

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΖΑΝΤΖΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΟΥΖΑΚΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

ΤΡΙΚΑΛΑ2004

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΖΑΝΤΖΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΟΥΖΑΚΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

ΤΡΙΚΑΛΑ2004



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 4351/1
Ημερ. Εισ.: 16-03-2005
Δωρεά:
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ - ΤΕΦΑΑ
2004
ΚΑΖ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000077891

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	7
1.1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	7
1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	8
1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	8
1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	10
1.5 ΤΥΠΟΙ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	14
1.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ.....	15
1.7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	17
2. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	19
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	19
2.3. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΡΧΑΙΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ.....	20
2.4. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΜΕΣΑΙΩΝΑ.....	22
2.5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	23
3. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	24
3.1. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	26
3.2. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	27
3.3. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	28
3.4. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....	29

3.5. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	29
3.6. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	30
4. ΣΚΟΠΟΣ.....	32
4.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	32
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	35
5.1 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ, ΕΞΑΡΤΗΣΗ, ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
5.2 ΒΛΕΨΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
5.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	42
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	49

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις προς τη μουσική, είναι καταγεγραμμένες στην ερευνητική βιβλιογραφία, και αποτελούν μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία αίσθησης. Οι αντιδράσεις αυτές δεν αλλοιώνονται ή εξαφανίζονται στα άτομα με ψυχικά νοσήματα. **Σκοπός** της έρευνας αυτής ήταν να μελετηθεί η επίδραση της μουσικής σε άτομο με διεγνωσμένη σχιζοφρένεια. Η εφαρμογή του μουσικοθεραπευτικού αυτού προγράμματος είχε σαν στόχο την ανάπτυξη των φυσικών τάσεων και ψυχοσωματικών λειτουργιών του συμμετέχοντος, ώστε να μπορέσει να ξεπεράσει προβληματικές καταστάσεις ή συμπεριφορές και να οδηγηθεί σε θεραπευτική ανταπόκριση. **Μεθοδολογία:** Στην περιπτωσιολογική-ποιοτική αυτή μελέτη ο συμμετέχων ήταν άτομο με διεγνωσμένη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ακολουθήθηκε ατομικό παθητικό πρόγραμμα μουσικοθεραπείας με τρεις μουσικές ενότητες στην κάθε συνεδρία. Οι μουσικές ενότητες περιελάμβαναν ζωντανή μουσική και χρησιμοποιήθηκαν τα εξής μουσικά όργανα: κιθάρα, μπαλαμάς, κλαρινέτο, φλογέρα και φουσαρόνικα. Στο τέλος κάθε συνεδρίας πραγματοποιούνταν καταγραφή των συναισθημάτων και εντυπώσεων του συμμετέχοντα. Στα **Αποτελέσματα** έχουμε επιβεβαίωση της ευεργετικής επίδρασης της μουσικοθεραπείας, αφού επιτεύχθηκε με το άτομο αυτό διάνοιξη καναλιών επικοινωνίας και κατάφερε να εξωτερικεύσει αρνητικές εικόνες-κομμάτια από μέσα του, γεγονός το οποίο τον έφερε σε κατάσταση εκτόνωσης, κάθαρσης και χαλάρωσης. Επίσης σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού του ιδρύματος, ο συμμετέχων ύστερα από κάθε συνεδρία πραγματοποιούσε με περισσότερη όρεξη τις προγραμματισμένες δραστηριότητες και ένιωθε έντονα το αίσθημα της ανακούφισης και της καλής ψυχικής διάθεσης. **Συμπερασματικά**, η μουσικοθεραπεία επιδρά θετικά στον συμμετέχοντα του ενισχύει την αυτοπεποίθηση, την ψυχική διάθεση και του προσφέρει ευεξία, εκτόνωση, κάθαρση και χαλάρωση.

(Λέξεις-κλειδιά: σχιζοφρένεια, mental illness, music therapy, special needs, dementia, geriatrics).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια, ως ψυχιατρική νοσολογική ασθένεια, αφορά τον αυτισμό, την αμφιθυμία την άμβλυση του συναισθήματος και την ασυναρτησία.

Η ετήσια επίπτωση της σχιζοφρένειας υπολογίζεται σε 0.4-0.5 στα 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού και για το σύνολο των ηλικιών, ενώ αντίστοιχα ο επιπολασμός της υπολογίζεται σε 5 αρρώστους για 1000 άτομα. Η έναρξη της σχιζοφρένειας μπορεί να γίνει σε κάθε ηλικία, είναι όμως συνηθισμένη στην όψιμη εφηβεία και στην πρώτη φάση της ενηλικίωσης.

Οι τρόποι αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας συνίσταται κυρίως στην πρόληψη και στην θεραπεία με μικτά θεραπευτικά σχήματα.

Ένας από τους τρόπους αντιμετώπισης είναι και η Μουσικοθεραπεία, μια μέθοδος αγωγής όπου χρησιμοποιείται κυρίως ζωντανή αυτοσχεδιαζόμενη μουσική, για την επίτευξη διαφόρων θεραπευτικών σκοπών. Αυτισμός, μαθησιακές δυσκολίες, γεροντική άνοια, φυσικές αναπηρίες, σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, εγκεφαλική παράλυση, Σύνδρομο Down, δυσλεξία,, συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές είναι, μεταξύ άλλων, καταστάσεις με θεαματική επίδραση της μουσικοθεραπείας στη ζωή ανθρώπων απ' όλα τα κοινωνικά στρώματα, από βρέφη, παιδιά, ενήλικες έως ηλικιωμένους. Η μουσικοθεραπεία είναι σχετικά μια νέα Επιστήμη η οποία έχει αναπτυχθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια και όταν εφαρμοσθεί μέσα σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο από έναν εκπαιδευμένο μουσικοθεραπευτή, έχει βρεθεί ότι προσφέρει θετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις όπως οι παραπάνω.

Οι απαρχές της Μουσικοθεραπείας συναντώνται στην Αρχαία Ελλάδα. Ο Απόλλων, Θεός του Ήλιου, της Ιατρικής και της Μουσικής, πρέσβευε ότι σκοπός της ζωής κάθε ανθρώπου πρέπει να είναι η επίτευξη της απόλυτης αρμονίας ψυχής και σώματος. Ο θεός Απόλλων προστάτευε την αρμονία της ζωής με τη μαντική, τη μουσική και την ιατρική τέχνη. Οι ναοί που ήταν αφιερωμένοι στο γιο του τον Ασκληπιό, αποτελούσαν θεραπευτικά κέντρα στα οποία η μουσική ήταν ένα επικουρικό μέσο ίασης. Η μουσική χρησιμοποιούνταν στα ασκληπεία για να «οδηγήσει τον ασθενή σε μια εκστατική κατάσταση, με σκοπό την αφύπνιση της θεραπευτικής δύναμης της ψυχής, ώστε ν' αποκατασταθεί η αρμονία ανάμεσα σ' αυτή και το σώμα».

Ο Όμηρος, ο Πλάτωνας, ο Πλούταρχος, ο Αριστοτέλης, ο Πυθαγόρας και οι μαθητές τους, ανέδειξαν μέσα από τα κείμενά τους τη μουσική ως ένα ψυχοθεραπευτικό μέσο. Φυσικά, η Μουσική έχει να κάνει με πολλές παραμέτρους της κοινωνικής ζωής μιας ομάδας ανθρώπων, όπως η κουλτούρα, η παράδοση, η γεωγραφική θέση, και επομένως έχει εξελιχθεί στο πέρασμα των χρόνων με βάση τις παραμέτρους αυτές.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να είναι παθητική ή ενεργητική και εφαρμόζεται με τις ακόλουθες μεθόδους: α) «δεκτικές» β) «ενεργητικές» γ) «ατομικές» και δ) «ομαδικές», και με βάση την κλινική διάγνωση του ασθενή καθώς και την διάγνωση της προσωπικότητάς του.

1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια, ως ψυχιατρική νοσολογική ασθένεια, πέρασε από διάφορα εξελικτικά στάδια πριν πάρει το σημερινό περιεχόμενό της.

Στο δεύτερο μισό του 18ου αιώνα οι ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά ως ασθένειες, χάρη στο κίνημα του διαφωτισμού. Στα τέλη του ίδιου αιώνα ο Pinel (1745-1826) περιέγραψε τις πρώτες κλινικές εικόνες.

Ο Morel (1860) χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο πρώιμη άνοια (dementia praecox), για να περιγράψει μια ομάδα σχιζοφρενικών ψυχώσεων διαχωρίζοντας τις ψυχώσεις στις ηλικιακά πρώιμες, που εμφανίζονται «αυτοδύναμα» και στις ηλικιακά όψιμες, που προκαλούνται από οργανικά αίτια.

Ο Kraepelin (1896) διατηρώντας τον όρο dementia praecox, έκανε τη συστηματική περιγραφή των βασικών μορφών σχιζοφρένειας: απλής, παρανοϊκής, ηβιφρενικής και κατατονικής.

Ο Eugen Bleuler (1911) χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «σχιζοφρένεις» δίνοντας έμφαση στην άποψη ότι πρόκειται για ομάδα νόσων. Ο ίδιος καθόρισε ως κύρια διαγνωστικά κριτήρια των σχιζοφρενικών, τα εξής τέσσερα:

- αυτισμός (autism),
- αμφιθυμία (ambivalence),
- άμβλυνση του συναισθήματος (blunted affect) και
- ασυναρτησία (loose of associations).

Στα χρόνια που ακολούθησαν διαφάνηκε η ανάγκη μιας ταξινόμησης για τη διαφοροποίηση κλινικών τύπων με βάση όχι μόνο τη συμπτωματολογία, αλλά και την πορεία, και με σκοπό την αναγνώριση ιάσιμων μορφών με ευνοϊκή πρόγνωση. Όμως, για την κατανόηση σύνθετων ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως είναι οι σχιζοφρένεις, η παλιότερη μονοδιάστατη περιγραφική προσέγγιση είναι αυτονόητο πως δεν είναι αρκετή.



1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ετήσια επίπτωση της σχιζοφρένειας υπολογίζεται σε 0.4-0.5 στα 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού και για το σύνολο των ηλικιών, ενώ αντίστοιχα ο επιπολασμός της υπολογίζεται σε 5 αρρώστους για 1000 άτομα. Οι άνδρες παρουσιάζουν μικρή υπεροχή νόσησης σε σύγκριση με τις γυναίκες, και οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις σε σύγκριση με τις οικονομικά πιο εύρωστες. Η υπεροχή των ανδρών μπορεί να είναι φαινομενική, γιατί καθώς οι άνδρες εμπλέκονται με περισσότερες δραστηριότητες και χρειάζονται ψηλότερου επιπέδου λειτουργικότητα, η έκπτωση από τη νόσο γίνεται ευκολότερα αντιληπτή. Η υπεροχή των οικονομικά ασθενέστερων μπορεί να συνδέεται με τη συχνότερη αναζήτηση ψυχιατρικής φροντίδας στην οργανωμένη δημόσια περίθαλψη, σε αντίθεση με τους οικονομικά εύρωστους που απευθύνονται στην ιδιωτική περίθαλψη, για να αποφύγουν «στίγμα» της ψυχικής αρρώστιας.

Η έναρξη της σχιζοφρένειας μπορεί να γίνει σε κάθε ηλικία, από την πρώτη παιδική ως τη γεροντική. Είναι όμως συνηθισμένη στην όψιμη εφηβεία και στην πρώτη φάση της ενηλικίωσης.

Η θνησιμότητα των σχιζοφρενικών είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Ως αιτίες θεωρούνται η αυτοκτονία, τα ατυχήματα, το υπερβολικό κάπνισμα, η κατάχρηση της αλκοόλης, η αδιαφορία για την ατομική υγιεινή και οι κακές συνθήκες διαβίωσης.

1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Για την εκδήλωση της ψυχοπαθολογικής διεργασίας της σχιζοφρένειας ενοχοποιούνται παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Όμως, κανείς από αυτούς δε μπορεί να θεωρηθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση και ακόμα περισσότερο ως η μοναδική αιτία. Πρόκειται κατά συνέπεια για παράγοντες κινδύνου που, χωρίς να αποτελούν τις τεκμηριωμένες αιτίες, συνεργάζονται για την κινητοποίηση της ψυχοπαθολογικής διεργασίας που οδηγεί προοδευτικά στη σχιζοφρενική αποδιοργάνωση.

Βιολογικοί παράγοντες: Έχει δειχθεί ότι ο βαθμός κινδύνου εμφάνισης της νόσου σχετίζεται με το βαθμό συγγένειας (γενετικός παράγοντας). Η ταυτότητα των

γενετικών παραγόντων και ο τρόπος της μεταβίβασης τους είναι υπό έρευνα. Η πιο παραδεκτή άποψη, υποστηρίζει πως οι σχιζοφρένιες έχουν πολυγονιδιακή γενετική εκπροσώπηση.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Υποστηρίζεται πως η σχιζοφρένεια εκφράζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που προκαλείται:

➤ Από **εσωτερικούς ψυχολογικούς παράγοντες** καθώς και παράγοντες της ιδιαίτερης **ψυχολογικής σύστασης** που καθορίζουν τον χαρακτήρα του ατόμου, οι οποίοι εκφράζουν μια, έμφυτη υπολειτουργία των μηχανισμών της αντίληψης και της συνειδητοποίησης και μια ανικανότητα επικέντρωσης της προσοχής στις «ουσιαστικές» πληροφορίες, όσο και

➤ Από περιστασιακούς περιβαλλοντογενείς ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο καταγισμός των μηχανισμών της αντίληψης και συνειδητοποίησης με μη αξιολογημένες πληροφορίες, οδηγεί σε αδυναμία γνωστικής αξιοποίησης και διαχωρισμού, ουσιαστικού-μη ουσιαστικού, πραγματικού-μη πραγματικού, υποκειμενικού-αντικειμενικού. Αποτέλεσμα είναι η παραποίηση της πραγματικότητας, η ασάφεια του υλικού με το οποίο τροφοδοτείται ο ιδεατός μηχανισμός και η αποδιοργάνωση της ικανότητας του Εγώ να διατηρεί με σαφήνεια τα δικά του όρια και να διαφοροποιείται από το αντικειμενικό περιβάλλον.

