



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ  
ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ  
*MUSIC THERAPY FOR CHILDREN  
WITH MENTAL ILLNESSES***

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΔΙΑΜΑΝΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΑΕΜ: 3507

ΕΠΟΠΤΗΣ: ΤΑΜΟΥΤΣΕΛΗΣ ΝΙΚΟΣ  
Β' ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΤΗΣ: ΚΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

## ΦΛΩΡΙΝΑ, 2021

*Η μουσική εξυψώνει το ανθρώπινο πνεύμα. Αυξάνει και εντείνει την ποιότητα ζωής. Μεταμορφώνει τις ανθρώπινες εμπειρίες. Χαρίζει σε κάθε άτομο μία ξεχωριστή πηγή χαράς, που καθένας μπορεί να χρησιμοποιεί σε όλη του τη ζωή. Έχει παίξει ένα τεράστιο ρόλο στην κοινωνία και αναμφισβήτητα καλείται να παίξει στο απώτερο μέλλον. Αυτό που πρέπει να αναρωτιέται κανείς είναι αν θέλουμε να την κάνουμε προσιτή σε όλους ώστε να μπορούν να την εκτιμούν και να την απολαμβάνουν»*

(Αθανάσιος Χρ. Παπαζαρής, διπλωματούχος Σύνθεσης και Βυζαντινής Εκκλησιαστικής Μουσικής, Μουσικοπαιδαγωγός).

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Νίκο Ταμουτσέλη, και τον β' βαθμολογητή, κύριο Τριαντάφυλλο Κωτόπουλο για την δυνατότητα που μου έδωσαν να πραγματοποιήσω την πτυχιακή μου εργασία και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση τους σε όλα τα θέματα που προέκυψαν κατά την διάρκεια της συγγραφής μου. Έπειτα ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου για το υπέροχο εκπαιδευτικό ταξίδι.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετείχαν στην έρευνά μου και με βοήθησαν να την υλοποιήσω, υπό τις συνθήκες του covid- 19.

Τέλος θα ήθελα επίσης να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου και σε όλα τα κοντινά μου πρόσωπα, οι οποίοι με στήριζαν μέχρι τέλους με διάφορους τρόπους και πίστευαν σε μένα από την πρώτη στιγμή. Όλη αυτή η πολύτιμη στήριξη και εμπιστοσύνη, μου έδωσε όλα τα εφόδια ώστε να γίνω ένας καλύτερος άνθρωπος.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8

### ***Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ***

#### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ψυχικά νοσήματα στη παιδική ηλικία

1.1. Ψυχικά νοσήματα στη παιδική ηλικία.....	10
1.2. Επιδημιολογία.....	11
1.3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ).....	15
1.4. Αγχώδεις Διαταραχές.....	17
1.5. Σχιζοφρένεια.....	20
1.6. Διπολική Διαταραχή.....	23
1.7. Κατάθλιψη.....	27

#### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία

2.1. Εισαγωγή στη μουσικοθεραπεία.....	30
2.2. Ιστορική αναδρομή.....	33
2.3. Ορισμός μουσικοθεραπείας.....	35
2.4. Μέθοδοι μουσικοθεραπείας.....	37
2.4.1. Η μουσικοθεραπεία ως διαγνωστικό όργανο.....	38
2.4.2. Η μουσικοθεραπεία ως θεραπευτικό όργανο.....	39

2.5. Τεχνικές μουσικοθεραπείας.....	40
2.5.1. Ατομική μουσικοθεραπεία αποδοχής.....	40
2.5.2. Ενεργητική ατομική μουσικοθεραπεία.....	41
2.5.3. Ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής.....	41
2.5.4. Ενεργητική ομαδική μουσικοθεραπεία.....	42

## ***B' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ***

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία για παιδιά με ψυχικά νοσήματα

3.1. Εισαγωγή.....	43
3.2. Η συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά που πάσχουν από διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ).....	44
3.2.1. Έρευνα των <i>Madjar N. et al. (2020)</i> .....	44
3.3. Η συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές.....	47
3.3.1. Έρευνα των <i>Linetzky M. et al. (2019)</i> .....	47
Συζήτηση.....	50
Βιβλιογραφία.....	52
Παραρτήματα.....	55

## Περίληψη

Η συγκεκριμένη εργασία αναφέρεται κατά κύριο λόγο στη θετική επίδραση της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ψυχικά νοσήματα. Επιπλέον, μέσω της αυτής της μελέτης πραγματοποιείται μια προσπάθεια κατανόησης της συμβολής της μουσικής στη ψυχική υγεία ανθρώπων όλων των ηλικιών αλλά κυρίως των ανθρώπων της παιδικής ηλικίας. Για την τεκμηρίωση αυτών, παρατίθενται στην εργασία και μερικές σχετικές έρευνες, αναφορικά με τα οφέλη της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ψυχικά νοσήματα.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται μια θεωρητική προσέγγιση των ψυχικών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στη εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στη παιδική ηλικία, καθώς αναφέρεται και η επιδημιολογία των νοσημάτων. Επιπλέον, η εργασία επικεντρώνεται και στις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνότερα σε ανθρώπους της παιδικής ηλικίας, και αναλύει σημαντικά δεδομένα για αυτές (εμφάνιση της νόσου, συμπτώματα, αίτια εμφάνισης κ.α.).

Έπειτα, στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί η θεωρητική προσέγγιση της μουσικοθεραπείας. Ειδικότερα, αναφέρονται σημαντικά στοιχεία όπως η ιστορική αναδρομή αυτής της μεθόδου θεραπείας, ενώ ακολουθούν διάφοροι ορισμοί επί του θέματος που έχουν αναφερθεί ανά καιρούς. Επιπλέον, γίνεται αναφορά και στις μεθόδους που μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μουσική σχετικά με τα παιδοψυχικά νοσήματα, ενώ δεν παραλείπονται οι τεχνικές με τις οποίες μπορεί ο μουσικοθεραπευτής να βοηθήσει τα παιδιά που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Τέλος, το τρίτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, όπου παρατίθενται μελέτες σχετικά με την επίδραση της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ψυχικά νοσήματα. Συγκεκριμένα, αναφέρεται μία έρευνα σχετικά με τη συμβολή της μουσικής σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, και μία έρευνα σχετικά με την επίδραση της μουσικής σε παιδιά με ΔΕΠΥ.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ψυχικά νοσήματα είναι ιδιαίτερα φτωχή, καθώς δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που μελέτησαν το συγκεκριμένο θέμα.

Λέξεις – Κλειδιά: Ψυχικές διαταραχές, Μουσικοθεραπεία, Ψυχοθεραπεία

## **Abstract**

This work mainly refers to the positive effect of music therapy on children with mental illness. In addition, through this study, an attempt is made to understand the contribution of music to the mental health of people of all ages but especially of people of childhood. To document these, some relevant research is presented in the work, regarding the benefits of music therapy in children with mental illnesses.

Initially, in the first chapter of the work, a theoretical approach to mental illness is made. Specifically, reference is made to the occurrence of mental disorders in childhood, as well as the epidemiology of diseases. In addition, the work focuses on the mental disorders that most often occur in people of childhood, and analyzes important data about them (onset of the disease, symptoms, causes, etc.).

Then, in the second chapter, the theoretical approach of music-therapy follows. In particular, important elements are reported such as the historical background of this method of treatment, while following various definitions on the subject that have been reported from time to time. In addition, reference is made to the methods that can be used in music related to child mental illness, while the techniques with which the music therapist can help children suffering from a mental disorder are not omitted.

Finally, the third chapter is dedicated to the research part of the work, which presents studies on the effect of music therapy on children with mental illness. Specifically, a study on the contribution of music to children with anxiety disorders is reported, and a study on the effect of music on children with ADHD.

It is important to note that the existing literature on the effect of music therapy on children with mental illness is particularly poor, as there are not many studies that have studied this topic.

Keywords: Mental illnesses, Music therapy, Psychotherapy



## Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κάποιες καταστάσεις που βιώνει ένας άνθρωπος όταν αντιμετωπίζει προβλήματα με την ψυχική υγεία του, και χαρακτηρίζονται από μερικές διαφοροποιήσεις στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά (ή ακόμη και το συνδυασμό αυτών) που σχετίζονται με δυσφορία ή μειωμένη λειτουργικότητα. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, συχνά αντιμετωπίζουν το φαινόμενο του κοινωνικού στιγματισμού που συνδέεται με την κατάστασή τους. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την ασθένειά τους και να ζητήσουν βοήθεια, γεγονός που οδηγεί στην αποτυχία της έγκαιρης διάγνωσης, που φέρει κατά συνέπεια αναποτελεσματικότητα στην θεραπεία που θα δεχτεί ο ασθενής, καθώς επίσης δε θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματά του.

Οι άνθρωποι που εμφανίζουν συμπτώματα κάποιας ψυχικής διαταραχής, είναι αυτοί που στην ουσία αναπτύσσουν μια μη φυσιολογική, παθολογική συμπεριφορά. Παρά ταύτα, είναι αρκετά δύσκολο να υπάρξει κάποιος αντικειμενικός και ακριβής ορισμός των ψυχικών νοσημάτων, δεδομένου πως η «φυσιολογική» ανθρώπινη συμπεριφορά είναι υποκειμενική. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως κατά καιρούς, επιστήμονες και ειδικοί έχουν καταβάλει κάποιες προσπάθειες ώστε να ορίσουν τις ψυχικές διαταραχές, καταλήγοντας σε μερικούς ορισμούς.

Ειδικότερα, υπάρχει ο στατικός ορισμός, σύμφωνα με τον οποίο η παραφυσική συμπεριφορά είναι αυτή που αποκλίνει σε μεγάλο βαθμό από τον μέσο όρο, γεγονός που την καθιστά αποκλίνουσα συμπεριφορά. Επιπλέον, υπάρχει ο ηθικός ορισμός, κατά τον οποίο, φυσιολογικός ονομάζεται ένας άνθρωπος ο οποίος ακολουθεί και τηρεί τους κοινωνικούς κανόνες, ενώ μη φυσιολογικός είναι ο άνθρωπος που παραβαίνει τους κανόνες της κοινωνίας. Τέλος, υπάρχει και ο ιατρικός ορισμός, ο οποίος αναφέρει πως όταν το ανώτερο νευρικό σύστημα ή γενικά ο οργανισμός ενός ανθρώπου νοσεί, και αυτό το γεγονός οδηγεί στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, τότε ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται ψυχικά ασθενής.

Οι ψυχικές διαταραχές διαχωρίζονται σε κάποιες κατηγορίες. Ειδικότερα, τα ψυχικά νοσήματα κατηγοριοποιούνται στις διαταραχές της αγωγής, τις αναπτυξιακές διαταραχές, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και τις συναισθηματικές διαταραχές,

καθώς και τη σχιζοφρένεια που έχει σχέση με διαταραχές στην αντίληψη. Οι διαταραχές της αγωγής χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση αντικοινωνικών και επιθετικών συμπεριφορών.

Οι άνθρωποι που εκδηλώνουν τέτοια συμπτώματα είναι κατά κύριο λόγο εχθρικά και επαναστατικά με τους γύρω τους. Οι συμπεριφορές αυτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από διάφορους περιβαλλοντικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Στις διαταραχές της αγωγής ανήκει η διαταραχή της διαγωγής (ΔΔ), η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), η εναντιωματική – προκλητική διαταραχή (ΕΠΔ), καθώς και πολλές άλλες.

Οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν σαν κύρια συμπτώματα την θλίψη και το άγχος, καθώς και άλλα δευτερεύοντα συμπτώματα τα οποία κυμαίνονται και αυτά γύρω από συναισθηματικούς άξονες. Οι συναισθηματικές διαταραχές εντοπίζονται στους ανθρώπους από μικρές ηλικίες, και για την εμφάνιση των συμπτωμάτων κατέχουν ιδιαίτερο ρόλο κάποιοι κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί και βιολογικοί παράγοντες. Σε αυτή τη κατηγορία ανήκουν οι αγχώδεις διαταραχές, η διπολική διαταραχή, καθώς και άλλα νοσήματα.

Οι ψυχικές διαταραχές είναι ένα ιδιαίτερο φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται τόσο σε ενήλικες, όσο και σε παιδιά. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα ψυχικά νοσήματα στην παιδική ηλικία είναι δύσκολο να διαγνωστούν, γεγονός που καθιστά την έγκαιρη αναγνώρισή τους άκρως σημαντική. Δεδομένου αυτού, είναι σημαντική η ύπαρξη μιας ικανής θεραπευτικής μεθόδου, όπου θα συμβάλει θετικά στο ψυχικό κόσμο των παιδιών. Μία ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος διάγνωσης αλλά και θεραπείας των ψυχικών νοσημάτων, είναι η μέθοδος της μουσικοθεραπείας.

Ειδικότερα, η συμβολή της μουσικής ως μέσο θεραπείας μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με ψυχικά νοσήματα να επικοινωνήσουν και να εκφραστούν, ενώ παράλληλα επιδρά θετικά στη ψυχική υγεία των παιδιών. Μέσω των συνεδριών της μουσικοθεραπείας, τα παιδιά που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα μπορούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες τους. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μέσω των ομαδικών μουσικοθεραπευτικών συνεδριών, τα παιδιά με ψυχικά νοσήματα μαθαίνουν να συνυπάρχουν σε ένα κοινωνικό σύνολο.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί πραγματικά να συμβάλλει θετικά στο ψυχισμό των παιδιών με ψυχικές διαταραχές, γεγονός που τη καθιστά μία από τις καλύτερες θεραπευτικές μεθόδους στο συγκεκριμένο κλάδο. Το γεγονός αυτό τη καθιστά ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς είναι άξια θαυμασμού τα πολλαπλά οφέλη της μουσικής στα παιδιά και τον ψυχικό τους κόσμο.

## ***Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ***

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ψυχικά νοσήματα στα παιδιά

#### **1.1. Ψυχικά νοσήματα στη παιδική ηλικία**

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένα ιδιαίτερο φαινόμενο που εμφανίζεται στους ανθρώπους όλων των ηλικιών. Σύμφωνα με διάφορες αναφορές, η εμφάνιση των συμπτωμάτων κάποιας ψυχικής διαταραχής είναι πιθανό να εμφανιστούν ακόμη και στα βρέφη, με ηλικία εκκίνησης τα περίπου 2 χρόνια. Ειδικότερα, αν ένα παιδί – βρέφος πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα, η διάγνωση μπορεί να επιτύχει έγκυρα ακόμα και στην ηλικία των 2 χρόνων ενός παιδιού. Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο στις περιπτώσεις που η ψυχική ασθένεια που εξετάζεται, βασίζεται και σε βιολογικούς – γεννητικούς παράγοντες (όπως για παράδειγμα η σχιζοφρένεια), και κατά συνέπεια τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής μπορούν να αναγνωριστούν στο παιδί, δεδομένου ότι αυτό έχει ξεκινήσει να επικοινωνεί με το περιβάλλον, και έχει αναπτύξει κάποιες λειτουργίες.

Ο όρος παιδοψυχικό νόσημα αναφέρεται σε όλες τις ψυχικές διαταραχές οι οποίες είναι πιθανό να διαγνωστούν και να ξεκινήσουν στην παιδική ηλικία. Δεδομένου αυτού, ένα ψυχικό νόσημα του οποίου τα συμπτώματα εμφανίζονται σχετικά αργά στη ζωή του ανθρώπου (αφού δηλαδή ο άνθρωπος περάσει το στάδιο της παιδικής ηλικίας), δεν μπορεί να έχει την ιδιότητα του παιδοψυχικού νοσήματος. Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στα παιδιά, περιγράφονται κυρίως ως κάποιες σημαντικές αλλαγές στον τρόπο κατά τον οποίο ο μέσος όρος των παιδιών στην ανάλογη ηλικία του εξεταζόμενου, συμπεριφέρεται και δρα.

Ειδικότερα, όταν ένα παιδί αποκλίνει σε μεγάλο βαθμό από το συνηθέστερο τρόπο μάθησης, συμπεριφοράς ή διαχείρισης συναισθημάτων, τότε ίσως χρειάζεται περεταίρω προσοχή, ώστε να ανιχνευθούν τυχόν συμπτώματα ψυχικών νοσημάτων. Τα συμπτώματα τις περισσότερες φορές εμφανίζονται αρχικά στην πρώιμη παιδική ηλικία, ωστόσο σε κάποιες συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές μπορεί να παρουσιαστούν για πρώτη φορά τη χρονική περίοδο που ο ασθενής διανύει όλο το φάσμα της εφηβικής ηλικίας. Η ανίχνευση, αναγνώριση αλλά και η διάγνωση των συμπτωμάτων των ψυχικών

διαταραχών γίνεται κατά κύριο λόγο στη σχολική ηλικία των παιδιών, ή μερικές φορές γίνεται και ακόμη νωρίτερα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα (περίπου το 50%), εμφάνισε τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής σε ηλικία μικρότερη των 14 ετών. Δεδομένου αυτού, είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι ειδικοί ιατροί, ψυχολόγοι κ.α. που ασχολούνται και εργάζονται με την παιδική ηλικία, θα έπρεπε να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε «περίεργες» συμπεριφορές (συμπεριφορά χαρακτηριστικά δηλαδή που μοιάζουν σε μεγάλο βαθμό με συμπτώματα κάποιας ψυχικής διαταραχής). Επιπλέον, θα ήταν σημαντικό και ιδιαίτερα αποτελεσματικό να προσπαθούσαν εκμεταλλευτούν την ευκαιρία να προωθήσουν την ψυχική υγεία, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη κάποιας ψυχικής διαταραχής.

Στην περίπτωση που τα παιδοψυχικά νοσήματα δεν βελτιωθούν επιτυχώς σε σημαντικό βαθμό κατά τη διάρκεια που ο ασθενής διανύει την παιδική ηλικία, τα ψυχικά νοσήματα θα συνεχίσουν να ακολουθούν τον ασθενή και στην ενήλικη ζωή του. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως πολλές φορές η ψυχική ασθένεια που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, μπορεί να εξελιχθεί σε μία άλλη ψυχική διαταραχή, ή μπορεί απλά να εκφράζεται διαφορετικά. Έτσι, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η έγκαιρη διάγνωση των παιδικών ψυχικών διαταραχών είναι επιτακτική, ακολουθώντας βέβαια μια ολοκληρωμένη και έγκυρη προσέγγιση.

## **1.2. Επιδημιολογία**

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα (1 παιδιά στα 5), καθώς επίσης υποδηλώνεται και μια διαχρονική τάση μεγέθυνσης του βάρους των διαταραχών της ψυχικής υγείας των παιδιών. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας, υπήρξε αύξηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα στις ΗΠΑ. Ακόμη, τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, αυξήθηκε το πλήθος ανθρώπων που πάσχουν από κάποια καταθλιπτική διαταραχή, όπως και οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Ένα μεγάλο ποσοστό (25%) των νέων πληροί τα κριτήρια για να διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του, σύμφωνα με την ταξινόμηση DSM. Ωστόσο, μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό αυτών εμφανίζει κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή που να χρήζει θεραπείας. Επιπρόσθετα, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως

περίπου ένα 10% των νέων παρουσιάζει κάποια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, η οποία όμως χαρακτηρίζεται ως διαταραχή ψυχικής υγείας με σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνική, ακαδημαϊκή καθώς και συναισθηματική ικανότητα και λειτουργία του ασθενούς.

Ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο δεν λαμβάνουν τη θεραπεία ή ακόμη και την υποστήριξη που θα έπρεπε, με αποτέλεσμα να συνεχίζουν τη ζωή τους χωρίς να έχουν διαγνωστεί ως ψυχικά ασθενείς. Το γεγονός αυτό αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο να έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες στην ενήλικη ζωή τους, οι οποίες συνδέονται κυρίως με προκλήσεις στην σωματική υγεία, την οικογενειακή ζωή καθώς και τη παραβατικότητα. Δεδομένου αυτού, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός πως η αυτοκτονία είναι η Τρίτη κύρια αιτία θανάτου στους εφήβους.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή συνήθως παρουσιάζεται κατά την εφηβική ηλικία και πολλές φορές συνάδει με κάποιο σημαντικό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα, καθώς και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Διάφορες μελέτες έχουν εκτιμήσει το βαθμό εμφάνισης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε κάποια δείγματα της κοινότητας. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, οι ανακαλύψεις προηγούμενων μελετών φανερώνουν πως η επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 4,0% με εύρος από 0,2% έως 17%.

Αναφορικά με τη προεφηβική ηλικία, οι ερευνητές κάνουν αναφορές για μηδενικές διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως τα ποσοστά κατάθλιψης στα δύο φύλα διαφέρουν, καθώς είναι μεγαλύτερα στα κορίτσια, ενώ αυτές οι διαφορές συνεχίζουν μέχρι και την ενήλικη ζωή. Επιπλέον, σύμφωνα με διάφορους ερευνητές, τα παιδιά που παρουσιάζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πριν την εφηβεία, είχαν στην ενήλικη ζωή τους υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης διπολικής διαταραχής, μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, απόπειρας αυτοκτονίας καθώς και κατάχρησης ουσιών, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των αγχώδων διαταραχών που εμφανίστηκαν στην εφηβεία, και τον μετέπειτα κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι νέοι και έφηβοι ασθενείς να αναπτύξουν κάποιο ψυχικό νόσημα, όπως αγχώδη διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη, εξάρτηση από

απαγορευμένες και μη ουσίες, καθώς επίσης είναι πιθανό να εγκαταλείψουν τις ακαδημαϊκές τους σπουδές.

Αναφορικά με την επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής, είναι ελάχιστες οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην κοινότητα και περιλάμβαναν την αξιολόγηση της μανίας ή ακόμη και της υπομανίας, δεδομένης της πεποίθησης ότι αυτή η κατηγορία ψυχικών νοσημάτων είναι πολύ σπάνια στη παιδική ηλικία. Τα ποσοστά εμφάνισης της μανίας, της υπομανίας αλλά και της διπολικής διαταραχής, σύμφωνα με μελέτες σε νέους, κυμαίνονται κυρίως από 0% έως 0,9% στα παιδιά ηλικίας 14 έως 18 ετών. Τα ποσοστά εμφάνισης της διπολικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής των νέων κυμαίνονται κατά βάση από 0% έως 2,1%, ενώ το ποσοστό επικράτησης για την υπομανία σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται μεταξύ 0% και 0,4%. Τα ευρήματα των περισσότερων κοινοτικών ερευνών που διεξήχθησαν, φανερώνουν σχεδόν ίσα ποσοστά εμφάνισης διπολικής διαταραχής και στα δύο φύλα.

Σχετικά με τη ΔΕΠΥ, παρά το γεγονός πως τα πολύ σοβαρά ποσοστά επιπολασμού της νόσου κυμαίνονται από 1,7% έως 17,8%, ο μέσος όρος επιπολασμού της ανέρχεται 3%. Σύμφωνα με κάποιες άλλες έρευνες, η εμφάνιση της ΔΕΠΥ σε παιδιά ηλικίας από 5 έως και 15 ετών ήταν 2,23%, ενώ η δωδεκάμηνη επικράτηση βρισκόταν μεταξύ του 2% και του 8,7% για ηλικίες παιδιών από 4 έως 17 ετών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως παρατηρήθηκε αυξημένος επιπολασμός της στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια της παιδικής ηλικίας. Το μέσο ποσοστό εμφάνισης επιπολασμού κάποιων διαταραχών της συμπεριφοράς (π.χ. διαταραχή της διαγωγής, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, εναντιωματική προκλητική διαταραχή) είναι 6%, με εύρος από 5% έως 14%.

Οι αναφορές της εμφάνισης στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 2,3% για την ΕΠΔ και 1,5% για τη ΔΔ, ενώ σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εντοπίστηκαν στις πρόσφατες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, με εύρος από 2,8% έως και 5,5% % για την ΕΠΔ, και 2% έως και 3,32% για τη ΔΔ. Όπως παρατηρήθηκε και στη ΔΕΠΥ, η ΔΔ επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τα αγόρια από τα κορίτσια, με ποικίλες μελέτες να την υπολογίζουν 3 φορές υψηλότερη στα αγόρια. Η διαφορά του επιπολασμού στα δύο φύλα για την ΕΠΔ δεν είναι τόσο ξεκάθαρη. Μερικές έρευνες βρίσκουν υψηλότερα ποσοστά στα αγόρια, ενώ κάποιες άλλες δεν εντοπίζουν κάποια διάκριση στο φύλο, τονίζοντας πως η εμφάνιση του επιπολασμού διεκδικεί παρόμοιο ή ακόμη και ίδιο ποσοστό αναφορικά με τα δύο φύλα.

### **1.3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές. Η εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής είναι ιδιαίτερα γνωστή και συνηθισμένη (συγκριτικά με άλλα ψυχικά νοσήματα) και διαγιγνώσκεται κατά κύριο λόγο στην παιδική ηλικία. Ένα μεγάλο ποσοστό επιστημονικών ερευνών που διεξήχθησαν τα τελευταία χρόνια, κατέδειξε ότι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα είναι μία διαταραχή νευροαναπτυξιακής φύσεως.

Η ΔΕΠΥ έχει πιθανότητα κάποια γενετική βάση, καθώς επίσης διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατέχουν ιδιάζοντα ρόλο στην εκδήλωσή της. Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η ελλειμματική προσοχή, η οποία αναφέρεται κυρίως στη δυσκολία των παιδιών να συγκεντρωθούν. Επιπλέον, η ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό και με πολλά στοιχεία παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας. Αυτό συμβαίνει επειδή τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή δε φιλτράρουν τη λεκτική και σωματική τους έκφραση και επικοινωνία, λειτουργώντας διαρκώς μέσα σε ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από αστείρευτο αυθορμητισμό.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ΔΕΠΥ μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία βρίσκεται η ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον απρόσεχτο τύπο. Η συγκεκριμένη κατηγορία συναντάται και στα δύο φύλα στον ίδιο βαθμό, και η δυσκολία που συναντούν τα παιδιά που πάσχουν από αυτήν, είναι η αδυναμία συγκέντρωσης. Ειδικότερα, τα παιδιά που ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία αδυνατούν σε μεγάλο βαθμό να διατηρήσουν τη προσοχή τους σε κάτι συγκεκριμένο. Αυτό συμβαίνει διότι αποσπώνται σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, ακόμη και από τις ίδιες τις σκέψεις τους.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκει η ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό – παρορμητικό τύπο, όπου συναντάται κατά κύριο λόγο στα παιδιά αρσενικού φύλου. Τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, έντονο αυθορμητισμό αλλά και ιδιαίτερα αυξημένη κινητική δραστηριότητα και λεκτική έκφραση. Με τον όρο παρορμητικότητα εννοείται η διαρκή τάση του παιδιού να σκέφτεται αλλά και να ενεργεί



με υπερβολικό και αυθόρμητο τρόπο. Επιπλέον, ο όρος υπερκινητικότητα συνεπάγεται την αυξημένη ανάγκη του παιδιού για διαρκή κίνηση, η οποία ικανοποιείται με κινητικές δραστηριότητες που επιλέγει το κάθε παιδί σύμφωνα με τα ενδιαφέροντά του (άλματα, τρέξιμο κ.α.), χωρίς βέβαια αυτό να συνεπάγεται την αποδοχή του παιδιού από το περιβάλλον, δεδομένου ότι πολλές φορές αυτή δε συνάδει με τους κανόνες συμπεριφοράς.

Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία ανήκει ο συνδυασμός των δύο παραπάνω τύπων (συνδυασμένος / μεικτός τύπος) και περιλαμβάνει την ύπαρξη των χαρακτηριστικών και των δύο τύπων. Εν κατακλείδι, τα βασικότερα γνωρίσματα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής, κινούνται κατά κύριο λόγο στα πλαίσια της υπερκινητικότητας, της αυξημένης δραστηριοποίησης και της διαρκούς επιθυμίας εμπλοκής σε κινητικές δραστηριότητες, της απροσεξίας και της παρορμητικότητας, όταν βέβαια αυτά δε συνάδουν με την ηλικία των παιδιών.

Αναφορικά με τα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠΥ, παρά το γεγονός πως πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς, η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή αποδίδεται κυρίως σε αίτια που αφορούν το γεννητικό, τον κληρονομικό και τον νευρολογικό τομέα. Παρά ταύτα, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες, υποστηρίζεται πως τον βασικότερο ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ, κατέχουν διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται επίσης και για την πορεία των δυσκολιών που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα παιδιά που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Βιολογικοί αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν επίσης πιθανούς παράγοντες κινδύνου, με κυριότερο εξ αυτών τον κληρονομικό παράγοντα.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στα παιδιά αρσενικού φύλου. Αυτό το γεγονός αποδίδεται από μερικούς ερευνητές στο ότι τα παιδιά θηλυκού φύλου δεν παραπέμπονται τόσο συχνά στους ειδικούς (γεγονός που καθιστά δυσκολότερη την κατανόηση του βαθμού εμφάνισης της ΔΕΠΥ στα κορίτσια). Αντίθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως τα παιδιά αρσενικού φύλου είναι πιο ευάλωτα σε προγεννητικές και περιγεννητικές βλάβες, πληροφορία ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου ότι οι μαιευτικές επιπλοκές κατά τον τοκετό αλλά και την κύηση είναι ένας από τους παράγοντες εμφάνισης της ΔΕΠΥ σε κάποιο παιδί.

Αναφορικά με τη διάγνωση της ΔΕΠΥ στα παιδιά, είναι σημαντικό να εξεταστεί εξ αρχής η πιθανότητα ύπαρξης κάποιων ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών στη συμπεριφορά του παιδιού, τα οποία παρόλο που σχετίζονται με υψηλού επιπέδου δραστηριότητα ή ακόμη και με πτωχή διατήρηση προσοχής και συγκέντρωσης, δεν αποτελούν ένα από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, δεδομένου ότι κυμαίνονται εντός του φυσιολογικού εύρους. Παρά το γεγονός πως μια τέτοια διαφοροποίηση είναι ιδιαίτερα σημαντική πριν τη διάγνωση, είναι αρκετά δύσκολη η υλοποίηση της, ειδικότερα σε ηλικίες μικρότερες των τριών ετών. Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο επειδή δεν υπάρχει μια αρκετά σαφής «σωστή» συμπεριφορά στα παιδιά αυτών των ηλικιών, δεδομένου ότι το νευρικό τους σύστημα είναι φυσιολογικά ανώριμο.

Ένα ιδιαίτερα μεγάλο εύρος παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, εκτός από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν και κάποιες άλλες ψυχικές καθώς και αναπτυξιακές διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ, οι οποίες συχνά εμπλέκονται στην εξέλιξη και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, πολλά παιδιά με ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα παρουσιάζουν και συμπτώματα δευτερογενούς κατάθλιψης. Επιπλέον, η ΔΕΠΥ μοιράζει αρκετά πυρηνικά χαρακτηριστικά και με την μανία, με σημαντικότερα εξ αυτών την υπερβολική λεκτική έκφραση, την υπερβολική τάση για διεκπεραίωση κινητικών δραστηριοτήτων καθώς και τα υψηλά επίπεδα αδυναμίας συγκέντρωσης. Επιπρόσθετα, μια ακόμη ψυχική διαταραχή που είναι πιθανό να συνυπάρχει με τη ΔΕΠΥ είναι η διπολική διαταραχή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σύμφωνα με ποικίλες μελέτες κατά τις οποίες πραγματοποιήθηκαν επανέλεγχοι στα παιδιά με ΔΕΠΥ που στη μετέπειτα ζωή τους ανέπτυξαν διπολική διαταραχή, φάνηκε πως ορισμένα σημάδια που εμφανίζονται κυρίως κατά την εξέλιξη της ΔΕΠΥ μπορούν να αποτελέσουν προγνωστικά στοιχεία για τη μελλοντική εμφάνιση μανίας στη ζωή του ασθενή.

Συνοψίζοντας, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής είναι ένα από τα συνηθέστερα ψυχικά νοσήματα που εμφανίζονται σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Επιπρόσθετα, μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά, ενώ άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στα παιδιά αρσενικού φύλου.

#### **1.4. Αγχώδεις Διαταραχές**

Αναφορικά με το Διεθνές σύστημα ταξινόμησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, οι αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζονται στα παιδιά ανήκουν στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών και ειδικότερα στη γενική κατηγορία των νευρωτικών, σωματόμορφων και διαταραχών άγχους. Η συγκεκριμένη διαταραχή δεν είναι μία μόνο πάθηση, αλλά αποτελείται από μία πιο διευρυμένη ομάδα παθήσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονα συναισθήματα άγχους και υπερβολικής δυσφορίας. Κάποιο παιδί μπορεί να διαγνωσθεί ως ασθενής που υποφέρει από μία αγχώδη διαταραχή, εάν το επίπεδο του άγχους που έχει είναι αρκετά υψηλό, ώστε να διαταράσσει σε ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό την καθημερινότητά του, εμποδίζοντας το παιδί να ζήσει τη ζωή που επιθυμεί, ενεργώντας όπως επιθυμεί και όχι υπό την επίδραση του άγχους.

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης μια από τις συχνότερες μορφές ψυχικών παθήσεων, δεδομένου ότι προσβάλλουν ένα στα είκοσι άτομα, σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Κατά κύριο λόγο, οι αγχώδεις διαταραχές αρχίζουν στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αλλά πολύ συχνά παρατηρείται η εμφάνισή τους και στην παιδική ηλικία ή ακόμη και αργότερα στη ζωή του ανθρώπου. Επιπλέον, σύμφωνα με γενικότερα στοιχεία, οι αγχώδεις διαταραχές συνοδεύονται από αρκετά έντονα σωματικά συμπτώματα όπως δύσπνοια ή ακόμη και ταχυπαλμία. Επιπλέον, άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ιδρώτα, αίσθημα ασφυξίας, ναυτία, στομαχικές ενοχλήσεις, ζαλάδα, μυρμηκιάσεις, αισθήματα απώλειας ελέγχου ή αισθήματα επικείμενης συμφοράς.

Τα αίτια εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής ποικίλλουν, με την πλειοψηφία όμως αυτών να σχετίζονται με βιολογικά, γενετικά αλλά και ψυχολογικά προβλήματα. Το άγχος (το οποίο είναι και το κύριο πρόβλημα της συγκεκριμένης διαταραχής), σύμφωνα με διάφορες ψυχοδυναμικές θεωρίες προκύπτει κατά κύριο λόγο από εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις, τις οποίες καλείται το παιδί να αντιμετωπίσει καθημερινά. Ειδικότερα στα παιδιά, η αγχώδης διαταραχή είναι πιθανό να συνδέεται με την ύπαρξη μόνιμων συγκρουσιακών καταστάσεων, οι οποίες επηρεάζουν σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό την ψυχική υγεία του παιδιού.

Οι αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία έχουν κατηγοριοποιηθεί από το Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών με βάση κάποια συγκεκριμένα κριτήρια και συμπτώματα τα οποία πρέπει να εντοπιστούν σε ένα παιδί, ώστε να διαγνωστεί σωστά και έγκαιρα με κάποια αγχώδη

διαταραχή. Έτσι, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ταξινόμηση που πραγματοποιήθηκε κατέληξε σε κάποια συμπτώματα.

Ειδικότερα, μερικά εξ αυτών είναι: το άγχος αποχωρισμού, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κοινωνική φοβία, η κρίση πανικού- αγοραφοβία, η ειδική φοβία και το μετατραυματικό Στρες. Το κοινό γνώρισμά αυτών των κατηγοριών είναι η εμφάνιση κάποιων συγκεκριμένων συμπτωμάτων, τα οποία είναι κατά κύριο λόγο ψυχοσωματικά (όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα κ.α.), γνωστικά (αγχώδεις σκέψεις κ.α.) αλλά και συμπεριφορικού χαρακτήρα (αποφυγή καταστάσεων στην προσωπική αλλά και τη κοινωνική ζωή) (Alfano, Ginsburg & Kingery, 2007. Keeley & Storch, 2009. Vallance & Garralda, 2008).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναλυθούν περαιτέρω κάποιες από τις κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Έτσι, ένα παιδί με ειδική φοβία εμφανίζει κάποιον επίμονο, ανεξήγητο και υπερβολικό φόβο, ο οποίος προκαλείται από την παρουσία ενός ειδικού αντικειμένου ή κάποιας ειδικής κατάστασης. Αναφορικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τα παιδιά εμφανίζουν ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς, οι οποίες εκλαμβάνονται ως επίμονες σκέψεις σχετικά με μια κατάσταση. Σχετικά με τις κρίσεις πανικού και την αγοραφοβία, τα παιδιά συχνά βρίσκονται σε σοβαρές και ανεξέλεγκτες καταστάσεις αδικαιολόγητου άγχους. Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν κοινωνικές φοβίες, αγχώνονται κατά κύριο λόγο όταν πρόκειται να εμπλακούν σε κοινωνικές καταστάσεις (όπως να μιλήσουν σε ένα κοινό).

