

MUSIIKIN SILTAA PITKIN SISÄISEEN MAAILMAAN

Musiikkiterapian mahdollisuuksia tunne-elämältään
epävakaan persoonallisuuden hoidossa

Ritva Honka
Jyväskylän yliopisto
Musiikin laitos
Musiikkiterapian pro gradu-
tutkielma, syksy 2008

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen	Laitos – Department Musiikin laitos
Tekijä – Author Ritva Honka	
Työn nimi – Title Musiikin siltaa pitkin sisäiseen maailmaan – Musiikkiterapian mahdollisuuksia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa	
Oppiaine – Subject Musiikkiterapia	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Syksy 2008	Sivumäärä – Number of pages 72
<p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Epävakaata persoonallisuus on vaikea, ihmisen toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö. Häiriö tuo mukanaan tunne-elämän epävakautta, käyttäytymisen säätelyn vaikeutta sekä ongelmia vuorovaikutussuhteisiin. Epävakaan persoonallisuudelle tyypillistä on itseään vahingoittava käytös ja impulssien hallitsemattomuus. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy usein runsasta psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta sekä suurentunut itsemurhariski.</p> <p>Tämän laadullisessa tapaustutkimuksessa reflektoidaan musiikkiterapiassa tapahtuvan yhteissoittamisen ilmiötä kahden epävakaan persoonallisuuden käypä hoito -suosituksissa mainitun hoitomallin ajatuksiin ja tapoihin. Hoitomallit ovat objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli sekä dialektinen käyttäytymisterapia. Tutkimuksen kohteena on tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden omaavan nuoren asiakkaan musiikkiterapiaprosessin alkuvaihe. Tarkastelun kohteena ovat ne istunnot, joissa asiakas ja terapeutti soittavat ja laulavat yhdessä. Tutkimusaineisto koostuu kymmenestä videoidusta istunnosta ja sen fokus on musiikillisen vuorovaikutuksen aikana tapahtuvissa ilmiöissä. Tutkimusmenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä joka perustuu induktiiviseen päättelyyn.</p> <p>Tutkimus osoitti, että yhteissoittamisen ilmiöillä oli yhtenevyyttä kahden hoitomallin ajatusten ja tapojen kanssa. Musiikin yhteissoittamisen myötä asiakas saattoi olla aktiivinen toimija ja itsensä toteuttaja. Musiikilliseen vuorovaikutukseen sisältyi useita eri puolia; asiakkaan ja terapeutin yhdessä tehty musiikki saattoi olla kaunista tai kaoottista tai musiikin soittaminen saattoi onnistua hyvin tai epäonnistua toistuvasti. Asiakkaan oli mahdollista oppia sijoittamaan monia eri puolia yhteen kohteeseen (musiikkiin), joka on epävakaalle persoonallisuudelle usein hyvin vaikeaa. Musiikillinen vuorovaikutus nosti esiin aitoja reaktioita, jotka näkyivät kehollisesti. Musiikin kautta voitiin kokea yhteistä mielihyvää ja iloa. Asiakkaan oli mahdollista oppia uutta ja saada välitöntä palautetta onnistumisestaan, eli musiikillinen yhteistyö vahvisti yhteistyötä asiakkaan ja terapeutin välillä. Musiikin soittaminen antoi turvaa ja terapiatilanne ei muodostunut liian uhkaavaksi asiakkaalle, vaikka voimakkaita tunteita nousikin esiin. Asiakas kykeni sitoutumaan tiiviiseen ja säännölliseen terapiaan, vaikka useat aikaisemmat terapiakokeilut olivat jääneet kesken jo alkuvaiheessa.</p> <p>Tutkimusasiakkaan tapauksesta käy ilmi, että musiikin käyttö yhdessä soittamisen menetelmällä soveltuu hyvin epävakaan persoonallisuuden omaavan henkilön hoitamiseen. Musiikkiterapian mahdollisuuksia näiden ihmisten hoidossa olisi huomioitava enemmän. Musiikkiterapiaan sisältyvä musiikillinen, ilman sanoja tapahtuva vuorovaikutus auttaa epävakaata persoonallisuutta sitoutumaan ja kestävästi terapiassa esiin nousevaa ahdistusta. Koska musiikkiin voi sijoittaa symbolisesti paljon tunteita, on musiikki terapeutin työvälineenä erityisen huomionarvoinen epävakaan persoonallisuuden auttamisprosessissa. Musiikin käyttö edesauttaa tunteiden hallintaa ja verbaalista asioiden käsittelyä.</p> <p>Asiasanat: Musiikkiterapia, epävakaata persoonallisuus, terapeutin allianssi, käypä hoito -suositus</p>	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PERSONALLISUUS	3
3 PERSONALLISUUSHÄIRIÖT	6
3.1 PERSONALLISUUSHÄIRIÖIDEN LUOKITTELU (ICD-10 JA DSM-IV)	6
3.2 DIAGNOSTISET KRITERIT (ICD-10 JA DSM-IV).....	7
3.3 ERI PERSONALLISUUSHÄIRIÖT ICD-10 TAUTILUOKITUKSEN MUKAAN	8
3.4 PERSONALLISUUSHÄIRIÖN TAUSTASYISTÄ	10
4 TUNNE-ELÄMÄLTÄÄN EPÄVAKAA PERSONALLISUUS JA SEN HOITOTAPOJA ... 12	
4.1 KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS	15
4.2 EPÄVAKAAN PERSONALLISUUDEN KLIININEN HALLINTA	16
5 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI TERAPIAPROSESSIN PERUSTANA	18
6 DIALEKTINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA JA OBJEKTISUHDETEORIAAN PERUSTUVA TERAPIA	21
6.1 OBJEKTISUHDETEORIA VIITEKEHYKSENÄ PSYKODYNAAMISELLE HOIDOLLE.....	21
6.1.1 <i>Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoidon periaatteita</i>	23
6.1.2 <i>Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoidon tapoja</i>	24
6.1.3 <i>Hoidon tuloksellisuus</i>	24
6.2 DIALEKTINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA	25
6.2.1 <i>Ensisijaiset tavoitteet terapian neljässä vaiheessa</i>	26
6.2.2 <i>Hoitotapoja</i>	27
6.2.3 <i>Hoidon tavoitteita</i>	28
7 NÄKÖKULMIA MUSIIKKITERAPIAN MAHDOLLISUUKSIIN	30
7.1 MUSIIKKITERAPIAN MÄÄRITTELYÄ	30
7.2 MUSIIKKI VÄLINEENÄ	31
7.3 OMA TYÖSKENTELYIDEOLOGIANI.....	34
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	37
8.1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	37
8.2 TUTKIMUSASIAKAS.....	37
8.2.1 <i>Musiikkiterapian tavoitteita</i>	38
8.2.2 <i>Kokemuksia toteutuneesta musiikkiterapiaprosessista</i>	39
8.2.3 <i>Tutkimus osana terapiaa</i>	40
8.3 TUTKIMUSKYSYMYS	42
8.4 LAADULLINEN TUTKIMUS.....	42
8.5 SISÄLLÖNANALYYSI	44
8.6 TUTKIMUSAINEISTON KERÄÄMINEN	45
8.7 AINEISTON ANALYYSI.....	46
8.7.1 <i>Alaluokkien muodostaminen ilmauksista</i>	48
8.8 YLÄLUOKKIEN MUODOSTAMINEN	56
8.8.1 <i>Musiikillinen yhteinen vuorovaikutus</i>	56
8.8.2 <i>Asiakkaan itsetunnon ja itsearvostuksen vahvistaminen</i>	57
8.8.3 <i>Musiikin yhteyteen nivoutuva sanallinen vuorovaikutus</i>	57
8.8.4 <i>Kehollinen ilmaisu</i>	57
9 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA	58
10 POHDINTA	66
11 LÄHTEET	69

1 JOHDANTO

Epävakaata persoonallisuus on vaikea, potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö, joka kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää laajasti. Häiriön esiintyvyys väestössä on n. 0,6 %. (Duodecim 7/2008, 820.) Häiriö tuo mukanaan tunne-elämän epävakausta, käyttäytymisen säätelyn vaikeutta sekä ongelmia vuorovaikutussuhteisiin. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy usein runsasta psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta sekä suurentunut itsemurhariski. Epävakaata persoonallisuushäiriö laskee toiminta- ja työkykyä.

Epävakaan persoonallisuuden käypä hoito -suosituksissa mainitaan psykoterapeuttisten menetelmien olevan keskeisiä. Hoitoprosessia on ylläpidettävä vakaasti ja asiakkaan kanssa on luotava yhteistyöhön perustuva hoitosuhde. Asiakkaan tulee tietää, miten hänen vaikeuksiaan ymmärretään ja miten häntä hoidetaan. Persoonallisuushäiriötä hoidettaessa on huomioitava, että sensitiivinen kuuntelu ja läsnäolo ovat tehokkaampia kuin valmiit vastaukset asiakkaan ongelmakysymyksiin.

Epävakaan persoonallisuuden hoito on emotionaalisesti raskasta kokeneellekin terapeutille. Asiakkailta on tapana käyttää useamman terapeutin palveluja samanaikaisesti. Heillä on myös taipumus keskeyttää terapiasuhteet terapiassa nousevien voimakkaiden emotionaalisten kokemusten myötä. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa onkin luotava selkeä terapiasopimus, jota molemmat osapuolet noudattavat.

Tämä tutkimus esittelee kaksi vaikuttavuudeltaan tehokkaaksi todettua hoitomallia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Käypä hoito -suositus esittää muitakin hoitomalleja, joita on tutkittu satunnaisesti ja kontrolloidusti epävakaan persoonallisuuden hoitomuotoina. Tähän tutkimukseen olen valinnut Dialektiseen käyttäytymisterapiaan perustuvan hoitomallin ja Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoitomallin. (Epävakaan persoonallisuuden käypä hoito -suositus, Duodecim 7/2008)

Esittelen edellä mainittujen hoitomallien pääperiaatteita ja hoitotapoja. Dialektisen käyttäytymisterapian lähdekirjallisuudeksi olen valinnut Linehanin mallin, josta Kåver ja Nilsson (2004) ovat tehneet selkeän teoksen, joka on käännetty myös suomen kielelle. Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoitomallin sisältöä olen kuvaillut Jorma Tähkän (2006) tekemän Tampereen päiväsaarialahoitoa koskevan raportin mukaan.

Tämä laadullinen tutkimus hakee nuoren epävakaata persoonallisuutta sairastavan naisen musiikkiterapiaan sisältyvästä yhteissoittomenetelmästä kytkentöjä edellä mainittuihin terapiamalleihin. Yhteissoittaminen on yksi musiikkiterapian keskeisimmistä menetelmistä. Musiikkia on tämän tutkimuksen tapausasiakkaan kanssa käytetty siten, että asiakas ja terapeutti soittivat asiakkaan valitsemaa musiikkia nuoteista. Kappaleet olivat tunnettujen artistien ja orkestereiden hittejä vuosien varrelta. Tutkimusmateriaali kerättiin aitoja terapiaistuntoja videoiden. Tutkija toimi itse terapeutina asiakkaalle.

Musiikkiterapia on hoito- ja kuntoutusmuoto, jossa musiikkia käytetään terapeuttien päämäärien saavuttamiseen. Musiikkiterapian menetelmillä pyritään tukemaan asiakkaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia. Musiikkiterapian keskeisiä menetelmiä ovat soittaminen, laulaminen, musiikin kuuntelu, keskustelu ja muiden luovien menetelmien yhdistäminen musiikin kanssa (esim. kuvan tekeminen ja tanssi).

Tutkimus osoitti, että ei-sanallinen, musiikillinen yhteistyö nosti esiin samankaltaisia terapeutteja ilmiöitä ja pyrkimyksiä kuin vertailussa olleissa hoitomalleissa. Tutkimus on tarkoitettu musiikkiterapiaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa hyödyntävien lääkäreiden ja muun sosiaali- ja terveydenhoitohenkilöstön tarkasteltavaksi. Tutkimuksella on tarkoitus osoittaa, että musiikkiterapia voi toimia epävakaan persoonallisuuden hoitomuotona ja että musiikki tuo lisäarvoa terapiaan yksin, tai puhutun kielen rinnalla. Haluan myös osoittaa tutkimuksessani, että musiikki toimii huomattavan käyttökelpoisena välineenä yhteyden luomisessa, yhteistyön lujittamisessa ja ylläpitämisessä sekä terapeuttien päämäärien saavuttamisessa epävakaan persoonallisuuden hoidossa.

2 PERSONALLISUUS

Olen kiinnostunut tutkimuksessani musiikin käyttöön liittyvistä hoitavista vaikutuksista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän asiakkaan musiikkiterapiassa. Ennen kuin puhutaan persoonallisuuden häiriöstä, on syytä selvittää mitä persoonallisuus on, mitä sillä psykologiassa tarkoitetaan?

Persoonallisuudella tarkoitetaan ihmisen psyykkisten toimintojen kokonaisuutta. Tällä kokonaisuudella on tietysti biologinen ja fysiologinen ja kemiallinen perusta, mutta luonnontieteellisten tutkimusten perusteella meidän on vaikea hahmottaa tätä kokonaisuutta riittävästi. Kokonaisuutta on hahmotettava myös psykologisin keinoin ja ottamalla huomioon se ympäristö, missä ihminen elää. Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa on psyykkisille toiminnoille luonteenomaista.

Ihminen alkaa tehdä eroa itsensä ja ympäristönsä välillä jo varhaislapsuudessa. Kehityksen edetessä ”itsen” rajat alkavat hahmottua yhä selvemmin. Kun ihmisellä on kykyä tuntea oma itsensä sisäisesti, olemalla itselleen samalla sekä subjekti että objekti, voi hän ymmärtää itseään ja toisia ihmisiä paremmin. Persoonallisuuden yhteydessä käytetään usein nimitystä *identiteetti*. Ihmisen identiteettiin sisältyy käsitys persoonallisuutemme samuudesta ja jatkuvuudesta, sekä elämyksellisesti itsemme kannalta, että toisten ihmisten kokemana. Identiteettiin kuuluu myös pyrkimysten ja päämäärien tiedostaminen. (Achte ym. 1990, 122.)

Persoonallisuutemme siivilöi kaikki, mitä ajattelemme, ilmaisemme, koemme tai tahdomme. Persoonallisuutemme sävyttää kaikkia toimintaamme ja se on aina osa sitä yhteisöä johon meillä on vuorovaikutussuhde. Vaikutus on kaksisuuntaista: yksilö vaikuttaa yhteisöön ja yhteisö yksilöön. Nämä suhteet muokkaavat persoonallisuutta. Se ei ole myötäsyttyinen ja sitä ei ”hankita” jostain, vaan se kehittyy elämän ja kasvun myötä. Me emme silti ole passiivisia vastaanottajia oman persoonallisuutemme rakentamisessa. Kaikki tapahtuu vuorovaikutuksessa ihmisen ohjatessa toimintaansa ympäristössään, jossa hän elää. Pala palalta persoonallisuus rakentuu ja muodostuu pysyväksi ominaisuudeksemme. Näitä ominaisuuksia ovat tapamme ajatella, tuntea ja käyttäytyä. Persoonallisuus on psyykkisten toimintojen

kokonaisuutta joka on ainutlaatuista ja jota ylläpitää pyrkimys oman identiteetin säilyttämisestä. (Salo ym. 1996, 52–53.)

Psykoanalyysin kehittäjän, Sigmund Freudin (1856–1939) mukaan persoonallisuus jakautuu kolmeen psyykkisten toimintojen ryhmään: *minään, yliminään ja viettipohjaan ("se")*. Näitä kutsutaan usein myös nimillä *ego, superego ja id*. Freud halusi korostaa, ettei idillä, egolla ja superegolla ole erillistä osastoa yksilön mielessä, vaan ne sekoittuvat toisiinsa. Nämä kolme persoonallisuuden struktuuria eivät ole pysyviä, vaan tietynlaisia prosessiryhmiä. Ne ovat mukana samanaikaisesti ihmisen erilaisissa toiminnoissa. Nämä persoonallisuuden rakenteet kehittyvät keskinäisessä vuorovaikutuksessa toisten kanssa kokonaispersoonallisuuden kehityksen myötä. (Achte ym. 1990, 125.)

Minällä (ego) tarkoitetaan niitä psykologisia toimintoja jotka integroivat ja hallitsevat persoonallisuutta suhteessa ihmiseen itseän, että itsestä ulospäin eli suhteessa ympäristöön ja toisiin ihmisiin. Minän toimintoihin kuuluu tietoisuus omista teoista. Minän toiminnoille olennaista on löytää ihmisen pyrkimyksille niitä ratkaisuja, jotka tyydyttävät häntä ja sopeuttavat hänet mahdollisimman hyvin ympäristöön. Minän tärkeä tehtävä on havaintojen ja motoristen toimintojen kontrolloiva yhdistäminen sekä tunteiden, tekojen, tahdonilmausten ja ajattelun hallinta. Se edustaa persoonallisuudessa loogista, tietoisesti päättelevää osaa jonka tehtävä on oppia kokemuksista ja erottaa hyviä ja huonoja puolia asioista. (Achte ym. 1990, 130–131.)

Yliminä (superego) on persoonallisuuden sisäinen tuomari jota voidaan kutsua myös omatunnoksi. Yliminä kehittyy kasvattajien ja muiden objektien käyttäytymisen ja neuvojen avulla. Ihmiselle kehittyy tämän myötä normisto joka ohjaa ihmisen valintoja ja tekemisiä. Liian ankara yliminä ja siitä aiheutuva jatkuva syyllisyydentunne ovat tärkeitä tekijöitä monissa psyykkisissä häiriöissä. Liian heikko yliminä luo vaikeuksia ihmiselle sopeutua yhteisöihin. (Achte ym. 1990, 132.)

Viettipohja (id) ja sen toiminnot juurtuvat syvälle ihmisen biologiaan ja fysiologisiin tapahtumiin. Vietit heijastuvat juuri näistä ärsykkeistä ja ovat psyykkisen energian yksi keskeinen osatekijä. Viettitoiminnot voidaan jakaa kolmeen ryhmään: Homeostaattisiin (esim. hapen tarve, nälkä ja jano) vietteihin, sukupuoliviettiin ja aggressioviettiin. Viettitoiminnot voivat muuttua oppimisen myötä ja niistä siirtyy energiaa minän toimintojen palvelukseen. Subjektiiivisesti koetut tunteet, eli affektit ovat läheisessä suhteessa viettipohjan tuntemuksiin. (Achte ym. 1990, 125, 130.)

Persoonallisuuden struktuureista (id, ego, superego) puhuttaessa on tärkeää muistaa, että niillä ei tarkoiteta sellaisia pysyviä rakenteita, joilla esimerkiksi voisi olla aineellinen vastaavuutensa keskushermoston anatomiasa. Kolmijako on kehitetty tarkastelemaan persoonallisuuden ilmenemistä ja ristiriitoja. Näiden struktuurien kehitys ei tapahdu ihmisessä erillisenä, vaan osana kokonaispersoonallisuuden kehitystä ja kiinteässä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Tähkä 1993, 9–10.)

Minäkokemus tarkoittaa kokemusta itsestä ja suhdetta itseän. Se on hallitseva tekijä persoonallisuudessa. Ihminen on jatkuvassa suhteessa vuorovaikutuksellisen ympäristönsä kanssa, mutta erottaa silti itsensä erilliseksi kokonaisuudeksi. Varhaislapsuudessa tätä kokemusta ei vielä ole. Silloin vauva kokee kuuluvansa samaan ykseyteen hoivaajansa kanssa. Eriytyminen tapahtuu ajan kuluessa ja minuuden rajat tulevat selkeämmin esille. Tämä eriytyminen tapahtuu hoivaajan tuella. Ihminen kokee monien kehitysvaiheidensa jälkeen itsensä kokonaiseksi, fyysiseksi ja henkiseksi persoonallisuudeksi. Persoonallisuus on pysyvää ja ainutlaatuista. Persoonallisuuden häiriötön kehitys on ihmisen mielenterveyden perusta. Jos persoonallisuuden kehitys häiriintyy vakavasti, siitä seuraa psyykinen vaurio. (Salo ym. 1996, 54.)

3 PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Persoonallisuushäiriöt ovat syvälle juurtuneita ja pitkäaikaisia käyttäytymismalleja. Ne ilmenevät joustamattomuutena hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa. Nämä käyttäytymismuodot ovat huomattavan poikkeavia verrattuna saman kulttuurin keskimääräisen edustajan tapaan havaita, ajatella ja tuntea sekä suhtautua muihin. Yleensä nämä käyttäytymismallit ovat vakiintuneita ja kattavat monenlaisia käyttäytymisen ja psykologisen toiminnan alueita. Hyvin usein näihin käyttäytymismalleihin sisältyy jonkinasteista kärsimystä ja ongelmia sosiaalisessa suoriutumisessa. Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat aikuisiässä. (Stakes 1998, 107. ja Lönnqvist ym. 1999, 343.)

Persoonallisuus on yhteydessä yksilön tavanomaiseen käyttäytymiseen. Persoonallisuushäiriöt voidaan määritellä ”erilaisiksi malleiksi, joiden seurauksena persoonallisuusjärjestelmä toimii epätarkoituksenmukaisesti suhteessa ympäristöönsä”. On olemassa lukuisia erilaisia persoonallisuuden määritelmiä sekä teorioita sen rakenteesta, syntymisestä ja häiriöalttiudesta. (Kåver ym. 2004, 23.)

Persoonallisuuden häiriö aiheuttaa henkilölle voimakkaita sisäisiä ristiriitoja sekä kärsimystä ja haittaa hänen sosiaalisessa elämässään. Vaikeudet ilmenevät kyvyttömyytenä pitkäaikaisiin tyydyttäviin ihmissuhteisiin tai ristiriitoina niissä. Vaikeuksia voi olla myös sopeutua perhe-, koulu- ja työyhteisössä vallitseviin normeihin ja velvollisuuksiin. (Salo ym. 1996, 297.)

