

Opinnäytetyö (AMK)

Musiikkipedagogi

Musiikkiterapeutti

2012

Marjo Nyberg

VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ

– äänenkäyttö rentoutumisen tukena
työikäisten aikuisten kivunhallinnassa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Musiikkipedagogi | Musiikkiterapeutti

Toukokuu 2012 | 61 s.

Ohjaaja Hanna Hakomäki

Marjo Nyberg

VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ – ÄÄNENKÄYTTÖ RENTOUTUMISEN TUKENA TYÖIKÄISTEN AIKUISTEN KIVUNHALLINNASSA

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tapaustutkimus, joka koostuu kahdesta toisiaan täydentävästä artikkelista ja niiden yhteenvedosta. Opinnäytetyössä tarkastelen aktiivisen musiikkiterapian mahdollisuuksia työikäisten aikuisten kivunhallinnassa (tuki- ja liikuntaelinten vaikeat kiputilat). Käytän tutkimusryhmän (6 henkilöä) kokemuksia ikään kuin ikkunana, josta katsoa musiikin ja kivun kokemisen maailmaa. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkijan otteeni mahdollistaa roolini sekä tutkijana että terapeuttina. Ensimmäisessä artikkelissa tutkin mm. kivun kokemusta sekä käyttämäni musiikkiterapiamenetelmää, luonnollista ja rentouttavaa äänenkäyttöä. Toisessa artikkelissa keskityn tutkimusryhmän kokemusten tarkasteluun. Tapaustutkimus toteutui musiikkiterapiaharjoitteluna, joka koostui kolmesta eri kuntoutusjaksosta (elokuu 2011 – maaliskuu 2012), jossa musiikkiterapia oli osana moniammatillista kuntoutusta. Musiikkiterapiaa oli yhteensä 16 tuntia (8 sessiota).

Musiikkiterapian menetelmä, luonnollinen ja rentouttava äänenkäyttö (vokaalien tuottaminen/kehoresonanssin kokeminen) sai myönteisen vastaanoton kivunhallintaryhmän parissa. Yhteinen äänen tuottaminen koettiin syvästi rentouttavana, mutta myös alitajuntaa aktivoivana. Merkittäväksi ilmiöksi musiikkiterapiaprosessissa nousi improvisaatio, joka syntyi itsestään ja etukäteen sopimatta 4. sessiossa, vaikuttaen voimaannuttavasti niin yksilö- kuin ryhmätasolla.

Musiikkiterapia tässä tutkimuksessa tuki yhteisiä moniammatillisen kuntoutuksen tavoitteita; kuntoutujan omien voimavarojen sekä itsehallintakeinojen löytämistä. Musiikkiterapiassa äänellä tuotetulla improvisaatiolla oli tärkeä osuus itsehallinnan ja voimaantumisen kokemuksessa; improvisaatio toimi luovana tilana, jossa ilmaistiin ja jaettiin omia tuntemuksia (vertaistuki), otettiin riskejä (aktiivinen asenne kipua kohtaan/itsehallinnan tunne) sekä koettiin vapautta ja luovaa leikkiä (mahdollisuuksien näkeminen).

ASIASANAT:

krooninen kipu, kivunhallinta, aktiivinen musiikkiterapia, rentouttava äänenkäyttö, kehoresonanssi, improvisaatio, voimaantuminen, moniammatillinen kuntoutus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Music Pedagogy | Music Therapist

May 2012 | 61 p.

Instructor Hanna Hakomäki

Marjo Nyberg

EMPOWERING VIBRATION – RELAXATION THROUGH THERAPEUTIC USE OF VOICE IN PAIN MANAGEMENT FOR ADULTS IN WORKING AGE

This thesis is a qualitative research, which consists of two articles. The first one includes a case study, theoretical part of the thesis and examines the experience of pain and therapeutic use of voice (vocal harmonics). The second article further explores the case study focusing on the experiences of test group (6 adults with difficult pain of the locomotor system). My phenomenology-hermeneutic approach enables my roles as both a researcher and a therapist. The case study derives from music therapy practice, which consists three rehabilitation periods, 16 hours in total (8 sessions). Music therapy was part of multidisciplinary rehabilitation.

The test group's response to the music therapy method of relaxing use of voice, was positive. Every member of the test group experienced the music therapy sessions as deeply relaxing as well as activating for the unconscious. Improvisation proved to be an essential phenomenon in music therapy process. The improvisation, which spontaneously arose in the fourth session was empowering on both individual and group level.

Music therapy supported rehabilitation plan. In my research the method of improvisation became the key to the realization of the effectiveness of therapeutic use of voice. Improvisation became a creative space in which risks could be taken and emotions could be freely expressed and shared. The active attitude and the experience of being in control gained from improvisation in sessions, were beneficial in coping with pain.

KEYWORDS:

chronic pain, pain management, active music therapy, relaxing use of voice, resonance of the body, improvisation, empowerment

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
ARTIKKELI I: VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ – ÄÄNENKÄYTTÖ RENTOUTUMISEN TUkena TYÖIKÄISTEN AIKUISTEN KIVUNHALLINNASSA	7
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSESTA	8
2.1 Taustaa tutkimukselle	8
2.2 Tutkimuskysymys, työskentelytavat ja –menetelmät	11
3 KIPU – SUBJEKTIIVINEN KOKEMUS	14
4 HOITAVA VÄRÄHTELY MUSIIKKITERAPIASSA	17
4.1 Luonnollinen äänenkäyttö – ääneen hengittämistä	17
4.2 Hengityksestä	19
4.3 Värähtelyn vaikutukset	21
5 KIVUNHALLINTARYHMÄN MUSIIKKITERAPIA	23
5.1 Tutkimusryhmän ja toimintaympäristön esittely	23
5.2 Musiikkiterapian rakenne ja tavoitteet kivunhallintaryhmän parissa	24
5.3 Kivunhallintaryhmän musiikkiterapian prosessikuvaus	25
6 LOPUKSI	29
LÄHTEET	29

ARTIKKELI II: VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ – ÄÄNEN AUTENTTISTA LIKETTÄ?	32
1 ALUKSI	32
2 FYYSISET TUNTEMUKSET – HAVAINTOJA ÄÄNEN VÄRÄHTELYSTÄ KEHOSSA	32
3 PSYYKKISET TUNTEMUKSET – MIELIKUVIA, AJATUKSIA JA TUNTEITA	35
4 IMPROVISAATIO – YHTEINEN MATKA, JOSSA ON TILAA JA VAPAUTTA HENGITTÄÄ	37
4.1 Flow, vapaus ja leikki	39
4.2 Voimaantumisen	41
4.3 ”Lena” ja laulun löytäminen	43
5 RENTOUTUMINEN SILTANA TODELLISEEN MINÄÄN JA TODELLISEEN SINÄÄN	45
5.1 Äänen autenttista liikettä?	47
6 TUTKIMUSTULOKSISTA – KIVUNHALLINTAA AKTIIVISELLA MUSIIKKITERAPIALLA	49
6.1 Äänenkäyttö rentouttaa ja aktivoi	49
6.2 Voimaannuttava improvisaatio	50
6.3 Musiikkiterapia tukee moniammatillisen kuntoutuksen yhteisiä tavoitteita	51
7 LOPUKSI	53
LÄHTEET	56
YHTEENVETO	58

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

KUVIOT

Kuvio 1. Voimaantumisen prosessi kivunhallintaryhmässä. 43

Kuvio 2. Improvisaation vaikutukset itsehallinnan ja voimaantumisen kokemukseen. 52

KÄYTETYT LYHENTEET

EEG	Electroencephalographic
fMRI	Functional magnetic resonance imaging
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome
IASP	International Association for study of pain
McGill	McGill Pain Questionnaire/McGill pain index
MEG	Magnetoencephalographic
VAS	Visual Analogue Scale

ARTIKKELI I:

VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ – ÄÄNENKÄYTTÖ RENTOUTUMISEN TUKENA TYÖIKÄISTEN AIKUISTEN KIVUNHALLINNASSA

1 JOHDANTO

Kun oma ääneni värähtelee kehossani, vaikka se värähtelisi heikostikin, se on kuitenkin minä ja minua. Se olen minä, joka värähtelen. – Reznikoff

Olin kesällä 2008 kuuntelemassa tai pikemminkin kokemassa Tampereen tuomiokirkossa ranskalaisen professorin, Légor Reznikoffin konserttia, joka oli vaikuttava elämys. Muistan ihmetelleeni kuinka ”yhdestä ihmisestä voi lähteä noin syvä ääni”. Ääni, joka sen lisäksi, että tavoitti minussa jotakin sanoittamatonta, värähteli voimakkaasti myös kehossani sekä ympäröivässä tilassa. Tuo konserttikokemus sysäsi minut pohtimaan ja kokeilemaan ihmisäänen mahdollisuuksia. Jotakin määrittelemätöntä ja syvää kätkeytyä ääneen. Äänellä voin saada yhteyden itseeni; ajatuksiin ja tunteisiin, mutta samalla voin aistia äänen liikkeen fyysisenä kokemuksena kehossani. Fyysinen kokemus tarjoaa konkretiaa, johon tarttua, se ikään kuin maadoittaa minut olemaan hetkessä – tässä ja nyt. Ääni on kuin kokonaisvaltaista matkantekoa itseen sekä samalla myös yhteyden luomista toisiin.

Musiikin tohtori, äänipedagogi Hilikka-Liisa Vuori (2005) ja psykoterapeutti, musiikkiterapeutti Marjaana Laitinen (2005) ovat tehneet Suomessa urauurtavaa työtä rentouttavan äänenkäytön mahdollisuuksista synnytyksessä ja raskauden aikana. Heidän kokemustensa mukaan moni nainen on saanut rentouttavasta äänenkäytöstä, synnytyslaulusta itselleen välineen, jolla kohdata kipua. (Vuori & Laitinen 2005.) Musiikin vaikutusta kivun kokemiseen on tutkittu viime vuosina paljon. Menetelminä tutkimuksissa on useasti käytetty musiikin kuuntelua. Tässä opinnäytetyössä tarkoitukseni on selvittää laadullisen

tutkimuksen menetelmin voisiko aktiivista musiikkiterapiaa ja tässä tapauksessa luonnollista, rentouttavaa äänenkäyttöä hyödyntää aikuisten kipupotilaiden (tuki- ja liikuntaelimestön vaikea kiputila) parissa. Opinnäytetyöni on siis laadullinen tapaustutkimus, jossa tutkijan näkökulmani on fenomenologis-hermeneuttinen.

Opinnäytetyöni koostuu kahdesta toisiaan täydentävästä artikkelista ja niiden yhteenvedosta. Ensimmäisessä artikkelissa esittelen tutkimuksen taustaa, käyttämäni tutkimus- sekä musiikkiterapiamenetelmää ja yhteistyötahoa, jossa tutkimus toteutui musiikkiterapiaharjoitteluna. Lisäksi esitän musiikkiterapian tavoitteet kivunhallintaryhmässä. Lopuksi avaan myös tutkimusryhmän musiikkiterapiaprosessia lyhyen kuvauksen verran. Toisessa artikkelissa keskityn tutkimuskysymyksen purkamiseen – kivunhallintaryhmän kokemuksiin luonnollisen, rentouttavan äänenkäytön parissa sekä tarkastelen myös musiikkiterapiaprosessin aikana esille nousseita ilmiöitä. Tutkimusryhmän jäsenet esiintyvät tässä opinnäytetyössä peitenimillä.

2 TUTKIMUKSESTA

Tarkoitukseni on tutkia luonnollisen äänenkäytön ja siihen liittyvän kehoresonanssin kokemista rentouttavana tekijänä kroonisesti sairastavien (tuki- ja liikuntaelimestön vaikeat kiputilat) työikäisten aikuisten kivunhallinnassa. Tutkimuksen tavoitteena on myös kartoittaa aktiivisen musiikkiterapian mahdollisuuksia ja tässä tapauksessa nimenomaan äänenkäytön sekä kehoresonanssin kokemista kroonistuneen kivun hoidossa, kuntoutujan henkilökohtaisen hyvinvoinnin tukemisessa.

2.1 Taustaa tutkimukselle

Musiikin vaikutusta kivun kokemiseen on tutkittu viime vuosina paljon. Vuonna 2006 julkaistussa Cochrane –katsauksessa on mukana 51 satunnaistetun, kontrolloidun tutkimuksen tulokset. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 3663

kipupotilasta. Tutkimuksissa todettiin musiikin lieventävän kipuja; musiikin käyttö vähensi morfiinijohdannaisten kipulääkkeiden tarvetta. Potilaiden, jotka kokivat kivun lieventyneen yli 50 prosenttia, määrä lisääntyi. Vaikka havainnot olivat myönteisiä, tutkimuksessa todettiin musiikin positiivisen vaikutuksen olevan pieni ja näin ollen musiikin käytön kliininen relevanssi jäi epäselväksi. (Cepeda, Carr, Lau & Alvarez 2006.)

Siedliecki ja Good (2006) tutkivat kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden parissa musiikin vaikutusta voiman tunteeseen, kivun kokemiseen, masennukseen ja toimintakykyyn. Tutkimus toteutettiin satunnaistettuna, kontrolloituna, kliinisenä tutkimuksena, johon osallistui iältään 21-65 –vuotiaita kipupotilaita, jotka jaettiin kolmeen eri koeryhmään. Ensimmäisessä koeryhmässä kipupotilaat kuuntelivat seitsemän päivän ajan tunnin verran päivässä tutkijan valitsemaa musiikkia, toisessa koeryhmässä potilaat itse valitsivat musiikin, jota kuuntelivat saman verran kuin ensimmäinen koeryhmä. Kolmas ryhmä oli kontrolliryhmä, jossa ei kuunneltu musiikkia lainkaan. Ryhmissä, joissa kuunneltiin musiikkia voiman tunne ja toimintakyky lisääntyivät sekä kipu ja masennus vähentyivät. Selkein vaikutus musiikin kuuntelulla oli voiman tunteeseen ja sitä kautta masennuksen tunteisiin. Tilastollisesti ero oli merkittävä suhteessa kontrolliryhmään, mutta musiikin kuunteluryhmien välillä ei ollut selkeää eroa. (Siedliecki & Good 2006.)

Musiikin kuuntelun vaikutusta kivun kokemiseen on tutkittu myös rentoutusmusiikkia ja potilaan mielimusiikkia käyttäen. Mitchell ja MacDonald (2006) selvittivät musiikin vaikutusta kivun kokemukseen ns. cold pressor – kokeen avulla, jossa koehenkilö laittoi kätensä jääkylmään veteen ja arvioi sen aiheuttaman kivun voimakkuutta sekä omaa kivunhallintaansa VAS-janaa käyttäen sekä kivun luonnetta, jota kartoitettiin McGill –kyselyllä. Tutkimuksessa todettiin oman mielimusiikin samanaikaisen kuuntelun lisäävän merkittävästi kivunsietokykyä. Koehenkilöistä vain naiset arvioivat kivun määrän merkittävästi vähemmäksi mielimusiikkia kuunnellessaan, mutta sekä miehet että naiset

kokivat merkittävää helpotusta kivun kokemuksessa mielimusiikkia kuunnellessaan. (Mitchell & MacDonald 2006; 2012, 233.)

Lukuisissa tutkimuksissa on käytetty nimenomaan musiikin kuuntelua ja tutkittu sen vaikutusta kivun subjektiiviseen kokemiseen (Cepeda ym. 2006; Siedliecki & Good 2006; Mitchell & MacDonald 2006; Mitchell & MacDonald 2012). Millainen vaikutus musiikilla kivun kokemiseen voisi olla, jos musiikkia koettaisiin aktiivisesti, musiikkia itse tuottaen? Kenny ja Faunce (2004) tutkivat kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden parissa ryhmässä laulamisen vaikutusta mielialaan ja kivunhallintaan. Aktiivisen musiikin kokemisen, tässä tapauksessa laulamisen todettiin vaikuttavan myönteisesti mielialan paranemiseen ja selviytymiskäyttäytymiseen. Laulaminen aktivoi myös fyysisiä toimintoja syventäen hengitystä. (Kenny & Faunce 2004.)

Suomessa aktiivisen musiikkiterapian käyttö somaattisten sairauksien hoidossa on kovin vähäistä. Jaana Lehikoinen esittelee pro gradu –tutkielmassaan aktiivisen musiikkiterapian työskentelymalleja, joita Louis Armstrong –musiikkiterapiaosasto (The Louis Armstrong Center for Music and Medicine) käyttää osana lääketieteellistä kokonaisuhoitoa New Yorkissa sijaitsevassa Beth Israel Medical Centerissä. Musiikkiterapiaa käytetään muun muassa kivun arvioinnissa ja kivunlievityksessä. Kivun arvioinnissa lähtökohtana on ymmärtää ja tuntea potilaan kivun luonne; missä kohtaa kehoa kipu tuntuu, millaisella voimakkuudella sekä millaisena värinä, rytminä ja lämpötilana kipu koetaan. Musiikkiterapeutin tekemässä kivun arvioinnissa keskustelun sekä kivun kuvallisen (potilas värittää kuvasta ne kehonosat, joissa kipua ilmenee) ja numeerisen arvioinnin lisäksi potilasta rohkaistaan myös ilmaisemaan improvisoiden kivun kokemusta joko itse soittaen tai ohjaten terapeuttia soittamalla kuvaamaan kehossa olevaa kipua. Kivun hoidossa käytetään aktiivisen musiikkiterapian menetelmänä muun muassa rummuttamista, joka vähentää kehon jännitystä antaen kanavan myös ahdistuksen purkamiselle ja itseilmaisulle sekä lisäten kivunhallinnan ja itsekontrollin tunnetta. Potilaan fyysinen aktivointi vähentää jännitystä, josta seuraa myös kipujen

lieventyminen. Kivun hoidossa käytetään myös gongin vibraatiota. Gongin ääni värähtelee voimakkaasti kehossa aktivoiden verenkiertoa, lisäten kehon energiaa ja lieventäen myös kipua. (Lehikoinen 2011.) Musiikilla voidaan siis lievittää kipua, stressiä ja masennuksen tunteita akuutissa ja kroonisessa kivussa (Bernatzky, Strickner, Presch, Wendtner & Kullich 2012, 257).

Yhteisiä tavoitteita musiikin mahdollisuuksille osana lääketieteellistä hoitoa tai kuntoutusta niin passiivisessa (musiikinkuuntelu) kuin aktiivisessa (musiikin tuottaminen) musiikkiterapiassa ovat seuraavat tekijät:

1. stressin ja ahdistuksen poistaminen
2. kivun lieventäminen
3. masennuksen ja avuttomuuden tunteiden ym. vähentäminen ja poistaminen
4. immuunitoiminnan tehostaminen

(Maranto 1993, 155-157.)

2.2 Tutkimuskysymys, työskentelytavat ja –menetelmät

Marannon (1993) mukaan syy siihen miksi aktiivista musiikkiterapiaa käytetään kuitenkin melko vähän kipupotilaiden parissa on se, että musiikkiterapian passiivinen menetelmä, musiikinkuuntelu on helppo toteuttaa, jos muuten on fyysisiä rajoitteita toimintakyvyssä (Maranto 1993, 157). Lähtökohtana tutkimukselleni onkin saada tietoa siitä, kuinka *aktiivinen musiikin kokeminen*, tässä tapauksessa luonnollinen, rentouttava äänenkäyttö koetaan kivunhallinnassa, kun kyseessä on tuki- ja liikuntaelimistön vaikea kiputila. Voisiko äänenkäytön ja siihen liittyvän kehoresonanssin kokeminen tuoda helpotusta ja mahdollisesti tarjota kipupotilaille itsehoitomenetelmän, jota hyödyntää ja joka mahdollisesti helpottaisi arjessa jaksamista?

Tutkimuskysymyksenäni on:

- Kuinka äänenkäyttö (vokaalien tuottaminen) koetaan kipupotilaiden parissa?

Tarkentavana kysymyksenä:

- Millaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia luonnollinen äänenkäyttö herättää (kehontuntemukset, mielikuvat, muistikuvat, ajatukset, tunteet)?

Kyseessä on laadullinen tapaustutkimus, jossa aineisto kerättiin musiikkiterapeutin opintoihini (Turun ammattikorkeakoulu) kuuluvan musiikkiterapiaharjoittelun aikana (elokuu 2011 – maaliskuu 2012) aikuisten työikäisten kivunhallintaryhmän parissa, jossa tarjoamani musiikkiterapia oli osana muuta moniammatillista kuntoutusohjelmaa. Laadullinen tapaustutkimus mahdollistaa nimenomaan kivunhallintaryhmäläisten kokemusten tarkastelun, sillä laadullisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään ihmisten tapaa ajatella, aistia, tuntea ja ymmärtää (Bruscia 1998, 258). Laadullisessa tutkimuksessa aikeena on siis saada käsitystä, tässä tapauksessa kivunhallintaryhmässä syntyvistä kokemuksista ja siitä millaisen kokonaisuuden ne muodostavat ja mitä ilmiöitä ryhmässä nousee mahdollisesti esille. Luonnollisestikaan laadullisen tutkimuksen tehtävänä ei ole antaa yleistettäviä vastauksia vaan jokaista tapausta pyritään ymmärtämään ainutlaatuisena, yksittäisenä kokonaisuutena. Laadullisen tutkimuksen tuntomerkkejä ovat myös tutkimuksen tapahtuminen siinä ympäristössä, jossa toiminta muutenkin tapahtuu sekä tutkijan suora yhteys aiheeseen toimimalla itse sekä osallistujana että observoijana. Tämä aktiivinen vuorovaikutus tarjoaa tutkijalle mahdollisuuden eläytyvästi ja empaattisesti ymmärtää aihepiiriä ja ilmiöitä sisäisestä näkökulmasta käsin. (Bruscia 1998, 258-260.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin äänittämällä musiikkiterapiaistunnot. Pyysin tutkimusluvut kirjallisesti ja henkilökohtaisesti jokaiselta asiakkaalta sekä kuntoutus-/yhteistyötaholta (Ks. liite 1). Litteroitavaa tutkimusaineistoa kertyi äänitetyistä kahdeksasta musiikkiterapiasessioista yhteensä 595 minuuttia. Tämän lisäksi aineistoon kuului myös tutkimuspäiväkirja, johon kirjoitin jokaisen musiikkiterapiasession jälkeen havaintojani myös omia tuntemuksiani reflektoiden. Koska toimin itse sekä terapeuttina että tutkijana, tutkijan otteeni on fenomenologis-hermeneuttinen. Näin ollen käytän tutkimuksessa kivunhallintaryhmän kokemuksia ikään kuin ikkunana, josta katsoa

kivunhallintaryhmän kokemisen maailmaa, samalla peilaten havaintojani omaan kokemukseeni. Fenomenologisessa lähestymistavassa tutkimuksessa sijaa saa kokijan, tässä tapauksessa asiakkaiden subjektiiviset kokemukset muun muassa ajatukset, tunteet, mielikuvat ja henkilökohtaiset merkityksen annot koetulle musiikille (Ahonen 2011; Ferrara 1984). Fenomenologiassa valmiin teoreettisen viitekehyksen sijaan keskitytään ilmiöihin ja niiden käsitteelliseen jäsentämiseen. Konkreettinen, eletty todellisuus on lähtökohtana kokemusten ja ilmiöiden tarkastelussa. (Miettinen, Pulkkinen & Taipale 2010, 10.)

Koska terapeutin työhön kuuluu olennaisesti empaattinen ymmärtäminen (Ahonen 2007, 14; Tuohimaa 2008, 104; Tähkä 1982, 173) on perusteltua, että tutkijan otteeni nojaa myös hermeneutiikkaan, jossa painotetaan inhimillistä ja eläytyvää ymmärrystä (Gadamer 2004, 129-130). Hermeneuttisessa lähestymistavassa tärkeää on avoin mieli ja vastaanottavaisuus, jotta ymmärtäminen on mahdollista. Hermeneuttinen ymmärtämisen kehä kuvaa merkitysten kokonaisuuden ymmärtämisen kulkua eli tutkija voi tarkastella tutkittavaa aihepiiriä omiin mahdollisiin etukäteisolettamuksiin sitä peilaten, kuitenkin erottamalla omat ennakkonäkemykset ennen tutkittavan aiheen ja omien etukäteisolettamusten vuoropuhelun alkua, jotta tutkittava aihe voi vastata ennakkonäkemyksiin omalla asioita koskevalla totuudellaan. (Gadamer 2004, 33-34.) Kokonaisuus tulee siis ymmärtää yksittäisestä ja yksittäinen kokonaisuudesta (Gadamer 2004, 29).

Terapiatyöskentelyssä hermeneuttis-dialektinen kehämäisyys (ymmärtämisen kehä) esiintyy kolmikantaisena, jossa kaikki kehät kietoutuvat koko ajan yhteen (Rauhala 2005, 42). Hermeneuttis-dialektinen kehä koostuu siis terapeutin omasta maailmankuvasta, johon tutkija-terapeutti peilaa asiakkaan kokemusmaailmaa. Tutkija-terapeutilta edellytetään empaattista ymmärtämistä sekä kykyä tarkastella asiakkaan maailmankuvaa etäämmältä. Nämä kaksi terapeutin tajunnallista asenteiden vaihdosta vuorottelevat ja todellistuvat terapeutin omassa maailmankuvassa. (Rauhala 2005, 41-42.) Toisena tekijänä hermeneuttis-dialektisessä kehässä on terapian tärkein osapuoli, asiakas, joka

käy omassa maailmankuvassaan dialektista prosessia uuden tietämisen (kokemisen) ja muuttuvan kokonaistietämisen (kokonaiskokemisen) välillä. Asiakkaan kokemaa prosessia pyritään yhdessä ymmärtämään. Kolmas vaikuttava tekijä hermeneuttis-dialektisessa kehässä on vuorovaikutus asiakkaan ja terapeutin maailmankuvien välillä. (Rauhala 2005, 42.) Tässä tutkimuksessa pyrin siis antamaan asiakkaiden, kivunhallintaryhmän äänen tulla kuuluviin kivunhallintaryhmän kokemuksissa, joita tarkastellessa huomioin samalla oman subjektiivisen kokemukseni, josta käsin tutkin yhteisiä kokemuksia.

Tutkimuksessa käytettiin musiikkiterapian menetelmänä luonnollista äänenkäyttötapaa, jossa ääntä tuotetaan hiljaisella voimakkuudella yhdellä vokaalilla, jonka synnyttämää kehoresonanssia pyritään aistimaan ja havainnoimaan. Äänenkäyttötapa perustuu ranskalaisen professorin légor Reznikoffin käyttämään luonnollisen äänenkäytön menetelmään (Reznikoff 2008; Reznikoff 2005; Vuori & Laitinen 2005).

Tutkimuksesta saadaan kipupotilaiden kokemuksiin pohjautuvaa tietoa, jota voidaan mahdollisesti hyödyntää etsiessä uusia rentoutumis-/selviytymistapoja pitkittyneestä kivusta kärsiville monipuolista kuntoutusohjelmaa suunniteltaessa. Tutkimuksen tarkoituksena on myös toimia ”virittäjänä” aktiivisen musiikkiterapian menetelmien etsimiseen kroonistuneesta kiputilasta kärsivien parissa.

3 KIPU – SUBJEKTIIVINEN KOKEMUS

Krooninen kipu on taakka, joka heikentää monin tavoin elämänlaatua. Unihäiriöt, sosiaalinen eristäytyminen sekä mielialan muutokset kuten masennus ja ärtyisyys ovat monesti seurausta pitkittyneestä kiputilasta. (Mitchell & MacDonald 2012, 230; Herrala, Kahrola & Sandtröm 2009, 161-162,

165; Estlander 2003, 12-13.) Erityisen haasteellinen on tilanne, jossa kivun syytä ei pystytä paikantamaan. Kipu onkin hyvin moniulotteinen ja -vaiheinen kokemus. Kansainvälisen kivuntutkimusseuran (International Association for study of pain, IASP) mukaan kipu määritellään subjektiiviseksi epämiellyttäväksi aistimukseksi ja tunnekokemukseksi, johon liittyy kudonvaurio tai jota kuvaillaan kudonvaurion käsittein ja joka ilmenee käyttäytymisessä. (Herrala, Kahrola & Sandtröm 2009, 161-162, 165; Estlander 2003, 12-13.)

Kansainvälisestä kivun määritelmästä käy ilmi kivun eri puolet; se on kokemus, aistimus ja siihen liittyy tunteita. Se on epämiellyttävä, usein myös ahdistava kokemus. Kivun kokeminen liittyy yleensä tapahtuneeseen kudonvaurioon tai fyysiseen toimintahäiriöön. Määritelmän mukaan kipua voi esiintyä mahdollisen kudonvaurion yhteydessä esimerkiksi siten, että aikaisemmat kipeytymiskokemukset tietyssä tilanteessa saattavat altistaa tai herkistää kivulle tilanteen toistuessa, jolloin kyseessä on opittu reaktio, ehdollistumistapahtuma. Kudonvaurio ei siis määritelmän mukaan ole aina kivun edellytys. (Estlander 2003, 12-13.)

Kivun pitkittyessä käynnistyy sarja mielen ja ruumiin ehdollistumisreaktioita, jotka ylläpitävät kipukokemusta noidankehän tavoin. Krooninen kipu voi syntyä siitä, että kivun lähdettä ei kyetä poistamaan tai siitä, että fyysinen ja emotionaalinen kipu prosessoidaan aivoissa samalla alueella ja kivun lähde tästä syystä paikannetaan väärin. Kun kipusignaali ei poistu, sille herkistytään ja ehdollistutaan. Signaali voimistuu, jotta kivun lähde poistettaisiin esimerkiksi käyttäytymistä muuttamalla. Syntyy ”kipumuisti”, jolloin koetaan kipua vaikka alkuperäinen ärsyke olisi jo poistunut. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010.)

Kroonisen kivun syntyyn ja pitkittymiseen liittyvistä keskushermostollisista mekanismeista tiedetään toistaiseksi melko vähän, minkä vuoksi erilaisten kroonisten kiputilojen hoito on usein hankalaa. Erityisen haasteellisia ovat syntymekanismiltaan epäselvät kiputilat. Nuutti Vartiainen (2009) selvitti

väitöstutkimuksessaan krooniseen kipuun liittyviä aivomekanismeja toiminnallisilla aivokuvantamismenetelmillä (MEG ja fMRI). Tutkimukseen osallistui kahdeksan monimuotoisesta kipuoireyhtymästä (CRPS) kärsivää potilasta, joilla kipu paikantui toiseen yläraajaan sekä kahdeksan potilasta, jotka kärsivät toistuviin virusinfektioihin liittyvästä koko toisen kehonpuoliskon käsittävästä kroonisesta kiputilasta. Tuloksia verrattiin terveiden verrokkihenkilöiden vastaaviin aivoaktivaatioihin. Kuvantamistutkimukset osoittivat, että CRPS-potilailla käden edustusalue primaarilla tuntoaivokuorella oli kutistunut, mikä viittaa siihen, että krooninen kipu voi muovata aivoja ja jättää niihin pysyvät jäljet. Potilaiden liikeaivokuori reagoi akuuttiin kipuun sitä huonommin mitä voimakkaammasta kroonisesta kivusta he kärsivät ja mitä huonompi puristusvoima kädessä oli. Myös toistuviin virusinfektioihin liittyvästä kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla havaittiin vastaavanlainen käden edustusalueen kutistuminen aivokuorella. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että useasta eri syystä johtuva krooninen kipu voi jättää samanlaiset jäljet aivoihin. (Vartiainen 2009.)

Kivun kokemukseen liittyy usein myös mielialahäiriöitä. Työterveyslaitoksen teettämässä tutkimuksessa tarkasteltiin tuki- ja liikuntaelinkivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyyttä Suomessa vuosina 1997–2009. Tutkimus toteutettiin ensin koko Suomen 30 vuotta täyttäneen väestön keskuudessa ja tarkemmin työtätekevien 30-64 –vuotiaiden parissa (tutkimus perustui yli 17 000 suomalaisen tietoihin). Koko väestöstä 23 % ja työtätekevistä 15 % raportoiti tuki- ja liikuntaelin kipua että masentuneisuutta. Kaikista kipua kokevista aikuisista joka kolmannella oli myös masentuneisuutta. Kivun ja masentuneisuuden samanaikainen esiintyminen lisääntyi voimakkaasti iän ja kipualueiden lukumäärän mukaan. Vähiten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyyttä oli kokopäivätyössä olevilla ja eniten puolestaan eläkeläisillä ja työttömillä. Tuki- ja liikuntaelinkipua ja masentuneisuutta potevat kokivat työkykynsä keskimääräistä huonommaksi, he kävivät lääkärissä ja jäivät työkyvyttömyyseläkkeelle muita useammin. Naiset raportoivat kipua ja masentuneisuutta miehiä useammin, mutta miehillä näiden kahden vaivan

esiintyminen aiheutti useammin työkyvyttömyyttä. (Miranda, Kaila-Kangas & Ahola 2011.)

4 HOITAVA VÄRÄHTELY MUSIIKKITERAPIASSA

Niin psyykkistä kuin fyysistä kipua musiikkiterapian saralla on hoidettu muun muassa äänen värähtelyä hyödyntäen. Bruscia (1998) mukaan hoitavalla äänellä tarkoitetaan eri taajuuksilla värähtelevien äänten käyttöä tai ääniä, joihin on yhdistetty musiikkia tai joitakin musiikin elementtejä, esimerkiksi rytmiä, melodiaa tai harmoniaa. Jos käytetään pelkkää ääntä, tällöin puhutaan hoitavasta värähtelystä. (Bruscia 1998, 204.) Hoitavaa värähtelyä voidaan kokea joko itse ääntä aktiivisesti tuottaen tai värähtelyä voidaan aistia matalataajuisista ääntä hyödyntävien menetelmien avulla (esim. fysioakustinen hoito).

4.1 Luonnollinen äänenkäyttö – ääneen hengittämistä

Bruscia (1998) esittelee musiikkiterapiassa käytettyjä äänen tuottamistekniikoita, joista *toning* (tone=ääni ja sointi) ja *vocal harmonics* (harmonics=yläsävelet) ovat menetelmiä, joissa tuotetaan pitkää ääntä vokaalilla, konsonantilla tai niiden yhdistelmänä laulettuna. Menetelmissä ei käytetä melodiaa tai rytmiä eikä merkityksellisiä sanoja. Rauhalliseen äänenkäyttöön voi sisältyä helpottavia ja lohduttavia ääniä kuten huokailua, voihkintaa ja hyräilyä. Menetelmiin voi kuulua myös tietoista yläsävelten tuottamista. Yläsäveliä laulamalla voidaan vaikuttaa kehoon solutasolla, aktivoida energiakeskuksia, lievittää kipuja, mahdollistaa tunteiden vapautumista, vapauttaa kehossa jo olevia hoitavia voimia ja/tai palauttaa harmoninen tasapaino ja eheys. Äänen tuottaminen voidaan yhdistää myös keholliseen työskentelyyn. (Bruscia 1998, 205-206.) Myös Maranto (1993) kirjoittaa musiikin soveltumisesta lääketieteen käyttöön kertovassa

artikkelissaan ”toning” –menetelmän rentouttavasta vaikutuksesta kiteyttäen vokaalien tuottamisen vaikutuksen hengityksen säätelyyn, kivun kontrollointiin sekä keskittymiskyvyn lisääntymiseen (Maranto 1993, 165).

Edellä mainittu Bruscia (1998) määritelmä toning ja vocalharmonics - äänentuottamismenetelmistä sopii hyvin kuvailemaan tutkimuksessani käyttämäni Reznikoffilta (2008) oppimaani äänentuottotapaa, jota tässä tutkimuksessa kutsun *luonnolliseksi äänenkäytöksi*. Voimme siis itse, omalla äänellämme suunnata resonanssin kokemista ja aistimista eri puolelle kehoa ilman kehon ulkopuolelta tulevaa äänistimulaatiota. Jokaisella vokaalilla ja äänneellä on sille ominaisin resonanssikohta kehossa. A-vokaali värähtelee vahvimmin rintakehässä, o-vokaali värähtelee vahvimmin kaulassa ja niskassa, u- ja e-vokaalit poskien alueella ja i- ja y-vokaalit kirjoitetun muotonsa mukaisesti päästä varpaisiin. M-äänne (hymistely) resonoi puolestaan vahvasti päälaessa. (Vuori & Laitinen 2005; Reznikoff 2005; Reznikoff 2008.) Mitä korkeammalta ääntä tuottaa, sitä ylempänä ääni värähtelee kehossa ja vastaavasti matalammilla äänillä voidaan kohdistaa resonanssia alemmaksi kehoon (Reznikoff 2005; Reznikoff 2008; Vuori & Laitinen 2005). Mitä rentoutuneempia olemme, sen syvemmillä ääni tuntuu myös rintakehässä ja lantiossa (Vuori & Laitinen 2005, 12). Äänen värähtelyä voidaan havainnoida joka puolelta kehoa; omaa kehoansa havainnoimaan herkistynyt voi tuntea värähtelyä aina sormenpäissä, selässä, lantiossa, polvissa ja jalkapohjassa saakka. Värähtely tuntuu vain hyvin pienenä aistimuksena, kuin muurahaisia kävelisi keholla. (Vuori 1995.)

Ääni kuuluu tasaisena ja värähtelee soinnukkaasti, helposti ja luontevasti, kun se tulee uloshengityksen aikana syvältä palleasta ja vatsan pohjasta saakka (Herrala, Kahrola & Sandström 2009, 87-88). Ääntä tuottaessa myös vatsalihakset värähtelevät ja huulet värisevät symmetrisesti. Vaivaton äänen tuotto kertoo siitä, että esimerkiksi lihasjännitykset, niveltukokset tai ajatukset eivät ole häiritsemässä luonnollista ”ääneen hengittämistä”. (Herrala, Kahrola & Sandström 2009, 87-88; Vuori & Laitinen 2005, 60-61.) Hengityksen voima ja

tehokkuus eivät vaikuta kehon syvään resonoimiseen vaan hengityksen rentous ja mielen keskittyminen (Dropsy 1988). Äänen tuottaminen keskittyneesti vaikuttaa siis kolmella tavalla: 1) *ääni rentouttaa kehoa* 2) *rauhottaa mieltä* ja 3) *syventää hengitystä* (Reznikoff 2007; Vuori & Laitinen 2005; Maranto 1993). Vaikka lähtökohtana äänentuottamisessa olisi pinnallinen hengitys; toistettaessa yhtä ja samaa ääntä hengitys syvenee, jolloin ääntä pystytään tuottamaan myös pidempään. Ääni on kuin hengityksen jatke, kuultu hengitys (Vuori & Laitinen 2005, 61-62).

4.2 Hengityksestä

Levollinen ja syvä hengitys on rentouttavan äänen tuottamisen perusta. Palleakupu laskee siis syvän sisäänhengityksen aikana niin, että keuhkot voivat laajentua. Tällöin sisäelimet ja vatsan elimet painuvat kokoon ja vatsa sekä lantionpohja laajentuvat jonkin verran. Pallea kohoaa taas uloshengityksen aikana, puristaen keuhkoja ja vapauttaen kehon hiilidioksidista. Syvään hengittäminen hieroo siis kaikkia sisäelimiä ja sydäntä, tehostaen ja virkistäen niiden toimintaa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 17-18; Herrala ym. 2009, 76; Vuori & Laitinen 2005, 61.) Hengitys osallistuu myös elimistön perusaineenvaihduntaan (Herrala ym. 2009, 76).

Hengitys on ainoa vitaalinen toiminto, joka on molempien, autonomisen ja tahdonalaisen kontrollin alaista. Normaalisti hengitys on automaattista ja tiedostamatonta, mutta siitä voidaan tulla tietoiseksi havainnoimalla omia kehon tuntemuksia. (Herrala ym. 2009, 77.) Hengitystä säätelee autonominen hermosto, joka jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen osaan, joilla on monesti vastakkaisia vaikutuksia elimistöön. Nopeaa toimintaa vaativat tilanteet (esim. taistele tai pakene) aktivoivat sympaattisen hermoston, jolloin pulssi tiheenee, sydämen iskuvoima kasvaa ja keuhkoputket laajenevat. Myös verenpaine nousee sekä sisäelinten verisuonet supistuvat, josta seuraa ruoansulatuksen hidastuminen. Parasympaattinen hermosto puolestaan

vaikuttaa vastakkaisesti kuin sympaattinen hermosto. Stressitilanteissa sympaattisen ja parasympaattisen hermoston tasapainoinen yhteistoiminta häiriintyy. Pelko ja ahdistus lisäävät stressiä, joka aktivoi sympaattista hermostoa. Jos tilanne pitkittyy rentoutuminen, nukkuminen ja levon avulla virkistyminen hankaloituvat. (Herrala ym. 2009, 77; Uvnäs Moberg 2007.)

Krooniseen kipuun liittyvää epätasapainoista hengitystä on tutkittu vähän vaikka kliinisessä työssä on usein huomattu kivun ja lihasten jännittämisen yhtäläisyys. Kroonisista kivuista kärsivien potilaiden kohdalla hengitys on usein niukkaa ja sisäänhengityspainotteista, jolloin hengittäminen tapahtuu monesti rintakehän yläosalla. Tällöin kroonisten kipupotilaiden hengitysilman hiilidioksidipitoisuus on yleensä alhainen, josta seuraa fysiologinen hyperventilaatiotila. Apuhengityslihasten epätarkoituksenmukainen käyttö saattaa johtaa muun muassa epämääräisiin lihaskipuihin ylävartalon alueella. (Martin ym. 2010, 52.) Selkä-, vatsa- ja lantiolihasten tasapainolla on tärkeä merkitys hengityksessä; kun hengitys on epätasapainossa, näiden lihasten yhteistoiminta häiriintyy. Sairaudet, anatomiset poikkeavuudet, hengitysmallihäiriöt ja huonot asennot voivat vaikuttaa lihaksiin muuttamalla lihasten aktivoitumisen järjestystä ja lihasryhmien keskinäistä koordinaatiota. Tällöin ilma kulkee keuhkojen alaosaan huonosti ja sitä virtaa vähemmän keuhkoihin. Seurauksena voi olla alaselkä- ja niskakipuja. (Martin ym. 2010, 20.) Apuhengityslihasten pitkittynyt käyttö voi aiheuttaa kipuja myös verisuonten ja hermojen puristumisen välityksellä (Martin ym. 2010, 53).

Pitkittynyt kiputila aiheuttaa kehossa siis lihasjännitystä (Martin ym. 2010, 52), joka puolestaan saattaa heikentää kehotietoisuutta. Luonnollisella äänenkäytöllä, kehoresonanssin kokemisella voidaan auttaa saamaan hukassa olevaa tuntumaa omaan kehoon; ihminen voi omalla äänellään koskettaa itseään sisäpuolelta vokaalien ja konsonanttien avulla kehon värähtelyn kautta ja siten lisätä kehotietoisuuttaan. (Vuori 1995.) Ääni toimii myös siltana mielen ja kehon välillä; äänen sävy paljastaa sen, mitä oikeasti tunnemme. Voimme

valita sanat, mutta sävy sanojen tai äänen tuottamisen takana kertoo todellisen tunnetilan (Vuori & Laitinen 2005; Herrala ym. 2009; Uhlig & Baker 2011, 31).

4.3 Värähtelyn vaikutukset

Ääni on siis liikettä, joka koskettaa meitä fyysisesti aivan solutasolla luoden yhteyttä kehoon ja mieleen. Ihmisen eri kudoksilla on omat ominaistajuutensa, jotka reagoivat hyvin herkästi lähetettäessä kehoon juuri näitä taajuuksia (Lehikoinen 1997). Tätä ihmisen keholle ominaista resonanssia hyödynnetäänkin erilaisissa matalataajuisissa (30-120Hz) äänivärähtelyhoidoissa kuten esimerkiksi fysioakustisessa (FA) menetelmässä ja vibroakustisessa terapiassa (Punkanen 2004).

Fysioakustisella menetelmällä voidaan muun muassa tasapainottaa autonomisen hermoston toimintaa, lieventää lihasjännityksiä sekä kipua (Punkanen 2004). Kun kudokset alkavat värähdellä äänistimulaation mukana, verenkierto ja erilaiset aineenvaihduntaprosessit tehostuvat. Oikealla tavalla toteutettuna tämä voi edistää kudosten elpymistä, palautumista tai toipumista jostain häiriötilasta. (Lehikoinen 1997.)

Punkanen (2004) esittää artikkelissaan FA-menetelmän kipua lieventävän vaikutuksen johtuvan hoidettavan henkilön oman oksitosiini- ja endorfiinituotannon aktivoitumisesta. Uvnäs Moberg (2007) on tutkinut ihmisen omaa rauhoittumisjärjestelmää, jossa oksitosiinilla on merkittävä tehtävä muun muassa verenpaineen alenemisessa, stressihormonien pitoisuuksien laskussa sekä kipukokemuksen lievenemisessä. Aivolisäkkeen takalohkon hormoneihin kuuluva oksitosiini on hormoni ja välittäjäaine, jota muodostuu hypotalamuksessa. Ne aivojen alueet, joihin oksitosiini vaikuttaa hypotalamuksesta tulevien hermojen kautta sijaitsevat lähellä hypotalamusta ja aivorunkoa. Näillä alueilla on yhteys verenpaineen, sydämen sykkeen,

valvetilan, liikkumisen ja tunteiden säätelyyn. Lisäksi samat hermot ulottuvat myös autonomista hermostoa ja kivuntuntoa ohjaaville aivojen ja selkäytimen alueille. Oksitosiini vaikuttaa tärkeisiin välittäjäaineisiin kuten serotoniiniin, dopamiiniin ja noradrenaliiniin, jotka puolestaan vaikuttavat oksitosiiniin. Oksitosiinia on aiemmin pidetty naishormonina, koska se on löydetty synnytyksen ja maidonerityksen yhteydessä. Usein se on myös liitetty seksuaaliseen mielihyvän kokemiseen. Oksitosiinia on sekä miehillä että naisilla ja oksitosiinilla on moninaisia tehtäviä kuten kivun lievittäminen, verenpaineen säätteleminen, levottomuuden vähentäminen ja muistitoimintojen parantaminen. Oksitosiini vaikuttaa siis kokonaisvaltaisesti rentouttaen. Oksitosiinin vapautumiseen on helppo vaikuttaa esimerkiksi kosketuksen ja kevyen hieronnan avulla. Myös ajatukset, assosiaatiot ja muistikuvat saattavat käynnistää rauhoittumisjärjestelmän, jossa oksitosiini on osallisena. (Uvnäs Moberg 2007.)

Punkasen (2004) mukaan FA-menetelmän rentouttavat ohjelmat, joissa verenkiertoa stimuloimalla saadaan keho lämpenemään ja joissa käytetään rauhallista pulsaatiota sekä suhteellisen mietoja värähtelyn voimakkuuksia, toimivat hyvinä oksitosiinin tuotannon aktivoijina (Punkanen 2004). Vastaavasti voidaan ajatella, että itsetuotettu ääni ja äänen kehoresonanssin kokeminen herättää ja aktivoi ihmisen oman rauhoittumisjärjestelmän. Luonnollista, rentouttavaa ääntä tuottaessa hengitys syvenee (Vuori & Laitinen 2005; Herrala ym. 2009; Maranto 1993) ja ”ääneen hengitys” hieroo ihmistä sisältäkäsien (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 17-18; Herrala ym. 2009, 76; Vuori & Laitinen 2005, 61). Äänellä ihminen tulee kokonaisvaltaisesti kosketetuksi. Rentouttavan äänenkäytön niin psyykkiset kuin fysiologiset vaikutukset perustuvat pitkälti kliinisiin kokemuksiin. Mielenkiintoista olisikin tutkimuksilla selvittää erityisesti äänenkäytön fysiologisia vaikutuksia.

5 KIVUNHALLINTARYHMÄN MUSIIKKITERAPIA

5.1 Tutkimusryhmän ja toimintaympäristön esittely

Musiikkiterapiaharjoitteluna toteutunut tapaustutkimukseni aktiivisen musiikkiterapian mahdollisuuksista kivunhallinnassa oli osana erään kuntoutustahon toimintaa, jossa järjestetään vuosittain kivunhallintakursseja. Kivunhallintakurssille osallistuvat kuntoutujat ovat työikäisiä henkilöitä, joilla kaikilla on ollut pitkään tuki- ja liikuntaelimistön vaikeita kiputiloja. Kipu on kuntoutujilla merkittävä toimintakykyä rajoittava tekijä, josta saattaa seurata työkyvyn rajoittuminen ja sosiaalisen kanssakäymisen vähentyminen. Krooninen kipu aiheuttaa näin ollen psyykkistä kuormitusta kuntoutujalle että hänen lähipiirilleen. Osallistumisen edellytyksenä kivunhallintakurssille on, että kuntoutuja pärjää kevyissä liikunnallisissa harjoituksissa (esim. kehon hallintaharjoitteet, vesivoimistelu, venyttely, ulkoilu) sekä vuorovaikutusryhmissä (rentoutus- ja toiminnalliset ryhmät). Lisäksi kivunhallintakurssilla edellytetään kuntoutujalta motivaatiota toimintakyvyn parantamiseen. Kivunhallintakurssilla kuntoutuja saa tukea moniammatilliselta työryhmältä, johon kuuluvat lääkäri, fysioterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kuntoutusohjelma sisältää lääkärin ja fysioterapeutin tutkimukset sekä sosiaalityöntekijän ja psykologin tapaamiset sekä tarvittaessa myös toimintaterapeutin tapaamisen.

Kivunhallintakurssien tavoitteena on *auttaa kuntoutujaa löytämään voimavaroja ja keinoja oman elämäntilanteen jäsentämisessä sekä itsehallintakeinojen löytämisessä*. Kurssilaiset saavat ohjausta ja neuvontaa muun muassa terveyteen, liikuntaan, omaan työ- ja elämäntilanteeseensa, työn ergonomiaan ja ravitsemukseen. He saavat myös tietoa yhteiskunnan palvelujärjestelmistä ja tukimuodoista oman kuntoutumisensa tueksi.

Pääasiassa ryhmämuotoisena toteutuva kuntoutus tarjoaa mahdollisuuden myös *vertaistuelle*, jota kuntoutuja saa omalta ryhmältä. Näin ollen vertaistuen merkitys on tärkeää, koska se rohkaisee kuntoutujaa tunnistamaan ja vahvistamaan omia vahvuuksiaan, voimavarojaan ja selviytymisen keinojaan. Tavoitteena on myös, että kuntoutuja ymmärtää kivun mekanismeja, kivun kokemista ja kipukäyttäytymistään. Tärkeää on turvata kuntoutusprosessin jatkuvuus myös kuntoutuksen jälkeen.

Kivunhallintakurssit toteutuvat neljässä eri jaksossa (5 + 5 + 2 + 5 vrk); tämä jaksotettu malli mahdollistaa työ- ja toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa tapahtuvien muutosten seuraamisen ja tarvittaessa harjoitteluohjelmien tarkistuksen.

5.2 Musiikkiterapian rakenne ja tavoitteet kivunhallintaryhmän parissa

Musiikkiterapiaharjoitteluna toteutunut tapaustutkimukseni sisältyi edellä mainitulle kivunhallintakurssille. Musiikkiterapia oli osana moniammatillista kuntoutusta. Tutkimukseen osallistuneella kivunhallintaryhmällä (kuusi henkilöä: kaksi naista ja neljä miestä, iältään 40-55 -vuotiaita) oli takana viiden vuorokauden kestävä kuntoutusjakso (kesäkuussa 2011) kohdatessamme toisella kuntoutusjaksolla (5 vrk) elokuussa 2011. Tällä toisella kuntoutusjaksolla musiikkiterapiaa oli neljänä peräkkäisenä päivänä (60-90 minuuttia/sessio), kolmannella kuntoutusjaksolla (2 vrk) marraskuussa 2011 musiikkiterapiaa oli yhtenä päivänä 90 minuuttia. Neljännellä kuntoutusjaksolla (5 vrk) maaliskuussa 2012 musiikkiterapiaa oli kolmena peräkkäisenä päivänä (90 min/sessio). Musiikkiterapiasessioiden kesto vaihteli tilanteen, toisin sanoen jaksamisen ja kulloisenkin vireystilan mukaan.

Musiikkiterapian nimenä kivunhallintakurssilla oli "Äänenkäyttö rentoutumisen tukena". Kyseenomainen nimi muotoutui keskustellessani yhdessä kurssia suunnittelevan tiimipäällikön, fysioterapeutin kanssa. Tarkoituksena oli tarjota

mielikuva rentoutumiseen johdattavasta äänenkäytöstä, jota kuka tahansa voi tehdä, mitään aikaisempaa aktiivisen musiikin tuottamisen kokemusta ei tarvita. Laulamisesta ei etukäteen eikä myöskään ensimmäisen kuntoutusjakson aikana musiikkiterapiasessioissa puhuttu lainkaan. Ajattelin tämän madaltavan kynnystä tuottaa ääntä.

Lähtökohtana musiikkiterapialle oli *tukea-antava musiikkiterapia*, jossa tarkoituksena on tukea asiakkaan omien voimavarojen löytämistä musiikin avulla (Suomen musiikkiterapiayhdistys 2011) ja tässä tapauksessa nimenomaan luonnollisella äänenkäytöllä tarjota asiakkaalle konkreettinen väline kivun kohtaamiseen. Osallistujien kokemusten purkuun ja toiminnan herättämään keskusteluun varattiin myös aikaa musiikkiterapiasessioissa. Lisäksi musiikkiterapian pyrkimyksenä oli tukea edellä mainittuja kivunhallintakurssin yleisiä tavoitteita. Musiikkiterapia oli osana moniammatillista kuntoutusohjelmaa.

5.3 Kivunhallintaryhmän musiikkiterapian prosessikuvaus

Alkusoitto – 1. kuntoutusjakso (sessiot 1-4)

Kokoonnuimme kivunhallintaryhmän (4 miestä, 2 naista) kanssa ensimmäisellä kuntoutusjaksolla luonnollisen äänenkäytön merkeissä elokuussa 2011 neljänä peräkkäisenä päivänä, jolloin musiikkiterapiasessiot olivat kestoltaan 60-90 minuuttia. Tilassa, jossa musiikkiterapia toteutui, jokainen osallistuja sai valita itselleen mieluisan tuolin; tarjolla oli tavallisia selkänokallisia tuoleja, lepo- sekä säkkituoleja. Miehet valitsivat säkkituolit, joissa olivat vaakatasossa sessioiden ajan. Naiset valitsivat puolestaan joko lepotuoleja tai tavallisia tuoleja, joissa pystyi olemaan istuma-asennossa. Olimme piirissä kukin omalla paikallaan ja valaistus oli säädetty huoneessa rauhoittavan tunnelmalliseksi. Lähtökohtana oli tarjota jokaiselle ryhmän jäsenelle mahdollisuus tehdä olonsa niin mukavaksi kuin se oli mahdollista eli jokainen sai itse päättää missä asennossa ääntä

tuottaa. Ajattelin tämän vähentävän mahdollista jännitystä mikä monesti äänen tuottamiseen, ylipäättänsä yhdessä laulamiseen saattaa liittyä. Mahdollisuuteen valita itse itsellensä sopiva asento vaikutti myös se, että jokaisella ryhmäläisellä oli hyvin erilaiset kiputilat; en voinut tietää mikä asento olisi kenellekin hyvä, jokainen osallistuja sai siis omia tuntemuksiaan seuraten olla tilassa.

Ensimmäisellä jaksolla en käyttänyt lainkaan laulaminen tai laulu –sanaa vaan puhuin äänen tuottamisesta sekä ”uloshengityksestä äänen avulla”. Ohjeistus pysyi samana kaikissa sessioissa: *”tunnustellaan miltä ääni tuntuu, jos haluat, voit kädellä myös seurata äänen värähtelyä kehossa, voit myös pelkästään kuunnella ja jos tekee mieli välillä huilata niin voit ottaa nokoset. Mitään pakkoa ei ole äänen tuottamiseen. Kiinnitä huomiosi siihen miltä ääni tuntuu, ei siihen miltä se kuulostaa. Voit hakea sellaista äänenkorkeutta mikä itsestä tuntuu hyvälle...”* Kävimme yksitellen kaikki äänteet läpi, jonka lomassa kerroin vokaalien resonanssin ominaisalueista kehossa. Kaikissa sessioissa lähdimme hakemaan äänen avulla (pitkää vokaalia keskittyneesti tuottaen) tuntumaa ensin kehon yläosaan (rintakehä A, kaula O, kasvot ja niska U ja päälaki M), koska äänen värähtelyt on helpompi havaita kehon yläosassa. Säestyksenä vokaalien/äänteiden tuottamiselle käytin avovireessä olevaa 5-kielistä kannelta (kanteleen viritys matalimmasta kielestä ylimpään: f, bb, bb, f1, bb1), jonka tarkoituksena oli tukea ja luoda pohjaa yhteiseen äänikokemukseen. Kun resonanssiin kehon yläosassa (rintakehä, kaula, niska, posket ja päälaki) oltiin saatu tuntuma, siirryttiin havainnoimaan äänen värähtelyä vatsassa ja lantion seudulla.

Kolmessa ensimmäisessä sessiossa hengitys oli melko pintapuolista kaikilla ryhmän jäsenillä ja omaan rytmiin ei uskallettu hengittää vaan äänen tuottamisessa seurattiin vahvasti terapeutin rytmiä. Tuolloin vokaaliharjoitukset kestivät minuutista viiteen minuuttiin. Ilmapiiiri oli levollinen, mutta kuitenkin kovin sisäänpäin kääntynyt; jokainen oli hyvin omassa olossaan eikä yhteistä keskustelua syntynyt harjoitusten lomassa kovin paljoa. Kysymyksiä sekä tuntemuksia äänentuottamisesta ja kehoresonanssista osoitettiin enemmän

terapeutille kuin koko ryhmälle. Silloin tällöin joku ryhmästä saattoi torkahtaa ääntä tuottaessa. Yhteinen äänessä oleminen koettiin kuitenkin myönteisenä kokemuksena ja nimenomaan rentouttavana. Kolmannessa sessiossa yksi ryhmästä, joka oli kärsinyt kahden viikon unettomuusjaksosta voimakkaiden kipujen vuoksi, nukahti session aikana ja nukkui sikeästi 45 minuutin ajan, heräten session lopussa tyytyväisenä siihen, että oli voinut pitkästä aikaa nukkua.

Ensimmäisen jakson viimeinen sessio alkoi paljon reilummalla äänenkäytöllä; ääntä uskallettiin tuottaa voimakkaammin ja jokainen ryhmästä rohkeni kuunnella myös omaa hengityksen rytmiä ja tuottaa ääntä omassa tempossa. Tässä 4. sessiossa tapahtui suuri muutos ryhmädynamiikassa niin musiikillisen kuin verbaalisen vuorovaikutuksen osalta; puolivälissä sessiota syntyi aivan itsestään 13 minuuttia kestävä improvisaatio, joka oli hyvin merkityksellinen kokemus kaikille paikalle oleville ryhmän jäsenille. Kokemus yhteisestä äänestä oli hyvin voimaannuttava; improvisaatiosta välittyi ryhmälle *”vahva solidaarisuuden tunne”*. Vaikutti siltä, että ryhmä aivan kuin heräsi eloon tuon improvisaation jälkeen; miehet, jotka olivat ”maastoutuneet” säkkituoleihin, ponkaisivat istuma-asentoon ja osallistuivat yhteiseen keskusteluun niin, että myös heihin sai katsekontaktin. Jotakin hyvin vapauttavaa tuossa improvisaation kokemuksessa vaikutti olevan kaikille niin yhdessä kuin yksilötasolla.

Kertosäe – 2. kuntoutusjakso (sessio 5)

Kolmen kuukauden tauon jälkeen tapasimme marraskuussa 2011 kaksi päivää kestäväällä kuntoutusjaksolla, jossa musiikkiterapiaa oli yhtenä päivänä session verran (90 min). Paikalla oli tuolloin neljä jäsentä alkuperäisestä ryhmäkoosta; kaksi jäsentä olivat keskeyttäneet koko kuntoutuksen. Ilmapiiri 5. sessiossa oli hyvin rauhallinen, mutta samalla myös aktiivinen; tämä ilmeni keskustelusta, johon kaikki osallistuivat ja keskustelua olikin huomattavasti enemmän ääniharjoitusten välissä kuin ensimmäisellä jaksolla. Aloitimme session jälleen

vokaaleja tuottamalla, havainnoimalla samalla tuntemuksia niin kehossa kuin mielessä. Melkein kaikki harjoitukset muodostuivat spontaanisti improvisaatioiksi; ääntä uskallettiin tuottaa omaa hengitystä seuraten sekä jokainen rohkeni myös kokeilla improvisaatioissa erilaisia äänen korkeuksia. Kuuntelimme myös 4. sessiossa merkitykselliseksi koetun improvisaation ja keskustelimme kyseenomaisen improvisaation herättämistä ajatuksista ja tuntemuksista. Keskustelua seurasi uusi 12 minuuttia kestävä intensiivinen improvisaatio, jossa jälleen koettiin äänessä olemisen iloa. Ryhmä määritteli kokemusta ”yhteiseksi leikiksi”, jossa oli ”sellainen jammailun fiilis tai tunnelma”. Toisella kuntoutusjaksolla kaksi ryhmän jäsentä kertoi myös tehneensä kotona viikoittain vokaaliharjoituksia rentouttavan äänen parissa.

Loppusoitto – 3. kuntoutusjakso (sessiot 6-8)

Kivunhallintaryhmän viimeinen kuntoutusjakso oli maaliskuussa 2012, jolloin musiikkiterapiaa oli kolmena peräkkäisenä päivänä (90 min/sessio). Alkuperäisestä ryhmästä paikalla oli kolme jäsentä. Aloitimme kertaamalla vokaalit A, O ja U ja aivan alusta saakka ryhmä vaikutti olevansa kuin kotonaan äänessä. Äänenkäyttö oli syvää ja rohkeaa tällä jaksolla. Improvisaatioissa oli paljon dynamiikkaa ja uutta kokeilua, rytmistä leikittelyä eri vokaalien yhdistelmillä. Sessioissa 6 ja 8 syntyi jälleen voimakkaat improvisaatiot, jotka kestivät molempina kertoina yli 30 minuuttia. Ilmapiiri oli hyvin levollinen ja läsnä oleva. Puuttuneita alkuperäisen ryhmän jäseniä kaivattiin – heidän ääniään yhteisessä improvisaatiossa, mutta samalla myös todettiin äänen tuottamisen onnistuvan myös pienemmällä ryhmällä. Viimeisellä kerralla ryhmän jäsenet saivat cd-levyn, jolle olin kerännyt ryhmän merkitykselliseksi kokemia improvisaatioita. Cd-levy oli oikeutetusti nimeltänsä ”Äänilevy”, jonka vastaanottaminen vaikutti liikuttavan ryhmän jäseniä. Viimeisessä sessiossa teimme myös keskustellen yhteenvetoa musiikkiterapiaprosessista koko kuntoutusjakson aikana ja päätimme lopuksi session yhteiseen ääni-improvisaatioon, johon muodostui levollinen ja harmoninen tunnelma.

6 LOPUKSI

Krooninen kipu vaikuttaa siis monesti elämänlaatuun sitä heikentäen. Usein myös tuki- ja liikuntaelin kipuihin liittyy masennuksen tunteita (ks. lukua 3). Viimeaikaisilla tutkimuksilla on osoitettu musiikin myönteiset vaikutukset tunteiden säätelyssä ja kivun kokemuksessa (ks. lukua 2). Tätä musiikin vaikutusta kivun kokemiseen tarkastelen yksityiskohtaisemmin seuraavassa artikkelissa, käyttäen kivunhallintaryhmän kokemuksia ikkunana aktiivisen musiikkiterapian, luonnollisen äänenkäytön maailmaan. Tarkoitukseni on ymmärtää, mitä edellä kuvatussa musiikkiterapiaprosessissa tapahtui.

LÄHTEET

Ahonen, H. 2011. Musiikki ja vuorovaikutus. Improvisaatio – itsen toteuttamista ja ihmisen ikävää toisen luo. Teoksessa L-M. Lilja-Viherlampi (toim.) Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksista. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 57. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 12-34.

Ahonen-Eerikäinen, H. 2007. Group Analytic Music Therapy. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Bernatzky, G., Strickner, S., Presch, M., Wendtner, F. & Kullich, W. 2012. Music as non-pharmacological pain management in clinics. Teoksessa R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (toim.) Music, health, & wellbeing. New York: Oxford, 257-275.

Bruscia, K. E. 1998. Defining music therapy. 2.painos. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Cepeda, M. S., Carr, D. B., Lau, J. & Alvarez, H. 2006. Music for pain relief. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD004843. DOI: 10. 1002/14651858. CD004843.pub2.

Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen. En osynlig övning. Stockholm: Natur och Kultur.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.

Ferrara, L. 1984. Phenomenology as a tool for musical analysis. The Musical Quarterly, 70 (1), 355-373.

Gadamer, H-G. 2004. Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Suom. I. Nikander. Tampere: Vastapaino.

Herrala, H., Kahrola, T., & Sandtröm, M. 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

- Kenny, D. T. & Faunce, G. 2004. The impact of group singing on mood, coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic. *Journal of Music Therapy*, 16(3), 241-258.
- Lehikoinen, J. 2011. Musiikkipsykoterapia somaattisesti sairastuneen potilaan sairaalahoidossa. The Louis Armstrong Center for Music and Medicine –musiikkiterapiaosaston työskentelymallit. Jyväskylän yliopisto, Musiikin laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Lehikoinen, P. 1997. Musiikki värähtelynä. Teoksessa M. Kaikkonen & S. Mattila (toim.) Musiikki ja mielen mahdollisuudet. Helsinki: Punamusta, 26-39.
- Maranto, C. D. 1993. Applications of Music in Medicine. Teoksessa M. Heal & T. Wigram (toim.) *Music Therapy in Health and Education*. 2. painos. London, United Kingdom: Jessica Kingsley Publisher Ltd, 153-174.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. *Mediapinta*.
- Miettinen, T., Pulkkinen, S. & Taipale, J. (toim.) 2010. Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Mitchell, L. & MacDonald, R. 2006. An Experimental Investigation of the Effects of Preferred and Relaxing Music Listening on Pain Perception. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 295-316.
- Mitchell, L. & MacDonald, R. 2012. Music and pain: evidence from experimental perspectives. Teoksessa R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (toim.) *Music, health, & wellbeing*. New York: Oxford, 230-238.
- Miranda, H., Kaila-Kangas L. & Ahola, K. 2011. Särkyä ja alakuloa – tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos. Www-muodossa http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Sarkya_ja_alakuloa.pdf Viitattu 14.2.2012
- Punkanen, M. 2004. Matalataajuinen äänivärähtelyhoito – teoreettisia näkökulmia, klinisiä sovellutuksia ja tutkimustuloksia. *Musiikkiterapia*, 19(1), 69-88.
- Rauhala, L. 2005. Hermeneuttisen tieteenfilosofian analyysseja ja sovelluksia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Reznikoff, I. 2005. On primitive elements of musical meaning. *The Journal of Music and Meaning*, vol. 3, Fall 2004/Winter 2005, Section 2.
- Reznikoff, I. 2008. Harmonisen laulun kurssi 16.-19.6.2008. Ilkon kurssikeskus, Kangasala.
- Siedliecki, S. L., & Good, M. 2006. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 553-562.
- Suomen Musiikkiterapia yhdistys 2011. Mitä musiikkiterapia on? Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa. Musiikkiterapiapalvelut-esite. Www-muodossa <http://www.musiikkiterapia.net> > mitä musiikkiterapia on? > musiikkiterapiapalvelut-esite Viitattu 9.2.2012
- Tuohimaa, A. 2008. Dynaaminen psykoterapia ja psyykkinen työ. Teoksessa R. Antikainen & M. Ranta (toim.) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Duodecim, 89-105.
- Tähkä, L. 1982. *Psykoterapian perusteet*. 3. painos. Juva: WSOY.

Uhlig, S. & Baker, F. 2011. Voicework in music therapy. Pioneers and a new generation. Teoksessa F. Baker & S. Uhlig (toim.) Voicework in music therapy. Research and practice. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 25-38.

Uvnäs Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Suom. R. Kankkunen. Helsinki: Edita.

Vartiainen, N. 2009. Brain imaging of chronic pain. Väitöskirja. Helsinki University of Technology, Brain Research Unit, Low Temperature Laboratory and Advanced Magnetic Imaging Centre. Www-muodossa <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50289/brainima.pdf?sequence=1> Viitattu 2.2.2012

Vuori, H-L. 1995. Hiljaisuuden syvä ääni. Helsinki: Kriittinen korkeakoulu.

Vuori, H-L., & Laitinen, M. 2005. Synnytyslaulu. Rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita.

ARTIKKELI II:

VOIMAANNUTTAVAA VÄRÄHTELYÄ – ÄÄNEN AUTENTTISTA LIKETTÄ?

1 ALUKSI

Tämä artikkeli on jatkoa opinnäytetyöni ensimmäiselle artikkelille: voimaannuttavaa värähtelyä – äänenkäyttö rentoutumisen tukena työikäisten aikuisten kivunhallinnassa. Artikkelit täydentävät toisiaan ja muodostavat yhdessä kokonaisuuden. Edellisessä artikkelissa todettiin muun muassa kivun kokemisen subjektiivisuus sekä musiikin myönteiset vaikutukset kivun kokemiseen. Tässä artikkelissa syvennän samaa teemaa käsittelemällä tutkimukseen osallistuneen kivunhallintaryhmän kokemuksia aktiivisesta musiikkiterapiasta, äänenkäytöstä rentoutumisen tukena. Tarkastelen tutkimuskysymyksiäni: 1) *kuinka äänenkäyttö (vokaalien tuottaminen) koetaan kipupotilaiden parissa sekä 2) millaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia luonnollinen äänenkäyttö herättää (kehontuntemukset, mielikuvat, muistikuvat, ajatukset, tunteet)*. Kuten edellisen artikkelin musiikkiterapiaprosessin kuvauksesta käy esille; ilmiöksi musiikkiterapiaprosessin aikana nousi improvisaatio, jonka merkitystä kivunhallintaryhmälle myös tarkastelen tässä artikkelissa.

2 FYYSISET TUNTEMUKSET – HAVAINTOJA ÄÄNEN VÄRÄHTELYSTÄ KEHOSSA

Fyysiset tuntemukset vaihtelivat päiväkohtaisesti kuntoutusjaksojen aikana; mikä vokaali koettiin miellyttävänä ja mikä puolestaan epämiellyttävänä tuntemuksena. Vokaalit A ja O vaikuttivat pysyvän läpi sessioiden ja kuntoutusjaksojen äänteinä, joiden synnyttämä kehoresonanssi koettiin

pääasiassa hyvältä tuntuvana. Lisäksi jokaiselle ryhmän jäsenelle muodostui omat ”suosikkivokaalit”. Ensimmäisellä kuntoutusjaksolla voimakkaan kehoresonanssikokemuksen koettiin laukaisevan päänsärkyä tai särkyä muualla kehossa, jossa kivut normaalistikin ilmenivät, etenkin sellaisten vokaalien/äänteiden kohdalla, jotka resonoivat vahvasti kasvojen ja pään alueella kuten äänteet U ja M, joita tuotettiin korkeammalla äänellä. Äänen korkeus oli tuolloin naisilla yksiviivaisen oktaavin alueella ja miehillä pienen oktaavin alueella. Kivunhallintaryhmän jäsenet kertoivat vokaali- ja kehoresonanssikokemuksistaan seuraavaa:

O resonoi mulla voimakkaimmin.

...se on jännä homma, että tuntuu, että A:ta ja U:ta ei pysty tuottamaan kovin pitkään verrattuna O:hon.

... mä tykkään enemmän A:sta ja O:sta, nää vokaalit, mitkä rupee tuntumaan kasvoissa laukasee sellaista tietyn sortista kipinää... tai kun ei ole nyt lääkäreitä paikalla niin uskaltaisin sanoa neuropaattista kipua että rentoutus ylipäättänsä on vähän ristiriitainen juttu... osa kivusta pienenee ja sit taas nousee esiin vähän toisenlaista kipua. Vaihtelu virkistää.

Mä totesin, että mä en tykkää enää U:sta ja I:stä... jotenkin tuntuu kun se alkaa värisee tuolla, tulee semmosta kihelmöintiä, toisaalta se on osoitus menetelmän tehosta.

Minua piristi tää I:n ja E:n laulaminen; olin välillä melko nukahtanut, mutta sitten kun alettiin laulamaan E:tä heräsin.

Mulla se taas otti (vokaalit Y ja I) enemmänkin tuolta silmien takaa, tuli semmonen hölmö tunne.

Mä sain ensimmäistä kertaa äänen soimaan niin kuin se on ennen tehnyt... tunsinkin ne värähtelyt hyvin voimakkaasti. Ensimmäinen oli kamppailua kun on ollut kurkku kipee ja sieltä ei tullut sitä ääntä mitä mä halusin... Mua ei nukuta ollenkaan, kun mä sain sen oikean äänen... tai sitt' olin liian uninen eilen ja toissapäivänä... kuitenkin ei ollenkaan sellainen vastustamaton tai kiusallinen unen tarve.

...mulla oli ihana tunne kun me laulettiin O:ta, ihan kuin olisin tuntenut vatsassa pientä värinää laulaessa. Muuten mun on ollut vaikea tuntea värinät kädellä.

Yhdellä ryhmän jäsenellä oli vaikeuksia kuntoutusjakson alussa saada tuntumaa kehon tuntemuksiin, aistia kehoresonanssia:

Mul ei oikein päässyt.. tai kun sanotaan, ett' puhallat ilmapatjan tyhjästä täyteen, niin oikeestaan se uloshengitys 'aaaaaa' tulee niin ku ulos, se niin ku, onks se hapen puutteesta tulee semmonen tyhjä olo? Vähän saman tyylinen tunne tulee tossa. Mä en ainakaan, koitin kuunnella, ett' onks mulla tunto menny, ett' 'aaaaa' en saanut resonoimaan... Tai sitt' on tullut liian paljon tupakkaa elämän aikana.

Etsimme tuntumaa kehoresonanssiin hänen kohdallaan ensin kaulan alueelle A-vokaalia tuottaen ja kasvoin U-vokaalilla; vähitellen tuntuma rintakehään kohdistuvasta resonanssista alkoi A-vokaalia käyttäen löytyä.

Kuten ensimmäisessä artikkelissa todettiin kivun olevan hyvin subjektiivinen kokemus; tämä näkyi myös käytännössä hyvin selkeästi tässä tutkimusryhmässä. Seuraava katkelma on 5. session loppupuolella käydystä keskustelusta (ryhmäläisten nimet muutettu):

Lena: Mulla on ollut kivulias päivä tänään, oikein kivulias, mutta esimerkiksi kun istuttiin kipuluennolla niin oli oikein vaikee istua...

Lasse: Mitä? Sinä muka liikut koko ajan? Kyllä sä minuun verrattuna istuit niin rauhallisesti! Kuule...

Lena: ...mä yritin!

Lasse: ...mullahan on se, että mä yritän koko ajan hakea asentoa, että ei sattuis koko ajan.

Lena: ...ei tunnu mitään kun laulaa!

Matti: Tässä nimenomaan siihen kipuluento on verrattuna, hmm, tällä lääkäri, tohtorismiehellä oli erinäköisiä jaotteluja kipujen suhteen. Mä luulen, että sillä voi olla aika paljon eroa minkälaisiin kipuihin tää (äänenkäyttö) auttaa, koska tavallaan, tässä päivän aikana mun kivut liittyy hyvin paljon siihen paljonko me ollaan liikkeessä. Tunsin itseni sillä luennolla hyvinkin raihnaiseksi tavallaan lihas tai muussa sensorikivussa, sitten tuossa ihmettelin ihan ennen kuin tänne tulin, että ai jaa, onks mä joskus niinku mukamas valittanut jotain neuropaattista, tyylistä kipua. Häh, missä se on? Nyt sitte taas tässä kun rentoutuu hyvin ja pääsee näistä jomotuksista ja kolotuksista eroon niin kyll' mä nyt taas nyt muistan, että ai niin joo, että tätähän nää oli ikään kuin neuropaattisetkin kivut. Tää on sitte taas yleisemminkin semmonen yleisen rentoutumisen juttu. Jossain vaiheessa Lassen kanssa puhuttiin siitä, että juu, sinänsä ihan hienoa rentoutua paitsi että tiettyssä mielessä rupee kyllä sattuu enemmän.

Lasse: Mulla esimerkiksi toi rintaranka rupees sattumaan enemmän, kun on luusärkyä niin se ei oo ihan kivaa kun rupee resonoimaan. Mä luulen, että tänään ei vielä toi rintaranka temppuili, mutt' nyt alkoi.

Matti: Mutta jos on kroonistunut niin se on vähän sitä, että nokka irtoaa ja pyrstö tarttuu, mutta että tota, joo, mä sanosin, ett' tota yhteen kipuryhmään toimii oikein hyvin.

Lasse: Kyllä. Että kärsii tän yhden, mutta toisaalta pystyy rentoutumaan. Mulla on näköjään nyt keskittymisvaikeuksia ihan selvästi.

Lena: Mulle tää toimii niin kuin muun mukavan tekeminenkin, unohtaa ne kivut. Sit kun rupee miettimään, ett jaa oliko mulla kipuja niin ne palautuu... Tää on hyvä mulle ainakin, koska mulle kivut yleensä liittyy myös masentumiseen, mulla on voimakas kytkentä, niin siinä mielessä tää on oikein hyvää terapiaa.

Lasse: Joo, kun kipu saa vallan, se todellakin mielialan vie ja senpä takia sitä mielialalääkkeitä ruvetaan sitten syöttämään. Minähän kokeilin niitä mutta ne eivät sopineet minulle...

Ryhmässä tuli esille kivun moninaisuus; kuinka kivun kokemus on hyvin yksilöllistä ja myös yhden ihmisen kokemukseen mahtui eri laatuista kivun tuntemuksia. Keskustelua syntyi masennuksen tunteista, joihin kroonistunut kipu oli ajoittain vienyt ryhmän jäseniä. Kipu koettiin nimenomaan rajoittavana tekijänä, joka vähensi elämän laatua. Ryhmäläisillä oli epäonnistuneita kokeiluita masennus- ja kipulääkkeistä, joiden he totesivat tuovan ikäviä sivuvaikutuksia.

3 PSYKKISET TUNTEMUKSET – MIELIKUVIA, AJATUKSIA JA TUNTEITA

Kivunhallintaryhmäläiset havainnoivat verbaalisesti fyysisiä tuntemuksia enemmän ja herkemmin kuin yhdessä tuotetun äänen nostattamia psyykkisiä tuntemuksia. Etenkin miehet kertoivat ja analysoivat mielellään kehoresonanssikokemuksiaan. Monesti ilmassa oli kuitenkin aistittavissa liikuttumista tai liikutetuksi tulemistä esimerkiksi intensiivisten improvisaatioiden jälkeen. Mahdollisuus jakaa myös psyykkisiä tuntemuksia kulki koko ajan mukana keskusteluissamme vokaaliharjoitusten ja improvisaatioiden lomassa. Yhdessä tuotettu musiikki synnytti mielikuvia, tunteita ja ajatuksia toisinaan ilman symboleja, mutta usein myös mielikuvina jonkun kappaleen muodossa. Kivunhallintaryhmäläiset toivat keskusteluun seuraavia miellelyhtymiä:

Mulla tuli mieleen kun lapsille pienenä laulo unilaulua, niin tässä oli vähän tämmönen samanlainen rauhallinen rytmi - tuutulaulu.

Tuli lähinnä mieleen Emersson Lake Palmerin biisi Exhibition.

Kuka vielä muistaa sellaisen biisin kuin Aamu joella, jossa se ranskalainen nainen vetää ihan ulinana sen biisin alusta loppuun?

U ja O toivat mulle semmoisen, menee kuin oboe, valittavaan, vähän molliin, vähän samanlainen sointu.

Tää oli vähän niin kun karpäsen suhinaa, vaikka se mulle toimi rentouttavana, sitä oli mukava tuottaa, mutta se oli vähän ärsyttävä kuitenkin, että taasko se raatokarpänen on päässyt huoneeseen?

Mulle tuli lapsuuden muistikuvia, kun mä lauloin OIOIOI, niin varmasti sitä on sanottu monta kertaa kun mä olin ihan pieni, koska mulla tuli hyvin voimakkaita tämmöisiä ihan tuoksumuistoja. Mä muistan usein tuoksun. Se toi todella takaisin tämmöstä... vanhaa.

Yhdessä tuotettu ääni toi esille lauluja monen vuoden takaa sekä vei lapsuuden aikaisiin kokemuksiin. Musiikki onkin voimakas väylä tuomaan tietoisuuteen piilotajunnallisia merkityksiä, jotka voivat ilmetä muun muassa mielikuvien tai fantasioiden muodossa. Musiikki on kuin akustista unta; musiikkiin liittyvä psyykkinen työ on sukua psykoanalyttiselle unityölle, koska unen ja musiikin sisällöt nousevat piilotajuisista merkityksistä. (Lehtonen 2010, 240-241; Lehtonen 2007, 55; Ahonen-Eerikäinen 2007, 81.) Musiikki toimii myös mielihyvää tuottavana objektina, johon voi heijastaa omat tunteuksensa. Musiikki tarjoaa tarvittaessa suojaa surumielisyyttä, yksinäisyyttä ja syyllisyyttä vastaan. Samalla kun musiikki suojaa epämiellyttäviltä tunnetiloilta, antaa se myös voimaa kohdata ja läpikäydä omia tunteuksia. Musiikki toimii hyvänä objektina myös pelottavissa ja ahdistavissa tilanteissa. (Lehtonen 2010, 246-247; Lehtonen 2007, 61.)

4 IMPROVISAATIO – YHTEINEN MATKA, JOSSA ON TILAA JA VAPAUTTA HENGITTÄÄ

A on luottavainen vokaali, ajattelen, siinä joutuu avaamaan suunsa, todella avaamaan itseään.

Niin kuin ensimmäisestä artikkelista kävi ilmi; käännteentekeväksi kohdaksi musiikkiterapiaprosessissa muodostui ensimmäisen kuntoutusjakson viimeinen, 4. sessio, jossa syntyi aivan yllättäen, täysin odottamatta tai etukäteen sopimatta yhteinen improvisaatio (kestoltaan 13:05 min), joka oli merkittävä kokemus jokaiselle ryhmäläiselle, mutta sillä oli myös suuri merkitys ryhmän prosessin kannalta. Tuo kokemus improvisaatiosta vapautti ilmapiirin aiempaa rennommaksi sekä lujitti ryhädynamiikkaa tuoden yhteisöllisyyden tunnetta mukanaan. Mitä improvisaatiossa tapahtui? Miksi improvisaatiot muodostuivat jatkossakin erittäin merkittäviksi kokemuksiksi, joita syntyi terapiaprosessin edetessä yhä enemmän ja kestoltaan aina vaan pidempiä?

Kaikki ryhmässä jakoivat ”Lenan” mietteen 4. sessiossa syntyneen improvisaation jälkeen:

...kun jonkun ääni loppuu niin toinen kantaa kunnes ensimmäinen saa taas henkeä vedettyä, tämmönen vahva solidaarisuuden tunne tulee siitä, että joku koko ajan kantaa sen nuotin tai äänen.

Kokemus niin ensimmäisestä improvisaatiosta kuin myös kaikista sen jälkeen syntyneistä improvisaatioista oli yhteisöllinen, tämä korostui jokaisen ryhmäläisten ajatuksista improvisaatioiden jälkeen. Yhteisöllisyyteen liittyi vahvasti kohtaaminen: improvisaatiossa koettiin äänen avulla tunteiden jakamista; improvisaatio miellettiin yhteisenä matkantekona, jossa pystyi kulkemaan omia polkuja pitkin, antamalla ajatusten ”vapaasti virrata”, välillä ottaen toisen kanssa saman äänen ja sitten taas ”lähteä omille teille” kuitenkin olematta yksin. Yhteinen improvisaatio koettiin myös sisäisenä vapautena, jossa ”ollaan samassa veneessä, mutta siinä ei ole hierarkiaa tai järjestystä” vain kaikki samanarvoisina läsnä.

Ryhmän kokemukset improvisaatiosta ilmentävät Bruscia (1998) määritelmää improvisoinnista, jonka mukaan improvisointi on vapaata assosiaatiota, johon voi heijastaa omia tuntemuksiaan. Ryhmässä improvisoidessaan asiakas jakaa kaikki musiikin tekemiseen liittyvät vastuunotot ja riskit muiden ryhmän jäsenten kanssa samalla kun hänellä on mahdollisuus nauttia toisten antamasta musiikillisesta ja emotionaalisesta tuesta ja avusta. Haaste tässä asetelmassa (ryhmässä improvisoidessa) on oman identiteetin säilyttäminen vaikka onkin suhteessa muihin ihmisiin eli olla oma itsensä toisten seurassa yhteisessä improvisaation kokemuksessa. (Bruscia 1998, 5-6; Ks. myös Gardstrom 2007, 113; Bruscia 1987, 358)

Kuinka edellä mainittu riskinotto ilmeni tämän tutkimusryhmän improvisaatioissa? Ensinnäkin omaa ääntä uskallettiin käyttää; aluksi hiljaa, mutta terapiaprosessin edetessä äänenkäyttöön tuli runsaasti eri sävyjä ja voimakkuuksia, myös vahvaa, voimakasta ääntä. Vokaaleilla ja äänneillä myös leikittiin aivan viimeisellä kuntoutusjaksolla, jolloin improvisaatioissa oli ajoittain havaittavissa rytmikästä äänen tuottamista. Vokaaleja ikään kuin maisteltiin ja niillä etsittiin eri ilmaisutapoja äänneiden yhdistelmillä. Uskallus tuottaa omaa ääntä loi puolestaan sillan vuorovaikutukseen, jossa kukin sai olla ja jakaa omia tuntemuksiaan “ääneen hengittäen”. Ryhmä piti mukana improvisaatioissa vaikka etukäteen olisi kokenut olevansa täysin epämusikaalinen:

... mua meinas alkaa nolottamaan yhdessä kohtaa, tää meni tää laulu äänellisesti ja sävelillisesti liian hienoksi, en meinannut pysyä mukana, tunnistin rajoitteeni, mä käytin niin sanotusti omia vahvuuksiani, ett' kyll' se siitä. Tota joo, mä oon sillai sävelkorvamielessä lähes imbesilli, ett' tää touhu menee siinä mielessä, ett' tää ryhädynamiikka toimii sillä lailla, että en mä niin ku yksin tekis tätä, ett' sitt' niin ku tässä huomaa välillä, ett' okei, tästä mä saan kiinni, että mä en välttämättä osais sitä toistaa, koska ylipäänsä, joo, tää on sen verran rentouttavaa, että mä hyvin äkkiä unohdan, että mitä mä äsken tein.

Merkittävä riskinoton ilmeneminen oli havaittavissa toisella ja kolmannella (viimeisellä) kuntoutusjaksolla, jolloin siirryttiin “epämukavuusasteelle” eli ottamalla improvisaatioihin mukaan aiemmin epämiellyttäviksi koetut vokaalit ja äänneet. Niitä ei enää pelätty eikä torjuttu vaan havainnoiden ääntä tuottaessa

hyväksyttiin se kehon tuntemus, mikä sillä hetkellä äänestä välittyi. Kaksi ryhmän jäsentä kommentoivat seuraavaa:

Mulla sattuu vähän selkään, varmasti siitä, että ollaan kovasti lonkkaniveliä palloteltu ja mä koitin vähän, jos lauloin I Y niin se tuntui se kipu, mutta sitä syvempää U:ta O:ta, UOU –mitä lauloin, sitä vähemmän se tuntui itse asiassa se lonkka. Jo se O niin se tuntui yllättävän paljon täällä rintakehässä ja tässä vatsassa.

...kyllä lihat on niin kipeenä ja tota muuta, en kovin sillai niin sanotusti tota monimutkaiseen tai taidokkaaseen en jaksanut lähteä, mutt' sitt' taas hämmästyin heti alussa, että kylläpäs A toimii hyvin ja pitkään.

4.1 Flow, vapaus ja leikki

Jotenkin leikkiä yhdessä, kun kuulee jonkun ottavan yhden sävelen, niin nyt se yrittää jo.

Mitä muuta improvisaation aikana koettiin kuin voimakasta yhteisöllisyyttä, tuntemusten jakamista sekä riskinottoa? Ryhmän jäsenet kertoivat monesti pitkien (13-32 min) improvisaatioiden jälkeen menettäneensä improvisaation aikana ajan- ja paikan tajun sekä kokeneensa hyvin intensiivistä läsnäoloa, jolloin myös kivut olivat unohtuneet tai ne oli ollut helpompi jättää syrjään. Tätä ryhmän kokemusta voisi kutsua termillä flow, jonka käsitteen on kehittänyt luovuustutkija Mihaly Csikszentmihalyi. Flow-kokemuksessa korostuu tässä-jannyt-hetki kokonaisuuden tunteena, johon liittyy totaalinen mukana olo ja joka tulee ennen tietoista ajattelua. Myös aika menettää tällöin merkityksensä tai se koetaan eri tavalla. Flow-kokemuksessa ihminen on yhteydessä omaan intuitioonsa. (Ahonen 2011, 29.)

Improvisaatiossa koettiin myös vapautta ja olemista ilman suorituspaineita. Terapeuttisessa improvisaatiossa ei ole oikeaa eikä väärää (Bunt & Pavlicevik 2001, 186). Se, että sai ja pystyi itse päättämään kuinka oli äänessä, vaikutti synnyttävän iloa ryhmän jäsenissä sekä kokeilun halua että innostusta musiikillisen ilmaisun parissa. Syntyi yhteinen leikki, jossa aikuinenkin voi olla vapaa luomaan tai olla luova (Winnicott 2005, 71). Luovuuden tila voi syntyä,

jos olosuhteet ovat otolliset; luovuus on mahdollista vapauden tilassa silloin kun ihmisen perustarpeet on tyydytetty (Lehtonen 2011, 115).

Luovuuden lähtökohtana, analyttisen teorian mukaan on lapsen ja äidin välille muodostuva transitionaalinen suhde, joka perustuu ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsen uudelleen hahmotukseen äidistä. Tällöin lapsi ei koe äitiään pelkästään tarpeiden tyydyttäjänä ja huolenpitäjänä vaan lapsi alkaa nähdä äidin erillisenä persoonana. Lapsen kehitysvaiheeseen kuuluu tuolloin transitionaali- eli siirtymäobjekti, jota yleensä rauhoittavat nallet tai rievut edustavat. Lapsen mieleen on tällöin kehittynyt erityinen psyykinen tila, joka ylläpitää yhteyttä äitiin. Lapsi voi luoda sisältöjä ja merkityksiä tuossa välitilassa, joka toimii siltana äidin läsnäoloon silloinkin, kun hän on poissa. Siirtymätilassa lapsen on mahdollista leikkiä ja kokeilla uusia yhteyttä ylläpitäviä keinoja ja merkityksiä. Siirtymätilasta tulee näin ollen luovuuden näyttämö ja kaiken kulttuurisen kokemisen perusta. (Lehtonen 2011, 115-116.) Tämä luovuuden tila on merkittävä myös aikuiselle, koska kyky rauhoittua ja hallita elämänsä liittyy pitkälti juuri ihmisen kykyyn luoda kokemuksistaan erilaisia mielikuvia (Lehtonen 1996, 75). Improvisaatio voi toimia luovuuden näyttämönä, jossa voi leikkiä äänillä, sointikuvilla sekä niihin liittyvillä tunteilla, käsitellä omaa sisäistä maailmaa musiikin kielellä (Lehtonen 2007, 61).

Luovaa leikkiä voidaan selittää myös leikin toimintajärjestelmän aktivoitumisella. Inhimillisessä käyttäytymisessä voidaan hahmottaa kahdeksan perustavanlaatuaista ja toisiinsa kytkeytyvää toimintajärjestelmää, joita ovat puolustus, kiintyminen, tutkiminen, energian säätely, hoivaaminen, sosiaalisuus, leikki ja seksuaalisuus. Nämä toimintajärjestelmät voidaan jakaa kahteen pääluokkaan: 1) niihin, jotka auttavat puolustautumaan uhkaavissa tilanteissa ja 2) niihin, jotka auttavat toimimaan arkipäivän tilanteissa, joissa ei ole uhkia. Kiintymisjärjestelmä muodostaa perustan kaikille muille järjestelmille, koska kiintymisjärjestelmä turvaa henkiin jäämisen ja aivotointojen parhaan mahdollisen kehityksen biopsykologisen säätelyn avulla. (Ogden, Minton & Pain 2009, 115-116.)

Tutkimista ja leikkimistä pidetään usein samankaltaisina, koska ne ilmenevät monesti yhdessä tai niin nopeasti toisiaan seuraten, että niitä on vaikea erottaa toisistaan, koska ne ikään kuin ilmenevät samanaikaisesti. Tutkimistoiminta johtaakin usein leikkiin ja myös päinvastoin: leikki voi johtaa uusiin liikkeisiin sekä ajatuksiin ja näin ollen lisätä tutkimista. Leikki aktivoi kuitenkin aivoissa eri kytkentöjä kuin tutkiminen, siksi leikki muodostaa oman toimintajärjestelmän, jonka tunnusmerkki on nauru, joka puolestaan vahvistaa kiintymistä ja sosiaalisia siteitä. Leikissä kohonnut vireystaso yhdistyy mielihyvään ja endorfiinituotannon lisääntymiseen, yleiseen hyvinvointiin sekä kohentuneeseen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Niin leikin kuin tutkimisen toimintajärjestelmillä on yhteinen rajapinta sosiaalisuuden järjestelmän kanssa, koska ne edesauttavat sosiaalista kiintymistä, yhteistyötä, viestintää, sosiaalisen aseman ja rakenteen määrittelemistä sekä johtamistaitojen kehittymistä. (Ogden ym. 2009, 123.)

Improvisaatio kivunhallintaryhmässä toimi leikin mahdollistajana, luovana tilana, jossa leikin toimintajärjestelmä saattoi aktivoitua. Yhteinen äänellä leikkiminen tuotti iloa. Musiikki edistää siis muutoksia mielialoissa ja emootioissa sekä aktivoi kokonaisvaltaisesti. Tämä todettiin myös Jyväskylän yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa, jossa vertailtiin työikäisten masennuspotilaiden (tutkimuksessa yhteensä 79 henkilöä) hoitokäytänteiden vaikuttavuutta masennuksen hoidossa. Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus osoitti hoitovasteen (50 % tai sitä suurempi oireiden väheneminen) olevan merkittävästi parempi niillä, jotka saivat kliiniseen improvisaatioon perustuvaa musiikkiterapiaa standardihoidon lisäksi kuin niillä masennuspotilailla, jotka saivat pelkkää standardihoitoa. (Punkanen 2011.)

4.2 Voimaantuminen

Improvisaatiossa koettu luova leikki antoi vahvan voimaantumisen kokemuksen kivunhallintaryhmälle. Voimaantuminen heijastui ryhmästä seuraavasti: alussa sisäänpäin kääntynyt ilmapiiri muuttui vapautuneeksi vuorovaikutukseksi, joka

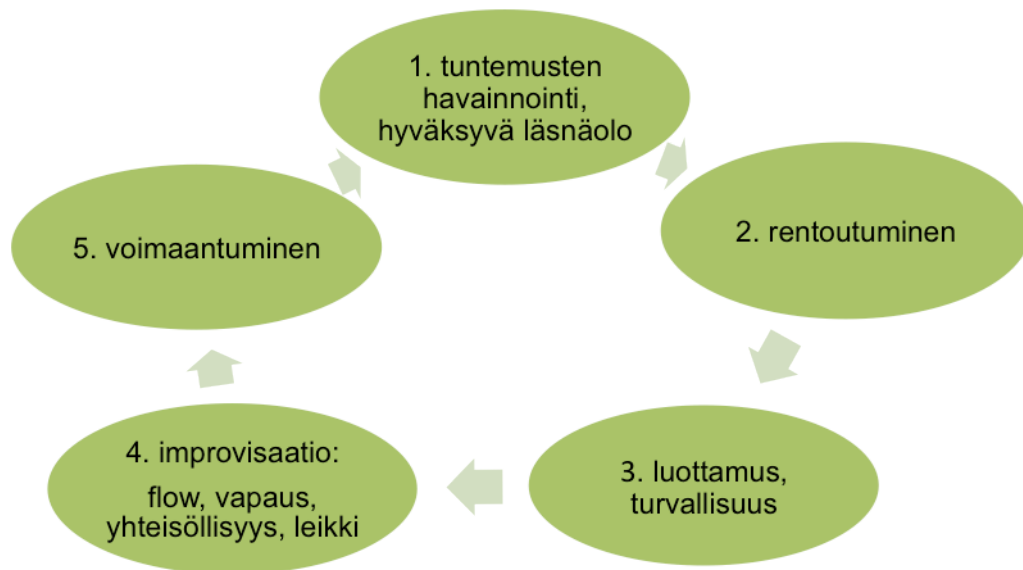
oli havaittavissa niin musiikillisessa ilmaisussa kuin verbaalisessa ja non-verbaalisessa kanssakäymisessä. Ilmeet ja eleet muuttuivat rennommiksi ja ryhmässä löytyi myös yhteinen huumori. Keskustelu vilkastui, toisia kannustettiin ja otettiin enemmän huomioon. Eräs ryhmän jäsenistä kuvasi ajatuksiaan seuraavasti viimeisellä kuntoutusjaksolla:

...kun olin täällä ekan viikon niin mietin miten mä voin olla täällä, meillähän ei ole mitään yhteistä mistä puhua, se oli vähän ahdistuksen tunne, oltiin kaikki, niin kuin rikkiäinen palapeli mihin mikään ei sopinut, mutta myös tämän laulun kautta meistä on tullut tiivis, huomattiin, meillä oli tämmösiä eri lihastestejä tänään, miten saattoi seistä yhdellä jalalla tai tällaista ja siinä oli sellainen voimakas ryhmä, että 'jaksaa jaksaa', kovasti toisiamme kannustettiin. Musta tuntuu, että myös se on tullut tästä laulusta.

Mistä voimaantumisen on kysymys? Voimaantumisen ja motivaation tutkimuksen käsitteet ovat hyvin lähellä toisiaan. Molempia yhdistää kiinnostus päämäärien asettamisesta, suuntaamisesta toiminnan seurauksia kohtaan. Kun motivaatioon liittyy itsen, toisen tai ryhmän motivointi, jota monesti käytetään välineenä, jolla pyritään ihmisen kehittymiseen ja persoonalliseen kasvuun, niin vastaavasti voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään ja siihen liittyy henkilökohtaisen näkökulman lisäksi myös sosiaalinen tekijä. Voimaantuminen on yhteydessä toimintaympäristön mahdollistaviin näkökohtiin kuten valinnanvapaus, ilmapiiri, arvostus ja turvallisuus. Lisäksi voimaantuminen on kytköksissä myös henkilökohtaiseen ja ympäristön hyvinvointiin sekä minän vahvistumiseen. (Herrala & Kahrola & Sandtröm 2009, 151.)

Voimaantumisen on siis kyse siitä, että ihminen omia tuntemuksiaan kuunnellen löytää omat sisäiset voimavaransa. Voimaantumiseen kuuluu myös vuorovaikutussuhteessa oleminen ympäristöön. Jotta voimaantumista voi syntyä tarvitaan turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri, joka synnyttää luottamusta ja mahdollistaa hyväksyvän läsnäolon. Seuraava laatimani kuvio (Kuvio 1) pyrkii ilmentämään kivunhallintaryhmässä syntyneitä voimaantumisen prosessia, joka sai alkunsa 4. sessiossa. Lähtökohtana voimaantumisen prosessissa oli omien tuntemusten havainnointi, josta seurasi eri elementeistä koostuva ketju, joka synnytti voimaantumisen kokemuksen. Vaikutti myös siltä, että ensimmäinen

voimaantumisen kokemus synnytti kivunhallintaryhmässä ikään kuin voimaantumisprosessin jatkumon koko musiikkiterapiaprosessin aikana:



Kuvio 1. Voimaantumisen prosessi kivunhallintaryhmässä.

4.3 "Lena" ja laulun löytyminen

Improvisaatioissa koettiin siis voimaantumista kollektiivisena kokemuksena, mutta näissä improvisaation hetkissä tapahtui paljon myös yksilötasolla. Esimerkkinä nyt "Lena", jolle improvisoinnin kokemus oli erityisen merkittävä tuon 4. sessiossa syntyneen yhteisestikin tärkeäksi koetun improvisaation jälkeen:

Lena: Mä mietin taas ihan omalta kohdaltani sitä, mitä tämä yhteinen äänen tuottaminen synnyttää luottamusta... koska periaatteessa minä en osaa laulaa.

Lasse: Ihan totta?

Lena: Joo (nauraen), en säveltäkään.

Lasse: Ihan oikeesti?

Lena: Joo!

Elina ja Lasse (yhtä aikaa): Kyllähän sä osaat!

Lena: Ainoastaan näin.

Lasse: Pois tuo skeptisyys!

Elina: Tota mie en usko!

Lena: Ei mutta ihan työssäni se on ongelma, en pysty koskaan tuottamaan sitä odotettua säveltä esimerkiksi kun joudun laulamaan... Että tää jotenkin, mua, täytyy syvä ilo kun tässä yhdessä...

Lasse: Kuitenkin sullahan on sointuva, kaunis ääni!

Lena: ...ihan tää tilanne, tää yhteinen laulun tuottaminen tuotti suurta iloa...

Tavatessamme ensimmäisen kerran Lena oli kokenut olevansa laulutaidoton ja hän kertoi viimeisessä sessiossa tarkastellessamme yhdessä koettua prosessia, olleensa hyvin jännittynyt tullessaan musiikkiterapiaan kivunhallintakurssille. Improvisaation aikana hän oli kyennyt nauttimaan omasta äänestään ensimmäistä kertaa moneen vuoteen, kertomansa mukaan hänelle oli lapsesta asti muotoutunut käsitys omasta laulutaidottomuudesta. Ympäristön asettamat vaatimukset ja suorituspainet olivat seuranneet häntä läpi elämän ja ympäristön kehoituksesta hän olikin päättänyt 15 vuotta sitten olla käyttämättä julkisesti laulunäntään. Ava Numminen (2005) on väitöstutkimuksessaan ”Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi” pohtinut ympäristön vaikutusta laulutaidottomuuden kokemukseen. Negatiiviset käsitykset omasta laulutaidosta ovat syntyneet pitkälti juuri ympäristön vaikutuksesta ja kielteisestä suhtautumisesta. Nummisen (2005) tutkimus osoittaaakin, että laulutaidottomuus ei ole yksilön pysyvä ominaisuus vaan laulutaitoa voi kehittää lähtötasosta riippumatta myös aikuisiällä. Laulamisen parissa koetuilla onnistumisen kokemuksilla on selvä yhteys myös itseilmaisuuksiin, esiintymisvarmuuteen ja itseluottamukseen. Avaimena laulamisen lukkojen poistamiseen on myönteiseksi ja turvalliseksi koettu ilmapiiri. (Numminen 2005.)

Lena oli kokenut improvisoinnin vapauttavana kokemuksena, jossa suorituspakkoa ei ole. Tämä oli ollut hänelle avaimena omasta äänestä nauttimiseen. Myös kaikki ryhmän jäsenet olivat positiivisesti yllättyneitä omasta äänestään, kun kuuntelimme 5. sessiossa tuon 4. session improvisaation. Kuuntelukokemus selvästi ilahdutti ryhmää, mutta vaikutti myös vahvistavan itseluottamusta erityisesti niiden ryhmän jäsenten kohdalla, jotka kokivat olleensa laulutaidottomia tai epämusikaalisia kivunhallintakurssin alkaessa.

5 RENTOUTUMINEN SILTANA TODELLISEEN MINÄÄN JA TODELLISEEN SINÄÄN

Miksi ihmisääni, yhdessä tuotettu ääni koettiin kivunhallintaryhmässä syvästi rentouttavana? Vaikuttaa siltä, että vokaalien ja äänteiden tuottamisesta syntyvät fyysiset aistimukset (äänen värähtely kehossa), jotka havainnoiden tiedostetaan, olivat perustavana elementtinä kivunhallintaryhmän rentoutumisen kokemuksessa. Äänen värähtelyn pystyi jokainen aistimaan kuin sisäisenä hierontana kehossaan. Äänen avulla voi siis tulla kosketetuksi hyvin kokonaisvaltaisesti. Kivunhallintaryhmän jäsenet kertoivat seuraavaa:

Hyvin kyll' se rentouttaa... Mä yhtenä päivänä nukahdin niin totaalisesti.

Minust on vaan niin, pää tyhjänä tuottaa ääntä eikä ajattele mitään muuta, koska silloin jos ajattelee jotain muuta niin ei pysty keskittymään. Mutt' kun koittaa pitää pään vaan tyhjänä ja ajatella vaan sitä ääntä ja miltä se ääni tuntuu.

Mutta ett' tosiaankin, hengitysharjoitus on se fiilis, mikä mulle tuli mieleen.

...mutta ihan itse laulaessa, tuottaessa ääntä niin huomasin jo että rupesin näkemään unia. Tosi hyvä rentouttaminen.

...huomaan vaan, että mä pystyn vetämään syvempiä henkäyksiä kun mä olen laulanut pienen hetken. Pystyn käyttämään ilmanvarastointitilaa paremmin.

...mun mielestä on kiinnostavaa miten mietiskelevää tää on. Tosi helppoa antaa vaan ajatusten virrata vapaasti kun keskittyy tähän äänen tuottamiseen.

Punkanen (2004) kirjoittaa artikkelissaan FA-menetelmän synnyttämästä syvärentoutumisen tilasta, jota voidaan kutsua myös muuntuneen tietoisuuden tilaksi eli ASC-tilaksi (altered states of consciousness). Muuntuneessa tietoisuuden tilassa, joka poikkeaa normaalista valveilla olon tilasta, ihminen on vastaanottavainen ja antaa yleensä alitajuisiksi jäävän materiaalin virrata tietoisuuteen. Tällöin kognitiivisesti liikutaan kehityksellisessä hierarkiassa taaksepäin, jolloin rationaalinen, todellisuuteen orientoitunut sekundaariprosessin ajattelu vaihtuu primaariprosessiksi, jossa mielikuvia ja fantasioita on mahdollista nousta enemmän tietoisuuteen. (Punkanen 2004.)

Luonnollisessa, rentouttavassa äänenkäytössä yhdistyy syvä rentoutumisen tila, mutta myös omien tuntemusten samanaikainen ilmentäminen oman äänen avulla. Näin ollen alitajunnasta virtaavaa materiaalia voidaan samalla jakaa toisten kanssa yhdessä ääntä tuottaen. Pelkkä mielikuvakin äänen tuottamisesta saattaa rentouttaa; eräs kivunhallintaryhmän jäsen kertoi kohdatessamme toisella ja kolmannella kuntoutusjaksolla, tehneensä äänettömästi mielikuvien avulla rentouttavaa ääntä nukahtamisvaikeuksissa. Hän koki saaneensa apua:

...mä oon yrittänyt tätä, kun en oo saanut unta, niin äänettömänä, tavallaan ajatuksissani tuottaa näitä. Se on tehonnut minuun...

Uusimmissa aivotutkimuksissa on osoitettu, että mielikuvituksen voimalla tuotettu musiikki aktivoi pitkälti samoja aivoalueita kuin oikeasti kuultu musiikki. Mielen sisäinen hyräily aktivoi sekä kuuloaivokuoren että motorisen aivokuoren alueita. Jos melodiassa on sanat, tällöin kuuloaivokuoren aktivaatio kattaa sekä vasemman että oikean assosiativisen alueen, jos melodiassa ei ole mukana sanoja, kuuloaivokuoren aktivaatio rajoittuu vain oikeaan aivopuoliskoon. (Tervaniemi 2006, 186.) Kivunhallintaryhmä määritteli rentoutumisen kokemuksesta myös meditaatioksi. Meditaation fysiologisia vaikutuksia on tutkittu tarkasti viime vuosina. Meditaation aikana hapenkulutus vähenee, syke ja hengitystaajuus hidastuvat sekä liikuntaelimistön lihakset rentoutuvat. Ihon johtavuus alenee, jolloin hieneritys vähenee ja iho johtaa heikkoa sähkövirtaa eri tavoin kuin aiemmin. Näin ollen sympaattisen hermoston toiminta vähenee ja parasympaattisen hermoston toiminta lisääntyy. Lisäksi EEG:ssä ilmenee näkyvä aivotoiminnan muutos; esimerkiksi syvässä unessa ilmeneviä hitaita eli niin sanottuja alfa-aaltoja on havaittu olevan tällöin enemmän. (Uvnäs Moberg 2007, 174-175.) Rentoutuminen vähentää vasemman aivopuoliskon aktiivisuutta ja vastaavasti lisää oikean aivopuoliskon aktiivisuutta (Uvnäs Moberg 2007, 174) eli sama aivopuolisko aktivoituu myös silloin kun hyräillään ilman sanoja mielen sisäisesti (Tervaniemi 2006, 186).

Ääni koskettaa kokonaisvaltaisesti niin kehoa kuin mielenmaisemaa. Reznikoffin (2005) mukaan äänen avulla saa yhteyden syvään tietoisuuteen;

hänen näkemyksensä mukaan ihmisen syvin tietoisuus on rakentunut äänestä. Tätä väitettä Reznikoff (2005) perustelee auditiivisen aistin varhaisella kehitymisellä ja jo sikiön aistimalla ääniympäristöllä. (Reznikoff 2005.) Nykytutkimusten mukaan sikiön kuulojärjestelmä on aktiivinen aina korvasta aivokuorelle asti raskauden puolivälin jälkeen (Huotilainen 2010, 55; 2009; 2006, 143). Eli tämän jälkeen sikiö myös kuulee ääniympäristöä, joka koostuu äidin elimistön äänistä, vääristyneestä äidin puheäänestä sekä äidin kehon ulkopuolelta kantautuvista vaimentuneista äänistä. Huomattavaa on, että sikiölle äidin puhe sinänsä on moniaistinen ja hyvin merkityksellinen ärsyke. Sikiö aistii äidin puheeseen liittyvät liikkeet, kävelytavan muutokset, lihasten jännittyneisyyden ja puhetta semanttisiin jaksoihin rytmittävän hengitysliikkeen yhdistettynä hengityksen aiheuttamaan taukoon ja tyypilliseen prosodian muutokseen; kaikki tämä on sikiölle päivästä toiseen toistuva sekä selkeästi aistittava yhteys. (Huotilainen 2009, 2575.) Varhaislapsuuden kokemusmaailma jo sikiöajalta asti on musiikkikokemuksen perusta (Lehtonen 2010, 242-243; Lehtonen 2007, 57). Pohjautuen viime aikaisiin sikiön aivotoiminnasta tehtyihin tutkimuksiin voidaan siis todeta, että ihminen on jo ennen syntymäänsä aistinut musiikin eri elementtejä: rytmiä, melodiaa, harmoniaa, äänen eri sävyjä – ääniympäristöstä, joka kohtuun välittyy. Tämä voisi selittää sitä miksi musiikki koskettaa syvimpiä tunteitamme; musiikki on auditiivinen kanava ihmisen arkaasiin, ei-kielellisiin kehitysvaiheisiin, joka on kieltä vanhempi (Lehtonen 2010; 243; Lehtonen 2007, 58).

5.1 Äänen autenttista liikettä?

Jos kuuloaisti on yksi sikiöajan varhaisimmista aisteista niin tuntojärjestelmän aistinsolut kehittyvät sikiön aistijärjestelmästä ensimmäisinä. Tuntojärjestelmässä nähdään myös ensimmäinen ärsykkeen aiheuttama reaktio. Tuntoaistinsolujen toiminta johtaa motoriseen reaktioon jo ennen aivojen kehittymistä. Kysymyksessä on tällöin selkäytimen tai aivorungon

säätelmä refleksi, joka havaitaan kahdeksannen raskausviikon jälkeen hiuskosketukseen suun ja posken alueella. Tuntoherkkyys leviää kasvoilta käsiin ja vähitellen koko ihon alueelle. Tunto- ja motoriselle järjestelmälle on olennaista, että stimulaatio edistää motoriikan kehittymistä aivojen muotoutuvuusmekanismien kautta. (Huotilainen 2006, 141.) Sikiölle kohtu, sen lisäksi, että se tarjoaa rikkaan ääniympäristön, on sikiön tuntoaistin kannalta myös erittäin stimuloiva ympäristö. Äidin liikkeet ja lihasten toiminta ovat tyypillisiä jatkuvan stimulaation muotoja kohdussa ja ne ovat välttämättömiä tunto- ja motorisen järjestelmän normaalin kehityksen kannalta. Lisäksi sikiön lihakset liikkuvat koko raskauden ajan ja aiheuttavat näin jatkuvaa stimulaatiota. (Huotilainen 2006, 141-142.)

Liike ja ääni ovat olleet siis ihmisen elämysmaailmassa varhaisesta vaiheesta alkaen. Molempiin liittyy kosketus. Kivunhallintaryhmän ääni-improvisaatioissa on havaittavissa yhtäläisyyksiä tanssiterapian piiriin kuuluvan suuntauksen, autenttisen liikkeen kanssa. Autenttisen liikkeen kolme keskeistä näkökulmaa ovat *sisäinen kuunteleminen, todistaminen ja prosessorientoituminen* (Musicant 1994, 91). Autenttisen liikkeen harjoituksissa on läsnä liikkuja ja todistaja. Liikkujan aikeena on olla dialogissa omaan syvimpään sisimpään aistimusten, tunteiden ja mielikuvien avulla. Alitajunta saa liikkujan liikeimprovisaatioissa näin ollen kehollisen muodon liikkujan seurattessa omia tuntemuksiaan. Liikkujan alitajunnasta virtaava materiaali näyttäytyy todistajalle liikkujan liikekielessä, mikä syventää kokemusta. Vaikka todistajan huomio kohdistuu liikkajaan, hän on samalla yhteydessä omaan kokemukseen havainnoimalla kehon tuntemuksiaan, tunteitaan, mielikuviaan ja ajatuksiaan. (Musicant 1994, 91-92; Adler 1999, 142.)

Kivunhallintaryhmän parissa tehdyissä ääniharjoituksissa ja improvisaatioissa lähestyttiin äänen tuottamista omia tuntemuksia kuunnellen. Eli ääntä lähestyttiin sisäisen kuuntelemisen kautta; mikä tanssiterapiassa, autenttisessa liikkeessä koetaan liikkeen kautta, kivunhallintaryhmässä vastaavasti koettiin äänellä. Kaikki ryhmässä toimivat ikään kuin toistensa todistajina tuntemusten jakamisessa; kivunhallintaryhmässä kaikki olivat samanaikaisesti äänessä kun

tanssiterapiassa vuorotellaan liikkujan ja todistajan rooleja. Prosessissa oleminen muodostui myös tärkeäksi kivunhallintaryhmässä. Olikohan siis ääni-improvisaatioissa kyseessä äänen autenttinen liike ja tanssi?

6 TUTKIMUSTULOKSISTA – KIVUNHALLINTAA AKTIIVISELLA MUSIIKKITERAPIALLA

6.1 Äänenkäyttö rentouttaa ja aktivoi

Edellisissä kappaleissa on kuvattu ja tarkasteltu kivunhallintaryhmän kokemuksia luonnollisen äänenkäytön parissa. Musiikilla on vahva vaikutus tunteisiin, stressiin, rentoutumiseen, unihäiriöihin sekä kipuun (Bernatzky, Strickner, Presch, Wendtner & Kullich 2012, 258); tämä voidaan havaita myös tähän tutkimukseen osallistuneen kivunhallintaryhmän kohdalla. Yhdessä tuotettu ääni koettiin kehoa ja mieltä rentouttavana, jolloin hengitys syveni ja lihaskireydet poistuivat. Kivusta ryhmällä oli moninaiset kokemukset; osa koki etenkin improvisaatioiden aikana kipujen lieventyvän tai poistuvan kokonaan, osalla ryhmästä aktiivinen äänen tuottaminen toi toisinaan kipuja pintaan. Kokemus kivusta oli näin ollen vaihteleva ja hyvin yksilöllinen sekä päiväkohtainen.

Viime vuosien tutkimuksissa (Ks. Mitchell & MacDonald 2006; Mitchell & MacDonald 2012; Miranda, Kaila-Kangas & Ahola 2011) on havaittavissa sukupuolten välisiä eroja kivun kokemisessa ja kipukäyttäytymisessä. Esimerkiksi Mitchellin ja MacDonaldin (2006) tutkimuksessa naiset arvioivat kivun määrän merkittävästi vähemmäksi mielimusiikkiaan kuunnellessaan (Mitchell & MacDonald 2006). Vastaavasti tässä kivunhallintaryhmän parissa toteutuneessa tapaustutkimuksessa naiset kokivat monesti äänen tuottamisen aikana kivun poistuneen kokonaan; miehet puolestaan kokivat lihasjännityksen helpottuneen yhteisen äänen tuottamisen jälkeen. Yleistettäviä johtopäätöksiä

tämän tapaustutkimuksen perusteella ei voida tehdä, mutta mielenkiintoista olisi jatkossa tutkia tätä aihepiiriä – miesten ja naisten kivun kokemusten että kipukäyttäytymisen yhteneväisyyksiä ja mahdollisia eroja.

Tässä tapaustutkimuksessa kaikki kivunhallintaryhmässä kuitenkin kokivat äänenkäytön syvästi rentouttavana ja myönteisenä vaikka jokaisella kokemus oli yksilöllinen. Syvä rentoutumisen kokemus ilmeni musiikkiterapiasessioissa myös nukahtamisina; äänen tuoton lomassa saatettiin välillä nukahtaa ja nähdä myös unia.

Sen lisäksi, että luonnollisella äänenkäytöllä oli rentouttava vaikutus, se myös aktivoi alitajuntaa tuomalla mieleen erilaisia mielikuvia, miellelyhtymiä lapsuuteen sekä lapsuuden ja nuoruuden ajan lauluja. Luonnollinen äänenkäyttö tarjoaa näin ollen myös mahdollisuuden psykodynaamiseen työskentelyyn.

6.2 Voimaannuttava improvisaatio

Kivunhallintaryhmässä musiikkiterapiaprosessin aikana syntyi myös merkittävä ilmiö, improvisaatio, jossa koettiin voimaantumista niin ryhmässä kuin yksilötasolla. Tämän tutkimusryhmän parissa musiikkiterapian menetelmistä juuri improvisaatio tarjosi otollisen maaston, jossa pystyi tarkastelemaan ja jakamaan omia tuntemuksiaan, kokemaan yhteisöllisyyttä sekä sisäistä vapautumista ja vapautta, luovaa leikkiä musiikillisen ilmaisun, tässä tapauksessa äänen tuottamisen kautta. Bruscia (1987) mukaan juuri omalla äänellä tuotettu improvisaatio tarjoaa kokonaisvaltaisen kokemuksen alitajunnasta kumpuavan materiaalin esille saattamisessa. Äänellä tuotetun improvisaation elementtejä ovat keho, hengitys, ääni, rytmi, melodia, sanat (tässä tapauksessa vokaalit ja äänteet), harmonia ja mielikuvat, jotka vahvistavat ihmisen sisäistä kokemusta itsestä. (Bruscia 1987, 357-358.)

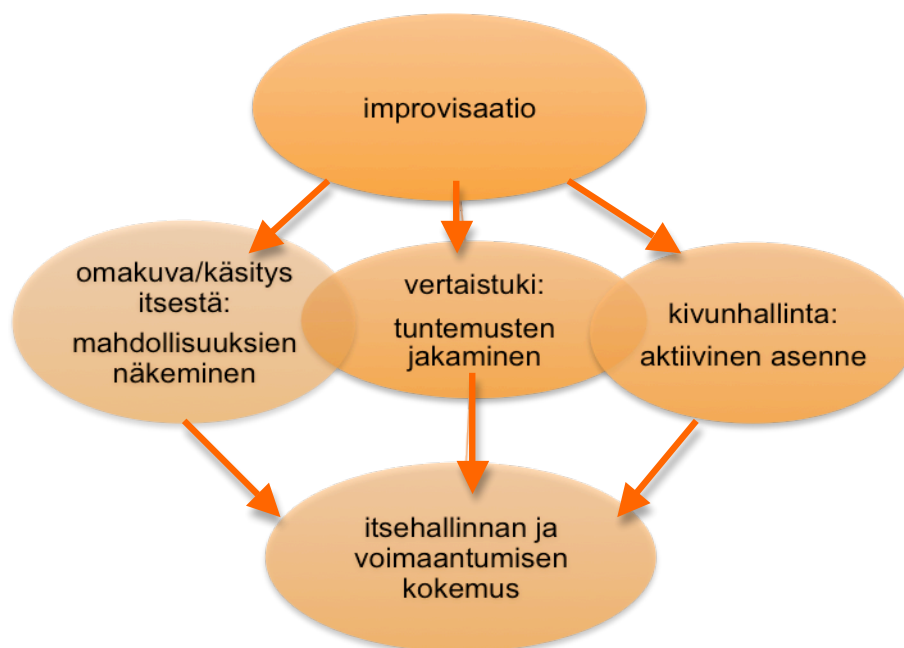
Vaikuttaa siltä, että improvisaatioiden suurimpia merkityksiä kivunhallintaryhmässä niin yksilö kuin ryhmätasolla oli yhteisessä äänen tuottamisessa koettu *vapaus*, improvisaatioissa kun voitiin olla äänessä mahdollisuuksista käsin. Saattaa olla, että vapauden tunnetta lisäsi myös se, että jos muuten elämässä oli fyysisiä rajoitteita niin improvisaatioissa niitä rajoitteita ei ollut. Myös ryhmän nimeämä "*solidaarisuuden tunne*" oli hyvin merkityksellistä. Ryhmässä koettiin vertaistukea niin musiikillisen ilmaisun parissa kuin keskustellen. Lisäksi improvisaatio perustui *riskinotolle*; omalla äänellä oltiin aluksi tuntemattomalla maaperällä, mutta omaa ääntä uskallettiin tuottaa omia tunteuksia kuunnellen. Improvisaatioissa koettu riskinotto mahdollisti myös "epämukavuusalueelle" siirtymisen eli tällöin uskallettiin käyttää myös niitä vokaaleja tai ääniteitä, jotka musiikkiterapiaprosessin alkupuolella olivat tuntuneet epämiellyttäviltä. Viimeisellä kuntoutusjaksolla epämiellyttäviksi koetuilla vokaaleilla uskallettiin leikkiä ja näin ollen ottaa itse aktiivinen asenne kipua kohtaan, jossa kipu ei määrittele minua vaan minä kipua. Tämä kaikki tarjosi itsehallinnan ja voimaantumisen kokemuksen, jossa lähtökohtana oli itsensä sisäinen kuunteleminen.

Kivunhallintaryhmän kokemuksissa on nähtävissä samat musiikin tukea-antavat ominaisuudet, joita Pothoulaki, MacDonald ja Flowers (2012) määrittelevät artikkelissaan, jossa he käsittelevät musiikin käyttöä kroonisten sairauksien hoidossa: musiikki tarjoaa 1) sosiaalista tukea, 2) tunteiden kokemista musiikissa/musiikin avulla ja 3) kokemusta itsehallinnasta. (Pothoulaki, MacDonald & Flowers 2012, 248-250.)

6.3 Musiikkiterapia tukee moniammatillisen kuntoutuksen yhteisiä tavoitteita

Kivunhallintakurssin yhteinen tavoite moniammatillisessa kuntouttamisessa oli auttaa kuntoutujaa löytämään omia *voimavaroja* ja keinoja oman elämäntilanteen jäsentämisessä sekä *itsehallintakeinojen* löytämisessä. Lisäksi kuntoutusohjelman tavoitteissa korostui *vertaistuen* mahdollisuus. Tämän

tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että musiikkiterapia tuki näitä yhteisiä kuntoutuksen tavoitteita hyvin tutkimukseen osallistuneen kivunhallintaryhmän kohdalla. Erityisesti musiikkiterapian menetelmä improvisaatio tarjosi kivunhallintaryhmälle luovan tilan, joka mahdollisti itsehallinnan ja voimaantumisen kokemuksen. Improvisaation suhdetta kivunhallintakurssin yhteisiin tavoitteisiin kuvaan seuraavan kuvion avulla (Kuvio 2):



Kuvio 2. Improvisaation vaikutukset itsehallinnan ja voimaantumisen kokemukseen.

Kivunhallintaryhmäläiset nostivat itse esille musiikkiterapian vaikutukset myös muuhun kuntoutukseen. Ryhmässä koettiin musiikkiterapia vahvana yhteisöllisyyden tuojana, joka heijastui “tsemppihenkenä” esimerkiksi fysioterapiassa tehdyissä lihaskuntoharjoituksissa. Myös yksilötasolla musiikkiterapia heijastui arkielämään; kaksi ryhmän jäsenistä kertoivat tekevänsä viikottain rentouttavaa ääntä kotona. Toinen heistä oli myös paljon pohtinut sitä, miten ja missä muodossa voisi jatkossa tehdä äänellä rentoutusharjoituksia ryhmässä sekä kuinka voisi mahdollisesti hyödyntää työssään rentouttavaa äänenkäyttöä.

Yhdessä koetulla musiikilla voidaan siis vaikuttaa psykologisiin tavoitteisiin; minäkuvan ja yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistamiseen sekä itsehallinnan kokemukseen, jossa keskeistä on tunne siitä, että pystyy itse vaikuttamaan omaan toimintaansa, ympäristöönsä, kokemuksiinsa ja tunteisiinsa. Tähän on vahvasti sidoksissa kokemus pystyvyydestä ja osaamisesta. Musiikkikokemuksessa musiikki toimii muutosvoimana vaikuttamalla yksilön tunnetilaan, josta seuraa uusien näkökulmien löytäminen. (Saarikallio 2010, 283-284.)

Ryhmä toi esille harminsa viimeisessä musiikkiterapiasessiossa kuntoutuksen keskeyttäneistä ryhmän jäsenistä; heitä ja heidän ääniään kaivattiin. Paikalla olleet ryhmän jäsenet pohtivat sitä, olisivatko kaikki (6 henkilöä) ryhmästä jatkaneet koko kuntoutuksen ajan, jos musiikkiterapiaa olisi ollut aivan ensimmäisestä kuntoutusjaksosta saakka (kaksi lopetti toisen jakson jälkeen, yksi lopetti kolmannen jakson jälkeen). Musiikkiterapia kun tuli nyt mukaan toisella kuntoutusjaksolla (elokuussa 2011), jolloin ensimmäinen kivunhallintaryhmän yhteensä neljästä kuntoutusjaksosta oli takana.

Tärkeäksi musiikkiterapiassa koettiin myös levollinen ilmapiiri, joka tuli rentoutumisen kokemuksesta, mutta siihen vaikutti myös terapiasession kesto (90 min). Aikaa oli riittävästi tilanteeseen laskeutumiseen ja hetkessä lepäämiseen sekä keskusteluun. Oman haasteen ryhmään toi kuntoutustahon tiivis ohjelma ja aikataulu, jolloin päällekkäisyyksiä tuli muun muassa lääkäriaikojen ja musiikkiterapian kanssa. Ryhmä oli kuitenkin joustava eikä häiriintynyt ryhmädynamiikan ajoittaisista muutoksista.

7 LOPUKSI

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt ymmärtämään kivunhallintaryhmän kokemuksia sekä musiikkiterapiaprosessissa esille nousseita ilmiöitä tarkastellen niitä fenomenologis-hermeneuttisesta tutkijan näkökulmasta käsin (Ks. edellinen artikkeli s. 12), peilaamalla kivunhallintaryhmän kokemuksia omaan kokemukseeni ja havaintoihini sekä saatavilla olleeseen kirjalliseen

lähdeaineistoon. On selvää, että tämän tapaustutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska lähtökohtana on ollut yhden ryhmän kokemukset, joita laadullisin menetelmin on tarkasteltu. Tässä tutkimuksessa kivunhallintaryhmän jäsenten sairaudet on käsitelty yhteisellä nimikkeellä “tuki- ja liikuntaelinten vaikeat kiputilat”, koska yhdessä opinnäytetyössä on rajallinen mahdollisuus käsitellä moninaisia kivun syitä ja sairauksien ilmenemismuotoja. Tutkimuksen tarkoituksena olikin saada tämän kohderyhmän parissa tietoa siitä, kuinka aktiivinen musiikkiterapia, tässä tapauksessa rentouttava äänenkäyttö koetaan kipupotilaiden parissa ja näin ollen antaa siis suuntaa aktiivisen musiikkiterapian mahdollisuuksista osana moniammatillisista kuntoutusta.

Suunnitellessani tätä tapaustutkimusta kivunhallintaryhmän parissa, en tiennyt millaiseen prosessiin opintoihini liittyvä musiikkiterapiaharjoittelu tulisi minua kuljettamaan musiikkiterapeuttiopiskelijana että tutkijana. Olen ollut hyvin hämmästynyt siitä, kuinka myönteisen vastaanoton “Äänenkäyttö rentoutumisen tukena” –kurssi sai kivunhallintaryhmässä. Ennen musiikkiterapiajaksojen alkamista yhteistyötaho kertoi ryhmän olevan haasteellinen, koska ryhmän jäsenillä oli kaikilla vaikeita tuki- ja liikuntaelinten kiputiloja. Musiikin äärellä koetuissa vuorovaikutustilanteissa saatoin vain ihmetellä sitä voimaantumisen kokemusta, joka ryhmästä välittyi. Mietin monta kertaa improvisaatioiden aikana niin niiden syntyhetkellä kuin äänitteeltä niitä jälkikäteen kuunnellessani, kuinka kaunista ja koskettavaa on ihmisen syvin ääni. Aitous, josta heijastuu läsnäolo ja sisimmäiset tunteet.

Koen, että äänenkäyttö terapiatyössä vaatii molemmilta – niin asiakkaalta kuin myös terapeutilta rohkeutta olla äänessä. Terapeutilta äänenkäyttö työskentelymenetelmänä edellyttää mielestäni erityistä herkkyyttä kuunnella ja aistia tilannetta sekä pitää tarvittaessa asiakkaiden kokema tunnetaso siedettävällä tasolla. Vaikka improvisaatioissa menttiin välillä hyvinkin “syvissä vesissä”, vaikutti siltä, että rakennetta ja turvaa loi improvisaatioissa hengitysrytmin levollisuus, joka tuli kivunhallintaryhmäläisten rentoutumisesta. Mielestäni tämä äänenkäytön levollisuus tarjosi turvallista rakennetta kuin myös se, että kaikki kokemukset purettiin keskustelemalla tai keskusteluun tarjottiin

aina mahdollisuus. Koin olevani musiikkiterapiaprosessissa kanssamatkaajana, joka erityisesti improvisaatioissa oli monesti taustoittajan ja maadoittajan roolissa, luoden omalla äänellä pohjaa, joka tukee, kannattelee ja antaa myös tarvittaessa emotionaalista turvaa asiakkaille heidän ilmaistessaan äänellä omia tunteita (Ks. Gardstrom 2007, 114-115; Wigram 2004, 93-95; Bruscia 1987, 358; Baker & Uhlig 2011, 345).

Tässä musiikkiterapiatutkimuksessa ei tullut vastaan tilanteita, joissa asiakkaiden tunteiden sietokyky olisi ylittynyt; päin vastoin, yhteinen äänen tuottaminen koettiin rentouttavana myös improvisaatioiden aikana. Jatkoa ajatellen on kuitenkin hyvä tiedostaa luonnollisen äänenkäytön vaikutukset; syvä rentoutumisen tila sekä vastaavasti myös alitajunnan aktivoituminen (tunteet, mielikuvat, muistot ym.) ja pohtia kenelle luonnollinen äänenkäyttö sopii. Kivunhallintaryhmässä luonnollinen äänenkäyttö työskentelytapana toimi hyvin rentouttaen kehoa sekä mieltä, vähentäen lihasjännitystä sekä aktivoiden alitajuntaa nostamalla muun muassa mielikuvia ja nuoruuden aikaisia lauluja pintaan sekä tarjoamalla voimaantumisen kokemuksen. Katson kuitenkin luonnollisen äänenkäytön avulla saavutettavan syvärentoutustilan vuoksi työskentelytapana olevan sopivan esimerkiksi psykoosiin taipuvaisten ihmisten kohdalla (Ks. Kalliokoski 2008, 131-132).

Tämä musiikkiterapiaharjoitteluna toteutunut tapaustutkimus oli minulle hyvin antoisa oppimiskokemus ja tutkimusprosessi, joka avasi äänenkäytön mahdollisuuksia konkreettisella tavalla. Ääni todellakin antaa kipupotilaalle jotakin konkreettista, "johon tarttua" ja jolla voi kohdata kipua ja mahdollisesti saada siihen helpotusta. Yllätyksenä – positiivisena sellaisena tuli kivunhallintaryhmässä koettu yhteisöllisyys ja voimaantumisen tunne. Siipirikkin voi laulaa, jos ei se pysty lentämään. Lämmin kiitos kaikille kivunhallintaryhmään osallistuneille; teitte mielenkiintoisen prosessin mahdolliseksi. Prosessin, joka jatkuu.

LÄHTEET

- Adler, J. 1999. Who is the witness? A description of authentic movement. Teoksessa P. Pallaro (toim.) *Authentic movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 141-159.
- Ahonen, H. 2011. Musiikki ja vuorovaikutus. Improvisaatio – itsen toteuttamista ja ihmisen ikävää toisen luo. Teoksessa L-M. Lilja-Viherlampi (toim.) *Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksista*. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 57. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 12-34.
- Ahonen-Eerikäinen, H. 2007. *Group Analytic Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Baker, F. & Uhlig, S. 2011. Diversity in Approaches to Therapeutic Voicework. Developing a Model of Voicework in Music Therapy. Teoksessa F. Baker & S. Uhlig (toim.) *Voicework in music therapy. Research and practice*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 333-349.
- Bernatzky, G., Strickner, S., Presch, M., Wendtner, F. & Kullich, W. 2012. Music as non-pharmacological pain management in clinics. Teoksessa R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (toim.) *Music, health, & wellbeing*. New York: Oxford, 257-275.
- Bruscia, K. 1987. *Improvisational models of music therapy*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. (edit.) 1998b. *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bunt, L. & Pavlicevic, M. 2001. Music and emotion: Perspectives from music therapy. Teoksessa P. N. Juslin & J. A. Sloboda (toim.) *Music and emotion. Theory and research*. New York: Oxford University Press, 181-201.
- Gardstrom, S. C. 2007. *Music therapy improvisation for groups: essential leadership competencies*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Huotilainen, M. 2006. Hermoston kehitys ennen syntymää. Teoksessa H. Hämäläinen, M. Laine, O. Aaltonen & A. Revonsuo (toim.) *Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja*. Turku: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, Turun yliopisto, 138-145.
- Huotilainen, M. 2009. Sitä äitiä kuuleminen jonka kohdussa asunto. Lapsi kuulee ja oppii jo kohdussa. *Duodecim* 2009; 125: 2573-7. Www-muodossa <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98456.pdf> Viitattu 23.3.2012
- Huotilainen, M. 2010. Kuulojärjestelmä. Teoksessa J. Louhivuori & S. Saarikallio (toim.) *Musiikkipsykologia*. Jyväskylä: Atena, 47-56.
- Kalliokoski, M-L. 2008. Psykoosipotilaan hoitosuhde. Teoksessa R. Antikainen & M. Ranta (toim.) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Duodecim, 131-140.
- Lehtonen, J. 2011. Tietoisuuden ruumiillisuus. *Mieli, aivot ja olemassaolon tunne*. Helsinki: Duodecim.
- Lehtonen, K. 1998. *Musiikki, kieli ja kommunikaatio. Mietteitä musiikista ja musiikkiterapiasta*. 2. muuttumaton painos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Musiikkitieteen laitos.

- Lehtonen, K. 2007. Musiikin symboliset ulottuvuudet. Suomen musiikkiterapiayhdistys.
- Lehtonen, K. 2010. Musiikki ja psykoanalyysi. Teoksessa J. Louhivuori & S. Saarikallio (toim.) Musiikkipsykologia. Jyväskylä: Atena, 237-258.
- Mitchell, L. & MacDonald, R. 2006. An Experimental Investigation of the Effects of Preferred and Relaxing Music Listening on Pain Perception. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 295-316.
- Mitchell, L. & MacDonald, R. 2012. Music and pain: evidence from experimental perspectives. Teoksessa R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (toim.) *Music, health, & wellbeing*. New York: Oxford, 230-238.
- Miranda, H., Kaila-Kangas L. & Ahola, K. 2011. Särkyä ja alakuloa – tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos. Www-muodossa http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Sarkya_ja_alakuloa.pdf
Viitattu 14.2.2012
- Musicant, S. 1994. Authentic movement and dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*. Vol. 16, No. 2, Fall/Winter 1994, 91-106.
- Numminen, A. 2005. Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. Väitöskirja. Sibelius-Akatemia. *Studia Musica* 25.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. Suom. I. Pekkarinen. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Pothoulaki, M., MacDonald, R. & Flowers, P. 2012. The use of music in choric illness: evidence and arguments. New York: Oxford, 239-256.
- Punkanen, M. 2004. Matalataajuinen äänivärähtelyhoito – teoreettisia näkökulmia, klinisiä sovellutuksia ja tutkimustuloksia. *Musiikkiterapia*, 19(1), 69-88.
- Punkanen, M. 2011. Improvisational music therapy and perception of emotions in music by people with depression. Väitöskirja. University of Jyväskylä. *Jyväskylä Studies in Humanities* 153.
- Reznikoff, I. 2005. On primitive elements of musical meaning. *The Journal of Music and Meaning*, vol. 3, Fall 2004/Winter 2005, Section 2.
- Saarikallio, S. 2010. Musiikin tunnemerkit arkielämässä. Teoksessa J. Louhivuori & S. Saarikallio (toim.) *Musiikkipsykologia*. Jyväskylä: Atena, 279-293.
- Tervaniemi, M. 2006. Musiikin havaitseminen. Teoksessa H. Hämäläinen, M. Laine, O. Aaltonen & A. Revonsuo (toim.) *Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja*. Turku: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, Turun yliopisto, 185-188.
- Uvnäs Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Suom. R. Kankkunen. Helsinki: Edita.
- Wigram, T. 2004. *Improvisation. Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. W. 2005. *Playing and Reality*. Korj. painos. F. R. Rodman. London and New York: Routledge Classics.

YHTEENVETO

Tässä opinnäytetyössä pyrkimyksenäni on ollut ymmärtää laadullisen tutkimuksen menetelmin kivun ja musiikin subjektiivista kokemista työikäisten aikuisten kivunhallintaryhmän (tuki- ja liikuntaelinten vaikeat kiputilat) parissa. Tapaustutkimuksena toteutunut opintoihini liittyvä musiikkiterapiaharjoittelu toteutui elokuu 2011 – maaliskuu 2012 välisenä aikana. Lähestymistapa tässä tutkimuksessa on ollut fenomenologis-hermeneuttinen. Opinnäytetyöni on koostunut kahdesta toisiaan täydentävästä artikkelista; ensimmäisessä artikkelissa esiteltiin taustaa tutkimukselle, kivun subjektiivista olemusta sekä tutkimuksessa käyttämäni musiikkiterapian menetelmää, luonnollista ja rentouttavaa äänenkäyttöä. Lisäksi ensimmäinen artikkeli sisälsi muun muassa kivunhallintaryhmän (6 henkilöä) musiikkiterapiaprosessin lyhyen kuvauksen. Jälkimmäisessä artikkelissa käsiteltiin kivunhallintaryhmän kokemuksia, tarkastellen tutkimuskysymyksiä: 1) *Kuinka äänenkäyttö (vokaalien tuottaminen) koetaan kipupotilaiden parissa sekä 2) Millaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia luonnollinen äänenkäyttö herättää (kehontuntemukset, mielikuvat, muistikuvat, ajatukset, tunteet)?* Toisessa artikkelissa pohdittiin myös musiikkiterapiaprosessissa merkittäväksi ilmiöksi syntynyttä improvisaatiota.

Aktiivinen musiikkiterapia koettiin hyvin myönteisesti kivunhallintaryhmässä, jossa musiikkiterapia oli osana moniammatillista kuntoutusta. Musiikkiterapian menetelmänä luonnollinen, rentouttava äänenkäyttö tarjosi kivunhallintaryhmäläisille syvärentouttavan kokemuksen sekä aktivoi myös alitajuntaa, mahdollistaen näin myös psykodynaamisen työskentelyn.

Musiikkiterapiaprosessin aikana syntyi merkittävänä ilmiönä improvisaatio, josta muodostui tärkeä työskentelytapa kivunhallintaryhmälle jo ensimmäiseltä kuntousjaksolta (elokuu 2011) alkaen. Improvisaatio tarjosi voimaantumisen kokemuksen niin yksilö kuin ryhmätasolla. Merkittäviä tekijöitä improvisaatioissa oli omien tuntemusten jakaminen (vertaistuki), riskinotto (aktiivinen asenne

kipua kohtaan/itsehallinnan kokemus) ja vapauden sekä luovan leikin kokeminen (mahdollisuuksien näkeminen).

Musiikkiterapia tuki moniammatillisen kuntoutuksen yhteisiä tavoitteita auttamalla kuntoutujaa löytämään omia voimavaroja ja keinoja oman elämäntilanteen jäsentämisessä sekä itsehallintakeinojen löytämisessä. Musiikkiterapia mahdollisti myös omalta osaltaan vertaistuen kokemisen. Musiikkiterapian menetelmänä luonnollinen, rentouttava äänenkäyttö tarjosi yhdessä improvisaation kanssa turvallisen maaston, jossa tarkastella ja kokea kokonaisvaltaisesti omia tuntemuksia. Rentouttava äänenkäyttö tarjosi myös itsehoitomenetelmän siirrettäväksi kuntoutujan arkielämään.

Tuki- ja liikuntaelin kipuihin liittyy monesti myös mielialahäiriöitä muun muassa masentuneisuutta; tämä tuli esille myös kivunhallintaryhmän kohdalla. Viime aikaisilla tutkimuksilla on osoitettu musiikin myönteinen vaikutus ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Musiikin myönteinen vaikutus voiman tunteeseen, kivun kokemiseen sekä mielialan kohentamiseen ja toimintakykyyn heijastui myös tämän kivunhallintaryhmän kokemuksissa. Tässä tapaustutkimuksessa kivunhallintaryhmän musiikkiterapian perustavana lähtökohtana oli sisältäkäsien ohjautuvuus eli musiikkia koettiin aktiivisesti omia tuntemuksia kuunnellen ja havainnoiden. Tämä vaikutti myönteisesti kuntoutujien mielialaan, tuomalla muun muassa mahdollisuuksien näkemistä omaan sairauden muuttamaan minäkäsitykseen. Tästä seurasi voimaantumisen tunne, joka saattoi motivoida myös kokonaisvaltaista kuntoutumista.

Mielenkiintoista olisikin pohtia jatkossa musiikkiterapian mahdollisuuksia moniammatillisessa kuntouttamisessa, kun kyseessä on tuki- ja liikuntaelinsairaus. Musiikkiterapeutin ohjaamassa musiikkiterapiassa voitaisiin saada hyvin kokonaisvaltaista informaatiota musiikillisen ilmaisun kautta kuntoutujan tilasta muun muassa kivun kokemisesta, kuntoutujan omasta minäkuvasta ja omista voimavaroista. Musiikkiterapiaa voisi käyttää kuntoutuksessa myös kivun arvioimisessa, mutta myös moniammatillisessa kuntoutuksessa tukemassa yhteisiä kuntoutuksen tavoitteita. Kiinnostavaa olisi tutkia myös tarkemmin luonnollisen, rentouttavan äänenkäytön fysiologisia

vaikutuksia sekä matalataajuushoitoihin kuuluvan fysioakustisen menetelmän ja itsetuotetun kehoresonanssin (rentouttavan äänenkäytön) yhtäläisyyksiä ja eroja.

TUTKIMUKSEN AIHE: Musiikkiterapian mahdollisuuksia kivunhallinnassa

Musiikin maisteri Marjo Nyberg opiskelee musiikkiterapeutiksi Turun ammattikorkeakoulussa, jossa musiikkiterapiaopinnot ovat alkaneet 22.8.2009, arvioitu valmistumisajankohta on joulukuussa 2012. Koulutukseen kuuluu yhteensä viisi terapiaharjoittelua eri kohderyhmien parissa; yksi harjoitteluista, ryhmämuotoinen musiikkiterapiaharjoittelu tapahtuu X:ssä järjestettävällä kivunhallintakurssilla, joka koostuu kolmesta viikon mittaisesta jaksosta; kaksi jaksoa syksyllä 2011 ja yksi jakso keväällä 2012.

Marjo Nyberg kerää musiikkiterapiaharjoittelusta, kivunhallintakurssilta tutkimusaineistoa opinnäytetyötä varten, tutkimusaiheenaan musiikkiterapian mahdollisuudet kivunhallinnassa. Opinnäytetyö on osa musiikkiterapian opintoja Turun ammattikorkeakoulussa, jossa terapiaharjoittelun työnohjaajana sekä opinnäytetyön ohjaajana toimii työnohjaaja, musiikkiterapeutti, psykoterapeutti, FM Hanna Hakomäki.

Tutkimusta varten Marjo Nyberg toivoo saavansa musiikkiterapiaharjoittelussa syntyneen materiaalin tutkimusaineistoonsa: koko prosessin tai osan siitä video-/äänitemateriaalina.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Osallistun vapaaehtoisesti *Musiikkiterapian mahdollisuuksia kivunhallinnassa* tutkimukseen. Tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää milloin vain halutessaan syytä ilmoittamatta. Annan luvan käyttää videonauhoja/äänitteitä ilman prosessiin osallistujien nimiä tai muita tunnistetietoja tutkimus- ja opetustarkoituksiin. Opinnäytetyö julkaistaan mahdollisesti artikkelina alan (esim. musiikkiterapia, musiikkilääketiede) lehdissä.

Olen saanut mahdollisuuden keskustella riittävästi harjoittelusta ja tutkimuksesta terapiaharjoittelua sekä tutkimusta tekevän musiikkiterapiaopiskelijan kanssa. Olen saanut myös opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot. Voin milloin vain olla yhteydessä tutkimukseen liittyen.

Päiväys: _____ 2011

Musiikkiterapiaan kivunhallintakurssilla osallistuvan henkilön nimi:

Marjo Nyberg
musiikkiterapeuttiopiskelija,
musiikin maisteri
yhteystiedot:

allekirjoitus

koulutuksesta vastaava

nimen selvennös

yhteystiedot:

allekirjoitus
yhteystiedot: