloksellisuuden ennustekijänä
- kirjoita tästä: "vaikka terapeutin työskentelyote suuntaisi hänen huomionsa asiakkaan vahvuuksiin ja mahdollisuuksiin, on terapeutin oltava tietoinen myös mahdollisten patologisten piirteiden ilmiästä. Näin siksi, että terapeutti voi osaltaan taata riittävän potilasturvan ja toisaalta pystyä kommunikoimaan rinnakkaisten alojen (usein medikaalisen alueen) kollegojen kanssa."

Seuraava käy esimerkkinä memojen sisältämästä monitasoisesta pohdinnasta, jossa niiden avulla jäsennettiin analyttisiä, teoreettisia että tutkimusprosessin etenemiseen liittyviä näkökulmia:

- kaikkein ongelmallisimmaksi taitaa muodostua jotenkin järkevän teoreettisen näkökulman kirjoittaminen eli käytäntöä voi tavallaan kyllä syntesoida mutta teoriat eivät aina kohtaa tai täydennä toisiaan vai täydentävätkö sittenkin?

- osa malleista ja menetelmistä eivät ole erityisen viitekehyysspesifejä - siis ankkuroituja tiettyyn taustateoriaan (eklektisyyden edut ja kirot)
- tutkimussuunnitelmassa kaksi päänäkökulmaa: 1. psykiatrisen mt-arvioinnin teoreettisten taustojen kartoittaminen ja 2. arvioinnin apukeinojen kartoittaminen ja syntesointi aineistopohjaisen mallin kanssa (!)
- lienee tarpeellista tarkentaa noita tutkimuskysymyksiä eli kuvata tutkimuksen fokuksen kehittyminen
- psykiatrisen mt-arvioinnin ytimeistä on vain vähän kirjoituksia: johtuuko tämä osaltaan siitä, että kv-puolella lähtökohtana käytännön työhön on yleensä tietty teoreettinen viitekehys tai malli, jota toteutetaan samalla tavalla kohderyhmästä riippumatta? (Wilson, Cassity)
- jos edellinen tosiaan pitää paikkansa, suomalainen asiakaslähtöinen ja eklektinen työskentelyote on aika uniikki, koska se ei lähde mistään tietyistä malleista vaan taustalla saattaa sekoittua moniakin teoreettisia ideoita ja näkökulmia ymmärtää asiakasta ja hänen problematiikkaansa?
- kun arvioitavat alueet on lopulta kunnolla selvillä, voisi katsastaa mallien painotukset näiden osa-alueiden suhteen

Tutkimuspäiväkirjan tekstejä ja memoja vietiin myös laadullisten aineistojen analyysiohjelmiin (HyperResearch, Nvivo) ja sen sisältöjä koodattiin. Tällä oli tarkoituksena hahmotella tutkimuksellisen mielenkiinnon keskittyviä ja edelleen täsmentää tutkimuksen suuntaa ja fokusta. Kuten memojen esimerkistä kävi esille tehtiin tutkimusprosessin varrella myös aineistosta tuotettujen käsitteiden ja ilmiöiden välisiä suhteita kuvaavia mielle- ja käsittekarttoja. Näillä kuvioilla oli erityisen suuri merkitys varsinkin luokitusten käsitteellisten tasojen määrittämisessä sekä kokoavan synteesin rakentamisessa.

Tutkimusprosessin loppupuolen memot olivat jo sisällöllisesti oikeastaan tutkimustulosten johtopäätösten jäsentämistä palvelevaa kokoavaa pohdintaa:

- "johtopäätös: arviointia tekevä terapeutti joutuu kliinisessä työssään huomioimaan arvioinnin "ylhäältä-alas" luonteen eli kontekstuaalisen ja organisatorisen paineen tuottaa vakuuttavaa ja uskottavaa tietoa asiakkaasta, hänen tilanteestaan sekä terapian mahdollisuuksista ja tavoitteiden toteutumisesta - toisaalta terapeutin täytyy huomioida myös täysin päinvastainen arvioinnin luonne eli "alhaalta-ylös" -periaate, jossa asiakaslähtöisyys ja yksilölliset prosessit korostuvat. Miten terapeutti onnistuu huomioimaan nämä molemmat näkökulmat ja vastaamaan molempien tarpeisiin tarkoituksenmukaisella tavalla -> tämä johtaa siis suositukseen arvioinnin tarkoituksenmukaisuusperiaatteen vaalimisesta ja laaja-alaisen näkökulmien ja menetelmien käyttämisestä kliinisessä arvioinnissa
- spekulatiota: varsinkin yksityinen palveluntuottaja voi törmätä eri yksikköjen lähettämiä asiakkaita palvellessaan huomattavan erilaisiin toimintakulttuureihin, viitekehyksiin, käyttöteorioihin ja muutosprosessien hahmotuksiin -> ristiriidat millä tahansa osa-alueella voivat vaikuttaa ratkaisevasti sekä palvelun alkamiseen ja jatkumiseen että yhteistyön sujuvuuden kautta terapian suotuisaan vaikutukseen
- johtopäätös: terapeutin arviointiin valitsemansa strategia ohjaa koko prosessia ja vaikuttaa ratkaisevasti siihen millaista tietoa tuotetaan tai mitä ei tavoiteta sekä sitä, miltä pohjalta tehtävät johtopäätökset muodostetaan"

Näillä koko tutkimusprosessia ja sen tuottamaa tulosta pohtivilla memoilla oli ratkaiseva merkitys laaja-alaisen kokonaisuuden jäsentämisessä. Osa tutkimuspäiväkirjaan kirjoitetuista osioista päättyi aikanaan myös varsinaisen tutkimusraportin tekstiin ja näin ollen palveli osaltaan prosessikirjoittamisen ideaa.

Koska tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen eri menetelmiä on sovellettu joustavasti lähinnä ohjenuorana – ei tiukkoina ja tarkkoina metodologisina sääntöinä – korostuu tällöin tieteellisessä päättelyssä viime kädessä tutkijan omat tulkinnot (vrt. Charmaz 2003a, 250-251). Näissä tulkinnoissa ja painotuksissa vaikuttavat osaltaan tutkijan aikaisemmat kokemukset sekä kliinikkona että saman aihepiirin aiempien vaiheiden tutkimusten tekijänä. Näitä kokemuksia on pyritty hyödyntämään kuitenkin vahvuutena, jolloin ilmiöiden tunnistaminen ja teoreettinen käsitteellistäminen on pohjautunut tiedostettuun subjektiivisuuteen, ja sellaisena ollut tutkimuksen toteuttamista pikemmin edesauttava kuin häiritsevä. Laadullisen tutkimuksen puolella tällaista asetelmaa ei pidetä ongelmana, vaan pikemminkin väistämättömänä. (esim. Ahonen, S. 1994.) Eri tutkimusmenetelmät ovat toimineet yhtäältä ankkureina ja toisaalta suunnannäyttäjinä moniulotteisena polveilleen tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimusmenetelmien eri näkökulmista ja periaatteista on pyritty soveltamaan kulloinkin tutkimustehtävää parhaiten palvelevaa yhdistelmää. Tällaista metodologista joustavuutta ja tutkijan harkintaa voidaan pitää laadullisen tutkimuksen yhtenä leimallisimpana piirteenä (esim. McLeod 2001; Denzin & Lincoln 2003; Wheeler & Kenny 2005).

#### 3.4.4 Kohti kokoavan jaottelun ja synteessin tuottamista

Tämän tutkimuksen viimeisen vaiheen toteuttamisessa on lähtökohtaisesti vaadittu aineistolähtöisyyttä (teoriaohjaavan tai teorialähtöisen sijasta). Siltä tätä periaatetta on toisaalta myös tarkoituksellisesti ”rikottu” heijastelemalla pilkottuja arviointimallien ja -menetelmien elementtejä (esim. kohderyhmä, viitekehys, arvioitavat alueet, menetelmät jne.) suhteessa aikaisemmin mallinnettuihin suomalaisen kliinisen käytännön menettelytapoihin ja käsitteistöön. Välillä aineistoanalyysia ohjattiin myös aikaisemmin luodusta teoreettisesta hahmotelmasta käsin etsimällä kirjallisista kuvauksista samoja tai rinnasteisia ilmiöitä ja käsitteitä (esim. suhteessa psykodynaamiseen viitekehukseen). Aineiston analysointi ei ole ollut siis puhtaasti induktiivista vaan lähinnä induktiivisdeduktiivista (vrt. Strauss & Corbin 1990), joten tieteellistä päättelyä voi luonnehtia myös abduktiiviseksi, joka viittaa aineistolähtöisen ja teorialähtöisen analyttisen ajattelun jatkuvaan vuorotteluun läpi viimeisen vaiheen tutkimusprosessin. Tällaista päättelyä ohjaavaksi käsitteeksi (”johtolangaksi”) ja ydinilmiöksi muodostui terapeutin käsityksen rakentuminen ja sen osatekijät, joka nousi siis alunpitäen aineistolähtöisesti ja toimi teoreettisena kiintopisteenä läpi tutkimusprosessin (esim. Alasuutari 1993).

Tässä kokoavassa synteessissä ensimmäisen grounded theory-vaiheen tuottama vapaamuotoisen alkuarvioinnin prosessikuvaus ja teoria on yksi osakokonaisuus muiden arviointimallien ja -menetelmien joukossa. Kirjallisuuspohjaisen aineiston sisältämien elementtien, käsitteiden ja ilmiöiden sekä vapaamuotoisen mallin jatkuva keskinäinen vertailu tuotti vähitellen jaottelun, jonka avulla voitiin kuvata psykiatrisen musiikkiterapia-arvioinnin erilaisia taustoja, tarkoituksia, menettelytapoja, menetelmiä, apukeinoja ja arvioinnin perusteella tehtävien johtopäätösten taustoja. Tutkimuksen aineistoanalyysia ja



tulosta ei kuitenkaan rajattu pelkästään em. elementtien kuvailuun vaan niiden välisiä suhteita tarkastellaan myös kokoavan synteessin ja kaavioiden avulla (vrt. esim. Strauss & Corbin 1990).

Koko tutkimusprosessi – empiriasta mallintamiseen ja edelleen kirjallisuuspohjaisesta analyysistä laaja-alaiseen jaotteluun – on toteutunut laajemmin tarkasteltuna eri vaiheissaan sekä induktiivisen (glaserilaisen) että induktiivisdeduktiivisen (straussilaisen) grounded theoryn periaatteiden mukaisesti. Lisäksi empiriseen ja teoreettiseen aineistoon (malleihin ja menetelmiin) liittyviä oletuksia ja päätelmiä on tarkasteltu myös abduktiivisesti, jolloin näkökulmaa ilmiöiden käsitteellistämiseen ja keskinäiseen suhteeseen on vaihdeltu analyysin eri vaiheissa. Ensin alkuperäisen empirisen aineiston pohjalta tuotettiin aineistolähtöinen teoria vapaamuotoisesta alkuarvioinnista ja terapeutin käsityksen rakentumisen prosessista. Tämän jälkeen haettiin systemaattisesti ”ulkopuolista” teoreettista aineistoa (julkaistuja kuvauksia), jotka purettiin, analysoitiin ja luokiteltiin. Kirjallisen aineiston analyysissä on käyty teorioiden ja käytäntöjen välistä vuoropuhelua, ja kokonaissynteesi on aiempien vaiheiden tulosten ja viimeisen vaiheen hyvin monitasoinen yhdistelmä. (esim. Charmaz 2003b, 108; Alasuutari 1993.)

Tutkimusprosessin loppuvaiheessa tutkimuksellista perspektiiviä nostettiin näin ollen vielä astetta korkeammalle laaja-alaisen synteessin ja ylätasoin käsitteistön tuottamiseksi. Lopullinen tutkimustulos on musiikkiterapia-arvioinnin erilaisten lähtökohtien, arvioinnin suunnitteluun ja toteutukseen liittyvien vaihtoehtoisten strategisten ratkaisujen ja painotusten sekä käytännön toteutuksen synteesi, joka kokoaa yhteen tutkimuksen moniulotteisen kokonaisuuden. Jaottelun kuvaus sekä tuotetun synteessin kooste ja osaelementit esitellään kaavioin havainnollistettuna tarkemmin luvussa 5.

### 3.5 Yhteenveto tutkimustehtävistä ja metodologisista ratkaisuista

Tässä kuvaillaan tiivistetysti miten tutkimusprosessin eri vaiheet liittyvät toisiinsa sekä millaisia metodologisia valintoja ja sovelluksia on tehty. Kuvauksessa noudatetaan seuraavaa jaottelua: tutkimuksellinen tarve/lähtökohta, tutkimustehtävä/mielenkiinnon kohde, menetelmällinen lähestymistapa/sovellus, tutkimuksen tulos ja jatkotutkimuksen tarve. Lisäksi kuvataan tutkimuksessa hyödynnettyjä apukeinoja.

#### 3.5.1 Tutkimusprosessin vaiheet ja metodologiset valinnat

##### 1. vaihe/taso:

Alkuarviointiin liittyvän tärkeitä käsitteistöä selventäminen ja menetelytapojen kartoittaminen; kokeneiden kliinikoiden hiljaisen tiedon jäsentäminen -> fenomenografia alkuarviointiin liittyvien käsitysten kuvaamisessa (haastatteluaineisto) -> tuloksena alkuarviointiin liittyvien

käsitteiden muodostaminen ja kuvaaminen -> tarve syventää aineistoanalyysejä.

Alkuarviointiprosessin elementtien ja vaiheiden suhteiden kuvaaminen -> Grounded theoryn sovellus (haastatteluaineisto & käsitteellinen pohja) -> tuloksena laadullinen synteesi ja teoreettinen hahmotelma alkuarviointiprosessin kulusta -> tarve teoreettiseen reflektointiin ja täsmentämiseen.

## 2. vaihe/taso:

Alkuarviointiprosessin teoreettisen hahmotelman reflektointi ja tuotetun mallin edelleen kehittäminen -> Grounded theoryn sovellus (teoreettinen herkkyyden kehittyvän mallin täsmentämisessä) -> tuloksena vapaamuotoisen alkuarviointiprosessin vaiheiden ja terapeutin käsityksen muodostuksen mallintaminen -> tarve suhteuttaa luotu malli laajempaan kontekstiin.

## 3. vaihe/taso:

Psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin teoreettisten taustojen ja arviointimallien ja -menetelmien kartoittaminen -> kirjallisuuspohjainen review-tutkimus ja laadullinen sisällönanalyysi (julkaistut kuvaukset) -> tuloksena mallien ja menetelmien elementtien ja käsitteistön alustava luokitus -> tarve tarkentaa luokitusta ja muodostaa laadullisesti kokoaavaa ylätasoa synteesiä

Kokoaavan luokituksen ja synteessin tuottaminen -> Grounded theoryn sovellus (arvioinnin käsitteistön ja elementtien välisten suhteiden hahmottelu, teoreettinen herkkyyden ja kokoaavan synteessin muodostaminen) -> tuloksena psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin erilaisia lähtökohtia, strategisia valintoja ja käytännön toteuttamista jäsentävä jaoteltu kliinisen arviointiprosessin näkökulmasta.

### 3.5.2 Tutkimuksessa käytettyjä teknisiä apuvälineitä

Tutkimuksen toteutuksen systemaattisuutta on vaalittu ja pyritty edistämään monin tietokonepohjaisiin apukeinoin. Kuten tämän pääluvun alkupuolella kuvattiin, tutkimusprosessin empiirisen vaiheen haastattelumateriaalin organisoimisessa ja analysoimisessa käytettiin laadullisten aineistojen analysointiin tarkoitettua ohjelmaa NUD\*IST (QSR International). Pisimpään käytössä ollut apukeino on karttuvaan tekstitiedostoon perustuva tutkimuspäiväkirja, johon on kirjattu kulloinkin työn alla olleet aiheet ja teemat sekä millaisin keinoin näitä työstetty. Tarkoituksena on ollut kirjata ylös mitä on tehty, mitä on pyritty selvittämään, mitä on löydetty, mitä uusia kysymyksiä löydös on nostanut ja mihin suuntaan pohdinta on edennyt. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen on palvellut myös analyttistä reflektointia, koska kaikki pohdinnat ja ideat on kirjattu ylös ja niitä on jäsennetty teoreettisesti.

Kun tutkimuspäiväkirjaa oli kertynyt kymmeniä sivuja tutkimusprosessin edetessä, tuli tarpeelliseksi jäsentää myös sen sisältöä systemaatisemmin. Tässä vaiheessa päiväkirjan teksti syötettiin laadullisten aineistojen analyysiohjelmiin HyperResearch (ResearchWare) ja Nvivo (QSR International) ja sen sisältöä koodattiin. Koodit muodostivat teema-alueita, joiden ryhmitteleminen ohjasi tutkimuksen fokusta ja kulkua. Pääperiaatteena koodauksessa oli laadullisen aineiston alkuanalyysille tyypillinen metodiikka, eräänlainen avoin koodaus (esim. Strauss & Corbin 1990).

Muita apukeinoja oli käyttää mind/conceptmap-ohjelmistoja Freemind (SourceForge) ja CmapTools (Institute for Human and Machine Cognition), luoda tutkimuksen aihepiiriin kuuluvista artikkeleista tietokantaa DEVONthinkPro:n (DEVONtechnologies) avulla, ja hahmotella sähköisen muistikirjan Notebookin (CircusPonies) avulla tutkimuksessa nousseiden teemojen pohjalta dispositiota ja tutkimusraportin rakennetta. Mielle- ja käsittekarttojen avulla on käsitelty monimutkaisen aiheen monikerroksista terminologiaa ja tematiikkaa sekä jäsennetty käsitteellisten tasojen suhteita toisiinsa. Tietokantaohjelma avusti laajan artikkeliaineiston hallinnassa ja sen sisältöjen luokittelussa. Notebook-ohjelma oli käytössä sekä tutkimuspäiväkirjana että ns. outliner-työkaluna eli sillä jäsenneltiin ja hahmoteltiin isommiksi kokonaisuuksiksi esille nostetut tutkimuksen teema-alueet ja lopulta suunniteltiin tutkimusraportin rakenne. Aineistoanalyysissä hyödynnettiin myös Notebook-ohjelman indeksointiominaisuutta, jonka avulla saattoi esimerkiksi havaita minkä aihealueiden pohdintoja esiintyi tutkimuspäiväkirjan merkinnöissä erityisen paljon. Näin ollen laadullisen tutkimusotteen ohella aineistoanalyysin edistymistä tarkasteltiin osaltaan kuriositeetinomaisesti myös määrällisiä apukeinoja käyttäen.

Käytettyjen ohjelmien merkitys oli lähinnä se, että niiden avulla suuretkin tietomäärät olivat paremmin hallittavissa ja aineistoanalyysi eteni systemaatisemmin, kuin pelkkiin paperiaineistoihin ja muistiinpanoihin perustuen. Haittapuolena voi pitää ohjelmien käytön opettelemista, joka sekin vie kuitenkin oman aikansa vaikka ohjelmisto sinänsä olisikin suhteellisen helppokäyttöinen. Tietokoneavusteinen aineistoanalyysi auttaa nostamaan esille ilmiöitä ja teema-alueita, jotka muuten saattaisivat jäädä vähälle huomiolle tai kokonaan löytämättä. Näin ollen systemaattisuus palvelee tutkimusmetodologista kokonaisuutta.

## 4 VALIKOITUJEN ARVIOINTIMALLIEN JA -MENETELMIEN TAVOITTEET JA SISÄLLÖT

Aluksi luodaan yleiskatsaus psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin julkaistuihin menetelmiin ja malleihin sekä aihetta läheisesti sivuaviin kirjoituksiin. Tämän katsauksen jälkeen tarkastellaan muutamia valittuja esimerkkejä tarkemmin, mutta kaikki yleiskatsauksen malit ja menetelmät ovat silti mukana aineistoanalyysissä luvussa 3.3.4 esiteltyjen inklusio- ja eksklusiokriteerien mukaisesti. Pääasiallinen fokus on psykiatriassa ja psyykkisesti oireilevien asiakkaiden kohderyhmään suunnatuissa malleissa ja menetelmissä. Mukaan on otettu täydentävänä aineistona kuitenkin myös muutamia joko viitekehystä suomalaisesta kliinisestä näkökulmasta kiinnostavia (esim. Loewy 2000, Scheiby 2002) tai geneerisiä (esim. Hanser 1999, Chase 2002) kohderyhmään sovellettavissa olevia malleja tai menetelmiä. Kliinisistä tapauskertomuksista (esim. Nygaard-Pedersen 1999; Jensen 1999; Odell-Miller 1999; Wesley 2003; Rogers 2003; Hannibal 1999; 2003) löytyy myös kuvauksia arviointiin liittyvistä menettelytavoista ja millaista tietoa arviointi on tietyn asiakkaan kohdalla tuottanut, mutta näitä kuvauksia ei ole sisällytetty tämän tutkimuksen lopulliseen aineistoon. Perustelu tälle rajaukselle on se, että raportointitavat poikkeavat toisistaan huomattavan paljon, ja että suuressa osassa kuvauksista arvioinnin toteuttamisen periaatteet jäävät liian epäselviksi. Kliiniset tapauskertomukset on kuitenkin sikäli huomioitu tausta-aineistona tässä tutkimuksessa, että osin niihin liittyen aineistopohjaiseen jaotteluun (luku 5) on lisätty kohtia ”määrittelemätön”, ”tarkentamaton” tai ”epäselvä” viittamaan esimerkiksi teoriataustaan, arvioitaviin alueisiin tai käytettyihin menetelmiin liittyviin puutteisiin kuvauksessa.

Käsiteltävien arviointimenetelmien ja -mallien erilaisiin fokuksiin ja lähtökohtiin paneudutaan tarkemmin seuraavassa pääluvussa 5, jossa esitellään tämän aineiston pohjalta tuotettu luokittelu psykiatrisen musiikkiterapia-arvioinnin eri lähtökohdista, strategisista vaihtoehdoista, painotuksista ja käytännön menetelmistä.

## 4.1 Yleiskatsaus arviointimalleihin ja -menetelmiin psykiatrisen musiikkiterapian alueella

Kirjallisuuden mukaan ensimmäisiä arviointimenetelmiä psykiatrian alueen musiikkiterapiaan on kuvattu jo 1950-luvulla, joskin vasta 1970-luvulta alkaen aihepiiriin on kiinnitetty enemmän huomiota (esim. Michel 2000; Wilson 2002; Asmus & Gilbert 1981). Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli musiikkiterapia-arviointiin liittyvät kliiniset käytännöt, ja aineistoja läpikäytävissä oli havaittavissa, että eri aikoina julkaistut kuvaukset heijastelevat kulloinkin vallalla olleita erilaisia kliinis-teoreettisia ihanteita, ja vaikutteita on otettu myös rinnakkaisaloilta ja eri kliinisistä kontekstista muutenkin. Mallit ja menetelmät perustuvat hyvinkin erilaisiin lähtökohtiin ja ovat näin myös perusluonteeltaan ja tekniikoiltaan erityyppisiä. Kaikki tämän yleiskatsauksen menetelmät eivät ole sellaisenaan kliiniseen musiikkiterapia-arviointiin tarkoitettuja vaan osa on tutkimuksellisiin tarkoituksiin kehitettyjä. Psykiatrian aluetta, musiikkia ja musiikkiterapia-arviointia sivuavina niillä on kuitenkin yhteyksiä tämän tutkimuksen osa-alueisiin ja kiinnostuksen kohteisiin.

### 4.1.1 Projektiivisia testejä

Musiikin käyttöä projektiivisen testin välineenä on kokeiltu useammankin tutkijan toimesta. Grossman (1978) havaitsi tutkimuksessaan, että Crockerin 1950-luvulla kehittelemä tekniikka, jossa tunne-elämältään häiriintyneet lapset kertoivat musiikin herättämiä tarinoita, on ainakin yksinkertaisessa asetelmassa (iloinen-surullinen -vaste) toimiva.

Cattell ja McMichael tutkivat musiikillisten mieltymysten yhteyksiä psykiatrisiin ongelmiin ja IPAT Music Preference Test of Personality:n diagnostisia mahdollisuuksia. Sittemmin (1973 ja 1976) sekä Healey että Robinson saivat omissa tutkimuksissaan tuloksia, jotka eivät tukeneet Cattellin alkuperäisiä havaintoja menetelmän erottelukyvystä eri patologisten ryhmien välillä. (Wilson 2002.)

1960-luvulla myös Bean ja Moore (1964) kehittivät Rorschachin testin ja TAT -kuvakertomustestin rinnalle SAT (Sound Apperception Test) -äänisarjamenetelmän "auditory ink blots", jonka avulla pyrittiin selvittämään ketkä sairaalan skitsofreenikoista voisivat hyötyä parhaiten musiikkiterapiaan osallistumisesta. Tutkittavat jaettiin testien perusteella auditiiviseen tai visuaaliseen ryhmään. Musiikkiterapiajaksolta saatuja kokemuksia arvioitiin 5-portaisella asteikolla ja tuloksena saatiin, että auditiiviseen ryhmään kuuluvat edistyivät jakson aikana enemmän. Tämän perusteella tekijät päättelivät, että SAT soveltuu potilaiden valinnan apuvälineeksi.

Van den Daele (1967) kehitti arviointimenetelmän, joka perustui musiikin herättämien fantasioiden sanallistamiseen (Wilson 2002). Tätä alkuperäistä ideaa on kehitetty myöhemmin useassa vaiheessa ja sen pohjalle on kehitetty kliininen sovellus, jonka versio MAT (The Music Apperception Test) on julkaistu

vuonna 2007. Testi on suunnattu lähinnä psykologien käyttöön ja edellyttää käyttäjältään erityispätevyyttä (Van den Daele 2007).

Standardoituja arviointimenetelmiä on musiikkiterapian alueella ylipäättään vähän ja sama pätee myös psykiatrian alueen musiikkiterapiaan. Braswell, Brooks, Decuir, Humphrey, Jacobs ja Sutton kehittivät kaksivaiheisessa hankkeessaan (1983 ja 1986) standardoidun psykiatristen potilaiden alkuarviointiin tarkoitetun tulokartoituksen ja kyselyn yhdistelmän. Tätä menetelmää esitellään tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

#### 4.1.2 Osa-aluekohtaisia menetelmiä

Osa arviointimenetelmistä on suunnattu jonkin rajatun alueen selvittämiseen, kuten tietyn käyttäytymisen piirteen tai taidon tutkimiseen musiikillisen ilmaisun avulla. Toisaalta tutkimuksellisenä näkökulmana voi olla myös musiikillisten kykyjen tai taitojen yhteys psykopatologiaan ilmiöihin, kuten Steinberg et al. (1991; 1992a; 1992b) sarjassaan tutkimuksia pyrkivät selvittämään. Psykiatristen potilaiden ”musiikkipsykopatologiaa” käsitelleiden kokeellisten tutkimusten yhteydessä kehitettiin polariteetti-profiili (11 aluetta), joka osoittautui tutkijoiden mukaan tarkoituksenmukaiseksi potilaiden musiikillisen ilmaisun luonnehtimisessa (Steinberg et al. 1991).

Migliore (1991) tutki Hamiltonin depressioasteikon ja Weikartin rytmitestin välistä suhdetta psykomotorisen suoriutumisen näkökulmasta. Testissä taputettiin polviin, marssittiin paikallaan ja huoneen poikki metronomin mukana eri tempoilla. Tutkimuksen tulos ei puoltanut Weikartin testin käyttöä psykomotorisen suoriutumisen mittaamiseen ja muutosten määrittämiseen depressiivisten potilaiden kohdalla.

Moreau (2003) esittelee pääasiassa tutkimuskäyttöön, mutta myös musiikkiterapian dokumentointiin tarkoitetun 7-portainen asteikon (MAKS - a Scale for Measurement of Expressive and Musical Behaviour), jolla mitataan ilmaisullista ja kommunikatiivista musiikillista käyttäytymistä musiikkiterapiassa. Moreau pitää psykiatria ja psyykkisiä ongelmia ja niiden ilmiöitä erilaisena kuin kehitysteoreettisesti lähestyttävänä kehityksellisiä ongelmia. Tästä syystä psyykkisten ongelmien arviointiin tarvitaan eri tavalla profiloituja luokituksia. Tutkimuksessa käytetty jaottelu pohjautuu asiantuntijoiden haastatteluihin, olemassa oleviin skaaloihin ja tutkijan kliinisiin muistiinpanoihin. Jaottelun etukäteisarviointia tehtiin lasten- ja nuorisopsykiatrian työryhmässä. Jaottelun toimivuutta (objektiivisuus, reliabiliteetti ja validiteetti) testattiin tutkimuksessa, jossa 52 arvioitsijaa arvioi videoaineistoa MAKS-luokituksen ja asteikon mukaan. Tulosten perusteella alkuperäisen luokittelun kategoriostoa muokattiin mm. faktorianalyysiin perustuen edelleen. Luokittelun lopullisen muotoilun perusteet jäivät osaltaan epäselviksi ja kliininen relevanssi todentamatta. Moreaun mukaan asteikon käytöstä on kuitenkin alustavia lupaavia kokemuksia.

Pavlicevic ja Trevarthen (1989) sekä kehittivät musiikillisen vuorovaihtuksen arviointiin MIR-asteikon (Music Improvisation Rating), jolla voidaan määrittellä keskinäisen kommunikaation tasoja. Kullekin tasolle ominaisesta

vuorovaikutuksen ja reagoinnin luonteesta on sanallinen kuvaus. Tekijät toteavat, että MIR on riittävän herkkä ja erottelukykyinen eri aikuispsykiatristen kohderyhmien välillä. Alunperin improvisaatioiden tutkimiseen tarkoitettu asteikko oli 6-tasoinen, mutta Pavlicevic, Trevarthen & Duncan (1994) kehittivät siitä edelleen modifioidun ja tarkemman 9-tasoisin version (MIR(S) - Music Interaction Rating for Schizophrenia) skitsofreenikoiden kuntoutumista selvittävän musiikkiterapiatutkimuksen yhteydessä. Pavlicevic (1995) toteaa, että se on yksinkertainen ja nopea käyttää, mikä on merkittävää kliinisessä arvioinnissa. Menetelmä on sovellettavissa muillekin, mutta vaatii laajennuksia ainakin, jos sitä sovelletaan vuorovaikutuksellisesti laajemmalla skaalalla liikkuville kohderyhmille.

Syvänen (2005) kehitti musiikkiterapeutin vastatunteita käsittelevän väitöstudiumuksensa aineiston analysointia varten arviointilomakkeen, jonka avulla tarkasteltiin asiakkaan tapaa olla vuorovaikutuksessa ja terapeutin kokemusta ja tulkintaa terapiatapahtumista positiiviseksi tai negatiiviseksi tulkitun tunteen valossa. Toisessa lomakkeessa arvioitiin terapeutin vastatunteita niin ikään positiivisten ja negatiivisten tunteiden näkökulmista sekä tunnekokemusta täsmen-tävän alaluokituksen avulla. Lomakkeissa käytettiin 6- ja 5-portaista asteikkoa ja laadulliseen kuvailuun tarkoitettua vapaakenttää. Tutkija arvioi lomakkeiden tuottavan yhteneväistä informaatiota suhteessa muiden havainnoitsijoiden tuottamaan, ja että ne soveltuvat hyvin terapiaprosessin kehittymisen seurantaan (ibid., 92). Lisäksi niiden avulla voidaan muodostaa profiloitua kokonaiskuvaa terapeutin vastatunteittensa kautta muodostamastaan käsityksestään asiakkaan psyykestä ja kyvystä olla vuorovaikutuksessa (ibid., 93).

Raglio (2006) esittelee niin ikään vuorovaikutuksen – myös ei-musiikillisen kommunikaation – arviointiin tarkoitettua koodausjärjestelmän, jota voidaan soveltaa videoaineiston analyysissä. Menetelmä perustuu psykodynaamiseen viitekehukseen ja nojaa vahvasti Sternin affect attunement-käsitteeseen. Menetelmässä käytetään neljää käyttäytymisen havainnoinnin luokkaa: 1. Ei-sanallinen kommunikaatio, 2. Katseet, eleet, ilmeet ja emotionaalinen ilmaisu, 3. Sanallinen kommunikaatio ja 4. Musiikillinen kommunikaatio. Koodausmenetelmän vahvuutena pidetään, että se auttaa identifioimaan sessioista hetkiä, joissa harmoninen musiikillinen tuotos ja siinä ilmenevät variaatiot ja muuntelu, harmoninen liike musiikilliseen tuotokseen liittyen sekä keskinäiset katseet ja hymyt ilmentävät virittyneessä tunnetilassa kohtaamista (affect attunement).

Vaikka Nordoffin ja Robbinsin (1971) kehittämät vuorovaikutuksen arviointiasteikot on alun perin tarkoitettu autistisille ja kehitysvammaisille lapsille, Graham (2000, 75) viittaa niiden käyttöä laajennetun sittemmin myös aikuispsykiatrian puolelle. Graham (ibid.) kuvailee Nordoff-Robbinsin mallin olevan oman kliiniseen työhön kehittämänsä arviointimallin pohjana ja hän on soveltanut kahden arviointiasteikon (client-therapists relationship in musical activity ja musical communicativeness) jaotteluja – ei vain alkuarvioinnissa – vaan myös terapiaprosessin seurannassa ja loppuarviointia tehtäessä. Graham erittelee myös asteikoiden käytön etuja ja haittoja ja päättyy korostamaan systemaattisen arvioinnin olevan tärkeä myös terapeutin oman toiminnan arvioinnissa.

### 4.1.3 Musiikkiterapia-arviointi diagnosoinnin tukena

Eräs arviointimenetelmien kehittämisen motiiveista on diagnosointiin liittyvän tiedon kerääminen ja erotusdiagnoosien tekemisen tukeminen. Merle-Fishman ja Marcus (1982) tekivät tunne-elämältään häiriintyneiden ja normaalien lasten spontaanin musiikillisen käyttäytymisen vertailua. Tutkimuksessa käytettiin viittä pääkategoriaa (instrumentin valinta, rytmien, vokaalinen ja verbaalinen käyttäytyminen sekä vuorovaikutuksen tyyli), joiden alakategorioista osa oli sovellettu Nordoffin ja Robbinsin jaotteluista. Koska häiriintyneiden ja normaalien lasten välillä havaittiin eroja, tutkijat suosittelivat musiikin käyttöä diagnostisena indikaattorina ja arviointivälineenä lasten psykoterapeuttisessa ja psykoedukatiivisessa hoidossa.

Cohen (1986) vertasi psykoottisten ja maanisten potilaiden rytmistä ilmaisu annettuihin rytmitehtäviin perustuen ja totesi, että tulosten mukaan musiikillis-rytmiset tehtävät voivat avustaa erotusdiagnoosien tekemisessä maanisten ja ei-maanisten psykoottisten potilaiden välillä.

Perillin (1995) vertaileva tutkimus selvitti systemaattisesti psykiatristen ja ei-psykiatristen aikuisten subjektiivisen tempon (sisäinen yksilöllinen aikakäsitys) ja rytmien vaihtelevuutta (miten reagoi ulkoiseen ärsykkeeseen). 5-osaisen tehtäväperusteisen kokeen tulosten perusteella hän päättelee, että kronobiologien ja kognitiivisten prosessien välillä on yhteys, ja että subjektiivinen tempo on yksilöllinen konstruktio, joka vaihtelee patologiseen tilaan liittyen. Lisäksi mukauttaminen suhteessa ympäristöstä tuleviin ärsykkeisiin vaihtelee yksilöllisesti. Perillin mukaan löydöksellä voi olla diagnostisia sovellusmahdollisuuksia ja auttaa tunnistamaan ja ymmärtämään psykiatristen häiriöiden aiheuttamia ongelmia.

Kirjallisuudesta löytyy myös hyvin käytännöllisiä kuvauksia musiikkiterapia-arvioinnin diagnostisista mahdollisuuksista. Mm. Oldfield (2000) kuvaillee kliinistä työtään moniammatillisessa työryhmässä. Lyhytkestoisten sairaalajaksojen aikana tehdään konsultoivaa arviointia, jonka taustateoreettinen näkökulma on teoreettisesti eklektinen yhdistellen kehitysteoreettisia, behavioraalisia ja psykodynaamisia lähestymistapoja. Musiikkiterapia-arviointi kuuluu moniammatilliseen arviointikonaisuuteen ja sen tehtävät ja tarkoitukset on määriteltävä. Musiikkiterapia-arvioinnin tarkoituksena on auttaa työryhmää arvioimaan lasten vahvuuksia ja vaikeuksia, ja voi johtaa psykiatrisen diagnoosin tekemiseen. Tämän mallin metodologisiin periaatteisiin tutustutaan tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Jahn-Langenberg ja Schmidt (2003) kuvailevat ja vertailevat saman asiakkaan ensimmäistä tapaamista musiikkiterapeutin ja lääkärin istunnoilla. Molempien viitekehys on psykoanalyttisesti orientoitunut. Tarkoituksena oli tarkastella eri lähtökohdista (musiikkiterapiaistunto ja analyttinen alkuhaastattelu) tuotettuja diagnostisia vaikutelmia. Kumpikin arvioitsija tuotti oman kuvauksensa, jonka jälkeen tietoja vertailtiin ja ne yhdistettiin. Kirjoittajat havaitsivat, että eri lähteistä tuotettu tieto täydensi toistaan ja vahvisti diagnostisten päätelmien tekemistä. Esimerkkeinä mainitaan persoonallisuuden eri piirteiden esille tuleminen eri tilanteissa ja eri lähestymistavan avulla. Koko-



naiskuvan tuottamiseksi tarvittiin molempien menetelmien ja lähestymistapojen tuottamaa integroitua tietoa.