Η προσωπικότητα του ατόμου στην αδυναμία της να επικοινωνήσει με το περιβάλλον χάνει προοδευτικά την επαφή της με αυτό, οι απαιτήσεις για προσαρμογή συνειδητοποιούνται ως συνεχείς απειλές νέας αποτυχίας και η κινητοποίηση των μηχανισμών άμυνας ορθώνει προοδευτικά το τείχος προστασίας (αυτισμός) που απομονώνει το άτομο από το «απειλητικό» περιβάλλον (απόσυρση).

Κοινωνικοί παράγοντες: Κάθε διαταραχή στους παράγοντες του κοινωνικοπολιτισμικού πλέγματος (Οικονομικούς, μόρφωσης, επαγγελματικής απασχόλησης, σταθερές κοινωνικές συνθήκες, καθιερωμένους σε ήθη και έθιμα πολιτισμικούς κανόνες) συνεπάγεται αστάθεια στις σχέσεις προσωπικότητας-περιβάλλοντος και ανάλωση της προσωπικότητας σε προσπάθειες αναπροσαρμογών. Είναι δύσκολη η απομόνωση της ευθύνης του κάθε παράγοντα, γιατί η διαταραχή του ενός συνοδεύεται με διαφοροποιήσεις και των υπόλοιπων. Οι δυνατότητες εξάλλου της προσωπικότητας για προσαρμογή και αναπροσαρμογές διαφέρουν από το ένα άτομο στο άλλο.

1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η έναρξη της σχιζοφρενικής διαταραχής είναι συνήθως αθόρυβη με βραδεία εκδήλωση των συμπτωμάτων και με χρόνια προοδευτική εγκατάσταση της κλινικής εικόνας. Η οξεία εγκατάσταση με θορυβώδη έναρξη και πλούσια συμπτωματολογία είναι λιγότερο συχνή.

Στα αρχικά στάδια ο άρρωστος είναι ανήσυχος και αγχώδης, περιέρχεται σε κατάσταση «μη συμμετοχής» ή απασχολείται με παράδοξες ενασχολήσεις και ιδέες και παραπονιέται για άτυπα σωματικά ενοχλήματα. Αυτά, συχνά εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα ή αναφέρονται στη σεξουαλική λειτουργικότητα. Τα βιώματα αυτά άλλοτε συνοδεύονται από αδιαφορία και άλλοτε προκαλούν το έντονο ενδιαφέρον του αρρώστου, κινητοποιούν φόβο ως αόριστη απειλή ή συσσωρεύουν άγχος που μπορεί να φθάσει σε κρίσεις πανικού.

Όταν η έναρξη είναι χρόνια επικρατεί η εικόνα της «μη συμμετοχής». Ο άρρωστος, με αργό αλλά σταθερό ρυθμό, ατονεί, αραιώνει ή εγκαταλείπει τις προηγούμενες δραστηριότητες, τις σπουδές ή τις επαγγελματικές ασχολίες του και διακόπτει προοδευτικά τις διαπροσωπικές σχέσεις του.

Η ολοκληρωμένη κλινική εικόνα, χαρακτηρίζεται από διαταραχές του συναισθήματος, της σκέψης, της αντίληψης και της συνειδητοποίησης, της προσοχής, της βούλησης και της τάσης για ενέργεια, της εναισθησίας και, γενικότερα, της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς.

Διαταραχές του Συναισθήματος:

Συναισθηματική άμβλυνση ή αδιαφορία : είναι όταν οι φυσιολογικές συναισθηματικές διακυμάνσεις που χρωματίζουν κάθε έκφραση του σκεπτικού περιεχομένου λείπουν.

Συναισθηματική απροσφορότητα : είναι η αντίφαση σκεπτικού περιεχομένου και συναισθηματικής επένδυσης. Όταν ο άρρωστος κατέχεται από συναίσθημα τελείως αντίθετο από εκείνο που θα ταίριαζε φυσιολογικά στο σκεπτικό και το λεκτικό περιεχόμενο.

Διαταραχές της Σκέψης:

Οι διαταραχές της σκέψης γίνονται αντιληπτές από τον τρόπο με τον οποίο οι άρρωστοι εκφράζουν με το λόγο τις ιδέες τους. Οι σκεπτικές διαταραχές είναι από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και αναφέρονται στη διεργασία της παραγωγής των ιδεών, στο ίδιο το περιεχόμενο της σκέψης και τη σημασία των ιδεών, καθώς και στη σύνδεσή τους για την απόδοση εννοιών (συνειρμός).

➤ Η παραγωγή των ιδεών χαρακτηρίζει τη σχιζοφρενική σκέψη ως αυτιστική ή ως ονειρική:

Η αυτιστική σκέψη χαρακτηρίζεται από συμβολισμούς, έλλειψη οποιασδήποτε σχέσης με την πραγματικότητα, καθώς και παράδοξο, παράλογο και ακατανόητο για τους άλλους περιεχόμενο.

Η ονειρική σκέψη μοιάζει με διήγηση ονείρου. Χαρακτηρίζεται από πλήθος συμβολισμών, από χρονοχωρικά χάσματα στους συσχετισμούς με την πραγματικότητα και από φανταστικό παραμυθένιο περιεχόμενο.

➤ Το περιεχόμενο της σκέψης αποτελούν παραληρητικές ιδέες και, ιδιαίτερα, ιδέες με παρανοϊκό περιεχόμενό, οι οποίες εκφράζονται ως ιδέες δίωξης, συσχέτισης ή επίδρασης. Η δίωξη, από συγκεκριμένα πρόσωπα ή γενικά και αόριστα από τους άλλους ή ακόμα από μυστικές ή υπερφυσικές δυνάμεις, συνδέεται συχνά με τις αποτυχίες του αρρώστου να χειρίζεται αποτελεσματικά τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

➤ Οι διαταραχές του συνειρμού εκδηλώνονται ήπιες στην αρχή, δίνοντας την αίσθηση της ασάφειας στη διατύπωση των εννοιών. Στη συνέχεια οδηγούν σε αποδιοργάνωση μέχρι την απόλυτη ασυναρτησία. Επιβράδυνση του συνειρμού παρατηρείται σε χρόνιες μορφές, όπου ο άρρωστος είναι αυτιστικός και η σκέψη κατέχεται από έμμονο μονοϊδεασμό, ενώ επιτάχυνση ή και λογόρροια παρατηρείται σε οξείες μορφές με ιδέες μεγαλείου και πλούσια ψευδαισθητικά βιώματα.

Διαταραχές της Αντίληψης και της Συνειδητοποίησης:

Οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται με αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, διαταραχές του σωματικού Εγώ, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Ψυχοπαθολογική απαρχή γι' αυτές θεωρείται η έκθεση των σχιζοφρενικών σε «υπερφόρτωση» της αντίληψης και της συνειδητοποίησης και ο «εξαναγκασμός» τους για υποδοχή και

επεξεργασία υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων.

Η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση, περιγράφονται από τον άρρωστο σαν ανεξήγητη σωματοψυχική μεταβολή του εαυτού ή του περιβάλλοντος αντίστοιχα, χωρίς να προσδιορίζεται το είδος της μεταβολής.

Οι διαταραχές του σωματικού Εγώ, αναφέρονται σε παραποίηση της αίσθησης για το σχήμα, την υφή, τη σύσταση, το μέγεθος, τη θέση, τη λειτουργία ή ακόμα και την ίδια την ύπαρξη οργάνων, μελών ή και ολόκληρου του σώματος. Ο συνδυασμός των διαταραχών του σωματικού Εγώ με παραληρητικές ιδέες και ο παράδοξος εξωπραγματικός χαρακτήρας τους αποκαλύπτει εύκολα την ψυχωσική φύση τους και τις διαχωρίζει από άλλα παθολογικά βιώματα σωματικού χαρακτήρα όπως είναι οι υποχονδριακές ιδέες.

Οι ψευδαισθήσεις, δηλαδή η παρουσία αισθητηριο-αισθητικών βιωμάτων χωρίς την ύπαρξη αντίστοιχων ερεθισμάτων, είναι συχνές στη σχιζοφρένεια.

Πιο χαρακτηριστικές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις: Ο πιο χαρακτηριστικός τύπος είναι η ηχοποίηση της ίδιας της σκέψης (ακούνε φωναχτά τις ίδιες τους τις σκέψεις).

Ακολουθούν σε συχνότητα οι απτικές ψευδαισθήσεις, ενώ οι οσφρητικές και οι γευστικές ψευδαισθήσεις, όταν υπάρχουν, συνδυάζονται συνήθως με παραληρητικές ιδέες και διαταραχές του σωματικού Εγώ.

Οι ψευδαισθήσεις, πολύ συχνά, απορροφούν όλο το ενδιαφέρον, την προσοχή και τις δραστηριότητες των αρρώστων και στην πραγματικότητα κατευθύνουν όλες τις ψυχοκινητικές εκδηλώσεις τους.

Διαταραχές της Προσοχής:

Ενεργητική προσοχή: Αποσύρεται από τα εξωτερικά πραγματικά γεγονότα. Η έλλειψη ενδιαφέροντος και η ενδοστροφή της προσοχής δίνουν την απατηλή εικόνα της μειωμένης νοητικής ικανότητας, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για αδιαφορία. Αν και η ενεργητική προσοχή υπολείπεται σημαντικά,

Παθητική προσοχή: Λειτουργεί ικανοποιητικά, έτσι που οι άρρωστοι διατηρούν επαρκή επαφή με την πραγματικότητα στα θέματα πρακτικών αναγκών. Γι' αυτό, παρόλο που οι άρρωστοι είναι εξωπραγματικοί, διατηρούν καλό συνειδησιακό επίπεδο χωρίς συγχυτικά συμπτώματα.

Διαταραχές της Βούλησης και της Τάσης για Ενέργεια:

Αμφιθυμία και αμφιβουλησία: Αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της παρορμητικής συμπεριφοράς και των αρνητικών εκδηλώσεων που στις ακραίες καταστάσεις φτάνουν στην κατατονική διέγερση ή την εμβροντησία. Χαρακτηριστικά δείγματα παρορμητικής συμπεριφοράς, είναι η απροσδόκητη αυτοκτονία, παρορμητικός αυτοακρωτηριασμός, αναίτιες επιθέσεις, απρόβλεπτες καταστροφικές ή εγκληματικές πράξεις και ανθρωποκτονίες.

Αρνητισμός: Σε αντίθεση με την παθητική αναστολή, αποτελεί την ενεργητική έκφραση του ανοιχτού ανταγωνισμού προς το περιβάλλον και τον εαυτό. Εκδηλώνεται, με την άρνηση αποδοχής και εκτέλεσης επιθυμιών και παραγγελμάτων που προέρχονται από τους γύρω ή, σε βαρύτερες μορφές και πιο ακραίες περιπτώσεις, με την άρνηση των ιδίων λειτουργιών, όπως είναι, η λήψη της τροφής, η κατάποση, η ούρηση και η αφόδευση (εμβροντησία ή stupor).

Στερεοτυπίες: Είναι άσκοπες κινήσεις που επαναλαμβάνονται ρυθμικά και αδιάκοπα, όπως λ.χ. η κίνηση του κορμού μπρος-πίσω. Οι στερεοτυπίες του λόγου εκφράζονται με τη συνεχή επανάληψη μιας λέξης ή φράσης, ή με παράδοξη γραφή, λ.χ. στις γωνίες του χαρτιού ή με διακοσμημένα και παράδοξα σύμβολα.

Μαννερισμοί: Είναι απομιμήσεις σκόπιμης και επικοινωνιακά καθιερωμένης εκφραστικής ψυχοκινητικής δραστηριότητας, αλλά χρησιμοποιούνται με επιμονή, σε τελείως ακατάλληλες συνθήκες. Ο άρρωστος λ.χ. χαιρετίζει στρατιωτικά κάθε άτομο που συναντάει.

Συνείδηση, Προσανατολισμός, Μνήμη και Νοημοσύνη: Οι λειτουργίες αυτές, συχνά είναι δύσκολο να εξεταστούν. Ο αρνητισμός, η συναισθηματική απάθεια, η απροσφορότητα, η μειωμένη προσοχή, η παράδοξη συμπτυκνωμένη σκέψη, οι συμβολισμοί και η αδυναμία εναρμονισμού συναισθήματος, ιδεακού περιεχομένου και ψυχοκινητικής δραστηριότητας δίνουν για το σχιζοφρενικό άρρωστο απατηλή εικόνα ανοικτού, συγκεχυμένου, αποπροσανατόλιστου ή αμνησικού. Ο προσανατολισμός είναι συνήθως καλός, αλλά η αίσθηση της ροής του χρόνου είναι συχνά διαταραγμένη. Διαταραχές της μνήμης είναι πολύ συχνές σε χρόνιες τελικές καταστάσεις ή σε χρόνιους ιδρυματικούς αρρώστους. Συγχυτικά στοιχεία παρατηρούνται στις περιπτώσεις με οξεία έναρξη, με ονειρική σκέψη και με αφθονία παραληρητικών και ψευδαισθητικών βιωμάτων.

Εναισθησία: Οι άρρωστοι δεν αναγνωρίζουν την ύπαρξη της αρρώστιας τους ή

και στις περιπτώσεις που παραδέχονται την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας αναφέρονται σε σωματικά ενοχλήματα, χωρίς να είναι και αυτά ιδιαίτερα σημαντικά (νοσοαδιαφορία ή νοσοϋποτιμήση).