3.1 Persoonallisuushäiriöiden luokittelu (ICD-10 ja DSM-IV)

ICD tautiluokitus, eli International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, on kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä, jonka WHO on kehittänyt. Luokittelusta on menossa kymmenes versio, jota kutsutaan lyhenteellä ICD-10. ICD-10 -tautiluokitus on ollut virallisessa käytössä Suomessa 1996 alusta. (Wikipedia ICD: internetissä: <http://fi.wikipedia.org/wiki/ICD>)

DSM-IV on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä, jossa kukin mielenterveyden häiriö käsitteellistetään henkilöllä esiintyvaksi, kliinisesti merkitseväksi psykologiseksi tai käyttäytymisessä ilmeneväksi oireyhtymäksi tai malliksi, johon liittyy kärsimystä (esimerkiksi tuskallinen oire) tai haittaa (eli toimintakyvyn heikkeneminen vähintään yhdellä merkittävällä alueella) tai merkitseväsi kohonnut kuoleman, kärsimyksen, haitan tai vakavan vapaudenmenetyksen riski. (Wikipedia DSM IV. internetissä: <http://fi.wikipedia.org/wiki/DSM-IV>)

Määritelty persoonallisuushäiriö tarkoittaa henkilön persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyviä vakavia häiriöitä. Persoonallisuushäiriöihin liittyy lähes aina huomattavaa ahdistusta ja sosiaalista haittaa. Diagnoosin asettaminen on asianmukaista vasta henkilön ollessa 16 tai 17 vuotta. Eri kulttuureja varten voi olla tarpeen tarkastella häiriötä erilaisin kriteerein. Näissä kriteereissä on otettava huomioon kulttuurin sosiaaliset normit, säännöt ja velvoitteet.

3.2 Diagnostiset kriteerit (ICD-10 ja DSM-IV)

Jotta persoonallisuushäiriö voidaan diagnosoida jollekin henkilölle, on tämän käyttäytymisessä ja sisäisissä kokemisen tavoissa esiinnyttävä tiettyä poikkeavuutta. näitä ovat:

1. Yksilön luonteenomaiset ja sisäiset kokemisen tavat poikkeavat kulttuurin normeista merkittävästi. Poikkeama ilmenee vähintään kahdella seuraavista alueista: Tiedollinen toiminta, tunne-elämä, impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen, ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa muiden ihmisten kanssa.
2. Poikkeama ilmenee pysyvänä käytösmallina. Se on joustamaton, sopeutumaton ja laajalti häiriintynyt. Poikkeama ei esiinny siis yksinomaan jonkin laukaisevan tekijän aikaansaamana.
3. Kohdassa 2 kuvattu käytösmalli aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä sosiaalisessa selviytymisessä
4. Häiriön tiedetään olevan pysyvä ja pitkäaikainen. On näyttöä siitä, että se on alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä.

5. Häiriö ei ole muun psykiatrisen häiriön ilmenemismuoto tai seuraus.
6. Elimellinen syy, aivosairaus, aivovamma tai aivojen toimintahäiriö tulee sulkea pois.

Kriteerien arvioinnit tulisi pohjautua mahdollisimman moneen lähteeseen. Yleensä suositellaan useampia haastatteluja ja tiedon keräämistä myös muilta ihmisiltä kuin henkilöltä itseltään. (Stakes 1998, 108–109.)

Persoonallisuushäiriöt luokitellaan oireiden tai käyttäytymisen piirteiden mukaan. Kaikkien diagnostisten luokittelujen voidaan ajatella olevan luonteeltaan reduktionistisia, eivätkä ne niin ollen kuvaa niinkään yksilöä kuin hänen häiriötään. Samalla tavoin diagnosoidut ihmiset eivät ole muutoin välttämättä lainkaan toistensa kaltaisia.

3.3 Eri persoonallisuushäiriöt ICD-10 tautiluokituksen mukaan

Tautiluokitus käy hyvin tarkasti läpi eri persoonallisuushäiriöiden kriteerejä. Olen lyhentänyt niitä huomattavasti tässä. Keskityn myöhemmin tarkemmin määrittelemään epävakaan persoonallisuuden piirteitä. Alla on lueteltu persoonallisuushäiriöiden päätyypit ja suppeasti niille tyypillisiä käyttäytymisen ja tunne-elämän seikkoja, joiden perusteella kyseinen häiriö voidaan diagnosoida.

F60.0 Epäluuloinen persoonallisuus

Persoonallisuuden piirteisiin kuuluvat epäluuloisuus ja ylikorostunut herkkyyys takaiskuille. Luonteenomaista on myös kyvyttömyys antaa anteeksi loukkauksia sekä toisten ihmisten neutraalien palautteiden väistämätön negatiivinen tulkinta. Ominaista tälle persoonallisuustyypille on myös uskottomuuden epäily sekä vahva itsepitäinen tietoisuus omista oikeuksista.

F60.1 Eristyvä (skitsoidi) persoonallisuus

Luonteenomaista tälle persoonallisuudelle on vetäytyminen pois sosiaalisista tunnepitoisista kontakteista. Vastineeksi ihminen hakeutuu yksinäisiin harrastuksiin ja itsetutkiskeluun. Mielihyvän kokeminen ja tunteiden ilmaisu on rajoittunutta.

F60.2 Epäsosiaalinen persoonallisuus

Persoonallisuudelle on ominaista välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan. Tuhrautumisen sietokyky on alhainen ja puutteellinen. Henkilö käyttäytyy helposti aggressiivisesti ja väkivaltaisesti. Henkilön on vaikeaa toimia sosiaalisten normien rajoissa ja hän puolustelee ja kaunistelee käytöstään vaikka se johtaisi selkkauksiin yhteiskunnan kanssa. Rangaistukset eivät muuta tällaista käyttäytymistä.

F60.3 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus

Persoonallisuudelle on ominaista toimia hetken mielijohteesta ja seurauksista välittämättä. Mielialan vaihteluja on vaikea ennustaa. Henkilö toimii impulsiivisesti ja tunnepitoisesti. Hänen on vaikeaa hallita tunteenpurkauksiaan. Henkilöllä on taipumus aiheuttaa ristiriitoja toisten kanssa toimiessaan. Häiriö voidaan jakaa impulsiiviseen muotoon ja rajatilamuotoon. *Impulsiivista* muotoa luonnehtivat etenkin tunne-elämän epävakaat ja yllykkeitten hallinnan puute. *Rajatilatyyppille* ovat ominaisia häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä. Kiihkeät ja epävakaat ihmissuhteet aiheuttavat toistuvasti kriisejä. Henkilö saattaa kokea jatkuvaa tyhjyyden tunnetta. Henkilö on altis vahingoittamaan itseään.

F60.4 Huomionhakuinen persoonallisuus

Ominaista tälle persoonallisuudelle on suurieleinen, näkyvä esiintyminen ja liioitteleva tunteiden ilmaisu. Henkilö on itsekeskeinen ja herkkä loukkaantumaan. Hän etsii jatkuvasti huomiota ja arvonantoa.

F60.5 Vaativa persoonallisuus

Ominaista on täydellisyyden tavoittelu, huolellisuus, pikkutarkkuus ja itsepäisyys. Tavoiltaan henkilö on jäykkä ja varovainen. Henkilö saattaa kärsiä pakko-oireista, mutta lievemmin, kuin varsinaisessa pakko-oireisessa häiriössä.

F60.6 Estynyt persoonallisuus

Henkilö kaipaa jatkuvaa hyväksyntää ja kiintymystä. Hän on yliherkkä arvostelulle ja pelkää hylkäämistä. Henkilö liioittelee päivittäisiin toimiin liittyviä vaaroja ja uhkia. Henkilölle ovat ominaisia pelon, jännityksen, epävarmuuden ja alemmuuden tunteet.

F60.7 Riippuvainen persoonallisuus

Henkilö tukeutuu monelta osin toisiin ihmisiin oman elämänsä päätöksenteoissa. Hän kokee voimakasta pelkoa hylkäämisestä sekä kokee olevansa avuton ja kyvytön toimimaan helppoissakin tilanteissa. Hän mukautuu alistuvasti toisten ihmisten toiveisiin ja tarpeisiin. Henkilö siirtää vastuuta mielellään muille.

F60.8 Muu määritetty persoonallisuushäiriö

Tähän luokitukseen kuuluvat narsistinen, epäkypsä, passiivis-vihamielinen, depressiivinen tai psykoneuroottinen persoonallisuus. Nämä puuttuvat ICD tautiluokituksesta, mutta ovat kliinisesti tunnistettavia häiriöitä persoonallisuudessa.

F60.9 Määrittämätön persoonallisuushäiriö

Tähän sisältyvät luonneneuroosi ja sairaalloinen persoonallisuus.

F61.0 Sekamuotoinen persoonallisuushäiriö

Häiriöt, joissa esiintyy usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä, ilman, että mikään yksittäinen persoonallisuushäiriö on luokiteltavissa. (Stakes 1998, 109–112.)

3.4 Persoonallisuushäiriön taustasyistä

Perinteisesti persoonallisuushäiriön kehittymisen on katsottu johtuvan pitkäaikaisten ympäristötekijöiden seurauksista. Lapsuuden kehitysympäristön vaikutuksia on pidetty häiriön synnyn kannalta ratkaisevina. Lapsuuden kehitysympäristön syy-seuraussuhdetta häiriön syntyyn ei ole pystytty yksiselitteisesti empiirisesti osoittamaan, mutta se tiedetään, että lasta vahingoittavat psykososiaaliset haittatekijät liittyvät persoonallisuushäiriön syntymiseen ja kehittymiseen. (Lönqvist ym. 1999, 344.)

Siitä, onko persoonallisuushäiriön synty geneettistä, on tutkimustietoa jonkin verran. Tutkimuksissa on ilmennyt, että esimerkiksi paranoidinen, skitsoidinen ja skitsotyypinen persoonallisuushäiriö on periytynyt skitsofreniapotilaiden sukulaisiin yleisemmin kuin muilla vertailuryhmillä. Epäsosiaalisen persoonatyyppin omaavalla on yleisväestöön verrattuna suurempi riski sairastua alkoholismiin. Epäsosiaalisesta, tunne-elämältään epävakaasta, huomionhakuisesta ja narsistisesta persoonallisuudesta on havaittu periytyvän jonkin verran geneettisesti. Myös joidenkin biologisten tekijöiden on todettu olevan yhteydessä persoonallisuushäiriön kehittymiseen. Impulsiivisesta häiriötyyppistä kärsivillä henkilöillä ovat seerumin testosteroni, 17-estradioli- ja estronipitoisuudet hyvin usein koholla. (Lönnqvist ym. 1999, 345.)

Käyn seuraavaksi tarkemmin läpi epävakaan persoonallisuuden (F60.3) ja erityispiirteitä, koska tutkimukseni kohdentuu asiakkaaseen jonka diagnoosina on tunne-elämältään epävakaata persoonallisuutta.

4 TUNNE-ELÄMÄLTÄÄN EPÄVAKAA PERSOONALLISUUS JA SEN HOITOTAPOJA

Epävakaan persoonallisuuden esiintyvyys väestössä on keskimäärin 0,6 %. (Duodecim 7/2008, 820.) Lähes kaikki persoonallisuushäiriöt ovat psykodynaamisesti arvioituna rajatilatasoisia häiriöitä. Rajatilatasoisilla häiriöillä tarkoitetaan kehityksellisesti varhaista vauriota, joka on neuroottistasoisia tiloja vaikeampi ja psykoottisia häiriöitä lievempi. (Lönqvist ym. 1999, 355.)

Epävakaan persoonallisuuden rajatila-käsitteen on luonut vuonna 1938 psykoanalyytikko Adolf Stern. Hänen mukaansa potilaat ovat neuroosin ja psykoosin rajalla, josta nimitys rajatila (borderline) johtuu. Stern kuvasi tällä tavoin omia potilaitaan, jotka eivät hyötynet psykoterapiasta. Psykoanalyttisesti suuntautunut tutkija Otto Kernberg loi mallin, jonka perustana ovat rakenteelliset kriteerit: identiteetin hajaannus, puolustusmekanismien taso sekä kyky realiteettitastukseen. Rajatilapotilaiden persoonallisuuden rakenne on mallin mukaan puutteellinen integraatioltaan joka liittyy minäkäsitykseen ja käsityksiin muista henkilöistä. Potilas käyttää paljon primitiivisiä puolustusmekanismeja ja hänen keskeinen tunnetilansa on viha. (Kåver 2004, 24–25.)

Persoonallisuushäiriöiden syntyä voidaan valottaa myös kiintymyssuhdemallien pohjalta. Epävakaan persoonallisuuden katsotaan olevan seurausta turvattomasta kiintymyssuhteesta henkilön varhaisina vuosina. Kiintymyssuhde on disorganisoitunut. Lasta hoivaava henkilö on toisaalta epäluotettava, mutta myös vaarallinen ja suojeleva. (Kåver ym. 2004, 24.)

Psykodynaamisen ajattelutavan mukaan persoonallisuushäiriöön liittyvä rajatilapatologia on seurausta häiriöstä joka liittyy lapsen 1-3 ikävuoden kehitysvaiheen tienoille. Tämän separaatio-individuaatiovaiheen kehitystehtävä on erottaa lapsen itseä ja hoitavia ihmisiä koskevat mielikuvat lapsen mielessä ja luoda valmiuksia yksilöllisen identiteetin muodostumiselle. Jos kehitys häiriintyy tässä vaiheessa, itseä ja toisia koskevat mielikuvat eivät eriydy ja vakaudu riittävästi. Tämän seurauksena yksilö jää korostuneen riippuvaiseksi häntä hoivaavista henkilöistä. Separaatio-individuaatiokehityksen häiriintymiseen voivat vaikuttaa

traumaattiset kokemukset (mm. emotionaalinen laiminlyönti, menetyskokemukset, puutteellinen tuki, vanhempien vakavat mielenterveyshäiriöt), vanhempien epävakaus tai vanhempien ja lapsen temperamenttien yhteensopimattomuus. Persoonallisuushäiriöisen ihmisen persoonallisuuden piirteet toimivat tehokkaasti psykologisten puolustusmekanismien palveluksessa. (Lönqvist ym. 1999, 345.)

Jorma Tähkän (2006) Tampereen päiväsairaalan hoitoa käsittelevässä raportissa todetaan, että epävakaata persoonallisuushäiriötä on laaja-alainen tunne-elämään, minäkuvaan ja ihmissuhteisiin liittyvä vajaus, joka johtuu identiteetin tunteen puutteesta. Tästä seuraa, että henkilön on vaikeaa tai mahdotonta hahmottaa persoonallisuutensa tai muiden persoonallisuus kokonaisvaltaisesti. Henkilön persoonallisuus on eriytynyt, mutta ei yksilöitynyt. Henkilöltä puuttuvat psykososiaaliset valmiudet joilla ylläpitää vakaata mielikuvaa itsestä ja muista ihmisistä. Persoonallisuuteen on jäänyt hallitsevia piirteitä 2-3- vuotiaan uhmaikäisen lapsen kokemustavasta. Epävakaan persoonallisuuden omaavalla on taipumus kokea, niin itsensä kuin muutkin ihmiset joko kokonaan hyvinä tai kokonaan pahoina ilman, että hän tunnetasolla kykenisi tunnistamaan näiden ääripäiden välisiä vivahteita. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivää vaivaa sisäinen tyhjyyden tunne. Elämysmaailmaa hallitsee usein selittämätön vihan tunne. Henkilö saattaa stressin yhteydessä kärsiä jopa vaino- ja aistiharhoista (mikropsykoosit) sekä hetkellisistä dissosiatiiivisista tiloista. Henkilön voimakas pelko on, että hänet hylätään ja hänen ihmissuhteensa ovat epävakaita. Ongelmina ovat usein esim. runsas päihteiden käyttö ja kaoottinen sukupuolielämä. Tavallista näille ihmisille on myös itsetuhoisuus viiltelyn ja lääkkeiden yliannostuksen muodossa. (Tähkä 2006, 3, 10.)

Epävakaasta persoonallisuustyyppistä kärsivillä henkilöillä on taipumusta käyttäytymistapoihin, jotka ovat hyvin vetoavia toisiin ihmisiin. Tällä persoonallisuustyyppillä on voimakas taipumus ahdistumiseen sekä epävarmuutta henkilökohtaisista päämääristään ja toisille ihmisille omaamastaan merkityksestä. Mielialat vaihtelevat normaalitilasta nopeasti ahdistukseen, vihan puuskiin ja raivokohtauksiin. Henkilö koettaa välttää hylätyksi tulemistä, joka on usein kuviteltua, eli todellista uhkaa ei ole. Tunne on sisäinen. Epävakaan persoonallisuudelle tyypillistä on itseään vahingoittava käytös ja impulssien hallitsemattomuus. (Achte ym. 1990, 310–311.)

Lapsuuden kasvuolosuhteet vaikuttavat tavallisimmin epävakaan persoonallisuuden kehittymiseen. Jorma Tähkän (2006) raportin mukaan useimmat näistä henkilöistä ovat joutuneet alttiiksi turvattomille ja väkivaltaisille kasvuolosuhteille. Vanhemmilla on useissa tapauksissa myös ilmennyt persoonallisuushäiriön piirteitä. Lapset ovat joutuneet kasvamaan epävakaissa olosuhteissa alkoholin, väkivallan ja arvaamattomuuden ilmapiirissä. Kodista on puuttunut psykososiaalisia valmiuksia ja riittävän hyviä samaistumisen kohteita. Lapsi on joutunut omalle persoonallisuudelleen sokeiden, epävakaiden tai muuten rajatilatasoisten vanhempien alistavan hyväksikäytön kohteeksi niin, että lapsen omat kehitykselliset vuorovaikutustarpeet ovat jääneet huomiotta. Lapsi hylkää oman minuutensa ja korvaa sen vanhempiensa tarpeiden sanelemilla ”vale-minillä”. Vääristyneet vuorovaikutussuhteet toimivat myöhemminkin kaikkien ihmissuhteiden esikuvana. On myös mahdollista, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö ei ole kasvanut väkivaltaisessa ja alkoholismien kyllästävässä ympäristössä. Tällöin kodissa on usein ollut puutteellinen kyky käsitellä tunteita. Lasten emotionaalinen merkitys vanhemmille on ollut vähäinen. Ihmisarvo on voinut perustua esim. suorituksiin (opiskelumenestys, urheilu jne.) tai materiaaliin arvoihin. Lapsia ei ole nähty omina itsenään vaan heille on siirretty vanhempien tiedostamattomia ja heidän tarpeitaan palvelevia rooleja, kuten syntipukkina olo, ahdistuksen, heikkouden tai vihan esiintuojan osa. Joillekin epävakaa persoonallisuus on myötäsyttyistä. Esimerkiksi voimakas synnynnäinen aggressiivisuus saattaa altistaa tälle häiriölle. Joskus voi olla niin, että neurologiset syyt tai psykologinen taantuminen poikkeuksellisen traumaattisissa oloissa altistavat tälle häiriölle. (Tähkä 2006, 4, 5, 18.)

Jos lapsi jatkuvasti jää ilman palautetta tunne-, ajatus- ja pyrkimystasolla, hän tulkitsee sen osoitukseksi siitä, ettei hänen tarpeillaan ja teoillaan ole arvoa. Lapsen ainoa keino päästä kontaktiin vanhempiensa kanssa tapahtuu tilanteessa, jossa lapsi tavoittaa vanhempien tarpeet ja on heitä varten. Lapselle kehittyä taten nk. ”robottiminä” aidon minäkokemuksen tilalle ja yksilöityminen jää tapahtumatta. (Tähkä 2006, 22.)

Epävakaalla persoonallisuudella ei ole kykyä hahmottaa omaa identiteettiään, eikä toisten aitoa identiteettiä. Tämän vuoksi ihmissuhteilla on vain välinearvo. Toiset ihmiset ovat olemassa tarpeiden tyydytystä varten. Henkilö voi myös itse olla alistuva, toisten tarpeiden tyydyttäjä. Ystävyysuhteissa ei ole tasa-arvoisuuden kokemusta. Vastavuoroisten tarpeiden ymmärtäminen edellyttää toisen ihmisen identiteetin hahmotusta. Rakastamisen ja empatian kyvyt ovat puutteellisia. Empatiaa koetaan vain tilannekohtaisesti silloin, kun sitä käytetään manipulaatioon tai toisen ihmisen tarpeita tyydyttämään. Rakkaus merkitsee epävakaalle persoonallisuudelle samaa kuin ”minä tarvitsen sinua”. Toisen ihmisen rakastaminen hyvine ja huonoine puolineen ei ole mahdollista. Epävakaiden ihmisten mielikuvat itsestä ja muista ovat joko kielteisiä tai yliampuva ihannoivia. Mielikuvat ja reaktiot aktivoituvat yllättäen ja eivät ole syy-seuraus suhteisia, vaan vahvasti sidoksissa lapsuusiän traumaattisiin kokemuksiin. Henkilö ei itse hahmota tätä. Epävakaa ihminen tavoittaa tunnetasolla lähinnä vain omat tarpeensa. Ihmissuhteet kariutuvat tai ainakin niissä on jatkuvasti huomattavia vaikeuksia. (Tähkä 2006, 9–10.)

4.1 Käypä hoito -suositus

Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Käypä hoito -suositukset perustuvat systemaattisesti koottuun tutkimustietoon jota arvioidaan erikseen laadittujen kriteerien mukaisesti. Suositus on tarkoitettu päätösten tueksi sekä kliinisiin tilanteisiin, että potilaiden hoitoa suunniteltaessa. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä hoito -hankkeen tavoitteena on laatia Suomeen soveltuvia hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. (Käypä hoito, potilasversiot. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=khp ja Duodecim 7/2008, 819.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä käyttää tyypillisesti eri hoitopalveluja ja –muotoja runsaasti. Henkilön on vaikea noudattaa hoitoa koskevia sopimuksia ja muodostaa pysyvää pitkäaikaista hoitosuhdetta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö käy tyypillisesti psykoterapiassa vain lyhytaikaisesti ja päättyy näin

käyttämään useiden terapeuttien palveluja. Oireilu on yhteydessä somaattisiin oireisiin. Näin henkilö käyttää usein laajasti muitakin terveystalv palveluja. (Duodecim 7/2008, 828.)

Henkilölle, joka kärsii epävakaasta persoonallisuudesta, tulisi tarjota pitkäaikaista hoitosuhdetta ja tarpeen mukaan lyhyempää jaksottaista, oireenmukaista hoitoa. Epävakaan persoonallisuuden hoito voidaan tarpeen mukaan järjestää sairaalassa, mutta luotettava tutkimusnäyttö ympärivuorokautisen sairaalahoidon tuloksista ei ole. Sitä vastoin päiväsairalahoidon on todettu saavutettavan tuloksia, kunhan hoito on tavoitteellista ja johdonmukaista ja se integroituu muuhun hoitokokonaisuuteen. Määräpituisista perheterapioista on todettu olevan hyötyä. Lääkkeistä psykoosilääkkeiden käyttö vähentää ilmeisesti osalla potilaista ahdistuneisuutta, epäluuloisuutta ja vihamielisyyttä sekä mahdollisia psykoottisia oireita ja itsensä vahingoittamista. Myös mielialaa tasaavista lääkkeistä sekä ns. SSRI-lääkkeistä on todettu olevan apua oireisiin. (Duodecim 7/2008, 829.)

4.2 Epävakaan persoonallisuuden kliininen hallinta

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän asiakkaan hoito on erittäin haastavaa ja emotionaalisesti kuormittavaa kokeneellekin ammattilaiselle. Ensiarvoisen tärkeää olisi luoda yhteistyöhön ja muutosmotivaatioon perustuva hoitosuhde ja pyrittävä ylläpitämään sitä mahdollisimman vakaasti. Hoitosuhteen on välityttävä potilaalle aitous, joustavana tuomitsemattomana ja tukea tarjoavana prosessina jossa potilaan kokemukset otetaan vakavasti. Hoitosuhteen täytyy olla avoin siten että potilas tietää, miten häntä hoidetaan ja miten hänen vaikeuksiaan ymmärretään. Potilasta autetaan hahmottamaan hänen käyttäytymisensä syy- ja seuraussuhteita lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Oireiden hallinnassa käyttäytymistä sääteleviä keinoja ovat esim. huomion siirtäminen muualle ja korvaavien toimintojen käyttö. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä henkilö hyötyy aidosta ja sensitiivisestä kuuntelusta ja läsnäolosta enemmän kuin konkreettisista vastauksista tiettyihin ongelmakysymyksiin. (Duodecim 7/2008, 831–832.)

Epävakaan persoonallisuuden ennuste on melko hyvä, sillä kymmenen vuoden kuluttua diagnoosin asettamisesta vain pieni osa potilaista täyttää diagnoosin kriteerit, mutta toimintakyky palautuu hitaammin. Tietyillä psykoterapiamenetelmillä lievitetään tehokkaasti potilaan oireita ja edistetään potilaan kykyä sopeutua. Samalla myös toimintakyky kohenee. (Duodecim 7/2008, 820, 827.)

Käypä hoito -suositusten mukaan epävakaan persoonallisuuden hoidossa psykoterapeuttiset menetelmät ovat keskeisiä. Käypä hoito – tutkimuksissa psykoterapioiden osalta kaikki henkilöt ovat saaneet psykoterapian lisäksi jotain lääkehoitoa. Käypä hoito -suositus on tutkinut seuraavia psykoterapiamenetelmiä epävakaan persoonallisuuden hoidossa:

- Dialektinen käyttäytymisterapia
- Transferenssikeskeinen psykoterapia
- Skeematerapia
- Mentalisaatioterapia

Dialektisen käyttäytymisterapian taustalla vaikuttavat dialektinen filosofia, oppimisteoria, tietoisuustasot, biososiaalinen teoria sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia. Käytän dialektista käyttäytymisterapiaa yhtenä teoreettisena hoitomallina tässä tutkimuksena.

Skeema-, mentalisaatio- ja transferenssiterapioiden taustateorioissa vaihtelevat kognitiivis-behavioraalinen teoria sekä kiintymyssuhdeteoria. Yhteistä näille kolmelle kuitenkin on, että jokaisen taustalla vaikuttaa objektisuhdeteoria. Käytän toisena teoreettisena hoitomallina tässä tutkimuksessa objektisuhdeteoriaan perustuvaa hoitomallia jota toteutetaan Tampereen päiväsairaalassa (Jorma Tähkä, raportti (2006) internetissä: <http://www.jormatahka.com/> 3.2.2008.)

5 TERAPEUTTINEN ALLIANSSI TERAPIAPROSESSIN PERUSTANA

Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä käyttää tyypillisesti eri hoitopalveluja ja – muotoja runsaasti. Henkilön on vaikea noudattaa hoitoa koskevia sopimuksia ja muodostaa pysyvää pitkäaikaista hoitosuhdetta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö käy tyypillisesti psykoterapiassa vain lyhytaikaisesti. (Duodecim 7/2008, 819.) Koska henkilö käyttää useiden terapeuttien palveluja lyhytaikaisesti, ei psykoterapialle välttämätöntä turvallista ja jatkuvaa hoitosuhdetta ei pääse muodostumaan. Terapiasuhteessa täytyy olla elementtejä jotka auttavat asiakkaan sitoutumista. Säännöllisten tapaamisten myötä luottamus voi kasvaa ja asiakkaan kokemus terapeutista ja terapiasta muodostuu turvalliseksi siinä määrin, että asiakas voi alkaa tuoda terapiaan sellaista sisäistä materiaalia, jota jakamalla ja käsittelemällä yhdessä terapeutin kanssa, on mahdollista päästä terapiaprosessissa eheyttävään ja kasvua tukevaan suuntaan.

Mikael Leiman (2006) esittelee psykoterapian vaikuttavuutta tutkivassa artikkelissaan Orlinskyn ja Howardin (1978) geneerisen mallin, joka jäsentää psykoterapeuttiset prosessit kuuteen näkökulmaan. Nämä kuusi prosessia ovat: Terapiasopimus, terapeuttiset toimenpiteet, terapeuttinen yhteistyösuhde, henkilökohtainen suhde prosessiin, aikaansaannokset terapiassa ja tapahtumien sekvenssi eli ajallinen näkökulma. (Leiman 2006, 24.).

Psykoterapiassa tapahtuvien tavoitteellisten muutosten malliksi Leiman esittelee Goldfriedin (1980) mallia, joka käsittää viisi terapeuttisen muutoksen aikaansaamisen periaatetta. Nämä ovat: Myönteisten odotusten vahvistaminen, optimaalisen terapiayhteistyön synnyttäminen, asiakkaan itsehavainnointia parantava palaute, kannustus korjaavien kokemusten hankkimiseen ja korjaavien kokemusten realiteettiarviointi. Terapeutin osuus korostuu keskeisten periaatteiden toteuttamisessa, vaikkakin prosessin kulkuun vaikuttavat monet muutkin tekijät. Itse psykoterapian kontekstilla on erittäin tärkeä merkitys. Leiman esittää, että hyvä terapeuttinen suhde voi toimia potilaalle ensimmäisenä korjaavana kokemuksena aikaisemmin toistuneiden ihmissuhdevaikeuksien sarjassa. Hyvä terapeuttinen suhde

antaa itsessään vastavuoroisen mallin toimivasta ihmissuhteesta. Terapiasuhteen puitteissa on mahdollista kokea korjaavia kokemuksia aidossa, vuorovaikutteisessa tilanteessa. (Leiman 2006, 25.)

Psykoterapeuttinen allianssi toteutuu vain luotettavan ja lujan sopimuksen varassa. Tervo (2004) toteaa, että terapiasopimuksen murtuessa murtuu koko työn rakenne. Turvallisuus, säännöllisyys ja pysyvyys ovat seikkoja, jotka mahdollistavat luovuuden syntymisen, ristiriitojen esiinnousun ja mahdollisen ratkaisun. Tämä sisältö on uhattuna, mikäli terapiasopimus rakoilee. (Tervo 2004, 67–68.)

Asiakas kohtaa terapiasuhteessa tunteita, joita on vaikea kestää ja hallita. Nämä ovat usein samoja tunteita mitkä asiakas kokee suhteessa muihin ihmisiin omassa elinpiirissään. Asiakas poikkeuksetta kohdistaa terapeuttiin samoja asenteita, tunteita ja ajatuksia kuin muihinkin ihmisiin sosiaalisissa tilanteissaan. Terapiakontekstissa asiakkaan ja terapeutin on mahdollista yhdessä selventää ja ymmärtää näitä ilmiöitä. Terapian pysyvyyden ja jatkuvuuden kokeminen mahdollistaa sen, että asiakas voi tuoda kiukkua, regressiota ja negatiivisia tunteitaan terapiaan. Asiakkaalla on oltava varmuus siitä, että hänen tunteensa otetaan terapiassa vastaan ja ettei terapeutti hylkää vaikeuksien tullessa terapiaan. Usein psykoterapia voi olla epävakaa persoonallisuuden omaavan henkilön ensimmäinen paikka, missä hänen vaikeat tunteensa otetaan vastaan ilman vähättelyä ja hylkäämistä.

Terapeuttinen yhteistyösuhde perustuu lujaan terapiasopimukseen ja asiakkaan ja terapeutin molemminpuoliseen yhteistyöhön. Horvathin (2000) artikkelissa kuvataan terapeuttisen yhteistyösuhteen muodostuvan kolmesta tärkeästä osasta, nämä ovat: Luottamukseen ja haluun perustuva side asiakkaan ja terapeutin välillä, yhteinen tehtävä, jonka asiakas ja terapeutti tiedostavat ja jonka tarkoituksena tukea ja ohjata asiakkaan edistymistä. Kolmantena osana tulee yhteinen päämäärä, terapian tulos. Horvath ja Symonds (1991) saivat tutkimuksissaan selville, että hyvä terapeuttinen yhteistyösuhde oli vahva ennen tavoitellun terapiatuloksen saamiseksi. Terapiamenetelmällä ei ollut väliä, vaan ensisijaisesti terapiasuhde johti tuloksiin. Tässä yhteydessä todettiin myös, että terapeuttisen allianssin tulee muodostua aivan terapian alussa, eli 3-5 kerralla. (Horvath 2000, 167.)

Hyvä yhteistyösuhde ennustele siis merkittävästi menestyksestä terapiaa ja tyydyttävää lopputulosta. Terapeutilla täytyy olla kykyä empaattisuuteen, positiiviseen asenteeseen, asiakkaan tilanteen todelliseen ymmärtämiseen ja hyvän yhteistyön luomiseen. Suhteeseen vaikuttavat myös asiakkaan näkemys itsestään aktiivisena ja arvostettuna yhteistyökumppanina. Mikäli terapisuhteessa tulee kokemus siitä, että viidennellä istunnolla ei vielä ole päästy hyvään yhteistyöhön, voidaan ennustaa, että onnistuneen terapiatuloksen saavuttaminen on pienentynyt. Eli terapian alun merkitys korostuu tässä. Mikäli terapisuhteessa tapahtuu häiriöitä, sen lujittamiseen on erityisesti kiinnitettävä huomiota. Kun terapisuhteessa tapahtuviin, yhteistyötä horjuttaviin kriiseihin puututaan ja niiden korjaamiseen käytetään voimavaroja, se lujittaa terapeutin ja asiakkaan suhdetta entisestään. (Horvath 2000, 171.)

Asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhde on yleisimmin mainittu yhteinen vaikuttaja psykoterapiakirjallisuudessa. Terapeutin allianssin käsite juontaa juurensa psykoanalyysin perinteeseen ja se ymmärretään terveyden, vaikuttavuuden ja luottamuksen tunteiden edistäjänä terapeuttia kohtaan. Tutkimusten mukaan hyvä allianssi edistää asiakkaan tunnepitoista suhdetta terapeuttiin sekä asiakkaan motivaatiota ja kykyä saavuttaa toimiva yhteistyö terapeutin kanssa. Hyvä allianssi ylläpitää terapeutin empatiaa ja paneutumista asiakkaan asioihin ja asiakkaan ja terapeutin yksimielisyyttä terapian tavoitteita kohtaan. On huomattavan paljon todisteita siitä, että terapeutin allianssi on yhteinen tekijä terapisuhteen onnistumisen ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta, olipa terapiamuoto mikä tahansa. (Wampold 2001, 149–150)

6 DIALEKTINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA JA OBJEKTISUHDETEORIAAN PERUSTUVA TERAPIA

Objektisuhdeteorian mukainen hoito on psykodynaamista terapiaa ja dialektinen käyttäytymisterapia keskittyy oireiden hallinnan opettamiseen. Molempia terapiamuotoja ja teorialalleja on esitetty epävakaan persoonallisuuden käypä hoito -suosituksessa. Raportin mukaan molemmat hoitotavat vähentävät persoonallisuushäiriöiden ja epävakaan persoonallisuuden oireita ja auttavat persoonan kehittymistä suotuisaan suuntaan. Molemmat terapiamuodot ovat tuoneet myönteisiä tuloksia persoonallisuushäiriön hoidossa, vaikka ne perustuvatkin erilaisiin periaatteisiin ja hoitotapoihin.

6.1 Objektisuhdeteoria viitekehystenä psykodynaamiselle hoidolle

Sternin (1992) objektisuhdeteorian yksi keskeisimmistä pääajatuksista on, että ihminen on subjektiivinen olento, joka kokee elämyksiä elämänsä alusta lähtien. Vauvalla on kokemus omasta itsestään, johon liittyy kiinteästi kokemus toisesta ihmisestä ja toisen ihmisen vaikutuksesta vauvan psyykkiseen todellisuuteen ja kehitykseen. Vuoden ikäinen vauva havaitsee, että hänellä on oma yksityinen mielenmaisemansa (ajatukset, tunteet, muistot, tarkkaavaisuus ja aikomukset) jota toiset eivät näe. Vauva alkaa tiedostaa myös sen, että hän voi jakaa oman mielenmaisemansa toisen henkilön kanssa. Kun tämän sisäisen maailman tekee näkyväksi toiselle jakamisen kautta, muodostuu kahden ihmisen välinen, yhteinen, intersubjektiivinen mielenmaisema. (Stern 1992, 89.)

Kun vauva ymmärtää, että hänellä ja häntä hoivaavilla henkilöillä on erilainen mielenmaisema, mutta niiden kohtaaminen on mahdollista, se on mullistava havainto. Se merkitsee valtavaa muutosta vauvan kehityksessä. Vauva tulee tulkitsemaan nyt ja tämän jälkeen ihmisten käyttäytymistä sen mukaan, millaisia mielentiloja hän arvelee ihmisten reagoititapojen takana olevan. Vauva keskittyy arvioimaan miten toisten mielenmaisemat sopivat hänen omiinsa. Se, miten

mielentilat jaetaan, tai jätetään jakamatta, tuo suuren merkityksen ihmisen persoonan kehittymiseen. Mielentiloja yhteen sovitettaessa voi sattua väärinkäsityksiä ja epäonnistumisia. Voi olla, että lapsi ei saakaan totuttua, hakemaansa vastetta vanhemmilta ja hämmentyy. Mikäli tällaiset tilanteet toistuvat jatkuvasti, (esim. huomiota hakeva lapsi koetaan aggressiiviseksi ja hänelle vastataan sen mukaan) lapsi muodostaa vääristyneen todellisuuden itsestään. Näin ollen elinikäinen vääristymä saattaa saada alkunsa. (Stern 1992, 92–93, Stern 1985, 131.)

Ylilääkäri Jorma Tähkä on laatinut raportin epävakaan persoonallisuuden hoidosta Tampereen päiväsairaalassa (www.jormatahka.fi, 2006). Hoito perustuu objektisuhdeteoriaan. Raportissa kuvaillaan hyvin ja tarkasti hoidon viitekehystä, periaatteita ja hoitotapoja.

Objektisuhdeteoria tarjoaa yhdenlaisen mallin mielenterveyden häiriöiden ymmärtämiseksi ja hoitamiseksi. Tämän teorian mukaan ihminen rakentaa myötäsyttyisten kehitysvalmiuksiensa pohjalta vuorovaikutussuhteissaan mielikuvakokonaisuuden sisäisestä itsen eli selfiin kuuluvasta maailmasta ja samalla ulkoisten elollisten ja elottomien objektien maailmasta. Objektisuhdeteoria tutkii tapoja, joilla ihminen pitää rajaa näiden kahden maailman välillä. Teoria kiinnittää erityisesti huomiota siihen, miten ihminen kokee itsensä ja muut elämänkaarensa eri vaiheissa. Objektisuhdeteorian näkökulmasta persoonallisuushäiriön oireet ovat seurausta pienen lapsen yksilöitymis-eriytymisvaiheen hallitsevien piirteiden jäämisestä hallitsevaksi aikuisikäisellä ihmisellä. Tämä vaihe tapahtuu n. 1-3 vuoden iässä. Lapsi alkaa orastavasti eriytyä äidistä ja oppii ymmärtämään omia rajoituksiaan sekä riippuvuuttaan häntä hoivaavasta ihmisestä. Lapselle maailma on uhkaava ja hän jakaa maailman, itsensä ja äidin hyvään ja pahaan. Näin lapsi kokee turvallisuutta, eikä tilanne ole liian uhkaava. Hyvä äiti ja paha äiti koetaan ikään kuin eri olennoiksi. Lapsen kyky olla erossa äidistä paranee ajan myötä, kun lapsi oppii sisäistämään mielikuvia äidistä. Vaihe päättyy siihen, kun lapsi pystyy pitämään vakaan mielikuvan itsestään ja muista ihmisistä, olivatpa nämä poissa tai läsnä. Lapsi myös ymmärtää, että sama ihminen voi olla sekä tyydytystä ja pettymystä tuottava. (Tähkä 2006, 10, 12–13.)

Koska epävakaa persoonallisuuden omaava henkilön yksilöitymis-eriytymisvaihe on häiriintynyt kaoottisissa vuorovaikutussuhteissa, se ei ole päässyt persoonallisuuden kehitystehtävänä loppuun. Häiriöstä on jäänyt jäänteitä aikuiseen persoonaan. Potilailla on identiteetin häiriö ja voimakkaita hylätyksi tulemisen pelkoja. He jakavat sisäistä ja ulkoista maailmaansa kokonaan hyvään tai kokonaan pahaan. Potilaiden oireet ilmentävät lapsuudessa koettuja traumoja ja puutteellisuuksia jotka aikanaan pysäyttivät terveen kehityksen. Persoonallisuuden kehitys ei etene terveeseen suuntaan lapsuudenkaan jälkeen. Hoidossa potilas tarvitsee psykososiaalista ravintoa oppiakseen tunnistamaan, ymmärtämään ja hallitsemaan omia aitoja tunteitaan ja ajatuksiaan. (Tähkä 2006, 14.)

6.1.1 Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoidon periaatteita

Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoidon tavoitteena on uudelleen käynnistää persoonallisuuden kesken jäänyt kehitys. Potilaalla ajatellaan olevan kaksi minää: kehityskykyinen minä ja kaaosminä. Kaaosminä voi ilmetä kaoottisena käyttäytymisenä, manipulointina ja kiristyksenä, erilaisiin varhaisten tarpeiden tyydytykseen tähtäävänä toimintana joka johtaa pyrkimykseen rikkoa terapian rajoja ja ehtoja. Kaaosminä on syntynyt sisäistyksenä vuorovaikutuksesta vanhempien kaoottisten persoonallisuuden puolien kanssa. Terapiatyön perustana on yhteistyö kehitysminän kanssa. Kaaosminää tulee ymmärtää myös, mutta sille on asetettava rajat. Kaaosminää ei saa tukea, sillä se johtaisi vain suurempiin vaikeuksiin. Kehitysminä hyötyy terapiasta ja sen kanssa liittoudutaan. (Tähkä 2006, 22.)

Hoidon pyrkimyksenä on luoda turvalliset olosuhteet kehityskykyiselle persoonallisuudelle asettamalla kaaosminälle tiukat rajat ja estämällä sen ilmenemismuotoja. Kaaosminä on tunnistettava ja selitettävä kehitysminälle niin, että kehitysminä oppii pitämään puoliaan sitä vastaan. Kehitysminän vapautuessa kaaosminän uhasta, persoonallisuuden kehitys käynnistyy uudelleen. Terapiassa on keskeistä auttaa potilasta ottamaan haltuunsa aidot tunteensa, ajatuksensa ja tahtonsa, eli oman identiteettinsä. Jotta näin tapahtuisi, potilaan on omaksuttava uusia psykososiaalisia valmiuksia ja harjoiteltava niiden käyttämistä. (Tähkä 2006, 24.)

6.1.2 Objektisuhdeteoriaan perustuvan hoidon tapoja

Objektisuhdeteoriaan perustuvassa hoitokokonaisuudessa omahoitaja on hoidon tärkeä osa. Omahoitajasuhde on hoidossa äiti-lapsi-suhteen kaltainen. Omahoitaja luo perusturvan potilaalle ja tarjoaa apuaan kokemusten työstämisessä ja persoonallisuuden kasvun uudelleen käynnistymisessä. Potilaalla on kaksi yksilöterapia-istuntoa viikossa. Yhteisöryhmät kokoontuvat kolme kertaa viikossa. Ryhmää ohjaa omahoitaja ja lääkäri. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden psykososiaalisten taitojen harjoitteluun. Pienryhmät (taide-, musiikki, - ilmaisuryhmät) palvelevat potilaan pyrkimyksiä hahmottaa oma ja ryhmäläisten sisäinen maailma. Erityisen tärkeää on potilaiden toistuva kokemus siitä, että kaaosminän eri ilmenemismuodot tulevat tutuiksi, kuvatuiksi, hallituiksi ja ymmärretyiksi. (Tähkä 2006, 24–25.)