#### 4.1.4 Improvisaatio arvioinnin lähestymistapana

Yksi nykyaikaisen musiikkiterapian tyypillisimmistä kliinisistä työtavoista on improvisaation käyttäminen menetelmällisenä lähestymistapana. Improvisatorinen musiikkiterapia on melkein oman suuntauksen statuksen omaava teoreettis-käytännöllinen kokonaisuus, josta on kirjoitettu runsaasti (esim. Nordoff & Robbins 1971 ja 1977; Bruscia 1987; Priestley 1994; Erkkilä 1997; Ruud 1998; Smejsters 2005). Laajasti tulkittuna lähes mikä tahansa improvisaation analysointiin liittyvä menetelmä voisi periaatteessa olla relevantti myös psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin kannalta. Tässä yleiskatsauksessa keskitytään kuitenkin pääsääntöisesti kohderyhmäspesifeihin kuvauksiin, koska mielenkiinnon kohteena on kliiniset käytännöt ja menetelmät juuri tässä kliinisessä kohderyhmässä. Improvisaatio on kuitenkin huomattavan laaja ja moniselitteinen käsite myös musiikkiterapian menetelmänä, joten eräs kiinnostava näkökulma on myös se, miten kirjoittajat kuvaavat improvisationaalista lähestymistapaa juuri psykiatrian alueella ja menetelmänä muiden menetelmien joukossa. Laajassa ja perusteellisessa musiikkiterapian improvisaatiomalleja käsittelevässä teoksessaan Bruscia (1987) kuvailee ja syntesoi myös sellaista mallien (esim. Alvinin Free Improvisation Therapy) arviointikäytäntöjä, joita tekijä itse ei ole alunperin siinä muodossa esittänyt. Tällaisia toisen kirjoittajan tuottamia synteesejä ei ole tämän tutkimuksen yhteydessä aineistoanalyysiin sisällytetty, mutta niitä tarkasteltu täydentävänä oheisaineistona.

Wilson (1990) viittaa Broucekin kehittämään teoreettiseen hahmotelmaan, jossa sovelletaan Kieslerin interpersoonallisen ympyrän kategorioita vuorovaiikutteisen improvisaation jäsentämiseen. Broucek jakoi 16 kategoriaa 8:aan polariiteettipariin siten, että malli tarjoaa mahdollisuuden tarkastella rinnakkaisesti musiikillisen vuorovaikutuksen luonnetta ja käsittein täsmennettyä interpersoonallista käyttäytymistä. Broucekin mallin taustalla on Sullivanin interpersoonallisen psykologian teoria.

Analyttisen musiikkiterapian kehittäjä Priestley (1994) kuvaa kliinisen arvioinnin työkaluna emotionaalisen kirjon (engl. emotional spectrum) kartoitusta. Emotionaalinen kirjo koostuu seitsemästä pääemootiosta ja niiden positiivisesta ja negatiivisesta ilmiasusta. Terapeutti esittelee ensimmäisessä istunnossa asiakkaalle kortit, joissa on otsikkoina em. pääemootiot. Asiakas voi ilmaista kutakin emootiota haluamallaan tavalla valitsemallaan soittimella. Improvisaatio äänitetään, kuunnellaan asiakkaan kanssa ja keskustellaan emootioon liittyvistä ajatuksista, elämäntilanteista ja kokemuksista. Samaan tapaan käydään läpi koko kirjo. Priestley (ibid.) korostaa myös kehollisten havaintojen tekemistä soiton aikana eli miten asiakas on kehollisesti mukana tietyn emootion ilmaisussa. Bruscian (1987) mukaan analyttiselle musiikkiterapialle on tyypillistä, että arviointi ja seuranta tapahtuu jatkuvan luonteisesti terapian ohessa, ei erillisenä proseduurina. Edelleen Bruscia (ibid.) erottelee Priestleyn kuvauksista useita eri tasoisesti formaaleja arvioinnin ja seurannan muotoja: alkuhaas-

tattelu (epämuodollinen keskustelu – teema-alueet määritelty), emotionaalisen kirjon kartoitus, vastustuksen analysointi, egon puolustuskeinojen analysointi ja psykoseksuaalisen vaiheen analysointi.

#### 4.1.5 Geneerisiä improvisaatioanalyysimenetelmiä

Ei kohderyhmä- tai teoriaspesifeistä improvisaatioanalyysimenetelmistä Bruscia (1987) IAP (Improvisation Assessment Profiles) on laajin ja perusteellisin, mutta sellaisenaan vain verrattain harvoin kliinisessä työssä käytetty malli (esim. Wigram 1999; Bonde 2005). Muutamat tutkijat ja klinikot ovat kuvanneet omia sovelluksiaan IAP:n valittujen profiilien käytöstä (esim. Wigram 2000; Nygaard-Pedersen 2001; Vinkler Frederiksen 1999); Bruscia on sittemmin julkaissut myös suppeamman version ”IAP abridged” (2001), jonka yhteydessä Bruscia kuvailee miten hän käyttää IAP:a kliinisessä arvioinnissa. Tällaisen sovelluksen yhteydessä pyritään tuottamaan useita improvisaatioita, joiden avulla voidaan tutkia erilaisia kliinisesti eniten kiinnostavia musiikillisia ja interpersoonallisia (henkilöiden väliseen liittyviä) tilanteita. Improvisaatioita tehdään eri asteisesti strukturoituina ja sekä referentiaalisesti (nimetyn aiheen pohjalta) että ei-referentiaalisesti (vailla annettua lähtökohtaa). Bruscia (ibid.) mukaan näin käytettynä IAP on analyysimenetelmä, jonka mahdollistaa asiakkaan koko improvisatorisen ”teoksen” eri osien vertailun, joka tarjoaa edustavan näytteen asiakkaan tavasta tehdä musiikkia. Bruscia (ibid.) korostaa salience-profiilin (keskeinen piirre -profiili) merkitystä, koska sen avulla voidaan rajata mitkä näkökulmat asiakkaan musiikin tekemisessä ovat merkityksellisiä. Keskeiseksi piirteeksi määritelty ilmiö luo kontekstin seuraavan tuotoksen kuuntelulle. Pyrkimyksenä on tunnistaa tiettyjen piirteiden toistuvat sarjat eri improvisaatioissa ja sen avulla päätellä mitkä musiikilliset ja interpersoonalliset tilanteet liittyvä toisiinsa. Profiileja voidaan käyttää sekä laadulliseen kuvailuun että määrällistävänä asteikkoina. Huomattavaa on sinänsä, että profiilien avulla voidaan lähinnä kuvata miltä musiikillinen tuotos kuulostaa, kliininen tulkinta jää sen sijaan aina terapeutin intuition ja teoreettisen päättelyn varaan.

Muitakin improvisaatioiden geneerisiä, ei tietylle asiakaspopulaatiolle suunnattuja analyysimenetelmiä on, kuten esim. Arnasonin (2002) kuvaama teoreettisesti eklektinen menetelmä. Lähestymistavan taustalla on fenomenologiseen tutkimukseen liittyvä Ferraran menetelmä sekä Langenbergin ns. resonaattorifunktiota (engl. resonator function) hyödyntävä analyttisen musiikki-terapian yhdistelmä. Eri tahojen reflektiivinen kuuntelu voi paljastaa musiikkiin kätkeytyviä piileviä sisältöjä, joita voidaan tulkita ja kuvata.

Myös Leen (2002) musiikkianalyttinen improvisaatioanalyysi korostaa itse musiikillisen aineiston tarkkaa ja perusteellista tutkimista, mutta aineistokriteerien takia tätä menetelmää ei ole tähän tutkimukseen sisällytetty.

Mainittakoon lopuksi vielä kehitysasteella oleva musiikkiterapiaimprovisaatioiden musiikillisten piirteiden tietokoneavusteinen analyysimenetelmä (Erkkilä et al. 2004; Luck et al. 2006), jota ei ole vielä kliinisesti testattu psykiatrisen puolella, mutta siitä saadut kokemukset ja tulokset ennakoivat mahdollisia sovellusalueita myös kehitysvammaisten musiikkiterapian ulkopuolella. Mene-

telmä mahdollistaa tarkan ja nopean musiikillisten piirteiden ja musiikilliseen vuorovaikutukseen liittyvien elementtien paikallistamisen suurestakin määrästä dataa. Nopeana ja tarkkana menetelmänä se voi tuoda tutkimuksellisten sovellusten lisäksi myös kliiniseen arviointiin kaivattuja työkaluja. Ilmiöiden kliininen tulkinta toki jää tällöinkin terapeutin tehtäväksi, mutta toisinaan runsaankin musiikillisen tuotoksen analysoinnin voi sinällään ajatella nousevan aivan uudelle tasolle.

#### 4.1.6 Psykiatrian kohderyhmässä sovellettuja testejä

Gregoryn katsauksesta (2000), jossa selvitettiin mitä testejä *Journal of Music Therapy* kirjoittajat ovat vuosina 1984-1997 käyttäneet, löytyy muutamia mainintoja psykiatrian kohderyhmään sovelletuista testeistä, mittareista tai asteikoista. Mainintoja löytyi psykiatrisen kohderyhmän osalta seuraavista: Hamiltonin depressioasteikko (2), GAF - Psykososiaalinen toimintakykyasteikko, Schedule for Affective Disorders of Schizophrenia, Rhythmic Competency Test, BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale, Group Cohesiveness Scale, Music/Activity Therapy Intake Assessment (Braswell et al.), Music Therapy Effect Scales (Thaut), Patient Evaluation of Treatment (Heaney), Musical Interaction Rating for Schizophrenia (Pavlicevic et al.) ja Values list (Smejsters et al.).

#### 4.1.7 Arviointimalleja

Varsinaisia arviointimalleja, joissa kuvataan arviointiproseduurin kulku taustoineen ja käytettyine lähestymistapoineen ja menetelmineen löytyy psykiatrian alueelta vain muutama, jotka lähes kaikki (Scheibya ja geneerisiä lukuun ottamatta) otetaan tarkempaan tarkasteluun seuraavassa alaluvussa. Näiden lisäksi esitellään lyhyesti kolme geneeristä arviointimallia, joita voidaan periaatteessa käyttää soveltuvin osin myös psykiatrian alueella.

Cassity ja Cassity (1994 ja 1998) kehittivät systemaattisen tutkimuspohjaisen arviointimallin, joka hyödyntää Lazaruksen kognitiivis-behavioraalista monimuotoisen terapian (Multimodal therapy) arviointimenetelmää. Myös Adelman (1985) viittasi Lazaruksen menetelmään ja pohti sen holistisena ja kokonaisvaltaisena soveltuvan musiikkiterapian yhteyteen. Cassity & Cassityn (ibid.) lapsille, nuorille ja aikuisille oman versionsa käsittävä proseduuuri on yksityiskohtaisesti kuvattu ja arvioinnissa tutkittavat alueet yksilöity. Mallista on julkaistu kliininen manuaali.

Tunne-elämältään häiriintyneille lapsille tai nuorille tarkoitettuja arviointimalleja on aineistossa peräti kolme, mikä mahdollistaa periaatteessa samaan tarkoitukseen luotujen erilaisten lähestymistapojen tarkastelun. Näiden mallien mielenkiintoa nostaa vielä se, että suomalaisessa kliinisessä todellisuudessa lähetetään musiikkiterapiaan juuri tämän kohderyhmän asiakkaita sekä psykiatrisen sairaalahoidon että avohoidon ja -kuntoutuksen yhteydessä. Wells (1988) esittelee tunne-elämältään häiriintyneiden varhaisnuorten yksilömusiikkiterapia-arvioinnin, jonka lähestymistapa perustuu annettuihin tehtäviin (laulun valinta, tarina musiikkiin ja 5-osainen improvisaatiotehtävä). Wellsin

ideoita ovat soveltaneet ja edelleen kehittäneet ainakin Goldstein (1990) "A Songwriting Assessment for Hopelessness in Depressed Adolescents" ja Tyson ja Baffour (2004) "Art-based strengths: a solution-focused intervention with adolescents in an acute-care psychiatric setting."

Goodmanin (1989) malli on kuvaileva ja prosessorientoitunut musiikki-terapia-arviointi tunne-elämältään häiriintyneille lapsille. Perustana on käytetty Parry & Chadwickin sekä Nordoff & Robbinsin arviointimenetelmien osia. Arviointityökalua on kehitetty kliinisten pilottitutkimusten avulla ja se sisältää seikkaperäisen kuvauksen havainnoinnin ja arvioinnin osa-alueista.

Layman, Hussey & Laing (2002) ovat kehittäneet musiikkiterapia-arvioinnin emotionaalisesti vakavasti häiriintyneille lapsille (SED). Kyseessä on standardoitu kohderyhmäspesifi arviointimenetelmä, jonka kehittämisessä on käytetty vertaisarvioitsijoiden tulosten vertailua. Arvioinnin kohteena on neljä aluetta: käyttäytyminen/sosiaalinen suoriutuminen, emotionaaliset reaktiot, kielelliset ja vuorovaikutukselliset kyvyt ja musiikilliset taidot. Menetelmä on tarkoitettu ytimekkääksi ja tarkaksi terapian suunnittelun välineeksi alkuarvioinnissa ja muutoksen seurannassa terapian edistyessä.

Musiikkipsykoterapia-arviointia kuvailee puolestaan Loewy (2000), joka on kehittänyt teoreettisesti eklektisen ja hermeneuttiseen lähestymistapaan perustuvan mallin. Loewy perustelee mallin teoreettiset taustat ja esittelee käytännön kuvauksen ja sovelluksen. Arvioitavat alueet on jaoteltu ja ryhmitelty edelleen alaryhmiin. Malli perustuu tekijän kliiniseen kokemukseen, survey-tutkimukseen sekä hermeneuttiseen väitöstutkimukseen. Tämä malli on sisällytetty tšekäläistä psykiatrian kliinistä käytäntöä metodologisesti ja teoreettisesti mukailevana aineistoon, vaikka se ei rajattua kohderyhmäkriteeriä tarkalleen ottaen täytäkään.

Scheibyn (2002) kuvaama analyttisen musiikkiterapian yhteydessä toteutettava arviointimalli on myös kuvaileva luonteeltaan ja se rakentuu kolmesta vaiheesta. Alussa arvioidaan ensimmäisen istunnon musiikillista ja sanallista sisältöä, ja asiakasta pyydetään soittamaan ja laulamaan terapeutin kanssa. Ensimmäisessä vaiheesta tästä yhdessä tuotetusta musiikista pyritään tunnistamaan ja kuvailemaan seuraavien musiikillisten parametrien käyttö: rytmi, melodia, harmonia, tempo, fraseeraus, teemat, dynamiikka sekä instrumenttien ja laulun valinta ja käyttö. Toisessa vaiheessa identifioidaan ja kuvaillaan musiikista 10:n kategorian mukaista tietoa: tunneilmaisuus, vuorovaikutus, kognitiiviset valmiudet, kehitykselliset piirteet, fantasiat ja mielikuvat, transpersoonallinen kokeminen, estetiikka, kehollisuus/liike, luovuus ja energisyys. Kirjoitettaessa arviota yhdistetään eri tietolähteet: sanallinen informaatio, asiakkaan historia, kulttuurinen konteksti, käsitellyt teemat ja asiat, aikaisemmat istunnot, asiakkaan oma käsitys tavoitteista. Tämä malli ei täytä kohderyhmä- eikä kontekstikriteeriä, mutta se on psykodynaamisen viitekehyksen perusteella otettu tutkimuksen aineistoon mukaan.

Ala-Ruonan (2002 ja 2004) esittelemän vapaamuotoisen alkuarvioinnin periaatteet nousevat kokeneiden psykiatrian alan musiikkiterapeuttien haastattelututkimuksesta, joka toteutettiin fenomenografian ja grounded theoryn metodologioita soveltaen. Kyseessä on alkuarviointiprosessia ja terapeutin kä-

sityksen rakentumista mallintava arviointiproseduurin kuvaus, jossa huomioidaan myös moniammatillinen työskentely ja konstrukttiivisen tiedon kumulatiivinen tuottaminen. Kuvattu arviointimalli on asiakaslähtöinen ja sen rakentumiseen vaikuttaa useat eri tarpeet ja lähtökohdat.

Geneerisistä arviointimalleista Hanserin (1999) käsikirjassaan kuvaama data-based malli on perusteellisesti kuvattu proseduuriksi, jonka tausta on behavioraalispainotteinen, ja soveltuvin osin käytettävissä psykiatrisessa musiikkiterapia-arvioinnissa. Mallissa kuvataan yksityiskohtaisesti terapian tavoitteenasettelu, terapiassa käytettävät menetelmät sekä terapian tuloksellisuuden seurannan periaatteet. Chase (2002) on luonut lähinnä arvioinnin suunnitteluun ja toteutukseen tarkoitetun käsikirjan, jota voi hyödyntää eri kohderyhmille suunnatun musiikkiterapia-arvioinnin kehittämiseen. Isenberg-Grzeda (1988) on niin ikään kuvannut musiikkiterapia-arvioinnin suunnitteluun liittyviä näkökulmia. Kuvauksessa luodaan suuntaviivoja arviointiprotokollan kehittämiseen ja huomioidaan erityisinä näkökulmina asiakasryhmä, teoria/malli, toimintakyvyn alue/tila, tekniikka ja taustayhteisön vaikutus. Yleisen tason kuvauksia musiikkiterapia-arvioinnin toteuttamisesta löytyy useista alan perusopikirjoista (esim. Davis, Gfeller & Thaut 1999; Peters 2000; Bunt & Hoskyns 2002), mutta ei-kohderyhmäspesifeinä niitä ei ole tämän tutkimuksen aineistoon sisällytetty.

## 4.2 Valikoitujen mallien taustoista, kehittämistyöstä ja käytännöistä

Tarkemmin esiteltävät arviointimallit ja -menetelmät on valittu sen perusteella, että ne edustavat joko ylipäätään laadullisesti erilaisia lähestymistapoja tai tietyn rajatun kohderyhmän suhteen erilaisia menetelmiä ja keinoja hyödyntäviä ratkaisuja. Tarkoituksena on taustoittaa luvussa 5 esiteltävän jaottelun muodostumista ja antaa kuva keskenään erilaisista laajajhkosti kuvautuista arviointiproseduureista. Esittelyt tarjoavat myös näkökulman tutkijan tekemään aineiston käsitteellistämiseen, joka perustuu eri mallien ja menetelmien sekä niiden käytännöllis-teoreettisten taustojen jatkuvaan keskinäiseen vertailuun.

Tarkemmassa tarkastelussa ovat mukana seuraavien tekijöiden, tutkijoiden tai kehittäjien arviointimallit tai -menetelmät: Braswell et al. (1983; 1986), Cassity & Cassity (1994; 1998), Oldfield (2000), Wells (1988), Goodman (1989), Layman et al. (2002), Loewy (2000), Ala-Ruona (2002; 2004).

Kuvauksissa keskitytään mallin tai menetelmän laadullisiin ominaisuuksiin eikä mahdollisesti kehittämistyön taustalla olevia tilastollisia analyysejä kuvata. Osa malleista tai menetelmistä sisältää huomattavan laajan osion arvioinnin sisällön tms. jaotteluja. Joidenkin mallien osalta tällaista aineistoa on sijoitettu liitteeksi. Koska malleja ja menetelmiä ei ole lokalisoitu suomalaiseen käyttöön, on tutkimustarkoitusta varten niistä tehty työkäännökset, joiden terminologiaa ei ole vakioitu. Tämän vuoksi osa käsitteistöstä kuvataan myös al-

kuperäiskielellä. Liitemateriaalin avulla voi perehtyä laajemmin eri mallien ja otteluihin ja periaatteisiin, mutta kliiniseen käyttöön niitä ei sellaisenaan ole tarkoitettu.

Arviointimallien ja -menetelmien esittelyssä noudatetaan käsittelyjärjestystä: tekijät, vuosi, suomennettu nimi, alkuperäisnimi, lähde, taustaa, kehittämistyö, käytännön toteutus, yhteenveto.

#### 4.2.1 Psykiatristen potilaiden musiikki/aktiviteettiterapian alkuarviointi

Braswell, Brooks, Decuir, Humphrey, Jacobs, Sutton (1983; 1986): Psykiatristen potilaiden musiikki/aktiviteettiterapian alkuarvioinnin kehittäminen ja toteutus

(Development and implementation of a music/ activity therapy intake assessment for psychiatric patients. Part I: Initial Standardization procedures on data from university students. *Journal of Music Therapy*, 20(2), 88-100. ja Part II: Standardization procedures on data from psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 23(3), 126-141.)

##### Taustaa

Menetelmän kehittämisen taustalla oli sairaaloiden ja muiden terveydenhoitopalveluja tuottavien tahojen laadun määrittämiseen ja palvelujen standardointiin (JCAHO 1981) liittyvä vaatimus arviointien tekemisestä aktiviteettiterapioiden yhteydessä (institutionaalinen lähtökohta). Määrittelyssä edellytettiin potilaan tarpeiden, kiinnostuksenkohteiden, elämänkokemusten, kykyjen ja puutteiden arviointia. Musiikkiterapia-arviointia kehittänyt työryhmä otti huomioon arvioinnin sisällön määrittämisessä kohderyhmästä saatavilla ollutta tutkimustietoa. Lähteenä käytettiin mm. psykiatristen potilaiden väestötutkimusten tuloksia, joiden mukaan potilaiden sosiaalinen eristäytyneisyys, epätydyttävät sosiaaliset suhteet ja aktiviteetit ovat merkittäviä hoitoon takaisin palaamiseen liittyviä tekijöitä, jopa merkittävämpiä kuin psyykinen oireilu sinänsä. Toinen tutkimushaara, jonka tuloksia hyödynnettiin oli sosiaalisten taitojen harjaannuttamisesta saadut hyvät tulokset.

Arvioinnin alueiksi määriteltiin neljä sektoria:

- Mieliaktiviteetit (activity preference): asiakkaalle mieluisa toiminta, aikaisempi osallistuminen aktiviteetteihin ja asiakkaan osallistumisen aste toisiin ihmisiin aktiviteettien aikana
- Järjestöllinen osallistuminen (organizational involvement): asiakkaan aikaisempi osallistuminen virallisiin ja sosiaalisiin organisaatioihin
- Asenteet (attitudes): arvioidaan kolmea musiikki/aktiviteettiterapian kannalta relevanttia ulottuvuutta: minäkuva, interpersoonalliset (henkilöiden väliset) suhteet ja altruismi/optimismi
- Haastatteluhavainnot (post-interview observations): tarjoaa terapeutille mahdollisuuden kommentoida miten asiakas käyttäytyi haastattelun

aikana (esim. katsekontakti, tarkkaavuuden kesto, asennot, sanallinen ilmaisu, mielenkiinnon kohteet aktiviteettiterapioissa, jne.)

### **Kehittämistyö**

Arviointimenetelmän kehittäminen tehtiin kahdessa vaiheessa. Asennekyselyn psykometriset ominaisuudet tutkittiin ensin yliopisto-opiskelijoilla (n=214). Tilastollisten analyysien jälkeen todettiin, että tutkittuja asenneskaaloja voidaan pitää psykometrisesti pätevinä ja että niiden käyttö osana musiikki/aktiviteettiterapian alkuarviointia on perusteltua. Asteikot osoittautuivat sisäisesti yhdenmukaisiksi eli että niiden muuttujat mittaavat samaa oletettua ulottuvuutta.

Kehittämistyön toisessa vaiheessa menetelmää testattiin laitoshoidossa olevilla psykiatrisilla potilailla (n=93), jotka edustivat useita diagnostisia ryhmiä ja eritasoisia psyykkisiä häiriöitä päihdeongelmaisista skitsofreenikoihin. Arvioinnit tehtiin ensimmäisellä viikolla potilaan tultua sairaalaan. Asteikot osoittautuivat edelleen sisäisesti yhdenmukaisiksi ja ne erottelivat myös hyvin eri potilasryhmät (vakavat stressireaktio/sopeutumishäiriöiset, päihteiden väärinkäyttäjät, skitsofreenikot ja mielialahäiriöiset).

### **Käytännön toteutus:**

Musiikki/aktiviteettiterapian alkuarviointi psykiatrisille potilaille (MATIA)

#### **Yleistä**

Alkuarviointilomake täytetään ensimmäisellä viikolla potilaan saavuttua laitokseen. Sama toistetaan potilaan viimeisellä hoitoviikolla. Terapeutti esittää kysymyksiä ja merkitsee potilaan vastaukset ylös.

#### **Mieliaktiviteetit**

Potilaalle luetellaan koko joukko erilaisia aktiviteetteja ja harrastuksia. Vastaukset arvioidaan kahdella tasolla: aktiviteetin mieluisuus (ei kiinnostunut, kiinnostuu oppimisesta, on osallistunut/tehnyt toisinaan, on osallistunut/tehnyt paljon) ja osallistuminen toisiin ihmisiin (osallistunut yksin, toisen henkilön kanssa, pienellä ryhmällä max 8 hlö, suurella ryhmällä yli 8 hlöä).

#### **Järjestöllinen osallistuminen**

Kysytään potilaalta mihin järjestöihin tai kerhoihin hän kuului koulussa tai sen ulkopuolella. Selvitetään osallistuminen kokouksiin (säännöllisesti, hyvin usein, joskus, harvoin). Kysytään myös oliko potilaalla jotain vakansseja näissä.

#### **Asennekysely (50 kohtaa)**

Potilaalle annetaan paperilla sanat: ei koskaan – harvoin – joskus – tavallisesti – aina, ja pyydetään vastaamaan esitettyihin kysymyksiin jollakin

näistä. Sanat pisteytetään 1-5 tai toisinpäin kysymyksestä riippuen. Kyselyn jälkeen kootaan pisteet erilliselle kaavakkeelle määriteltyjen alueiden (minäkuva, interpersoonalliset suhteet, altruismi/optimismi) mukaan. Tulokset lasketaan yhteen ja määritetään kunkin osion keskiarvo.

Esimerkkejä asennekyselyn osioista:

Esimerkki minäkuvaan liittyvistä kysymyksistä: turhaudutko helposti? tai: pidätkö ulkonäöstäsi?

Esimerkki interpersoonallisiin suhteisiin liittyvistä kysymyksistä: oletko mieluummin yksin? tai: ymmärtävätkö muut ihmiset mitä yrität tehdä?

Esimerkki altruismi/optimismi -alueen kysymyksistä: uskotko, että useat ihmiset ovat huonompia kuin sinä? tai: toivotko, että voisit voida paremmin?

Haastatteluhavainnot

Terapeutti jäsentää haastattelun jälkeen haastattelussa tekemänsä havaintonsa jaottelun (asianmukainen, jotakuinkin asianmukainen, epäasiallinen, sopimaton) mukaan.

Havainnoitavat alueet:

- vastasi tervehdykseen
- hymyili
- vastasi kysymyksiin
- ylläpiti katsekontaktia
- teki keskustelunavauksia
- tarkkaavuuden kesto
- valppaus
- ryhti
- fyysinen aktiivisuus haastattelun aikana
- sanallinen ilmaisu
- kasvoneleet ja ilmeet
- pukeutuminen
- puhtaus
- hoitomotiivaatio
- kiinnostuneisuus aktiviteettiterapioita kohtaan

## Yhteenveto

Tässä standardoidussa menetelmässä ei kuvata musiikin tai musiikillisen toiminnan roolia lainkaan (pl. musiikin esittämistä kysyttiin yhtenä aktiviteettina), vaan kyseessä on selvästi strukturoitu kysely sekä strukturoitu havainnointi sanalliseen vuorovaikutukseen perustuen. Tarkempaa tietoa siitä, miten tätä käytetään terapian suunnittelun apuna, ei ole yksilöity. Tulkintaoppaassa viitataan raja-arvojen käyttöön, mutta huomautetaan kuitenkin tutkittujen populaatioiden pienuudesta. Tällainen menetelmä voisi ilmeisesti tulla kyseeseen, jos aikaisempaa tietoa muista lähteistä (muiden tahojen tuottamaa) olisi vain hyvin niukasti. Kyseessä on yksinkertainen ja nopea tulohaastattelu, jolla voi-



daan selvittää rajallinen määrä asiakkaan minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja harrastuneisuuteen/vapaa-ajan aktiviteetteihin liittyviä asioita.

#### 4.2.2 Monimuotoinen psykiatrinen musiikkiterapia

Cassity & Cassity (1994; 1998): Monimuotoinen psykiatrinen musiikkiterapia aikuisille, nuorille ja lapsille – kliininen manuaali

(Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents and Children – A Clinical Manual. (1998) 3rd edition. St.Louis: MMB Music. ja Psychiatric Music Therapy Assessment and Treatment Facilities with Adults, Adolescents, and Children. Journal of Music Therapy, 31(1), 1994, 2-30.)

##### Taustaa

Systemaattinen tutkimuspohjainen malli, joka hyödyntää kognitiivis-behavioraalista monimuotoisen terapian (Lazarus – Multimodal therapy) arviointimenetelmää. Proseduuri on yksityiskohtaisesti kuvattu ja arvioinnissa tutkittavat alueet yksilöity. Malli sisältää myös kaavakkeet alkuarviointia ja seuranta varten. Alkuarviointi tuottaa tarkasti määritellyn ongelmakeskeisen kuvauksen ja suositukset tarvittavista terapeuttisista toimista. Arviointimallissa painotetaan ei-musiikillisen käyttäytymisen arviointia. Manuaalissa on myös ehdotuksia kuhunkin identifioituun ongelmaan sopivaksi interventioksi.

##### Kehittämistyö

Mallin taustalla on musiikkiterapia-arvioinnin käsitteellisen taustan yhteneväisyyttä selvittänyt survey (1994), joka suunnattiin amerikkalaisille kliinisen koulutuksen/harjoittelun vastuuhenkilöille (n=65). Kyseessä lienee perusteellisin tutkimuspohjainen selvitys psykiatrisen musiikkiterapia-arvioinnin alueista (ei-musiikillinen ja musiikillinen käyttäytyminen), osa-alueista, menetelmistä ja ongelmakeskeisesti määritellyistä interventioista. Kyselyssä pyydettiin terapeutteja arvioimaan myös asiakkaiden toimintakykyä GAF-asteikolla (Global assessment of functioning), jotta potilaiden ongelmien taso, arvioitavat alueet ja tehtävät interventiot saatiin suhteutettua toisiinsa. Tuloksena syntyi luettelo yleisimmin arvioituista alueista, jotka selvitettiin erikseen aikuisille, nuorille ja lapsille. Huomautus kyselystä: kyselyn asianmukaisuutta arvioineen asiantuntijajaneelin jäsen (1/5), jonka viitekehys oli psykodynaaminen, ei katsonut sen soveltuvan hänen työskentelyotteeseensa. Muut neljä eklektistä sen hyväksyivät.

Surveyyn tulosta arvioituaan tekijät päätyivät toteamaan, että vaikka käsitteellinen tausta olisikin melko yhteneväinen, esim. arvioinnin alueet on kirjallisuudessa liian väljästi määritelty ja kyselyn vastauksissa oli tästä johtuvaa epätarkkuutta. Näin ollen he valitsivatkin Lazaruksen ”Multimodal Therapy” –mallin pohjaksi ja suhteuttivat kyselyn tulokset tähän BASIC ID -jaotteluun (behavior, affect, sensation, imagery, cognitive, interpersonal, drugs). Tekijät

painottavat potilaiden yksilöllisiä tarpeita ja että manuaali ei ole ”keittokirja”. Teoreettista taustaa kuvataan eklektiseksi, mutta sen osateorioita ei eritellä.

### **Käytännön toteutus**

Alkuarviointia toteutettaessa suositellaan aluksi arvioitavaksi surveyn perusteella yleisimmin arvioituja modaaliteetteja. Painotukset arvioitavan alueen suhteen vaihtelevat aikuisten, nuorten ja lasten välillä surveyssä todetun yleisyyden mukaan. Aikuisilla painottuu interpersoonallinen, affektiivinen ja kognitiivinen alue. Nuorilla affektiivinen, interpersoonallinen ja kognitiivinen. Lapsilla painottuu interpersoonallinen, käyttäytymiseen liittyvä, kognitiivinen ja fyysinen osa-alue.

#### Arviointiproseduuri

1. tutustutaan asiakaahan sairauskertomukseen
2. tehdään kronologisen ikätason mukainen PMTQ (Psychiatric Music Therapy Questionnaire)
3. muodostetaan BASIC ID, jotta saadaan laajempi käsitys potilaan ongelmista ja verrataan PMTQ:n tuloksia sairauskertomuksen tietoihin
4. luodaan monimuotoinen musiikkiterapiaprofiili PMTQ:n tuloksista
5. määritellään terapian tavoitteet ja strategiat niiden saavuttamiseksi
6. edistymistä seurataan ja kartoitetaan istunto/kuukausikohtaisessa raportissa

#### Täytettävät kaavakkeet

1. PMTQ-kysely – kysymykset/väittämät arvioitavan alueen yleisyyden mukaan ikäryhmässä, 5-portainen likert-asteikko; arvot 4 tai 5 osoittavat intervention tarpeen
2. BASIC ID -koonti
3. Monimuotoinen musiikkiterapiaprofiili
4. Interventiosuunnitelma
5. Toteutus (toimeenpanostrategia)
6. Edistymisen seurannan kaavakkeet

#### Vaihtoehtoiset kaavakkeet

7. Yksilöllinen interventiosuunnitelma
8. Istuntokohtainen edistymisen seuranta

Arvioinnin alueiden (arvioinnissa identifioitavien ongelmien) jaottelu on erikseen nais- ja miespuolisille aikuisille sekä nuorille ja lapsille. Alueiden kuvailun yhteydessä on esimerkkejä eri kohderyhmien kohdalla painotetuista ongelma-alueista. Vaikka monimuotoisella arvioinnilla ja terapialla tähdätäänkin tarkasti määrättyjen ongelmien hoitamiseen, selvitetään myös modaaliteettien välisiä yhteyksiä ja sitä, miten identifioitu ongelma jakaantuu eri alueille.

Arvioitavien alueiden määrittelyt kategorioittain:

Käyttäytymiseen liittyvä (behavior)

- näkyvä, havainnoitavissa ja mitattavissa oleva käyttäytyminen, johon kuuluu esim. toimet, tavat, ilmeet ja reaktiot. Kiinnitetään huomiota toimintaan, joka haittaa tai estää potilaan hyvinvointia, mitä potilas voisi alkaa tekemään tai mitä haluaisi tehdä enemmän tai vähemmän. Aikuisten kohdalla huomioidaan erityisesti itsevarmuuden puute, lyhytjännitteisyys ja huono katsekontakti.

Affektiivinen (affect)

- affektiivinen viittaa emootioihin, mielialoihin ja voimakkaisiin tunteisiin. Huomioidaan erityisesti emootiot, joita potilas kokee useimmin, ei-toivotut emootiot ja emootioiden puute. Nuorten kohdalla kiinnitetään erityistä huomiota kyvyttömyyteen tunnistaa tai ilmaista tunteita, sopimattomaan tunteiden ilmaisuun, vihaan tai raivoon, stressireaktioihin ja liialliseen ahdistuneisuuteen.

Aistihavainnot (sensory)

- aistihavainnoilla viitataan viiteen aistiin: näkö, kuulo, tunto, maku ja haju. Kiinnitetään huomiota potilaan kokemiin negatiivisiin aistimuksiin, kuten hermostuneisuus, kipu, huimaus, hikoilu, punastuminen ja "perhosia" vatsassa. Myös potilaalle miellyttävät maut, hajut ja kuuloaistimukset huomioidaan.

Mielikuvat (imagery)

- mielikuviin sisällytetään toistuvat unet, kirkkaana muistissa säilyneet kiusalliset tai ongelmalliset muistot, potilaan minäkuva tai kehonkuva (miten hän kuvailee minäkuvaansa, ongelmallisia "kuvia" menneestä, nykyisestä ja tulevasta, ja kuulokuvia, kuten toistuvia sävelmiä tai ääniä, jotka koetaan ongelmallisiksi).

Kognitiivinen (cognitive)

- kognitiivinen viittaa ajatuksiin, arvoihin, mielipiteisiin ja asenteisiin, jotka ovat haitallisia tai esteenä potilaan hyvinvoinnille. Huomioidaan potilaan negatiiviset toteamukset itsestä, irrationaaliset ajatukset (mitä ovat potilaan "pitäisi, tulisi, täytyisi") ja mitä ovat potilaan vaalimat uskomukset ja arvot. Aikuisten kohdalla huomioidaan kognitiivisia ongelmia kuten itseen liittyvine negatiivisten toteamusten ilmaisema huono itsetunto, puutteelliset ongelmanratkaisukyvyt, puutteellinen todellisuuden orientoituminen, heikko lyhyt- tai pitkäkestoinen muisti ja heikko päätöksentekokyky.

Interpersoonallinen (interpersonal)

- ongelmat suhteessa toisiin ihmisiin sekä myös miten toiset kohtelevat itseä. Aikuisten kohdalla kiinnitetään erityisesti huomiota vetäytyvään,

sulkeutuneeseen tai eristäytyvään käyttäytymiseen, epäasialliseen vapaa-ajan käyttöön, yhteistyökyvyttömyyteen, kiinnostuksen tai motivaation puutteeseen vapaa-ajan viettämiseen liittyen ja vaikeuteen kiinnittyä ja ylläpitää suhdetta toisiin.

#### Fyysiseen tilaan liittyvä (drugs)

- viittaa potilaan terveydentilaan ja fyysiseen hyvinvointiin. Voi liittyä myös potilaan taipumuksiin pitää dieettiä, harrastaa liikuntaa ja kuntoilla. Huomioidaan myös lääkitys, päihteiden väärinkäyttö ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Lasten kohdalla kiinnitetään huomiota fyysiseen hyvinvointiin, kuten karkea- ja hienomotoriseen koordinaatioon ja fyysiisiin kommunikaatio-ongelmiin, kuten heikentyneeseen kykyyn kuvailla objekteja, tunteita tai tilanteita.