Τα συμπτώματα που περιγράφηκαν συνήθως δε συνυπάρχουν όλα στον ίδιο άρρωστο. Η συνηθισμένη κλινική εικόνα είναι η παρουσία μερικών από τα συμπτώματα αυτά σε ποικιλίες συνδυασμών και αρκετά συχνά οι συνδυασμοί αυτοί τροποποιούνται στην εξελικτική πορεία της νοσηρής διεργασίας.

1.5 ΤΥΠΟΙ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Αναφορά στους τύπους της σχιζοφρένειας γίνεται με βάση την πρόσφατη αναθεώρηση του διαγνωστικού-στατιστικού εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (DSM-III-R, 1987) και σε μια προσπάθεια συσχετισμού με την ένατη αναθεώρηση του συστήματος ταξινόμησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ICD-9CM, 1979) επειδή τα δύο αυτά συστήματα χρησιμοποιούνται ευρύτατα και θεωρούνται σχεδόν καθολικής αποδοχής. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-III-R, συναντώνται οι εξής τύποι σχιζοφρένειας:

- **Ο αποδιοργανωμένος τύπος.**
- **Ο κατατονικός τύπος.**
- **Ο υπολειμματικός τύπος.**
- **Ο αδιαφοροποίητος τύπος.**
- **Ο παρανοϊκός τύπος.**

Ενώ στο ICD-9-CM αναφέρονται:

- **Η απλή μορφή**, που έχει κάποιο βαθμό αντιστοιχίας στο DSM-III-R με τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας και εν μέρει με τον υπολειμματικό τύπο.
- **Η λανθάνουσα μορφή**, χαρακτηρίζεται από εκκεντρική, ασυνεπή συμπεριφορά και «σχιζοειδικές» ανωμαλίες του συναισθήματος, χωρίς σχιζοφρενική νόσηση στο



παρελθόν ή στο παρόν.

➤ **Η σχιζοσυναισθηματική μορφή.** η οποία στο DSM-III-R αναφέρεται ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

➤ **Το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.** με ονειρική κατάσταση, ήπια συγχυτικά στοιχεία και αμηχανία, που έχει την τάση για αυτόματη αποκατάσταση και είναι βραχείας διάρκειας.

➤ **Η ψευδονευρωτική μορφή.** με υποχονδριακά και άλλα σωματικού τύπου συμπτώματα. Στο DSM-III-R αυτή περιλαμβάνεται στις άτυπες ψυχώσεις.

1.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας, εξαρτάται από παράγοντες που αναφέρονται στον ίδιο τον άρρωστο, στη μορφή της αρρώστιας και στο οικογενειακό – κοινωνικό περιβάλλον. Η κληρονομική επιβάρυνση και η ύπαρξη στην οικογένεια σχιζοφρένειας, συναισθηματικής διαταραχής ή άλλης ψυχικής νόσου αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες. Το ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό, η οργανωμένη προνοσηρή προσωπικότητα και η προηγούμενη καλή επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή του αρρώστου, αποτελούν ευνοϊκά προγνωστικά στοιχεία. Προνοσηρή προσωπικότητα με προβλήματα προσαρμογής και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογένεια, στο σχολείο, στις σχέσεις με το άλλο φύλο, στο επάγγελμα και στις κοινωνικές συνθήκες, αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα. Η πρόγνωση είναι ακόμα χειρότερη όταν η προνοσηρή προσωπικότητα χαρακτηρίζεται ως σχιζοειδής ή παρανοειδής ή σχιζότυπη ή μεταίχμια. Αν η ηλικία έναρξης της νόσου είναι η παιδική ή η εφηβική, η πρόγνωση είναι πολύ χειρότερη από τις περιπτώσεις που αρχίζουν μετά την τρίτη δεκαετία. Η ύπαρξη εκλυτικού παράγοντα, είναι ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο, ενώ η εξέλιξη είναι δυσμενής όταν η νόσος εμφανίζεται χωρίς εκλυτικό αίτιο. Η απότομη έναρξη με πλούσια συμπτωματολογία έχει καλύτερη εξέλιξη σε σύγκριση με τη βραδεία, χρόνια, προοδευτική εγκατάσταση των συμπτωμάτων που οδηγεί σε βαρύτερη, μη αναστρέψιμη έκπτωση. Η διάρκεια της νόσου και η έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης έχουν μεγάλη προγνωστική σημασία. Πρόσφατη νόσηση με άμεση και ορθή αντιμετώπιση έχει περισσότερες

πιθανότητες για αποκατάσταση. Μετά από δύο χρόνια επιμονή των συμπτωμάτων, οι πιθανότητες για αποκατάσταση μειώνονται πάρα πολύ.

Σε σχέση με τη μορφή της νόσου, από την εποχή του Kraepelin, η απλή και η ηβηφρενική μορφή είχαν τη χειρότερη πρόγνωση, η παρανοϊκή εθεωρείτο σε μια λίγο καλύτερη θέση, ενώ οι κατατονικές μορφές με απότομη έναρξη είχαν τη σχετικά καλύτερη πρόγνωση. Σήμερα, ύστερα από την εφαρμογή των αντιψυχωσικών φαρμάκων και των άλλων σύγχρονων θεραπευτικών μέσων, μια παρανοϊκή μορφή έχει τις ίδιες τουλάχιστον πιθανότητες για κοινωνική βιωσιμότητα, όσες και οι κατατονικές μορφές. Αποδιοργανωμένοι (ηβηφρενικοί), άρρωστοι είναι δυνατό να βοηθηθούν σε ένα παραδεκτό επίπεδο αν αντιμετωπιστούν συστηματικά 'με όλα τα σύγχρονα μέσα θεραπείας.

Σε οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον με κατανόηση και αποδοχή του ψυχικού αρρώστου και της αρρώστιας του, από το οποίο λείπουν η επιθετικότητα και οι ματαιώσεις για τον άρρωστο, στο οποίο υπάρχει συναισθηματική, λεκτική και συμπεριφορική επικοινωνία με ξεκάθαρα μηνύματα, χωρίς αμφιθυμίες, η εξέλιξη είναι ευνοϊκότερη και οι πιθανότητες υποτροπών, λιγότερες. Η μετρημένη προστασία, -όχι η υπερπροστασία- η ενίσχυση των δυνατών υγιών πρωτοβουλιών, απασχολήσεων και ενδιαφερόντων, και η ανάθεση περιορισμένων καθηκόντων και υποχρεώσεων, προσφέρουν ουσιαστική θεραπευτική βοήθεια.

Η πορεία της σχιζοφρένειας, χαρακτηρίζεται ως χρόνια όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων (πρόδρομης, ενεργής ή υπολειμματικής φάσης) είναι μεγαλύτερη από δύο χρόνια και ως υποχρόνια αν είναι μικρότερη. Χρόνια και υποχρόνια σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται «σε παρόξυνση» όταν εμφανιστούν και νέα συμπτώματα, με επιδείνωση της κλινικής εικόνας, ενώ «σε ύφεση» χαρακτηρίζονται όταν παρατηρείται αποδρομή των συμπτωμάτων, στη συγκεκριμένη περίοδο.

Η έκβαση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Σε χώρες με αναπτυγμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρατηρείται αύξηση των περιπτώσεων με ευνοϊκή έκβαση. Υπολογίζεται ότι 70% των αρρώστων με πρώτη νόσηση, όταν αντιμετωπίζονται στην αρχή της νόσου, γίνονται ασυμπτωματικοί μέσα στο πρώτο τρίμηνο. Από αυτούς 85% εξακολουθούν να ζουν έξω από το νοσοκομείο στο τέλος του πρώτου χρόνου. Μετά από 5 χρόνια, εξακολουθούν να ζουν έξω από το νοσοκομείο 60% των αρρώστων. Από τους υπόλοιπους, 30% έχοντας ενεργό συμπτωματολογία διακινούνται ανάμεσα στο νοσοκομείο και στις φροντίδες της κοινότητας και μονάχα 10% μένουν μόνιμα στο νοσοκομείο. Στη χώρα μας υπάρχουν περιθώρια για βελτίωση της έκβάσης, αν

βελτιωθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

1.7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόληψη, αφορά τις περιπτώσεις με αναγνωρισμένο υψηλό βαθμό κινδύνου, καθώς η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Η αντιμετώπιση συναισθηματικών διαταραχών σε μητέρες που έχουν προβλήματα με το ρόλο της μητέρας, η διευθέτηση των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στους συζύγους-γονείς και στα λοιπά μέλη της οικογένειας και η αποκατάσταση σταθερότητας και σαφήνειας των ρόλων του κάθε μέλους μέσα στην οικογένεια, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προφύλαξης. Η κινητοποίηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας σε άτομα με απόσυρση, ονειροπόλο και εξωπραγματικό μοναχικό βίο με τάση για φαντασιώσεις, και η ενθάρρυνσή τους να εμπλέκονται σε ομαδικές εκδηλώσεις, στο σχολείο ή στην κοινότητα, είναι δυνατό να προλάβουν βαθύτερη ρήξη με την πραγματικότητα. Η οργάνωση προγραμμάτων κοινοτικής ψυχικής υγείας αποβλέπει στη διευθέτηση κοινωνικών και περιβαλλοντικών ψυχολογικών προβλημάτων που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της νόσου.

Η θεραπεία, βασίζεται σε θεωρητικές απόψεις και στην κλινική εμπειρία. Οι κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει πως τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα δίνονται από τα μικτά θεραπευτικά σχήματα, στα οποία η φαρμακευτική αγωγή, οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και η κοινωνική - κοινοτική φροντίδα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς με εξατομικευμένα και προσαρμοσμένα, στις ανάγκες του κάθε αρρώστου, θεραπευτικά προγράμματα.

Η φαρμακευτική αγωγή, έχει αποδειχτεί χρήσιμη και αποτελεσματική στην καταστολή των ψυχωσικών συμπτωμάτων και στη διατήρηση του αρρώστου ελεύθερου από αγχώδεις ή διεγερτικές εκδηλώσεις, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Παράλληλα, εξασφαλίζει το απαραίτητο κλίμα συνεργασίας, για την εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών και άλλων κοινωνικής κατεύθυνσης θεραπευτικών προγραμμάτων. Τα βασικά αντιψυχωσικά φάρμακα είναι οι φαινοθειαζίνες, οι βουτυροφαινόνες, τα θειοξανθένια, οι διβενζοαζεπίνες και τα παράγωγα της ανισαμίδης.

Τα προγράμματα ψυχοθεραπείας, έχουν στόχο την αποκατάσταση μιας υποστηρικτικής βάσης για την ενίσχυση των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών του αρρώ-

στου και την παροχή βοήθειας προς την κατεύθυνση της διατήρησης επαφής με την πραγματικότητα σε συνδυασμό με την αποφυγή της απομόνωσης από το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι κοινωνικοθεραπευτικοί χειρισμοί, είναι χρήσιμοι για τη διατήρηση της επαφής του αρρώστου με το περιβάλλον του στην κοινότητα. Εφαρμόζονται στο διάστημα της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και αποτελούν τη βάση για την κοινωνική επανένταξή του, μετά την έξοδο από αυτό.

Η ένταξη του αρρώστου σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, σχεδιασμένο στα πλαίσια κλινικής επανένταξης ή παρακολούθησης από κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, αποτελεί την απαραίτητη συνέχεια της νοσοκομειακής προσπάθειας και βελτιώνει την πρόγνωση για την τελική έκβαση.

2. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως μουσικοθεραπεία μπορεί να οριστεί η χρήση της μουσικής και των μουσικών της στοιχείων (ήχος, ρυθμός, μελωδία, αρμονία), από ειδικευμένο μουσικοθεραπευτή με ένα άτομο ή ομάδα ατόμων σε μία διαδικασία σχεδιασμένη για να διευκολύνει και να προάγει την επικοινωνία, τις σχέσεις, την μάθηση, την κίνηση, την έκφραση, την οργάνωση και άλλα σχετικά θεραπευτικά αντικείμενα, ώστε να ικανοποιήσει φυσικές, συναισθηματικές και διανοητικές ανάγκες. Στόχος της μουσικοθεραπείας, είναι να αναπτύξει τις δυνατότητες και να αποκαταστήσει τις λειτουργίες ενός ατόμου, ώστε να πετύχει καλύτερη εσωτερική συγκρότηση και συνεπώς καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσω της πρόληψης, της αποκατάστασης ή της θεραπείας (WFMT, 1996).

2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι πρώτες γραπτές μαρτυρίες, που αναφέρονται στο θέμα της μουσικοθεραπείας είναι οι ιατρικοί αιγυπτιακοί πάπυροι που ανακαλύφθηκαν το 1899 και χρονολογούνται γύρω στο 1500 π.Χ. Σε αυτούς γίνεται λόγος για την ευνοϊκή επίδραση της μουσικής στην γονιμότητα της γυναίκας. Αλλά ακόμη και στη Βίβλο βρίσκουμε αρκετές παραστατικές περιγραφές που αποδίδουν την πίστη στις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής. Στην εξέλιξη της ιστορίας της ανθρωπότητας βρίσκουμε και πολλά άλλα ντοκουμέντα και ενδιαφέροντες μύθους γύρω από αυτό το θέμα. Κοινό πάντως χαρακτηριστικό σε όλους αυτούς τους μύθους, ανεξαρτήτως εποχών, είναι μία διάσταση μαγείας όσον αφορά στην επίδραση που ασκεί η μουσική στον άνθρωπο.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο, πως ο κάθε άνθρωπος έχει μία τελείως προσωπική χροιά στη φωνή του. Έτσι από παλιά, μέχρι και σήμερα, η ποιότητα της παρουσίας κάποιου καθώς και η διάθεσή του, γίνεται αισθητή πολύ περισσότερο από

τις διακυμάνσεις της φωνής του – το τέμπο, τον ρυθμό, τη δύναμη, τη γλυκύτητα, με άλλα λόγια τη μουσικότητα της φωνής παρά από το περιεχόμενο των λέξεων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουμε πολλές περιγραφές και μαρτυρίες ιεραποστόλων και ταξιδευτών από πρωτόγονους λαούς, που αποδεικνύουν την πίστη των λαών αυτών στη μαγική δύναμη των ηχητικών φαινομένων.