Terapiateknisistä periaatteista tärkein on empaattinen kuvaus, joka antaa sanat potilaan tunteille ja ajatuksille. Hoidossa on myös oltava riittävä turvallisuus, arvostavat esikuvat, siedettävät pettymykset ja palautteen saaminen. Tampereen päiväsairaalan henkilökunta koulutetaan erikseen objektisuhdeteorian mukaiseen hoitomalliin. (Tähkä 2006, 27–28.)

6.1.3 Hoidon tuloksellisuus

Seurantatutkimuksen alustavien tulosten mukaan objektisuhdeteoriaan perustuva hoito Tampereen päiväsairaalassa on tuottanut merkittävästi parannuksia potilaiden minäkuvassa, henkisessä ja fyysisessä hyvinvoinnissa sekä mielialassa ja elämänhallinnassa. Jorma Tähkän arvion mukaan hoidossa olevista potilaista kolme potilasta neljästä ei täytä enää ½ - 1 vuoden kuluttua epävakaan persoonallisuuden kriteerejä, vaikka he hoitoon tullessaan ovat ne täyttäneet vahvasti. Potilaat toipuvat ja tulevat työ- ja opiskelukykyisiksi, mutta tarvitsevat vielä kahden vuoden ajan yhteisöterapiakäyntejä minäkuvansa tukemiseksi. (Tähkä 2006, 47.)

6.2 Dialektinen käyttäytymisterapia

Anna Kåver ja Åsa Nilsonne (2004) ovat kirjoittaneet selkeän kirjan emotionaalisesti epävakaaan persoonallisuuden hoidosta. Kirja perustuu Marsha M. Linehanin kehittämään hoitoon, dialektiseen käyttäytymisterapiaan. *Dialektinen käyttäytymisterapiamalli* eli DKT on integratiivinen hoito, jonka teoreettiset kulmakivet ovat oppimis- ja kognitiivisessa teoriassa sekä dialektisessa- ja zenbuddhalaisessa filosofiassa. (Kåver ym. 2004, 67.)

Oppimisteoria korostaa ihmisen kykyä uuden oppimiseen ja uudelleen oppimiseen. Oppiminen on ihmisen kykyä omaksua uusia kokemuksia, jotka aiheuttavat muutoksia ihmisen tavassa ajatella, tuntea ja toimia. Positiivinen vahvistaminen ja palkitseminen ovat tehokkaimpia muutosmenetelmiä. Epävakaaalle persoonallisuudelle on tyypillistä positiivisen vahvistamisen merkityksettömyys. Häiriölle on ominaista usko negatiiviseen vahvistamiseen. (Kåver ym. 2004, 67, 70–71.)

Kognitiivinen teoria pohjautuu kolmeen prosessiin. Nämä ovat: havainnoiminen, tiedon käsittely ja uuden tiedon käyttötapa. Kognitiivisen teorian mukaan ihminen on aktiivinen tiedonhakija. Onnettomat olosuhteet ja tapahtumat voivat johtaa ihmisen vääristyneeseen ja kielteiseen tapaan tulkita sekä sisäistä, että ulkoista maailmaa. Vääristyneet tulkinnat johtavat ongelmallisiin tunteisiin ja muodostavat siten psykiatrisen häiriön ytimen. Kognitiivisen mallin mukaan ongelmaa eivät luo tapahtumat ja ilmiöt vaan yksilön tapa käsittää ne. (Kåver ym. 2004, 77.)

Dialektiikka tarkoittaa väittelytaitoa. Sen sisältö tarkoittaa tapaa asettaa argumentteja ja vasta-argumentteja sekä niiden myötä oivaltaa uutta. Dialektisen ajattelutavan myötä henkilö näkee kokonaisuuksia jotka sisältävät ristiriitaisia puolia. Joku voi olla samanaikaisesti kaunis ja ruma tai iloinen ja surullinen jne. Epävakaaan persoonallisuuden omaavalla henkilöllä on vaikeuksia nähdä tai hyväksyä samassa kohteessa eri puolia. (Kåver ym. 2004, 80–81.)

Zenbuddhalainen filosofia sisältää ajatuksen siitä, että ihmisen olisi kyettävä paneutumaan juuri vallitsevaan tilanteeseen eli nykyhetkeen ja pantava merkille mitä tapahtuu tässä ja nyt. Periaatteena on subjektiivisten havainnoinnin ja tuomitsemisen välttäminen, sillä tuomitsevat ajatukset luovat latautuneita ja vaikeasti käsiteltäviä tunteita. Jos ihminen omaa kyvyn olla arvottomatta ja tuomitsematta asioita, hän on silloin rauhallinen ja rentoutunut. Omien ajatustensa ja tunteidensa tarkkailu tuomitsematta niitä, auttaa ihmistä hallitsemaan elämäänsä tietoisemmalla tavalla. Valpas tietoisuus mahdollistaa jokaisten hetkien kokemisen ja niissä piilevien mahdollisuuksien vastaanottamisen. (Kåver ym. 2004, 82–83.)

6.2.1 Ensisijaiset tavoitteet terapian neljässä vaiheessa

Tärkein ja ensisijaisin tavoite alussa on luoda allianssi asiakkaan kanssa. Asiakas perehdytetään kunnolla dialektisen käyttäytymisterapian menetelmiin kertomalla niistä asiakkaalle perusteellisesti. Terapeutilla ja asiakkaalla on oltava runsaasti aikaa terapiasopimuksen laatimiseen. Oleellista on tuoda esille, että molemmat pyrkivät yhteistyössä saavuttamaan asiakkaan tavoittelemia muutoksia. (Kåver ym. 2004, 95.)

Perehdyttämisvaiheessa asiakkaan kanssa mietitään yhdessä, millaisia tavoitteita hänen käyttäytymiselleen asetetaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että määritellään ne käyttäytymismallit, jotka ovat haitallisia ja joita terapialla pyritään poistamaan, esim. itsetuhoinen käytös. Samoin selvitetään aikaisemmin terapiassa syntyneitä ongelmia, esimerkiksi sitä, miksi aikaisempi terapia on jäänyt kesken. Asiakkaan kanssa tehdään hoitosopimus jossa asiakas suostuu käymään terapiassa sovitusti alusta loppuun. Terapeutti puolestaan sitoutuu toimimaan eettisesti ja kunnioittavasti asiakasta kohtaan. Terapeutti lupaa olla rikkomatta salaisuuksia ja olla sovitusti tavoitettavissa. (Kåver ym. 2004, 96.)

6.2.2 Hoitotapoja

Dialektiseen käyttäytymisterapian menetelmään kuuluu useita rinnakkaisia hoitokonteksteja. Näitä ovat voivat olla esimerkiksi taitovalmennus, yksilöterapia, puhelinyhteys, ryhmätyö ym. Nämä yhdessä vahvistavat hoitotavoitteisiin pääsyn asiakkaan terapiaprosessissa. Asiakkaan vaikeuksien katsotaan johtuvan puutteellisista taidoista. Taitoja voivat olla mm. leppyminen riidan jälkeen, yhteistyön tekeminen, ruoan laittaminen jne. Taitoja harjoitellaan kerran viikossa ja tämä tapahtuu yleensä ryhmässä. Taitovalmennus kestää kerrallaan 1-2,5h. Taitovalmennusistunnot käydään selkeän käsikirjan pohjalta, jossa on tehtäviä. Työskentely herättää usein voimakkaita tunteita. Ryhmässä pyritään lujittamaan taitoja, joita on harjoiteltu myös kotona. (Kåver ym. 2004, 85–87.)

Asiakkaan elämä on yleensä hyvin kaoottista, joten pelkkä taitovalmennus ei riitä, vaan tarvitaan myös yksilöterapiaa henkilökohtaisten vaikeuksien käsittelyyn. Yksilöterapeutti hoitaa asiakasta kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Yksilöterapeutti vastaa siitä, että hoidon muut osat toimivat ja että asiakas saa sovittua hoitoa. Yksilöterapeutti tiedustelee taitovalmennuksen kuulumisia ja on perillä siitä, mitä taitoja asiakas milloinkin harjoittelee. Yksilöterapeutti kehrittelee omalta osaltaan ratkaisuja ajankohtaisiin ongelmatilanteisiin. (Kåver ym. 2004, 87–88.)

Asiakkaalla on mahdollisuus konsultoida terapeuttiaan puhelimitse silloin, kun hän on kriisissä, eikä tiedä mitä tehdä tai kun joku ongelma on ajankohtainen tässä ja nyt ja asiakas tarvitsee heti neuvoja taitojensa lujittamiseen. Asiakas voi soittaa terapeutilleen myös, mikäli hän epäilee, että terapia ei ole vakaalla pohjalla. Puhelinkonsultaatioilla on tiukat säännöt. Se ei saa vahvistaa ongelmakäyttäytymistä. Asiakas ei saa soittaa terapeutilleen silloin kun hän on vahingoittanut itseään. Itsensä vahingoittamisesta on täytynyt kulua yli vuorokausi, että puhelinkonsultaatio on mahdollinen. Puhelinkonsultaation on tuettava asiakkaan hoitoa. Jos soitot tapahtuvat liian usein, tai asiakas pyrkii luomaan niiden sisällöksi jotain muuta kuin taitojen kehittämistä tai terapiasuhteen korjaamista, tähän puututaan. Terapeutilla on takanaan työnhjaustiimi, joka auttaa ongelmatilanteissa. Työnohjaus on pakollinen, jotta DKT voi toteutua oikein. DKT:n mukaisia hoitomuotoja voivat olla esim.

sairaalahoito, lääkehoito, AA-kerhot ja muut erilaiset tukiryhmät. (Kåver ym. 2004, 88–90.)

6.2.3 Hoidon tavoitteita

Hoitoa ennen asiakkaan kanssa tehdään ns. esihoidollinen tavoite joka sisältää hoitoon perehdyttämisen ja hoitosopimuksen. Hoidon ensimmäisen vaiheen tavoitteet ovat:

1. Itseä vahingoittavan ja suuicidaalisen käyttäytymisen vähentäminen
2. terapiaa haittaavan käyttäytymisen väheneminen
3. elämänlaatua heikentävän käyttäytymisen väheneminen
4. kyvykkään käyttäytymisen lisääminen seuraavilla alueilla:
 - tietoisuus, vuorovaikutus, tunnesäätely, vaikean olon sietäminen ja selviytyminen itsensä kanssa.

Hoidon toisen vaiheen tavoitteena on traumaperäisen stressin vähentäminen. Kolmas tavoite on itsekunnioituksen lisääminen ja yksilöllisten tavoitteiden saavuttaminen. (Linehan 1993, 167.)

Hoidon neljännessä vaiheessa tavoitellaan pysyvän ilon saavuttamista ja sitoutumista omaan elämään sekä ihmissuhteisiin. Tavoitteena on myös kokemus elävänä olemisesta ja kuulumisesta johonkin sekä eläminen tietoisesti läsnä ollen. (Kåver ym. 2004, 94.)

Terapeuttisessa istunnon loppupuolella päähuomio kohdennetaan asiakkaan edistymiseen. Tehtävän haasteellisuudella ei ole merkitystä vaan sillä, että sen tekemisessä ja ratkaisemisessa on onnistuttu. Kaikessa oppimisessa ja harjoittelemisessa tärkeitä osatekijöitä ovat erityisesti itseluottamus ja onnistumisen kautta tuleva mielihyvä. Ongelmakäyttäytymiseen painottuvassa terapiaistunnossa asiakkaalta saattaa mennä rohkeus ja usko omiin mahdollisuuksiinsa. Terapeutin on tärkeää tuoda konkreettisesti esille huomioita asiakkaan edistymisestä ja hyvästä motivaatiosta. Mikäli asiakas ahdistuu huomattavasti istunnon aikana tuskallisten

tunteiden aktivoituessa, terapeutti voi auttaa asiakasta jäähdyttelymenetelmillä. Hyvä jäähdyttelymenetelmä on esimerkiksi musiikin kuuntelu. Kuuntelun aikana keskustellaan asiakkaalle mieltuisesta asiasta. Terapeutti pyrkii näin luomaan tunneilmaston, jossa asiakkaan on helpompi olla hänen kanssaan avoimessa vuorovaikutuksessa. (Kåver ym. 2004, 111–112.)

7 NÄKÖKULMIA MUSIIKKITERAPIAN MAHDOLLISUUKSIIN

Seuraavaksi esittelen musiikkiterapian määritelmiä ja käyn läpi tämän tutkimustyön kannalta olennaisia asioita musiikin eri tehtävistä musiikkiterapiassa.

7.1 Musiikkiterapian määrittelyä

Musiikkiterapia määritellään terapiaksi jossa musiikkia käytetään tavoitteellisesti terapeuttien päämäärien saavuttamiseksi. Musiikkiterapiaa tekee pätevä ja koulutettu musiikkiterapeutti. Musiikkiterapialla pyritään palauttamaan, ylläpitämään ja edistämään asiakkaan psyykkistä sekä fyysistä terveyttä. Eri musiikkiterapeutit määrittelevät musiikkiterapian ja oman työnsä monin eri tavoin. Koska musiikkiterapia voidaan määritellä eritavoin myös yhteisöllisin ja kulttuurisin näkökulmin, on tarkkaa määrittelyä vaikea tehdä. Musiikkiterapia sisältää sekä musiikin, että terapian. Näiden kahden ydinasian määritelmät erikseenkin ovat moninaiset. Voidaan kuitenkin sanoa, että musiikkiterapia on taidetta, tiedettä ja intersubjektuaalista prosessia. Hoidollisesti sitä voi soveltaa erittäin monipuolisesti ja vaihtelevasti, sillä se sisältää useita metodeja ja teoreettisia suuntauksia. (Bruscia 1998, 5.)

Musiikin eri elementit; rytmi, melodia ja harmonia ja sointi, ovat musiikkiterapian työkaluja. Ahosen (1998) mukaan musiikkiterapiassa keskeisintä on, että asiakas ja terapeutti kommunikoivat keskenään musiikkia käyttäen. Musiikin käytön tulee olla johdonmukaista ja tavoitteellista sekä sen on lähdettävä asiakkaan tarpeista. Päämääränä terapiassa on, että ihminen kohtaa psyykkisiä, sosiaalisia, fyysisiä, emotionaalisia ja kognitiivisia tarpeitaan. Terapian tarkoituksena on ennaltaehkäisyn sekä kuntoutuksen ja hoidon kautta edistää yksilön kykyä saavuttaa tasapaino sisäisesti ja ihmissuhteissa. (Ahonen-Eerikäinen 1998, 9.)

7.2 Musiikki välineenä

Musiikkiterapeutit käyttävät musiikkia työvälineenään monipuolisesti. Kukin terapeutti tekee työtään oman ideologiansa, koulutussuuntauksensa ja kykyjensä sekä teknisen välineistönsä mukaan. Musiikin käyttöä terapiassa ohjaavat asiakkaan tarpeet ja ne tavoitteet, joihin yritetään päästä eri musiikillisten interventioiden avulla. Tavoitteena on edistää ihmisen hyvinvointia. Lehtonen (1989) toteaaakin, että musiikkiterapia pyrkii luomaan puitteet, jossa ihmisellä on mahdollisuus harjoitella ja kokea myönteisiä ja korvaavia tunne-elämyksiä sekä kokemuksia niissä tilanteissa, joissa hän on aikaisemmin kokenut vaikeaa jäämistä ja ahdistusta. Tavoitteena on löytää sopiva keino, jolla terapeutin muutos on saavutettavissa. (Lehtonen 1989, 12.)

Terapeutin ja asiakkaan yhteinen musiikillinen työskentely on kuin dialogi ilman sanoja. Musiikin ”kielellä” voidaan kysyä, vastata, dominoida tai vetäytyä. Lehtosen (1998) mukaan musiikki aktivoi muistiamme. On mahdollista, että musiikki nostaa henkilökohtaisesta elämästä, menneisyydestä, materiaalia, joka ei muuten ilmenisi. Musiikkiin voi samaistua ja se koetaan täten hyvin henkilökohtaisesti. Musiikki voi myös etäännyttää vaikeista tunteista, jolloin niiden käsitteleminen tapahtuu symbolisen etäisyyden päästä, itsemme ulkopuolelta. Musiikki on täten tunteenomaisesti totta. Puhuttu kieli ei kykene samanlaiseen ilmiöön. (Lehtonen ym. 1998, 174–175.)

Musiikki antaa suojaa. Se voi luoda tilan, jossa ihmisen on turvallista olla terapeutin kanssa yhdessä. Musiikki voidaan kokea myös transitionaaliobjektina. Kun ihmistä uhkaa erillisyyden kestävä tunne, pelko ja turvattomuus, voi tutun musiikin kuuleminen rauhoittaa. Musiikin turvin ihmisellä on mahdollisuus suojautua ja säilyttää minuutensa eheänä. (Ahonen 1993, 138.)

Musiikilla on kyky aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä ja henkisiä sekä hengellisiä vasteita. Musiikki koskettaa emotionaalisesti ja emotionaaliset vasteet luovat fyysisiä reaktioita. Samoin on toisinkin päin. Emotionaaliset reaktiot joita ihminen musiikista saa, ovat usein yhteydessä ihmisen muistoihin, assosiaatioihin ja menneisiin

kokemuksiin. Musiikkia soittaessa ihminen voi saada yhteyden itseensä ja omiin tunteisiinsa. (Wigram ym. 2002, 57–58.)

Musiikin yhteissoittaminen luo asiakkaan ja terapeutin välille sillan. Se on yhteistyötä ja jakamista toiselta ihmiseltä toiselle ja päinvastoin. Yhteinen pyrkimys opetella musiikkikappaletta hakemalla yhteistä melodiaa, rytmiä ja samanaikaisuutta saavat aikaan yhteistyön, jossa kaksi ihmistä pyrkii yhdistämään voimansa ja osaamisensa. Ihmiset saavuttavat musiikin kautta yhteyden toisiinsa. Asiakas joka tuo itselleen merkityksellisiä musiikkikappaleita terapiaan, voi kokea, että häntä arvostetaan ja hänen ajatus- ja tunnemaailmansa otetaan vastaan aidosti, kun terapeutti ottaa musiikin vastaan ja työstää sitä asiakkaan kanssa. Musiikin jakaminen on täten myös emotionaalista jakamista.

Mary Priestleyn (1975) mukaan musiikki, toimiessaan siltana kahden ihmisen välillä, on maaginen kohtaamispaikka. Ääni tavoittaa molemmat osapuolet ja luo yhteyden erilaisiin kertomuksiin ja kokemuksiin konkreettisella, korviin kuultavalla tavalla. Tällainen äänellinen silta itsessään on objekti, joka voi vahvistaa ja tuoda merkityksiä terapiasuhteeseen sekä auttaa pääsemään kiinni yksilön sisäiseen maailmaan ja kokemuksiin. Se voi luoda mahdollisuuden intensiivisempään jakamiseen syventämällä empatiaa, hyväksyntää sekä ymmärrystä kahden ihmisen välillä. Musiikin silta voi luoda yhteyden reaalisen arkipäivän ja sisäisen maailman välille. (Eschen 2002, 106–107.)

Musiikki luo turvaa, kuten Lehtonen (1989) ja Ahonen (1993) totesivat aiemmin tekstissä. Terapeuttinen istunto, jossa musiikkia käytetään, voi osoittautua asiakkaalle paikaksi, jossa hänen on turvallista tutustua itseensä ja hakea muutosta. Musiikkiin voi purkaa jännitystä, pettymyksiä vihaa ja kaipuuta. Musiikilla voi täten ”puhdistaa ilmaa” turvallisesti ja hyväksytysti. Musiikillista yhteistyötä voidaan jatkaa verbaalisesti käsittelemällä esiin nousseita asioita. (Eschen 2002, 107–108.)

Musiikin soittaminen, harjoittelu ja sovittaminen yhdessä antavat asiakkaalle ja terapeutille mahdollisuuden kehittyä yhdessä ja saada aikaan valmis ja konkreettinen, korvin kuultava lopputulos. Tervon (2003) mukaan mielenkiintoista ei ole vain musiikin osaaminen ja valmis lopputulos, vaan koko vuorovaikutustapahtuma ja sen

eri vaiheet. Valmis lopputulos tekee luovasta työskentelystä konkreettisemmän ja jaettavan, mutta siihen pyrkiminen ja sen vaatima työ yhdistää ihmisiä paljon enemmän kuin pelkän lopputuloksen jakaminen. Ennen lopputulosta on vaadittu luovuutta, yhteistyötä, kykyjä ja jakamisen eri vaiheita. Musiikissa luovuutta ei voi säilöä, vaan se tapahtuu tässä ja nyt, eikä se koskaan toistu samanlaisena. (Tervo 2003, 359.)

Musiikki voi tarjota konkreettisesti pehmeän, hoivaavan ja rauhoittavan tilan asiakkaalle joka tarvitsee todellista ja välitöntä vastakaikua toiselta ihmiseltä. Musiikin avulla ihminen voi ottaa etäisyyttä musertaviin tunteisiinsa sekä muistoihinsa. Ihmisen voi olla mahdoton tai vaikea sanoa tai ilmaista joitain asioita, mutta musiikki voi puhua hänen puolestaan. Musiikki voi ilmaista hänen tunnetilaansa ilman, että sanoja tarvitsee käyttää. (Eschen 2002, 110–111.)

Musiikki tarjoaa siis non-verbaalisen tavan olla toiseen/toisiin yhteydessä. Non-verbaalisuus eli se, ettei sanoja käytetä, koetaan usein pehmeäksi ja turvalliseksi tavaksi olla yhdessä. Ihminen voi myös olla aktiivinen toimija, itsensä toteuttaja ja ilmaisija ilman sanoja. Peters (2000) kirjoittaa musiikin antavan ainutlaatuisen mahdollisuuden itseilmaisuuksiin. Musiikki voi antaa itseilmaisuuksiin struktuuria ja vahvistaa yksilön kykyä kontrolloida impulssejaan sekä harjoitella kontrolloidumpaa ilmaisua. Näin ihminen kokee voivansa ilmaista itseään myös hyväksyttävällä tavalla. Musiikin soittaminen, rentoutuminen musiikin avulla ja musiikkikappaleiden lyriikasta keskusteleminen ja musiikin säveltäminen voivat lisätä kykyä sanalliseen kommunikaatioon. Musiikillisella yhteistyöllä lisätään taitoja (mm. uuden oppiminen, impulssien hallinta, eri vuorovaikutusroolien harjoittelu) joita tarvitaan myös terapian ulkopuolella, arkipäivän elämässä ja muiden ihmisten kanssa. Kun on oivallettu, että musiikki tarjoaa ei-uhkaavia ja miellyttäviä vasteita useille ihmisille, voidaan ajatella musiikkiterapian tarjoavan vähemmän pelottavamman ja vähemmän ahdistavamman lähestymistavan kuin muut hoitomuodot mielenterveysasiakkaiden keskuudessa. (Peters 2000, 247.)

Suomen musiikkiterapiayhdistys on julkaissut *Musiikkiterapiapalvelut* – esitteen (2007), jossa kuvataan muun musiikkiterapiatiedon ohella tiivistetysti ja selkeästi erityyppisten musiikkiterapioiden piirteitä. Esitteen terapiavalikoimasta epävakaa-

persoonallisuuden hoitoon soveltuvat itsetuntemusta ja elämänhallintaa kehittävä musiikkiterapia sekä analyyttinen musiikkiterapia seuraavista näkökulmista: Itsetuntemusta ja elämänhallintaa kehittävässä musiikkiterapiassa pyritään tunnistamaan ja nimeämään musiikin herättämiä tunteita. Musiikin avulla etsitään uusia tapoja ahdistuksen ja jännityksen purkamiseen sekä tunteiden sanalliseen käsittelyyn. Tavoitteena on ymmärtää tunteiden merkityksiä omassa käyttäytymisessä ja oppia hallitsemaan niitä. Analyyttinen musiikkiterapia tähtää menneisyyden tarkasteluun. Asiakkaan elämäkokemukset ja ristiriidat, jotka liittyvät niihin, pyritään tuomaan tietoisuuteen. Tavoitteena on persoonan kasvua estävien traumaattisten kokemusten käsittely, menneisyyden ja nykyisyyden oivaltaminen sekä omien käyttäytymistapojen merkitysten saattaminen tietoisuuteen. Molemmat terapiatavat tähtäävät persoonallisuuden rakenteiden vahvistamiseen ja persoonallisuuden suotuisaan kehitykseen. (Ala-Ruona ym. 2007, 12–13.)

7.3 Oma työskentelyideologiani

Musiikin merkitys ihmisen kohtaamisen välineenä, on ollut mielenkiintoni kohteena jo ennen kuin lähdin opiskelemaan terveydenhuolto-oppilaitokseen tullakseni hoitajaksi psykiatriselle sektorille. Tästä on aikaa jo kohta kaksikymmentä vuotta. Valmistuttuani hoitajaksi, otin musiikin käytön osaksi pitkäaikaissairaiden kuntoutustyötä. Musiikkia kuunneltiin, soitettiin ja sen avulla rentouduttiin potilasryhmissä. Vaikka silloin teoreettinen tietämykseni musiikin vaikutuksista oli hyvin pientä, saatoin nähdä yhteisen musiikillisen toimintamme aiheuttamia välittömiä mielenliikutuksia potilaissani. Tämä oli innostavaa ja antoi motivaatiota opiskella ja tutkia näitä ilmiöitä. Opiskelin myöhemmin musiikkiterapeutiksi.

Työskentelyni mielenterveysasiakkaiden kanssa perustuu psykodynaamiseen viitekehykseen. Se tarkoittaa sitä, että terapian avulla asiakkaani kasvavat tunnistamaan itsessään eri puolia ja niiden yhteyttä sisäisiin ongelmiin sekä toisten ihmisten kanssa tapahtuviin vuorovaikutustilanteisiin. Terapiassa asiakas toistaa vuorovaikutusmallejaan ja elämänsä tilanteita ikään kuin pienoiskoossa. Silloin niitä voidaan tarkastella aidosti yhdessä ja niitä voidaan elää läpi, ymmärtää ja korjata. Tämä transferenssiin perustuva yhteistyö on arvokasta ja ainutlaatuista. Oireiden

vähentyminen ja mielen rakentuminen eheämpään suuntaan alkaa, kun asiakas tutustuu itseensä ja oppii ymmärtää toimintaansa sekä reaktioitaan. Jotta tämä kaikki voi mahdollistua, teen asiakkaitteni kanssa pitkää ja tiivistä yhteistyötä, jota ohjaa molemminpuolinen terapiasopimus ja sitoutumisen vaaliminen, joka tähtää yhteiseen haluun lisätä asiakkaan sisäistä ja sosiaalista selviytymistä sekä holistista terveyttä. Prosessissa on tavoitteena luoda mahdollisimman hyvä terapeutin allianssi.

Käytän musiikkia monipuolisesti istunnoilla. Yleensä musiikilliseen yhteistyöhön lähdetään asiakkaan rohkeuden ja tarpeiden viitoittamana, mutta terapian edetessä ohjaan asiakkaita käyttämään laajemmin musiikkia ja musiikki-instrumentteja.

Musiikin soittaminen improvisoiden (ilman ennalta määrättyä kaavaa tai valmista nuottia) on yleisin tapani käyttää musiikkia asiakkaideni kanssa. Aluksi se voi olla asiakkaan mielestä pelottavaa, mutta tiiviissä yhteistyössä rohkeus kokeilla ja oppia eri asioita kasvaa. Terapiaistunnoilla soitetaan myös asiakkaiden tuomaa valmista musiikkia esim. nuoteista. Tuolloin asiakkaat haluavat oppia ja kehittyä soitossa sekä nauttia yhteisestä tekemisestä ja lisätä musiikillista ilmaisukykyään sekä rohkeuttaan. Musiikkia kuunnellaan, sen avulla rentoudutaan, siitä kirjoitetaan ja piirretään kuvia. Jotkut haluavat liikkua musiikin mukana, toiset säveltää ja tehdä runoja. Asiakkaan kanssa voidaan kuunnella musiikkia vaikka vain hiljaa, mikäli asiakas ei halua puhua ja toimia. Näin voidaan olla yhdessä, vaikka sanoja tai aktiivista tekemistä ei tapahdukaan. Musisoiminen ja muut luovat menetelmät herättävät ja ilmentävät tunteita. Niitä refleктоimalla voimme jakaa asiakkaalle tärkeitä ja merkityksellisiä asioita.

Mielestäni Heidi Ahonen-Eerikäinen (1999) on kuvannut musiikkiterapiaa hienosti, kirjoittamalla, että siinä on kyse kohtaamisesta ja sen kokemuksen jakamisesta, mikä tapahtuu tässä ja nyt. Kohtaamisessa on kyse odottamisesta, samalle tasolle virittäytymisestä ja rinnalla kulkemisesta. Kohtaaminen saavutetaan kärsivällisellä ja sallivalla avoimuudella. Se on vastavuoroista dialogia joka sisältää toisen kunnioittamisen ja arvostamisen. (Ahonen-Eerikäinen 1999, 7.)

Jokaisen asiakkaan kohdalla keskustelu liittyy olennaisena osana terapiaan jossain määrin. Musiikin käyttö avaa kanavia tunteiden, mielikuvien, ajatusten ja sanojen

ulostuontia varten. Terapiassa jaamme asiakkaitteni kanssa asioita heidän elämänsä eri alueilta. Jakaminen tapahtuu musiikillisesti sekä verbaalisesti.

Psykologi Carl Rogersin (1940) kehittämä *person-centred* tai *client-centred therapy* on mielestäni sopiva perusajatus kuvaamaan työtäni. Asiakas nähdään aktiivisena päätöksentekijänä jonka pyrkimyksiä ja ajatuksia terapeutti kunnioittaa. Terapeutti huomioi asiakasta empaattisesti pyrkien eläytymään hänen kokemuksiinsa, tunteisiinsa ja maailmankatsomukseensa. Terapeutti kantaa huolta asiakkaasta ja on kiinnostunut hänen intresseistään sekä huomioi ja pyrkii samaistumaan asiakkaan kokemuksiin. Tällainen suhtautuminen asiakkaaseen lujittaa yhteistyötä ja parantaa haluttujen päämäärien saavuttamista. (Wigram ym. 2002, 66–67.)

Käytännössä harvat terapeutit noudattavat orjallisesti vain tiettyä hoitometodia asiakkaidensa hoidossa. Persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita ei voi hoitaa diagnoosin mukaan, vaan yksilöllisinä ihmisinä. (Perris ym. 1999, 280.) Terapeutti voi yhdistää menetelmiä useista terapiasuuntauksista ja saavuttaa hyviä tuloksia asiakkaan hoidossa. Tällainen eklektisyys kiinnostaa minua. Itse pidän tässä tutkimuksessa esiteltyjen hoitotapojen (objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli ja dialektinen käyttäytymisterapia) periaatteita järkevinä, toimivina ja käyttökelpoisina. Pyrin tarpeen mukaan soveltamaan molempia työssäni persoonallisuushäiriöisten asiakkaiden kanssa.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimuksen taustaa

Kiinnostukseni musiikin käytön merkityksestä ihmisillä, joilla on epävakaata persoonallisuutta, heräsi, kun vastaanotollani oli usean vuoden ajan käynyt asiakkaita, jotka olivat keskeyttäneet yhden tai useamman aikaisemman terapiansa, mutta sitoutuivat pitkään musiikkiterapiaan. Musiikkiterapian aikana, yhtäaikaista säännöllisiksi suunnitellut hoidot esim. käynnit mielenterveystoimistossa toteutuivat epäsäännöllisesti asiakkaan peruuttamattomien poissaolojen tai peruutettujen käyntien tähden. Näiden kyseisten asiakkaiden aikaisemmat terapiat olivat olleet miltei kokonaisuudessaan verbaalisia. Terapiat olivat olleet näissä tapauksissa aikaisemmin joko psyko-, ryhmä-, tai toimintaterapioita. Yhdelläkään näistä asiakkaista ei ollut musiikkiterapiaa hoitomuotona aikaisemmin.

8.2 Tutkimusasiakas

Vastaanotolleni tuli keväällä 2006 asiakkaaksi nuori 22v. nainen, jolla oli epävakaan persoonallisuuden rajatilatasoinen häiriö, sisältäen voimakasta ahdistusta ja identiteetin hataruutta. Hän oli lopettanut kesken kolme aikaisempaa terapiaansa niiden alkuvaiheessa. Asiakas oli ollut analyttisessä yksilöterapiassa ja ryhmäterapiassa sekä viimeksi toimintaterapiassa jossa oli keskusteltu paljon. Asiakkaalla oli ollut yläasteikässä yksi tapaaminen psykoterapeutin kanssa, mutta asiakas oli lopettanut hoidon jo ensimmäisen käynnin jälkeen, koska käynti oli tuottanut voimakasta ahdistusta.

Asiakas kertoi ensimmäisellä tapaamisellamme haluavansa kokeilla musiikkiterapiaa, sillä puhuminen oli hänelle vaikeaa. Hän arveli musiikillisen lähestymistavan olevan pehmeämmän ja itselleen sopivamman kuin terapian, jossa käytetään vain sanoja. Hän kertoi kokeneensa kolmessa aikaisemmassa terapiasuhteessaan olleensa huomion keskipisteenä ja että terapeutit analysoivat häntä koko ajan. Asiakas ei ollut saanut tuntea jakavansa asioita, vaan koki, että

häntä tarkkailtiin. Näiden tuntemustensa vuoksi asiakas oli kokenut suurta ahdistusta terapiakertojen aikana ja niiden välillä. Asiakas oli tuonut aikaisempiin terapiaistuntoihinsa henkilökohtaisia asioitaan, jotka olivat herättäneet asiakkaassa vaikeita tunteita ja ajatuksia. Asiakas oli itkenyt vuolaasti terapioissa ja tuntenut jälkeinpäin siitä häpeää. Asiakas ei kyennyt jakamaan terapiassa nousseita kokemuksiaan terapeutin ja ryhmän kanssa. Hän jäi pois istunnoilta jo alkuvaiheessa ja luottamuksellinen kiinteä suhde terapeuttiin ja/tai ryhmään jäi muodostumatta.

Asiakas oli suorittanut peruskoulun hyvällä menestyksellä. Lukiossa numerot olivat laskeneet ja asiakas ei ollut päässyt toivomiinsa jatko-opintoihin. Asiakas oireili vaativissa tilanteissa mittavin ahdistusoirein. Hänellä oli huomattavia vaatimuksia itseään kohtaan ja vaikeuksia hahmottaa ja löytää oma alansa. Asiakas oli kokeillut muutamaa opiskelupaikkaa ja hän oli ollut myös työharjoittelussa jonkin aikaa. Asiakas oli opiskellut myös kotipaikkakuntansa ulkopuolella, mutta oli joutunut jättämään koulun kesken koettuaan, ettei pärjää siellä ahdistuksen vuoksi. Terapian aloittamisen aikoihin asiakas ei ollut missään koulussa.

Asiakasta oli hoidettu lyhyen aikaa avoimella akuuttiosastolla voimakkaan ahdistuksen vuoksi. Musiikkiterapian aloittamisvaiheessa asiakas oli tällä lyhyellä osastohoitojaksolla, josta uloskirjoitus tapahtui melko pian terapian alettua.

8.2.1 Musiikkiterapian tavoitteita

Asiakkaan musiikkiterapian ensimmäiseksi tavoitteeksi muodostui pysyvän terapisuhteen rakentuminen, jonka puitteissa asiakkaalla olisi mahdollisuus jakaa asioitaan terapeutin kanssa. Asiakkaan tavoitteena oli opetella kohtaamaan ja kestämään voimakkaita tunteita sekä selvittää niistä terapatilanteesta ja sen jälkeen. Näiden tavoitteiden määrittämisen taustalla vaikuttivat asiakkaan edelliset keskeytyneet terapiat, joiden puitteissa pysyvyyttä ja turvallisuutta ei ehtinyt syntyä. Lyhyen arviointijakson jälkeen asiakas ilmaisi, että musiikkiterapian menetelmät saattaisivat olla sopivia hänelle, sillä musiikkiterapeuttinen kohtaaminen tuntui pehmeältä. Asiakas myös piti erityisesti soittamisesta terapeutin kanssa.

Terapian säännöllisyyden, ennustettavuuden ja pysyvyyden tueksi laadittiin asiakkaan kanssa yhteistyössä terapiasopimus, jota molempien, sekä asiakkaan, että terapeutin oletettiin noudattavan. Tämä sopimus ja siitä kiinni pitäminen toivat terapiaan selkeät rakenteet joiden puitteissa luovuus ja luottamus saattoivat kasvaa. Terapiaistuntojen sovittiin toteutuvan 1 x viikossa, lukuun ottamatta loma-aikoja. Tavoitteena terapiassa oli lievittää asiakkaan ahdistusta ja tukea hänen persoonallisuutensa kasvua eheytyksen suuntaan sekä kasvattaa valmiuksia omaehtoiseen selviytymiseen tulevaisuudessa.

Asiakkaan musiikkiterapia sisälsi istuntoja, joissa soitettiin asiakkaan valitsemia valmiita musiikkikappaleita nuoteista. Tämä oli pääasiallinen menetelmä terapiassa, joka toteutui asiakkaan tarpeiden säädellessä istuntojen sisältöä. Asiakas soitti pianoa ja terapeutti soitti vuoroin kitaraa ja bassokitaraa. Asiakas myös lauloi joillakin istunnoilla terapeutin säestäessä pianolla. Näiden menetelmien lisäksi musiikkiterapiassa keskusteltiin ja kuunneltiin musiikkia. Asiakas ei halunnut soittaa improvisoiden, vaan toi aina nuotteja valmiista musiikkikappaleista. Asiakas kiinnittyi muutamien alkuvaiheessa tapahtuneiden poisjääntien jälkeen hyvin musiikkiterapiaan kyeten käymään lähes säännöllisesti vuoden ajan terapiassa. Istunnot tapahtuivat 1 x viikossa ajalla 2/2006-2/2007. Tämä oli asiakkaan pisin terapiasuhde siihen mennessä. Asiakkaan ja terapeutin välinen musiikillinen yhteistyö sujui alusta saakka hyvin. Tämä yhteistyö, joka on tutkimukseni aihe, antoi hauraassa alkuvaiheessa terapialle sen pohjan, mille koko työskentely saatettiin rakentaa.

8.2.2 Kokemuksia toteutuneesta musiikkiterapiaprosessista

Asiakas kuvasi musiikillisen yhteistyön olevan antoisaa ja rentouttavaa. Hän kertoi nauttivansa siitä ja koki jakavansa terapeuttinsa kanssa tärkeitä asioita ja tunteita sen myötä. Asiakas käsitteli useita elämänsä menneitä ja nykyisiä asioita terapiassa soittaen ja keskustellen niistä terapeutin kanssa. Asiakas kävi läpi terapiassa ihmissuhteisiinsa liittyviä solmukohtia. Hän haki terapeutin kanssa yhdessä ymmärrystä, helpotusta ja ratkaisuja näihin suhteisiin. Asiakkaan ilmaisu oli tunnepitoista ja avointa. Hän koki paljon sitä, että verbaalisessa vuorovaikutuksessa

ahdistus nousi voimakkaasti ja sitä oli vaikeaa kestää. Asiakkaan tietoisuus siitä, että terapiassa ei ole pakko puhua, helpotti hänen mukaansa sitoutumista terapiaan. Musiikki toimi sekä jakamisen välineenä ja tunteiden tulkkina. Usein musiikki tuli ikään kuin avuksi liian ahdistaviin hetkiin ja tunne saatettiin etäännyttää hetkeksi, sen kuitenkin eläessä välillämme niin, että siihen voitiin palata myöhemmin ja sen käsittelyssä saatettiin edetä.

Terapeutin ja asiakkaan säännöllinen ja tiivis yhteistyö mahdollistui ja asiakas pääsi tunteidensa käsittelyssä sekä itsenäistymis- ja persoonallisuuden kasvun prosessissa eteenpäin terapian aikana. Tuskaisuus helpottui sekä asiakkaan omanarvontunteet kasvoivat. Asiakas koki elämänhallintansa kasvavan ja omien vaikutusmahdollisuuksiensa lisääntyvän elämänsä haasteissa. Asiakkaan mielialojen holtittomuus ja impulsiivisuus tasaantuivat ja asiakas koki kykenevänsä kestämään paremmin elämässä tapahtuvia muutoksia.

Terapian aikana asiakkaalle vahvistui käsitys siitä, millaisiin opintoihin ja mille alalle hän tulevaisuudessa tähtää. Asiakas pyrki ja pääsi haluamaansa kouluun terapian aikana. Hän kykeni selviytymään ihmissuhteissa siellä sekä opiskelemaan tuloksellisesti. Asiakas opiskeli toisella paikkakunnalla ja kulki sieltä musiikkiterapiassa. Asiakas koki olevansa valmis luopumaan lopulta terapiasta ja keskittymään opintoihinsa. Terapia päättyi sovitusti.

8.2.3 Tutkimus osana terapiaa

Asiakas suostui tutkimukseni kohteeksi terapian alkuvaiheessa. Aloin videoida istuntoja kahden kuukauden kuluttua terapian alkamisesta vaikka olimme soittaneet terapiassa jo alusta saakka. Katsoin, että oli tarpeellista tutustua ja saavuttaa jonkinasteinen luottamus, ennen kuin videointeja voitiin ehdottaa ja tehdä. Videointi ei häirinnyt terapiaistuntojamme, vaikka kameran läsnäolo oli uskoakseni hyvin tietoisesti molempien mielessä. Asiakas tottui kameraan hyvin nopeasti ja videointi jäi usein huomaamattomaksi sivuseikaksi. Asiakas ei halunnut palata videoituun materiaaliin terapian aikana, vaikka ehdotin sitä hänelle muutamia kertoja. Emme siis käyttäneet terapiassa menetelmänä yhteisten istuntojemme kuvamateriaalin

analyysiä. Kuvamateriaali olisi saattanut antaa meille uutta tietoa ja uusia näkökulmia yhteistyöstämme, mutta asiakkaan toiveesta materiaalia ei hyödynnetty. Asiakas halusi pitää kuvamateriaalin erillään terapiastaan. Siispä tutkimusmateriaalin on nähnyt ja sitä on analysoinut ainoastaan vain terapeutti, eli tämän tutkimuksen tekijä.

Pyrin terapeutina toimiessani tietoisesti välttämään ajatusta siitä, että yhteistyöstämme tulisi tutkimukseni materiaalia. En etukäteen tiennyt, mitä välillämme tulee tapahtumaan ja en ohjailut vuorovaikutustamme siihen suuntaan, että saisin mahdollisimman ”sopivaa” materiaalia tutkimustani varten. Mielestäni onnistuin tässä hyvin.

Halusin kohdentaa tutkimukseni nimenomaan niihin terapiakertoihin, joilla soitimme ja lauloimme asiakkaan kanssa. Näihin istuntoihin sisältyi vähän puhetta ja paljon musiikkia. Asiakkaan aikaisemmat terapiat olivat olleet pääosin verbaaliterapioita. Musiikillinen yhteistyö terapiassa soittaen ja laulaen oli uutta asiakkaalle. Koska asiakasta ahdistivat aikaisemmissa terapioissa sanat eli puhuttu kieli, kiinnostukseni musiikin kautta tapahtuvaan vuorovaikutukseen heräsi. Halusin selvittää mitä musiikillisessa vuorovaikutuksessa tapahtui ja miten nämä tapahtumat ja ilmiöt voivat tukea terapiaan kiinnittymistä.

Kuten käypä hoito -suositus toteaa, epävakaan persoonallisuuden hoitaminen psykoterapeuttisin menetelmin on tuloksekkainta. Tutkimusasiakkaan musiikkiterapiassa oli psykodynaaminen viitekehys.

8.3 Tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia musiikilliseen vuorovaikutukseen kytkeytyviä ilmiöitä terapiatilanteista löytyy ja tarkastella niitä edelleen suhteessa kahden tutkitusti toimivan hoitomallin ideologioihin ja tapoihin. Tämä tutkimus on luonteeltaan laadullinen tapaustutkimus. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin induktiivisesti.

8.4 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksen kohdetta pyritään kuvaamaan hyvin kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus on luova prosessi, joka vaatii tutkijalta äärimmäistä herkkyyttä suhteessa aineistoon. Koska tutkimuksen tärkein tavoite on inhimillisen ymmärryksen lisääminen, on tutkijan osattava tulkita saamiaan tuloksia. Tulkinta joka muodostuu empirian ja teorian vuoropuhelusta on oivaltava silloin kun tutkija on kyennyt rakentamaan näistä uutta tietoa ja uutta ymmärrystä lisäävän kokonaisuuden. (Syrjäläinen ym. 2007, 8.)

Laadullisen tutkimuksen peruskäsitteet Silvermanin (1993) mukaan ovat teoria, hypoteesi metodologia ja metodi. Teoria on kokoelma selittäviä käsitteitä, hypoteesilla testataan väitteitä, metodologia on yleinen aiheen lähestymistapa ja metodi on erityinen tutkimustekniikka. Teoria on käyttökelpoinen silloin kun se auttaa tutkimuksessa. Hypoteesien avulla arvioidaan väitteiden paikkansapitävyyttä, metodologia palvelee käytännön tutkimusta ja metodi yhdistää teorian, hypoteesit ja metodologian. (Metsämuuronen 2006, 83.)

Havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen ovat laadullisen analyysin kaksi vaihetta, jotka käytännössä nivoutuvat toisiinsa. Havaintojen pelkistämässä aineistoa tarkastellaan tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta ja kiinnitetään huomiota mikä on kulloisenkin kysymyksenasettelun kannalta tärkeää. Täten analyysin kohteena oleva materiaali, esim. teksti tai kuva, pelkistyy selkeämmiksi ns. ”raakahavainnoiksi”. Toisessa vaiheessa havainnot yhdistetään

yhdeksi havainnoksi etsimällä havainnoille yhteinen piirre tai nimittäjä, joka pätee poikkeuksetta koko aineistoon. (Alasuutari 1999, 41–42.)

Arvoituksen ratkaiseminen laadullisessa analyysissä merkitsee sitä, että tutkittavasta ilmiöstä tehdään merkitystulkinta tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta. Kyse on rakennekokonaisuuden muodostamisesta. Usein arvoituksen ratkaisemisen vaiheessa esiin tulevat kysymyksenasettelut ohjaavat tutkijan tarkastelemaan aineiston uusia osia ja tekemään lisää havaintojen pelkistyksiä. Mitä enemmän aineistossa on tutkimuskysymyksiin viittaavia vihjeitä, sitä luotettavampi ja oikeampi ratkaisu on. (Alasuutari 1999, 44, 47–48.)

Havainnointi on hyvä laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä erityisesti silloin kun tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän. Havainnoinnin avulla asiat nähdään paremmin oikeissa yhteyksissään. Usein havainnointi toimii parhaiten kun se yhdistetään esim. haastatteluun tai muuhun tiedonkeräysmenetelmään. (Tuomi ym. 2002, 83.)

Laadullinen tutkimus on toimiva silloin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista ja tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. Laadullisen tutkimus kannattaa valita silloin, kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeiksi tai joissa ei voida kontrolloida kaikkia vaikuttavia tekijöitä. Laadullinen tutkimus soveltuu myös tapauksiin, joihin liittyviä syy-seuraussuhteita ei voida kokeellisesti tutkia. (Metsämuuronen 2008, 14.)

Samasta aineistosta on löydettävissä erilaisia merkityksiä. Merkitykset syntyvät asioiden suhteista toisiinsa. Tutkija muodostaa erilaisia tulkintoja erilaisten oletustensa ja intressiensä pohjalta. Tulkinnassaan tutkija nojaa jonkinlaiseen omaan esiyymmärrykseensä ja olettamuksiinsa tutkittavan asian suhteen. Tutkijan on tiedostettava oma esiyymmärryksensä ja nähtävä omat tutkimusta ohjaavat näkemyksensä. Tutkijan on myös tärkeää huomata omien ennakkoluulojensa vaikutuksia tutkimusprosessiin. Merkitysten kuvaaminen tulee nojata aineistoon ja tehdä sille oikeutta. (Aaltola ym. 2007, 52–53.)

Tapaustutkimus, eli *case study* on empiirinen tutkimus joka tutkii nykyistä tapahtumaa tai ihmistä tietyssä ympäristössä. Syrjälän (1994) mukaan tapaus on yleensä muista erottuva kielteisesti tai myönteisesti. Se voi olla myös aivan tavallinen arkipäivän tapahtuma. Tapauksesta kerätään monipuolisesti tietoja ja siitä nousevia ilmiöitä pyritään ymmärtämään syvällisesti. Tapaustutkimus luokitellaan keskeiseksi laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategiaksi sillä lähes kaikki laadullinen tutkimus on tapaustutkimusta. (Metsämuuronen 2008, 19–18.)

8.5 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan tutkia asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä, tarkastelemalla kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota. Tutkittaessa kommunikaatiota sisällönanalyysillä voidaan Weberin (1990) mukaan tuoda näkyviin kommunikaatiossa ilmeneviä erilaisuuksia, todentaa kommunikaation tarkoitusta tai kommunikaatioon liittyviä merkityksiä sekä määritellä yksilön tai ryhmien psykologisia tilanteita. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää myös kuvaamaan kommunikaation sisällön painotuksia. (Janhonen 2003, 21–22.)

Sisällönanalyysissä tutkittava aineisto tiivistetään niin, että aineiston kuvaaminen on mahdollista lyhyesti ja yleistävästi. Tekstin sanat ja fraasit sekä muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella. Sisällönanalyysin vaiheet ovat: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen ja tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi. (Janhonen 2003, 23–24.)

Aineistolähtöinen analyysi pyrkii luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Analyysiyksiköt valitaan tutkimuksesta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkijan kiinnostuksen mukaan. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja, sekä aikaisemmilla havainnoilla, tiedolla tai teoriolla saa olla analyysiyksikköjen muodostamista ohjaavaa vaikutusta. Analyysi on siis pelkästään aineistolähtöinen. Kaikki, mitä aiheesta ennestään tiedetään, pyritään aineiston *analyysivaiheessa* sulkemaan analyysin ulkopuolelle, jottei se vaikuttaisi analyysiin. (Tuomi ym. 2002, 97.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija etsii aineistosta teemoja omien kysymystensä kautta. Teemoittamisessa on maltettava pysyä uskollisena tekstille ja tuoda sieltä esiin vain sitä mitä tekstissä todellisuudessa on. Teksti käydään moneen kertaan huolellisesti läpi ja etsiä myös tulkinnasta poikkeavia ristiriitaisia asioita. Pyrkimyksenä on rakentaa mahdollisimman johdonmukainen merkityksenantojen verkosto josta etsitään poikkeavuudet. Toisaalta, aina ei päästä ristiriidattomaan tulkintaan. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisten käsitykset ovat usein ristiriitaisia ja ristiriitojen tahallinen hävittäminen tulkinnasta voi tehdä tutkimukselle vääryyttä. (Aaltola ym. 2007, 55–57.)

Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään järjestämään tutkimuksen aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon siten, että sen sisältämä informaatio säilyy muuttumattomana. Analyysi tuo sellaista selkeyttä aineistoon, joka auttaa tutkijaa tekemään luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto hajotetaan aluksi osiin ja käsitteellistetään sekä koodataan uudeksi kokonaisuudeksi. (Tuomi ym. 2002, 110.)

8.6 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimuksen aineisto kerättiin aidoilta musiikkiterapiaistunnoilta. Tutkija toimi itse tutkimusasiakkaan terapeuttina. Asiakkaan musiikkiterapian menetelmiä olivat yhdessä soittaminen, keskustelu ja musiikinkuuntelu. Terapiakokonaisuudesta havainnoitiin ne istunnot jotka käsittivät musiikillista vastavuoroista vuorovaikutusta (soittoa ja laulua). Nämä istunnot videoitiin alusta loppuun. Videoituja, 45min-1h mittaisia istuntoja on kymmenen. Tutkimus kohdentuu musiikillisen vuorovaikutuksen sisältöön näillä istunnoilla. Videomateriaali kuvattiin ajalla 31.5.–17.10.06. Istuntojen väliin jäi kahden kuukauden kesälomatauko.

Videomateriaalia oli yhteensä lähes 10h. Sen läpikäyminen ja purkaminen kirjoitetulle kielelle vaati runsaasti aikaa. Aineistoon tutustuminen ja sen syvä tarkastelu alkoi perusteellisesti jo tässä vaiheessa, sillä videoituja kohtauksia oli tarpeen kelata taaksepäin välillä, jotta esim. puhutuista sanoista sai selvää.

Videomateriaalin sisältämät tapahtumat on pyritty kirjoittamaan ylös mahdollisimman kattavasti ja laajasti. Itse videomateriaalin purkamisvaiheessa ei haettu erityisesti jotain tiettyjä asioita ja ilmiöitä, vaan kaikki tutkijan havaitsemat tapahtumat on kirjattu ylös seulomatta tietoisesti mitään.

Videomateriaalista muodostui lopulta tekstiä 17 A4 arkkia. Tämän jälkeen litteroitu teksti luettiin useaan otteeseen huolellisesti ja siitä alleviivattiin ilmauksia rivi riviltä. Alleviivatut ilmaukset pelkistettiin ja niiden listaaminen sekä jaottelu olivat seuraava vaihe.

Varsinainen ilmauksien listaaminen tehtiin Word-ohjelmalla niin, että kunkin eri istuntokerran ilmaukset olivat eri väreillä. Kunkin istunnon päivämäärän merkintäväri vastasi ilmausten väriä. Kun ilmaukset yhdistettiin ja alaluokat muodostettiin, saatettiin silti helposti havaita miltä istunnolta kukin ilmaisu on peräisin, vaikka monen eri istunnon ilmauksia päätyi tietyn alaluokan alle. Tällä menettelyllä voitiin havaita kunkin alaluokan alla olevien ilmauksien ajallinen ilmeneminen. Ajallisuudella ei ollut lopullisessa analyysissä kuitenkaan merkitystä.

8.7 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysissä hyödynnettiin teoriaa laadullisen tutkimuksen määrittelyn osalta siten, että tutkimuksen kohdetta pyrittiin tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Syrjänen ym. 2007). Videoistunnoista pyrittiin poimimaan kaikki, mitään tietoisesti pois sulkematta. Laadullinen tutkimus toimi menetelmänä hyvin, sillä tutkija halusi tutkia luonnollista tilannetta, jota ei voitu järjestää kokeeksi ja jossa vaikuttavia tekijöitä ei voitu kontrolloida (Metsämuuronen 2008). Laadullisen analyysin kaksi vaihetta; havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen (Alasuutari 1999) toteutuivat aineiston raakahavainnoinnin ja havaintojen yhdistämisen kautta. Havainnointi valittiin menetelmäksi siksi, että tutkittavasta ilmiöstä ei ollut riittävästi aikaisempaa tietoa.

Aineiston analyysissä nojattiin sisällönanalyysin teoreettisiin menetelmiin siksi, että tutkittavan aineiston sisältö; tapahtumat ja merkitykset sekä kommunikaation sisältö

saatiin pelkistettyä ja täten helpommin tulkittua. Pelkistyksessä aineiston analyysiyksiköt eivät olleet tutkijan etukäteen valitsemia, vaan nousivat suoraan aineistosta. Jos aineistosta oli jotain aikaisempaa tietoa, se pyrittiin sulkemaan pois analyysivaiheessa, jottei aikaisempi tieto vaikuttaisi analyysiin (Tuomi ym. 2002). Aineiston analyysissä aineisto pyrittiin järjestämään mahdollisimman tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin niin, että informaatio säilyi muuttumattomana. Teemoittamisessa pysyttiin uskollisena tekstille ja sieltä tuotiin esiin vain sitä mitä tekstissä todellisuudessa on. Teksti käytiin moneen kertaan huolellisesti läpi. (Aaltola ym. 2007, 55–57.)

Laadulliselle analyysille on tyypillistä induktiivinen päättely. Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista päättelyä, mikä tarkoittaa sitä että aineistosta nousevien seikkojen perusteella tehtiin yleistyksiä ja päätelmiä. Aineistoa pyrittiin tarkastelemaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti ja siitä nostettiin esiin merkityksellisiä teemoja. (Wikipedia. Laadullinen tutkimus. Internetissä osoitteessa: http://fi.wikipedia.org/wiki/Laadullinen_tutkimus)

Tutkimusmateriaalia käsiteltiin ja analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen (Janhonen 2003, 23–24.) seuraavassa järjestyksessä:

1. Videoistuntojen katsominen/kuuntelu ja aukikirjoitus; tapahtumat, ilmiöt, puhe ja kasvojen ilmeet sekä kehon kieli sekä soitetut musiikkikappaleet.
2. Litteroidun tekstin lukeminen ja sen sisältöön perehtyminen.
3. Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen.
4. Pelkistettyjen ilmausten listaaminen.
5. Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista.
6. Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen.

8.7.1 Alaluokkien muodostaminen ilmauksista

Tekstistä poimittuja ilmauksia oli yhteensä 356. Niitä tarkastelemalla ja jaottelemalla muodostui 18 alaluokkaa. Nämä olivat:

1. Asiakas aloittaa soittamalla
2. Asiakkaan kehuminen, rohkaisu, kannustus
3. Asiakkaan mukavuuden ja hyvinvoinnin huomioiminen
4. Yhdessä soittaminen
5. Tilan antaminen musiikillisessa ilmaisussa, asiakkaan soiton seuraaminen
6. Yhdessä opettelu, soiton säätäminen ja toisen ohjaaminen
7. Kaunista ja sujuvaa soittamista
8. Keskittyminen soittoon
9. Asiakkaan ehdotukset, valinnat ja tilanteen ohjaaminen
10. Soiton keskeytyminen, katkonaisuus, etenemättömyys
11. Verbaalinen vuorovaikutus soiton lomassa
12. Terapeutin ehdotukset, alkuun auttaminen
13. Kehon kieli, kasvojen ilmeet
14. Puhumisen niukkuus, hiljaisuus
15. Hymyileminen, nauraminen ja iloitseminen
16. Keskustelu laulujen sisällöistä
17. Asiakas arvioi terapeuttia
18. Asiakkaan valitsevat soittokappaleet

Asiakas aloittaa soittamalla – alaluokkaan sisältyy ilmauksia, jotka kuvaavat asiakkaan spontaania soittamista silloin, kun terapeutti ei ole vielä ehtinyt mukaan soittoon. Asiakas on siirtynyt pianon taakse ja aloittanut itse jo soiton valitsemastaan nuotista tai aiemmin yhdessä valitusta nuotista. Ilmauksia on yhteensä 11 kpl.

”A alkaa soittaa pianoa kun järjestelen tavaroita”

”Olen monistamassa ja A soittaa pianoa”

”A alkaa itse tapailla siitä kohdasta”

”A hakee paperin ja alkaa soittaa”

Asiakkaan kehuminen, rohkaisu, kannustus – alaluokkaan kuuluvat ilmaukset, jotka kertovat terapeutin sanallisesta kannustamisesta liittyen asiakkaan soittoon, osaamiseen ja yrittämiseen. Ilmaukset tulivat terapeutilta spontaanisti ja aidosti. Asiakas vastasi yleensä hymyllä tai naurulla niihin tai kertoen jotain lisää aiheesta. Näitä ilmauksia on yhteensä 32 kpl.

”Kyllä se sieltä lähtee”

”Sullahan on loistava ääni”

”Kannustan asiakasta valitsemaan”

”Pysyt hienosti mukana, voidaan soittaa mitä vaan”

”Olen kuunnellut sun tuomaa levyä, nää on ihania kappaleita”

”Ihan hyvin meni, vaikka sanot ettet oo tuhanteen vuoteen soittanut”

”Tosi hyvin menee, voi että on mahtavaa”

”Osasit oikeesti nää biisit”

”Sullahan on makeet uudet kengät”

”Sää varmaankin osaat laulaa tän”

”Onpa hienoo kun pääsit tulemaan silti”

Asiakkaan mukavuuden ja hyvinvoinnin huomioiminen – alaluokka käsittää ilmaukset jossa terapeutti huolehtii soittoasennosta, äänenvoimakkuudesta tai soiton esim. transponoinnista asiakkaan lauluäänelle sopivaksi. Huolehtimisen tarkoitus oli, että asiakkaan on mahdollisimman helppo lähteä soittoon mukaan sekä se, että terapiatilanne pyrittiin järjestämään asiakkaalle mielekkääksi. Terapia on asiakkaan tarpeita varten. Ilmauksia on yhteensä 14 kpl.

”Asiakas valittaa kuumuutta, avaan ikkunan”

”Etsimme sopivaa äänialaa, jotta asiakkaan on helpompi laulaa”

”Voin transponoida sulle justiin sopivaksi sen äänialan”

”Onko säestys niin, että sää pysyt mukana?”

” Soittele mulle jos on tiistain kans joku ongelma”

Yhdessä soittaminen – alaluokka käsittää ne ilmaukset jotka kuvaavat asiakkaan ja terapeutin yhtäaikaista musiikillista yhteistyötä eli joko soittamista tai laulamista. Näitä ilmauksia on yhteensä 41 kpl.

”Asiakas soittaa pianoa ja minä soitan bassoa ja laulan”

”Minulla on kitara, soitamme”

”Laulamme yhdessä”

”Soitamme yhdessä ja katsomme samasta nuotista”

”Alamme soittaa samaa kappaletta”

”Toisessa säkeistössä laulu kuuluu paremmin”

”Asiakas laulaa suhteellisen rohkeasti, soitan kitaraa”

”Yhdessä sujuu A – osan verran”

Tilan antaminen musiikillisessa ilmaisussa, asiakkaan soiton seuraaminen – alaluokka sisältää ne ilmaukset jotka kuvaavat sitä, että terapeutti antaa asiakkaalle tilaa ja mahdollisuuksia johtaa soittoa, olla dominoiva ja kuuluva. Terapeutti myös seuraa asiakasta omalla soitollaan, tukien taustalla. Tähän alaluokkaan sisältyvät myös ne ilmaukset jotka kuvaavat sitä, miten asiakkaan tuomat levyt ja nuotit määrittävät istunnoilla soitettavan musiikin. Ilmauksia on 13 kpl.

”Kuunnellaan asiakkaan levyä, jotta oppisin paremmin”

”Olen monistanut asiakkaan tuomia nuotteja”

”Terapeutti seuraa ja kuuntelee, on asiakkaan musiikkia varten”

”Lupaan kuunnella asiakkaan tuoman levyn”

”Transponoidaan asiakkaan äänelle sopivaksi”

”Annan asiakkaalle tilaa soitossa”

”Piano on isossa dominoivassa osassa (asiakas soittaa)”

”Haen asiakkaalle sopivaa korkeutta”

Yhdessä opettelu, soiton säätäminen ja toisen ohjaaminen – alaluokkaan kuuluvat ne ilmaukset jotka kuvaavat sitä kuinka terapeutti ja asiakas hakevat ennen soittoa, soittamisen välissä tai soittaessaan yhteistä rakennetta ja kaavaa musiikissa sekä pyrkivät ohjaamaan soittoa mahdollisimman paljon yhteiseen ja yhtenäiseen suuntaan. Ilmauksia tämän alaluokan alla on 46 kpl.

”Selvittelemme yhdessä rakennetta”
”Molemmat hakevat yhteistä rakennetta ja kaavaa”
” Asiakas kysyy, miten säädetään”
”Asiakas luettelee sointuja, minä kirjoitan”
”Sovimme nopeasti miten jatkamme kun löydämme oikean kohdan”
”Puhumme biisin rakenteesta”
”Haemme yhdessä Bm7, koska en löydä sitä kitarasta yksin”
”Onks tässä Em?”
”Otetaanpa se, transponoi tätä”
”Tutkimme biisin rakennetta ja tempoa”
”Skipataanko tämä?”
”Haemme yhdessä oikeaa tempoa”

Kaunista ja sujuvaa soittamista – alaluokassa ovat ne ilmaukset mitkä kertovat soiton tavoitteellisesta onnistumisesta. Alaluokan ilmaukset kuvaavat sitä, miten soitto ja yhteistyö toimivat hyvin yhteen. Nämä ilmaukset kertovat siitä, että asiakas ja terapeutti onnistuvat yhteissoitossaan ja pääsevät tavoittelemalleen alueelle soiton yhteensovittamisessa. Myös kappaleiden alusta loppuun soittaminen ja valmiiksi saattaminen sekä sujuva siirtyminen seuraavaan kappaleeseen kuvataan näissä ilmauksissa. Ilmauksia on yhteensä 28 kpl.

”Soitto kuulostaa kauniilta”
”Kauan aikaa hyvää ja sujuvaa soittamista yhdessä”
”Tilanne sujuu vaivatta”
”Kertosäe menee hienosti”
”Hyvä yhteistyö, soitto sujuu alusta loppuun”
”Ei laula täysin nuotista vaan hienosti värittää”
”Biisi kulkee kohtuudella, soitamme sen läpi”
”Leppoisa, hyväntuulinen tunnelma”
” Kaunis ja herkkä kokonaisuus”

Keskittyminen soittoon – alaluokan alla ovat ne ilmaukset jotka erityisesti kuvaavat terapeutin huomioita asiakkaan tarkkaa keskittymisestä soittoon. Näitä ilmauksia on vähän, vain 12 kpl.

”Asiakas on hyvin keskittynyt soittoon”
”Asiakas katsoo tarkasti lappuihin”
”Katsoo tarkasti, läheltä nuotteja”
”Molemmat tuijottavat tarkasti nuottipapereitaan”
”Asiakas puree purkkaa ja keskittyy”

Asiakkaan ehdotukset, valinnat ja tilanteen ohjaaminen – alaluokka muodostuu ilmaisuista jossa asiakas selkeästi ohjaa istunnon kulkua, valitsee soitettavan kappaleen ja johtaa tilannetta. Ilmauksia on yhteensä 24 kpl.

”Asiakas valitsee kappaleen ja määrittelee temmon”
”Asiakas ehdottaa ja valitsee biisin”
”Asiakas on käynyt kirjastossa ja monistanut meille uusia nuotteja”
”Musiikki tulee asiakkaalta”
”A: Miten olis tällainen ihana instrumentaalibiisi”
”A: Onko sulla Angels?”
”Kaikki kappaleet joita soitamme ovat asiakkaan tuomia”
”A: Otetaanko ”No Regrets”?”
”Asiakas johtaa, tulen mukana”
”A: Täältä löyty Eternity”

Soiton keskeytyminen, katkonaisuus, etenemättömyys – alaluokka koostuu ilmauksista jotka kuvaavat sitä, että aloitettu yhteinen musiikkikappale ei pääse kunnolla alkuun, keskeytyy tai etenee katkonaisesti. Näitä ilmauksia on yhteensä 32 kpl.

”Biisi karkaa molemmilta”
”En löydä enää toista säkeistöä”
”Yhteissoitto on säätämistä ja harjoittelemista”
”Alkaa soittaa, tulee virhe, pysähtyy”
”Apua, aloitetaan alusta”
”Soittoni on haparoivaa sähkökitaralla”
”Musiikissa on vaikeuksia, mutta jatkamme aina eteenpäin”
”Alkaa soittaa, sitten tökkää”

”Laulu kuuluu huonosti”

”Menemme rakenteessa sekaisin”

Verbaalinen vuorovaikutus soiton lomassa – alaluokkaan sisältyvät sellaiset ilmaukset jotka kuvaavat puhuttua kieltä soittokappaleiden välissä tai niitä ennen. Ilmauksia on yhteensä 35 kpl.

”Hirveen helppoja nää Robbie Williamsin biisit, samoja sointuja”

”Asiakas kertoo, että on hakenut kouluun”

”Asiakas kertoo pelkäävänsä lentämistä”

”Meillehän sopis tähän tunnelmaan Hello”

”Mielettömän vaikeet soinnut tässä lopussa”

”Melankolisia nää kappaleet”

”Voit tuoda vaikka sen Corrsin levyn ens kerralla”

”Mitä sää soitat siellä koululla?”

”En mä o laulanut, mut voisin mä”

”Ihana biisi, tähänkö oot nyt samaistunut?”

”Mitä sää tuumasit, että et voinu keskittyä?”

”Mulla oli se ihminen mielessä”

Terapeutin ehdotukset, alkuun auttaminen – alaluokassa on ilmauksia jotka kertovat terapeutin asiakkaalle antamista ehdotuksista ja kehotuksista liittyen soittamisen aloittamiseen ja jatkamiseen. Ilmauksia löytyi aineistosta yhteensä 19 kpl.

”Ehdotan, että soitamme koko biisin alusta loppuun”

”Ehdotan ja asiakas alkaa heti soittaa”

”Ehdotan yhteistä laulua”

”Mää voisin soittaa tätä kitaraa, ota vaikka E (virittää)”

”Soitteleppa vaan niin mä lähen sun perään”

”Vaihdetaanko osia, saat tulla laulamaan?”

”Mun on pakko ehdottaa sulle....”

”Ehdotan asiakkaan tuomaa kappaletta jonka olen kuunnellut”

Kehon kieli, kasvojen ilmeet – alaluokassa ovat ne ilmaukset jotka kertovat asiakkaan kehon liikkeistä ja asennoista sekä ilmeistä soittamisen aikana. Nämä ilmeet ja eleet poimittiin videomateriaalista, koska ne poikkesivat asiakkaan tavanomaisesta olemisesta. Myös asiakkaan vireystilaa; rauhallisuutta tai levottomuutta kuvaavat ilmaukset on poimittu tähän. Ilmauksia on 15 kpl.

”Kun asiakas soittaa väärin, hän irvistää”

”Asiakas puistelee päätään kun ei löydä”

”Taputtaa käsiä polviinsa ja heiluttelee jalkojaan”

”Vaikuttaa väsyneeltä”

”Tulee vaikeampi kohta, vääntelelee suuta ja kurtistaa kulmiaan”

”Näyttää läikähtyneen ilmeen ja naurahtaa”

”Istuu melko rauhallisesti”

Puhumisen niukkuus, hiljaisuus – alaluokka sisältää vain muutaman (5 kpl) ilmaisun.

”Vähän puhetta”

”Vähäistä keskustelua”

”Juttelen asiakkaalle joka näyttää kuuntelevan, muttei vastaa”

Hymyileminen, nauraminen ja iloitseminen – alaluokkaan sisältyvät ne ilmaisut, jotka kuvaavat musiikillisen tekemisen väleissä tapahtuvia tekemisestä kumpuavia ilon ja riemun ilmauksia. Näitä ilmaisuja on yhteensä 14 kpl.

”Nauramme yhdessä”

”Asiakas hymyilee ja nauraa”

”Alkaa nauraa, kun tulee väärä sointu”

”Soitto tökkää, nauramme yhdessä”

”Asiakas hymyilee”

Keskustelu laulujen sisällöistä – alaluokkaan kuuluvat ne ilmaisut jotka kuvaavat asiakkaan ja terapeutin lauluihin kohdistuvaa kiinnostusta. Kiinnostus kohdistui

joko tekstiin tai melodiaan sekä laulujen soittamisen helppouteen tai vaikeuteen.
Näitä ilmauksia on yhteensä 6 kpl.

”Kappaleessa on koskettavat sanat”
”Mitä tässä biisissä oikein kerrotaan?”
”Haastava biisi, nopea”
”Asiakas plaraa lappuja”
”Nää biisit on mukavan haasteellisia”

Asiakas arvioi terapeuttia – alaluokkaan kuuluu vain kaksi ilmausta.

”Sää oot varmaan parempi pianisti ku mä”
”Olis kiva kuulla kun sää soitat pianoa”

Asiakkaan valitsemat soittokappaleet – alaluokka sisältää soitettujen kappaleiden nimet. Videoiduilla istunnoilla soitettiin 21:a eri kappaletta. Tutkimuksessa ei analysoitu kappaleita. Seuraavassa kappaleiden nimet ja esimerkkiesittäjät:

1. You see the trouble in me
2. Let me entertain you
3. Angels
4. She’s the one
5. Eternity
6. No regrets
7. Feel
8. Road to Mandalay
(Robbie Williams)
9. Swallowed in the sea
10. What if
11. Speed of sound
12. Fix you
13. X&Y
(Coldplay)
14. Do you remember (Phil Collins)
15. Can you feel the love tonight (Elton John)
16. Kiss from the Rose (Seal)
17. Irish (Goo Goo Dolls)
18. Incomplete (Backstreet Boys)
19. What a wonderful world (Louis Armstrong)
20. Hän (J. Karjalainen)
21. Instrumental song (Corrs)

8.8 Yläluokkien muodostaminen

Alaluokat, jotka olivat samankaltaisia, kerättiin yhteen ja niistä muodostettiin yläluokkia, joita ilmeni yhteensä neljä:

1. Musiikillinen, yhteinen vuorovaikutus
2. Asiakkaan itsetunnon ja itsearvostuksen vahvistaminen
3. Musiikin yhteyteen nivoutuva sanallinen vuorovaikutus
4. Kehollinen ilmaisu

Seuraavissa taulukoissa on esitetty kooste tästä jaottelusta:

8.8.1 Musiikillinen yhteinen vuorovaikutus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Asiakas aloittaa soittamalla	Musiikillinen yhteinen vuorovaikutus
Yhdessä soittaminen	
Keskittyminen soittoon	
Yhdessä opettelu, soiton säätäminen ja toisen ohjaaminen	
Kaunista ja sujuvaa soittamista	
Soiton keskeytyminen, katkonaisuus, etenemättömyys	

8.8.2 Asiakkaan itsetunnon ja itsearvostuksen vahvistaminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Asiakkaan kehuminen, rohkaisu, kannustus	Asiakkaan itsetunnon ja itsearvostuksen vahvistaminen
Asiakkaan mukavuuden ja hyvinvoinnin huomioiminen	
Tilan antaminen musiikillisessa ilmaisussa, asiakkaan soiton seuraaminen	
Asiakkaan ehdotukset, valinnat ja tilanteen ohjaaminen	
Asiakkaan valitsemat soittokappaleet	
Terapeutin ehdotukset, alkuun auttaminen	

8.8.3 Musiikin yhteyteen nivoutuva sanallinen vuorovaikutus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Verbaalinen vuorovaikutus soiton lomassa	Musiikin yhteyteen nivoutuva sanallinen vuorovaikutus
Keskustelu laulujen sisällöistä	
Asiakas arvioi terapeuttia	

8.8.4 Kehollinen ilmaisu

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kehon kieli, kasvojen ilmeet	Kehollinen ilmaisu
Puhumisen niukkuus, hiljaisuus	
Hymyileminen, nauraminen ja iloitseminen	

9 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksen päämääränä on reflektoida musiikillisen vuorovaikutuksen tuottamasta aineistosta nousseita neljää käsitettä (jaottelu) kahden käypä hoito -suosituksissa todettujen hoitomallien periaatteisiin. Nämä hoitomallit ovat:

- Objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli
- Dialektinen käyttäytymisterapia

Pyrin hakemaan pohdinnassani ensin samankaltaisuuksia analysoimastani aineistosta ja hoitomalleista.

Musiikillinen yhteinen vuorovaikutus

Tutkimusaineisto osoittaa että musiikillisen jakamiseen liittyy paljon sellaista vuorovaikutusta jossa ei käytetä puhuttua kieltä. Dialogi ilman sanoja merkitsee kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta, jossa molemmat ovat vastavuoroisesti mukana, mutta sanoja ei tarvita. Vuorovaikutus on jakamista, eli vastaanottamista ja antamista. Jakamisen myötä henkilöille muodostuu kahden ihmisen välinen, sisäinen mielenmaisema. Objektisuhdeteorian mukaan ihmisen persoona kehittyy siten, että ihminen arvioi toisen mielenmaiseman sopivuutta omaansa ja tulkitsee käyttäytymistä sen mukaan, millaisia mielentiloja hän arvelee toisen ihmisen reagointitapojen takana olevan. (Stern 1992, 89.) Koska objektisuhdeteoria korostaa, että ihminen rakentaa vuorovaikutussuhteissaan mielikuvakokonaisuuden sisäisestä itsestään ja ulkoisesta maailmasta, jakamisella on perustava merkitys persoonan kehityksessä. Valmis lopputulos tekee luovasta työskentelystä konkreettisemmän ja jaettavan, mutta siihen pyrkiminen ja sen vaatima työ yhdistää ihmisiä paljon enemmän kuin pelkän lopputuloksen jakaminen. Ennen lopputulosta on vaadittu luovuutta, yhteistyötä, kykyjä ja jakamisen eri vaiheita. Musiikissa luovuutta ei voi säilöä, vaan se tapahtuu tässä ja nyt, eikä se koskaan toistu samanlaisena. (Tervo 2003, 359.)

Musiikillinen vuorovaikutus luo sillan kahden ihmisen välille. Ääni tavoittaa kaksi ihmistä ja luo yhteyden erilaisiin kertomuksiin ja kokemuksiin konkreettisella, korviin kuultavalla tavalla. Tällainen äänellinen silta itsessään on objekti, joka voi vahvistaa ja tuoda merkityksiä terapiasuhteeseen sekä auttaa pääsemään kiinni yksilön sisäiseen maailmaan ja kokemuksiin. Se voi luoda mahdollisuuden

intensiivisempään jakamiseen syventämällä empatiaa, hyväksyntää sekä ymmärrystä kahden ihmisen välillä. (Eschen 2002, 107–108.) Objektisuhdeteorian mukainen hoito korostaa turvallisten ja empaattisten olosuhteiden luomista kehittyvälle persoonallisuudelle.

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä ihminen on hauras ja haavoittuvainen. Objektisuhdeteorian mallissa epävakaan persoonallisuuden omaavalle henkilölle on muodostunut kaksi minää: kaaosminä ja kehityskykyinen minä. Kehityskykyisen minän kanssa tulee liittoutua ja sitä tulee vahvistaa. (Tähkä 2006, 22.) Musiikki voi tarjota konkreettisesti pehmeän, hoivaavan ja rauhoittavan tilan asiakkaalle joka tarvitsee todellista ja välitöntä vastakaikua toiselta ihmiseltä. Ihmisen voi olla mahdoton tai vaikea sanoa tai ilmaista asioita sanoin ja silloin musiikillinen ilmaisu voi puhua hänen puolestaan. Ihminen on myös musiikin avulla mahdollista olla aktiivinen toimija, itsensä toteuttaja ja ilmaisija ilman sanoja.

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä ihminen voi olla hyvinkin impulssiherkkä ja hänen on usein vaikeaa hallita tunteidensa purkauksia. Musiikki voi auttaa tuomaan etäisyyttä vaikeisiin tunteisiin. Musiikki mahdollistaa tunteiden käsittelyn symbolisen etäisyyden päästä. Musiikillisen ilmaisun sisällä tunteet voivat elää. Musiikki on täten tunteenomaisesti totta. Puhuttu kieli ei kykene samanlaiseen ilmiöön. Epävakaan persoonan kaaosminää voi olla helpompi hallita ja silloin on mahdollista luoda kehityskykyiselle minälle parempia kehitys- ja ilmenemismahdollisuuksia. (Tähkä 2006, 22.) Tilannetta parantaa se, jos terapiakohtaaminen voidaan luoda turvallisemmaksi ja pehmeämmäksi. Yhteinen musiikillinen vuorovaikutus voi antaa struktuuria itseilmaisuuksiin ja vahvistaa yksilön kykyä hallita impulsejaan sekä harjoitella kontrolloidumpaa ilmaisua. Näin ihminen kokee voivansa ilmaista itseään myös hyväksytyimmällä tavalla. Musiikki voi luoda tilan, jossa ihmisen on turvallista olla terapeutin kanssa yhdessä. Kun ihmistä uhkaa erillisyyden kestävä tunne, pelko ja turvattomuus, voi tutun musiikin soittaminen ja jakaminen rauhoittaa. Musiikin turvin ihmisellä on mahdollisuus suojautua ja säilyttää minuutensa eheänä.

Jos vielä palataan tämän pääluokan alaluokitteluun (jaottelu), sieltä löytyy osio: ”soiton keskeytyminen, katkonaisuus ja etenemättömyys”. Tähän alaluokkaan

sisältyi runsaasti ilmauksia siitä, että asiakas ja terapeutti eivät heti osanneet musiikkikappaletta tai soitto keskeytyi tuon tuostakin, oli vaikeaa ja kuulosti sekavalta. Tällaiset vaikeat tilanteet voisivat olla kovia takaiskuja itsetunnolle ja tuottaa ahdistusta. Ne voisivat olla asiakkaan kaaosminälle otollisia paikkoja tulla esiin ja estää kehitysminän pyrkimyksiä päästä tyydyttävään lopputulokseen. Arvelen, että musiikillisen vuorovaikutuksen tuoma turvallinen ja salliva ilmapiiri, samalle tasolle virittäytyminen ja yhteisiin päämääriin kannustaminen antoivat hyvän pohjan kehitysminän pyrkimyksille luoda uutta ja onnistua vaikeuksista huolimatta.

Dialektisen käyttäytymisterapiassa dialektiikka tarkoittaa väittelytaitoa. Väittelytaito tarkoittaa tapaa asettaa argumentteja ja vasta-argumentteja sekä niiden myötä oivaltaa uutta. Dialektisen ajattelutavan myötä henkilö näkee kokonaisuuksia jotka sisältävät ristiriitaisia puolia. Joku voi olla samanaikaisesti kaunis ja ruma tai iloinen ja surullinen jne. (Kåver ym. 2004, 80–81.) Epävakaan persoonallisuuden omaavalla henkilöllä on vaikeuksia nähdä tai hyväksyä samassa kohteessa eri puolia, siksi dialektiikka on olennaista. Tutkimusaineistosta ilmenee hyvin, että musiikilliseen vuorovaikutukseen sisältyi paljon ristiriitaisia tapahtumia liittyen musiikkikappaleiden harjoitteluun ja yhden terapiatunnin kokonaisuuteen. Saman musiikkikappaleen soittaminen saattoi olla kaoottista ja epärytmikästä ja oppimisen myötä se muuttui kauniiksi ja sujuvaksi kokonaisuudeksi. Saman terapiaistunnon sisällä soitto oli vaikeaa tai ei onnistunut ollenkaan ja taas toisaalta onnistumisia ja oppimista koettiin. Musiikki ja sen opetteleminen sisälsi siis usein monenlaisia ristiriitaisuuksia joita asiakkaan täytyi sietää muuttaakseen lopulta kappale mieleisekseen, eli onnistuneeksi kokonaisuudeksi.

Dialektisessä käyttäytymisterapiassa musiikkia voidaan käyttää tilanteissa, jossa asiakkaan on vaikea kestää terapiatilanteessa nousseita tunteitaan. Musiikkia voidaan tällöin esimerkiksi kuunnella yhdessä. Musiikki toimii dialektisessä käyttäytymisterapiassa ”jäähdytysmenetelmänä”. (Kåver ym. 2004, 112.) Musiikkiterapiassakin musiikki voi toimia vaikeista tunteista etäännyttäjänä, silloin jos terapiaistunto alkaa käydä asiakkaalle ylivoimaiseksi. Musiikkia on hyvä hyödyntää näinkin, jotta asiakas kykenee pitämään suhdettaan yllä terapeuttiin ja saapumaan sovituille istunnoille.

Asiakkaan itsetunnon ja itsearvostuksen vahvistaminen

Objektisuhdeteorian mukaan epävakaa persoonallisuuden kehittyminen on tapahtunut vääristyneiden kasvuolosuhteiden myötä. Ihmiselle on muodostunut kaoottinen-minä kehityskykyisen minän rinnalle. Persoonallisuuden kehitys ei etene terveeseen suuntaan lapsuudenkaan jälkeen, mikäli ihminen ei saa psykososiaalista ravintoa, eli tukea aidolle kehitysminälleen. (Tähkä 2006, 14.)

Musiikillinen vuorovaikutus yhteissoiton menetelmänä toi mahdollisuuksia itsetunnon kehittymiselle ja persoonan rakentumiselle terveeseen suuntaan. Tutkimusaineistosta selviää, miten terapeutin oli mahdollista aidosti kannustaa, kehua ja rohkaista asiakasta soitossa. Asiakas sai valita soitettavat kappaleet ja hän sai toimia esisoittajana. Hän sai täten musiikillisesti ohjata tilannetta. Asiakas onnistui tässä hyvin, sillä hän oli taitava soittaja. Musiikissa hänen vahva, luova ominaisuutensa voitiin valjastaa heti käyttöön. Asiakkaalle pyrittiin luomaan mahdollisimman hyvät edellytykset ilmasuun, mm. laulut sovitettiin juuri asiakkaan äänialalle. Asiakkaan tuomien kappaleiden nuotit monistettiin ja terapeutti perehtyi itselleen ennalta tuntemattomiin kappaleisiin yhdessä asiakkaan kanssa. Terapeutti myös ehdotti kappaleita, mikäli asiakkaalla oli vaikeaa valita ja hän pyysi apua. Asiakkaan soittoasento huomioitiin sekä äänentoistoa säädettiin niin, että soittaminen toistui sopivalla äänenvoimakkuudella ja musiikkia oli helppo tuottaa. Aineistosta käy ilmi, että terapeutin ja asiakkaan yhteistyö tuotti haluttua tulosta; kappaleet opittiin ja niistä koostui yhteinen harmoninen kokonaisuus.

Musiikillisen jakamisen myötä huolenpito asiakkaasta tapahtui hyvin luonnollisesti ja aidosti. Arvokasta ja huomioitavaa on myös se, että kaikki tapahtui tässä ja nyt-tilanteessa. Objektisuhdeteorian mukaan epävakaa persoonallisuudella on identiteetin häiriö ja voimakkaita hylätyksi tulemisen pelkoja. Epävakaa persoonallisuudella on taipumus jakaa sisäistä ja ulkoista maailmaansa kokonaan hyvään tai kokonaan pahaan. (Tähkä 2006, 12–13.) Potilaan oireet ilmentävät lapsuudessa koettuja traumoja ja puutteellisuuksia jotka aikanaan pysäyttivät terveen kehityksen. Musiikki voi toimia hyvänä objektina ja musiikillisen yhteistyön on mahdollista kehittää psykososiaalisia valmiuksia.

Objektisuhdeteorian mukainen hoito korostaa yhteistyötä kehityskykyisen minän kanssa jotta persoonallisuus kehittyisi terveellä tavalla vahvempaan suuntaan. (Tähkä 2006, 22.) Aitoon kiinnostukseen, välittämiseen ja säännölliseen yhteistyöhön pyrkivä terapeutti hakee kumppanikseen kehityskykyisen minän. Terapiaa varten tehty yhteinen sopimus luo struktuurin ja rajat yhteistyölle jonka lakeja molemmat osapuolet noudattavat. Kaaosminän pyrkimyksenä voi olla yhteistyön tuhoaminen, siksipä terapeutin on pidettävä rajat selkeinä ja huolehdittava niiden horjumattomuudesta.

Musiikillinen vuorovaikutus on pehmeä tapa kohdata. Tutkimusaineisto osoittaa, että musiikillisen ilmaisun sisällä asiakas voi ohjata, määrätä, olla avuton, kysyvä, iloita, surra, suuttua ja pettyä menettämättä kasvojaan. Musiikki asettaa rajat jonka puitteissa on mahdollisuus kohdata tunteitaan, mutta välttää kaaosminän murskaava vaikutus. Musiikilla voi tuhota tuhoamatta oikeasti, musiikilla voi lyödä lyömättä ketään. Objektisuhdeteorian mukaisessa hoidossa omahoitajasuhde on sen tapainen ankkurisuhde kuin äiti-lapsisuhde. Omahoitaja luo perusturvan potilaalle ja tarjoaa apuaan kokemusten työstämisessä ja persoonallisuuden kasvun uudelleen käynnistymisessä. (Tähkä 2006, 24–26.) Musiikkiterapiassa terapeuttisuhde on tällainen ankkurisuhde.

Dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) oppimisteoreettinen näkökulma korostaa ihmisen kykyä uudelleen oppimiseen. Oppiminen tuo muutoksia ihmisen tapaan ajatella, tuntea ja toimia. Positiivinen vahvistaminen ja palkitseminen ovat tehokkaimpia muutosmenetelmiä. Epävakaalle persoonallisuudelle on tyypillistä positiivisen vahvistamisen merkityksettömyys. Häiriölle on ominaista usko negatiiviseen vahvistamiseen. Tämän tutkimuksen aineistosta ilmeni, että terapeutti kehui usein asiakasta asiakkaan onnistuessa soitossaan ja laulussaan. Musiikillisen vuorovaikutuksen sisällä kehuminen oli spontaania ja ilmeni välittömästi tilanteessa jossa onnistuminen tapahtui. DKT:n mukaisessa hoidossa on olennaista kohdentaa huomio asiakkaan edistymiseen. Tehtävän haasteellisuudella ei ole merkitystä vaan sillä, että sen tekemisessä ja ratkaisemisessa on onnistuttu. Kaikessa oppimisessa ja harjoittelemisessa tärkeitä osatekijöitä ovat erityisesti itseluottamus ja onnistumisen kautta tuleva mielihyvä. (Kåver ym. 2004, 67, 70–71.)

Ongelmakäyttäytymiseen painottuvassa terapiaistunnossa asiakkaalta saattaa mennä rohkeus ja usko omiin mahdollisuuksiinsa. Terapeutin on tärkeää tuoda konkreettisesti esille huomioita asiakkaan edistymisestä ja hyvästä motivaatiosta. DKT, joka on kytköksissä kognitiiviseen teoriaan, korostaa kolmea kohtaa prosessissa, nämä ovat: havainnoiminen, tiedon käsittely ja uuden tiedon käyttötapa. (Kåver ym. 2004, 77.) Tutkimus osoittaa, että musiikkia luodessaan asiakas voi käydä läpi nämä kolme kohtaa. Musiikillisen yhteistyön kautta asiakas saa myös korviin kuultavan informaation onnistumisestaan. Valmiiksi harjoiteltu yhteinen musiikkikappale antaa asiakkaalle positiivisen kokemuksen hänen omista mahdollisuuksistaan sekä kertoo oppimiskyvystä olennaisella tavalla.

Musiikin yhteyteen nivoutuva sanallinen vuorovaikutus

Tutkimusaineisto toi esille sen, kuinka musiikilliseen vuorovaikutukseen sisältyi puhuttua kieltä. Laulujen melodiat, sanat, terapeutin olemus soiton aikana sekä asiakkaan kokemukset musisoinnin aikana puettiin soittokappaleiden välillä sanoiksi.

Musiikin soittaminen, rentoutuminen musiikin avulla ja musiikkikappaleiden lyriikasta keskusteleminen ja musiikin säveltäminen voivat lisätä kykyä sanalliseen kommunikaatioon. Musiikillisella yhteistyöllä lisätään taitoja (mm. uuden oppiminen, impulssien hallinta, eri vuorovaikutusroolien harjoittelu) joita epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä tarvitsee myös terapian ulkopuolella, arkipäivän elämässä muiden ihmisten kanssa. Terapiassa on keskeistä auttaa potilasta ottamaan haltuunsa aidot tunteensa, ajatuksensa ja tahtonsa, eli oman identiteettinsä. Emotionaaliset reaktiot joita ihminen musiikista saa, ovat usein yhteydessä ihmisen muistoihin, assosiaatioihin ja menneisiin kokemuksiin. Musiikkia soitettaessa ihminen voi saada yhteyden itseensä ja omiin tunteisiinsa. Puhuminen saattaa olla helpompaa musiikillisen vuorovaikutuksen jälkeen. Tutkimus osoitti, että se, mitä musiikissa koettiin, voidaan pukea sanoiksi ja jakaa myös siten. Objektisuhdeteorian mukaisen hoidon terapiateknisistä periaatteista tärkein on empaattinen kuvaus, joka antaa sanat potilaan tunteille ja ajatuksille. (Tähkä 2006, 27–28.) Musiikin kautta asiakas ja terapeutti voivat löytää sanoja asiakkaan tunteille. Empaattisen kuvauksen mahdollisuus todentuu kun asiakas puhuu aidosti kokemuksistaan ja tunteistaan terapeutille.

Koska tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistui musiikilliseen vuorovaikutukseen, on verbaalisuuden osuus kommunikaatiosta melko vähäistä. Musiikillinen jakaminen ja sen kautta yhdessäolo voivat helpottaa sanallista ulostuontia. Tutkimusasiakkaan terapiassa tämä ilmiö tuli näkyväksi terapian keskusteluun painottuvilla istunnoilla.

Kehollinen ilmaisu

Musiikin soittaminen ja laulaminen ovat aktiivisia kehollisia toimintoja. Aineistosta selvisi, että monimuotoinen kehollinen olemus on selkeästi havaittavissa soittotapahtumassa. Ihminen joutuu hengittämään hallitummin ja voimakkaammin laulaessaan kuin puhuessaan. Ihminen joutuu soittaessaan käyttämään kehoaan kokonaisvaltaisemmin kuin pelkästään istuessaan. Musiikin kokeminen ja tekeminen aiheuttaa ulospäin näkyvää liikehdintää ja tunneilmaisuja.

Soittimen soittaminen on multisensorinen kokemus, sillä se aktivoi useita aisteja samanaikaisesti. Soittaja voi tuntea soittimen muodon ja saada kinesteettistä palautetta motorisista liikkeistään. Soittaja kuuntelee aikaansaamiaan ääniä ja katselee toista soittajaa. Soittaja säätelee kehollaan soittimen äänenvoimaakuutta, soittaen voimakkaasti halutessaan lisätä volyyymia ja toisinpäin. Soittaja on sekä mielensä, että kehonsa kautta mukana musiikillisessa prosessissa. Soittamisen kautta oman kehon tuntemus lisääntyy ja tämä vaikuttaa suoraan itsetietoisuuden kasvuun. Kehonkuva on minäkuvan perusta. Positiivinen kehonkuva lisää positiivisen minäkuvan kasvua. (Ahonen-Eerikäinen 1999, 41–42.)

Kehollinen ilmaisu -yläluokan alla on alaluokka; hymyileminen, nauraminen ja iloitseminen. Tämän alaluokan alle sijoittuu useita aineistosta poimittuja ilmauksia, mitkä viittaavat musiikillisen yhteistyön kautta tulleeseen positiiviseen vasteeseen. Aineisto kertoo, että spontaani tunteiden ilmaisu, joka näkyy kehon kielessä, on jaettuna asiakkaan ja terapeutin välillä; ”*asiakas hymyilee ja nauraa, asiakas ja terapeutti nauravat yhdessä*”. Dialektisessä käyttäytymisterapiassa oppiminen on yksi tärkeistä kulmakivistä. Kaikessa oppimisessa ja harjoittelemisessa tärkeitä osatekijöitä ovat erityisesti itseluottamus ja onnistumisen kautta tuleva mielihyvä. Kaikissa tilanteissa, joissa pyritään oppimiseen, kannattaa käyttää positiivista vahvistamista. Kannustaminen lisää positiivista ja rentoa suhtautumista ja luo edellytyksiä ymmärtää paremmin ja muistaa opitut asiat. (Kåver ym. 2004, 72.)

Tämän tutkimuksen aineisto tuo esiin hyvin sen, kuinka kehollisessa ilmaisussa näkyvät selkeästi ilo ja hauskuus. Aineisto osoittaa että musiikillinen yhteistyö synnytti iloa asiakkaan ja terapeutin välille. Ilo on yhteydessä mielihyvään. Useimmilla epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä hyvä suhde terapeuttiin on hoidon tehokkaimpia tekijöitä. Yhdessä iloitseminen kielii hyvästä tunnelmasta, vapautuneisuudesta ja mielihyvästä.

Kehollinen ilmaisu – yläluokan alle mahtuu myös sellainen kehonkieli, joka nousee väärinsoittamisesta, osaamattomuudesta ja siitä että asiakas ei ole selvillä minkälainen rakenne musiikkikappaleessa on. Kehon kielessä on nähtävissä käsien levittelyä, kulmien kurtistelua ja levottomuutta. Kehollinen ilmaisu osoittaa että yhteissoittaminen on kehollista toimintaa joka tuo eläväisyyttä, liikettä, ilmeitä ja eleitä terapiaistuntoon. Tutkimuksessa selvisi, että asiakas ja terapeutti jakoivat eleitä ja ilmeitä. Daniel Sternin objektisuhdeteorian mukaan lapsi alkaa jo varhain tiedostaa sen, että hän voi jakaa oman mielenmaisemansa toisen henkilön kanssa. Ennen puhetta tämä tapahtuu kehon kielellä, ilmein ja elein. Kun tämän sisäisen maailman tekee näkyväksi toiselle jakamisen kautta, muodostuu kahden ihmisen välinen, yhteinen, intersubjektiivinen mielenmaisema. Mielenmaisemien yhteensovittaminen ja yhteyden löytyminen ovat tärkeitä kokemuksia persoonan eheytyksen kannalta. (Stern 1992, 89.)

10 POHDINTA

Musiikkiterapiassa yhteissoitto on hyvin yleisesti käytetty menetelmä, jota tietoni mukaan lähes kaikki musiikkiterapeutit käyttävät eri tapoja varioiden. En ole löytänyt tietoa siitä, käytetäänkö muissa terapiamuodoissa yhteissoittamista näin tyypillisenä lähestymistapana. Ajattelen, että yhdessä soittaminen ja sen erityiset mahdollisuudet ovat juuri musiikkiterapiaan ominaisesti kuuluva menetelmä, ja jonka periaatteita ja terapeutista sisältöä koulutetut musiikkiterapeutit ymmärtävät. Halusin tällä tutkimuksella selvittää, miten yhteissoitto musiikkiterapian menetelmänä soveltui tämän tutkimuksen tutkimusasiakkaan hoitomuodoksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella voi havaita, että musiikillisen vuorovaikutuksen käyttö toi huomattavia lisämahdollisuuksia terapiaistuntoihin. Menetelmänä oli istunnoissa myös keskustelu, ja asiakas hyötyi musiikin ja puhutun kielen yhdistämisestä. Asioita voitiin käsitellä asiakkaan tarpeen ja kulloistenkin valmiuksien mukaan musiikillisesti tai verbaalisesti. Asiakas ei ollut kyennyt aikaisemmissa terapioissaan käsittelemään asioitaan, mutta verbaalinen käsittely mahdollistui musiikin kautta. Musiikin luoma yhteys vahvisti terapeutin ja asiakkaan työskentelyä, eikä asiakkaan tarvinnut jättää terapiaa kesken vaikeiden tunteiden tullessa terapiaan.

Aineiston analyysissä tuotettujen tulosten ja kahden hoitomallin reflektointi oli haastavaa. Hain yhdestä musiikkiterapian menetelmästä (yhteissoitto) saaduista kokemuksista yhtymäkohtia kahteen epävakaaan persoonallisuuden hoidossa suositeltuun hoitomalliin. Musiikkiterapian, dialektisen käyttäytymisterapian ja objektisuhdeteoriaan perustuvan hoitomallin vertailulla ei haettu toinen toisensa paremmuutta. Pohdin läpi tämän tutkimusprosessin ”terapeuttisia kytkentöjä” eli musiikin käytön sisällä tapahtuvia terapeuttisia ilmiöitä ja niiden samankaltaisuuksia kahden hoitomallin pyrkimysten kanssa. Tällaisten yhtymäkohtien avulla voi osaltaan perustella miksi musiikkiterapia osoittautui olevan toimiva terapiamuoto epävakaaan persoonallisuuden hoidossa tämän tutkimuksen tutkimusasiakkaan kohdalla. Tunnen musiikkiterapeutina kliinistä-teoreettista kiinnostusta dialektista käyttäytymisterapiaa ja objektisuhdeterapiaan perustuvaa hoitomallia kohtaan. Olen

tässä tutkimuksessani tuonut esille molemmista hoitomalleista näkökulmia, jotka toivon mukaan mahdollistavat tämän tutkimuksen tulosten laajemman ymmärtämisen.

Tutkimus osoittaa, että musiikin yhteissoittaminen, eli asiakkaan ja terapeutin sanaton musiikillinen dialogi sisältää monia samankaltaisia terapeutteja ilmiöitä ja päämääriä kuin kahdessa reflektoidussa hoitomallissa on. Useita kytkeviä on siis löydettävissä. Musiikki on sanatonta kieltä, ja tutkimuksessa ilmeni, ettei sanoja ole aina välttämätöntä käyttää, jotta terapeutit päämäärät voisivat toteutua epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Tämän tutkimuksen tapausesimerkki osoitti, että musiikkiterapialla saavutettiin haluttuja tavoitteita ja asiakas antoi hyvää palautetta musiikin käytöstä.

Terapeutin allianssi on psykoterapian perusta. Hyvän allianssin on osoitettu vaikuttavan suotuisasti terapian päämäärien saavuttamiseen, oli terapiaväline mikä tahansa. Myös musiikkiterapiassa terapeutin allianssi on olennainen. Olisi mielenkiintoista tutkia, voiko musiikin käyttö vahvistaa allianssia kun sekä terapeutti, että asiakas ovat osaavia soittajia, kuten tämän tutkimuksen tapauksessa. Onkohan musiikilla mahdollisuus yhdistää kaksi soittajaa voimakkaammin kuin sanoilla? Vai onko sittenkin niin, että kyse ei olekaan osaamisesta ja taidoista, vaan musiikillisen vuorovaikutuksen mahdollistamasta emotionaalisesta yhteydestä?

Jaakko Seikkula (2007) tuo esille musiikkiterapialehden artikkelissa, että terapeutin tehtäväksi tulee luoda asiakasta vahvasti tukeva suhde. Terapeutin on annettava asiakkaalle toivoa ja rohkaista häntä tunteiden esiintuomiseen. Tällä tavoin terapeutti luo mahdollisuuksia asioiden käsittelyyn ja uudelleen oppimiseen. Terapeutin toimintaa ei kuvaa tietyn terapiasuuntauksen toimintaohjeiden tarkka noudattaminen, vaan luottamus omaan terapeutteja työkentelyynsä ja terapiavälineeseensä. (Seikkula, 2007, 35.)

Musiikki on musiikkiterapeutin työväline, jonka hän tuntee omakseen oman musikaalisuutensa, eli henkilökohtaisen suhteensa kautta. Taitava terapeutti luottaa välineeseensä ja sen mahdollisuuksiin. Hän tarjoaa näitä mahdollisuuksia asiakkaalleen päämääränään asiakkaan eheytyminen. Musiikin käyttö ei sulje pois

sanallista kommunikaatiota. Se ei peitä sanoja, vaan auttaa niitä tulemaan esiin. Musiikkiterapian hienous on siinä, että kommunikointi voi tapahtua sekä non-verbaalisesti, että verbaalisesti. Musiikkiterapian mahdollisuuksia epävakaan persoonallisuuden hoidossa olisi huomioitava enemmän mm. musiikkiterapiaresurssien lisäyksiä. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että julkiselle sektorille lisättäisiin koulutettuja musiikkiterapeutteja. Mielenterveystoimistoissa olisi hyvä olla useampia musiikkiterapeutteja moniammatillisten työryhmien jäseninä. Asiakkaille tulisi tarjota vaihtoehtoisia terapiamenetelmiä, sillä aina puhuttu kieli ei ole se, jolla asiakas kykenee kommunikoimaan. Epävakaan persoonallisuuden omaavia asiakkaita on paljon ja heille on usein vaikea löytää sopivaa hoitomuotoa. Musiikkiterapia voi antaa mahdollisuuksia heidän kohtaamiseensa toisella tavalla kuin keskusteluun perustuva yhteistyö.

Musiikkiterapiaan sisältyvä musiikillinen, ilman sanoja tapahtuva vuorovaikutus voi auttaa epävakaata persoonallisuutta sitoutumaan ja kestämaan terapiassa esiin nousevaa ahdistusta. Musiikin käyttö voi myös edesauttaa tunteiden hallintaa ja verbaalista asioiden käsittelyä. Asiakas voi sijoittaa tunteitaan sekä terapeuttiin, että musiikkiin. Koska musiikkiin on mahdollista sijoittaa symbolisesti paljon tunteita, on musiikki terapeutin työvälineenä erityisen huomionarvoinen, kun on kyse epävakaan persoonallisuuden auttamisprosessista. Epävakaan persoonallisuuden omaavan henkilön hoitaminen on emotionaalisesti raskasta kokeneellekin terapeutille. Se, että asioita pystytään käsittelemään musiikin keinoin, symbolisen etäisyyden päästä ja osa vaikeista tunteista kohdentuu musiikkiin, on terapeutille usein myös helpotus. Musiikkiin ei ole tarkoitus kätkeä mitään, eikä musiikin avulla ole tarkoitus karttaa vaikeita asioita ja tunteita. Musiikki antaa uudenlaisen kanavan tuoda niitä esiin ja muokata niitä sellaiseen muotoon, että niitä on helpompi kohdata, ottaa vastaan ja jakaa.

11 LÄHTEET

Aaltola J., Valli R. (toim.). (2007). Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva. WS Bookwell Oy.

Achte K., Alanen Y., Tienari P. (1990). Psykiatria 1. Juva. WSOY.

Ahonen-Eerikäinen H. (1998). ”Musiikillinen dialogi” ja muita musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. Joensuu. Joensuun yliopistopaino.

Ahonen Heidi (1993). Musiikki – sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. Helsinki: Finn Lectura.

Ahonen-Eerikäinen H. (1999). Samalle aaltopituudelle. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

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

Alasuutari P. (1999). Laadullinen tutkimus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Bruscia K. (1998). Defining Music Therapy. Second edition. Barcelona Publishers.

Duodecim. (7/2008). Lääketieteellinen aikakauskirja. Artikkelit: Epävaka persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. 124. vuosikerta.

Eschen J. Th. (2002). Analytical Music Therapy. London. Jessica Kingsley Publishers.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. (2007). Tutki ja kirjoita. Keuruu. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Horvath A.O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. Psychotherapy in practice, 56(2), 163-173.

Janhonen S., Nikkonen M. (toim.). (2003). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kåver A, Nilsonne Å. (2004). Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakkaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki. Edita Prima Oy.

Käypä Hoito. Potilasversiot. Terveyskirjasto. Duodecim. Internetissä sivulla:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=khp (7.8.2008).

Lehtonen K, Niemelä M. (1998). Edistävätkö iskelmät mielenterveyttä.? Pohdintaa kevyen musiikin eheyttävästä vaikutuksesta. *Psykologia*, 33 (3), 173–181.

Lehtonen Kimmo (toim.) (1989). Musiikki terveyden edistäjänä. Juva. WSOY.

Leiman M. (2006). Mikä psykoterapiassa vaikuttaa? Artikkel. Sivut 21–29. Julkaisussa: Psykoterapia. Konsensuskokous 16.–18.10.2006. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen Akatemia. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Linehan M. (1993). Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder. New York. The Guilford Press.

Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (1999). Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen J. (2006). Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä. Gummerus.

Peters J.S. (2000). Music Therapy. An introduction. Springfield. Charles C Thomas Publisher Ltd.

Pretzer J. (1999) Cognitive-behavioural approaches to the treatment of personality disorders in Perris C., McGorry P.D. (Edit.) Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice. Somerset. WILEY.

Salo O., Tuunainen K. (1996). Da Capo - alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Seikkula J. (2007). Psykoterapia tieteellisesti perusteltuna hoitomuotona ja ainutkertaisena kokemuksena. Artikkelit Musiikkiterapia-lehdessä. 22(2).2007. Sivut 29–37.

STAKES. (1998). Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.

Stern D.N. (1992). Maailma lapsen silmin. Mitä lapsi näkee, kokee ja tuntee. Juva. WSOY.

Stern D.N. (1985). The interpersonal world of the infant. A view from Psychoanalysis and developmental psychology. New York. Basic Books, Inc, Publishers.

Syrjäläinen E., Eronen A., Värri V-M. (toim.) (2007). Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Tervo J. (2004). Nuorten musiikkiterapian tutkimuksesta, hoitoon ohjaamisesta ja yhteistyön säilyttämisestä. Musiikkiterapia lehti nro 19(2). Jyväskylä. Suomen Musiikkiterapiayhdistys ry.

Tervo J. (2003). Teräskitarra. Musiikkiterapia nuoruusiässä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi J., Sarajärvi A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähkä J. (2006). Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito päiväsairaalassa. Raportti internetissä: <http://www.jormatahka.com/> 3.2.2008.

Tähkä V. (1993). Psykoterapian perusteet. Juva. WSOY.

Wampold B.E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. New Jersey. Lawrence Erlbaum associates inc. publishers.

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.

Wikipedia. DSM IV. Internetissä sivulla: <http://fi.wikipedia.org/wiki/DSM-IV> (9.2.2008).

Wikipedia. ICD. Internetissä sivulla: <http://fi.wikipedia.org/wiki/ICD>. (1.2.2008).

Wikipedia. Laadullinen tutkimus. Internetissä osoitteessa: http://fi.wikipedia.org/wiki/Laadullinen_tutkimus. (16.12.2008)