Η συχνότητα καθώς και η ένταση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, αλλά και το αναπτυξιακό και συναισθηματικό επίπεδο ενός παιδιού βοηθούν στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής. Παρά ταύτα, επειδή τα παιδιά στη συγκεκριμένη ηλικία βρίσκονται σε συνεχείς και ολοκληρωτικές αναπτυξιακές αλλαγές, υπάρχει το ενδεχόμενο ορισμένες διαταραχές να μετεξελιχθούν στην μετέπειτα πορεία ζωής του παιδιού και να μη συνάδουν με την αρχική διάγνωση.

Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο επειδή οι γνωστικές ικανότητες των παιδιών αναπτύσσονται σταδιακά και διαρκώς, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν και να κατανοούν τους κινδύνους με εντελώς διαφορετικό τρόπο (συγκριτικά με τα νωρίτερα στάδια της ζωής τους), καθώς είναι σημαντικό και το γεγονός πως μαθαίνουν να τους αναγνωρίζουν. Για παράδειγμα, ένα παιδί στα στάδια της προσχολικής ηλικίας μπορεί να

διαγνωστεί με άγχος αποχωρισμού, ενώ στην εφηβική του ηλικία το άγχος αυτό να μετεξελιχθεί σε κοινωνική φοβία.

Οι αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά των παιδιών, και εάν δεν αντιμετωπιστούν μπορούν να προκαλέσουν την ανάπτυξη μεγάλης ψυχικής έντασης διαταράσσοντας σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα του παιδιού.

Η αγχώδης αντίδραση που προκαλείται, περιγράφεται από διάφορους ερευνητές, ως ένα συναίσθημα προσανατολισμένο κυρίως προς το μέλλον, το οποίο συνήθως συνοδεύεται από μια αίσθηση πως το παιδί δεν μπορεί να ελέγξει και να προβλέψει τα γεγονότα στο βαθμό που επιθυμεί, σχετικά πάντα με ένα δυνητικά αρνητικό γεγονός. Όπως επίσης περιγράφεται, η ανησυχία αυτή που νιώθουν τα παιδιά που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές, γίνεται πρόβλεψη κάποιου αρκετά δυσάρεστου για τα παιδιά γεγονότος. Καθώς τα αισθήματα αδυναμίας ελέγχου και πρόβλεψης προκαλούν γιγάντωση της ανησυχίας, η αγχώδης κατάσταση πολλές φορές συνοδεύεται και από αυξημένες βιοσωματικές αντιδράσεις.

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές, η αγχώδης διαταραχή συνδέεται άμεσα και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα συναισθήματα των παιδιών. Ειδικότερα, η Amstadter (2008) υποστηρίζει πως στις διαταραχές άγχους υπάρχουν πολλές ενδείξεις διαταραχής στη ρύθμιση των συναισθημάτων των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, δηλώνει πως οι διαταραχές άγχους είναι στην ουσία κάποιες δυσλειτουργίες του συναισθήματος. Επίσης, η απορρύθμιση του συναισθήματος μπορεί πολλές φορές να οδηγήσει σε μια διαταραχή άγχους, όπως αναφέρουν σε έρευνά τους οι Afshari, et al (2014), η οποία είχε ως σκοπό να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ της διαχείρισης διάφορων συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών με κάποια συμπτώματα αγχώδους διαταραχής.

Όταν το άγχος κατέχει τόσο σημαντικό ρόλο στη ζωή του παιδιού, είναι πιθανό να δυσκολεύεται να αντιληφθεί άλλα συναισθήματα, ή ακόμη και να εκφράσει τις σκέψεις του. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει επίσης σε μια κατάσταση διαρκούς αυξανόμενου άγχους. Με τον τρόπο αυτό το παιδί τοποθετείται σε ένα φαύλο κύκλο ο οποίος το εμποδίζει να ανακαλύψει τις ικανότητες και δεξιότητες του ώστε να βοηθηθεί και να αναδιαμορφώσει τον εαυτό του.

## 1.5. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στα νευροψυχιατρικά νοσήματα και ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων που παρατηρείται συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικές, με βασικό σύμπτωμα αυτής τη διαταραχή της αντίληψης της πραγματικότητας. Ειδικότερα, ένας άνθρωπος που πάσχει από σχιζοφρένεια δυσκολεύεται να διατηρήσει μια σωστή αντίληψη της πραγματικότητας, δεδομένου ότι αυτή επηρεάζεται από τη νόσο σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό.

Οι ασθενείς που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, ερμηνεύουν με ασυνήθιστο και αδικαιολόγητο τρόπο την πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια προκαλεί την λανθασμένη αντίληψη και ερμηνεία των ερεθισμάτων που λαμβάνει ο ασθενής από το περιβάλλον στη καθημερινή του ζωή, συγχέοντας έτσι τη φαντασία με την πραγματικότητα, ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχουν αποδείξεις πως για το αντίθετο. Επιπλέον, μπορεί να οδηγήσει και σε κάποιο συνδυασμό ψευδαισθήσεων και εξαιρετικά διαταραγμένων σκέψεων, δυσκολεύοντας έτσι την καθημερινή λειτουργία του ανθρώπου.

Για τους λόγους αυτούς, η σχιζοφρένεια θεωρείται τα τελευταία χρόνια πως είναι ένα από τα σημαντικότερα ψυχικά νοσήματα, σύμφωνα με επιστήμονες του ψυχιατρικού κλάδου. Τα άτομα με σχιζοφρένεια υποβάλλονται σε θεραπεία από τη στιγμή που διαγνωστούν με τη συγκεκριμένη νόσο, μέχρι και το τέλος της ζωής τους. Επίσης, η πρώιμη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον άνθρωπο να ελέγξει τα συμπτώματα, προτού αναπτυχθούν σημαντικές επιπλοκές, καθώς επίσης συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση των μακροπρόθεσμων προοπτικών.

Μέχρι στιγμής, δεν έχει αποδειχθεί πως υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία εμφάνισης της σχιζοφρένειας, αλλά υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που σύμφωνα με ερευνητές συντελούν στην εμφάνιση της νόσου. Ειδικότερα, κάποιες γενετικές και βιολογικές μελέτες απέδειξαν πως είναι πιθανό η συγκεκριμένη νόσος να είναι κληρονομική. Παρά ταύτα, η μεταβίβαση της σχιζοφρένειας δεν είναι αποτέλεσμα επίδρασης κάποιου μεμονωμένου γονιδίου το οποίο μεταβιβάζεται, ενώ οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η μεταβίβαση προκύπτει από τον συνδυασμό και την αλληλεπίδραση διάφορων γονιδίων, καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Επιπλέον, η ποσότητα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο ενός ανθρώπου φαίνεται να συμβάλλει στον ίδιο βαθμό, αναφορικά με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ένας άνθρωπος με σχιζοφρένεια μοιάζει κλινικά σε μεγάλο βαθμό με έναν άνθρωπο που έχει αυξημένες δημιουργικές ικανότητες και δεξιότητες. Συγκεκριμένα, κάποιοι επιστήμονες (στη Σουηδία) ανακάλυψαν μέσω ερευνών πως ο εγκέφαλος ενός ανθρώπου με σχιζοφρένεια μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με τον εγκέφαλο ενός απόλυτα υγιούς ανθρώπου, όταν αυτός έχει αυξημένη δημιουργική δραστηριότητα. Διάφοροι ερευνητές προσθέτουν πως μεγάλοι καλλιτέχνες σε όλο τον κόσμο (όπως για παράδειγμα ο ζωγράφος Vincent Van Gogh), οφείλουν την τεράστια επιτυχία που γνώρισαν, στο γεγονός πως ήταν σχιζοφρενείς.

Η έναρξη της σχιζοφρένειας στους ασθενείς είναι κατά κύριο λόγο αθόρυβη με αργή εκδήλωση των συμπτωμάτων και αρκετά προοδευτική εγκατάσταση της κλινικής εικόνας. Στα πρώτα στάδια εμφάνισης της νόσου, ο ασθενής είναι αρκετά ανήσυχος και αγχώδης και ενδιαφέρεται για παράδοξες δραστηριότητες. Επιπλέον, οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται για ενοχλήσεις στα γεννητικά όργανα ή τη σεξουαλική λειτουργικότητα.

Όταν η έναρξη είναι χρόνια με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ο ασθενής γίνεται απαθής απέναντι στα γνωρίσματα αυτά, ή και άλλες φορές εστιάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό στα συμπτώματα προκαλώντας στον εαυτό του έντονο και συσσωρευμένο άγχος, ακόμη και κρίσεις πανικού. Η ολοκληρωμένη και τελική εικόνα ενός σχιζοφρενή, χαρακτηρίζεται από σοβαρές διαταραχές σχετικά με το συναίσθημα, την σκέψη, την αντίληψη, τη βούληση, την ευαισθησία, τη προσοχή, και γενικότερα τη ψυχοκινητική συμπεριφορά.

Η σχιζοφρένεια διαχωρίζεται σε κάποιες κλινικές μορφές (κατηγορίες), ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στους ασθενείς. Συγκεκριμένα, υπάρχει η παρανοειδής σχιζοφρένεια, κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει κάποιες διαταραχές περιεχομένου της σκέψης (δηλαδή παραληρητικές ιδέες) καθώς και διαταραχές αντίληψης (ακουστικές ψευδαισθήσεις). Η συγκεκριμένη μορφή σχιζοφρένειας είναι η πλέον συχνότερη.

Έπειτα, υπάρχει και η αποδιοργανωτική (ή και ηβηφρενική) σχιζοφρένεια, στην οποία η δομή της σκέψης του ασθενούς αποδιοργανώνεται, ενώ προκαλείται και ένα απρόσφορο συναίσθημα συνοδευόμενο από φαιδρή και παιδική συμπεριφορά. Η αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια εμφανίζεται αρχικά στην εφηβική ηλικία. Ακόμη, μια

άλλη μορφή σχιζοφρένειας είναι η κατατονική, και χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης καθώς και το διαρκώς εναλλασσόμενο επίπεδο ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Το κυριότερο σύμπτωμα είναι η κατατονική εμβροντησία όπου περιορίζεται προοδευτικά ή ακόμη και απότομα η δραστηριότητα του ασθενούς, φτάνοντας τελικά σε πλήρη άρση των κινήσεων του σώματος, δεδομένου πως καταργείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Ύστερα, μια ακόμη κατηγορία αποτελεί η απλή σχιζοφρένεια, κατά την οποία μειώνονται σταδιακά τα εξωτερικά ενδιαφέροντα στη ζωή του ασθενούς, ενώ αυξάνεται η απάθεια και η αδιαφορία ως προς αυτά, γεγονός που οδηγεί σε περιορισμό των διαπροσωπικών σχέσεων του ανθρώπου. Η συγκεκριμένη μορφή εμφανίζεται νωρίς στη ζωή του ανθρώπου. Τέλος, υπάρχουν η υπολειμματική και η αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια, όπου στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ασθενείς που παρουσίασαν έστω και μία φορά στη ζωή τους κάποιο σύμπτωμα σχιζοφρένειας, και στη δεύτερη ο ασθενής παρουσιάζει μια ανάμειξη των παραπάνω κατηγοριών.

Η σχιζοφρένεια που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία είναι μια ιδιαίτερα σπάνια και πολύ συχνά σοβαρή μορφή σχιζοφρένειας, με τα συμπτώματα να εμφανίζονται για πρώτη φορά στο παιδί, στην ηλικία των 12 ετών. Η εμφάνιση της νόσου στα παιδιά μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές. Ειδικότερα, μπορεί να υπάρξει οξεία έναρξη της διαταραχής (χωρίς εμφανή προληπτικά σημεία της επερχόμενης νόσου), καθώς επίσης μπορεί να εμφανιστεί και ύπουλα με βαθμιαία επιδείνωση της λειτουργικότητας, ή με οξεία επιδείνωση της διαταραχής. Η συχνότερη μορφή που παρουσιάζεται στα παιδιά είναι η ύπουλη έναρξη της νόσου.

Η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται και στα παιδιά (όπως και στους ενήλικες) από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και διαταραχές στη δομή της σκέψης. Επιπλέον, ένα πολύ κοινό γνώρισμα της παιδικής σχιζοφρένειας είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι οποίες αποτελούνται από φωνές με αρνητικό περιεχόμενο, συνομιλίες οι σχολιαστικές φωνές, κυρίως από άτομα του στενού φιλικού και οικογενειακού κύκλου του παιδιού. Τα παιδιά εκλαμβάνουν αυτές τις ψευδαισθήσεις της νόσου ως ξένες αλλά και μη ελεγχόμενες, ενώ πολύ συχνά αναφέρουν πως τους φαίνονται ιδιαίτερα περίεργες και τρομακτικές.

Συγκριτικά με την ενήλικη σχιζοφρένεια, η παιδική σχιζοφρένεια εμφανίζει δυσμενέστερη πορεία και έκβαση, καθώς επίσης τα ποσοστά των ασθενών που



παρουσιάζουν χρόνια και επιδεινούμενη πορεία, είναι αρκετά μεγαλύτερα σε αναλογικό επίπεδο, συγκριτικά με τους ασθενείς που εμφανίζουν κυρίως επεισοδιακή πορεία με ενδιάμεσες περιόδους ύφεσης.

## **1.6. Διπολική Διαταραχή – Μανιοκατάθλιψη**

Η διπολική διαταραχή (ή αλλιώς γνωστή και με τον όρο «μανιοκατάθλιψη») είναι ένα ψυχικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, την μανία και την κατάθλιψη. Σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς εμφανίζονται επαναλαμβανόμενα επεισόδια των δύο συναισθηματικών διαταραχών από τα οποία αποτελείται η διπολική διαταραχή. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί πως ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των ασθενών με μανιοκατάθλιψη δεν εμφανίζουν συμπτώματα, ενώ αρκετοί είναι οι ασθενείς (το ποσοστό αγγίζει το 1/3 των ανθρώπων με μανιοκατάθλιψη) που υποφέρουν από συγκεκριμένα υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ της μανίας και της κατάθλιψης.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί στη ζωή του ανθρώπου από πολύ νωρίς, και τα αρχικά συμπτώματα παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο στην παιδική και την εφηβική ηλικία. Παρά το γεγονός πως η εμφάνιση της μανιοκατάθλιψης στην παιδική ηλικία έχει αποδειχθεί με ποικίλες έρευνες, είναι μεγάλο το ποσοστό των επιστημόνων που εξακολουθούν να το αμφισβητούν. Τα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τα πλαίσια των «φυσιολογικών» διαταραχών της διάθεσης που μπορεί να έχει ένα παιδί.

Ειδικότερα, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι σοβαρά και πολλές φορές οδηγούν σε άσχημες διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών, ιδιαίτερα φτωχή σχολική επίδοση, σημαντική δυσκολία στη διεκπεραίωση και πραγματοποίηση καθημερινών λειτουργιών, ενώ πολλές φορές οδηγεί ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, η φυσιολογική παιδική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από αρκετά χαρακτηριστικά της διπολικής διαταραχής, και δεδομένου αυτού πολλές φορές είναι πιθανό οι γονείς αλλά και οι ειδικοί επιστήμονες να οδηγηθούν σε εσφαλμένα συμπεράσματα, και να καταλήξουν σε λανθάνουσα διάγνωση.

Οι νέοι που πάσχουν από διπολική διαταραχή, βιώνουν ένα εύρος ασυνήθιστα έντονων συναισθηματικών καταστάσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται σε διακριτές

περιόδους στη ζωή του ασθενούς, και ονομάζονται «επεισόδια διάθεσης» (μανιακό, καταθλιπτικό, μεικτό). Η μανιοκατάθλιψη κατέχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου, δεδομένου ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη διάθεση και την ψυχολογία του ανθρώπου. Η υπερβολικά υψηλή ή η υπερβολικά χαμηλή διάθεση των ασθενών (η οποία προκαλείται από τη διπολική διαταραχή) συχνά συνοδεύονται από υπερβολικές και έντονες μεταβολές στην ενέργεια, τη δραστηριότητα, τις συνήθειες ύπνου και τη συμπεριφορά. Κάθε επεισόδιο συνάδει με μία δραστική αλλαγή από τη συνηθισμένη διάθεση και το χαρακτήρα του ασθενούς.

Είναι φυσιολογικό και αρκετά σύνηθες σχεδόν για κάθε παιδί και έφηβο να επιδεικνύει τέτοιου είδους αλλαγές στη συμπεριφορά του μερικές φορές. Αυτές οι παροδικές και προσωρινές αλλαγές δεν θα έπρεπε να συγχέονται και να συνδέονται με τη διπολική διαταραχή. Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής είναι ιδιαίτερα έντονα και τείνουν να διαρκούν κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, ενώ η συχνότητα τους παρατηρείται σχεδόν κάθε μέρα. Επιπλέον, συνήθως συνοδεύονται με πολλά και έντονα προβλήματα στην λειτουργικότητα του ασθενούς, κυρίως στην καθημερινότητά του.

Ένας άνθρωπος μπορεί να πάσχει από διπολική διαταραχή ακόμα κι αν οι μεταβολές της διάθεσης είναι λιγότερο έντονες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το επεισόδιο της διπολικής διαταραχής δεν είναι πλήρως αναπτυγμένο, και ονομάζεται υπομανία, με διάρκεια τουλάχιστον 4 διαδοχικές ημέρες. Η υπομανία προκαλεί αξιόλογες αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς, αλλά δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητά του, συγκριτικά πάντα με τον έντονο τρόπο που το κάνει ένα επεισόδιο μανίας.

Η διπολική διαταραχή που επηρεάζει τα παιδιά και τους εφήβους (διπολική διαταραχή με πρώιμη έναρξη) είναι πιο σημαντική, συγκριτικά με τις μορφές διπολικής διαταραχής που εμφανίζονται αρχικά στην ενήλικη ζωή ενός ανθρώπου. Ειδικότερα, οι νέοι ασθενείς έχουν συχνότερες και πιο έντονες μεταβολές στη διάθεση τους, είναι πιο επιρρεπείς σε αρρώστιες και έχουν περισσότερα μεικτά επεισόδια (και μανίας και κατάθλιψης). Επιπλέον, διατρέχουν τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας (σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους ενήλικες), γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθεί υπόψη των γονέων και να επαγρυπνήσει την προσοχή και την συνείδηση τους.

Αναφορικά με τους λόγους εμφάνισης της μανιοκατάθλιψης σε έναν άνθρωπο, τα αίτια δεν έχουν ακόμη αποσαφηνιστεί. Παρά ταύτα, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, οι

οποίοι σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης της διπολικής διαταραχής. Ειδικότερα, τέτοιοι παράγοντες είναι γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί καθώς και νευροβιολογικοί.

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για τη διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος, αποδείχθηκε πως η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου ενός ανθρώπου που υποφέρει από μανιοκατάθλιψη σημειώνει σημαντικές διαφορές, συγκριτικά με τον εγκέφαλο ενός απόλυτα υγιούς ανθρώπου. Παρά ταύτα, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ακόμη παραμένει ασαφές η ακριβής δημιουργία αυτών των διαφορών, δεδομένου πως οι ερευνητές δεν κατέληξαν σε κάποιο συμπέρασμα αναφορικά με το αν αυτές οι διαφορές είναι το αποτέλεσμα ή η αιτία εμφάνισης της διπολικής διαταραχής στους ανθρώπους.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση και την ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής στους ανθρώπους, είναι ο βιολογικός. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με διάφορες μελέτες που διεξήχθησαν σε δίδυμα αδέρφια, ο βιολογικός παράγοντας κατέχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής αναφορικά με τα ποσοστά των διδύμων που εμφάνισαν τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο.

Επιπλέον, ο ψυχολογικός παράγοντας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής, δεδομένου πως ψυχολογικοί αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί συνδέονται με την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Για τον λόγο αυτό, η ψυχολογία ενός ανθρώπου επηρεάζει τη διπολική διαταραχή, καθώς ένας άνθρωπος με αρνητική ψυχολογία (και κατά συνέπεια αρνητικά συναισθήματα), έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει διπολική διαταραχή.

Επιπρόσθετα, για την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής κατέχουν ιδιαίτερα ρόλο και οι κοινωνικοί παράγοντες, ενώ οι επιδράσεις διαχωρίζονται σε οικογενειακές και μακροκοινωνικές. Ειδικότερα, στο οικογενειακό περιβάλλον, η παραγνώριση της ανάγκης για ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, προκαλεί μπερδεμένα συναισθήματα στον άνθρωπο, με κύριο εξ αυτών το αίσθημα της απογοήτευσης. Στο μακροκοινωνικό περιβάλλον, η καταστολή του αισθήματος της αυτοεκτίμησης μπορεί να προέλθει από ποικίλους παράγοντες (όπως η αποτυχία στον επαγγελματικό τομέα, η διακοπή μιας σοβαρής διαπροσωπικής σχέσης κ.α.).

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ένα σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής μπορεί να είναι η ψύχωση, δεδομένου ότι μπορεί να συμπεριλαμβάνεται στα

σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις, δηλαδή να ακούνε ή να αισθάνονται την παρουσία συγκεκριμένων πραγμάτων που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν και είναι μέρος της φαντασίας τους. Επιπλέον, ένα ακόμη σύμπτωμα της συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής είναι οι παραληρητικές ιδέες. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς κατέχουν λανθασμένες αλλά ιδιαίτερα ισχυρές πεποιθήσεις διαφόρων περιεχομένων, οι οποίες όμως δεν μπορούν εξηγηθούν με βάση την κοινή λογική. Ο τύπος των ψυχωτικών συμπτωμάτων αντανακλά πολύ συχνά τη διάθεση των ασθενών, ενώ αντανακλά και τη ψυχική νόσο που πολεμά εκείνη τη στιγμή ασθενής (μανία ή κατάθλιψη).

## **1.8. Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη σαν συναίσθημα ή σαν συναισθηματική κατάσταση εκφράζεται με πολλούς τρόπους. Ειδικότερα, η μελαγχολική διάθεση, το συναίσθημα της θλίψης και η έντονη δυσφορία είναι μερικά από τα συμπτώματα που μαρτυρούν πως ο άνθρωπος που τα εμφανίζει πάσχει από το συγκεκριμένο ψυχικό νόσημα. Εμφανίζονται σε ανθρώπους όλων των ηλικιών, και είναι συναισθήματα που μπορεί να τα βιώσει ο καθένας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα συναισθήματα αυτά που προαναφέρθηκαν, συμπληρώνουν μια συναισθηματική κατάσταση, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί και φυσιολογική αντίδραση ενός ανθρώπου, όταν αυτός έρχεται αντιμέτωπος με ένα ισχυρό αρνητικό γεγονός (όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, οικονομική κατάρρευση κ.α.). Η εμφάνιση αυτών των συναισθημάτων σε έναν άνθρωπο δεν συνάδει απαραίτητα με την κατάθλιψη, δεδομένου πως σε μερικές περιπτώσεις πρόκειται απλά για μια συναισθηματική απάντηση σε κάποιο ψυχοτραυματικό και ιδιαίτερα δυσάρεστο για τον άνθρωπο γεγονός. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο άνθρωπος που εμφανίζει αυτά τα συμπτώματα δεν καταβάλλεται και δεν επηρεάζεται μόνιμα και μαροπρόθεσμα από τα συναισθήματα που αισθάνεται τη δεδομένη στιγμή που αυτά εμφανίζονται.

Για να χαρακτηριστεί και να διαγνωστεί ένας άνθρωπος με κατάθλιψη, θα πρέπει τα παραπάνω συμπτώματα να τον συνοδεύουν στην καθημερινή του ζωή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ εκτός από την υπερβολικά έντονη και παρατεταμένη θλίψη, να εμφανίζονται στον άνθρωπο κι άλλα συμπτώματα. Ειδικότερα, θα πρέπει να έχει χάσει όλα τα ενδιαφέροντά του, να έχει μειωμένη ενεργητικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης,

αίσθημα έντονης κόπωσης (ακόμη και σε ιδιαίτερα μικρές προσπάθειες), μειωμένη αυτοεκτίμηση, απαισιόδοξες σκέψεις κ.α.. Για τους λόγους αυτούς, γίνεται σαφές πως η κατάθλιψη σαν ψυχική διαταραχή είναι ένα εντελώς διαφορετικό γεγονός από την υποκειμενική μελαγχολική διάθεση, καθώς εκτός των άλλων, επηρεάζει σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό τις καθημερινές λειτουργίες του ανθρώπου. Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές, ενώ αξιόλογο είναι το γεγονός πως σύμφωνα με τους υπολογισμούς διαφόρων ερευνητών και ειδικών επιστημόνων, ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσουν από κατάθλιψη έστω και μία φορά στη ζωή τους.

Η ύπαρξη της κατάθλιψης ως ψυχική διαταραχή στα παιδιά έχει απασχολήσει πολλές φορές τους ειδικούς. Το 1975 η ομάδα ερευνητών του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α., μελετώντας όλα τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, κατέληξε στο συμπέρασμα πως η κατάθλιψη μπορεί να παρατηρηθεί στην παιδική και εφηβική ηλικία. Έπειτα, πραγματοποιήθηκαν ποικίλες έρευνες ώστε να περιγραφεί και να προσδιοριστεί η παιδική κατάθλιψη καθώς και να γνωστοποιηθεί η ταξινόμηση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων στα παιδιά, καθώς και τη δημιουργία αξιολόγησης αυτών. Η διεξαγωγή αυτών των ερευνών οδήγησε στο συμπέρασμα πως τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της κατάθλιψης στους ενήλικες, μπορούν να αξιοποιηθούν και στη παιδική κατάθλιψη, παρουσιάζοντας εξίσου αξιόπιστα συμπεράσματα.

Για την διάγνωση ενός παιδιού με κατάθλιψη, (εκτός από την ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων) θα πρέπει να αποκλειστούν μερικά ενδεχόμενα ώστε τα συμπτώματα να οφείλονται πραγματικά στην κατάθλιψη, με αποτέλεσμα η διάγνωση να μπορεί να χαρακτηριστεί έγκυρη. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα τα συμπτώματα να οφείλονται σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός (καθώς όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αυτή η εκδοχή είναι προσωρινή μελαγχολία), όταν βέβαια αυτό το γεγονός έχει συμβεί στο διάστημα των προηγούμενων 2 μηνών.

Εκτός από την εξέταση των παραπάνω ενδεχομένων, υπάρχουν και κάποια συμπτώματα τα οποία πρέπει να εμφανίζει ένας άνθρωπος για να διαγνωστεί με κατάθλιψη. Ειδικότερα, θα πρέπει να διατηρεί καταθλιπτική διάθεση για μεγάλο χρονικό διάστημα της ημέρας και σε καθημερινή βάση. Επιπλέον, θα πρέπει να εμφανίζει ελάχιστο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για αρκετές, ή ακόμη και για όλες της

δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, ενώ είναι πολύ συχνό φαινόμενο το άτομο να δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί. Η σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους αποτελούν επίσης ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης, όπως και οι διαταραχές του ύπνου. Συμπτώματα της κατάθλιψης αποτελούν και οι επανερχόμενες σκέψεις θανάτου, όπως και η απόπειρα αυτοκτονίας. Τέλος, ιδιαίτερο ρόλο στην διάγνωση κατάθλιψης κατέχουν και τα αισθήματα αναξιοτήτας και υπερβολικής ενοχής που διατηρεί το άτομο για τον εαυτό του.

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας έχουν την ικανότητα να εκφράζουν με λεκτικό τρόπο τα συναισθήματά τους. Τα συναισθήματα των παιδιών με κατάθλιψη μπορεί να έχουν σχέση με τη θλίψη, τη στεναχώρια, την απογοήτευση, την απελπισία κ.α.. Η θλίψη, η δυσφορία αλλά και το εύκολο ξέσπασμα σε κλάματα είναι μερικές από τις χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στα παιδιά, ενώ είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η διάκριση μεταξύ ενός παιδιού που είναι θλιμμένο και ενός παιδιού με κατάθλιψη, έχει κατά κύριο λόγο σχέση με την χρονική διάρκεια κατά την οποία διαρκεί το καταθλιπτικό γεγονός.

Αναφορικά με την αιτιολογία εμφάνισης της κατάθλιψης ως ένα ψυχικό φαινόμενο, αυτή τροποποιείται διαρκώς λόγω νέων ερευνητικών δεδομένων που προκύπτουν από μελέτες που διεξάγονται συνεχώς, αναζητώντας διευκρινήσεις αναφορικά με τα αίτια της κατάθλιψης. Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως τα αίτια εμφάνισης της κατάθλιψης στους ανθρώπους είναι περισσότερα από ένα, ενώ πολύ δημοφιλές είναι και το ενδεχόμενο της συνύπαρξης κάποιων αιτιών, οι οποίες οδηγούν τον άνθρωπο στην εμφάνιση της καταθλιπτικής νόσου. Επιπλέον, τονίζεται πως χρειάζονται πολυπαραγοντικές αναλύσεις ώστε να εκτιμηθούν περαιτέρω οι βιολογικοί, ψυχολογικοί, καθώς και οι κοινωνικό- πολιτισμικοί παράγοντες, οι οποίοι κατέχουν ιδιαίτερα ρόλο στην εμφάνιση της νόσου στη παιδική ηλικία.

Η κατάθλιψη επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τη σχολική επίδοση των παιδιών που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μακροχρόνιες παρατηρήσεις πολλών εκπαιδευτικών, τα παιδιά που παρουσιάζουν μειωμένη σχολική επίδοση στα ακαδημαϊκά ζητήματα, εμφανίζουν παράλληλα και συμπτώματα κατάθλιψης. Εξάλλου, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως η ασυνήθιστα μειωμένη σχολική επίδοση είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα που υποδηλώνουν πως

ο μαθητής πάσχει από κατάθλιψη. Η μειωμένη σχολική επίδοση χαρακτηρίζεται από κάποιες ειδικότερες συμπεριφορές οι οποίες χαρακτηρίζονται και ως καταθλιπτικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη γνωσιακή ικανότητα και λειτουργικότητα, γεγονός που στην κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα γενικότερης απόσυρσης από τα μαθησιακά καθήκοντα των παιδιών, καθώς και της έλλειψης ενδιαφέροντος.

Αντίθετα, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως ισχύει το ακριβώς αντίστροφο. Συγκεκριμένα, θεωρούν πως η ελλειμματικές γνωσιακές δεξιότητες κάποιων παιδιών τα οδηγούν στην ανάπτυξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατέληξαν σε μερικά αιτιολογικά μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για να ερμηνευτεί η συσχέτιση κατάθλιψης και σχολικής επίδοσης, καθώς και ο βαθμός επιρροής που ασκείται μεταξύ αυτών. Συγκεκριμένα, υπάρχει το μοντέλο της διαταραχής, κατά το οποίο η κατάθλιψη προκαλεί σημαντική ανεπάρκεια δεξιοτήτων, το γνωσιακό- συμπεριφορικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι ελλειμματικές γνωσιακές δεξιότητες αποτελούν μια βασική αιτία για την εμφάνιση κατάθλιψης, και το συνδυαστικό μοντέλο κατά το οποίο η σχολική επίδοση και η κατάθλιψη είναι αλληλεξαρτώμενες.

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία

### **2.1. Εισαγωγή στη μουσικοθεραπεία**

Η μουσική έχει την ιδιότητα να μπορεί να συνοδέψει τον άνθρωπο σε όλες τις συναισθηματικές καταστάσεις που αυτός βιώνει, να αντικατοπτρίσει τις ψυχοσωματικές του καταστάσεις, καθώς και να οδηγήσει τον άνθρωπο σε βαθύτερες και σημαντικές προσωπικές συγκινήσεις. Ο άνθρωπος, από την αρχή της ιστορίας του, όταν βρίσκεται σε μια δύσκολη συναισθηματική κατάσταση, πολύ συχνά καταφεύγει στην μουσική, καθώς είναι μια μορφή τέχνης η οποία επιδρά στο συναισθηματικό κόσμο των ανθρώπων και προσφέρει έντονα αισθήματα ηρεμίας και γαλήνης, αισθήματα πολύ σημαντικά για τον μέσο άνθρωπο.

Επιπλέον, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως η μουσική μπορεί να βελτιώσει την συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου, δημιουργώντας παράλληλα ένα έντονο

συναίσθημα ευχαρίστησης στον άνθρωπο. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έκκριση των ορμονών της ευτυχίας, το οποίο προκαλείται από την συμμετοχή ενός ανθρώπου σε μια μουσική εμπειρία (όπως η ακρόαση ενός μουσικού κομματιού). Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, έχει αποδειχθεί πως η μουσική ασκεί ιδιαίτερα σημαντική επιρροή στον άνθρωπο, μέσω των ακουστικών νεύρων τα οποία καταλήγουν στον εγκέφαλο και επιδρούν στο συγκινησιακό πεδίο του ανθρώπου.

Η συμβολή της μουσικής είναι ιδιαίτερα σημαντική και στον κλάδο της ιατρικής. Ειδικότερα, μέσω της μουσικής, οι ειδικοί της υγείας προσπαθούν να ρυθμίσουν την αρτηριακή πίεση και την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος, να χαλαρώσουν το μυϊκό ιστό και το νευρικό σύστημα, καθώς και να μειώσουν τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών, επισπεύδοντας όμως την ανάρρωση μέσω της μουσικής εμπειρίας. Η θεραπευτική αυτή ιδιότητα της μουσικής αναφορικά με τον ιατρικό κλάδο είναι σε θέση να συμβάλλει μόνο σε πρόσκαιρες αλλαγές σχετικά με την ψυχοσωματική βελτίωση των ασθενών, καθώς δεν μπορεί να εξασφαλίσει καθολικές, ουσιαστικές και μόνιμες αλλαγές στην όποια κατάσταση των ανθρώπων.

Για να επιτευχθεί ουσιαστική θεραπεία με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και σημαντική επίδραση στον ασθενή, μέσω της μουσικής τέχνης, είναι αναγκαία η μουσικοθεραπευτική προσέγγιση. Για τη σωστή μουσικοθεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς, βασική προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη της κατάλληλης (σύμφωνα με τα μουσικοθεραπευτικά πρότυπα) σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή. Ο θεραπευτής οφείλει να είναι πλήρως εξειδικευμένος, με σωστή, ολοκληρωμένη και πολύπλευρη εκπαίδευση, ενώ το επιστημονικό πλαίσιο στο οποίο θα κινηθεί πρέπει επίσης να είναι σωστά μελετημένο, ώστε ο μουσικοθεραπευτής να είναι σε θέση να αξιοποιήσει το ασυνείδητο υλικό που προκύπτει από τις συνεδρίες.

Δεδομένου πως η δημιουργικότητα αποτελεί έμφυτη ικανότητα όλων των ανθρώπων, πολλές φορές δεν εξωτερικεύεται, γεγονός που καταρρίπτεται μέσω της μουσικοθεραπείας. Η ανάπτυξη μιας σχέσης βασισμένης κυρίως στην εμπιστοσύνη και την κατανόηση, μεταξύ του ασθενούς και του θεραπευτή, είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις συνεδρίες και επιτυγχάνεται με τη χρήση της μουσικής. Ο θεραπευόμενος κατέχει πλέον τη θέση του ενεργητικού συντρόφου κατά τη διάρκεια της θεραπείας, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου πως σε πολλές άλλες μορφές θεραπείας έχει κατά κύριο λόγο παθητικό ρόλο.



Ο μουσικοθεραπευτής ακούει τη μουσική που παράγει ο άνθρωπος και συνήθως την αντανακλά σε ένα πολυφωνικό όργανο, καλλιεργώντας παράλληλα μια ιδιαίτερα οικεία για τον ασθενή ατμόσφαιρα. Αναφορικά με την μουσική που παράγει ο ασθενής, αυτή αποτελείται από την αναπνοή του, τη χροιά της φωνής του, τον ρυθμό κινήσεων του κ.α.. Έτσι, διάφορα ρυθμικά και μελωδικά μοτίβα ανακλούν με ιδιαίτερη ακρίβεια τη σχέση του ασθενή με τον εαυτό του, καθώς και με το περιβάλλον γύρω του.

Η πρώτη σχέση που δημιουργείται μεταξύ του ανθρώπου και της μουσικοθεραπείας, εκτός της κλινικής προσέγγισης, ταυτίζεται σε μεγάλο βαθμό με την επικοινωνιακή σχέση που αναπτύσσει μια μητέρα με ένα βρέφος. Συχνά, ο θεραπευτής προσπαθεί να απεικονίσει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια, μια παρόμοια ηχητική διάσταση (σχέσης μητέρας - βρέφους) μη λεκτικής επικοινωνίας. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την ικανότητα του μουσικοθεραπευτή να συνθέτει μια ανάλογη ηχητική αναπαράσταση σχετικά με την ιδιαιτερότητα της στιγμής, όταν βέβαια αυτός είναι ειδικά καταρτισμένος.

Ο κάθε άνθρωπος μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με μουσικό όργανο, κατέχοντας βέβαια την ξεχωριστή και μοναδική μουσική ταυτότητα του, η οποία ενσαρκώνεται και εναρμονίζεται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες. Συγκεκριμένα, οι σφυγμοί της καρδιάς, η αναπνοή του ανθρώπου, η χροιά της φωνής, η τοποθέτηση και η ένταση των φωνητικών χορδών και των κινήσεων, αλλά και οι ήχοι των συναισθημάτων και των σκέψεων συμβάλλουν στη σύνθεση της μοναδικής μουσικής ταυτότητας που αναφέρθηκε. Με τον τρόπο αυτό, προσφέρεται στον θεραπευτή ένα υλικό – μια πρώτη ύλη, σχετικά με το μουσικό θέμα που θα αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια του κλινικού αυτοσχεδιασμού, δηλαδή των συνεδριών μουσικοθεραπείας.

Μουσικό θέμα για τον θεραπευτή, αποτελεί η ατομική μουσική ταυτότητα του θεραπευόμενου. Ειδικότερα, το μουσικό θέμα συμπληρώνουν ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής κινείται, επικοινωνεί, σκέφτεται, και γενικότερα ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται και συναναστρέφεται με το περιβάλλον γύρω του. Λαμβάνοντας υπόψη όλα αυτά, καθώς και όλα τα προσωπικά στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω, ο θεραπευτής είναι σε θέση να προσαρμόσει τις συνεδρίες της μουσικοθεραπείας σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών, ο ασθενής ακούει την ιδιαίτερα οικεία σε αυτόν εικόνα που προκαλεί ο μουσικοθεραπευτής. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η

ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή, καθώς ο θεραπευόμενος αισθάνεται πως υπάρχει ένας άνθρωπος που νιώθει όπως αυτός, καταλαβαίνει τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του, καθώς επίσης μπορεί να εμπλακεί και να συνυπάρξει μαζί του στο δικό του μουσικό θέμα. Έτσι, καλλιεργείται μια ιδιαίτερη σχέση μεταξύ των δύο αυτών προσώπων (θεραπευτή και ασθενούς), όπου ο ασθενής νιώθει πως δεν είναι μόνος, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό ειδικά στις περιπτώσεις που ο ασθενής πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.

Η θεραπευτικές συνεδρίες εξελίσσονται με τις σωστές και καταλληλότερες παρεμβάσεις του θεραπευτή, λαμβάνοντας διάφορες μορφές, παραμένοντας όμως πάντα στο ίδιο μουσικό θέμα. Ειδικότερα, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιες παραλλαγές στο ίδιο θέμα, ή ακόμα και να αναπτύξει και να εξελίξει το θέμα (δημιουργώντας για παράδειγμα μια σονάτα). Κατά τη διάρκεια που ο ασθενής νιώθει οικεία να βιώνει τη στιγμιαία συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση γνωρίζοντας παράλληλα την αποδοχή του θεραπευτή, τα συναισθήματά του μεταβάλλονται και αναπτύσσονται. Αναφορικά με τις συνεδρίες, ο μουσικοθεραπευτής καλείται να επιλέξει συγκεκριμένες και κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα και χωρίς καθυστερήσεις, καθώς κάτι τέτοιο θα μπορούσε να λειτουργήσει αντίστροφα.

Η μουσική προσφέρει στον άνθρωπο άμεση πρόσβαση στο ασυνείδητο, ενώ διευκολύνει αισθητά τη χαλάρωση των αντιστάσεων που ίσως προκύπτουν, καθώς χωρίς τη χρήση της μουσικής η διαδικασία αυτή φαντάζει απειλητική στον ασθενή. Ειδικότερα, πρόκειται για μια μορφή θεραπείας που δεν στοχεύει στην εξάλειψη της διαφορετικότητας του ανθρώπου, μετατρέποντας τον σε «φυσιολογικό», αλλά τον βοηθά να προσαρμοστεί ως έχει στα κοινά πρότυπα της ζωής. Ο ασθενής και ο θεραπευτής δημιουργούν από κοινού την θεραπεία, γεγονός που βελτιώνει το αποτέλεσμα. Δεδομένου πως η μουσικοθεραπεία συμβάλλει στην εξέλιξη της συναισθηματικής νοημοσύνης του ασθενούς, είναι σε θέση να εφαρμοστεί σε κάθε άνθρωπο, σε οποιαδήποτε ψυχική αλλά και συναισθηματική κατάσταση αυτός βρίσκεται.

## **2.2. Ιστορική αναδρομή**

Αναφορικά με την πορεία της μουσικοθεραπείας κατά το πέρασμα των αιώνων, σημειώνονται μεγάλα ιστορικά κενά. Παρά ταύτα, σύμφωνα με ιστορικές πηγές, οι

ειδικοί συμπεραίνουν πως το πολιτιστικό επίπεδο του κάθε λαού επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, δεδομένου πως οι αντιλήψεις των φυλών αποτυπώνονται πάντα στη μουσική. Ο άνθρωπος, ψάχνοντας ανά τους αιώνες για τη λύτρωση του, ασχολήθηκε σε εντατικό βαθμό με την επίδραση της μουσικής, αξιοποιώντας παράλληλα τη συγκεκριμένη μορφή τέχνης, όχι μόνο στη διασκέδαση, αλλά και στην ψυχολογία και τον οργανισμό του ανθρώπου. Έτσι, η μουσική μπόρεσε να αξιοποιηθεί και για τη θεραπεία σωματικών και ψυχικών προβλημάτων, εφαρμόζοντας το καταλληλότερο μουσικό ερέθισμα, αναγνωρίζοντας την ως θεραπευτικό τρόπο, και αποκομίζοντας παράλληλα τα πολλαπλά οφέλη που προσφέρει η μουσική στον άνθρωπο.

Οι πρώτες γραπτές αναφορές αναφορικά με το φαινόμενο της μουσικοθεραπείας, εμφανίζονται σε διάφορους ιατρικούς αιγυπτιακούς παπύρους. Σύμφωνα με τους αρχαιολόγους, οι αναφορές αυτές χρονολογούνται περίπου το 1.500 π.Χ., ενώ ανακαλύφθηκαν από τους ειδικούς το 1.899. Το περιεχόμενο των παπύρων κυμαίνεται κυρίως στη θετική επιρροή που ασκεί η μουσική στη γονιμότητα αλλά και τη τεκνοποίηση των γυναικών. Η σχέση του ανθρώπινου εγκεφάλου με την μουσική, πιθανώς είναι ένα κατάλοιπο του πρωτόγονου εαυτού μας, ενώ είναι σημαντικό να αναφερθεί πως αυτό που χαρακτηρίζει όλες τις εικασίες σχετικά με την μουσική, ανεξαρτήτως χρονολογίας και τόπου, είναι η θετική επίδραση που ασκεί η συγκεκριμένη μορφή τέχνης στον ψυχισμό των ανθρώπων ανά τους αιώνες.

Σύμφωνα με τις παραδόσεις διαφόρων λαών, όπως της Ινδίας και της Περσίας, ένας ήχος ήταν η αιτία δημιουργίας του σύμπαντος, ο οποίος γεννήθηκε στα βάθη της αβύσσου, και στη συνέχεια μετατράπηκε σε φως και αργότερα σε ύλη. Με βάση τη συγκεκριμένη θεωρία, εξηγείται ένα πλήθος παράξενων καταστάσεων που παρατηρούνται σε ασθενείς της μουσικοθεραπείας, οι οποίοι έχουν ένα αρχαϊκό επίπεδο προσωπικότητας. Επιπλέον, είναι άξιο να αναφερθεί ότι πολλοί Αρχαίοι λαοί, όπως οι Άραβες και οι Εβραίοι, κατασκεύαζαν χειροποίητα μουσικά όργανα χρησιμοποιώντας κορμούς θεραπευτικών φυτών, θεωρώντας πως οι ήχοι που παράγονται από αυτά τα όργανα μπορούν να έχουν τις ίδιες ιδιότητες.

Ιδιαίτερα σημαντική στο κλάδο της μουσικοθεραπείας, είναι και η συμβολή των Αρχαίων Ελλήνων, καθώς αποτελούν τους βασικούς πρόδρομους της σύγχρονης θεραπείας βασισμένης στη μουσική. Οι Αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν πως η χρήση της μουσικής είχε σημαντική επίδραση στο συναισθηματικό και το ψυχικό κόσμο του

ανθρώπου. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η σημαντική πρόοδος των Αρχαίων Ελλήνων στη μαθηματική επιστήμη, κατείχε ιδιαίτερο ρόλο αναφορικά με την τεκμηρίωση τη σχέση των αριθμών με την μουσική τέχνη, χρησιμοποιώντας μαθηματικές εξισώσεις.

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, η μουσική μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αποκατάσταση της ψυχικής και της σωματικής υγείας, όταν αυτή αξιοποιείται ως μέσο θεραπείας. Συγκεκριμένα, ο Πλάτωνας αναφέρει πως η μουσική πρέπει να χρησιμοποιείται όχι μόνο για τη εμπύχωση των αισθήσεων, αλλά και ως βάλαμο της ψυχής και του σώματος, με αποτέλεσμα να ηρεμεί πολλές ψυχοσωματικές καταστάσεις. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο εκείνη την περίοδο κατείχε και η σχολή του Αριστοτέλη, αναφορικά με την εξέλιξη της μουσικοθεραπείας. Συγκεκριμένα, βασιζόταν στη συγκινησιακή κατάσταση την οποία προκαλεί η μουσική τέχνη, ενώ είναι σημαντικό πως ανάλογα με την ένταση της μουσικής, αυτή είναι ικανή να αποβάλλει από τον άνθρωπο κάθε άλλη ψυχολογική ένταση.

Αναφορικά με την ιστορία της μουσικοθεραπείας στον μεσαίωνα, τον 18<sup>ο</sup> αιώνα πραγματοποιήθηκαν κάποια πειράματα με σκοπό να ανιχνευθεί το μέγεθος της επίδρασης που ασκεί η μουσική στη φυσιολογία του ανθρώπου, ενώ αργότερα έκανε την εμφάνιση της και η ενεργητική μουσικοθεραπεία. Ένας από τους πειραματιστές που κατείχε πρωταρχικό ρόλο ήταν ο Esquirol (1838). Ωστόσο, πρόδρομος της σύγχρονης μουσικοθεραπείας είναι ο Ζακ Εμίλ Νταλκρόζ 1865-1950, ο οποίος θεωρήθηκε και πατέρας της ρυθμικής. Συγκεκριμένα, η ιδιότητα του ήταν παιδαγωγός, και θεωρούσε πως η μουσική μπορεί να ανταποκριθεί στις περισσότερες επιθυμίες του ανθρώπου. Οι μαθητές του Νταλκρόζ διέδωσαν τις αντιλήψεις της σχολής αυτής, διαδίδοντας παράλληλα και τη μουσικοθεραπεία.

Η συστηματική μελέτη της επιρροής που ασκεί ο ήχος και η μουσική στον άνθρωπο, ξεκίνησε κυρίως στην περίοδο του μεσοπολέμου. Επιπλέον, με την λήξη του Α' παγκοσμίου πολέμου, επαγγελματίες μουσική κλήθηκαν να εργαστούν σε νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, ώστε να βοηθήσουν στην περίθαλψη των τραυματιών χρησιμοποιώντας την τέχνη τους ως μέσο θεραπείας. Η συγκεκριμένη προσπάθεια είχε ιδιαίτερα ευχάριστα και απροσδόκητα αποτελέσματα, καθώς επίσης αποτέλεσε κύριο εγχείρημα για την ίδρυση της πρώτης οργάνωσης μουσικοθεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 1950. Έπειτα, πολλές χώρες ακολούθησαν το

παράδειγμα της Αμερικής, με αποτέλεσμα μέχρι το 1970, οι σπουδές στη μουσικοθεραπεία να βρίσκονται σε Πανεπιστημιακό επίπεδο.

### **2.3. Ορισμός μουσικοθεραπείας**

Η μουσικοθεραπεία, όταν απευθύνεται σε ψυχιατρικά νοσήματα, ασκείται σαν μια μορφή ψυχοθεραπείας, με την μόνη διαφορά ότι η μουσική αντικαθιστά τον λόγο. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν την μουσική σαν μέσο έκφρασης των συναισθημάτων τους και για την πραγματοποίηση των συνεδριών απαιτείται ένας θεραπευτής και ένας (ή μια ομάδα) θεραπευόμενων. Ο ασθενής, πριν ξεκινήσει τις συνεδρίες, δε είναι αναγκαίο να έχει κάποια προηγούμενη γνώση ή επαφή με τη μουσική, είτε εμπειρική είτε ακαδημαϊκή για να επωφεληθεί από τη θεραπεία.

Σύμφωνα με τον ορισμό της μουσικοθεραπείας, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι απόψεις των ειδικών της υγείας και των ειδικά καταρτισμένων στο αντικείμενο ερευνητών, δίστανται. Ειδικότερα, πολλοί προσπάθησαν να ερμηνεύσουν την μουσικοθεραπεία και να δώσουν σε αυτήν έναν ακριβή και πλήρη ορισμό, αλλά δεν υπάρχει μέχρι στιγμής ένας συγκεκριμένος ορισμός που να χρησιμοποιείται ευρέως από όλους τους ειδικούς. Έτσι, υπάρχουν πολλοί ορισμοί, οι διαφορές των οποίων κυμαίνονται κατά κύριο λόγο στην χρήση της μουσικοθεραπείας από τους ερευνητές. Επιπλέον, οι ορισμοί διαφοροποιούνται και ανάλογα με την έμφαση που δίνεται στις διάφορες θετικές επιδράσεις που ασκεί η μουσική ως μέσο θεραπείας στον άνθρωπο. Έτσι, η μουσικοθεραπεία σε έναν ορισμό μπορεί να αναφέρεται ως ιδιαίτερα αποτελεσματική αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, ενώ σε κάποιον άλλο ορισμό, να αναφέρεται ως ιδιαίτερα αποτελεσματική σχετικά με τις νοητικές δυσλειτουργίες.

Ο ορισμός που χρησιμοποιείται από τον Ελληνικό Σύλλογο Πτυχιούχων Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών είναι: «Η Μουσικοθεραπεία είναι ένα καθιερωμένο επάγγελμα υγείας στο οποίο η μουσική χρησιμοποιείται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης με στόχους που αφορούν τις σωματικές, συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές ανάγκες των ατόμων. Περιλαμβάνει την κλινική και ερευνητικά τεκμηριωμένη χρήση μουσικών παρεμβάσεων για την επίτευξη εξατομικευμένων ή και ομαδικών στόχων από εξειδικευμένο θεραπευτή ο οποίος έχει ολοκληρώσει ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών Μουσικοθεραπείας».

Ένας άλλος ορισμός που χρησιμοποιείται ευρέως από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μουσικοθεραπείας είναι: «Η Μουσικοθεραπεία είναι η επαγγελματική χρήση της μουσικής και των στοιχείων της ως θεραπευτική παρέμβαση σε ιατρικά, εκπαιδευτικά και καθημερινά περιβάλλοντα με άτομα, ομάδες, οικογένειες ή κοινότητες που αναζητούν να βελτιστοποιήσουν την ποιότητα της ζωής τους και να καλυτερεύσουν τη σωματική, κοινωνική, επικοινωνιακή, συναισθηματική, διανοητική και πνευματική τους υγεία και ευζωία. Στη Μουσικοθεραπεία, η έρευνα, η πρακτική, η εκπαίδευση και η κλινική άσκηση ακολουθούν τα επαγγελματικά κριτήρια που εφαρμόζονται σύμφωνα με τα πολιτιστικά, κοινωνικά και πολιτικά πλαίσια» (WFMT, 2011).

Σύμφωνα με τον Bruscia (1989) η μουσικοθεραπεία είναι «μια συστηματική διαδικασία όπου ο θεράπων βοηθά τον ασθενή να θέλει να γίνει υγιής, χρησιμοποιώντας την μουσική εμπειρία και τη σχέση που αναπτύσσεται μέσω αυτής ως μια δυναμική δύναμη αλλαγών». Επιπλέον, η Ντόρα Ψαλτοπούλου (2003) επισημαίνει πως η μουσικοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το σώμα του ανθρώπου, αλλά κυρίως βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις και δανείζεται τεχνικές και μεθόδους από την κλινική ψυχολογία. Σχετικά με τον ορισμό της μουσικοθεραπείας έχει πάρει θέση και ο Goll (2003) σύμφωνα με τον οποίο, η μουσικοθεραπεία είναι «η συστηματική εφαρμογή της μουσικής στην ευρύτερη της σημασία, κάτω από προοπτική της διαμόρφωσης ανθρώπινων συνθηκών ζωής, όπου μια ιδιαίτερη σημασία αποκτά η βελτιστοποίηση των ανθρωπίνων σχέσεων».

Η Rugenstein (1996) διατύπωσε την άποψη ότι «η μουσική απευθύνεται στην πολυδιάστατη φύση του ανθρώπου και τον επηρεάζει σε διάφορα επίπεδα συνείδησης». Έτσι, «η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ως ψυχοθεραπευτική προσέγγιση σε όλα τα επίπεδα». Τέλος, η Διεθνής ένωση για την μουσικοθεραπεία (Καρτασίδου, 2004) τονίζει πως «η μουσικοθεραπεία είναι η ειδική εφαρμογή της μουσικής στην υπηρεσία των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην πνευματική, σωματική υγεία, στην αποκατάσταση ή στην ειδική αγωγή».

Όλοι οι παραπάνω ορισμοί προβάλλουν τις διαφορετικές λειτουργικές διαστάσεις της μουσικής, μέσω των διάφορων θεωρητικών και πρακτικών πλαισίων (Καρτασίδου, 2004). Σε κάθε περίπτωση, η μουσικοθεραπεία είναι μια συστηματική και οργανωμένη διαδικασία εξωτερίκευσης και μορφοποίησης των συναισθημάτων των ασθενών, χρησιμοποιώντας την μουσική ως μέσο έκφρασης. Με την μουσικοθεραπεία ο ασθενής

έρχεται αντιμέτωπος με την ασθένεια του, ενώ παράλληλα τονώνεται η αυτοεκτίμηση του. Επίσης, η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται από τον θεραπευτή ως μέσο κατανόησης των αναγκών και του ψυχισμού του ασθενή, καθώς επίσης αποτελεί και το συνδετικό κρίκο ανάμεσα τους.

Αυτό επιτυγχάνεται διότι η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας επιτρέπει τη πραγματοποίηση των συνεδριών με την κοινή γνώμη του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, χωρίς έτσι να επιβάλλεται τίποτα στον ασθενή, καθώς η θεραπεία προκύπτει και από τους δύο. Για τον λόγο αυτό, η μουσικοθεραπεία βασίζεται κυρίως στην ελευθερία έκφρασης και τον αυτοσχεδιασμό, ενώ δίνει χώρο στον ασθενή να αναλάβει πρωτοβουλίες, βελτιώνοντας παράλληλα την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση του θεραπευόμενου, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό, ειδικά στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.

## **2.4. Μέθοδοι μουσικοθεραπείας**

Η μέθοδος με την οποία μπορεί να αξιοποιηθεί η μουσικοθεραπεία, διαχωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Ειδικότερα, η μουσικοθεραπεία μπορεί να αξιοποιηθεί ως μέσο διάγνωσης αλλά και ως μέσο θεραπείας. Ο στόχος της πρώτης μεθόδου είναι να βρεθούν τα σύνολα των ήχων στα οποία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος ο ασθενής που δέχεται τη μουσικοθεραπεία. Ωστόσο, στη δεύτερη μέθοδο ο στόχος είναι να ανιχνευτούν τα μέσα τα οποία θα δώσουν την ευκαιρία στο θεραπευτή να επικοινωνήσει με το θεραπευόμενο. Ειδικότερα, τα μέσα αυτά μπορεί να είναι κάποια μουσική σύνθεση ή κάποιο μουσικό όργανο, και με βάση αυτό, ο ασθενής θα μπορεί να απελευθερωθεί από το πρόβλημα ή τη νόσο που τον ταλαιπωρεί (ανάλογα με τους λόγους που ο θεραπευόμενος επιλέγει να χρησιμοποιήσει τη μουσικοθεραπεία). Στη συνέχεια της εργασίας, αυτές οι δύο μέθοδοι αναλύονται περαιτέρω.

### 2.4.1. Η μουσικοθεραπεία ως διαγνωστικό όργανο

Πριν ξεκινήσει η εφαρμογή των θεραπευτικών συνεδριών, προηγείται μία διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής είναι σε θέση να συγκεντρώσει όλα τα στοιχεία και τις πληροφορίες που χρειάζεται ώστε να κατανοήσει την καταλληλότερη για τον ασθενή τεχνική θεραπείας, και στη συνέχεια να την εφαρμόσει. Αρχικά, πραγματοποιείται μια συνομιλία, σαν συνέντευξη, μεταξύ του θεραπευτή και του

ασθενή, μέσω της οποίας ο θεραπευτής σκοπεύει στο να κατανοήσει πλήρως την προσωπικότητα και το πρόβλημα του ασθενή. Έπειτα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που θα εκφέρει ο θεραπευτής αναφορικά με τον ασθενή καταγράφονται στο ιστορικό αυτού, ενώ παράλληλα ολοκληρώνεται μια πρώτη διάγνωση, σύμφωνα με την οποία ο θεραπευτής αποφασίζει σχετικά με τις τεχνικές και το είδος της μουσικοθεραπείας που θα ήταν αποτελεσματικότερο στον ασθενή. Ειδικότερα, καταγράφονται σε γενικά πλαίσια οι προτιμήσεις και τα ενδιαφέροντα του θεραπευόμενου σχετικά με την μουσική, όπως επίσης και ο τρόπος έκφρασης που συνήθως επιλέγει ο ασθενής.

Ύστερα, σε επόμενο στάδιο, οι ερωτήσεις που λαμβάνουν μέρος στη συνομιλία του θεραπευτή με τον ασθενή γίνονται ακόμη πιο συγκεκριμένες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως όλες οι ερωτήσεις που θέτονται στον ασθενή είναι βασισμένες στο ερωτηματολόγιο της μουσικοθεραπείας, το οποίο παρατίθεται στο τέλος της εργασίας (Παράρτημα Ι). Έπειτα, ακολουθεί μία εξέταση σε μη λεκτικό επίπεδο από τον θεραπευτή προς τον ασθενή. Συγκεκριμένα, η εξέταση αυτή πραγματοποιείται μέσω της παρατήρησης του ασθενή από τον θεραπευτή, στο πλαίσιο ενός συνόλου κρουστών και συγκεκριμένων μελωδικών οργάνων. Η διαδικασία αυτή στοχεύει στην καλύτερη διάγνωση του μουσικοθεραπευτή, αναφορικά με τα μουσικά όργανα με τα οποία μπορεί να επικοινωνήσει ευκολότερα και πιο ευχάριστα ο εξεταζόμενος, δεδομένο ιδιαίτερα σημαντικό για τη βέλτιστη μουσικοθεραπευτική παρέμβαση.

Η εξέταση που πραγματοποιείται σε μη λεκτικό επίπεδο αποτελείται από τρεις φάσεις. Ειδικότερα, πραγματοποιείται το τεστ μουσικής και ηχητικής ευαισθησίας, το τεστ μουσικής προβολής και το τεστ ηχητικής δημιουργικότητας. Αναφορικά με το πρώτο τεστ, αυτό είναι ένα τεστ προβολής κατά το οποίο ελέγχονται οι αντιδράσεις του ασθενούς ενώ αυτός καλείται να ακούσει διάφορα μουσικά κομμάτια. Επιπλέον, ένα μέρος του συγκεκριμένου τεστ είναι και η ελεύθερη χρήση μουσικών οργάνων από τον ασθενή, ώστε να γίνουν σαφείς οι προσωπικές του προτιμήσεις.

Έπειτα, αναφορικά με το δεύτερο τεστ, αυτό είναι το τεστ μουσικής προβολής. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια αυτού, χρησιμοποιείται ένα δειγματολόγιο διαφόρων μουσικών αποσπασμάτων από όλα τα μουσικά είδη. Κατά τη διάρκεια αυτή της διαδικασίας ο μουσικοθεραπευτής παραμένει σιωπηλός και παρατηρεί τον ασθενή



κρατώντας σημειώσεις, καθώς το συγκεκριμένο τεστ παρέχει στο θεραπευτή σημαντικές πληροφορίες για τη μουσική δεκτικότητα του ασθενή.

Τέλος, σχετικά με το τρίτο τεστ, αυτό είναι το τεστ ηχητικής δημιουργικότητας. Σε αυτό το τεστ, ο ασθενής καλείται να ακούσει τέσσερις ηχητικές προκλήσεις. Ειδικότερα, η πρώτη πρόκληση είναι ένας πρωτόγονος ήχος (όπως καρδιακοί παλμοί), η δεύτερη είναι ένας μελωδικός ήχος (όπως ο ήχος μιας φλογέρας), η τρίτη είναι αρμονική και η τέταρτη είναι ηλεκτρονική μουσική. Κατά τη διάρκεια αυτών των ακουσμάτων ο ασθενής καλείται να αντιδράσει με οποιοδήποτε τρόπο ο ίδιος επιθυμεί, ενώ μπορεί να χρησιμοποιήσει και όποιο υλικό ή αντικείμενο επιθυμεί ώστε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του.

#### 2.4.2. Η μουσικοθεραπεία ως θεραπευτικό όργανο

Ο θεραπευτής, αφού ολοκληρωθεί η πρώτη φάση των τεστ της διάγνωσης, έχει συγκεντρώσει αρκετές και πολύτιμες πληροφορίες οι οποίες αποδεικνύονται ιδιαίτερα χρήσιμες στη δεύτερη φάση της μουσικοθεραπείας, τη θεραπευτική παρέμβαση. Έπειτα, ο θεραπευτής καλείται να αναπτύξει και να εξελίξει τις ευαισθησίες και τη δημιουργικότητα του ασθενούς, με σκοπό να αναπτυχθεί μεταξύ αυτών μία επικοινωνιακή επικοινωνία. Με την εκπλήρωση του συγκεκριμένου στόχου, ο θεραπευτής θα είναι σε θέση να βοηθήσει τον ασθενή να εκτονώσει τα αρνητικά συναισθήματα που τον ταλαιπωρούν, καθώς και τις δυσάρεστες εμπειρίες που ίσως έχει. Έτσι, ο ασθενής θα είναι πλέον ελεύθερος να νιώσει ευχάριστα συναισθήματα, τα οποία βέβαια θα λειτουργήσουν ως κατασταλτικός παράγοντας κατά τη διάρκεια των συνεδριών της μουσικοθεραπείας, πετυχαίνοντας τον αρχικό στόχο.

## **2.5. Τεχνικές μουσικοθεραπείας**

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με διάφορους τρόπους και σε πολλές περιπτώσεις. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναφερθούν ορισμένες από τις κατηγορίες με τις οποίες μπορεί να εμφανιστεί η μουσικοθεραπεία, οι οποίες εφαρμόζονται τη σημερινή εποχή στη Γαλλία. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να καταταχθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- Τις μεθόδους αποδοχής που βασίζονται στην μουσική ακρόαση.
- Τις ενεργητικές μεθόδους που βασίζονται στην ηχητική δημιουργία.
- Τις ατομικές τεχνικές που εφαρμόζονται σε μεμονωμένα άτομα.
- Τις ομαδικές τεχνικές που εφαρμόζονται σε ομάδες ατόμων.

### 2.5.1. Ατομική μουσικοθεραπεία αποδοχής

Η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται κατά κύριο λόγο στην εφαρμογή ενός μουσικού προγράμματος το οποίο αποτελείται από το συνδυασμό τριών μουσικών αποσπασμάτων, διαφορετικών μεταξύ τους. Ειδικότερα, το πρώτο μουσικό απόσπασμα οφείλει να ανταποκρίνεται στην ψυχική κατάσταση του ασθενή, προκαλώντας του έτσι διάφορα συναισθήματα (όπως εκτόνωση, κάθαρση κ.α.). Το δεύτερο μουσικό απόσπασμα είναι μελωδικό και σκοπεύει να ουδετεροποιήσει την ένταση που προκάλεσε το πρώτο στον θεραπευόμενο.

Το τρίτο μουσικό απόσπασμα στοχεύει να καθοδηγήσει τον ασθενή στο επιθυμητό αποτέλεσμα, είτε αυτό είναι συναισθήματα γαλήνης, ηρεμίας, ή ακόμη και θριάμβου και αισιοδοξίας κ.α. Ο ασθενής καλείται να ακούσει τα τρία μουσικά αποσπάσματα σιωπηλός, ενώ η συνεδρία ολοκληρώνεται χωρίς να ακολουθήσει κάποια συζήτηση. Σε κάθε επόμενη συνεδρία που πραγματοποιείται (κατά κύριο λόγο δύο φορές την εβδομάδα), ο ασθενής μοιράζεται και διηγείται τις εντυπώσεις και τα συναισθήματα που προκλήθηκαν σε αυτόν από τη προηγούμενη συνεδρία, πριν συνεχίσει τις μουσικές ακροάσεις της καινούργιας συνεδρίας.

### 2.5.2. Ενεργητική ατομική μουσικοθεραπεία

Η ενεργητική ατομική μουσικοθεραπεία βασίζεται κατά κύριο λόγο στον διάλογο που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή. Ειδικότερα, ο θεραπευτής επιδιώκει να προκαλέσει το ενδιαφέρον του ασθενή χρησιμοποιώντας κάποιο μουσικό όργανο, μέσα από διάφορους αυτοσχέδιους ήχους που δημιουργεί. Η προσοχή του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας είναι στραμμένη στον ασθενή, ώστε να παρατηρήσει και στη συνέχεια να κατανοήσει πλήρως τις αντιδράσεις αυτού. Στη συνέχεια, ο ασθενής καλείται να απαντήσει δημιουργώντας τους δικούς του αυτοσχέδιους ήχους. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται μια γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή, πάνω στην οποία βασίζονται και οι συνεδρίες.

Σε επόμενο στάδιο, ο θεραπευτής επιδιώκει να δημιουργήσει διάλογο χρησιμοποιώντας όχι μόνο τα μουσικά όργανα, αλλά και τη φωνητική έκφραση. Το συγκεκριμένο στάδιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον ασθενή, καθώς κατέχει ιδιάζοντα ρόλο όσον αφορά το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα και το μέγεθος επιτυχίας αυτού. Αυτό συμβαίνει διότι η φωνή ανήκει στον πιο πηγαίο εαυτό του ασθενή, στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ενστικτώδη ύπαρξη του. Επιπλέον, η φωνή κατέχει το ρόλο μιας διανοητικής και συναισθηματικής γέφυρας επικοινωνίας, ενώνοντας τον άνθρωπο με το περιβάλλον γύρω του.

### 2.5.3. Ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής

Στη συγκεκριμένη μέθοδο μουσικοθεραπείας επιτυγχάνεται η κατανόηση της πληθώρας και του μεγέθους συναισθημάτων αλλά και συγκινησιακών ικανοτήτων, που καθορίζουν τη δυναμική που κατέχει ένα ομαδικό σύνολο. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή έχει μερικούς στόχους. Καταρχάς, έχει στόχο να επιτρέψει σε όλα τα μέλη της ομάδας να κατανοήσουν πως η μουσική έχει άπειρες συναισθηματικές αποχρώσεις, οι οποίες καθορίζονται ανάλογα με το χαρακτήρα και την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Επιπρόσθετα, μέσω της μουσικοθεραπείας, το κάθε μέλος της ομάδας θα κατανοήσει το πλήθος των μουσικών προτιμήσεων, με όλες τις συμβολικές προεκτάσεις αυτών.

Έπειτα, ένας ακόμη στόχος που η ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής επιδιώκει να επιτύχει, είναι η ελευθερία και η διευκόλυνση έκφρασης και επικοινωνίας των ασθενών, μέσω της ανταλλαγής απόψεων σχετικά με το μουσικό θέμα που προτείνεται κάθε φορά. Επιπλέον, οι συνεδρίες της μουσικοθεραπείας στη συγκεκριμένη μέθοδο, προσπαθούν να βοηθήσουν τους θεραπευτές να εμβαθύνουν στα προβλήματα των ασθενών τους, επιδιώκοντας παράλληλα να κατανοήσουν τους λόγους που οδήγησαν τους ασθενείς στην επιλογή ενός συγκεκριμένου μουσικού θέματος. Ουσιαστικά, ο θεραπευτής αναζητεί τις αιτίες, οι οποίες οδηγούν στις προτιμήσεις των ασθενών τους, αναφορικά με τα μουσικά θέματα που προσφέρονται.

Η μέθοδος της ομαδικής μουσικοθεραπείας αποδοχής, αποτελείται ουσιαστικά από μια πληθώρα διαφόρων μουσικών αποσπασμάτων, τα οποία αποτελούν κομμάτια από ένα ευρύ και ποικιλόμορφο ρεπερτόριο. Τα μουσικά αυτά θέματα επιλέγονται με ιδιαίτερη προσοχή από τον θεραπευτή, ανάλογα με τις ανάγκες του συνόλου των ασθενών. Τα μουσικά αποσπάσματα συνδυάζονται και ακούγονται σε δυαδικές ομάδες, όπου το ένα από αυτά έχει ρυθμική διάσταση, ενώ στο άλλο υπερτερεί η μελωδική

διάσταση. Επιπλέον, η διάρκεια του κάθε αποσπάσματος κυμαίνεται κυρίως σε 2 με 3 λεπτά, ενώ σε μια μουσικοθεραπευτική συνεδρία ακούγονται κατά βάση 4 με 6 συνδυασμοί μουσικών θεμάτων. Όλα τα μέλη της ομάδας οφείλουν να εκφράσουν τις εντυπώσεις τους σχετικά με τα μουσικά κομμάτια που άκουσαν, ενώ είναι σημαντικό να αναφέρουν ποιο μουσικό κομμάτι από κάθε συνδυασμό τους άρεσε περισσότερο, αιτιολογώντας παράλληλα την άποψη τους.

#### 2.5.4. Ενεργητική ομαδική μουσικοθεραπεία

Η συγκεκριμένη και τελευταία μέθοδος, βασίζεται κατά κύριο λόγο στον αυτοσχεδιασμό. Στόχος αυτής της μεθόδου είναι η διευκόλυνση και παρότρυνση των μελών της ομάδας να ενεργούν και να επικοινωνούν αυθόρμητα. Με βάση αυτό, υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορούν να οδηγήσουν στην επιτυχία του επιθυμητού στόχου.

Ειδικότερα, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα όργανα του συστήματος ώστε να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Επιπλέον, μπορεί να πραγματοποιηθεί η ακρόαση ενός τυχαίου θορύβου ή ήχου από την ομάδα, ο οποίος ήχος θα ακολουθηθεί από το σύνολο της ομάδας. Ακόμη, το μόνο μέσο έκφρασης μπορεί να είναι η ανθρώπινη φωνή, όπου θα διερευνηθούν περαιτέρω οι ποικίλες φωνητικές δυνατότητες, μέσα στο πλαίσιο μιας συλλογικής επικοινωνιακής προσπάθειας. Τέλος, ο θεραπευτής και οι ασθενείς μπορούν να ασχοληθούν με την ερμηνεία κάποιων συγκεκριμένων μουσικών συνθέσεων, υπό την προϋπόθεση βέβαια πως υπάρχει κάποιο μουσικό υπόβαθρο σε όλους τους ασθενείς, και αυτοί διαθέτουν κάποιες βασικές μουσικές γνώσεις που θα τους επιτρέψουν την επιτυχή συμμετοχή σε συνεδρίες ανάλογου τύπου.

## ***B' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ***

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία για παιδιά με ψυχικά νοσήματα

#### **3.1. Εισαγωγή**

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στους κλάδους της παιδοψυχολογίας αλλά και της ψυχοβιολογίας, έχει αποδειχθεί πως η τάση του ανθρώπου στη μουσική τέχνη είναι έμφυτη και εξωτερικεύεται από τη στιγμή της γέννησης του. Το γεγονός αυτό παρατηρείται από τη διαρκή προσπάθεια του ανθρώπου στη βρεφική ηλικία να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του χρησιμοποιώντας διάφορους ήχους και μουσικά στοιχεία.

Δεδομένου αυτού, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η μουσική μας ακολουθεί σε όλη τη ζωή μας, από τη βρεφική μέχρι και την υπερήλικη ηλικία μας, καθώς μέσω αυτής εκφραζόμαστε και επικοινωνούμε (χρησιμοποιώντας το ρυθμό, διαφορετικά ηχοχρώματα και ποικίλα τονικά ύψη). Λόγω της ισχυρά στενής σχέσης του ανθρώπου με τη μουσική, αυτή μπορεί να επιδρά με διάφορους τρόπους στο ψυχισμό του ανθρώπου, καθώς η μουσική είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Σε αυτό το γεγονός βασίζεται και η μουσικοθεραπεία, καθώς έχει αποδειχθεί πως μπορεί να επηρεάσει σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό τη ψυχική υγεία του ανθρώπου, καθώς και να συμβάλλει στη βελτίωση αυτής.

Ένας άνθρωπος που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, έρχεται αντιμέτωπος με ποικίλα αρνητικά συναισθήματα, όπως έλλειψη κινήτρου, κοινωνική αποστασιοποίηση και μειωμένη συναισθηματική εμπειρία. Μέσω της μουσικοθεραπείας επιτυγχάνεται η θετική επίδραση στη ψυχολογία του ασθενή, βοηθώντας παράλληλα στην εξωτερίκευση των άσχημων αυτών συναισθημάτων. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, έχει αποδειχθεί πως η μουσικοθεραπεία συμβάλλει στην μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, ανθρώπων που πάσχουν κάποια ψυχική διαταραχή, σε ποσοστό 22%.

Η μουσική ως μέσο θεραπείας έχει σημαντική επιρροή σε ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα της ψυχικής υγείας παιδιών που αντιμετωπίζουν διαταραχές όπως άγχος, κατάθλιψη, φοβίες, κρίσεις πανικού, νευρώσεις, ψυχώσεις κ.α.. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν ποικίλες βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τις ευεργετικές ιδιότητες της μουσικής τέχνης σε ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί πως τα παιδιά με ψυχικά νοσήματα αντιλαμβάνονται τη μουσική τέχνη σχεδόν με τον ίδιο τρόπο που την αντιλαμβάνεται ένα ψυχικά υγιές παιδί. Επιπρόσθετα, άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός πως η μουσικοθεραπεία επιδιώκει να βελτιώσει τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών, ενώ μέσω των συνεδριών προσπαθεί να ενισχύσει τη συλλογικότητα και την ομαδική συνοχή, όπως και την ενσωμάτωση της ελπίδας και του αλτρουισμού.

### **3.2. Η συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)**

Η μουσική ως θεραπευτικό μέσο, μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση διαφόρων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα. Ειδικότερα, συμβάλλει στην απόκτηση επίγνωσης του εαυτού τους (αυτεπίγνωση) αλλά και του περιβάλλοντός τους, στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους, στην κατάκτηση και ανάπτυξη των λεκτικών ή μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους, στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοαποτελεσματικότητα, στη δημιουργία πιο ισχυρών κινήτρων και τέλος, στην ενίσχυση διατήρησης της προσοχής κατά τη διάρκεια των εργασιών

#### 3.2.1. Έρευνα των Madjar N. et al. (2020)

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να αναδείξει τις επιδράσεις της μουσικής στο διάβασμα και τη συμβολή της στη κατανόηση του κειμένου. Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν κατά κύριο λόγο παιδιά της προεφηβικής ηλικίας, και οι μισοί εξ αυτών ήταν παιδιά με ΔΕΠΥ και οι υπόλοιποι ήταν παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η έρευνα διαχωρίστηκε σε δύο φάσεις, ενώ είναι άξιο αναφοράς το γεγονός πως και οι δύο φάσεις της μελέτης εγκρίθηκαν από το Πανεπιστήμιο BarIlan University Institutional Review Board.

Αναφορικά με τη πρώτη φάση, το δείγμα αποτελούταν από ένα σύνολο 20 παιδιών στη προεφηβική ηλικία. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε δύο ισόποσες ομάδες, την ομάδα παιδιών με ΔΕΠΥ και την ομάδα ελέγχου. Ειδικότερα, η πρώτη ομάδα αποτελούταν από 7 αγόρια και 3 κορίτσια με μέση ηλικία τα 12,5 έτη, ενώ τα ίδια κριτήρια ισχύουν και για την ομάδα ελέγχου.

Η διεξαγωγή των συνεδριών πραγματοποιήθηκε σε ένα ήσυχο δωμάτιο, όπου τα παιδιά κλήθηκαν να καθίσουν μπροστά από μια οθόνη υπολογιστή. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να διαβάσουν δυνατά κάποια σύντομα κείμενα υπό τέσσερις συνθήκες: χωρίς μουσική, με ήρεμη μουσική χωρίς στίχους, με ήρεμη μουσική που περιλάμβανε στίχους και με ρυθμική μουσική που περιλάμβανε στίχους. Η συνθήκες μουσικής ήταν πανομοιότυπες για όλους τους συμμετέχοντες και τα κείμενα κατανέμονταν τυχαία για κάθε συμμετέχοντα. Τα κείμενα γράφτηκαν στα Εβραϊκά (δεδομένου πως όλοι οι συμμετέχοντες ήταν εγγενείς Εβραίοι ομιλητές). Όταν η μουσική υπόκρουση περιλάμβανε στίχους, τα τραγούδια ήταν όλα στα Αγγλικά για να αποφευχθεί η φωνολογική απόσπαση της προσοχής. Ο όγκος της μουσικής ορίστηκε στο ίδιο μεσαίο επίπεδο για όλους τους συμμετέχοντες (70% της κλίμακας έντασης) και ο βοηθός του ερευνητή έλαβε εντολή να ρυθμίσει τη μουσική κατά 5% σε κάποιον συμμετέχων εάν αυτός ένιωθε δυσφορία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ζήτησε να προσαρμόσει την ένταση της μουσικής που άκουγε και δεν ανέφερε δυσφορία κατά τη διάρκεια του πειράματος. Μετά την ανάγνωση του κειμένου, αξιολογήθηκε η κατανόηση της ανάγνωσής τους. Η συνολική διάρκεια κάθε πειράματος, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της υπογραφής ενημερωμένων εντύπων συναίνεσης, ήταν περίπου 20-25 λεπτά.

Σε καθεμία από τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε πέντε ερωτήσεις, με βάση των οποίων αξιολογήθηκε η συνολική κατανόηση του περιεχομένου του κειμένου (οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 5). Όλα τα κείμενα και οι αξιολογήσεις τους επιλέχθηκαν από προηγούμενες εθνικές δοκιμές αξιολόγησης, οι οποίες αναπτύχθηκαν και επικυρώθηκαν από το Ισραηλινό Υπουργείο Παιδείας ώστε να ταιριάζουν στις απαιτήσεις του επιπέδου ηλικίας και στο απαιτούμενο βασικό πρόγραμμα σπουδών. Για τη σύγκριση των κλιμάκων μεταξύ των συνθηκών, χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία z κάθε συμμετέχοντα σε κάθε συνθήκη.

Για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ πειραματικών συνθηκών και ομάδων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενου μέτρου (ANOVA επαναλαμβανόμενου μέτρου), με έναν παράγοντα ενδο-υποκειμένων της απόδοσης ανάγνωσης υπό τις 4 συνθήκες και τον παράγοντα μεταξύ των ατόμων της ομάδας (με και χωρίς ADHD) . Η δοκιμή του Mauchly χρησιμοποιήθηκε για να διασφαλιστεί ότι ικανοποιήθηκε η υπόθεση σφαιρικότητας. Στη συνέχεια, δοκιμάστηκαν τα απλά αποτελέσματα των πειραματικών συνθηκών σε κάθε ομάδα και ομαδοποιήθηκαν οι διαφορές σε κάθε κατάσταση με διόρθωση Bonferroni.

Στη δεύτερη φάση το δείγμα ήταν διαφορετικό. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελούταν από 50 παιδιά στη προεφηβική ηλικία, όπου χωρίστηκαν σε δύο ισόποσες ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκαν παιδιά με ΔΕΠΥ, όπου τα 15 ήταν αγόρια και τα 10 κορίτσια με μέσο ηλικιακό όρο τα 10 χρόνια περίπου, ενώ η δεύτερη ομάδα αποτελούταν από παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με τα 9 να είναι αγόρια και τα 16 κορίτσια, και μέσο όρο ηλικίας τα 10,5 έτη.

Η διαδικασία πρόσληψης και πειράματος ήταν ίδια με την πρώτη φάση, εκτός από τις πρόσθετες αξιολογήσεις του HRV των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια του πειράματος. Η κατανόηση της ανάγνωσης αξιολογήθηκε με πανομοιότυπα κείμενα ακολουθούμενα από αξιολογήσεις κατανόησης που χρησιμοποιήθηκαν στη πρώτη φάση.

Καθώς η έρευνα δε σημείωσε σημαντικές διαφορές μεταξύ των συσκευών που χρησιμοποιήθηκαν, επιλέχθηκε μια φορητή οθόνη του HRV που σχεδιάστηκε για χρήση χωρίς ιστορικό ιατρικής εκπαίδευσης και είναι εύκολη για εγκατάσταση και λειτουργία χωρίς παρεμβατικές διαδικασίες. Σε καθεμία από τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, οι συμμετέχοντες ξεκουράστηκαν για ένα λεπτό για να αξιολογήσουν τον HRV μέσου επιπέδου πριν από την εργασία. Στη συνέχεια άρχισαν να διαβάζουν και η πρόσθετη αξιολόγηση του HRV μέσου επιπέδου, τεκμηριώθηκε ως το μέσο επίπεδο του δεύτερου λεπτού ανάγνωσης (δηλαδή, μετά από ένα λεπτό ανάγνωσης). Η διαφορά HRV υπολογίστηκε ως HRV μέσου επιπέδου μετά από κάθε εργασία αφαιρούμενη από τον HRV μέσου επιπέδου πριν από κάθε εργασία (δηλ. Οι αρνητικές τιμές υποδηλώνουν μείωση).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης, παρουσιάστηκαν κάποιες διαφορές μεταξύ των ομάδων, οι οποίες όμως δεν ήταν σημαντικές κάτω από όλες τις



μουσικές συνθήκες. Αναφορικά με τη γενική απόδοση στην κατανόηση της ανάγνωσης σε ολόκληρο το δείγμα, δεν σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στις συνθήκες του πειράματος. Το φύλο ή η ηλικία δεν μετριάζουν τις αλλαγές στην κατανόηση της ανάγνωσης.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ πειραματικών συνθηκών και ομάδας ήταν σημαντική, υποδεικνύοντας ότι τα αποτελέσματα της μουσικής υπόκρουσης ποικίλλουν μεταξύ των ομάδων. Οι συμμετέχοντες από την ομάδα ΔΕΠΥ παρουσίασαν βελτίωση στην κατανόηση της ανάγνωσής τους, με σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών συνθηκών μουσικού υπόβαθρου και της συνθήκης χωρίς μουσική, αλλά μη σημαντικές διαφορές μεταξύ μουσικές συνθήκες μετά τη διόρθωση Bonferroni. Η ομάδα ελέγχου έδειξε μείωση της απόδοσης ανάγνωσης. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές δεν ήταν σημαντικές. Η σύγκριση μεταξύ ομάδων αποκάλυψε ότι η ομάδα ελέγχου είχε καλύτερη απόδοση κάτω από την κατάσταση χωρίς μουσική, και ότι αυτό το πλεονέκτημα εξαφανίστηκε υπό τη μουσική κατάσταση.

Παρόμοια με τη πρώτη φάση, στη δεύτερη φάση δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συνθηκών του πειράματος, καθώς και για την ηλικία ή το φύλο. Η σύγκριση της απόδοσης κατανόησης ανάγνωσης μεταξύ των διαφόρων συνθηκών αποκάλυψε μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδων και συνθηκών, υποδηλώνοντας ότι η επίδραση της μουσικής στην απόδοση ανάγνωσης διέφερε μεταξύ των ομάδων. Στην ομάδα ελέγχου η απόδοση της κατανόησης ανάγνωσης μειώθηκε υπό τις μουσικές συνθήκες, ενώ η απόδοση σε συνθήκες χωρίς μουσική ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με όλες τις άλλες συνθήκες μετά τη διόρθωση Bonferroni. Στην ομάδα ΔΕΠΥ η απόδοση της κατανόησης ανάγνωσης βελτιώθηκε υπό τις μουσικές συνθήκες. Η επίδοση σε συνθήκες χωρίς μουσική ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τις ήρεμες μουσικές συνθήκες (με ή χωρίς στίχους) μετά τη διόρθωση Bonferroni, αλλά όχι σημαντικά διαφορετική σε σύγκριση με τη ρυθμική μουσική. Η σύγκριση μεταξύ των ομάδων σε κάθε συνθήκη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες από την ομάδα ελέγχου σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία κατά την ανάγνωση μόνο στην κατάσταση χωρίς μουσική και οι διαφορές μεταξύ των ομάδων δεν ήταν σημαντικές στις συνθήκες με μουσική υπόκρουση.

Η σύγκριση των αλλαγών στο HRV μεταξύ των διαφορετικών συνθηκών αποκάλυψε μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδων και συνθηκών,

υποδηλώνοντας ότι η επίδραση της μουσικής στο HRV διέφερε μεταξύ των ομάδων. Στην ομάδα ελέγχου η αλλαγή του HRV δεν επηρεάστηκε σημαντικά από τις μουσικές συνθήκες και στην ομάδα ΔΕΠΥ η αλλαγή του HRV ήταν σημαντικά χαμηλότερη υπό τις μουσικές συνθήκες. Μετά τη διόρθωση του Bonferroni, οι διαφορές μεταξύ της συνθήκης χωρίς μουσική και των ήρεμων μουσικών συνθηκών (με ή χωρίς στίχους) παρέμειναν σημαντικές, αλλά δεν συγκρίθηκαν με τη ρυθμική μουσική. Η σύγκριση μεταξύ ομάδων σε κάθε κατάσταση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες από την ομάδα ελέγχου παρουσίασαν πιο σταθερή μείωση του HRV σε όλη την κατάσταση. Ωστόσο, η μείωση μεταξύ των συμμετεχόντων με ΔΕΠΥ ήταν μικρότερη υπό τις μουσικές συνθήκες και οι διαφορές μεταξύ των ομάδων έγιναν σημαντικές υπό την κατάσταση της ήρεμης μουσικής με στίχους.

Για τη σύγκριση των συνδυασμένων αποτελεσμάτων των ομάδων και της αλλαγής HRV στην κατανόηση της ανάγνωσης, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες με βάση τη μέση αλλαγή του HRV υπό τις μουσικές συνθήκες σε σύγκριση με την κατάσταση χωρίς μουσική. Περισσότεροι συμμετέχοντες από την ομάδα ελέγχου κατανεμήθηκαν στο χαμηλό εφέ μουσικής (56%) σε σύγκριση με την ομάδα ΔΕΠΥ (44%). Ωστόσο, η κατανομή δεν ήταν στατιστικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε μια συνδυασμένη ανάλυση με ομάδες και αλλαγή του HRV υπό τις μουσικές συνθήκες ως προγνωστικά της κατανόησης της ανάγνωσης. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της επίδρασης της μουσικής στο HRV και των μουσικών συνθηκών τόσο όταν το εφέ της μουσικής εισήχθη ως διχοτόμος μεταβλητή, όσο και ως συνεχής μεταβλητή. Η ανάλυση εντός της ομάδας αποκάλυψε ότι όσοι επηρεάστηκαν θετικά από τη μουσική (δηλαδή, λιγότερη μείωση του HRV κάτω από τη μουσική) παρουσίασαν βελτίωση στην κατανόηση της ανάγνωσής τους με τη μουσική υπόκρουση, και εκείνοι που επηρεάστηκαν αρνητικά από τη μουσική κατέδειξαν επιδείνωση της κατανόησης της ανάγνωσής τους με τη μουσική υπόκρουση. Ωστόσο, αυτή η μείωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

### **3.3. Η συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές**

Η μουσικοθεραπεία προσφέρει ιδιαίτερα αποτελεσματική υποστήριξη στα παιδιά που παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές. Αυτό συμβαίνει καθώς μέσω της μουσικής το παιδί θα είναι σε θέση να διαχειριστεί τα συναισθήματα του, και ειδικότερα το άγχος, καθώς επίσης θα αποκτήσει έντονα συναισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, γεγονός που θα συμβάλει στην ελάττωση των συναισθημάτων άγχους.

### 3.3.1. Έρευνα των Linetzky M. et al. (2019).

Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 12 παιδιά με αγχώδη διαταραχές, εκ των οποίων τα 8 ήταν αγόρια και τα 4 κορίτσια, από 7 έως 10 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ του Μαΐου του 2017 και του Απριλίου του 2018. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που έπρεπε να πληρούν οι συμμετέχοντες ήταν δύο. Αρχικά έπρεπε να έχουν διαγνωστεί με κάποια αγχώδης διαταραχή και έπειτα έπρεπε να κατέχουν κανονική ή διορθωμένη όραση. Οι διαγνώσεις επιβεβαιώθηκαν χρησιμοποιώντας το Πρόγραμμα Συνέντευξης για τις Διαταραχές Άγχους - Παιδί / Γονέας-IV που χορηγήθηκε ξεχωριστά σε παιδί και γονέα. Οι κλινικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από δύο κλινικούς ψυχολόγους που εκπαιδεύτηκαν με αξιοπιστία 85% με έναν ανώτερο ψυχολόγο. Ο γιατρός συνδύασε τις πληροφορίες που ελήφθησαν από παιδί και γονέα για να προσδιορίσει τη διαγνωστική κατάσταση. Οι συνεδρίες εποπτείας χρησιμοποιήθηκαν για την παρακολούθηση των διαγνωστικών αποφάσεων.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία αξιολογήθηκε μετρώντας τον αριθμό των συνεδριών που παρακολούθηθηκαν, σημειώνοντας εάν ο προκαθορισμένος αριθμός δοκιμαστικών προπονήσεων ολοκληρώθηκε σε κάθε συνεδρία και καταγράφηκε το χρονικό πλαίσιο εντός του οποίου ολοκληρώθηκε το πρωτόκολλο. Το ερωτηματολόγιο αξιοπιστίας / προσδοκίας (CEQ) χρησιμοποιήθηκε κατά τη μεταθεραπεία για να εκτιμηθεί η αξιοπιστία της θεραπείας. Τα παιδιά και οι γονείς χρησιμοποίησαν μια κλίμακα 9 βαθμών για να αξιολογήσουν πόσο λογική ήταν η θεραπεία, πόσο επιτυχημένη ήταν στη θεραπεία των συμπτωμάτων και την εμπιστοσύνη τους στη σύσταση σε έναν φίλο.

Αναφορικά με τη θεραπεία ανταμοιβής μουσικής-Contingent Music, το GC-MRT χρησιμοποίησε μια τροποποιημένη έκδοση της εργασίας αξιολόγησης για να εκτρέψει την προσοχή των ασθενών στα ουδέτερα πρόσωπα και μακριά από τα

πρόσωπα απειλής. Η θεραπεία ακολούθησε το πρωτόκολλο των Lazarov et al. Κάθε συνεδρία ξεκίνησε με τον ασθενή να καλείται να επιλέξει ένα μουσικό κομμάτι 12 λεπτών ενός ερμηνευτή που τους αρέσει και θέλει να ακούσει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Τα μουσικά κομμάτια επιλέχθηκαν από ένα εκτεταμένο μενού που αντικατοπτρίζει δημοφιλείς καλλιτέχνες σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του YouTube. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε βαθμονόμηση παρακολούθησης των ματιών, ακολουθούμενη από παρουσίαση των 30 πινάκων προσώπου (24 δευτερόλεπτα το καθένα, χωρίς μεσοδιαστήματα). Ορίστηκαν δύο περιοχές ενδιαφέροντος (AOIs): οι οκτώ απειλές (AOI απειλής) και οι οκτώ ουδέτερες όψεις (ουδέτερος AOI). Οι ασθενείς άκουσαν την επιλεγμένη μουσική τους μόνο όταν στερεώνονταν στο ουδέτερο AOI. Κατά τον καθορισμό της απειλής AOI, η μουσική σταμάτησε. Η θεραπεία περιλάμβανε οκτώ συνεδρίες που πραγματοποιούνταν δύο φορές την εβδομάδα για 4 εβδομάδες. Καταγράφηκε ο συνολικός χρόνος παραμονής για κάθε AOI σε κάθε μήτρα και το ποσοστό του χρόνου παραμονής στην απειλή AOI σε σχέση με τον συνολικό χρόνο παραμονής σε κάθε μήτρα υπολογίστηκε για κάθε μήτρα. Υπολογίστηκε ένας δείκτης του μέσου ποσοστού του χρόνου που συμμετείχαν οι συμμετέχοντες στην απειλή μεταξύ των 30 πινάκων.

Αναφορικά με τη διαδικασία, οι γονείς ελέγχθηκαν μέσω τηλεφώνου χρησιμοποιώντας ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν τα συμπτώματα αγχωδών διαταραχών. Κατά την άφιξή τους στο πανεπιστήμιο, οι γονείς και τα παιδιά έλαβαν μια λεπτομερή εξήγηση της μελέτης και παρείχαν γραπτή συγκατάθεση. Στη συνέχεια, ένας κλινικός ψυχολόγος πραγματοποίησε ξεχωριστές συνεντεύξεις με το παιδί και τον γονέα χρησιμοποιώντας το Πρόγραμμα Συνέντευξης για τις Διαταραχές Άγχους-Παιδί / Γονέας-IV και ολοκληρώνοντας το PARS. Τα παιδιά και οι γονείς ολοκλήρωσαν το SCARED. Στη συνέχεια, η ομάδα αναφοράς 1 εβδομάδας ξεκίνησε τη θεραπεία. Οι άλλες δύο ομάδες ολοκλήρωσαν το SCARED μέσω συνδέσμου Διαδικτύου μία φορά την εβδομάδα κατά την περίοδο αναμονής. Μετά από 3 ή 5 εβδομάδες (ανά κατανομή), οι ασθενείς και οι γονείς τους προσκλήθηκαν σε μια δεύτερη αξιολόγηση βάσης, η οποία περιλάμβανε PARS, καθήκον αξιολόγησης παρακολούθησης ματιών και SCARED. Μετά τη δεύτερη αυτή γραμμή, ξεκίνησε η θεραπεία αξιολόγησης. Για όλες τις ομάδες, το GC-MRT αποτελούνταν από οκτώ συνεδρίες 20 λεπτών που πραγματοποιήθηκαν δύο φορές την εβδομάδα για 4

εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι γονείς και τα παιδιά ολοκλήρωσαν το SCARED μία φορά την εβδομάδα μετά τη συνεδρία θεραπείας τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, και τα 12 παιδιά ολοκλήρωσαν την πλήρη πορεία του GC-MRT εντός του καθορισμένου χρονικού πλαισίου, υποδηλώνοντας εξαιρετική ανοχή και αποδοχή. Τα περισσότερα παιδιά και γονείς βρήκαν τη θεραπεία μέτρια έως εξαιρετικά αξιόπιστη. Τα ζευγάρια που εξέταζαν αλλαγές στα επίπεδα άγχους PARS με την πάροδο του χρόνου αποκάλυψαν μείωση του άγχους από την Αξιολόγηση βάσης 1 σε μεταθεραπεία ενώ δε σημειώθηκε καμία αλλαγή από τη βασική αξιολόγηση 1 σε βασική αξιολόγηση 2 για εκείνους που υποβλήθηκαν σε δεύτερη αξιολόγηση βάσης, καθώς παρατηρήθηκε μείωση του άγχους από τη βασική εκτίμηση 2 σε μεταθεραπεία. Μία συνολική μείωση κατά 7,5% του χρόνου παραμονής στην απειλή σημειώθηκε από την αρχή) έως την τελευταία συνεδρία θεραπείας. Εννέα από τους 12 συμμετέχοντες παρουσίασαν σταδιακή μείωση του χρόνου παραμονής στην απειλή σε όλες τις συνεδρίες και συνολικά. Η κερδοσκοπία των απομακρυσμένων μετρήσεων αυτού του συμμετέχοντος αποκάλυψε μια μη σημαντική μείωση του ποσοστού του χρόνου παραμονής στην απειλή κατά τις συνεδρίες..

## Συζήτηση

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται και παρατηρείται κατά κύριο λόγο σε ανθρώπους της εφηβικής και της ενήλικης ηλικίας. Παρά ταύτα, τα παιδιά είναι εξίσου ευάλωτα στα ψυχικά νοσήματα, ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντική η άμεση και έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία τους όταν αυτά εμφανίζονται στη παιδική ηλικία. Επιπλέον, είναι άξιο αναφοράς το γεγονός πως πολλά ψυχικά νοσήματα έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στο ψυχισμό των παιδιών, καθώς επίσης έχει παρατηρηθεί πως τα συμπτώματα των ψυχικών νοσημάτων στα παιδιά είναι πιο σοβαρά, συγκριτικά με αυτά των ενηλίκων.

Όπως προαναφέρθηκε, τα κυριότερα και συνηθέστερα παιδοψυχικά νοσήματα είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), οι αγχώδεις διαταραχές, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη. Τα συμπτώματα των συγκεκριμένων ψυχικών νόσων ποικίλουν στα παιδιά (εξαρτάται από τη νόσο αλλά και από το ψυχισμό του κάθε παιδιού), ενώ τα συνηθέστερα εξ αυτών είναι σχετικά με την έλλειψη αυτοπεποίθησης και την αδυναμία επικοινωνίας του παιδιού με το περιβάλλον του.

Μία ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος διάγνωσης αλλά και θεραπείας των παιδιών με ψυχικά νοσήματα είναι η μουσικοθεραπεία. Ειδικότερα, η μουσικοθεραπεία διαθέτει ποικίλες μεθόδους και τεχνικές, από τις οποίες μπορεί ο θεραπευτής να επιλέξει την καταλληλότερη για κάθε περίπτωση και κάθε ψυχικό νόσημα. Μέσω της τεχνικής που επιλέγεται για κάθε παιδί, η μουσικοθεραπεία μπορεί να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην μείωση εμφάνισης των συμπτωμάτων, ενώ μερικές φορές παρατηρείται και εξασθένιση της νόσου.

Με τη χρήση της μουσικής ως μέσο θεραπείας, ο ασθενής μπορεί να εκφραστεί, να επικοινωνήσει και να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του. Ειδικότερα, στις περισσότερες συνεδρίες της μουσικοθεραπείας, η μουσική αντικαθιστά τον λόγο με αποτέλεσμα τα παιδιά να μπορούν πιο εύκολα να επικοινωνήσουν και να εκφραστούν, ενώ προσφέρεται στα παιδιά να εξωτερικεύσουν με υγιή τρόπο τα άσχημα συναισθήματα που προκαλούνται από τη νόσο που πάσχει κάθε παιδί (για παράδειγμα στη ΔΕΠΥ τα παιδιά μπορούν να κινούνται όσο επιθυμούν κατά τη διάρκεια των συνεδριών). Επιπλέον, μέσω της μουσικοθεραπείας τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να

βιώσουν ευχάριστα συναισθήματα, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται η δημιουργικότητά τους.

Τα οφέλη που προσφέρει η μουσικοθεραπεία στα παιδιά με ψυχικά νοσήματα ποικίλουν, και γίνονται σαφή μέσω των ερευνών που παρατίθενται. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για να αναδείξει τη συμβολή της μουσικής στα παιδιά με ΔΕΠΥ και συγκεκριμένα στην ικανότητα τους στο διάβασμα, η μουσική μπορεί πραγματικά να επιδράσει θετικά στις δεξιότητες των παιδιών με ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, αποδείχθηκε πως η ακρόαση μουσικής βοήθησε τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα στην καλύτερη κατανόηση του κειμένου που μελετούν.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τη συμβολή της μουσικής σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, αποδείχθηκε πως η μουσική επιδρά θετικά στο ψυχισμό αυτών των παιδιών. Συγκεκριμένα, η επιρροή που ασκεί η μουσική στο ψυχικό κόσμο αυτών των παιδιών είναι άκρως σημαντική και καταπολεμά τα συναισθήματα άγχους, δημιουργώντας παράλληλα αισθήματα ευχαρίστησης.

Σε αυτό το σημείο είναι άξιο αναφοράς το γεγονός πως η βιβλιογραφία που σχετίζεται με τη συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ψυχικά νοσήματα είναι ιδιαίτερα φτωχή. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχουν πολλά άρθρα, ή πολλές μελέτες σχετικά με αυτό το ζήτημα. Αυτό το γεγονός πιθανότατα οφείλεται στο ότι η μουσικοθεραπεία δεν είναι ακόμη πλήρως διαδεδομένη στο ψυχοθεραπευτικό κλάδο, και τη καθιστά μία αμφιλεγόμενη μέθοδο, ως προς την αποτελεσματικότητά της.

Επιπλέον, είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι δεν υπάρχουν πολλές έρευνες αναφορικά με τα αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας σχετικά με πολλά ψυχικά νοσήματα που εμφανίζονται στα παιδιά. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν αναφέρονται μουσικοθεραπευτικές έρευνες αναφορικά με τα υπόλοιπα παιδοψυχικά νοσήματα που αναλύθηκαν στη συγκεκριμένη εργασία.

Τέλος, η έλλειψη βιβλιογραφίας αναφορικά με τις επιδράσεις της μουσικής στη ψυχική υγεία των παιδιών, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για την υλοποίηση περισσότερων μελετών και ερευνών σχετικά με αυτό το θέμα. Η μουσική μπορεί πραγματικά να βοηθήσει τα παιδιά με ψυχικά νοσήματα, και είναι άκρως σημαντική η διάδοση της στους κλάδους της ψυχολογίας, της υγείας και της παιδαγωγικής, ώστε να

βοηθηθούν όλα τα παιδιά με ψυχικά νοσήματα που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν τη μουσική ως το μέσο της θεραπείας τους.



## Βιβλιογραφία

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Choppin, S., Trost, W., Dondaine, T., Millet, B., Drapier, D., Vérin, M., Robert, G., & Grandjean, D. (2016). *Alteration of complex negative emotions induced by music in euthymic patients with bipolar disorder*. Journal of Affective Disorders, 191

Madjar N, Gazoli R, Manor I, Shoval G.(2020) *Contrasting effects of music on reading comprehension in preadolescents with and without ADHD*. Psychiatry Res.. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113207. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32559672.

Linetzky M, Kahn M, Lazarov A, Pine DS, Bar-Haim Y. *Gaze-Contingent Music Reward Therapy for Clinically Anxious 7- to 10-Year-Olds: An Open Multiple Baseline Feasibility Study*. J Clin Child Adolesc Psychol. 2020 Sep-Oct;49(5):618-625. doi: 10.1080/15374416.2019.1573685. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30908085; PMCID: PMC7646125.

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναστασίου Θ. (2014). Η διπολική διαταραχή στα παιδιά και τους εφήβους. *Maniokatathlipsi.gr*

Ατολικο Ν., Ματσούκας Ι. (2015). *Μουσικοθεραπεία και Ειδική Αγωγή*. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.

Γιωργαλλή Ν. (2006). *Μουσικοθεραπεία σε παιδιά με αυτισμό*. (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Γκαμάγκαρη Ν. (2020). *Έννοιες και ζητήματα ψυχανάλυσης στη μουσικοθεραπεία. Θεωρία και κλινική πράξη*. (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Γκάτση Α. (2016). *Μανιοκατάθλιψη στη παιδική ηλικία και ο ρόλος του νοσηλευτή*. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.

Γρηγοριάδου Α. (1999). *Ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας και διερεύνηση της επίδρασης τους στη σχολική επίδοση, την κοινωνική*

*λειτουργικότητα και τη προβληματική συμπεριφορά.* (Διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Δημοπούλου Β. (2018). *Μουσικοθεραπεία και ψύχωση.* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Ελευθερίου Ξ. (2012). *Οι επιδράσεις της μουσικοθεραπείας στη σχιζοφρένεια.* (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός.

Θεοδωροπούλου Ο. (2010). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών και εφήβων.* (Πτυχιακή εργασία). Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα.

Καζαντζής Γ. (2004). *Επιδράσεις της μουσικοθεραπείας σε άτομα με ψυχικά νοσήματα. Περιπτωσιολογική μελέτη.* (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα.

Καραπιδάκη Α., Καρχιλάκη Α., Μεταξάκη Μ. (2020). *Παιδοψυχιατρικά νοσήματα και ο ρόλος του νοσηλευτή.* (Πτυχιακή εργασία). Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο.

Καρτέρης Β. (2017). *Αγχώδεις διαταραχές σε μαθητές Δημοτικού: Συγκριτική μελέτη μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Παιδαγωγική Επιθεώρηση.*

Κερεζίδου Σ. (2010). *Ο ρόλος της μουσικής στην αγωγή και θεραπεία παιδιών με ειδικές ανάγκες* (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Κουτσιαρίδα Μ. (2015). *Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία και νοσηλευτική παρέμβαση.* (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.

Κωνσταντινίδου Μ. (2018- 2019). *Η επίδραση της μουσικής σε παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος.* (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ρόδος.

Μανουσάκης Σ. (2017). *Μουσικοθεραπεία και ψυχική υγεία, ο ρόλος του κλινικού αυτοσχεδιασμού σε άτομα με ψυχικά νοσήματα.* (Πτυχιακή εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Μαυροδή Α. (2018). *Η συμβολή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Μπαρη Δ., Λιάνου Π. (2020). *Ψυχωτικού τύπου διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Σύγχρονα δεδομένα και νοσηλευτικός ρόλος*. (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

Ντέμπελη Χ. (2020). *Η επίδραση της Μουσικοθεραπείας σε παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος*. (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Φλώρινα

Παπαδάκη Α. (2013). *Μουσικοθεραπεία: Ο ρόλος και η σημασία της*. (Πτυχιακή εργασία). Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ρέθυμνο.

Παπακωνσταντίνου Τ. (2011). *Μουσικοθεραπεία, Αισθητική Προσέγγιση*. (Πτυχιακή εργασία). Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Παούνης Θ. (2016). *Μουσικοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις*. (Πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Ιωάννινα.

Πέτσα Μ., Πάσχου Χ., (2015). *Μουσικοθεραπεία – Δραματοθεραπεία*. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Ιωάννινα.

Ράπτης Θ. (2016). *Μουσικοθεραπεία και Αυτισμός*. (Πτυχιακή εργασία) Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Ιωάννινα.

Ρούκη Δ. (2016). *Σχιζοφρένεια σε Παιδιά και Εφήβους*. *Psychologynow.gr*

Σίσκος Α. (2013). *Οι θεραπευτικές δυνάμεις της μουσικής και η μουσικοθεραπεία στην Ελλάδα*. (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Τσίρης Γ. (2011). *Μουσικοθεραπεία και Ειδική Μουσική Παιδαγωγική. Ένωση Εκπαιδευτικών Μουσικής Αγωγής Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΕΕΜΑΠΕ). Μουσικοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη*.

Χατζηδήμου Ε. (2017). *Η χρήση παρεμβατικών προγραμμάτων μουσικής για την εκπαίδευση μαθητών με ήπιες εκπαιδευτικές ανάγκες: Μια συστηματική ανασκόπηση*. (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Χατζηευτυχίου Α. (2020). *Μουσικοθεραπεία: Βελτιώνει τη ψυχική υγεία*. *Paidiatros*. Ανακτήθηκε από Paidiatros.

Ψαλτοπούλου Ν. *Μουσικοθεραπεία*. Master of Arts, New York University

Ψαλτοπούλου Ν. (2015). Μουσικοθεραπεία: Ο τρίτος δρόμος. *Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα*. Ανακτήθηκε από: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Ψωμιάδου Ε. (2018). Είδη ψυχικών διαταραχών στα παιδιά. *Iatronet*.

## Παραρτήματα

### Παράρτημα Ι. ΤΟ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ ΜΠΕΝΕΖΟΝ

ΟΝΟΜΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΗΛΙΚΙΑ.....

ΦΥΛΟ .....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ.....

(όνομα θεραπευτή)

1. ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ.
2. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ.
3. ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ.
4. ΗΧΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.
5. ΗΧΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΡΕΣ ΖΩΗΣ.
6. ΤΡΑΓΟΥΔΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΝΑΝΟΥΡΙΣΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΙΖΕ Η ΜΗΤΕΡΑ.
7. ΗΧΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.
8. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΕ ΗΧΟΥΣ ΚΑΙ ΘΟΡΥΒΟΥΣ.
9. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΗΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΘΟΡΥΒΟΥΣ.
10. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟΙ ΗΧΟΙ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ (ΘΟΡΥΒΟΙ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ, ΦΩΝΕΣ, ΚΛΑΜΑΤΑ, Κ.Τ.Λ.)
11. ΗΧΟΙ ΤΗΣ ΝΥΧΤΑΣ ΚΑΙ ΗΧΟΙ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.
12. ΜΟΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΜΟΥΣΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.
13. ΠΡΩΤΕΣ ΕΠΑΦΕΣ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΜΟΥΣΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ.
14. ΜΟΥΣΙΚΟ ΚΑΙ ΗΧΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΟΥ ΖΕΙ ΣΗΜΕΡΑ.
15. ΣΥΝΕΙΡΜΟΙ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΗΧΟΥΣ.
16. ΜΟΥΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΧΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΕΙΣ.
17. ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΕΙΣ ΜΟΥΣΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Πηγή: Παπαδάκη Α. (2013). «Μουσικοθεραπεία: Ο ρόλος και η σημασία της».