Σε πολλά αραβικά και εβραϊκά κείμενα, αλλά και σε σκίτσα της εποχής, βλέπουμε μουσικούς στο προσκέφαλο αρρώστων, που προσπαθούν προφανώς, να τους ανακουφίσουν από τους πόνους ή να τους θεραπεύσουν με τους ήχους των μουσικών τους οργάνων. Για πολλούς λαούς οι μαγικές θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής πήγαιναν και από τα όργανα που έβγαζαν τους ήχους. Τον 16ο αιώνα, ένας Ιταλός φυσιοδίφης, ο Ζαν Μπατίστ ντε λα Πόρτα, αναφέρει πως, μουσικά όργανα, κατασκευασμένα από ξύλο θεραπευτικών φυτών, παράγουν ήχους που έχουν τις ίδιες θεραπευτικές ιδιότητες με αυτά τα φυτά.

2.3. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΡΧΑΙΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ

Η προσφορά των αρχαίων Ελλήνων στο χώρο της μουσικοθεραπείας θεωρείται μοναδική και αναγνωρίζονται ως οι πραγματικοί πρόδρομοι της σύγχρονης μουσικοθεραπείας. Μόνον αυτοί, από όλους τους αρχαίους λαούς, τη μελέτησαν και τη χρησιμοποίησαν εκτεταμένα για τη θεραπεία ψυχικών και σωματικών παθήσεων, βασισμένοι αποκλειστικά στην κλινική παρατήρηση και σε ορθολογιστικούς συλλογισμούς, απελευθερωμένοι από κάθε είδους δοξασίες, μαγικές ή θρησκευτικές. Έδιναν μάλιστα τόσο μεγάλη σημασία στην επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο, ώστε πίστευαν ότι η χρήση της έπρεπε να ελέγχεται από το κράτος.

Ο αρχαίος ελληνικός πολιτισμός ήταν αυτός που γέννησε το περίφημο αττικό δράμα δηλαδή την τραγωδία και την κωμωδία όπου μέσα από μια άρρηκτη ένωση λόγου- μουσικής- κίνησης προβλήθηκαν τα υψηλότερα νοήματα της ανθρώπινης διάνοιας. Το απόγειο του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού έφτασε κατά τον 5ο και 4ο αιώνα π.Χ. όταν το ανθρώπινο πνεύμα σε μια σφαιρική αρμονία με τη Φύση του αττικού τοπίου και κλίματος, συνέλαβε το απόλυτο. Αυτή η τελειότητα του απόλυτου βασίστηκε αφ' ενός στο τρισυπόστατο της ανθρώπινης φύσης (σώμα- πνεύμα-

ψυχή), αφ' ετέρου στην συγκρότηση και νομοτέλεια του Σύμπαντος. Κατά τους αρχαίους Έλληνες, η ανθρώπινη φύση ήταν μια τέλεια και ακριβής μικρογραφία του Σύμπαντος και της τάξης που το διέπει. Αυτή δε η ταξική αέναη διεργασία στην εξελικτική πορεία του σύμπαντος συνίστατο στην ύλη, στη σοφία (πνεύμα και λογική) και στην ομορφιά της δημιουργίας (ψυχή). Μελετώντας και κατανοώντας την έννοια της λειτουργίας του σύμπαντος οι αρχαίοι Έλληνες μπόρεσαν συγκριτικά να κατανοήσουν την έννοια της λειτουργίας της ανθρώπινης φύσης κι εκεί πάνω στήριζαν όλο το βάρος του παιδαγωγικού τους συστήματος, δημιουργώντας έτσι τους τέλειους πολίτες μιας τέλειας ευνομούμενης κοινωνίας.

Τα σημαντικότερα μοντέλα μουσικοθεραπείας στην αρχαιότητα είναι του Πυθαγόρα και του Αριστοτέλη. Ο Πυθαγόρας θεωρείται πως ανακάλυψε την αριθμητική σχέση των δονήσεων 2 ήχων ενός διαστήματος. Μερικές «απλές» σχέσεις, όπως π.χ. μεταξύ των φθόγγων μίας οκτάβας (1:2), ο Πυθαγόρας τις θεωρεί «αρμονικές», όντας βέβαιος ότι και στο σύμπαν ισχύουν παρόμοιοι κανόνες (δηλ. μεταξύ των τροχιών των πλανητών) καθώς και μέσα στην ανθρώπινη ψυχή. Το σύμπαν, η ανθρώπινη ψυχή και η μουσική διέπονται από τις ίδιες αρμονικές αρχές, όπου «η αρμονία είναι η ισορροπία μεταξύ 2 αντίποδων, στους οποίους στηρίζεται το παγκόσμιο γίνεσθαι». Αν η ισορροπία των αντιθέσεων στη ψυχή διαταραχθεί, προκύπτουν ψυχικές ασθένειες, όπου η μουσική- κατά τον Πυθαγόρα- έχει τη δύναμη να επαναφέρει την αναστατωμένη ψυχή στις παγκόσμιες αρμονίες και τη συμφωνία μεταξύ σύμπαντος, ψυχής και μουσικής. Πράγμα που σημαίνει πως οι μουσικές αναλογίες μοιάζουν με τις ψυχικές και επομένως μεταβάλλονται με τη βοήθεια της μουσικής.

Ο Πλάτωνας, του οποίου οι θεωρητικές απόψεις περί μουσικής πλησιάζουν εκείνες του Πυθαγόρα, υποστήριζε πως η μουσική δεν δόθηκε στον άνθρωπο για να διασκεδάξει τις αισθήσεις του, αλλά για να γαληνεύει τα βάσανα της ψυχής και του σώματος. Έτσι η μουσική, μέσα από την προοπτική μίας μεταφυσικής ερμηνείας της αρμονίας και των ρυθμών, χρησίμευε σαν όργανο που επανέφερε τη ψυχική υγεία.

Αντίθετα, ο Αριστοτέλης και οι οπαδοί του, υπογραμμίζουν τη συγκινησιακή ποιότητα της μουσικής και την επίδρασή της στα αισθήματα των ανθρώπων που έχουν μεταξύ τους «συγγένεια». Υποστήριζαν πως δεν είναι η μουσική στο σύνολό της που επιδρά αρμονικά στον άνθρωπο, αλλά οι επιμέρους μουσικοί παράγοντες, π.χ. ρυθμοί, κλίμακες, μουσικά όργανα..., που επιδρούν

εξειδικευμένα, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Η σχολή του Αριστοτέλη ξεκινά από την αρχή, ότι η συγκίνηση που προκαλεί η μουσική, εφ' όσον είναι αρκετά ισχυρή, μπορεί να διώξει κάθε άλλη ψυχολογική ένταση. Δηλαδή προκαλεί κρίση και εκτόνωση (στη συγκεκριμένη έρευνα θα φανεί έντονα το στοιχείο της εκτόνωσης).

Έτσι ο Αριστοτέλης καταλήγει σε δύο ενδείξεις για τη θεραπευτική χρήση της μουσικής, που έχουν πολλές ομοιότητες με τις σύγχρονες εφαρμογές :

➤ Οι ηπιότερες μορφές ψυχικών διαταραχών, θεραπεύονται με την επίδραση μίας ήρεμης μουσικής.

➤ Σε περίπτωση βαρύτερων ασθενειών, η παθολογική ταραχή πρέπει να εντείνεται με τη βοήθεια μιας πολύ έντονης μουσικής, ώστε στο αποκορύφωμα να επέλθει η κάθαρση που θα φέρει και τη λύση της διαταραχής.

Είναι ευρέως γνωστό, ότι στην αρχαιότητα ο Ασκληπιός χρησιμοποιούσε τη μουσική για τη θεραπεία νευρώσεων, ενώ ο Δημόκριτος υποστήριζε ιδιαίτερα τις θεραπευτικές ιδιότητες των αρμονικών ήχων της φλογέρας.

2.4. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΜΕΣΑΙΩΝΑ

Στις αντιλήψεις του Μεσαίωνα έχουμε σαφή επιρροή από τους δύο μεγάλους Έλληνες επιστήμονες, Πυθαγόρα και Πλάτωνα. Σε αυτή την περίοδο η μουσική δε χρησιμοποιείται μόνο για τη θεραπεία ψυχικών και σωματικών παθήσεων, αλλά και προληπτικά για τη διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας.

Στα τέλη του Μεσαίωνα και αργότερα κατά την Αναγέννηση, η σύνθεση Αριστοτελικών και Πυθαγόρειων αρχών, καθώς και η χριστιανική διδασκαλία επηρέασαν τις μουσικές τάσεις και δημιουργήθηκε μια λειτουργική μουσική που δεν εξυπηρετεί μόνο την εκκλησιαστική ατμόσφαιρα, αλλά βοηθά και στην ανάταση των πιστών προς τη μεταφυσική.

2.5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Στα μετέπειτα χρόνια του ευρωπαϊκού πολιτισμού η συμμετρική ανάπτυξη του ανθρώπου σαν σύνολο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό που η αρχαία ελληνική παιδεία διακήρυττε είχε περίπου ξεχαστεί; ιδίως κατά τον 18ο και 19ο αιώνα μ.Χ. όταν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες καθιερώθηκε μια καθολική εκπαίδευση χαρακτηριζόμενη από μια υπερτροφική καλλιέργεια του εγκεφάλου και μια παραμέληση του σώματος.

Σύγχρονος πρόδρομος της μουσικοθεραπείας θεωρείται ο Ζακ Εμίλ Νταλκρόζ (Βιέννη 1865 – Γενεύη 1950), σπουδαίος παιδαγωγός που θεωρήθηκε πατέρας της ρυθμικής. Ο Νταλκρόζ άνοιξε τις πόρτες στη μουσικοθεραπεία, γιατί γκρέμισε κατά κάποιο τρόπο το αυστηρό πρόγραμμα της μουσικής εκπαίδευσης, ευνοώντας την απευθείας επαφή με τους ρυθμούς του ανθρώπινου πλάσματος, μόνου σημείου αφετηρίας για την επικοινωνία με τους αρρώστους.

Κατά την περίοδο του μεσοπολέμου άρχισαν ουσιαστικά να μελετούν την επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο, κάτω από μία επιστημονική διάσταση. Στην Αμερική, μετά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, άρχισαν να καλούν επαγγελματίες μουσικούς στα νοσοκομεία για μια «μουσική βοήθεια» προς τους τραυματίες του πολέμου, ανοίγοντας έτσι μεγαλύτερο δρόμο για τη μουσικοθεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτής της «μουσικής βοήθειας» ξεπέρασαν τις προσδοκίες των γιατρών, που άρχισαν να κατανοούν την ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης σ' αυτό το χώρο. Ακολούθησαν έρευνες, όπως στο τέλος του 19^{ου} αι. του Γάλλου φυσιολόγου Σαλπετριέρ και το 1880 του Ρώσου Ντόγκλελ, και το 1950 δημιουργήθηκε η πρώτη οργάνωση μουσικοθεραπείας στην Αμερική.

3. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

↙ Η μουσική διαθέτει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- κίνηση
- ρυθμό
- χρόνο
- μελωδία

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά διέπουν τον άνθρωπο, τη φύση, το σύμπαν. Και σίγουρα είναι ο λόγος που τα χνάρια της μουσικής εντοπίζονται ήδη στα πρώτα βήματα του ανθρώπου πάνω στη γη. Ο άνθρωπος ένωσε από την αρχή της ύπαρξής του την ανάγκη να εκφραστεί μέσα από τον ήχο και την κίνηση. Μέσα στην πορεία και τα διάφορα στάδια του πολιτισμού του, προσπαθούσε πάντοτε να εκφράσει τα συναισθήματά του, να μιμηθεί τα φυσικά φαινόμενα που συνέβαιναν γύρω του, να συνοδεύσει τις ρυθμικές ακούσιες και εκούσιες κινήσεις του οργανισμού του και να ανακαλύψει το ρυθμό μέσα από τους ήχους και τις κινήσεις που πηγάζουν μέσα από την ίδια του την ύπαρξη. Συγχρόνως, προσπαθούσε να συντονιστεί ρυθμικά με όλες τις παραπάνω εκφράσεις χρησιμοποιώντας στην αρχή ασυνείδητα και αργότερα συνειδητά τον ήχο και την κίνηση, ορμώμενος από μια ανώτερη εσωτερική ανάγκη να ταυτίσει και να βιώσει με το ρυθμό και τη μουσική την κάθε σωματική, πνευματική και ψυχική του κατάσταση. (Παναγιωτίδου, 1986)

Η επιστήμη της μουσικοθεραπείας αντιμετωπίζει τον άνθρωπο σαν ένα σύνολο από τρία μέρη: το ψυχικό, το πνευματικό και το σωματικό. Τα τρία αυτά μέρη συνδέονται μεταξύ τους και χωρίς αμφιβολία επηρεάζονται από τη μουσική και τα τρία. Με την χορήγηση της μουσικής στον άνθρωπο έχουμε: ➤ ψυχαγωγία (άγεται η ψυχή) ➤ Ανάταση του πνεύματος και ➤ Παρακίνηση σε χαλάρωση ή σε κίνηση του σώματος.

