



ΑΤΕΙ Ηπείρου

Σχολή επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Λογοθεραπείας

Πτυχιακή εργασία

Θέμα:

Μουσικοθεραπεία στη νόσο του Alzheimer



Φοιτήτριες:

Γαρέφαλου Χριστίνα (Α.Μ.: 15908)

Λιάπη Ιωάννα (Α.Μ.: 15811)

Επιβλέπων καθηγητής: Νάσιος Γρηγόριος

Ιωάννινα 2017

Ευχαριστίες

Πρωτίστως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπον καθηγητή μας κ. Γρηγόριο Νάσιο, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε με το συγκεκριμένο θέμα της εργασίας, αλλά και για τις πολύτιμες κατευθυντήριες γραμμές του και την άμεση βοήθεια του.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τους εργαζόμενους του τρίτου Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων του Δήμου Θεσσαλονίκης, αλλά και την Ελληνική Εταιρεία Alzheimerγια την συνεργασία τους και την άμεση καθοδήγηση τους. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συμμετέχοντες της πειραματικής παρατήρησης, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους, για την ευγένεια, την στήριξη και την υπομονή τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς χωρίς αυτούς δε θα υφίσταντο η εργασία αυτή.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιική εργασία αναφέρεται στην επιρροή της Μουσικοθεραπείας σε άτομα με νόσο του Alzheimer σε τελικό στάδιο. Η μουσικοθεραπεία είναι ένα είδος μη φαρμακευτικής παρέμβασης, χωρίς παρενέργειες και με μηδενικό κόστος . Η θεραπεία βασίζεται στη συστηματική χρήση των μελωδιών, των ήχων και των κινήσεων. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για την επίδραση της μουσικής στη διάθεση, την αλληλεπίδραση και την συναισθηματική έκφραση των ατόμων με Alzheimer. Η μουσικοθεραπεία ως βοηθητική ιατρική προσέγγιση χρησιμοποιείται με σκοπό τη βελτίωση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών. Συνήθως συνδυάζεται με άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία ο χορός και η δραματοθεραπεία. Σε αντίθεση με την παρέμβαση στο γνωστικό τομέα, η οποία φαίνεται να μην έχει αποτελέσματα σε άτομα με σοβαρή άνοια τύπου Alzheimer, η μουσικοθεραπεία βοηθά στον προσανατολισμό, την συγκέντρωση της προσοχής, στη συναισθηματική έκφραση, στην αλληλεπίδραση και την κινητική δραστηριοποίηση των ασθενών.

Επιπρόσθετα, παρατίθεται πειραματική παρατήρηση της διάθεσης και της ανταπόκρισης μιας ομάδας ασθενών σε μουσικά ερεθίσματα. Το μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα σχεδιάζεται με βάση τις ανάγκες και τη λειτουργική ικανότητα των συμμετεχόντων . Στις συνεδρίες μουσικοθεραπείας χρησιμοποιούνται διάφορες μουσικές δραστηριότητες όπως, τραγούδι, χορός, ακρόαση μουσικής και κινητικές δραστηριότητες βασισμένες στη μουσική. Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως η παρατήρηση είναι πειραματική και όχι θεραπευτική, έγινε για σύντομο χρονικό διάστημα και χωρίς την απαιτούμενη κλινική και μουσικοθεραπευτική εμπειρία.

Περιεχόμενα

1. Η νόσος του Alzheimer	
1.1. Ορισμοί.....σελ.8	
1.1.1. Άνοια.....σελ.8	
1.1.2. Η άνοια τύπου Alzheimerσελ.8	
1.2. Ιστορική αναδρομή.....σελ.9	
1.3. Υποτύποι της Νόσου του Alzheimer.....σελ.9	
1.4. Επιπολασμός και Παράγοντες κινδύνου.....σελ.10	
1.5. Η πορεία της νόσουσελ.11	
1.6. Η συμπτωματολογία της νόσου του Alzheimer.....σελ.11	
1.7. Ψυχιατρικά συμπτώματα της νόσου του Alzheimer- Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος.....σελ.11	
1.7.1. Κλινική εικόνασελ.11	
1.7.2. Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στην νόσο του Alzheimer.....σελ.12	
1.8. Διάγνωση της νόσου του Alzheimer.....σελ.13	
1.8.1. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το NINCDS/ADRDA.....σελ.14	
1.8.2. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το DSM-IV.....σελ.15	
1.8.3. Στάδια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το DSM-III.....σελ.15	
1.8.4. Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ICD- 10.....σελ.16	
1.8.5. Η διάγνωση της ανερχόμενης νόσου του Alzheimer.....σελ.17	
1.9. Τα εργαλεία της διάγνωσης.....σελ.18	
1.10. Φυσιολογική και παθολογική μνήμη.....σελ.19	
1.10.1. Φυσιολογική μνήμη.....σελ.19	
1.10.2. Παθολογική μνήμη.....σελ.19	
1.10.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την μνήμη.....σελ.22	
1.10.4. Τρόποι ελέγχου της φυσιολογικής μνήμης.....σελ.23	
1.10.5. Τρόποι ελέγχου της παθολογικής μνήμης.....σελ.24	
1.11. Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου του Alzheimer.....σελ.27	
1.11.1. Εισαγωγήσελ.27	
1.11.2. Η διευκόλυνση της κωδικοποίησης και της ανάκλησης.....σελ.28	
1.11.3. Απόκτηση νέων μαθήσεων.....σελ.28	
1.11.4. Χρήση «εξωτερικών δεικτών» και ρύθμιση των συνθηκών του περιβάλλοντος.....σελ.29	
1.11.5. Βασικές αρχές μη φαρμακευτικής θεραπείας.....σελ.29	
1.12. Μέθοδοι μη φαρμακευτικής προσέγγισης σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer.....σελ.33	
1.12.1. Εφαρμογή της ψυχοθεραπείας.....σελ.33	
1.12.2. Γνωστική παρέμβαση.....σελ.35	
1.12.3. Γνωστική εκπαίδευση.....σελ.35	
1.12.4. Τροποποίηση της συμπεριφοράς.....σελ.36	
1.12.5. Μέθοδος reminiscence (αναμνήσεις).....σελ.37	
1.12.6. Λογοθεραπευτική παρέμβαση.....σελ.37	
1.12.7. Εργοθεραπευτική παρέμβαση.....σελ.39	
1.12.8. Άσκηση προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο.....σελ.42	

1.12.9. Η εκπαίδευση στην αυτό-αξιολόγηση της ζωής.....σελ.42	σελ.42
1.12.10.Προγράμματα άσκησης.....σελ.42	σελ.42
1.12.11.Μουσικοθεραπεία.....σελ.44	σελ.44
1.12.12.Χορός και δραματοθεραπείασελ.44	σελ.44
1.12.13.Θεραπεία μέσω των εικαστικών.....σελ.45	σελ.45
1.12.14.Αμμοθεραπεία.....σελ.46	σελ.46
1.13. Προϋποθέσεις μη φαρμακευτικής θεραπείας.....σελ.47	σελ.47
2. Μουσικοθεραπεία	
2.1. Μουσική.....σελ.48	σελ.48
2.1.1. Εισαγωγή.....σελ.48	σελ.48
2.1.2. Αντίληψη και επεξεργασία ήχων.....σελ.49	σελ.49
2.1.3. Η ανάπτυξη αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα.....σελ.50	σελ.50
2.1.4. Ο επικοινωνιακός χαρακτήρας της μουσικής.....σελ.51	σελ.51
2.1.5. Μουσική και πολιτισμός.....σελ.52	σελ.52
2.1.6. Αισθητική απόλαυση και ψυχαγωγία.....σελ.52	σελ.52
2.1.7. Μουσικές προτιμήσεις.....σελ.52	σελ.52
2.1.8. Μουσική και εγκέφαλος.....σελ.53	σελ.53
2.1.9. Μνήμη και μουσικές διεργασίες.....σελ.56	σελ.56
2.2. Ορισμός της Μουσικοθεραπείαςσελ.58	σελ.58
2.2.1. Ιστορική αναδρομή.....σελ.58	σελ.58
2.2.2. Τι είναι μουσικοθεραπεία.....σελ.60	σελ.60
2.2.3. Είδη μουσικοθεραπείας.....σελ.61	σελ.61
2.2.4. Ατομικές μέθοδοι μουσικοθεραπείας.....σελ.63	σελ.63
2.2.5. Ομαδικές Μέθοδοι.....σελ.64	σελ.64
2.2.6. Αρχικές θεωρητικές βάσεις στη μουσικοθεραπεία.....σελ.66	σελ.66
2.2.7. Η μουσικοθεραπεία μέσα από τη σχέση κίνηση-ρυθμός-μελωδία.....σελ.68	σελ.68
2.3. Η Μουσικοθεραπεία στη καμπύλη του ανθρώπινου βίου.....σελ.69	σελ.69
2.3.1. Η Μουσικοθεραπεία κατά την ανάπτυξη του ανθρώπου.....σελ.69	σελ.69
2.3.2. Η μουσικοθεραπεία κατά την ωριμότητα.....σελ.73	σελ.73
2.3.3. Μουσικοθεραπεία στην Τρίτη ηλικία.....σελ.74	σελ.74
2.4. Μουσικοθεραπευτικές προσεγγίσεις.....σελ.75	σελ.75
2.4.1. Εισαγωγή.....σελ.75	σελ.75
2.4.2. Ο ρόλος των δομικών στοιχείων της μουσικής στη θεραπεία.....σελ.76	σελ.76
2.4.3. Ο ρόλος της μουσικής στις σωματικές ανάγκες του ασθενούς.....σελ.78	σελ.78
2.4.4. Η μουσικοθεραπεία στις ψυχικές ασθένειες.....σελ.81	σελ.81
2.4.5. Μουσικοθεραπευτικές παιδαγωγικές προσεγγίσεις.....σελ.84	σελ.84
2.5. Μουσικοθεραπεία και συναίσθημασελ.88	σελ.88
2.5.1. Μουσική και συναίσθημα.....σελ.88	σελ.88
2.5.2. Πηγές συναισθημάτων στη μουσικοθεραπεία.....σελ.90	σελ.90
2.5.3. Η μουσικοθεραπεία στην βελτίωση της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς.....σελ.91	σελ.91
2.6. Κατάρτιση και γνώσεις του μουσικοθεραπευτή.....σελ.92	σελ.92
2.6.1. Η παιδεία του Μουσικοθεραπευτή.....σελ.92	σελ.92
2.6.2. Σύνθεση και παίξιμο μουσικής.....σελ.94	σελ.94
2.6.3. Με ποιους δουλεύει ένας μουσικοθεραπευτής ;.....σελ.95	σελ.95

2.6.4.	Σε ποιους χώρους εργάζεται ο μουσικοθεραπευτής;	σελ.95
2.7.	Γενικό μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα	σελ.96
2.7.1.	Προετοιμασία για την αντίληψη της θεραπευτικής μουσικής	σελ.96
2.7.2.	Άξονες μουσικής παρέμβασης	σελ.97
2.7.3.	Στόχοι και σκοποί ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος	σελ.100
2.7.4.	Δίκτυα και κανάλια επικοινωνίας	σελ.103
2.7.5.	Σχεδιασμός του προγράμματος	σελ.106
2.8.	Διάγνωση	σελ.106
2.8.1.	Διαγνωστικά εργαλεία	σελ.107
2.8.2.	Τεχνικές συλλογής δεδομένων	σελ.109
2.8.3.	Διαγνωστικά Τεστ	σελ.110
2.9.	Θεραπευτική αγωγή	σελ.115
2.9.1.	Στόχοι και σκοποί	σελ.115
2.9.2.	Εργαλεία παρέμβασης : πίνακας διπλής εισόδου και Χρονοδιαγράμματα	σελ.116
2.9.3.	Θεραπεία	σελ.119
2.9.4.	Αρχειοθέτηση	σελ.122
2.9.5.	Αξιολόγηση και λήξη αγωγής	σελ.122
2.9.6.	Δεοντολογικός κώδικας	σελ.123
2.10.	Πρωτόκολλο Εργασίας	σελ.124
2.10.1.	Δημιουργία πρωτόκολλου εργασίας	σελ.124
2.10.2.	Εισαγωγικό στάδιο	σελ.124
2.10.3.	Θεραπευτική μουσική εμπειρία	σελ.125
2.10.4.	Μεταφορά	σελ.125
2.10.5.	Σχεδιασμός	σελ.126
2.10.6.	Επανεξέταση	σελ.126
2.11.	Παραδείγματα εφαρμογών της Μουσικοθεραπείας	σελ.126
2.11.1.	Μουσικοθεραπεία και παθολογικές καταστάσεις	σελ.126
2.11.2.	Μουσικοθεραπεία και σύνδρομο Turner	σελ.131
2.11.3.	Μουσικοθεραπεία και νοητική υστέρηση	σελ.132
3.	Μουσικοθεραπεία στη νόσο του Alzheimer	
3.1.	Εισαγωγή	σελ.135
3.2.	Η επιρροή της μουσικής στους ασθενείς με νόσο του Alzheimer	σελ.135
3.3.	Βασικές προϋποθέσεις της μουσικοθεραπείας σε άτομα με τη νόσο του Alzheimer	σελ.137
3.4.	Στόχοι και σκοποί ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer	σελ.138
3.5.	Μουσικοθεραπευτικές μέθοδοι	σελ.139
3.5.1.	Επαναδραστηριοποίηση	σελ.140
3.5.2.	Προσανατολισμός στην πραγματικότητα	σελ.140
3.5.3.	Αναπόληση	σελ.141
3.5.4.	Εξάσκηση αισθητήριων οργάνων	σελ.142
3.6.	Μύθοι και παρανοήσεις	σελ.143

3.7.	Μουσικές δραστηριότητες για ασθενείς με νόσο του Alzheimer.....σελ.144
3.7.1.	Τραγούδι.....σελ.144
3.7.2.	Συμμετοχή σε συναυλίασελ.145
3.7.3.	Χρήση μουσικού οργάνου.....σελ.145
3.7.4.	Ο χορός.....σελ.146
3.7.5.	Ακούγοντας τραγούδια εποχής.....σελ.146
3.7.6.	Δημιουργία ιστορίας για ένα τραγούδι.....σελ.147
4.	Ερευνητικές προσεγγίσεις
4.1.	Επίδραση της Μουσικοθεραπείας στο άγχος και στην κατάθλιψη στους ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτησελ.148
4.2.	Η μουσικοθεραπεία σε μέτρια και σοβαρή άνοια τύπου Alzheimer: μελέτη περίπτωσηςσελ.160
5.	Πειραματική εφαρμογή συνεδρίων μουσικοθεραπείας σε ομάδα ασθενών με τελικό στάδιο Alzheimerσελ.165
6.	Βιβλιογραφίασελ.188

Κεφάλαιο 1.

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER

1.1. Ορισμοί

1.1.1. Άνοια

Ο όρος «άνοια» αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο. (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer, 1999)

Ως άνοια ορίζεται η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών. Στην άνοια παρατηρούνται επίσης λειτουργικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές του συναισθήματος και διάφορες μορφές παραληρήματος. (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999)

Σύμφωνα με το DSM-IV η άνοια χαρακτηρίζεται από διαταραχές μνήμης και είτε από άλλες γνωστικές διαταραχές είτε από διαταραχές προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι αρκετές για να επηρεάσουν τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών. (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999)

1.1.2. Η άνοια τύπου Alzheimer

Είναι η προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεών του. Παρατηρούνται ωστόσο ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό της αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια. (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999)

1.2. Ιστορική αναδρομή

Πρώτος ο Alois Alzheimer περιέγραψε, το 1906, την περίπτωση μιας πενήντάχρονης γυναίκας της, Αυγούστας σε μια διάλεξη με θέμα «Μια χαρακτηριστική σοβαρή νόσος του εγκεφαλικού φλοιού». Η ασθενής όταν ρωτήθηκε για το ποιο είναι το όνομα του συζύγου της απάντησε «μια στιγμή να σκεφτώ» και στην ερώτηση που αφορά τον προσανατολισμό στο χώρο «Σε ποια οδό μένεις;» απάντησε « αυτό μπορώ να σου το πω, θα πρέπει να περιμένω λίγο». Ο Alzheimer περιέγραψε τα νευροϊνιδιακά τούλπια και τις γεροντικές πλάκες, που ακόμη και σήμερα αποτελούν τις παθολογικές αλλοιώσεις της νόσου.(Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999)

1.3. Υποτύποι της Νόσου του Alzheimer

Η ηλικία έναρξης της νόσου του Alzheimer επισημαίνεται με την χρήση ενός από τους παρακάτω υπότυπους :

- Με πρώιμη έναρξη. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η εμφάνιση της νόσου γίνεται πριν την ηλικία των 65 ετών (προγεροντική μορφή). Η εξέλιξη αυτής της μορφής είναι αρκετά γρήγορη ως προς την αποδιοργάνωση. Περιλαμβάνει σημαντικές διαταραχές των ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών , όπως η αφασία, η αγραφία και η αλεξία, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν και στα αρχικά στάδια της νόσου της νόσου. (Μεντενόπουλος & Μπούρας, 1997)

- Με όψιμη έναρξη. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η εμφάνιση γίνεται μετά την ηλικία των 65 ετών (γεροντική μορφή). Η εξέλιξή της γίνεται αργά και προοδευτικά. Χαρακτηριστική είναι η διαταραχή της μνήμης . (Μεντενόπουλος & Μπούρας, 1997)

Η παρουσία ή η απουσία μιας κλινικά σημαντικής διαταραχής της συμπεριφοράς επισημαίνεται με την χρήση ενός από τους παρακάτω υποτύπους :

- Χωρίς διαταραχές συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται όταν η νοητική διαταραχή δεν συνοδεύεται από καμία κλινικά σημαντική συμπεριφορική διαταραχή. (Τσολάκη, 2005)

- Με διαταραχές συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται όταν η νοητική διαταραχή συνοδεύεται από κάποια κλινικά σημαντική συμπεριφορική διαταραχή. (Κάξης & Τσολάκη, 2005)

1.4. Επιπολασμός και Παράγοντες κινδύνου

Η Νόσος Alzheimer είναι η σημαντικότερη άνοια εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς της. Στις ΗΠΑ 5-10% των ηλικιωμένων άνω των 65 πάσχουν από τη νόσο, η οποία αποτελεί την τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων. Παρατηρείται ότι η όψιμη έναρξη της νόσου είναι συχνότερη από την πρόωπη και ότι η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, ενώ η συχνότητα της φαίνεται να αυξάνει με την ηλικία. (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999)

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου του Alzheimer είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. (Α., Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999) Φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου αυξάνει ανάλογα με την ηλικία. Τα ποσοστά πασχόντων από την Νόσο του Alzheimer σε ηλικία πάνω από 85 ετών φτάνουν το 28-47%. Αν και η προγεροντική και η γεροντική μορφή έχουν την ίδια νευροπαθολογική εικόνα, η προγεροντική μορφή εμφανίζεται κατά την 5^η -6^η δεκαετία ενώ η δεύτερη κατά την 7^η -8^η δεκαετία, μερικές φορές νωρίτερα, σπανίως όμως αργότερα. Το οικογενειακό ιστορικό πολλών πρώτου βαθμού συγγενών που έχουν προσβληθεί από την Νόσο του Alzheimer τετραπλασιάζει το σχετικό κίνδυνο. Κάποιες φορές η νόσος εμφανίζεται πρόωπα και κληρονομείται με τον αυτονομικό επικρατούντα χαρακτήρα. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Είναι πιθανό να υπάρχει ειδικό γονίδιο για την νόσο του Alzheimer είτε στο χρωμόσωμα 21, είτε στο 14, είτε στο 1, είτε στο 19. Το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο της αλληλοπρωτεΐνης Ε αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την σποραδική και την οικογενή όψιμης έναρξης νόσο του Alzheimer. (Γ., Μεντενόπουλος & Κ., Μπούρας, 1997) Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η παλαιά κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κατάθλιψη, το οικογενειακό ιστορικό του συνδρόμου Down και η νόσος του Parkinson. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.5. Η πορεία της νόσου

Η πορεία της νόσου γίνεται αργά και προοδευτικά με απώλεια περίπου 3-4 μονάδες ετησίως στην εξέταση MMSE. Υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί ελλειμμάτων. Ο πιο συνηθισμένος τύπος είναι εκείνος με πρόωπα ελλείμματα στην πρόσφατη μνήμη. Ακολουθεί συνήθως, μετά από χρόνια, η ανάπτυξη της αφασίας, απραξίας και αγνωσίας. Πολλοί ασθενείς, από τα πρόωπα ακόμα στάδια, παρουσιάζουν μεταβολές στην προσωπικότητά τους, αυξημένη ευερεθιστότητα και άλλα σημεία και συμπτώματα στη συμπεριφορά τους. Τα σημεία αυτά γίνονται ακόμα πιο έντονα στα μεσαία στάδια της νόσου. Στα τελευταία στάδια

της νόσου , μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές της στάσης και της κίνησης και οι ασθενείς να γίνουν βωμοί και τελικά κλινήρεις. Η μέση διάρκεια της νόσου από την εμφάνισή της έως το θάνατο είναι 8-10 χρόνια.(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.6. Η συμπτωματολογία της νόσου του Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer χαρακτηρίζεται κλινικά από έκπτωση της μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών. Παράλληλα εμφανίζονται και διαταραχές του χωροχρονικού προσανατολισμού, του λόγου, της προσοχής, της συγκέντρωσης, έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του ασθενή, καθώς και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Με την εξέλιξη της νόσου τα συμπτώματα που ήδη υπάρχουν , επιδεινώνονται , ενώ εμφανίζονται και νέα . Στα όψιμα στάδια της νόσου εμφανίζονται κινητικές διαταραχές και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων διακρίνουμε τρία στάδια της νόσου την ήπια/ πρώιμη μορφή, τη μέτριας βαρύτητας και την βαριά μορφή της νόσου. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.7. Ψυχιατρικά συμπτώματα της νόσου του Alzheimer- Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος

Στην κλινική εικόνα της νόσου Alzheimer υπάρχουν παράλληλα τα νευρολογικά και ψυχιατρικά συμπτώματα με της διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος. Στις πιο πολλές περιπτώσεις τα πρώτα κλινικά συμπτώματα είναι αποτέλεσμα των νοητικών ελλειμμάτων, ενώ οι διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος (ΔΣΣ) εμφανίζονται εξαιτίας της έκπτωσης της μνήμης και των άλλων νοητικών διαταραχών. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.7.1. Κλινική εικόνα

Στο 88% των ασθενών με νόσο του Alzheimer παρατηρούνται νευροψυχιατρικά συμπτώματα και διαταραχές της συμπεριφοράς . Ο βαθμός σοβαρότητας και η συχνότητα τους αυξάνουν καθώς εξελίσσεται η νόσος και επιδεινώνεται η νοητική έκπτωση. Οι πιο συχνές εκδηλώσεις είναι απάθεια, παραληρητικές ιδέες (κυρίως διωκτικού περιεχομένου), επιθετικότητα, άγχος και η ψυχοκινητική διέγερση. Η εμφάνιση των παρανοϊκών ιδεών,

ψευδαισθήσεων και κινητικής ανησυχίας αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη για την πορεία της νόσου και προμηνύουν την ταχύτερη εξέλιξη της, άσχετα από το νοητικό επιπέδου του ασθενούς. Καταστάσεις και συμπεριφορές όπως η καχυποψία, η σωματική και λεκτική επιθετικότητα και οι καταστροφικές αντιδράσεις ανησυχούν και κουράζουν τους συγγενείς και συντελούν στις συχνές νοσηλείες των ασθενών . (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.7.2. Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στην νόσο του Alzheimer

Συναισθηματικές διαταραχές :

- Απάθεια
- Άγχος
- Ευερεθιστότητα και συναισθηματική αστάθεια
- Κατάθλιψη
- Ευφορία- μανία
- Ψυχώσεις διαταραχές:
- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Άρση αναστολών

Νευροφυτικές διαταραχές:

- Ψυχοκινητική ανησυχία
- Διαταραχές στον ύπνο
- Επιδείνωση συμπτωμάτων μετά την δύση του ήλιου
- Διαταραχές διατροφής
- Διαταραχές σεξουαλικότητας
- Επιθετικότητα
- Ιδεοψυχαναγκασμοί

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8. Διάγνωση της νόσου του Alzheimer

Ο κλινικός που εξετάζει τον ασθενή που παραπονιέται για απώλεια μνήμης ή για κάποια γνωστικά προβλήματα, είναι υποχρεωμένος, στην αρχή να θέσει τη διάγνωση καθώς και να εκτιμήσει το μέγεθος του προβλήματος. Επιπλέον, διάφορα συμπτώματα όπως η απώλεια μνήμης, οι δυσκολίες στον λόγο και σε άλλες σύνθετες γνωστικές λειτουργίες, η κατάθλιψη και η ψύχωση, παρατηρούνται σε διάφορα σύνδρομα όπως η άνοια, το παραλήρημα ή το σύνδρομο της αμνησίας. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Η πρόωγη διάγνωση, είναι ένα σημαντικό βήμα για την πορεία της νόσου, γιατί επιτρέπει στις οικογένειες να σχεδιάσουν το μέλλον, να γίνουν έγκαιρες ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές παρεμβάσεις, να αποφευχθούν πολυδάπανες αγωγές και εξετάσεις, να ξεκινήσει ο ασθενής έγκαιρα φαρμακοθεραπεία, να αντιμετωπιστούν μη αναστρέψιμες μορφές, να αξιοποιηθούν οι εναπομείναντες ικανότητες του ασθενούς καθώς και να γίνει σωστή εκμετάλλευση των θεραπευτικών εφαρμογών. (Τσολάκη, 2011)

Ορισμένοι κλινικοί, υποστηρίζουν ότι η άνοια τύπου Alzheimer, διακρίνεται σε τρία στάδια:

- 1^ο στάδιο:
 - Διαταραχές της μνήμης
 - Διαταραχές του προσανατολισμού ως προς τον χρόνο και λιγότερο ως προς το χώρο (κροταφικός και βρεγματικός λοβός)
 - Κατονομαστικές διαταραχές
 - Κατασκευαστικές διαταραχές
 - Αδιαφορία
- 2^ο στάδιο :
 - Διαταραχές λόγου
 - Έντονες διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού
 - Είναι διαταραγμένες και όλες οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες
- 3^ο στάδιο :
 - Ηχολαλία
 - Παλιλαλία

- Βωβότης
- Η μνήμη, ο προσανατολισμός, και οι νοητικές λειτουργίες δεν μπορούν να ελεγχθούν
- Ακράτεια
- Εκπίπτουν οι κινητικές λειτουργίες

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8.1. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το NINCDS/ADRDA

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την πιθανή διάγνωση της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το NINCDS/ADRDA, είναι τα εξής:

- Ένα ανοϊκό σύνδρομο προκύπτει από κλινικά δεδομένα που προκύπτουν από τις κλίμακες όπως το Mini Mental State, η κλίμακα του Blessed μια παραπλήσια εξέταση, καθώς και επιβεβαιώνεται από νευροψυχολογικές δοκιμασίες.
- Υπάρχουν διαταραχές τουλάχιστον σε δύο νοητικές λειτουργίες.
- Είναι φανερή η προοδευτική επιδείνωση της μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών.
- Η έναρξη βρίσκεται μεταξύ των ηλικιών 40 με 90, και συνήθως μετά τα 65 έτη.
- Θα πρέπει να απουσιάζει συστηματική ή εγκεφαλική νόσος, η οποία από μόνο της θα μπορούσε να δικαιολογήσει τις προοδευτικές νοητικές διαταραχές.

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8.2. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV, για να γίνει η διάγνωση της νόσου του Alzheimer, θα πρέπει να εμφανίζονται πολλαπλές νοητικές διαταραχές συγχρόνως με :

- Διαταραχή της μνήμης (μείωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών)
- Μια ή περισσότερες από τις παρακάτω νοητικές διαταραχές:
 - Αφασία
 - Απραξία
 - Αγνωσία
 - Διαταραχή εκτελεστικών λειτουργιών

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8.3. Στάδια της νόσου του Alzheimer σύμφωνα με το DSM-III

Με βάση το DSM-III-R , η νόσος του Alzheimer, χωρίζεται σε:

- Ήπια : Στην ήπια νόσος του Alzheimer, παρατηρείται διαταραχή στις κοινωνικές και εργασιακές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με ελάχιστα επηρεασμένη κρίση αλλά και επαρκής προσωπική υγιεινή.
- Μέσης βαρύτητας : Η ανεξαρτησία του ατόμου είναι προβληματική και απαιτείται κάποια επίβλεψη
- Σοβαρή : Ο ασθενής σε αυτή την περίπτωση είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης. Για αυτό τον λόγο, επιβάλλεται συνεχής επίβλεψη, επειδή υπάρχει αδυναμία στη διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής.

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8.4. Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ICD- 10

Σύμφωνα με το ICD-10, η άνοια, είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε μια εγκεφαλική πάθηση συνήθως χρόνια και προοδευτική που χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιώδων λειτουργιών, όπως της μνήμης, των ιδεών, του προσανατολισμού, της κατανόησης, των αριθμητικών πράξεων, της ικανότητας μάθησης, του λόγου και της κρίσης . Πρέπει να σημειωθεί πως το σύνδρομο δεν συνοδεύεται από θόλωση της συνείδησης. Οι νοητικές διαταραχές μερικές φορές προηγούνται ή και συνδέονται με την διαταραχή του συγκινησιακού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. Η άνοια παρατηρείται στην νόσο του Alzheimer, σε εγκεφαλικές αγγειακές νόσους ή και σε άλλες παθήσεις που προσβάλλουν πρωτοπαθώς η δευτεροπαθώς τον εγκέφαλο. Για την εκτίμηση μιας άνοιας, δηλαδή για την παρουσία της ή την απουσία της, χρειάζεται προσοχή ώστε να αποφευχθούν θετικά λάθη όπως κάποια μείωση των επιδόσεων, που μπορεί να συνδέεται με συγκινησιακούς παράγοντες ή με έλλειψη κινήτρων και ιδιαίτερα με κατάθλιψη καθώς και με κινητική επιβράδυνση. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Η νόσος του Alzheimer, σύμφωνα με το ICD-10, είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική εγκεφαλική νόσος αγνώστου αιτιολογίας, με χαρακτηριστικά νευροπαθολογικά και νευροχημικά στοιχεία. Αρχίζει, συνήθως, με τρόπο ήπιο και σταθερά προοδευτικό, συνήθως μέσα σε λίγα χρόνια (ενίοτε σε δύο ή τρία). Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί στη μέση ηλικία ή νωρίτερα (προγεροντική). Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου, αυξάνεται με την ηλικία (γεροντική νόσος του Alzheimer). Οι ασθενείς που εμφανίζουν άνοια τύπου Alzheimer πριν από τα 65 με 70 χρόνια, έχουν συχνά οικογενειακό ιστορικό με ίδιο τύπο άνοιας, ταχύτερη εξέλιξη και εμφανή σημεία κροταφικής ή βρεγματικής βλάβης, ιδιαίτερα απραξικές και αφασικές διαταραχές. Όταν η νόσος εμφανιστεί αργότερα στην ζωή του ανθρώπου, η εξέλιξή της έχει την τάση να είναι περισσότερο βραδεία και έχει πιο σφαιρική διαταραχή των ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Η άνοια τύπου Alzheimer, προς το παρόν δεν είναι αναστρέψιμη. Οι ασθενείς με τρισωμία 21, έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια τύπου Alzheimer. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Η διάγνωση της άνοιας τύπου Alzheimer, στηρίζεται σε κάθε ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Ήπια έναρξη καθώς και διαταραχή βραδέως προοδευτική. Το περιβάλλον αντιλαμβάνεται ξαφνικά την έναρξη της διαταραχής, διότι η έναρξη των διαταραχών είναι συνήθως δύσκολη να αποκαλυφθεί.
- Απουσία ενδείξεων άλλης σωματικής ή εγκεφαλικής νόσου, ικανή να προκαλέσει άνοια, ύστερα από κλινική εξέταση και συμπληρωματικές διερευνήσεις (για

παράδειγμα, υποθυρεοειδισμός, υπερασβεστιαϊαμία, έλλειψη βιταμίνης B12, έλλειψη νικοτινικού οξέος, νευροσίφυλις, υδροκέφαλος χαμηλής τάσης ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα).

- Εμφάνιση άνοιας που να αντιστοιχεί στην παραπάνω περιγραφή.

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Τέλος, για την διαφορική διάγνωση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- Καταθλιπτικές διαταραχές
- Παραλήρημα
- Αμνησιακό οργανικό σύνδρομο
- Άλλη πρωτοπαθής άνοια, για παράδειγμα η νόσος του Πάρκινσον
- Δευτεροπαθής άνοια, συνδυασμένη με άλλες νόσους ή τοξικώσεις
- Νοητική καθυστέρηση, ελαφρά, μέσης ή βαριάς βαρύτητα

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.8.5. Η διάγνωση της ανερχόμενης νόσου του Alzheimer

Η νευροψυχολογική εκτίμηση στα πρώιμα στάδια της νόσου έχει δύο στόχους . Ο πρώτος είναι να καθορίσει τη διαταραχή μνήμης, η οποία δεν συνδέεται πάντα με έκφραση παραπόνων για την κατάσταση της μνήμης. Η διαταραχή της μνήμης είναι το πρωταρχικό χαρακτηριστικό της άνοιας, ή έκφραση όμως παραπόνων για τα προβλήματα μνήμης δεν οφείλεται πάντα σε μια κατεξοχήν διαταραχή μνήμης, αλλά και σε άλλες διαταραχές όπως αγχώδεις ή καταθλιπτικές. Ο δεύτερος στόχος σχετίζεται με τον χαρακτηρισμό της διαταραχής της μνήμης και την αξιολόγηση των γνωστικών και των άλλων λειτουργιών, έτσι ώστε η διαταραχή αυτή να ενταχθεί σε ένα ευρύτερο σύνδρομο. (Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

Ένα τυπικό νευροψυχολογικό διάγραμμα για έναν ασθενή με ελαφρά προς μέτρια άνοια τύπου Alzheimer, εμφανίζει διαταραχή της πρόσφατης μνήμης (γλωσσικής και μη γλωσσικής), μείωση του γενικότερου επιπέδου της νοητικής λειτουργίας, χαμηλότερο εκτελεστικό δείκτη νοημοσύνης σε σχέση με το γλωσσικό δείκτη νοημοσύνης, κατασκευαστικές δυσλειτουργίες , μείωση της γλωσσικής ευφράδειας και ποικίλες γλωσσικές διαταραχές, με προεξέχουσα την κατονομαστική. Η κινητική δυσλειτουργία εμφανίζεται σπάνια και κυρίως στο βαρύ στάδιο. Η διαταραγμένη νοητική λειτουργία και η κλασσική

τριάδα απώλειας της μνήμης, της δυσνομίας και της οπτικοχωρικής διαταραχής θεωρούνται κύρια γνωρίσματα της νόσου , αν και οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν ένα ή δύο από τα συμπτώματα αυτά στα πρώιμα στάδια της νόσου. (Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

Η ποικιλομορφία των δυσλειτουργιών στα πρώιμα στάδια μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση . Η βασική κατευθυντήρια γραμμή για την πρώιμη νευροψυχολογική εικόνα της νόσου του Alzheimer είναι η διαταραχή μνήμης και μια ακόμα περιοχί διαταραγμένης γνωστικής ικανότητας. Η διαταραχή μνήμης αποτελεί ένα καθολικό γνώρισμα ενώ η άλλη γνωστική ικανότητα που διαταράσσεται διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Διαταραχές μπορεί να εμφανίζονται σε ικανότητες όπως η κατασκευαστική ικανότητα, η κατονομασία, η γλωσσική ευφράδεια, η ψυχοκινητική δραστηριότητα ή η αφηρημένη σκέψη.(Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

1.9. Τα εργαλεία της διάγνωσης

Για την διάγνωση πραγματοποιούνται δύο ειδών εξετάσεις , οι μορφολογικές και οι λειτουργικές. Οι μορφολογικές εξετάσεις είναι το σπινθηρογράφημα, η μαγνητική και αξονική τομογραφία, το ντόπλερ και το αγγειακό υπερηχογράφημα. Οι λειτουργικές εξετάσεις είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, τα προκλητά δυναμικά και η μέτρηση της ροή του αίματος και του εγκεφαλικού μεταβολισμού. (Rubinsten,1996/2000)

Οι μορφολογικές εξετάσεις, είναι εργαλεία διερεύνησης του εγκεφάλου, τα οποία παρέχουν σταθερές εικόνες των εγκεφαλικών δομών για την εύρεση των ανωμαλιών. Αρχικά, το σπινθηρογράφημα ή αλλιώς τομοπυκνομετρία, πραγματοποιείται με τη χρήση ακτίνων Χ, για την λήψη εικόνων των ανατομικών δομών. Σε αυτό, διακρίνεται η πυκνότητα του εγκεφαλικού ιστού καθώς και η μορφολογία των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Βέβαια, δεν διακρίνονται λεπτομέρειες κάτω από τρία χιλιοστά και όταν υπάρχουν προβλήματα μνήμης, σπάνια δίνει συγκεκριμένες εικόνες. Στην περίπτωση της νόσου του Alzheimer, μερικές φορές, δείχνει ασυμμετρική απλή διάχυτη εγκεφαλική ατροφία. (Rubinsten, 1996/2000)

Τέλος, χρησιμοποιείται κυρίως για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Από την άλλη, η μαγνητική τομογραφία είναι πιο αποτελεσματική μέθοδος και δεν γίνεται χρήση ακτίνων Χ. Ο εγκεφαλικός ιστός υποβάλλεται σε ένα μαγνητικό πεδίο και εκπέμπει κύματα και οι εικόνες που παρέχονται , είναι εξαιρετικής διαύγειας. Αν και δεν υπάρχουν ειδικές εικόνες για την νόσο του Alzheimer, γίνεται τέλεια διάκριση της λευκής από την φαιά ουσία και είναι

επίσης χρήσιμη για τη διαφοροδιάγνωση. Τέλος, στο ντόπλερ και στο αγγειακό υπερηχογράφημα, γίνεται χρήση υπέρηχων, για την μελέτη της εγκεφαλικής κυκλοφορίας. Μέσω της απεικόνισης των τοιχωμάτων των αγγείων, αποκαλύπτονται πιθανά εμπόδια στην ροή του αίματος. (Rubinsten, 1996/2000)

1.10. Φυσιολογική και παθολογική μνήμη

1.10.1. Φυσιολογική μνήμη

Η φυσιολογική μνήμη, καταγράφει, διατηρεί και χρησιμοποιεί τις πληροφορίες. Η μνήμη θεωρείται ένα σύνθετο φαινόμενο, στο οποίο διακρίνονται πολυάριθμα υποσυστήματα μεταβολών στις άλλες γνωστικές ικανότητες του ατόμου, που επιδρούν συνολικά στη συμπεριφορά του. Η ηλικία του ατόμου, επηρεάζει τα επίπεδα απομνημόνευσης με αποτέλεσμα τα προβλήματα, συνήθως να παρουσιάζονται στο επίπεδο της μακρόχρονης μνήμης. Η έκπτωση της μνήμης, δηλαδή η δυσκολία αποκατάστασης και ανάκλησης, επηρεάζει τη «μνήμη όλων των ημερών» (επεισοδιακή και πρόσφατη μνήμη). Αντικειμενικά, παρατηρούνται :

- μείωση επεξεργασίας της πληροφορίας
- μεταβολή ικανοτήτων οργάνωσης και στρατηγικών απομνημόνευσης
- μείωση της δύναμης της φαντασίας
- επιδείνωση των ικανοτήτων συγκέντρωσης
- κακή συγκράτηση κύριων ονομάτων
- απώλεια αντικειμένων
- δυσκολία ανάκλησης τηλεφωνικών αριθμών και διευθύνσεων

(Rubinsten,1996/2000)

1.10.2. Παθολογική μνήμη

1. Αμνησία

Η αμνησία είναι η διαταραχή της λογικής και ορθολογικής μνήμης που δυσχεραίνει ή κάνει αδύνατη την αφήγηση, τη γνώση και την αναγνώριση του παρελθόντος και την ανάκληση αναμνήσεων. (Rubinsten,1996/2000)

Α) Εμπροσθοδρομική αμνησία

Στην εμπροσθοδρομική αμνησία, οι διαταραχές περιορίζονται στην ανικανότητα δημιουργίας νέων αναμνήσεων με τη διατήρηση των ήδη αποθηκευμένων πληροφοριών. Χαρακτηρίζεται από ακέραιη διατήρηση παλιών αναμνήσεων, ακριβής αφήγηση του παρελθόντος, καλή κατάσταση των αντιληπτικών νοητικών λειτουργιών, ενεργή και φυσιολογική άμεση μνήμη, απώλεια χρονολογικών και λογικών αλληλουχιών και δε δημιουργούνται καθημερινές αναμνήσεις. Επιπλέον, αφορά όλα τα γεγονότα που πρόκειται να συμβούν στο μέλλον. Περιλαμβάνεται σε αυτήν το σύνδρομο Korsakoff, μια εγκεφαλοπάθεια που συνήθως οφείλεται στον αλκοολισμό. Σε αυτό το σύνδρομο, παρατηρείται αμφοτερόπλευρη ατροφία των μαστικών φυμάτων και βλάβες στον ιππόκαμπο, οι οποίες είναι ίδιες με αυτές που εμφανίζονται στην νόσο του Alzheimer. Η αμνησία, είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα της νόσου του Alzheimer και αναγνωρίζεται αφού εκδηλωθούν οι διαταραχές μνήμης. (Rubinsten,1996/2000)

Β) Οπισθοδρομική/ παλίνδρομη αμνησία

Η οπισθοδρομική ή αλλιώς παλίνδρομη αμνησία, χαρακτηρίζεται ως η ανικανότητα του ατόμου να θυμηθεί γεγονότα που έχουν συμβεί στο παρελθόν, με λίγα λόγια υπάρχει απώλεια αναμνήσεων. Αυτό το είδος αμνησίας παρατηρείται βαθμιαία εξέλιξη και χαρακτηρίζεται από αδυναμία συγκράτησης προγενέστερων εδραιωμένων αναμνήσεων. Στο πρώτο στάδιο, τα άτομα αδυνατούν να ανακαλέσουν το πρόσφατο παρελθόν. Στο δεύτερο στάδιο, τα άτομα είναι ανίκανα να ανακαλέσουν το μακρινό παρελθόν και στο τρίτο στάδιο, μπορούν μόνο να ανακαλέσουν αναμνήσεις από την παιδική τους ηλικία (σύνδρομο Ribot). Βέβαια, μέσω της συναισθηματικής φόρτισης, το άτομο μπορεί να εντοπίσει και να ανακτήσει πρόσφατη ανάμνηση. Τέλος, παρατηρείται πάντα στη νόσο Alzheimer αλλά και στη φυσιολογική γήρανση. (Rubinsten,1996/2000)

Γ) Παροδική και επιλεκτική αμνησία

Η παροδική και η επιλεκτική αμνησία, είναι σαν την οπισθοδρομική αμνησία αλλά δεν παρουσιάζουν βαθμιαία εξέλιξη. Αφορούν χρονικά περιορισμένες περιόδους και περιορισμένο αριθμό γεγονότων. Στην περίπτωση της παροδικής αμνησίας, ο ασθενής δεν θυμάται τίποτα από μια συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του, είναι δηλαδή σαν να δημιουργήθηκε μια «τρύπα» στον ιστό των αναμνήσεών του. Χωρίζεται σε μετατραυματική παροδική αμνησία, που προέρχεται από χτύπημα ή τραυματισμό του εγκεφάλου και σε

μεταεπιλιπτική/αποπληκτική παροδική αμνησία, αν προέρχεται από εγκεφαλικές διαταραχές. (Rubinsten,1996/2000)

Σε αυτό το είδος αμνησίας, παρατηρούνται διαταραχές σύγχυσης αλλά οι άλλες λειτουργίες παραμένουν ακέραιες. Η επιλεκτική αμνησία, έχει ψυχογενές υπόβαθρο και συνδέεται με συναισθηματικούς παράγοντες. Αφορά συγκεκριμένη κατηγορία αναμνήσεων και συμπεριλαμβάνει το φυσιολογικό μηχανισμό της λήθης. (Rubinsten,1996/2000)

2. Δυσμνησίες

Οι δυσμνησίες, είναι ψυχοπαθολογικές διαταραχές της μνήμης και το άτομο κατασκευάζει ή ανακατασκευάζει το παρελθόν, διαφορετικά από την πραγματικότητα. (Rubinsten,1996/2000)

3. Παραμνησίες

Είναι μνημονικές παραισθήσεις και χωρίζονται σε εκμνησίες, στις οποίες ο ασθενής ξαναζεί πανοραμικά ολόκληρο κομμάτι του παρελθόντος σαν να είναι πραγματικό, σε ψευδείς αναγνώσεις, στις οποίες ο ασθενής αναγνωρίζει λανθασμένα, σαν να τα έχει ξαναδεί, πρόσωπα και τοποθεσίες που συναντά για πρώτη φορά και σε μυθοπλασίες, οι οποίες είναι ένα παραλήρημα της μνήμης, που ωθεί στην ανάκληση αναμνήσεων που δε συνέβησαν ποτέ. (Rubinsten,1996/2000)

4. Υπερμνησίες

Οι υπερμνησίες αφορούν περιορισμένο τομέα και συνοδεύουν μια μέση νοημοσύνη. (Rubinsten,1996/2000)

5. Λήθη

Στην περίπτωση της λήθης, παρατηρείται απουσία αναμνήσεων στην ατομική και στην συλλογική μνήμη, τη σαφή παρακμή της μνήμης και ήπιες διαταραχές προσοχής όπως η απροσεξία, η παράλειψη, η αφαίρεση ή η αμέλεια. Βέβαια, η λήθη δεν είναι οπωσδήποτε σε συνάρτηση με το γήρας. (Rubinsten,1996/2000)

1.10.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την μνήμη

Η εργαζόμενη μνήμη, αναζητά και ανακαλεί πληροφορίες που συνήθως αποθηκεύονται σε άλλα αρχεία. Η ικανότητα να αποθηκευτούν στοιχεία στην εργαζόμενη μνήμη, είναι μηδαμινή και για αυτό η πληροφορία παραμένει σε αυτήν για ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα, όσο δηλαδή χρειάζεται για την εκτέλεση ενός δεδομένου έργου. Πρόκειται, λοιπόν, για ενεργό συνειδητή μνήμη σε αντίθεση με το υπόλοιπο μνημονικό σύστημα, δηλαδή, την παθητική ασυνείδητη μνήμη. (Rubinsten,1996/2000)

Συμπερασματικά, η μνήμη δεν είναι μια ανεξάρτητη και μεμονωμένη διεργασία. Εξαρτάται από τη συνολική συμπεριφορά του ατόμου, την κατάσταση γνωστικών λειτουργιών του καθώς και το περιβάλλον του. Οι καθοριστικές επιρροές που δέχεται η μνήμη είναι οι εξής:

- Η ακρίβεια και ο αριθμός των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων . Όταν οι πληροφορίες που εισέρχονται στη μνήμη είναι παραμορφωμένες, η κωδικοποίηση τους γίνεται δύσκολα και η ανάκτηση τους δεν είναι ασφαλής ή μπορεί να είναι ακόμη και αδύνατη
- Το περιβάλλον συμμετέχει στην ποιότητα των λειτουργιών της μνήμης. Όσο μεγαλύτερη είναι η αλληλεπίδραση με τον εξωτερικό κόσμο, τόσο περισσότερο διεγείρεται η μνήμη
- Ο βαθμός εγρήγορσης
- Η αφύπνιση και η προσοχή
- Η συγκέντρωση
- Τα κίνητρα
- Η ανάγκη
- Η διάθεση και η ευαισθησία
- Το ενδιαφέρον για το προς απομνημόνευση υλικό και το συναισθηματικό του περιεχόμενο
- Το πολιτιστικό επίπεδο του ατόμου, η κοινωνικο-επαγγελματική και οικογενειακή του κατάσταση
- Οι προσωπικές τάσεις του ατόμου , όπως για παράδειγμα αν είναι αριθμομνήμονας, φυσιογνωμιστής κ.α.
- Η εξάσκηση της μνήμης
- Η ηλικία

(Rubinsten,1996/2000)

1.10.4. Τρόποι ελέγχου της φυσιολογικής μνήμης

Οι δοκιμασίες για τον έλεγχο της φυσιολογικής μνήμης, δεν αποβλέπουν στην αξιολόγηση της αλλά στον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων. Το φυσιολογικό, ορίζεται ως η απουσία διακριτών ανωμαλιών. Ο έλεγχος, λοιπόν, πραγματοποιείται αναγκαστικά υπό μορφή αυτοαξιολόγησης. Μια τέτοια δοκιμασία μνήμης, έχει ως στόχο την καταγραφή γνώσεων που αφορά την λειτουργία της μνήμης αλλά και τη διατύπωση των προσδοκιών που έχει ο ασθενής από τη μνήμη του, αν αυτό είναι εφικτό. Η αυτοαξιολόγηση διερευνά τις βασικές λειτουργίες και τα συστατικά της μνήμης, δηλαδή τη συνολική οπτική μνήμη, την ικανότητα κατασκευής αυθόρμητων εικόνων, αβίαστων ή συνειρμικών, την ανάλυση αφηρημένων ή συγκεκριμένων σχημάτων καθώς και την οπτικοποιημένη μνημονική ικανότητα. (Rubinsten,1996/2000)

Επιπλέον, αξιολογείται η ακουστική μνήμη για λέξεις και αριθμούς, η αισθητήρια μνήμη, η μνήμη των εντυπώσεων, οι χωροχρονικές ικανότητες και τέλος η κινητική μνήμη. Επιπλέον, βοηθά στην αναγνώριση της αξίας που έχει η μνήμη και η ικανότητα της λογικής οργάνωσης στην καθημερινότητα, όπως και η οργάνωση του τρόπου σκέψης και δράσης. Επιβεβαιώνεται, λοιπόν, το προφίλ μνήμης, εξετάζοντας τους τρόπους πρόσληψης που χρησιμοποιήθηκαν τις περισσότερες φορές (συνειρμική, οπτική ή ακουστική μνήμη), τους τρόπους συγκράτησης δεδομένων (μνήμη ιδεών ή αριθμών) και τον κυρίαρχο προσανατολισμό της μνήμης με βάση συγκεκριμένα γεγονότα ή τη διαισθητική φαντασία. (Rubinsten,1996/2000)

Το ερωτηματολόγιο, επίσης, είναι μια άλλη μορφή προσωπικής αξιολόγησης, διότι επιτρέπουν να σημειώνεται η συχνότητα των μνημονικών προβλημάτων και βοηθούν στην αντίληψη της ποιότητας της μνήμης του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο, περιλαμβάνει ταξινομημένες ερωτήσεις σε δέκα με δώδεκα κατηγορίες που καλύπτουν τους συνήθεις τομείς της καθημερινότητας. Η απάντηση σε κάθε ερώτηση γίνεται μέσω μιας κλίμακας από το 0 έως το 6 (ποτέ, πολύ σπάνια, μερικές φορές, συχνά, πολύ συχνά, πάντα). Το αποτέλεσμα, αντανακλά αρκετά αξιόπιστα τη γνώμη του ασθενή για τις ικανότητές του. (Rubinsten,1996/2000)

1.10.4. Τρόποι ελέγχου της παθολογικής μνήμης

- **Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination, MMSE)**

Είναι ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο σάρωσης και αρχικής γνωστικής εκτίμησης ενός ασθενή. Μπορεί να χορηγηθεί από οποιοδήποτε γιατρό, χρειάζεται μόνο ένα τέταρτο για την ολοκλήρωσή του και περιλαμβάνει έντεκα θέματα. Το MMSE, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα και είναι ελάχιστα ευαίσθητη στις αλλαγές του εξεταστή καθώς και για έναν συγκεκριμένο εξεταζόμενο, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ελάχιστα. Η βαθμολογία ξεκινά από το 0 και φτάνει μέχρι και το 30. Με αυτό το εργαλείο, επιτρέπεται μια γρήγορη εξέταση των γνωστικών λειτουργιών του ατόμου όπως ο χωρικός και τοπικός προσανατολισμός, η ανάκληση, η βραχύχρονη μνήμη, η συγκέντρωση, οι αριθμητικοί υπολογισμοί, ο λόγος και η κατασκευαστική ικανότητα. Ένα μέσο-φυσιολογικό άτομο, θα πρέπει η φτάσει τη μέγιστη βαθμολογία των 30 βαθμών. Η βαθμολογία από 26 έως 23, μας δείχνει ότι οι νοητικές λειτουργίες του ατόμου, πρέπει να διεγερθούν. Η βαθμολογία, που δεν ξεπερνά το 23 είναι ένδειξη παθολογίας. (Rubinsten,1996/2000)

Η ευαισθησία της βαθμολογίας μεταβάλλεται με τη ηλικία και το πολιτισμικό επίπεδο του ατόμου, καθώς και τα αποτελέσματα είναι σε συνάρτηση με την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Βέβαια, μια χαμηλή βαθμολογία δεν μπορεί να οδηγήσει σε διάγνωση αλλά δίνει έναν προσανατολισμό και επιτρέπει την αξιολόγηση της πορείας των προβλημάτων, δεδομένου ότι η δοκιμασία χορηγείται στο άτομο ανά τακτά χρονικά διαστήματα.(Rubinsten,1996/2000)

- **Ιστορίες των 20 βαθμών**

Οι ιστορίες, είναι πιο ευχάριστες και λιγότερο αγχωγόνες δοκιμασίες μνήμης. Αρχικά, αξιολογούν την κατανόηση, την απομνημόνευση και την ανάκληση μιας αφήγησης που πρέπει να επαναληφθεί σύμφωνα με τη σωστή δομή της. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 20, με βάση τον αριθμό των στοιχείων της ιστορίας που έχουν ανακληθεί ορθά.

(Rubinsten,1996/2000)

- **Κλίμακα Μνήμης Wechsler και Δοκιμασία για την Ακουστική Μάθηση του Rey**

Είναι δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούν λεκτικό υλικό, όπως γράμματα, αριθμούς, καταλόγους αφηρημένων ή συγκεκριμένων λέξεων, σύνθετες ή πιο απλές σύντομες

ιστορίες . Με την βοήθεια του λεκτικού υλικού, γίνεται αξιολόγηση της λογικής μνήμης, της συνειρμικής μάθησης των αριθμών και της οπτικής αναπαραγωγής, της ικανότητας λήψης άμεσων απαντήσεων ή απαντήσεων μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Οι μη λεκτικές δοκιμασίες, δηλαδή το οπτικό υλικό, πραγματοποιούνται με τη βοήθεια γεωμετρικών σχημάτων και με τα σύνθετα σχέδια του Rey. Μια δοκιμασία επιτρέπει στον εξεταζόμενο την απόδοση μιας μέσης βαθμολογίας, μεταξύ ενός μέγιστου και ενός ελάχιστου ορίου , με βάση τις επιδόσεις ατόμων ηλικίας από 70 έως 90 ετών, στους τομείς της κρίσης, του λόγου, της μνήμης, της μάθησης, του προσανατολισμού και της συγκέντρωσης. Συχνά, οι πραγματικές νοητικές ικανότητες των ανθρώπων, είναι διαφορετικές από εκείνες που πιστεύουν ότι κατέχουν ή αντιλαμβάνονται. Η έκπτωση μιας νοητικής λειτουργίας, δεν έχει το ίδιο αποτέλεσμα για ένα ευφυές και για ένα λιγότερο χαρισματικό άτομο. Εξαιτίας αυτού, η νευροψυχολογική αξιολόγηση είναι συχνά συνυφασμένη με ψυχομετρικές δοκιμασίες, που μετρούν τη «νοημοσύνη» του ατόμου, με δοκιμασίες νοητικών, αισθητηριακών ή ψυχοκινητικών ικανοτήτων.

(Rubinsten,1996/2000)

Οι κλίμακες νοημοσύνης Weschler για τα ενήλικα άτομα, δίνουν ένα συνολικό αποτέλεσμα από μετρήσεις της νοητικής ικανότητας στη λεκτική και στη πρακτική κλίμακα. Συνήθως, δείχνουν μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στη λεκτική και την πρακτική νοημοσύνη, ή ενδέχεται να αποκαλύψουν και αυθεντική νοητική έκπτωση μετά από σύγκριση αποτελεσμάτων δοκιμασιών. Επίσης, η κλίμακα μνήμης του Wechsler μετρά την μνημονική πρόσληψη και τις ικανότητες μάθησης με μια σειρά από δοκιμασίες όπως οι προσωπικές πληροφορίες, οι γενικές πληροφορίες, ο άμεσος προσανατολισμός στον τόπο και στον χρόνο, ο νοητικός έλεγχος, η λογική μνήμη, η μνήμη αριθμών, η οπτική αναπαραγωγή και τα ζεύγη λέξεων. Το αποτέλεσμα γίνεται με τον υπολογισμό ενός μνημονικού πηλίκου, το οποίο παραλληλίζεται με το νοητικό πηλίκο (IQ). Τα τεστ επίτευξης, μετρούν μια συγκεκριμένη πτυχή των νοητικών λειτουργιών(παράγοντας G της γενικής νοημοσύνης, αριθμητικός παράγοντας N, λεκτικός παράγοντας V, παράγοντας μνήμης M κ.λπ.) και αξιολογούν την πιθανή τους έκπτωση. Στην αξιολόγηση των προβλημάτων μνήμης, θα πρέπει να συμπεριληφθούν και κλίμακες που αφορούν το άγχος και την υποχονδρία, οι οποίες είναι ικανές να εντοπίσουν την ύπαρξη ενδεχόμενου παραγνωρισμένου ψυχογενούς παράγοντα που εξηγεί ή εντείνει τις δυσκολίες του εξεταζόμενου. (Rubinsten,1996/2000)

- **Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton**

Σε ένα άτομο με προβλήματα μνήμης, μπορεί να ανιχνευτεί κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο μετά από κάποια ηλικία μπορεί να δώσει εικόνα ψευδο-άνοιας. Μια από

τις κύριες έννοιες του γιατρού, θα πρέπει να είναι ο αποκλεισμός της νευρωσικής κατάθλιψης. Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton, είναι μια απλή δοκιμασία, η οποία αποφεύγει την αναφορά σε προβλήματα μνήμης και δίνει έμφαση στην καταθλιπτική διάθεση, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την επιβράδυνση των δραστηριοτήτων, τις επιπτώσεις στη εργασία και τα αισθήματα ενοχής. Το τελικό αποτέλεσμα, δείχνει την πιθανότητα ύπαρξης καταθλιπτικής διαταραχής, η οποία ενδέχεται να ευθύνεται για τα προβλήματα που παρουσιάζονται, διότι η κατάθλιψη μπορεί να συνδυάζεται με ανερχόμενη νόσο του Alzheimer. (Rubinsten,1996/2000)

- **Η συστοιχία τεστ μνημονικών επιδόσεων 144 (BEM 144) και γνωστικών ικανοτήτων 96 (BEC 96)**

Το BEM 144 και το BEC 96, δημοσιεύθηκαν από τον καθηγητή Signoret και ορίζουν επακριβώς το σύνολο των μεταβλητών που παίζουν ρόλο στη διεργασία της έκπτωσης καθώς και ανιχνεύουν, συγκεκριμενοποιούν αλλά και αξιολογούν κάθε εξεταζόμενο χωριστά τις γνωστικές συνιστώσες που διαταράσσονται και χωριστά εκείνες που παραμένουν ανέπαφες. Με τη παράλληλη χρήση λεκτικών και οπτικών πληροφοριών επιδιώκεται η άμεση και εκ των υστέρων ανάκληση οργανωμένων συνόλων, η μάθηση καταλόγων δεδομένων ζευγών, καθώς και ποικίλες μορφές αναγνώρισης. Έτσι, επιτρέπεται ο εντοπισμός ενός μεμονωμένου προβλήματος μνήμης ή ενός προβλήματος που συνδέεται με δυσκολίες στην αφηρημένη σκέψη, και τη διαφοροποίησή τους από διαταραχές της κρίσης, των λεκτικών και αισθησιοκινητικών λειτουργιών ή/και από αλλαγές προσωπικότητας. Όμως, απομακρύνουν τον ασθενή από τις πραγματικές συνθήκες της καθημερινότητας. (Rubinsten,1996/2000)

- **Δοκιμασίες απομνημόνευσης με προσομοίωση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή**

Οι δοκιμασίες αυτές, στοχεύουν στον εντοπισμό δυσκολιών της καθημερινής ζωής, γιατί είναι δοκιμασίες παρόμοιες με αυτές τις πραγματικής ζωής. Παρουσιάζονται στον εξεταζόμενο εικόνες ατόμων μαζί με το όνομα και το επώνυμο του, πληροφορίες τις οποίες ο εξεταζόμενος θα πρέπει να ανακαλέσει όταν στην οθόνη θα ξαναπαρουσιαστούν τα ίδια πρόσωπα. Η ίδια βασική αρχή, ισχύει και για το φιλμ που δείχνει μια διαδρομή. Σε αυτό τη φάση, ο εξεταζόμενος αντιλαμβάνεται τη διαδρομή σαν να ήταν αυτός οδηγός και με βάση αυτό, θα πρέπει να ανακαλέσει το δρομολόγιο. Επιπλέον, με βάση το ίδιο σκεπτικό, ο εξεταζόμενος βλέπει τα δωμάτια μιας κατοικίας, όπου σε αυτά υπάρχουν κρυμμένα διάφορα αντικείμενα τα οποία θα πρέπει να «ξεαναβρεί» (Rubinsten,1996/2000)

- **Κλίμακες γνωστικών διαταραχών**

A.Κλίμακα του Reisberg. Η κλίμακα αυτή, περιγράφει σε επτά στάδια την εξέλιξη της νόσου του Alzheimer.

B. Δοκιμασία του Blessed. Η δοκιμασία αυτή έχει δύο μέρη, δηλαδή ένα ερωτηματολόγιο του ασθενή και ένα ερωτηματολόγιο του περιβάλλοντός του (βαθμολογούνται αντίστροφα) και έτσι αξιολογείται η νοητική έκπτωση του ασθενούς.

Γ. Βαθμολογία του Hachinski. Κυρίως, χρησιμοποιείται για τη διαφορική διάγνωση της νόσου του Alzheimer.
(Rubinsten, 1996/2000)

1.11. Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου του Alzheimer

1.11.1. Εισαγωγή

Για πολλά έτη, έγιναν προσπάθειες αποκατάστασης της νόσου του Alzheimer, οι οποίες στηρίζονταν σε τρεις προσεγγίσεις:

- Στην υποβοηθητική θεραπεία μνήμης
- Στις θεραπείες συμπεριφοράς
- Σε θεραπείες προσανατολισμού

(Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

Οι προσεγγίσεις αυτές, έδιναν το βάρος σε λειτουργικές αναλύσεις και συμπεριφορές, δίχως να λαμβάνουν υπόψη τις θεωρητικές και παθογενετικές ερμηνείες των διαταραχών. Νεότερες μελέτες, έδειξαν πως είναι δυνατόν, να αντιμετωπισθούν οι ασθενείς, στα πρώιμα στάδια της νόσου του Alzheimer. Με βάση τη μνημονική λειτουργία, οι προσπάθειες που γίνονται στρέφονται σε τρεις κατευθύνσεις:

- Να διευκολυνθεί η κωδικοποίηση ή η ανάκληση μιας πληροφορίας σε σχέση με τις επιδόσεις σε ειδικές δοκιμασίες
- Να αποκτήσει ο ασθενής νέες μαθήσεις ή να αντιμετωπίσει διαταραχές, με την βοήθεια των ικανοτήτων που διατηρήθηκαν

- Να ενεργοποιηθεί το περιβάλλον τους ασθενή στις προσπάθειες αποκατάστασης

(Μεντόπουλος &Μπούρας, 1997)

1.11.2. Η διευκόλυνση της κωδικοποίησης και της ανάκλησης

Για να διευκολυνθεί η διαδικασία της κωδικοποίησης και της ανάκλησης, πρέπει αρχικά να μελετηθούν οι ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή. Για την απόκτηση των πληροφοριών της επεισοδιακής και της μακροπρόθεσμης μνήμης, πρέπει να γίνουν προσπάθειες διευκόλυνσης, οι οποίες θα χρησιμοποιούν διάφορα κινητικά και πολυπαραγοντικά στοιχεία, τα οποία δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο σε μάθηση λεκτικών πληροφοριών. Η προσπάθεια αυτή, θα πρέπει να συνοδεύεται από δείκτες διευκόλυνσης, όπως για παράδειγμα η βοήθεια που προσφέρεται στην κωδικοποίηση ενός καταλόγου ονομάτων με σημασιολογική κατηγοριοποίηση των παρουσιαζόμενων ονομάτων (καρότο=λαχανικό, είναι περισσότερο αποτελεσματικό, όταν η κατηγορία «λαχανικά», δίνεται με καθοδήγηση στην φάση της ανάκλησης). Παράλληλα, θα πρέπει να συνυπολογιστούν οι δυσκολίες του ασθενούς στην προσοχή αλλά και στις διεργασίες ταυτόχρονης εκτίμησης ορισμένων στοιχείων που εκφράζονται μέσα από τη λειτουργική μνήμη (π.χ. ταυτόχρονη παρακολούθηση συζήτησης με δύο άτομα). (Μεντόπουλος &Μπούρας, 1997)

1.11.3. Απόκτηση νέων μαθήσεων

Στην νόσο του Alzheimer, διατηρούνται ορισμένες μνημονικές ικανότητες, οι οποίες είναι ικανότητες μη συνειδητής αλλά κυρίως διαδικαστικής. Ο ασθενής είναι ικανός, εκμεταλλευόμενος τις ικανότητες που έχουν διατηρηθεί, να μάθει ειδικές γνώσεις σε έναν τομέα, στην προσπάθειά του να διατηρήσει την αυτονομία του καθώς και έναν βαθμό ποιότητας ζωής στο μέτρο του δυνατού. (Μεντόπουλος &Μπούρας, 1997)

Οι τεχνικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η «τμηματική κατά διαστήματα αποκατάσταση» και η «σταδιακή μείωση». Στην πρώτη, η ανάκληση της πληροφορίας «δείκτης» εκτιμάται κατά διαστήματα που επιμηκύνονται σταδιακά. Μετά από περίπου πέντε λεπτά, η πληροφορία αποθηκεύεται περισσότερο μέσα στην μακροπρόθεσμη μνήμη και μπορεί στην συνέχεια να ανακληθεί σε ένα μακροπρόθεσμο διάστημα, μετά την διαδικασία της μάθησης. Από την άλλη, η «σταδιακή μείωση» είναι τεχνική μάθησης της πληροφορίας

«δείκτη», η οποία μειώνεται προοδευτικά (π.χ. για να μάθει ο ασθενής το όνομα ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ αναφέρεται στην αρχή ολόκληρο και κατόπιν με προοδευτική μείωση : ΔΗΜΗΤΡ.. ΔΗΜΗ.. ΔΗΜ.. ΔΗ...). (Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

1.11.4. Χρήση «εξωτερικών δεικτών» και ρύθμιση των συνθηκών του περιβάλλοντος

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο στόχος είναι η μείωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής στην καθημερινότητά του. Για αυτό τον λόγο, λαμβάνονται μέτρα στο χώρο που κινείται ο ασθενής όπως για παράδειγμα τοποθέτηση ημερολογίων, πινάκων επικοινωνίας και σηματοδοτών. Τα μέτρα αυτά, δεν υποκαθιστούν την μνήμη του ασθενούς, αλλά αντιθέτως, είναι μια αξιόλογη βοήθεια για τις καθημερινές δραστηριότητές του. Βέβαια, η βοήθεια αυτή, θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα μέτρα και στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Δεν είναι εφικτό, να ισχύουν οι ίδιοι κανόνες σε κάθε ασθενή, στην περίπτωση που ληφθεί υπόψη η φύση της νόσου, η εξέλιξη, η ποικιλομορφία της εξέλιξης και η ποικιλία των νοητικών διαταραχών.

Τέλος, είναι απαραίτητη, η εφαρμογή ορισμένων γενικών αρχών, με βάση τις οποίες θα διαφοροποιούνται μεθοδεύσεις για τον εκάστοτε ασθενή και θα συνυπολογίζονται ορισμένες δυνατές καταστάσεις, όπως το άγχος, την κατάθλιψη, την υπερκινητικότητα αλλά και τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος των φροντιστών. (Μεντόπουλος & Μπούρας, 1997)

1.11.5. Βασικές αρχές μη φαρμακευτικής θεραπείας

Η νευροψυχολογική αποκατάσταση, ως μη φαρμακευτική θεραπεία, είναι η παροχή δομημένης εμπειρίας, που έχει σχεδιασθεί για να προωθήσει εγκεφαλικές αλλαγές, αξιοποιώντας την πλαστικότητα του εγκεφάλου. Οι αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου ενδέχεται να οδηγήσουν σε βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας του ασθενούς. Ως πλαστικότητα του εγκεφάλου (νευροπλαστικότητα), ορίζεται η ικανότητα του να αλλάζει και να τροποποιεί τη δομή του προσαρμοζόμενος στις εκάστοτε περιβαλλοντικές συνθήκες. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

Στην διαδικασία της συμπεριφορικής και γνωστικής τροποποίησης των ψυχολογικών βλαβών ή απωλειών, υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές, η αιτιολόγηση της παρέμβασης, η σωστή επιλογή των μηχανισμών που είναι απαραίτητοι σε κάθε περίπτωση, η συνειδητότητα

των ελλείψεων από το άτομο και η εκτίμηση των συνεπειών της παρέμβασης. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

1. Η αιτιολόγηση της παρέμβασης ολοκληρώνεται όταν επιβεβαιωθεί ότι οι δεξιότητες του ατόμου δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η θεραπεία όταν δεν υπάρχει διάθεση για συνεργασία από την οικογένεια του ασθενούς. Επιπλέον, όταν οι βλάβες είναι πολύ σοβαρές, όπως στα τελευταία στάδια της άνοιας, δεν γίνεται να υπάρξει συνεργασία ή ακόμη και όταν δεν πρέπει να γίνει σε περίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου, αν δεν περάσει ένα ορισμένο χρονικό διάστημα που να έχουν εξαντληθεί οι πιθανότητες για φυσιολογική ανάρρωση. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)
2. Οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται στη γνωστική αποκατάσταση συμπεριλαμβάνουν την τροποποίηση της συναπτικής συνδετικότητας, την υποκατάσταση της δεξιότητας, την αναπροσαρμογή και την προσομοίωση του περιβάλλοντος. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

2α)Τροποποίηση συναπτικής συνδετικότητας. Γίνεται άμεση ενεργοποίηση μέσα από την εκπαίδευση νοητικών ικανοτήτων και νέα μάθηση, με σκοπό να διατηρηθεί ή να αποκατασταθεί η ελλιπής δεξιότητα. Με βάση κάποιες έρευνες, οι νευρωνικοί μηχανισμοί οι οποίοι ενεργοποιούνται σε διαδικασίες φυσιολογικής μάθησης και σε άτομα μετά από εγκεφαλική βλάβη, είναι οι ίδιοι. Έρευνες, με βάση δεδομένα από λειτουργική νευροαπεικόνιση, υποστηρίζουν πως η νευρωνική πλαστικότητα υπάρχει ακόμα και στους πάσχοντες της νόσου του Alzheimer. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

«Η θεραπεία που ενεργοποιεί τον μηχανισμό της τροποποίησης στα πλαίσια της γνωστικής αποκατάστασης ονομάζεται γνωστική εκπαίδευση και χρειάζεται αυξημένος χρόνος, προσπάθεια και εκπαίδευση, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος». Με λίγα λόγια, είναι ένα είδος καθοδηγούμενης άσκησης συγκεκριμένων νοητικών λειτουργιών, με σταθμισμένα γνωστικά έργα, με διάφορα επίπεδα δυσκολίας, με στόχο τη βελτίωση της νοητικής επίδοσης και εμπόδιση της νοητικής έκπτωσης. Συνεπώς, αναφέρεται σε εστιασμένη ενεργοποίηση της πλαστικότητας σε βλάβες με κυκλώματα εν δυνάμει βιώσιμα, δηλαδή γίνεται να εφαρμοστεί σε ασθενείς με πρόωμη ή ήπια άνοια καθώς και σε ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ). (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

2β)Υποκατάσταση της δεξιότητας. Στόχος είναι η ενεργοποίηση άριστων δεξιοτήτων, με σκοπό το άτομο να καλύπτει τα λειτουργικά κενά στην καθημερινότητά του. Η ενεργοποίηση αυτών των μηχανισμών, περιλαμβάνει διανομή ή αναδημιουργία εναλλακτικών οδών ή περιοχών του εγκεφάλου. Ο μηχανισμός της υποκατάστασης της δεξιότητας ή αλλιώς λειτουργικής επανοργάνωσης, ορίζεται ως *η στρατολόγηση διαφορετικών ή απομακρυσμένων υγιών νευρωνικών κυκλωμάτων, που επιτρέπει την εμφάνιση μιας δεδομένης συμπεριφοράς, αλλά με διαφορετικό τρόπο*. Αυτά τα κυκλώματα μπορούν να υπάρχουν σε γειτονικές προς την περιοχή με την βλάβη ή σε αντίστοιχες περιοχές στο αντίθετο ημισφαίριο. Σε περιπτώσεις μεγάλης εγκεφαλικής βλάβης, αυτός ο μηχανισμός ενεργοποιείται. Πρέπει να τονιστεί πως πρόκειται για μια διαδικασία αντισταθμιστική και όχι επανορθωτική. Τέλος, εστιάζει στην εμπλοκή σε ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες για την ενίσχυση της νοητικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, ως επί το πλείστον σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή άνοια και διακρίνεται ως γνωστική ενεργοποίηση. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

2γ)Αναπροσαρμογή. Ο τρίτος μηχανισμός αναφέρεται στην αναθεώρηση των κριτηρίων καθώς και των προτεραιοτήτων και στην επιλογή νέων, επιτεύξιμων στόχων. Αυτό πραγματοποιείται μέσω του καθορισμού και της αποσαφήνισης, στον ασθενή και στην οικογένειά του, των ελλείψεων και της αναμενόμενης εξέλιξης των διαταραχών. Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς και της οικογενείας βοηθά στην ορθότερη αντιμετώπιση της νέας κατάστασης καθώς και στη δημιουργία κινήτρων, σημαντική προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση των προγραμμάτων αποκατάστασης. Επιβάλλεται η ενημέρωση αλλά και η αλλαγή των απαιτήσεων από τον εαυτό , με σκοπό να αποφευχθεί η ματαίωση. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

2δ)Προσομοίωση του περιβάλλοντος. Ο θεραπευτής πρέπει να προσαρμόσει τις προσδοκίες που έχουν οι άλλοι στις πραγματικές ικανότητες του ασθενούς καθώς και θα ήταν ενισχυτικό να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον φιλικό αλλά και βοηθητικό για τον πάσχοντα. Για να υπάρξει επιτυχής θεραπεία, πρέπει να συνδυαστεί η γνωστική θεραπεία των ασθενών με την συμβουλευτική των συγγενών, γιατί ο περιθάλποντας, έστω και ακούσια, μπορεί να καταστρέψει στο σπίτι ότι καλό «χτίζει» ο θεραπευτής. Για παράδειγμα, όταν ο περιθάλποντας, υπενθυμίζει συνεχώς στον ασθενή ότι ξεχνά ή του φωνάζει ή τον πιέζει να απαντήσει σε ερωτήσεις, τότε ο ασθενής γεμίζει με απογοήτευση και δυσχεραίνεται η θεραπεία. Ακόμη, η παρέμβαση πρέπει να είναι δομημένη σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς καθώς και να στηρίζεται στις

υπάρχουσες δεξιότητες του. Η αναπροσαρμογή αλλά και η προσομοίωση του περιβάλλοντος έχουν επί το πλείστον ψυχολογικό χαρακτήρα, μαζί με πρακτικές οδηγίες. Συχνά, αποτελούν μια έμμεση στήριξη με στόχο την αποτελεσματικότητα της γνωστικής ενεργοποίησης και της γνωστικής εκπαίδευσης. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

Ως θεραπείες ανήκουν στον τομέα της γνωστικής αποκατάστασης και μπορούν να βοηθήσουν και να ωφελήσουν ασθενείς σε όλα τα στάδια της άνοιας. Η γνωστική αποκατάσταση είναι μια ατομική προσέγγιση, η οποία ωφελεί άτομα με νοητικές ελλείψεις, αλλά και τις οικογένειές τους, σε συνεργασία με τον θεραπευτή ώστε να θέσουν προσωπικούς στόχους αλλά και να δημιουργήσουν στρατηγικές αντιμετώπισης. Βέβαια τα χρησιμοποιούμενα μοντέλα γνωστικής αποκατάστασης, εστιάζουν στην ανάγκη της προσέγγισης των νοητικών δυσκολιών και των συναισθηματικών ανταποκρίσεων με έναν πιο συγκροτημένο και ολιστικό τρόπο, καθώς και λαμβάνουν υπόψη τους τη ζωή , τις εμπειρίες και το κοινωνικό πλαίσιο που εντάσσεται το άτομο. Αυτοί οι μηχανισμοί είναι χρήσιμοι διότι μειώνεται το χάσμα μεταξύ του επιπέδου της δεξιότητας του ασθενούς και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Αρκετές φορές, είναι απαραίτητη μια ένωση ενεργοποιούμενων μηχανισμών για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

3. Η συνειδητότητα των ελλείψεων από τον ασθενή είναι ένα βοηθητικό στοιχείο για την αποκατάσταση. Η συνειδητότητα θεωρείται σαν *ένα συνεχές, κατά μήκος του οποίου οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί συνδέονται με ελεγχόμενες ή αυτοματοποιημένες, μεταγνωστικές διαδικασίες, όπως είναι η αυτοπαρατήρηση, η ανάληψη πρωτοβουλίας και η γνωστική αυτοαποτελεσματικότητα*. Στα πλαίσια μιας θεραπείας, η απουσία συνειδητότητας των ελλείψεων δεν βοηθά γιατί με αυτό τον τρόπο δεν δημιουργούνται κίνητρα, ώστε ο ασθενής να καταβάλει την προσπάθεια που χρειάζεται. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)
4. Οι συνέπειες της παρέμβασης. Πριν συμφωνηθεί μια παρέμβαση, είναι σημαντικό να υπολογιστούν οι συνέπειες που θα έπονται από αυτή. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα αποκατάστασης από τα οποία προέκυψαν α) αρχικά οφέλη, αλλά τελικά μακροπρόθεσμες απώλειες για τον ασθενή, β) οφέλη για τον ασθενή, αλλά απώλειες για τους άλλους στο περιβάλλον του.(Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

1.12. Μέθοδοι μη φαρμακευτικής προσέγγισης σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer

1.12.1. Εφαρμογή της ψυχοθεραπείας

Μια βασική μορφή παρέμβασης στις άνοιες, είναι η ψυχοθεραπεία. Αρχικά, θα πρέπει , η ψυχοθεραπεία, να ακολουθεί το νοητικό και το λειτουργικό επίπεδο , αλλά και τις δυνατότητες του εκάστοτε ασθενή. Βασική προϋπόθεση, είναι η αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα καθώς και η ολιστική αντιμετώπιση του, τόσο μέσα από τις σχέσεις του, όσο και μέσω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει εξαιτίας της ασθένειάς του, αλλά και γενικότερα με βάση τις συνήθειές , τα ενδιαφέροντα του κ.ά. Οι στόχοι που θα τίθενται θα πρέπει να είναι επιτεύξιμοι, όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση ή η λειτουργικότητα του ασθενούς και του φροντιστή του καθώς και να συνυπολογίζεται η σχέση μεταξύ τους. Επιπλέον, πρέπει να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Στα αρχικά στάδια της νόσου του Alzheimer, οι προτεινόμενες μορφές παρέμβασης είναι λεκτικού τύπου και στην συνέχεια, οι παρεμβάσεις στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης όπως είναι η τέχνη και η μουσική. Στην περίπτωση δυσκολιών ορισμένων ασθενών να επεξεργαστούν πλήρως ένα λεκτικό μήνυμα, απαιτείται τροποποίηση της παρέμβασης λεκτικού τύπου. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Οι Solomon & Szwabo (1992), διατύπωσαν τις διαφοροποιήσεις, που θα πρέπει να γίνουν, με τις ακόλουθες τυπικές στρατηγικές παρέμβασης:

- Η ερμηνεία θα πρέπει να είναι ξεκάθαρη , διότι η ικανότητα επεξεργασίας αφηρημένης πληροφορίας είναι ελλειμματική ακόμη και στα πρώιμα στάδια της νόσου
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η τεχνική του «παράδοξου» , επειδή απαιτεί οξυδερκή ερμηνεία
- Η αντιπαράθεση, όπου είναι απαραίτητη, θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή στην επιλογή των επιχειρημάτων, προκειμένου να αποφευχθούν η σύγχυση ή τυχόν παρανοϊκές αντιδράσεις
- Απαραίτητη είναι η στρατηγική πολλαπλών επαναλήψεων
- Η διάρκεια των συνεδριών ψυχοθεραπείας θα πρέπει να είναι μικρότερη από τις κανονικές συνεδρίες, αλλά αντίθετα να αυξηθεί ο αριθμός των συνεδριών για την υλοποίηση των στόχων

- Ο θεραπευτής πρέπει να είναι πιο ενεργητικός και να παίρνει πρωτοβουλίες (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Στα αρχικά στάδια, η ψυχοθεραπεία πρέπει να έχει τη μορφή ομαδικής ή ατομικής και να διεξάγεται με πολλαπλούς τρόπους. Σε ομαδικού τύπου παρεμβάσεις, πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτική επιλογή των συμμετεχόντων, ώστε οι ομάδες να είναι όσο το περισσότερο γίνεται ομοιογενείς, τόσο στις νοητικές ικανότητες όσο και στις διαταραχές της συμπεριφοράς. Η συμμετοχή του θεραπευτή, πρέπει να είναι πολύ δυνατή και να επεκτείνεται σε φυσικές επαφές. Ο καλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων είναι μεταξύ των έξι και οκτώ ατόμων και οι συνεδρίες πρέπει να γίνονται πάντα στον ίδιο χώρο και την ίδια ώρα. Οι στόχοι της ομαδικής παρέμβασης εστιάζουν στην διαχείριση του άγχους, στην καλλιέργεια της αίσθησης της ταυτότητας, στην εγκατάσταση μηχανισμών αντιμετώπισης των ελλειμμάτων, στην προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης και στην δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων, στην διατήρηση των υπάρχων διανοητικών ικανοτήτων, στην απόκτηση αίσθησης της σειράς και του νοήματος καθώς και στην βοήθεια αποκατάστασης της αίσθησης αυτοδυναμίας. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Δύο ακόμη βασικοί στόχοι, στην περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η δυνατότητα συναισθηματικής κάλυψης μέσω της κατάθεσης των συναισθημάτων των άλλων αλλά και η κοινωνική αλληλεπίδραση, με σκοπό να διατηρηθούν οι κοινωνικές ικανότητες. Οι αναφορές, δείχνουν, ότι τα σημαντικότερα αποτελέσματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η συναισθηματική αποφόρτιση, ανεξάρτητα με το πόσο διαρκεί. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Από την άλλη, οι ατομικές ψυχοθεραπείες, περιγράφονται σύμφωνα με τον Johnson (1991), ως αποτελεσματικές στην ανασκόπηση της προσωπικότητας του ατόμου με σκοπό να εγκαθιδρυθεί μια αίσθηση συνέχειας, μέσω της χρήσης δραστηριοτήτων με νόημα καθώς και συμπεριφορών. Το 1988, ο Glickestein υποστήριξε ένα πρόγραμμα, το οποίο έχει ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αυτό το πρόγραμμα, στηρίζεται στην χρήση υλικών καθημερινής χρήσης, με σκοπό να υλοποιηθούν σε βήματα κάποιοι στόχοι, όπως για παράδειγμα η δημιουργία λίστας για ψώνια, ο τρόπος χρήσης της λίστας, η τακτοποίηση των αγαθών που αγοράστηκαν κλπ. Με αυτόν τον τρόπο, εκπαιδεύονται έμμεσα η μνημονική ικανότητα, η κατονομασία, η γραφή και η ανάγνωση. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, οι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, λόγω των προβλημάτων κατανόησης και ανάκλησης που έρχονται στο προσκήνιο. Εξαιτίας αυτού, οι λεκτικές παρεμβάσεις γίνονται ολοένα και δυσκολότερο να εφαρμοστούν και πλέον προτείνονται η μουσικοθεραπεία, η κινησιοθεραπεία, η

ζωγραφική και η μίμηση ως μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση ορισμένων συναισθηματικών και συμπεριφορικών συνεπειών της νόσου. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.12.2. Γνωστική παρέμβαση

Η γνωστική θεραπεία, στην νόσο του Alzheimer, βελτιώνει της νοητικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, τις λειτουργικές διαταραχές και την εκτίμηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Απαραίτητη είναι η δόμηση της παρέμβασης με βάση τις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή αλλά και η εστίαση στις υπάρχουσες δεξιότητές του. Για να ενισχυθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι αναγκαίος ο συνδυασμός της γνωστικής θεραπείας των ασθενών μαζί με φαρμακευτική αγωγή αλλά και της συμβουλευτικής των φροντιστών και των συγγενών. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Η γνωστική θεραπεία διεξάγεται ατομικά ή ομαδικά σε πρώιμο στάδιο άνοιας, με σκοπό οι ασθενείς να διαχειριστούν εσωτερικές συγκρούσεις σε σχέση με τη νόσο, φοβίες, άγχος ή κατάθλιψη που είναι πιθανό να βιώνουν. Ακόμη, η συμπεριφορική θεραπεία βελτιώνει τα συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας, όπως είναι η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα, οι τάσεις φυγής, οι διαταραχές του ύπνου, η ακράτεια και οι διαταραχές διατροφής. Μέσω της βελτίωσης της ψυχολογικής κατάστασης επιτυγχάνεται και η βελτίωση των λειτουργικών διαταραχών, με αποτέλεσμα να διευκολυνθεί ή να διατηρηθεί η αυτονομία και η αυτοεξυπηρέτηση. Μέσω της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης είναι πιθανό να αυξηθεί και η αυτό-αποτελεσματικότητα του ασθενούς, με αποτέλεσμα ο ασθενής να διαμορφώνει την άποψη ότι είναι πιο αποτελεσματικός σε αυτά που επιχειρεί να κάνει. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

1.12.3. Γνωστική εκπαίδευση

«Στα πλαίσια γνωστικής εκπαίδευσης, η άσκηση στοχεύει στην άμεση ενίσχυση ικανοτήτων προσοχής, οπτικής αντίληψης, εκμάθησης στρατηγικών, νοερής απεικόνισης και γλωσσικών δεξιοτήτων.» Επιπλέον, ενδυναμώνεται η ικανότητα εκτέλεσης διπλού έργου (ζητείται από το άτομο να εκτελέσει ταυτόχρονα δύο έργα, π.χ. ένα οπτικό και ένα ακουστικό-λεκτικό) και η ικανότητα λύσης προβλημάτων (ο ασθενής πρέπει να διαβάσει μια ιστορία, να επιχειρηματολογήσει πάνω σε αυτήν και να προσπαθήσει να βρει πως θα μπορούσε να πραγματοποιήσει μια κατάσταση). Η γνωστική εκπαίδευση μπορεί να διεξαχθεί

και μέσω από ηλεκτρονικό υπολογιστή, με ασκήσεις που αφορούν τις καθημερινές δραστηριότητες. (Τσολάκη & Κουντή- Ζαφειροπούλου, 2006)

Για παράδειγμα, μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να χρησιμοποιήσει το ποντίκι του υπολογιστή, με σκοπό να κινηθεί και να ψάξει στα ράφια ενός σούπερ μάρκετ, για να βρει προϊόντα που του ζητούνται ή αλλιώς να διαχειριστεί την ώρα σε ωρολόγια, ή τα χρήματα σε οικονομικές συναλλαγές. Χρειάζεται επίσης να σημειωθεί πως η γνωστική εκπαίδευση ενισχύεται μέσα από την τροποποίηση των πεποιθήσεων για το γήρας και τη μνήμη. Ο ασθενής μαθαίνει να εστιάζει στις μνημονικές του ελλείψεις και να μην τις αντιμετωπίζει σαν κάτι φυσικό που έρχεται με το πέρασμα των ετών. Τέλος, ο ασθενής μαθαίνει να αντιμετωπίζει το γήρας όχι σαν το τέλος της ζωής, αλλά αντίθετα σαν μια περίοδο που μπορεί να κερδίσει πράγματα και όχι μόνο να χάσει. (Τσολάκη & Κουντή- Ζαφειροπούλου, 2006)

1.12.4. Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς ορίζεται ως η οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης που στοχεύει στην αλλαγή της συχνότητας, της έντασης, της διάρκειας και του χώρου έκφρασης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή μιας ομάδας συμπεριφορών, είτε διαμέσου της συστηματικής τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν είτε διαμέσου της τροποποίησης των συνεπειών της συμπεριφοράς. Οι πιο σημαντικές αρχές της είναι η επανατροφοδότηση, η ενδεχόμενη σχέση, η αποφυγή και το μόντελινγκ, οι οποίες υποδηλώνουν ότι η μάθηση επέρχεται όταν η συμπεριφορά συνοδεύεται άμεσα από κάτι ενισχυτικό. Όταν η μάθηση συνοδεύεται άμεσα από κάτι δυσάρεστο, τότε αποσβένεται. Επίσης, η μάθηση μιας συμπεριφοράς, μπορεί να επέλθει τυχαία διαμέσω της παρακολούθησης της συμπεριφοράς κάποιου άλλου ή μέσω της μίμησης. Δύο χρήσιμες τεχνικές για άτομα με νοητικά ελλείμματα είναι ο χειρισμός ενδεχόμενων σχέσεων και η τροποποίηση επανατροφοδοτικών ενδεχόμενων της συμπεριφοράς. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Άλλες βασικές αρχές της τροποποίησης της συμπεριφοράς, είναι το ενδεικτικό ερέθισμα, η διάπλαση ή η διαμόρφωση, η απόσβεση και η προγραμματισμένη ενίσχυση. Αυτές οι αρχές, δείχνουν ότι το περιβάλλον, σαν πηγή ερεθισμάτων, ανασύρει συμπεριφορές και σύνθετες συμπεριφορές που είναι δυνατόν να μαθευτούν όταν διαπιστώνεται σε μικρά βήματα το καθένα από τα οποία αμείβεται. Μια συμπεριφορά συνήθως εκλείπει, όταν σταματάει η αμοιβή. Στους ασθενείς με άνοια, οι παρεμβάσεις που γίνονται για την αποκατάσταση της συμπεριφοράς, δεν περιλαμβάνουν όλη την γκάμα των διαταραγμένων

συμπεριφορών. Επίσης, δεν ενδείκνυται η «τιμωρία» σε άτομα με άνοια, εξαιτίας του ότι δεν είναι αποτελεσματική. Επιπρόσθετα, οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης, που απαιτούν την ενεργή συμμετοχή των ασθενών, δεν είναι χρήσιμες. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.12.5. Μέθοδος reminiscence (αναμνήσεις)

Η βασική ιδέα, είναι ότι από την στιγμή που δεν μπορούμε να έχουμε επικοινωνία με το άτομο στο δικό μας παρόν, υπάρχει η δυνατότητα να ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Με λίγα λόγια, γίνεται προσπάθεια να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε για αυτά που έχει βιώσει και αν θυμάται καλά, να μιλήσει ο ίδιος για τις δικές του αναμνήσεις. Η κάθε συνεδρία οργανώνεται πάνω σε ένα θέμα, με σκοπό να υπάρχει κάθε φορά μια συγκεκριμένη βάση για να ξεκινά η συζήτηση. Τα θέματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι το σχολείο, το μέρος που γεννήθηκε και μεγάλωσε, ο γάμος του και πολλά άλλα, μέσω από διάφορους τρόπους έκφρασης όπως η μουσική και η ζωγραφική. Συνήθως, οι συνεδρίες είναι ομαδικές και παρακολουθούνται από τον ασθενή και τον φροντιστή του. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Οι στόχοι είναι η βελτίωση της επικοινωνίας με το άτομο με άνοια, η βελτίωση και διατήρηση μακροχρόνιων σχέσεων που δοκιμάζονται λόγω της ασθένειας, η συρρίκνωση της απομόνωσης, η εύρεση νέων τρόπων επικοινωνίας, η έκφραση των αναγκών του ασθενούς, η ανάπτυξη ικανοτήτων επικοινωνίας, η διατήρηση, όσο περισσότερο γίνεται, της λειτουργικότητας και της κοινωνικότητας, η διατήρηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενή ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με τις δικές της ιδιαιτερότητες και η διατήρηση της ταυτότητας διάμεσο της σύνδεσης του παρόντος με το παρελθόν. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.12.6. Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Οι τρεις βασικές αρχές που στηρίζεται η λογοθεραπευτική παρέμβαση, είναι η ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, η επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία και η καθημερινή αγωγή. Η λογοθεραπευτική παρέμβαση, ξεκινά με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας. Αρχικά, καταγράφονται το ιστορικό, η εξέταση των οργάνων της ομιλίας, η ικανότητα γλώσσας και ομιλίας, οι οποίες αξιολογούνται με λεκτικές δοκιμασίες, μέσω της κατανόησης του προφορικού λόγου, την προφορική έκφραση, την κατανόηση του γραπτού λόγου/ ανάγνωση, την γραφή, την μη λεκτική έκφραση/αντικατάσταση λόγου με χειρονομίες καθώς και τη

χρήση του λόγου. Στο αρχικό στάδιο της άνοιας τύπου Alzheimer, παρατηρούνται διαταραχές επικοινωνίας, οι οποίες περιορίζονται στην έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης, στη δυσκολία ανεύρεσης κατάλληλης λέξης, στην μεταπήδηση θέματος στην διάρκεια μιας συζήτησης (υποδηλώνει έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής), στη δυσκολία κατανόησης του προφορικού λόγου και στην έλλειψη ενδιαφέροντος έναρξης μια συζήτησης. Στο δεύτερο στάδιο, οι ασθενείς αδυνατούν να κατηγοριοποιήσουν αντικείμενα, δυσκολεύονται στη άμεση και έμμεση λεκτική μνήμη, η οποία εκφράζεται ως αδυναμία επανάληψης ψευδολέξεων, σύνθετων προτάσεων, όχι όμως απλών λέξεων, αδυνατούν να συσχετίσουν λέξεις με αντικείμενα και να τα ονομάσουν, έχουν έκπτωση στο λεξιλόγιό τους, ελλείπονται στη δόμηση προτάσεων, δυσκολεύονται στην επανάληψη φράσεων και ιδεών, αδυνατούν να εντοπίσουν και να διορθώσουν σημασιολογικά, μορφολογικά, συντακτικά, πραγματολογικά λάθη και τέλος αναφέρουν συχνά γεγονότα που έχουν διαδραματιστεί στο παρελθόν. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Στα τελευταία στάδια της ασθένειας, τα προβλήματα στην επικοινωνία γίνονται πιο έντονα. Αρχικά, οι ασθενείς παρότι ακούν ότι και να τους λένε οι άλλοι, οι λέξεις δεν σημαίνουν τίποτα για εκείνους. Ταυτόχρονα, καταφέρνουν να αντλήσουν λίγες πληροφορίες από τα συμφραζόμενα, τον τόνο της φωνής, τις εκφράσεις του προσώπου και τις χειρονομίες. Πλέον, το λεξιλόγιό τους είναι πολύ περιορισμένο και δεν έχουν σχεδόν καθόλου ενδιαφέρον για λεκτική επικοινωνία. Ο λόγος τους δεν είναι συνεχής, το περιεχόμενο είναι αλλόκοτο χωρίς κανένα νόημα και χρησιμοποιούν ασυνάρτητες λέξεις και πολλές φορές αρθρώνουν μόνο φωνήεντα. Εμφανίζονται επίσης, διαταραχές στην άρθρωση είτε με έλλειψη φθόγγου είτε με αντικατάσταση ή παράλειψη φθόγγου. Επιπροσθέτως, αδυνατούν να κατανοήσουν γραμματικούς τύπους και λέξεις (αγραμματισμός), χρησιμοποιούν νεολογισμούς και παρουσιάζουν δυσπραξία. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Οι θεραπευτικές ενέργειες, επιβάλλεται να έχουν ως στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Για αυτό τον λόγο, ο θεραπευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την ανάκτηση της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών, στα ιδιαίτερα γλωσσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα και όχι για την ανάκτηση κάποιας αφηρημένης νόρμας. Η θεραπεία, στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας κάποια θέματα προς συζήτηση και αναπτύσσοντας κοινωνικοποιημένες σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Ο λογοθεραπευτής, στοχεύει στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στην συντήρηση ή στην επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου. Η θεραπεία στηρίζεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των διαταραχών του λόγου. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Σημαντική συμβολή έχει η χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας ή εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας. Με τους πίνακες επικοινωνίας ο ασθενής μαθαίνει μέσω της βοήθειας εικόνων ή λέξεων σε εικόνες ή άλλων οπτικών ερεθισμάτων, να εκφράζει τις ανάγκες, τις σκέψεις του, να αναπτύσσει και να οργανώνει το λεξιλόγιό του, να μαθαίνει συντακτικούς κανόνες και έννοιες αλλά το κυριότερο είναι η καλλιέργεια κοινωνικών συνδιαλλαγών. Μέσω της μίμησης, roleplay, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο σαν κοινωνική θεραπεία, ο ασθενής αποκτά αυτοπεποίθηση, ανακουφίζεται από το άγχος κ.ά. χρησιμοποιούνται και άλλα εναλλακτικά προγράμματα επικοινωνίας, με πιο διαδεδομένο το γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ, το οποίο κάνει χρήση τριών παράλληλων οδών επικοινωνίας, του οπτικού (σύμβολο), ακουστικού (λέξη) και κιναισθητικού (νόημα). (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

1.12.7. Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, μπορούν να βελτιώσουν την καθημερινή λειτουργία, την κοινωνική συμμετοχή, την ευημερία των ατόμων με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα και τέλος να ενισχύσουν την αίσθηση ικανότητας των βασικών φροντιστών. Ο στόχος είναι η αποκατάσταση του ατόμου στο μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική και ικανοποιητική ζωή. (Τσολάκη, 2011)

Στα πρώτα στάδια της νόσου, τα συμπτώματα εμφανίζονται σε ήπια μορφή και έτσι προτείνονται ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες, οι οποίες είναι γνωστές και οικείες από το παρελθόν του ασθενούς. Σε αυτό το στάδιο, οι θεραπευτές μπορούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή να χρησιμοποιήσει όλο τον έλεγχο, την ενεργητικότητα και τις ικανότητες που ακόμη διαθέτει. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Οι στόχοι στα πρώτα στάδια είναι:

- Κοινωνικοί

Ο ασθενής ενθαρρύνεται να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις, ώστε να αποφύγει την κοινωνική απομόνωση. Η δημιουργία των κοινωνικών σχέσεων μπορεί να γίνει δίνοντας ρόλους και δίνοντας χρησιμότητα μέσω δραστηριοτήτων προσφοράς. Επιπλέον ο ασθενής ενθαρρύνεται και μετεκπαιδεύεται για να λειτουργεί ξανά ομαδικά και να συνεργάζεται με τα υπόλοιπα άτομα της ομάδας, μέσω της ανταλλαγής απόψεων και την μετάδοση ιδεών. Τέλος, είναι σημαντική η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου που διαθέτει ο ασθενής, δίνοντάς του ερεθίσματα.

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

- Ψυχολογικοί

Μέσω της δημιουργικής απασχόλησης, δίνεται η ευκαιρία, στον ασθενή, για ψυχολογική και συναισθηματική εκτόνωση, διέξοδο στα πιεστικά συναισθήματα που δημιουργούνται από τη αλλαγή του ρόλου του στην κοινωνία, τη έκπτωση των ικανοτήτων κ.λπ. Αναπτύσσεται το συναίσθημα της ικανοποίησης και της χρησιμότητας, αυξάνοντας παράλληλα την αυτοεκτίμηση του ατόμου, και καλύπτεται η ανάγκη για ψυχαγωγία καθώς και δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του.

(Κάζης & Τσολάκη, 2005)

- Πνευματικοί

Βελτιώνονται οι πνευματικές λειτουργίες όπως η μνήμη, και η αντιληπτικότητα και η προσήλωση και η διάρκεια της προσοχής. Επίσης αναπτύσσεται η πρωτοβουλία και η υπευθυνότητα απέναντι στο άτομο αλλά και σε σχέση με άλλους καθώς προσφέρεται μέσο για δημιουργική έκφραση. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

- Σωματικοί

Βελτιώνεται η γενική σωματική κατάσταση, αυξάνεται το όριο αντοχής, βελτιώνεται η διάρκεια ενασχόλησης, βελτιώνεται η αδρή και λεπτή κινητικότητα και ο συντονισμός των κινήσεων. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Στα μεσαία στάδια της ασθένειας, στόχος είναι η ανακούφιση από το άγχος και η διατήρηση των καλών συνηθειών. Οι στόχοι, λοιπόν, της εργοθεραπευτικής παρέμβασης μετά την λειτουργική εκτίμηση του ατόμου και των ικανοτήτων του, είναι η βελτίωση της κινητικής ικανότητας και κατά συνέπεια της λειτουργικότητας του ατόμου, η εκπαίδευση αλλά και η διευκόλυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, η μελέτη και η κατασκευή βοηθημάτων αφού πρώτα γίνει εκπαίδευση σε αυτά, η εργονομική μελέτη και η παρέμβαση σε χώρους όπου ζει και δραστηριοποιείται το άτομο. Επίσης, απαραίτητο είναι, να δώσει ο εργοθεραπευτής οδηγίες και συμβουλές στους φροντιστές των ασθενών, για την εκμάθηση της φροντίδας και της αντιμετώπισης του ασθενούς, όπως και η δημιουργία ενός ήρεμου, σταθερού και μεταβλητού περιβάλλοντος. Τέλος, σημαντική είναι η

συναισθηματική στήριξη του ασθενούς και ιδιαίτερα των φροντιστών του. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Στα τελευταία στάδια της ασθένειας, οι στόχοι είναι η βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα όπως για παράδειγμα στη μάσηση και την κατάποση, η εξασφάλιση άνεσης του ασθενούς, η ανακούφιση του πόνου και η ψυχολογική στήριξη της οικογένειας. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Με βάση την ανάλυση των αναπτυξιακών στόχων, των ρόλων στη ζωή και τις προσδοκίες των ατόμων, περιγράφονται παρακάτω κατηγορίες εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων:

Αισθητηριακές δραστηριότητες: δραστηριότητες που παρέχουν αισθητηριακά ερεθίσματα στο άτομο και εισάγονται από το ίδιο ή από άλλους, σημαντικούς προς αυτόν ανθρώπους. Τις δραστηριότητες αυτές πραγματοποιούνται για την αισθητηριακή τους ευχαρίστηση των ασθενών. (Τσολάκη, 2011)

Αναπτυξιακές δραστηριότητες: δραστηριότητες που έχουν ως σκοπό την εκμάθηση και την απόκτηση δεξιοτήτων και περιλαμβάνουν το δημιουργικό και το δραματικό παιχνίδι καθώς και τις δραστηριότητες γνωστικής ετοιμότητας. (Τσολάκη, 2011)

Συμβολικές δραστηριότητες: δραστηριότητες που σχετίζονται με την ευχαρίστηση των βασικών αναγκών του ατόμου και την έκφραση των συναισθημάτων του και περιλαμβάνουν το φαγητό, τη συλλογή αντικειμένων και τη συμμετοχή σε ομάδες (Leading groups) (Τσολάκη, 2011)

Δραστηριότητες καθημερινής ζωής: δραστηριότητες ρουτίνας που σχετίζονται με τις ανάγκες κάθε ηλικίας, όπως η μετακίνηση, η εργασία, τα οικιακά, οι εμπορικές συναλλαγές κ.ά. (Τσολάκη, 2011)

Διαπροσωπικές σχέσεις: ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις που μπορούν να χαρακτηριστούν τόσο ως αναπτυξιακές δραστηριότητες, όσο και εργοθεραπευτικές. Η φύση και η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων αλλάζουν σε τη διάρκεια της ζωής. (Τσολάκη, 2011)

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με διαταραχές μνήμης περιλαμβάνουν την αναζήτηση των παλαιών γεγονότων της ζωής (με αντικείμενα, φωτογραφίες, βίντεο, μουσική, ανέκδοτα, ποίηση, επισκέψεις σε μουσεία, άλμπουμ, νομίσματα, παιχνίδια), τον προσανατολισμός στη πραγματικότητα (ντύσιμο, αυτοεξυπηρέτηση, έξοδοι, κουζίνα, χρήση χρημάτων, ψώνια κ.ά.), την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών (επισκέψεις σε συγγενείς,

κοινωνικές λέσχες, εκκλησία), τη διαχείριση του άγχους (επαρκής γνώση, αναγνώριση αρνητικής στάσης, απόκτηση θετικών στάσεων, χαλάρωση, role playing), τη χρονική προσαρμογή (οργάνωση χρόνου ημέρας), την προβολή της ανεξαρτησίας (ντύσιμο, αυτοεξυπηρέτηση, έξοδοι, κουζίνα, χρήση νομισμάτων, ψώνια κ.ά.), μάθηση σε διάφορα αντικείμενα (επικαιρότητα) καθώς και άσκηση και γυμναστική.(Τσολάκη, 2011)

1.12.8. Άσκηση προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο

Η άσκηση αυτή είναι η γνωστή τεχνική του Reality Orientation, όπου ο ασθενής μαθαίνει να προσανατολίζεται σε χρόνο και σε τόπο, καθώς και να συζητά θέματα που έχουν να κάνουν με την επικαιρότητα. (Τσολάκη &Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

1.12.9. Η εκπαίδευση στην αυτό-αξιολόγηση της ζωής

Το άτομο, αξιολογεί τη ζωή του, τι έχει καταφέρει όλα αυτά τα χρόνια, βάζει καινούργιους στόχους και προσπαθεί να τις πραγματοποιήσει (Validation Therapy). Η ζωή παίρνει νόημα και ο ασθενής ολοκληρώνει διαδικασίες που του δίνουν ανακούφιση, αυτοσεβασμό και συνειδητότητα. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

1.12.10. Προγράμματα άσκησης

Η σωματική άσκηση περιλαμβάνει συνδυασμένες ,επαναλαμβανόμενες και δομημένες δραστηριότητες , με συγκεκριμένη συχνότητα διάρκεια και ένταση. Οι ασθενείς που πάσχουν από την άνοια τύπου Alzheimer εμφανίζουν μεγάλες ανεπάρκειες, όμως εξακολουθούν να διατηρούν κάποιες πολύ σημαντικές ικανότητες που αποτελούν βάση των λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών, μέχρι και τα τελευταία στάδια. (Κάζης &Τσολάκη, 2005).

Οι ικανότητες αυτές είναι :

- Αυτοματοποιημένες δεξιότητες.

Οι δεξιότητες αυτές είναι κινήσεις που έχουν διδαχθεί και εξασκηθεί, οι οποίες γίνονται οικείες και δεν απαιτούν πλέον σχεδιασμό, οργάνωση και ρύθμιση. Η διαδοχή των κινήσεων είναι ένα αυτοματοποιημένο πρόγραμμα, που το άτομο ανακαλεί κάθε φορά που εμφανίζεται το κατάλληλο ερέθισμα από το περιβάλλον.

Βέβαια, πολλά άτομα με τη νόσο του Alzheimer, εξαρτώνται σχεδόν αποκλειστικά από τις αυτοματοποιημένες δεξιότητες για να εκτελούν τις καθημερινές δραστηριότητες. Επίσης, οι κοινωνικές δεξιότητες είναι μια κατηγορία αυτοματοποιημένων κινήσεων (π.χ. χειραψία) και με την κατάλληλη ρύθμιση καθώς και με το κατάλληλο πρόγραμμα, οι ασθενείς μπορούν να αντιδράσουν στην κίνηση αυτή, ακόμα και στα τελευταία στάδια. Μερικές πολύ σημαντικές δεξιότητες παραμένουν άθικτες αλλά και ακόμη όταν αυτές οι δεξιότητες τείνουν να χαθούν, η απώλεια δεν είναι ομοιόμορφη.(Κάζης & Τσολάκη, 2005).

- Πρωταρχικές κινητικές λειτουργίες.

Συνήθως οι λειτουργίες αυτές διατηρούνται, όμως η ικανότητα της αντίληψης της οργάνωσης και της ρύθμισης της κίνησης, εκπίπτουν. Σε όλα τα στάδια της ασθένειας, η ευχαρίστηση που συνοδεύεται από την ικανότητα κίνησης μέσα από τις ασκήσεις, δεν βοηθά μόνο στο συναίσθημα της χαράς αλλά και στη βελτίωση της υγείας τους, το εύρος της κίνησης τους, στη κυκλοφορία του αίματος, στην αναπνευστική λειτουργία και στην αίσθηση του σώματός τους. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

- Πρωταρχικές αισθητηριακές λειτουργίες.

Οι λειτουργίες αυτές μένουν γενικά ανεπηρέαστες. Ο ασθενής, μπορεί να μην κατανοεί σύνθετες προτάσεις, αλλά η μουσική και οι ήχοι μπορούν να εμπλουτίσουν τις αισθητηριακές εμπειρίες του. Ασθενείς με Alzheimer, έχουν περιορισμένη ικανότητα επεξεργασίας μεγάλου αριθμού αισθητηριακών ερεθισμάτων, και για αυτό τον λόγο, οι αισθητηριακές παρεμβάσεις πρέπει να είναι απλές και άμεσες. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

- Συναισθήματα.

Οι ασθενείς δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους. Τα αρνητικά συναισθήματα, εκδηλώνονται μέσα από την επιθετική φυσική δραστηριότητα. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

- Μακρόχρονη μνήμη.

Ορισμένοι ασθενείς ζουν στο παρελθόν, αναφέρουν συνεχώς σημαντικά γεγονότα που έγιναν στο παρελθόν. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, τα γεγονότα αυτά μπορεί να ξεθωριάσουν αλλά με τον κατάλληλο χειρισμό, ακόμη και σε άτομα με πολύ σοβαρή

νοητική έκπτωση, υπάρχει περίπτωση, να φέρουν στην μνήμη τους ορισμένα στοιχεία. Μέσω της διέγερσης των μακροχρόνιων αναμνήσεων, επιτυγχάνεται η διατήρηση της έκφρασης, η βελτίωση της διάθεσης και η αύξηση της αυτοεκτίμησης. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

- Στερεότυπη επανάληψη(Κάζης & Τσολάκη, 2005).
- Αίσθηση του χιούμορ. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

1.12.11.Μουσικοθεραπεία

Οι στόχοι της μουσικοθεραπείας, είναι να αποδείξει στους πάσχοντες με την άνοια τύπου Alzheimer την διατήρηση της ικανότητας να βρίσκουν λέξεις και να εκφράζουν απλές ιδέες, της πρόσφατης μνήμης, σε ότι αφορά τη γνώση σε υλικά, για παράδειγμα την προετοιμασία φαγητού , και την διατήρηση της ταχύτητας αντίχρευσης μέσω των ματιών και της ακοής, όσο αναφορά την σύλληψη και την επεξεργασία πληροφοριών.(Κάζης & Τσολάκη, 2005). Η μέθοδος της μουσικοθεραπείας για τη νόσο Alzheimer αναλύεται στο κεφάλαιο 3.

1.12.12. Χορός και δραματοθεραπεία

Ο χορός συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Με τον όρο χοροθεραπεία εννοούμε μία εναλλακτική, ολιστική μέθοδο ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιεί την κίνηση και το χορό για να παράγει τη συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ολοκλήρωση του ατόμου. Κατά το χορό ο άνθρωπος εκφράζεται άμεσα μέσα από την κίνηση του σώματος ενώ παράλληλα επιτυγχάνονται αλλαγές στα συναισθήματα, στη νόηση, στο σώμα και στη συμπεριφορά.(Τσολάκη, 2011)

Η δραματοθεραπεία είναι μια μέθοδος εργασίας και παιχνιδιού. Στοιχεία δράματος και θεάτρου βοηθούν τη δημιουργικότητα, τη φαντασία, τη μάθηση, την αυτοεπίγνωση και την ανάπτυξη. Οι άνθρωποι ανακαλύπτουν τους εαυτούς τους και μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Η μέθοδος αυτή, ενδείκνυται για περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει διαταραχή της λεκτικής επικοινωνίας. Η δραματοθεραπεία βοηθά τους ηλικιωμένους ασθενείς στην αντιμετώπιση του άγχους, της μοναξιάς, της έλλειψης δυναμισμού, του πόνου και στη διαχείριση των αλλαγών των οικογενειακών ρόλων. Δημιουργούνται σχέσεις ανάμεσα στα

μέλη ομάδας, εκφορτίζονται συναισθήματα και εκφράζονται φόβοι και δυσκολίες, ενώ καταστάσεις, των οποίων η αντιμετώπιση φαίνεται δύσκολη, γίνονται παραστάσεις. (Τσολάκη, 2011)

Σε ένα πρόγραμμα χορού και δραματοθεραπείας οι δραστηριότητες πρέπει να προσαρμόζονται και να διαμορφώνεται έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις νοητικές ικανότητες των ασθενών και στην ηλικία τους. Οι στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος είναι είτε άμεσοι, όπως η ελάττωση των διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, είτε έμμεσοι όπως η βελτίωση/ σταθεροποίηση νοητικών και των λειτουργικών ελλειμμάτων μέσα απ την άσκηση συγκεκριμένων νοητικών ικανοτήτων και η άσκηση των μνημονικών ικανοτήτων, των ικανοτήτων της προσοχής και της εκτελεστικής λειτουργία. (Τσολάκη, 2011)

1.12.13.Θεραπεία μέσω των εικαστικών

Οι εικαστικές τέχνες αναφέρονται στις τέχνες στις οποίες ο δημιουργός μορφοποιεί από το μηδέν την πρώτη ύλη, και για αυτό ονομάζονται και «πλαστικές» από το πλάθω, διαμορφώνω. Η εικαστική τέχνη αφορά τον χώρο και τον προσανατολισμό σε αυτόν. Ο τρόπος που χρησιμοποιείται ο χώρος εξαρτάται από τον τρόπο που βιώνεται υποκειμενικά ο χώρος και από τον τρόπο που παρουσιάζεται αντικειμενικά. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν απώλειες σε πολλά επίπεδα. Στη νόσο του Alzheimer, οι απώλειες και οι αλλαγές στη μνήμη και στο νοητικό επίπεδο απειλούν την ταυτότητα του ασθενή και δημιουργούν συναισθήματα τραύματος. (Τσολάκη, 2011)

Τα τραυματικά γεγονότα είναι ασυνήθιστα γιατί ανατρέπουν την κανονική ανθρώπινη προσαρμογή στη ζωή, συμπεριλαμβάνουν απειλές για τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα ή ένα κοντινό περιβάλλον, προκαλούν καταστροφικές αντιδράσεις και συναισθήματα φόβου, αβοηθησίας, απώλειας ελέγχου κ.α. Τα τραύματα των ατόμων με νόσο του Alzheimer προκαλούν απώλεια των γνωστικών ικανοτήτων, απόρριψη, λιγότερες ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές και συνήθως οδηγούν σε άγχος και κατάθλιψη. Η εισαγωγή σε ίδρυμα ελαττώνει τις δυνατότητες αντιμετώπισης των προσωπικών συγκρούσεων . (Τσολάκη, 2011)

Τα τραυματικά γεγονότα συνήθως αποθηκεύονται ως εικόνες και η τέχνη βοηθά τα ηλικιωμένα άτομα να έρθουν σε επαφή με αυτές τις εικόνες. Η σχεδίαση αυτών των εικόνων ενισχύει την έκφραση και την περιγραφή τους. Η απεικόνιση στο χαρτί συμβάλλει στην λύση/ αφομοίωση των συγκρούσεων και την επούλωση των τραυματικών εμπειριών. Όταν η τέχνη συνδυάζεται με την ψυχοθεραπεία οδηγεί σε αλληλεπίδραση με τον θεραπευτή και σε

ενεργή συμμετοχή του ασθενή στην ίαση. Συνήθως η θεραπεία μέσω της τέχνης γίνεται σε ομάδες. (Τσολάκη, 2011)

Μία μορφή της εικαστικής θεραπείας είναι η Gestalt Art Therapy . Η μέθοδος αυτή εστιάζει στις αισθητηριακές αντιλήψεις και προσφέρει υλικά για έκφραση. Ο ασθενής με τη βοήθεια του θεραπευτή δίνει νόημα στις εμπειρίες και συναισθήματά του. Τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι π.χ. η ζωγραφική ή το κολάζ , ενώ η θεματολογία προκύπτει από τη συναισθηματική κατάσταση ή είναι θέματα που αναδύονται κατά τη διαδικασία από την ομάδα. Στη μέθοδο αυτή περιλαμβάνονται κιναισθητικές δραστηριότητες που προάγουν την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη στην ομάδα, την αυτοεκτίμηση και την επανίδρυση της αυτοπεποίθησης στις ικανότητες. Ο θεραπευτής βοηθά κάθε μέλος να δει και να εμπιστευθεί τις δυνατότητές του. (Τσολάκη, 2011)

1.12.14. Αμμοθεραπεία

Η μέθοδος της αμμοθεραπείας διευκολύνει τη διαδικασία της εξατομίκευσης και απελευθερώνει τη δημιουργικότητα, μύχια συναισθήματα, αντιλήψεις και μνήμες. Διεγείρει τη δημιουργική διαδικασία και το παιχνίδι χωρίς σωστό ή λάθος τρόπο. Στους ενήλικες η διαδικασία της αμμοθεραπείας εξάπτει την περιέργεια, συμμετέχουν και δημιουργούν χωρίς δισταγμούς επειδή αισθάνονται ότι δε χρειάζονται ιδιαίτερες γνώσεις καλλιτεχνικών οι άλλων δεξιοτήτων και νιώθουν περιορισμούς παίζοντας με την άμμο ή το νερό, στην παιδική τους ηλικία. Για αυτό νιώθουν ελεύθεροι να δημιουργήσουν χωρίς αυτοκριτική ή επιφυλακτικότητα. (Τσολάκη, 2011)

Η διαδικασία της αμμοθεραπείας αξιοποιεί τις περισσότερες από τις αισθήσεις και προσφέρει μια διευρυνόμενη εμπειρία: σύμφωνα με τον Jung ένα φορτισμένο συναισθηματικά βίωμα που δεν είναι εύκολο να κατανοηθεί ή να επιλυθεί γνωστικά, συχνά μπορεί να αντιμετωπιστεί αν του δώσουμε μια ορατή μορφή. Βοηθά τον θεραπευόμενο να επιστρέψει στην προγενέστερη ανεπιθύμητη εμπειρία του παρελθόντος και του επιτρέπει να επουλώσει και να ενσωματώσει. (Τσολάκη, 2011)

Δημιουργεί συνδέσεις ανάμεσα στο ασυνείδητο και στο συνειδητό, τον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο, τον νοητικό και τον πνευματικό με τον σωματικό, τον λεκτικό με το μη λεκτικό και κατά συνέπεια αποκαλύπτει κρυμμένα στοιχεία του εαυτού. Η άμμος και το νερό, τα δύο βασικά στοιχεία της αμμοθεραπείας, συνδέουν το μυαλό και το πνεύμα με το σώμα και τη φυσική υπόσταση του ανθρώπου , προσφέροντας τη δυνατότητα άμεσης και έμμεσης αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο πνεύμα και το σώμα. Επιπλέον συμβάλλει στην

ελάττωση των αντιστάσεων επειδή δεν είναι τρομακτική αλλά αντίθετα είναι προσιτή σε θεραπευτές διάφορων προσεγγίσεων. (Τσολάκη, 2011)

1.13. Προϋποθέσεις μη φαρμακευτικής θεραπείας

Για να είναι πιο επιτυχημένη η μη φαρμακευτική θεραπεία, χρειάζονται κάποιες προϋποθέσεις. Για παράδειγμα, θα πρέπει να δημιουργηθούν κέντρα ημέρας που να αναπαράγουν πραγματικές συνθήκες ζωής και να διδαχθούν οι βελτιωτικές στρατηγικές. Η ομάδα για την γνωστική αποκατάσταση θα πρέπει να είναι διεπιστημονική, δηλαδή να περιλαμβάνεται από νευρολόγο, κλινικό ψυχολόγο, νευροψυχολόγο, λογοθεραπευτή, γνωστικό ψυχολόγο, φυσικοθεραπευτή, εργασιοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ακτινολόγο και ειδικούς νοσηλευτές. Η ομάδα αυτή, θα είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό της θεραπείας, επιλέγοντας τον σωστό χρόνο παρέμβασης, τη σωστή διάρκεια ενεργοποίησης σε διαφορετικά γνωστικά πεδία και το σωστό είδος ενεργοποίησης. (Κάζης & Τσολάκη, 2005)

Επιπλέον, θα παρακολουθεί τον ασθενή, θα παρατηρεί την εκτέλεση της θεραπείας και θα επανατοποθετεί τους στόχους, σε σχέση με τις αντιδράσεις του ασκούμενου. Το άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολότητα, ώστε οι ελλείψεις του να αξιολογούνται και να αποκαθίστανται πολύπλευρα. Απαιτείται περισσότερο εξατομικευμένη γνωστική αποκατάσταση ώστε να επιτραπεί μια κατανοητή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και των δυνατοτήτων που έχει η ολιστική γνωστική προσέγγιση. Για να είναι πιο αποτελεσματικές οι γνωστικά εστιασμένες προσεγγίσεις, θα μπορούσαν να είναι τυχαιοποιημένες, να χρησιμοποιούν τα ίδια ευαίσθητα εργαλεία μέτρησης, τα νευροψυχολογικά ευρήματα να υποστηρίζονται από νευροαπεικονιστικές μεθόδους και, να περιέχουν μεγάλο δείγμα ασθενών. (Τσολάκη & Κουντή- Ζαφειροπούλου, 2006)

Κεφάλαιο 2.

ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. Μουσική

2.1.1. Εισαγωγή

Ως φυσικό φαινόμενο η μουσική είναι μια διαταραχή της ύλης, ένα κύμα πίεσης, ένας ήχος που έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Ο ήχος διαδίδεται στο χώρο σύμφωνα με τις αρχές διάδοσης των κυμάτων και διεγείρει το αισθητήριο της ακοής. Ο ήχος διαδίδεται, με σταθερή ταχύτητα, ευθύγραμμο με σταθερή σε ομογενή υλικά όταν δεν υπάρχει μεταφορική κίνηση του υλικού. Μια από τις ιδιότητες του είναι ότι δεν διαδίδεται στο κενό. Άλλες βασικές ιδιότητες είναι το ότι ο ήχος εμφανίζει όλα τα φαινόμενα των κυματώσεων και η ταχύτητα διάδοσής του είναι η συνάρτηση της φύσης του υλικού, στο οποίο διαδίδεται, και των φυσικών συνθηκών. (Μακρής & Μακρή 2003)

Τα φυσικά χαρακτηριστικά του ήχου είναι η συχνότητα, η ένταση, η κυματομορφή και η διάρκειά του. Το βασικότερο από τα χαρακτηριστικά του είναι η συχνότητα, η οποία δείχνει την οξύτητα του ήχου, ενώ η ένταση δίνει τη μέγιστη ή ελάχιστη μεταβολή σε σχέση με μια αξία. Η μορφή των ταλαντώσεων δίνει την χροιά. Η μουσική υπάρχει όταν οι ήχοι που προηγούνται και οι ήχοι που ακολουθούν έχουν συνάφεια. Φάλτσο είναι η νότα που διαταράσσει την παράσταση της προηγούμενης νότας σύμφωνα με τον Laugel (1997). (Μακρής & Μακρή 2003)

Οι λειτουργίες της μουσικής είναι οι εξής:

1. Αποτελεί σωματική αντίδραση
2. Αποτελεί μέσο επικοινωνίας
3. Αποτελεί μέσο συναισθηματικής έκφρασης
4. Έχει συμβολική σημασία
5. Ενισχύει τη συμμόρφωση σε κοινωνικές νόρμες
6. Επικυρώνει κοινωνικούς θεσμούς και θρησκευτικές τελετές
7. Συμβάλλει στη συνέχιση και την σταθερότητα των πολιτισμών
8. Συμβάλλει στη συνοχή της κοινωνίας
9. Είναι αισθητική απόλαυση
10. Είναι ψυχαγωγία

(Μακρής & Μακρή 2003)

Ως μορφή τέχνης η μουσική είναι η τέχνη των φωνητικών ή/και οργανικών συνδυασμών με σκοπό την παραγωγή μιας αισθητικής φόρμας, μιας αρμονίας και τέλος την έκφραση ενός συναισθήματος. (Μακρής & Μακρή 2003)

2.1.2. Αντίληψη και επεξεργασία ήχων

Η αντίληψη και η επεξεργασία ενός ήχου συνοψίζεται στους επτά παρακάτω τρόπους. Κατά την επεξεργασία και την αποκωδικοποίηση ενός ήχου οι τρόποι αυτοί διαδέχονται ο ένας τον άλλον με διαφορά ενός χιλιοστού του δευτερολέπτου.

1. Απομόνωση
Αρχικά η προσοχή στρέφεται σε ένα συγκεκριμένο ήχο, ο οποίος απομονώνεται από τους υπόλοιπους ήχους που υπάρχουν στο περιβάλλον
2. Αναγνώριση
Το ακουστικό σχήμα του ήχου αυτού συγκρίνεται με τους υπόλοιπους ήχους που έχει ακούσει ο ακροατής στη ζωή του. Έτσι επιτυγχάνεται συσχέτιση του ήχου και τελικά η αναγνώρισή του.
3. Ενσωμάτωση
Μετά την αναγνώριση, ο ήχος κατατάσσεται μαζί με άλλους όμοιους ήχους, σε ένα πλαίσιο που διευκολύνει την ενσωμάτωσή του. Ο ακροατής ανακαλεί περιστατικά κατά τα οποία ακούστηκε, πάλι, ο ήχος αυτός
4. Έλεγχος
Έπειτα γίνεται ένας επιπλέον έλεγχος στον ήχο για να εξεταστούν η χροιά, το τονικό χρώμα, το τονικό ύψος και η ένταση του. Αυτός ο έλεγχος παρέχει και τη συναισθηματική πληροφορία που αποτυπώνεται σε κάθε ήχο.
5. Ερμηνεία
Ο ακροατής ταιριάζει το σχήμα του ήχου με παλαιότερες ακουστικές του εμπειρίες και τον ερμηνεύει δίνοντάς του συγκεκριμένο νόημα και περιεχόμενο.
6. Παρεμβολή
Ο ακροατής συμπληρώνει κάποια στοιχεία του ήχου που απουσιάζουν, προσδίδοντας έτσι περισσότερο νόημα στον συγκεκριμένο ήχο.
7. Αυτοέλεγχος
Ο ακροατής αποφασίζει τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει στο συγκεκριμένο ήχο, αφού έχει προηγηθεί η αναγνώριση του ήχου και του περιεχομένου.
(Σακαλάκ , 2004)

Ο άνθρωπος ανταποκρίνεται στη μουσική σε τέσσερα επίπεδα : στο βιολογικό, το συναισθηματικό, το διανοητικό και το πνευματικό. Η μουσική είναι αποτέλεσμα βιολογικών, συναισθηματικών διανοητικών και πνευματικών λειτουργιών και αποτελεί μια εγγενή στον άνθρωπο δραστηριότητα. (McClellan, 1997)

2.1.3. Η ανάπτυξη αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα

Ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, ακούει σε καθημερινή βάση μουσική. Τα πιο πολλά νοικοκυριά της σύγχρονης δυτικοευρωπαϊκής κοινωνίας διαθέτουν ένα ραδιόφωνο, τηλεόραση κ.ά. και η μουσική υπάρχει σε καταστήματα, καφετέριες, χώρους αναμονής κ.λπ. Είτε ηχογραφημένη είτε ζωντανή, η μουσική είναι παρούσα, με αποτέλεσμα να είναι απέραντο το φάσμα και η ποικιλία των μουσικών εμπειριών. Ο κάθε άνθρωπος επιλέγει διαφορετικούς τύπους μουσικής, με διαφορετικές δραστηριότητες και περιβάλλοντα, οι οποίοι ακροάζονται με παθητικό ή ενεργητικό τρόπο, με ποικίλο βαθμό προσήλωσης. Με λίγα λόγια, η «αντίδραση στα μουσικά ερεθίσματα» καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας. (Hargreaves, 2004)

Η μελέτη των αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα βρίσκεται διάσπαρτη μέσα σε διάφορα πεδία της ψυχολογίας, της μουσικής και της εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τον Kopetski (1982), η μουσική πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις διαφορετικές σύγχρονες μορφές της καθώς και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλους τους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις αντιδράσεις των ανθρώπων προς αυτήν. Με λίγα λόγια, υποστηρίζει πως οι ψυχολογικές ερμηνείες πρέπει να ασχολούνται με το φάσμα της μουσικής συνολικά. (Hargreaves, 2004)

Ο Abeles, το 1980, παρείχε μια λεπτομερή ανασκόπηση της εκτεταμένης εμπειρικής φιλολογίας και αναφέρεται ως «Αντιδράσεις στα μουσικά ερεθίσματα». Διατύπωσε τρία επίπεδα αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα, τα οποία ανάλογα με τον βαθμό που εσωτερικεύονται από τον ακροατή, ποικίλλουν. (Hargreaves, 2004)

Οι συγκινησιακές αντιδράσεις (emotional responses), έχουν τη μικρότερη εσωτερικήυση, διότι οι ακροατές ασκούν μικρό έλεγχο πάνω τους. Οι αισθητηριακές αντιδράσεις (tasteresponses), έχουν υψηλό βαθμό ελέγχου και αντανakλούν τις μετέπειτα προτιμήσεις και παρατηρούνται σε δραστηριότητες όπως για παράδειγμα η παρακολούθηση μια συναυλίας. Ανάμεσα σε αυτές τις δύο αντιδράσεις, υπάρχουν οι αντιδράσεις προτιμήσεων (preferenceresponses), οι οποίες είναι παραπάνω από μια αντίδραση σε ένα ερέθισμα αλλά και κάτι λιγότερο από μια μακροπρόθεσμη προτίμηση. (Hargreaves, 2004)

Επίσης, ο Abeles υποστηρίζει πως οι δύο κύριες μέθοδοι με στόχο των υπολογισμό των συγκινησιακών αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα, είναι οι λεκτικές αναφορές και οι φυσιολογικές μετρήσεις. Οι πιο συνήθεις φυσιολογικές μετρήσεις, είναι ο καρδιακός παλμός, ο ρυθμός της αναπνοής και οι επιδερμικές αντιδράσεις. Επίσης, έχουν εφαρμοστεί και ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα, γαλβανικές επιδερμικές αντιδράσεις και πίεση αίματος. Οι κύριες τεχνικές των λεκτικών αναφορών είναι οι κατάλογοι επιθέτων, οι τεχνικές σημασιολογικής διαφοροποίησης και κλίμακες εκτιμήσεων. Σημαντικό θα ήταν να σημειωθεί το γεγονός πως, πριν από κάποιες δεκαετίες, οι κατάλογοι επιθέτων χρησιμοποιούνταν σε μεγάλο βαθμό σε ένα ερευνητικό σώμα, πάνω στις επιδράσεις της μουσικής στη συναισθηματική ή συγκινησιακή διάθεση. (Hargreaves, 2004)

2.1.4. Ο επικοινωνιακός χαρακτήρας της μουσικής

Αν παρατηρήσουμε την ομιλία μας θα δούμε ότι κανένας δε μιλάει μονότονα. Κυριολεκτικά, κανείς δεν χρησιμοποιεί μόνο έναν τόνο, δηλαδή μια μόνο νότα, κατά τη διάρκεια της ομιλίας του. Κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί κατά την ομιλία του μια μουσική γραμμή, η οποία εξαρτάται από αυτά που θέλει να πει και από τον τρόπο που θέλει να τα πει. Το δεξί ημισφαίριο είναι αυτό που σχετίζεται με τα μουσικά στοιχεία της γλώσσας. Ορισμένες εργαστηριακές μελέτες επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι ο εγκέφαλος επεξεργάζεται με παρόμοιο τρόπο τις γλωσσικές και τις μουσικές φράσεις. (Σακαλάκ 2004)

Στη γλώσσα, η έννοια, η σημασία είναι κάτι ξεχωριστό από τη διάλεκτο για αυτό και μπορούμε να μεταφράσουμε μια φράση από μια γλώσσα σε μια άλλη. Αντίθετα στη μουσική η έννοια φαίνεται να είναι μερικώς ενσωματωμένη στο ιδίωμα της εκφραστικότητας, για αυτό και είναι σχεδόν αδύνατο να «μεταφράσουμε» μια συμφωνία του Beethoven σε country ή rock μουσική. Μια ακόμα διαφορά ανάμεσα στη μουσική και τη γλώσσα είναι αυτή της χρήσης πολλαπλών ταυτόχρονων φωνών. Στη μουσική δεν υπάρχει πρόβλημα γιατί η πολυφωνία φτάνει στο αυτί μας ως συγχορδία ή σαν «κάθετη αρμονία». Αν κάτι αντίστοιχο συμβεί στο λόγο, η διασταύρωση των λέξεων εκλαμβάνεται ως θόρυβος και προκαλεί σύγχυση. (Σακαλάκ 2004)

Κάποια στοιχεία που υπάρχουν στην γλώσσα, υπάρχουν φυσικά και στη μουσική. για παράδειγμα ο χρόνος, το «φρασάρισμα», το τονικό ύψος, η χροιά, ο ρυθμός και η μελωδικότητα, είναι στοιχεία που υπάρχουν τόσο στη γλώσσα όσο και στη μουσική. (Σακαλάκ 2004)

Η μουσική αναγνωρίζεται μέσω του ήχου και οι νότες αποτελούν τη γραφή της. Αποτελεί τη «γλώσσα των συναισθημάτων» και εκτόνωση από τα κοινωνικά προβλήματα

ενώ παράλληλα εκφράζει ιδέες που δύσκολα εκφράζονται με λέξεις . Η μουσική μεταδίδει μη λεκτικά συναισθηματικά μηνύματα, επηρεάζει ή να αντικατοπτρίζει τα συναισθήματα ή τη διάθεση του ακροατή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντείνει, να αλλοιώσει και να ενισχύσει το νόημα των πληροφοριών γραπτών ή οπτικών που είναι ενσωματωμένες στην πληροφορία. Απαραίτητη για την επικοινωνία είναι η ύπαρξη του πομπού και του δέκτη. Ο πομπός είναι αυτός που κωδικοποιεί το μήνυμα και το στέλνει στο δέκτη, ο οποίος το αποκωδικοποιεί και αντιδρά. (Μακρής & Μακρή 2003)

2.1.5. Μουσική και πολιτισμός

Σύμφωνα με τον Merriam(1964) η μουσική αποτελεί σημαντικό φορέα αξιών και συμπεριφορών για έναν πολιτισμού. Μπορεί, για παράδειγμα να μεταφέρει αντιλήψεις σχετικές με το φύλο, τις κυρίαρχες ιδέες για τη θέση του άνδρα, της γυναίκας και του παιδιού στην κοινωνία, θρησκευτικές αξίες ακόμα και επαγγελματικές απόψεις. Τα τραγούδια άμεσου ή έμμεσου κοινωνικού ελέγχου πληροφορούν τα μέλη της κοινωνίας για τη συμπεριφορά που πρέπει να επιδείξουν σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Επιπλέον η μουσική επικυρώνει τις θρησκευτικές τελετές, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται από την κοινωνική τάξη και διαμορφώνει τη βάση που θα στηρίξει την κοινωνική συνοχή, την αλληλεγγύη και τη συνεργασία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.1.6. Αισθητική απόλαυση και ψυχαγωγία

Με τον όρο «αισθητική» αναφερόμαστε στην έννοια του «ωραίου» ανεξάρτητα από τη λειτουργικότητα του. Όταν ο Merriam αναφέρεται στην λειτουργία της μουσικής για την αισθητική απόλαυση , εννοεί τον εμπλουτισμό ενός πολιτισμού με αξιόλογη και σπάνια μουσική. Η μουσική ως ψυχαγωγία οδηγεί την ψυχή του ανθρώπου πέρα από τις έγνοιες και τα προβλήματα της καθημερινότητας. Τα μουσικά έργα άλλοτε έχουν ως στόχο την αισθητική απόλαυση ενώ άλλοτε έχουν μόνο την ψυχαγωγία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.1.7. Μουσικές προτιμήσεις

Οι μουσικές προτιμήσεις ενός ατόμου δεν είναι τυχαίες. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μουσική που ακούει κάποιος είναι οι παρακάτω :

- Η παιδεία
- Τα ακούσματα από την εμβρυική ακόμα ηλικία

- Η ενεργός συμμετοχή σε μουσικές εκδηλώσεις
- Η κοινωνική ή μη καταξίωση των μουσικών επιλογών

(Σακαλάκ, 2004)

Η ανθρώπινη συμπεριφορά πολλές φορές επηρεάζεται από τη μουσική. Η επίδραση αυτή οφείλεται τόσο σε μουσικούς όσο και σε εμπειρικούς παράγοντες. Ο ρυθμός, η ένταση, η ενορχήστρωση, η ποιότητα του ήχου είναι κάποιοι από τους μουσικούς παράγοντες. (Σακαλάκ, 2004)

Με τον όρο «μουσικό γούστο» αναφερόμαστε στη συνήθεια ενός ανθρώπου να ακούει κάποιο ή κάποια είδη μουσικής και να απορρίπτει ενδεχομένως κάποια άλλα. Γενικά η μουσική που συνηθίζει να ακούει κάποιος, έχει άμεση σχέση με τη συμπεριφορά του, την αγωγή του και το συναίσθημά του. Σύμφωνα με τον Meyer, η συναισθηματική αντίδραση στη μουσική διεγείρεται όταν η αναμονή του ακροατή καθυστερείται για λίγο, από ένα απρόσμενο μουσικό επακόλουθο. Η μουσική πρώτα διεγείρει την αναμονή, μετά χτίζει την ευχάριστη αδημονία για το αποτέλεσμα και τέλος δίνει λύση. Συνήθως ο όρος «προτίμηση» αναφέρεται τόσο στην μακροχρόνια συνήθεια ακρόασης κάποιου είδους μουσικής ή ακόμα και σε περιστασιακή «αφοσίωση» σε μικρά μουσικά αποσπάσματα. (Σακαλάκ, 2004)

Σύμφωνα με τον Cottell οι μουσικές προτιμήσεις ενός ατόμου μπορούν να βοηθήσουν να κατανοήσουμε βαθύτερα τον χαρακτήρα του, αφού συνήθως εκφράζουν βαθιές και υποσυνείδητες ανάγκες του. Ο Cyril Burt ανέπτυξε μια θεωρία για τις μουσικές προτιμήσεις και την προσωπικότητα, σύμφωνα με την οποία οι σταθερά εξωστρεφείς έλκονται από μουσική που προσφέρει δυναμική ισορροπία, σταθερότητα, βάρος και κάποια προβλεψιμότητα. Από την άλλη οι σταθερά εσωστρεφείς δείχνουν μια στάση πιο «διανοούμενη» απέναντι στη μουσική.

2.1.8. Μουσική και εγκέφαλος

Η μουσική εντοπίζεται στον εγκέφαλο στη δραστηριότητα και των δύο ημισφαιρίων καθώς επηρεάζονται/ διεγείρονται και περιοχές αρμόδιες για άλλες δραστηριότητες. Το ακουστικό σύστημα είναι εξαιρετικά αναπτύξιμο και αυτό τεκμηριώνεται από τις παρακάτω διαπιστώσεις :

- Η μουσική εξάσκηση δραστηριοποιεί και επηρεάζει περιοχές του εγκεφάλου

- Ένας μουσικός μπορεί να τροποποιήσει τον εγκέφαλο του και να επηρεάσει την εγκεφαλική του δομή με βάση τη μουσική ακρόαση
- Αυτές οι αλλαγές εξαρτώνται από το μουσικό όργανο που παίζει και τις εκάστοτε απαιτήσεις
- Δομή και εντοπισμός νευρωνικών κυκλωμάτων που συμμετέχουν επηρεάζονται από τον τρόπο απόκτησης της μουσικής και από την ηλικία έναρξης των μουσικών μαθημάτων
- Η πρόωγη έναρξη του μαθήματος μουσικής βοηθά στην ανάπτυξη καλύτερης ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των ημισφαιρίων

(Κάζης&Τσολάκη, 2005)

Ο εγκέφαλος δεν είναι μόνο κατά την παιδική ηλικία αναπτύξιμος αλλά υπηρετεί διαρκώς τις ανάγκες του οργανισμού. (Κάζης & Τσολάκη, 2005). Με την ακρόαση μια μελωδίας ο εγκέφαλος ανιχνεύει τη γραμμή, το σχήμα, το περίγραμμά της και συμπεραίνει αφαιρετικά την αρμονία του περιεχομένου της. Το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου είναι αυτό που αναγνωρίζει τους ήχους και τις μελωδίες. Ωστόσο το αριστερό ημισφαίριο είναι αυτό που αναγνωρίζει τα ρυθμικά στοιχεία μιας μελωδίας. (Σακαλάκ, 2004)

Ο ηχητικός συντονισμός, είναι η επίδραση που έχει η μουσική στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Οι ερευνητές πιστεύουν πως υπάρχει δυνατότητα να καθοδηγήσουν ή να ελέγξουν την εσωτερική εγκεφαλική συχνότητα, μέσω της χρήσης εξωτερικών ήχων με συγκεκριμένη συχνότητα. Συγκριμένα με τη χρήση ήχων πολύ χαμηλών συχνοτήτων επιτυγχάνεται ο συντονισμός του εγκεφάλου. Έτσι με τη χρήση των ηχητικών κυμάτων, μεταβάλλονται τα εγκεφαλικά κύματα και επηρεάζεται η συναίσθηση και η επίγνωση του ατόμου. (Σακαλάκ, 2004)

Όταν δύο αντικείμενα μοιράζονται την ίδια συχνότητα, το ένα μπορεί να θέσει σε κίνηση το άλλο. Παραδείγματα συντονισμού στην καθημερινότητα υπάρχουν πολλά, όπως ο συντονισμός των καναλιών της τηλεόρασης, ο συντονισμός που συμβαίνει ανάμεσα σε δύο ανθρώπους όταν έχουν καλό διάλογο. Ο συντονισμός συμβαίνει και στις λειτουργίες του σώματός μας. Η καρδιά, η αναπνοή και τα εγκεφαλικά κύματα συντονίζονται μεταξύ τους. Παρατηρείται ότι οι συχνότητες του σφυγμού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος, καθώς και συνδυασμένες τους δραστηριότητες λειτουργούν αρμονικά. (Σακαλάκ, 2004)

Τα εγκεφαλικά κύματα, όπως και τα ηχητικά, ταλαντεύονται σε συγκεκριμένες συχνότητες, που μετριοούνται σε κύκλους ανά δευτερόλεπτο. Παρακάτω είναι οι βασικές καταστάσεις των εγκεφαλικών κυμάτων :

- Κύματα ΒΗΤΑ. Κυμαίνονται από 13 έως 23 Hz. Συναντώνται σε φυσιολογικές καταστάσεις όταν είμαστε ξύπνιοι. Εντοπίζονται όταν επικεντρώνεται η προσοχή σε δραστηριότητες του εξωτερικού κόσμου.

- Κύματα ΑΛΦΑ. Κυμαίνονται από 7 έως 13 Hz. Παρατηρούνται όταν ονειροπολούμε και σχετίζονται συχνά με το διαλογισμό. Γίνονται πιο έντονα όταν έχουμε κλειστά τα μάτια.

- Κύματα ΘΗΤΑ. Κυμαίνονται από 3 έως 7 Hz. Παρατηρούνται σε καταστάσεις υψηλής δημιουργικότητας και κατά τον βαθύ διαλογισμό.

- Κύματα ΔΕΛΤΑ. Κυμαίνονται από 0.5 έως 3 Hz, και εμφανίζονται κατά τον βαθύ ύπνο και σε έλλειψη συνειδητότητας.

Από κάποιους ερευνητές αναφέρονται άλλες δύο κατηγορίες κυμάτων :

- Κύματα υψηλά ΒΗΤΑ. Κυμαίνονται από 22 έως 33 Hz και αφορούν την άμεση υπερδραστηριότητα και κάποιους τύπους άγχους.

- Κύματα ΚΑΠΑ σύνθετα. Ξεπερνούν τα 33 Hz εμφανίζονται κυρίως σε κάποιο ξέσπασμα και σχετίζονται με τη σύλληψη κάποιας ιδέας ή με την ολοκλήρωση μια έμπνευσης.

(Σακαλάκ, 2004)

Όταν παράγονται κύματα «θήτα» , η συμπεριφορά και η κρίση του ατόμου είναι πιο επιρρεπείς σε αλλαγές. Είναι μια κατάσταση μεταξύ ύπνο και εγρήγορσης, κατά την οποία οι πληροφορίες μπορούν να αποθηκευτούν γρηγορότερα αλλά άκριτα και περιληπτικά. Η παραγωγή κυμάτων «άλφα» και «θήτα», σύμφωνα με διάφορες έρευνες, βοηθά σημαντικά στην ανάρρωση από κάποιον εθισμό. (Σακαλάκ, 2004)

Κάποιες άλλες μελέτες δείχνουν πως ο εγκεφαλικός συντονισμός συμβάλλει στη βελτίωση της μνήμης. Συγκριμένα τα κύματα «θήτα» φανερώουν ότι ο εγκέφαλος είναι σε θέση να επεξεργαστεί και να αποθηκεύσει πληροφορίες. Όσο περισσότερα κύματα «θήτα» εμφανίζονται στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, τόσο περισσότερο βελτιώνεται η μνήμη. Οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι, για να δημιουργηθεί η μνήμη είναι απαραίτητο ο εγκέφαλος

να περάσει από μια διαδικασία που λέγεται «μακροπρόθεσμη αποτελεσματικοποίηση» (LTP-long term potentiation). Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει ηλεκτρικές και χημικές μεταβολές των νευρών που σχετίζονται με τη μνήμη. Αν δεν πραγματοποιηθεί η LTP, η εισερχόμενη πληροφορία δεν μπορεί να αποθηκευτεί και ξεχνιέται εντελώς σε μικρό χρονικό διάστημα. (Σακαλάκ, 2004)

2.1.9. Μνήμη και μουσικές διεργασίες

Η λήθη, είναι η μείωση της μνημονικής ικανότητας. Η μνημονική ικανότητα διαταράσσεται με αποτέλεσμα, να επηρεάζονται οι μουσικές διεργασίες. Οι αιτίες των διαταραχών, που οφείλονται στην πρόσληψη της πληροφορίας είναι η εγκεφαλική φθορά από βλάβη ή από νευρολογική διαταραχή όπως για παράδειγμα το Alzheimer, ή από εξασθένηση και φθορά εξαιτίας του χρόνου. Οι αιτίες που σχετίζονται με τη διατήρηση ή συγκράτηση της πληροφορίας είναι οι επιπτώσεις από παρεμβολή άλλων ερεθισμάτων καθώς και η ηθελημένη λήθη. Τέλος, οι αιτίες που σχετίζονται με την ικανότητα της ανάσυρσης είναι το ανεπαρκές πλαίσιο ή σήματα αλλά και η έλλειψη αρχικής επεξεργασίας πληροφοριών ή και η κακή κωδικοποίηση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Ορισμένες μουσικές δραστηριότητες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εμπέδωση βασικών γνωστικών εννοιών π.χ. ταξινόμηση αντικειμένων, σειριοθέτηση, κατανόηση χώρου και χρόνου. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Κάποιες φορές ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται μια έννοια είναι εξίσου σημαντικός με το περιεχόμενό της. Μία από τις βασικές λειτουργίες της μουσικής είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως φορέας πληροφοριών. Έτσι γνώσεις που απομνημονεύονται δύσκολα μπορεί να γίνουν γρήγορα και εύκολα κατανοητές με έναν έξυπνο στίχο ή ένα πετυχημένο ποιηματάκι. Η μουσική βοηθά τη συσχέτιση νέας γνώσης με ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσική μπορεί να βελτιώσει την μνήμη και την ικανότητα για μάθηση

Σύμφωνα με τον Χ. Γκαρντνέρτα, τα βρέφη μπορούν να εναρμονιστούν με την ένταση και το μελωδικό περίγραμμα των τραγουδιών της μητέρας, ενώ στην ηλικία των 4 μηνών μαντεύουν ήδη τη ρυθμικότητά τους. Παρατήρησε, λοιπόν, ότι η αργή μουσική, με ύφος μπαρόκ μπορεί να εισάγει τους φοιτητές σε κατάσταση χαλάρωσης στη διάρκεια της οποίας αφομοιώνουν καλύτερα τις γνώσεις, από ότι στη διάρκεια του ύπνου, με τη μέθοδο διαχωρισμού της πληροφορίας σε «πυκνές βάσεις δεδομένων» τεσσάρων δευτερολέπτων.

Προτιμότερη μουσική είναι του βιολιού, που είναι πλούσια σε αρμονικά ηχοχρώματα και εκτελείται με ρυθμό 64 χτυπημάτων ανά λεπτό. (Shaboutin, 2005)

Ο Λαζάνοφ διαχώρισε σε ώρες του εικοσιτετραώρου και θέσεις στις οποίες αυτός που ακούει βρίσκεται στη μεγαλύτερη δυνατή επίδραση της μουσικής. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πρόσβαση στη μνήμη επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό αν η πληροφορία είναι κωδικοποιημένη στη συνείδηση και στο υποσυνείδητο. Ο προσανατολισμός του Λαζάνοφ στην ακρόαση και στην οπτική στήριξη οδήγησε στην επεξεργασία αυτού που στα σχολεία ταχύρυθμης εκπαίδευσης ονομάζεται τώρα «ενεργητικές και παθητικές συναυλίες». (Shaboutin, 2005)

Η παθητική συναυλία είναι μια ανάγνωση διηγημάτων ή λεξιλογίου από καθηγητή μετά το μεσημέρι, όταν το φως είναι λίγο θαμπό, ενώ οι φοιτητές κάθονται αναπαυτικά στις πολυθρόνες τους. Διαρκεί περίπου 45 λεπτά και στη διάρκειά της εισάγονται καινούρια υλικά, λεξιλόγιο και ήχοι με τη συνοδεία αργής μουσικής. Ο ρυθμός είναι από 52 μέχρι 68 χτύπους το λεπτό και η φωνή του δασκάλου ρέει πειστικά, με ρυθμικότητα έναντι της μουσικής. Ο δάσκαλος τονίζει ή επαναλαμβάνει νέες λέξεις, προφέροντας κάθε μια με ιδιαίτερη τονικότητα. (Shaboutin, 2005)

Η ενεργητική συναυλία γίνεται μια μέρα μετά την παθητική και στόχος της είναι να εδραιώσει αυτό που είχε εισαχθεί κατά την παθητική. Ο δάσκαλος διηγείται το ίδιο κείμενο χρησιμοποιώντας το νέο λεξιλόγιο, όμως τώρα χρησιμοποιεί δραματική μουσική του 19^{ου} αιώνα. Η φωνή του αυξάνεται και χαμηλώνει, επαναλαμβάνοντας μουσικά περιγράμματα, αναπαράγοντας βασικές φράσεις και τονίζοντας τη συναισθηματικές κειμενογραφία του υλικού. Μετά τη συναυλία οι φοιτητές πρέπει να αναπαράγουν τις σημαντικές λέξεις και φράσεις, ονομάζοντας με τον τρόπο που ζητά ο δάσκαλος. (Shaboutin, 2005)

2.2. Ορισμός της Μουσικοθεραπείας

2.2.1. Ιστορική αναδρομή

Οι ρίζες της θεραπευτικής δράσης της μουσικής κρατούν από την αρχαία ελληνική παράδοση αλλά από άλλους λαούς της ευρύτερης Ανατολής. Η σχολή των Πυθαγόρειων χρησιμοποίησε τη κάποιους μουσικούς ήχους για τη θεραπεία ασθενών, πιστεύοντας πως η αρμονία της μουσικής έχει τη δυνατότητα να αποκαταστήσει τη διαταραγμένη ψυχοσωματική ισορροπία του ασθενούς. (Δρίτσας, 2003)

Ο σημαντικότερος ρόλος της μουσικής, ιδίως στο πλαίσιο εκπαίδευσης διαδικασίας, ήταν κατά τους αρχαίους Έλληνες εκείνος που η τέχνη της Μελπομένης ανέλαμβανε ως μέσον προληπτικό, στο πλαίσιο μιας διαρκούς φροντίδας για την ισότιμη ανάπτυξη και διατήρηση της ισορροπίας σώματος και ψυχής, ρόλος διατυπωμένος επιγραμματικά με τον δικό τους λόγο «νους υγιής εν σώματι υγιή». (Ντζιούνη, 2012)

Η ιδιότητα της μουσικής αναφέρεται και από τον Πλάτωνα, ο οποίος είναι ο πρώτος επίσημος «συνταγογράφος» της μουσικής στην αρχαιότητα. Μέχρι τον 20ο αιώνα οι επιστήμονες δεν είχαν παρατηρήσει τις επιδράσεις της μουσικής σε λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Ο πρώτος επίσημος πυρήνας κλινικής εφαρμογής και έρευνας της μουσικοθεραπείας δημιουργήθηκε το 1950, από μια σύνθετη επιστημονική ομάδα AMTA (American Music Therapy Association). (Δρίτσας, 2003)

Η μουσική συνδέεται στενά με σημαντικά αλλά και ασήμαντα περιστατικά της ζωής του ανθρώπου, τα οποία μέσω συνειρμών αναπλάθονται στο άκουσμα των αντίστοιχων μελωδιών των περασμένων εποχών. Αυτή, ακριβώς, η ανάπλαση παραστάσεων, όταν συνδέεται με ευτυχισμένες στιγμές του παρελθόντος, δημιουργεί μια ατμόσφαιρα αισιοδοξίας, ενισχύει τον ψυχικό τόνο, διώχνει την πλήξη, τις αρνητικές σκέψεις, τον φόβο της αρρώστιας και του θανάτου. Κατά τον Ησίοδο, η λύτρωση από τον πόνο, την στεναχώρια και τα βλαβερά πάθη της ψυχής επιτυγχάνεται με την βοήθεια κατάλληλων τραγουδιών που υμνούν τις δόξες των προγόνων. Η μουσική δεν γνωρίζει φυλετικές, θρησκευτικές ή γλωσσικές διαφορές και ως μέσον που δεν στηρίζεται υποχρεωτικά στο λόγο, επιτρέπει την επικοινωνία και άρει τις δυσκολίες τη διαφορετικότητας συντελώντας στην ομαλή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο και στην διατήρηση του πνεύματος κοινωνικότητας. (Ντζιούνη, 2012)

Πρέπει να τονιστεί πως, για την καταπολέμηση του Alzheimer, η μουσική μπορεί να ενεργήσει ως επιβραδυντικός, ακόμη και ως ανασταλτικός παράγων ασκώντας την μνήμη, φωτίζοντας συναισθήματα και σκέψεις ξεχασμένες από καιρό, βοηθώντας, έτσι, το πάσχον άτομο να επανακτήσει σταδιακά, ως ένα βαθμό τουλάχιστον, όχι μόνο την ικανότητα της

ομιλίας, της αντίληψης και της σκέψης αλλά και ολόκληρο τον συναισθηματικό και διανοητικό του κόσμο, την ιστορία της ζωής του, την χαμένη του ταυτότητα. Θα έλεγε κανείς πως η ακρόαση της μουσικής ενεργοποιεί μια εσωτερική φυσική μουσική που κρατάει σε λειτουργία όλα τα κέντρα του εγκεφάλου. Ο Πίνδαρος, αντίστοιχα, προαναγγέλλει κατά κάποιο τρόπο την ευεργετική αυτή επίδραση της μουσικής, ισχυριζόμενος ότι η μουσική και τα τραγούδια των γιορτών μπορούν να ανακουφίσουν τα γεράματα προσφέροντας σθένος, κουράγιο και δύναμη.(Ντζιούνη, 2012)

Σύμφωνα με όσα αφηγείται ο Αέτιος, η μουσική, και πιο συγκεκριμένα η αύληση, ενδυναμώνει την μνήμη. Τις απόψεις αυτές του Αέτιου συμμερίζονται και σύγχρονοι ερευνητές , τα πορίσματα της έρευνας των οποίων δείχνουν ότι το φαινόμενων των μνημονικών διαταραχών κατά τη περίοδο του γήρατος εμφανίζεται πολύ ηπιότερο σε όσους έχουν μουσική παιδεία. Ψυχολόγοι διαπίστωσαν ότι η μνήμη για τις λέξεις είναι αυξημένη κατά 16% στους ενήλικες που είχαν μάθει στην παιδική τους ηλικία να παίζουν κάποιο μουσικό όργανο. (Ντζιούνη, 2012)

Στην σημερινή εποχή η μουσικοθεραπευτική αγωγή ενδείκνυται και μπορεί να αντιμετωπίσει πολλά από τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων όντας ικανή να επιβραδύνει ή να μειώσει την πνευματική και τη φυσική τους φθορά. Η μουσική εξασκεί την ευνοϊκή της επίδραση τόσο σε όσους έχουν καλή υγεία, όσο και σε αυτούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Η χρήση της σε ευαγή ιδρύματα, οίκους ευγηρίας, επιτυγχάνεται, για παράδειγμα, χάρις στη δημιουργία μιας μουσικοθεραπευτικής ομάδας με την μορφή μιας μικρής χορωδίας ή ενός ενόργανου συνόλου από τους ίδιους τους τροφίμους του ιδρύματος, λειτουργεί ευεργετικά στα μέλη που συμμετέχουν, και τούτο διότι ενισχύει την επικοινωνία, προσφέρει την χαρά της δημιουργίας και την ικανοποίηση της επιβράβευσης και απομακρύνει κάθε αίσθημα αποξένωσης και περιθωριοποίησης. Πρόκειται για ένα μοντέλο ευεργετικής μουσικοθεραπείας, όπου οι συμμετέχοντες παίζουν και τραγουδούν οι ίδιοι στο πλαίσιο της οργάνωσης μιας γιορτής. Αντίστοιχα, ο Αριστοτέλης, συνιστά στους ηλικιωμένους να χρησιμοποιούν «χαλαρές» αρμονίες, την Ιώνιο και τη Λύδιο, τις οποίες μπορούσαν να τραγουδήσουν χωρίς να πιάσουν την φωνή τους και οι οποίες ήταν ήπιες και προσφέρονταν για συμπόσια. (Ντζιούνη, 2012)

2.2.2. Τι είναι μουσικοθεραπεία;

Ο πρώτος ορισμός της μουσικοθεραπείας διατυπώθηκε το 1960 και υποστηρίζει πως είναι η επιστημονική εφαρμογή της τέχνης της μουσικής για την επίτευξη θεραπευτικών σκοπών. Η χρήση της ίδιας της μουσικής και η προσωπικότητα του ίδιου του θεραπευτή επηρεάζουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά. (Μακρής & Μακρή , 2003)

Το 1980, το φυλλάδιο “A Career in Music Therapy” (National Association for Music Therapy), περιέγραψε την ειδικότητα με τον παρακάτω τρόπο:

Η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής σε συνδυασμό με θεραπευτικούς στόχους: αποκατάσταση, διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Είναι η συστηματική εφαρμογή της μουσικής, από τους μουσικοθεραπευτές σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον, με σκοπό τις επιθυμητές αλλαγές στην συμπεριφορά. Αυτές οι αλλαγές βοηθούν το άτομο να βιώσει μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού του και όλου του κόσμου γύρω από αυτόν, ως εκ τούτου να πετύχει πιο κατάλληλη προσαρμογή στην κοινωνία. Σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας, οι επαγγελματίες μουσικοθεραπευτές συμμετέχουν στην ανάλυση των ατομικών προβλημάτων και στη δημιουργία γενικών θεραπευτικών στόχων πριν τον σχεδιασμό και την πραγματοποίηση των διαδικασιών.(Davis & συν. 1992)

Από το 1980 και μετά, το επάγγελμα της μουσικοθεραπείας συνέχισε να αναπτύσσεται με τις νέες γνώσεις και προέκυψαν καινούργιες πρακτικές ιατρικής φροντίδας. Το 1997, το American Music Therapy Association, δημοσίευσε τον παρακάτω ορισμό της μουσικοθεραπείας:

Η μουσικοθεραπεία είναι μια καθιερωμένη ιατρική βοηθητική προσέγγιση χρησιμοποιώντας μουσική και μουσικές δραστηριότητες με σκοπό την αντιμετώπιση σωματικών, ψυχολογικών, γνωστικών και κοινωνικών αναγκών στα άτομα με δυσκολίες. Το επάγγελμα καθιερώθηκε το 1950, ως αποτέλεσμα εφαρμογής της μουσικοθεραπείας στους βετεράνους ασθενείς από τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Σήμερα, πάνω από 5.000 μουσικοθεραπευτές εργάζονται στις Ηνωμένες Πολιτείες σε δομές όπως νοσοκομεία, κλινικές, εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας, σχολεία, κέντρα ψυχικής υγείας, εγκαταστάσεις κατάχρησης ουσιών, οίκους ευγηρίας, άσυλα, κέντρα αναμόρφωσης, σωφρονιστικά ιδρύματα και σε ιδιωτικά κέντρα. Περίπου μισός αιώνας ερευνών στην μουσικοθεραπεία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας σε πολλούς τομείς όπως η διευκόλυνση της κίνησης και γενική σωματική αναμόρφωση, παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη σε πελάτες και στις οικογένειες, παρέχοντας μια διέξοδο στην

έκφραση των συναισθημάτων και παρέχοντας εξελισσόμενη προσανατολισμένη φυσικοθεραπεία. (Μακρής & Μακρή , 2003)

Έρευνες που έχουν γίνει εδώ και μισό αιώνα, υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας σε πολλούς τομείς, όπως η διευκόλυνση της κίνησης και της γενικής σωματική επανένταξη, με σκοπό, οι άνθρωποι να αντιμετωπίσουν άλλες θεραπείες αλλά και παρέχοντας ακόμη, συναισθηματική υποστήριξη για ασθενείς και οικογένειες καθώς και μια διέξοδο στην έκφραση συναισθημάτων αλλά και ψυχοθεραπεία με κατεύθυνση προσανατολισμένη στη διαδικασία. (Μακρής & Μακρή , 2003)

Τέλος, η μουσικοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το σώμα του ανθρώπου , αλλά κυρίως βασίζεται στη διαπροσωπική σχέση και δανείζεται τεχνικές και μεθόδους από την κλινική ψυχολογία. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της , είναι η ολοκληρωμένη εκπαίδευση του μουσικοθεραπευτή, ώστε να χρησιμοποιεί το ασυνείδητο υλικό που προκύπτει. (Μακρής & Μακρή 2003)

2.2.3. Είδη μουσικοθεραπείας

Η μουσικοθεραπεία χωρίζεται σε δύο είδη:

A. Ενεργή Μουσικοθεραπεία (active music therapy ή music therapy). Η ενεργός ή βιωματική μουσικοθεραπεία ή μουσική ψυχοθεραπεία, κυρίως απαιτεί την παρουσία ειδικευμένου μουσικοθεραπευτή. Επιπλέον, στην ενεργό μουσικοθεραπεία, χρησιμοποιούνται και άλλες θεραπευτικές τεχνικές των δημιουργικών τεχνών, όπως το Arttherapy. (Δρίτσας, 2003)

Σε μια ιδανική, ενεργητική προσέγγιση, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους μέσω μουσικών χειρονομιών και δομών. Η διαδικασία παρατηρείται κυρίως στους μουσικούς αυτοσχεδιασμούς.
(Julsin & Sloboda,2001)

Η κατανόηση και η επεξήγηση του μουσικού αυτοσχεδιασμού, στη μουσικοθεραπεία, είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους μουσικοθεραπευτές και τους μουσικούς ψυχολόγους λόγω της μουσικής, ψυχολογικής και των άλλων σχετικών διαστάσεων της διαδικασίας του αυτοσχεδιασμού. Οι μουσικοθεραπευτές αντιλαμβάνονται την αυθόρμητη φύση του

αυτοσχεδιασμού ως οντότητα και όχι ως καλλιτεχνικό γεγονός . Η διαδικασία του αυτοσχεδιασμού, για αυτούς έχει τεράστια προσωπική και διαπροσωπική σημασία. Ένας τέτοιος αυτοσχεδιασμός χαρακτηρίζεται «κλινικός» και ορίζεται από τον Σύνδεσμο των Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών (UK) ως *μουσικός αυτοσχεδιασμός με συγκεκριμένο θεραπευτικό νόημα και σκοπό σε ένα περιβάλλον που διευκολύνει την ανταπόκριση και την αλληλεπίδραση.* (Julsin & Sloboda , 2001)

Ωστόσο, η διαδικασία του αυτοσχεδιασμού στη μουσικοθεραπεία, μπορεί να σχεδιαστεί στιλιστικά μέσω του μουσικού ρεπερτορίου. Αυτή η δυαδικότητα του «προσωπικού» και του «μουσικού» στον κλινικό αυτοσχεδιασμό έχει σταθεί αφορμή για πολλές συζητήσεις ανάμεσα στους μουσικοθεραπευτές, ειδικά για το αν η λεκτικές ερμηνείες των ψυχολογικών πραγμάτων είναι απαραίτητες, και για το πώς οι λέξεις μπορούν να εξηγήσουν μια μουσική διαδικασία. (Julsin & Sloboda , 2001)

B. Απλούστερη μορφή ακρόασης μουσικής (receptive music therapy ή music medicine). Ουσιαστικά, είναι η μουσικοθεραπεία ως ακρόαση μουσικής, δηλαδή η μουσική ως φάρμακο.

(Δρίτσας, 2003)

	Music Therapy	Music Medicine
Μουσική	Ναι	Ναι
Προ-επιλογή μουσικής	Όχι	Ναι
Σχέση θεραπευτή-ασθενή	Ναι	Όχι
Παρουσία θεραπευτή	Ναι	Όχι
Ακρόαση μουσικής	Ναι	Ναι
Αυτοσχεδιασμός	Ναι	Όχι
Σύνθεση	Ναι	Όχι
Ενεργή δραστηριότητα	Ναι	Όχι
Art therapy	Ναι	Όχι

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά δύο ειδών μουσικοθεραπείας (Δρίτσας, , 2003)

Για την εφαρμογή και των δύο ειδών μουσικοθεραπείας, απαιτείται ειδική και μακροχρόνια εκπαίδευση. Αρχικά, οι επιστήμονες από τον μη ιατρικό χώρο (ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, μουσικοπαιδαγωγοί και μουσικοί), ήταν αυτοί που ασχολήθηκαν με τη μουσικοθεραπεία, με απαραίτητες γνώσεις μουσικές, έχοντας ως αντικείμενο παιδιά ή ενήλικες με ειδικές ανάγκες. Με την πρόοδο της απεικονιστικής τεχνολογίας (fMRI, PET scan) έχει πραγματοποιηθεί λεπτομερής μελέτη για την επίδραση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Για αυτό τον λόγο έχουν κινητοποιηθεί πολλοί κλινικοί γιατροί από πολλές ειδικότητες και χρησιμοποιούν την μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες, της κατάθλιψης αλλά και σαν μέσο ενίσχυσης του ανοσοβιολογικού συστήματος σε πολλές κατηγορίες ασθενών. (Δρίτσας, 2003)

2.2.4. Ατομικές μέθοδοι μουσικοθεραπείας

I. Ατομική μουσικοθεραπεία αποδοχής

Η συγκεκριμένη μέθοδος, εφαρμόζεται πολλά χρόνια στην Γαλλία και βασίζεται στην εφαρμογή ενός ηχητικού προγράμματος που αποτελείται από τη σύνθεση τριών διαφορετικών μουσικών αποσπασμάτων. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Αρχικά, το πρώτο μουσικό απόσπασμα, πρέπει να ανταποκρίνεται στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, με σκοπό την πρόκληση κρίσης, εκτόνωσης και κάθαρσης. Στο δεύτερο μουσικό απόσπασμα, πρέπει να ουδετεροποιήσει την ένταση και την εκτόνωση που προκάλεσε το πρώτο, μέσω του μελωδικού και αρμονικού ρυθμού. Στο τρίτο μουσικό απόσπασμα, πραγματοποιείται πρόκληση για πρόοδο προς το επιθυμητό αποτέλεσμα, όπου μπορεί να είναι η χαλάρωση, η γαλήνη, η ηρεμία, ακόμη και ένα αίσθημα αισιοδοξίας ή και θριάμβου. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Σε αυτή τη μορφή θεραπείας, το άτομο ακούει σιωπηλά τα τρία μουσικά κομμάτια και η συνεδρία τελειώνει χωρίς συζήτηση. Οι επόμενες συνεδρίες γίνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως δύο φορές την εβδομάδα, και σε κάθε συνεδρία το άτομο διηγείται τις εντυπώσεις της προηγούμενης συνεδρίας, πριν την έναρξη των καινούργιων μουσικών ακροάσεων. (Πολυχρονιάδου, 1989)

II. Ενεργητική ατομική μουσικοθεραπεία

Αυτή η μέθοδος, βασίζεται στον ηχητικό διάλογο ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή. Ο θεραπευτής, μέσω της χρήσης ενός μουσικού οργάνου ή ενός ηχητικού αντικειμένου, προσπαθεί να προκαλέσει το ενδιαφέρον του ασθενή μέσω διάφορων

αυτοσχέδιων ήχων. Η προσοχή του πρέπει να είναι πάνω στον ασθενή, με σκοπό τη δημιουργία γέφυρας επικοινωνίας. Πρέπει, επίσης, ο θεραπευτής να είναι προσεκτικός στις ηχητικές απαντήσεις που θα δίνει ο ασθενής, με στόχο την οργάνωση ενός επιθυμητού αποτελέσματος, το οποίο είναι η χαλάρωση, η ηρεμία, η ρυθμική ή η μελωδική ανάταση κ.λπ. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Στην επόμενη φάση, ο θεραπευτής επιδιώκει διάλογο μέσω φωνητικής έκφρασης. Σε αυτό το σημείο, το θεραπευτικό αποτέλεσμα, μπορεί να είναι μεγάλης σημασίας. «Η φωνή ανήκει συγχρόνως στον πιο πηγαίο εαυτό μας, στη σωματική και ψυχική μας ενστικτώδη ύπαρξη, αλλά και στον κόσμο των λέξεων, στο κοινωνικό μας βίωμα, γέφυρα διανοητικής αλλά και συναισθηματικής επικοινωνίας με τον άλλο». (Πολυχρονιάδου, 1989)

2.2.5. Ομαδικές Μέθοδοι

I. Ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής

Σε αυτή τη μέθοδο, επιτρέπεται η συνειδητοποίηση του πλούτου και του μεγάλου αριθμού των συναισθημάτων και συγκινησιακών δονήσεων, τα οποία είναι στοιχεία που καθορίζουν τη δυναμική μιας ομάδας. Η ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής έχει τους παρακάτω στόχους:

- Την συνειδητοποίηση κάθε μέλους της ομάδας, των μουσικών συναισθηματικών αποχρώσεων με βάση την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία του ασθενή, πέρα από τις προσωπικές προτιμήσεις, συγκινήσεις και επιθυμίες. Επίσης, να συνειδητοποιήσει τον τεράστιο αριθμό των μουσικών προτιμήσεων με άλλες συμβολικές προεκτάσεις.
- Την διευκόλυνση της έκφρασης, της ομιλίας, της επικοινωνίας, μέσω της ανταλλαγής απόψεων και εντυπώσεων, πάνω στο προτεινόμενο μουσικό θέαμα. Η έκφραση ενός ασθενή μπορεί να βοηθήσει και να παροτρύνει και έναν άλλον.
- Στην εμβάθυνση, από τη μεριά του θεραπευτή, στα προβλήματα του ασθενούς, προσπαθώντας να κατανοήσει τις αιτίες των μουσικών του προτιμήσεων.

(Πολυχρονιάδου, 1989)

Η μέθοδος αυτή αποτελείται από ένα σύνολο μουσικών αποσπασμάτων, επιλεγμένων από τον μουσικοθεραπευτή με ιδιαίτερη προσοχή, από ένα ευρύ ρεπερτόριο κλασσικής, παραδοσιακής, ρομαντικής, σύγχρονης μουσικής. Τα μουσικά αποσπάσματα ακούγονται ανά δύο, το ένα με περισσότερη ρυθμική ενώ το άλλο με περισσότερο μελωδική διάσταση. Καλό

θα ήταν, το κάθε κομμάτι να διαρκεί 2-3 λεπτά. Σε μία ομαδική μουσικοθεραπευτική συνάντηση, ακούγονται 4 με 6 συνδυασμοί. Το κάθε μέλος, αφού ακούσει και τα δύο μουσικά αποσπάσματα ενός μουσικού συνδυασμού, τότε αναφέρει τις εντυπώσεις του και αιτιολογεί την προτίμησή του για το ένα ή το άλλο από αυτά. (Πολυχρονιάδου, 1989)

II. Ενεργητική ομαδική μουσικοθεραπεία

Ο αυτοσχεδιασμός παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο σε αυτή τη μέθοδο και έχει ως στόχο την όσο το δυνατόν πιο πηγαία και αυθόρμητη επικοινωνία όλων των μελών της μουσικοθεραπευτικής ομάδας. Υπάρχουν πολλές τεχνικές, για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Μια από αυτές είναι η χρήση μουσικών οργάνων του συστήματος Ορφ. Ορισμένες φορές ο θεραπευτής ξεκινά από ένα τυχαίο θόρυβο ή ήχο που ακούγεται στην ομάδα, τον οποίο τον ακολουθεί και τον διευρύνει σε όλα τα μέλη της ομάδας. Ορισμένες φορές, οι θεραπευτές δουλεύουν αποκλειστικά με την ανθρώπινη φωνή, ερευνώντας την ποικιλία των φωνητικών δυνατοτήτων, σε μια συλλογική προσπάθεια επικοινωνίας. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν τα μέλη της ομάδας είναι μουσικοί, ο θεραπευτής δουλεύει πάνω στην ερμηνεία συγκεκριμένων μουσικών συνθέσεων. Σύμφωνα με τον καθηγητή Σμόλτς του Πανεπιστημίου της Βιέννης, τα παρακάτω είναι τα βασικά σημεία της μεθόδου:

- Ο θεραπευτής πρέπει να αναμένει τον πρώτο ήχο που θα ακουστεί από την ομάδα, να τον επαναλάβει, να τον διευρύνει, να τον σβήσει σιγά-σιγά.
- Ο θεραπευτής πρέπει να περιμένει τον πρώτο ήχο που θα ακουστεί από την ομάδα, να προσθέσει τον δικό του ήχο, διαφορετικό από τον άλλον και πρέπει να συνδυάζεται αρμονικά με τον ήχο που ακούγεται ήδη από την ομάδα. Έστερα, πρέπει να ακούει προσεκτικά τη «σύνθεση» της ομάδας, με ιδιαίτερη προσοχή στον δικό του ήχο, ώστε να μην είναι παράταιρος από αυτό του συνόλου. Τέλος, ο θεραπευτής μαζί με τους ασθενείς, μπορούν να συζητήσουν την θεραπεία.

(Πολυχρονιάδου, 1989)

Μέσω της ενεργητικής ομαδικής μουσικοθεραπείας επιτρέπεται η ευαισθητοποίηση και η συνειδητοποίηση σε ένα συμβολικό επίπεδο, των ιδιαιτεροτήτων των διαπροσωπικών σχέσεων και της αξίας της ομαδικής δημιουργίας. (Πολυχρονιάδου, 1989)

2.2.6. Αρχικές θεωρητικές βάσεις στη μουσικοθεραπεία

Θεωρίες συμπεριφοράς

Ο Madsen ήταν αυτός που πρώτος προσέγγισε τη μουσικοθεραπεία μέσω της θεωρίας της συμπεριφοράς, προτρέποντας τους μουσικοθεραπευτές να χρησιμοποιήσουν την μουσική ως μέσω ανταμοιβής για να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά του ασθενή. (Σακαλάκ, 2004)

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα και παρέχει άμεση και διαρκή ευθύνη για τις επιδράσεις της μουσικής που χρησιμοποιείται ως μέσο επίδρασης στη συμπεριφορά του ασθενή. Ωστόσο η τεχνική αυτή δεν είναι τόσο αποτελεσματική σε περιπτώσεις προβλημάτων με πιο βαθιά βάση και πιο εμφανή συμπεριφορά, όπως προβλήματα λόγω απροσάρμοστης συναισθηματικής ανάπτυξης ή λόγω διαστρέβλωσης της αντιληπτικής διαδικασίας. (Σακαλάκ, 2004)

Ένα δομικό πρόβλημα, ώστε να γίνει κατανοητή η θεραπευτική επίδραση της μουσικής, είναι το γεγονός ότι το μουσικό ερέθισμα χρησιμοποιείται ως ανταμοιβή αφού έχει επιτευχθεί ο εκάστοτε στόχος. Αυτό καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο τον εντοπισμό της άμεσης σχέσης ανάμεσα στη μουσική επίδραση και την επιθυμητή αλλαγή της συμπεριφοράς. Ωστόσο το πρόβλημα αυτό μπορεί να ξεπεραστεί με τις κατάλληλες μετρήσεις των βιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν κατά την ακρόαση μουσικής. (Σακαλάκ, 2004)

Κοινωνιολογική θεωρία

Οι κοινωνιολογική θεωρία της μουσικοθεραπείας είναι μια προσέγγιση, που αφορά ενήλικες με ψυχικές ασθένειες και διατυπώθηκε από το Hadsell. Η μουσική εξετάζεται μέσα από θεωρίες όπως οι ψυχαναλυτικές, οι συμπεριφορικές, οι ανθρωπιστικές και διαπροσωπικές. (Σακαλάκ, 2004)

Κατά τη προσέγγιση αυτή, διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια προκύπτουν από την κατάρρευση της επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους και την απομόνωση σε έναν κόσμο ψευδαισθήσεων. Η διαδικασία έχει κυρίως τρεις στόχους: α) επαναπροσδιορισμό της επαφής με την πραγματικότητα, β) άνοιγμα νέων καναλιών επικοινωνίας, γ) εκμάθηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων για επανένταξη στο περιβάλλον. (Σακαλάκ, 2004)

Ψυχαναλυτική θεωρία

Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την ερμηνεία της μουσικής συμπεριφοράς μέσα από την ψυχαναλυτική θεωρία. Οι περισσότεροι αποδίνουν στη μουσική το ρόλο της ενίσχυσης του «εγώ». Ειδικά ο ρυθμός της μουσικής είναι το στοιχείο, που ευθύνεται για την αναδόμηση του διαστρεβλωμένου «εγώ». (Σακαλάκ, 2004)

Γνωστική θεωρία

Ο Maultsby πίστευε πως η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας θα ήταν αποτελεσματικότερη αν συνδυάζονταν με τον μετρεχτισμό και την Ορθολογική-Συγκινησιακή θεραπεία (RET). Στο πλαίσιο αυτό η μουσική λειτουργεί τόσο ως ανταμοιβή όσο και ως κίνητρο για την εκμάθηση νέων στρατηγικών αντιμετώπισης. Ο ασθενής προτρέπεται να επαναλάβει συγκεκριμένες στρατηγικές όπως για παράδειγμα η εκμάθηση και η κατανόηση στίχων. (Σακαλάκ, 2004)

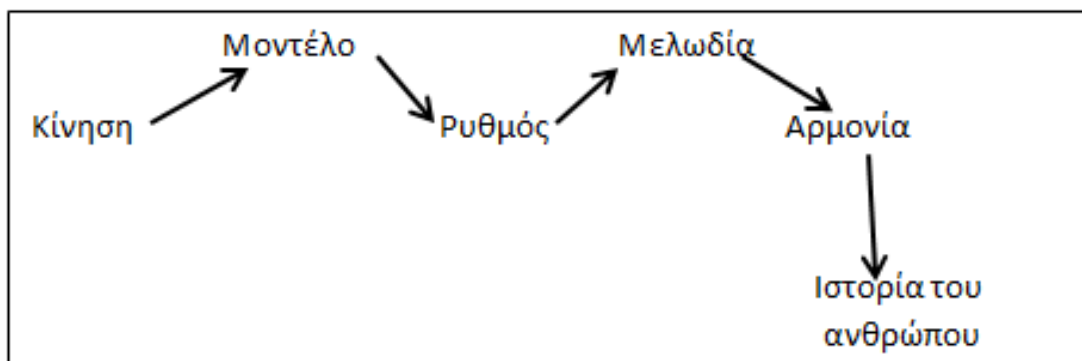
Ο Bryant ισχυρίζεται πως έχει πετύχει την πλήρη ενσωμάτωση της μουσικοθεραπείας στη RET, προσαρμόζοντας τη μουσικοθεραπεία στο γνωστικό πλαίσιο της RET . αυτό έχει σκοπό να φέρει κοντά τον ασθενή με συναισθηματικές διαταραχές οι οποίες προκύπτουν από τις συναισθηματικές του αντιδράσεις σε παράλογες σκέψεις. Επίσης η προσέγγιση αυτή βασίζεται στη μουσική, στην οποία θα εκτεθεί ο ασθενής, αλλά και στον θεραπευτή, ο οποίος παίζει βασικό ρόλο στην αναγνώριση των παράλογων ιδεών και εξετάζει τις ενδεχόμενες επιλογές συμπεριφοράς. (Σακαλάκ Η., 2004)

Φαινομενολογική θεωρία

Η προσέγγιση αυτή, η οποία υιοθετεί της αρχές της θεωρίας Gestalt και εξετάζει τον ασθενή της μουσικοθεραπείας από ψυχαναλυτική σκοπιά, διατυπώθηκε από τον Barclay. Εδώ η μουσική εξετάζεται μέσα στο πλαίσιο της αντιληπτικής οργάνωσης και η αντίληψή της προκύπτει από το σχηματισμό της μελωδίας από τη διαδοχή δύο ή παραπάνω ήχων και επίσης από το συνδυασμό άλλων στοιχείων στο τελικό αποτέλεσμα του μουσικού σχεδιασμού. Ο μουσικός σχεδιασμός είναι αυτός που βοηθά τον ασθενή να καταπολεμήσει την ανησυχία και το άγχος του. Παρόλο που η προσέγγιση αυτή δείχνει να έχει προτερήματα, φαίνεται πως είναι αρκετά αφηρημένη και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από «αόρατα και τεχνικά στοιχεία».

(Σακαλάκ, 2004)

2.2.7. Η μουσικοθεραπεία μέσα από τη σχέση κίνηση-ρυθμός-μελωδία



Εικόνα 1 : Σχηματική αναπαράσταση της σχέσης «κίνηση-ρυθμός-μελωδία»

(Μακρής & Μακρή, 2003)

Η κίνηση ως μέτρο μουσικών στοιχείων είναι η κίνηση που μπορεί να παράγει ο μουσικοθεραπευτής χωρίς μουσικό υπόβαθρο ή η κίνηση που κάνει ο ασθενής χωρίς τη βοήθεια κάποιου εμφανούς μέσου και εντάσσεται στο χώρο της μουσικοθεραπείας π.χ. μίμηση μουσικού οργάνου. Οι κινήσεις αυτές, εντάσσονται στις συμβολικές κινήσεις. Καθώς δεν είναι καθολικά αποδεχτές, πρέπει να γίνεται αποκωδικοποίηση λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου τόπου ή χώρου. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η έννοια της κίνησης είναι πρωταρχική σε μια ηχητική/μουσική σχέση, γιατί εισάγει την έννοια της φόρμας/μοντέλου. Αυτή με τη σειρά της εισάγει την έννοια του ρυθμού η οποία εισάγει την έννοια της μελωδίας. Η μελωδία εισάγει την αρμονία και τέλος τη γενική ιστορία του ανθρώπου. Επιπλέον, απαραίτητος είναι ο περιορισμός της θέσης του σώματος. Πρέπει να τονιστεί ότι, η μουσικοθεραπεία δεν αντικαθιστά άλλη θεραπεία. Μπορεί να υπάρξει μόνη της ή να συμπληρώνει μια άλλη θεραπεία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Ο ρυθμός ορίζεται ως η τάξη και η αναλογία μέσα στο χώρο. Οι εσωτερικοί ρυθμοί είναι ο αναπνευστικός, ο καρδιακός, ο υποσυνείδητος και ο ιδιόρρυθμος(βιολογικός). Αντίθετα, οι εξωτερικοί ρυθμοί είναι ρυθμικές φόρες (μουσικές και μη), οι οποίες γίνονται αντιληπτές από τις αισθήσεις του ατόμου. Ο βασικός ρυθμός του ανθρώπου είναι το βάδισμα. Επιπλέον, ο ρυθμός είναι υπεύθυνος για την ρύθμιση των ζωτικών λειτουργιών των οργανισμών, δηλαδή οι κινήσεις. Η λεκτική επικοινωνία εντάσσεται στο παρόν, αλλά

δεν υπάρχει άμεσος τρόπος κατανόησής της. Έτσι, είναι απαραίτητη η βοήθεια του ασθενούς, να περάσει από τη μη λεκτική επικοινωνία στη λεκτική επικοινωνία. Αυτό επιτυγχάνεται, με τη χρήση του ρυθμού σε επίπεδο ηχητικό, μελωδικό ή κινητικό, με σκοπό την δημιουργία μιας λεκτικής επικοινωνίας. Συμπερασματικά, ο ρυθμός δείχνει τη σχέση μεταξύ χώρου και χρόνου, με τη βοήθεια της κίνησης. Με τη βοήθεια του ρυθμού, το άτομο οδηγείται στο χώρο με την ένταση και στο χρόνο με τη διάρκεια. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η πρώτη ηχητική παραγωγή είναι η φωνή, ανεξάρτητα από την χροιά. Ο ασθενής πρέπει να επιτρέψει στους ήχους να εισέλθουν στο σώμα του και στη συνέχεια να είναι ικανός να δώσει ορισμένο αριθμό αντιδράσεων. Στην μουσικοθεραπεία, το άτομο ελέγχει το εισερχόμενο (ήχος) και το εξερχόμενο (φωνή), ως μια απελευθέρωση των δομών που ευνοεί την κατασκευή της εικόνας του σώματος. Το σώμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια μη λεκτική επικοινωνία, μέσω της προσπάθειας να εγκατασταθεί ένας κώδικας επικοινωνίας καθώς και με τη χρήση της φωνής σε συνδυασμό με την κίνηση ή όχι και τέλος, να χρησιμοποιηθούν έννοιες του «πριν» και του «μετά» καθώς και της διαδοχής του ευχάριστου/δυσάρεστου. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.3. Η Μουσικοθεραπεία στη καμπύλη του ανθρώπινου βίου

2.3.1. Η Μουσικοθεραπεία κατά την ανάπτυξη του ανθρώπου

Η ανάπτυξη για τον άνθρωπο είναι η περίοδος που αρχίζει από τη σύλληψη ως την πλήρη διαμόρφωση και ενεργοποίηση των ψυχοσωματικών αλλαγών (20 ετών). Η ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης της κληρονομικότητας, της βιολογικής ωρίμανσης και του περιβάλλοντος. Η κληρονομικότητα μαζί με το αντίστοιχο επίπεδο βιολογικής ωρίμανσης και ύστερα από την επήρεια περιβαλλοντικών επιδράσεων, συντελούν στη δημιουργία της μοναδικότητας, της ατομικότητας, δηλαδή, της δημιουργίας του κάθε ανθρώπου, καθώς με τη ανάπτυξη, οι άνθρωποι διαφοροποιούνται σε πολλά χαρακτηριστικά. Βέβαια, τα άτομα που έχουν ισχυρή θέληση, μπορούν να ξεπεράσουν τα εμπόδια που δημιουργούνται λόγω της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος. Στην ζωή του ατόμου, υπάρχουν «κρίσιμες» περίοδοι, όπου μαθαίνονται σχετικά εύκολα κάποιες δεξιότητες και συμπεριφορές. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Οι σημαντικές αυτές αλλαγές, που έχουν αναμενόμενη συχνότητα, χαρακτηρίζονται από ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης. Σύμφωνα με τον Piaget, έχουμε την αισθησιοκινητική

σκέψη, τη προσυλλογιστική/προεγνωστική σκέψη, την περίοδο συγκεκριμένης σκέψης, την περίοδο αφαιρετικής σκέψης και τη περίοδο συγκεκριμένης σκέψης. Με αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνονται οι επιμέρους ηλικίες που καθορίζουν τις περιόδους ανάπτυξης. (Μακρής & Μακρή, 2003)

- Επιγραμματικά οι περίοδοι ανάπτυξης είναι :

1. Προγεννητική
2. Βρεφική (0-24 μηνών)
3. Νηπιακή/ προσχολική (2-6 ετών)
4. Παιδική/ σχολική (6-12 ετών)
5. Εφηβική (12-19 ετών)

(Μακρής & Μακρή, 2003)

1. Προγεννητική περίοδος

Έρευνες δείχνουν πως το αυτί ξεκινά να σχηματίζεται από την 5^η εβδομάδα. Ο κοχλίας, διαμορφώνεται πλήρως τον 5^ο μήνα της κύησης. Η αρχή της λειτουργίας της ακοής γίνεται από τη 22^η έως την 27^η εβδομάδα. Το έμβρυο «μαθαίνει» μέσω της διαδικασίας της εξαρτημένης αντίδρασης και λειτουργεί ως ένα είδος μνήμης. Το έμβρυο κολυμπά σε ένα «θόρυβο βάθους» (ενδογενής, 60 Db), που λειτουργεί ως προστασία από εξωγενής ήχους υψηλών ή πολύ χαμηλών συχνοτήτων. Το έμβρυο αντιλαμβάνονται μουσικούς και μη ήχους του περιβάλλοντος, τη φωνή της μητέρας τους, το «θόρυβο βάθους» του μητρικού σώματος καθώς και τα βιώματα της μητέρας από θεμιτή ή αθέμιτη έκθεση της μητέρας σε ήχους. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2. Βρεφική περίοδος

Κατά τη βρεφική περίοδο, μέσω της αισθησιοκινητικής σκέψης, το βρέφος εξερευνά το περιβάλλον. Η μουσική διεγείρει τις αισθήσεις του βρέφους καθώς και την κινητική του δραστηριότητα. (Μακρής, Ι., 2003) Η πρώτη μουσικοθεραπευτική σχέση που δημιουργείται σε όλους τους ανθρώπους είναι η επικοινωνιακή σχέση μαμάς-βρέφους, η οποία είναι καθαρά μη λεκτική-σωματική. (Καρτασίδου, Λ., & Στάμου, Λ., 2006) Τα νανουρίσματα, είναι από τα πιο σημαντικά μουσικοκινητικά ερεθίσματα. Χαρακτηρίζονται ως ηχοποίητες λέξεις (επανάληψη της αρχικής συλλαβής να-να) και ηρεμούν τα βρέφη ώστε να κοιμηθούν. Μερικές φορές, διαμορφώνουν υποσυνείδητα το χαρακτήρα του βρέφους. Τα βρέφη, μπορούν να διακρίνουν ήχους, αναζητούν την πηγή τους και εστιάζουν τη προσοχή τους σε

τραγουδιστές και μουσικά όργανα. Επιπλέον, αντιδρούν στις αυξομειώσεις του ρυθμικού σκοπού. Τα στάδια αντίληψης της μουσικής του βρέφους είναι:

- Μουσικές δυναμικές (δυνατό- απαλό) και αλλαγές της χροιάς
- 6 μηνών : φυσιολογική αντίδραση στη μουσική, γενικευμένες σωματικές κινήσεις
- Σκόπιμες κινήσεις, περιστασιακά συγχρονισμένες με τον ήχο
- 12-18 μηνών: παραγωγή πρώτων ήχων
- 19^{ος} μήνας: μελωδικά και ρυθμικά μοτίβα φωνής

(Μακρής & Μακρή, 2003)

3. Νηπιακή περίοδος

Κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας, παρατηρείται γρήγορη γλωσσολογική και εννοιολογική ανάπτυξη. Το νήπιο, βασίζεται στην παρατήρηση και τις πράξεις, ακόμα δεν χρησιμοποιεί τη λογική καθώς βρίσκεται σε προεννοιολογικό στάδιο. Επίσης, δεν είναι άμεσα εξαρτημένο από την φυσική επαφή με το αντικείμενο ή τη συμμετοχή στο γεγονός για να κατανοήσει το φαινόμενο. Στην νηπιακή περίοδο, το παιδί μπορεί να κατηγοριοποιήσει μουσικά αντικείμενα και γεγονότα. Τα στάδια της μουσικής αντίληψης του νηπίου είναι η εύρεση μουσικών μοτίβων και στα τέσσερα έτη της ζωής του, μπορεί να παρατηρήσει την εναλλαγή στην τονικότητα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Τα παιχνιδοτράγουδα της ηλικίας αυτής βοηθούν στην κοινωνικοποίηση του νηπίου. Μέσω των μουσικών δραστηριοτήτων, εξασκείται και βελτιώνεται η κίνηση του νηπίου. Η μουσική στην ηλικία αυτή, είναι ένας ευχάριστος τρόπος μάθησης. Η μάθηση, ορίζεται ως η σχετικά μόνιμη μεταβολή της συμπεριφοράς που προέρχεται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος ή από τις εμπειρίες. Έτσι, δημιουργούνται ερεθίσματα εξαρτημένα από τη μουσική. Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση, ορίζεται ως η ταυτόχρονη επαναληπτική παρουσίαση δύο ερεθισμάτων. Το ένα ερέθισμα, το φυσικό, προκαλεί μια αντανάκλαστική αντίδραση, τη φυσική αντίδραση. Το άλλο, ενώ αρχικά είναι ουδέτερο, αν παρουσιαστεί ταυτόχρονα με το φυσικό ερέθισμα μπορεί να το υποκαταστήσει και να προκαλέσει μόνο του πλέον τη φυσική αντίδραση. Έτσι, μαθαίνουμε να αντιδράμε σε ένα νέο ερέθισμα με μια παλιά φυσική αντίδραση. Το άκουσμα ενός τραγουδιού είναι ένα ερέθισμα, που μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε εξαρτημένο προκαλώντας μια ευχάριστη ή μια δυσάρεστη αντίδραση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

4. Παιδική περίοδος και εφηβεία

Από την βρεφική κιόλας ηλικία, η μουσική μπορεί να αποτελέσει έναν αποτελεσματικό και ευχάριστο τρόπο μάθησης, εννοώντας τη μάθηση με την έννοια της σχετικά μόνιμης μεταβολής της συμπεριφοράς που προέρχεται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος ή από τις εμπειρίες. Οι μουσικές δραστηριότητες προσφέρονται ιδιαίτερα για την εμπέδωση βασικών γνωστικών εννοιών. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν τα ταχταρίσματα(ηχοποίητη λέξη), εύθυμα. Προκειμένου να ανακαλύψουν σταδιακά το περιβάλλον, και τα οποία μεταφέρουμε στοιχειώδεις γνώσεις ή περιγράφουν κοινωνικές καταστάσεις και θεσμούς. Οι πρώτες αυτές μουσικές δραστηριότητες αποτελούν ένα εύκαμπτο χρήσιμο, παιδευτικό εργαλείο, χάρη στο οποίο το παιδί μπορεί να κάνει πρακτική εξάσκηση και να ελέγξει μια πληθώρα αναπτυξιακών δραστηριοτήτων. Αντίστοιχα, ο Πλάτων πρόσβευε ότι τα παιχνίδια των παιδιών πρέπει να συνοδεύονται από τη σωστή μουσική που θα τους διδάξει να τηρούν τους «νόμους» πρώτα των παιχνιδιών και στην συνέχεια τους νόμους της πολιτείας. Αναφέρει ότι ο καλύτερος τρόπος για να διδαχθούν οι παιδικές ψυχές στην αρετή, είναι μέσω των τραγουδιών και κυρίως εκείνων που χρησιμοποιούνται στα ίδια τους παιχνίδια.(Μακρής & Μακρή, 2003)

Κατά την περίοδο της εξερεύνησης, κοινωνικοποίησης και δημιουργίας σχέσεων αλλά και αργότερα στη βασική εκπαίδευση του παιδιού, η μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως φορέας πληροφοριών. Σχολικές γνώσεις που απομνημονεύονται δύσκολα, αφομοιώνονται γρηγορότερα και ευκολότερα με έναν έξυπνο στίχο ή ένα ταιριαστό ποιηματάκι. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Στην ηλικία των 7 ετών, υπάρχει η συστηματική σκέψη, δηλαδή η χρήση της λογικής αλλά και η εκμάθηση της μουσικής σημειολογίας. Επίσης, το τραγούδι αποκτά κοινωνική διάσταση. Στην εφηβεία αναπτύσσεται η αφαιρετική σκέψη. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η σύγχρονη επιστήμη έχει υιοθετήσει και αναδειξεί την χρήση της μουσικής ως σημαντικό μνημοτεχνικό εργαλείο το οποίο σημειώνει τεράστια επιτυχία ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μαθητών που έχουν αδύνατη μνήμη. Πειράματα έχουν δείξει ότι τα παιδιά τα οποία μαθαίνουν να παίζουν ένα μουσικό όργανο έχουν καλύτερη μνήμη και γλωσσικές δεξιότητες, καθώς η εκμάθηση ενός οργάνου βοηθά στην ανάπτυξη του αριστερού εγκεφαλικού κροταφικού λοβού, ο οποίος επεξεργάζεται τις ηχητικές πληροφορίες που εισάγονται στον εγκέφαλο. Η διαδικασία λοιπόν της μουσικής εκπαίδευσης αποδεικνύεται ευεργετική για την μνήμη, επομένως και για την μάθησης.(Davisκαι συν., 1992)

2.3.2. Η μουσικοθεραπεία κατά την ωριμότητα

Η περίοδος της ωριμότητας ξεκινά από τα 18 έτη και φτάνει μέχρι και την ηλικία των-60 ετών. Κατά την περίοδο αυτή, ο ανθρώπινος οργανισμός βρίσκεται στην ακμή του, κυρίως λόγω της «αποκρυσταλλωμένης μνήμης», δηλαδή της ικανότητας αξιοποίησης των εμπειριών που έχουν αποκτηθεί. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η ελαστικότητα της μουσικής αποτελεί βάση της θεραπευτικής χρήσης της κατά την ωριμότητα. Η ελαστικότητα είναι *η πολυπλοκότητα και η ποικιλία των μουσικών ειδών που αγγίζουν τον μουσικό και τον απλό ακροατή, η αυτονομία της ως τέχνη καθώς και η συνεργασία της με άλλες τέχνες και τέλος ο μοναχικός αλλά και συνάμα συλλογικός χαρακτήρας της.* (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσική βοηθά τους ενήλικες εκπληρώνοντας λειτουργίες όπως η ακρόαση και η αντίδραση σε μουσικά ερεθίσματα, όπου η μουσική ηχεί ως ιδιαίτερο συναισθήμα, φέρνει αναμνήσεις και αγγίζει κάθε ψυχή. Παρόλα αυτά η μουσική είναι στενά συνδεδεμένη με τη γνωστική ανάπτυξη του ατόμου και ανάλογα με τις μουσικές προτιμήσεις και το κάθε μουσικό είδος διαμορφώνονται διάφορα επίπεδα μουσικής έκφρασης. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Ο μουσικοθεραπευτής χρησιμοποιεί τη μουσική ως συναισθηματική γλώσσα και βοηθά τον ενήλικα να συνειδητοποιήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, να βελτιώσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και να αποκτήσει επίγνωση. Πολλές φορές η μουσικοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με τη ψυχοθεραπεία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Άλλος ένας τρόπος με τον οποίο η μουσική βοηθά τους ενήλικες είναι η σύνθεση και εκτέλεση μουσικών έργων. Η λειτουργία αυτή περιλαμβάνει μουσικές δραστηριότητες που προσανατολίζονται άλλες στη διαδικασία και άλλες στο αποτέλεσμα. Κατά τον προσανατολισμό στη διαδικασία οι αλληλεπιδράσεις και οι συμπεριφορές που λαμβάνουν χώρα κατά το παίξιμο ενός μουσικού οργάνου ή κατά την εκτέλεση ενός μουσικού έργου, είναι το επίκεντρο της μουσικοθεραπείας. Όσο αφορά τον προσανατολισμό στο αποτέλεσμα, όλες οι δραστηριότητες εστιάζουν στο παρόν. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Οι δομημένες κινητικές και μουσικές δραστηριότητες ενισχύουν την προσωπική έκφραση του ενήλικα και προάγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η μουσική αποτελεί ερέθισμα για κίνηση την οποία υποστηρίζει είτε ως δραστηριότητα (παραδοσιακοί χοροί) είτε ως τρόπο έκφρασης (εκφραστική κίνηση). (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.3.3. Μουσικοθεραπεία στην Τρίτη ηλικία

Όταν αναφερόμαστε στην Τρίτη ηλικία, μιλάμε για εξήντα έτη και πάνω. Την περίοδο αυτή οι βιολογικές και ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου βρίσκονται σε φθίση και το άτομο αισθάνεται παθητικό. Ο όρος γήρας, που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει την περίοδο αυτή αφορά την αμείλικτη φθορά της αποδοτικότητας των βιώσιμων ανθρώπινων συστημάτων. Ωστόσο είναι μια φυσιολογική πλευρά της ανθρώπινης ανάπτυξης και δεν χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργίες. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η γήρανση χωρίζεται σε τρεις περιόδους :

-1^η περίοδος : Η συστηματική και γενικευμένη φθίση της ικανότητας των οργάνων και των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού. Ο βαθμός της έντασης διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση.

-2^η περίοδος : η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από άγχος, βλάβες και ασθένειες

-3^η περίοδος: αλλαγές στα βαθιά γηρατειά, ο βαθμός εξαρτάται από τις προηγούμενες περιόδους.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

Γενικά η γήρανση επηρεάζει διάφορους τομείς λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού όπως το ΚΝΣ, τις αισθήσεις, το μυϊκό και εριστικό σύστημα, το κυκλοφορικό σύστημα, το αναπνευστικό, το πεπτικό, το ουροποιητικό και το ενδοκρινολογικό σύστημα. Παράλληλα μπορεί να εμφανιστούν και ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, παράνοιες, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές άγχους και άνοιες. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσικοθεραπεία στην τρίτη ηλικία βελτιώνει την ποιότητα ζωής, παρεμποδίζει και μειώνει τη πνευματική και φυσική φθορά και κάνει το περιβάλλον λιγότερο απρόσωπο, βελτιώνει τις κοινωνικές σχέσεις και μειώνει το αίσθημα της απομόνωσης. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Στην μουσικοθεραπεία με τους ηλικιωμένους, οι ηλικίες μπορεί να κυμαίνονται από 65 έως 95 ετών και περισσότερο. Αν υπάρχουν άνθρωποι που δεν ανήκουν σε αυτό το ευρύ φάσμα ηλικιών, η προτιμώμενη μουσική μπορεί να ποικίλει ευρέως δεδομένου ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στις νεανικές περιόδους μεταξύ των μελών της ομάδας. Ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να υποθέσει λανθασμένα ότι οποιαδήποτε παλιά, λαϊκή μουσική

θα διευκολύνει τη συνεδρία και θα οδηγήσει σε επιτυχημένες μουσικές δραστηριότητες. (Standley&Prickett , 1994)

Συμπερασματικά, πολλές φορές ο μουσικοθεραπευτής είναι απαραίτητο να απεικονίσει ηχητικά μια σχετική διάσταση μη λεκτικής επικοινωνίας. Ο μουσικοθεραπευτής, είναι εκπαιδευμένος να ακούει το «παιδί-μουσικό» («music child») στον κάθε άνθρωπο και να συνθέτει την ανάλογη ηχητική εικόνα, στη μοναδικότητα της στιγμής. Ο άνθρωπος παρομοιάζεται σαν μουσικό όργανο, με τη μοναδική μουσική του ταυτότητα η οποία ανάλογα με τις συνθήκες, εναρμονίζεται. Το κάθε σώμα με τα ηχεία του, τις κοιλότητες, τις κινήσεις και εκφράσεις του, αποθηκεύει και αποτυπώνει συναισθηματικές εμπειρίες. Η μουσική ταυτότητα του ανθρώπου δημιουργείται μέσω της αναπνοής, των σφυγμών της καρδιάς, της χροιάς, της τοποθέτησης, της έντασης της φωνής και των κινήσεων, το βλέμμα και η στάση του σώματος, όπως και οι ήχοι των σκέψεων και των συναισθημάτων. Έτσι, προσφέρεται υλικό για τον μουσικοθεραπευτή για τον κλινικό αυτοσχεδιασμό. Ο πελάτης, ακούγοντας την οικεία ηχητική εικόνα που έχει δημιουργήσει ο μουσικοθεραπευτής, αισθάνεται πως κάποιος άνθρωπος τον καταλαβαίνει, τον νιώθει και μπορεί να συνυπάρξει στο δικό του «θέμα». Έτσι, χτίζεται η εμπιστοσύνη, καθώς εμπλέκεται στη θεραπευτική σχέση. (Καρτασίδου & Στάμου, 2006)

2.4. Μουσικοθεραπευτικές προσεγγίσεις

2.4.1. Εισαγωγή

Η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται σε οξείες ή χρόνιες σωματικές ασθένειες, πνευματικές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση και γενικά σε ασθενείς που παρουσιάζουν αποκλίνουσα ή διαταραγμένη συμπεριφορά. Οι περισσότεροι ασθενείς, μένουν σε νοσοκομεία, κλινικές, άσυλα, ξενώνες και πολλά άλλα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπως οι επεμβάσεις, η χημειοθεραπεία, οι ωδίνες τοκετού, τα εγκαύματα, οι οξείες/χρόνιες παθήσεις και σε εξωτερικούς ασθενείς, όπως για παράδειγμα οι ασθενείς που χρειάζονται κουραστική αποκατάσταση. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν ένα παθολογικό πρόβλημα, εμφανίζουν σωματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Αρχικά, ο μουσικοθεραπευτής, χρειάζεται να εργαστεί ώστε να ανταποκριθεί στις σωματικές ανάγκες του ασθενούς. Η μουσική μπορεί να λειτουργήσει ως στρατηγική γνωστικού ελέγχου του πόνου αφού η μείωση της αντίληψης

του πόνου και η αύξηση ανοχής σε θεραπευτικές επεμβάσεις, είναι ο βασικός στόχος. Η μουσική λειτουργεί ως ένας ενεργός πόλος προσήλωσης του ενδιαφέροντος ή περισπασμού της προσοχής, με αποτέλεσμα ο ασθενείς να συνειδητοποιεί λιγότερο ή ελάχιστα τον πόνο. Επιπλέον, η μουσική λειτουργεί εμβόλιμα ως αντίδραση χαλάρωσης, επικαλύπτει τους ήχους που προκαλούνται από το περιβάλλον και προκαλούν άγχος, είναι ένα μέσο πληροφόρησης και μια θετική αντίδρασης στο περιβάλλον. Ένας βασικός στόχος του μουσικοθεραπευτή είναι η βελτίωση της λειτουργίας του μυϊκού συστήματος. Η μουσική, είναι ένα ερέθισμα ή/και ένα δομικό στοιχείο στη φυσική δραστηριότητα που χρειάζεται για την αποκατάσταση των ασθενών. Για αυτό το λόγο, χρειάζεται να συμπεριληφθεί η κίνηση αλλά και οι ασκήσεις για το αναπνευστικό. (Μακρής & Μακρή 2003)

2.4.2. Ο ρόλος των δομικών στοιχείων της μουσικής στη θεραπεία

1. Ο ρυθμός

Ο ρυθμός είναι το βασικότερο δομικό στοιχείο της μουσικής. Πάνω στο ρυθμό δημιουργείται η μελωδία και η αρμονία ή η πολυφωνία. Στα πιο πολλά μουσικά συστήματα ο ρυθμός δηλώνεται με ένα κλάσμα που υπάρχει στην αρχή του πενταγράμμου μετά το μουσικό κλειδί. Ο αριθμητής του κλάσματος δηλώνει τις χρονικές αξίες των μουσικών φθόγγων (νότες) που μπορούν να υπάρξουν στο συγκεκριμένο μέτρο, ενώ ο παρονομαστής τις αξίες στις οποίες μετριέται το μέτρο αυτό. (Μακρής & Μακρή 2003)

Οι ρυθμοί συνήθως συνδυάζονται με τα κρουστά μουσικά όργανα. Ένα κρουστό όργανο μπορεί να παράγει διαφορετικό ήχο ανάλογα με το υλικό κατασκευής του και την ποιότητα του ήχου που θέλει ο θεραπευτής να παράγει. Η παραγωγή του ήχου με τη χρήση ενός κρουστού δεν είναι δύσκολη τόσο για τον θεραπευτή όσο και για τον ασθενή. (Μακρής & Μακρή 2003)

Το παίξιμο του κρουστού εξασκεί το συντονισμό του ματιού με το χέρι, βελτιώνει το συντονισμό των χεριών, των βραχιόνων και των δύο πλευρών του σώματος και παράλληλα αυξάνει και τη μυϊκή δύναμη. Επιπλέον επειδή ο ήχος των κρουστών παράγεται μέσω χτυπήματος, πολλές φορές τα όργανα αυτά λειτουργούν και ως μέσα εκτόνωσης. Τα κρουστά χρησιμοποιούνται και σε ομαδικές θεραπείες. Για να πετύχει όμως η παραγωγή ενός σωστού ρυθμικού μοτίβου χρειάζεται ακριβής και απόλυτη υπακοή στο ρυθμό, στη μουσική φόρμα, στο μοντέλο που δίνεται από τον θεραπευτή και συμμετοχή στην ομαδική εκτέλεση. Όλα τα παραπάνω βοηθούν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του κάθε μέλους της ομάδας και στην ανάπτυξη της προσωπικής έκφρασης. (Μακρής & Μακρή 2003)

2. Μελωδία- ηχόχρωμα και τονικότητα

Το δεύτερο εργαλείο στα χέρια του μουσικοθεραπευτή είναι η μελωδία. Ο άνθρωπος μπορεί να παράγει μελωδία είτε φωνητικά είτε οργανικά. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η φωνή είναι ένα τέλει μέσο που χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του ανθρώπου. Μέσω της φωνής δεν παράγεται μόνο μελωδία, αλλά παράλληλα δημιουργείται επικοινωνία. Για έναν ασθενή το τραγούδι είναι πολύ πιο προσιτό και άμεσο από τους ήχους που παράγονται από ένα όργανο. Επιπρόσθετα η συμμετοχή ενός ασθενή στη χορωδία μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά και για αυτό είναι απαραίτητη η ύπαρξη θεραπευτικών χορωδιών. (Μακρής & Μακρή 2003)

Το ηχόχρωμα είναι στενά συνδεδεμένο με την παραγωγή μελωδίας. Πολύ σημαντικά όργανα για τη μουσικοθεραπεία τα οποία όχι μόνο παράγουν μελωδία αλλά συνοδεύουν το τραγούδι και διατηρούν το ρυθμό είναι τα έγχορδα, και ειδικά η κιθάρα. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η παραγωγή μιας μελωδίας σε μια μουσικοθεραπευτική συνάντηση μπορεί να επιτευχθεί εύκολα. Ο θεραπευτής μπορεί να παίζει πέντε τυχαίες νότες σε ένα μουσικό όργανο χωρίς να τον ενδιαφέρει η τονικότητα ή το αν αυτές οι νότες αποτελούν μέρος μιας μουσικής κλίμακας. (Μακρής & Μακρή 2003)

3. Τονικότητα

Ανάλογα με το τονικό ύψος και την χροιά, οι ήχοι έχουν διαφορετική επιρροή πάνω στον άνθρωπο. Οι χαμηλοί ήχοι συνήθως χαρακτηρίζονται ως μαλακοί, ήπιοι θαμποί, ογκώδεις και ληθαργικοί ενώ οι υψηλοί ως αιχμηροί, κοφτεροί, διαπεραστικοί, λεπτοί και λαμπεροί. Ερευνητικές μελέτες ασχολούνται αρκετά με την επίδραση που μπορεί να έχει η τονικότητα σε έναν ακροατή. Από τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών συμπεραίνουμε πως σε διαφορετικές τονικότητες αποδίδονται διαφορετικά συναισθήματα. (Σακαλάκ, 2004)

Συνηθισμένη είναι και η συσχέτιση της τονικότητας με το χρώμα. Η διατονική κλίμακα συγκρίνεται με τα επτά βασικά χρώματα του φάσματος ως εξής : ντο- κόκκινο, ρε- πορτοκαλί, μι- κίτρινο, φα- πράσινο, σολ- μπλε, λα- ίντιγκο (λουλακί), σι- βιολετί . (Σακαλάκ, 2004)

2.4.3. Ο ρόλος της μουσικής στις σωματικές ανάγκες του ασθενούς

Ο πόνος του ασθενούς, μπορεί να είναι οξύς/χρόνιος ή ξαφνικός/διαβαθμιζόμενος. Επίσης, μπορεί να αντανακλάται σε ένα άλλο σημείο του σώματος από αυτό που προέρχεται. Οι συναισθηματικοί και γνωστικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην αντίληψη της σοβαρότητας του πόνου. Η δυσφορία που αισθάνεται ένας ασθενής μπορεί να ενταθεί εξαιτίας του άγχους, της έντασης, του φόβου ή/και της απώλειας. Πολλές πτυχές της αντίληψης του πόνου μπορούν να εξηγηθούν με τη θεωρία της «Πύλης Ελέγχου του Πόνου». Με βάση τη θεωρία αυτή, η επίγνωση και η εξήγηση εθισμού του ερεθισμού που φτάνει στις νευρικές απολήξεις όλου του σώματος θα γίνει από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Μια νευρική πύλη ανοίγει ή κλείνει σε διαφορετικό βαθμό ρυθμίζοντας με τον τρόπο αυτό το ποσό των σημάτων πόνου πριν φτάσουν τον εγκέφαλο. (Μακρής & Μακρή 2003)

Την στιγμή που ένα σήμα πόνου εισέρχεται στο νωτιαίο μυελό και η πύλη είναι ανοιχτή, τότε τα διαβιβαστικά κύτταρα στέλνουν ελεύθερα τις ωθήσεις του πόνου στο εγκέφαλο. Αν η πύλη είναι κλειστή, τότε διαβαθμίζεται η δύναμη του σήματος του πόνου στον εγκέφαλο. Ο βαθμός ανοίγματος της πύλης εξαρτάται από τον συνολικό βαθμό του επιβλαβούς ερεθίσματος, τη συνολική αίσθηση του πόνου και σε άλλες περιφερικές ίνες και το σύνολο των μηνυμάτων που λαμβάνονται από τον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα το αποτέλεσμα ορισμένων διαδικασιών πόνου, όπως το άγχος ή ο ερεθισμός, μπορούν να ανοίξουν ή αντίστοιχα να κλείσουν τη πύλη για όλα ή για ορισμένα ερεθίσματα. Αν η συνειδητή αντίληψη (προσοχή) εστιάζει σε ένα θετικό δυνατό ερέθισμα περισσότερο από ότι στο ερέθισμα του πόνου, τότε η αντίληψη του πόνου μπορεί να εξασθενήσει. (Μακρής & Μακρή 2003)

Με βάση τη θεωρία της «πύλης ελέγχου του πόνου», υπάρχουν μέθοδοι διαχείρισης του πόνου, οι οποίες είναι η διάσπασης της προσοχής και οι γνωστικές στρατηγικές. Η μουσική λειτουργεί ως ερέθισμα για ενεργητική εστίαση της προσοχής ή της διάσπασής της. Επίσης, η μουσική διευκολύνει τη χαλάρωση, αποτελεί παράγοντα επικάλυψης, παράγοντα πληροφόρησης και είναι απλά ένα θετικό περιβαλλοντικό ερέθισμα. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η μουσική ως στρατηγική γνωστικού ελέγχου του πόνου

Η μουσική είναι το ερέθισμα που αποσπά την προσοχή του ασθενή. Εφαρμόζεται σε θεραπείες χρόνιου πόνου, σε κύηση και τοκετό, σε θεραπείες δοντιών, στα παιδιατρικά τμήματα για τη μείωση του άγχους σε ενέσεις και σε χειρουργεία. Υπάρχουν, βέβαια, ασθενείς που δεν θέλουν να ξεχάσουν το πόνο τους, αλλά θέλουν να υπάρχει συνεχής ενημέρωση για τις εξελίξεις. Για αυτό το λόγο, η τεχνική πρέπει να χρησιμοποιείται με διάκριση. Για τέτοιους ασθενείς, η τεχνική αυτή δεν είναι αποτελεσματική. Ακόμη ένας άλλος περιορισμός για την εφαρμογή της μουσικής, είναι ότι απαιτείται διαρκής συγκέντρωση από τον ασθενή, κάτι που καθίσταται δύσκολο. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η συμβολή της μουσικής στη μυϊκή λειτουργία και στη μυϊκή χαλάρωση

Σε περιπτώσεις σωματικής θεραπείας και αποκατάστασης με περίοδο επανένταξης η μουσική αποτελεί το ιδανικό περιβάλλον, καθώς ευχαριστεί ή εμπνέει, μπορεί να μειώσει την επίγνωση που έχει ο ασθενής για την αρνητική πτυχή της θεραπείας (για παράδειγμα οι δυσκολίες και η μονοτονία). Ένα δυνατό και ρυθμικό μπιτ, παράγει μια σταθερή ακουστική ατάκα που βοηθάει αρκετά, όταν ειδικά συνδυαστεί με κίνηση. Με λίγα λόγια, ο ασθενής χρησιμοποιεί το μουσικό ρυθμό (μπιτ) ως σήμα για να κινεί ένα ή περισσότερα μέλη του. (Μακρής & Μακρή 2003)

Στη μυϊκή λειτουργία, όμως, περιλαμβάνεται όχι μόνο η κινητικότητα των άκρων αλλά και η κινητικότητα των εσωτερικών οργάνων, όπως για παράδειγμα οι πνεύμονες. Για παράδειγμα, κατάλληλη διαστολή των πνευμόνων είναι σημαντική διότι μειώνει τη συμφόρηση και βελτιώνει την αναπνευστική λειτουργία. Όταν κάποιος παίζει πνευστά ή τραγουδά, βελτιώνει τη δραστηριότητα των πνευμόνων του, κυρίως στην περίπτωση ενός ασθενή σε κατάκλιση. Αυτές οι δραστηριότητες βοηθούν στην καλή διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες όπως το άσθμα. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η μουσική χρησιμοποιείται μαζί με τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης, αφού η μυϊκή χαλάρωση μειώνει τον πόνο. Ο μουσικοθεραπευτής, σε αυτή τη περίπτωση, αφογκράζεται τις μουσικές προτιμήσεις του ασθενούς και μαζί, επιλέγουν τη μουσική εκείνη που είναι ευχάριστη στον ασθενή. Για παράδειγμα, μια αργή και σταθερή μουσική μπορεί να παρακινήσει ακόμα και τη βαθιά αναπνοή. Με τη βοήθεια της μουσικής, αναπολεί κανείς εικόνες που μπορεί να οδηγούν τη σκέψη σε ευχάριστα θέματα. Βέβαια, οι τεχνικές χαλάρωσης χρειάζονται ένα χρονικό διάστημα εξάσκησης ώστε να γίνουν αποτελεσματικές. Ο ρόλος του μουσικοθεραπευτή δεν είναι απλά να επιλέγει και να βάζει μουσική στον ασθενή, αλλά και να τον μάθει τρόπους χαλάρωσης. (Μακρής & Μακρή 2003)

Η μουσική επιδρά στους υποδοχείς του δέρματος

Το δέρμα, η οριακή επαφή του ανθρώπινου οργανισμού με τον έξω κόσμο, τον πληροφορεί για όλες τις μεταβολές στον εξωτερικό και στον εσωτερικό κόσμο. Συμμετέχει στην αναπνοή, στη ρύθμιση της θερμοότητας και στην ανταλλαγή ουσιών (μεταβολισμός). (Shaboutin, 2005)

Ο Αμερικάνος γιατρός Χάρβεϊ Ντοτς εργαζόμενος για μακρύ χρονικό διάστημα με κωφάλαλους, έδωσε προσοχή στο πώς αυτοί αντιδρούν στη μουσική. Παρατήρησε ότι όταν εκτίθονταν σε πολύ δυνατή μουσική, έτριβαν νευρικά τα χέρια τους. Αντίθετα όταν η μελωδία ήταν ελαφρά, επενεργούσε ηρεμιστικά. Τέλος παρατήρησε ότι οι ασθενείς μπορούσαν να διακρίνουν μελωδίες διαφορετικών συνθετών. Οι ασθενείς άκουγαν με συγκεκριμένη σειρά έργα διάφορων συνθετών. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνονταν για κάποιες φορές και έπειτα άλλαζαν τη σειρά εκτέλεσης των έργων. Το 80% των συμμετεχόντων υπέδειξαν σωστή αντικατάσταση των μουσικών έργων. (Shaboutin, 2005)

Η μουσική και ο ήχος μπορούν να ενεργοποιήσουν τις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος

Αδένες όπως οι αμυγδαλές, ο θύμος αδένας και η σπλήνα, αποτελούν βάση του ανοσοποιητικού συστήματος. Στο νοσοκομείο , της πόλης Τζακσονσβιλ (ΗΠΑ) , για τη θεραπεία των φυματικών και των ασθενών με AIDS ,η θεραπεία μέσω του ήχου και της μουσικής αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής διαδικασίας. Το προσωπικό χρησιμοποιεί τεχνολογία που στηρίζεται σε δονητές και προϋποθέτει τη χρήση ειδικών στρωμάτων, στα οποία έχουν συρράψει μεγάφωνα. Οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι αυτό τους βοηθά κυρίως στην ανακούφιση από τους πόνους, στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, της αϋπνίας και στη θεραπεία της υπέρτασης. (Shaboutin, 2005)

Σε έρευνα σε πανεπιστήμιο της πολιτείας του Μίτσιγκαν το 1993 συμπέραναν ότι η ακρόαση μουσικής κατά τη διάρκεια 15 λεπτών της ώρας μπορεί να ανεβάσει το επίπεδο των αμυντικών κυττάρων του αίματος, δηλαδή από 12,5 έως 14 Hertz. Κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης αυτών των ερευνών πρότειναν στους ασθενείς να διαλέξουν για ακρόαση μουσική τεσσάρων ομάδων : σύγχρονων ενορχηστρώσεων, ελαφράς τζαζ, κλασικής μουσικής και ιμπρεσιονιστών. (Shaboutin, 2005)

Η μουσική επιδρά στον καρδιακό ρυθμό, στον σφυγμό και στην πίεση του αίματος

Ο ήχος της μουσικής εναρμονίζει τον καρδιακό ρυθμό καθώς οι χτύποι της καρδιάς αντιδρούν στη συχνότητα, στον ρυθμό και στην ένταση. Όσο πιο γρήγορη είναι η μουσική τόσο ταχύτερα χτυπά η καρδιά και όσο πιο αργή η μουσική τόσο πιο αργός ο ρυθμός των καρδιακών παλμών. (Shaboutin, 2005)

Έρευνες που έγιναν σε 24 αθλητές του πανεπιστημίου της Λουιζιάνα έδειξαν ότι η ακρόαση σκληρού ροκ αυξάνει τον ρυθμό των καρδιακών παλμών ενώ η ακρόαση ελαφριάς ρέουσας μουσικής ηρεμεί τον καρδιακό παλμό και επιτρέπει την προπόνηση για περισσότερο χρόνο. Έρευνες στο πανεπιστήμιο της Τεμπλ έδειξαν ότι στους φοιτητές που ακούνε ροκ η αναπνοή ήταν πιο γρήγορη, μειώθηκε η ευαισθησία του δέρματος σε ερεθιστικούς παράγοντες, ενώ υπήρχε αύξηση του αριθμού των καρδιακών συστολών, συγκριτικά με όσους εκτίθονταν στην επίδραση ενός τυχαίου θορύβου συγκεκριμένης έντασης. (Shaboutin, 2005)

Μια σειρά σχετικών μελετών δείχνει πως ο καρδιακός παλμός αυξάνεται σαν αντίδραση στη γρήγορη μουσική και μειώνεται αντίστοιχα, με την αργή μουσική. Ο μέσος όρος του καρδιακού παλμού είναι 72-80 παλμοί το λεπτό ενώ το τέμπο κυμαίνεται μεταξύ 70-170 χτύπους ανά λεπτό. (Σακαλάκ, 2004)

2.4.4. Η μουσικοθεραπεία στις ψυχικές ασθένειες

Οι πιο σημαντικές μουσικοθεραπευτικές προσεγγίσεις των διαταραχών, σύμφωνα με τους Corey (1996), Rudd (1980), Unkefer (1990) είναι :

- 1) Η ψυχοδυναμική
- 2) Η συμπεριφοριστική
- 3) Η γνωστική
- 4) Η ουμανιστική
- 5) Η βιοϊατρική

(Μακρής & Μακρή , 2003)

1. Η μουσικοθεραπεία στο πλαίσιο μιας ψυχοδυναμικής προσέγγισης

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση, εστιάζει στις βιολογικές νόρμες και στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, οι οποίες επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Γίνεται μια διαρκή πάλη των ενδογενών παρορμήσεων και των κοινωνικών περιορισμών, δηλαδή το «εγώ», το «εκείνο» και το «υπερεγώ». (Μακρής & Μακρή, 2003) Σύμφωνα με τον Rudd, η χρήση της μουσικής ως θεραπευτικό εργαλείο γίνεται με τους εξής τρόπους:

Α. Ως μια λεκτική μορφή έκφρασης, η μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξερευνήσει το υποσυνείδητο

Β. Η μουσική, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διέξοδος, ώστε ο άνθρωπος να εκφράσει τις ασυνείδητες συγκρούσεις, τις απωθημένες ή μη παραδεκτές ορμές

Γ. Ο ασθενής, εξαιτίας της συμμετοχής του σε επιτυχημένες μουσικές διεργασίες, μπορεί να εκφράσει το αίσθημα της βελτίωσης της αυτό-αξίας και της ενδυνάμωσης του εγώ. (Μακρής & Μακρή 2003)

Ο αυτοσχεδιασμός ή οι κατευθυνόμενες εικόνες (αναπόληση εικόνων με τη βοήθεια της μουσικής), χρησιμοποιούνται ώστε να εξερευνηθεί το υποσυνείδητο. Οι ελεύθεροι συνειρμοί σκέψεων, εικόνων, αναμνήσεων, συναισθημάτων αποβλέπουν σε μια διαδικασία κάθαρσης. Μέσω των μουσικών δραστηριοτήτων, ο ασθενής μπορεί να αυξήσει το αίσθημα της κυριαρχίας στις πράξεις του και έτσι να βελτιώσει το επίπεδο αυτό-εκτίμησης. (Μακρής & Μακρή 2003)

2. Η μουσικοθεραπεία στο πλαίσιο μιας συμπεριφοριστικής προσέγγισης

Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι επίκτητη και μαθαίνεται. Η συμπεριφορά, αλλάζει με την ενίσχυση(συντελεστική εξαρτημένη μάθηση). Σύμφωνα με τον Thorndike, ένα θετικό ευχάριστο αποτέλεσμα, ενισχύει τη σύνδεση μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης. Όταν κάποιος εκδηλώνει μια αντίδραση, στην περίπτωση που βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, και αφού ενισχυθεί με το αποτέλεσμα (ευχάριστο), τότε επαναλαμβάνει τη συμπεριφορά που τον οδήγησε σε αυτό (μάθηση). Με βάση τον Skinner, υπάρχει ενεργητική σύνδεση δύο γεγονότων-δεδομένων. Η αντίδραση σε ένα ερέθισμα είναι μη αυτόματη και ακούσια, αντίθετα επιλέγεται μια αντίδραση και συμπεριφορά που προκαλεί τη μεγαλύτερη ευχαρίστηση ή τη λιγότερη δυσφορία. Σύμφωνα με τη συντελεστική μάθηση, υπάρχουν εξαρτήσεις ανάμεσα στις αντιδράσεις και στα γεγονότα που συμβαίνουν, μετά από την ανθρώπινη ενέργεια. Μια δοκιμή οδηγεί σε περιορισμό των λαθών και σε ουσιαστική μάθηση και ενισχύει τη δημιουργικότητα. Ο Skinner, μελέτησε την ενεργητική (θετική) σύνδεση δύο

γεγονότων αλλά δεν μελέτησε άλλες εκδοχές, όπως ένα αρνητικό αποτέλεσμα που είναι αδύνατο να αποφευχθεί. (Μακρής & Μακρή 2003)

Κάθε δοκιμή δεν οδηγεί μόνο σε θετικό αποτέλεσμα αλλά και σε αρνητικό. Το επαναλαμβανόμενο αρνητικό αποτέλεσμα οδηγεί στην κόπωση και την ανία. Σύμφωνα με τον Seligman, στην περίπτωση αυτή, οδηγούμαστε στη μάθηση της επίκτητης αδυναμίας. Με λίγα λόγια, όταν το άτομο δεν μπορεί να τροποποιήσει το περιβάλλον του και υπάρχει κάποιος άλλος που κατέχει τον έλεγχο, τότε μαθαίνει να είναι αδύναμο. Αυτό το φαινόμενο έχει άμεση σχέση με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται τον έλεγχο που μπορεί ή δεν μπορεί να ασκήσει στο περιβάλλον του. Βέβαια το φαινόμενο της επίκτητης αδυναμίας και αίσθησης του αβοήθητου δεν παρατηρείται μετά τη πρώτη αποτυχία. (Μακρής & Μακρή 2003)

Μέσω της μουσικής, το άτομο οδηγείται στην ευχαρίστηση και στη θετική αλλαγή της συμπεριφοράς. Η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, προσεγγίζει αντικοινωνικές συμπεριφορές, φοβίες, μυϊκές κοπώσεις, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, φτωχή επικοινωνία, παθητικούς ή μη παραγωγικούς τρόπους σύνδεσης και άλλα. (Μακρής & Μακρή 2003)

3. Η μουσικοθεραπεία στο πλαίσιο μιας γνωστικής προσέγγισης

Σύμφωνα με τον Piaget, ο άνθρωπος, με τη νοημοσύνη, καταφέρνει να διατηρήσει μια ισορροπία μεταξύ των εξωτερικών ερεθισμάτων και των εσωτερικών δομών, με τη βοήθεια δύο λειτουργιών-διεργασιών, οι οποίες είναι η αφομοίωση, δηλαδή είναι η διεργασία όπου το άτομο ενσωματώνει τις αντιλήψεις που έχει προσλάβει με τις αισθήσεις του, σε νοητικές δομές, και η συμμόρφωση, όπου το άτομο κατανοεί τα δεδομένα της εμπειρίας. (Μακρής & Μακρή 2003)

Οι διαταραχές έχουν ως αιτία τη δυσλειτουργία της σκέψης, τον τρόπο που ο άνθρωπος βλέπει τον εαυτό του και το περιβάλλον. Χρέος του θεραπευτή, είναι να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τις παθογόνες σκέψεις, να ταυτίσει γεγονότα από την καθημερινότητα που επηρεάστηκαν από τις σκέψεις αυτές και να υιοθετήσει υγιείς αντιδράσεις. Για την έκφραση συναισθημάτων που γενούν παθογόνες σχέσεις, χρησιμοποιούνται λυρικά ποιήματα ή τραγούδια σε ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες. (Μακρής & Μακρή 2003)

4. Η μουσικοθεραπεία στο πλαίσιο μιας βιοϊατρικής προσέγγισης

Η βιοϊατρική προσέγγιση ανάγει τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς σε βιοϊατρικούς παράγοντες και στηρίζεται στην εξέλιξη της τεχνολογίας. Οι μουσικοθεραπευτές συνεργάζονται με ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φάρμακα και

βρίσκονται σε αρχικό στάδιο θεραπείας και με ασθενείς που χρειάζονται ενισχυτική υποστήριξη. Το άγχος και η κατάθλιψη, για παράδειγμα, μπορούν να αντιμετωπιστούν με ένα πρόγραμμα μυϊκής χαλάρωσης, που διαμορφώνεται μέσα από μουσικές δραστηριότητες. Επιπλέον, οι ασθενείς που είναι υπό την επήρεια φαρμάκων, μπορεί να έχουν την ανάγκη να βρεθούν σε ένα περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις και η μουσική είναι αυτή που μπορεί να το διαμορφώσει. Τέλος, μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν την ανάγκη βελτίωσης της προσωπικής τους εικόνας. Στην περίπτωση αυτή, ο μουσικοθεραπευτής, διαμορφώνει δραστηριότητες με διάφορα επίπεδα δυσκολίας. (Μακρής & Μακρή 2003)

5. Η μουσικοθεραπεία στο πλαίσιο μια επιλεκτικής προσέγγισης

Στην περίπτωση της επιλεκτικής προσέγγισης, γίνεται χρήση στοιχείων από όλες τις προσεγγίσεις. Για να είναι αποτελεσματική η μουσικοθεραπεία πρέπει να συνδυαστούν η μουσική με την προσωπικότητα του ασθενή (Μακρής & Μακρή 2003)

2.4.5. Μουσικοθεραπευτικές παιδαγωγικές προσεγγίσεις

Αυτές οι προσεγγίσεις ονομάστηκαν «παιδαγωγικές» από τον συγγραφέα, διότι προέρχονται από την πρακτική μουσική διδασκαλία παρά από τη ψυχολογική θεωρία. Και οι τρεις θεωρίες, ενσωματώνουν μια υπονοούμενη άποψη για τη φύση της ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και για το ρόλο που η μουσική οφείλει να παίζει σε αυτήν. Ενώ και οι τρεις απόψεις τονίζουν διαφορετικές όψεις της διδακτικής διαδικασίας, έχουν ως κοινό σημείο την άποψη πως τα παιδιά μπορούν και χρειάζεται να επωφεληθούν από τη μουσική διδασκαλία, ανεξάρτητα από το ταλέντο ή τη «μουσικότητα» που διαθέτουν. (Hargreaves, 2004)

A. Η προσέγγιση του Karl Orff

Η προσέγγιση του Karl Orff, το 1950, βασίζεται στο ρυθμικό και μελωδικό αυτοσχεδιασμό, με απλά κρουστά όργανα σε αρχικό στάδιο. Το φάσμα των «οργάνων Orff» περιλαμβάνει ξυλόφωνα, μεταλλόφωνα, έγχορδα όργανα κ.ά. Ο Orff υποστήριζε πως πολλές δεξιότητες που χαρακτηρίζονται προχωρημένες ή δύσκολες όπως για παράδειγμα οι συγκοπές, τροπικές ή ελάσσονες κλίμακες, είναι στην πραγματικότητα το κυριότερο μέρος της μουσικής εμπειρίας του παιδιού και μπορούν εύκολα αλλά και φυσικά να εκφραστούν μέσω του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού. (Hargreaves, 2004)

Η μουσικοθεραπεία του Orff, είναι μια πολύ-αισθητηριακή θεραπεία. Η χρήση των μουσικών υλικών όπως η φωνητική-ρυθμική ομιλία, ο ελεύθερος και μετρικός ρυθμός, η κίνηση, η διαδοχή των μουσικών τόνων που συνθέτουν μια μελωδία τόσο στο λόγο όσο και

στο τραγούδι, ο χειρισμός των μουσικών οργάνων, είναι έτσι οργανωμένη ώστε να οδηγείται το κάθε άτομο σε όλες τις αισθήσεις. Μέσω αυτών των πολύ-αισθητηριακών ωθήσεων, μπορεί να γίνει «επίθεση» σε ένα αισθητηριακό όργανο που είναι αδύναμο ή κατεστραμμένο. (Orff, 1974)

Στην αυθόρμητη δημιουργική δραστηριότητα, το παιδί μπορεί ελεύθερα να εκφραστεί, να δώσει μορφή στις εκφράσεις του και να τις χρησιμοποιήσει στις κοινωνικές του σχέσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με ψυχικά και σωματικά μειονεκτήματα, με αισθητηριακά ελλείμματα, με διαταραχές της συμπεριφοράς, με την ανάπτυξη των ικανοτήτων επικοινωνίας, και με τον αυτισμό. Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι εκπληκτικά και εξαιρετικά σε μεμονωμένα παιδιά. (Orff, 1974) Ο Orff, στεκόταν πολύ στην εκμετάλλευση της φυσικής «τραγουδιστής φωνής» και του «ρυθμικού λόγου» του παιδιού, μέσω της τοποθέτησης τραγουδοπαίχνιδων, ριμών και παιδικών τραγουδιών στο μοντέλο του. Η μέθοδος του Orff χαρακτηρίζεται «παιδοκεντρική» και η χρήση της είναι πολύ εύκολη, για αυτό και είναι αρκετά διαδεδομένη σήμερα και έχει παγκόσμια αποδοχή. (Hargreaves, 2004)

Ο θεραπευτής πρέπει να διαπεράσει το παιδί, διακριτικά. Επίσης, ο ρόλος του θεραπευτή είναι να προσεγγίσει το παιδί γρήγορα και να παρατηρήσει με ευαισθησία το σημείο που αφήνει το παιδί να το διαπεράσει ο θεραπευτής. Αυτός είναι ένας όρος τόσο για τις ατομικές όσο και για τις ομαδικές θεραπείες. Δεν απαιτείται επικοινωνία, πρέπει να συμβαίνει. Επίσης, δεν γίνεται μέσω εξαναγκασμού να επιτύχει η βλεμματική επαφή. Η βλεμματική επαφή έρχεται σαν δώρο, δηλαδή φυσικά. Όταν το παιδί εμπιστευτεί τον θεραπευτή και την κατάσταση, τότε έρχεται και η βλεμματική επαφή. Σύμφωνα με τον Orff, όταν το παιδί αρνείται να κοιτάξει κάποιον στα μάτια, συμβαίνει διότι δεν έχει τη δύναμη να κοιτάξει τον άλλο κατάματα και έτσι ο θεραπευτής πρέπει να το κοιτάζει έμμεσα. Η πρώτη ματιά πρέπει να έρθει από το παιδί. (Orff, 1974)

B. Η μέθοδος του Zoltan Kodaly

Ο Zoltan Kodaly , ήταν ένας Ούγγρος συνθέτης και σχεδίασε ένα σύστημα μουσικής διδασκαλίας που έχει ακόμη και σήμερα τεράστια επιρροή στο Ουγγρικό σύστημα εκπαίδευσης αλλά είναι γνωστό και σε άλλες χώρες. Ο Kodaly, χρησιμοποίησε το δικό του Ουγγρικό ρεπερτόριο παραδοσιακών τραγουδιών, που είχε μαζέψει και μελετήσει πολλά χρόνια. Η μέθοδος του είναι ένα λεπτομερές και εκλεπτυσμένο σχήμα διδασκαλίας, η οποία δίνει έμφαση στη φωνή του ατόμου. Το ενδιαφέρον του Kodaly στην αρχή ήταν η ανάπτυξη της ακουστικής φαντασίας ή της «εσωτερικής ακοής» και πίστευε πως αυτό πρέπει να

πραγματοποιηθεί μέσω του τραγουδιού καθώς και πριν από οποιαδήποτε εισαγωγή στην οργανική εκτέλεση. (Hargreaves, 2004)

Ο Kodaly, δημιούργησε ένα διαβαθμιζόμενο σύστημα εκπαίδευσης στο κινητό ντο, το οποίο είναι σημαντικό να εφαρμόζεται επακριβώς αλλά και συστηματικά, σε αντίθεση με τη μέθοδο του Orff. Στα πρώτα χρόνια, χρησιμοποιούνται παιδικά τραγούδια και τραγουδοπαίχνιδα, με σκοπό τη σταθεροποίηση της πεντατονικής κλίμακας, ενώ στην συνέχεια, αντικαθιστούνται σταδιακά από παραδοσιακά τραγούδια και μετά σε προσεκτικά διαβαθμιζόμενα στάδια με περισσότερο πολύπλοκες μουσικές μορφές. Οι λεπτομέρειες της μουσικής ύλης ορίζονται επακριβώς, είτε μπορούν να υλοποιηθούν είτε και όχι, όπως και οι λεπτομέρειες για τις αναμενόμενες δεξιότητες σε κάθε στάδιο. Στην Ουγγαρία, το αναλυτικό πρόγραμμα ξεκινά από την ηλικία των τριών ετών, λόγω της σπουδαιότητας του μαθήματος αυτού. Τα παιδιά μέσω αυτής της τεχνικής, μαθαίνουν να γράφουν αλλά και να διαβάζουν μουσική από τα πρώτα χρόνια, κάτι το οποίο θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της μουσικής μάθησης. (Hargreaves, 2004)

Η μέθοδος Kodaly, φαίνεται υπερβολικά εντατική και άκαμπτη, καθώς και αντιτίθεται στην ιδέα ότι η διαισθητική μουσική κατανόηση, πρέπει να προηγείται της αυστηρής εκπαίδευσης των τυπικών δεξιοτήτων, ειδικά τα πρώτα χρόνια. Η Szemere, το 1982, υποστήριξε πως τα τελευταία χρόνια, έχουν παραμείνει οι τυπικές όψεις της μεθόδου και έτσι παρατηρείται μια μικρή ελιτιστική μουσική εκπαίδευση στην Ουγγρική διδασκαλία. Πιστεύει ότι αυτό έχει μεγάλη διαφορά με τους αρχικούς στόχους της μεθόδου Kodaly. Με λίγα λόγια, το δημιουργικό πνεύμα και ο πλούτος του παραδοσιακού τραγουδιού που είχε το σημαντικότερο ρόλο για την αρχική σύλληψη του Kodaly, έχει χαθεί με τη πάροδο του χρόνου. (Hargreaves, 2004)

Γ. Η μέθοδος του Shinichi Suzuki

Τέλος, η «μέθοδος Suzuki» σήμερα γνωρίζει μεγάλη αποδοχή και δημοσιότητα, έχει περιορισμένο πεδίο και στόχους σε σχέση με τον Orff και τον Kodaly, γιατί ενδιαφέρεται, αρχικά για τις εκτελεστικές δεξιότητες και μάλιστα για το βιολί. Το κίνημα της Εκπαίδευσης Ταλέντου (Talent Education), όπως ονομάστηκε, ξεκίνησε το 1945 και ενέπνευσε αρκετούς Ιάπωνες μαθητές προσχολικής ηλικίας να μάθουν ειδικά βιολιά μικρής κλίμακας. Ο Suzuki (1969) υποστήριξε πως το μουσικό ταλέντο μπορεί να καλλιεργηθεί σε κάθε παιδί, κάνοντας τη αναλογία με την εκμάθηση της μητρικής γλώσσας. Επιπλέον, υποστηρίζει πως η εκμάθηση ενός οργάνου πρέπει να ξεκινά στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού με το

σκεπτικό ότι η μητρική γλώσσα μαθαίνεται με μεγάλη άνεση και ταχύτητα στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού.(Hargreaves, 2004)

Σε αυτή τη μέθοδο, χρειάζεται η ανάμειξη της μητέρας , η οποία επίσης μαθαίνει βιολί, στα αρχικά στάδια της διδασκαλίας. Στα δύο πρώτα χρόνια, σε καθημερινό επίπεδο, παίζονται ηχογραφήσεις σημαντικών εκτελέσεων και των είκοσι περίπου τραγουδιών, τα οποία θα αποτελέσουν το αρχικό πρόγραμμα σπουδών. Στην ηλικία των δύο ετών, τα παιδιά μαζί με τη μαμά τους, ξεκινούν την παρακολούθηση ομαδικών μαθημάτων μαζί με παιχνίδια , ασκήσεις και σύντομες ακροάσεις μεγαλύτερων μαθητών. Σε αυτά τα στάδια, η μητέρα εξασκείται σε ένα μικρό βιολί, κάθε μέρα, για να διεγείρει τη προσοχή του παιδιού, και όταν εδραιωθεί το ενδιαφέρον του παιδιού της, τότε και μόνο τότε, το παιδί επιτρέπεται να παίζει μόνο του. Όταν έρθει αυτή η στιγμή, η μητέρα μαζί με το παιδί, εργάζονται εντατικά , και όσο το παιδί εξελίσσεται τόσο περισσότερο απομονώνεται η μητέρα. Μετά το παιδί, παρακολουθεί ένα διαβαθμιζόμενο πρόγραμμα σπουδών που είναι σχεδιασμένο με μεγάλη προσοχή. Είναι πολύ σημαντικό, το κάθε παιδί να αποκτά έλεγχο του κάθε σταδίου προτού προχωρήσει σε επόμενο στάδιο. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην εκπαίδευση της μνήμης, της μίμησης και της επανάληψης. (Hargreaves, 2004)

Έχει παρατηρηθεί πως συνηθισμένα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχουν εκπαιδευτεί να παίζουν βιολί σαν να είναι παιδιά-θαύματα. Βέβαια, η τέλεια εκτέλεση δεν είναι ο τελικός στόχος της μεθόδου Suzuki. Η μέθοδος χρησιμοποιεί δύο πράγματα. Πρώτον, εκμεταλλεύεται τη αυξημένη προσαρμοστικότητα και την ευαισθησία που κατέχουν τα παιδιά στα πρώτα χρόνια της ζωής τους και δεύτερων, την ιδιαίτερη επιρροή μεταξύ της μητέρας-παιδιού. (Hargreaves, 2004)

Μπορεί όμως να υποστηριχτεί πως η τόσο απαιτητική και εντατική δουλειά και αφοσίωση της μεθόδου, πρέπει να στοχεύει στην καλλιέργεια ενός συνολικού φάσματος ικανοτήτων και γνώσης. Η εκτέλεση του παιδιού είναι ουσιαστικά μιμητική και όχι δημιουργική, και στηρίζεται στη συμβατική «κλασική» αντίληψη για τον προσδιορισμό της μουσικής τελειότητας. Αυτό, συγκρούεται με τα «παιδοκεντρικά» ιδεώδη, διότι οι στόχοι της μεθόδου είναι εξειδικευμένοι και περιορισμένοι και επίσης προσανατολίζουν το παιδί στην ανάπτυξη των «τυπικών» και όχι «διαισθητικών» ικανοτήτων. Πρέπει να τονιστεί πως η τόσο εντατική απασχόληση με τη μουσική, μπορεί να ωθήσει στην παραμέληση άλλων σημαντικών κομματιών της ανάπτυξης. Η μέθοδος, όμως, φαίνεται να εφαρμόζεται τόσο στη Μ. Βρετανία όσο και της Η.Π.Α.(Hargreaves, 2004)

2.5. Μουσικοθεραπεία και συναίσθημα

2.5.1. Μουσική και συναίσθημα

Το πρώτο πράγμα που μας ελκύει συνήθως στη μουσική είναι η ιδιότητα της να υποβάλει ψυχικές διαθέσεις και να εκμαιεύει συναισθηματικές αντιδράσεις. Τα συναισθήματα είναι συγκεκριμένα και στρέφονται προς κάποιο αντικείμενο ενώ οι διαθέσεις δεν έχουν συγκεκριμένο περιεχόμενο. Τα συναισθήματα διαχωρίζονται σε εξωστρεφή τα οποία εστιάζονται σε κάποιο αντικείμενο, κατάσταση ή πρόσωπο που βρίσκεται έξω από τον εαυτό μας και σε εσωστρεφή, που επικεντρώνονται στον ίδιο μας τον εαυτό. (McClellan, 1997)

Όσο αφορά τη μουσική, τα συναισθήματα και οι διαθέσεις δεν είναι όροι που μπορούν να υποκαταστήσουν ο ένας τον άλλον. Η μουσική δεν μπορεί να εκφράσει με επιτυχία συναισθήματα, αλλά μάλλον να μας υποβάλλει σε διαθέσεις στις οποίες εμείς αντιδρούμε σε συναισθηματικό επίπεδο. Το συναίσθημα με το οποίο αντιδρούμε και ο τρόπος αντίδρασής μας συχνά εξαρτάται από μεταβλητές όπως : πως περάσαμε την μέρα μας ως εκείνη την στιγμή, αν κάποιες στεναχώριες και έγνοιες επηρεάζουν την ακρόαση εκείνη την στιγμή κ.α. (McClellan. , 1997)

Τα συναισθήματα σύμφωνα με τον ψυχολόγο Robert Solomon:

Θυμός	Δέος	Απογοήτευση
Φόβος	Καθήκον	Ενοχή
Αγωνία	Αμηχανία	Μίσος
Άγχος	Φθόνος	Αδιαφορία
Περιφρόνηση	Θλίψη	Αγανάκτηση
Απελπισία	Ματαιοδοξία	Τρόμος
Ζήλια	Αυτοπεριφρόνηση	Πίστη
Οίκτος	Μίσος εαυτού	Φιλία
Υπερηφάνεια	Αυτό- οικτιρμός	Ελπίδα
Μετάνοια	Αγάπη εαυτού	Αθοώτητα

Τύψη	Χαρά	Αγάπη
Πικρία	Αυτοσεβασμός	Σεβασμός
Λύπη	Λατρεία	Ικανοποίηση
Ντροπή		Οργή
Μοχθηρία		

(McClellan, 1997)

Κάθε καλλιτεχνική δημιουργία εκφράζει μία από τις ακόλουθες διαθέσεις στις οποίες ο ακροατής αντιδρά συναισθηματικά :

1. Υποβλητική ή ευλαβική
2. Παθητική, θλιμμένη
3. Ρομαντική, ερωτική, επιθυμητική
4. Ειρηνευτική, γαληνευτική
5. Κωμική, ανάλαφρη
6. Αηδιαστική
7. Τρομακτική
8. Γενναία, μεγαλοπρεπής
9. Οργή, θυμωμένη
10. Κατάπληξη, ιλαρή

(McClellan, 1997)

Όταν τα συναισθήματα ενεργοποιούν και κατευθύνουν τη συμπεριφορά λειτουργούν ως κίνητρα. Τα κίνητρα από την άλλη , είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένα. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ρόλος της μουσικής είναι διπλός. Κάποιες φορές ένα συγκεκριμένο είδος μουσικής ή κάποιο μουσικό κομμάτι συνδέεται με ένα πραγματικό γεγονός και η σύνδεση αυτή γίνεται η αιτία και το κίνητρο γέννησης των συναισθημάτων στην ψυχή του ακροατή (αναγωγική προσέγγιση). Άλλοτε πάλι η μελωδία ταυτίζεται με ένα συναίσθημα του

ακροατή (εξπρεσιονιστική ή εκφραστική προσέγγιση). Η μουσική λειτουργεί δηλαδή από μόνη της ως κίνητρο για τη γέννηση των συναισθημάτων. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.5.2. Πηγές συναισθημάτων στη μουσικοθεραπεία

Κατά την παθητική ή ενεργητική μουσικοθεραπεία, η μουσική είναι ένα ισχυρό ερέθισμα που μπορεί να πυροδοτήσει συσχετισμούς με συγκεκριμένα γεγονότα και μνήμες σημαντικών ανθρώπων, ειδικά αν οι εμπειρίες και τα άτομα αυτά έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του ασθενή. Οι συσχετισμοί αυτοί είναι αρκετά προσωπικοί και κάνουν δύσκολη την πρόβλεψη για τη συσχέτιση των διαφορετικών ανθρώπων με τα μουσικά ρεπερτόρια. Αυτό καθιστά αναγκαία την προσπάθεια του θεραπευτή να εντοπίσει τις μουσικές προτιμήσεις του κάθε ασθενή. Αυτού του είδους η συσχέτιση είναι, συνήθως, το επίκεντρο της θεραπείας, όταν αυτή γίνεται με ηλικιωμένους. Εκεί η μουσική κυρίως χρησιμοποιείται για να ξυπνήσει αναμνήσεις. (Julsin&Sloboda, 2001)

Η ακρόαση ενός ήχου ή μιας σειράς ήχων, είτε αυτοί είναι αυτοσχεδιασμοί είτε όχι, μπορεί να συνδέσει ορισμένα μουσικά χαρακτηριστικά με μη μουσικές εμπειρίες ή με συναισθήματα. Ο αυτοσχεδιασμός, που σχετίζεται με εξωτερικά γεγονότα, μπορεί να παρέχει σε μια ομάδα καρκινοπαθών, για παράδειγμα, τη δυνατότητα να αντλήσουν δύναμη και ενέργεια, να αντιληφθούν τη ένταση, που ενδεχομένως νιώθουν και να μάθουν να συνεργάζονται. Για μια τέτοια ομάδα ο αυτοσχεδιασμός μπορεί να γίνει πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα όπως «από το σκοτάδι στο φως», «από τη λύπη στη χαρά» κ.λπ. οι ασθενείς μπορεί να θέλουν να δώσουν ένα συγκεκριμένο όνομα στον αυτοσχεδιασμό αφού ακούσουν το μουσικό κομμάτι. Ωστόσο, δε νιώθουν όλοι οι ασθενείς άνετα με τέτοιου είδους αυτοσχεδιασμούς και συνδέσεις. Ορισμένοι ασθενείς χάνονται μέσα στην ασαφή φύση της μουσικής και γι' αυτό προτιμούν την παθητική μουσικοθεραπεία. (Julsin&Sloboda, 2001)

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα, τόσο ενεργητικής όσο και παθητικής, μουσικοθεραπείας, όπου παρατηρούνται συνδέσεις ανάμεσα στην συναισθηματική εμπειρία και τα δομικά χαρακτηριστικά της μουσικής. Πολλές φορές τα εσωτερικά χαρακτηριστικά των μουσικών δομών προκαλούν διαφορετικά συναισθήματα σε μια συγκεκριμένη προσέγγιση ακρόασης, μέσω της καθοδηγούμενης απεικόνισης στη μουσική (ΚΑΜ). Σύμφωνα με τον Bunt (2000), αυτό δεν συμβαίνει μέσω κάθε απλοϊκής, συμβολικής ή μη, αντιστοιχίας ανάμεσα σε μια μουσική σύνθεση και τη δημιουργία μιας εικόνας αλλά μέσω ενός εξελισσόμενου διαδραστικού τρόπου. Σε κάθε συνεδρία ΚΑΜ, παρατηρούνται ομοιότητες ανάμεσα στις μουσικές δομές και τις μεθόδους επεξεργασίας των εικόνων. Ενώ ο ασθενής ακούει τη μουσική, δημιουργεί ταυτόχρονα, μια σύνδεση ανάμεσα στην εικόνα και

τη μουσική. Φαίνεται ότι μόλις ο ασθενής βιώσει τα διάφορα επίπεδα της μουσικής, ψάχνει να δει το επίπεδο που αυτά αντιστοιχούν και αντηχούν στην εικόνα. Οι εικόνες που δημιουργούνται μπορεί να είναι οπτικής φύσης ή βασισμένες σε κινήσεις του σώματος. Οι εικόνες αυτές, ίσως δημιουργήσουν ένα συγκεκριμένο μοτίβο σκέψης ή διάφορα επίπεδα συναισθηματικής απόκρισης. (Julsin&Sloboda, 2001)

2.5.3. Η μουσικοθεραπεία στην βελτίωση της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς

Συνήθως, τα άτομα με νοητική υστέρηση, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επιλογή κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομημένες μουσικοθεραπευτικές δραστηριότητες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν κίνηση, τραγούδι και ρυθμικές δραστηριότητες, παρέχουν ένα διεγερτικό περιβάλλον, με στόχο να μαθευτούν οι κοινωνικές συμπεριφορές. Οι μουσικοθεραπευτικές συνεδρίες μπορεί να δομηθούν έτσι, ώστε να παροτρύνουν την συνεργασία, την εναλλαγή σειράς, την ικανότητα του ατόμου να μοιράζεται καθώς και την εκμάθηση κατάλληλων τρόπων για να χαιρετήσεις έναν άνθρωπο. Για παράδειγμα, ένα «τραγούδι καλώς ορίσματος», δίνει την δυνατότητα να μάθουν οι συμμετέχοντες στην συνεδρία, τα ονόματα των άλλων στην ομάδα, τον σωστό χαιρετισμό (δίνω χέρι) και την εναλλαγή σειράς. Η συμμετοχή στις μουσικοθεραπευτικές δραστηριότητες δίνει χαρά στα άτομα και συνήθως η προσοχή και το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων είναι σε αυτές. (Davis & συν., 1992)

Οι ακατάλληλες συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα να παίρνεις την σειρά από τον συνομιλητή σου, ο λεκτικός ή σωματικός εκνευρισμός αλλά και η ανάρμοστη συμπεριφορά είναι πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση. Εφόσον, η συμμετοχή σε μουσικοθεραπευτικές δραστηριότητες χαροποιεί πολύ τους ασθενείς, μέσω αυτής οι ακατάλληλες και ανάρμοστες συμπεριφορές μπορεί να μειωθούν ή να εξαφανιστούν. Τέλος, ένας έμπειρος μουσικοθεραπευτής συνδυάζει ευχάριστες μουσικές δραστηριότητες, όπως την δυνατότητα παραγωγής μουσικής μέσω οργάνων, την ακρόαση ή την κίνηση πάνω στην μουσική, το τραγούδι ή την δημιουργία μουσικής, σε συνδυασμό με θετική ενίσχυση για την αύξηση της συνεργατικής συμπεριφοράς. (Davis & συν., 1992)

2.6. Κατάρτιση και γνώσεις του μουσικοθεραπευτή

2.6.1. Η παιδεία του Μουσικοθεραπευτή

Ένας μουσικοθεραπευτής είναι απαραίτητο να έχει βασικές γνώσεις μουσικής, ψυχολογίας, συμβουλευτικής, νοσηλευτικής, φυσιολογίας, καλή φυσική κατάσταση και καλό θεωρητικό υπόβαθρο, να είναι σταθερός συναισθηματικά και να ενδιαφέρεται πραγματικά για τους ασθενείς του. Βασικά χαρακτηριστικά του μουσικοθεραπευτή, όπως και κάθε άλλου θεραπευτή, πρέπει να είναι η υπομονή, η διορατικότητα, η κατανόηση καθώς και η αίσθηση του χιούμορ. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι κοινωνικός, αυθεντικός, και να τηρεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Πρέπει επίσης να είναι αντικειμενικός και να μην πειραματίζεται με τους ασθενείς του. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Αρμοδιότητα του μουσικοθεραπευτή αποτελεί και η γεφύρωση του χάσματος που ενδεχομένως να έχει δημιουργηθεί ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια του, τον ασθενή και την κοινωνία ή τον ασθενή και το νοσοκομείο. Ο θεραπευτής πρέπει να αναγνωρίζει και να σέβεται την κατηγορία στην οποία ανήκει ο κάθε ασθενής, για παράδειγμα αν είναι κοινωνικός ή μοναχικός, πλούσιος ή φτωχός, νεαρός ή ηλικιωμένος, και να προσαρμόζει τους στόχους και τις στρατηγικές του προγράμματος στις ανάγκες του κάθε ασθενή. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Πιο συγκεκριμένα, για τους ηλικιωμένους ασθενείς, ο μουσικοθεραπευτής πρέπει να εκτιμήσει τις ικανότητες και τα όρια του ασθενή στην επικοινωνία, λεκτική και μη λεκτική, στα συναισθήματα, στις γνωστικές λειτουργίες, στη συμπεριφορά, στην αισθησιοκινητική αντίληψη και στη μνήμη. Απαραίτητο είναι επίσης να γνωρίζει και τις μουσικές του προτιμήσεις. Τις πληροφορίες που χρειάζεται ο μουσικοθεραπευτής, μπορεί να της πάρει από τον ίδιο τον ασθενή, εάν είναι σε θέση να επικοινωνήσει λεκτικά, από την οικογένειά του, ή μέσω της παρατήρησης της αντίδρασης του ασθενή σε διάφορα μουσικά ερεθίσματα. Ακόμα και κατά τη διάρκεια τις θεραπειάς, μπορεί να αποκαλυφθούν στοιχεία σχετικά με τις μουσικές προτιμήσεις του ασθενή και τις ικανότητές του. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Μια άλλη σημαντική γνώση που πρέπει να κατέχει είναι η πορεία της κάθε πάθησης και η διάγνωση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που αντιστοιχούν στην κάθε περίπτωση. Η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και η κατανόηση της δίνουν στο μουσικοθεραπευτή επιπλέον πληροφορίες για τους τομείς της συμπεριφοράς που επηρεάζονται και το λειτουργικό επίπεδο του ασθενή. Επιπλέον, ο μουσικοθεραπευτής χρειάζεται να έχει βασικές γνώσεις για τη σωματική, κινητική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του ανθρώπου. Αυτές οι γνώσεις διευκολύνουν τη σωστή συμμετοχή και λειτουργία του στη διεπιστημονική ομάδα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να είναι στηρικτική (supportive), επαναδιδασκτική (re-educative), ή/και αναδομητική (reconstructive), υποβοηθώντας την ψυχοσωματική υγεία καθώς και την εκπαίδευση. Η μουσικοθεραπεία, ανεξάρτητα από τα επίπεδα, στηρίζει, ενθαρρύνει και διευκολύνει τον άνθρωπο για να αποκτήσει αίσθηση και γνώση του εαυτού του, να ακούσει και να εκφράσει τη φωνή του, να αναπτύξει προσωπικό λόγο, να αποκτήσει μεταμορφωτικές εμπειρίες, αλλά και να συμβάλλει στη δημιουργία λειτουργικών κοινωνικών δεσμών. (Καρτασίδου, & Στάμου, 2006)

Σύμφωνα με τη Hesser (2002), «το επίπεδο της θεραπείας εξαρτάται από τις σπουδές και την εκπαίδευση του θεραπευτή, από τον ψυχολογικό προσανατολισμό (κάποιες σχολές, όπως οι συμπεριφοριστές, δεν πιστεύουν στις ασυνείδητες αιτίες των προβλημάτων και επομένως δεν είναι σε θέση να προχωρήσουν σε αναδομητική θεραπεία), από την διάγνωση του πελάτη και τα ιδιαίτερα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει, και από το περιβάλλον όπου ο θεραπευτής εργάζεται (ιδιωτικός χώρος ή νοσοκομείο)». (Καρτασίδου, & Στάμου, 2006)

- Στηρικτική (supportive)

Οι μουσικοθεραπευτές οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε αρχάριο επίπεδο (Πτυχιακές, Μεταπτυχιακές σπουδές) καθώς και έχουν εκπαιδευτεί ψυχοθεραπευτικά, μπορούν να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές στήριξης με κλινική πρόθεση σε άτομα σε κρίσιμη κατάσταση, σε ψυχωτικούς ασθενείς και σε άτομα με σωματική αναπηρία. Ο θεραπευτής πρέπει να εστιάσει στα παρόντα συμπτώματα και προβλήματα, τα οποία συνδέονται με την πραγματικότητα του πελάτη, με σκοπό να δυναμωθεί η άμυνά του και η δομή της προσωπικότητας, προκειμένου να ανακουφιστεί. (Καρτασίδου, & Στάμου, 2006)

- Επαναδιδασκτική (reeducative)

Οι μουσικοθεραπευτές οι οποίοι έχουν τελειώσει ένα κλινικά προσανατολισμένο μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Master) και με ανώτερες σπουδές στην κλινική ψυχολογία, μπορούν να βοηθήσουν τον πελάτη σε συμπεριφορική ανάπλαση και σε επεξεργασία θεμάτων σχετιζόμενων με τις σχέσεις του ανθρώπου με τον εαυτό του και με τους άλλους. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι η εστίαση στα συμπτώματα αλλά και στις καταστάσεις που τα προκαλούν. Τέλος, ο θεραπευτής απευθύνεται σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές, με πολλαπλές αναπηρίες, με οριακή νοημοσύνη και σε άτομα τρίτης ηλικίας. (Καρτασίδου, & Στάμου, 2006)

- Αναδομητική (reconstructive)

Οι μουσικοθεραπευτές οι οποίοι είναι σε επίπεδο διδακτορικών σπουδών, είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές αναδομητικής ψυχοθεραπείας, όπως για παράδειγμα ελεύθερο συνειρμό, ερμηνεία ονείρων, ανάλυση μεταβίβασης, ερμηνείες δυναμικού μοντέλου προσωπικότητας και αντιμετώπιση καταστάσεων. Επιπλέον, σε αυτό το στάδιο, οι μουσικοθεραπευτές είναι ικανοί να χειριστούν αποτελεσματικά στρατηγικές στήριξης και επαναδιδασκτικής μαζί με τις αναδομητικές με στόχο την βοήθεια στην αναδόμηση της προσωπικότητας νευρωτικών ατόμων και ατόμων με οριακή νοημοσύνη που δεν χρήζουν νοσηλείας. (Καρτασίδου, & Στάμου, 2006)

2.6.2. Σύνθεση και παίξιμο μουσικής

Οι μουσικοθεραπευτές, εκπαιδεύονται ώστε να βοηθήσουν τους ανθρώπους χωρίς μουσική εκπαίδευση, να μάθουν να τραγουδούν, να παίζουν όργανα ή να συνθέτουν μουσική. Κατά τη διάρκεια που παίζουν μουσική, επιτρέπεται ο αυτοσχεδιασμός, όπου τα μέλη της ομάδας, μπορούν να δημιουργήσουν μουσική και να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους. Άλλες φορές, η μουσική συνεδρία θα περιέχει το παίξιμο προκατασκευασμένων έργων. Ορισμένες φορές, θα γίνεται εστίαση στην δημιουργία νέας σύνθεσης είτε ατομικά είτε σε ομάδα ασθενών. (Davis & συν., 1992)

Η δημιουργία μουσικής περιλαμβάνει τόσο την προσανατολισμένη επεξεργασία όσο και τη προσανατολισμένη παραγωγή μουσικών δραστηριοτήτων. Στην προσανατολισμένη επεξεργασία, οι αντιδράσεις και οι συμπεριφορές που συμβαίνουν εξαιτίας της δημιουργίας μουσικής, είναι η πρώτη εστίαση στην θεραπεία. Συγκεκριμένα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να δείχνουν τις ίδιες συμπεριφορές, που δείχνουν και σε άλλες πτυχές της ζωής τους. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του ομαδικού τραγουδιού, ένας ντροπαλός και συνεσταλμένος ασθενής, μπορεί να δυσκολευτεί πολύ να προτείνει το αγαπημένο του τραγούδι. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να νιώθει νευρικός ώστε να μείνει από την αρχή μέχρι το τέλος στην ομάδα. Κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας της μουσικής δημιουργίας, ο θεραπευτής χρειάζεται να εμπνέει τους ασθενείς, να χρησιμοποιήσουν πιο υγιείς και προσαρμοστικές συμπεριφορές έναντι των ακατάλληλων συμπεριφορών. (Davis & συν., 1992)

Οι προσανατολισμένες παραγωγικές δραστηριότητες, από την άλλη, εστιάζουν αρχικά στην δημιουργία του τελικού προϊόντος, όπως η ολοκλήρωση της μουσικής σύνθεσης, ή την εκτέλεση του καινούργιου τραγουδιού. Πολλοί ασθενείς, έχουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση ή νιώθουν ανόητοι για τις αποτυχίες τους, η αίσθηση της ολοκλήρωσης και της ενίσχυσης της

αυτοεκτίμησης που επέρχεται από αυτό το γεγονός, είναι ένα επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Davis & συν., 1992)

2.6.3. Με ποιους δουλεύει ένας μουσικοθεραπευτής ;

Παρακάτω αναφέρονται οι κύριες ομάδες πληθυσμού που παρέχεται μουσικοθεραπεία με βάση το AMTA το 1998:

- I.Ηλικιωμένοι
 - II.Αναπτυξιακές διαταραχές
 - III.Ψυχική υγεία
 - IV.Άτομα με σωματικές ανάγκες
 - V.Σχολική ηλικία
 - VI.Πρώιμη σχολική ηλικία
 - VII.Κατάχρηση ουσιών
 - VIII.Αισθητηριακές βλάβες
 - IX.Νευρολογικές βλάβες
 - X.Τελικό στάδιο ασθένειας
- (Davis & συν., 1992)

Περίπου, το 40% των μουσικοθεραπευτών δουλεύουν με ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, αναπτυξιακές δυσκολίες, με ηλικιωμένα άτομα σε οίκους ευγηρίας ή σε άλλα ιδρύματα. Βέβαια, οι τύποι πελατών που εφαρμόζεται η μουσικοθεραπεία, συνεχίζουν και αλλάζουν. Για παράδειγμα, πριν από λίγες δεκαετίες, πολλά πρόωρα βρέφη πέθαναν λίγο μετά τον τοκετό. Τώρα, πολλά βρέφη που βρίσκονται σε κίνδυνο επιβιώνουν, αλλά μπορεί να χρειαστούν ειδική εκπαίδευση και φροντίδα, κάτι το οποίο μπορεί να παράσχει ο μουσικοθεραπευτής. Επίσης, οι ασθενείς με AIDS, ενσωματώθηκαν στους τύπους ασθενών που ασχολείται ένας μουσικοθεραπευτής. Συμπερασματικά, οι τύποι των ασθενών που θα εφαρμοστεί η μουσικοθεραπεία θα αλλάζει συνεχώς. Αυτές οι αλλαγές, ωστόσο, φέρνουν αλλαγές στην εκπαίδευση των μουσικοθεραπευτών και δίνουν περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης.(Davis & συν., 1992)

2.6.4. Σε ποιους χώρους εργάζεται ο μουσικοθεραπευτής;

Τα μέρη όπου οι ασθενείς λάμβαναν τη θεραπεία έχει αλλάξει κατά τους αιώνες. Στην αρχαιότητα, οι ασθενείς που είχαν κάποια ψυχική ασθένεια ή σωματική αναπηρία μερικές φορές τους σκότωναν, τους εγκατέλειπαν, ή γινόντουσαν ζητιάνοι. Το 1800, το δημόσιο

ενδιαφέρθηκε να περιθάλπει τα άτομα με αναπηρίες, δημιουργώντας ειδικά ιδρύματα για τους τυφλούς, για τους κωφούς και για τους ψυχικά ασθενείς. Ήταν αρκετά σύνθητες, τα παιδιά που είχαν μια αναπηρία να μεγαλώνουν και ίσως να περνούν το υπόλοιπο της ζωής τους σε ιδρύματα. (Davis & συν., 1992)

Ορισμένα ιδρύματα εμπεριέχουν μουσικά προγράμματα σε άτομα που ζουν πολλά χρόνια σε αυτά. Αυτά τα προγράμματα μουσικής οργανώνονται από μουσικά ταλαντούχο προσωπικό ή από καθηγητές μουσικής με φιланθρωπικό χαρακτήρα. Σε άλλες περιπτώσεις, προσλαμβάνονται μουσικοθεραπευτές για την ανάπτυξη μουσικοθεραπευτικού προγράμματος. (Davis & συν., 1992)

Σήμερα, οι μουσικοθεραπευτές εργάζονται σε νοσοκομειακές περιθάλψεις και σχολεία με ένα σημαντικό αριθμό να εργάζεται σε οίκους ευγηρίας, άσυλα, ψυχιατρικές κλινικές και σε ιδιωτικούς χώρους. Συμπερασματικά, οι ευκαιρίες εργασίας στο μέλλον αναμένεται ότι θα αλλάξουν με την εξέλιξη της εκπαίδευσης και της ιατρικής φροντίδας. Ο μισθός των μουσικοθεραπευτών συγκρίνεται με άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, όπως οι ειδικοί παιδαγωγοί και κοινωνικοί λειτουργοί. (Davis & συν., 1992)

2.7. Γενικό μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα

2.7.1. Προετοιμασία για την αντίληψη της θεραπευτικής μουσικής

Για την επιτυχία ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος απαραίτητο είναι να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή, η οποία πραγματοποιείται με ιδιαίτερη χρήση της μουσικής. Είναι σημαντικό ο ασθενής να νιώσει άνετα και βιώσει τη συναισθηματική του κατάσταση της στιγμής, να νιώσει ότι γίνεται αποδεκτός από τον μουσικοθεραπευτή. Τότε το συναίσθημά του μεταβάλλεται και εξελίσσεται. (Δρίτσας, 2003)

Με τη χρήση της μουσικής επιτυγχάνεται άμεση πρόσβαση στο ασυνείδητο και αισθητή διευκόλυνση στη χαλάρωση των αντιστάσεων. Ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην υπερφορτώνεται η ακοή. Η μουσική δεν πρέπει να ηχεί πάνω από 22 λεπτά της ώρας. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιεί σύντομα αποσπάσματα μουσικής, καταναμεμένα στη διάρκεια μιας ώρας, όπως συνθέσεις 5-7 λεπτών. Οι συνθέσεις αυτές μπορεί να ηχούν στην αρχή, στο μέσο, και στο τέλος κάθε ώρας και μπορεί να αποδειχτούν πολύ αποτελεσματικές. Μουσικά αποσπάσματα, μικρής διάρκειας, με αυξομείωση της έντασης, μπορούν να

χρησιμοποιηθούν ως μουσικά διαλείμματα για 2-3 λεπτά της ώρας. Τα αποσπάσματα αυτά δυναμώνουν την ένταση της προσοχής του ακροατή. (Shaboutin, 2005)

Για να επιδράσει κατάλληλα η μουσική πρέπει τόσο ο ασθενής όσο και ο θεραπευτής, να καθίσουν σε άνετη στάση, να χαλαρώσουν και να συγκεντρωθούμε στους ήχους. Δεν θα υπάρχει αποτέλεσμα αν η ακρόαση γίνεται χωρίς την απαιτούμενη προσοχή. Είναι επίσης σημαντικό η μουσική να ακολουθείται με το εσωτερικό της ακοής του ασθενούς. Κατά την ακρόαση ο ασθενής πρέπει να φανταστεί πως η μουσική ηχεί αποκλειστικά για αυτόν και πρέπει να κατανοήσει την πλήρη έκταση του περιεχομένου της. Πολύ σύντομα το άκουσμα θα γραφτεί στο υποσυνείδητο και θα αρχίσει να επιφέρει επίδραση. (McClellan, 1997)

2.7.2. Άξονες μουσικής παρέμβασης

Ανάλογα με τις απαιτήσεις του κάθε προγράμματος οι μουσικές παρεμβάσεις ποικίλουν. Οι πιο σημαντικοί τομείς μιας μουσικής θεραπείας είναι :

1. Ο κινητικός τομέας
2. Η επικοινωνία
3. Ο γνωστικός τομέας
4. Η κοινωνικότητα
5. Ο συναισθηματικός τομέας

(Μακρής & Μακρή, 2003)

1. Κινητικός τομέας

Μια μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων, που βοηθούν την κινητική λειτουργία των ασθενών, παρέχεται μέσω της μουσικής. Οι στόχοι σε τέτοια προγράμματα είναι : η ενίσχυση των μυών, η αύξηση του εύρους της κίνησης, η εξάσκηση στο συντονισμό, την ισορροπία και άλλες κινητικές δραστηριότητες και τέλος η βελτίωση του βαδίσματος. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

- i. Κίνηση με μουσική
- ii. Κίνηση δια της μουσικής

(Μακρής & Μακρή, 2003)

i. Κίνηση με μουσική

Στην περίπτωση αυτή η μουσική χρησιμοποιείται συνοδευτικά. Στοχεύει στο να καθοδηγήσεις και να δομήσεις τις κινητικές δραστηριότητες. Για χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ήρεμη μουσική. Μέσω τον μουσικών ερεθισμάτων διατηρείται ο ρυθμός και ρυθμίζονται οι κινήσεις στον χώρο. Όταν η κίνηση συνδυάζεται με το ρυθμό οι μύες ενεργοποιούνται και λειτουργούν πιο αποτελεσματικά. Η οργανική μουσική χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση των κινήσεων του βραχίονα και την εξάσκηση στο βάδισμα, για παράδειγμα ασκήσεις συστολής και διαστολής των συγκεκριμένων μυών. Η θεραπευτική χρήση της μουσικής σε συνδυασμό με την κίνηση συνήθως απευθύνονται σε ρυθμικές κινήσεις. Ορισμένες φορές όμως μπορεί να αφορούν και λειτουργικά κατευθυνόμενες κινήσεις που επιταχύνονται με απλές διακριτικές κινήσεις. Οι τεχνικές αυτές ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες τεχνικών μεθόδων : α) ρυθμικό ακουστικό ερέθισμα και β) βελτίωση των αισθητηρίων με την επανάληψη. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η πρώτη τεχνική βοηθά την αποκατάσταση των βιολογικών ρυθμικών κινήσεων όπως το βάδισμα. Η δεύτερη χρησιμοποιεί ρυθμικά, μελωδικά και αρμονικά στοιχεία της μουσικής για να παρέχει χωρικές, χρονικές και δυναμικές ατάκες για την κίνηση που μοιάζουν με λειτουργικές ασκήσεις και δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται περισσότερο γιατί εφαρμόζεται σε κινήσεις που δεν είναι βιολογικά ρυθμικές και παρέχει ποικίλες ατάκες. Χρησιμοποιεί δηλαδή επαναλαμβανόμενα μουσικά μοτίβα για να συγκεντρώσει μεμονωμένες, χωριστές κινήσεις σε επαναλαμβανόμενα μοτίβα λειτουργικών κινήσεων ή κομματιών κίνησης και τα εντάσσει μέσω της ατάκας χωρικά, χρονικά και δυναμικά κατά τη διάρκεια της εξάσκησης. (Μακρής & Μακρή, 2003)

ii. Κίνηση δια της μουσικής

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το παίξιμο μουσικών οργάνων αποτελεί μια καλή ευκαιρία για μυϊκή άσκηση και βελτίωση των κινητικών ικανοτήτων. Η τεχνική αυτή ονομάζεται και οργανικό μουσικό παίξιμο. Τα όργανα χρησιμοποιούνται για εξάσκηση αλλά και για μίμηση των προτύπων της λειτουργικής κίνησης. Είναι απαραίτητη η σωστή επιλογή των οργάνων αλλά και των μουσικών μοτίβων αν θέλουμε να ασκήσουμε τις κινήσεις με θεραπευτικά ουσιώδη τρόπο. Το παίξιμο των μουσικών οργάνων βελτιώνει το εύρος της κίνησης, ενδυναμώνει τους μύες, αυξάνει τις αναπνευστικές λειτουργίες και ασκεί τον συντονισμό των μελών και τη χειρονακτική διαδικασία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2. Επικοινωνία

Η επικοινωνία επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους:

- i. Οι μουσικές δραστηριότητες μπορεί να ενισχύσουν την λεκτική και την μη λεκτική επικοινωνία. Το τραγούδι, τα εμβατήρια ή απλά η υπενθύμιση στίχων δίνουν κίνητρα στον άνθρωπο για να αρχίσει να επικοινωνεί.
- ii. Η μουσική μπορεί να λειτουργήσει ως επιβράβευση ενθαρρύνοντας ή ξεκινώντας έτσι την επικοινωνία. Για να επιβραβεύσουμε ένα παιδί για μια σωστή απάντηση, του επιτρέπουμε να ακούσει το αγαπημένο του τραγούδι ή να παίξει με το μουσικό όργανο.
- iii. Πολλές λογοθεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούν τη μουσική κυρίως για να διορθώσουν προσωδιακές ελλείψεις. Θεραπείες οι οποίες βασίζονται στο ρυθμό χρησιμοποιούνται σε ενήλικες με διαταραχές στη ροή του λόγου όπως ο τραυλισμός.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

3. Γνωστικός τομέας

Η μουσική μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση του γνωστικού τομέα, ειδικά στη διαδικασία της μάθησης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ερέθισμα για να πυροδοτήσει μια διεργασία ή ως επιβράβευση σε διαδικασίες υπενθύμισης και ανάκλησης παλαιότερων επιτευγμάτων. Η μελωδία και ο ρυθμός των τραγουδιών μπορούν να λειτουργήσουν ως μνημονική βοήθεια, όπως συμβαίνει με τα παιδικά τραγούδια που αναφέρονται στα μέρη του σώματος. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Άλλοτε πάλι η μουσική βοηθά στη συγκέντρωση και τη χαλάρωση. Σύμφωνα με κάποιες θεωρίες η πληροφορία που μαθαίνεται με μια ιδιαίτερη διάθεση ή συνδυαστικά με κάποιο συναισθηματικό ερέθισμα μπορεί να ανακληθεί πιο εύκολα, κυρίως όταν το ερέθισμα αυτό η διάθεση υπάρχουν και κατά τη διάρκεια της ανάκλησης. (Μακρής & Μακρή, 2003)

4. Κοινωνικότητα

Με την κοινωνική απομόνωση και την μείωση της κοινωνικότητας συνδέονται σχεδόν όλες η σωματικές ή ψυχικές παθήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να

δημιουργήσουν δραστηριότητες οι οποίες θα βοηθούν την ένταξη του ασθενή σε κοινωνικές ομάδες. όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από το πνευματικό ή το λειτουργικό τους επίπεδο μπορούν να λάβουν μέρος στις μουσικές δραστηριότητες. Μουσικές ή οργανικές ομάδες μπορούν να επιτρέψουν την συνύπαρξη ασθενών με διαφορετικά προβλήματα, και μέσα από την συνύπαρξη αυτή να ενισχυθεί η κοινωνική τους αλληλεπίδραση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

5. Συναισθηματικός τομέας

Οι ασθενείς και κυρίως τα παιδιά, έχουν άμεση ανάγκη για συναισθηματική έκφραση. Όταν υπάρχει επίγνωση της κατάστασης, ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να εκφράσει συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, ο πόνος και η μοναξιά. Η μουσική συνδυάζει τις συναισθηματικές ανάγκες με τους περιορισμούς που θέτει η κάθε ασθένεια και δημιουργεί κανάλια συναισθηματικής έκφρασης. Το γεγονός ότι η μουσική είναι εκ φύσεως ένα δυνατό συναισθηματικό μέσω κάνει τη μουσικοθεραπεία έναν από τα πιο αποτελεσματικά μέσα ικανοποίησης των συναισθηματικών αναγκών. Μουσικές εμπειρίες μπορούν να σχεδιαστούν για ανθρώπους που βρίσκονται σε διαφορετικά επίπεδα αισθητηριακών, σωματικών, ψυχικών και διανοητικών δυνατοτήτων. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.7.3. Στόχοι και σκοποί ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος

Ένα μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει στόχους που ομαδοποιούνται σε πέντε κατηγορίες :

1. Στρατηγικές για την ανάπτυξη κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς
2. Μέθοδοι βελτίωσης κινητικών ικανοτήτων
3. Επικοινωνία
4. Μάθηση
5. Ψυχαγωγικές δραστηριότητες

(Μακρής & Μακρή, 2003)

Ωστόσο ακόμα και αν η θεραπεία είναι ομαδική, οι στρατηγικές θεραπείας πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Ας δούμε αναλυτικότερα έναν προς έναν τους στόχους :

1. Μουσικοθεραπευτικά προγράμματα που βασίζονται κίνηση και ρυθμικές δραστηριότητες βελτιώνουν το περιβάλλον , και διαμορφώνουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εδραίωση κοινωνικών συμπεριφορών. Επειδή συνήθως οι συνεδρίες έχουν ομαδικό χαρακτήρα, οι εμπειρίες πρέπει να παρουσιάζονται έτσι να ευνοούν τη συνεργασία, το μοίρασμα καθηκόντων και την εναλλαγή. Το ευχάριστο αίσθημα που απορρέει από τις μουσικές δραστηριότητες ενισχύει σημαντικά τη συμμετοχή, τραβάει την προσοχή των συμμετεχόντων και βοηθά τη συνεργασία. Παράλληλα συμβάλλει στη μείωση των ανάρμοστων συμπεριφορών. Ενδεικτικές μουσικές δραστηριότητες για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η εκμάθηση οργάνων, η ακρόαση μουσικής, το τραγούδι ή δημιουργική μουσική.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2. Η βελτίωση των κινητικών ικανοτήτων συνδέεται στενά με τη διαδικασία της μάθησης. Ο συγκεκριμένος χρόνος των μουσικών συνθέσεων, καθιστά τη μουσική ιδανικό ερέθισμα για το συντονισμό των κινήσεων. Όλες οι κινήσεις εξαρτώνται το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα διεγείρει και συντονίζει τις μυϊκές δραστηριότητες, συνεπώς οποιαδήποτε κίνηση εξαρτάται από αυτό. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που ο εκούσιος έλεγχος των κινήσεων είναι δύσκολος ή αδύνατος. Για αυτό η μουσική και οι κινητικές δραστηριότητες που απορρέουν, αποτελούν το ζωτικότερο τομέα ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος. Ο ρυθμός που είναι βασικό στοιχείο της μουσικής , αποτελεί ένα κίνητρο, ενώ παράλληλα ρυθμίζει την κίνηση των ασθενών. Δραστηριότητες όπως οι παραδοσιακοί χοροί , εξασκούν τους σημαντικότερους μυς και βελτιώνουν την κίνηση και την ισορροπία. Δραστηριότητες με όργανα ενισχύουν τους λεπτούς χειρισμούς . (Μακρής & Μακρή, 2003)

3. Η μουσική είναι το καταλληλότερο μέσο για να διδάξει κανείς τρόπους επικοινωνίας. Χαρακτηριστικά όπως ο ρυθμός, η μελωδία, η τονικότητα και οι δυναμικές είναι ιδανικά για να αναπτυχθούν οι ικανότητες πομπού, δέκτη και η ικανότητα να κατανοεί το μήνυμα. Επιπρόσθετα τέτοιες οι δραστηριότητες βελτιώνουν το εύρος

της φωνητικής έκτασης, την ποιότητά της και την άρθρωση καθώς και την αντίληψη των ήχων. (Μακρής & Μακρή, 2003)

4. Για να επιτευχθεί η διαδικασία της μάθησης, είναι απαραίτητο να υπάρχουν κάποιες συμπεριφορές έτσι ώστε να εξελιχθεί σωστά η θεραπεία . Η συμπεριφορές αυτές είναι :

- a) Η ικανότητα διατήρησης της προσοχής για ένα χρονικό διάστημα.
- b) Η ικανότητα υπακοής εντολών. Για τη βελτίωση της ικανότητας αυτής, ο θεραπευτής πρέπει να σχεδιάσει δραστηριότητες που περιέχουν αλληλουχία εντολών.
- c) Η διατήρηση της οπτικής επαφής που βοηθά στην τροποποίηση της συμπεριφοράς.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

5. Οι μουσικές δραστηριότητες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διδασκαλία πολύπλοκων εννοιών και για τη συνείδηση της έννοιας του χώρου και του χρόνου . Δραστηριότητες που χρησιμοποιούν πολλές αισθήσεις βελτιώνουν την ικανότητα διατήρησης γνώσεων στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Οι ιατρικοί στόχοι που μπορεί να έχει ένα μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αναφέρονται παρακάτω :

1. Αντιμετώπιση πόνου.
2. Αντιμετώπιση ψυχοσωματικού stress
3. Μετεγχειρητική ανάρρωση
4. Ανακουφιστική θεραπεία καρκινοπαθών
5. Μονάδες εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών
6. Αντιμετώπιση καταθλιπτικών ασθενών
7. Βελτίωση επικοινωνίας ψυχιατρικών ασθενών
8. Αύξηση αισιόδοξης στάσης και θετικής σκέψης

9. Ενίσχυση ανοσοβιολογικού συστήματος

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.7.4. Δίκτυα και κανάλια επικοινωνίας

Για να είναι ένα μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεσματικό πρέπει υπάρξει αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και τους συμμετέχοντες, τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική θεραπεία. Η μουσική ως μέσω επικοινωνίας μεταφέρει πληροφορίες, δίνει εντολές, εκφράζει συναισθήματα και διατηρεί της αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ανθρώπους (Μακρής & Μακρή, 2003).

Το μέσο με το οποίο μεταδίδεται ένα μουσικό μήνυμα ποικίλει. Μπορεί να είναι η ανθρώπινη φωνή, τα μουσικά όργανα ή οι κατάλληλες μηχανές όπως το ραδιόφωνο. Η μουσική μπορεί παράλληλα να συνδυαστεί με μια εικόνα ή κάποιο κείμενο έτσι ώστε να ενισχυθεί η να τροποποιηθεί το αρχικό μήνυμα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσική επικοινωνία όμως δεν περιορίζεται σε δύο άτομα. Συνήθως συμπεριλαμβάνει πολλούς ανθρώπους. Στην περίπτωση αυτή δημιουργείται ένα δίκτυο. Το άνοιγμα καναλιών επικοινωνίας, απαιτεί μεγάλη προσοχή ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα μέσα που χρησιμοποιούνται στον τρόπο παρέμβασης. Τα παρακάτω σχήματα δίνουν μια αναπαράσταση των δικτύων επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

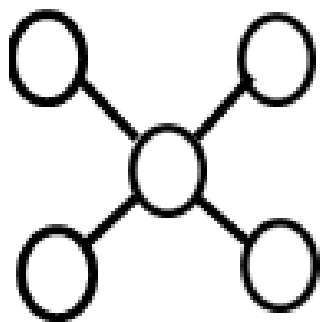
1. Σε «σειρά» : ο μουσικοθεραπευτής δίνει κατευθύνσεις – οδηγίες σε έναν από τους συμμετέχοντες που με τη σειρά του τις μεταδίδει, χωρίς να τις αλλάζει, και κατευθύνει κάποιο άλλο μέλος της ομάδας κ.ο.κ. Έτσι ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να ελέγξει το επίπεδο της αντίληψης και της υπευθυνότητας του κάθε ασθενούς . Αν όμως η διαδικασία δεν γίνει σωστά, τότε η μορφή αυτή της επικοινωνίας πρέπει να σταματήσει στο επίπεδο μιας ατομικής θεραπείας με τον άνθρωπο που παρουσίασε το πρόβλημα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα:



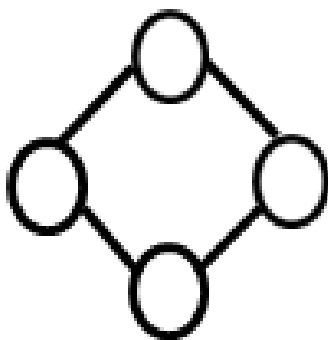
2. Σε «άστρο» συνήθως χρησιμοποιείται σε μουσικοθεραπεία σε ομάδες με κρουστά ή γενικά με όργανα. Ο θεραπευτής βρίσκεται στο κέντρο και δίνει τις εντολές με μουσικές φράσεις με ρυθμό. Οι συμμετέχοντες δέχονται ισότιμα τις εντολές και τις εκτελούν. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα :



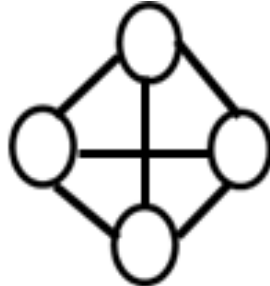
3. Σε «κύκλο» : ο μουσικοθεραπευτής δε συμμετέχει στην ομάδα αλλά τη συντονίζει, παρουσιάζει τους κανόνες, επιβλέπει και καταγράφει την εκτέλεση τους. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα:



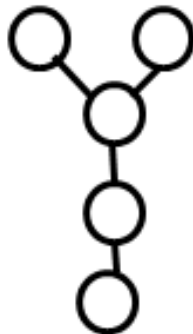
4. Σε «πλήρες δίκτυο» : ο πιο διορατικός τρόπος. Ο μουσικοθεραπευτής βρίσκεται στο κέντρο και ταυτόχρονα αποκεντρώνεται δίνοντας σε όλους το δικαίωμα να εκφραστούν. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα:



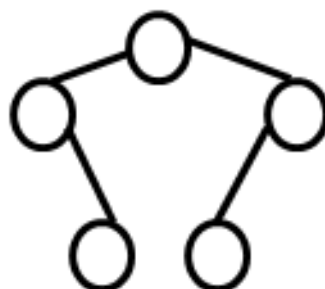
5. Σε «ύψιλον» : ο μουσικοθεραπευτής κάνει τη θεραπεία κατά άτομο αλλά ταυτόχρονα έχει κάποιο δίκτυο σε σειρά. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα :



6. Σε «αλυσίδα» : ο μουσικοθεραπευτής δημιουργεί 2 παράλληλες αλυσίδες επικοινωνίας . (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχήμα :



2.7.5. Σχεδιασμός του προγράμματος

Αρχικά, πρέπει να συλλεχθούν και να αξιολογηθούν σωστά οι πληροφορίες και έπειτα να τεθούν οι θεραπευτικοί στόχοι για να αναπτυχθούν οι κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης. Παρόλα αυτά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο μουσικοθεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη την παραμικρή βελτίωση ή αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Στη μουσικοθεραπευτική διαδικασία παρατηρούνται τα εξής τρία στάδια:

1. Αρχικό στάδιο-Εγκαθίδρυση σχέσης: Σε αυτό το στάδιο, πραγματοποιείται μια αρχική εκτίμηση και παρατήρηση των δυσκολιών του πελάτη, του αιτήματός του για θεραπεία και της σχέσης που έχει με τη μουσική. Ο μουσικοθεραπευτής, με κατανόηση και ενσυναίσθηση, πρέπει να αντιμετωπίσει τις άμυνες και τις αντιστάσεις που θα συναντήσει με στόχο τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης. (Πολυχρονιάδου, 1989)
2. Μεσαίο στάδιο-Στάδιο θεραπεία: Σε αυτό το στάδιο, αφού έχει δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης, ο μουσικοθεραπευτής εξερευνά τα αίτια και τα δυναμικά προβλήματα του πελάτη, των αντιστάσεων του στη θεραπεία και της πιθανής σχέσης ανάμεσα στη πρώιμη ηλικία και των προβλημάτων που υπάρχουν τώρα με στόχο τη θεραπευτική αλλαγή. (Πολυχρονιάδου, 1989)
3. Τελικό στάδιο-Κλείσιμο: Η μουσικοθεραπεία, ως σχέση θεραπευτή-πελάτη, πρέπει να έχει ένα τέλος. Ο μουσικοθεραπευτής, σε αυτό το στάδιο, οδηγεί τον πελάτη του στην ανεξαρτητοποίηση, όσο το δυνατό περισσότερο. (Πολυχρονιάδου, 1989)

2.8. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται πριν ξεκινήσει η θεραπεία. Περιλαμβάνει γενικό συνοπτικό βιογραφικό του ασθενή καθώς και το αναλυτικό ιστορικό του. Ο σχεδιασμός του προγράμματος βασίζεται στις ανάγκες του ασθενούς, τις αξίες, τις στάσεις και τις διαθέσεις του κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Με τον όρο διάγνωση εννοούμε την ανάλυση των ικανοτήτων, των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενή πριν από τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της διάγνωσης προδιαγράφουν τη θεραπεία. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Για τη συλλογή πληροφοριών που απαιτούνται για τη διάγνωση οι μουσικοθεραπευτές παίρνουν συνεντεύξεις από το ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του και παράλληλα παρατηρούν τις σωματικές, τις γνωστικές και τις υπόλοιπες ικανότητες του ασθενή, τις σχέσεις του με τους άλλους, τα επιτεύγματά του κ.α. Στην διεπιστημονική ομάδα κάθε μέλος ανάλογα με την ειδικότητά του συμπληρώνει τις πληροφορίες για τη διάγνωση. Σύμφωνα με τον Hanser, το 1987, στη διάγνωση της θεραπευτικής ομάδας περιλαμβάνονται οι παρακάτω πληροφορίες:

- Ιατρικός τομέας : περιλαμβάνει το παλαιότερο ιστορικό και την πρόσφατη κατάσταση υγείας
- Γνωστικός τομέας : αφορά την κατανόηση, την αυτοσυγκέντρωση, το χρόνο συγκεντρωμένης προσοχής, τη μνήμη και τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων
- Κοινωνικός τομέας : αναφέρεται στην αυτό-έκφραση, τον αυτοέλεγχο, την ποιότητα και την ποσότητα διαπροσωπικών σχέσεων
- Επαγγελματικός/ εκπαιδευτικός τομέας : αφορά την επάρκεια επαγγελματικών ικανοτήτων και την προετοιμασία για επαγγελματική επανένταξη
- Συναισθηματικός τομέας : αφορά την λειτουργία του συναισθήματος και τις συναισθηματικές αντιδράσεις.
- Επικοινωνία : είναι η δυνατότητα στη διατύπωση και την πρόσληψη μηνύματος
- Οικογένεια : περιλαμβάνει τις οικογενειακές σχέσεις και ανάγκες
- Ικανότητες ψυχαγωγίας και χαλάρωσης : περιλαμβάνει την ανάγκη για ψυχαγωγία, την απόκτηση ενδιαφερόντων, τη συμμετοχή σε ουσιαστικές δραστηριότητες ψυχαγωγίας, τους πόρους κοινωνικότητας και την ορθολογική διαχείριση ελεύθερου χρόνου.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.8.1. Διαγνωστικά εργαλεία

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση διαφέρουν ανάλογα με την ασθένεια, τον θεραπευτή και το θεωρητικό του υπόβαθρο. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά για κάθε διαγνωστικό εργαλείο είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα. Η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνοχή που δείχνει ένα διαγνωστικό εργαλείο κατά τη μέτρηση της συμπεριφοράς ή των συμπεριφορών. Για να είναι ένα εργαλείο αξιόπιστο πρέπει κάθε

φορά να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Η εγκυρότητα έχει να κάνει με το πόσο καλά ένα εργαλείο μετρά αυτό που έχει να μετρήσει. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Τα δεδομένα που συλλέγονται από γιατρούς, ψυχολόγους και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, είναι σημαντικό βοήθημα για το μουσικοθεραπευτή καθώς παρέχουν πληροφορίες για τη σωματική, γνωστική, κοινωνική, συναισθηματική και ιατρική λειτουργία του ασθενή. Στις Η.Π.Α. , οι μουσικοθεραπευτές έχουν αναπτύξει διαγνωστικά εργαλεία για ασθενείς με νοητική καθυστέρηση, ψυχικές διαταραχές, ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας και ανθρώπους με προβλήματα ακοής. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Επιπλέον οι μουσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν διαγνωστικά εργαλεία που αξιολογούν τη γνωστική ανάπτυξη παιδιών και ενηλίκων, των παιδιών με συναισθηματική διαταραχή με την αυτοσχέδια μουσική , των παιδιών με αυτισμό. Είναι επίσης απαραίτητο ένας μουσικοθεραπευτής να διαθέτει διαγνωστικές κλίμακες για γενικές περιπτώσεις. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να είναι προσεκτική γιατί σε πολλά από τα παραπάνω εργαλεία δεν έχει γίνει συστηματικός έλεγχος για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Τύποι διαγνωστικών εργαλείων

Τα διαγνωστικά εργαλεία δεν παρουσιάζουν ενιαία μορφή. Υπάρχουν αρκετοί τύποι διάγνωσης διότι κάθε τύπος εργαλείου χρησιμοποιεί έναν συγκεκριμένο τρόπο για να κάνει διάγνωση. Συγκεκριμένα έχουμε:

- i. Την επιλεκτική διάγνωση. Ο τύπος αυτός προϋποθέτει τη μελέτη αναφορών που καταθέτουν τα μέλη της επιστημονικής ομάδας. Ο μουσικοθεραπευτής επιλέγει τις αναφορές στις οποίες περιέχονται οι πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να θέσει τους θεραπευτικούς στόχους. Το μειονέκτημα είναι η πιθανότητα να λείπει κάποια ζωτική πληροφορία.
- ii. Διάγνωση από κατάλογο συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Σε αυτού του είδους τη διάγνωση, πολλές διαγνώσεις συλλέγουν δεδομένα από έναν κατάλογο συμπτωμάτων. Εξαιτίας του συγκεκριμένου καταλόγου η διάγνωση είναι γρήγορη καθώς ο θεραπευτής σημειώνει πιο από τα συμπτώματα στον κατάλογο εμφανίζονται στον ασθενή.
- iii. Εξατομικευμένη διάγνωση. Στην περίπτωση αυτή ο θεραπευτής κάνει λίγες αλλά επιλεγμένες ερωτήσεις, προκειμένου να συλλέξει πληροφορίες οι οποίες θα προστεθούν σε αυτές της θεραπευτικής ομάδας. Οι επιλεγμένες

ερωτήσεις επιτρέπουν στο μουσικοθεραπευτή να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα κατάλληλο για τον κάθε ασθενή.

- iv. Παράλληλη με τη θεραπεία διάγνωση. Πολλές φορές η διάγνωση γίνεται καθώς η θεραπεία εξελίσσεται. Ο μουσικοθεραπευτής, σύμφωνα με την εμπειρία του, διαμορφώνει ένα πρόγραμμα που βασίζεται στις ανάγκες και τις αδυναμίες του ασθενή, τις οποίες παρατηρεί. Φυσικά υπάρχει αρχικό πρόγραμμα που βασίζεται στα δεδομένα που παρέχονται από την επιστημονική ομάδα. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομαδική θεραπεία και ειδικά για τα νέα μέλη της ομάδας. Το μειονέκτημα όμως είναι ότι μπορεί να χρειαστεί αρκετός καιρός για τη διαμόρφωση προγράμματος.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.8.2. Τεχνικές συλλογής δεδομένων

a) Καταγραφή της συχνότητας

Είναι μια τεχνική παρατήρησης. Ο θεραπευτής μετρά τον αριθμό διαδοχικών περιστατικών που παρατηρείται μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Με άλλα λόγια καταγράφει πόσο συχνά η συγκεκριμένη συμπεριφορά επαναλαμβάνεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι επιθυμητή η ελάττωση της συχνότητας επανάληψης της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να δυσκολεύεται να συμμετέχει σε μια ομάδα θεραπείας. Για να μελετήσει ο θεραπευτής την παραπάνω συμπεριφορά μπορεί να μετρήσει πόσες φορές ο ασθενής σηκώθηκε από το κάθισμα του κατά τη διάρκεια της ομαδικής θεραπείας. Το ίδιο γίνεται αν θέλουμε να ελέγξουμε αν η συμπεριφορά αυξήθηκε. Ο θεραπευτής μπορεί να θέλει να μετρήσει τον αριθμό χορδών της κιθάρας που έμαθε να χρησιμοποιεί ο ασθενής σε μια δεδομένη περίοδο. Η καταγραφή της συχνότητας πρέπει γενικά να γίνεται σε οποιαδήποτε αξιολογήσιμη συμπεριφορά. Η καταγραφή της συχνότητας μπορεί να γίνει χωρίς να διακόπτεται η θεραπεία. Τα δεδομένα είναι εύκολο να καταγραφούν και να σχηματίσουν μια γραφική παράσταση. Το γράφημα είναι το καλύτερο μέσο για να σχηματίσουμε μια ξεκάθαρη οπτική παράσταση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

b) Καταγραφή της διάρκειας

Ορισμένες φορές είναι σημαντική η διάρκεια μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Η διάρκεια μετριέται με το συνολικό χρονικό διάστημα (δευτερόλεπτα, λεπτά, ώρες) ή με εκατοστιαία ποσοστά χρόνου κατά τον οποίο η συμπεριφορά λαμβάνει χώρα για μια συγκεκριμένη περίοδο. Παραδείγματος χάρη, ο θεραπευτής εργάζεται με ένα υπερκινητικό παιδί που δεν μπορεί να καθίσει ακίνητο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην περίπτωση αυτή

ο θεραπευτής θα χρειαστεί να μετρήσει το χρόνο, κατά τον οποίο το παιδί δεν κάθισε στο κάθισμα κατά τη διάρκεια της τελευταίας συνάντησης. Εάν το παιδί δεν κάθισε για 10 λεπτά σε μια συνάντηση που συνολικά κρατούσε 20 λεπτά, στην καταγραφή της διάρκειας συμπληρώνεται είτε «10 λεπτά», είτε «50%». Για την ακριβή καταγραφή της διάρκειας καλό είναι να χρησιμοποιείται χρονόμετρο. Μπορεί επίσης να μετρηθεί ο χρόνος που συγκεντρώνεται για να εκτελέσει μια εργασία ή ο χρόνος βραδυπορίας σε μια συνάντηση. Τα δεδομένα αυτά μπορούν επίσης να αποδοθούν με μια γραφική παράσταση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.8.3. Διαγνωστικά Τεστ

Αρχικά, ο θεραπευτής πραγματοποιεί μια διαδικασία ανίχνευσης, στην οποία συλλέγει απαραίτητες πληροφορίες, με σκοπό την σωστή επιλογή της μεθόδου για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Στην αρχή των συνεδριών, ο θεραπευτής ξεκινάει συνομιλία, ώστε να τον βοηθήσει να διαμορφώσει μια πρώτη άποψη της προσωπικότητας και των προβλημάτων του ασθενή του, να καταγράψει το ιστορικό και να κάνει μια πρώτη διάγνωση. Επίσης, μπορεί να γενικά, τις μουσικές προτιμήσεις του ασθενή και του περιβάλλοντός του, όπως και τον επικρατέστερο τρόπο έκφρασης. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Αργότερα, οι ερωτήσεις πιο στοχευμένες με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου. Μέσω αυτού, επιτρέπεται η αναγνώριση της ηχητικής και μουσικής ιστορίας του ενδιαφερόμενου για μουσικοθεραπεία, αλλά και τα φολκλορικά φαινόμενα του γενεαλογικού του δένδρου τα οποία μας αποκαλύπτουν τα ηχητικά αρχέτυπα. Τέλος, το ερωτηματολόγιο της μουσικοθεραπείας μας επιτρέπει την ανακάλυψη των κοινωνικών φαινομένων που ανιχνεύτηκαν κατά την εμβρυακή και την παιδική περίοδο, όπως και τις ηχητικές του αναμνήσεις. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Εκτός, από το ερωτηματολόγιο, ο θεραπευτής εξετάζει και σε μη λεκτικό επίπεδο όπου πραγματοποιείται μέσα από την παρατήρηση της αντίδρασης του ασθενή, μπροστά σε ένα σύνολο απλών κρουστών και ορισμένων μελωδικών οργάνων, για να ανακαλύψει ο μουσικοθεραπευτής, με πιο από όλα μπορεί να επικοινωνήσει περισσότερο και καλύτερα. Έτσι, μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο θεραπευτής μπορεί να αποφασίσει πιο όργανο θα παίζει το μεσάζον αντικείμενο θεραπείας. Τέλος, με αυτόν τον τρόπο, ο θεραπευτής μπορεί να προσδιορίσει καλύτερα την ηχητική ταυτότητα του ασθενούς. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Εξέταση στο Μη Λεκτικό Επίπεδο

- Τεστ Μουσικής και Ηχητικής Ευαισθησίας

Το τεστ μουσικής και ηχητικής ευαισθησίας χωρίζεται σε δύο μέρη:

A. Ένα τεστ προβολής, όπου ο θεραπευτής, κατά τη διάρκεια αυτού του τεστ, καταγράφει τις αντιδράσεις του ενδιαφερόμενου του κατά τη διάρκεια ακρόασης διαφόρων μουσικών κομματιών. (Πολυχρονιάδου, 1989)

B. Και τέλος, ένα τεστ δημιουργικότητας. Ο θεραπευτής γεμίζει το δωμάτιο με διάφορα όργανα και αφήνει τον ενδιαφερόμενό του να αντιδράσει αυθόρμητα στον χώρο όπως και να χρησιμοποιήσει ελεύθερα τα όργανα. (Πολυχρονιάδου, 1989)

- Τεστ Μουσικής Προβολής

Μέσω αυτού του τεστ, γίνεται εκτίμηση της μουσικής δεκτικότητας του ενδιαφερόμενου, όσο περισσότερο γίνεται, στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, γίνεται χρήση ενός δειγματολογίου ποικίλων μουσικών αποσπασμάτων με μικρή διάρκεια (3 έως 5 λεπτά), καθώς και ο συνολικός χρόνος ακρόασης δεν ξεπερνά την μια ώρα. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Επιπλέον, ο ενδιαφερόμενος, κάθεται σε μια αναπαυτική θέση, με απαλό φωτισμό και σε έναν χώρο που είναι απομονωμένος από τους εξωτερικούς θορύβους, όσο το δυνατόν γίνεται. Πριν ξεκινήσει το τεστ, ο θεραπευτής εξηγεί πως ο ενδιαφερόμενος θα ακούσει έναν αριθμό μουσικών κομματιών, και μετά την κάθε μεμονωμένη ακρόαση θα έχει την ευκαιρία να εκφράσει τι ένωση, λεκτικά ή με όποιον άλλο τρόπο έκφρασης επιθυμεί, όπως για παράδειγμα σωματικά, μουσικά ή εικαστικά. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Θα είναι δόκιμο, το κάθε σύνολο μουσικών αποσπασμάτων να περιλαμβάνει:

- Ένα έργο περιγραφικό
- Ένα έργο ρυθμικό
- Ένα έργο πιο μελωδικό
- Θορύβους ενός εργαστηρίου
- Μια παραδοσιακή μουσική
- Ένα τραγούδι
- Μια σύγχρονη μουσική κ.ά.

(Πολυχρονιάδου, 1989)

Με λίγα λόγια, χρειάζονται στο σύνολο δέκα αποσπάσματα, για να καλυφθεί ταυτόχρονα μια μεγάλη ποικιλία μουσικών ειδών, όπως η κλασσική μουσική, η παραδοσιακή, η σύγχρονη, διάφοροι θόρυβοι, οι ήχοι διάφορων μουσικών οργάνων, απλές και σύνθετες συνθέσεις, ή φωνή κ.λπ. Πρέπει να τονιστεί πως ο θεραπευτής χρειάζεται να παραμένει σιωπηλός κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του τεστ, καθώς και να καταγράφει τις αντιδράσεις του ενδιαφερόμενου του. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Το τεστ μουσικής ακρόασης, παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το εξεταζόμενο. Επίσης, στην περίπτωση ομαδικής μουσικοθεραπείας, βοηθά τον θεραπευτή στην σκιαγράφηση της μουσικής δεκτικότητας των ατόμων της ομάδας. Στην περίπτωση αυτή, τα άτομα της ομάδας ενώ κάθονται αναπαυτικά σε έναν χώρο, ακούν τις μουσικές προτάσεις του θεραπευτή και απαντούν είτε προφορικά είτε γραπτά. (Πολυχρονιάδου, 1989)

- Τεστ Ηχητικής Δημιουργικότητας

Σε αυτό το τεστ, ο ενδιαφερόμενος, βρίσκεται σε ένα δωμάτιο με πολλά μουσικά όργανα ή/και ηχητικά αντικείμενα, απλά και περίπλοκα, όπως κρουστά, έγχαρδα, δύο ή τρία μελωδικά όργανα και πιάνο (ο θεραπευτής το ανοίγει για να είναι στην διάθεση του ενδιαφερόμενου). Ο στόχος είναι ο ενδιαφερόμενος να προκαλέσει κάποιον ήχο, όχι μόνο με τα πλήκτρα του πιάνου αλλά και με οποιαδήποτε επιφάνειά του, για αυτό και σε αυτή την εξέταση χρησιμοποιείτε οποιοδήποτε αντικείμενο που μπορεί να προκαλέσει κάποιον ήχο. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Σημαντικό είναι, ο θεραπευτής να παρακολουθεί μόνο, δηλαδή να μένει αμέτοχος, εφόσον έχει δώσει τις τυπικές οδηγίες, όπως για παράδειγμα « είστε ελεύθερος να μεταχειριστείτε αυτά τα όργανα με όποιο τρόπο θέλετε. Στόχος μας είναι να ερευνήσουμε τις δυνατότητες επικοινωνίας που έχετε μέσα από τον ήχο, τη μουσική και τα μουσικά όργανα». Μετά, από τις οδηγίες, ο θεραπευτής μένει απλό παρατηρητής και καταγράφει όλες τις αντιδράσεις και όλες τις κινήσεις του εξεταζόμενου με βάση:

- Τη σειρά χειρισμού διαφόρων αντικειμένων ή οργάνων
- Την πιθανή εμμονή με κάποια όργανα ή αντικείμενα
- Τα επιθυμητά όργανα
- Τους ήχους που προτιμά ο εξεταζόμενος, δηλαδή, ρυθμικούς, μελωδικούς, απαλούς, έντονους κ.λπ.

- Την αντίδραση του εξεταζόμενου στον θεραπευτή που τον παρακολουθεί. Όπως για παράδειγμα αν διακατέχεται από εξάρτηση, ανάγκη υποστήριξης, επιθετικότητα, πρόκληση, αδιαφορία, κ.ά.

(Πολυχρονιάδου, 1989)

Σε αυτή τη φάση του τεστ, ένας εναλλακτικός τρόπος προσέγγισης είναι η διοχέτευση στον χώρο τεσσάρων ηχητικών προκλήσεων με διάρκεια από 2 έως 3 λεπτά η καθεμία. Ο πρώτος ήχος θα είναι πολύ πρωτόγονος (χτύποι καρδιάς, σφυγμός, ρυθμοί πρωτόγονων φυλών κ.ά.). Εν συνεχεία, ο δεύτερος ήχος θα είναι πολύ μελωδικός (ήχος φλογέρας κ.ά.). Ο τρίτος ήχος θα είναι πολύ αρμονικός και ο τέταρτος ηλεκτρονικός. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Μετά από αυτό, ζητάμε από τον εξεταζόμενο να αντιδράσει με οποιονδήποτε τρόπο, με τη βοήθεια των υλικών που έχει τριγύρω του. Μέσω του τεστ μουσικής δημιουργίας, ο θεραπευτής λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες για να τον οδηγήσουν στην ηχητική ταυτότητα του ασθενή, τον προσδιορισμό των μεσαζόντων αντικειμένων που θα βοηθήσουν την θεραπεία, τον προσανατολισμό ή την κοινωνική επανένταξη. (Πολυχρονιάδου, 1989)

- Τεστ Προσωπικότητας: η μουσική ως μέσον διερεύνησης της προσωπικότητας

Σύμφωνα με τις ατομικές αντιδράσεις σε πολλές μουσικές προτάσεις, ορισμένοι επιστήμονες, κατά καιρούς, δημιούργησαν συγκεκριμένα τεστ προσωπικότητας. Οι Ρ. Μπ. Καττέλ και Τζ. Σ. Άντερσον, πρότειναν 120 ποικίλα μουσικά αποσπάσματα. Μέχρι και σήμερα, στην Γαλλία, εφαρμόζεται ένα μουσικό τεστ προσωπικότητας, το οποίο αποτελείται από 24 μουσικούς συνδυασμούς. Ο κάθε συνδυασμός περιλαμβάνει δύο σύντομες μουσικές φράσεις, οι οποίες επιλέχτηκαν με βάση τον ρυθμό, τη μελωδία τους ή την συναισθηματική φόρτιση. Ζητείται, λοιπόν, από κάθε εξεταζόμενο, για κάθε μουσικό συνδυασμό, να σημειώσει ένα σταυρό το έργο που προτιμά, στο δελτίο απαντήσεων που του έχει δοθεί. Στην περίπτωση που ένα κομμάτι του αρέσει πάρα πολύ, σημειώνει δύο σταυρούς. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Όνομα			Επώνυμο			Ηλικία		
Διεύθυνση								
I	II	III	I	II	III	I	II	III
1	A	+	9	A	+	17	A	
	B	++		B			B	+
2	A		10	A		18	A	
	B	+		B	+		B	+
3	A	+	11	A	+	19	A	+
	B			B			B	
4	A		12	A	+	20	A	
	B	++		B			B	+
5	A	+	13	A	+	21	A	
	B			B			B	+
6	A	+	14	A		22	A	+
	B			B	+		B	
7	A		15	A	+	23	A	++
	B	++		B			B	
8	A		16	A	+	24	A	++
	B	+		B			B	

Εικόνα 1 :Δελτίο Απαντήσεων στο Μουσικό Τεστ Προσωπικότητας(Πολυχρονιάδου, 1989)

Οι ενδείξεις του τεστ μαζί με την ουσιαστική γνώση των ψυχολογικών επιπτώσεων της μουσικής, μπορούν να επιφέρουν πολύ σημαντικές και ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την προσωπικότητα του κάθε εξεταζόμενου. Επιπλέον, ο κάθε εξεταζόμενος υποχρεούται να κάνει όλες τις επιλογές του, ακόμα και όταν καμία από τις δύο φράσεις ενός μουσικού συνδυασμού, δεν του προκάλεσε το ενδιαφέρον. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Μετά από την σύγκριση δελτίων απαντήσεων ατόμων με παρόμοια συμπτώματα άγχους, υπερευαισθησίας κ.ά., παρατηρήθηκε πως οι επιλογές ήταν πρακτικά ταυτόσημες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση της μουσικής ως μέσον διερεύνησης της

προσωπικότητας, τόσο στο επίπεδο παρατήρησης όσο και στο επίπεδο του παιδαγωγικού ή επαγγελματικού προσανατολισμού. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως το μουσικό τεστ προσωπικότητας είναι πολύ χρήσιμο για την ψυχοδιαγνωστική εξέταση τυφλών ατόμων. (Πολυχρονιάδου, 1989)

2.9. Θεραπευτική αγωγή

2.9.1. Στόχοι

Μετά τη διάγνωση απαραίτητος είναι ο σχεδιασμός της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Η αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού προγράμματος βασίζεται στον καλό προσδιορισμό των θεραπευτικών στόχων. Είναι απαραίτητο οι στόχοι να κάνουν σαφές το επιθυμητό αποτέλεσμα. Το σύνολο των στόχων , διαμορφωμένο στο κατάλληλο πλαίσιο δημιουργεί το πρωτόκολλο εργασίας. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Όταν καθοριστεί το πλαίσιο που προσδιορίζει τις επιθυμητές αλλαγές, οι στόχοι είναι απλοί και βραχυπρόθεσμοι για αυτό και ένας γενικός στόχος υποδιαιρείται σε μικρότερους , πιο συγκεκριμένους στόχους. Π.χ. ο στόχος «βελτίωση μουσικών ικανοτήτων» , για να είναι λειτουργικός υποδιαιρείται σε επιμέρους στόχους όπως «βελτίωση φωνητικών ικανοτήτων» και βελτίωση επίδοσης στο πιάνο» κάθε ένας από αυτούς τους επιμέρους στόχους περιγράφει έναν άμεσο στόχο , που λειτουργεί ως ένα μικρό βήμα στη διαδικασία επίτευξης του πρωταρχικού στόχου. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Αν δεν παρατηρείται βελτίωση του ασθενή τροποποιείται η ροή ή/και οι στόχοι. Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση της προόδου ή της αποτυχίας της θεραπευτικής παρέμβασης. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι στόχοι πρέπει να είναι ξεκάθαροι και να αντανakλούν τη σοβαρότητα του προβλήματος, ενώ αποτελούν ένα σημείο αναφοράς για περαιτέρω αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.9.2. Εργαλεία παρέμβασης : πίνακας διπλής εισόδου και χρονοδιαγράμματα

α. Πίνακας διπλής εισόδου

Είναι καλό στο στάδιο αυτό να συμπληρώνεται ένας πίνακας διπλής εισόδου, ο οποίος επιτρέπει στο μουσικοθεραπευτή :

- i. Να παραθέτει σύντομα, αλλά με ακρίβεια, τα αποτελέσματα των μουσικών διεργασιών στον ασθενή
- ii. Να θέσει ένα σημείο αναφοράς, το οποίο θα συγκεντρώνει τις παραμέτρους που χρησιμοποιούνται στην μουσικοθεραπεία
- iii. Να δημιουργήσει ένα αρχείο για την θεραπεία
- iv. Να συγκεντρώνει στατιστικά στοιχεία και στοιχεία της πορείας της κάθε περίπτωσης, τα οποία μπορεί να μοιραστεί με τα υπόλοιπα μέλη της επιστημονικής ομάδας
- v. Σε μια ομαδική θεραπεία μπορεί να αναφέρει τα ονόματα των συμμετεχόντων και τις δραστηριότητες που ανέλαβε ο καθένας.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

Στον πίνακα αυτόν σημειώνονται η αντιδράσεις του ασθενή που σχετίζονται με την κίνηση, τη φωνή, το ηχόχρωμα, τη μουσική σε σχέση με τους παράγοντες ρυθμός, ήχος, μελωδία κ.ά. τους οποίους μεταβάλλει ο θεραπευτής. Ο πίνακας αυτός πρέπει να είναι σταθερά δομημένος. Τροποποιείται από τον θεραπευτή ανάλογα με την ασθένεια, τον ασθενή και το περιβάλλον της μουσικοθεραπείας. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Παράδειγμα πίνακα :

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ					
	ΚΙΝΗΣΗ	ΦΩΝΗ	ΗΧΟΧΡΩΜΑ (ΟΡΓΑΝΟ)	ΜΟΥΣΙΚΗ	ΣΧΟΛΙΑ
ΡΥΘΜΟΣ					

ΗΧΟΣ					
ΜΕΛΩΔΙΑ					
ΑΡΜΟΝΙΑ					

β.Χρονοδιαγράμματα

Τα χρονοδιαγράμματα παρουσιάζουν αναλυτικά την πορεία των στόχων που θέτει ο μουσικοθεραπευτής. Μπορεί να είναι ημερήσια , εβδομαδιαία, μηνιαία, ετήσια και μπορεί να περιέχουν και παρατηρήσεις του θεραπευτή. Ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα είναι αρκετά αναλυτικό. Επιτρέπει την παρακολούθηση της εξέλιξης της θεραπείας όλο το εικοσιτετράωρο και ενδείκνυνται για σύντομες θεραπείες, που απαιτούνται ακριβείς πληροφορίες. (Μακρή & Μακρή, 2003)

Παραδείγματα χρονοδιαγραμμάτων:

- *Εβδομαδιαίο Συνοπτικό Πρόγραμμα Πολλαπλών Στόχων*
A = μουσικές ικανότητες (A1 = φωνητικές ικανότητες, A2 = επίδοση σε μουσικό όργανο) B= ακρίβεια στις συναντήσεις, Γ = επίλυση δυσάρεστων καταστάσεων

	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΣΑΒΒΑΤΟ	ΚΥΡΙΑΚΗ
Α ΠΡΩΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΒΡΑΔΥ	A1						
	A2						

	A3						
B ΠΡΩΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΒΡΑΔΥ	A1						
	A2						
	A3						
Γ ΠΡΩΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	A1						
	A2						
	A3						
ΒΡΑΔΥ	A1						
	A2						
	A3						

(Μακρής & Μακρή, 2003)

- Μηνιαίο Αναλυτικό Πρόγραμμα Πολλαπλών Στόχων

A=φωνητικές ικανότητες, B= επίδοση σε μουσικό όργανο, Γ = ακρίβεια στις συναντήσεις,

Δ= επίλυση δυσάρεστων καταστάσεων

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1
A																															
B																															
Γ																															
Δ																															

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.9.3 Θεραπεία

Ο θεραπευτής, μέσα από τις πολύτιμες και ενδιαφέρουσες πληροφορίες που συνέλεξε μέσα από τις διαγνωστικές τεχνικές, μπορεί να προχωρήσει στην φάση της θεραπείας, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα που κατέχει. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Ο θεραπευτής, επίσης, χρειάζεται να αναπτύξει τις δικές του ικανότητες ευαισθησίας, εξυπνάδας και φαντασίας με σκοπό να ανοίξει καινούργια κανάλια επικοινωνίας με τον κάθε ασθενή του, να βοηθήσει στην εκτόνωση αρνητικών εμπειριών όπως και συναισθημάτων, στην αναδιοργάνωση των θετικών, δημιουργικών και καταπιεσμένων ικανοτήτων του ασθενή του και τελικά να οδηγηθεί στη θεραπεία. (Πολυχρονιάδου, 1989)

A. Σε μεμονωμένα άτομα

Η ατομική θεραπεία, χωρίζεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, το οποίο μπορεί να ονομαστεί «προετοιμασία και κάθαρση», ο θεραπευτής προκαλεί μια συγκινησιακή εκτόνωση. Μέσω ενός μουσικού οργάνου, γίνεται διοχέτευση της φορτισμένης σωματικής και ψυχικής ενέργειας. Επίσης, η έκρηξη αυτή μπορεί να προκληθεί και από κάποιους ήχους ή ρυθμούς, ακόμη και από κάποιες λεκτικές παροτρύνσεις. Κατά τη διάρκεια της εκτόνωσης, ο θεραπευτής παρακολουθεί τον ασθενή στο μη λεκτικό του πεδίο, όπου και περνάει στο δεύτερο στάδιο. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Στο στάδιο αυτό, ο θεραπευτής έχει πιο συγκεκριμένη άποψη για την ηχητική ταυτότητα του εξεταζόμενου. Ταυτόχρονα, καταλαβαίνει και αισθάνεται την καλύτερη στρατηγική μέσα από την οποία θα επιτευχθεί το επιθυμητό κανάλι επικοινωνίας με τον ασθενή του. Σε αυτό το σημείο, τελείως ασυναίσθητα, εμφανίζονται οι επιλογές και η

ηχητική ταυτότητα του θεραπευτή. Οι αντιδράσεις του θεραπευτή και οι απαντήσεις στα μηνύματα του ασθενή εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής λαμβάνει τα μηνύματα. Ο τρόπος αυτός προέρχεται από την ηχητική ταυτότητα του θεραπευτή καθώς και από την γενικότερη προσωπικότητα του. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Έτσι, είναι σημαντικό, ο θεραπευτής να έχει φτάσει σε ένα βαθύτερο επίπεδο αυτογνωσίας, με σκοπό να μπορεί να κατανοεί όσο πιο αντικειμενικά γίνεται, τις ανάγκες του ασθενή, χωρίς βέβαια να αποκλείεται μια δόση υποκειμενικότητας. Η μουσικοθεραπεία, βασίζεται στο μη λεκτικό διάλογο και επικοινωνία. Το τρίτο στάδιο, βασίζεται στον «ηχητικό διάλογο». Μέσω της κατανόησης των αναγκών και των εκκλήσεων του ασθενή, ανοίγει ένα κανάλι επικοινωνίας μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή. Το κανάλι επικοινωνίας είναι το βασικότερο και πολυτιμότερο κομμάτι της θεραπείας, γιατί μέσα από αυτό ζωντανεύουν πάλι με αποκαλυπτικό και θεραπευτικό τρόπο, τα υποσυνείδητα του ασθενούς όπως οι τραυματισμοί, οι φοβίες, τα άγχη, οι επιθυμίες, τα όνειρα κ.ά. Ο θεραπευτής, «αρπάζοντας» αυτές τις πληροφορίες, μπορεί να μεταδώσει την αισιοδοξία του για ζωή, να του αφυπνίσει νέα ενδιαφέροντα, να του κεντρίσει την ευαισθησία καθώς και να τον βοηθήσει στην κοινωνική του επανένταξη. (Πολυχρονιάδου, 1989)

B. Σε ομάδες

Όταν οι συνθήκες και ο χώρος εργασίας επιτρέπουν ή επιβάλλουν την χρήση της μουσικοθεραπείας σε ομάδα, τότε ο θεραπευτής πρέπει να φροντίσει αυτή η ομάδα να είναι με λίγα άτομα, ειδικά σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις. Οι ομάδες, σε αυτές τις περιπτώσεις, θα ήταν καλό να μην υπερβαίνουν τα 6-7 άτομα. Σε λιγότερο σοβαρές παθήσεις, με στόχους που είναι περισσότερο εκπαιδευτικοί και λιγότερο θεραπευτικοί, η ομάδα μπορεί να περιέχει έως και 15 άτομα. Ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων έγκειται στο γεγονός πως ο θεραπευτής πρέπει να έχει μεγάλη προσοχή. Με αποτέλεσμα, όσο αυξάνεται ο πληθυσμός μιας θεραπευτικής ομάδας, τόσο ενέργεια να πρέπει να ξοδέψει παρατηρώντας και προσέχοντας ένα-ένα τα άτομα τις ομάδας και τη δυναμική της ομάδας στο σύνολό της. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Επίσης, είναι πολύτιμη, σε κάθε ομάδα, η παρουσία ενός συνεργάτη ή συν-θεραπευτή, με προϋπόθεση αυτό το άτομο να έχει μια σχετική ειδικευση. Ο ρόλος αυτού του ατόμου θα είναι η ενεργητική παρατήρηση. Με λίγα λόγια, θα ενσωματωθεί στην θεραπευτική ομάδα και θα παρακολουθεί όλες τις οδηγίες του θεραπευτή, ενώ παράλληλα θα παίζει τον ρόλο του βοηθητικού «Εγώ» για κάθε μέλος της ομάδας. Δηλαδή, όταν κριθεί αναγκαίο, ο συνεργάτης

θα προκαλεί το άτομο για να τον διευκολύνει στην έκφραση, επικοινωνία και την τελική του ενσωμάτωση στην ομάδα. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Σημαντικό είναι να τονιστεί πως η θεραπευτική ομάδα είναι μια μικρογραφία της κοινωνίας και πως το κάθε άτομο ζει και υπάρχει μαζί με τους συνανθρώπους του. Τα προβλήματα μπορεί να προέρχονται και να ξεκινούν από μια κακή παιδική ηλικία, από έλλειψη επικοινωνίας ή ακόμη και από αδυναμία ένταξης σε σύνολο. Το κάθε άτομο, λοιπόν, έχει τη δυνατότητα, να πειραματιστεί πάνω στις ανθρώπινες διαπροσωπικές σχέσεις, τις δυσκολίες που επιφέρουν καθώς και τις διάφορες μορφές επικοινωνίας. Έτσι, το άτομο μπορεί να τις απομυθοποιήσει, να τις κατανοήσει καλύτερα με αποτέλεσμα να αφεθεί χωρίς αντιστάσεις, ελεύθερος στην θετική επήρεια των διαπροσωπικών σχέσεων. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Η σύνθεση της μουσικοθεραπευτικής ομάδας εξαρτάται από τον εργασιακό χώρο, τις ανάγκες και τους θεραπευτικούς στόχους. Η ομάδα αυτή, θα ακολουθήσει κάποιες τυπικές φάσεις. Στην πρώτη φάση, παρατηρείται άγχος, απομόνωση κάθε μέλους προς τον εαυτό του, μια αμφισβήτηση ή μια υπερεκτίμηση της προσφοράς του θεραπευτή, ή συνήθως παρατηρείται άρνηση για επικοινωνία. Βέβαια, εδώ έρχεται η μουσική για να βοηθήσει να ξεπεραστεί γρήγορα αυτή η φάση. Επίσης, η εμφάνιση και η συμμετοχή ενός νέου μέλους, μπορεί να επιφέρει έντονο ανταγωνισμό στα μέλη της ομάδας καθώς και να επηρεαστεί η δυναμική της εξέλιξη. Επιπρόσθετα, είναι πιθανή η εμφάνιση ανησυχίας στην ομάδα, ύστερα από την τοποθέτηση καινούργιας πρότασης. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Όμως, η μουσική σε συνδυασμό με την ψυχραιμία, την ηρεμία και την σταθερότητα του θεραπευτή, βοηθά στην σταδιακή αντιμετώπιση όλων των αντιδράσεων και έτσι, η ομάδα να οδηγηθεί στον αλληλοσεβασμό και την επικοινωνία. Τέλος, στην περίπτωση που ένας ασθενής ή οι ασθενείς νοσηλεύονται σε θεραπευτικό κέντρο ή εάν τους παρακολουθούν και άλλοι θεραπευτές ή λαμβάνουν κάποια ιατρική αγωγή, τότε ο μουσικοθεραπευτής θα πρέπει να είναι σε στενή επαφή και συνεργασία με την οικογένεια, με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τους υπεύθυνους. (Πολυχρονιάδου, 1989)

Γ. Το τέλος της θεραπείας

Όλες οι θεραπείες κάποια στιγμή φτάνουν στο τέλος τους, είτε εξαιτίας διάφορων λόγων που δεν ελέγχει ο θεραπευτής αλλά επιβάλλουν την λήξη των συνεδριών είτε γιατί η κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε, σε βαθμό που δεν χρειάζεται τον θεραπευτή. Όμως, μια θεραπεία δεν πρέπει να σταματά απότομα, γιατί σε κάθε θεραπεία δημιουργείται μια σχέση εξάρτησης και επιβάλλεται αυτή η σχέση να τελειώσει ομαλά και σταδιακά. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες τεχνικές πλευρές για την προετοιμασία αυτή:

- Καθώς πλησιάζει το τέλος των συνεδριών, ο θεραπευτής πρέπει να προκαλεί όσο πιο συχνά μπορεί τη λεκτική έκφραση και επικοινωνία. Σημαντικό είναι, ο θεραπευτής να τονίζει την βελτίωση που παρουσίασε ο ασθενής καθώς και την ποιότητα της επικοινωνίας που θα μπορούσε να έχει πλέον και με άλλους ανθρώπους όπως και με τον θεραπευτή.
- Ο θεραπευτής, επίσης, πρέπει να δίνει τον χώρο και χρόνο για περισσότερες πρωτοβουλίες στις επιλογές των μουσικών κομματιών. Πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην ανεξαρτητοποίηση πιο εύκολα.
- Σε αυτήν την φάση, ο θεραπευτής χρειάζεται να προτείνει πιο περίπλοκα μουσικά όργανα, όπως πιάνο ή αρμόνιο. Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει φτάσει σε ένα ικανοποιητικό θεραπευτικό επίπεδο, τότε μπορεί ο θεραπευτής να τον προσανατολίσει προς κάποια μουσική εκπαίδευση ή σε κάποιες καλλιτεχνικές δραστηριότητες, που λειτουργούν ως πηγή χαράς και δημιουργικότητας για όλη τη ζωή του. Τέλος, σημαντικό είναι να τονιστεί πως, η δημιουργικότητα στον άνθρωπο, σε οποιαδήποτε μορφή, αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες για έναν υγιή ψυχισμό.

(Πολυχρονιάδου, 1989)

2.9.4. Αρχαιοθέτηση

Οι οργανισμοί υγείας διατηρούν αρχεία με τις διαγνώσεις, τη θεραπεία και τη φροντίδα των ασθενών. Τα αρχεία αυτά περιέχουν στοιχεία που προκύπτουν από την παρατήρηση, το κόστος, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της θεραπείας. Βασική υποχρέωση του μουσικοθεραπευτή είναι η σύνταξη ενός τεκμηριωμένου και ενημερωμένου αρχείου. Το αρχείο αυτό περιέχει στοιχεία που προήλθαν από τη διάγνωση, τους στόχους, τους σκοπούς, τις θεραπευτικές στρατηγικές, καθώς και σημειώσεις για την πρόοδο του ασθενούς και την τελική αναφορά. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι καθαρογραμμένες, με συνοχή και χωρίς εμπάθεια, σε αντικειμενική ορολογία (Μακρής & Μακρή, 2003)

Αξιολόγηση και λήξη αγωγής

Η θεραπεία διακόπτεται όταν επιτευχθούν όλοι οι στόχοι και ο ασθενής φτάσει στο καλύτερο δυνατό επίπεδο. Στο στάδιο αυτό γίνεται η αξιολόγηση που περιλαμβάνει μια συνολική αξιολογική αναφορά και πιθανές συστάσεις για συνέχιση της θεραπείας. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μέθοδος αναφοράς περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια- παραγράφους :

i. Διάγνωση

Διατύπωση των αναγκών που παρατηρήθηκαν κατά την αρχική εξέταση καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που σημειώθηκαν κατά τις συναντήσεις.

ii. Θεραπευτική πορεία

Ο θεραπευτής φτιάχνει έναν κατάλογο που περιέχει όλους τους θεραπευτικούς στόχους και τους σκοπούς που θέτονται κατά τις συναντήσεις και σημειώνει αναλυτικά τις μουσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν.

iii. Επέμβαση

Ο θεραπευτής σημειώνει αναλυτικά γενικές ή ειδικές παρατηρήσεις χρησιμοποιώντας αντικειμενικό ή και υποκειμενική ορολογία. Περιλαμβάνονται επίσης στοιχεία που αφορούν το βάρος της κάθε συνάντησης, τον αριθμό των ασθενών που πήραν μέρος στη συνάντηση και τη συναισθηματική τους έκφραση.

iv. Αξιολόγηση

Το τελικό στάδιο της θεραπευτικής πορείας. Εκτιμάται αν οι στόχοι και οι σκοποί που τέθηκαν σε κάθε συνάντηση επιτεύχθηκαν. Εκτιμάται η συνολική πορεία του ασθενούς και αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε σχέση με τους αρχικούς στόχους και σκοπούς της θεραπείας.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.9.6. Δεοντολογικός κώδικας

Ο κώδικας αναφέρεται σε ορισμένες βασικές αρχές που οριοθετούν την επαγγελματική πρακτική και διαφοροποιείται ανάλογα με το εργασιακό περιβάλλον. Ο θεραπευτής οφείλει να επιδιώκει το καλό του ασθενή και να αντιλαμβάνεται τα όρια και τους περιορισμούς που θέτει το επάγγελμα. Αυτό συνεπάγεται ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα για σεβασμό, ασφάλεια και αυτό-προσδιορισμό. Η θεραπεία διακόπτεται όταν δεν υπάρχει άλλο όφελος για τον ασθενή. Επιπλέον, ο θεραπευτής αποφεύγει τις ιδιαίτερες σχέσεις με τον πελάτη. Οι πληροφορίες που βρίσκονται στα χέρια του θεραπευτή δεν πρέπει να κοινοποιούνται. Ισχύει το επαγγελματικό απόρρητο και για τους μουσικοθεραπευτές. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10. Πρωτόκολλο Εργασίας

2.10.1. Δημιουργία πρωτόκολλου εργασίας

Για τη δημιουργία ενός πρωτοκόλλου εργασίας , είναι απαραίτητο να εκτιμηθούν σοβαρά οι παρακάτω παράγοντες :

1. Η αίθουσα της μουσικοθεραπείας
2. Το φυσικό ανθρώπινο σύνολο : οι ασθενείς
3. Το συμβολικό σύνολο : ο ήχος , ή μελωδία, η αρμονία, ο ρυθμός
4. Ο θεραπευτής
5. Η καταγραφή των συναντήσεων

(Μακρής & Μακρή, 2003)

Η καταγραφή των συναντήσεων είναι σημαντική για την πρόοδο της θεραπείας. Κάθε συνάντηση αποτελείται από πέντε στάδια :

- 1) το εισαγωγικό
- 2) τη μουσική θεραπευτική παρέμβαση
- 3) το στάδιο της μεταφοράς
- 4) το στάδιο του σχεδιασμού
- 5) την επανένταξη

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10.2 Εισαγωγικό στάδιο

A. Προσανατολισμός στην ομάδα, στο χώρο και στο χρόνο.

Ο θεραπευτής παρουσιάζεται στους ασθενείς και τους παρουσιάζει το χώρο των συναντήσεων, εξηγεί τους στόχους και τους ρόλους που ο κάθε ασθενής πρέπει να αναλάβει. Τέλος βοηθά τον κάθε ασθενή να ξεπεράσει το άγχος του.(Μακρής & Μακρή,2003)

B. Καθορισμός των σκοπών.

Ο θεραπευτής εξηγεί στην ομάδα τους θεραπευτικούς σκοπούς και τη δομή που θα έχουν οι συναντήσεις και οι δραστηριότητες μέσω των οποίων οι ασθενείς θα πραγματοποιήσουν τις θεραπευτικές αλλαγές.(Μακρής & Μακρή, 2003)

Γ. Διάγνωση της τρέχουσας διάθεσης, του ενδιαφέροντος και των επιπέδων συμπεριφοράς.

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να μιλήσουν, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τη διάθεσή τους, τις σκέψεις και τα προβλήματά τους.(Μακρής & Μακρή, 2003)

Δ. Καθορισμός ατομικών και ομαδικών στόχων.

Ο κάθε ασθενής καθορίζει με την καθοδήγηση του θεραπευτή, το προσωπικό του πρόγραμμα για κάθε συνάντηση. Επίσης εξηγεί τον ρόλο του μέσα στην ομάδα.(Μακρής & Μακρή, 2003)

Ε. Παρουσίαση των προσδοκώμενων θεραπευτικών αποτελεσμάτων

Ο θεραπευτής εξηγεί τις προσδοκίες του στους ασθενείς. Έτσι ο κάθε ασθενής έχει ξεκάθαρα σημεία αναφοράς κατά τη θεραπευτική διαδικασία και θα αντιλαμβάνεται τη σημαντικότητα της κάθε δραστηριότητας.(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10.3. Θεραπευτική μουσική εμπειρία

Η ομαδική θεραπευτική εμπειρία πρέπει να μετατρέψει την θεραπευτική εμπειρία σε μουσική δραστηριότητα. Οι μουσικές δραστηριότητες μπορεί να δημιουργήσουν ένα μοντέλο κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή να γίνουν μέσο έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων, για τους ασθενείς. Σε κάθε συνάντηση ο θεραπευτής θέτει τους στόχους και τους σκοπούς. Οι σκοποί εξαρτώνται από έναν συγκεκριμένο στόχο και καθορίζονται από την περίπτωση του ασθενούς. Σε κάθε στόχο μπορεί να αφιερωθεί μία ή περισσότερες συναντήσεις. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10.4. Μεταφορά

Στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής υπενθυμίζει στον ασθενή τη σχέση της μουσικής εμπειρίας με τη θεραπεία. Το στάδιο αυτό χωρίζεται σε δύο επίπεδα :

- I. Το επίπεδο της σύνδεσης : ο θεραπευτής και οι ασθενείς συζητούν για το πώς τους βοήθησε η μουσική εμπειρία.

- II. Τις προεκτάσεις: ο θεραπευτής και οι ασθενείς συζητούν τις εφαρμογές της μουσικής θεραπευτικής εμπειρίας και την εξέλιξη της θεραπείας τους.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10.5. Σχεδιασμός

Διατυπώνονται από τον θεραπευτή συγκεκριμένα πλάνα για την εξέλιξη της θεραπείας και σχέδια για την εξάσκηση του ασθενή εκτός της ομάδας. Ο ασθενής προσπαθεί να τα τηρήσει όσο καλύτερα μπορεί. Κάθε τμήμα του σχεδίου έχει βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι μπορεί να επιτευχθούν και κατά την επόμενη συνάντηση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

2.10.6. Επανεξέταση

- I. Σύντομη αναφορά των γεγονότων : σύντομη αναφορά από τον θεραπευτή και τον ασθενή σε ότι συνέβη και στην εξέλιξη της θεραπείας
- II. Σύντομη αναφορά στη μουσική θεραπεία : ο ασθενής και ο θεραπευτής εξετάζουν τη συμμετοχή της μουσικής θεραπείας στη μάθηση και στην επιθυμητή θεραπευτική αλλαγή.
- III. Εισαγωγή στην επόμενη συνάντηση: ο θεραπευτή εξηγεί τον χρόνο, τον τόπο και τη φύση της επόμενης συνάντησης και θυμίζει στον ασθενή τις υποχρεώσεις του.

(Μακρής & Μακρή, 2003)

2.11. Παραδείγματα εφαρμογών της Μουσικοθεραπείας

2.11.1. Μουσικοθεραπεία και παθολογικές καταστάσεις

- Μουσικοθεραπεία και καρδιαγγειακός ασθενής

Στην καρδιολογική κλινική του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, έγινε συστηματική μελέτη των επιδράσεων της μουσικής ακρόασης σε διαφορετικές ομάδες

ασθενών, και σε αυτούς που είναι στην στεφανιαία μονάδα εντατικής θεραπείας και την καρδιοχειρουργική ΜΕΘ. Η συστηματική εφαρμογή της μουσικής ως φάρμακο, μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μορφή αγωγής κατά τη νοσηλεία στεφανιαίων ασθενών, διότι η μουσική με πολύ χαμηλό κόστος, αναίμακτα και δίχως παρενέργειες, επιτυγχάνει να μειώσει τη καρδιακή συχνότητα καθώς και την αρτηριακή πίεση, δηλαδή πετυχαίνει έναν επιθυμητό στόχο στον οποίο συνήθως επιτυγχάνει η κλασσική καρδιολογία με τη χορήγηση φαρμάκων. Για την λήψη περισσότερων αξιόπιστων συμπερασμάτων, πρέπει να πραγματοποιηθεί σύγκριση ακρόασης μουσικής και χορήγησης φαρμάκων, με στόχο τη μέτρηση των αιμοδυναμικών δεικτών αλλά και των κλινικών συμβαμάτων (end-points) στις δύο ομάδες. Πρέπει να τονιστεί, πως η μουσικοθεραπεία μπορεί να ενταχθεί ουσιαστικά σε πρόγραμμα αποκατάστασης καρδιοπαθών καθώς βελτιώνει την ανοχή στην άσκηση αλλά και δίνει τη δυνατότητα ελάττωσης της αίσθησης του στρες. (Μακρής & Μακρή 2003)

Συμπερασματικά, μπορεί να γίνει χρήση της μουσικής ως συμπληρωματικό μέσο μαζί με την κλασσική ιατρική. Με τη μουσική μπορούμε να προστατέψουμε τη ψυχοσωματική υγεία, να διατηρηθεί εύρυθμη η εγκεφαλική λειτουργία, όπως και με υγιεινή διατροφή και με σωματική άσκηση καθώς ελαττώνεται η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων. (Μακρής & Μακρή 2003)

- Μουσικοθεραπεία και εγκεφαλική παράλυση

Η μουσική, είναι ένα πεδίο πολλαπλών εμπειριών, η οποία επιδρά στο μυαλό των ανθρώπων, στο σώμα και τα συναισθήματα, διότι διαπερνά το υποσυνείδητό τους και μπορεί να ανακαλύψει τι κρύβεται εκεί. Ο σκοπός ενός μουσικοθεραπευτικού πλαισίου, είναι η ενίσχυση της επικοινωνίας και της δημιουργικότητας σε ένα παιδί με μια σωματική αναπηρία, μέσω της μουσικής σχέσης θεραπευτική- ασθενή. (Μακρής & Μακρή 2003)

Πραγματοποιήθηκε παρέμβαση μέσω της μουσικοθεραπείας σε ασθενή ηλικίας 21 ετών με εγκεφαλική παράλυση, ο οποίος ήταν δύστροπος, χειριστικός, δυσκολευόταν στη χρήση ψαλιδιού, έκανε απότομες και αδέξιες κινήσεις στα χέρια κατά τη χρήση μολυβιού και έκανε απότομες και αδέξιες κινήσεις στα χέρια κατά τη χρήση του μολυβιού. Επιπλέον, παρατηρήθηκε δυσκολία στη μίμηση και στον έλεγχο της κίνησης, υπερευαισθησία στην αφή, αλλά και έλλειψη αυτοπεποίθησης. (Μακρής & Μακρή 2003)

Ο μουσικοθεραπευτής έκανε αυτοσχεδιασμούς στο πιάνο ως μέσο για ρύθμιση και οργάνωση της κινητικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς, ενώ ο ασθενής αυτοσχεδίαζε με τους στίχους. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως ο κλινικός

αυτοσχεδιασμός, η αντανάκλαση, διάφορα γνωστά τραγούδια και η δημιουργία νέων τραγουδιών (songwriting) , με βάση τα θέματα του ασθενή, ώστε να εδραιωθεί και να αναπτυχθεί σταθερότητα μεταξύ της σχέσης του ασθενούς με τον μουσικοθεραπευτή. (Μακρής, Ι., 2003) Στην διαπροσωπική και μουσική σχέση μεταξύ του ασθενούς και του μουσικοθεραπευτή παρατηρήθηκαν τα εξής:

- I. Βελτίωση εξωτερικής εμφάνισης (περισσότερο περιποιημένος).
- II. Αυξανόταν η αναμονή για την συνεδρία. Επίσης, δεν ήθελε να αποχωρήσει στο τέλος της.
- III. Στην αρχή δεν ήθελε να τραγουδήσει, αλλά μετά ξεκίνησε να τραγουδά με ακρίβεια και σταθερότητα, αποκτώντας αυτοπεποίθηση.
- IV. Η ζωή του απέκτησε περισσότερο ενδιαφέρον. Έφερνε πολλούς στίχους στις συνεδρίες, τους οποίους τους προσάρμοζε πολύ εύκολα και μουσικότητα στην μουσική που επέλεγε ο ίδιος.
- V. Πολλοί στίχοι του, είχαν ως θέμα την αγάπη και τον έρωτα, το μίσος, την αγανάκτηση κατά των γιατρών(από ιστορικό λάθος έμεινε καθηλωμένος στο αναπηρικό καροτσάκι). Όσο περνούσαν οι συνεδρίες, σταμάτησε να το αναφέρει όσο στην αρχή.

(Μακρής & Μακρή 2003)

- Μουσικοθεραπεία, καρκίνος και αντιμετώπιση πόνου

Η μουσικοθεραπεία κυρίως χρησιμοποιείται με σκοπό τη χαλάρωση και τη μείωση του άγχους . Στις περιπτώσεις αυτές πάντα χρησιμοποιείται συνδυαστικά με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου. Επίσης συμβάλλει στην ενίσχυση της επικοινωνίας του ασθενή με την οικογένειά του. (Σακαλάκ , 2004)

Σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου, η μουσική χαλαρώνει τον ασθενή και του αποσπά την προσοχή κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών, με σκοπό την γενικότερη ανακούφιση, τη μείωση της ναυτίας και του εμετού. (Σακαλάκ, 2004)

- Μουσικοθεραπεία και νευρολογικά προβλήματα

Συνήθως οι νευρολογικές ασθένειες εμφανίζονται ξαφνικά και εξουθενώνουν τον ασθενή πνευματικά και σωματικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η μουσική μπορεί να συμβάλλει στην ανάκτηση των περισσότερων ικανοτήτων του ατόμου. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην αποκατάσταση της αφασίας, που προκύπτει συνήθως μετά από εγκεφαλική βλάβη. Για τον σκοπό αυτό αναπτύχθηκε η Θεραπείας μελωδικής Ορθοτονίας. Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει την εκμάθηση μικρών προτάσεων με τη βοήθεια απλών επαναλαμβανόμενων μουσικών σχημάτων., συνοδευόμενα από το χτύπημα των δαχτύλων. Ο ασθενής συνήθως είναι πιο πρόθυμος να τραγουδήσει ένα τραγούδι που γνωρίζει. Αυτό βοηθά σημαντικά στην βελτίωση της άρθρωσης, της ευφράδειας και στη διαδικασία σχηματισμού της γλώσσας. (Σακαλάκ, 2004)

- Μουσικοθεραπεία και χειρουργικές επεμβάσεις

Η Standley, αναφέρει τον καθορισμό επτά τεχνικών με τις οποίες η μουσική χρησιμοποιείται σε χειρουργικές καταστάσεις :

1. Παθητική ακρόαση μουσικής

Η τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη ή σε συνδυασμό με αναισθησία, αναλγησία, τεχνικές χαλάρωσης ή απεικονίσεις. Η μουσική χρησιμοποιείται ως αναλγητικό ή αγχολυτικό για να μειώσει τον πόνο, το άγχος ή το στρες, έτσι ώστε οι ασθενείς να έχουν ανάγκη από λιγότερα φάρμακα. Χρησιμοποιείται κυρίως σε εγχειρήσεις, καρκινοπαθείς και σε νεογνική φροντίδα. Σε τέτοιες περιπτώσεις η μουσική ξεκινά πριν από τον πόνο/ φόβο περιλαμβάνοντας κίνητρα και την προοπτική για ανακούφιση του πόνου, του άγχους κ.λπ. Η αγαπημένη μουσική του ασθενή ακούγεται από ακουστικά ελέγχει όσα περισσότερα χαρακτηριστικά μπορεί. Τα εμφανή χαρακτηριστικά της μείωσης του πόνου ή του άγχους ενισχύονται. (Hargreave&Norton, 1997)

2. Ενεργή συμμετοχή στη μουσική

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για να επικεντρώσει την προσοχή στη σωματική δραστηριότητα και/ ή στην κατασκευαστική ικανότητα. Μπορεί να έχει διάφορους στόχους όπως η μείωση του πόνου κατά τη σωματική κίνηση, την αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, την αύξηση της διάρκειας, της δύναμης και του συντονισμού των κινήσεων ή την αύξηση της ικανότητας και της δύναμης του αναπνευστικού. Όπως είναι αναμενόμενο, η μουσική συνήθως χρησιμοποιείται για ασθενείς με μυϊκά προβλήματα, όπως ο χρόνιος πόνος, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η δυσκολία στο βάδισμα ή σε ασθενείς που πάσχουν από αποπληξία, ορθοπεδικές δυσκολίες, εγκαύματα και εγκεφαλική παράλυση. Η τυπική μέθοδος

βασίζεται στην επιλογή κατάλληλης μουσικής, ανάλογα με τη διάγνωση πριν την εκτίμηση των ικανοτήτων του ασθενή. Έπειτα ο θεραπευτής σχεδιάζει και διδάσκει στον ασθενή κατάλληλες ασκήσεις, που βασίζονται σε βασικά στοιχεία της μουσικής, όπως ο ρυθμός. (Hargreave&Norton , 1997)

3. Μουσική και συμβουλευτική

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για να ενισχύσει τη σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή. Οι γενική στόχοι συνοψίζονται στη μείωση του άγχους, των τραυμάτων και του φόβου που σχετίζεται με κάποια ασθένεια ή με τον εαυτό ή με τους σημαντικούς άλλους. Σκοπός είναι η αποδοχή του θανάτου, της αναπηρίας ή του φόβου ή η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων. Το στοιχείο της μουσικής χρησιμοποιείται για να ενισχύσει και να διατηρήσει τις συμβουλευτικές αλληλεπιδράσεις, προσφέροντας ευχαρίστηση, αναπόληση , λεκτική επικοινωνία κ.λπ. (Hargreave&Norton, 1997)

4. Μουσική και εκπαιδευτικά ή αναπτυξιακά αντικείμενα

Στην περίπτωση αυτή η μουσική χρησιμοποιείται ως ανταμοιβή ή για να καθοδηγήσει τη μάθηση. Συνήθως η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε παιδιά που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, όταν η μουσική χρησιμοποιείται ως ανταμοιβή για έναν προκαθορισμένο στόχο, ενισχύει την προσπάθεια ή για μάθηση ή τη μάθηση αυτή καθ' αυτή και ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την ανεξαρτησία. Εναλλακτικά, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη μουσική για να παρέχει ακαδημαϊκές γνώσεις. (Hargreave&Norton , 1997)

5. Μουσική και διέγερση

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί τη μουσική για να διεγείρει ακουστικά τον ασθενή. Σκοπός είναι η ενίσχυση της εμφανούς ανταπόκρισης στα ερεθίσματα, με τη χρήση όλων των αισθήσεων. Για το λόγο αυτό η μουσική συνδυάζεται και με άλλες πηγές ερεθισμάτων (π.χ. οπτικά, κινητικά). Συνήθως χρησιμοποιείται σε ασθενείς σε κόμμα ή ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη, αποπληξία ή σε περιπτώσεις πρόωρου τοκετού. Η αγαπημένη μουσική του ασθενή ακούγεται, συνήθως, από ένα μαξιλάρι ομιλητή, η δόνηση του οποίου μπορεί να προσφέρει επιπλέον ερεθίσματα. Όταν παρατηρηθεί μια εμφανής συμπεριφορά ή μια ψυχολογική αντίδραση, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί συμπεριφορικές τεχνικές για να ενισχύσει τη σχέση ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση. Μετά από ένα χρονικό διάστημα, ο θεραπευτής αντικαθιστά το μουσικό ερέθισμα με ένα λεκτικό, έτσι ώστε ο ασθενής να ανταποκριθεί στην ανθρώπινη φωνή. Μια δεύτερη χρήση της τεχνικής αυτής είναι για τη μείωση της κατάθλιψης ή του άγχους. Σε αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιείται σε ανθρώπους που αναρρώνουν από

σοβαρά εγκαύματα, μεταμοσχεύσεις οργάνων ή μεταδοτικές ασθένειες. Η αγαπημένη μουσική του ασθενή συνδυάζεται με άλλες δραστηριότητες όπως η προβολή εικόνων. (Hargreave&Norton , 1997)

6. Μουσική και βιο-ανατροφοδότηση

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί τη μουσική για να ενισχύσει ή να δομήσει την επίγνωση, τον αυτοέλεγχο και να αντικατοπτρίσει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς, των οποίων οι σωματικές διαταραχές αποδίδονται σε ελεγχόμενους, εσωτερικούς, ψυχολογικούς παράγοντες όπως η χαμηλή πίεση σε στεφανιαίους ασθενείς. Χρησιμοποιείται επίσης σε επιληπτικούς ή άτομα που πάσχουν από ημικρανίες, για να τους βοηθήσει στη διαχείριση του στρες. Η μουσικές προτιμήσεις του ασθενή αναπαράγονται για να τον βοηθήσουν να χαλαρώσει ή για να μειώσουν τους παλμούς της καρδιάς του. Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να αυτοματοποιήσει αυτές τις διαδικασίες κατά την καθημερινότητά του. (Hargreave&Norton , 1997)

2.11.2. Μουσικοθεραπεία και σύνδρομο Turner

Το σύνδρομο Turner, χαρακτηρίζεται από βαριά νοητική καθυστέρηση και από έντονη αυτιστική συμπεριφορά, χωρίς τη δυνατότητα για λεκτική επικοινωνία, κανένα ενδιαφέρον για ομαδικές δραστηριότητες και τέλος, χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία στην δημιουργία σχέσεων με άλλους ανθρώπους. (Μακρής & Μακρή 2003)

Στις πρώτες τρεις συνεδρίες μουσικοθεραπείας, η ασθενής ήταν φοβισμένη, αμήχανη, αποτραβηγμένη με συνεχείς στερεοτυπικές αντιδράσεις (μπρος-πίσω), ανέκφραστη, με χαμηλά το κεφάλι, με χέρια δεμένα στο κοιλία. Είχε μεγάλη άρνηση σε οποιαδήποτε σωματική επαφή (κράτημα χεριών) και ελάχιστη φωνητική έκφραση. Ο πρώτος στόχος που τέθηκε ήταν να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης με ένα σταθερό, ασφαλές και προβλέψιμο πλαίσιο επικοινωνίας, ώστε η ασθενής να αισθανθεί αποδοχή, αγάπη και ευχαρίστηση. Μέσω του κλινικού αυτοσχεδιασμού στο πιάνο σε συνδυασμό με φωνή, αλλά κυρίως μη λεκτικός αυτοσχεδιασμός , πραγματοποιείται καθρεφτισμός των κινήσεων, των εκφράσεων και των ηχητικών γεγονότων. (Μακρής & Μακρή 2003)

Ο μουσικοθεραπευτής ενθάρρυνε την ελεύθερη αυτό-έκφραση. Το μουσικό πλαίσιο ήταν βασισμένο στον ρυθμό και στο ύφος της κίνησής της, στη μελωδία, στη δυναμική και στο ύψος των φωνητικών εκφράσεων της ασθενούς. Κάθε κίνηση και έκφραση της ασθενούς, μπορούσε να ενταχθεί μέσα στο εξελισσόμενο μουσικό πλαίσιο. (Μακρής & Μακρή 2003)

Μετά από κάποιες συνεδρίες, η ασθενής ανταποκρίθηκε στον αυτοσχεδιασμό στο πιάνο. Ένιωθε πιο άνετη στο να χαμογελάσει, να φωνάζει, να εκδηλώσει το θυμό της. Κάποιες φορές, οι φωνητικές εκφράσεις της έμοιαζαν με τραγούδι. Παρατηρήθηκε επίσης, συχνότερη βλεμματική επαφή, ζήτησε να κρατήσει τα χέρια του θεραπευτή και να χορέψει μαζί του. (Μακρής & Μακρή 2003)

Μέσω της μουσικοθεραπείας, υπάρχει η δυνατότητα για έκφραση και επικοινωνία σε μη λεκτικό επίπεδο. Επίσης, ενισχύεται η αυτοσυνείδηση, η συνείδηση της εξωτερικής πραγματικότητας που την περιβάλλει. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, η παράδοση, αποδεκτή στερεοτυπική κίνηση μετατράπηκε σε μια κοινωνικά αποδεκτή και ευχάριστη κινητική δραστηριότητα, τον χορό. Ο χορός μέσω του κρατήματος των χεριών, φέρνει πιο κοντά τον ασθενή με τον θεραπευτή αλλά και βοηθά στην μείωση των στερεοτυπικών κινήσεων, που είναι ένας από τους μακροπρόθεσμους στόχους. Με την βοήθεια των ήχων και της μουσικής, ο θεραπευτής έρχεται πιο κοντά στον ασθενή και ανακαλύπτει τον αληθινό εαυτό του ασθενούς. Στο κόσμο της μουσικής, η επικοινωνία γίνεται ευκολότερη αλλά και πιο αληθινή. Η μουσική είναι η γλώσσα της ψυχής. (Μακρής & Μακρή 2003)

2.11.3. Μουσικοθεραπεία και νοητική υστέρηση

Η μουσική, είναι ένα ιδανικό ερέθισμα για την ενίσχυση του συντονισμού της κίνησης, διότι πρέπει να συνεχίζεται χωρίς διακοπή για να ολοκληρωθεί μια ιδέα. Όλες οι κινήσεις απαιτούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αφύπνιση και τον έλεγχο των μυϊκών δραστηριοτήτων. Αυτό το πολύ σύνθετο σύστημα είναι αρκετά ανώριμο κατά τη γέννηση. Στα φυσιολογικά βρέφη, ωριμάζει ραγδαία και στην ηλικία των έξι ετών, τα περισσότερα παιδιά είναι ικανά στις σύνθετες κινητικές ικανότητες, όπως για παράδειγμα στο πήδημα, στο καλπασμό και στο χοροπηδητό. Αντίθετα, στα άτομα με νοητική υστέρηση, το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, αναπτύσσεται αργά ή δεν ολοκληρώνεται επιτυχώς. Ο εκούσιος κινητικός έλεγχος είναι δύσκολος έως και ακατόρθωτος. Οι κινητικές δραστηριότητες δίνουν την δυνατότητα στα άτομα να εξερευνήσουν το περιβάλλον και η ανάπτυξη των κινητικών ικανοτήτων δημιουργεί θεμέλια στην εκμάθηση. Η μουσική και οι κινητικές δραστηριότητες, έχουν ζωτική σημασία στο θεραπευτικό πρόγραμμα στα άτομα με νοητική υστέρηση. (Davis & συν., 1992)

Τα άτομα που έχουν ήπια ή μέτρια υστέρηση, μπορούν να μάθουν σύνθετες αδρές και λεπτές κινητικές ικανότητες, αλλά σε λιγότερο εξελιγμένο επίπεδο όπου εμφανίζεται στους συνομηλίκους τους. Αντίθετα, οι ασθενείς με σοβαρή νοητική υστέρηση δυσκολεύονται να αναπτύξουν ακόμη και τις βασικές κινητικές δεξιότητες, εξαιτίας των σωματικών και

γνωστικών περιορισμών. Παρόλα αυτά, η μουσικοθεραπεία, μπορεί να προάγει κίνηση ικανή για αυτούς τους ασθενείς με στόχο την ενίσχυση της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Το εύρος των κινητικών δραστηριοτήτων κυμαίνεται από πολύ απλά καθήκοντα, όπως η κίνηση του κεφαλιού ή η κίνηση του ποδιού σε απλό ρυθμό, έως και σύνθετα κινητικά καθήκοντα, όπως τα βήματα σε ένα πολύπλοκο παραδοσιακό χορό. (Davis & συν., 1992)

Ο ρυθμός της μουσικής παρέχει ένα δόμηση και κινητικότητα με σκοπό την βοήθεια των ασθενών για να περπατήσουν, να τρέξουν, να πηδήξουν και να καλπάζουν. Επιπλέον, αυτές οι κινήσεις συνδέονται με την βελτίωση της εικόνας σώματος, την ισορροπία, την μετακίνηση, την ελαστικότητα, την ευκινησία, την δύναμη, την πλευρική κίνηση, την κατευθυνόμενη κίνηση (πάνω/κάτω, δεξιά/αριστερά, μπροστά/πίσω κίνηση), και σε γενική μάθηση. Όπως φαίνεται, η κίνηση σύμφωνα με τον ρυθμό, είναι πιο σημαντική από την επιτυχία. Όσο περισσότερο οι ασθενείς νιώθουν πιο οικεία με τον ρυθμό, ο θεραπευτής τους εμπνέει να κινηθούν μαζί με τη μουσική. Οι αδρές κινητικές δραστηριότητες, όπως ο παραδοσιακός χορός, βοηθούν στην ενδυνάμωση των μεγάλων μυών και στην ανάπτυξη της συνεργασίας, της ευκινησίας και της ισορροπίας. Οι δραστηριότητες που περιλαμβάνουν μουσικά όργανα, όπως το πιάνο, η κιθάρα ή το σαντούρι, βοηθούν στον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας, με σκοπό να βελτιωθούν άλλες ικανότητες όπως το γράψιμο και η ζωγραφική. (Davis & συν., 1992)

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι η περιορισμένη ικανότητα επικοινωνίας. Τα άτομα με ήπια ή μέτρια υστέρηση, είναι πιθανό να αναπτύξουν λειτουργική ομιλία, όμως τα άτομα με σοβαρή υστέρηση αναπτύσσουν μη λεκτική επικοινωνία, όπως βασική νοηματική γλώσσα ή επικοινωνία μέσω πίνακα με εικόνες από τα βασικά αντικείμενα του περιβάλλοντος. Η μουσική, είναι ένα ιδανικό εργαλείο για την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, διότι ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την μελωδία, τον ρυθμό, το τέμπο, τον τόνο, τη δυναμικότητα και τα λόγια με σκοπό να αναπτυχθεί η παραγωγή(λεκτική ή μη λεκτική) και η κατανόηση (η ικανότητα κατανόησης των μηνυμάτων) της γλώσσας αλλά και η ικανότητα εκτέλεσης εντολών. Επιπλέον, η μουσική βοηθά στην ενίσχυση του φωνητικού εύρους, της τονικής διάκρισης, της άρθρωσης και της ποιότητας της φωνής.(Davis & συν., 1992)

Η ακουστική ευαισθητοποίηση ή η αντίληψη των ήχων του περιβάλλοντος, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση της ομιλίας. Τα άτομα με νοητική υστέρηση, έχουν έλλειψη της ικανότητας διάκριση σημαντικών από άχρηστων ακουστικών ερεθισμάτων και επίσης είναι ανίκανοι να αδράξουν το επικοινωνιακό μήνυμα. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει το ακουστικό σύστημα σχεδιάζοντας μουσικές ασκήσεις με σκοπό τη

παρακολούθηση, τον εντοπισμό, την αναγνώριση και την διάκριση μεταξύ ήχων.(Davis & συν., 1992)

Είναι σημαντικό, μια συνεδρία μουσικοθεραπείας να περιλαμβάνει πολλές γλωσσικές εμπειρίες, μέσω της χρήσης κατάλληλων τραγουδιών ανάλογα με την ηλικία με επανάληψη σε μελωδίες και λόγια με στόχο οι ασθενείς να θυμούνται σημαντικά πράγματα και γεγονότα και επίσης μέσω της έμφασης σημαντικών λέξεων σε κάθε τραγούδι. Ο θεραπευτής είναι βασικό να μιλάει καθαρά, να χρησιμοποιεί απλές προτάσεις και να αφήνει να μεγάλο περιθώριο στον ασθενή για να απαντήσει. Για την περαιτέρω ενίσχυση της μάθησης, προτείνεται η χρήση οπτικών ερεθισμάτων, όπως για παράδειγμα στα τραγούδια και στις δραστηριότητες που αφορούν τα Χριστούγεννα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν εικόνες με το χριστουγεννιάτικο δέντρο, τα δώρα και άλλα ανάλογα αντικείμενα. (Davis & συν., 1992)

Κεφάλαιο 3.

ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER

3.1. Εισαγωγή

Ο συνδυασμός της μουσικοθεραπείας με άλλες θεραπείες, έχει αποδειχτεί πολύτιμος για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Αξιοσημείωτο φαινόμενο είναι η ανταπόκριση των ασθενών με νόσο του Alzheimer στη μουσική. Οι μουσικές ικανότητες των ασθενών παραμένουν, ενώ οι η γλώσσα και η ομιλία χειροτερεύουν. Σε ένα άρθρο αναφέρεται η περίπτωση μια γυναίκας η οποία λόγω της νόσου αντιμετώπιζε σοβαρές βλάβες, όπως αφασία, απώλεια μνήμης και απραξία. Παρόλα αυτά μπορούσε να διαβάσει τις νότες ενός απλού τραγουδιού και να παίζει ένα απλό κομμάτι στο ξυλόφωνο. (Σακαλάκ, 2004)

Από σχετικές έρευνες, μαθαίνουμε πως η ποιότητα ζωής των ασθενών με Alzheimer βελτιώνεται πολύ με την χρήση της μουσικοθεραπείας. Ταυτόχρονα αποκτάται η αίσθηση ότι τα άτομα αυτά ανήκουν κάπου και ότι είναι αποδεκτά. (Σακαλάκ, 2004)

Σύμφωνα με τον Prinsley, η μουσικοθεραπεία είναι απαραίτητη στη γηριατρική φροντίδα για τι μειώνει τις συνταγές ηρεμιστικών φαρμάκων, τη χρήση υπνωτικών και συμβάλλει στη γενική αποκατάσταση. Επιπλέον, η μουσικοθεραπεία μπορεί να ανακουφίσει την κατάθλιψη, το άγχος και το θυμό των ατόμων που πάσχουν από Alzheimer και να ελαχιστοποιήσει της αρνητικές συμπεριφορές. (Σακαλάκ, 2004)

3.2. Η επιρροή της μουσικής στους ασθενείς με νόσο του Alzheimer

Σε περιπτώσεις μη ιάσιμων ασθενειών, που επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου όπως η νόσος του Alzheimer, όπου οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν περιθώρια για σημαντική βελτίωση ή παλινδρομούν, οι θεραπευτικές προσπάθειες επικεντρώνονται το να δώσουν μια ποιότητα ζωής στους ασθενείς. Οι μουσικοθεραπευτικές δραστηριότητες ανακουφίζουν τους ηλικιωμένους από την κοινωνική απομόνωση, βελτιώνουν την επικοινωνία και αυξάνουν την κινητική τους δραστηριότητα. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Στις δραστηριότητες συνήθως προτιμούνται ιδιόφωνα και μεμβρανόφωνα κρουστά. Σε ασθενείς που διατηρούν την ικανότητα να μιλούν και να τραγουδούν, η κατάλληλη επιλογή

μουσικής (χωρίς ιδιαίτερα υψηλή τονικότητα, με αργό σχετικά tempoμέτρία ένταση) αποτελεί συναισθηματική διέξοδο. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η ζωντανή/ηχογραφημένη μουσική προκαλεί επιθυμητές συμπεριφορές όπως οπτική επικοινωνία, κινητικές αντιδράσεις, εκφραστική συμπεριφορά και ίσως κάποιες φωνητικές απαντήσεις. Σύμφωνα με τον Clair τραγούδια acapella είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για τα τελευταία στάδια της άνοιας. Το ίδιο και απλές ρυθμικές δραστηριότητες με κρουστά και κίνηση. Όσο επιδεινώνεται η άνοια, τόσο μειώνονται οι δραστηριότητες με ρυθμούς και κίνηση. (Μακρής & Μακρή 2003)

Στο τελευταίο στάδιο της νόσου του Alzheimer η λεκτική επικοινωνία επιτυγχάνεται με λεκτική ή/και σωματική επιβολή από μέρος του θεραπευτή. Η επιβεβαιωτική θεωρία του Feil (1993) βοηθά στην επικοινωνία και την αλληλεπίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, είναι απαραίτητη η αποδοχή ηλικιωμένου, η καλή ακρόαση των προβλημάτων του και η κατανόηση της άποψής του. Η επιβεβαιωτική θεωρία βοηθά τον θεραπευτή να καταλάβει και να ερμηνεύσει τα συναισθήματα των ηλικιωμένων. Βοηθά τους αποπροσανατολισμένους ανθρώπους, μειώνει το άγχος και την επιθετικότητα και ξαναδημιουργεί το αίσθημα του ωραίου. (Μακρής & Μακρή 2003)

Ειδικότερα η μουσική ρυθμίζει και οργανώνει τον αποδιοργανωμένο ανοϊκό, τον προσανατολίζει σε τόπο και χρόνο, εξασκεί τη μνήμη, τη γλώσσα και τη σκέψη και αναπτρώνει τα αισθήματα. Όλα τα παραπάνω οφείλονται στο όργανο της ακοής, στην πλαστικότητα του εγκεφάλου, στην μουσική και τις ιδιότητες της και στην επίδραση της πάνω μας. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

Επιπλέον, σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer παρατηρούνται έντονες ελλείψεις στην μνημονική τους επίδοση, οι οποίες επηρεάζουν την καθημερινή τους λειτουργικότητα. Τα διάφορα είδη της μνήμης, επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε στάδιο της νόσου. Στο αρχικό στάδιο της νόσου παρατηρείται βλάβη στην κωδικοποίηση νέων πληροφοριών, δηλαδή στην επεισοδιακή μνήμη. Σχετικά με την επιρροή της μουσικής στη μνημονική λειτουργικότητα, έχει βρεθεί ότι η μακρόχρονη μνήμη μπορεί να επηρεαστεί θετικά από τραγούδια της παιδικής ηλικίας των ασθενών. Τα τραγούδια αυτά μπορούν επίσης να ενισχύσουν την αλληλεπίδραση των ασθενών με τις οικογένειές τους. Η μουσική λοιπόν λειτουργεί ως «επικοινωνιακή συσκευή». (Τσολάκη & Κουντή- Ζαφειροπούλου, 2006)

Επιπλέον ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η συνθήκη που συνοδεύεται από μουσική ενισχύει τη μνημονική ανάκληση περισσότερο από συνθήκες ησυχίας ή τυχαίου θορύβου. Η απασχόληση με τη μουσική μπορεί να διευκολύνει την αποθήκευση πληροφοριών και γνώσεων στην λεκτική μνήμη. Η ακρόαση μουσικής βοηθά τους

ηλικιωμένους με νοητικές ελλείψεις να παραμείνουν συγκεντρωμένοι και να διατηρήσουν τη προσοχή τους. Παράλληλα παρατηρείται πως οι ικανότητες είναι πιο ανεπτυγμένες σε μουσικούς σε σχέση με άλλα άτομα που δεν έχουν μουσική παιδεία. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

Στην περίπτωση της νόσου του Alzheimer, η ικανότητα ελέγχου και διατήρησης της προσοχής βλάπτεται σε μεγάλο βαθμό. Επίσης ελλείψεις παρατηρούνται στην ικανότητα εκτέλεσης διπλού έργου, ενώ οι βλάβες της προσοχής και της εκτελεστικής λειτουργίας, παρατηρούνται σταδιακά και πριν από την έκπτωση της γλωσσικής ικανότητας. Οι βλάβες αυτές περιλαμβάνουν κυρίως διαδικασίες που απαιτούν την παράλληλη επεξεργασία της πληροφορίας. Στον τομέα της γλώσσας η κυριότερη αδυναμία, στα πρώιμα στάδια, εμφανίζεται στην κατονομασία. Οι ασθενείς μπορούν να αναγνωρίσουν αντικείμενα και είναι σε θέση να γνωρίζουν τη σημασιολογία τους, αλλά δεν μπορούν να τα κατονομάσουν. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η εφαρμογή μουσικοθεραπευτικών προγραμμάτων σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer ενισχύει τις λεκτικές τους εκφράσεις και είναι πιθανό να ακολουθήσει και η ενίσχυση της επικοινωνίας με τους φροντιστές. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

Η έκθεση στα μουσικά ερεθίσματα, κατά την παιδική ηλικία, ενδεχομένως να προκαλέσει την ανάπτυξη περισσότερων διαφορετικών νευρωνικών οδών από εκείνες που αφορούν αποκλειστικά το λόγο και τη γλώσσα, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα σε περίπτωση μελλοντικού εγκεφαλικού επεισοδίου, που ίσως οδηγούσε σε άνοια. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι γλωσσικά και μουσικά ερεθίσματα νευρώνονται διαφορετικά στον εγκέφαλο του ανθρώπου, έτσι ώστε μετά από εγκεφαλικά επεισόδια πολλοί ασθενείς να είναι σε θέση να αντιληφθούν μουσικούς ήχους και να τραγουδούν, ενώ έχουν χάσει την ικανότητά τους να μιλούν. (Τσολάκη & Κουντή-Ζαφειροπούλου, 2006)

3.3. Βασικές προϋποθέσεις της μουσικοθεραπείας σε άτομα με τη νόσο του Alzheimer

Μέσω της μουσικοθεραπείας, επιτυγχάνεται αύξηση συμμετοχής, κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων και μείωση των συνοδών προβλημάτων. Η μουσικοθεραπευτική παρέμβαση, χρησιμεύει ως ερέθισμα για να βοηθήσει την μνημονική ανάκληση και τις γλωσσικές δεξιότητες. Κατά την επίδραση της μουσικής, διατηρούνται αρκετές γνωστικές δεξιότητες των ασθενών. Οι βασικές προϋποθέσεις της μουσικοθεραπείας στα άτομα με την νόσο του Alzheimer, σύμφωνα με τον Γιακουμάκη (2000) είναι :

- Το στάδιο της νόσου που αντιστοιχεί ο ασθενής
- Τα βιογραφικά στοιχεία του ασθενούς
- Η αναλυτική συμπλήρωση Ψυχο- Μουσικού προφίλ όπως:
 - Δελτίο ταυτότητας
 - Μουσική δεκτικότητα (γενική, σε όρισμένα είδη μουσικής, σε ορισμένα μουσικά ακούσματα και σε ορισμένους τύπους οργάνων)
 - Άποψη θεραπευόμενου ως προς την θεραπευτική χρήση της μουσικής
 - Ηχητικό περιβάλλον (οικογένεια, πρόγονοι, εμπειρίες)
 - Το ερωτηματολόγιο της μουσικοθεραπείας
 - Συζήτηση γύρω από την μουσική κουλτούρα
 - συνδυασμός εκφραστικών μέσων

(Κάζης&Τσολάκη, 2005).

Η μουσικοθεραπεία σε ομαδικά πλαίσια , λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε μέσω του γέλιου είτε μέσω του τραγουδιού-μουσικής. Επιπλέον, στοχεύει να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση του ασθενούς. Τέλος, μέσω της επιμονής-εμμονής και της επιμονής, εμψυχώνει και ενθαρρύνει τους πάσχοντες αλλά και τους φροντιστές του, μέσω του τραγουδιού. (Κάζης & Τσολάκη, 2005).

3.4. Στόχοι και σκοποί ενός μουσικοθεραπευτικού προγράμματος στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer

Μέσω της θεραπευτικής μουσικής, μπορεί να δημιουργηθεί ένα απρόσωπο περιβάλλον, όπως για παράδειγμα ο οίκος ευγηρίας), λιγότερο τρομακτικό, που θα βελτιώνει την κοινωνική αλληλεπίδραση και θα ελαττώνει τα συναισθήματα απομόνωσης. Οι παρακάτω στόχοι αποδεικνύουν την μεγάλη έκταση των ωφελειών της μουσικοθεραπείας στους ασθενείς σε οίκους ευγηρίας. (Davis & συν., 1992)

1. Αύξηση της δύναμης των άκρων, την κινητικότητα και την γκάμα της κίνησης
2. Προαγωγή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης
3. Διέγερση της μακρόχρονης μνήμης
4. Της βραχύχρονης μνήμης και άλλων γνωστικών λειτουργιών
5. Βελτίωση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα

6. Βελτίωση της αυτοεκτίμησης
7. Χαλάρωση και μείωση του άγχους
8. Βελτίωση των λεκτικών ικανοτήτων
9. Βελτίωση της προσωπικής υγιεινής
10. Ενίσχυση της εξάσκησης των αισθητήριων οργάνων
11. Βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας
12. Μείωση των ανάρμοστων συμπεριφορών
13. Βελτίωση της ανάκληση αναμνήσεων
14. Διατήρηση του επιπέδου συμμετοχής των ηλικιωμένων που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer
15. Μείωση της άσκοπης κίνησης
16. Μείωση της ταραχής
17. Βελτίωση της κίνησης καθώς και άλλων γενικών και μη κινητικών ικανοτήτων

(Μακρής & Μακρή, 2003)

3.5. Μουσικοθεραπευτικές μέθοδοι

Ο μουσικοθεραπευτής πρέπει να είναι ενήμερος για τις μουσικές προτιμήσεις του ασθενή και να του δίνει τη δυνατότητα όχι μόνο να ακούσει μουσική αλλά και να παίζει. Το πρόγραμμα πρέπει να βελτιώνει τις μουσικές ικανότητες του ασθενή. Οι Clair (1996) και Gibbons (1982b, 1983b) απέδειξαν πως ηλικιωμένοι δεν έχουν μόνο έμφυτη την ικανότητα ανάπτυξης μουσικών ικανοτήτων, αλλά και την ικανότητα να διατηρούν αυτές τις δεξιότητες, έστω και αν υποφέρουν σωματικά ή αν έχουν γνωστικούς περιορισμούς. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Σχετικά με την ικανότητα διάκρισης των ήχων, ο Gibbons απέδειξε πως οι ηλικιωμένοι μπορούν να ξεχωρίσουν αλλαγές απλών ρυθμών και μελωδιών. Ωστόσο μετά τα 65 είναι δύσκολη η διάκριση μικρών αλλαγών τονικότητας ή πολύπλοκων ρυθμικών μοτίβων καθώς παράλληλα έρχεται η μείωση της ακουστικής ικανότητας. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Άρα το παθητικό άκουσμα δεν είναι η μόνη διέξοδος για τους ηλικιωμένους. Τους αρέσει να τραγουδούν και να χορεύουν και η μουσικοθεραπεία να αποτελέσει άξονα για την κοινωνική, συναισθηματική και σωματική επανένταξη τους. Έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι συνήθως ενδιαφέρονται για τη μουσική που ήταν δημοφιλής κατά την έναρξη του ενήλικου βίου τους και αγαπούν εκκλησιαστική και την παραδοσιακή μουσική. (Μακρής & Μακρή, 2003)

3.5.1. Επαναδραστηριοποίηση

Η επαναδραστηριοποίηση είναι η τέχνη του να δώσει κανείς κίνητρα σε έναν ηλικιωμένο, με σκοπό να διεγείρει τη σκέψη του, τη λεκτική επικοινωνία, καθώς επίσης και τις κοινωνικές του ικανότητες. Επομένως οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι διατηρούν τις λεκτικές τους ικανότητες και την επίγνωση του άμεσου περιβάλλοντος είναι πιο κατάλληλοι για αυτό το είδος παρέμβασης. Η επαναδραστηριοποίηση είναι πιο αποδοτική σε μικρές ομάδες και όταν χρησιμοποιούνται μικρές και δομημένες δραστηριότητες. Τα θέματα που συνήθως επιλέγονται μπορεί να αφορούν αντικειμενικά ζητήματα που εστιάζουν στο παρελθόν και το παρόν του ασθενή, όπως η τέχνη ή η μουσική. Η συζήτηση μπορεί να βοηθηθεί από ερεθίσματα όπως αποκόμματα εφημερίδων, η μουσική και οι φωτογραφίες. Η μουσική παρέχει κίνητρα και ερεθίσματα, δημιουργεί μια διάθεση ή εισάγει ένα ειδικό θέμα. Για παράδειγμα αν το θέμα αφορά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, μουσικά ακούσματα της περιόδου αυτής μπορεί να αναζωπυρώσουν τη συζήτηση και να φέρουν στην επιφάνεια αναμνήσεις. Για αυτό η μουσική αποτελεί το κλειδί της επιτυχίας. (Μακρής & Μακρή, 2003)

3.5.2. Προσανατολισμός στην πραγματικότητα

Προσανατολισμό στην πραγματικότητα ονομάζουμε την τεχνική του να χρησιμοποιεί κανείς επαναλήψεις πληροφοριών για να εκπαιδεύσει τους ηλικιωμένους που χάνουν τον προσανατολισμό τους ή είναι σε σύγχυση, αλλά δεν έχουν χάσει ολοκληρωτικά τη σχέση τους με το περιβάλλον. (Μακρής & Μακρή, 2003).

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί πληροφορίες για την επανεκπαίδευση των ατόμων που μπορεί να είναι αποπροσανατολισμένοι και μπερδεμένοι, όπως για παράδειγμα να μην θυμούνται πληροφορίες που αφορούν την ημέρα, ονόματα ανθρώπων, αλλά ακόμη ανησυχούν για τους περιβάλλοντες τους. Οι στόχοι του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, είναι να παρέχει στα άτομα, ακριβή και συνεπή ενημέρωση για το περιβάλλον της/του και ενισχύσει την αυτό-εκτίμηση, και να αυξήσει την ανεξαρτησία.

Περιλαμβάνει την χρήση ρολογιών, των ημερολογίων και έναν πίνακα προσανατολισμού στην πραγματικότητα, ο οποίος περιλαμβάνει πληροφορίες όπως το έτος, ο μήνας, ημέρα της εβδομάδας, τις συνθήκες του καιρού, και τις απερχόμενες διακοπές, με σκοπό το άτομο να θυμάται σημαντικές πληροφορίες για το περιβάλλον του. Ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα, όπως και η επαναδραστηριοποίηση, συνήθως χρησιμοποιείται σε ομάδες ατόμων. (Davis & συν., 1992)

Τέλος, η μέθοδος αυτή είναι πιο αποτελεσματική σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν χρόνια σύγχυση λόγω τραύματος στον εγκέφαλο ή αγγειακής ανεπάρκειας από ότι σε ηλικιωμένους που πάσχουν από διαταραχές όπως η Νόσος του Alzheimer. Και σε αυτή την τεχνική ο ρόλος της μουσικής είναι βασικός καθώς ενθαρρύνει και κινητοποιεί τους ηλικιωμένους. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Η μουσικοθεραπεία είναι ένα αποτελεσματικό κίνητρο, που μπορεί να δώσει ώθηση και να ενθαρρύνει ηλικιωμένους ώστε να συμμετάσχουν σε προγράμματα προσανατολισμού στην πραγματικότητα. Ο Reigler (1980), σύγκρινε ένα πρόγραμμα προσανατολισμού στην πραγματικότητα το οποίο περιείχε μουσική και ένα χωρίς μουσική. Μετά από οκτώ εβδομάδες, στην ομάδα που χρησιμοποιήθηκε μουσική, παρατηρήθηκε πως βελτιώθηκε σημαντικά η γνωστική λειτουργία, καθώς οι ασθενείς μπορούσαν να ανακαλέσουν ονόματα, την ημέρα της εβδομάδας και το μέρος παραμονής. (Davis & συν., 1992)

Σε ακόμη μια μελέτη, οι Bumanis και Yoder (1987), εξέτασαν τα οφέλη του μουσικού και του χορευτικού προγράμματος σε ηλικιωμένους που ήταν ταραγμένοι, αποπροσανατολισμένοι και υπέφεραν από απώλεια μνήμης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, αλλά έδειξαν πως το μουσικό/κινητικό πρόγραμμα βελτίωσε τον ενθουσιασμό, την ετοιμότητα και την κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή. Τέλος, ερευνητές τόνισαν πως χρειάστηκαν έξι μήνες στο πρόγραμμα του προσανατολισμού στην πραγματικότητα για να πετύχουν διαρκείς αλλαγές στην συμπεριφορά. (Davis & συν., 1992)

3.5.3. Αναπόληση

Με βάση τους Butler (1963) και Wylie (1990), αναπόληση ονομάζεται η δομημένη ανάκληση παλαιότερων γεγονότων και εμπειριών. Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη για ηλικιωμένους κατάλληλους για τα δυο προηγούμενα προγράμματα. Ωστόσο οι θεραπείες εδώ μπορεί να είναι τόσο ομαδικές όσο και προσωπικές. Η αναπόληση του παρελθόντος επιτρέπει στους ηλικιωμένους να δουν προοπτική στη ζωή τους και είναι ένα εργαλείο που συμβάλλει στην προσαρμογή τους και επιλύει τις θλίψεις και τα άγχη. (Μακρής & Μακρή,

2003) Παλαιότερα, η προσέγγιση της Ανασκόπησης, θεωρούνταν επικίνδυνη για την ψυχική υγεία του ασθενούς, ενώ τώρα προβλέπεται ως ένα αρκετά βοηθητικό εργαλείο στην βοήθεια των ηλικιωμένων για να δουν την ζωή τους με προοπτική. Ο Butler (1963) υποστήριξε πως η επισκόπηση στο παρελθόν είναι ένα διαδεδομένο, κανονικό γεγονός που μπορεί να είναι βοηθητικό στην ρύθμιση της μεγάλης ηλικίας, ειδικά όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσεις το πένθος και το στρες. (Davis & συν., 1992)

Αυτή η μέθοδος παρέμβασης αυξάνει τη κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, βελτιώνει τις διαπροσωπικές σχέσεις και κάνει πιο έντονη την αυτοεκτίμηση τους. Επιπλέον η αναπόληση θυμίζει στους ηλικιωμένους ασχολίες και κατορθώματα του παρελθόντος δίνοντας έτσι νήμα στην ζωή τους. Παρόλα αυτά αν οι ηλικιωμένοι έζησαν στο παρελθόν κάποια τραυματική εμπειρία, τα αποτελέσματα της τεχνικής αυτής μπορεί να είναι αρνητικά. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Διάφορα ερεθίσματα όπως φωτογραφίες, ενδυμασίες ταινίες, περιοδικά κ.ά. μπορεί να φανούν χρήσιμα στην τεχνική της αναπόλησης. Ο ρόλος της μουσικής είναι σημαντικός και εδώ. (Μακρής & Μακρή, 2003) Επιπρόσθετα, η μουσική μπορεί να είναι ένα δυνατό εργαλείο για την επίτευξη της διαδικασίας. Για παράδειγμα, η μουσική μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της κατάλληλης διάθεσης για την συζήτηση με θέματα τη δουλειά, τους γάμους και άλλα σημαντικά και ιδιαίτερα γεγονότα. Επιπλέον, η μουσική μπορεί να είναι το κεντρικό θέμα συζήτησης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα είδη ή συγκεκριμένες χρονικές περιόδους και έτσι ο θεραπευτής να εστιάσει στις εμπειρίες του ατόμου με την μουσική και κατά πόσο επηρέασε τη ζωή του. Τέλος, τα ιστορικά γεγονότα μπορούν να παρουσιαστούν σε συνδυασμό με μουσική. Για παράδειγμα, τραγούδια από τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, μπορεί να πυροδοτήσουν αναμνήσεις από εκείνη την εποχή. (Davis & συν., 1992)

3.5.4. Εξάσκηση αισθητηρίων οργάνων

Αυτός ο τύπος προσέγγισης εφαρμόζεται σε ηλικιωμένους που έχουν χάσει σε μεγάλο βαθμό τις ικανότητές τους. Χρησιμοποιούνται απλές, δομημένες δραστηριότητες με σκοπό τον ερεθισμό όλων των αισθήσεων. Στοχεύει στην ανάκτηση της επαφής του ασθενή με το περιβάλλον, μέσω δραστηριοτήτων που βελτιώνουν την κοινωνική, τη σωματική και την ψυχική λειτουργία. (Μακρής & Μακρή, 2003) Η προσέγγιση αυτή, μπορεί να είναι βοηθητική σε λειτουργικά άτομα σε οποιοδήποτε βαθμό, αλλά συνήθως χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένα άτομα με σοβαρή παλινδρόμηση όπως για παράδειγμα σε άτομα που είναι απαθή,

μη λεκτικά και αποτραβηγμένα και τέλος στα άτομα που έχουν χάσει την ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους τριγύρω τους. (Davis & συν., 1992)

Η εξάσκηση των αισθητήριων οργάνων χωρίζεται σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά ηλικιωμένους με χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας, μειωμένη διάρκεια προσοχής, ελλείμματα στο γενικό και επιμέρους συντονισμό των κινήσεων και λίγες δεξιότητες επικοινωνίας. Στο επίπεδο αυτό οι στόχοι σχετίζονται με την κινητοποίηση του σώματος, το συντονισμό των κινήσεων και την κοινωνική αλληλεπίδραση. (Μακρής & Μακρή, 2003)

Στις περιπτώσεις αυτές οι μουσικές δραστηριότητες πρέπει να είναι απλές και δομημένες. (Μακρής & Μακρή, 2003) Ο μουσικοθεραπευτής συνήθως χρησιμοποιεί παθητικές δραστηριότητες, δηλαδή αυτές που απαιτούν πολύ μικρή λεκτική και σωματική ανταπόκριση από το άτομο, όπως η ακρόαση μουσικής ή η συμμετοχή σε παθητικές κινητικές δραστηριότητες, στην οποία ο θεραπευτής κινεί ορισμένα μέρη του σώματος (ένα πόδι ή ένα χέρι), για να ενισχύσει την λειτουργία. (Davis & συν., 1992) Οι δραστηριότητες πρέπει να είναι σύντομες με συγκεκριμένες εντολές και ξεκάθαρες οδηγίες από τον θεραπευτή. Οι λεκτικές απαντήσεις δεν είναι απαραίτητες. Το δεύτερο επίπεδο οι μουσικοθεραπευτικές δραστηριότητες στοχεύουν στη μεγαλύτερη βελτίωση της σωματικής επίγνωσης, του χρόνου προσοχής, της μνήμης, της κινητικής λειτουργίας. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται μεγαλύτερη κοινωνική αλληλεπίδραση και ενεργός ρόλος του ασθενή. (Μακρής & Μακρή, 2003)

3.6. Μύθοι και παρανοήσεις

Ένα αποτελεσματικό μουσικοθεραπευτικό πρόγραμμα για ηλικιωμένους, θεσμοθετημένους πελάτες περιλαμβάνει τη ευκαιρία για δημιουργία και παραγωγή μουσικής. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τον Gibbons (1988), πολλά μουσικοθεραπευτικά προγράμματα για ηλικιωμένους δεν έχουν σχεδιαστεί για την ανάπτυξη μουσικών ικανοτήτων ή για την εκμετάλλευση των μουσικών ικανοτήτων που αποκτήθηκαν σε μικρότερη ηλικία. Οι λόγοι αυτής της άποψης, είναι ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι σωματικά και ψυχικά ανίκανοι να τελειοποιήσουν τις απαραίτητες ικανότητες για την εξέλιξη στην μουσική, δεν έχουν διάθεση να μάθουν καινούργιες δεξιότητες ή έχουν λίγο ενδιαφέρον στο να δημιουργήσουν μουσική. Ευτυχώς, η έρευνα βοηθά στην κατάρριψη αυτών των μύθων. Για παράδειγμα, οι Clair(1996) και Gibbons (1982), υποστηρίζουν πως οι ηλικιωμένοι δεν έχουν μόνο την ικανότητα να αναπτύξουν μουσικές δεξιότητες αλλά μπορούν τις διατηρήσουν για όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ακόμη και αν περιοριστούν σε έναν οίκο ευγηρίας ακόμη και αν υποφέρουν από γνωστικούς και σωματικούς περιορισμούς. (Davis & συν., 1992)

Μια επιπλέον ευρέως γνωστή άποψη είναι πως η φωνητική εμβέλεια και η ικανότητα φωνητικής διάκρισης αλλαγής στο ρυθμό και η μελωδική γραμμή μειώνεται με την ηλικία. Η Gibbons υποστηρίζει πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι ικανοί να διακρίνουν φωνητικά απλούς ρυθμούς και μελωδίες. Επισημάνει επίσης, πως με την πρακτική, οι ηλικιωμένοι πελάτες μπορεί να γίνουν ικανοί μουσικοί. Ακόμα μια παρανόηση είναι πως οι ηλικιωμένοι προτιμούν δραστηριότητες που απαιτούν λίγη έως και καθόλου ανταπόκριση με τον θεραπευτή ή με τους περιβάλλοντες του. Ωστόσο, τα φαινόμενα δείχνουν πως οι ηλικιωμένοι ενδιαφέρονται να τραγουδούν, να συνθέτουν, να χορεύουν, να κινούνται και να μαθαίνουν για την μουσική. Ο Palmer (1997), υποστηρίζει επίσης την ενεργώς συμμετοχή των ατόμων με ψυχική ή σωματική αναπηρία σε μουσικές δραστηριότητες. Επιπλέον τονίζει πως η μουσικοθεραπεία είναι σημαντική για την κοινωνική, συναισθηματική και σωματική επανόρθωση. (Davis & συν., 1992)

Τέλος, σε άτομα με άνοια, οι Brotons και Pickett-Cooper (1994), ανακάλυψαν πως το τραγούδι, η μουσική με όργανα και οι κινητικές δραστηριότητες, μαζί με μουσικά παιχνίδια, προτιμούνται σε σχέση με την σύνθεση και τον αυτοσχεδιασμό. Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά για τους θεραπευτές που θέλουν να δημιουργήσουν μια κατάλληλη μουσικοθεραπευτική συνεδρία που να ταιριάζει σε κάθε άτομο. (Davis & συν., 1992)

3.7. Μουσικές δραστηριότητες για ασθενείς με νόσο του Alzheimer

3.7.1. Τραγούδι

Το τραγούδι λειτουργεί ως μέσο έκφρασης και συναισθημάτων. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει το αγαπημένο τραγούδι ασθενούς μαζί με τους στίχους. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί συγκεκριμένους στίχους τραγουδιού, τότε ο θεραπευτής επιλέγει έναν ρυθμό που θα διασκεδάσει τον ασθενή αλλά και μουσικά κομμάτια που ήταν γνωστά στην εποχή του. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να βοηθήσει στην ικανότητα συγκέντρωσης και μνήμης. (Μαργιώτη & συν., 2011)

Διαδικασία:

- I. Ο θεραπευτής γράφει με μεγάλα γράμματα τους στίχους του τραγουδιού και ενθαρρύνει τον ασθενή να τραγουδήσει μαζί του ή να τραγουδήσει μόνος του, ενώ ο θεραπευτής παίζει μουσική. Δόκιμο θα ήταν, το κάθε τραγούδι να είναι γραμμένο σε ξεχωριστή σελίδα. Για να μην μπερδευτεί ο ασθενής, καλό θα ήταν, να μαζεύονται οι σελίδες μετά από τη λήξη του τραγουδιού. Ακόμη και αν δεν τα καταφέρνει, ο

θεραπευτής πρέπει να επιβραβεύει τον ασθενή. Τέλος, η ενθάρρυνση για κίνηση στον ρυθμό της μουσικής είναι απαραίτητη.

(Μαργιώτη & σ.υν., 2011)

- II. Εάν ο ασθενής δυσκολεύεται να τραγουδήσει ή να διαβάσει από την σελίδα, τότε ο θεραπευτής βάζει μόνο μουσική. Ο θεραπευτής, με σκοπό να ενθαρρύνει τον ασθενή, τραγουδάει μαζί με τον ασθενή, ακόμα και αν αυτός δεν ξέρει τα λόγια, απλά αυτοσχεδιάζοντας. (Μαργιώτη & συν., 2011)

3.7.2. Συμμετοχή σε συναυλία

Ο καλύτερος τρόπος για να απολαύσει ο ασθενής την μουσική, τον ρυθμό και την ατμόσφαιρα μιας ζωντανής παράστασης, είναι η συμμετοχή σε μια συναυλία. Μετά τη συναυλία, ο θεραπευτής μπορεί να βρει ένα CD, για να το ακούσει μαζί με τον ασθενή. Μπορεί, μέσω των τραγουδιών, ο ασθενής να θυμηθεί ότι είχε περάσει ωραία και να επεκταθούν τα οφέλη της συγκεκριμένης διαδικασίας. Αν είναι δύσκολο στον ασθενή να παρακολουθήσει μια ζωντανή παράσταση, μπορούν ασθενής και θεραπευτής να παρακολουθήσουν εναλλακτικά μια συναυλία στην τηλεόραση ή να την ακούσουν στο ραδιοφώνo. Αυτή η δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει την ικανότητα συγκέντρωσης, τη μνήμη, την κίνηση και να ενισχύσει την κοινωνικοποίηση. (Μαργιώτη & συν., 2011)

3.7.3. Χρήση μουσικού οργάνου

Είναι αξιοσημείωτο πως η ικανότητα ενός ατόμου να παίζει μουσικό όργανο, ενώ πάσχει από την νόσο του Alzheimer, διατηρείται όταν άλλες έχουν ατονήσει. Η εξάσκηση του ασθενούς σε ένα όργανο, μπορεί να βοηθήσει τις κινητικές του δραστηριότητες. Επίσης, ο ίδιος νιώθει ότι μπορεί να κάνει κάτι δημιουργικό. (Μαργιώτη & συν., 2011)

Ο θεραπευτής αρχικά, μπορεί να ρωτήσει τον ασθενή, αν του άρεσε και αν θέλει να το επαναλάβει. Επιπλέον, μπορεί να του ζητήσει να παίξει κάτι απλό ή ότι του έρχεται στο μυαλό. Τέλος, μπορεί ο θεραπευτής να παίξει μαζί με τον ασθενή ένα άλλο μουσικό όργανο ή να τραγουδήσουν. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να παίξει κάποιο όργανο, μπορεί ο θεραπευτής να του βάλει να παίξει μουσική για εκείνον, ψάχνοντας μια μουσική που ταιριάζει με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του. Μέσω της κοινής απόλαυσης της μουσικής, βελτιώνεται η επικοινωνία μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή καθώς και η προσοχή του ασθενούς. Αυτή η δραστηριότητα βοηθά την ικανότητα συγκέντρωσης, τη μνήμη και βελτιώνει ειδικές κινητικές δεξιότητες. (Μαργιώτη & συν., 2011)

3.7.4. Ο χορός

Μέσω του χορού, ενισχύεται η φυσική κατάσταση αλλά και η διατήρηση της ισορροπίας. Ο θεραπευτής, βάζοντας το άτομο με Alzheimer να χορέψει τραγούδια που τα άκουγε όταν ήταν νέος, μπορεί να τον βοηθήσουν πολύ περισσότερο από το αναμενόμενο. Με το περπάτημα και την κίνηση των χεριών ενισχύεται ο συγχρονισμός των κινήσεων. Αυτή η δραστηριότητα βοηθά την ικανότητα συγκέντρωσης, τη μνήμη και βελτιώνει ειδικές κινητικές δεξιότητες. (Μαργιώτη & συν., 2011)

- I. Ο θεραπευτής ρωτάει τον ασθενή τους αγαπημένους του τραγουδιστές και αγαπημένα συγκροτήματα. Έπειτα, βάζει την μουσική και ρωτάει τον ασθενή: «Θυμάσαι τον τίτλο του τραγουδιού αυτού?» ή «αυτό είναι κιθάρα ή μπουζούκι; Εγώ δεν μπορώ να το αναγνωρίσω, εσύ;». Ο ασθενής μπορεί να θυμηθεί περισσότερα από όσα πιστεύει ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής, μπορεί να ξεκινήσει τον χορό και να ενθαρρύνει και τον ασθενή να χορέψει μαζί του. (Μαργιώτη & συν., 2011)
- II. Αν ο ασθενής έχει μειωμένη κινητικότητα μπορεί ο θεραπευτής, πριν τη μουσική να δώσει του ένα μαντήλι και να του δείξει πως να το κουνάει σύμφωνα με τον ρυθμό της μουσικής με μεγάλες κινήσεις. Ο ρυθμός της μουσικής σε συνδυασμό με το πολύχρωμο θέαμα είναι ερεθίσματα που ενεργοποιούν πολλές γνωστικές κινήσεις. Τέλος, με τη βοήθεια ενός παιδικού μουσικού οργάνου, για παράδειγμα αρμόνιο, μπορεί ο ασθενής να δημιουργήσει ήχους που συνοδεύουν τον ρυθμό της μουσικής. (Μαργιώτη & συν., 2011)

3.7.5. Ακούγοντας τραγούδια εποχής

Τα τραγούδια εποχής συνήθως είναι συνδεδεμένα με χαρούμενα γεγονότα , μπορεί να βοηθήσουν στην ανάκληση σημαντικών αναμνήσεων. (Μαργιώτη & συν., 2011)

Δραστηριότητα:

Ο θεραπευτής επιλέγει τραγούδια που ο ασθενής προτιμά (δημοφιλή δεκαετία '50-'60). Μπορεί, αρχικά, ο θεραπευτής να παίξει μια μελωδία και να ζητήσει να μαντέψει ο ασθενής το τραγούδι. Τα κομμάτια πρέπει να είναι ορχηστρικά χωρίς στίχους. Αν ο θεραπευτής διαπιστώσει πως ο ασθενής δυσκολεύεται μαζί, τότε μπορούν να ακούσουν ένα τραγούδι μαζί και να ζητήσει τον τίτλο από τον ασθενή. (Μαργιώτη & συν., 2011)

3.7.6. Δημιουργία ιστορίας για ένα τραγούδι

Ο σκοπός αυτής της δραστηριότητας είναι να χαλαρώσει ο ασθενής και να ανασύρει μνήμες από το παρελθόν. Μέσω αυτής της δραστηριότητας, ενισχύεται η ικανότητα συγκέντρωσης και μνήμης. (Μαργιώτη & συν., 2011)

Δραστηριότητα:

- I. Ο θεραπευτής φτιάχνει μια λίστα και ένα CD με τα αγαπημένα τραγούδια του ασθενούς. Κάθε φορά που θα βάζει το CD ο θεραπευτής, ζητά μετά από κάθε ένα τραγούδι τον ασθενή να μια ιστορία που θυμάται και που συνδέεται με το συγκεκριμένο τραγούδι. (Μαργιώτη & συν., 2011)
- II. Αν υπάρχει δυσκολία να θυμηθεί ή να περιγράψει στιγμές, γεγονότα και πρόσωπα που συνδέονται με τα τραγούδια, ο θεραπευτής μπορεί να τον ρωτήσει τι του αρέσει σε αυτά τα τραγούδια και να τα βάλει στα αγαπημένα του. (Μαργιώτη & συν., 2011)

4.1.Επίδραση της Μουσικοθεραπείας στο άγχος και στην κατάθλιψη στους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη

Σύμφωνα με μια σύγχρονη μελέτη, 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από την νόσο του Alzheimer ή συγγενείς διαταραχές, ενώ παρατηρήθηκαν σε όλον τον κόσμο, αυτόν τον χρόνο, νέα κρούσματα που έφτασαν τα 4,6 εκατομμύρια. Ο αριθμός των ασθενών πιθανότατα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια και ίσως φτάσει τα 43,2 εκατομμύρια το 2020 και τα 81,1 εκατομμύρια το 2040. Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή εκφυλιστική ασθένεια με μόνο το μισό των περιπτώσεων να έχει διάγνωση και το 1/3 να λαμβάνει θεραπεία. Με τον διπλασιασμό των περιπτώσεων, που αναμένεται τις επόμενες δεκαετίες, αυτή η εξελικτική ασθένεια θα αποτελεί μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου του Alzheimer είναι η βλάβη της γνωστικής λειτουργίας, με μεγάλο αντίκτυπο στις επαγγελματικές και κοινωνικές/οικογενειακές δραστηριότητες του ατόμου. Επίσης συναισθηματικές μεταβολές και διαταραχές στη συμπεριφορά εμφανίζονται σταδιακά. Πιθανή είναι και η ανάπτυξη διάφορων τύπων κατάθλιψης και αγχωτικών διαταραχών, οι οποίοι αποτελούν τις πρώτες μη γνωστικές εκφράσεις της νόσου. Οι ψυχολογικές/συμπεριφορικές διαταραχές που εμφανίζονται από την έναρξη της νόσου είναι οι τάσεις απομόνωσης, η απάθεια, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η σταδιακή απόσυρση από δραστηριότητες. Αυτές οι διαταραχές συχνά σχετίζονται με την ευερεθιστότητα, την επιθετικότητα και ασυνήθιστες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Πρόσφατες κλινικές μελέτες, στην λειτουργική νευροαπεικόνιση, ήταν σε θέση να αποδείξουν τον θετικό ρόλο της μουσικοθεραπείας στην αντιμετώπιση της νόσου του Αλτσχάιμερ. Η μουσικοθεραπεία βασίζεται σε δύο θεμελιώδεις μεθόδους, μια "δεκτική" μέθοδο ακρόασης μουσικής και μια "ενεργή" μέθοδο, που βασίζεται στην χρήση μουσικών οργάνων. Η μουσικοθεραπεία ορίστηκε από τον Munro και Mount ως *η σκόπιμη χρήση των δυνατοτήτων της μουσικής και τις επιπτώσεις της στην ανθρώπινη ύπαρξη*.

Η δεκτική μουσικοθεραπεία έγινε αντιληπτή από τον Biley ως *ελεγχόμενη μέθοδος ακρόασης της μουσικής, χρησιμοποιώντας την για φυσιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις για το άτομο κατά την διάρκεια της θεραπείας για μια ασθένεια ή ένα τραύμα*. Γίνεται μια διάκριση μεταξύ δύο τύπων της δεκτικής μουσικοθεραπείας: (1)

δεκτική "χαλαρωτική" μουσικοθεραπεία : αυτή η μέθοδος είναι παρόμοια με άλλες προσεγγίσεις, όπως η ύπνωση, σοφρονολογία (η μελέτη της συνείδησης σε αρμονία) και της χαλάρωσης γενικότερα, και συχνά χρησιμοποιείται για την θεραπεία του άγχους, της κατάθλιψης και των γνωστικών διαταραχών. (2) δεκτική "αναλυτική" μουσικοθεραπεία : σε αυτή την περίπτωση, η μουσική χρησιμοποιείται σαν μέσο για "αναλυτική" μουσικοθεραπεία. Ο στόχος είναι η ενθάρρυνση της έκφρασης και της ανάπτυξης της σκέψης.

Μπορεί, έτσι, να επιτρέψει στους ασθενείς με γνωστικές διαταραχές να τονώσουν, να χρησιμοποιήσουν και να ανακαλύψουν τις υπόλοιπες ικανότητες που παρέμειναν. αυτή η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ενθαρρύνει την συναισθηματική και υποστήριξη της αυτο-βελτίωσης. Μπορεί να θεωρηθεί σαν τύπος ψυχοθεραπείας που ασκείται σύμφωνα με τις σύγχρονες τάσεις στην ψυχοθεραπεία. Η πιο διαδεδομένη μέθοδος, στο πλαίσιο της άνοιας, είναι η δεκτική "χαλαρωτική" μουσικοθεραπεία. Η χρήση αυτής της μεθόδου είναι μπορεί να περιορίσει την συχνότητα και την έκταση των συναισθηματικών και ψυχολογικών/συμπεριφορικών διαταραχών. Η μουσική είναι ένα σπουδαίο εργαλείο για την διέγερση συναισθημάτων και μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να εκφραστούν λεκτικά. Η μουσικοθεραπεία ενεργοποιεί την πνευματική λειτουργία, δρα στο άγχος και στη κατάθλιψη και έτσι βελτιώνει σημαντικά την αυτονομία των ασθενών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μουσική επιλέγεται με βάση την προσωπική εμπειρία, η οποία θα αφυπνίσει την μνήμη προκαλώντας αυτοβιογραφικά γεγονότα. Η ακρόαση της μουσικής, μαζί με τον αποτελεσματικό παράγοντα χαλάρωσης, επηρεάζει πολλούς τομείς. Μεγάλη σημασία έχει η επιλογή της μουσικής, καθώς συνδέεται με την προσωπική εμπειρία του ατόμου. Οι παρακάτω μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η μουσικοθεραπεία έχει χαλαρωτικές επιπτώσεις στους ασθενείς που πάσχουν από την νόσο του Alzheimer.

Μια πειραματική προκαταρκτική μελέτη, έδειξε την σκοπιμότητα και το όφελος των ατομικών συνεδριών της δεκτικής μουσικοθεραπείας. Σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος και την κατάθλιψη ($p < 0,001$) παρατηρήθηκαν από την πρώτη συνεδρία και διατηρήθηκαν σημαντικά κατά την διάρκεια των επόμενων συνεδριών. Η σωματική και η ψυχική επιβάρυνση που παρατηρούνταν από τον κύριο φροντιστή, μειώθηκε σημαντικά ($p < 0,01$). Οι συνεδρίες βοήθησαν στην ενίσχυση της γνωστικής λειτουργίας μέσω της ενθάρρυνσης της κωδικοποίησης της μνήμης και της ανάκλησης. Τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής αυτής μελέτης,παρείχαν τη δυνατότητα εκτίμησης του αριθμού των ατόμων που απαιτούνται για την διεξαγωγή μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης, είναι να αξιολογήσει την επίδραση της βραχυπρόθεσμης και μεσοπρόθεσμης μουσικοθεραπείας στις αγχώδεις διαταραχές σε ασθενείς που πάσχουν από ήπια έως μέτρια στάδια της νόσου. Οι

δευτερεύων στόχοι σχετίζονται με την κατάθλιψη και την περαιτέρω επίδραση της μουσικοθεραπείας για διάρκεια δύο μηνών μετά την διακοπή των συνεδριών.

Υλικά και μέθοδοι

Συγκατάθεση

Αυτή η μελέτη παρέλαβε θετική γνωμοδότηση από την επιτροπή δεοντολογίας, όπως απαιτείται από την γαλλική νομοθεσία της βιοηθικής, παρόλο που η μελέτη δεν απαιτεί κανένα επιπλέον ρίσκο (μουσικοθεραπευτική συνεδρία, καμία απομείωση της σωματικής ή ψυχολογικής ακεραιότητας). Πριν την έναρξη της μελέτης δυνητικά επιλεγμένα άτομα (ή η οικογένεια ή νόμιμος εκπρόσωπος), υπέγραψαν συναινετικό έντυπο για να λάβουν μέρος. Ο σχεδιασμός αντιστοιχούσε σε μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, συγκριτική, μελέτη και πραγματοποιήθηκε σε ένα κέντρο, με αποτελέσματα που αξιολογούνται κάτω τυφλές συνθήκες. Η μελέτη διεξήχθη με συνολική διάρκεια 18 μηνών, με μια περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών.

Πληθυσμός μελέτης

Οι ασθενείς που συμμετείχαν διέμεναν στο γηροκομείο Les Violettes στο Montpellier κατά την περίοδο του Σεπτεμβρίου του 2007 μέχρι τον Απρίλιο του 2008. Όλοι έπασχαν από ήπια μέχρι μέτρια άνοια τύπου Alzheimer. Ο κάθε ασθενής έπρεπε να έχει σκορ στο Mini Mental State Evaluation μεταξύ 12 και 25 και στο Hamilton Anxiety Scale σκορ τουλάχιστον 12. Οι ασθενείς ήταν γυναίκες ή άντρες μεταξύ 70-95 ετών, με επαρκή προφορική ή γραπτή έκφραση, οπτικές και ακουστικές δυνατότητες (ακουστικά βοηθήματα δεν επιτρεπόταν). Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν σταθερή αντιχολινεργική θεραπεία για 6 μήνες. Η ψυχοτροπική και αγχολυτική θεραπεία επιτράπη σε σταθερές μειωμένες δόσεις. Οι ασθενείς που πολύ πιθανό ήταν να μην συμμορφωθούν με το πρωτόκολλο ή να παρατήσουν την μελέτη καθώς και αυτοί που έπασχαν από απειλητική ασθένεια για την ζωή τους κατά τη διάρκεια της προβλεπόμενης περιόδου, δεν συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Επίσης οι ασθενείς με άλλες νευρολογικές διαταραχές, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Parkinson, επιληψία, άνοια με σωμάτια Lewy, ψευδαισθήσεις, ανεξήγητα επεισόδια σύγχυσης, άνοια πιθανώς αγγειακής προέλευσης (τροποποιημένη Hachinski ισχαιμία με σκορ 14), μετωπική άνοια (μετωπικό σκορ 13) και ψυχιατρικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, διπολικές διαταραχές ή κατάθλιψη σύμφωνα με τα μείζονα κριτήρια καταθλιπτικής διαταραχής του DSM-IV), δεν συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη.

Το μέγεθος του δείγματος

Ο αριθμός του αντικειμένου που απαιτήθηκε ήταν 15 άτομα ανά ομάδα. Τριάντα άτομα συνολικά περιλήφθηκαν στο πλαίσιο της μελέτης.

Επίσημα φάρμακα/ ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή

Όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα και παρασκευάσματα, τα οποία λαμβάνονταν από τους ασθενείς κατά την διάρκεια της μελέτης, καταγράφηκαν με τη μορφή ατομικής έκθεσης αναφέροντας όνομα, δοσολογία, συμπτώματα και διάρκεια θεραπείας. Σε κάθε επίσκεψη καταγράφονταν η πρόσληψη των φαρμάκων. Κατά την διάρκεια της μελέτης δεν σημειώθηκε καμία τροποποίηση στην φαρμακευτική αγωγή ή σημαντικές αλλαγές στην πρόσληψη των φαρμάκων, ανεξάρτητα από την θεραπευτική κατηγορία και την ομάδα των ασθενών.

Μέθοδος

Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν , υποβλήθηκαν σε κλινική αξιολόγηση και νευροψυχολογική αξιολόγηση την πρώτη μέρα (H1), την 4 εβδομάδα(E4), την E8, την E16 και την E24. Κάθε άτομο υποβλήθηκε σε κλινική αξιολόγηση από νευρολόγο με εμπειρία στη διάγνωση του Alzheimer, μαζί με νευροψυχολόγο και πραγματοποίησαν όλες τις προβλεπόμενες δοκιμές και εξετάσεις. Η τοποθέτηση των τριάντα ασθενών στις δύο ομάδες έγινε τυχαία, δηλαδή 15 άτομα σε κάθε ομάδα. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν την E4,E8,E16 και E24. Η μία ομάδα των ασθενών που υποβάλλεται σε μουσικοθεραπεία, οι συνεδρίες γίνονταν μια φορά την εβδομάδα μεταξύ της H1 και της E16. Οι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου, χωρίς μουσικοθεραπεία, συμμετείχαν σε διαφορετικού είδους συνεδρίες (ανάπαυση και διάβασμα) κάτω από τις ίδιες συνθήκες και στα ίδια χρονικά διαστήματα. Τα αποτελέσματα που λήφθηκαν την H1,E4,E8,E16 και E24 συλλέχθηκαν από ανεξάρτητο νευροψυχολόγο εκτιμητή που δεν ανήκει στην ομάδα φροντίδας και δεν γνωρίζει το είδος της παρέμβασης.

Μέθοδος παρέμβασης

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δεκτική ατομική μέθοδος μουσικοθεραπείας. Η μέθοδος αυτή μπορεί να μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη και τη διέγερση των ασθενών που πάσχουν από την νόσο του Alzheimer. Η επιλογή της μουσικής έγινε με βάση την προσωπική προτίμηση των ασθενών μετά από μια συνέντευξη/ερωτηματολόγιο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό η μουσική να συνδέεται με την προσωπική εμπειρία του ατόμου. Το ύφος της μουσικής που επιλέγεται, διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά και από μια συνεδρία σε μια άλλη, για τον ίδιο ασθενή. Το Centre Hospitalier Regional de Montpellier (CHRU) και η Association de Musicotherapie Application et RecherchesCliniques (AMARC) , σχεδίασε ένα πρόγραμμα στον υπολογιστή για αυτό τον σκοπό. Αυτό το πρόγραμμα

επιτρέπει την επιλογή μουσικής ακολουθίας που ταιριάζει με το αίτημα του ασθενούς από διάφορα μουσικά στυλ που πρότεινε (κλασσική μουσική, τζαζ, μουσικές του κόσμου, διάφορες). Η πρότυπη μουσική ακολουθία, διάρκειας 20 λεπτών, είναι κατανεμημένη σε διάφορες φάσεις, οι οποίες σταδιακά φέρουν τον ασθενή σε κατάσταση χαλάρωσης σύμφωνα με τη νέα μέθοδο "U sequence". Η μέθοδος αυτή λειτουργεί με τον περιορισμό του μουσικού ρυθμού, τον ορχηστικό σχηματισμό, την αλλαγή της συχνότητας και της έντασης (φθίνουσα "U" φάση).

Μετά από μια φάση μέγιστης χαλάρωσης (κάτω "U" τμήμα), ακολουθεί μια εκ νέου αναζωογονητική φάση (αύξων "U" τμήμα). Όλες οι μουσικές ακολουθίες, που κατασκευάστηκαν χρησιμοποιώντας την μέθοδο "U sequence", είχαν δημιουργηθεί ειδικά από την εκδοτική εταιρία ηχογράφησης, MusicCare. Η μουσική μεταδίδεται μέσω ακουστικών στα δωμάτια των ασθενών. Οι ασθενείς ήταν είτε σε ύπτια θέση είτε καθισμένοι σε μια άνετη πολυθρόνα. Επίσης, τους δόθηκε μια μάσκα, ώστε να αποφύγουν τα οπτικά ερεθίσματα, ενθαρρύνοντάς τους έτσι να επικεντρωθούν στην μουσική.

Τυχαιοποίηση

Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν στις ομάδες τυχαία στο τέλος της πρώτης επίσκεψης, μετά από την ενημέρωση του ασθενούς, την επαλήθευση των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, και την υπογραφή του έντυπου συγκατάθεσης. Η τυχαία επιλογή έγινε σε μπλοκ των τεσσάρων από τη μεθοδολογική ομάδα (Clinical Research Unit, Μονπελιέ CHRU).

Τελικά σημεία της μελέτης

Το κύριο καταληκτικό σημείο της μελέτης αντιστοιχεί στο άγχος μεταξύ της H1 και της E16, που μετράται με τη κλίμακα Hamilton, με το τελικό σκορ να κυμαίνεται από το 0 έως το 56. Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 14 στοιχεία που καλύπτουν όλους τους τομείς του ψυχοσωματικού άγχους.

Τα δευτερεύον καταληκτικά σημεία, αντιστοιχούν στην κατάθλιψη, η οποία μετράται με το σκορ του ερωτηματολογίου της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (GDS). Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης που αποτελείται από 30 διχοτομικά ερωτήματα, αντιληπτή ως διαγνωστικό εργαλείο για την αξιολόγηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Η μέγιστη βαθμολογία είναι 30.

Αποτελέσματα

Δύο ασθενείς αποσύρθηκαν πρόωρα από την ομάδα θεραπείας. Ο πρώτος μεταξύ της E8 και E16, λόγω ενός συνοδού γεγονότος που δεν σχετίζεται με την μελέτη (απειλητική για τη ζωή κατάσταση, νοσηλεία), και ο δεύτερος απεβίωσε μεταξύ E16 και E24. Επίσης, τέσσερις ασθενείς αποσύρθηκαν από την ομάδα ελέγχου : ένας μεταξύ της E4 και E8 λόγω εγκατάλειψης, ένας μεταξύ E4 και E8 λόγω ενός συνοδού γεγονότος που δεν σχετίζεται με την μελέτη (νοσηλεία), ένας ασθενής απεβίωσε μεταξύ της E4 και E8 και ο τελευταίος ασθενής απεβίωσε μεταξύ της E16 και E24.

Η συγκρισιμότητα των δύο ομάδων επιβεβαιώθηκε μετά την ένταξη (πίνακας 2) για τα κύρια δημογραφικά, κοινωνικοπολιτισμικά και ιατρικά χαρακτηριστικά. Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες κατά την ένταξή τους στα δημογραφικά και κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα καθώς και στο ιστορικό της ασθένειας, εκτός από την ύπαρξη μεγαλύτερου βαθμού γυναικών στην ομάδα της μουσικοθεραπείας. Τα δεδομένα που σχετίζονται με την κλινική εξέταση των ασθενών περιγράφονται και συγκρίνονται μεταξύ των δύο ομάδων στον πίνακα 2. Παρουσιάζονται, η βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton, η βαθμολογία του MMSE και η βαθμολογία του GDS, το οποίο λαμβάνεται στην πρώτη επίσκεψη. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσο αφορά τις βαθμολογίες στην κλίμακα Hamilton, GDS και MMSE, κατά την ένταξη των ασθενών.

Μεταβλητές	Μουσικοθεραπεία		Ομάδα Ελέγχου	
Φύλο*				
- Άντρας	2	13.3.	6	40
- Γυναίκα	13	86.7	9	60
- Συνολικό	15	-	15	-
Οικογενειακή κατάσταση*				
- Ελεύθερος	3	20	4	26.7
- ζει με σύντροφο	2	13.3	0	0
- χήρος ή διαζευγμένος	10	66.7	11	73.3
- συνολικό	15	-	15	-
Τόπος διαμονής*				
- μεγάλη πόλη	9	60	8	53.3
- μεσαίου μεγέθους πόλη	2	13.3	4	26.7
- αγροτικό περιβάλλον	4	26.7	3	20
- συνολικό	15	-	15	-
Μορφωτικό επίπεδο*				
- < Επίπεδο Γενικό Πιστοποιητικό Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	12	80	9	60
- Πρωτοβάθμια	2	13.3	2	13.3
- Ανώτερη εκπαίδευση	1	6.7	4	26.7
- Συνολικό	15	-	15	-
Πρόσφατο επάγγελμα*				

- Άνεργος	3	20	2	13.3
- Αγρότης	0	0	1	6.7
- Μεσαίος μανάτζερ	5	33.3	3	20
- Εργάτης	7	46.7	6	40
- Ελεύθερος επιχειρηματίας	0	0	1	6.7
- Διευθυντής	0	0	2	13.3
- Συνολικό	15	-	15	-
Σωματική θεραπεία*				
- Γνωστική διέγερση	2	40	1	33.3
- Φυσιοθεραπεία	2	40	3	66.7
- Λογοθεραπεία	1	20	0	0
- Συνολικό	5	-	4	-
Ηλικία, χρόνια**	85.2±6	75/93	86.9±5.2	74/95
Ιστορικό διάγνωσης, χρόνια**	42.4±22.6	0/84	40±19.1	12/84
Ηλικία διάγνωσης, χρόνια **	81.5±6.4	71/93	83.6±5.9	70/93
Κλίμακα Hamilton για το άγχος**	22±5.3	14/29	21.1±5.6	12/29
Σκορ GDS**	16.7±6.2	6/26	11.8±7.4	1/27
MMSE**	19.8±4.4	12/25	20.7±3.4	12/25

*Τα αριθμητικά στοιχεία είναι αριθμοί και ποσοστά.

*Τα αριθμητικά στοιχεία είναι Μ.Ο± SD και διακυμάνσεις (min./max.).

Πίνακας 2: Τυχαιοποιημένη συγκριτική μελέτη

Επίδραση της Μουσικοθεραπείας στο άγχος

Το σκορ της κλίμακας Hamilton , προσδιορίστηκε μετά από κάθε επίσκεψη. Την Η1, τα επίπεδα άγχους ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο ομάδων: 22 (85.3) για την μουσικοθεραπεία και 21.1 (85.6) για την ομάδα ελέγχου. Αυτό το επίπεδο ελαττώθηκε στην ομάδα της μουσικοθεραπείας την Ε16, 8.4 (83.4) έναντι 20.8 (86.2) για την ομάδα ελέγχου. Οι μεταβολές ανάμεσα στην Η1 και την Ε16 ήταν πολύ διαφορετικές μεταξύ των 2 ομάδων όσον αναφορά το τελικό σημείο της μελέτης. Ο πίνακας 3, δείχνει τις τιμές που καταγράφηκαν για την κλίμακα Hamilton κατά την διάρκεια 4 εξετάσεων (Η1,Ε4,Ε8 και Ε16) καθώς και τις διακυμάνσεις που σημειώθηκαν από την μια εξέταση στην άλλη. Μετά από 16 εβδομάδες, η βελτίωση στην ομάδα της μουσικοθεραπείας ήταν περίπου στις 13.2 μονάδες (85.2), δηλαδή 60%. Στην ομάδα ελέγχου, η βελτίωση ήταν της τάξης των 0.9 μονάδων (87.4), δηλαδή 4,3%.

ΟΜΑΔΑ	ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΟΜΑΔΑ	ΕΛΕΓΧΟΥ	p
A	M.O. ± SD Ελαχ/Μεγ	A	M.O. Ελαχ / Μεγ	
Τιμή				

Άγχος H0	15	22.0 ± 5.3	14/29	15	21.1 ± 5.6	12/29	NS
Άγχος E4	11	15.5 ± 3.7	6/21	15	20.7 ± 4.7	12/28	0.002
Άγχος E8	11	12.6 ± 5.2	6/24	12	22.2 ± 4.5	14/27	<0.001
Άγχος E16	14	8.4 ± 3.7	2/15	12	20.8 ± 6.2	7/28	<0.001
Μεταβολές							
H0- E4	15	-6.5±2.2	-15/0	15	-0.4 ± 2.7	-4/8	<0.001
E4- E8	15	-2.9± 5.5	-12/5	12	0.8± 3.9	-8/9	M.Σ.
E8-E16	14	-4.6± 4.8	-13/2	12	-1,4± 4.5	-19/4	M.Σ.
H0-E16	14	-1.32± 5.2	-21/-4	12	-0.9±7,4	-20/13	<0.001

Πίνακας 3 : μέτρηση του άγχους χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Hamilton : τιμές κατά την H0, E4, E8, E16 και μεταβολές ανάμεσα στις τέσσερις μετρήσεις. Όπου A = αριθμός συμμετεχόντων, M.O. = μέσος όρος, M.Σ. = μη σημαντικό

Επιμονή του αποτελέσματος της Μουσικοθεραπείας την E24.

Με σκοπό να διαπιστωθεί αν η θεραπεία μέσω της μουσικής έχει επίμονη επίδραση στους 6 μήνες, δηλαδή 2 μήνες μετά την διακοπή των συνεδριών, συγκρίθηκαν οι βαθμολογίες που προέκυψαν μεταξύ των 2 ομάδων. Ο πίνακας 4 περιγράφει και συγκρίνει το σκορ της κλίμακας Hamilton την E24. Η διαφορά μεταξύ της H1 και της E24 φάνηκε να είναι σημαντική όσο αφορά το τελικό σημείο (p=0.002), μαζί με την διαφορά μεταξύ των E16 και E24 (πίνακας 4).

ΟΜΑΔΑ	ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ			ΟΜΑΔΑ	ΕΛΕΓΧΟΥ		P
A	M.O ±SD	Ελαχ/Μεγ		A	M.O. ±SD	Ελαχ/ Μεγ	
Τιμή							
Άγχος E24	13	10.6 ± 6.3	2/20	11	20.5 ± 5.4	10/27	<0.001
Μεταβολές							
H0-E24	13	-11.5±7.2	-22/-1	11	-1.5 ± 6.8	-17/9	0.002
E16-E24	13	2.1 ± 3.7	-4/-8	11	-0.8± 2.8	-7/3	0.046

Πίνακας 4 : μελέτη της επίμονης επίδρασης της μουσικοθεραπείας στο άγχος. Όπου A = αριθμός συμμετεχόντων, M.O. = μέσος όρος, M.Σ. = μη σημαντικό

Η επίδραση της μουσικοθεραπείας στην κατάθλιψη

Η επίδραση της μουσικοθεραπείας στην κατάθλιψη αξιολογήθηκε επίσης. Στην εικόνα 5 και στον πίνακα 5 φαίνονται οι τιμές του GDS που λήφθηκαν κατά την διάρκεια των

επισκέψεων, μαζί με τις διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν από την μια εξέταση στην άλλη. Αλλαγές μεταξύ E1 και E16: Την H1, η μέση βαθμολογία ήταν 16.7 (86.2) για την ομάδα μουσικοθεραπείας και 11.8 (87.4) για την ομάδα ελέγχου. Αν και οι συνολικές μεταβολές δεν ήταν σημαντικές κατά την πάροδο του χρόνου, η κάθε ομάδα προχώρησε σε διαφορετικό τρόπο κατά την διάρκεια της παρακολούθησης (σημαντικός χρόνος/αλληλεπίδραση ομάδας $p=0.0095$).

Μουσικοθεραπεία				Ομάδα Ελέγχου			P
	A	M.o±SD	ελαχ./μέγ.	A	M.o±SD	ελαχ./μέγ.	
Τιμή							
Κατ. H0	15	16.7±6.2	6/26	15	11.8±7.4	1/27	ΜΣ
Κατ.E4	15	13.1±6.1	5/26	15	12.1±7.2	4/25	0.046
Κατ.E8	15	11.4±5.0	4/22	12	12.4±5.6	6/23	0.009
Κατ.E16	14	8.9±3.3	4/14	12	11.2±6.1	4/25	0.002
Μεταβολή							
H0-E4	15	-3,5±4.6	-13/3	15	0.3±2.8	-3/6	0.04
E4-E8	15	-1,7±2.8	-7/2	12	0.6±4.2	-5/8	ΜΣ
E8-E16	14	-2,2±2.7	-9/1	12	-1.3±5.0	-12/5	ΜΣ
H0-E16	14	-7.7±4.6	-15/-1	12	-0.2±4.4	-8/6	0.002

Κατ. = Κατάθλιψη

A= αριθμός συμμετεχόντων

Πίνακας 5: Η κατάθλιψη η οποία μετράται με το GDS: τιμές H0, E4, E8 και E16 και μεταβολές μεταξύ των τεσσάρων μετρήσεων.

Το επίπεδο της κατάθλιψης μειώθηκε περισσότερο στην ομάδα της μουσικοθεραπείας την E16, 8.9 (83.3) ενώ 11.2 (86.1) για την ομάδα ελέγχου. Οι αλλαγές μεταξύ της H1 και E16 είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ των δύο θεραπευτικών ομάδων κατά το τελικό σημείο ($p=0.002$, πίνακας 5). Μετά από 16 εβδομάδες, η μουσικοθεραπευτική ομάδα είχε μέση βαθμολογία κατάθλιψης των 16.7 (86.2) έναντι της βελτίωσης της κλίμακας των 0.2 μονάδων (84.4), δηλαδή 1,7% και η ομάδα ελέγχου με μέση βαθμολογία κατάθλιψης με 11.8 μονάδες (87.4).

ΟΜΑΔΑ	ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ			ΟΜΑΔΑ	ΕΛΕΓΧΟΥ		P
	A	M.O ±SD	Ελαχ/Μεγ	A	M.O. ±SD	Ελαχ/ Μεγ	
Τιμή							
Κατάθλιψη E24	13	12.5 ± 6.4	2/27	11	12.1 ± 7.6	1/29	0.003

Μεταβολές							
H0-E24	13	-4.0±4.6	-12/-3	11	1.3 ± 3.9	7/8	0.003
E16-E24	13	-3 ± 1.4	-4/-14	11	0.9± 2.4	-3/5	M.Σ

Πίνακας 6 : μελέτη της επίμονης επίδρασης της μουσικοθεραπείας στην κατάθλιψη.

Όπου A = αριθμός συμμετεχόντων, M.O. = μέσος όρος, M.Σ.= μη σημαντικό

Ο πίνακας 6 περιγράφει και συγκρίνει την βαθμολογία του GDS που λήφθηκε την E24, την διαφορά μεταξύ της H1 και E24 καθώς και μεταξύ των E16 και E24 με ρύθμιση στη H1. Το σκορ της κατάθλιψης την E24 ήταν 12.5 (86.4) στην ομάδα μουσικοθεραπείας και 12.1 (87.6) στην ομάδα ελέγχου. Η διαφορά μεταξύ των H1 και E24 φάνηκε να είναι σημαντική όσο αναφορά το τελικό σημείο . ($p=0.03$, πίνακας 6).

Πρόσθετες αναλύσεις: Αλλαγές στην γνωστική λειτουργία

Όσο αφορά το MMSE, το σκορ άλλαξε από 19.8 (84.4) την H1 σε 19.6 (84.4) την E16 στην μουσικοθεραπευτική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου από 20.7 (83.4) την H1 σε 19.8 (83.3). Δεν αποδεικνύεται καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων.

Συζήτηση

Αυτή η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, στα τελικά σημεία τα οποία αξιολογήθηκαν κάτω από τυφλές συνθήκες(καλυμμένες πληροφορίες σχετικά με το θέμα), επέτρεψε στην αυστηρή αξιολόγηση των επιπτώσεων της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς που πάσχουν από ήπια έως μέτρια άνοια τύπου Alzheimer. Τα αποτελέσματα που λήφθηκαν για ολόκληρη την περίοδο παρακολούθησης δείχνουν μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων όσο αναφορά το άγχος και το βασικό τελικό σημείο της μελέτης. Σημειώθηκαν επίσης σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των δύο ομάδων κατά την H1 και την E4. Παρατηρήθηκε μείωση της βαθμολογίας για την ομάδα μουσικοθεραπείας, ενώ η μέση βαθμολογία έμεινε σταθερή για την ομάδα ελέγχου. Ομοίως, σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν μεταξύ των H1 και E8 καθώς και μεταξύ της H1 και E16 ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την επίδραση της θεραπείας μέσω της μουσικής στα συμπτώματα του άγχους από την τέταρτη εβδομάδα της θεραπείας. Η κυριότερη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, που παρατηρήθηκε μεταξύ των H1 και E24, αποδεικνύει την επίμονη επίδραση της μουσικοθεραπείας στα συμπτώματα του άγχους μέχρι και το διάστημα και δύο μηνών μετά την διακοπή των συνεδριών. (εικόνα 4). Σχετικά με τη βαθμολογία της κατάθλιψης (GDS), οι δύο ομάδες προχώρησαν με διαφορετικό τρόπο μεταξύ κάθε παρακολούθησης. Μεταξύ των H1 και E4, μια παρατηρήθηκε μια σπουδαία μείωση

σημαντική μείωση στο σκορ της μουσικοθεραπευτικής ομάδας, ενώ στην ομάδα ελέγχουν μέση βαθμολογία αυξήθηκε σε μικρό βαθμό. Ομοίως, αποδείχθηκαν σημαντικές μεταβολές μεταξύ της H1 και E16, παράλληλα με μια σημαντική διακύμανση μεταξύ της H1 και E24. Η κυρίαρχη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, παρατηρήθηκε μεταξύ της H1 και E24, όπου φαίνεται ότι η επίδραση της μουσικοθεραπείας στην κατάθλιψη διατηρείται έως και δύο μήνες μετά από την διακοπή των συνεδριών.

Τα κύρια αποτελέσματα μοιάζουν αρκετά με εκείνα που σημειώνονται στην διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία. Ο Koger et al. , έτσι, κάνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας συνδυάζοντας 69 άρθρα δημοσιευμένα από το 1985 έως και 1996. Αυτή η ανάλυση αποτελεί μια ευνοϊκή απάντηση για την μουσικοθεραπεία αλλά τονίζει και την έλλειψη ορισμένων πληροφοριών σχετικά με τον μηχανισμό δράσης της μεθόδου. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν εξαιρετικά ετερογενείς: μέθοδοι μουσικοθεραπείας, είδος του μπλεγμένου επαγγελματία μουσικοθεραπευτή, είδος άνοιας, βαθμός της γνωστικής εξασθένησης, μέγεθος δείγματος κλπ. Επίσης, οι Koger et al., Clark et al. και Sherratt et al., επίσης επιβεβαίωσαν αυτά τα αποτελέσματα με τις αξιολογήσεις της βιβλιογραφίας.

Το 1999, οι Koger et al επισήμαναν την έλλειψη που αφορά τις δημοσιεύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Μόνο μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επικεντρώνεται στην επίδραση της μουσικοθεραπείας στην ταραχή. Με βάση την ανάλυση επτά μελετών, ο συγγραφέας σημείωσε ότι η μουσικοθεραπεία έχει μια ευεργετική επίδραση σε αυτό το σύμπτωμα. Άλλες μελέτες εστίασαν στις ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές, και αξιολόγησαν την επίδραση της μουσικοθεραπείας στα συμπεριφορικά και ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα. Οι Gerdner και Swanson, εξέτασαν τις επιδράσεις της δεκτικής μουσικοθεραπείας στην ταραχή και στην συμπεριφορά σε ασθενείς με Alzheimer. Σε μια προκαταρκτική μελέτη, απέδειξαν ότι η μεμονωμένη δεκτική μουσικοθεραπεία έχει σπουδαίο αντίκτυπο ε στις διαταραχές της συμπεριφοράς και στην ταραχή των ασθενών. Αυτή η επίδραση διατηρήθηκε μέχρι 1 ώρα μετά την διακοπή των συνεδριών. Σε μια δεύτερη μελέτη, ο Gerdner, σύγκρινε την επίδραση της ατομικής προσαρμοσμένης μουσικής με εκείνη του "προτύπου" χαλαρωτικής μουσικής σε ασθενείς που πάσχουν από Alzheimer. Οι εξατομικευμένες μουσικοθεραπείες είχαν έντονη επίδραση στις διαταραχές συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στην ταραχή.

Άλλες μελέτες εξέτασαν κυρίως την επίδραση της μουσικοθεραπείας στην γνωστική λειτουργία. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Irish et al., αξιολόγησαν ασθενείς σε δύο περιπτώσεις, κάτω από διαφορετικές πειραματικές συνθήκες: η πρώτη συνέντευξη έγινε με την συνοδεία μουσικής (οι τέσσερις εποχές- Vivaldi), ενώ η δεύτερη χωρίς μουσική. Κάτω από τη "μουσική υπόκρουση", οι συγγραφείς εντόπισαν βελτιώσεις μεγάλης σημασίας

στην ανάκληση της αυτοβιογραφίας (Αυτοβιογραφική Συνέντευξη Μνήμης) συγκριτικά με τους ασθενείς "χωρίς μουσική". Αυτά τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με αποτελέσματα που λήφθηκαν για την κλίμακα του άγχους ($p < 0.001$, State Trait Anxiety Inventory). Ως εκ τούτου, η χαλαρωτική μουσική υπόκρουση, μπορεί να ελαττώσει το άγχος ενδυναμώνοντας έτσι την αυτοβιογραφική ανάκληση μνήμης. Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνουν τα ευρήματα που παρατηρήθηκαν από τους Thompson et al, σχετικά με την ευφράδεια στον ίδιο τύπο πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτής της μελέτης, οι συνεδρίες παρατεινόταν από χρόνο που δαπανάται ακούγοντας τον ασθενή. Έτσι, αυτό το χρονικό διάστημα, συνέβαλε στο σχηματισμό ενός "ψυχίατρου"-τύπου θεραπευτικής σχέσης και σίγουρα αύξησε τις μεταβολές που προκλήθηκαν ως αντίκτυπο της μουσικής.

Η πραγματική επίδραση της εξατομικευμένης μεθόδου επιβεβαιώνεται από άλλες μελέτες. Η εξατομικευμένη μουσική, η οποία αντιπροσωπεύει τη μουσική που σχετίζεται με τη ζωή του ανθρώπου, μειώνει σημαντικά την ταραχή των ασθενών που υποφέρουν από την άνοια τύπου Alzheimer, σε σύγκριση με κάποια ουδέτερη "χαλαρωτική" μουσική. Εντυπώσεις που καταγράφονται στο τέλος της συνεδρίας, όπως: " Η μουσική μου θυμίζει την παιδική ηλικία και την οικογένειά μου" ή "Σκέφτομαι τον εαυτό μου να χορεύει όπως συνήθιζα" ή " αυτό μου θυμίζει τα ταξίδια μου με τον σύζυγό μου" , φανερώουν ότι κάποιοι ασθενείς ανακαλούν μακροχρόνιες αναμνήσεις. Ως εκ τούτου, η περίοδος του χρόνου που δαπανάται για την επιλογή της μουσικής σύμφωνα με τις πολιτισμικές αναφορές των ασθενών, φαίνεται πως αποτελεί μια σημαντική στιγμή για την εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Έτσι, η μουσική, συνδέεται με την προσωπική εμπειρία του κάθε ασθενή. Είναι επίσης απαραίτητο να δοθεί έμφαση στην προσαρμογή των μουσικών έργων στα πλαίσια που είναι αποδεκτά από τους ασθενείς όσο αφορά τα είδη (κλασσική, μοντέρνα, τζαζ, ροκ, παγκόσμια μουσική, κλπ).

Η επίδραση της μουσικοθεραπείας, μπορεί να οφείλεται σε νευροφυσιολογικές επιδράσεις, που δρουν αφορούν την αισθητηριακή λειτουργία, την θεραπεία του πόνου, την γνωστική λειτουργία (τόνωση της κωδικοποίησης της μνήμης μέσω εικόνων και αναμνήσεων), τη συναισθηματική λειτουργία (τροποποίηση της διάθεσης που σχετίζεται με καταστάσεις όπως κατάθλιψη ή άγχος και μειώνοντας την ένταση και των συναισθημάτων άγχους) και τη συμπεριφορική λειτουργία (ενεργεί στην ταραχή, μυϊκή υπερτονία και ψυχοκινητική λειτουργία). Τέλος, μόνο νευροβιολογικές , λειτουργικές (ηλεκτροφυσιολογικές, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, λειτουργική τομογραφία) ή μορφολογικές (εγκεφαλική MRI) μελέτες , μπορούν να παρέχουν καλύτερη κατανόηση των φυσιολογικών μηχανισμών που ήρθαν στο προσκήνιο κατά την διάρκεια αυτής της μη φαρμακευτικής θεραπείας.

Συμπέρασμα

Αυτή η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, η οποία διεξήχθη σε πληθυσμό ασθενών που υποφέρουν από την νόσο του Alzheimer, επιβεβαιώνει την αποτελεσματική επίδραση που έχει η μουσικοθεραπεία στο άγχος και στην κατάθλιψη. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να μεταβάλλει παραμέτρους της ασθένειας μέσω αισθητηριακών, γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών επιδράσεων. Η δεκτική μουσικοθεραπεία ενισχύει την γνωστική αφύπνιση, επιτρέποντας στους ασθενείς να ανακαλέσουν αυτοβιογραφικές μνήμες και εικόνες. Αυτή η μέθοδος ταιριάζει απόλυτα σε μια παγκόσμια προσέγγιση διεπιστημονικής φροντίδας. Η μουσικοθεραπεία, είναι μια μέθοδος εύκολη και εφαρμόσιμη, που συνεισφέρει στην θεραπεία των διαταραχών του άγχους και των καταθλιπτικών συνδρόμων σε ασθενείς που πάσχουν από την νόσο του Alzheimer.

4.2. Η μουσικοθεραπεία σε μέτρια και σοβαρή άνοια τύπου Alzheimer: μελέτη περίπτωσης

Η πλειοψηφία των ασθενών με τη νόσο του Αλτσχαιμερ εμφανίζουν σημάδια ψυχιατρικής δυσφορίας και σε πολλές περιπτώσεις, σε μεταγενέστερο στάδιο μπορεί να προκύψουν παρεκκλίνουσες μορφές συμπεριφοράς. Τα συμπτώματα αυτά είναι γνωστά ως συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στην άνοια και τείνουν να είναι επεισοδιακά και όχι προοδευτικά. Αντανακλούν την μείωση της ευεξίας των ασθενών, την βλάβη της ποιότητας ζωής καθώς και αποτελούν βαρύ φορτίο για τους φροντιστές. Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (BPSD) είναι η αιτία παραπομπής σε οίκους ευγηρίας ή της μικρής διάρκειας νοσηλείας. Στους οίκους ευγηρίας, η ρύθμιση των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να προκαλέσει μεγάλη πίεση τόσο στο προσωπικό όσο και στους υπόλοιπους ασθενείς. Καθώς η υπεροχή των BPSD είναι υψηλή σε μετέπειτα στάδια, η θεραπεία γίνεται με ηρεμιστικά, νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά. Όταν πραγματοποιείται ακατάλληλη χρήση των ψυχοδραστικών φαρμάκων στους οίκους ευγηρίας, τότε προκαλείται έντονη ανησυχία. Η ταραχή και η ανησυχία, αποτελούν δύο από τα πιο ανησυχητικά συμπτώματα της άνοιας. Η φαρμακολογική θεραπεία της διέγερσης γίνεται συνήθως από ένα νευροληπτικό φάρμακο, αλλά τα αποτελέσματα είναι ανεπαρκή και οι παρενέργειες είναι συχνές, ακόμη και με την χρήση των νεότερων άτυπων νευροληπτικών.

Η φαρμακευτική θεραπεία, από την άλλη, έχει λάβει λιγότερη προσοχή σε σχέση με τη φαρμακολογική θεραπεία, διότι υπάρχει έλλειψη αξιόπιστης έρευνας. Η έρευνα σε αυτόν τον τομέα, στις περισσότερες περιπτώσεις βασίζεται σε ένα πολύ περιορισμένο αριθμό

θεμάτων ή ακόμη και σε αναφορές περιστατικών. Οι Grassel et al, το 2003, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν γίνεται ακόμη να πραγματοποιηθεί μια θεμελιώδη αξιολόγηση των θεραπευτικών ωφελειών της μη φαρμακευτικής προσέγγισης στην άνοια.

Η μουσικοθεραπεία είναι ένα είδος μη φαρμακευτικής παρέμβασης. Η θεραπεία βασίζεται στη συστηματική χρήση των μελωδιών, των ήχων και των κινήσεων. Οι μουσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν συγκεκριμένες μελωδίες, ήχους ή εγγενής ποιότητες ήχων, οι οποίοι παράγονται στην συνεδρία, με στόχο τη θεραπεία των ατόμων με συμπεριφορά και ψυχολογικά συμπτώματα. Οι περισσότεροι ασθενείς με Alzheimer, μπορούν να συμμετάσχουν στην μουσικοθεραπεία. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αυξάνεται η ευεξία που νιώθουν οι ασθενείς. Επιπλέον, φαίνεται πως η μουσικοθεραπεία αυξάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και ως εκ τούτου θα μπορούσε να μειώσει το αίσθημα της απομόνωσης. Σε αυτήν την μελέτη, έχει αξιολογηθεί η επίδραση της μουσικοθεραπείας σε άτομα με μέτρια και σοβαρή άνοια τύπου Alzheimer.

Αρχικά, οι 47 συμμετέχοντες-ασθενείς με εύρος ηλικίας 71-87, είχαν προσληφθεί από δύο γηροκομεία και δύο ψυχιατρικές πτέρυγες. Κατά τη στιγμή της δοκιμασίας, όλοι αυτοί οι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με Alzheimer, σύμφωνα με το ICD-10, και είχαν μέτρια και σοβαρή άνοια σύμφωνα με τα στάδια 5-7 της Παγκόσμιας Κλίμακας Επιδείνωσης. Ασθενείς με άλλα είδη άνοιας αποκλείστηκαν. Ένας ασθενής αρνήθηκε να συμμετάσχει και για τους υπόλοιπους, η συγκατάθεση έγινε γραπτά από έναν πολύ στενό συγγενή. Οι 46 εναπομείναντες τυχαία τοποθετήθηκαν σε μια ομάδα μουσικοθεραπείας ή σε ομάδα ελέγχου, με 23 άτομα σε κάθε ομάδα. Το ποσοστό εγκατάλειψης του σχολείου ήταν σημαντική 17,4%, μεταφοράς από ψυχιατρική πτέρυγα σε οίκο ευγηρίας (5 άτομα), επιδεινώθηκε (2 άτομα), ή πέθαναν (1 άτομο). Έτσι, 38 ασθενείς μπορούσαν να είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε όλες τις συνεδρίες και αξιολογήθηκαν, με αποτέλεσμα 20 να ενταχθούν στην ομάδα μουσικοθεραπείας και 18 στην ομάδα ελέγχου. Η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή βιοηθικής και πρωτοκολλήθηκε από την Κεντρική Επιτροπή Δεδομένων στην Ισλανδία.

Αξιολόγηση

Μετά την ένταξη στην μελέτη, όλοι οι ασθενείς με τα ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, βαθμολογήθηκαν σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης της συμπεριφορικής παθολογίας στην νόσο του Αλτσχάιμερ BEHAVE-AD, μετά την συνέντευξη με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η κλίμακα είναι σταθμισμένη και επικυρωμένη και έχει μεταφραστεί στα Ισλανδικά. Δύο νοσηλευτές εκπαιδεύτηκαν στην κλίμακα και ήταν αμερόληπτοι στην θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε. Οι νοσηλευτές δεν ήταν μέρος του

προσωπικού στους θαλάμους. Οι ίδιοι νοσηλευτές αξιολογούσαν τον κάθε ασθενή σε όλη τη διάρκεια της μελέτης. Η ομάδα θεραπείας έλαβε 18 συνεδρίες μουσικοθεραπείας, η κάθε μια διαρκούσε 30 λεπτά, 3 φορές την εβδομάδα για 6 εβδομάδες αλλά η ομάδα ελέγχου δεν είχε καμία αλλαγή στην φροντίδα. Μετά από 6 εβδομάδες μελέτης, όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για 2^η φορά και μετά από 10 εβδομάδες και για τρίτη φορά, όταν η ομάδα θεραπείας δεν είχε λάβει μουσικοθεραπεία για 4 εβδομάδες. Σε όλη τη μελέτη, ο ίδιος ειδικός μουσικοθεραπευτής διεξήγαγε την μουσικοθεραπεία.

Μουσικοθεραπεία

Σε κάθε συνεδρία μουσικοθεραπείας, συμμετείχαν τρεις ή τέσσερις ασθενείς. Αρχικά, επιλέχθηκε μια συλλογή από τραγούδια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε όλη τη μελέτη. Κάποια από αυτά τα τραγούδια επιλέχθηκαν και από τους ασθενείς και τραγουδήθηκαν δύο φορές. Οι ασθενείς που επέλεξαν να μην είναι ενεργητικοί στην διαδικασία, κρατούσαν τα βιβλία με τα λόγια και άκουγαν. . Με αυτόν τον τρόπο, κάθε ασθενείς συμμετείχε είτε ενεργητικά είτε παθητικά και ως εκ τούτου ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στις ίδιες συνεδρίες, ασθενείς με διάφορα στάδια της άνοιας. Ανάμεσα στα τραγούδια, οι ασθενείς επικοινωνούσαν μεταξύ τους αλλά και με τον θεραπευτή. Στις συνεδρίες, ο θεραπευτής έπαιζε κιθάρα και οι ασθενείς έπαιζαν διάφορα όργανα της επιλογής τους, και όλοι μαζί τραγουδούσαν. Στην αρχή, ορισμένοι ασθενείς ήταν απρόθυμοι να παίξουν μουσικά όργανα, αλλά στην συνέχεια ενώθηκαν με τους άλλους και εν τέλει φάνηκε πως απήλαυσαν τις συνεδρίες. Οι ασθενείς, κάποιες φορές, είχαν την διάθεση και την επιθυμία να χορέψουν ή να κινηθούν αρμονικά με την μουσική και αυτό επιτρεπόταν ελεύθερα.

Αποτελέσματα

Οι περισσότεροι ασθενείς έμειναν σταθεροί όσο αναφορά την άνοια τους τις προηγούμενες τρεις εβδομάδες. Τα επικρατέστερα συμπτώματα βαθμολογήθηκαν από το BEHAVE-AD. Τα συμπτώματα ήταν διαταραχές δραστηριότητας καθώς και παρανοϊκός και παραληρητικός ιδεασμός. Άλλα συμπτώματα όπως οι παραισθήσεις και οι ημερήσιες διαταραχές του ρυθμού, ήταν σπάνια. Στον πίνακα 1, είναι αναρτημένα τα αποτελέσματα των υποκλιμάκων του BEHAVE-AD, αλλά και το τελικό σκορ για τις δύο ομάδες. Μετά από έξι εβδομάδες, παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση των συμπτωμάτων τα οποία αξιολογήθηκαν ως διαταραχές δραστηριότητας, στην θεραπευτική ομάδα και όχι στην ομάδα ελέγχου. Βέβαια, αυτή η επίδραση μειώθηκε κατά την διάρκεια των τεσσάρων εβδομάδων χωρίς θεραπεία και ήταν αρκετά χαμηλότερη από τι στην αρχή. Υπήρξε μια μη σημαντική μείωση στο σύνολο των βαθμών στο BEHAVE-AD στην ομάδα θεραπείας ύστερα από έξι

εβδομάδες μουσικοθεραπείας, καθώς και μια μικρότερη μη σημαντική μείωση στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον μείωση στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε στο σύνολο των βαθμών και ήταν κυρίως εξαιτίας των αλλαγών σε έναν ασθενή. Δεν υπήρξαν μειώσεις των συμπτωμάτων που αξιολογήθηκαν σε άλλες υποκλίμακες του BEHAVE-AD ούτε στην ομάδα ελέγχου ούτε στην ομάδα θεραπείας. Οι τρεις από τις επτά υποκατηγορίες του BEHAVE-AD ενώθηκαν (διαταραχές δραστηριότητας, επιθετικότητα και άγχος) και ανιχνεύθηκε μια αξιοσημείωτη μείωση στα συμπτώματα στην ομάδα θεραπείας αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις, τα οφέλη των συνεδριών μουσικοθεραπείας, είχαν εξαφανιστεί ύστερα από τέσσερις εβδομάδες, από την τελευταία συνεδρία.

Η μουσικοθεραπεία είναι μια μη φαρμακευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται για την θεραπεία των ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών μπορεί να δώσει κάποια σημασία στις ζωές τους, όπου έχουν χάσει την δυνατότητα να δημιουργήσουν ουσιώδες δραστηριότητες. Η επιθυμία της δραστηριότητας μπορεί, μεταγενέστερα να πληρείται και να μειθούν οι δραστηριότητες χωρίς νόημα.

Το άγχος, συχνά είναι αποτέλεσμα δυσκολιών για αναγνώριση του περιβάλλοντος. Για αυτό το λόγο, μπορεί να είναι σύμπτωμα στόχος στις συνεδρίες μουσικοθεραπείας. Πρέπει να τονιστεί πως, είναι δύσκολο να συμφωνηθεί πως τα συμπτώματα που βασίζονται σε οργανικές αλλαγές, όπως οι παραισθήσεις και η δυσκολία αναγνώρισης, μπορούν να επωφεληθούν από την μουσικοθεραπεία. Μια μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ομαδικό τραγούδι σε ομάδα ασθενών της τάξης των δέκα ατόμων, παρατήρησε μια σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, ύστερα από θεραπευτικές συνεδρίες, χωρίς όμως να υπάρχει ομάδα ελέγχου. Σε άλλη μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε διασταυρωμένος σχεδιασμός σε τριάντα εννέα άτομα με σύγχυση και σοβαρή γνωστική εξασθένηση, παρατηρήθηκε μια αξιοσημείωτη μείωση στην σύγχυση κατά τη διάρκεια, μετά τη χρήση εξατομικευμένης μουσικοθεραπείας, σε αντίθεση με μια κλασσική μουσικοθεραπεία. Επίσης, η μουσικοθεραπεία, έχει χρησιμοποιηθεί ως θεραπείας της καταθλιπτικής διάθεσης σε ηλικιωμένα άτομα δίχως άνοια. Έχουν πραγματοποιηθεί λίγες μελέτες με τη χρήση ποσοτικών μέτρων για τα οφέλη της μουσικής θεραπείας.

Μια μελέτη περίπτωσης, με συνεδρίες μουσικοθεραπείας, έδειξε μεγάλη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας, η οποία μετρήθηκε με το Mini Mental State Examination (MMSE), αλλά δεν ανιχνεύθηκε καμία βελτίωση στη συμπεριφορά. Αυτή η μελέτη δείχνει, πως ένα σύμπτωμα-στόχος της μουσικοθεραπείας (διαταραχές δραστηριότητας) μπορεί να επηρεαστεί θετικά με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες για έξι εβδομάδες. Περαιτέρω, όταν συντάχθηκαν οι βαθμολογίες των υποκατηγοριών των διαταραχών δραστηριότητας, επιθετικότητας και άγχους, παρατηρήθηκε μια σημαντική αλλαγή στην ομάδα θεραπείας, όμως τα άλλα

συμπτώματα παρέμειναν ίδια. Ένα μήνα αφότου οι συνεδρίες είχαν τελειώσει, τα οφέλη της θεραπείας είχαν μειωθεί. Πρέπει να τονιστεί πως στην μελέτη συμμετείχαν μόνο άτομα με νόσο του Alzheimer, γιατί οι άλλες άνοιες είχαν αποκλειστεί. Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης, είναι ο μικρός αριθμός δείγματος και η εγκατάλειψη στο 20%, όπου είναι αναμενόμενη σε τέτοιες ευπαθείς ομάδες. Η θεραπεία αυτή κάθε αυτή, δεν ήταν ο λόγος εγκατάλειψης της έρευνας. Επιπρόσθετα, λίγοι ασθενείς είχαν ουσιώδης συμπτώματα σε κάποιες υποκατηγορίες του BEHAVE-AD, εξαιτίας των χαμηλών αποτελεσμάτων. Στα πιο διαδεδομένα συμπτώματα, όπως οι διαταραχές δραστηριότητας, παρατηρήθηκε μεγάλη μείωση στην ομάδα θεραπείας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Πρέπει να συνυπολογιστεί πως στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο ένας τρόπος μουσικοθεραπείας. Επιπλέον, δεν υπήρξε καμία αλλαγή μεταξύ διαφόρων ειδών μουσικής.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μουσικοθεραπείας είναι η έλλειψη των παρενεργειών. Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι το αυξημένο ενδιαφέρον από την μεριά του προσωπικού στην φροντίδα και την θεραπεία των ασθενών. Έτσι, μπορεί να μειωθεί η «στροφή» του προσωπικού σε αυτό το είδος φροντίδας. Τα συμπεράσματα των ερευνητών της μελέτης συμφωνούν και υποστηρίζουν τα ευρήματα πολλών άλλων μελετών και μελέτης περιστατικών, δηλαδή ότι οι διαταραχές δραστηριότητας και το άγχος μπορούν να επηρεαστούν από τη συμμετοχή των ασθενών στην μουσικοθεραπεία. Ωστόσο, υπάρχει η ανάγκη σύγκρισης της μουσικοθεραπείας και της φαρμακευτικής θεραπείας στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα.

Κεφάλαιο 5.

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ALZHEIMER

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας «Η μουσικοθεραπεία στη νόσο του Alzheimer», προσπαθήσαμε να διαπιστώσουμε και βιωματικά τα οφέλη της μουσικοθεραπείας στη συγκεκριμένη νόσο. Για αυτό τον λόγο, παρατηρήσαμε για ένα μικρό χρονικό διάστημα, μια ομάδα ηλικιωμένων ασθενών, στο τελικό στάδιο του Alzheimer και καταγράψαμε τις επιδράσεις της μουσικοθεραπείας στη διάθεσή τους. Επιλέξαμε τη μουσικοθεραπεία από τις υπόλοιπες μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, διότι θεωρούμε πως η μουσική είναι το κατάλληλο μέσο για την έκφραση των συναισθημάτων των ηλικιωμένων, οι οποίοι στο τελικό στάδιο απομονώνονται, δεν αλληλεπιδρούν και δυσκολεύονται στην λεκτική έκφραση. Επισημαίνουμε πως δεν διαθέτουμε μουσικοθεραπευτική και κλινική εμπειρία, καθώς είμαστε προπτυχιούχοι φοιτητές λογοθεραπείας.

Παρά το γεγονός ότι η πειραματική εφαρμογή συνεδριών δεν οδήγησε σε στατιστικά αποτελέσματα, θέσαμε ορισμένους στόχους. Ο κύριος στόχος, ήταν η παρατήρηση της αλλαγής της διάθεσης σε άτομα με τη νόσο του Alzheimer σε τελικό στάδιο, κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας. Οι υπόλοιποι στόχοι ήταν η ανάπτυξη διαλόγου, η αλληλεπίδραση σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο, η ανάκληση σημαντικών γεγονότων καθώς και η κινητική δραστηριοποίηση.

Πριν την έναρξη της διαδικασίας, όλοι οι συνοδοί και οι νομικοί εκπρόσωποι συναίνεσαν στην συμμετοχή των ασθενών. Οι συνεδρίες έγιναν στο 3^ο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) του δήμου Θεσσαλονίκης, το οποίο είναι υπό την αιγίδα της Εταιρίας Νόσου του Alzheimer. Πήραμε έγκριση από την Κοινωφελή Επιχείρηση του Δήμου Θεσσαλονίκης και τους υπεύθυνους της Εταιρίας Νόσου του Alzheimer.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν, φιλοξενούνταν καθημερινά στο ΚΗΦΗ. Όλοι είχαν διαγνωστεί με άνοια τύπου Alzheimer σε τελικό στάδιο. Οι ασθενείς είχαν σκορ στον Mini Mental State Examination (MMSE) από 0 έως 11 και στην Geriatric Depression Scale (GDS) κάτω από 14. Η ηλικία των ασθενών ήταν από 71 έως 86, με μη επαρκή προφορική ή γραπτή έκφραση. Οι ασθενείς οι οποίοι ήταν πολύ πιθανό να μην μπορούν να συνεργαστούν ή να τα παρατήσουν, δεν συμμετείχαν, όπως επίσης και ασθενείς που έπασχαν από άλλες νευρολογικές ασθένειες, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Parkinson κ.ά. όπως και ψυχικές ασθένειες. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, η οποία καταγράφηκε από τους φροντιστές και τους συνοδούς σε μορφή ιατρικού ιστορικού, εκθέτοντας την δοσολογία,

τα συμπτώματα και τη διάρκεια της θεραπείας και δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές σε αυτήν όσο καιρό συνεργαζόμασταν με τους ασθενείς. Προκειμένου να συλλέξουμε στοιχεία για το ιατρικό ιστορικό και τις μουσικές προτιμήσεις των ασθενών, δόθηκε στους συγγενείς το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Τόπος καταγωγής
Χαρακτηριστικοί ήχοι του σπιτιού
Μουσική ιστορία της οικογένειας (παιδεία μουσική)
Πρώτες επαφές με κάποιο μουσικό όργανο
Μουσικό περιβάλλον που ζείτε σήμερα
Μουσικές ηχητικές προτιμήσεις και απορρίψεις
Προτιμήσεις και απορρίψεις μουσικών οργάνων
Προτιμήσεις σε ρυθμική ή μελωδική μουσική

ΕΠΙ ΠΛΕΟΝ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1) Ονοματεπώνυμο ασθενή

2) Χρονολογία και ώρα γέννησης του ασθενή

3) Τόπος γέννησης

4) Απουσία κάποιου ή και των δύο γονέων και σε ποια ηλικία

5) Πόσα είναι τα μέλη της οικογένειας του ;

6) Ποια θέση έχει μέσα στην οικογένεια;

7) Ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση;

8) Έχει παιδιά; Και αν ναι πόσα; Τι φύλο είναι;

9) Σπουδές ασθενή

10) Τι επαγγέλλεται;

11) Κάπνισμα ναι όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μουσική Ταυτότητα

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σκοπό να διερευνήσει τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις σχετικά με την μουσική, καθώς παράλληλα και να εστιάσει στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάθε ατόμου μέσα από τα οποία η θεραπευτική διαδικασία θα γίνει εξατομικευμένη και με βάση τις μοναδικές ανάγκες του κάθε ενδιαφερόμενου. Τα δεδομένα που θα συμπληρώσετε στις παρακάτω απαντήσεις αποτελούν προσωπικά δεδομένα σας για αυτό και με βάση τους κανόνες της δεοντολογίας θα χρησιμοποιηθούν μόνο σε θεραπευτικό πλαίσιο διατηρώντας το προσωπικό απόρρητο. Προσπαθήστε στις απαντήσεις σας να είστε ειλικρινείς και αυθόρμητοι. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Κάθε άτομο μπορεί να εκφράσει ελεύθερα αυτό που

- Υπάρχει κάποιος ήχος / μουσική/ τραγούδι που του προκαλεί χαρά, και γιατί;
- Ποιοι ήχοι τον ενοχλούν;
- Ποια η σχέση του με τα ζώα, τα φυτά και τη φύση γενικότερα
- Υπάρχει τάση για άγχος
Καθόλου.....λίγο.....αρκετά.....πολύ.....
και τότε συνήθως εκδηλώνεται;
- Διατροφικές συνήθειες (κρεοφαγία, χορτοφαγία, φαστφουντ κλπ και ποιες οι αγαπημένες γεύσεις π.χ. ξινή/γλυκεία κλπ)
- Σωματικές διαταραχές, χειρουργικές επεμβάσεις και ατυχήματα
- Διαταραχές ή ασθένειες λόγω κληρονομικότητας
- Υπάρχει εσωστρέφεια ή εξωστρέφεια κατά τη γνώμη σας
- Ποιες οι προτιμήσεις του ασθενή για την διασκέδαση
- Ποιότητα ύπνου του ασθενή (συνεχής, διακεκομμένος, νυχτερινούριση, εφιάλτες, υπνοβασία κλπ)
- Τι είναι για τον ασθενή η ηρεμία;
- Πώς θα περιγράφατε τον ασθενή;
- Πώς θα περιγράφατε τις σχέσεις του με την οικογένεια;
- Πώς θα περιγράφατε τις κοινωνικές του σχέσεις;

- Ονοματεπώνυμο του ασθενή
- Μουσικά ακούσματα του ασθενή κατά την παιδική ηλικία και ποιες οι τωρινές μουσικές προτιμήσεις (είδος μουσικής)
- Αγαπημένο-α είδος-η μουσικής(και γιατί)
- Είδος-η μουσικής που αντιπαθεί ο ασθενής (και γιατί)
- Αγαπημένο μουσικό όργανο (και γιατί)
- Μουσικό όργανο που αντιπαθεί ο ασθενής (και γιατί)
- Αγαπημένο μουσικό κομμάτι και γιατί
- Αγαπημένο συγκρότημα-καλλιτέχνης
- Προτιμά αντρική ή γυναικεία φωνή στα τραγούδια;
- Ποιος ήχος τον ηρεμεί;
- Μουσική παιδεία του ασθενή (παίζει κάποιο μουσικό όργανο, τραγουδάει κλπ)
- Ποιες οι προτιμήσεις φυσικού ήχου (βροχή, κύματα, νερό, κλπ).
- Αν προτιμά τον ρυθμό και τί είδος
- Επιδίδεται στο τραγούδι, τον χορό ή παίζει κάποιο μουσικό όργανο
- Αντιδράσεις και συναισθήματα του ασθενή στη μουσική
- Προτιμά στη μουσική χαμηλές ή υψηλές εντάσεις;
- Υπάρχει κάποιος ήχος / μουσική/ τραγούδι που του προκαλεί λύπη, και γιατί;

12) Φαρμακευτική αγωγή ναι όχι αν ναι τι
είδους ουσίας και σε τι συχνότητα

13) Διατροφή καλή μέτρια κακή

14) Σωματική κατάσταση καλή μέτρια κακή

15) Ψυχοσωματικά συμπτώματα

16) Χρόνιες ασθένειες

.....
Στόχος του παραπάνω ερωτηματολογίου είναι να γνωρίσω καλύτερα τον ασθενή και να μάθουμε περισσότερα για τον εαυτό μας και την σχέση μας με την μουσική. Δεν χρησιμοποιείται για κανέναν άλλο λόγο πέραν της προσωπικής χρήσης όσον αφορά στο μάθημα και δεν δημοσιοποιείται.

Συνολικά οι συμμετέχοντες ήταν 10 και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η κάθε ομάδα απαρτιζόταν από 5 άτομα. Στην ομάδα μουσικοθεραπείας(Α) συμμετείχαν δύο γυναίκες και τρεις άντρες ηλικίας από 71 έως 81 ενώ στην άλλη ομάδα (Β) , συμμετείχαν τρεις γυναίκες και δύο άντρες, ηλικίας από 75 έως 86. Οι συνεδρίες της μουσικοθεραπείας πραγματοποιήθηκαν για 20 μέρες, από δύο φορές την εβδομάδα, με διάρκεια 45 λεπτών. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα (Β), δηλαδή που δεν υποβλήθηκαν σε μουσικοθεραπεία, παρακολουθούσαν και συμμετείχαν σε άλλου είδους δραστηριότητες, όπως συζήτηση ή ανάπαυση, στο ίδιο χρονικό διάστημα, χωρίς να έχουν επαφή με τη μουσική (δεκτικά ή ενεργητικά), κατά τη διάρκεια των συνεδριών μουσικοθεραπείας. Τέλος, οι φροντιστές του κέντρου δεν πήραν μέρος στην παρέμβαση.

Με βάση το μουσικοθεραπευτικό ερωτηματολόγιο, προκύπτει ότι οι 8 στους 10 ασθενείς προτιμούν τη δημοφιλή μουσική της ενήλικης ζωής τους (παραδοσιακή-δημοτική, λαϊκή), ο 1 στους 10 προτιμά την κλασική μουσική και 1 στους 10 την ροκ μουσική. Όλοι όμως δείχνουν αντιπάθεια στην υψηλές και έντονες συχνότητες, ενώ προτιμούν τις χαμηλές εντάσεις. Μόνο ένας ασθενής έπαιζε κάποιο μουσικό όργανο στην ενήλικη ζωή του (φυσσαρμόνικα). Τέλος, όλοι οι ασθενείς ηρεμούν και χαίρονται με την μουσική.

Η αίθουσα διεξαγωγής των συνεδριών, ήταν μέρος των εγκαταστάσεων του Κ.Η.Φ.Η. και ήταν ξεχωριστή από τις αίθουσες των άλλων δραστηριοτήτων. Ο χώρος περιείχε δύο μεγάλους καναπέδες και ένα μεγάλο τραπέζι με καρέκλες. Επίσης είχε μεγάλα παράθυρα και ήταν αρκετά φωτεινός. Οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να κινηθούν και να χορέψουν χωρίς δυσκολία. Η ομάδα καθόταν κυκλικά. Η πόρτα της αίθουσας παρέμενε πάντα ανοιχτή δίνοντας τη δυνατότητα της οικειοθελούς αποχώρησης. Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ηχοσύστημα, εικόνες και φωτογραφίες ανάλογες με το θέμα καθώς και μπογιές ζωγραφικής.

Η μέθοδος μουσικοθεραπείας που χρησιμοποιήθηκε στις συνεδρίες ήταν η ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής. Σύμφωνα με την Πολυχρονιάδου (1989), η ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής εστιάζει στις συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις

της ομάδας. Ο μουσικοθεραπευτής επιλέγει προσεκτικά τα μουσικά αποσπάσματα, βασισμένος στην προσωπικότητα και τις μουσικές προτιμήσεις του κάθε συμμετέχοντα. Τα αποσπάσματα επιλέγονται από ένα ρεπερτόριο παραδοσιακής, κλασικής και σύγχρονης μουσικής. Η διάρκεια του κάθε αποσπάσματος κυμαίνεται από 2 έως 3 λεπτά. Πάνω στο προτεινόμενο μουσικό ερέθισμα, μπορούν να πυροδοτηθούν συζητήσεις, το θέμα των οποίων προτείνεται από τον μουσικοθεραπευτή, όπως επίσης ανταλλαγές απόψεων και εντυπώσεων.

Λιαδικασία

Η πρώτη συνεδρία έγινε με σκοπό τη γνωστική αξιολόγηση των ασθενών μέσω της Mini Mental Scale Examination. Στη δεύτερη συνεδρία πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της διάθεσης των ασθενών μέσω της Geriatric Depression Scale. Και οι δύο κλίμακες χορηγήθηκαν σε όλους τους ηλικιωμένους. Ο στόχος της πρώτης μουσικοθεραπευτικής συνεδρίας, ήταν η κατανόηση των μουσικών προτιμήσεων της ομάδας. Οι υπόλοιπες μουσικοθεραπευτικές συνεδρίες αποτελούνταν από ξεχωριστές θεματικές ενότητες (παραδοσιακή μουσική, κλασική μουσική, τραγούδια του Β' Παγκοσμίου πολέμου, τραγούδια από ταινίες, τραγούδια γάμου κ.ά.). Για κάθε μουσικοθεραπευτική συνεδρία, επιλέχθηκαν 8 έως 12 τραγούδια και κάθε μουσικό απόσπασμα διαρκούσε 2 έως 3 λεπτά. Η ακρόαση της μουσικής συνδυάστηκε και με άλλες δραστηριότητες, όπως ο χορός, η κίνηση, το τραγούδι και η ζωγραφική. Στην αρχή κάθε συνεδρίας παρουσιάζαμε τα ονόματά μας και ζητούσαμε από τους ασθενείς να κάνουν το ίδιο. Σε όλες τις συνεδρίες επιδιώκονταν οι αυθόρμητες αντιδράσεις των ασθενών. Καθ' όλη τη διάρκεια των συνεδριών, κινούμασταν ρυθμικά και τραγουδούσαμε, στοχεύοντας στην παρότρυνση των ασθενών, που ίσως παρέμεναν παθητικοί ή αμήχανοι.

Ημερήσια καταγραφή συνεδριών

Ημέρα 1^η

Αυτή η συνεδρία έγινε με σκοπό την εκτίμηση των μουσικών προτιμήσεων και των αντιδράσεων των ασθενών, σε διάφορα μουσικά ερεθίσματα. Τα μουσικά αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οχτώ και διαρκούσαν από 2 έως 3 λεπτά. Τα αποσπάσματα προέρχονταν από διάφορα μουσικά είδη όπως κλασική και παραδοσιακή μουσική, τραγούδια με ιστορικό περιεχόμενο, σύγχρονη μουσική, ήχοι της φύσης και μουσική που ήταν δημοφιλής στην ενήλικη ζωή των ασθενών. Ο ρυθμός ήταν εναλλασσόμενος. Ορισμένα

κομμάτια είχαν έντονο, γρήγορο και χαρούμενο ρυθμό, ενώ άλλα είχαν αργό, χαλαρό και λιγότερο χαρούμενο ρυθμό. Στο τέλος κάθε μουσικού αποσπάσματος πραγματοποιούνταν συζήτηση για τα συναισθήματα που τους προκαλούσε η μουσική, καθώς και για το αν τους άρεσε ή όχι. Κατά τη διάρκεια της μουσικής ακρόασης, είχαμε το ρόλο του παρατηρητή και καταγράφαμε τις αντιδράσεις των ασθενών.

Στόχος της συνεδρίας είναι η εκτίμηση των μουσικών προτιμήσεων των ασθενών και των συναισθημάτων που προκαλούνται από την ακρόαση της μουσικής.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται αναλυτικά το πρόγραμμα της συνεδρίας :

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 40'	Μουσικοθεραπεία	Παρατήρηση αντιδράσεων στα μουσικά ερεθίσματα	Καρέκλες, ηχοσύστημα	Ακρόασης διαφορετικών ειδών μουσικής Συζήτηση σχετικά με τα μουσικά αποσπάσματα
	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές
41'-45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Επιλογή συγκεκριμένου τραγουδιού για το κλείσιμο της συνεδρίας Προετοιμασία για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : διαδοχική ακρόαση των αποσπασμάτων με παύσεις για συζήτηση .

- Καταγραφές : παράλληλα με τη μουσική ακρόαση, ο ένας θεραπευτής παρατηρούσε και σημείωνε τις αντιδράσεις της ομάδας, ενώ ο άλλος συντόνιζε τη συνεδρία.
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγθεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.

Ανάλυση αντιδράσεων της ομάδας

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκαν κοινές αντιδράσεις σε όλους τους ασθενείς. Οι αντιδράσεις αυτές είχαν άμεση σχέση με την ένταση και το ρυθμό του αποσπάσματος. Παρατηρήθηκαν οι εξής αντιδράσεις:

- Παλαμάκια
- Ρυθμική κίνηση άκρων
- Γέλιο
- Συγκίνηση
- Χορός
- Αδιαφορία
- Τραγούδι
- Συνδυασμός των παραπάνω

Οι θετικές αντιδράσεις (παλαμάκια, ρυθμική κίνηση, γέλιο, χορός, τραγούδι, συγκίνηση) εκδηλώνονταν πιο έντονα όταν το μουσικό απόσπασμα ήταν δημοφιλές κατά την ενήλικη ζωή των ασθενών. Επίσης οι ασθενείς παρέμεναν συγκεντρωμένοι στην ακρόαση. Αντίθετα, στην περίπτωση του σύγχρονου αποσπάσματος οι ασθενείς αδιαφόρησαν και ξεκίνησαν διάλογο μεταξύ τους.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς σχετικά με τα συναισθήματα και την προτίμησή τους, μετά από κάθε απόσπασμα ήταν οι εξής :

- «Μου αρέσει»
- «Καλά»
- «Ωραία»
- «Ένιωσα νέος/νέα»
- «Έτσι και έτσι»
- «Ένιωσα ευχάριστα»

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, οι ασθενείς εκδήλωσαν πιο έντονα συναισθήματα, όπως χαρά και συγκίνηση, κατά την ακρόαση αποσπασμάτων που ήταν δημοφιλή στην ενήλικη ζωή τους. Αντίθετα, κατά την ακρόαση της σύγχρονης μουσικής αδιαφόρησαν. Επομένως, για την καλύτερη διεξαγωγή των συνεδριών αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μουσική που ήταν δημοφιλής κατά την ενήλικη ζωή των ασθενών.

Ημέρα 2^η

Στόχος της δεύτερης συνεδρίας είναι η ανάκληση διάσημων προσώπων, από δημοφιλής ταινίες της ενήλικης ζωής των ασθενών και η εκτίμηση των συναισθημάτων που προκαλούνται κατά την ακρόαση των μουσικών αποσπασμάτων από τις συγκεκριμένες ταινίες. Τα μουσικά αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 8 και διαρκούσαν από 2 έως 3 λεπτά. Η ακρόαση του κάθε μουσικού αποσπάσματος συνοδευόταν από ένα οπτικό ερέθισμα (φωτογραφία διάσημου προσώπου), που δίνονταν σε κάθε ασθενή. Η μια από εμάς, είχε τον ρόλο του παρατηρητή και κατέγραφε τις αντιδράσεις, ενώ η άλλη έδινε την ανάλογη φωτογραφία σε κάθε ασθενή, έκανε σχετικές ερωτήσεις και σε περίπτωση που οι ασθενείς δυσκολεύονταν στην ανάκληση, παρείχε φωνολογική βοήθεια. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο ένας από τους ασθενείς απουσίαζε λόγω ασθένειας. Οι ασθενείς αποχώρησαν από την αίθουσα, πριν την ολοκλήρωση της συνεδρίας. Για τον λόγο αυτό η συνεδρία διακόπηκε.

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφεται αναλυτικά το πρόγραμμα της συνεδρίας :

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 30'	Μουσικοθεραπεία	Ανάκληση προσώπων, που ήταν διάσημα κατά τη νεαρή ηλικία της ομάδας Εκτίμηση συναισθημάτων	Καρέκλες, ηχοσύστημα, φωτογραφίες διάσημων προσώπων	Ακρόασης μουσικής ταινιών, παρατήρηση φωτογραφιών με στιγμιότυπα των ταινιών Συζήτηση σχετικά με τα πρόσωπα των ταινιών.
	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές
	Η συνεδρία διακόπηκε			

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.

- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία: διαδοχική ακρόαση μουσικών αποσπασμάτων, παρατήρηση φωτογραφιών των ηθοποιών και συζήτηση σχετικά με την κάθε φωτογραφία.
- Καταγραφές :παράλληλα με τη μουσική ακρόαση, ο ένας θεραπευτής παρατηρούσε και σημείωνε τις αντιδράσεις της ομάδας, ενώ ο άλλος συντόνιζε τη συνεδρία.

Αντιδράσεις

Πριν την έναρξη της συνεδρίας, οι φροντιστές του κέντρου ανέφεραν ότι οι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα ανήσυχοι και ότι οι δύο από τους τέσσερις δεν είχαν κοιμηθεί το βράδυ. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς αυτοί ήταν αρκετά ανήσυχοι, αδιάφοροι ως προς τα οπτικά ερεθίσματα και νευρικοί. Παρόλα αυτά ο ένας προσπαθούσε να ακολουθήσει τη συζήτηση. Αντίθετα ο άλλος από τα πρώτα λεπτά της συνεδρίας σηκώθηκε όρθιος, δίπλα από την πόρτα της αίθουσας και παρατηρούσε τα υπόλοιπα μέλη.

Οι άλλοι δύο παρατηρούσαν τα οπτικά ερεθίσματα και κινούνταν ρυθμικά κατά την ακρόαση μουσικής. Ο ένας από αυτούς κατάφερε να ανακαλέσει το όνομα ενός ηθοποιού, χωρίς βοήθεια. Προσπάθησε, επίσης, να ανακαλέσει και άλλους διάσημους μέσω της βοήθειας μας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκδήλωση χαράς. Τέλος, ο άλλος ασθενής ενώ δεν συμμετείχε στη συζήτηση, παρατηρούσε τα υπόλοιπα μέλη και παρουσίαζε έντονη συγκίνηση τόσο στο άκουσμα του ονόματος του διάσημου προσώπου όσο και κατά την παρατήρηση των οπτικών ερεθισμάτων.

Ωστόσο, η συνεδρία διακόπηκε νωρίτερα από την προκαθορισμένη ώρα εξαιτίας της εκτεταμένης ανησυχίας της μισής ομάδας. Ο ένας από τους ανήσυχους ασθενείς επηρέασε τον έναν από τους ενεργούς με αποτέλεσμα την πρόωρη αποχώρηση των τριών από τα τέσσερα μέλη.

Ημέρα 3^η

Στη συνεδρία αυτή χρησιμοποιήθηκαν τραγούδια που ήταν δημοφιλή κατά την ενήλικη ζωή των ασθενών. Τα μουσικά αποσπάσματα ήταν 12 και το καθένα διαρκούσε από 2 έως 3 λεπτά. Στόχοι της συνεδρίας ήταν η συμμετοχή των μελών στο τραγούδι, η αλληλεπίδραση μεταξύ τους, η κινητική δραστηριοποίηση και η ανάκληση τουλάχιστον κάποιων στίχων. Ο ρόλος μας σε αυτήν τη συνεδρία ήταν ενεργός. Συγκεκριμένα, στην αρχή της συνεδρίας, ξεκινήσαμε το τραγούδι και περιμέναμε από τους ασθενείς να κάνουν το ίδιο. Η καταγραφή των αντιδράσεων έγινε μετά τη συνεδρία.

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφεται αναλυτικά η συνεδρία :

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 40'	Μουσικοθεραπεία	Αλληλεπίδραση μέσω τραγουδιού Ανάκληση στίχων Κινητική δραστηριοποίηση	Καρέκλες, ηχοσύστημα	Ακρόασης μουσικής που ήταν δημοφιλής κατά τη νεαρή ηλικία της ομάδας Τραγουδάμε μαζί με την ομάδα
41'-45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριου τραγουδιού
45'-50'	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : διαδοχική ακρόαση μουσικών αποσπασμάτων σε συνδυασμό με τραγούδι και ρυθμική κίνηση της ομάδας.
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.

- Καταγραφές : οι αντιδράσεις, τα συναισθήματα και οι κινήσεις καταγράφηκαν μετά τη συνεδρία.

Αντιδράσεις

Όλοι οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της ακρόασης, κινήθηκαν ρυθμικά και χτυπούσαν παλαμάκια αλλά μόνο δύο ασθενείς κατάφεραν να θυμηθούν τους στίχους και να τραγουδήσουν. Όλοι οι συμμετέχοντες χαμογελούσαν κατά τη διάρκεια της ακρόασης και υπήρχε έντονη, μη λεκτική αλληλεπίδραση (βλεμματική επαφή, χορευτικές κινήσεις) μεταξύ τους. Επίσης παρατηρήθηκε ότι ορισμένοι ασθενείς είχαν έντονες εκφράσεις συγκίνησης όπως κλάμα και επιφωνήματα. Μετά το πέρας των 15 πρώτων λεπτών, οι δύο από τους πέντε ασθενείς άρχισαν να αδιαφορούν . Ένα μέλος της ομάδας, από την αρχή της συνεδρίας, ζήτησε να χορέψει μαζί μας. Αξίζει να σημειωθεί πως αυτή η κίνηση ήταν πρωτοφανής για την ομάδα.

Συμπεράσματα

Αυτή ήταν η πρώτη συνεδρία , στη διάρκεια της οποίας παρατηρήθηκε έντονη και διαρκής δραστηριοποίηση των συμμετεχόντων. Τονίζεται, για άλλη μια φορά, πως τα δημοφιλή τραγούδια της ενήλικης ζωής, μπορούν να πυροδοτήσουν αρκετές συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς. Ο στόχος του τραγουδιού δεν επιτεύχθηκε ουσιαστικά (αυτό μπορεί να οφείλεται στην λεκτική και γνωστική ανεπάρκεια) , αλλά υπήρξε σημαντική αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ των μελών της ομάδας, όσο και ανάμεσα στην ομάδα και τους θεραπευτές.

Ημέρα 4^η

Ο στόχος της τέταρτης συνεδρίας είναι τόσο η ανάκληση σημαντικών ιστορικών γεγονότων όσο και η έκφραση των συναισθημάτων που προκύπτουν από την ανάκληση προσωπικών βιωμάτων. Τα μουσικά αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πολεμικά τραγούδια με θέμα τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο. Συνολικά ήταν 8 και το κάθε ένα από αυτά διαρκούσε από 2 έως 3 λεπτά. Παράλληλα με τη μουσική ακρόαση χρησιμοποιήθηκαν οπτικά ερεθίσματα (φωτογραφίες σχετικές με τον πόλεμο). Ο ρόλος μας και πάλι ήταν ενεργός, καθώς δείχναμε τα οπτικά ερεθίσματα στους ασθενείς και προωθούσαμε τη συζήτηση με ερωτήσεις. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί πως ένα μέλος της ομάδας απουσίαζε.

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφεται αναλυτικά η συνεδρία :

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση της θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 30'	Μουσικοθεραπεία	Ανάκληση σημαντικών ιστορικών γεγονότων	Καρέκλες, ηχοσύστημα , φωτογραφίες πολέμου	Ακρόαση τραγουδιών που σχετίζονται με το Παγκόσμιο πόλεμο και παρατήρηση σχετικών εικόνων
31' - 42'	Συζήτηση	Συναισθηματική έκφραση και ανάκληση προσωπικών βιωμάτων Σύγκριση πολέμου-ειρήνης (εναλλαγή συναισθημάτων)	Καρέκλες	Η ομάδα συζητά για τον Παγκόσμιο πόλεμο και για γεγονότα που βίωσαν οι ίδιοι
43' - 45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριο τραγουδιού
45' - 50'	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : διαδοχική ακρόαση αποσπασμάτων με θέμα τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο και ταυτόχρονη παρατήρηση σχετικών εικόνων.
- Συζήτηση : η ομάδα συζητά για γεγονότα και προσωπικά βιώματα που διαδραματίστηκαν κατά τη διάρκεια του πολέμου καθώς και σύγκριση των συναισθημάτων που προκαλούν ο πόλεμος και η ειρήνη.
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.
- Καταγραφές : οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα καταγράφηκαν μετά το πέρας της συνεδρίας αφού οι ασθενείς είχαν αποχωρήσει από την αίθουσα

Αντιδράσεις

Σε γενικές γραμμές, οι συναισθηματικές αντιδράσεις που παρατηρήθηκαν ήταν κυρίως λύπη και συγκίνηση. Κάποιοι ασθενείς φάνηκε να ανακαλούν ιστορικά γεγονότα και στίχους τραγουδιών, ενώ όλοι μοιράστηκαν τα προσωπικά τους βιώματα. Κατά την ακρόαση του εθνικού ύμνου, ο οποίος επιλέχθηκε λόγω των συναισθημάτων που μπορεί να προκαλέσει, όλοι οι ασθενείς τραγουδούσαν συγκινημένοι. Αξιοσημείωτη είναι η αντίδραση ενός ασθενή, ο οποίος ξέσπασε σε κλάματα την ώρα που τραγουδούσε τον εθνικό ύμνο.

Στην αρχή της συζήτησης, κάναμε μια σύντομη και κατανοητή ιστορική αναδρομή και όλοι οι ασθενείς αντέδρασαν με επιφωνήματα έκπληξης, λύπης και θυμού για την κατάσταση του πολέμου. Έπειτα, ακολούθησαν απλές ερωτήσεις ιστορικού περιεχομένου, οι οποίες συνοδεύονταν από τα οπτικά ερεθίσματα. Στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς εμφάνισαν δυσκολίες στην ανάκληση. Αργότερα όταν οι ερωτήσεις έγιναν προσωπικού περιεχομένου, οι ασθενείς έκαναν καλύτερη ανάκληση και ήταν πρόθυμοι να μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες με την ομάδα. Όλοι οι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα φορτισμένοι κατά τη διάρκεια της συζήτησης.

Όταν η συζήτηση έφτασε στο σημείο σύγκρισης των συναισθημάτων που προκαλούν ο πόλεμος και η ειρήνη, όλα τα μέλη επέλεξαν με σχετική ευκολία τα συναισθήματα που προσφέρει η κατάσταση της ειρήνης, όπως χαρά, ηρεμία, ελευθερία κ. ά.

Συμπεράσματα

Φαίνεται πως οι έντονες προσωπικές εμπειρίες και τα σημαντικά ιστορικά γεγονότα, που έχουν χαράξει τις ζωές των ανθρώπων, μπορούν να αφυπνιστούν με την κατάλληλη μουσική υπόκρουση και τη χρήση οπτικών βοηθημάτων. Αυτές οι στιγμές, έχουν τη δύναμη να προκαλέσουν συναισθήματα λύπης, οργής και θυμού και να ενεργοποιήσουν ακόμα και τον λιγότερο ενεργό από τους ασθενείς της ομάδας.

Ημέρα 5^η

Ο στόχος της συνεδρίας είναι η κινητική δραστηριοποίηση όλων των μελών της ομάδας καθώς και η συμμετοχή στο τραγούδι. Σε αυτή την συνεδρία χρησιμοποιήθηκαν αποσπάσματα παραδοσιακής μουσικής, η οποία ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής κατά την νεαρή ηλικία των ασθενών. Ορισμένα από τα κομμάτια επιλέχθηκαν με βάση την καταγωγή των μελών, αφού είναι κοινή (παραδοσιακά της Μακεδονίας) και τις προτιμήσεις τους. Χρησιμοποιήθηκαν 8 μουσικά αποσπάσματα, διάρκειας από 2 έως 3 λεπτά το κάθε ένα. Είχαμε ενεργό ρόλο στη διαδικασία, ξεκινώντας το τραγούδι και τον χορό.

Στον παρακάτω πίνακα, αναγράφεται αναλυτικά η συνεδρία:

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση της θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 41'	Μουσικοθεραπεία	Κινητική δραστηριοποίηση Τραγούδι	Καρέκλες, ηχοσύστημα ,	Ακρόαση παραδοσιακής μουσικής. Η ομάδα παρακινείται να χορέψει
	Συζήτηση	Συναισθηματική έκφραση	Καρέκλες	Η ομάδα συζητά για τα συναισθήματα που προκαλεί η συγκεκριμένη μουσική
42'-45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριο τραγουδιού
45' - 50'	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές

Ανάλυση πίνακα:

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : διαδοχική ακρόαση παραδοσιακών αποσπασμάτων και παρακίνηση για χορό και τραγούδι
- Συζήτηση: μετά από κάθε απόσπασμα, γινόταν ερωτήσεις από τους θεραπευτές σχετικά με τα συναισθήματα που τους προκάλεσαν τα τραγούδια
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.
- Καταγραφές : οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα καταγράφηκαν μετά το πέρας της συνεδρίας αφού οι ασθενείς είχαν αποχωρήσει από την αίθουσα

Αντιδράσεις

Αρχικά, όλοι οι ασθενείς κινούνταν ρυθμικά με τα τραγούδια και χτυπούσαν παλαμάκια. Στη συνέχεια, χόρεψαν με μεγάλη προθυμία και διάθεση. Τα κύρια συναισθήματα που εκτιμήθηκαν ήταν η χαρά και η ευθυμία. Ωστόσο, δεν έλλειψε η συγκίνηση κατά το άκουσμα ορισμένων τραγουδιών και συγκεκριμένα ένας ασθενής, ο οποίος στις προηγούμενες συνεδρίες παρέμενε καθιστός και δεν συμμετείχε στο τραγούδι, ξεκίνησε να τραγουδάει και ζήτησε να χορέψει με την υπόλοιπη ομάδα. Κανένας ασθενής δεν παρέμεινε καθιστός ή παθητικός, όπως συνηθιζόταν. Αυτή τη φορά, χωρίς προτροπή, οι ασθενείς από το πρώτο μουσικό απόσπασμα, σηκώθηκαν να χορέψουν, τραγουδούσαν περισσότερο και με μεγάλη χαρά πρότειναν σε όσους παρέμεναν καθιστούς να κάνουν το ίδιο. Κατά τη διάρκεια του χορού, οι ασθενείς αλληλεπιδρούσαν λεκτικά και μη λεκτικά, με όλα τα μέλη της ομάδας. Ακόμη, και όταν η συνεδρία έφτασε στο τέλος της, οι ασθενείς δεν ήθελαν να αποχωρήσουν από την αίθουσα και ζητούσαν να χορέψουν και άλλο.

Συμπεράσματα

Είναι φανερό, πως οι ασθενείς, με την πάροδο των συνεδριών, εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους με περισσότερη ευκολία και άνεση και νιώσουν πιο ελεύθεροι να εκφραστούν κινητικά. Τέλος, η ακρόαση αυτού του είδους μουσικής, επέφερε πολλές αντιδράσεις και παρακίνησε τους ασθενείς.

Ημέρα 6^η

Η έκτη συνεδρία, αποσκοπούσε στη δημιουργική απασχόληση και επαναδραστηριοποίηση των μελών μέσω της ακρόασης μουσικής σε συνδυασμό με τη ζωγραφική. Επιλέχθηκαν ευρέως γνωστά αποσπάσματα κλασικής μουσικής. Τα τραγούδια ήταν συνολικά 12, διάρκειας από 2 έως 3 λεπτά. Η μουσική σε αυτή τη συνεδρία, έπαιζε σε χαμηλότερη ένταση και δεν υπήρχαν παύσεις. Η μια από εμάς, καθοδηγούσε τη διαδικασία και ζωγράφιζε μαζί με τους ασθενείς ενώ η άλλη, κατέγραφε τη συνεδρία και τις αντιδράσεις των μελών. Μοιράστηκαν χαρτιά σε όλα τα μέλη και τοποθετήθηκαν μογιές στο κέντρο του τραπεζιού. Προκειμένου να μην μείνει κανείς αμέτοχος, προτρέψαμε τα μέλη που δεν συμμετείχαν, σχεδιάζοντας κάποια περιγράμματα.

Παρακάτω, παρατίθεται ο πίνακας με το πρόγραμμα της συνεδρίας:

ΧΡΟΝΟ Σ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜ ΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο	Επεξήγηση της	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται στο τραπέζι

	θέμα	θεματικής ενότητας		
8΄ - 40΄	Μουσικοθεραπεία	Δημιουργική απασχόληση και επαναδραστηριοποίηση	Καρέκλες, ηχοσύστημα , μπογιές, χαρτιά	Ζωγραφική με παράλληλη ακρόαση κλασσικής μουσικής
	Συζήτηση	Συναισθηματική έκφραση Αλληλεπίδραση	Καρέκλες	Η ομάδα συζητά για τις εικόνες που ζωγράφισε
41΄ -45΄	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριο τραγουδιού

Ανάλυση πίνακα:

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία: συνεχής ακρόαση κλασσικής μουσικής, σε χαμηλή ένταση και ταυτόχρονη δραστηριότητα (ζωγραφική)
- Συζήτηση: η ομάδα συζητούσε για τις ζωγραφιές χωρίς να διακόπτεται η μουσική
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγθεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.

Αντιδράσεις

Πριν ξεκινήσει η συνεδρία, ο ένας από τους πέντε ασθενείς, εκδήλωσε έντονο αρνητισμό και αποφασίστηκε να μην παρευρεθεί στην συνεδρία.

Στην αρχή της συνεδρίας, οι περισσότεροι ασθενείς, ένιωσαν αμηχανία για το τι θα ζωγραφίσουν, αφού το θέμα της ζωγραφικής ήταν ελεύθερο. Μόνο ένας ασθενής, πήρε την πρωτοβουλία και ξεκίνησε να ζωγραφίζει. Ο συγκεκριμένος ασθενής, δεν συμμετείχε στη συζήτηση που ακολούθησε, χρησιμοποίησε μόνο ένα μαρκαδόρο και ζωγράφιζε διαρκώς ένα μοτίβο. Οι υπόλοιποι ασθενείς, μετά από προτροπή και βοήθεια,, ξεκίνησαν να ζωγραφίζουν ενώ παράλληλα αλληλεπιδρούσαν μεταξύ τους τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά μέσω των ρυθμικών κινήσεων, οι οποίες συνόδευαν τη μουσική. Όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τα συναισθήματα που τους δημιουργεί η ζωγραφική, οι περισσότεροι απάντησαν ότι ηρεμούν

και χαίρονται. Ο ασθενής, ο οποίος προτιμά τη κλασική μουσική, έδωσε περισσότερο έμφαση στη μουσική από ότι στη ζωγραφική, αφού χόρευε, κινούσε ρυθμικά τα άκρα του και χαμογελούσε σε ένα μεγάλο κομμάτι της συνεδρίας, προτρέποντας τον ασθενή που καθόταν δίπλα του να κάνει το ίδιο. Όλοι ζωγράφισαν χρησιμοποιώντας τα χρώματα που δήλωσαν πως είναι τα αγαπημένα τους.

Παρόλα αυτά, δεν έμεναν συγκεντρωμένοι στην δραστηριότητα και τα παρατούσαν εύκολα. Ένας από τους ασθενείς, ενώ ζωγράφιζε σε όλη τη διάρκεια, ένιωθε αμήχανα και ζητούσε συνεχή επιβεβαίωση. Ο ασθενής που πήρε τη πρωτοβουλία και ζωγράφισε πρώτος, φαινόταν απομονωμένος από όλη τη διαδικασία.

Συμπεράσματα

Η ζωγραφική, θεωρείται από πολλούς, μέσο συναισθηματικής έκφρασης. Ωστόσο, φάνηκε στην συγκεκριμένη περίπτωση, ότι δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα όσο αναφορά την εκδήλωση των συναισθημάτων. Μπορούμε να θεωρήσουμε πως, στα τελικά στάδια της νόσου του Alzheimer, η ζωγραφική δεν συνιστάται ως μέσο έκφρασης των συναισθημάτων, αλλά μπορεί να απασχολήσει δημιουργικά τους ασθενείς και να βοηθήσει στην εκτόνωσή τους. Τα παραπάνω συμπεράσματα, διατυπώνονται σε αυτή τη μελέτη με μεγάλη επιφύλαξη, αφού η δραστηριότητα αυτή πραγματοποιήθηκε μόνο μια φορά.

Ημέρα 7^η

Στόχος της προτελευταίας συνεδρίας είναι η κινητική δραστηριοποίηση της ομάδας, η συναισθηματική έκφραση και η ανάκληση σημαντικών προσωπικών γεγονότων. Τα μουσικά αποσπάσματα που επιλέχθηκαν είχαν ως θέμα το γάμο. Επιλέχθηκαν από το ρεπερτόριο της δημοτικής- παραδοσιακής μουσικής. Ο ρυθμός τους ήταν γρήγορος και χαρούμενος. Συνολικά ακούστηκαν 12 τραγούδια, με διάρκεια από 2 έως 3 λεπτά το καθένα. Μετά από κάθε κομμάτι ακολουθούσε συζήτηση, σχετικά με τον γάμο και τις προσωπικές εμπειρίες που έζησαν οι ασθενείς στον γάμο τους ή στον γάμο των παιδιών τους. Είχαμε ενεργό ρόλο στη συνεδρία και προωθούσαμε τη συζήτηση με σχετικές ερωτήσεις.

Παρακάτω αναγράφεται, με τη μορφή πίνακα, αναλυτικά η συνεδρία:

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση της θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο

8' - 40'	Μουσικοθεραπεία	Ανάκληση σημαντικών, προσωπικών βιωμάτων	Καρέκλες, ηχοσύστημα	Ακρόαση παραδοσιακών τραγουδιών με θέμα το γάμο
	Συζήτηση	Κινητική δραστηριοποίηση Συναισθηματική έκφραση	Καρέκλες	Η ομάδα συζητά για την ημέρα του γάμου, σε γενικό και προσωπικό επίπεδο
41' -45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριο τραγουδιού
45' - 50'	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : διαδοχική ακρόαση αποσπασμάτων με θέμα το γάμο
- Συζήτηση : η ομάδα συζητά για το γάμο και εμπειρίες που σχετίζονται είτε με τον δικό τους γάμο είτε με των παιδιών τους
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγθεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.
- Καταγραφές : οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα καταγράφηκαν μετά το πέρας της συνεδρίας αφού οι ασθενείς είχαν αποχωρήσει από την αίθουσα

Αντιδράσεις

Κατά τη διάρκεια της μουσικής ακρόασης, όλοι οι ασθενείς ήταν εύθυμοι εξαιτίας του χαρούμενου και γρήγορου ρυθμού των τραγουδιών. Οι περισσότεροι αναγνώρισαν αμέσως ότι πρόκειται για τραγούδια που μιλούν για το γάμο. Επιπλέον όλοι οι συμμετέχοντες άρχισαν να κινούν ρυθμικά τα άκρα τους και είχαν διάθεση για χορό. Ωστόσο μόνο ένας ασθενής σηκώθηκε να χορέψει μαζί με τους θεραπευτές.

Η συζήτηση, που γινόταν μετά από κάθε απόσπασμα, ξεκινούσε με ερωτήσεις, οι οποίες απευθύνονταν σε κάθε ασθενή ξεχωριστά. Αρχικά, οι ερωτήσεις αφορούσαν το θεσμό

του γάμου και καθώς η συνεδρία προχωρούσε, περνούσαν σε προσωπικό επίπεδο. Οι περισσότεροι απάντησαν ότι είναι παντρεμένοι, κάτι που ισχύει με βάση τα ερωτηματολόγια. Εμφανής ήταν η συγκίνηση των μελών, όταν μιλούσαν για τον γάμο τους και τον γάμο των παιδιών τους. Ένας ασθενής έκανε εκτενή αναφορά για το γάμο του ενώ μία άλλη ασθενής δεν κατάφερε να ανακαλέσει τα ονόματα των παιδιών της και αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη φανερή μετάπτωση της διάθεσής της.

Συμπεράσματα

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω οι έντονες προσωπικές παρελθοντικές εμπειρίες που έχουν μεγάλη σημασία για κάθε άνθρωπο, στη συγκεκριμένη περίπτωση ο γάμος, μπορούν να πυροδοτηθούν με την κατάλληλη μουσική υπόκρουση. Αυτές οι στιγμές, έχουν τη δύναμη να προκαλέσουν συναισθήματα χαράς, συγκίνησης και λύπης, σε περίπτωση αποτυχίας της ανάκλησης, και να κάνουν τους ασθενείς να εκφραστούν ελεύθερα.

Ημέρα 8^η

Η τελευταία συνεδρία στόχευε στην εκδήλωση συναισθημάτων χαράς και στην κινητική δραστηριοποίηση των μελών της ομάδας, μέσω της παραδοσιακής μουσικής. Αυτό το είδος μουσικής επιλέχθηκε ξανά, διότι φάνηκε να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη διάθεση και την αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων. Τα μουσικά αποσπάσματα που επιλέχθηκαν ήταν 12 με διάρκεια από 2 έως 3 λεπτά, το κάθε ένα. Είχαμε ενεργό ρόλο στη συνεδρία ξεκινώντας το χορό και κάθε ρυθμική κίνηση. Επισημαίνεται πως απουσίαζε ένας ασθενής από το κέντρο.

Παρακάτω αναγράφεται αναλυτικά η συνεδρία, με τη μορφή πίνακα :

ΧΡΟΝΟΣ	ΘΕΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
0'-3'	Καλωσόρισμα της ομάδας	Γνωριμία	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
4'-7'	Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα	Επεξήγηση της θεματικής ενότητας	Καρέκλες	Η ομάδα κάθεται σε κύκλο
8' - 40'	Μουσικοθεραπεία	Κινητική δραστηριοποίηση Συναισθηματική έκφραση	Καρέκλες, ηχοσύστημα	Ακρόαση παραδοσιακής μουσικής. Η ομάδα παρακινείται να χορέψει
41'-45'	Αποχαιρετισμός	Χαιρετισμός της ομάδας	Ηχοσύστημα	Ακρόαση του αποχαιρετιστήριο τραγουδιού
45' - 50'	Καταγραφές	Καταγραφή αντιδράσεων	Καρέκλες Ημερήσιο πρόγραμμα καταγραφής	Οι αντιδράσεις της ομάδας καταγράφονται από τους θεραπευτές

Ανάλυση πίνακα :

- Καλωσόρισμα : η ομάδα κάθεται κυκλικά σε καρέκλες. Πρώτα συστήνονται οι θεραπευτές και έπειτα, μετά από προτροπή, οι ασθενείς.
- Προσανατολισμός της ομάδας στο θέμα : οι θεραπευτές εξηγούν τη θεματική ενότητα της συνεδρίας και ενημερώνουν τους ασθενείς, ότι κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας είναι ελεύθεροι να αντιδράσουν όπως επιθυμούν αλλά και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή. Η ενημέρωση της ομάδας γινόταν με απλό λεξιλόγιο και μικρές προτάσεις, ώστε οι εντολές να είναι σίγουρα κατανοητές από όλους και όλες.
- Μουσικοθεραπεία : συνεχής ακρόαση παραδοσιακής μουσικής και χορός
- Αποχαιρετισμός : ακρόαση του αποσπάσματος, που έχει επιλεγεί ως αποχαιρετιστήριο και μεταβατικό για την επόμενη δραστηριότητα του κέντρου.
- Καταγραφές : οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα καταγράφηκαν μετά το πέρας της συνεδρίας αφού οι ασθενείς είχαν αποχωρήσει από την αίθουσα

Αντιδράσεις

Αρχικά, πρέπει να σημειωθεί ότι μόλις ανακοινώθηκε το θέμα της συνεδρίας, όλα τα μέλη χάρηκαν και η διάθεσή τους ήταν ανεβασμένη. Από το πρώτο κιόλας τραγούδι, μία ασθενής ξεκίνησε να τραγουδά και σηκώθηκε να χορέψει. Οι υπόλοιποι ασθενείς χτυπούσαν παλαμάκια και προσπαθούσαν να τραγουδήσουν. Μία άλλη ασθενής ακούγοντας τα λόγια από κάθε τραγούδι έκανε αστεία με τα μέλη της ομάδας. Τα αστεία αυτά επέφεραν αρκετό γέλιο στην ομάδα.

Μετά από λίγο, σηκώθηκε και ένας άλλος ασθενής, ο οποίος δεν σταμάτησε να χορεύει μέχρι το τέλος της συνεδρίας. Ο ασθενής αυτός, πριν το τέλος της συνεδρίας, πήρε την πρωτοβουλία και μίλησε στην ομάδα για τα παιδικά του χρόνια και για το πώς η μουσική και ο χορός επηρέασαν τη ζωή του.

Κανένας ασθενής δεν έμεινε αμέτοχος. Όλοι δραστηριοποιήθηκαν καθώς χόρευαν καθιστοί, σφύριζαν, τραγουδούσαν, χτυπούσαν παλαμάκια και αλληλεπιδρούσαν με όλα τα μέλη.

Συμπεράσματα

Η παραδοσιακή μουσική φαίνεται να λειτουργεί πολύ θετικά για τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, καθώς τους δραστηριοποιεί τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά. Επίσης

προκαλεί εκρήξεις συναισθημάτων χαράς, εύθυμη διάθεση, κινητική διέγερση και εστίαση προσοχής στη διαδικασία.

Γενικά Συμπεράσματα

Από τις παρατηρήσεις των συνεδριών, οδηγηθήκαμε σε ορισμένα συμπεράσματα:

- I. Οι επιλογές των μουσικών αποσπασμάτων πρέπει να γίνονται προσεκτικά και με βάση τις μουσικές προτιμήσεις των ασθενών. Μέσω των ερωτηματολογίων, διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι ασθενείς, προτιμούν την παραδοσιακή-δημοτική μουσική και αδιαφορούν για την σύγχρονη μουσική. Αυτό διαπιστώθηκε εύκολα στην πρώτη συνεδρία όπου έγινε εκτίμηση των προτιμήσεών τους.
- II. Η δημοφιλής μουσική κατά την ενήλικη ζωή των ασθενών, μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο στην έκφραση των συναισθημάτων και στην κινητική ενεργοποίησή τους. Αυτή η διαπίστωση προήλθε από το γεγονός ότι, στα πολύ διάσημα εποχιακά τραγούδια, οι ασθενείς κινούνταν ρυθμικά, με πολύ διάθεση, προσπαθούσαν να τραγουδήσουν και επισήμαναν πως ένιωθαν και πάλι νέοι.
- III. Η μουσική που συνδέεται με ιστορικά γεγονότα, τα οποία οι ασθενείς έχουν βιώσει, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση διάφορων συναισθημάτων όπως συγκίνηση, λύπη, θυμός κ.λπ., αλλά και στην ανάκληση σημαντικών πληροφοριών. Στην συνεδρία με θέμα τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, πολλοί από τους ασθενείς εξέφρασαν θυμό, έκπληξη και λύπη. Κάποιοι έκαναν ανάκληση των σημαντικών γεγονότων που είχαν γίνει τότε. Επίσης, θυμήθηκαν με μεγάλη ευκολία τις δικές τους εμπειρίες καθώς και τους δικούς τους ανθρώπους που πήραν μέρος στον πόλεμο.
- IV. Η μουσική που σχετίζεται με σημαντικά χαρούμενα παρελθοντικά προσωπικά γεγονότα, όπως ο γάμος, τα βαφτίσια, τα πανηγύρια κ.ά., βοηθά στην ανάκληση, στην συναισθηματική έκφραση και στην κινητική δραστηριότητα. Οι ασθενείς σε αυτή τη περίπτωση, ταύτισαν αμέσως τα τραγούδια με το γεγονός και ανακάλεσαν έθιμα σχετικά με τον θεσμό αλλά και προσωπικές τους εμπειρίες. Επίσης, σηκώθηκαν για να χορέψουν και ένιωθαν συναισθήματα χαράς.

- V. Ενώ επικρατεί η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν μόνο χαμηλές εντάσεις και ήρεμα τέμπο, φάνηκε πως προτιμούν εξίσου τραγούδια με υψηλές εντάσεις και γρήγορα τέμπο. Το συμπέρασμα αυτό πηγάζει από το γεγονός πως οι ασθενείς είχαν την ίδια ή και περισσότερη κινητική δραστηριότητα, σε δημοτικά-παραδοσιακά τραγούδια από ότι σε τραγούδια τύπου βαλς.
- VI. Ο συνδυασμός μουσικής και άλλης μη φαρμακευτικής προσέγγισης (art therapy), σε αυτή την ομάδα ατόμων, με τελικό στάδιο Alzheimer, δεν βοηθά την έκφραση των συναισθημάτων και την εναλλαγή ή τη βελτίωση της διάθεσης. Βέβαια, δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για αυτό το συμπέρασμα, καθώς ο συνδυασμός δυο μη φαρμακευτικών θεραπειών χρησιμοποιήθηκε μόνο μια φορά.
- VII. Η κατάλληλη μουσική υπόκρουση σε συνδυασμό με ανάλογα οπτικά ερεθίσματα, βοηθούν στην ανάκληση. Επίσης, οι εικόνες, βοηθούν τους ασθενείς με λεκτική ανεπάρκεια να εκφραστούν. Φάνηκε, επιπλέον, πως υπήρξε πιο έντονη συναισθηματική έκφραση (έκπληξη, χαρά, συγκίνηση κ.ά.), παρατηρώντας τα οπτικά ερεθίσματα.
- VIII. Με τη πάροδο των μουσικοθεραπευτικών συνεδριών, οι ασθενείς φάνηκε να είναι λιγότερο ανήσυχοι, αμήχανοι, αδιάφοροι, νευρικοί και απομονωμένοι. Αντίθετα, ενισχύθηκε η αλληλεπίδραση μεταξύ τους, ο διάλογος, η εκτόνωση, η εστίαση της προσοχής, η βλεμματική επαφή και η συναισθηματική έκφραση. Παρατηρήσαμε, πως στις τελευταίες συνεδρίες, κανένας ασθενής δεν ήθελε να αποχωρήσει, κάτι που συνέβαινε στην αρχή. Οπότε, φαίνεται, πως η μουσική μπορεί να ηρεμήσει τον ασθενή, να τον κοινωνικοποιήσει και να τον γεμίσει συναισθήματα.
- IX. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών, οι ασθενείς μιλούσαν μεταξύ τους, ήταν τις περισσότερες φορές ευδιάθετοι και είχαν όρεξη, κάτι το οποίο δεν παρατηρούταν πάντα στις υπόλοιπες διαδικασίες του κέντρου. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήξαμε μετά από συνομιλία με την υπεύθυνη του κέντρου, η οποία μας διευκρίνισε ότι ασθενείς οι οποίοι ήταν απαθείς (κοιμόντουσαν όλη μέρα, ήταν απομονωμένοι, δεν έδειχναν ενδιαφέρον), για λίγη ώρα μετά τη μουσικοθεραπεία, ήταν πιο δραστήριοι.

- X. Οι ασθενείς, μετά το τέλος κάθε συνεδρίας, έφευγαν με περισσότερη διάθεση για την επόμενη δραστηριότητα, που σε αυτήν την περίπτωση ήταν το φαγητό

Τα αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας περιορίστηκαν σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο. Θεωρούμε, ότι θα παρατηρούσαμε περισσότερα αποτελέσματα και με μεγαλύτερη διάρκεια, αν η διαδικασία διαρκούσε τουλάχιστον για 6 μήνες, όπως έχει φανεί σε άλλες πειραματικές παρατηρήσεις. Ωστόσο, οι επιδράσεις της μουσικοθεραπείας, έγιναν εμφανείς μετά τη τρίτη συνεδρία.

Η μουσικοθεραπεία, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεση των ασθενών με τη νόσο του Alzheimer. Έχει μηδενικό κόστος και δεν εμφανίζονται παρενέργειες. Όμως, δεν γνωρίζουμε, αν μπορεί να επιδράσει σε άλλους τομείς όπως ο γνωστικός και λεκτικός τομέας, αλλά μπορεί να ενισχύσει, έστω και βραχυπρόθεσμα, τον μη λεκτικό-κινητικό τομέα. Είναι ευρέως γνωστό, ότι η νόσος αυτή, είναι εκφυλιστική και μη θεραπεύσιμη. Για αυτόν τον λόγο, είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς να μην νιώθουν απομονωμένοι, να μπορούν να εκφράσουν όσα σκέφτονται και να βελτιωθεί, όσο είναι εφικτό, η ποιότητα ζωής τους. Ο μουσικοθεραπευτής, πρέπει να είναι καλός ακροατής, να είναι ευαισθητοποιημένος, να αφήνει στην άκρη τις δικές του προτιμήσεις και να βάζει σε πρώτο πλάνο τις ανάγκες των ασθενών του.

Τέλος, οι παρατηρήσεις μας, μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως η μουσικοθεραπεία είναι ένα βοηθητικό μέσο, το οποίο χρειάζεται στην θεραπεία ασθενειών και αποτελεί διέξοδο συναισθημάτων και έκφρασης των ανθρώπων, ακόμη και αν δεν παρατηρηθούν άμεσα ή μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Δρίτσας, Θ. (2003). *Μουσικοκινητικά δρώμενα ως μέσον θεραπευτικής αγωγής*, εκδόσεις επιστήμης κοινωνία, Αθήνα: Εκδόσεις Επιστήμης Κοινωνία
2. Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer., (1999). *Ζώντας με τη νόσο του Alzheimer*(Μ. Τσολάκη, Μετάφ.). Θεσσαλονίκη: Novartis.
3. Κάζης, Α., & Τσολάκη, Μ. (2005). *Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
4. Καρτασίδου, Λ., & Στάμου, Λ. (2006). *Μουσική Παιδαγωγική ,Μουσική Εκπαίδευση στη Ειδική Αγωγή, Μουσικοθεραπεία, Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Πρακτικά Ημερίδας*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
5. Κουντή- Ζαφειροπούλου, Φ., & Τσολάκη, Μ. (2006). *Εφαρμοσμένα θέματα παθολογικού γήρατος*, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.
6. Κωσταρίδου Ευκλείδη, Α., (Επιμ.). (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
7. Μακρής, Ι., & Μακρή, Δ. (2003). *Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία*, Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
8. Μαργιώτη, Ε., & Νίκα, Α., & Κάτσαρη, Μ., & Ζώη, Π., & Σακκά, Π. (2011). *Δραστηριότητες για άτομα που πάσχουν από νόσο Αλτσχάιμερ*, Αθήνα: Γρηγόρη
9. Μεντόπουλος, Γ., & Μπούρας, Κ. (2002). *Η Νόσος του Alzheimer* (3^η εκδ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
10. Ντζιούνη, Γ. (2012). *Μουσικοθεραπευτική θεωρία και πράξη, από τον Όμηρο έως τους ελληνιστικούς χρόνους*, Ελληνικές Μουσικολογικές εκδόσεις.
11. Πολυχρονιάδου, Π, Λ. (1989). *Μουσική και Ψυχολογία Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία*, Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
12. Τσολάκη, Μ., (2011). 7^ο Πανελλήνιο Ιατρικό-Διεπιστημονικό Συνέδριο νόσου Alzheimer και συγγενών Διαταραχών. Μ. Τσολάκη (Επιμ.), *Πρακτικά Συνεδρίου* (σ. 42-299). Θεσσαλονίκη 16-20 Φεβρουαρίου 2011. Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.

Ελληνική Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία

13. Hargreaves, D. (2004).*Η αναπτυξιακή ψυχολογία της μουσικής*, (Ε. Μακροπούλου, Μεταφ.). Αθήνα: Εκδόσεις Faggoto.
14. McClellan, R., (1997). *Οι θεραπευτικές δυνάμεις της μουσικής : Ιστορία-Θεωρία-Πρακτική*, (Ε. Πέπα, Μεταφ.). Αθήνα: Εκδόσεις Faggoto.
15. Rubinstein, H., (2000). *Η Νόσος του Alzheimer*, (Φ. Μεγαλούδη, Μεταφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 1996).
16. Shaboutin, S. (2005). *Ιατρικές δυνάμεις της μουσικής*, Αθήνα: Εκδόσεις PLS .

Ξένη Βιβλιογραφία

17. Orff, G. (1974), *The Orff Music Therapy, Active furthering of the development of the child*, Munchen: Kidler Verlag GmbH.
18. Davis, W., & Gfeller, K., & Thaut, M. (1992). *An Introduction to Music Therapy, Theory and Practice*, TheMcGraw-Hill Companies.

Ιστότοποι

19. Guetin, S., & Portet, F., & Picot, MC., & Pommie, C., & Messaoud, M., & Djabelkir, L., & Olsen, AL., & Cano, MM., & Lecourt, E., & Touchon, J. (2009, July). *Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: rantomised, controlled study*, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 28, 36-46
20. Svansdottir, HB., & Snaedal, J. (2006, April). *Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study*, International Psychogeriatrics, 18:4, 613-621