#### Musiikillinen käyttäytyminen (music behavior) – viittaa oikeastaan musiikillisiin taitoihin

- asiakkaan musiikillisiä valmiuksia arvioidaan seuraavilla alueilla: musiikin kuuntelu, laulaminen, soitinten soittaminen, improvisointi, musiikki ja liikunta (locomotor), säveltäminen, musiikin mukaan liikkuminen (nonlocomotor)

Arviointimallin taustalla olevassa alkuperäisessä Cassity & Cassityn artikkelissa (1994) esitellään myös kirjallisuudesta nostettu musiikkiterapian jaottelu, jota käytettiin surveyn yhteydessä: musiikkiterapia aktiviteettiterapiana (activity therapy), oivallukseen perustuva terapia re-educatiivisin tavoittein (insight therapy with re-educative goals) ja oivallukseen perustuva terapia rekonstruktivisin tavoittein (insight therapy with reconstructive goals). Kyselyssä esitettiin musiikkiterapiakirjallisuudessa (Braswell ym., 1986; Cohen & Gericke, 1972; NAMT, 1989) ehdotetut 42 aktiviteettiterapiassa arvioitavaa aluetta ja pyydettiin vastaajia valitsemaan niistä 10 useimmin arvioimaansa aluetta järjestykseen erikseen aikuisten, nuorten ja lasten kohdalla. Tuloksena saatiin seuraava jaottelu:

#### Aikuiset:

1. Potilaan ei-musiikillisen käyttäytymisen havainnointi (katsekontakti, tarkkaavuuden kesto, ryhti, siistiys, motivaatio, kasvojen ilmeikkyyys, keskustelu jne.)
2. Keskittymiskyky, tarkkaavuuden kesto, muistissa säilyttäminen (retention)
3. Potilaan musiikin käyttö (taiteellinen, tunteiden tai emootioiden reflektointi, pakokeinona, jne.)
4. Asenne musiikkiin
5. Interpersoonalliset suhteet
6. Miten potilas havaitsee, pahentaa tai ratkaisee ongelmia musiikillisen aktiviteetin aikana
7. Potilaslähtöiset (ei musiikkiin liittyvät) kysymykset, jotka kertovat hänen minäkuvaan
8. Musiikkityyppi, josta pitää
9. Musiikillinen kiinnostuksenkohde tai harrastus
10. Käsitteellistäminen

## Nuoret:

1. Interpersoonalliset suhteet
2. Miten potilas käyttää musiikkia (taiteellinen, tunteiden tai emootioiden reflektointi, pakokeinona, jne.)
3. Miten potilas havaitsee, pahentaa tai ratkaisee ongelmia musiikillisen aktiviteetin aikana
4. Keskittymiskyky, tarkkaavuuden kesto, muistissa säilyttäminen (retention)
5. Potilaan ei-musiikillisen käyttäytymisen havainnointi (katsekontakti, tarkkaavuuden kesto, ryhti, siistiys, motivaatio, kasvojen ilmeikkyys, keskustelu jne.)
6. Potilaslähtöiset (ei musiikkiin liittyvät) kysymykset, jotka kertovat hänen minäkuvaan
7. Luovuus, taito ja esteet
8. Musiikkityyppi, josta pitää
9. Asenne musiikkiin
10. Miten potilas havaitsee, pahentaa tai ratkaisee ongelmia musiikillisen aktiviteetin aikana

## Lapset:

1. Keskittymiskyky, tarkkaavuuden kesto, muistissa säilyttäminen (retention)
2. Interpersoonalliset suhteet
3. Potilaan ei-musiikillisen käyttäytymisen havainnointi (katsekontakti, tarkkaavuuden kesto, ryhti, siistiys, motivaatio, kasvojen ilmeikkyys, keskustelu jne.)
4. Miten potilas havaitsee, pahentaa tai ratkaisee ongelmia musiikillisen aktiviteetin aikana
5. Miten potilas käyttää musiikkia (taiteellinen, tunteiden tai emootioiden reflektointi, pakokeinona, jne.)
6. Luovuus, taito ja esteet
7. Musiikkityyppi, josta pitää
8. Asenne musiikkiin
9. Rytmiset taidot
10. Vammaisuus, joka voi haitata aktiviteettiin osallistumista

**Yhteenveto**

Kyseessä on tutkimuspohjainen, huomattavan yksityiskohtainen, laaja ja tarkkaan kaavakepohjaiseen tiedon keräämiseen ja jäsentämiseen perustuva malli. Tässä mallissa pääpaino on arviointiproseduurin kuvauksessa ja varsinainen tekemisen (käytännön toiminnan) tason kuvaaminen ja sen käsitteellistäminen on vähäistä (tapausesimerkkejä lukuun ottamatta). Kliinisiä ilmiöitä käsitellään siten, että on jokin identifioitavissa oleva ongelma ja siihen tietty interventio, jonka vaikuttavuus todetaan. Mallissa ei juuri lähestytä asioita kokemuksen tutkimisen kautta. Ei-musiikillisen ja musiikillisen käyttäytymisen välillä on selvä raja ja niitä arvioidaan toisistaan erillisinä. Alkujaan amerikkalaiseen kyselyyn perustuva luokitus voi olla suomalaisesta näkökulmasta osin vieras ja ongelmallinen, koska tšekäläisessä käytännössä kiinnitetään aivan eri tavalla huomiota esim. mielikuvatasoon ja kokemuksellisiin asioihin (liittyy osaltaan lokalisointiin, mutta on eritoten viitekehystason asia). Viitekehystä kuvataan eklektiseksi, mutta mallin käytäntöjen kuvauksen perusteella behavioristinen, käyttäytymisen ulkoisten ja näkyvien puolien, havainnoiminen korostuu.

**4.2.3 Musiikkiterapia osana diagnosointia lastenpsykiatriassa**

Oldfield, A. (2000): Musiikkiterapia osana moniammatillista arviointia ja diagnosointia lastenpsykiatriassa

(Music Therapy as a Contribution to the Diagnosis made by the Staff Team in Child and Family Psychiatry – an Initial Description of a Methodology that is still emerging through Clinical Practice. In Wigram, T. (Ed.). (2000). *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy, Music Therapy and Dramatherapy*. Hertfordshire: Harper House Publications.)

## Taustaa

Kliinisestä käytännöstä nouseva musiikkiterapia-arvioinnin menetelmäkuvaus, jonka taustalla on käytännön työn luonteen muuttuminen pitkäkestoisesta enemmänkin konsultoivan arvioinnin suuntaan. Kyseessä on lapsille tarkoitettu diagnostinen musiikkiterapia-arviointi, joka tapahtuu moniammatillisessa työskentelyasetelmassa. Yksikössä arvioidaan lapsia (12:een ikävuoteen saakka), joilla on tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä sekä oppimisvaikeuksia (tyypillisimpiä diagnooseja: ADD/ADHD, autismin kirjon häiriöt, autismi, Aspergerin syndrooma, Touretten syndrooma, kehityksen viivästyminen, erityinen kielenkehityksen häiriö, käytöshäiriö).

Musiikkiterapia-arvioinnin sisällyttämistä moniammatilliseen arviointiin perustellaan mm. sillä, että musiikkiterapia auttaa lapsia motivoitumaan ja kiinnittymään tilanteeseen mahdollistaen näin vahvuuksien ja vaikeuksien arvioinnin paremmin kuin muissa tilanteissa. Menetelmä perustuu vuorovaikutteiseen musiikin tekemiseen ja improvisointiin. Lyhytkestoisten sairaalajaksojen aikana tehtävän musiikkiterapia-arvioinnin tausta on terapeutin lähestymistavan mukaan teoreettisesti eklektinen yhdistellen vaikutteita kehitysteoreettisista, behavioraalisisista ja psykodynaamisista lähestymistavoista.

## Kehittämistyö

Menetelmää on kehitetty ja sitä kehitetään kliinisen toiminnan ohessa.

## Käytännön toteutus

Arviointi toteutetaan kahden puolituntia kestävä istunnon puitteissa perättäisillä viikoilla. Arviointitilanteissa käytännön toiminta perustuu vuorotellen tehtäviin valintoihin. Vaikka tilanteissa etenemiseen vaikuttaa myös lapsen valinnat, voi menetelmää pitää melko strukturoituna, koska terapeutin tilanteissa tekemät ”valinnat” on jo ennalta päätetty: vapaa improvisaatio, dialogi lyömäsoittimilla, improvisoitu tarina. Näiden lisäksi struktuuriin kuuluvat alkulaulu sekä loppulaulu ja bongorumpu-duetto. Toimintaa mukautetaan kuitenkin yksilöllisesti ja terapeutti osallistuu aktiivisesti toimintaan lapsen tekemien valintojen mukaisesti.

Musiikillisen toiminnan yhteydessä havainnoidaan lapsen emotionaalisia reaktioita niiden puutetta (miten tavanomaisia tai poikkeavia ne ovat). Myös lapsen hämmennyneisyyttä ja ahdistuneisuuden tasoa tarkkaillaan valintatilanteissa ja toimintaa mukautetaan sen mukaan. Vapaan improvisaation ohessa terapeutti havainnoi miten he soittavat yhdessä. Terapeutti saattaa ”haastaa” lasta tilanteissa muuttamalla omaa tekemisen tapaansa nähdäkseen lapsen re-

aktioita. Terapeutti havainnoi myös itseään eli millaisia tuntemuksia lapsen soitto herättää (esim. sivuutettu, innostunut, tylsistynyt, nautinnollinen). Lisäksi vapaan improvisaation yhteydessä havainnoidaan mm. aloitteellisuutta, matkimista, vastavuoroisuutta, kontrolloivuutta/kontrollin tarvetta, pakonomaisuutta/toistoa, juuttumista, nautinnollisuutta/tuskaisuutta, kykyä kuunnella ja soittaa, suhdetta rauhoittumiseen/rentoutumiseen, tunteiden ilmaisuja soitossa sekä luovuutta ja mielikuvitusta.

Perkussioilla tehtävän vuoropuhelun yhteydessä tarkistetaan saavatko edellisessä osiossa tehdyt havainnot vahvistusta. Lisäksi arvioidaan halua jakaa soitinta, vuorottelua, leikkisyyttä, leikin avauksia ja luonnetta, varautuneisuutta ja luottamusta sekä kykyä ja halukkuutta kommunikoida jokittelunomaisesti, kuten varhaisessa äidin ja vauvan vuorovaikutuksessa.

Improvisoidussa tarinassa lasta houkutellaan täydentämään terapeutin aloittamia lauseita. Jatko riippuu improvisaation etenemistä. Ohessa käytetään myös soittimia, joilla tehostetaan improvisoinnin jännitettä ja motivoidaan lasta käyttämään mielikuvitustaan. Terapeutti saattaa omalla improvisaatiollaan ohjata ja alleviivata tarinan emotionaalisia sisältöjä. Toiminnan ohessa arvioidaan lapsen kykyä tuottaa yhtenäinen kertomus, miten lapsi hyväksyy terapeutin osallistumisen, käyttää mielikuvitustaan tai juuttuuko pakonomaisiin toistoihin ja tarinanpätkiin. Tarinat voivat paljastaa epäsuorasti myös pelkoja, huolia ja aikaisemmin tuntemattomia traumoja.

Loppulaulun ja bongorumpu-dueton yhteydessä arvioidaan miten lapsi suhtautuu instrumentin jakamiseen ja miten hän sietää fyysistä läheisyyttä. Samassa tilanteessa havainnoidaan edelleen myös aikaisemmin mainittua äiti/lapsi -tyyppistä ei-sanallista vuorovaikutusta. Lapsen mahdollisia vaikeuksia lopetusten suhteen havainnoidaan sekä musiikillisen toiminnan että istunnon lopettamisen yhteydessä.

Arvioinnin tuottamasta suuresta tietomäärästä valikoidaan ja annetaan palaute moniammatillisen työskentelyn yhteydessä. Musiikkiterapia-arvioinnin tuottama tieto voi vahvistaa aikaisempia tietoja tai tuoda uusia näkökulmia lapsen vahvuuksista tai heikkouksista. Julkaisuhetkellä ei ollut käytössä mitään arvioinnin tuottaman tiedon keräämiseen tarkoitettuja kaavakkeita, mutta kirjoittajan mukaan sellaisia on tarkoitus kehittää.

## **Yhteenveto**

Kyseessä on hyvin käytännönläheinen kuvaus kliinisestä toimintatavasta. Toiminta sinällään on melko strukturoitua, mutta tilanteissa tehtävä havainnointi on epämuodollista ja yksilöllistä. Musiikkiterapia-arviointia kuvataan arvokkaaksi osaksi moniammatillista arviointia. Sen puitteissa voidaan havaita kommunikaatioon liittyviä seikkoja, joita muualla ei ole tullut esille. Lisäksi kommunikaation monimutkaisten kuvioiden havainnointia pidetään nopeampana ja tehokkaampana kuin muissa asetelmissä. Non-verbaali kommunikaatio ja leikinomaisuus edesauttavat arvioinnin tekemistä, jolloin esim. improvisoinnin yhteydessä voidaan selvittää miten lapsi mukautuu annettuihin ohjeisiin. Myös lasten omaa ajan- ja tilanteenhallintaa voidaan seurata musiikillisen te-

kemisen avulla. Musiikki voi tuoda esille emotionaalisia reaktioita, jotka muuten eivät tulisi niin selvästi tai nopeasti esille muissa tilanteissa. Kliinisestä työstä ja terapeutin kokemuksesta nouseva menetelmä, jossa arvioitavia alueita on eritelty ja yksilöity yleisellä tasolla. Kehittäjän omaan työskentelyotteeseen vahvasti nojautuva menettelytapa.

**Kolme samalle kohderyhmälle tarkoitettua arviointimallia: Wells (1988), Goodman (1989) ja Layman et al. (2002)**

Seuraavaksi perehdytään kolmeen arviointimalliin, joissa on sama kliininen kohderyhmä: tunne-elämältään häiriintyneet lapset tai varhaisnuoret. Kyseinen kohderyhmä on laaja käsittäen erilaisia diagnostisia ryhmiä, kuten käytöshäiriöt ja tunne-elämän häiriöt. Ongelmat näillä alueilla tulevat tyypillisesti esille sosiaalisissa tilanteissa ja suhteissa. Samassa yhteydessä viitataan usein myös koulunkäyntiin liittyviin ongelmiin. Kyseessä on suomalaisittainkin erityisen mielenkiintoiseen kohderyhmään liittyvät mallit, koska näitä asiakkaita lähetetään usein takäläisille musiikkiterapeuteille sekä sairaalajakson aikana että avohoidon ja kuntoutuksen yhteydessä (esim. Punkanen 2007, suullinen tiedonanto).

**4.2.4 Tunne-elämältään häiriintyneiden varhaisnuorten musiikkiterapia-arviointi**

Wells (1988): Tunne-elämältään häiriintyneiden varhaisnuorten yksilömusiikkiterapia-arviointi

(An Individual Music Therapy Assessment Procedure for Emotionally Disturbed Young Adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 15, pp. 47-54.)

**Taustaa**

Strukturoituihin tehtäviin ja havainnointiin perustuva arviointiproseduuri terapiaa edeltävään alkuarviointiin musiikkiterapiassa. Arvioitavat alueet on yksilöity ja menetelmä sisältää sanalliset kuvaukset asiakkaan kunkin alueen vahvuuksista ja ongelmista (assets and deficits), mutta havaintoja ei määrällistetä. Moniammatilliseen työskentelyyn kytkeytyvä menettelytapa nähdään käyttökelpoisena, koska musiikkiterapia yhdistää tässä kohderyhmässä non-verbaalin- ja keskusteluterapian. Musiikkiterapia-arviointi tuottaa diagnostista aineistoa ja on hyödyllinen vaihtoehto potilaille, joilla on rajoittunut kyky ilmaista tunteitaan. Psykiatrian keskuksen potilaiden tyypillisiä diagnostisia ryhmiä ovat mm.: käytöshäiriöt, uhmakkuushäiriöt, pitkäaikainen masennus (dystymia) ja rajatilatyypinen persoonallisuushäiriö.

**Kehittämistyö**

Arviointiproseduurin kehittäminen perustuu kirjoittajan kliiniseen työhön.



## Käytännön toteutus

Arviointitapaaminen kestää tunnin ajan.

### Tehtävä 1: Laulun valitseminen

- asiakasta pyydetään valitsemaan luettelosta laulu, joka kuvaa häntä
- terapeutti antaa sanat ja säestää kitaralla
- asiakasta rohkaistaan laulamaan terapeutin mukana
- asiakkaalta kysytään ennen ja jälkeen laulamisen miten laulu häntä kuvaa

Esimerkki tehtävän 1 arvioitavien alueiden jaottelusta (kokonaan liitteessä 4):

#### Tehtävä 1

##### arvioitavat alueet

1. Ahdistuneisuuden taso

##### vahvuudet

Odottaa ohjeita

##### ongelmat

Motorinen levottomuus, liiallinen puheliaisuus; on huolestunut virheistä tai lauluäänestä; impulsiivisuus

### Tehtävä 2: Tarina musiikkiin

- asiakasta pyydetään kirjoittamaan tarina musiikin mukana
- asiakas saa päättää teeman, hahmot ja tarinan pituuden
- asiakkaalle esitellään neljän sävellyksen nimet: "Hiljainen kaupunki" (Copland), "Mars, sodan tuoja" (Holst), "Uponnut katedraali" (Debussy) ja "Venus, rauhan tuoja" (Holst).
- asiakkaan toivotaan valitsevan musiikin henkilökohtaisten miellelyhtymiensä perusteella mieluummin kuin aikaisempaan tuntemukseensa perustuen
- terapeutti on kirjoittamisen aikana saatavilla, mutta ei tungetele
- kun tarina on valmis, musiikki laitetaan pois ja asiakas lukee tarinan
- tarinasta keskustellaan, mutta ei tehdä tulkintoja. Tarkentavia kysymyksiä tehdään tarvittaessa.
- arvioidaan, miten asiakas kykenee yhdistelemään tarinan teemaa valitun musiikin teemaan.

Esimerkki tehtävän 2 arvioitavien alueiden jaottelusta (kokonaan liitteessä 4):

#### Tehtävä 2

##### arvioitavat alueet

5. Kyky käsitteellistää

##### vahvuudet

Vertauskuvien käyttäminen; tarinan teema ja musiikkivalinta yhtenäisiä; kykenee keskustelemaan teemasta vertauskuvallisesti tai itseensä liittyen

##### ongelmat

Teema on yksinkertainen ja konkreettinen; ei vertauskuvia; tarina on pelkästään musiikin itsensä kuvailua

### Tehtävä 3: Viisivaiheinen improvisaatio soittimilla

- asiakasta rohkaistaan käyttämään monipuolista instrumenttivalikoimaa
- arvioinnin fokus egon toiminnassa

vaihe 1: asiakkaalle annetaan 5 minuuttia aikaa tutustua huoneessa oleviin soittimiin.

- Terapeutti havainnoi asiakkaan tunnetilaa, ahdistuneisuuden tasoa, turhaumien sietokykyä ja harkintakykyä.

vaihe 2: asiakasta pyydetään valitsemaan soitin, joka parhaiten kuvaa häntä ja että hän soittaisi oman teemalaulunsa.

- Terapeutti havainnoi ja arvioi asiakkaan minäkuvaa, luovuutta ja hänen kykyään ilmaista itseään soittimella ja äänten avulla.

vaihe 3: terapeutti ja asiakas improvisoivat yhdessä. Asiakasta pyydetään valitsemaan soitin. Terapeutti aloittaa ja asiakas liittyy mukaan. Improvisaation loppua rooleja vaihdetaan: asiakas aloittaa ja terapeutti liittyy mukaan.

- Terapeutti arvioi asiakkaan kykyä sanattomaan vuoropuheluun. Terapeutti havainnoi asiakkaan reaktioita rytmin, melodian ja dynamiikan muutoksiin sekä kykyä soittaa synkronisesti terapeutin kanssa. Huomiota kiinnitetään myös tunneilmaisuuksiin sekä sanalliseen ja havaintomotoriseen (aistihavainnot, jäsentäminen ja reaktiot) vasteeseen.

vaihe 4: asiakasta pyydetään valitsemaan jokaista perheenjäsentä parhaiten kuvaava soitin ja luomaan haluamansa tilanne ja asetelma jäsenten väliselle musiikilliselle keskustelulle. Asiakasta pyydetään tehtävän jälkeen kuvailemaan sanallisesti perheen musiikillista kommunikaatiota.

- asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus tuottaa symbolinen representaatio omasta perheestään. Terapeutti saa tietoa asiakkaan roolista perheessä ja voi arvioida hänen kykyään jäsentää ja suorittaa abstrakti symbolinen tehtävä.

vaihe 5: asiakas voi valita tekeekö hän improvisaation terapeutin kanssa vai laulaako hän laulun terapeutin kanssa. Tehtävän 1 laululuetteloä käytetään.

- viimeinen tehtävä helpottaa arviointiproseduurin päättämistä.
- vapaavalintaisen tehtävän avulla terapeutti saa tietoa asiakkaan mieltymyksistä tai onnistumisen kokemuksista käytettyyn ilmaisukeinoon. Asiakas voi kokea kykynsä sietää aikuisen läheisyyttä lisääntyneen tai hän voi regressoitua ja ilmaista erillisyyden vaikeutta.
- Terapeutti kertoo asiakkaalle jatkotoimista suositusten tekemisineen, mutta ei anna asiakkaalle tarkempaa tietoa hänen soveltuvuudestaan yksilö- tai ryhmäterapiaan.

Esimerkki tehtävän 3 arvioitavien alueiden jaottelusta (kokonaan liitteessä 4):

**Tehtävä 3****arvioitavat alueet**

3. Tunneilmaisun rajoittuneisuus

**vahvuudet**

Spontaanisuus ja vapaus sanallisessa ilmaisussa; tunneilmaisu asianmukaista suhteessa ärsykkeisiin

**ongelmat**

Pidättyväisyys; niukka sanallinen ilmaisu; spontaanisuus puuttuu sanallisesta ja ei-sanallisesta ilmaisusta; odottaa terapeutin aloitetta; imitoi terapeuttia; tukeutuu tuttuihin melodioihin; vaikeuksia muuttaa tempo ja/tai dynamiikkaa

Jatkotoimet: kirjallinen raportti tiimille

- uuden tiedon tuottaminen ymmärryksen lisäämiseksi
- kyky dialogiin musiikin struktuurissa on tärkein indikaatio
- otetaan kantaa musiikkiterapian soveltuvuuteen hoitomuotona
- otetaan kantaa terapiassa käytettäviin keinoihin ja lähestymistapaan

**Yhteenveto**

Tämän tehtäväperusteisen lähestymistavan avulla tuotetun tiedon ohella terapeutti käyttää myös intuitiotaan tehdessään johtopäätöksiä musiikkiterapian soveltuvuudesta hoitomuotona. Kirjoittajan mukaan aineiston läpikäynti ja tulkinta vaatii lähes yhtä paljon aikaa ja paneutumista kuin itse arviointiprosessin toteuttaminen. Löydösten yhteenveto dokumentoidaan arvioinnin ja suositusten kaavakkeelle. Arvioinnin raakadataa esitellään työryhmälle vain esimerkinomaisesti, diagnostisena aineistona tai vahvistamaan aikaisempaa tietoa. Kehittäjän mukaan tätä mallia voidaan soveltaa myös muihin kuin kuvattuun kohderyhmään. Tällöin laulun valitsemiseen tarkoitettua luetteloa tulee muuttaa siten, että se vastaa ikäryhmää. Arvioitaessa vaikeammin häiriintyneitä tai psykoottisia potilaita voi tehtävien järjestystä tarvittaessa muuttaa tai toteuttaa arviointi pitemmän ajan kuluessa. Kehittäjä ei varsinaisesti kytke malliaan tiettyyn viitekehukseen, mutta kuvauksesta käy ilmi useita viittauksia psykoanalyttiseen ja psykodynaamiseen teoriapohjaan. Strukturoidun ja direktiivisen arvioinnin toteutusta havainnollistetaan yhdellä tapausesimerkillä.

**4.2.5 Tunne-elämältään häiriintyneiden lasten musiikkiterapia-arviointi**

Goodman (1989): Tunne-elämältään häiriintyneiden lasten musiikkiterapia-arviointi

(Music Therapy Assessment of Emotionally Disturbed Children. The Arts in Psychotherapy, Vol. 16, pp.179-192)

**Taustaa**

Kyseessä on kuvaileva ja prosessorientoitunut musiikkiterapia-arviointi emotionaalisesti häiriintyneille lapsille.: asiakkaiden diagnooseina mm. elimellinen persoonallisuus/käyttäytymishäiriö, sopeutumishäiriö, sosiaalinen käyttöhäiriö, pitkäaikainen masennus (dystymia), vakava masennus, käyttöhäiriö,

määrittämätön psykoottinen häiriö, tarkkaavaisuushäiriö, eroahdistushäiriö, uhmakkuushäiriö, laaja-alainen kehityshäiriö, valikoiva puhumattomuus.

Kirjoittajan määrittelemiä tavoitteita kuvailevalle musiikkiterapia-arvioinnille tässä kohderyhmässä:

1. lapsen haastattelu musiikilliseen taustaan liittyen; musiikin käyttö perheessä
2. sosio-emotionaalisen kehitysvaiheen arviointi musiikin avulla
3. arvioidaan kykyä jäsentää musiikillisiä kokemuksia
4. seurataan musiikillisen käyttäytymisen luonnetta (sisältöä, olemusta tms.)
5. seurataan musiikillisessa käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia käyntien jatkussa ja tarkastellaan muutosten mahdollisia merkityksiä (prosessiorientaatio)
6. tulkitaan musiikillista käyttäytymistä suhteessa perhetaustaan, käytöshäiriöiden ilmenemiseen, tunne-elämän kehitystasoihin, diagnoosiin, aikaisempaan taustaan ja musiikkiin liittyviin mielleyhtymiin
7. tutkitaan musiikillisten reaktioiden (vasteiden) yhteyksiä asiakkaalle tyypillisiin patologisiin piirteisiin

### **Kehittämistyö**

Kirjoittaja kuvaa arviointimallin jaottelun ja kaavakkeen perustana olevan Parry & Chadwickin ja Nordoff & Robbinsin arviointimenetelmien osia. Arviointityökalua on kehitetty kliinisten pilottitutkimusten avulla (3-12v. lapsia, tyypillisesti kaksi 30-45 min. arviointitapaamista peräkkäisillä viikoilla; myös muita rakenteita kokeiltu). Jaottelun avulla tuotettua kuvailevaa informaatiota verrattiin meneillään olevan psykoterapeuttisen työskentelyn tuottamaan tietoon ja asiakkaiden muiden terapeuttien, kuten psykiatrien, sosiaalityöntekijöiden ja psykologien haastatteluihin.

### **Käytännön toteutus**

Soitetaan ikätason mukaista musiikkia, jonka yhteydessä asiakas voi halutesaan puhua soittoonsa tai muuhun liittyen. Arvioinnissa käytetään lähinnä yksilöllisesti muotoutuvia musiikillisiä kokemuksia kuin niinkään ennalta päätettyä ohjelmaa.

Arvioinnin kohteena ovat perusalueet:

- I. Asiakkaalle luontaiset musiikilliset reaktiot ja valinnat
- II. Musiikilliset mieltymykset
- III. Musiikillinen reagoivuus
- IV. Sanalliset mielleyhtymät
- V. Ei-sanalliset reaktiot
- VI. Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus

Esimerkkejä alueiden jaottelusta (kokonaan liitteessä 2):

- I. Asiakkaalle luontaiset musiikilliset reaktiot ja valinnat (sisältää kehityksellisen tason kuvauksen)
  - A. perkussiivinen: Välitön reaktio on fyysisesti rytmisen. Lapsen "täytyy" ilmaista itseään jollain tavoin rytmisin iskuin tai taputtamalla.

- B. vokaalinen: välitön reaktio ilmenee asiakkaan hengityksessä, esim. sen raskaudessa. Lapsi ilmaisee itseään äänellä, reagoi ensisijaisesti laulettuun musiikkiin ja terapeutin ääneen laulamalla, hyräilemällä tai viheltämällä
  - C. liikkuminen: lapsi innostuu fyysisesti rytmistä ja hän haluaa tulkita musiikkia koko vartalon liikkeellä.
  - D. kuunteleminen: lapsi mieluummin kuuntelee keskittyneesti valitakseen musiikkia, kuin niinkään aktiivisesti ilmaisee itseään musiikillisesti.
- II. Musiikilliset mieltymykset
- A. Lapsi sietää musiikkia taustaelementtinä (laululeikit, tanssi), mutta ei osoita mitään erityistä mieltymystä musiikkiin itsessään.
  - B. Lapsi on kiinnostunut musiikista itsestään:
- III. Musiikillinen reagoivuus (huomioi mahdolliset muutokset tässä)
- A. Rytmien hallinta (liike, puhe, lyömäsoittimet)
    - 1. kaoottinen: rytmiset iskut epäselviä ja umpimähkäisiä, täysin irrallaan pianosta. Lapsi ei osaa erottaa eri rytmejä.
    - 2. pakonomainen: rytmiset iskut eivät liity terapeutin improvisaatioon. Soitto säilyy pakonomaisen muuttumattomana. Lapsi pitää tärkeänä tietyn kuvion jatkuvaa toistamista ja on kykenemätön soittamaan muuta.
    - 3. päällekkäisyä: Lapsi käyttää rumpua aggressiivisena välineenä soittaakseen äänekkäästi ja peittääkseen pianon alleen. Rumpua käytetään häiritsemiseen tai hallitsemiseen. Lapsi käyttää hiljaiset hetket hyväkseen toteuttaakseen epämääräisiä fyysisiä ja emotionaalisia impulssejaan.
  - B. Ilmaisutavan sopivuus
    - 1. Lapsi valitsee mielialaansa sopivaa musiikkia tai välineitä
    - 2. Lapsi pystyy sovittamaan yhteen musiikin tunnelman ja oman musiikillisen reaktionsa
      - a. äänellä/laulaen
      - b. soittamalla
      - c. liikkumalla
      - d. kuunneltaessa
    - 3. Lapsi valitsee oman mielialansa vastakkaista materiaalia
    - 4. Lapsen reaktio musiikkiin osoittautuu vastakkaiseksi kuin säveltäjän mieliala
    - 5. Lapsen musiikilliset tunnetilat eri yhteyksissä (ääni/laulu, soitto, liikkuminen) ovat kokonaisuutena yhtäpitäviä. (in synchrony)
    - 6. Lapsen musiikillinen käyttäytyminen on ristiriitaista
- IV. Sanalliset mielleyhtymät
- A. Ennen musiikillista kokemusta
  - B. Musiikillisen kokemuksen aikana
  - C. Musiikillisen kokemuksen jälkeen
  - D. Laulujen sanoitukset
    - 1. Sanojen..:
      - a. temaattinen sisältö
      - b. muutokset sanoituksessa (ja muutokset säestyksellisissä taustaelementeissä)
      - c. mielikuvien yhtenäisyydessä tapahtuu muutos, kun.. (mitä?)
- V. Ei-sanalliset reaktiot
- A. Ennen musiikillista kokemusta
  - B. Musiikillisen kokemuksen aikana
  - C. Musiikillisen kokemuksen jälkeen
- VI. Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus
- A. Vastavuoroisesti reagoiva: Asiakas kykenee vastavuoroisuuteen läpi istunnon
  - B. Asiakas on valikoivasti vastaanottavainen terapeutille
  - C. Asiakas on vastavuoroisuuteen kykenemätön (oppositiossa?) suurimman osan istunnosta
- VII. Pohdinta/Suosituks

## **Yhteenveto**

Kyseessä on musiikillisen toiminnan ja käyttäytymisen kuvaamiseen painottunut arviointimalli. Havainnoitavat osa-alueet on teemoiteltu yksityiskohtaisesti, mutta jaottelussa ei varsinaisesti oteta kantaa miten mahdolliset patologiset piirteet tai vahvuudet ilmenevät. Kirjoittaja viittaa, että arviointityökalu on luonteeltaan avoin ja sen avulla voi hahmotella lapsen musiikillisen ilmaisun peruselementtejä. Havaintoja ei ole tarkoitus määrällistää, vaan kuvailta jaottelun avulla mitä tilanteissa tapahtui. Tulkinnat siitä, miten, miksi ja milloin lapsi kommunikoi musiikillisesti täytyy suhteuttaa lapsen patologiseen kontekstiin, ja tulkinnat ovat riippuvaisia myös terapeutin taustasta. Kirjoittaja tähtää kuvauksellaan ja jaottelullaan kliinisen ajattelun stimulointiin. Teoreettista viitekehystä ei ole kuvattu, mutta käytetty käsitteistö viittaa useiden eri taustateorioiden ajatusten yhdistelemiseen eli on luonteeltaan ilmeisesti eklektinen. Kirjoittaja kuvailee kaksi tapausesimerkkiä.

### **4.2.6 Musiikkiterapia-arviointi tunne-elämältään vakavasti häiriintyneille lapsille**

Layman, Hussey & Laing (2002): Musiikkiterapia-arviointi tunne-elämältään vakavasti häiriintyneille lapsille (SED)

(Music Therapy Assessment for Severely Emotionally Disturbed Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, XXXIX (3), 2002, 164-187.)

#### **Taustaa**

Tekijöiden tavoitteena oli kehittää ja testata kohderyhmäspesifi (erityisesti SED-lapsille tarkoitettu) musiikkiterapia-arvioinnin työkalu Beech Brook keskuksen lasten arviointiin. Toiseksi tavoitteena oli tuottaa standardoitu arviointityökalu, jonka avulla voisi ymmärtää sinänsä heterogeenisen kohderyhmän lasten samankaltaisuuksia ja eroja. Kolmanneksi, standardoitu arviointityökalu mahdollistaisi sekä ennen interventioita tehtävän toiminnallisen tason dokumentoinnin että mahdollisuuden dokumentoida muutoksia musiikkiterapiaprosessin kuluessa. Kohderyhmän diagnooseina oli: käytöshäiriöt, skitsofrenia, mielialahäiriöt (käsittäen manian ja masennuksen), autismi, ahdistuneisuushäiriöt ja kiintymyssuhdehäiriöt. Näillä lapsilla kuvataan olevan vaikeuksia saavuttaa ikätasoisia sosiaalisia ja kognitiivisia valmiuksia, ja he voivat olla impulsiivisen aggressiivisia, lyhytjännitteisiä, kärsiä keskittymisvaikeuksista, olla alisuoriutujia tai kykenemättömiä käsittelemään traumaperäisiä negatiivisia tunteitaan.

#### **Kehittämistyö**

Arvioinnin osa-alueet määriteltiin seuraamalla musiikkiterapiaan tehtyjen lähetteden taustasyitä kolmen vuoden ajan. Tämän seurannan perustella arviotaviksi alueiksi valikoituivat neljä pääaluetta: käyttäytyminen/sosiaalinen suo-

riutuminen, emotionaaliset reaktiot, kielelliset ja vuorovaikutukselliset kyvyt ja musiikilliset taidot. Kunkin alueen havainnot hahmotetaan suhteessa polariteetteihin: \*defensiivinen/etäinen – \*häiritsevä/päällekkävyä. Näiden väliin sijoittuu tavoitteen/tarkoituksenmukainen käyttäytyminen. Polariteettien välille määriteltiin asteikko -2, -1, 0, 1, 2, joista 0 tarkoittaa ”ei intervention tarvetta”. Luodun mittarin psykometriset ominaisuudet testattiin.

\* Määrittelyt käytetyille termeille:

- defensiivinen/etäinen (defensive/withdrawn) = käyttäytyminen, joka viittaa puutteisiin eri valmiusalueilla; passiivinen, masentunut, arka, ujo, pelokas, sulkeutunut (sisäänpäin kääntynyt)
- häiritsevä/päällekkävyä (disruptive/intrusive) = käyttäytyminen, joka viittaa ylilyönteihin tai liiallisiin reaktioihin eri valmiusalueilla; läpitunkeva, kontrolloiva, aggressiivinen, avoin (ulkoistava)

### Käytännön toteutus

Terapeutti kerää taustatietoa lukemalla asiakkaan asiakirjoja ja konsultoimalla hoitotiimiä. Terapeutti valitsee asiakkaan ikätasoon sopivaa musiikkia istuntoa varten. Arviointi-istunnoissa käytetään pääasiassa live-musiikkia. Terapeutti havainnoi asiakkaan reaktioita läpi istunnon em. neljällä alueella: käyttäytymisen/sosiaalinen suoriutumisen, emotionaaliset reaktiot, kielelliset ja vuorovaikutukselliset kyvyt ja musiikilliset taidot. Istunnon jälkeen terapeutti täyttää arviointikaavakkeen koodaamalla asianmukaisen arvon jokaiseen arvioituun kohtaan (skaala -2, -1, 0, 1, 2). Kunkin arvioitavan alueen numeraalisen arvon kohdalla on sanallinen kuvailu, joka toimii havainnoinnin strukturoituna jäsentäjänä. Jokainen osa-alue, joka ei saa arvoa 0, katsotaan mahdolliseksi intervention kohteeksi. Arvot lasketaan osioittain ja myös kokonaispistemääräksi. Havaituista ongelma-alueista keskustellaan asiakkaan hoitotiimin kanssa.

Esimerkkejä jaottelusta (kokonaan liitteessä 3):

### Käyttäytyminen/Sosiaalinen

Huomio tehtävään	defensiivinen/etäinen		tavoitteen/ tarkoituksenmukai- nen	häiritsevä/päällekkävyä	
	2	1	0	1	2
	< 1 minuuttia itsenäisesti	1-3 minuuttia itsenäisesti	> 3 minuuttia; huomio suuntautuu muualle vain vähän tai ei ollenkaan; ei levottomuutta	1-3 minuuttia suostuteltaessa; hieman levoton	< 1 minuuttia vaikka suostuteltaan; jatkuva levottomuus; valittua tehtävästä/toiminnasta sanallisesti

## Emotionaalinen

Coping-keinot	defensiivinen/etäinen		tavoitteen/ tarkoituksenmukai-	häiritsevä/päällekyvä	
	2	1	nen 0	1	2
	Yritti suunnata terapeutin huomion pois tehtävästä >2 kertaa; välttelevä	Yritti suunnata terapeutin huomion pois tehtävästä 1-2 kertaa; välttelevä	Osoitti vähän tai ei ollenkaan turhautumista* ei yrittänyt suunnata terapeutin huomiota pois tehtävästä	Selviytyi turhaumasta asianmukaisesti kun ohjattiin uudelleen 1-2 kertaa	Vaikutti helposti turhautavalta* läpi istunnon; löi, potki ine.

## Kieli/Kommunikaatio

Kielellinen ilmaisu	2	1	0	1	2
	Non-verbaali; ei käytä sanoja tai merkkejä kommunikoidakseen	Puhui ikätason mukaisia 2-3 sanan fraaseja	Puhui jatkuvasti ikätason mukaisia kokonaislauseita	Puhui epäasianmukaisesti 1-2 kertaa istunnon aikana; yritti ohjata terapeuttia	Puhui jatkuvasti loputtomia lauseita läpi istunnon; yritti ohjata terapeuttia

## Musiikillinen

Musiikillinen valppaus	2	1	0	1	2
	Sovitti tempon ja/tai dynamiikan epäjohdonmukaisesti ulkoiseen stimulusseen, kun annettiin 1 kehoitus tai vihje	Sovitti tempon ja/tai dynamiikan johdonmukaisesti ulkoiseen stimulusseen, kun annettiin 1 kehoitus tai vihje	Sovitti johdonmukaisesti tempon ja/tai dynamiikan ulkoiseen stimulusseen itsenäisesti	Ei sovittanut tempo ja/tai dynamiikkaa ulkoiseen stimulusseen vaikka kehoitettiin tai annettiin vihjeitä	Soitti päällekyvän äännekkäästi läpi istunnon

## Yhteenveto

Kyseessä on standardoitu kohderyhmäspesifi arviointimenetelmä, jonka kehittämisessä on käytetty vertaisarviointisijoiden keskinäisten tulosten vertailua. Mittarin psykometriset ominaisuudet on arvioitu hyviksi. Arviointityökalu on tarkoitettu ytimekkääksi ja tarkaksi terapian suunnittelun välineeksi alkuarvioinnissa ja muutoksen seurannassa terapian edistyessä. Mallin mukainen musiikkiterapia-arviointi tuottaa kehittäjien mukaan käytännöllistä ja merkittävää tietoa yksilöllisten ja hienovireisten tavoitteiden ja päämäärien muotoilemi-



seksi. Mallin vahvuutena pidetään mm. sitä, että sen tuottama kieli on muiden tahojen ymmärrettävissä ja vahvistaa näin musiikkiterapeutin roolia hoitotiimissä. Välinettä voi standardoituna hyödyntää myös tutkimuksen apuvälineenä. Kvantifioivana menetelmänä se soveltuu myös EBM-suuntauksen vaatimukseen. Arviointityökalun määrälliset asteikot on sanallisesti täsmennetyt, joten annettavan arvon seliteteksti helpottaa havainnoinnin jäsentämistä, ja ulkopuolinen taho saa samaisesta selitteestä suuntaa-antavan käsityksen havainnon luonteesta. Mallia ei ankkuroida teoreettisesti, mutta arviointeja tehneiden terapeuttien taustaa luonnehdittiin behavioraaliseksi.

**TAULUKKO 4** Kooste kolmesta samalle kohderyhmälle (tunne-elämältään häiriintyneet lapset ja nuoret) suunnatun arviointimallin arvioitavien alueiden määrittelyistä

**Wells (11 aluetta – 2 kuvausta kustakin):**

- ahdistuneisuuden taso
- valintojen tekeminen
- todellisuuteen orientoituminen
- kyky käsitteellistää
- minäkuva
- tunneilmaisun rajoittuneisuus
- musiikillinen lahjakkuus
- turhautuminen sietokyky
- ajatukselliset prosessit
- tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky
- egon rajat

**Goodman (6 aluetta – 31 alaosiota):**

- **asiakkaalle luontaiset musiikilliset reaktiot ja valinnat:** perkussiivinen, vokaalinen, liikkuminen, kuunteleminen, instrumentaalinen, säveltäminen, ei selvää valintaa, negatiivinen vaihtoehto, luontainen valinta muuttuu
- **musiikilliset mieltymykset:** sietää taustamusiikin, mutta ei erityisiä mieltymyksiä, osoittaa musiikillista kiinnostuneisuutta
- **musiikillinen reagoivuus:** rytmin hallinta, dynamiikan hallinta, liikkeiden hallinta, soinnin hallinta, melodioiden ja fraseerauksen hallinta, sykkeen hallinta, soittimen käsittelytapa, ilmaisutavan sopivuus
- **sanalliset miellelyhtymät:** ennen musiikillista kokemusta, musiikillisen kokemuksen aikana, musiikillisen kokemuksen jälkeen, laulujen sanoitukset, tarinan kerronta/musiikillinen draama
- **ei-sanalliset reaktiot:** ennen musiikillista kokemusta, musiikillisen kokemuksen aikana, musiikillisen kokemuksen jälkeen
- **asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus:** vastavuoroisesti reagoiva, valikoivasti vastaanottavainen, vastavuoroisuuteen kykenemätön

**Layman et al. (4 aluetta – 21 alaosiota):**

- **käyttäytyminen/sosiaalinen:** kyky leikkiä, huomio tehtävään, toimintoihin ryhtyminen, impulssikontrolli, rakenteiden noudattaminen, katsekontakti, henkilökohtaiset rajat
- **emotionaalinen:** kasvonilmeillä ilmaiseminen, coping-keinot, virheiden sietokyky, hellyyden osoittaminen
- **kieli/kommunikaatio:** reagointi yksinkertaisiin ohjeisiin, itseilmaisuus, kielellinen ilmaisu, kehujen vastaanottaminen, kysymyksiin vastaaminen
- **musiikillinen:** musiikillinen valppaus, reaktiot musiikkiin, reaktiot vihjeisiin, jäljitely, äänenkäyttö

#### 4.2.7 Musiikkipsykoterapia-arviointi

Loewy (2000): Musiikkipsykoterapia-arviointi

(Music Psychotherapy Assessment. *Music Therapy Perspectives*, 18(3), 47-58.)

##### Taustaa

Loewy problematisoi musiikkiterapiakokemuksen sanallistamisen ja toteaa, että musiikilliset termit eivät sisällä kliinisen kokemuksen psykoterapeuttista näkökulmaa eikä toisaalta psykoterapeuttinen kuvaus tai analyysi tunnista musiikillisen kokemuksen luovaa näkökulmaa. Musiikkiterapiakokemukseen liittyvä merkityksenannon prosessi ja kokemuksen kuvailu johtaa hermeneuttisen menetelmän äärelle. Kirjoittajan esittelemä malli pohjautuu hänen tekemäänsä survey-tutkimukseen, hänen omaan kokemukseensa kliinikkona ja hermeneuttiseen väitöstutkimukseensa (1994). Mallin teoriatausta on eklektinen ja siinä yhdistyy mm. analyttisen, kognitiivisen ja humanistisen psykoterapian teorioita.

##### Kehittämistyö

Mallia on kehitetty erilaisissa kliinisissä konteksteissa ja asetelmissa. Tutkimuksen ja käytännön toiminnan yhdistäminen on vaikuttanut mallin muotoutumiseen ja siihen liittyvän käsitteistön luomiseen. Kehittämistyön tuloksena esitellään arvioinnin 13 alueen kuvaus ja miten näitä alueita laadullisesti määritellään. Kirjoittajan mukaan 13 tutkittavan alueen jaottelu tarjoaa menetelmän, jonka avulla voi kuvailla musiikkipsykoterapia-arvioinnin tärkeimmät komponentit. Alueet jaetaan edelleen neljään alaryhmään: suhde (relationship), dynamiikka (dynamics), tavoitehakuisuus/saavuttaminen (achievement), kognitio (cognition).

##### Käytännön toteutus

Arvioinnin toteuttamisessa käytetään sekä strukturoituja että ei-strukturoituja musiikillisia kokemuksia. Arvioitavia alueita ei käydä läpi missään määrättyssä järjestyksessä, vaan terapeutti seuraa miten työskentelyn ohessa esille tuleva tieto sijoittuu tähän jaotteluun ja jäsentää sen avulla arviointitilanteiden kokemuksia. Eteneminen käytännön tilanteissa rakentuu ja muotoutuu asiakkaan ja terapeutin välisessä dynamisessa vuorovaikutuksessa.

Tutkittava alue	Miten selvitetään
1. Tietoisuus itsestä, muista ja tilanteesta	Musiikillinen, verbaalinen ja non-verbaalinen reflektio
2. Temaattinen ilmaisu	Soitin- ja kappalevalinta, laulamisen ja soittamisen piirteet ja tyyli
3. Kuuntelu	Vastaanottavuus, kyky kuunnella muita
4. Ilmaisukyky ja -tapa	Puhuminen, soittaminen ja laulaminen yksin
5. Yhteistyö/vuorovaikutus	Halukkuus vuorovaikutukseen, ilmaisun piirteet muiden kanssa vuorovaikutuksessa
6. Keskittyminen	Kyky suunnata huomiota musiikkiin ja muussa toiminnassa
7. Tunneilmaisun vaihtelevuus	Ilmaisun piirteet, mielialojen ja teemojen moninaisuus; dynaaminen vaihtelu
8. Panostus/motivaatio	Halukkuus musiikillisiin kokemuksiin ja keskusteluun; musiikillis-verbaaliseen vuoropuheluun kiinnittyminen ja sen ylläpitäminen
9. Rakenteiden käyttö	Suhde rajoihin ja rakenteisiin (aika, paikka, tila); suostuvuus tai vastustus muotoiltuihin teemoihin vs. vapaaseen improvisaatioon
10. Integraatio (johdonmukaisuus, loogisuus jne.)	Miten muodot (musiikki, sanat, tunteet, kappaleet, ajatukset) liittyvät toisiinsa
11. Itsetunto	Tehdyn musiikin palauttaminen asiakkaan arvioitavaksi -äänittämisen hyödyntäminen
12. Riskinotto	Kokeilevuus, jonkin uuden kokeileminen; yksin ja yhdessä soittaminen
13. Itsenäisyys	Kyky erottaa itsen toisista -musiikillisesti ja verbaalisesti

Arviointitilanteessa tarvittavan struktuurin taso riippuu asiakkaan yksilöllisistä tarpeista. Terapeutti hakee tarkoituksenmukaista struktuurin ja vapaamuotoisen toiminnan välistä suhdetta saaden samalla tietoa asiakkaan terapeuttisista tarpeista. Musiikillisesti struktuuria voi edustaa valmiiden ja tuttujen kappaleiden kautta työskenteleminen ja vapaamuotoisuuden eri tasoja eri tavoin toteutettu improvisointi. Vaikka 13 arvioitavaa aluetta ovat sinällään erillisiä, Loewyn mukaan niitä myös yhdistää toisiinsa musiikkipsykoterapian kontekstissa tyypillisesti tutkittavat neljä ydinteemaa suhde, dynamiikka, tavoitehakuisuus/saavuttaminen ja kognitio.

Jako neljään alaryhmään:

A: Suhde (Relationship):

1. Tietoisuus itsestä, muista ja tilanteesta, 3. Kuuntelu (kyky kuunnella), 5. Yhteistyö & Vuorovaikutus, 13. Itsenäisyys

- Tämä alaryhmä muodostuu alueista, jotka kuvaavat yksilön egon eli sisäisten puolien ja ulkoisten, vuorovaikutuksellisten puolien, välisen tasapainon muotoutumista ja integraatiota.

B: Dynamiikka (Dynamics):

2. Temaattinen ilmaisu, 7. Tunneilmaisun vaihtelevuus,
  4. Ilmaisukyky ja -tapa, 9. Rakenteiden käyttö
- Tämä alaryhmä liittyy persoonallisuuden piirteisiin, jotka ilmentävät suhdetta tyydyttämättömiin haluihin ja tarpeisiin eli sitä, miten asiakas ilmentää halua tai estyneisyyttä täyttää niitä. Taustalla on vahva Freudin vaikutus, myös Anna Freud.

C: Tavoitehakuisuus/saavuttaminen (Achievement):

8. Panostus/motivaatio, 11. Itsetunto, 12. Riskinotto
- Tämä alaryhmä viittaa egon toimintaan ja haluun tai sen puutteeseen saavuttaa tuloksia. Arvioidaan asiakkaan edellytyksiä ja sisäisiä vahvuuksia, myös musiikin terapeuttisia mahdollisuuksia. Taustalla on Rogersin ajattelua ja teoriaa.

D: Kognitio (Cognition), (ajattelukyky, tiedonkäsittely, loogisuus):

6. Keskittyminen, 10. Integraatio
- Tässä alaryhmässä on painotus Piagetin kognitiiviseen kehitysteoriaan ja määritelmässä korostetaan luovaa musiikin tuottamista, jonka avulla voidaan muodostaa käsitystä asiakkaan keskittymiskyvystä sekä siitä, miten hän kokemuksissaan yhdistelee ja integroi ajatuksiaan ja tunteitaan.

Loewy lisää vielä edellä kuvattujen arvioitavien alueiden joukkoon myös asiakkaan äänentuottamisen ja -käytön arvioinnin. Tällöin havainnoidaan asiakkaan puheen, laulun ja muun äänenkäytön musiikillisia ominaisuuksia. Loewy pitää tätä osa-alueita yhtenä tärkeimmistä, koska nämä piirteet ilmentävät persoonallisia ja uniikkeja minän musiikillisia representaatioita.

## Yhteenveto

Kyseessä on arviointimalli, jossa korostetaan arviointiprosessin laadullisesti kuvailevaa luonnetta ja musiikillisen kokemuksen tutkimista määrällistävien taulukoiden, asteikkojen ja tarkistuslistojen käyttämisen sijasta. Loewyn mukaan sanallisten kuvausten laatiminen syventää ymmärrystä – ei vain itse prosessista – vaan myös musiikkiterapiasta sinänsä. Mallin kehittäjän mukaan on tärkeää kirjoittaa, tutkia ja kuvata miten ja miksi teemme prosessissa sitä mitä teemme sekä edelleen selventää, tarkentaa ja jalostaa tällä tavoin klinisiä käytäntöjä. Arviointimallin eklektistä teoriataustaa kuvataan eritellysti ja käytännön toteuttamista havainnollistetaan tapausesimerkein. Mallin puolistrukturoidussa toimintatavassa on useita yhtymäkohtia tšekäläiseen arviointikäytännöön. Myös mallin tausta psykodynaamista viitekehystä painottavana, mutta myös eklektisenä, eri taustateorioiden valossa ilmiöitä tarkastelevana on verrattain lähellä suomalaisen arviointikäytännön lähtökohtia ja toteutusta.

### 4.2.8 Vapaamuotoinen alkuarviointi musiikkiterapiassa

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

(Psykiatristen asiakkaiden alkuarviointi musiikkiterapiassa - Musiikkiterapeuttien näkemyksiä alkuarvioinnin käytännöistä ja sovelluksista. Jyväskylän yliopisto, 2002; Psykykkisesti oireileva asiakas musiikkiterapiassa - Alkuarvioinnin käytäntöjä, sovelluksia ja teoriaa. Jyväskylän yliopisto, 2004.)

### **Taustaa**

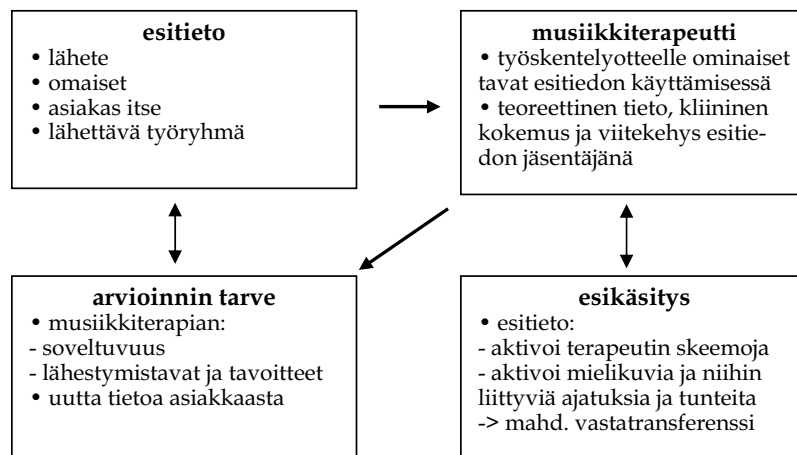
Kliinisestä työstä nousseet kysymykset liittyen terapiasuhteen alun tärkeyteen, tiedon keräämiseen asiakkaasta ja musiikkiterapian soveltuvuuden selvittämiseen johtivat tekijän pohtimaan psykiatrian alueen musiikkiterapia-arvioinnin elementtejä ja periaatteita. Käytännön kentiltä noussut tietoisuus muodollisten arviointimenetelmien käytön vähäisyydestä ja aihepiiriin liittyvän käsitteistön vakiintumattomuudesta johti asian tarkempaan tutkimiseen. Kokeneiden kliinikoiden alkuarviointiin liittyvien työtapojen ja käsitysten tutkiminen toteutettiin haastatteleamalla ja aineistoanalyysi tuotti laadullisen synteessin eli musiikkiterapian alkuarviointia psykiatrian alueella kuvaavan teoreettisen hahmotelman. Tutkimusta varten haastateltujen terapeuttien asiakkaat edustivat laajasti erilaista psyykkistä problematiikkaa ja olivat lapsia, nuoria ja aikuisia. Tutkimuksen avulla tarkennettiin alkuarviointiin liittyvää käsitteistöä, hahmoteltiin alkuarvioinnin muotoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuvattiin arviointiprosessin eri elementtien välisiä suhteita sekä miten musiikkiterapeutti muodostaa käsitystään uudesta asiakkaasta alkuarviointijakson yhteydessä. (Liitteet 5-11.)

### **Kehittämistyö**

Alkuarviointiprosessin teoreettista hahmotelmaa lähdettiin edelleen kehittämään ja mallintamaan tarkemmin miten terapeutti rakentaa käsitystään uudesta asiakkaasta vapaamuotoiseen alkuarviointiin perustuen. Tuloksena syntyi kuvaus, jossa mallinnettiin psyykkisesti oireilevan asiakkaan alkuarviointiprosessin kulkua musiikkiterapiassa. Erityisenä näkökulmana esille nostettiin terapeutin tiedon hankkiminen alkuarvioinnin eri vaiheissa, käsityksenrakentamisen prosessi ja moniammatillisen työskentelyn mahdollisuudet.

### **Käytännön toteutus**

Tuotetun mallin perusteella vapaamuotoinen alkuarviointi etenee seuraavasti. Alkuarvioinnin lähtökohtana on yleensä lähettävän tahon tarve hakea asiakkaalle soveltuvaa terapiamuotoa. Lähettävän tahon tietämys musiikkiterapian mahdollisuuksista tai sen soveltuvuudesta tietylle asiakkaalle ei ole välttämättä kuitenkaan riittävä. Tällöin musiikkiterapeuttia pyydetään selvittämään voisiko musiikkiterapia soveltua tämän asiakkaan hoito- tai kuntoutusmuodoksi. Lisäksi alkuarvioinnin tavoitteena on tyypillisesti selvittää millaisia tavoitteita terapialle voitaisiin asettaa sekä millainen terapeuttinen lähestymistapa voisi olla tutkittavalle asiakkaalle toimiva. Samalla otetaan kantaa terapian rakenteeseen ja sen keston. Alkuarvioinnin yhtenä tarkoituksena on myös selvittää asiakkaan ja terapeutin resurssija ryhtyä työskentelemään yhdessä.



KAAVIO 3 Alkuarviointiprosessin alkuvaihe

Alkuarvioinnin rakenne on kaksijakoinen: arviointijakso sinällään on hyvin strukturoitu (1-6 tapaamista, tiheys 1-3 x viikossa, 45 min kerrallaan), mutta tapaamisten sisältö on yleensä vapaamuotoinen. Arviointijakson rakenne ja se, miten tapaamiset suhteessa siihen toteutuvat, antaa terapeutille mahdollisuuden havainnoida mm. asiakkaan ajantajua, kiinnittymistä ja sitoutumista. Se, että yksittäisen arviointikäynnin sisällä on yleensä vain ajalliset puitteet eikä tarkempaa toiminnallista rakennetta, korostaa asiakaslähtöisyyttä ja ajatuksena on mahdollistaa asiakkaalle ominaisten piirteiden ja toimintatapojen - hänen henkilökohtaisen kokemusmaailmansa esilletuloa tilanteissa.

Asiakasta ei arvioida strukturoiduilla kyselyillä, etukäteen muotoilluilla tehtävillä (tai testeillä) tai muuten terapeuttihoitoisen toiminnan kautta, vaan asiakas itse vaikuttaa olennaisesti arviointijakson etenemiseen ja toteutumiseen omalla yksilöllisellä tavallaan. Myös asiakas osallistuu arviointiin eli hän arvioi osaltaan voisiko työskentely juuri tämän terapeutin kanssa, näillä välineillä ja lähestymistavoilla olla hänelle luontevaa ja sopivaa.

Arviointitilanteessa terapeutti pyrkii asiakkaan kiinnostuneisuuden mukaan ohjaamaan tilannetta toiminnan suuntaan rohkaisemalla häntä esim. kokeilemaan soittimia tai valitsemaan kuunneltavaa musiikkia. Pyrkimyksenä on saada kokemuksia yhteisestä tekemisestä ja terapeutti yrittää mahdollisuuksien mukaan "haastaa" asiakasta luovaan toimintaan. Käytännön toiminnan lähtökohdaksi voi osoittautua mikä tahansa, mistä asiakas kiinnostuu: soitin, levy, improvisointi tai tietyn kappaleen soittaminen tai laulaminen, musiikista keskusteleminen, kuvan piirtäminen jne. Terapeutti tähtää aktiivisuudellaan vuorovaikutuksen käynnistämiseen ja sen myötä havainnoimaan asiakkaan käyttäytymistä vaihtelevissa tilanteissa. Arviointitilanteissa terapeutin roolina on luoda ja ylläpitää suotuisaa kanssakäymisen ilmapiiriä.

Yhteenvedo arviointijaksolla kartoitettavista alueista ja keinoista millä tietoa kerätään:

Kartoitettavat alueet:

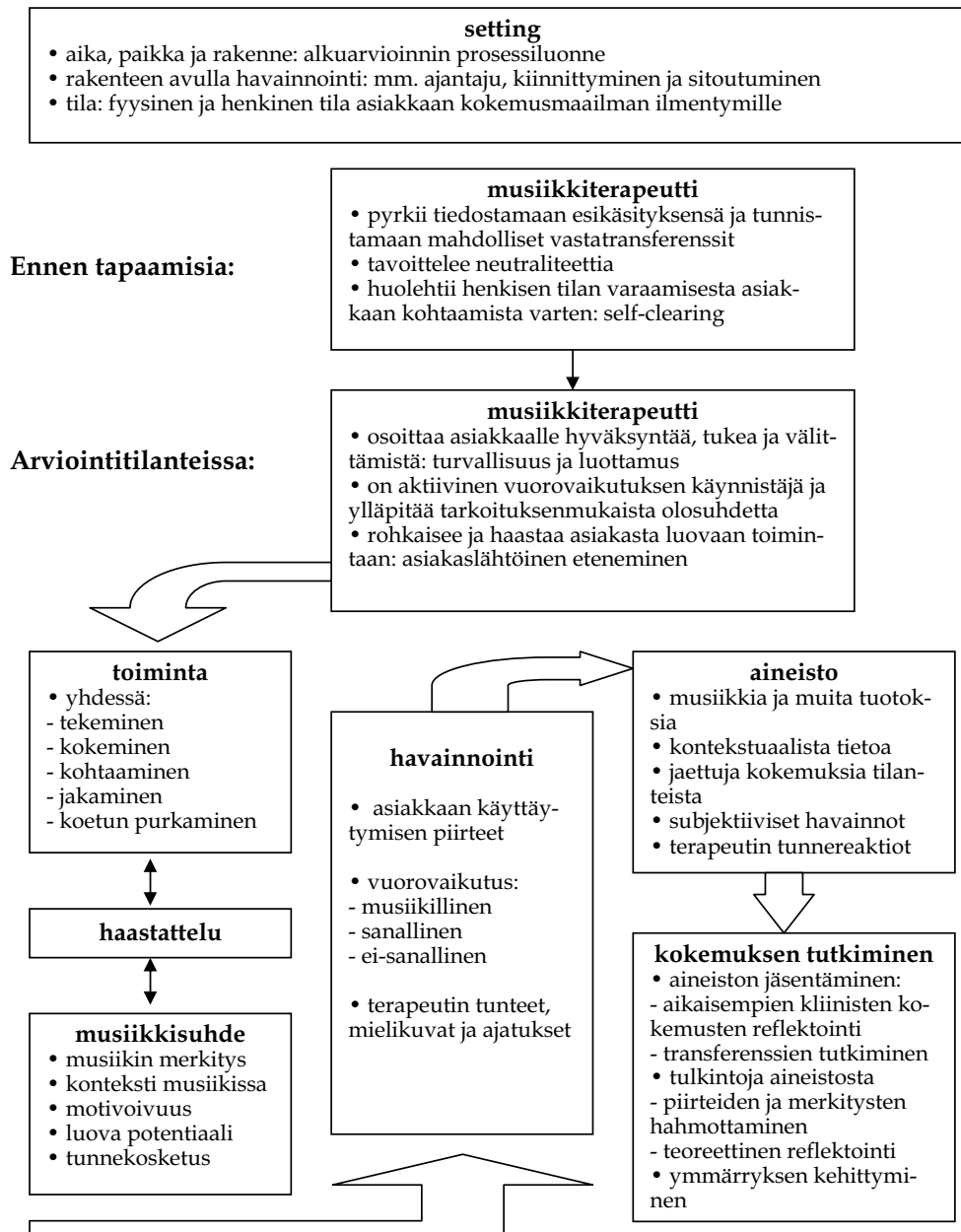
- Kiinnittyminen ja sitoutuminen
- Motivaatio: asiakkaan motivoituneisuus terapiaan; musiikin motivoiva vaikutus
- Odotukset: terapeuttiin, terapiaan tai terapiamuotoon kohdistuvat
- Ongelmat, valmiudet, vahvuudet ja mahdollisuudet: asiakkaalle ominaisten piirteiden ja edellytysten selvittäminen
- Terapiamuodon määrittely: ryhmä- vai yksilöterapian suosittelu
- Yhteistyön toimivuus ja käytännön edellytykset: asiakkaan ja arviointia tekevän terapeutin mahdollisuudet jatkaa varsinaista terapiaa arvioinnin jälkeen
- Terapian mahdollisuudet: musiikkiterapian tavoitteiden määrittely ja niveltäminen muuhun hoidon tai kuntoutuksen kokonaisuuteen
- Lähestymistavat: asiakkaalle soveltuvat musiikkiterapeuttiset lähestymistavat; lähtökohta terapeuttisen suhteen rakentamiselle

Keskeisimmät keinot:

- Rakente ja setting: rakenteen avulla havainnointi; prosessiluonne; terapeuttinen tila asiakkaan yksilöllisen elämis- ja kokemismaailman ilmentymille
- Vuorovaikutuksen tutkiminen: havainnointi musiikillisissa, verbaalisissa ja ei-verbaalisissa tilanteissa; asiakkaan ja terapeutin yhdessä toimiminen, kokeminen, kohtaaminen ja jakaminen
- Musiikkisuhteen kartoittaminen: asiakkaan harrastuneisuus ja musiikin käyttötottumukset sekä kontekstuaalinen ulottuvuus; viitteet asiakkaan henkilöhistoriasta, kulttuurisesta taustasta, sosiaalisista suhteista, tunne-elämän jännitteistä, elämäntilanteesta jne.
- Haastattelu: tiedon kerääminen kliinisellä haastattelulla

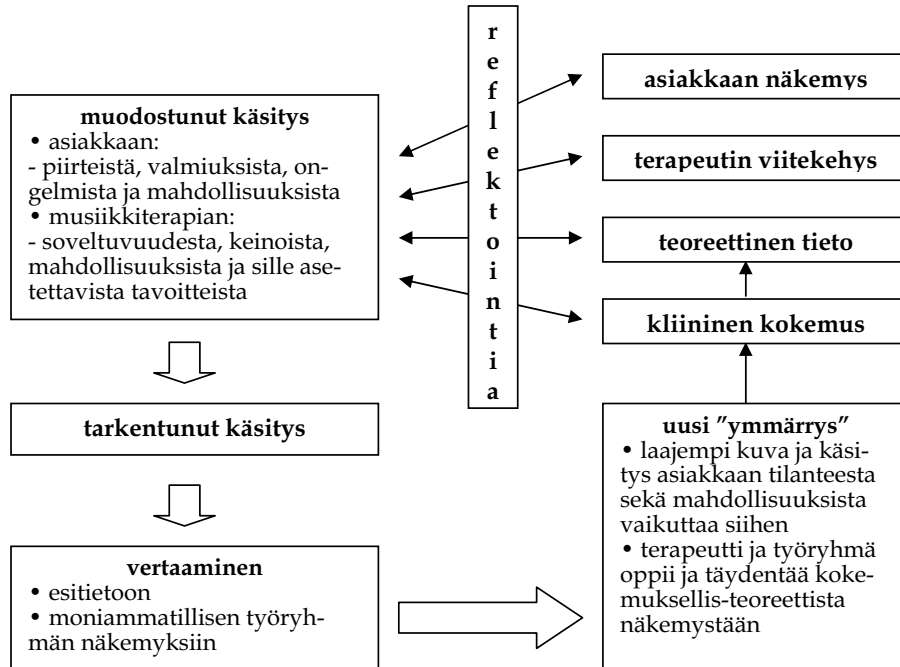
Arvioinnin tarkoitus, asiakkaan tarpeet, terapeutille ominaiset työskentelytavat sekä arviointityön luonne vaikuttavat alkuarvioinnin muotoutumiseen käytännössä.

Terapeutti käyttää monipuolisesti hyväkseen arviointijaksolla tekemiään havaintoja, hankkimaansa kliinistä kokemusta ja itsereflektiota sekä vertailee näiden pohjalta muodostamaansa käsitystä esitietoihin ja moniammatillisen työryhmän käsityksiin asiakkaan tilanteesta. Lisäksi asiakkaan omat näkemykset otetaan huomioon ja yhteenvetovaiheessa käydään mahdollisuuksien mukaan vielä keskinäistä ajatustenvaihtoa arviointijakson kokemuksista.



KAAVIO 4 Arviointitilanteet





KAAVIO 5 Arviointijakson päätösvaihe

Usean tietolähteen käyttäminen kokonaiskäsitystä muodostettaessa tarkoittaa musiikkiterapia-arvioinnin tiedonkeruun monimenetelmäisyyttä ja kerätyn tiedon laaja-alaista reflektointia. Musiikkiterapeutti ei rajoita arviointia pelkästään asiakkaan musiikilliseen ilmaisuun tai hänen musiikilliseen käyttäytymiseen vaan arvioinnissa korostuu kokonaisvaltaisuus ja eri tilanteissa havaitun käyttäytymisen vertaileva havainnointi. Asiakkaan haastattelu on yleensä vapaaehtoista keskustelua muun toiminnan ohessa eikä strukturoituja klinisiä haastatteluja juuri tehdä.

Arviointijakson jälkeen terapeutti raportoi lähettävälle taholle havainnoistaan ja päätelmistään joko kirjallisella lausunnolla tai suullisesti esim. yhteisneuvottelun yhteydessä. Lausunto on tyypillisesti laadullinen kuvaus arviointijakson kokemuksista, asiakkaan piirteistä, hänen valmiuksistaan ja ongelmistaan. Lausunnossa otetaan kantaa myös musiikkiterapian mahdollisuuksiin asiakkaan (kokonais)kuntoutuksessa ja määritellään terapian alustavia tavoitteita sekä millainen terapian suositeltava rakenne olisi ja mikä sen oletettu kesto näillä tavoitteilla on. Mikäli suositusta musiikkiterapian aloittamisesta ei tehdä, voidaan ehdottaa myös muiden tahojen jatkokonsultaatiota.

## Yhteenveto

Kyseessä on tutkimuspohjainen laadullisen synteessin pohjalta mallinnettu arviointiproseduurin kuvaus. Vapaamuotoinen arviointi yhdistelee useita tietolähteitä ja edellyttää terapeutilta monipuolista eri menetelmien hallintaa ja reflektoivaa, tutkivaa työskentelyotetta. Vapaamuotoisen arvioinnin yhteydessä tehtävä havainnointi on luonteeltaan subjektiivista, koska terapeutti itse osallistuu tilanteisiin sekä tekijänä että kokijana eikä havainnoinnin kohteita ja sisältöä (mitä ja miten havainnot rekisteröidään) tarkemmin määritellä. Luonteenomaista tälle mallille on yksilöllisyyden korostaminen ja se, että asiakkaan objektivointia vierastetaan.

Arviointityön tutkivassa perusotteessa on laadulliselle tutkimukselle ominaisia piirteitä, etenkin kun arviointijakson havainnointia ja muuta aineistoa ei määrällistetä, vaan lähtökohtana on asiakkaiden laadullisesti erilaiset tavat toimia ja kokea tilanteita. Uutta asiakasta ei arvioida ennalta määrittelystä näkökulmasta eikä tiettyjen tehtävien tai tarkasti määriteltyjen havainnointikohteiden perusteella. Asiakas nähdään kokevana subjektina siinä missä terapeutin, ja tiedon ja käsityksen rakentuminen on luonteeltaan konstruktivistista: tieto ei ole valmiiksi olemassa, vaan se muodostuu vuorovaikutteisesti (jaettuina) kokemuksista ja havainnoista tutkimalla. Arviointijakson aineiston analysoinnissa ja tulkitsemisessa on hermeneuttisen tutkimusotteen piirteitä, koska tarkoituksena on muodostaa merkityksiä ja ymmärtää niiden avulla asiakkaan maailmaa ja sen keskeisiä piirteitä. Terapeutti tulkitsee subjektiivisia havainnointiaan ja omia (tunne)kokemuksiaan sekä vertailee muotoutuvaa käsitystään suhteessa teoriataustaan. Rakentuva ymmärrys perustuu tulkinnan, vertailun ja reflektionin jatkuvalla vuorottelulla, joka on tyypillistä hermeneuttiselle tutkimukselle. (esim. Anttila 1999; Ashworth 2003.)

Arvioinnin kokonaisnäkömyksen tuottamiseen osallistuu useita tahoja, asiakas itse mukaan lukien. Arviointimallin teoreettinen tausta on eklektinen psykodynaamisen näkökulman painottuessa haasteltujen terapeuttien työskentelyotteen mukaisesti. Psykkisesti oireilevan asiakkaan vapaamuotoinen alkuarviointi musiikkiterapiassa on kaiken kaikkiaan hyvin dynaaminen prosessi, johon vaikuttavat kokemukselliset, kulttuuriset ja viitekehyselliset tekijät sekä ennen kaikkea asiakkaan ja terapeutin yksilölliset ominaisuudet ja taustat sekä niiden resonoiva (vrt. Jahn-Langenberg 2002) kohtaaminen vuorovaikutussuhteessa. Tällaisesta arvioinnista erityisen tekee vapaan musiikillisen vuorovaikutuksen ja luovan tekemisen mahdollistama vaihtoehtoinen kosketuspinta yhdessä kokemiselle, havainnoinnille ja rinnakkaisille merkityksenmuodostuksen prosesseille.

## 5 MUSIIKKITERAPIA-ARVIOINNIN STRATEGIOITA, MENETELMIÄ JA APUKEINOJA

Kuten luvun 4 kuvauksista ilmenee, arviointimenetelmien ja -mallien taustat, kontekstit, tarkoitus, käytännön toteutus, käytettävät keinot ja teoreettinen viitekehys poikkeavat toisistaan paljonkin. Osa arviointimenetelmistä on tutkimukselliseen käyttöön tarkoitettuja, osaa niistä voidaan soveltaa myös kliiniseen käytäntöön. Osa käytännön menetelmistä on vastaavasti tutkimusmenetelmistä johdettuja ja osa menetelmistä nousee suoraan käytännön kliinisistä asetelmista ja menettelytavoista. Mallien ja menetelmien tausta vaikuttaa myös siihen, miten ja millä käsittein niitä ylipäätään kuvataan. Myös kohderyhmät on eri tavoin ja eri tarkkuudella määriteltyjä. Näitä sinänsä samalle kliiniselle (psykiatrian) sovellusalueelle tarkoitettuja malleja ja menetelmiä yhdistää oikeastaan vain musiikin käyttäminen osana tiedon keräämistä ja arviointia, melkein kaikki muu vaihtelee. Kun musiikilla itselläänkin on toki eri rooleja, merkityksiä ja painotuksia, voidaan havaita, että musiikkiterapia-arviointi näyttää hyvin monipuolisena ja varsin eri tavoin toteutettavissa olevana ilmiönä eri mallien ja menetelmien kautta tarkasteltuna. Tällaisella moninaisuudella on toki kääntöpuolensakin eli jos yhtenäisiä käsitteitä, toimintatapoja tai teoreettisia kehyksiä ei ole, se vaikuttaa sekä alan sisäiseen kommunikaatioon ja käytäntöjen kehittämiseen että myös lähialojen kanssa tehtävään moniammatilliseen työskentelyyn.

### 5.1 Aineiston analysoinnin tuottamasta jaottelusta ja synteesisistä

Tämän tutkimuksen kirjallisuuspohjaisen osion alkuvaiheessa yhtenä ajatuksena oli tuottaa laadullinen synteesi eri malleissa kuvatuista arvioinnin osaluista (arvioitavista alueista), menetelmistä ja keinoista, mutta mitä pitemmälle tutkimus eteni, sitä vaikeammaksi tämä tavoite tuottaa ”mallien malli” osoittautui. Yritys muodostaa synteisiä kirjallisuudessa kuvatuista malleista ja menetelmistä johti toistuvasti synteessin sisäisen logiikan peittämiseen. Osaltaan

tätä vaikeutta selittää se, että musiikkiterapia-arvioinnin yhteydessä käytetty käsitteistö (vrt. esim. arviointimenetelmä, arviointimalli, arviointityökalu, arviointiväline, arviointikeino, arviointiprotokolla, arviointiproseduuri, arvioinnin lähestymistapa, arviointimittari jne.) on vielä vakiintumatonta ja että erilaiset viitekehyselliset näkökulmat ovat varsinkin ääripäissään huomattavan etäällä toisistaan ja siksi suorastaan mahdottomia sisällyttäväksi samaan malliin. Näin ollen tällaisen menetelmällisen synteesin tuottamisen ideasta on prosessin varrella luovuttu. Sen sijaan on päädytty luomaan luokitus ja jaottelu, joka kuvaa ja syntesoi erilaisia arvioinnin lähtökohtia sekä arvioinnin suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä strategisia ja menetelmällisiä vaihtoehtoja. Jaottelussa huomioidaan myös arviointiaineiston analysoinnin erilaisia apukeinoja.

*Strategialla* tarkoitetaan arvioinnin kokonaisuuden toteuttamistapaa ja eritasoisesti strukturoituja menetelmällisiä ratkaisuja, jotka ohjaavat käytännön toimia ja vaikuttavat arvioinnista saatavan tiedon luonteeseen. Strategian voi yksinkertaistettuna ajatella olevan joko strukturoitua toimintatapaa ja määrällisiä keinoja painottava, tai vapaamuotoisempaa ja laadullisia keinoja ja prosessiluonteisia lähestymistapoja painottava. Arvioinnin suunnittelussa strategia avaa erilaisia vaihtoehtoisia näkymiä arvioinnin käytännön toteuttamiseen.

Arvioinnissa käytettävät *menetelmät* (millä keinoin tietoa kerätään) voivat olla tarkastikin määriteltäviä osassa julkaistuja arviointimalleja. Tällöin strukturoitu lähestymistapa määrittää yleensä myös menetelmällistä kokonaisuutta. Jos arviointimenetelmää sen sijaan ei ole mallissa tarkasti määritelty, menetelmällä tarkoitetaan tämän tutkimuksen jaottelussa käytännön lähestymistavan, aineiston keräämisen ja käsittelyn sekä käytettävien apukeinojen muodostamaa kokonaisuutta. Arvioinnin yhteydessä menetelmä eroaa näin siis käsitteellisesti musiikkiterapiassa käytettävästä yleismenetelmästä (laulaminen, improvisaatio, musiikin kuuntelu jne.) laajemman sisältönsä perusteella. Yleismenetelmä voi olla käytännön lähestymistapa, jota hyödynnetään aineiston tuottamisessa, mutta arviointimenetelmä rakentuu musiikkiterapian yleismenetelmän ja siihen liitettävän aineiston käsittelytavan ja jäsentämisen apukeinon yhdistelmästä.

*Apukeinolla* tarkoitetaan esim. erilaisia asteikkoja, havaintojen muodollisia jäsentämiskeinoja (esim. tarkistuslista), reflektiivistä päiväkirjaa, koodaus- tai luokitteluohjeita tai tietokoneavusteisia ratkaisuja, joita hyödynnetään arviointiaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa.

Kuten tämän tutkimuksen kulkua ja metodologiaa käsittelevässä luvussa 3 todettiin, tämän tutkimuksen tuloksena esiteltävä jaottelu perustuu kirjallisuuspohjaisen aineiston sisältämien elementtien, käsitteiden ja ilmiöiden sekä myös aikaisemmissa tutkimusvaiheissa tuotetun vapaamuotoisen arviointimallin jatkuvaan keskinäiseen vertailuun. Tutkimuksen tulos on laadullinen synteesi musiikkiterapia-arvioinnin erilaisista lähtökohdista, arvioinnin suunnittelun vaihtoehtoisista strategioista ja käytännön toteutuksesta. Synteesin eri osatekijöitä yhdistelemällä voi luoda erilaisia näkymiä arvioinnin toteuttamiseen ja pohtia kulloiseenkin tarpeeseen soveltuvia tarkoituksenmukaisia valintoja ja menettelytapoja.

Jaottelua ja sanallisia täsmennyksiä voi käyttää sekä olemassa olevien arviointimallien ja -menetelmien jäsentämiseen että kliiniseen työhön tarvittavien

arviointikäytäntöjen kehittämiseen. Arvioinnin periaatteita voidaan jäsentää jaottelun mukaisesti **arvioinnin lähtökohta** (kohderyhmä, arvioinnin tarkoitus, taustalla oleva viitekehys), **suunnittelu** (miten arvioinnin osa-alueet määritellään ja millainen valittu strategia on), **toteutus** (menetelmät, arvioinnin aineisto ja analysointi, johtopäätökset sekä raportointi) ja **seuranta** (miten arvioinnissa tuotettua tietoa ja käytettyjä menetelmiä voidaan käyttää terapian seurannan eri muodoissa ja vaiheissa). Jaottelun luokat eivät ole välttämättä toisiaan poissulkevia, vaan luonnehtivat lähinnä kullekin osa-alueelle ominaisia piirteitä ja luonnetta. Jaottelussa noudatetaan seuraavaa nelitasoista otsikointia: I., A., 1., a. jne., jolloin päätasot ovat I. ARVIOINNIN LÄHTÖKOHTA, II. SUUNNITTELU, III. TOTEUTUS ja IV. SEURANTA. Alaluokat sanallisine täsmennyksineen seuraavat em. jaottelua. Kaaviossa 5 (seur.sivu) esitellään tuotetun jaottelun ja synteessin ylimmät tasot. Niiden tarkentavat kuvaukset ja alaluokat esitellään luvuissa 5.2-5.5.

## 5.2 Arvioinnin lähtökohta ja tausta

Musiikkiterapia-arvioinnin toteuttamisen taustalla on useita tekijöitä, jotka vaikuttavat sen muotoutumiseen. Seuraavassa eritellään kohderyhmään, arvioinnin tarpeeseen sekä taustalla olevaan teoreettiseen viitekehykseen liittyviä näkökulmia.

### I. ARVIOINNIN LÄHTÖKOHTA

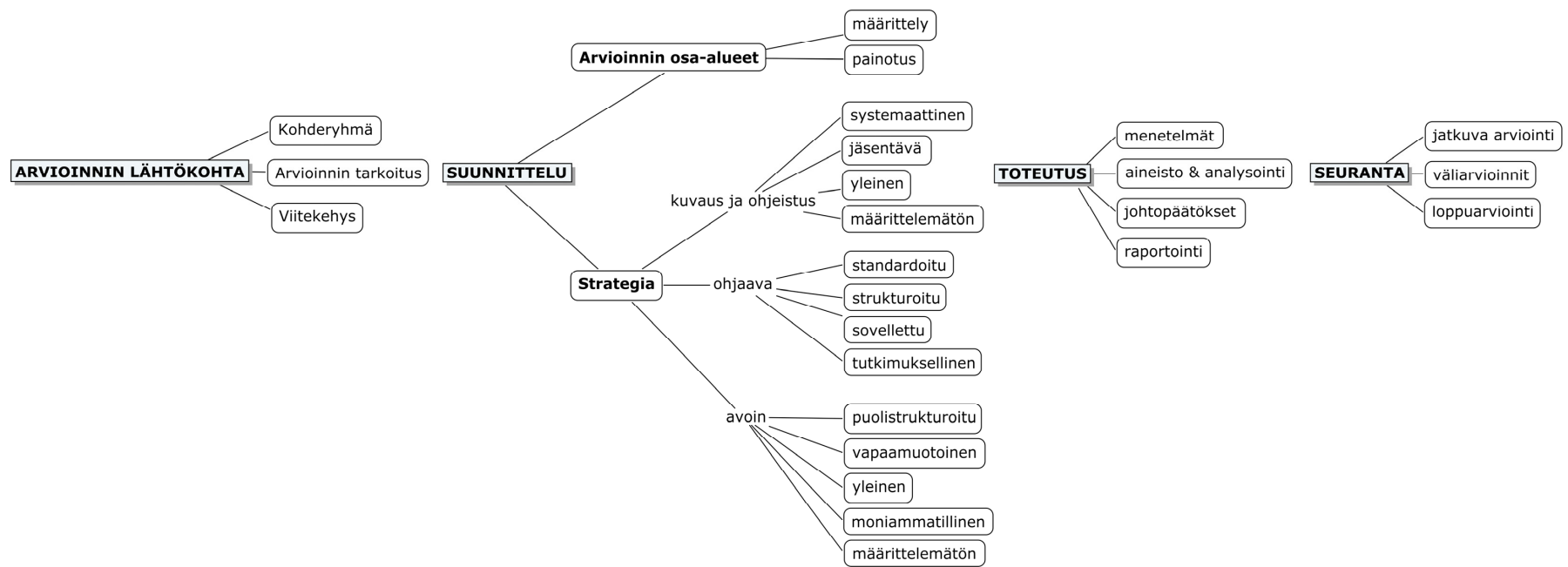
**A. Kohderyhmä** – rajaus: millaiselle kohderyhmälle tai millaisessa yhteydessä arviointi toteutetaan; miten arviointimalli tai -menetelmä huomioi kohderyhmän erityispiirteet

**1. kontekstiperusteinen:** arviointiproseduuri ja -menetelmät liittyvät tiettyyn kontekstiin ja asetelmaan, esim. sairaalaan tai osastoon, ja arviointikäytäntö räätälöidään palvelemaan tämän tahon kohderyhmän erityisiä tarpeita

**2. ongelmaperusteinen:** arviointi kohdennetaan tiettyyn yleisen tason ongelma-alueeseen, kuten esim. neurologisiin tai psyykkisiin ongelmiin tai niiden alatyyppeihin, mutta kohderyhmää ei diagnostisesti tarkemmin täsmennetä; voi sisältää yleisen tason rajauksen, esim. käyttäytymishäiriöt

**3. diagnosoiperusteinen:** arvioinnin kohteena oleva kohderyhmä määräytyy diagnostisen ryhmän perusteella ja menettelytapa on tämän kohderyhmä erityispiirteet huomioiva

**4. valikoitu:** arvioinnin kliinistä kohderyhmää täsmennetään diagnostisen määrittelyn ohella myös oirekuvalla, ikäryhmällä, tms. kriteerillä, joka rajaa ja valikoi kohderyhmän edellistä tarkemmin



KAAVIO 6 Musiikiterapia-arvioinnin taustatekijöitä ja toteutuksen strategioita

**5. yksilöllinen:** asiakkaan/potilaan yksilöllisiä piirteitä, valmiuksia ja ongelmia painottava; toiminta- ja menettelytavat ratkaistaan tapauskohtaisesti

**B. Arvioinnin tarkoitus** – tarpeet mistä arviointia tehdään ja suunnitellaan eli mihin sillä pyritään vastaamaan – minkä tahon intressistä arvioinnin tekeminen tai kehittäminen lähinnä toteutuu

**1. lähettävän tahon tarve:** selvittää terapiamuodon soveltuvuutta, saada lisää tietoa asiakkaasta esim. diagnosoinnin tai erotusdiagnoosin tekemistä varten; terapiamuodon mahdollisuuksien tutkiminen asiakkaan kohdalla; interventioiden ja terapian tehon ja vaikuttavuuden selvittäminen

**2. terapeutin/palveluntuottajan tarve:** kartoittaa asiakkaan piirteitä, valmiuksia ja ongelmia; selvittää asiakkaan terapian tarve; tutkia terapiamuodon, lähestymistapojen, menetelmien ja terapeutin työtapojen soveltuvuus; selvittää terapeuttinen yhteensopivuus ja yhteistyösuhteen toimivuus; määrittellä terapian tavoitteita; tuottaa tietoa muille ammattilaisille - konsultointi; eri tahojen toiminnan yhteensovittaminen – kokonaisuhoitoon liittyvä yhteistyö; palvelun laadun kehittäminen ja ylläpitäminen

**3. asiakkaan/lähipiirin tarve:** terapian mahdollisuuksien tarkentaminen; terapiamuodon, lähestymistavan ja terapeutin soveltuvuus; luottamus – yhteistyön sujuvuus

**4. maksavan tahon tarve:** terapian vaikuttavuus; palvelun kustannusvastaavuus – satsauksen määrän suhde saatavaan hyötyyn

**5. moniammatilliseen työskentelyyn liittyvä:** lisää tietoa asiakkaasta; kokonaisuhoitoon suunnittelu; yhteistyön määrittäminen

**6. institutionaalinen:** näytön tarve; kustannustehokkuus; korvattavuuden määrittäminen; terveydenhuoltopoliittinen päätöksenteko

**7. kehittämistyöhön liittyvä:** ammatillisten käytänteiden luominen ja kehittäminen; professionalisaatioon liittyvä intressi

**8. tieteellinen:** tiedeyhteisön tai tieteellisen debatin ohjaama tutkimuksellinen intressi eli määrittellään mihin arvioinnin osa-alueeseen tutkimuksellinen mielenkiinto kohdistuu ja miten sitä aiotaan selvittää; tai selvitetään esimerkiksi miten arvioinnin alueet, komponentit ja menetelmät voisi operationalisoida ja edelleen tutkia testin tai asteikon psykometrisia ominaisuuksia

**C. Viitekehys** – miten arvioinnin taustalla oleva teoria määrittellään ja kuvataan; viitekehys vaikuttaa laajasti arvioinnin osa-alueisiin ja teknii-koihin; terapeutille ominainen työskentelyote/viitekehys voi ohjata toteutusta

**1. ankkuroitu:** taustalla on tietty määritely teoreettinen viitekehys, esim. psykodynaaminen, humanistis-eksistentiaalinen, behavioristinen jne.

2. **sovellettu:** arvioinnin taustalla on tietty adoptoitu teoria, jonka periaatteita on sovellettu musiikkiterapian yhteyteen
3. **määritelty eklektinen:** tiettyjen määriteltyjen viitekehysten yhdistelmä, esim. kehitysteoreettinen, psykodynaaminen ja humanistis-eksistentiaalinen
4. **tarkentamaton eklektinen:** eklektiseksi nimetty, mutta tarkemmin määrittelemätön eri viitekehysten yhdistelmä
5. **määrittelemätön:** viitekehystä ei määritelty, mutta kuvailusta on löydettävissä viittauksia tunnettuihin teoreettisiin viitekehyksiin; voi esiintyä esim. kliinisten tapauskertomusten yhteydessä
6. **epäselvä:** viitekehystä ei ole kuvattu ja sen päättelyminen kuvauksen perusteella on vaikeaa; teoreettisesti kevyt ja spekulatiivinen

Arvioinnin lähtökohtaan voi vaikuttaa lukuisat asiakas- ja terapeuttisidonnaiset sekä lähettävään ja kustantavaan tahoon liittyvät tarpeet ja ehdot. Sekä hoito-yhteisön että terapeutin teoreettinen viitekehys vaikuttavat ratkaisevasti arvioidavien ongelmien, vahvuuksien ja potentiaalien sekä myös terapeuttisen muutosprosessin mahdollisuuksien määrittämiseen. Arvioinnin lähtökohta voi olla myös viitekehyksellisesti epäselvä tai ristiriitainen, joka voi vaikuttaa siihen miten eri tahojen ammatillinen viestintä toimii.

### 5.3 Arvioinnin suunnittelu ja strategisia valintoja

Arvioinnin tarkoitus ja sen toteutuksen konteksti ohjaavat suunnittelua, jossa määritellään tai hahmotellaan arvioitavia alueita ja tehdään strategisia valintoja, jotka eri tavoin ohjaavat edelleen arvioinnin käytännön toteuttamista. Seuraavassa eritellään arvioinnin osa-alueiden määrittelyyn ja painotuksiin sekä vaihtoehtoisiin strategisiin valintoihin liittyviä näkökulmia.

## II. SUUNNITTELU

### A. Arvioinnin osa-alueet

#### 1. Arvioidavien alueiden määrittely

- a. **yleinen:** arvioinnin fokus määritellään yleisellä tasolla, kuten oireet ja patologia, toimintakyky, voimavarat ja selviytymiskeinot jne.
- b. **täsmennetty:** arvioinnin alueita kuvataan myös alakohdittain, esim. sosiaalinen, kognitiivinen, emotionaalinen, motorinen, sensorinen ja musiikillinen, mutta alueilla esiintyviä ongelmia tai valmiuksia ei tarkemmin eritellä



**c. yksityiskohtainen:** arvioinnin alueet määritellään sekä ylä- että alaluokkina ja kunkin osa-alueen erityispiirteet, ongelmat tai valmiudet eritellään

**d. sovellettu tai teoriaperusteinen:** arvioinnin alueet lainataan rinnakkaisalan luokittelusta tai tietyn viitekehäyksen määrittelyihin liittyen – lisäksi voi olla jokin musiikkiterapian erityispiirteet huomioiva osa-alue

**e. yksilöllinen:** arvioinnin alueet valitaan tapauskohtaisesti esim. terapeutin kliiniseen kokemukseen perustuen – asiakkaan ainutlaatuisuutta ja hänen tilanteensa yksilöllistä ilmiä korostetaan

**f. määrittelemätön:** arvioinnin alueita ei ole määritelty, mutta arvioinnin perusteella otetaan silti kantaa esim. musiikkiterapian soveltavuuteen ja annetaan suosituksia terapian tavoitteesta, rakenteesta, kestosta yms.

**2. Painotus:** arvioinnissa voi olla useita eri painoalueita, mutta mallit ja menetelmät keskittyvät yleensä erityisesti johonkin niistä tai eri painopistealueilta poimitaan tiettyjä tarkemmin tutkittavia alueita eli toteutetaan eräänlainen kliininen synteesi hyvin erilaisista kiinnostuksen kohteista

**a. vuorovaikutuspainotteinen:** arviointi fokusoidaan asiakkaan ja terapeutin keskinäisen vuorovaikutuksen piirteiden ja siinä esiintyvien ongelmien ja vahvuuksien määrittelyyn; vuorovaikutuksessa huomioidaan kehollinen, sanallinen, ei-sanallinen ja musiikillinen ilmaisu sekä kontaktihakuisuuden tai välttelyn eri muotoja; tutkitaan yhteistyösuhteen (terapeuttisen allianssin) rakentumista ja toimivuutta

**b. käyttäytymistä painottava:** arviointi fokusoidaan ulkoisesti havaittavan käyttäytymisen määrittämiseen (piirteet, valmiudet ja ongelmat eri alueilla)

**c. musiikkipainotteinen:** arviointi fokusoidaan musiikilliseen tekemiseen, kokemiseen, valmiustasoon ja musiikkisuhteeseen; muita alueita kuten esim. ei-musiikillista vuorovaikutusta ja sanallista kommunikointia ei omina kohtinaan erityisesti huomioida

**d. kokemuksellisuutta painottava:** arviointi fokusoidaan asiakkaan kokemusmaailman olemuksen ja piirteiden (myös vielä tiedostamattomien) selvittämiseen. Kokemuksen tutkiminen edellyttää yleensä asiakkaalta kykyä sanallistaa kokemaansa. Mitä niukemmat valmiudet asiakkaalla on käsitellä ja käsitteellistää kokemuksia sanallisesti, sitä enemmän arvioinnissa korostuu terapeutin oman subjektiivisen kokemuksen ja esim. vastatransferenssin tulkinta.

**e. ilmaisupainotteinen:** arvioinnin fokuksessa on asiakkaan kehollinen, sanallinen, ja musiikillinen ilmaisu sekä ilmeet ja eleet, jotka erikseen tai keskenään vertailtuina eri yhdistelminä viestivät asiakkaan itseilmaisun piirteitä ja tunne-elämän eri tilojen ja dynamiikan ilmenemismuotoja.

**f. persoonallisuutta painottava:** arvioinnin fokus on yksilöllisten persoonallisuuden piirteiden, kuten esim. temperamentin, sosiaalisuuden, luovuuden ja kognitiivisen eri ilmenemismuotoihin liittyvää.

**g. emootioita painottava:** arvioinnissa fokusoidaan asiakkaan tunne-elämän nykytilaan ja taustaan sekä selvitetään tämän alueen patologisia piirteitä ja tarvittavia interventioita. (kuten toki kaikissa muissakin) Erityisenä mielenkiinnon kohteena on tyypillisesti tunne-elämän dynamiikka eli sen latteus tai ailahtelevaisuus sekä tyypilliset reaktiot ja säätelykeinot.

## B. Strategia

**1. Kuvaus ja ohjeistus** – miten arvioinnin kokonaisuus ja sen vaiheet kuvataan

**a. systemaattinen:** yksityiskohtaisesti kuvailtu ja määritelty kokonaisuus, menettelytapojen ja toteutuksen ohjeistus

**b. jäsentävä:** vaihtoehtoisia menettelytapoja kuvaileva, ei yksityiskohtaista ohjeistusta

**c. yleinen:** esitellään arvioinnin periaatteet ja eri lähestymistapoja yleisellä tasolla, mutta ei tarkempia ohjeita toteutuksesta

**d. määrittelemätön:** ei kuvailla arvioinnin kokonaisuutta, menettelytapoja tai toteuttamistapaa, kuvaus keskittyy alemman tason yksityiskohtaisempiin ilmiöihin

**2. Ohjaava** – strategia on luonteeltaan arvioinnin kokonaisuuden toteuttamista määrittävä ja ohjaava

**a. standardoitu:** tiettyyn kohderyhmään vakioitu tutkimuspohjainen malli, joka toteuttaminen vaatii erityistä perehtyneisyyttä; sisältää yleensä myös määrällisiä osioita; arviointi toteutetaan aina samoin periaattein ja toimintatavoin; määritelty kirjallinen raportointi

**b. strukturoitu:** perustuu julkaistuun arviointimalliin, jossa voi olla prosessiseurantaan soveltuvia määrällisiä osioita; noudatetaan tiettyä – yleensä terapeutitajohtoista - toteutustapaa; kirjallinen raportointi

**c. sovellettu:** tietyille kohderyhmälle tai tiettyyn toteuttamisympäristöön suunniteltu arviointimalli tai -menetelmä, jota voidaan kuitenkin muutoksin soveltaa myös muille kohderyhmille

**d. tutkimuksellinen:** kliinistä arviointia rajatumpi asetelma, jossa tarkoituksena on selvittää esim. tietyn menetelmän, mittarin tai asteikon toimivuus tietyn ongelman, oireen tai valmiuden arvioinnissa, tai vertaisarvioinnin tulosten yhtäpitävyyden tutkimisessa

**3. Avoin** – strategia on luonteeltaan erilaisia vaihtoehtoisia toteuttamistapoja mahdollistava

**a. puolistrukturoitu:** aukikirjoitettu lähestymistapa, jossa on sekä ennalta määriteltyjä terapeuttihoitoisia osioita että asiakaslähtöisiä vapaamuotoisia osioita; yleensä kuvaileva raportointi

**b. vapaamuotoinen:** tietty vakiintunut toimintatapa, perustuu yleensä kliinisessä työssä kehitettyyn toimintatapaan; määritellyt ulkoiset rakenteet, mutta vapaamuotoinen menetelmällinen toteutus ja asiakaslähtöinen eteneminen; kuvaileva kirjallinen tai suullinen raportointi

**c. yleinen:** arviointiproseduuri ja -menetelmät kuvataan yleisellä tasolla, eikä kohderyhmää tarkemmin rajata, ns. geneeristä mallia tai menetelmää hyödyntävä

**d. moniammatillinen:** laaja-alainen eri tahojen ja eri menetelmien avulla tuotettuun tietoon ja sen vertailevaan yhdistelemiseen perustuva toimintatapa; moniammatillista työskentelyä tai useita viitekehyksellisiä näkökulmia hyödyntävä arviointi, jossa asiakas ja hänen lähipiirinsä ovat aktiivisia osallisia; erikoisalakohmainen raportointi, josta koordinoiva taho tekee koonnin

**e. määrittelemätön:** asiakaskohtaisesti vaihteleva toimintatapa, ei määriteltyjä toteutustapoja; ei muodollista raportointia; epävirallinen

Arvioitavien alueiden määrittelyt ja painotus sekä arvioinnin toteutusta ohjaavat strategiset valinnat vaikuttavat olennaisesti siihen, miten arviointia lähde-tään käytännössä toteuttamaan ja myös siihen millaista tietoa sillä pyritään tuottamaan.

## 5.4 Arvioinnin toteutus ja menetelmällisiä valintoja

Arviointimenetelmä muodostuu käytännön lähestymistavan, aineiston keräämisen ja käsittelyn sekä jäsenyksessä käytettävän apukeinon yhdistelmästä. Näin ollen esim. pelkkä kliininen improvisaatio ei ole arviointimenetelmä sellaisenaan, vaan se on käytännön lähestymistapa, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa, ja jota voidaan edelleen käsitellä ja jäsentää.

Arviointimenetelmä voi olla määritelty myös itse mallissa (jos on kyse esim. standardoidusta tai strukturoidusta strategiasta), jolloin arviointimalli sisältää jonkin määritellyn menetelmällisen kokonaisuuden, jossa sekä kuvataan käytännön lähestymistapa että aineiston kerääminen ja sen analysointi keinoineen.

#### IV. TOTEUTUS

**A. Menetelmät** – millaisia käytännön menetelmiä arvioinnissa käytetään, millainen terapeutin rooli on ja millainen toimintatapa tai näkökulma painottuu (esim. esitietoa painottava, toiminnallinen, käyttäytyminen eri muodoissaan, musiikillinen, sanallinen, ei-sanallinen vuorovaikutus)

**1. esitietojen tutkiminen:** terapeuteilla on erilaisia näkemyksiä esitiedon merkityksestä ja käyttötavoista omaksumaansa työkentelytapaan liittyen

**2. havainnointi**

**a. vapaa havainnointi:** toiminnan ohessa tehtävää yleistä havainnointia

**b. strukturoitu havainnointi:** ennalta määriteltyjen havainnointikohteiden tai -alueiden mukaisesti tehtävää havainnointia

**c. vertais- tai asiantuntijahavainnointi:** ulkopuolisten havainnoitsijoiden käyttäminen – yleensä tutkimuksellinen asetelma

**3. haastattelu**

**a. vapaamuotoinen haastattelu:** epämuodollista keskustelua yleensä muun toiminnan ohessa; teema-alueet määrittyvät terapeutin työtapojen ja suuntautuneisuuden mukaan

**b. strukturoitu haastattelu:** ennalta määriteltyjen kysymysten tai teema-alueiden mukaan toteutettava kliininen haastattelu; voi olla myös lähialoilta lainattuun haastattelu-runkoon perustuva

**4 tehtävät ja testit:**

**a. projektiivinen kuuntelu:** julkaistun musiikki- tai ääniperusteisen projektiivisen testin tekeminen

**b. musiikilliset tehtävät:** julkaistun tehtäväperusteisen menetelmän soveltaminen tai terapeutin käyttämän sisällöllisesti määritellyn ”harjoituksen” tekeminen

**c. lähialoilta lainatut ja/tai sovelletut testit:** musiikkiterapiaan soveltuvan tai sovellettavan testin käyttäminen

**5. musiikillinen toiminta:** aktiivinen musiikillinen tuottaminen ja musiikillinen vuorovaikutus soittimilla tai ääntä tuottamalla (laulamalla)

**6. musiikin kuuntelu:** kuunteluun perustuva lähestymistapa, jolla pyritään saamaan tietoa asiakkaasta ja hänen kokemusmaailmaansa musiikin välittämänä

**a. preferentiaalinen** (asiakkaan mieltymyksiin ja valintoihin perustuva)

**b. reseptiivinen** (terapeutin valintoihin perustuva)

**c. reflektiivinen** (musiikillista kokemusta sanallisesti tai luovan työskentelyn avulla työstävä)

**7. kyselyt:**

**a. ohjattu:** terapeutti esittää väittämiä tai kysymyksiä – asiakas vastaa annettujen periaatteiden mukaan

**b. vapaamuotoinen:** asiakas vastaa itsenäisesti ja vapaamuotoisesti eri aihealueiden kysymyksiin

**c. itsearvioinnit:** asiakas tekee itsearvioinnin jonkin tunnetun asenne-, oire- tai tilannekartoituskyselyn perusteella – terapeutti tutkii vastaukset ja toistaa kyselyn myöhemmin seurannassa

**8. tallentaminen:** ääni- ja kuvatallenteisiin perustuva (huom. tallenteet mahdollistavat useita eri fokuksia aineiston analysoinnissa sekä myös ulkopuolisten arvioitsijoiden käytön)

**B. Aineisto ja analysointi** – millaista aineistoa arviointi tuottaa ja miten sitä käsitellään

**1. aineisto ja sen käsittely**

**a. taustatiedot:** esitietojen tutkiminen ja jäsentäminen

**b. muistiinpanot:** esim. vapaamuotoiseen haastatteluun, asiakkaan mieltymyksiin ja hänen omaan tilanteeseensa liittyviin käsityksiin liittyen

**c. havainnot:** esim. yleisten tilanteissa tehtyjen havaintojen kuvailu, eriteltyjen kohteiden (esim. tarkistuslistassa) havaintojen jäsentäminen, ja ennalta määriteltyjen havainnointikohteiden määrällistäminen (reittaus)

**d. päiväkirja:** terapeutin päiväkirjamerkintöjen reflektiivinen jäsentäminen

**e. tuotokset:** asiakkaan arviointitilanteissa tuottamien luovien tuotosten (esim. kuvien) kuvaileminen

**f. testi/mittaridata:** kerätään lomake yms. -pohjaiset tiedot

**g. kyselydata:** asiakkaan tekemien itsearviointien ja terapeutin toteuttamien formaalien kyselyaineistojen kerääminen ja luokittelu

**h. tallenteet** (audio, video, midi): arviointitilanteista tehtyjen tallenteiden purkaminen; myös määrällistäminen tarvittaessa

**i. kokemuksellinen aines:** intuitiivisesti ja reflektiivisesti käsiteltävä terapeutin ja asiakkaan erillinen ja jaettu kokemus tilanteista; ajatukset, mielikuvat, tunteet ja keholliset

reaktiot; myös työnohjauksen käyttäminen kokemuksen ja esim. vastatransferenssin jäsentämisessä

**2. analysointi:** aineisto käsitellään ja jatkotyöstetään muotoon, joka mahdollistaa kliinisten löydösten tunnistamisen ja johtopäätösten tekemisen

**a. laadullinen analyysi:** laadullisessa muodossa olevan aineiston koonti ja luokittelu: teemoittelu ja käsitteellistäminen, visualisointi, sisällönanalyysi, videoanalyysi, koodaus, kuvailu; vertaillaan esitietojen tietoja arvioinnista saatuihin

- tietokoneavusteinen analyysi
- laadullisen tutkimuksen menetelmät
- laadullinen tarkistuslista
- reflektiivinen työnohjaus
- aineistojen laadullinen vertailu
- intuitio/teoreettis-kokemuksellinen reflektio

**b. määrällinen analyysi:** määrällisessä muodossa olevan aineiston koonti ja luokittelu testin/mittarin/asteikon määritysten ja ohjeistuksen mukaisesti

- määrällistävä tarkistuslista
- määrällisten arviointien (reittauksen) raja-arvot
- testin ja kyselyn tulkinta-avain
- tietokoneavusteinen midianalyysi
- tapahtumafrekvenssien määrittäminen (esim. videoanalyysi)

**C. Johtopäätökset** – miten johtopäätökset tehdään, mitä arvioinnin tuottaman tiedon perusteella päätetään ja miten suositukset perustellaan

**1. eri tietolähteitä yhdistelevä:** käytetään kaikkea saatavilla olevaa tietoa, vertaillaan sitä analyyttisesti ja vedetään koontia perusteella johtopäätökset terapian tarpeesta ja soveltuvista interventioista sekä tarvittavasta terapian rakenteesta – yhteistyötä moniammatillisen työryhmän kanssa

**2. musiikilliseen aineistoon nojautuva:** erityisesti asiakkaan musiikilliseen ilmaisuun fokusoiva arviointi, joka tuottaa tarkkaa, mutta rajattua tietoa asiakkaan musiikkisuhteesta ja musiikillisen käyttäytymisen ominaispiirteistä

**3. musiikkiterapia-arviointia painottava:** arviointi ja johtopäätökset nojautuvat musiikkiterapialle ominaisilla menetelmillä kerätyn tiedon ja musiikkiterapeutin viitekehysten puitteissa tulkittuihin päätelmiin – tuottaa suosituksia musiikkiterapian soveltuvuudesta ja asiakkaalle soveltuvista lähestymistavoista

**4. menetelmäkeskeinen:** johtopäätökset nostetaan taustalla olevan mallin pohjalta ja samaa menettelytapaa noudatetaan kaikkien asiakkaiden kanssa

**5. subjektiivinen:** johtopäätökset perustuvat terapeutin subjektiiviseen käsitykseen tilanteesta ja tarvittavista terapeuttisista toimista. Suosituksia ei yleensä perustella teoreettisesti ja kliininen tavoitteenasettelu on yleisluontoista.

**6. yhteistoiminnallinen:** johtopäätöksiä tehtäessä asiakas tai hänen edustajansa on mukana ja kokemukset arvioinnista kirjataan yhteiseen neuvotteluun perustuen. Terapian tavoitteenasettelu perustuu keskinäisesti jaettuun kokemukseen, ymmärrykseen ja sopimukseen.

**D. Raportointi** – miten arvioinnista raportoidaan ja millaisilla keinoilla pyritään varmistamaan tiedon kommunikoivuus; raportoinnin sisältö ja rakenne riippuu arvioinnin lähtökohdasta ja tarkoituksesta, joten se voi olla luonteeltaan esim. havaintoja kuvaileva, aikaisempia oletuksia tämentävä, soveltuvuutta määrittävä ja suosituksia esittävä.

### 1. Kirjallinen

**a. vapaamuotoinen kuvaileva:** tapauskohtainen, sisällöltään ja rakenteeltaan vaihteleva kuvaus

**b. rakennetta noudattava kuvaileva:** yleistä ohjeistusta seuraava kuvaus

**c. kaavakepohjainen kuvaileva:** tarkoitusta varten kehitetyn kaavakkeen avulla jäsennetty ja eritelty kuvaus

**d. testien/asteikkojen/mittareiden tuloksia raportoiva:** yleensä tiettyä rakennetta noudattava raportointi, jossa voi olla lisäksi viittauksia tehtyjen havaintojen määrittelyihin. tulosten tulkintaa helpottaviin

**e. viitekehysperusteinen tulkitseva:** tiettyyn tausteoreettiseen näkökulmaan (esim. analyttiseen) sitoutuva kuvaus; subjektiivinen näkökulma sekä yksilöllinen sisältö ja rakenne korostuu

### 2. Suullinen

**a. muodollinen suullinen:** esim. moniammatillisessa työryhmässä annettu jäsennetty kuvaus arviointijakson havainnoista, havainnollistavaa aineistoa tarvittaessa esittelevä; vakiintuneen käytännön mukainen toimintatapa

**b. epämuodollinen suullinen:** esim. kysyttäessä annettava kuvaus mitä musiikkiterapiatilanteessa on huomattu; ei jäsennettyä kuvausta tai kliinistä tulkintaa

Arvioinnin toteuttamiseen liittyvät erilaiset ratkaisut ja valinnat vaikuttavat ratkaisevasti arvioinnin tuottamaan tietoon, siitä tehtäviin tulkintoihin ja edelleen arvioinnista raportointiin. Arvioinnin toteutus voi korostaa musiikkiterapialle ominaisia lähestymistapoja ja keinoja, tai olla toisaalta myös vahvasti toteuttamiskontekstiin ja sen toimintakulttuurin sidoksissa olevaa.

## 5.5 Alkuarviointi seurannan määrittäjänä

Alkuarviointi voi johtaa musiikkiterapian suositteluun, jonka yhteydessä määritellään terapian tavoitteita, käytettäviä lähestymistapoja ja menetelmiä, terapian rakenteita (terapiaprosessin oletettu pituus, terapiaistunnon kesto, tapaamistiheys) sekä yhteistyön periaatteita. Tehty alkuarviointi antaa myös pohjan ja lähtökohdan terapiaprosessin aikaiselle seurannalle.

### IV. SEURANTA

**A. jatkuva arviointi:** yhteistyösuhteen toimivuuden arviointi, käytettävien menetelmien ja interventioiden toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden arviointi, osatavoitteiden ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta

**B. väliarviointit:** terapiaprosessin suunnan ja tavoitteenasettelun tarkistaminen sekä terapiaprosessin jatkamisen arviointi ja jatkosuositusten tekeminen

**C. loppuarviointi:** terapiaprosessin lähtökohdan kuvaaminen, terapiaprosessin aikana tapahtuneen muutoksen ja käännekohtien toteaminen sekä kliininen reflektio ja tulkinta; terapiatarpeen arviointi ja suositusten tekeminen sekä jatkokonsultaation tarpeen toteaminen

Seurannan määrittelyyn liittyviä näkökulmia:

- Miten alkuarvioinnissa saatuja tietoja käytetään terapian toteutumisen seurannassa
- Määritelläänkö seurannan kohteet ja keinot sekä seurannan rakenne
- Mahdollistavatko alkuarvioinnissa käytetyt menetelmät terapian toimivuuden ja tuloksellisuuden seurannan
- Mitä terapeuttisen muutoksen indikaattoreita käytetään? (huom. viitekehysten merkitys muutosprosessin selittäjänä)
- Arvioiko muutoksia terapian toteuttava terapeutti vai jokin ulkopuolinen taho - mahdollistaako käytetty arviointimenetelmä muualla tapahtuvan arvioinnin? (esim. määritelty yhdenmukainen mittari alkuarvioinnissa, väliarvioinneissa ja loppuarvioinnissa)
- Miten seurannan raportointi toteutetaan

Seurannan erääksi ongelmaksi voi muodostua se, että terapeuttiset muutosprosessit ymmärretään ääripäissään mm. viitekehyksellisistä tekijöistä johtuen koviin eri tavoin ja näin ollen myös muutoksen havainnointi ja mahdollinen mitataminen on erilaista ja kohdistuu eri ilmiöihin. Seurannan luonne vaihtelee systemaattisesta ja tarkoin määritellystä menettelytavasta sisällöllisesti, menettelmällisesti ja rakenteellisesti täsmentämättömään.



## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

### 6.1 Tutkimuksen tuloksista

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu psykiatrian alueella toteutettavan musiikkiterapia-arvioinnin ominaispiirteitä ja tarkoituksia kliinisenä käytäntönä sekä selvitetty sille tyypillisiä menetelmiä ja toteuttamistapoja. Pääasiallinen tarkastelunäkökulma on ollut se, miten toimitaan kun uuden asiakkaan tilannetta aloitetaan selvittämään eli millaisista asetelmista ja millaisilla käytännöllisillä keinoilla arviointia tehdään. Tutkimus on toteutettu monimenetelmäisenä useassa vaiheessa toisiinsa liittyvien vaiheiden jatkumona ja se on tuottanut tuloksena sekä suomalaisesta kliinisestä musiikkiterapiakontekstista nousevaa että myös muista teoreettis-kliinisistä konteksteista nousevaa tietoa.

Musiikkiterapia-arviointia voidaan toteuttaa hyvin eri tavoin lukemattomista taustalla vaikuttavista tekijöistä johtuen. Arvioinnin lähtökohtaan eli kohderyhmään, arvioinnin tarpeeseen ja teoreettiseen viitekehykseen liittyvät tekijät asettavat omat ehtonsa. Vaikka arvioinnin perustana olisi looginen ajatteluketju: tarve ohjaa suunnittelua, suunnittelussa valitaan tarkoituksenmukainen strategia, joka ohjaa edelleen käytännön toteutusta, ei kliininen käytäntö välttämättä tällaista päättelyä seuraa. Näin esimerkiksi mikä tahansa arvioinnin lähtökohtaan liittyvistä ehdoista (esim. konteksti, viitekehys, tietyn tahon tarve) voi määrittää hyvin pitkällekin sitä miten asiakkaan kanssa käytännössä toimitaan, millaista tietoa tuotetaan ja mitä sen perusteella päätellään.

Tutkimuksessa tuotettu synteesi esittelee teoreettisia vaihtoehtoja, joiden käytännön sovellettavuus riippuu mm. kliinisistä asetelmista ja realiteeteista, terapeutin työskentelyotteesta ja valmiuksista sekä asiakkaan yksilöllisistä tarpeista ja edellytyksistä. Näin ollen esimerkiksi musiikkiterapeutti, jonka viitekehys on psykodynaaminen, työskentelyote asiakaslähtöinen ja arvioinnissa kokemuksellisuutta painottava ja jonka arvioinnin toteuttamistapa on vapaa-muotoinen, ei välttämättä koe luontevana terapeuttihoitoisten, tehtäväperusteisten ja määriteltäviin ulkoisen käyttäytymisen havainnointiin perustuvien

määrällisten arviointiasteikoiden käyttämistä. Silti vapaamuotoisemmissakin arviointiasetelmissa voi olla osioita, joissa periaatteessa voitaisiin soveltaa joitakin strukturoidumpia tai määrällistä aineistoa tuottavia apukeinoja. Musiikkiterapia-arviointia kuvaava synteesi mahdollistaa näiden erilaisten ratkaisujen ja toimintatapojen tarkastelun ja vertailun, ja sitä myötä myös kliinisen toiminnan jäsentämisen ja kehittämisen. Synteesi ei ole kuitenkaan musiikkiterapia-arvioinnin supermarket, josta voisi keräillä haluamansa kokonaisuuden, koska eri strategioiden ja menetelmien toteuttaminen edellyttää esimerkiksi hyvin erilaisia valmiuksia ja omaksuttua tietopohjaa sekä osaltaan myös erityispätevyksiä. Sen sijaan synteesi tarjoaa vaihtoehtoisia näkymiä kliinisiin toimintatapoihin ja mahdollisuuden tarkastella erilaisia tapoja tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa.

Vapaamuotoisen alkuarviointiprosessin mallintaminen mukailee suomalaisten kokeneiden kliinikoiden työskentelytapaa uuden asiakaskontaktin alkuvaiheessa. Kuten tämän tutkimuksen myöhemmän vaiheen synteesistä voi havaita, tällainen menettelytapa – tai synteessin käsitettä käyttäen – strategia on aivan omanlainen uniikki kokonaisuutensa muiden mallien joukossa. Vapaamuotoinen asiakaslähtöisyyttä korostava ja teoreettisesti eklektinen musiikkiterapia-arviointi nousee tšekäläisestä alan historiasta ja on tšekäläisen alan kulttuurin, koulutuksen ja teorianmuodostuksen (esim. Rechardt 1973; Rauhala 1973; Lehikoinen 1973; Lehtonen 1986; 1996, Erkkilä 1997 jne.) vaikutuspiirissä kehittynyt. Synteessin jaottelun pohjalta voi havaita, että kulttuurisia, viitekehyeellisiä ja käytännöllisiä eroja on eri arviointimallien ja -menetelmien välillä runsaasti. Amerikkalaisen kliinisen perinteen tuottamissa malleissa korostuu usein behavioristinen teoria ja käytännön sovellukset noudattelevat tälle paradigmalle ominaisia näkökulmia ja ratkaisuja (vrt. Wigram 2002). Eri viitekehysten väliset erot konkretisoituvat myös musiikkiterapia-arvioinnissa tiedon luonteen ja merkityksenannon suhteen: korostetaanko objektiivista (esim. Hanser 1999), subjektiivista (esim. Wigram 2002) tai konstruktiiivista tietoa (esim. Lehtonen 1996; Jahn-Langenberg 2002). Tällä on merkitystä myös tuotettavan tiedon kommunikoivuuden näkökulmasta, kuten Wigram (1999) vertailee humanististen ja luonnontieteellisten tieteenalojen eri lähtökohtia, käsitejärjestelmiä ja keskinäistä kanssakäymistä. Tämän tutkimuksen yhteydessä ilmeni teoreettista eklektisyyttä muutenkin kuin suomalaisen taustaan liittyen. Eri taustateorioiden yhdisteleminen voi tuoda lisänäkökulmaa kliinisten ilmiöiden jäsentämiseen, mutta kääntöpuolena voi ilmetä myös teoreettista epäselvyyttä.

Tutkimuksen päätuloksena syntynyt jaottelu esittelee laajan valikoiman vaihtoehtoisia näkökulmia ja menettelytapoja musiikkiterapia-arvioinnin toteuttamiseen. Tämän tutkimuksen tulos ei ehdota tiettyä säännönmukaisesti noudatettavaa arviointiprotokollaa, vaan tuo esille eri lähtökohtia, strategioita ja käytännöllisiä vaihtoehtoja, joiden avulla voidaan hahmotella eri tarpeisiin ja asetelmiin soveltuvia ja tarkoituksenmukaisia menettelytapoja. Wilson (2002, 176) toteaa, että aikuispsykiatristen potilaiden tarpeet ovat niin monitahoisia, että niiden arviointiinkin tarvitaan monipuolisia keinoja. On kuitenkin syytä suhtautua myös kriittisesti vaihtoehtoisten strategioiden sovellettavuuteen,

koska niiden taustalla on paradigmoihin, teoreettis-kliinisiin viitekehyksiin sekä ihmiskuvaan ja terveystieteeseen liittyviä suuriakin eroavaisuuksia. Osa synteesissä kuvatuista lähtökohdista, käytännön lähestymistavoista ja keinoista saattaa näin olla keskenään sovittamattomia. Sama pätee myös siihen onko arvioinnin peruslähtökohdista fokuksina asiakkaan patologiaan, toimintakykyyn tai potentiaaleihin (vrt. Lahtela 2001, 58-63). On tärkeää, että eri sovelluksia kehitettäessä pyritään tiedostamaan mallien ja menetelmien taustalla olevia teoreettisia oletuksia ja miten ne vaikuttavat itse arvioinnin toteuttamiseen ja siitä saatavaan tietoon. Kyse on siis kliinisen ajattelun, toiminnan ja päättelyn paradigman tiedostamisesta.

Tutkimuksen tuottamasta jaottelusta löytyy yhtymäkohtia amerikkalaiseen musiikkiterapeutin kliinistä kompetenssia määrittelevään CBMT-luokitukseen (2006), jossa kuvaillaan myös alkuarvioinnin ja terapian suunnittelun toteutusta. Yhteys voi osaltaan kertoa tämän tutkimuksen tuottaman jaottelun kliinisestä relevanssista, mutta toisaalta myös musiikkiterapia-arviointiin liittyvistä yleisistä piirteistä, jotka ovat siis kohderyhmästä riippumattomia. Kliinisten menettelytapojen tasolla hoidon ja kuntoutuksen käytännöt eivät välttämättä niinkään vaihtelevat, kun taas käytännön tilanteiden lähestymistavat, arviointitavat alueet ja osin menetelmät kylläkin, terapeutikohtaisesta vaihtelusta puhumattakaan. Esimerkkinä tällaisesta monimuotoisuudesta on kolme samalle kohderyhmälle tarkoitettua arviointimallia (Wells 1988; Goodman 1989; Layman, Hussey & Laing 2002), jotka poikkeavat suuresti lähestymis- ja toteuttamistavaltaan toisistaan.

Eri painotukset arvioitavien alueiden suhteen sekä eri strategiset ratkaisut heijastelevat osaltaan eri terapeuttien työskentelyotteisiin liittyviä tekijöitä. Tästä ilmiöstä löytyy niin ikään suora yhtymäkohta Ahonen-Eerikäisen (1998, 252) väitöstutkimuksen tuottamaan jaotteluun terapeuttien työskentelyotteiden ja käytännön menetelmien strukturoinnin välisistä suhteista. Jos arvioinnin tarkoituksena on määrittellä terapian tavoitteita, painottuu Ahonen-Eerikäisen (ibid.) määrittelemä tavoite- ja tulosjohtoinen työskentelyote. Vastaavasti prosessijohtoinen työskentelyote kytkeytyy monimetodisena ja työskentelyn mukauttamiseen perustuvana myös vapaamuotoisen arviointimallin mukaiseen toimintatapaan. Koska alkuarvioinnissa luodaan toisaalta useimmiten myös asiakassuhteen perustaa, voi toimintatavalla olla suuri merkitys siihen, miten varsinainen terapiasuhte käynnistyy, lähtee kehittymään ja millaisia tuloksia sillä saavutetaan (vrt. Horvath, 2000). Toisaalta, kuten alkuperäisessä haastatteluideustossa mukana ollut terapeutti totesi, että mikäli musiikkiterapeutti toimii konsultoivassa roolissa, on terapeutin huomioitava arviointityön erilaiset realiteetit ja huolehdittava siitä, että myös asiakas ymmärtää kontaktin luonteen ja sen että terapia voi toteutua jonkun toisen terapeutin toimesta. Terapeutin on säädeltävä ja mukautettava omia toimintatapojaan riippuen arvioinnin luonteesta ja tarkoituksesta.

Terapeutin keskeistä roolia arvioinnin muotoutumisessa käsitellyt Isenberg-Grzeda (1988) painottaa terapeutin viitekehyksen merkitystä arvioitavien alueiden määrittämisessä. Arvioinnin tausta, tarve ja lähettävän tahon kysymyksenasettelu vaikuttavat niin ikään ratkaisevasti siihen miten arviointia käy-

tännössä fokusoidaan. Painotukset arvioitavilla alueilla voivat vaihdella sen mukaan, mikä arvioinnin lähtökohtainen tarve (terapiamuodon soveltuvuus, tavoitteiden määrittely, saada lisää tietoa asiakkaan ongelmista, tarpeista ja valmiuksista jne.) on. Tiedon tarve ohjaa arvioinnin luonnetta eli mitä enemmän on saatavilla esim. moniammatillisen työryhmän tuottamaa tietoa, sitä tarkemmin rajatusti voidaan esim. musiikkiterapia-arviointikin toteuttaa. Vastaa- vasti mitä vähemmän tietoa entuudestaan on, sitä perusteellisemmin kartoit- tava pitäisi musiikkiterapia-arvioinninkin olla. Tämä johtaa luonnollisesti eri- laisiin asetelmiin ja tarpeisiin myös käytettävien arviointimallien ja - menetelmien osalta. Osa julkaistuista malleista on fokusoitu tarkemmin jonkin tietyn ongelma-alueen määrittelyyn ja osa malleista on lähtökohdiltaan yleiseen tilanteen kartoitukseen soveltuvia. Arvioinnin suunnitteluvaiheessa on mah- dollisuus harkita millaisin keinoin ja lähestymistavoin kulloinkin tarvittava ar- vioitava alue parhaiten tavoitetaan.

Julkaistujen mallien käyttö on useiden kartoitusten mukaan (Loewy 1994; Cassity & Cassity 1994; Codding 2002) varsin vähäistä, joten arviointeja tehdään käytännössä paljolti kulloisenkin tarpeen mukaisesti ja kliinikoiden omaan ko- kemukseen perustuen. Sama ilmiö tuli esille myös tšekäläisten kliinikoiden haas- tatteluissa. Syiksi on esitetty mm. sitä, että mallit ovat kankeita, raskaita ja aikaa vieviä käyttää. Tai että ne eivät vastaa tarkoitustaan tai eivät sovellu terapeutin työskentelyotteeseen: ”emmä mitään ruksauksia käytä”, totesi eräs empiirisessä haastatteluaineistossa mukana ollut. Wigramin (2002, 246) mukaan taustalla saattaa olla myös koulutuksellisiin linjauksiin liittyviä tekijöitä, kuten että pai- notetaan terapeutiksi kasvamisen yksilöllisiä prosesseja ja että kukin luo ja ke- hittää omanlaisensa tavan työskennellä. Tällainen yksilöllisyyttä korostava nä- kökulma lisää osaltaan yhtenäisten lähestymistapojen epätodennäköisyyttä (Wigram, *ibid.*). Toinen näkökulma on kuitenkin se, että mitä lähempänä muo- dollista ja virallista järjestelmää musiikkiterapeutti toimii, sitä tavallisemmin edellytetään muodollisia käytäntöjä ja myös käytettyjen arviointimenetelmien raportointia, kuten Kelan järjestämän kuntoutuksen yhteydessä on. Mikäli jul- kaistuja malleja otettaisiin systemaattisempaan käyttöön, täytyisi ne lokalisoida tšekäläiseen kliniseen käytäntöön ja kulttuuriin soveltuviksi.

Riippumatta arvioinnin strukturoinnin tasosta, se määrittää tavalla tai toi- sella myös terapiaprosessin seuranta eli sen toimivuuden arviointia. Kysy- mykseen musiikkiterapian toimivuudesta tai tehosta eli arvioinnilla tehdyn al- kutilanteen kartoituksen ja terapeutin muutoksen seurannan välisestä suhteesta on suhtauduttava kriittisesti sen takia ettei ole vain yhtä ”Musiikkiterapi- aa”, jota asiakas voi saada. Näin ollen on tarpeellista kysyä: kenelle (mistä läh- tökohdista ja tarpeista), millä perusteella (tavoite ja oletettu tulos), kenen selvit- tämänä/antamana (kvalifikaatio/kompetenssi), millaista (lähestymistapa, me- netelmät, millä rakenteella ja kuinka pitkään) ja millä indikaattoreilla tulokselli- suutta (tavoitteiden saavuttamista) arvioidaan. Tämä johtaa edelleen kysymyk- seen terapian yksilöllisistä lähtökohdista, terapeuttien yksilöllisistä kompetens- seista, soveltuvien menetelmien määrittämisestä, tarvittavista terapian raken- teista ja kestosta sekä pätevien tai asetelmaan soveltuvien seurantamenetelmien systemaattisesta käytöstä. Eri arviointimallien kehittäjillä on toisistaan selvästi

poikkeavia näkemyksiä musiikkiterapia-arvioinnin luonteesta ja toteuttamisen tavasta. Tämä vaikuttaa myös siihen millaista aineistoa arviointi tuottaa ja miten hyvin arvioinnissa käytetyt menetelmät ja keinot soveltuvat terapian seurannan välineiksi.

Musiikkiterapiaa ja sen arviointia koskevat samat ongelmat kuin muuta-kin hoito- ja kuntoutustyötä, joka perustuu vuorovaikutteiseen kohtaamiseen ja prosessityöskentelyyn. Yksiselitteistä ratkaisua kysymykseen mittariperusteisen tai kuvailevan arvioinnin paremmuudesta ei ole. Olennaista on, että ainakin joitakin apukeinoja käytetään tietoiseen harkintaan perustuen, koska arviointi sinällään tuottaa valtavasti tietoa, jota olisi pystyttävä käsittelemään ja jäsentämään. Johtopäätöksenä on tämän tutkimuksen perusteella tarkoituksenmukaisuusperiaatteen noudattaminen eri strategioiden, menetelmien ja apukeinojen välillä. Mitattavissa olevaa kannattaa mitata, mutta ilman kuvailevaa tulkintaa tuotetaan huonosti kommunikoivaa asteikkodataa (ns. sitä saat mitä mittaat, etkä juuri muuta -ilmiö). Kuvaileva arvioinnin luonnehdinta on yksilöllisen kertomuksen laatimista (vrt. Aldridge 1996, 100-103; Loewy 2000). Kuvailun tukena voidaan tämän tutkimuksen perusteella käyttää eri yksityiskohtaisella tarkkuudella laadittuja jaotteluja, joilla kliinisiä havaintoja voidaan jäsentää ja seurantaa systematisoida. Ideaali ratkaisu on molempien käyttäminen, jolloin erilaiset arviointiaineiston keruutavat ja niiden vertaileva jäsentäminen tukevat toisiaan. Kuten vapaamuotoisen arviointimallin konstruktiviseen tiedon tuottamiseen kuuluu, moniammatillisen työskentelyn merkitys useanlaisen tiedon tuottajana ja jäsentäjänä on merkittävä. Musiikkiterapia-arvioinnissa mallin tai menetelmän luonteesta riippumatta korostetaan vaihtoehtoisen ilmaisutavan ja musiikillisen vuorovaikutuksen erityisiä mahdollisuuksia asiakkaan ongelmien, valmiuksien ja tarpeiden kartoittamisessa. Kyseessä on monimutkainen ja monitasoinen kliinisen työn osa-alue, jota ei voi rajata vain erilliseksi kliinisen työn vaiheeksi, vaan arviointi osaltaan määrittää merkittävällä tavalla koko terapia-prosessia ja sen puitteissa kehittyvää ymmärrystä asiakkaan ongelmista sekä hänen toipumisensa, eheytymisensä ja kehittyemisensä ehdoista.

## 6.2 Tutkimuksen arviointia

Tämän tutkimuksen toteuttamisessa on vaalittu tutkimuksen luotettavuuteen, uskottavuuteen ja pätevyyteen liittyviä tekijöitä läpi monimuotoisen tutkimuksellisen kokonaisuuden. Tutkimuksen systemaattinen toteutus käsittää tutkimuskysymysten perustellun muotoilun, aineistojen hankinnan ja käsittelyn, aineistoanalyysin (metodologian ja kulun) seikkaperäisen kuvaamisen ja aineisto-esimerkkien esittämisen, käytettyjen apukeinojen esittelyn, tutkimustulosten esittelyn ja arvioinnin sekä tulosten sovellettavuuden ja jatkotutkimustarpeiden pohdinnan. Näiden tutkimuksen toteuttamisen osa-alueiden kuvailulla on tähdätty siihen, että lukija voi muodostaa käsitystä tutkimuksen kokonaisuuden

toteuttamisesta ja sen tulosten pätevydestä. (esim. Lincoln & Cuba, 1985; Bruscia, 1995.)

Empiirisen haastatteluaineiston keräämisessä ja analysoinnissa huomiointiin haastattelijan esiyymmärryksen eli oman kliinisen kokemuksen merkitys aineiston keräämisessä. Haastattelu osoittautui sopivaksi aineistonkeruumenettelmäksi, koska sen avulla pystyttiin tuottamaan aikaisemmin vähän tutkitusta alueesta syvällistä tietoa, joka mahdollisti pitkälle viedyn ja perusteellisen analyysin. Empiirisen vaiheen tulosten yhteenvedot ja arviointiprosessia kuvaava kaavio lähetettiin haastatelluille terapeuteille ja selvitettiin osallistujatarkistuksen (engl. member check) avulla ovatko tehdyt johtopäätökset ja tulos uskottavia. Palaute oli myönteinen ja haastatellut kuvasivat tuloksen vastaavan käsitystään alkuarviointin kulusta (ks. liite 11).

Kirjallisen aineiston hakukriteerit, hakujen toteutus, aineiston käsittely ja valintakriteerit kuvattiin huolellisesti. Aineiston rajausta ja saadun aineiston käytökelpoisuus voi herättää kysymyksiä. Miksi rajauksen lähtökohtana oli kohderyhmäkriteeri tai psykiatrinen konteksti, jossa hoidetaan – miksi ei esim. musiikkiterapian luonne luovana vaihtoehtoisista ilmaisukanavaa hyödyntävänä prosessityöskentelynä, jonka voi ajatella toteutuvan tietyin samoin pääperiaattein asiakasryhmästä riippumatta? Perusteena rajaukselle on, että psyykkiset ongelmat ovat oma erikoisalueensa, jonka yhteydessä musiikkiterapiaa toteutetaan eri lähtökohdista, eri menetelmin ja tavoittein kuin vaikka neurologisista syistä terapiaan tulevilla. Lisäksi kohderyhmäkriteeri on ollut koko tutkimuksen toteuttamisen lähtökohta.

Entä miten aineiston rajaaminen julkaistuihin malleihin ja menetelmiin vaikuttaa tutkimuksen tulokseen, varsinkin jos tiedossa oli, että niiden käyttö on vähäistä? Musiikkiterapian kentillä on oletetusti paljon kliinisessä työssä kehitettyjä tai opinnäytetöissä käsiteltyjä toimivia menetelmiä, joita ei voi tavoittaa tällaisessa tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen perustana on kuitenkin juuri kokeneiden klinikoiden hiljaista tietoa jäsentänyt haastattelututkimus. Tässä tutkimuksessa onnistuttiin näin välttämään ongelma, joka voisi seurata vain tietokantojen ja tieteellisten julkaisujen indekseihin ulotettuihin aineistohakuihin perustuvassa tutkimuksessa. Perustana oleva kartoitus on suomalaisen käytäntöön perustuva eli tämä tutkimus ei ole edennyt esim. muualta lainatun mallin tai menetelmän adoptoinnista ja lokalisoinnista, vaan tärkeitä toimintatapoja on kartoitettu ja mallinnettu sekä sen lisäksi on selvitetty millaisia vaihtoehtoisia lähestymistapoja ja keinoja on käytettävissä. Entä jos tutkimus olisikin tehty toisinpäin eli ensin perusteellinen kirjallisuuspohjainen katsaus ja koonti, ja vasta sitten kohti empiriaa (ja esim. survey menetelmänä)? Olisiko näin toimien tuloksena ollut: suomalaisessa musiikkiterapiassa ei noudateta minkään tunnetun kirjallisuudessa kuvatun arviointimallin tai -menetelmän mukaista arviointia? Ehkä, mutta samalla olisi jäänyt tutkimuksellisesti todentamatta tärkeitä uniikki ei-strukturoituun vuorovaikutteiseen prosessityöskentelyyn perustuva arviointitapa, joka rakentuu rinnakkaisten merkityksenantoprosessien sekä konstruktivisen ja kumulatiivisen tiedon tuottamisen periaatteille.

Koko tutkimusprosessin läpiviemisen jälkeen voi todeta, että työläydestään ja vaativuudestaan huolimatta valittu tutkimuksellinen lähestymistapa ja toteutus on vastannut tarkoitustaan ja tehtyihin tutkimuskysymyksiin on löydetty vastaukset sekä saatu paljon uutta tietoa, jota tutkimusta aloitettaessa ei ollut. Tutkimuksessa tehdyt tulokset ovat tutkijan omia ja samasta aineistosta olisi voinut nostaa esille aivan toisenlaisiakin näkökulmia ja tuottaa näin ollen hyvin erilaisen jaottelun ja synteesin. Tutkimuksen tulos on aineistolähtöinen teoria, joka yhdistelee ja syntesoi empiiristä ja teoreettista aineistoa.

### 6.3 Tulosten sovellettavuus ja jatkotutkimuksen tarpeita

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kliinisessä toiminnassa, musiikkiterapeuttien koulutuksessa, moniammatillisen työskentelyn kehittämisessä ja musiikkiterapia-arvioinnin tutkimuksessa. Synteesin jaottelu voi palvella myös ammatillisten toimintaperiaatteiden ja käytäntöjen kehittäjiä.

Tuloksena esiteltyä synteesiä voidaan käyttää kliinisen arviointityön jäsentämisen välineenä sekä arviointimenetelmien ja menettelytapojen kehittämisessä. Tuotettu jaottelu soveltuu myös kirjallisuuspohjaisen arviointimallin tai -menetelmän kuvauksen jäsentämiseen (miten arvioinnin eri osa-alueet ja tekijät on huomioitu ja kuvattu). Moniammatillisen työskentelyn näkökulmasta jaottelua voidaan käyttää musiikkiterapia-arvioinnin roolin selkeyttämiseen ja eri tahojen muodostaman kokonaisuuden hahmottamiseen (esim. arvioinnin lähtökohtien ja tarpeiden sekä seurannan jäsentämisessä). Synteesin sisältämää jaottelua voidaan käyttää myös itse kehitetyn kliinisen arviointimenetelmän kirjalliseen kuvaamiseen (esim. raportoinnin tai Kelan dokumenttien yhteydessä) tai arviointia ja kliinisiä menettelytapoja käsittelevän tieteellisen artikkelin eri näkökulmien hahmotteluun.

Synteesiä ja jaottelua voidaan niin ikään käyttää musiikkiterapia-arviointiin liittyvässä (ammatillisessa- ja täydennys)koulutuksessa, ja sen avulla voidaan hahmotella erilaisiin tarpeisiin soveltuvia tarkoituksenmukaisia strategisia ja menetelmällisiä ratkaisuja. Toinen ehdotus musiikkiterapia-arvioinnin koulutukseen liittyen on se, että koulutussisältöihin olisi tuotava systemaattisesti julkaistuihin malleihin ja menetelmiin tutustumista. Vaikka niiden käyttö sellaisenaan olisikin vähäistä, niiden perusteella voi muodostaa kuvaa erilaisista mahdollisista ratkaisuista ja keinoista. Edelleen, koska tiedossa on, että klinikot kehittävät arviointiin omia tarpeita vastaavia menetelmiään, voisi tutkimusmenetelmien opetusta sisällyttää myös kliiniseen koulutukseen. Ajatuksena olisi tällöin, että valikoitujen kliiniseen arviointiin sovellettavissa olevien tutkimusmenetelmien tai lähestymistapojen (esim. hermeneutiikka ja fenomenologia) periaatteita opeteltaisiin ja niiden ympärille kehitettäisiin kliinisiä sovelluksia. Näkökulma tutkimusmenetelmien haltuunottoon olisi siis hyvin käytännönläheinen. Näiden menetelmällisten sovellusten avulla voisi kuitenkin systematisoida sinällään vapaamuotoiseenkin menettelytapaan liittyvää tiedon

keruuta ja analysointia. Samoin voitaisiin saada valmiuksia kehittää luontevasti määrällistettävien arvioinnin osa-alueiden tarkasteluun soveltuvia apukeinoja (esim. eri asteikkojen mahdollisuuksia) ja perehtyä psykometriikan perusteisiin.

Tutkimuksen tulokset nostavat edelleen esille myös uusia tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteita. Kiinnostavaa olisi esimerkiksi luoda jaottelun pohjalta tiettyyn arviointitarpeeseen vastaava menetelmä, jonka tarkoituksenmukaisuutta voisi testata käytössä ja kehittää sitä edelleen. Erityisen kiinnostavaa olisi tuottaa eri menetelmällisiä keinoja ja apukeinoja hyödyntäviä modulaarisia malleja, joita voisi joustavasti soveltaa kohderyhmän tarpeiden mukaan. Niin ikään olisi kiinnostavaa hakea niitä arvioinnin osa-alueita, joiden jäsentämiseen voisi luontevasti kehittää systemaattisia analysointimenetelmiä ja testata niiden ominaisuudet. Tämän tutkimuksen synteesissä käsiteltiin arvioitavia alueita erilaisten painotusten hahmottelulla. Arvioitavien alueiden perusteellinen analysointi vaatisi oman laajahkon tutkimuksensa, koska ilmiökenttä on moni-ilmeinen, käsitteellisiä tasoja on lukemattomia ja niiden taustalla on useita eri teorioita mm. persoonallisuuden olemuksesta ja piirteistä sekä emootioista ja musiikillisen ilmaisun merkityksistä (vrt. esim. Smejsters 2005). Tällaisen tutkimuksen fokuksessa tulisi olla musiikkiterapia-arvioinnin omin erityinen elementtinsä eli miten musiikki, musiikillinen ilmaisu ja luova vuorovaikutus heijastelevat asiakaan yksilöllisiä piirteitä, tarpeita ja potentiaaleja.



## 7 PÄÄTÄNTÖ

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli tutkijan omasta kliinisestä työskentelystä nousseet arviointityöhön ja asiakassuhteen rakentamiseen liittyvät kysymykset. Ajatuksena oli alunperin tutkia oman kliinisen työskentelyn tapoja ja periaatteita, mutta halu laajentaa ja kehittää omaa ajattelua sekä selvittää aihetta perusteellisemmin suuntasi tutkimuksellisen mielenkiinnon toisten kokeneiden kliinikoiden käsitysten ja työtapojen kartoittamiseen. Nyt voi todeta, että tuo valinta oli ratkaiseva, jopa ammatillisella uralla. Aihe vei mukanaan vuosiksi ja tuotti tuloksenaan – eikä vähiten tutkijalle itselleen – runsaasti uutta tietoa ja näkemystä sekä musiikkiterapia-arviointiin että myös laajemminkin psykiatrisen musiikkiterapian ilmiökenttään. Tutkimusprosessin eri vaiheissa on saattanut havaita myös, että käytetyt menetelmät ja saadut tulokset ovat kommunikoineet hyvin myös kansainvälisessä ammatillisessa ajatustenvaihdossa. Tämä viestii osaltaan myös siitä, että alkujaan sinänsä verrattain pienen aineiston syvällinen ja perusteellinen laadullinen käsitteellistäminen voi tuottaa tuloksen, jonka ymmärrettävyys ja sovellettavuus ylittää alkuperäisen kontekstin rajat. Tutkimusprosessi ja systemaattinen analyysi on tuottanut sekä uutta tietoa että aikaisempia kliinis-teoreettisia oletuksia vahvistavaa tai niitä laajentavaa tietoa. Oma klinikon näkökulma on muokkautunut esiymmärryksen sulkeistamisen ajoista selvästi, paljolti myös tämän prosessin vaikutuksesta.

Tutkimuksen kulkua on sekä nopeuttanut että hidastanut samanaikainen opetustyö musiikkiterapian maisteriohjelmassa, ammattiopinnoissa sekä perus- ja aineopinnoissa. Musiikkiterapian tutkintovaatimuksia uudistettiin tämän tutkimusprosessin aikana ja niihin sisällytettiin omana osionaan myös musiikkiterapia-arviointi. Opetusmateriaalin luominen ja luento-opetuksen suunnittelu eri koulutustasoilla on hyödyttänyt tutkimuksen tekemistä, ja alan opiskelijoiden kanssa käydyt keskustelut ja käytännön kokeilut ovat avartaneet kliinikotutkijan näkökulmia aiheeseen. Samoin samaa aihepiiriä sivuavien opin- näytetöiden ohjaaminen on aiheellisesti ja positiivisessa mielessä pakottanut uudelleen sekä perusilmiöiden että kehittyvien teorioiden ja menetelmien äärelle.

Erityinen merkitys on ollut musiikkiterapian opetus- ja tutkimusklinikan toiminnan kehittämisen ja reaaliaikaisen havainnoinnin, kliinisen opetuksen ja työnohjauksen yhdistelmällä. Näissä asetelmissä myös arvioinnin eli tiedon keräämisen, käsittelyn ja jäsentämisen prosessit ovat tulleet uudella tavalla näkyviksi. Samoin interventioiden toimivuuden ja prosessitason seuranta ovat mahdollistaneet huomaamaan uudelleen ja uudelleen käytännön arviointityön vaatavuuden. Käytännön terapiatilanne, jossa klinikko yrittää samaan aikaan luoda toimivaa yhteistyösuhdetta, tehdä terapeutteja interventioita ja kerätä relevanttia tietoa, on haastava – ei vain uransa alkupuolella olevalle – vaan myös pitkänkin kokemuksen omaavalle. Kun terapiaa ei yleensä toteuteta tietyn ja aina samalla tavalla etenevän suunnitelman mukaisesti, joudutaan prosessityöskentelylle tyypilliseen tilanteeseen, jossa opetellaan työtä joka kerta uudelleen uuden asiakkaan kanssa. Kliinikon kokemuspohja karttuu prosessi prosessilta, ja kuten tämänkin tutkimuksen empiirisestä aineistosta saattoi havaita, tällaisen tiedon merkitys on myös arviointityön toteuttamisessa ja kehittämisessä hyvin tärkeä.

Koulutuksellisesta näkökulmasta vapaamuotoiselle arvioinnille tyypillisen intuitiivisen toiminnan, kokemuksen tutkimisen ja teoreettisen reflektoinnin yhdistäminen on menetelmällisesti haastavaa. Samoin erityisen haastavaa on teoreettisesti eklektisen ajattelutavan periaatteiden omaksuminen, kun yhdenkin viitekehäksellisen ja kliinisesti relevantin näkökulman haltuunottoon voi kulua vuosia. Lisäksi, kuten Aldridge (1996, 104) on osuvasti todennut, tilanteista tehtävät tulkinnat eivät ole vain asiakas- ja teoriakohtaisia, vaan riippuvaisia myös siitä miten terapeutti *tulkitsi* tiettyä teoriaa. Musiikkiterapia-arvioinnin koulutuksen yhteydessä tulisi ottaa huomioon taustalla vaikuttavien paradigmojen uskomus- ja käsitejärjestelmää sekä tietämisaktia ohjaava laaja-alainen vaikutus, ja millaisia kliinisen toiminnan ja tilanteista tehtävien tulkintojen reunaehjoja eri teoreettiset näkökulmat asettavat. Vaikka terapeutti toimisi intuitiivisesti, on hänen toimintansa kuitenkin ammatillisesti intentionaalista ja näin ollen olisi pyrittävä tiedostamaan oman toiminnan taustatekijät, vaikuttimet sekä tehtävien tulkintojen pätevyys ja tarkoituksenmukaisuus, ja pyrkiä ainakin aika ajoin niitä myös kyseenalaistamaan.

Kouluttajakokemuksen perusteella toimivinta on, että arviointiin liittyviä teoreettis-käytännöllisiä kysymyksiä lähestytään ensisijaisesti käytännöllisestä näkökulmasta tutustumalla eri menetelmiin ja kokeilemalla niitä. Kaavakkeita ja selkeitä toimintaohjeita kaivataan eritoten uran alkuvaiheessa, joten saatavilla oleviin malleihin ja menetelmiin kannattaa perehtyä, vaikka myöhemmin ne taka-alalle jäisivätkin. Teoreettisen ajattelun ja kliinisen toiminnan väliset yhteydet on tuotava esille ja integroitava niitä opiskelijan kokemuksellisen ja reflektioivan työskentelyn avulla. Hyvin sisäistetty teoria on kliinistä toimintaa vaikuttava ankkuri vuorovaikutuksen ja prosessien aallokossa, mutta on toisaalta myös rajoituksineen kuin oksanreikä aidassa, josta ei välttämättä kaikkea näe tai tavoita. Ideaali olisi, jos musiikkiterapia-arvioinnin toteuttamiseen voisi omaksua sekä joustavaa ja luovaa lähestymistapaa hyödyntävän asiakaslähtöisen periaatteen että omata valmiuksia tarvittaessa myös soveltuvien arvioinnin osa-alueiden jäsentämiseen ja seurantaan määrällisin keinoin. Monet apukeinot

voivat soveltua sinänsä *yksilöllisten* prosessien seurantaan, vaikka niiden ominaisuuksia ei olisikaan tutkimuksellisesti todennettu tai menetelmää standardeoitu. Tällaiset menetelmät tuottavat terapeutti- ja arvioitsijakohtaista tietoa, joka vaatii rinnalleen relevantin kliinisen selityksen ja tulkinnan.

Yksilöllisesti rakentuva terapia sekä tilanteiden ja prosessien ainutkertaisuus asettaa huomattavia haasteita arviointien tekemiselle. Uudet arvioinnin muodot, kuten konsultoivan arvioinnin toteuttaminen edellyttää terapeutilta erityisen herkkävireistä toimintatapaa ja tietoista vuorovaikutustilanteen säätelyä. Mikäli tiedossa on, että asiakas ei tule jatkamaan terapiaa arviointia tekevän terapeutin kanssa, on menetelmällinen kokonaisuus ja terapeutin tapa olla vuorovaikutuksessa mietittävä hyvin tarkkaan. Konsultoivassa arvioinnissa on kyse nimenomaan tiedon keruusta ja koska musiikilliseen vuorovaikutukseen liittyvä emotionaalinen kohtaaminen voi herättää asiakkaassa toiveita, joihin tässä asetelmassa ei voida vastata, on terapeutin selkeästi tuotava esille tapaamisten luonne – kuten myös empiirisestä aineistosta tuli esille.

Kaiken kaikkiaan on muutenkin olennaista tiedostaa mikä arvioinnin varsinainen lähtökohta ja tarve on, sekä pohtia mikä kulloinkin on tarkoituksenmukainen tapa toteuttaa sitä. Musiikkiterapia-arviointi tarjoaa joustavia keinoja kohdata uusi asiakas, joka voi olla psyykkisesti hyvin haavoittuvainen tai estynyt. On tärkeää, että asiakkaalle tarjoutuu mahdollisuus kokemukseen musiikillisesta vuorovaikutuksesta ja saada tilaa itselleen tyypilliseen itseilmaisuuksiin. Toisinaan tyhjän huoneen -metafora auttaa hahmottamaan millaisilla jännitteillä, toiveilla, tarpeilla ja motiiveilla tuota huonetta ryhdytään vuorovaikutteisesti täyttämään. Joskus auttaa päinvastainen täyden huoneen -metafora, jolloin kliinikkona pohtii mitä tuolta puuttuu vaikka se on jo aivan täynnä. Kliinisesti tarkoituksenmukainen jaetun tilan tutkiminen edellyttää terapeutilta aktiivista työskentelyä oman osuutensa – historiansa, kasvuprosessinsa ja nykyhetkensä – kartoittamiseksi ja ymmärtämiseksi. Vasta sitten asiakkaalla on mahdollisuus tuoda jaettavaksi oma tapansa täyttää ja ottaa tilansa – musiikissa ja vuorovaikutuksessa. (vrt. Winnicott 1971.)

Tämän koko tutkimusprosessin läpi eläneenä uskaltaa lopulta myöntää, että laadullisen tutkimuksen tekeminen vaatii valtavasti paneutumista ja asialle omistautumista kun sellaista sitoutuu vuosikausiksi tekemään. Laadullista tutkimusta tekevän on suostuttava prosessiin, jonka kesto ei ennalta tiedä eikä sen vaiheita voi kuin arvailten ennakoita ja usein siinä myös erehtyä. Monesti vaikuttaa siltä, että mutkia on matkassa vähintään puolet enemmän kuin selvää suoraa. Suuri paradoksi sinällään on, että jokainen mutkakin on kuitenkin tavallaan tarpeellinen koska ilman niitä harhailuja ei tunnista milloin suunta on taas oikea ja onko jotain uutta löytänyt. Tutkimuspäiväkirjan lukeminen jälkepäin on ajattelun kehittymisen vaiheet ja tutkimuksen tuloksen muotoutumisen paljastava kehyskertomus, jossa kaikki onkin loppujen lopuksi omalla paikallaan. Prosessiin suostuminen auttaa terapiassa ja tämän kokemuksen perusteella myös tutkimuksen tekemisessä.

## LÄHTEET

- Adelman, E. J. (1985). Multimodal therapy and music therapy: Assessing and treating the whole person. *Music Therapy*, 5(1), 12-21.
- Ahonen, S. (1994). Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari. (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ahonen-Eerikäinen, H. (1998). Musiikillinen dialogi ja muita musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Anttila, P. (1999). *Hermeneuttinen tieteenperinne*, [Website: [www.metodix.com](http://www.metodix.com)].
- Ashworth, P. (2003). The Origins of Qualitative Psychology. In J. E. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology*. London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage Publications.
- Aigen, K. (1995). Principles of Qualitative Research. In B. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Ala-Ruona, E., Saukko, P., & Tarkki, A. (1998). Musiikkiterapiapalvelut. Teoksessa T. Holma (Toim.), *Tuotteistus tutuksi*. Helsinki: Kuntaliitto.
- Ala-Ruona, E., Saarinen, K., & Saukko, P. (1999). *Tuotteistus musiikkiterapiassa - käytännön toimet palveluiksi*. Helsinki: Musiikkiterapeuttien Ammattikilta.
- Ala-Ruona, E. (2001). *Arviointi*, [Musiikkiterapia cd-rom]. Suomen musiikkiterapiayhdistys, Jyväskylän yliopisto.
- Ala-Ruona, E. (2002). Psykiatristen asiakkaiden alkuarviointi musiikkiterapiassa - Musiikkiterapeuttien näkemyksiä alkuarvioinnin käytännöistä ja sovelluksista. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Ala-Ruona, E. (2004). Psykykkisesti oireileva asiakas musiikkiterapiassa - Alkuarvioinnin käytäntöjä, sovelluksia ja teoriaa. Lisensiaatintutkimus, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Ala-Ruona, E., Saukko, P., & Tarkki, A. (2007). Musiikkiterapiapalvelut. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.
- Alasuutari, P. (1993) *Laadullinen tutkimus*. Jyväskylä: Vastapaino.
- Aldridge, D. (1989). A Phenomenological Comparison of the Organisation of Music and the Self. *The Arts in Psychotherapy*, 16(2), 91-97.
- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From out of the Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- AMTA (2006). *Standards of Clinical Practice*, American Music Therapy Association Inc. [Website: [www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org)].
- Ansdell, G. (1991). Mapping the territory. *Journal of British Music Therapy*, 5(2), 18-27.
- Anttila, P. (1999a). *Fenomenografinen ilmiön kuvaus*, [Website: [www.metodix.com](http://www.metodix.com)].
- Anttila, P. (1999b). *Hermeneuttinen tieteenperinne*, [Website: [www.metodix.com](http://www.metodix.com)].
- Arnason, C. L. R. (2002). An Eclectic Approach to the Analysis of Improvisations in Music Therapy Sessions. *Music Therapy Perspectives*, 20(1), 4-12.

- Aro, T. (2004). Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (Toim.), *Toimintakyky - Arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Duodecim.
- Asmus, E. P. Jr. & Gilbert, J. P. (1981). A Client-Centered Model of Therapeutic Intervention. *Journal of Music Therapy*, 18(1), 41-51.
- Bean, K. L., & Moore, J. R. (1964). Music Therapy from Auditory Ink Blots. *Journal of Music Therapy*, 1, 143-147.
- Bonde, L. O. (2005). Approaches to Researching Music. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research* (2nd ed.), (pp. 489-525). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Boxill, E.H. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled*. Rockville, Md.: Aspen.
- Braswell, C., Brooks, D. M., & Decuir, A. A. (1983). Development and implementation of a music/activity intake assessment for psychiatric patients. Part I: Initial Standardization procedures on data from university students. *Journal of Music Therapy*, 20(2), 88-100.
- Braswell, C., Brooks, D., & Decuir, A. A. (1986). Development and implementation of a music/activity therapy intake assessment for psychiatric patients. Part II: Standardization procedures on data from psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 23(3), 126-141.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. Springfield, Ill., U.S.A: C.C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1988). Standards for Clinical Assessment in the Arts Therapies. Special Issue: Assessment in the Creative Arts Therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 15(1), 5-10.
- Bruscia, K. (1995). The Process of Doing Qualitative Research: Parts I, II & III. In B. Wheeler (Ed.) *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives* (pp. 389-443). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Bunt, L. & Hoskyns, S. (2002). *The Handbook of Music Therapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Cassity, M. D., & Cassity, J. E. (1994). Psychiatric music therapy - assessment and treatment in clinical training facilities with adults, adolescents, and children. *Music Therapy*, 31(1), 2-30.
- Cassity, M., & Cassity, J. E. (1998). *Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents, and children : a clinical manual* (3rd ed.). Saint Louis: MMB Music.
- CBMT (2006). Certification Board for Music Therapists [Website: [www.cbmt.org](http://www.cbmt.org)].
- Charmaz, K. (2003a). Grounded theory: Objectivist and Constructivist Methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (2nd ed.), (pp. 249-291). Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2003b). Grounded Theory. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology*. London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage Publications.
- Chase, K.M. (2002). *The Music Therapy Assessment Handbook*. SouthernPen Publishing.

- Codding, P. A. (2002). A Comprehensive Survey of Music Therapists Practicing in Correctional Psychiatry: Demographics, Conditions of Employment, Service Provision, Assessment, Therapeutic Objectives, and Related Values of the Therapist. *Music Therapy Perspectives*, 20(2), 56-68.
- Cohen, C. & Gericke, O.L. (1972). Music Therapy Assessment: Prime Requisite for Determining Patient Objectives. *Journal of Music Therapy*, 9(4), 161-189.
- Cohen, J. M. (1986). Rhythm and Tempo in Mania. *Music Therapy* 6A(1), 13-29.
- Davis, W. B., Gfeller, K.E., & Thaut, M.H. (1999). *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*. (2nd ed.). Boston: McGraw Hill College.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2003). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (2nd ed.), (pp. 1-45). Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage Publications.
- Douglass, E. T. (2006). The Development of a Music Therapy Assessment Tool for Hospitalized Children. *Music Therapy Perspectives*, 24(2), 73-79.
- Erkkilä, J. (1997). *Musiikin merkitystasot musiikkiterapian teorian ja kliinisen käytännön näkökulmista*. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in the Arts 57. Jyväskylän yliopisto.
- Erkkilä, J. Lartillot, O., Luck, G. Riikkilä, K., & Toiviainen, P. (2004). Intelligent Music Systems in Music Therapy. *Music Therapy Today (online)*, V(5), available at <http://musictherapytoday.net>.
- Feder, B. & Feder, E. (1998). *The Art and Science of Evaluation in the Arts Therapies - How Do You Know What's Working?* Springfield, Ill., U.S.A: C.C. Thomas.
- Gilbertson, S. & Aldridge, D. (2003). Strategies for searching electronic databases. *Music Therapy Today (online)*, IV(4) Sept. 2003 available at <http://musictherapytoday.net>.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. San Francisco: University of California.
- Glaser, B.G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis: Emergence vs. Forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gold C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of Music Therapy for Children and Adolescents with Psychopathology: A Meta-analysis. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 46(6), 1054-1063.
- Goldstein, S.L. (1990). A Song Writing Assessment for Hopelessness in Depressed Adolescents. A Review of the Literature and A Pilot Study. *Arts in Psychotherapy*, 17(2), 117-124.
- Goodman, K. D. (1989). Music Therapy Assessment of Emotionally Disturbed Children. *Arts in Psychotherapy*, 16(3), 179-192.
- Graham, J. (2000). Assessment and Evaluation: An Approach for Initial Clinical Assessment and On-Going Treatment in Music Therapy. In T. Wigram (Ed.), *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy, Music Therapy & Dramatherapy*. (pp. 63-76). Hertfordshire: Harper House Publications.

- Grossman, S. (1978). An Investigation of Crocker's Music Projective Techniques for Emotionally Disturbed Children. *Journal of Music Therapy*, 15. 179-184.
- Gurman, A. S. & Messer, S. B. (2003). Contemporary Issues in the Theory and Practice of Psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies: Theory and Practice*. (2nd ed.), (pp.1-23). New York: Guilford Press.
- Hannibal, N. (1999). The Client's Potential for Therapeutic Insight Assessed through the Ability to Reflect Verbally and Musically. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 37-47.
- Hannibal, N. (2003). A Woman's Change from being Nobody to Somebody: Music Therapy with a Middle-Aged, Speechless, and Self-Destructive Woman. In S. Hadley (Ed.), *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies*, (pp. 403-413). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Hanser, S. (1999). *The New Music Therapist's Handbook*, 2nd ed. Boston: Berklee Press.
- Hart, C. (1998). *Doing a Literature Review: Releasing the Social Science Research Imagination*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Heikman, P., Katila H., & Kuoppasalmi K.(2004). Toimintakyvyn mittaustermelmät psykiatriassa. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (Toim.), *Toimintakyky - Arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Duodecim.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (1991). *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2000). *Tutki ja kirjoita* (6 ed.). Helsinki: Tammi.
- Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163-173.
- Isenberg-Grzeda, C. (1988). Music therapy assessment: A reflection of professional identity. *Music therapy*, 25. (3) pp. 156-169.
- Jahn-Langenberg, M. & Schmidt, H. U. (2003). A Comparison of First Encounters: Diagnostic Impressions of a Music Therapy Session and an Analytical First Interview. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1), 91-99.
- Jensen, B. (1999). Music Therapy with Psychiatric In-patients. In T. Wigram & J. De Backer. (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Kallio, T. (2003). Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. *Hallinnon tutkimus*, 25(2), 18-28.
- Kaskinen, M. (2003). Musiikkiterapian historiaa Suomessa. Teoksessa E. Alaruona, J. Erkkilä, R. Jukkola & K. Lehtonen (Toim.), *Muistoissa Petri Lehtinen 1940-2001*. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.
- Kelan kuntoutustilasto 2005. (2006). Helsinki: Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä.
- Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi., versio 5/2006. Kansaneläkelaitos: Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Kuntoutuslinja.

- Kivekäs, J., & Kallanranta, T. (2004). Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (Toim.), *Toimintakyky - Arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Duodecim.
- Käypä hoito-suositus. (2006). Standardoitujen arviointimittareiden käyttö. Duodecim. saatavissa <http://www.kaypahoito.fi>.
- Lahtela, (2001). Toimintakyvyn arvioimisen strategioista. Teoksessa S. Talo (Toim.), *Toimintakyky - Viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen*. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49.
- Lahti, I. (2004). Onko evidence based medicine Prokrusteen vuode psykoanalyttiselle psykoterapialle?. *Psykotopia* 23(3): 211-216.
- Layman, D. L., Hussey, D. L., & Laing, S. J. (2002). Music Therapy Assessment for Severely Emotionally Disturbed Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 39(3). 164-187.
- Latomaa, T. (2000) Psykologinen ymmärtäminen; psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulu: Oulun yliopiston kirjasto.
- Lee, C. (2000). A Method of Analyzing Improvisations in Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 37(2). 147-167.
- Lehikoinen, P. (1973). *Parantava musiikki - Johdatus musiikkiterapian peruskysymyksiin*. Helsinki: Fazer.
- Lehtonen, K. (1986). *Musiikki psyykkisen työskentelyn edistäjänä - psykoanalyttinen tutkimus musiikkiterapian kasvatuksellisista mahdollisuuksista*. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja 56 C.
- Lehtonen, K. (1988). *Musiikin ja psykoterapian suhteesta*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Lehtonen, K. (1996). *Musiikki, kieli ja kommunikaatio*. Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielmia ja raportteja 17.
- Lehtonen, K. (1997). Is there Correspondence between the Structures of Music and the Psyche. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(1), 43-52.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. (2000). Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (Toim.), *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120(22). 2645-2653.
- Lindvang, C., & Frederiksen, B. (1999). Suitability for Music Therapy: Evaluating Music Therapy as an Indicated Treatment in Psychiatry. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 48-58.
- Loewy, J. V. (1994). A Hermeneutic Panel Study of Music Therapy Assessment with an Emotionally Disturbed Boy. Doctoral thesis. New York University. UMI Dissertation Services.
- Loewy, J. (2000). Music Psychotherapy Assessment. *Music Therapy Perspectives*, 18(3), 47-58.
- Luck, G., Riikkilä, K., Lartillot, O., Erkkilä, J., Toiviainen, P., Mäkelä, A., Pyhälä, K., Raine, H., Varkila, L., & Värri, J. (2006). Exploring Relationships between Level of Mental Retardation and Features of Music Therapy Im-



- provisations: A Computational Approach. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(1), pp. 30-48..
- Lönnqvist, J. (2000). Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (Toim.), *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Marton, F. (1988). Phenomenography: A Research Approach to Investigating Different Understandings of Reality. In S. Webb (Ed.), *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*. London: The Falmer Press.
- Mattila, L. (1999). Kouluikäisen kehitysvammaisen kokonaisvaltainen musiikki-terapeuttinen arviointi osana moniammatillisen työryhmän toimintaa. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- McCormick, J., Rodney, P., & Varcoe, C. (2003). Reinterpretations Across Studies: An Approach to Meta-Analysis. *Qualitative Health Research*, 13(7), 933-944.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Merle-Fishman, C. R., & Marcus, M. L. (1982). Musical Behaviors and Preferences in Emotionally Disturbed and Normal Children: An Exploratory Study. *Music Therapy*, 2(1), 1-11.
- Merton, R. K. (1973). *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Michel, D. E. (2000). An Assessment of Music Therapy Over the Past Fifty Years and a Vision of its Future. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 72-77.
- Migliore, M. J. (1991). The Hamilton Rating Scale for Depression and Rhythmic Competency: A Correlational Study. *Journal of Music Therapy*, 28(4), 211-221.
- Moreau, D. v. (2003). MAKS - A Scale for Measurement of Expressive and Musical Behavior. *Music Therapy Today (online)*, IV(4) Sept. 2003 available at <http://musictherapytoday.net>.
- Mäkelä, M. (2004). Hoitojen vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (Toim.), *Toimintakyky - Arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Duodecim.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. In J. Norcross. (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work - Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1971). *Music Therapy for Handicapped Children*. London: Gollancz.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child. New York: John Day Co.
- Nygaard-Pedersen, I. (2001). *Form(ation)s of Encounters - Ways to Dialogues*. Department of Music and Music Therapy, Aalborg University.
- Nygaard-Pedersen, I. (1999). Music Therapy as Holding and Re-organizing Work with Schizophrenic and Psychotic Patients. In T. Wigram & J. De Backer. (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Odell-Miller, H. (1999). Investigating the Value of Music Therapy in Psychiatry: Developing Research Tools Arising from Clinical Perspectives. In T. Wigram & J. De Backer. (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Oldfield, A. (2000). Music Therapy as a Contribution to the Diagnosis made by the Staff Team in Child and Family Psychiatry - an Initial Description of a Methodology that is still emerging through Clinical Practice. In T. Wigram (Ed.), *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy, Music Therapy and Dramatherapy*. Hertfordshire: Harper House Publications.
- Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canam, C., & Jillings, C. (2001). *Meta-study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-analysis and Meta-synthesis*. London: Sage Publications.
- Pavlicevic, M. (1995). Interpersonal Processes in Clinical Improvisation: towards a subjectively objective systematic definition. In T. Wigram, B. Saperston, & R. West (Eds.), *The Art and Science Music Therapy- A Handbook* (pp. 167-180): Harwood Academic Publishes.
- Pavlicevic, M. (1997). *Music therapy in context : Music, Meaning and Relationship*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pavlicevic, M. & Trevarthen, C. (1989). A Musical Assessment of Psychiatric States in Adults. *Psychopathology*, 22, 325-334.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C., & Duncan, J. (1994). Improvisational Music Therapy and the Rehabilitation of Person Suffering from Chronic Schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, 31(2), 86-104.
- Perilli, G. G. (1995). Subjective Tempo in Adults with and without Psychiatric Disorders. *Music Therapy Perspectives*, 13(2), 104-109.
- Peters, J. S. (2000). *Music Therapy: An Introduction*. (2nd ed.). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2006). A Coding Scheme for the Evaluation of the Relationship in Music Therapy Sessions. *Psychological Reports*, 99(1), 85-90.
- Rauhala, H. (1973). *Musiikkiterapia - teoria ja metodiset mallit*. Jyväskylä: Gummerus.
- Rehardt, E. (1973). Musiikin elämys psykoanalyysin kannalta. *Mielenterveys*, 1-2, 88-96.
- Riikkilä, K. (1998). Musiikkiterapian ja taajuusalueiltaan vaihtelevan musiikin kuuntelun vaikutus autististyyppisistä oireista kärsivien lasten kommunikaatioon, kehitykseen ja käyttäytymiseen. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Rissanen, P. (2001). Terapiaa vai kuntoutusta. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (Toim.), *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim.
- Rogers, P. J. (2003). Working with Jenny: Stories of Gender, Power and Abuse. In S. Hadley (Ed.), *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies.*, (pp. 123-140). Gilsum NH: Barcelona Publishers.

- Ruud, E. (1998). *Music therapy : Improvisation, Communication, and Culture*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Sabbatella, P. (1998). *How to Evaluate Music Therapy? Music and Therapy - a Dialogue*, [Music Therapy Info Cd-Rom 2]. University of Witten Herdecke.
- Sabbatella, P. (2004). Assessment and Clinical Evaluation in Music Therapy: An Overview from Literature and Clinical Practice. *Music Therapy Today (online) Vol. V(1)*, 2004. Saatavissa: [www.musictherapyworld.net](http://www.musictherapyworld.net)
- Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing and Health*, 20, 365-371.
- Scheiby, B. (2002). Improvisation as a Musical Healing Tool and Life Approach. In J. Th. Eschen (Ed.), *Analytical Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Scovel, M. A. & Gardstrom, S. C. (2002). Music Therapy within the Context of Psychotherapeutic Models, In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions*, (2nd ed.), (pp. 117-132). Saint Louis: MMB.
- Silvonen, J. & Keso, P. (1999). Grounded theory aineistolähtöisen analyysin mallina. *Psykologia*, 34(2), 88-96.
- Smejsters, H. (2005). *Sounding the Self: Analogy in Improvisational Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stakes, Luokituskeskus. ICF-Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. saatavissa <http://sty.stakes.fi/FI/luokituskeskus>.
- Steinberg, R., Kimmig, V., Raith, L., Günther, W., Bogner, J., & Timmermann, T. (1991). Music psychopathology IV. The Course of Musical Expression During Music Therapy with Psychiatric Inpatients. *Psychopathology*, 24, 121-129.
- Steinberg, R., Fani, M., & Raith, L. (1992a). Music psychopathology V. Objective Features of Instrumental Performance and Psychopathology. *Psychopathology*, 25, 266-272.
- Steinberg, R., Fani, M., & Raith, L. (1992b). Music psychopathology VI. The Course of Objective Instrumental Performance Characteristics with Psychiatric Inpatients. *Psychopathology*, 25, 273-282.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research (2nd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Henry, W. P. (1988). Problem-Treatment-Outcome Congruence: A Principle Whose Time Has Come. In H. Dahl & H. Kächele (Eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer, 1-14.
- Syvänen, K. (2005). *Vastatunteiden dynamiikka musiikkiterapiassa*. Väitöskirja. Jyväskylän Studies in Humanities 35. Jyväskylän yliopisto.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2004). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus.
- Tyson, E.H. & Baffour, T.D. (2004). Art-based strengths: a solution-focused intervention with adolescents in an acute-care psychiatric setting. *The Arts in Psychotherapy*, volume 31, issue 4 p. 213-227.
- Van den Daele, L. (2007). *Music Apperception Test*, [Website: [www.psychodiagnostics.com](http://www.psychodiagnostics.com)].
- Varonen, H., Semberg, V. & Teikari, M. (toim.) 1999. Tieteestä käytäntöön. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa. FinOHTAn raportti 11. saatavissa:  
<http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/raportit/raportti11.htm>
- Vinkler Frederiksen, B. (1999). Analysis of Musical Improvisations to Understand and Work with Elements of Resistance in a Client with Anorexia Nervosa. In T. Wigram & J. De Backer. (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wahlbeck, K. (2005). Psykoterapiatutkimuksen laatukriteerit Cochrane-näkökulmasta. Teoksessa K. Hartikainen & J. Aaltonen (Toim.), *Näyttöön perustuva psykoterapia*. Psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620-630.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate - Models, Methods, and Findings*. New Jersey & London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Wells, N. F. (1988). An Individual Music Therapy Assessment Procedure for Emotionally Disturbed Young Adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 15, 47-54.
- Wesley, S. B. (2003). The Voice from the Cocoon: Song and Imagery in Treating Trauma in Children. In S. Hadley (Ed.), *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies.*, (pp. 105-122). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. L. & Kenny, C. (2005). Principles of Qualitative Research. In B. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research (2nd ed.)*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Wigram, T. (1999). Assessment Methods in Music Therapy: A Humanistic or Natural Science Framework? *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 7-25.
- Wigram, T. (Ed.). (2000). *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy, Music Therapy and Dramatherapy*. Hertfordshire: Harper House Publications.
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy – Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Wilson, B. L. (1990). Assessment of adult psychiatric clients: The role of music therapy, *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 126-148). New York: Schirmer.
- Wilson, B. L. (2002). Assessment of adult psychiatric clients: The role of music therapy, In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions, (2nd ed.)*, (pp. 155-180). Saint Louis: MMB.
- Wilson B. L. & Smith, D. S. (2000). Music Therapy Assessment in School Settings: A Preliminary Investigation. *Journal of Music Therapy*, 37(2), 95-117.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- Wolfe, D. E. (2000). Group music therapy in acute mental health care: meeting the demands of effectiveness and efficiency. In *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice (3rd ed.)*. Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc.

#### **HENKILÖKOHTAINEN TIEDONANTO**

- Jouni Aavaluoma, musiikkiterapeutti, HUS, henkilökohtainen tiedonanto, 2006.
- Marjatta Kallio, Kela, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Kuntoutusryhmä, sähköposti 5.12.2006.
- Marko Punkanen, musiikkiterapeutti, palveluntuottaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2007.
- Päivi Saukko, musiikkiterapeutti, palveluntuottaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2005.

## LIITTEET

### LIITE 1 (vain aineiston havainnollistamiseen, ei kliiniseen käyttöön)

Cassity & Cassity (1994; 1998): Monimuotoinen psykiatrinen musiikkiterapia aikuisille, nuorille ja lapsille – kliininen manuaali

Muita arvioinnin toteuttamiseen liittyviä esiteltyjä käsitteitä:

Functional analysis – toiminnallinen analyysi

- sen lisäksi, että tutkitaan modaliteettien välisiä suhteita, täytyy selvittää myös reaktioita tai havaittavaa ilmiötä edeltäviä syy-seuraussuhteita kysymällä mitä, koska, missä, kuka ja miten -kysymyksiä.

Modality firing order – modaliteettien keskinäinen järjestys ongelman taustaa kuvaavassa tapahtumaketjussa

- Lazaruksen mukaan modaliteetit voivat muodostaa keskenään suhteisen tapahtumaketjun, jossa tietty modaliteetti tuottaa reaktion, joka on havaittavissa seuraavan modaliteetin avulla jne. Tällaisen kuvion tai tapahtumaketjun selvittämistä kutsutaan jäljittämiseksi (tracking).

Uni or bimodal interventions – yksi tai kaksimodaaliset interventiot

- jos BASIC ID ei paljasta toisiinsa liittyvien ongelmien ”verkosta”, voivat terapeutti ja potilas valita työskentelyynsä yhden tai kaksi selväpiirteistä ongelmaa.

Structural profiles – rakenteelliset profiilit

- toisinaan alkuarvioinnin yhteydessä muodostetaan asiakkaasta rakenteellisia profiileita, joilla luonnehditaan asiakkaan perustyyppiä, kuten tuntija, ajattelija, tekijä, haaveilija jne. Tällainen tieto voi auttaa strukturoimaan terapiatilannetta siten, että se edesauttaa potilasta kiinnittymään. Ajatuksena on, että aloitetaan ongelmien työstäminen asiakkaalle mieluisen modaliteetin alueelta ja edetään vähitellen kohti vähemmän mieluisia alueita. Tätä prosessia kutsutaan sillan teoksi (bridging).

Second-order BASIC ID

- jos terapeutin edistyminen tyrehtyy, voi olla syytä edetä alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen muuttamalla modaliteettien priorisointia ja työskentelyjärjestystä.

## LIITE 2 (4 s.) (vain aineiston havainnollistamiseen, ei kliiniseen käyttöön)

### Goodman (1989): Tunne-elämältään häiriintyneiden lasten musiikkiterapia-arviointi

Arvioinnin kuusi perusaluetta (I-VI) täsmentävine alaosioineen:

- I. Asiakkaalle luontaiset musiikilliset reaktiot ja valinnat (sisältää kehityksellisen tason kuvauksen)
  - A. perkussiivinen: Välitön reaktio on fyysisesti rytmisen. Lapsen "täytyy" ilmaista itseään jollain tavoin rytmisin iskuin tai taputtamalla.
  - B. vokaalinen: välitön reaktio ilmenee asiakkaan hengityksessä, esim. sen raskaudessa. Lapsi ilmaisee itseään äänellä, reagoi ensisijaisesti laulettuun musiikkiin ja terapeutin ääneen laulamalla, hyräilemällä tai viheltämällä
  - C. liikkuminen: lapsi innostuu fyysisesti rytmistä ja hän haluaa tulkita musiikkia koko vartalon liikkeellä.
  - D. kuunteleminen: lapsi mieluummin kuuntelee keskittyneesti valitakseen musiikkia, kuin niinkään aktiivisesti ilmaisee itseään musiikillisesti.
  - E. instrumentaalinen
    1. koskettimet
    2. puhaltimet
    3. lyömäsoittimet
    4. kieli- ja jousisoittimet
    5. lauluääni: ääniala
  - F. säveltäminen
  - G. ei selvää valintaa
    1. lapsi työskentelee useiden välineiden kanssa (kuvattu aikaisemmin)
    2. lapsi on riippuvainen terapeutin valinnoista, mutta osallistuu sitten
    3. lapsi on passiivinen, valitsee välineen/ välineitä ja pyytää terapeuttia soittamaan/laulamaan/esittämään
  - H. negatiivinen vaihtoehto: lapsi vastustaa voimakkaasti jonkin välineen (minkä?) käyttämistä
  - I. luontaiseen reaktioon perustuva valinta vaihtuu, kun... (mitä tapahtuu?)
- II. Musiikilliset mieltymykset
  - A. Lapsi sietää musiikkia taustaelementtinä (laululeikit, tanssi), mutta ei osoita mitään erityistä mieltymystä musiikkiin itsessään.
  - B. Lapsi on kiinnostunut musiikista itsestään:
    1. on riippuvainen ikätovereilleen tyyppillisestä musiikista
      - a. esikoulu, lastenlaulut, kehtolaulut
      - b. latenssi: lasten kansanlaulut
      - c. nuorisomusiikki: rock, pop jne.
    2. lapsi on riippuvainen materiaalista, joka viittaa kehitykselliseen taantumiaan
    3. lapsi on kiinnostunut ikätovereilleen epätyypillisestä musiikista:
      - a. klassinen
      - b. uskonnollinen
      - c. jazz/blues
      - d. muu, mikä?
    4. lapsi tarvitsee turvallisuutta ja ennustettavuutta musiikissa:
      - a. voimakkaasti korostettuja rytmejä
      - b. I-IV-V harmonioita
      - c. peräkkäisiä ja pieniä intervaleja melodioissa
      - d. melodian toistoa

5. lapsi kyllästyy yksinkertaisuuteen ja pitää parempana:
  - a. dissonansseja sointurakenteissa
  - b. synkpoituja rytmejä
  - c. suurempia intervaleja melodioissa
  - d. muitakin kuin duuri- ja molliasteikkoja
6. lapsi liittyy musiikilliset mieltymyksensä... (mihin?)

### III. Musiikillinen reagoivuus (huomioi mahdolliset muutokset tässä)

#### A. Rytmien hallinta (liike, puhe, lyömäsoittimet)

1. kaoottinen: rytmiset iskut epäselviä ja umpimähkäisiä, täysin irrallaan pianosta. Lapsi ei osaa erottaa eri rytmejä.
2. pakonomainen: rytmiset iskut eivät liity terapeutin improvisaatioon. Soitto säilyy pakonomaisen muuttumattomana. Lapsi pitää tärkeänä tietyn kuvion jatkuvaa toistamista ja on kykenemätön soittamaan muuta.
3. päällekkäisyys: Lapsi käyttää rumpua aggressiivisena välineenä soittaakseen äänekkäästi ja peittääkseen pianon alleen. Rumpua käytetään häiritsemiseen tai hallitsemiseen. Lapsi käyttää hiljaiset hetket hyväkseen toteuttaakseen epämääräisiä fyysisiä ja emotionaalisia impulssejaan.
4. välttelevä: Lapsi säikkyi musiikkia ja välttelee kontaktia soittimilla. Musiikillinen jännite omine impulsseineen on niin voimakas, että se estää soittamisen samassa rytmissä pianon kanssa.
5. epäselvä: Lapsi yrittää liittyä, mutta ei onnistu. Ongelma on taustaltaan fyysinen tai hahmottamiseen liittyvä, ei tunneperäinen.
6. satunnainen: Lapsella on ajoittain pianoon hetkittäinen, ailahteleva yhteys. Hajanainen rummutus viittaa lyhytjännitteisyyteen tai kiinnostukseen fantasiamaailmasta (taipumukseen fantasioida?).
7. leikkisä: Lapsi pitää istuntoa leikkinä eikä terapeutti pääse kunnolla selville asiakaan kyvyistä, koska musiikki ei paljasta mitään lapsen psyykkisestä ja emotionaalisesta tilasta.
8. vakaa: Lapsi kykenee seuraamaan pianoa rummuttamalla 2/4, 4/4 tai 3/4 kuvioita.
9. luova: Lapsi aloittaa ja luo uusia kuvioita. Seuraa terapeutti tempon, dynamiikan ja rytmien muuttuessa.
10. melodinen: Lapsi luo melodisia rytmejä.
11. rytmien hallinta muuttuu, kun:
  - a. lapselle annetaan malli ja tulee riippuvaiseksi imitoinnista
  - b. lapsi reagoi negatiivisesti terapeutin synkroniseen soittoon ja muuttaa kuviota välttääkseen kontaktin
  - c. lapsella on hämmentäviä mielikuvia
  - d. lapsi yrittää liikaa
  - e. lapsi reagoi positiivisesti tuttuun sävelmään
  - f. lapsi vaikuttaa tuntevansa olonsa mukavaksi terapeutin kanssa ja tulee musiikista tietoiseksi
  - g. lapsi käyttää musiikillisen kuvion muutosta ilmaistakseen spontaania tunnetta symbolisesti

#### B. Dynamiikan hallinta

1. Lapsi on riippuvainen liioitellusta äänekkyydestä
2. Lapsi on riippuvainen liioitellusta hiljaisuudesta
3. Lapsi on vuorovaikutuksessa vastaanottavainen dynaamisille muutoksille
4. Dynamiikan hallinta muuttuu, kun.. (mitä?)

#### C. Liikkeiden hallinta

1. Lapselta puuttuu kyky hallita kehollisia liikkeitä, joka voi vaikuttaa äänen keston kontrolloimiseen



2. Lapsi käyttää hieno- ja karkea motoriikkaa tuottaakseen haluamansa pituisia ääniä:
  3. Liikkeiden hallinta muuttuu, kun.. (mitä?)
- D. Äänensävyyn/soinnin/soundin hallinta
1. Lapsi on tietoinen soittimelle tyypillisestä äänensävyistä ja tavoittelee sitä
  2. Lapsi ainoastaan tavoittelee jotain ääntä soittimesta välittämättä niinkään sen laadusta
  3. Lapsi assosioi soittimeen siihen kuulumattoman soinnin
  4. Äänensävyyn/soinnin/soundin hallinta muuttuu, kun:
- E. Melodialinjojen ja fraseerauksen hallinta
1. Lapsi käsittelee melodisten kuvioiden jännitteitä ja purkautumisia tarkoituksenmukaisesti
  2. Lapsen kuviot ovat jatkuvasti jännitteisiä
  3. Lapsen kuviot ovat jatkuvasti epäselviä
  4. Fraseerauksen hallinta muuttuu, kun.. (mitä?)
- F. Sykkeen tasaisuuden hallinta
1. Lapsi ei pysty ylläpitämään tasaista tempoa:
    - a. kiilaa edelle
    - b. hidastelee
  2. Lapsi kykenee ylläpitämään tempon ja tuntuman sykkeeseen
  3. Lapsen tuntuma sykkeeseen ja tempoon muuttuu, kun.. (mitä?)
- G. Soittimen käsittelytapa
1. Lapsi käyttää soitinta äänen tuottamisen kannalta toimivimmalla tavalla
  2. Lapsi estää toimivan äänen tuottamisen, koska:
    - a. toimii veltosti
    - b. käsittelee soitinta liian äkkinäisesti tai vaisusti
    - c. laittaa soitinta liian syvälle käteen tai suuhun
  3. Lapsi välttää kontaktia:
    - a. asettamalla välineistön terapeutista pois päin
    - b. hylkää soittimen muutamassa sekunnissa
    - c. tutkimalla soitinta kehitykselliseen taantumaa viittaavalla tavalla
  4. Lapsi käyttää soitinta kuvaavan ilmaisun (representaation) välineenä
- H. Ilmaisutavan sopivuus
1. Lapsi valitsee mielialaansa sopivaa musiikkia tai välineitä
  2. Lapsi pystyy sovittamaan yhteen musiikin tunnelman ja oman musiikillisen reaktionensa
    - a. äänellä/laulaen
    - b. soittamalla
    - c. liikkumalla
    - d. kuunneltaessa
  3. Lapsi valitsee oman mielialansa vastakkaista materiaalia
  4. Lapsen reaktio musiikkiin osoittautuu vastakkaiseksi kuin säveltäjän mieliala
  5. Lapsen musiikilliset tunnetilat eri yhteyksissä (ääni/laulu, soitto, liikkuminen) ovat kokonaisuutena yhtäpitäviä. (in synchrony)
  6. Lapsen musiikillinen käyttäytyminen on ristiriitaista

- IV. Sanalliset miellelyhtymät
- A. Ennen musiikillista kokemusta
  - B. Musiikillisen kokemuksen aikana
  - C. Musiikillisen kokemuksen jälkeen
  - D. Laulujen sanoitukset
    1. Sanojen..:
      - a. temaattinen sisältö

- b. muutokset sanoituksessa (ja muutokset säestyksellisissä taustaelementeissä)
        - c. mielikuvien yhtenäisyydessä tapahtuu muutos, kun.. (mitä?)
- E. Tarinan kerronta/ musiikillinen draama
  - 1. Draaman..
    - a. temaattinen sisältö
    - b. muutoksen draamassa (ja muutokset säestyksellisissä taustaelementeissä)
    - c. mielikuvien yhtenäisyydessä tapahtuu muutos, kun.. (mitä?)
- V. Ei-sanalliset reaktiot
  - A. Ennen musiikillista kokemusta
  - B. Musiikillisen kokemuksen aikana
  - C. Musiikillisen kokemuksen jälkeen
- VI. Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus
  - A. Vastavuoroisesti reagoiva: Asiakas kykenee vastavuoroisuuteen läpi istunnon
  - B. Asiakas on valikoivasti vastaanottavainen terapeutille
  - C. Asiakas on vastavuoroisuuteen kykenemätön (oppositiossa?) suurimman osan istunnosta
- VII. Pohdinta/Suosituksset

**LIITE 3 (6 s.) (vain aineiston havainnollistamiseen, ei kliiniseen käyttöön)**

Layman, Hussey & Laing (2002): Musiikkiterapia-arviointi tunne-elämältään vakavasti häiriintyneille lapsille (SED)

**Käyttäytyminen/Sosiaalinen**

defensiivinen/etäinen

tavoitteen/  
tarkoituksenmukainen

häiritsevä/päälleikävä

	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Kyky leikkiä</b>	Ei osallistu tai soita soittimia; vaikuttaa pelokkaalta, aralta, ujolta	Hieman keskinäistä vuorovaiikutusta (rinnakkaista leikkiä tai soittamista)	Vuorottelee jatkuvasti terapeutin kanssa (yhteistä leikkiä tai soittamista)	Vaatii omaa vuoroa/taapaa 1-2 kertaa istunnon aikana; ei vuorottele terapeutin kanssa 1-2 kertaa	Vaatii jatkuvasti omaa vuoroa/taapaa läpi istunnon (läpitukenve), ei vuorottele
<b>Huomio tehtävään</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	< 1 minuuttia itsenäisesti	1-3 minuuttia itsenäisesti	> 3 minuuttia; huomio suuntautuu muualle vain vähän tai ei ollenkaan; ei levottomuutta	1-3 minuuttia suostuteltaessa; hieman levoton	< 1 minuuttia vaikka suostutellaan; jatkuva levottomuutta; valittaa tehtävästä/toiminnasta sanallisesti
<b>Toimintoihin ryhtyminen</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Ryhtyi toimintaan kun annettiin >2 kehotusta, mutta ei suoriutunut neuvonkaan avulla, vetäytyi	Yritti toimia kun annettiin 1-2 kehotusta, mutta ei selvinyt ilman neuvoja	Ryhtyi toimintaan kuten terapeutti ohjasi, vei toiminnon loppuun (ilman neuvoja)	Yritti toimia kun annettiin 1-2 kehotusta: suoriutui toiminnasta neuvon avulla	Kieltäytyi yrittämästä toimintaa vaikka annettiin >2 kehotusta
<b>Impulssikontrolli</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Odotti vuoroa kuten ohjattiin, muttei soittanut kun kehoitettiin; vaikutti vä-	Odotti vuoroa kuten ohjattiin, muttei soittanut ennen kuin annettiin 1-2 ke-	Odotti vuoroa rauhallisesti ja itsenäisesti; ei tavoitellut tai soittanut soittimia toi-	Tavoitteli tai soitti soittimia toisen vuorolla 1-2 kertaan istunnon aikana: reagoi	Tavoitteli tai soitti soittimia toisen vuorolla >2 kertaan istunnon aikana

	lin- pitämättö- mältä ve- täytyi	hotusta	sen vuorolla	ohjatessa uudelleen ("hiljaiset kädet")	
<b>Rakenteiden noudattaminen</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Ei edennyt seuraavaan toimintoon kun ohjattiin, mutta ei kiukutellut; vetäytyi istunnosta	Siirtyi ohjeiden jälkeen seuraavaan toimintoon kun annettiin 1-2 sanallista kehotusta	Siirtymät suoraan ilman välikohtauksia, noudatti esitellyjä rakenteita johdonmukaisesti	Kiukutteli siirtymässä 1 kerran, esitellyn rakenteen epäasiallista noudattamista 1-2 kertaa istunnon aikana	Kiukutteli $\geq$ 2 kertaa siirtymien aikana; vaati asioiden tekemistä omalla tavallaan läpi istunnon
<b>Katsekontakti</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Otti katsekontaktia itsenäisesti vain vähän tai ei ollenkaan	Otti jonkin verran katsekontaktia itsenäisesti	Otti jatkuvasti katsekontaktin itsenäisesti	Otti jonkin verran katsekontaktia vain kun ohjattiin	Kieltäytyi ottamasta katsekontaktia ohjauksesta huolimatta läpi istunnon
<b>Henkilökohtaiset rajat</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Torjui terapeutin pyynnön tulla henkilökohtaiselle alueelle läpi istunnon; siirtyi pois tai vältti taroituksenmukaista etäisyyttä (läheisyyttä)	Pysyttäytyi omalla alueellaan läpi istunnon; tarvitsi 1-2 sanallista kehotetta siirtyäkseen asianmukaisesti henkilökohtaiselle alueelle	Kunnioitti terapeutin henkilökohtaisia rajoja; pysyi itsenäisesti omalla alueellaan läpi istunnon; salli toivomuksesta terapeutin tulla henkilökohtaiselle alueelle asianmukaisella tavalla	Vaati 1 sanallisen tai fyysisen rajoituksen kunnioittaa terapeutin rajoja; vaati 1 sanallisen kehotuksen pysyttäytyä omalla alueellaan	Vaati $\geq$ 2 sanallista tai fyysistä rajoittamista kunnioittaa terapeutin rajoja; vaati $\geq$ 2 sanallista kehotusta pysyttäytyä omalla alueellaan

**Emotionaalinen**

defensiivinen/etäinen

tavoitteen/  
tarkoituksenmukainen

häiritsevä/päälleikävä

<b>Kasvonilmeillä ilmaiseminen</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Näytti masentuneelta tai vetäytyvältä läpi istunnon	Näytti lattealta tai vaisulta läpi istunnon	Vaikutti asianmukaiselta läpi istunnon	Näytti liian hassulta jos-sain kohtaa istuntoa	Vaikutti liian iloiselta tai vihaiselta joissain kohtaa istuntoa
<b>Coping-keinot</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Yritti suunnata terapeutin huomion pois tehtävästä >2 kertaa; välttelevä	Yritti suunnata terapeutin huomion pois tehtävästä 1-2 kertaa; välttelevä	Osoitti vähän tai ei ollenkaan turhautumista* ei yrittänyt suunnata terapeutin huomiota pois tehtävästä	Selviytyi turhautumasta asianmukaisesti kun ohjattiin uudelleen 1-2 kertaa	Vaikutti helposti turhautuvalta* läpi istunnon; löi, potki ine.
<b>Virheiden sietokyky</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Ei jatkanut toimintaa virheen jälkeen	Jatkoi toimintaa, kun kovasti rohkaistiin	Selvisi asiallisesti virheistä; ei vihanpurkauksia; jatkoi toimintaa	1-2 virheistä johtuvaa vihanpurkausta istunnon aikana	>2 virheistä johtuvaa vihanpurkausta istunnon aikana
<b>Hellyyden osoittaminen</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Osoitti koskettamiseen liittyvää defensiivisyyttä läpi istunnon	Osoitti koskettamiseen liittyvä defensiivisyyttä 1-2 kertaa istunnon aikana	Osoitti hellyyttä ja kiintymystä asianmukaisesti (pyysi saada halata tms.)	1-2 liiallista hellyydenosoitusta (kosketteli, halasi) kysymättä	>2 liiallista hellyydenosoitusta (kosketteli, halasi) kysymättä

## Kieli/Kommunikaatio

defensiivinen/etäinen      tavoitteen/  
tarkoituksenmukainen      häiritsevä/päällekyvä

Reagointi yksinkertaisiin ohjeisiin	2	1	0	1	2
	Noudatti <1/2 terapeutin antamista ohjeista	Noudatti $\geq$ 1/2 terapeutin antamista ohjeista	Noudatti kaikkia annettuja ohjeita	Vaati omaa toimintatapaa 1-2 kertaa istunnon aikana; ei reagoinut uudelleenohjaukseen	Vaati omaa toimintatapaa läpi istunnon; ei reagoinut uudelleenohjaukseen
Itseilmaisu	2	1	0	1	2
	Osoitti vähän tai epäasiallista kommunikaatiota tunteisiin, haluihin/tarpeisiin, mieltymyksiin/vastenmielisyyksiin	Osoitti hiukan asianmukaista kommunikaatiota tunteisiin, haluihin/tarpeisiin, mieltymyksiin/vastenmielisyyksiin	Osoitti johdonmukaisesti asianmukaista kommunikaatiota tunteisiin, haluihin/tarpeisiin, mieltymyksiin/vastenmielisyyksiin	Osoitti hieman ikätasoon sopimatonta kommunikaatiota tunteisiin, haluihin/tarpeisiin, mieltymyksiin/vastenmielisyyksiin; ilmaisi itseään epäasiallisesti	Osoitti jatkuvaa epäasiallista kommunikaatiota tunteisiin, haluihin/tarpeisiin, mieltymyksiin/vastenmielisyyksiin; ilmaisi itseään epäasiallisesti
Kielellinen ilmaisu	2	1	0	1	2
	Non-verbaali; ei käytä sanoja tai merkkejä kommunikoidakseen	Puhui ikätason mukaisia 2-3 sanan fraaseja	Puhui jatkuvasti ikätason mukaisia kokonaislauseita	Puhui epäasianmukaisesti 1-2 kertaa istunnon aikana; yritti ohjata terapeuttia	Puhui jatkuvasti loputtomia lauseita läpi istunnon; yritti ohjata terapeuttia
Kehujen vastaanottaminen	2	1	0	1	2
	Osoitti vähän tai ei ollenkaan positiivista reaktiota kehumiseen läpi istunnon	Osoitti hieman positiivista reaktiota kehumiseen	Reagoi kehumiseen positiivisesti johdonmukaisesti läpi istunnon	Reagoi hieman negatiivisesti kehumiseen	Reagoi liian negatiivisesti kehumiseen läpi istunnon

Kysymyksiin vastaaminen	2	1	0	1	2
	Vastasi kysymyksiin, jos kehoitettiin 1-2 kertaa/kysymys	Vastasi useimpiin tai kaikkiin kysymyksiin kun kehoitettiin 1-2 kertaa	Vastasi kysymyksiin useimmiten kuulemalta	Kieltäytyi* vastaamasta useimpiin tai kaikkiin kysymyksiin aluksi, mutta vastasi kun kehoitettiin 1-2 kertaa	Kieltäytyi* vastaamasta kysymyksiin vaikka kehoitettiin

## Musiikillinen

defensiivinen/etäinen      tavoitteen/  
tarkoituksenmukainen      häiritsevä/päällekkävyä

Musiikillinen valppaus	2	1	0	1	2
	Sovitti tempon ja/tai dynamiikan epäjohdonmukaisesti ulkoiseen stimuluseseen, kun annettiin 1 kehoitus tai vihje	Sovitti tempon ja/tai dynamiikan johdonmukaisesti ulkoiseen stimuluseseen, kun annettiin 1 kehoitus tai vihje	Sovitti johdonmukaisesti tempon ja/tai dynamiikan ulkoiseen stimuluseseen itsenäisesti	Ei sovittanut tempoa ja/tai dynamiikkaa ulkoiseen stimuluseseen vaikka kehoitettiin tai annettiin vihjeitä	Soitti päällekkäyksen läpi istunnon
Reaktiot musiikkiin	2	1	0	1	2
	Ilmaisi hyvin vähän mielihyvää musiikillisissa toimissa istunnon aikana	Osoitti useita mielihyväreaktioita musiikillisissa toimissa läpi istunnon	Osoitti mielihyväreaktioita musiikillisissa toimissa johdonmukaisesti läpi istunnon	Osoitti sekavia reaktioita musiikillisissa toimissa läpi istunnon (epäjohdonmukaisesti hymyili, sitten rypisteli kulmiaan; mieliala vaihteli laidasta laitaan)	Ei osoittanut mitään mielihyväreaktioita musiikillisissa toimissa; ilmaisi avoimen negatiivisia reaktioita musiikkiin toimiin

Reaktiot vihjeisiin	2	1	0	1	2
	Reagoi sanalliseen vihjeeseen, kun siihen yhdistetään $\geq 2$ sanalista/fyysistä johdattelua	Reagoi sanalliseen vihjeeseen, kun siihen yhdistetään 1 fyysinen johdattelu	Reagoi johdonmukaisesti sanallisiin vihjeisiin ("lopeta", "soita") ensi kuulemalta	Ei aluksi reagoi sanalliseen vihjeeseen ensi kuulemalta, mutta reagoi myöhemmin sanallisesti johdatellessa	Ei reagoi sanallisiin vihjeisiin vaikka johdatellaan; tekee päinvastaista kuin vihjattiin
Jäljittely	2	1	0	1	2
	Jäljitteli yksinkertaisia kehonliikkeitä, kun annettiin $>2$ sanallista/fyysistä kehotusta	Jäljitteli yksinkertaisia kehonliikkeitä, kun annettiin 1 fyysinen kehotus	Jäljitteli johdonmukaisesti yksinkertaisia kehonliikkeitä ensi näyttämältä	Ei ensin jäljitteli yksinkertaisia kehonliikkeitä, mutta reagoi sanallisen johdattelun jälkeen	Ei jäljittele yksinkertaisia kehonliikkeitä lainkaan
Äänenkäyttö	2	1	0	1	2
	Lauloi/puhui erittäin heikolla äänellä läpi istunnon	Lauloi/puhui heikolla äänellä läpi istunnon	Lauloi/puhui johdonmukaisesti sopivalla äänellä läpi istunnon itsenäisesti	Lauloi/puhui kovalla äänellä koko istunnon ajan	Lauloi/puhui erittäin kovalla äänellä läpi istunnon

Osion pisteet: defensiivinen/vetäytyvä \_\_\_\_\_ häiritsevä/päälleikävä \_\_\_\_\_

Kokonaispisteet:

defensiivinen/vetäytyvä \_\_\_\_\_ häiritsevä/päälleikävä \_\_\_\_\_

\*Määrittelyä käytetyille termeille:

\*defensiivinen/etäinen = käyttäytyminen, joka viittaa puutteisiin valmiusalueilla; passiivinen, masentunut, arka, ujo, pelokas, sulkeutunut (sisäänpäin kääntynyt)

\*häiritsevä/päälleikävä = käyttäytyminen, joka viittaa ylilyönteihin tai liiallisiin reaktioihin valmiusalueilla; läpitunkeva, kontrolloiva, aggressiivinen, avoin (ulkoistava)

\*turhautuminen = osoituksena jokin seuraavista käyttäytymisen muodoista: potkiminen, kiljuminen, huutaminen, itkeminen, on allapäin, vetäytyy fyysisesti toimintatilasta/-alueelta, kieltäytyy jatkamasta toimintaa, heittelee soittimia



\* kieltäytyminen = osoituksena jokin seuraavista käyttäytymisen muodoista: fyysinen vetäytyminen tilanteesta, pään tai kehon kääntäminen pois päin terapeutista, ei jatka ohjeiden mukaista toimintaa, negatiivista sanallista ilmaisua (esim. "ei"), heittelee soitimia

\* sanallinen vihje = mikä tahansa sanallinen ohje istunnon aikana aloittaa tai päättää musiikillinen toiminta (lopetta, aloita jne.)

**LIITE 4 (3 s.)** (vain aineiston havainnollistamiseen, ei kliiniseen käyttöön)

Wells (1988): Tunne-elämältään häiriintyneiden varhaisnuorten yksilömusiikki-terapia-arviointi

<b>Tehtävä 1: Laulun valitseminen</b>		
<b>arvioitavat alueet</b>	<b>vahvuudet</b>	<b>ongelmat</b>
1. Ahdistuneisuuden taso	Odottaa ohjeita	Motorinen levottomuus, liiallinen puheliaisuus; on huolestunut virheistä tai lauluäänestä; impulsiivisuus
2. Päätösten/valintojen tekeminen	Valitsee laulun itsenäisesti	Kykenemätön itsenäisesti löytämään laulua
3. Todellisuuteen orientoituminen	Lauluvalinta heijastelee nykytilaa: konfliktia tai tunnetta	Ymmärtää heikosti tai ei ollenkaan ohjeita; valitsee laulun jollekulle toiselle
4. Kyky käsitteellistää	Yhdistää valitun laulun nykytilaan: ongelmiin ja/tai johonkin persoonallisuuden puoleen	Lauluvalinta ja/tai assosiaatio on konkreettinen ja yksinkertainen
5. Minäkuva	Laulu heijastelee positiivisia ominaisuuksia tai tunteita; asiakas puhuu menneistä musiikillisista kokemuksistaan	Negatiivisia ilmaisuja itsestä: kehuu terapeuttia; lauluvalinta heijastelee negatiivisia tunteita tai käyttäytymistä
6. Tunneilmaisun rajoittuneisuus	Laulaa terapeutin mukana; käyttää kohtalaisesti ääntä	Ei laula terapeutin mukana; lauluääni kuulumaton
7. Musiikillinen lahjakkuus	Sävelkorva kuultavissa lauletuissa tuotoksissa	Asiakkaan ilmaisu osoittaa sävelkorvan puutetta
<b>Tehtävä 2: Tarina musiikkiin</b>		
<b>arvioitavat alueet</b>	<b>vahvuudet</b>	<b>ongelmat</b>
1. Ahdistuneisuuden taso	Aloittaa tehtävät mielellään; vaikuttaa rauhalliselta ja keskittyneeltä	On huolissaan virheistä; liiallista puheliaisuutta; vaikeuksia aloittaa; hätäilee tai käyttää liikaa aikaa tehtävien kanssa
2. Minäkuva	On ylpeä valmiista tuotoksesta esim. pyytämällä kopiota; positiivisia ilmaisuja itsestä	Epäilee kykyjään selvittää tehtävistä; pyytää terapeuttia lukemaan tarinansa; musiikkivalinta
3. Turhaumien sietokyky	Käyttää sopivan ajan tehtävän tekemiseen	Tarina on lyhyt; asiakas nyrpistelee ja antaa helposti periksi; valittaa mu-

		siikista
4. Ajatukselliset prosessit	Temaattinen aines on johdonmukaista ja yhtenäistä	Tarinan teema on epäjohdonmukainen tai hajanainen; vaikeuksia aloittaa tai lopettaa tarinaa
5. Kyky käsitteellistää	Vertauskuvien käyttäminen; tarinan teema ja musiikkivalinta yhtenäisiä; kykenee keskustelemaan teemasta vertauskuvallisesti tai itsen liittyen	Teema on yksinkertainen ja konkreettinen; ei vertauskuvia; tarina on pelkästään musiikin itsensä kuvailua
6. Tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky	Osoittaa asianmukaista keskittymiskykyä	Vaikuttaa hermostuneelta; kykenemätön keskittymään tehtävään
<b>Tehtävä 3: Viisivaiheinen improvisaatio soittimilla</b>		
<b>arvioitavat alueet</b>	<b>vahvuudet</b>	<b>ongelmat</b>
1. Ahdistuneisuuden taso	Noudattaa ohjeita	Impulsiivisuus; motorinen levottomuus; liiallinen puheliaisuus; vaatii sanallista rajoittamista; kiirehtii läpi tehtävän
2. Minäkuva	On ylpeä aikaansaannoksistaan; kehuu itseään; itsen liittyvät soitinvalinnat ja miellelyhtymät heijastelevat positiivisia tunteita	Väheksyy suoriutumistaan; negatiivisia ilmaisuja itsestä; itsen liittyvät soitinvalinnat ja miellelyhtymät heijastelevat negatiivisia tunteita
3. Tunneilmaisun rajoittuneisuus	Spontaanisuus ja vapaus sanallisessa ilmaisussa; tunneilmaisu asianmukaista suhteessa ärsykkeisiin	Pidättyväisyys; niukka sanallinen ilmaisu; spontaanisuus puuttuu sanallisesta ja ei-sanallisesta ilmaisusta; odottaa terapeutin aloitteita; imitoi terapeuttia; tukeutuu tuttuihin melodioihin; vaikeuksia muuttaa tempoa ja/tai dynamiikkaa
4. Turhaumien sietokyky	Suorittaa tehtävän loppuun; pystyy toimimaan vähäisillä rakenteilla ja ohjeilla	Liian riippuvainen terapeutista; tarvitsee lisäohjeistusta ja -struktuuria; antaa helposti periksi; vaihtaa välinettä toistuvasti ilman selvää syytä
5. Kyky käsitteellistää	Osoittaa ymmärtävänsä ohjeet ja suorittaa tehtävän loppuun asti; käyttää symbolista representatiota ja kykenee jäsentymään	Ymmärtää ohjeita huonosti; konkreettisia vastareaktioita; tarvitsee esimerkkejä tai demoja

	neisiin vastareaktioihin; kykenee kiinnittymään ja prosessoimaan ei-sanalista vuoropuhelua yksin tai terapeutin kanssa	
6. Egon rajat	Kykenee ylläpitämään asianmukaista fyysistä etäisyyttä ja tilaa; jakaa/tuottaa materiaalia asianmukaisesti; kykenee esittämään jokaista perheenjäsentä erikseen; kykenee päättämään istunnon asianmukaisesti	Kurottelee terapeutin yli soittaakseen tms.; kykenemätön jakamaan/tuottamaan materiaalia asianmukaisesti; vaikeuksia noudattaa rajoja; reaktiot ilmenevät jäsentymättöminä ja kaoottisina eikä osaa lopettaa tai päättää tilannetta; kykenemätön esittämään perheenjäsentä erikseen; vaikeuksia poistua terapiatilasta; regressoituu

**LIITE 5**

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

**Yhteenveto tyypillisistä suullisesti tai kirjallisesti kerättävistä esitiedoista****1. Kliiniset perustiedot:**

- ikä
- sukupuoli
- nykytilanne sekä historiaa; mitä on tapahtunut
- psyykkinen vointi; oireilun luonne ja ilmenemistapa
- aikaisemmat terapiat ja hoitokerrat
- hoitojakson pituus (osastohoidossa olevat)
- kokonaishoidon tavoitteet
- lääkitys sekä muut käynnissä olevat hoidot ja terapiat
- mahdolliset somaattiset sairaudet ja niiden vaikutus tilanteeseen
- perhesuhteet ja asumismuoto; sosiaalinen konteksti
- yhteystiedot ja vastuuhenkilöt

**2. Miksi musiikkiterapia ?**

- mistä ajatus musiikkiterapiasta mahdollisena terapiamuotona; asiakas itse, työryhmä, omaiset jne.
- musiikkisuhde ja musiikillinen harrastuneisuus yleisellä tasolla
- onko lähettävällä taholla ajatus terapiamuodosta: yksilö- vai ryhmäterapia?
- millaista arviointia musiikkiterapeutilta odotetaan?
- millaisia tavoitteita asiakkaan musiikkiterapialle voitaisiin asettaa?

**3. Musiikkiterapiakontaktin edellytykset:**

- kuinka kiire asian käsittelyllä on? (asiakkaan tarpeet, terapeutin resurssit ja priorisointi)
- onko musiikkiterapeutin sukupuolella merkitystä?
- mahdollinen tuhoavuus asiakkaan käyttäytymisessä (sekä asiakkaan että terapeutin turvallisuus)
- päihdeongelma; esim. huumeiden käytön mahdollisuus (kykeneekö asiakas sitoutumaan sovittuihin aikoihin; mahdollinen huumeiden käyttöön liittyvä arvaamaton käytös)
- vapaakävely tai mahdollisuus saattajan käyttöön (osastohoidossa olevat)
- rahoitus ja onko tarvittavat viralliset kontaktit olemassa (varsinkin yksityis sektorilla)

## LIITE 6

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

### **Yhteenveto alkuarvioinnin tyypillisestä rakenteesta.**

- Arviointijakson pituus: 1-6 tapaamista
- Arviointikäynnin kesto: 45 minuuttia
- Tapaamistiheys 2-3 kertaa viikossa, vähintään 1 kertaa viikossa; ei peräkkäisinä päivinä
- Asiakkaita arvioinnissa per päivä: yleensä yksi, vain harvoin useampia

### **Alkuarvioinnin muotoutumiseen vaikuttaa lähinnä neljä taustatekijää:**

1. lähettävän tahon tai muun yhteistyötahon odotukset: arvioinnin tarkoitus eli se, miksi arviointia ylipäätään tehdään
2. asiakaslähtöiset tekijät eli hänen tarpeensa, valmiutensa ja ongelmansa
3. terapeuttilähtöiset tekijät eli terapeutille ominaiset työskentelytavat, hänen koulutuksensa, viitekehys ja teoreettinen orientaatio sekä terapeutin persoona
4. itse arviointityön luonne eli ajallinen ja laadullinen kuormitus, toisaalta myös arvioinnin rakenteelliset vaatimukset.

**LIITE 7**

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

**Yhteenveto arviointijaksolla tärkeäksi koetuista kartoitettavista alueista ja keinoista millä tietoa kerätään**

Kartoitettavat alueet:

- Kiinnittyminen ja sitoutuminen
- Motivaatio: asiakkaan motivoituneisuus terapiaan; musiikin motivoiva vaikutus
- Odotukset: terapeuttiin, terapiaan tai terapiamuotoon kohdistuvat
- Ongelmat, valmiudet, vahvuudet ja mahdollisuudet: asiakkaalle ominaisten piirteiden ja edellytysten selvittäminen
- Terapiamuodon määrittäminen: ryhmä- vai yksilöterapian suosittelu
- Yhteistyön toimivuus ja käytännön edellytykset: asiakkaan ja arviointia tekevän terapeutin mahdollisuudet jatkaa varsinaista terapiaa arvioinnin jälkeen
- Terapian mahdollisuudet: musiikkiterapian tavoitteiden määrittely ja niveltäminen muuhun hoidon tai kuntoutuksen kokonaisuuteen
- Lähestymistavat: asiakkaalle soveltuvat musiikkiterapeuttiset lähestymistavat; lähtökohta terapeuttisen suhteen rakentamiselle

Keskeisimmät keinot:

- Rakenne ja setting: rakenteen avulla havainnointi; prosessiluonne; terapeutin tila asiakkaan yksilöllisen elämis- ja kokemismaailman ilmentymille
- Vuorovaikutuksen tutkiminen: havainnointi musiikillisissa, verbaalisissa ja ei-verbaalisissa tilanteissa; asiakkaan ja terapeutin yhdessä toimiminen, kokeminen, kohtaaminen ja jakaminen
- Musiikkisuhteen kartoittaminen: asiakkaan harrastuneisuus ja musiikin käyttötottumukset sekä kontekstuaalinen ulottuvuus; viitteet asiakkaan henkilöhistoriasta, kulttuurisesta taustasta, sosiaalisista suhteista, tunne-elämän jännitteistä, elämäntilanteesta jne.
- Haastattelu: tiedon kerääminen kliinisellä haastattelulla

## LIITE 8

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

### **Yhteenveto terapeutin käsityksen rakentumisesta asiakkaasta arviointijaksolla**

- Terapeutti käyttää intuitiotaan ammatillisesti: intuitio huomion suuntaajana, mutta ei suoria päätelmiä sen perusteella.
- Tehtyjä havaintoja pohditaan suhteessa kliiniseen kokemukseen sekä kokemukseen vuorovaikutuksesta asiakkaan kanssa.
- Terapeutti tutkii omia tunteitaan ja tekee päätelmiä vuorovaikutustilanteiden elementeistä ja piirteistä; tarkoituksena on selvittää mitkä terapeutin kokemista tunteista heijastuvat asiakkaasta ja mitkä ovat peräisin terapeutin omasta maailmasta. (transferenssin tutkiminen)
- Reflektoinnin ja vastatunteiden tutkimisen taustalla on terapeutin tietoisuus omasta taustastaan ja kasvustaan sekä aktiivinen pyrkimys ymmärtää nykytilaansa.
- Terapeutin riittävä asiakkaan viiteryhmän ja musiikkikulttuurin tuntemus tuo kontekstin kokemusten jäsentämiselle; terapeutin joustavat musiikilliset valmiudet helpottavat musiikillisen vuorovaikutuksen ymmärtämistä.
- Teoreettis-kokemuksellinen taito-tieto käsityksen muodostamisessa: jatkuva, aktiivinen omien toimintatapojen ja päättelyketjujen havainnointi sekä tarvittaessa niiden kehittäminen tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. Teoreettinen valveutuneisuus apuvälineenä jäsentämisessä.
- Työnohjauksen ja konsultaation käyttäminen ilmiöiden pohdinnassa.
- Tallenteiden käyttäminen aineiston myöhempää tarkastelua ja terapeutin arviointivalmiuksien kehittämistä varten.
- Valmiiden analysointimenetelmien käyttö on vähäistä, vain vaikutteita tai sovellettuja osia toimien taustalla; kokemukseen perustuvat terapeuttikohdaiset menetelmät ovat etusijalla.



**LIITE 9**

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

**Yhteenveto arviointiprosessin loppuvaiheen keskeisistä elementeistä**

- Kokonaiskäsityksen hahmotteleminen: kerätyn tiedon ja arviointijaksolta saatujen kokemusten reflektointi; ankkurointi terapeutin kliiniseen kokemukseen ja teoreettiseen viitekehykseen
- Asiakkaan näkemys arviointijakson kokemuksista; terapeutti jakaa ja vertailee näkemyksiään asiakkaan kanssa
- Työnohjauksen ja konsultaation käyttäminen tarvittaessa kokonaiskäsityksen selkiyttämiseksi
- Musiikkiterapian soveltuvuuden arviointi: terapiasuosituksen harkinta ja tulevan terapian rakenteen pohdinta; käytännön toteutumisedellytysten selvittäminen
- Terapian tavoitteiden tarkentaminen
- Asiakkaalle soveltuvien lähestymistapojen nimeäminen
- Arvioinnin loppupäätelmien vertaaminen esitietoihin ja lähettävän työryhmän käsityksiin
- Kokonaiskäsitys muodostetaan yhdistelemällä useita tietolähteitä
- Musiikkiterapia-arvioinnin tuottama uusi tieto hoitavan työryhmän käyttöön

**Yhteenveto arviointijakson raportoinnista**

- Kirjallinen tai suullinen lausunto
- Laadullinen kuvaus arviointijakson päätelmistä: asiakkaalle ominaiset piirteet, valmiudet, ongelmat ja mahdollisuudet; myös asiakkaan oma näkemys huomioidaan
- Kuvaus heijastelee asiakkaan ja arviointia tekevän terapeutin yksilöllisiä piirteitä
- Lausunnossa esitetään mahdolliset suositukset jatkokonsultaatiosta tai aloitettavasta terapiasta
- Musiikkiterapeuttisen lähestymistavan avulla saatava tieto voi auttaa lähettävän työryhmän työtä kokonaisuhoito- ja kuntoutuksen suunnittelussa
- Musiikillisen ja kokemuksellisen aineiston kuvaaminen sanallisesti koetaan haastavaksi; osa mahdollisesta informaatiosta jää hyödyntämättä

**LIITE 10**

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

**Yhteenveto alkuarvioinnin merkityksestä**

- Ammatillisen erityisosaamisen näkökulma: musiikkiterapeutti itse arvioi terapiamuodon ja lähestymistavan soveltuvuuden
- Resurssien jakaminen: oikea ja realistinen tavoiteasettelu sekä asiakkaan että terapeutin valmiuksien mukaan; pyritään välttämään ennenaikaisesti keskeytyviä terapisuhteita; huomioidaan myös vaativan asiakastyön kuormittavuus ja terapeutin jaksaminen
- Musiikkiterapia-arviointi on mahdollinen yleensä silloinkin, kun muut lähestymistavat eivät toimi
- Hoidon laadun kehittäminen ja varmistaminen: musiikkiterapia on suunnitelmallista ja tavoitteellista kokonaisuhoitoon kytkeytyvää ammatillista toimintaa
- Asiakkaan ja terapeutin keskinäinen työskentelysuhde monimuotoisuudessaan edellyttää alkuarvioinnin tekemistä: kontaktiin suostuminen, kiinnittyminen ja sitoutuminen
- Musiikkiterapeutin konsultaatio voi tuoda uutta näkökulmaa muun työryhmän käyttöön

**LIITE 11**

Ala-Ruona (2002; 2004): Vapaamuotoinen alkuarviointiprosessi ja terapeutin käsityksen rakentuminen arviointijakson aikana

**Osallistujatarkistuksen ohjeet ja kooste saadusta palautteesta**

Osallistujatarkistus toteutettiin lähettämällä haastatelluille arviointiprosessin koontikaavio (KUVIO 1) ja sisällön yhteenvedot (liitteet 5-10). Heille annettiin seuraavat ohjeet:

”Oheisena on kaksi liitetiedostoa MsWord dokumentteina. Avaa molemmat ja tarkista, että ne ovat ok. Varsinkin koontikaavion tulee olla ymmärrettävässä järjestyksessä.

Lähetän tämän tutkimuksen aineistoanalyysin tulokset siis tarkasteltavaksi lähinnä siitä näkökulmasta, että missä määrin tulos vastaa käsityksiäsi kliinikkona, onko tutkimuksen tulos kuinka totuudenmukainen tai millä tavoin se eroaa käsityksistäsi.

Tarkoitus ei ole mennä ihan yksityiskohtiin, koska tutkimuksen tulos on laadullisen analyysin myötä muodostettu synteesi siitä, millainen psykiatrisen asiakkaan alkuarviointi voi musiikkiterapiassa olla.

Pyytäisin sinua lukemaan vaikka pariin kertaan lähettämäni materiaali ja tarkastelemaan sen ohessa tutkimuksen tulosta kuvaavaa kaaviota. Anna heräävien ajatusten kumpuilla vapaasti ja kommentoi, miten tutkimuksen tuloksen koet.

Member check on laadullisen tutkimuksen validiteetin eli luotettavuuden ja todenmukaisuuden tarkistamiseen tarkoitettu väline. Kuvaa siis palautteessasi kuinka hyvin tutkimuksen tulos vastaa omia kokemuksiasi arvioinnista ja siihen liittyvistä osatekijöistä.

Member checkin ideaan kuuluu myös se, että tutkija ei enää muuta tutkimuksen tulosta member checkin perusteella, mutta halutessaan hän voi liittää saatuja kommentteja raportin osaksi.”

**Kaikki haastatellut antoivat palautteensa, joista seuraavassa kooste:**

- Käsityksenmuodostuksen etenemisen painottaminen on hyvä
- Tää kuvio on mielestäni arvokas ja auttoi jäsentämään tekstiä
- Arvokasta, että olet nostanut myös transferenssi -käsitteen esiin.
- Yhteenvedo on jämäkkä
- Tämän perusteella jo tuntuu (en siis vielä tiedä) että olet tehnyt todella arvokkaan työn ja olet pystynyt säilyttämään riittävän objektiivisuuden aiheeseesi.
- Tuloksesi näyttää kliinikon silmissä todenmukaiselta

- En nyt oikein osaa antaa paljoakaan palautetta, koska lähestyt teoreettisesti aika hankalaa kysymystä - ja ilman muuta hyvä niin - jossa tieto, kokemus, intuitio ja ihmiskäsitys leikkaavat aika syvältä.
- Tässä ihan hajanaisia huomioita minusta aika ansiokkaasti jäsennellyn ongelmaan jota lähestyt: Oikeastaan asiassa on kaksi tasoa. Toinen mitä tapahtuu oikeasti ja toinen mitä raportoidaan. Ydinkysymys lienee miksi alan hoitamaan tätä ihmistä ja vielä olennaisempi - jos en ala niin miksi en? Potilaan motiivi on tärkein riippumatta vaikeuksista.
- Asiakaslähtöinen on aika ruma sana. Mitä se tarkoittaa. Mitä tarkoittaa ei-asiakaslähtöinen?
- Intuitio on toinen; se voi olla työväline kokeneelle ihmiselle, jolloin hän vertaa aikaisempia intuitiokokemuksiaan ja vaarallinen kokemattomalle; pelkää taikuutta. Oman hoidon ja työnohjauksen merkitys.
  
- Lueskelin alkuarviointitutkimuksen prosessinomaista kulkua ja koin lukemani hyvin myönteisenä. Koin prosessin etenemisen hyvin samankaltaisena, kuin mitä itse koen tapahtuvan alkuarvioinnissa omassa työssäni omien potilaideni kohdalla.
- Mielestäni aihetta on pohdittu tutkimuksessasi varsin perusteellisesti hyvin monesta näkökulmasta. En keksinyt mitään oleellista tai oikeastaan pientäkään, mitä muuta olisin voinut tilanteessa tai tutkimuksessa enää havainnoida.
- Pitkäjänteisessä psykiatrisessa musiikkiterapiassa homma etenee mielestäni juuri saamiesi tulosten suuntaisesti tutkivassa hengessä, missä on aika, paikka ja tila sekä riittävä intensiivisyys. Lisäksi nämä edellä mainitut ilmiöt sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta ajatellen.
- Tässä spekuloidessani herää uusi tutkimusaihe, missä tarkasteltaisiin terapian lopetusvaihetta suhteessa alkuarvioon tai muuten vain terapian lopetukseen liittyviä ilmiöitä ja työskentelytapoja eri terapeuttien kohdalla.
- Pitempään spekuloidessa totean tutkimuksen mielenkiintoiseksi ja perusteelliseksi myös minun omia työskentelylinjojani hyvin tarkasti noudattavaksi etenemismalliksi.
- Mielenkiintoinen oli kaavio -kooste, missä havaitsin prosessin etenevän sekä horisontaalisessa että vertikaalisessa tasossa (vasemmalta oikealle ja ylhäältä alas).
  
- Voin vain todeta miten nappiin olet saanut kerätyksi asiat. Laitosterapeuttina on hyvä, että moniammatillinen hoitotiimi ja sen antamat tiedot tulivat esille ja myös se on tärkeää, että sitä tietoa saa erittäin hyvin milloin sitä tarvitsee. Privaattipuolella on toisin! Siitäkin sinulla on hyvin.
- Jotenkin se blancon idea ei aina toteudu, haluaisin nimittäin voida muodostaa oman käsitykseni ja arvioida potilasta yhden kerran niin, ettei vahvaa ennakkokuva ole etukäteen. Arviointi on sillä kerralla äärimmäisen vaativaa - mutta myös se antaa tietoa, jota ei välttämättä muillakaan vielä ole.
- On hyvä, että olet tehnyt tämän - onnea jo etukäteen.
  
- Yleensä ottaen tekstisi vastaa samoja ajatuksia, joita minulla arvioinnista on. Muutamia lisäajatuksia joistakin kohdista kuitenkin nousi: joissakin tapauksissa useammankaan alkuarviointikerran yhteydessä ei selviä kuin se, että yhteisymmärrystä ja luottamusta löytyy yhteiselle työskentelylle. Varsinainen "syy" / asian ydin saattaa tulla myöhemmin jonkin toiminnan sivutuotteena, josta kerä sitten alkaa purkautua. Eli toisin sanoen "löydämme jotain sellaista jota kumpikaan meistä (potilas ja minä) emme tienneet aiemmin olevan olemassa."
- Arviointiprosessikaavio: mielestäni se on selkeä ja arviointiprosessin selkeästi esiin tuova.