Τη σπουδαιότητα μιας αγωγής που θα φέρνει τον άνθρωπο από μικρή ηλικία σ' επαφή με τον κόσμο των αισθητικών μορφών, τον κόσμο «του ωραίου, του μεγάλου και του αληθινού» την έχουν τονίσει όλοι οι μεγάλοι παιδαγωγοί από τον Πλάτωνα ως τον Jacques – Emile Dalcrose, τον Karl Orf και άλλους (Χατζηδημητρίου, 1991).

Αυτή η έμπρακτη ενασχόληση του ανθρώπου με τον κόσμο της μουσικής δεν πρέπει να θεωρείται πολυτέλεια και χαμένος καιρός, αντίθετα είναι κέρδος γιατί τον πλουτίζει ψυχικά, τον κάνει αισθητικά πιο ευαίσθητο και τον αποτρέπει από το να γίνει θύμα της τραγικής ισοπέδωσης και ομοιομορφίας στην οποία τον καταδικάζει ο σύγχρονος πολιτισμός. Είναι φανερό, πως μια αγωγή που φέρνει με έμπρακτο και βιωματικό τρόπο τον άνθρωπο από μικρή ηλικία σ' επαφή με τον κόσμο των ήχων, των αισθητικών μορφών και της ρυθμικής κίνησης, βοηθά αποτελεσματικά στην πραγματοποίηση των στόχων μιας ολοκληρωμένης παιδείας που αναφέρεται στην καλλιέργεια του σώματος, του πνεύματος και της ψυχής του νέου ατόμου, όπως υπήρξε η αρχαία ελληνική παιδεία (Πατσατζόπουλος et al. ,2003).

Σύμφωνα με τους Wilson LB, Smith SD, (2000), η μουσικοθεραπεία βρέθηκε ότι εφαρμόζεται κυρίως σε παιδιά με νοητική αναπτυξιακή υστέρηση, παιδιά με αυτισμό, προβλήματα ακοής, σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές και ψυχασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες και σωματικές ανικανότητες (Πίνακας 1, Εφαρμογές της μουσικοθεραπείας)

44%	Παιδιά με νοητική-αναπτυξιακή υστέρηση
10%	Παιδιά με αυτισμό
17%	Παιδιά με προβλήματα ακοής
22%	Συναισθηματικά διαταραγμένα και ψυχασθενή άτομα
5%	Άτομα με ειδικές ανάγκες
2%	Άτομα με σωματικές ανικανότητες και προβλήματα στην ομιλία

Πίνακας 1, Εφαρμογές της μουσικοθεραπείας, (Wilson LB, Smith SD, 2000)

Τα κριτήρια αξιολόγησης που χρησιμοποιούν οι ερευνητές - μουσικοθεραπευτές στη μουσικοθεραπεία τόσο για το μέρος της «διάγνωσης», όσο και για το μέρος της «θεραπείας», είναι η μουσική αντίληψη, μουσική έφεση,

↙ μουσική προτίμηση και αίσθημα ικανοποίησης, των ακουσμάτων (Πίνακας 2, κριτήρια αξιολόγησης).

37%	Μουσική αντίληψη
29%	Μουσική έφεση
12%	Μουσική προτίμηση
2%	Προσοχή/ αίσθημα ικανοποίησης των ακουσμάτων

Πίνακας 2, Κριτήρια αξιολόγησης (Wilson LB et al, 2000)

Ο στόχος της μουσικοθεραπείας είναι να αναπτύξει τις ικανότητες ενός ατόμου και να αποκαταστήσει τις λειτουργίες του, ώστε να επιτύχει στην απόκτηση εσωτερικής ηρεμίας και καλύτερης ποιότητας ζωής μέσα από την πρόληψη, την αποκατάσταση ή την θεραπεία (WFMT, 1996).

Η μουσικοθεραπευτική αγωγή εφαρμόζεται με τις ακόλουθες μεθόδους: α) «δεκτικές» β) «ενεργητικές» γ) «ατομικές» και δ) «ομαδικές» (Πρίνου - Πολυχρονιάδου Λ. 1989) και βάσει της κλινικής διάγνωσης του ασθενή καθώς και της διάγνωσης της προσωπικότητάς του (ηχητική ταυτότητα) (Beutler LE., 1984).

3.1. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

➤Υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές για τις ευεργετικές επιδράσεις της μουσικής στα συναισθήματα και στις συναισθηματικές αντιδράσεις τόσο των υγιών ατόμων (Groene, 2001; Nielzen, 1982; Wilson, 2000) όσο και των ψυχιατρικών ασθενών (Beutler, 1984; Bohnert, 1999; Brotons, 2000; Thaut, Michael, 1989), όπως ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς αντιλαμβάνονται την έκφραση που υπάρχει στην μουσική με περίπου τον ίδιο τρόπο που την αντιλαμβάνονται και τα άτομα χωρίς ψυχικά νοσήματα. Επίσης, σε ένα δείγμα 400 ατόμων με ψυχικά νοσήματα που

είχαν υπερβολικό άγχος, βρέθηκε ότι η χρήση της μουσικής –εφαρμόζοντας πρόγραμμα μουσικοθεραπείας- ήταν αποτελεσματική για τη μείωση του άγχους και στην προαγωγή της ευεξίας απ'ότι οι συνηθισμένες μέθοδοι μείωσης του άγχους (Kerr, Walsh, Marshall, 2001). Φυσικά, η μουσικοθεραπεία συντέλεσε στο να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ των ασθενών καθώς και να ενισχυθεί η ομαδική συνοχή και η ενσωμάτωση της ελπίδας και του αλτρουισμού (Goldberg, Mc Niel, Binder, 1988; Cassity, Michael, 1976).

➤ Για τους καταθλιπτικούς ασθενείς, βρέθηκε ότι μέσω μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων, εξωτερικεύουν τα συναισθήματα που καταπιέζαν στον εσωτερικό τους κόσμο για μεγάλο χρονικό διάστημα (Smeijsters H., van Den Hurk J., 1999). Επίσης, μέσω της μουσικοθεραπείας βρέθηκε ότι διεγείρονται στα εξής συναισθήματα: χαλάρωση, λύπη, χαρά, αγάπη, καρτερία και ευλάβεια (Schoen, 2001).

➤ Σε εφήβους ψυχασθενείς παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη διάθεση και τα συναισθήματά τους απέναντι στη μουσική, και στην φρασεολογία που χρησιμοποίησαν για να τα εκφράσουν. (Henderson, Stephen, 1983). Επίσης, τους βοηθάει να αποκτήσουν εσωτερικό έλεγχο των συναισθημάτων τους και συντελεί στο να γεφυρωθεί το κενό που υπάρχει ανάμεσα στα συναισθήματα του εφήβου και στην έκφραση του πόνου που νιώθει. Ακόμη, κλείνει το επικοινωνιακό κενό ανάμεσα στο θεραπευτή και στον ασθενή (Guepte, 1998).

3.2. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Το 50% - 80% όλων των ιατρικά συνδεόμενων δυσλειτουργιών συσχετίζονται ευθέως με το άγχος και τους αιτιολογικούς του παράγοντες. Πληθώρα ερευνών αναφέρουν ότι η μουσική δημιουργεί σημαντικές μειώσεις στην καρδιακή συχνότητα, στη θερμοκρασία δέρματος και στη μυϊκή δραστηριότητα κατά τη διαδικασία χαλάρωσης, και οι επιδράσεις της ήταν σημαντικά θετικές (CAMT 1998). ⤴
Στους αγχωτικούς ασθενείς, σε περιπτωσιολογική μελέτη, βρέθηκε ότι η χρήση της μουσικής ήταν περισσότερο αποτελεσματική στην μείωση του άγχους και στην

προαγωγή της ευεξίας, απ' ότι οι συνηθισμένες μέθοδοι μείωσης του άγχους (Kerr T. et al, 2001). Η μουσικοθεραπεία:

- εμφυτεύει ένα στίγμα χαλάρωσης
- βοηθάει στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων που σχετίζονται με το στρες
- παραθέτει εναλλακτικούς μηχανισμούς για την πιο επιτυχημένη αντιμετώπιση του στρες (CAMT, 1998).

3.3. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Σε ασθενείς με προβλήματα συναισθημάτων και συμπεριφοράς παρατηρήθηκε ότι:

- το μουσικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται ένα άτομο επιδρά περισσότερο στηρικτικά σε αυτό, απ' ότι κάποιες άλλες κοινότητες δραστηριότητες
- οι θετικές επιδράσεις της συμπεριφοράς που προκύπτουν από τις μουσικές παρεμβάσεις, διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα (Robb LS, 2000). ←

Σε άτομα προεφηβικής ηλικίας με προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθηματικά και μαθησιακά, βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική βελτίωση στην επιθετικότητα, αποτελεσματική ενίσχυση της αυτοέκφρασης και παροχή καναλιού διοχέτευσης της σύγχυσης, του θυμού, της επιθετικότητας, μετατρέποντάς τα σε μια εμπειρία δημιουργικότητας.

Οι ερευνητές συνιστούν ότι η επιλογή του είδους της μουσικοθεραπευτικής παρέμβασης θα πρέπει να γίνεται βάση δυο παραγόντων:

- τύπος προσωπικότητας

➤ κλινική διάγνωση του ασθενή (Montello L., Coons EE., 1998). ↵

3.4. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από διάφορες μορφές άνοιας, έχει σημειωθεί από πολλές μελέτες ότι με την εφαρμογή της μουσικοθεραπευτικής μεθόδου, υπάρχει βελτίωση στην αυτοέκφραση των ασθενών και σημαντική βελτίωση στο περιεχόμενο της ομιλίας, όσο και στη ροή του λόγου κατά την διάρκεια μιας αυθόρμητης συζήτησης (Brotons M et al, 2000). ↵ Επίσης, από άλλες έρευνες -με ζωντανή μουσική- και χρησιμοποιώντας την «δεκτική» και ταυτόχρονα την «ομαδική» μέθοδο εφαρμογής της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή άνοια, έχει διαπιστωθεί ότι επιδρά στην προσοχή τους, στην ομαδικότητα και στην ανταπόκρισή τους ως προς τη μουσική (φάνηκε μέσω των κομπλιμέντων και χειροκροτημάτων καθώς και ανάγνωσης των στοίχων) (Groene, 2001). ↵

3.5. Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

➤ Θετικές επιδράσεις της παρέμβασης της μουσικοθεραπείας και ειδικά της «ενεργητικής» μεθόδου, φαίνεται να είναι στα άτομα με ειδικές ανάγκες, αφού έρευνες του Wheeler BL (2002) έδειξαν πως ο πληθυσμός αυτός μπορεί να έχει εξέλιξη στην ικανότητα μάθησης της μουσικής και επιπλέον καταγράφηκε ότι αποτελεί για αυτούς μία εξαιρετικά ευχάριστη εμπειρία μέσω των παρακάτω εμπειριών:

➤ Πρόθεση (αποδοχή βοήθειας, συνέχιση μιας δραστηριότητας μετά από προτροπή του θεραπευτή, αυθόρμητη προτροπή, προτροπή ύστερα από παραγγελία).



- Συναισθηματικότητα (χαμόγελο, σωματική επαφή).
- Επικοινωνία (έκφραση συγκεκριμένων ήχων ή λέξεων προς συνανθρώπους)
- Αμοιβαιότητα (με κάποιο άλλο άτομο της ομάδας, με τον θεραπευτή, με σωματική επαφή, αυθόρμητη αμοιβαιότητα και αμοιβαιότητα που προκαλείται μετά από προσωπική επιλογή του ατόμου).

3.6 Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σχετικά με τους σχιζοφρενείς ασθενείς έχει βρεθεί ότι η μουσικοθεραπεία βοηθάει στην εξάλειψη των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας, στην αύξηση της ικανότητας επικοινωνίας, μείωση της κοινωνικής τους απομόνωσης και αύξηση του βαθμού ενδιαφέροντος για εξωτερικές δραστηριότητες (Tang et al, 1994, Golberg, 1988). Ακόμη, για τους ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, διαπιστώθηκε ότι σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν στις μουσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις υπήρξε βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης, της μουσικής τους σχέσης με τον θεραπευτή και της ποιότητας ζωής τους (Pavlicevic, 1994).

Οι έρευνες των Zatorre (2003) και Kuck, Grossbach M., Bangert M., Altenmuller E., (2003) απέδειξαν ότι με την συνδυασμένη εφαρμογή μουσικής και κίνησης, γίνεται συνεργασία των δύο τμημάτων του εγκεφάλου, του αριστερού τμήματος στο οποίο εδρεύει η λογική και προστάζει το δεξιό μέρος του σώματος και του δεξιού τμήματος στο οποίο εδρεύει το συναίσθημα και η φαντασία και προστάζει το αριστερό μέρος του σώματος. Με τη συνεργασία αυτή ελαττώνεται η σωματική κόπωση και οι εσωτερικές επιζήμιες αντιστάσεις του οργανισμού, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η κινητοποίηση ολόκληρου του ανθρώπινου δυναμικού και το άτομο να καθίσταται κύριος του εαυτού του.

Οι στόχοι τις μουσικοθεραπείας για την συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας, μπορεί να συμπεριλαμβάνουν:

- Την επαναφορά του ασθενή σε επαφή με την πραγματικότητα (Hadsell, 1974) ↙

- Απομάκρυνση του ασθενή από τις ψευδαισθήσεις και φαντασιώσεις (Hadsell N., 1974)
- τη διάνοιξη καναλιών επικοινωνίας του ασθενή με τα άτομα που βρίσκονται στο γύρω περιβάλλον του (Bohnert K., 1999)
- Την αναγνώριση και την έκφραση των συναισθημάτων (Hederson, Stephen M., 1983)
- Τη μείωση του άγχους και της αγωνίας (Kerr T., Walsh J., Marshall A., 2001)
- Έλεγχο των επιθετικών και καταστρεπτικών αντιδράσεων (Montello L., Coons EE., 1998)
- Την μάθηση προσαρμοστικών σχεδίων συμπεριφοράς που επιτρέπουν στον ασθενή να λειτουργεί με φυσιολογικά στην κοινωνία (Brotons M., Koger MS., 2000)

4. ΣΚΟΠΟΣ

Ο στόχος αυτής της έρευνας ήταν να μελετήσει την επίδραση της μουσικής σε έναν ασθενή (49 ετών) με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Η εφαρμογή του μουσικοθεραπευτικού αυτού προγράμματος είχε σαν στόχο την ανάπτυξη των φυσικών τάσεων και ψυχοσωματικών λειτουργιών του συμμετέχοντος, ώστε να μπορέσει να ξεπεράσει προβληματικές καταστάσεις ή συμπεριφορές και να οδηγηθεί σε θεραπευτική ανταπόκριση.

4.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Για τη διαμόρφωση ενός εξατομικευμένου προγράμματος προσαρμοσμένης παθητικής μουσικοθεραπείας, ο μουσικοθεραπευτής χρειάζεται να έχει καλή γνώση των μεθόδων και των δραστηριοτήτων αλλά και των προσαρμογών που πρέπει να γίνουν ως προς τη διεξαγωγή-εφαρμογή του προγράμματος, τις δραστηριότητες και το περιβάλλον, ανάλογα με τις διαφορετικές ανάγκες του εκάστοτε ψυχικά διαταραγμένου ατόμου. Οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν από την έναρξη του εξατομικευμένου μουσικοθεραπευτικού προγράμματος μέχρι το τέλος του, μπορούν να ταξινομηθούν ως προς τη χρονική τους αλληλουχία στις εξής φάσεις:

Προ-παρεμβατική φάση:

Η προ-παρεμβατική φάση διαρκεί από την γνωριμία του μουσικοθεραπευτή με τον πάσχοντα έως την έναρξη της πρώτης συνεδρίας, και περιλαμβάνει:

- Γνωριμία του μουσικοθεραπευτή με τον πάσχοντα, και παροχή πληροφοριών από τους συγγενείς και τον ιατρό του ατόμου σχετικά με την κατάσταση υγείας, τη συμπεριφορά και τα γενικά χαρακτηριστικά του.
- Καταγραφή των παραπάνω πληροφοριών, υπογραμμίζοντας εκείνα τα σημεία που πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα κατά την διάρκεια του προγράμματος.
- Απόκτηση γραπτής αποδοχής από τον ψυχολόγο και τον γιατρό του πάσχοντα

ότι επιτρέπουν τη συμμετοχή του στο παρεμβατικό πρόγραμμα μουσικοθεραπείας.

- Εκτίμηση της κλινικής κατάστασης του πάσχοντα πριν από την εφαρμογή προγράμματος προκειμένου να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για την απόδοση που αναμένεται να επιδείξει στο πρόγραμμα.
- Καθορισμό ημερομηνίας έναρξης του παρεμβατικού προγράμματος και προσδοκώμενης διάρκειάς του.
- Γνωριμία του πάσχοντα με το περιβάλλον και ανάπτυξη φιλίας και κλίματος εμπιστοσύνης με τον μουσικοθεραπευτή. Με αυτόν τον τρόπο, πιθανές αρνητικές συμπεριφορές μπορούν να αποφευχθούν.

Παρεμβατική φάση:

Η παρεμβατική φάση αντιπροσωπεύει το χρονικό διάστημα από την στιγμή που θα αρχίσει η πρώτη συνεδρία, έως τη στιγμή που το πρόγραμμα, θα λάβει τέλος. Η παρεμβατική φάση περιλαμβάνει:

- Κατάλληλη διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου από την πρώτη συνεδρία, με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής και σωματικής ασφάλειας του πάσχοντα.
- Όποτε είναι απαραίτητο, χωρισμό της συνεδρίας σε μικρότερα μέρη για την καλύτερη και πιο άνετη παρακολούθηση από τον πάσχοντα.
- Καταγραφή των συναισθημάτων και εντυπώσεων του πάσχοντα ανάλογα με το βαθμό υποστήριξης του ίδιου.
- Καταγραφή έναρξης και λήξης της κάθε συνεδρίας, καθώς και ώρα προέλευσης του πάσχοντα.
- Καταγραφή αντιδράσεων του συμμετέχοντα με κάμερα για εκτενέστερη ανάλυση λεπτομερειών που ίσως διέφυγαν την ώρα του προγράμματος.

Μετα-παρεμβατική φάση:

Μετα-παρεμβατική φάση είναι το άμεσο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της τελευταίας συνεδρίας το οποίο περιλαμβάνει:

- Συνολική αξιολόγηση της επιτυχίας του προγράμματος μουσικοθεραπευτικής αγωγής, με τα αρχικά τεστ με σκοπό να εξακριβωθεί εάν ο μακροπρόθεσμος

στόχος που τέθηκε όσον αφορά την πρόοδο του πάσχοντα, έχει επιτευχθεί.

➤ Καθορισμός επόμενων στόχων βελτίωσης του προγράμματος παθητικής μουσικοθεραπείας.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ, ΕΞΑΡΤΗΣΗ, ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Η περιπτωσιολογική αυτή μελέτη ακολουθεί μία «ενεργούς έρευνας προσέγγιση» (action research approach) με τον ερευνητή να είναι ταυτόχρονα ο παρατηρητής που συμμετέχει ενεργά στην κάθε συνεδρία και αξιολογεί την πρόοδο του πάσχοντα (McNiff, 1994). Η μεθοδολογία αυτής της περιπτωσιολογικής μελέτης δομήθηκε λαμβάνοντας υπόψη ότι *«καθένας που απομακρύνεται από έρευνες που βασίζονται σε ποσοτικά δεδομένα, είναι πιθανό να έχει να αντιμετωπίσει κριτική ότι η δουλειά του είναι αβάσιμη ή μη έγκυρη»* (Robson, 1993, p.402). Αν και κάποιοι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ενεργή έρευνα είναι δραστηριότητα άξια λόγου για τους πρακτικούς, έχουν την αγωνία ότι ισχυρισμοί για την αξιοπιστία των ευρημάτων δεν θα πρέπει να γίνονται πέρα από το συγκεκριμένο περιεχόμενο στο οποίο πραγματοποιείται η έρευνα (Hammersley, 1992). Μία κοινή πρόκληση στην ενεργή έρευνα είναι ότι είναι υποκειμενική και επομένως αναξιόπιστη, αφού οι λύσεις που ισχυρίζεται ότι παράγει δεν μπορούν να δοκιμαστούν παγκοσμίως και επομένως είναι μη έγκυρες. Ως απάντηση, ο Lomax (1986) κάνει την παρατήρηση ότι η εγκυρότητα αυτών που ισχυρίζονται οι ενεργοί ερευνητές είναι ο βαθμός στον οποίο ήταν χρήσιμο (σχετικό) στην καθοδήγηση της πρακτικής για συγκεκριμένους καθηγητές, και η δύναμή του να πληροφορεί και να σπύδει τον αντίλογο σχετικά με την βελτίωση της πρακτικής στην ευρύτερη επαγγελματική κοινότητα (Lomax, 1986).

Σύμφωνα με τον Habermas (1972; 1979) και τον Whitehead (1983) η εγκυρότητα είναι εν μέρει μια κοινωνική διαδικασία, μια διαδικασία που μοιράζεται ανάμεσα σε ανταποδοτικά και στοργικά άτομα. Με αυτήν την έννοια, η έρευνα αντιμετωπίζεται ως μια κοινοτική προσπάθεια που κερδίζει περισσότερο από την κριτική ομιλία (Rudduck & Hopkins, 1985). Αν ένας άνθρωπος παρουσιάσει την ιδέα του/ της στους άλλους, αυτή η ιδέα, ή γνώση ή απαίτηση, αντιπροσωπεύει μια απαίτηση προς την εκπαιδευτική γνώση (McNiff, 1993; 1994). Αν τα άλλα άτομα αποδεχτούν τα όσα λέει, κάνουν αξιόπιστη την απαίτησή του/της. Η αποδοχή της ιδέας στο να έχει κάποια λογική για την δικιά τους ζωή δείχνει ότι είναι πρόθυμοι να

υιοθετήσουν αυτήν την ιδέα και να την προσαρμόσουν στην δικιά τους ζωή (McNiff, 1994). Μέσα από ενδιαφέρουσες συζητήσεις, τα άτομα μπορούν να χρησιμοποιήσουν την εμπειρία άλλων ατόμων, ώστε να αντανakλώνται αυτές οι εμπειρίες στην παρούσα κατανόησή των δικών τους καταστάσεων (Ainscow, 1998).

Σε αυτή την έρευνα, συμπεριλήφθηκε στη μεθοδολογία, η τεχνική της τριγωνοποίησης που συνίσταται από τους Elliott και Adelman (1973; 1976), Lincoln και Guba (1985), και McNiff (1994) για την βελτίωση της αξιοπιστίας (εσωτερική αξιοπιστία) μιας περιπτωσιολογικής μελέτης.

Τριγωνοποίηση είναι η χρήση της απόδειξης από διαφορετικές πηγές ή διαφορετικές μεθόδους συλλογής δεδομένων (Lincoln & Guba, 1985). Σύμφωνα με τους Elliott και Adelman (1973; 1976), η τριγωνοποίηση στην ενεργητική έρευνα χρησιμοποιείται κοινώς για την αναφορά στην διαδικασία της απόκτησης πληροφοριών σε ένα θέμα από τρεις ή περισσότερες ανεξάρτητες πηγές. Το ποιος από το τρίγωνο συλλέγει τις αναφορές, πώς αυτές αποσπώνται, και ποιος τις συγκρίνει, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το περιεχόμενο. Συγκρίνοντας τις αναφορές του/ της με αναφορές από τις άλλες δύο πλευρές, το άτομο της μίας πλευράς έχει μία ευκαιρία να δοκιμάσει και πιθανώς να την επανεξετάσει στην βάση ποιο επαρκών δεδομένων (Elliott και Adelman, 1976). Ομοίως, ο McNiff (1994, p. 131) αναγνωρίζει τρία βήματα προς την εδραίωση της αξιοπιστίας μιας απαίτησης προς τη γνώση. Η τριγωνοποίηση είναι πιθανώς δυνατή στο να φτάνει στην καρδιά του θέματος στο να κάνει κοινή την πληροφορία και στις αντιλήψεις (Elliott και Adelman, 1973). Πιο γενικά, οι συγκεντρώσεις των καθηγητών, φοιτητών και παρατηρητών που ενώνονται σε αμοιβαίες μεταφράσεις γεγονότων έχουν μεγάλη αξία (McNiff, 1994).

Σε αυτή την έρευνα, το τρίγωνο (τρεις ή περισσότερες ανεξάρτητες πηγές) από τις οποίες οι πληροφορίες της έρευνας αποκτήθηκαν, συμπεριλάμβαναν:

➤ Την ψυχολόγο, ως ερευνήτρια που αξιολόγησε το επίπεδο απόδοσης του ασθενούς πριν την έναρξη του προγράμματος. Η ειδικευμένη ψυχολόγος συμμετείχε σε κάθε συνεδρία και παρατηρούσε την απόδοση κάθε αντικειμένου σε μία βάση ένα προς ένα (εξατομικευμένη προσέγγιση) κατά τη διάρκεια όλης της έρευνας. Η επίμονη παρατήρηση που συνίσταται από τους Lincoln & Guba (1985), η οποία είναι

η συμμετοχή του ερευνητή σε κάθε συνεδρία για τον πάσχοντα, η επίμονη παρατήρηση κάθε δραστηριότητας για ένα επαρκές χρονικό διάστημα (8 μηνών), μαζί και η χρήση κάμερας είχε ως σκοπό να «φέρει βάθος στην έρευνα» (Robson, 1993, p. 404).

➤ Η αποσυνόψιση του συμμετέχοντα (Lincoln & Guba, 1985), δηλαδή, η έκθεση της ανάλυσης της έρευνας, η συνεργασία, και η συζήτηση των αποτελεσμάτων σε μια συνεχόμενη βάση με τον ιατρό, την ψυχολόγο του ιδρύματος και τους υπεύθυνους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που παρακολουθούσαν καθ' όλη τη διάρκεια την πορεία της ασθένειας του συμμετέχοντα, ήταν ένας ακόμη τρόπος υιοθέτησης της αξιοπιστίας της έρευνας. Η ανάμειξη του προσωπικού προγράμματος του Ξενώνα (υπεύθυνοι εργαστηρίου πυλού, εργαστηρίου φαγητού και καλλιτεχνικών σχημάτων) με τους όρους της αξιολόγησης του παρόντος επιπέδου απόδοσης του ατόμου (εξατομικευμένη εκπαιδευτική προσέγγιση) και της βοήθειας για την βαθμολόγηση της προσπάθειάς του σε κάθε συνεδρία ήταν κρίσιμη.

➤ Το διευθύνον προσωπικό, ιατρός και νοσηλευτές του ιδρύματος Ξενώνας-Πυξίδα που παρείχαν σημαντικές πληροφορίες για την συμπεριφορά και τις ικανότητες του πάσχοντα πριν την εκκίνηση του προγράμματος (πληροφορίες που πηγάζουν από τους φακέλους των ασθενών, στα προηγούμενα έτη).

Άλλες ανεξάρτητες πηγές από τις οποίες η πληροφορία της έρευνας αποκτήθηκε, συμπεριλάμβαναν την επένδυση επαρκούς χρόνου για το χτίσιμο της εμπιστοσύνης και γενικά το πέρασμα των διαδικασιών που ήταν κεντρικές για την σχεδίαση της περιπτωσιολογικής μελέτης, μια διαδικασία που περιγράφηκε από τους Lincoln & Guba (1985) ως παρατεταμένη ανάμειξη. Για να μπορέσουμε να επενδύσουμε επαρκή χρόνο και να χτιστεί η εμπιστοσύνη, η επαφή μεταξύ του ερευνητή και του ιδρύματος ξεκίνησε ένα χρόνο πριν την έναρξη της έρευνας. Ομοίως, η συνάντηση με τον πάσχοντα πριν την έναρξη του προγράμματος εξυπηρέτησε τον ίδιο σκοπό με την αξιολόγηση του παρόντος επιπέδου απόδοσης του ατόμου κατά τη διάρκεια μιας σειράς συναντήσεων.

Τελικά, οι πληροφορίες που πηγάζουν από τον φάκελο του ασθενή όπως ο δείκτης νοημοσύνης IQ, η συμπλήρωση του D.S.M.III-R (1987) και το τεστ T.A.T.

(1971). ήταν όλες διαφορετικές πηγές ή διαφορετικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων, για την ενίσχυση της αξιοπιστίας της έρευνας.

Με βάση την μεταφορά – που ανταποκρίνεται στην εξωτερική εγκυρότητα ή η γενικότητα στην ποσοτική έρευνα (Lincoln & Guba, 1985), αυτή η έρευνα λαμβάνει υπόψη ότι είναι ξεκάθαρα ακατάλληλο να αναζητά να κάνει το ίδιο είδος στατιστικής γενικοποίησης όπως στην περίπτωση της ποσοτικής έρευνας, που αναφέρεται ως η πρώτη απόφαση στη γενικοποίηση σύμφωνα με τον Kennedy (1976). Παρόλα αυτά, αυτή η έρευνα ακολουθεί μια δεύτερη απόφαση (Kennedy, 1976), που αφορά την εφαρμογή των ευρημάτων από μια περίπτωση ενός ασθενούς που συμμετείχε σε πρόγραμμα κολύμβησης σε μια δεύτερη περίπτωση, που θεωρείται ότι είναι επαρκώς όμοια με την πρώτη για να εγγυηθεί αυτή τη γενικοποίηση (Kennedy, 1976).

Επιπροσθέτως, το επίπεδο εξάρτησης-ανάλογο με την αξιοπιστία- (Robson, 1993) και η επιβεβαίωση (αντικειμενικότητα) αυτής της έρευνας βελτιώθηκε ακολουθώντας αποδεκτές, ξεκάθαρες, συστηματικές, και καλά καταγραμμένες – βασισμένες σε αναφορές-διαδικασίες. Για παράδειγμα:

- Το D.S.M.III-R (American Psychiatric Association 1987).
- Το σύστημα κωδικοποίησης για την βαθμολόγηση των δραστηριοτήτων βασισμένων στα διαφορετικά μεγέθη υποστήριξης (Κοκαρίδας, 2003).
- Το τεστ προσωπικότητας Thematic Apperception test (T.A.T.) από το Harvard University Press Cambridge-Massachusetts (1971), σύμφωνα με το οποίο κρίθηκε να έχει οριακή προσωπικότητα με ναρκισσιστικά στοιχεία.
- Η Εκτίμηση Διαβίωσης/ Πορείας Αποκατάστασης, St. Brendan's Rehabilitation Services Assessment Schedule, Dublin, Ireland, τροποποιημένο (Γ. Αγγελίδης, 1992).

Όλα συνδέονται στον σκοπό της έρευνας (Halpern, 1983), που μπορεί να «συντάξει ένα τεστ εξάρτησης» (Robson, 1993, p. 406).

5.2. ΒΛΕΨΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα προβλέπεται να βελτιώσει τη συναισθηματική κατάσταση του πάσχοντος και να αναπτύξει τις ψυχοσωματικές λειτουργίες του, ώστε να μπορέσει να ξεπεράσει προβληματικές καταστάσεις ή συμπεριφορές και να οδηγηθεί σε θεραπευτική ανταπόκριση. Πιο συγκεκριμένα προβλέπεται ότι θα βελτιωθούν:

- Η έκφραση των συναισθημάτων του συμμετέχοντος.
- Η συμπεριφορά του συμμετέχοντος από άποψη κοινωνικότητας, μείωση της επιθετικότητας, συνεργασίας, ευχαρίστησης, όπως αυτή θα καταγραφεί με την εκ νέου συμπλήρωση του συστήματος κωδικοποίησης «Εκτίμηση Διαβίωσης/ Πορείας Αποκατάστασης», στο τέλος του παρεμβατικού προγράμματος.
- Η διάνοιξη καναλιών επικοινωνίας με τον πάσχοντα, μέσα από την εφαρμογή του εξατομικευμένου παρεμβατικού προγράμματος μουσικοθεραπευτικής αγωγής και ενίσχυση της αυτοπεποίθησής του.

Επομένως η έρευνα αυτή προβλέπεται να δείξει ότι η έκφραση των συναισθημάτων, η συμπεριφορά και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του ατόμου με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου, μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσα από την εφαρμογή εξατομικευμένου προγράμματος παθητικής μουσικοθεραπευτικής αγωγής.

5.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην περιπτωσιολογική-ποιοτική αυτή μελέτη ο συμμετέχων ήταν άτομο με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου σύμφωνα με το D.S.M.III-R (1987) ηλικίας 49 ετών. Σύμφωνα με αυτόν, χαρακτηρίζεται από την επικράτηση συστηματοποιημένων παραληρητικών ιδεών ή και ακουστικών ψευδαισθήσεων που αναφέρονται σε συγκεκριμένο θέμα. Ακόλουθα συμπτώματα είναι το διάχυτο άγχος, η καχυποψία, η αντίθεση και η βιαιότητα. Υπάρχει συνήθως ένα καθολικό πομπώδες ύφος στη διαπροσωπική επικοινωνία, με έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Η

προσωπική φροντίδα διατηρείται καλή και το συναίσθημα μένει έντονο με το ιδεατό περιεχόμενο, γι' αυτό η προσωπικότητα -έξω από το παραληρητικό της σύστημα- διατηρείται σε ικανό επίπεδο λειτουργικότητας. Αυτός ο τύπος αντιστοιχεί στην παρανοϊκή μορφή του ICD-9-CM και ο όρος παρανοϊκός δόθηκε από τον Sander (1868). Η έναρξη της μορφής αυτής είναι συνήθως πιο όψιμη από τις άλλες και σε συνδυασμό με τη διατήρηση κάποιας λειτουργικότητας, η πρόγνωση είναι ευνοϊκότερη.

Η εκτίμηση της κατάστασης του πάσχοντος πριν την εφαρμογή του προγράμματος, σύμφωνα με τα εργαλεία αξιολόγησης (D.S.M.III-R, T.A.T. και το τροποποιημένο εργαλείο αξιολόγησης «Εκτίμηση Διαβίωσης/ Πορείας Αποκατάστασης» ήταν ότι:

- Βρίσκεται σε καλή λειτουργικότητα.
- Αυτοεξυπηρετείται.
- Αναισθησία της ασθένειάς του.
- Ικανότητα ρύθμισης της φαρμακευτικής αγωγής μόνο με συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό.
- Περιορισμένες δυνατότητες για αυτόνομη διαβίωση.

Ο πάσχων παρακολουθούσε ένα ημερήσιο πρόγραμμα στο Δημόσιο Ίδρυμα Τρικάλων Ξενώνας-Πυξίδα, για άτομα με ψυχικά νοσήματα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κάτω από την επίσημη έγκριση του πανεπιστημίου της Θεσσαλίας και της υπεύθυνης ψυχολόγου για το ίδρυμα. Ο ασθενής ακολουθούσε σταθερή φαρμακευτική αγωγή. Το πρόγραμμα των μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων είχε πλήρως επεξηγηθεί στον ασθενή ο οποίος συμμετείχε εθελοντικά. Το πρόγραμμα διήρκεσε 6 μήνες με συχνότητα 2 πενήντάλεπτες συνεδρίες την εβδομάδα και πριν την έναρξη των μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων μεσολάβησε μία περίοδος 2 μηνών γνωριμίας με τον ασθενή για να μπορεί να αισθάνεται πιο άνετα με την όλη διαδικασία. Επιπροσθέτως οι μουσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν με την παρουσία της υπεύθυνης ψυχολόγου. Η παρούσα μελέτη έγινε ακολουθώντας την ατομική παθητική τεχνική, η οποία είναι βασισμένη στην εφαρμογή ενός

προγράμματος μουσικών ακουσμάτων που αποτελούνται από τρεις διαφορετικές μουσικές ενότητες στην κάθε συνεδρία.

➤ η πρώτη μουσική ενότητα σχεδιάστηκε για να αντανakλά την παρούσα ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

➤ η δεύτερη μουσική ενότητα ήταν μελωδική αλλά ουδέτερη ώστε να αντισταθμίξει την ψυχολογική ένταση που είχε δημιουργηθεί από την πρώτη μουσική ενότητα.

➤ η τρίτη μουσική ενότητα επιλέχθηκε καταλλήλως για να προκαλέσει τον ασθενή να νοιώσει έντονα το συναίσθημα της χαλάρωσης και αισιοδοξίας.

Οι μουσικές ενότητες περιελάμβαναν ζωντανή μουσική και χρησιμοποιήθηκαν τα εξής μουσικά όργανα: κιθάρα, μπαγλαμάς, κλαρινέτο, φλογέρα και φουσαρμόνικα. Στο τέλος κάθε συνεδρίας, για τις ανάγκες της μελέτης δημιουργήθηκε ένα φυλλάδιο σε συνεργασία με τη ψυχολόγο και τον υπεύθυνο καθηγητή, όπου καταγράφονταν:

➤ η ώρα προσέλευσης του συμμετέχοντος ➤ η διάθεσή του ➤ η ώρα έναρξης και λήξης της κάθε συνεδρίας ➤ οι αντιδράσεις του ➤ η στάση του σώματός του καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας ➤ τα συναισθήματα και οι εντυπώσεις που του έμεναν από την κάθε συνεδρία ➤ οι συνειρμοί που του προκαλούνταν από την κάθε συνεδρία.
(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2).

Οι μισές από το σύνολο των μουσικοθεραπευτικών συνεδριών καταγράφηκαν σε βιντεοκάμερα με την συγκατάθεση του ασθενή ο οποίος δεν έδειχνε να επηρεάζεται από την παρουσία της κάμερας.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αυτή η έρευνα επιβεβαίωσε τις θετικές επιδράσεις των μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως αυτές έχουν ήδη καταγραφεί από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία. Επίσης, το παρεμβατικό πρόγραμμα της μουσικοθεραπείας φαίνεται ότι συνέβαλλε ουσιαστικά στην διάνοιξη καναλιών επικοινωνίας και στην εξωτερίκευση αρνητικών εικόνων και συναισθημάτων που ήταν εσωτερικευμένα για μεγάλη χρονική περίοδο. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής οδηγήθηκε σε μία κατάσταση ψυχικής ανάτασης, εσωτερικής κάθαρσης και χαλάρωσης.

Μέσα από το σύνολο των μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων παρατηρήθηκε στον ασθενή βελτίωση στην έκφραση των συναισθημάτων του, μείωση της κοινωνικής του απομόνωσης και αύξηση του ενδιαφέροντός του για κοινωνικές δραστηριότητες. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η παρέμβαση του προγράμματος μουσικοθεραπείας παρείχε στον πάσχοντα, κανάλι διοχέτευσης της σύγχυσης, του θυμού και της επιθετικότητας μετατρέποντάς τα σε μία εμπειρία δημιουργικότητας. Αυτό κρίθηκε και από τις αναφορές του ιατρικού προσωπικού του ιδρύματος, σύμφωνα με τις οποίες ο πάσχων έδειξε μετά από κάθε παρέμβαση, περισσότερο ζήλο στη συμμετοχή του στις προγραμματισμένες ομαδικές δραστηριότητες του ιδρύματος (όπως ομάδα πυλού και ομάδα μαγειρικής). Επίσης εξέφρασε συναισθήματα ανακούφισης και θετικής διάθεσης.

6.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέσα από την έρευνα αυτή γίνεται εμφανές ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα της μουσικοθεραπείας σε άτομα με ψυχικά νοσήματα, μπορεί να τα βοηθήσει να ξεπεράσουν αποτελεσματικά προβληματικές καταστάσεις ή συμπεριφορές, δείχνοντας μία υποσχόμενη προσέγγιση προς θεραπευτική ανταπόκριση. Η επίδραση

της μουσικοθεραπείας ενίσχυσε την αυτοπεποίθησή του, του προσέφερε καλή υγεία, ανακούφιση και χαλάρωση.

Παρότι το πρόγραμμα των παρεμβάσεων επιβεβαίωσε τα δεδομένα της βιβλιογραφίας δεν είναι γνωστό εάν τα αποτελέσματα θα ήταν διαφορετικά μετά από ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έκθεσης του ασθενή στη μουσικοθεραπεία. Μάλιστα, ο ασθενής έδειξε μια προτίμηση για το είδος της χρησιμοποιούμενης μουσικής στην παρέμβαση, δηλαδή για την ελληνική παραδοσιακή-ρεμπέτικη μουσική. Αυτό είναι ένα γεγονός το οποίο επίσης μας οδηγεί στο ερώτημα αν τα αποτελέσματα θα ήταν ίδια αν η μουσική δεν ήταν ζωντανή, αλλά ηχογραφημένη.

6.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Υπό το φως των ευρημάτων της έρευνας χρήσιμα συμπεράσματα αναμένεται να εξαχθούν για την ευεργετική επίδραση της μουσικοθεραπείας στα άτομα με ψυχικά νοσήματα. Ωστόσο η μελέτη αυτή ήταν περιπτωσιολογική, και θα ήταν καλό, σε επόμενες έρευνες να αποτελείται από περισσότερα άτομα, καθώς επίσης να παρέχεται μεγαλύτερης διάρκειας παρέμβαση.

Με αφορμή αυτή την έρευνα, συνιστάται η διαμόρφωση μελλοντικών παρεμβατικών προγραμμάτων μουσικοθεραπείας στην Ελλάδα, σε άτομα με ψυχικά νοσήματα.

Αυτή η επιτακτική ανάγκη, που πλανιέται γύρω μας, δεν έχει γίνει ακόμα κοινή συνείδηση κι έτσι μια τέτοια αγωγή εφαρμόζεται μόνο σποραδικά σε ορισμένα εκπαιδευτικά προγράμματα στη χώρα μας. Θα ήταν ευχής έργον όλοι οι αυριανοί Πολίτες της χώρας μας, με γενναιόδωρη και σωστή βοήθεια από την Πολιτεία μέσα από κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα, ν' αποκτήσουν μια ανώτερη Μουσική Παιδεία, πράγμα άλλωστε που χαρακτηρίζει την ανώτατη στάθμη του πολιτισμού μιας χώρας.

Συμπερασματικά, η μουσικοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μία πολύ καλή παρέμβαση, αφού:

- είναι αρκετά ανεκτή από τους ασθενείς
- είναι φτηνή μορφή θεραπείας
- έχει ελάχιστες παρενέργειες
- έχει αναλγητικές και αγχολυτικές ιδιότητες, ενώ σε συνδυασμό με βαθιά χαλάρωση και καθορισμένο περιβάλλον, μειώνει τα συμπτώματα διαφόρων ασθενειών
- αυξάνει την ψυχοσωματική λειτουργικότητα του ασθενή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Ainscow, M., (1998).** Would it work in theory? Arguments for practitioner research in the special needs field. In C. Clark et.al. (Eds.), *Theorising Special Education*. London: Routledge.
2. **Babigian, H.M., (1985)** Schizophrenia, Epidemiology. In: Kaplan H.I., Sadock B.J., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4th ed. Baltimore, Williams and Wilkins.
3. **Beutler LE., (1984)** Comparative effects of group psychotherapies in a short –term inpatient setting: an experience with deterioration effects. *Psychiatry: Journal for the study of Interpersonal Processes*, Vol 47, Issue 1, pp 66-76.
4. **Bohnert K., (1999).** Meaningful musical experience and the treatment of an individual in psychosis: A case study. *Music Therapy Perspectives*, Vol 17, Issue 2, pp 69-73.
5. **Brotons M., Koger MS., (2000).** The impact of Music Therapy on Language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy* Vol 37, No 3, pp 183-195.
6. **Cancro R., (1985)** History and overview of schizophrenia. In: Kaplan H.I., Sadock B.J., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4th ed. Baltimore, Williams and Wilkins.
7. **Cassity, Michael D., (1976).** The influence of music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness, and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, Vol 13, Issue 2, pp 66-76.
8. **Elliott J., AdelmanC., (1973).** Reflecting where the action is: the design of the Ford Teaching Project. *Education for Teaching*, 92.
9. **ElliottJ., AdelmanC., (1976).** Innovation at the Classroom Level: a Case Study of the Ford Teaching Project. Unit 28, Open University Course E 203: Curriculum Design and Development. Open University Press.
10. **Goldberg FS., Mc Niel DE., Binder RL., (1988).** Therapeutic factors in two forms of inpatient group psychotherapy: Music Therapy and verbal therapy. *Group*, Vol 12, Issue 3, pp 145-156
11. **Groene R., (2001).** The effect of presentation and Accompaniment styles on Attentional and Responsive Behaviors of participants with Dementia diagnoses. *Journal of Music Therapy*, Vol 38, No 1, pp 36-50.
12. **HabermasJ., (1972).** *Knowledge and Human Interests*. London: Heinemann Press.
13. **Habermas J., (1979).** *Communication and the Evolution of Society*. Boston: Beacon Press.

14. **Hadsell N., (1974).** A Sociological Theory and Approach to Music Therapy with Adult Psychiatric Patients. *Journal of Music Therapy*. Vol. 11, No.3, 113-124.
15. **Halpern S., (1983).** Auditing naturalistic enquiries: the development and application of a model. Unpublished Doctoral Dissertation: Indiana University.
16. **Hammersley M., (1992).** What's Wrong with Ethnography? London: Routledge.
17. **Henderson, Stephen M., (1983),** Effects of a Music therapy program upon awareness of mood in music, group cohesion, and self-esteem among hospitalized adolescent patients. *Journal of Music Therapy*, No 20, Issue 1, pp 14 – 20.
18. **Kennedy M., (1976).** Generalising from single case studies. *Evaluation Quarterly*, **405**, 661-678.
19. **Kerr T., Walsh J., Marshall A., (2001).** Emotional change process in music-assisted reframing. *Journal of Music Therapy*, Vol 38, No 3, pp 193-211.
20. **Κοκαρίδας Δ., (2003).** Η κολύμβηση για άτομα με ειδικές ανάγκες. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδης.
21. **Kuck H., Grossbach M., Bangert M., Altenmuller E., (2003).** Brain processing of meter and rhythm in music. Electrophysiological evidence of a common network. *Ann N Y Acad Sci.*; 999(Nov): 244-53. Institute for Music Physiology and Musicians' Medicine, Hannover University of Music and Drama, 30161 Hannover, Germany.
22. **Lincoln Y., and Guba E., (1985).** *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park and London: Sage.
23. **Lommax P., (1986).** Action researchers' action research: a symposium. *British Journal of In-Service Education*, 13, 42-50.
24. **Marciniak R.D., (1985)** Atypical psychoses. Paranoid disorders. In: Walker J.I. edr. *Essentials of Clinical Psychiatry*. London, J.B. Lippincott.
25. **Maus J.J., (1985)** Schizophrenia, In: Walker J.I. edr. *Essentials of Clinical Psychiatry*. London, J.B. Lippincott.
26. **McNiff J., (1993).** *Teaching as Learning: An Action Research Approach*. London: Routledge.
27. **McNiff J., (1994).** *Action Research: Principles and Practice*. London: Routledge.
28. **Montello L., Coons EE., (1998).** Effects of Active versus Passive Group Music Therapy on Preadolescents with emotional, learning and



- Behavioral Disorders. *Journal of Music Therapy*, Vol 35, No 1, pp 49-67.
29. **Nielzen S., Cesarec Z., (1982)** Emotional experience of music by psychiatric patients compared with normal subjects. *Acta psychiatr. Scand.*, Vol 65, Issue 6, pp 450-460
 30. **Orff Gertrud., (1974)** *Die Orff Musiktherapie Kindier*, Verlag, München.
 31. **Orff Institut B., Schotts Sohne, Mainz., (1962, 1963. 1964 – 68).** *Jahrbücher*.
 32. **Παναγιωτίδου Α.Κ., (1986).** *Μουσική-κίνηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
 33. **Πατσατζόπουλος Κ., Στάμου Α., & Λυμπεροπούλου, Σ., (2003).** *Μουσικοκινητική Αγωγή*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.
 34. **Pavlicevic M., Trevarthen C., Duncan J., (1994).** Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, Vol 31, Issue 2, pp 86 – 104.
 35. **Prinou - Polichroniadou L., (1989).** *Music and psychology: introduction in music therapy*.
 36. **Robb LS., (2000).** The effect of therapeutic Music Interventions on the behavior of hospitalized children in isolation: Developing a Contextual Support model of music therapy. *Journal of Music Therpay*, Vol 37, No 2, pp 118 – 146
 37. **Robson C., (1993).** *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner Researchers*. Oxford: Blackwell.
 38. **Rudduck J., and Hopkins D., (1985).** *Research as a Basis for Teaching: Readings from the Work of Lawrence Stenhouse*. London: Heineman Educational Books.
 39. **Schoen M., (2001).** The psychology of music. *Journal of Music Therapy*, Vol 40, No 3, pp 118-132.
 40. **Smeijsters H., van Den Hurk J., (1999),** Music Therapy Helping to Work Through Grief and Finding Oersonal identity. *J Music Therapy* 1999; 36(3): 222-252
 41. **Tang W., Yao X., Zheng Z., (1994).** Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry, Supplemental*, no. 24, pp. 38-44
 42. **Thaut MH., Kenyon GP., Schauer ML., Mcintosh GC., (1999),** The connection between rhythmicity and brain function. *18(2):* 101-8.
 43. **Thaut, Michael H., (1989),** The influence of music therapy interventions on self-rated changes in relaxation, affect, and thought in psychiatric prisoner-patients. *Journal of Music Therapy*, Vol 26, Issue 3, pp 155-166.
 44. **WFMT, Definition of Music Therapy, (1996).**
 45. **Wheeler BL., (2002).** Experiences and concerns of students during music therapy practica. *J Music Ther.* 2002 Winter;39(4): 274-304

46. **Whitehead J., (1983)**, Developing personal theories of education. *British Journal of In-Service Education*, 9, 3.
47. **Wilson LB., Smith SD., (2000)**, Music therapy assessment in School Settings: A preliminary investigation. *Journal of Music Therapy*, Vol 37, No 2, pp 95-117.
48. **Χατζηδημητρίου Έφη, (1991)**.Ο ρυθμός στην εκτέλεση της κίνησης(μουσική μεθοδολογία) Θεσσαλονίκη: Σάλτο.
49. **Zatorre RJ., (2003)**. Music and the brain. *Ann N Y Acad Sci.*; 999(Nov): 4-14. Montreal Neurological Institute, McGill University, Montreal, Canada.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.

Τα διαγνωστικά Κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια (292.χχ) σύμφωνα με το

DSM-III-R

A. Παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωσικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση από τις παρακάτω ομάδες (1), (2) ή (3) για διάστημα 1 εβδομάδας, το λιγότερο.

(1) Δύο από τα παρακάτω (α-ε): (α) παραληρητικές ιδέες, (β) έκδηλες ψευδαισθήσεις, (γ) ασυναρτησία ή έκδηλη χαλάρωση του συνειρμού, (δ) κατατονική συμπεριφορά, (ε) επιπεδωμένο ή απρόσφορο συναίσθημα.

(2) Αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες (λ.χ. έλεγχος σκέψης από υπερφυσικές δυνάμεις).

(3) Έκδηλες ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα ακουστικές (φωνές που σχολιάζουν τις ιδέες και τις πράξεις του αρρώστου).

B. Στην πορεία της διαταραχής, σαφής έκπτωση της λειτουργικότητας, αναφορικά με κοινωνικές σχέσεις, εργασία και φροντίδα του εαυτού.

Γ. Έχουν αποκλειστεί η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και οι συναισθηματικές διαταραχές με ψυχωτικούς χαρακτήρες.

Δ. Συνεχής παρουσία συμπτωμάτων σχιζοφρένειας το λιγότερο για έξι μήνες στη διάρκεια των οποίων πρέπει να υπάρχουν, τουλάχιστο μια εβδομάδα, ενεργά συμπτώματα του κριτηρίου A. Στις περιόδους μη ενεργών συμπτωμάτων πρέπει να υπάρχουν δύο από τα πιο κάτω συμπτώματα, πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης, όπως:

(1) Έκδηλη κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση. (2) Έκδηλη έκπτωση του λειτουργικού ρόλου ως εργαζόμενου, σπουδαστή, ή οικογενειάρχη. (3) Έκδηλα ιδιόμορφη συμπεριφορά (λ.χ. συλλογή άχρηστων πραγμάτων, ομιλία με τον εαυτό δημόσια, αποθησαυρισμός τροφίμων). (4) Έκδηλη αδιαφορία για την ατομική φροντίδα. (5) Αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, (6) Παρεκβατικός, κενός, επιτηδευμένος, περιστασιακός ή ανεπαρκής σε περιεχόμενο λόγος. (7) Αλλόκοτες απόψεις, μαγική σκέψη ή συμπεριφορά ασύμβατη με το κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, λ.χ. δεισιδαιμονίες, πίστη σημαντική, την τηλεπάθεια, την έκτη αίσθηση, στο ό,τι οι άλλοι

αισθάνονται τα αισθήματά του, ιδέες υπερτίμησης ή επίδρασης. (8) Ασυνήθιστα αντιληπτικά βιώματα, λ.χ. επανειλημμένες παραισθήσεις, αίσθηση της παρουσίας μιας δύναμης ή κάποιου που δεν είναι πράγματι παρών. (9) Έκδηλη απώλεια της πρωτοβουλίας των ενδιαφερόντων και της ενεργητικότητας.

Ε. Αποκλεισμός κάποιου οργανικού παράγοντα που να έχει προκαλέσει και να συντηρεί τα συμπτώματα.

Ζ. Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής, η διάγνωση σχιζοφρένεια θα τεθεί μόνο όταν θα επικρατούν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.

ΞΕΝΩΝΑΣ «ΠΥΞΙΔΑ»

Όνοματεπώνυμο:

Έτος γεννήσεως:

Ημερομηνία διεξαγωγής μουσικοθεραπευτικού παρεμβατικού προγράμματος:

Ώρα: από..... έως.....

Α) ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ

› Συνέπεια:

› Αντιδράσεις:

› Χειραψία:

▶ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ:

▶ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ:

Β) ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

› Βλέμμα:

› Στάση σώματος:

Γ) ΣΥΝΕΙΡΜΟΙ ΠΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΗΧΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΧΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ

Δ) ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗ ΜΟΥΣΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

- › Λύπη
- › Χαρά
- › Χαλάρωση
- › Φόβος
- › Διέγερση
- › Άγχος

Ε) ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΘΕΣΗ ΦΕΥΓΟΝΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΥΛΙΚΟ: