

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
"ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ"

Θέμα:

«Η μουσική ως θεραπεία για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)»



ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑ
ΝΙΚΟΛΕΤΤΗ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΩ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΓΙΑΛΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ

Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας.

Πάτρα, 2009

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<i>Αναγνώριση</i>	7
<i>Σκοπός μελέτης</i>	8
<i>Περίληψη μελέτης</i>	9
<i>Εισαγωγή</i>	11

ΜΕΡΟΣ: Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.1 Τι καλείται μουσικοθεραπεία.....	13
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	21
1.3 Σε ποια άτομα απευθύνεται.....	25
1.4 Η επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο.....	27
1.5 Αρχές της μουσικοθεραπείας.....	30
1.6 Οι θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικοθεραπείας.....	33
1.7 Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας.....	37
1.7.1 Φάσεις της μουσικοθεραπείας.....	39
1.7.2 Επίπεδα μουσικοθεραπείας.....	39
1.7.3 Εφαρμογή σε ατομικό επίπεδο.....	40
1.7.4 Εφαρμογή σε ομαδικό επίπεδο.....	41
1.7.5 Λήξη της μουσικοθεραπείας.....	43
1.8 Η σχέση μουσικοθεραπευτή-ασθενή.....	44
1.9 Ο μουσικοθεραπευτής.....	47
1.10 Κοινωνικός Λειτουργός-Μουσικοθεραπευτής.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Εισαγωγή.....	54
2.2 Βιοσωματική ανάπτυξη.....	57

2.3 Νοητική ανάπτυξη.....	59
2.4 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη.....	62
2.5 Ηθική ανάπτυξη.....	64
2.6 Θεωρίες για την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.....	67
2.7 Συμπεράσματα.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

3.1 Τι είναι ΔΕΠΥ.....	74
3.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	76
3.2.1 ICD-10.....	76
3.2.2 DSM-IV.....	77
3.3 Τύποι της ΔΕΠΥ.....	78
3.4 Συμπτώματα ΔΕΠΥ.....	79
3.4.1 Πρωτογενή συμπτώματα.....	79
3.4.2 Δευτερογενή συμπτώματα.....	81
3.5 Επιδημιολογία.....	84
3.6 Αιτιολογία.....	85
3.7 Επιπτώσεις της ΔΕΠΥ.....	87
3.8 Διάγνωση.....	89
3.9 Το παιδί με ΔΕΠΥ στο σχολείο.....	91
3.10 Σκέψεις των παιδιών με ΔΕΠΥ.....	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΟΥΣΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΠΥ

4.1 Η επίδραση της μουσικής στη ΔΕΠΥ.....	99
4.2 Θεραπευτικοί στόχοι στη μουσικοθεραπεία με ΔΕΠΥ.....	102
4.3 Μεθόδοι μουσικοθεραπείας με ΔΕΠΥ.....	103
4.4 Τρόποι μουσικοθεραπείας.....	105

4.4.1 Παθητική μουσικοθεραπεία.....	106
4.4.2 Ενεργητική μουσικοθεραπεία.....	109

ΜΕΡΟΣ: Β

ΕΡΕΥΝΑ

1. Σημαντικότητα μελέτης.....	112
2. Μεθοδολογία έρευνας.....	112
2.Α Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	112
2.Β Δείγμα.....	113
2.Γ Εργαλείο έρευνας.....	113
2.Δ Άξονας (ερωτήσεων) συνέντευξης.....	114
2.Ε Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας.....	115
3. Ανάλυση έρευνας	
3.Α Αποτελέσματα έρευνας.....	116
3.Β Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	120

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'.....	129
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....	135
--------------------------	------------

**Η μουσική κατέχει μια
εκπληκτική δύναμη στο
να επηρεάζει
το συναίσθημα
και τη συμπεριφορά
του ανθρώπου
καθώς και στο
να διεγείρει μέρη του
μυαλού και του σώματος!**

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Έχοντας ολοκληρώσει την πτυχιακή μας εργασία, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που μας βοήθησαν στην ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη για την εκπόνηση της πτυχιακής μας, την κα Γιαλούρη Μαρία, για την βοηθητική της συνεργασία.

Επίσης, ευχαριστούμε τις Μουσικοθεραπεύτριες, τη Λογοθεραπεύτρια και τον Ειδικό Δάσκαλο του Πρότυπου Κέντρου Ειδικής Εκπαίδευσης και Θεραπείας "ΑΓΩ", για την πολύτιμη συμβολή τους στην έρευνά μας,

Τέλος, ευχαριστούμε πολύ την οικογένειά μας, για την ηθική συμπαράσταση, την ενθάρρυνση και τη στήριξη, όχι μόνο γι' αυτό το διάστημα, αλλά και για όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η παρουσίαση της μουσικοθεραπείας ως θεραπευτικόν μέσον για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος είχε ως βασικά κίνητρα την περιέργεια και την επιθυμία διείσδυσης στο αντικείμενο της μουσικοθεραπείας, η οποία αποτελεί μια ειδική διαγνωστική μέθοδο της ψυχοθεραπείας.

Θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε αναλυτικά όλες τις παραμέτρους της μουσικοθεραπευτικής αυτής μεθόδου, πάντα βέβαια σε σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Σαν στόχοι της παρούσας εργασίας, η οποία βασίστηκε σε βιβλιογραφική μελέτη και στο ερευνητικό κομμάτι, ήταν οι εξής:

- Τι εννοούμε όταν μιλάμε για την θεραπεία μέσω μουσικής και ανάλυση του αντικειμένου της μουσικοθεραπείας.

- Ανάλυση της διαδικασίας της μουσικοθεραπείας καθώς και της σχέσης του μουσικοθεραπευτή με τον ασθενή.

- Αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠΥ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα μελέτη που διενεργήσαμε, ασχοληθήκαμε με την μουσική και την επίδρασή της στα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας, θεωρήσαμε απαραίτητο να κάνουμε μια γενική αναφορά στη Μουσικοθεραπεία, καθώς γίνεται και μια ιστορική αναδρομή της μουσικοθεραπείας ώστε να αναδειχθεί η ιστορία της μουσικής και ο ρόλος της θεραπείας της ανά τον χρόνο και τον πολιτισμό αντίστοιχα. Επίσης αναφέρεται η σημαντική επίδρασή της στον ανθρώπινο οργανισμό όπως και οι θεραπευτικές ιδιότητές της. Παρουσιάζεται επίσης ο ρόλος του μουσικοθεραπευτή και η σχέση του με τον ασθενή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στη σχολική ηλικία καθώς και ανάλυση όλων των τομών ανάπτυξης του παιδιού. Κατά την βιοσωματική ανάπτυξη πραγματοποιούνται ποιοτικές μεταβολές ενώ ο ρυθμός του σώματος μειώνεται. Εμφανίζεται η λογική, κατά τον νοητικό τομέα και το παιδί αρχίζει να κατακτά γνωστικά σχήματα. Το επίκεντρο του ενδιαφέροντός του κατά την διάρκεια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης στρέφεται από τους γονείς στους συνομήλικους του.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Καθώς, τα αίτια και οι επιπτώσεις της. Επίσης γίνεται και μια σύντομη αναφορά στα συμπτώματα, πρωτογενή και δευτερογενή. Ωστόσο αναφερθήκαμε στα χαρακτηριστικά του παιδιού με Δ.Ε.Π.Υ στον σχολικό χώρο, καθώς και στη σχέση του με τον δάσκαλο.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για την επίδραση της μουσικής στα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Αναφερόμαστε παράλληλα και στον τίτλο της παρούσας εργασίας.

Στο Β' μέρος, το οποίο είναι το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας, παραθέτουμε την διεξαγωγή και τα αποτελέσματα της έρευνας, μέσα από συνεντεύξεις που πήραμε από δυο επαγγελματίες Μουσικοθεραπεύτριες, μια Λογοθεραπεύτρια και έναν Ειδικό Δάσκαλο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν κάποιου είδους σχέση με τη μουσική. Ξυπνώντας το πρωί, τη χρησιμοποιούν έτσι ώστε να κάνουν την μέρα τους λιγότερο ανιαρή, καθώς επίσης και καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας. Η μουσική έχει τη δυνατότητα να "αγγίζει" τα συναισθήματά μας, αφού υπάρχουν τραγούδια που μας προκαλούν χαρά, γέλιο, δάκρυα, λύπη. Όλοι ανεξαιρέτως, βίωσαν την επίδραση της μουσικής στο σώμα, στο μυαλό, στην κίνηση και στο πνεύμα.

Οι συναισθηματικές και σωματικές επιδράσεις της μουσικής λοιπόν, είναι αδιαμφισβήτητες. Όμως, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την κατανόησή τους.

Κατά την αρχαιότητα, επικρατούσε ευρύτατα η άποψη ότι η Μουσική, εκτός από τις ποικίλες αντιδράσεις της στις ψυχικές και νευρικές διαθέσεις των ατόμων, παρείχε και αυτούσιες θεραπευτικές ιδιότητες (όντας το κατάλληλο αντίδοτο σε ορισμένες ασθένειες).

Παίρνοντας ως βάση τα ιστορικά δεδομένα και τις εμπειρίες, δημιουργήθηκε σταδιακά και θεμελιώθηκε η επιστήμη της μουσικοθεραπείας. Η μουσικοθεραπεία είναι ένας σχετικά νέος κλάδος της μουσικής, που άπτεται της Ιατρικής, της Ψυχοακουστικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Παιδαγωγικής και των άλλων τεχνών. (χορός, δράμα, λόγος)

Εν κατακλείδι, το σίγουρο είναι πως η Μουσικοθεραπεία προσπαθεί να βοηθήσει τον σύγχρονο άνθρωπο με κάτι τόσο παλιό, όπως η μουσική. Όμως, στις μέρες μας προσφέρεται σε επιστημονική βάση και σύμφωνα με τις σύγχρονες ανάγκες του ανθρώπου.

Είναι αξιόλογος ο ρόλος που παίζει η μουσική στα παιδιά που πάσχουν από κάποιο σύνδρομο και ειδικότερα στα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

"ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ"

1.1 Τι καλείται μουσικοθεραπεία

Οι ανθρωπιστικές επιστήμες, στην προσπάθεια τους να βρουν έναν ευαίσθητο και αποτελεσματικό τρόπο να βοηθήσουν τον άνθρωπο, άρχισαν να ερευνούν την επίδραση της μουσικής στην ανθρώπινη ψυχολογία. Η έρευνα αυτή, στηριζόμενη στο ξεκίνημα της σε εμπειρικές παρατηρήσεις, τα τελευταία 30 χρόνια έχει συστηματοποιηθεί και υλοποιείται πλέον με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Η εφαρμογή των συμπερασμάτων που προήλθαν από την έρευνα για θεραπευτικούς και παιδαγωγικούς σκοπούς, ονομάζεται μουσικοθεραπεία. Σκοπός αυτής της νέας επιστήμης, που ασχολείται με την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το σώμα του ανθρώπου, αλλά κυρίως βασίζεται στην διαπροσωπική σχέση και δανείζεται τεχνικές και μεθόδους από την κλινική ψυχολογία, είναι η θεραπεία αυτή, μέσω της μουσικής. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, τόσο ο όρος θεραπεία, όσο και ο όρος μουσική, λαμβάνονται με την πλατιά τους έννοια.

Η θεραπεία σε αυτή την περίπτωση δεν θεωρείται μόνο η προσπάθεια για αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας ανθρώπων, αλλά πολύ περισσότερο, κάθε απόπειρα για ένταξη – μέσω της μουσικής ατόμων σε μια ομάδα. (άτομα που αποτελούν προβληματικές μειονότητες, λόγω διανοητικών και ψυχικών προβλημάτων) Με άλλα λόγια είναι κάθε προσπάθεια που έχει σαν στόχο την επαφή και επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων. (P. Βαγκερ. , www.e-psychology.gr)

Η βασική αρχή της μουσικοθεραπείας είναι ότι κάθε ασθένεια έχει ως πρωταρχικό αιτιακό παράγοντα την συναισθηματική ένταση και τον αρνητικό τρόπο σκέψης που δημιουργούν ενεργειακές ανισορροπίες και εμπλοκές.

Η μουσική μπορεί να αποτελέσει ένα πρωταρχικό όργανο προσέγγισης ψυχικών παθήσεων για το λόγο ότι παρουσιάζει ενδιαφέρον στους τομείς της ανάλυσης και της ανασυγκρότησης του ψυχισμού του ατόμου, που είναι δύο

ουσιαστικές κινήσεις πάνω στις οποίες βασίζεται κάθε ψυχοθεραπεία.
(www.iator.gr)

Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι άλλο η μουσική και η αξία της, άλλο η μουσική αγωγή, άλλο η απλή μουσική ακρόαση και τα πιθανά θετικά αποτελέσματα της και άλλο πράγμα η μουσικοθεραπεία. Η μουσικοθεραπεία, σύμφωνα με τους William B., Kate E. και Michael H., 1999, ορίζεται ως η χρήση της μουσικής για να επιτευχθούν θεραπευτικοί στόχοι, οι οποίοι απευθύνονται στις σωματικές, συναισθηματικές, διανοητικές και κοινωνικές ανάγκες των ατόμων. Χρησιμοποιείται σε όλων των ειδών τις ψυχικές και σωματικές παθήσεις και μπορεί να βοηθήσει τον άνθρωπο σε οποιαδήποτε ψυχοσωματική κατάσταση: στη σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, στο τρακ, στο άγχος, στην κατάθλιψη, σε συναισθηματικές διαταραχές, σε ψυχοσωματικές διαταραχές, σε εγκεφαλικά, σε καρδιοπάθειες, σε καρκίνο, σε ειδικές ανάγκες, σε ψυχιατρικές παθήσεις κλπ.

Όταν μιλάμε για μουσική, εννοούμε, όλα τα στοιχεία που μπορούμε να συλλάβουμε, κυρίως με την ακοή, αλλά και με άλλες αισθήσεις μας, όπως η αφή.

Η μουσική, σύμφωνα με τον Debussy, είναι η πιο ευγενική από τις τέχνες, γιατί δίνει στην ανθρώπινη ψυχή τη δυνατότητα να εκφραστεί τελείως ελεύθερα, χωρίς να περιορίζεται από σύμβολα όπως τα χρώματα ή τις λέξεις. Χάρη στο μεταβλητό χαρακτήρα που τη διακρίνει, η μουσική μεταπλάθεται συνέχεια.

Αρχικά, μια μουσική σύνθεση επηρεάζεται από την ιστορική στιγμή, από τις κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες, από την ατμόσφαιρα και τη νοοτροπία της εποχής. Έπειτα, στη μουσική ερμηνεία επιδρά η προσωπικότητα του μαέστρου και των μουσικών που την εκτελούν. Αλλά ο ακροατής είναι αυτός που θα της δώσει την τελειωτική της μορφή, ανάλογα με τον τρόπο που την συλλαμβάνει. Κάθε ακροατής, τη συλλαμβάνει διαφορετικά, ανάλογα με την προσωπικότητα του και διάφορους άλλους παράγοντες.

Η μουσική έκφραση επιτρέπει ακόμα τη συνήχηση – συνύπαρξη διαφορετικών ήχων, αντιφατικών συναισθημάτων και με αυτήν την έννοια ανταποκρίνεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού, αφού οι ανθρώπινες τάσεις και επιθυμίες χαρακτηρίζονται συχνά από την αντιφατικότητα. Γι' αυτό, μια μουσική σύνθεση μπορεί να εκφράσει πρακτικές καταστάσεις, όπου είναι ίσως αδύνατον να εκφραστούν με λόγια. (Πρίνου – Πολυχρονιάδου, 1995)

Ως επιστήμη η μουσικοθεραπεία, ενδιαφέρεται για τα μετρίσιμα αποτελέσματα της επίδρασης της μουσικής στην ανθρώπινη φυσιολογία. Για παράδειγμα ενδιαφέρεται για τη ρύθμιση του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού, της αρτηριακής πίεσης, την καλύτερη ανοχή στον πόνο και την μείωση του προ-εγχειρητικού άγχους.

Ως τέχνη, η μουσικοθεραπεία αγγίζει την καλλιτεχνική φύση του ατόμου και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την αυτοπραγμάτωση του, ενώ συγχρόνως αφυπνίζει την γενετήσια ικανότητα του ανθρώπου για δημιουργική έκφραση και συνύπαρξη με το περιβάλλον του. Η ικανότητα του ανθρώπου για δημιουργία και ανταπόκριση στη μουσική, είναι γενετήσια και δεν επηρεάζεται από καμία αναπηρία, ασθένεια ή οργανική βλάβη. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου, 1999)

Στη μουσικοθεραπεία χρησιμοποιούνται οι ήχοι και η μουσική για σκοπούς θεραπευτικούς και παιδαγωγικούς. Μέσα στα πλαίσια των ψυχομουσικών ερευνών, ο όρος μουσική καλύπτει ένα ευρύ πεδίο, στο οποίο περικλείονται, τόσο τα μεμονωμένα μουσικά στοιχεία όσο και οι πιο περίπλοκες μουσικές συνθέσεις που εκφράζουν όλους τους πολιτισμούς και τις εποχές, από την απόλυτη σιωπή, ως τους ήχους που παράγονται στο εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος και ως τους ήχους εκείνους που δεν γίνονται αντιληπτοί με την ακοή αλλά με άλλα συστήματα του οργανισμού. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στην ακρόαση μιας μουσικής - ηχητικής πρότασης. Η ατομική αυτή αντίδραση είναι συνισταμένη διαφόρων παραγόντων, από τους οποίους οι

πιο σημαντικοί είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η ιδιοσυγκρασία, η μόρφωση, το περιβάλλον, το ίδιο το μουσικό έργο, αλλά και η ψυχική διάθεση του ατόμου την ώρα της ακρόασης. Γι' αυτό και οι εφαρμογές των τεχνικών της μουσικοθεραπείας, γίνονται από εξειδικευμένους επιστήμονες, μετά από προσεκτική μελέτη της προσωπικότητας εν σχέσει με την πληθώρα των μουσικών δυνατοτήτων. Εφ' όσον λάβουμε σοβαρά υπόψιν μας τον παράγοντα αυτό, το πεδίο εφαρμογών της μουσικοθεραπείας είναι απεριόριστο. (Πρίνου – Πολυχρονιαδου, 2005)

Η μουσική αποτελείται από διάφορα στοιχεία όπως ο ρυθμός, η μελωδία, η αρμονία, ο παλμός, η ένταση. Στοιχεία τα οποία έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζονται άμεσα με την ίδια μας την ανθρώπινη οντότητα. Για παράδειγμα, η ένταση, ο παλμός και ο ρυθμός βρίσκονται στους κτύπους της καρδιάς μας, στην αναπνοή μας, στις κινήσεις μας. Όταν γελάμε, κλαίμε, φωνάζουμε ή όταν τραγουδάμε δημιουργούμε μελωδίες που έχουνε ένταση, ρυθμό και συγκεκριμένη διάρκεια.

Για τα ελληνικά δεδομένα, είναι μια σχετικά καινούργια θεραπεία, σε αντίθεση με την Αμερική, τη μεγάλη Βρετανία και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπου η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται εδώ και 60 χρόνια. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να προσφέρει έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας και έκφρασης.

Η μουσική σαν θεραπεία, ξεκίνησε βασιζόμενη στο αξίωμα ότι η ικανότητα του να ανταποκρινόμαστε στη μουσική, είναι μια έμφυτη ανθρώπινη ποιότητα, η οποία δεν αλλοιώνεται μέσα από την αρρώστια ή την αναπηρία. (Σάννου Λεβή, 2008)

Όλες λοιπόν αυτές οι οικείες συνδέσεις με τη μουσική παραμένουν αμετάβλητες σε κάθε άνθρωπο ανεξάρτητα από την οποιαδήποτε ασθένεια ή αναπηρία και δεν εξαρτώνται από το αν κάποιος έχει μουσική παιδεία ή γνώσεις.

Στο Διεθνές Συμπόσιο της 5^{ης} Μαρτίου 2001, που έγινε σε συνδιοργάνωση με την Ελληνική Ένωση για τη Μουσική Εκπαίδευση και την

UNESCO (όμιλο Πειραιώς) με τίτλο: "Η θεραπευτική ιδιότητα της Μουσικής – Η Μουσική στην Ειδική Εκπαίδευση - Μουσικοθεραπεία", η μουσικοθεραπεύτρια Anna Bemih ανέφερε μεταξύ άλλων: «Ο ίδιος ο Junk είπε έπειτα από μια στιγμή ταραχής που του δημιούργησε μια μουσική: "Αυτό ανοίγει ολόκληρους δρόμους για έρευνα που ποτέ δεν ονειρεύτηκα... Νιώθω ότι από εδώ και πέρα η μουσική θα πρέπει να είναι ουσιαστικό κομμάτι κάθε ανάλυσης. Φτάνει μέχρι την βαθιά αρχετυπική θλίψη, στην οποία εμείς μόνο σπάνια φθάνουμε στην αναλυτική μας δουλειά με ασθενείς"». (Ψαλτοπούλου, 2002)

Ακολουθούν ορισμοί της μουσικοθεραπείας, όπως κατατίθενται από Ενώσεις Μουσικοθεραπείας αρκετών χωρών.

Μουσικοθεραπεία, σύμφωνα με έναν γενικό ορισμό, είναι "η χρήση της μουσικής και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με αυτήν ώστε να τροποποιήσει τα ατελέσφορα μαθησιακά πρότυπα, να προωθήσει τη συναισθηματική, πνευματική, κοινωνική και φυσική ανάπτυξη και να αναπτύξει μη μουσικούς στόχους. Η μουσικοθεραπεία είναι ένα δημιουργικό, ευέλικτο και μερικές φορές αυθόρμητο μέσο που χρησιμοποιεί τη μουσική για να βοηθήσει ανθρώπους όλων των ηλικιών και ικανοτήτων. Η μουσικοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα φροντίδας της υγείας, που χρησιμοποιεί τη μουσική για να ενισχύσει την φυσική, ψυχολογική, γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα. Η μουσικοθεραπεία επηρεάζει θετικά τις ζωές εκατοντάδων παιδιών και ενηλίκων κάθε χρόνο. Από ένα παιδί αυτιστικό ως ένα ηλικιωμένο άτομο που συμμετέχει σε χορωδία, μουσικοθεραπεία μπορεί να κάνει τη διαφορά ανάμεσα στην απομόνωση και την αλληλεπίδραση". (www.musictherapy.org)

Η μουσικοθεραπεία, όπως γενικά ορίζεται από την Αμερικάνικη Ένωση Μουσικοθεραπείας (American Music Therapy Association) είναι:

"Η ορισμένη χρήση της μουσικής από ένα εξειδικευμένο άτομο για να προκαλέσει θετικές αλλαγές στην ψυχολογική, φυσική, γνωστική ή κοινωνική λειτουργία ατόμων με προβλήματα υγείας ή εκπαίδευσης".

Είναι η συστηματική εφαρμογή της μουσικής στην ίαση της φυσιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς μιας αρρώστιας ή ανικανότητας. Η Μουσικοθεραπεία να χρησιμοποιηθεί και σαν διαγνωστικό μέσο, για να αναγνωρίσει προβληματικές περιοχές, όπως αναπτυξιακές καθυστερήσεις, συναισθηματικά/ψυχολογικά θέματα, οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, έκφραση συναισθημάτων, χειρισμό πόνου και μειωμένης περιβαλλοντικής αντίληψης για άτομα που μιλάνε ή όχι. Μπορεί επίσης, να ενισχύσει άλλες θεραπευτικές τέχνες, όπως είναι η εργοθεραπεία και η φυσιοθεραπεία. (www.musictherapy.cc)

Η Βρετανική Ένωση Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών (Association for Professional Music Therapists in Great Britain), ορίζει τη μουσικοθεραπεία ως:

"Μια μορφή θεραπείας με την οποία δημιουργείται μια αμοιβαία σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στον θεραπευτή, που καθιστά δυνατή την πραγματοποίηση αλλαγών στην κατάσταση του ασθενή. Ο θεραπευτής δουλεύει με μια ποικιλία ασθενών, ενήλικες και παιδιά, οι οποίοι μπορεί να έχουν συναισθηματικές, φυσικές, πνευματικές ή ψυχολογικές αναπηρίες. Χρησιμοποιώντας τη μουσική δημιουργικά σε κλινικά πλαίσια, ο θεραπευτής αναζητά να εγκαθιδρύσει μια αλληλεπίδραση, μια μουσική εμπειρία και δραστηριότητα που οδηγεί σε ενασχόληση με τους θεραπευτικούς στόχους που καθορίζονται από την παθολογία του ασθενή".

Η Λέσχη Μουσικοθεραπείας της Ν. Ζηλανδίας, αναφέρει ότι:

"Η μουσική είναι ένα δυνατό και χρήσιμο εργαλείο, ώστε να εγκαθιδρυθεί επικοινωνία με τα παιδιά και τους ενήλικες, υποστηρίζοντας τη μάθηση σε διανοητικές, φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές περιοχές αναγκών. Αυτό περιλαμβάνει τη χρήση της μουσικής για προληπτικούς σκοπούς, αλλά και σκοπούς αποκατάστασης. Έτσι λοιπόν, η μουσική που χρησιμοποιείται σε μια ποικιλία από πλαίσια, είτε σε άτομα, είτε σε ομάδες, αποτελεί μουσικοθεραπεία".

Σύμφωνα με την Καναδική Ένωση Μουσικοθεραπείας (Canadian Association for Music Therapy):

"Μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής που βοηθά την φυσική, ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση του ατόμου και την θεραπεία αρρώστιας ή αναπηρίας/ανικανότητας. Απευθύνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε μια ποικιλία από θεραπευτικές μονάδες. Η μουσική έχει μια μη-λεκτική ποιότητα, αλλά προσφέρει μια μεγάλη ευκαιρία για λεκτική και φωνητική έκφραση. Ως μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, ο επαγγελματίας μουσικοθεραπευτής συμμετέχει στην εκτίμηση των αναγκών του πελάτη, στη διαμόρφωση μιας προσέγγισης κι ενός προγράμματος για το άτομο-πελάτη και τότε εφαρμόζει συγκεκριμένες μουσικές δραστηριότητες προκειμένου να προσεγγίσει τους στόχους. Τακτικές εκτιμήσεις αξιολογούν και διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Η φύση της μουσικοθεραπείας δίνει έμφαση στη δημιουργική πλευρά της δουλειάς με ανάπηρα άτομα. Η μουσικοθεραπεία παρέχει μια βιώσιμη και ανθρωπιστική προσέγγιση που αναγνωρίζει και αναπτύσσει τις συνήθως «αχρησιμοποίητες» εσωτερικές πηγές του πελάτη. Οι μουσικοθεραπευτές επιθυμούν να βοηθήσουν το άτομο να αποκτήσει μια βελτιωμένη αντίληψη του εαυτού του και σε ευρύτερη έννοια, να βοηθήσουν κάθε άτομο να αναπτυχθεί μέσα από τις καλύτερες δυνατότητες του".

Κατά τη Σουηδική Ένωση Μουσικοθεραπείας (French Association for Music Therapy):

"Η χρήση των ήχων κι της μουσικής σε μια ψυχοθεραπευτική σχέση". (

Τέλος, η Διεθνής Ένωση Μουσικοθεραπείας (National Association Music Therapy) δίνει τον ορισμό:

"Η χρήση της μουσικής για την επίτευξη θεραπευτικών σκοπών: την αποκατάσταση, διατήρηση και βελτίωση της πνευματικής και φυσικής υγείας. Είναι η συστηματική χρήση της μουσικής, όπως κατευθύνεται από τον θεραπευτή σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον, ώστε να προκαλέσει επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά. Τέτοιες αλλαγές, καθιστούν ικανό το άτομο που υπόκειται σε

θεραπεία να βιώσει μια μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού του και του κόσμου γύρω του και έτσι να επιτύχει μια καταλληλότερη προσαρμογή στην κοινωνία. Ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας, ο επαγγελματίας μουσικοθεραπευτής, συμμετέχει στην ανάλυση των προβλημάτων του ατόμου και στον σχεδιασμό των γενικότερων θεραπευτικών στόχων πριν τον σχεδιασμό και την διεξαγωγή συγκεκριμένων μουσικών δραστηριοτήτων. Περιοδικές εκτιμήσεις λαμβάνουν χώρα για να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται".
(www.warchild.org)

Η μουσικοθεραπεία τα τελευταία χρόνια έχει εξαπλωθεί, έτσι ώστε πλέον η χρήση της περιλαμβάνει και την μείωση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο, βελτιώνοντας τις ηθικές και φυσικές ικανότητες σε γηραιούς ασθενείς, επιταχύνοντας την μετεγχειρητική ανάρρωση και συνοδεύοντας τις τεχνικές αναπνοής που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια του τοκετού. (Harcourt, 1988)

Η μουσική λοιπόν, επιτρέπει να ξεπερνάμε τις καθημερινές φάσεις της συνείδησης και να ταξιδεύουμε σε μέρη, απ' όπου είτε έχουμε αναμνήσεις, είτε τα πλάθουμε με τη φαντασία μας. Αυτή η διαδικασία του να ξεπερνάμε τα εγκόσμια προκαλεί φυσικο-ψυχολογικές αντιδράσεις όταν οι άνθρωποι μετατοπίζονται σε διαφορετικές φάσεις συνείδησης. Όταν κάποιο άτομο χρησιμοποιεί τη μουσική για χαλάρωση, η αφηρημένη σκέψη του δεν είναι τόσο έντονη, αφού παραμένει σε ένα φυσιολογικό επίπεδο. Όπως συνεχίζει με τη διαδικασία χαλάρωσης το άτομο, κινείται μέσα στα 5 στάδια της συνείδησης: υο κατώφλι της διευρυμένης αίσθησης, την ονειροπόληση, την αγαλλίαση, τον διαλογισμό και την έκσταση. (www.musictherapy.org)

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της μουσικοθεραπείας ανά τους αιώνες παρουσιάζει μεγάλα κενά. Στην αρχαιότητα, μυστικιστικά-μεταφυσικά στοιχεία αναμειγνύονταν με τις ιδέες των φιλοσοφικών σχολών της κάθε εποχής. Έτσι, δημιουργήθηκαν μουσικοθεραπευτικές αρχές που δεν έχασαν τη σημασία τους στους αιώνες που πέρασαν.

Τα σημαντικότερα μοντέλα μουσικοθεραπείας στην αρχαιότητα είναι αυτά του Πυθαγόρα και του Αριστοτέλη. Ο Πυθαγόρας θεωρείται ότι ανακάλυψε την αριθμητική σχέση των δονήσεων δύο ήχων ενός διαστήματος. Ο Αριστοτέλης και οι οπαδοί του υπογραμμίζουν τη συναισθηματική ποιότητα της μουσικής και της επίδρασης της στα αισθήματα των ανθρώπων που έχουν μεταξύ τους «συγγένεια». Δεν είναι η μουσική στο σύνολό της που, εκφράζοντας αρμονικές σχέσεις μεταξύ των αριθμών, επιδρά αρμονικά στον άνθρωπο, αλλά είναι επιμέρους μουσικοί παράγοντες (π.χ. ρυθμοί, κλίμακες, μουσικά όργανα) που επιδρούν εξειδικευμένα ανάλογα με τα αισθητικά χαρακτηριστικά τους. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Κατά τον πρώτο και δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, η αξία της μουσικής σαν θεραπευτικό μέσο, φάνηκε ακόμη περισσότερο όταν πολλοί μουσικοί επαγγελματίες ή ερασιτέχνες, πήγαιναν στα νοσοκομεία και με τη μουσική τους απάλυναν τον σωματικό πόνο των τραυματισμένων και των βετεράνων.

(www.medlook.net.cy)

Ένας από τους παλαιότερους ορισμούς της μουσικοθεραπείας παρουσιάστηκε στην Β. Αμερική. Στις Η.Π.Α, η μουσικοθεραπεία διδάσκεται στα Πανεπιστήμια από τη δεκαετία του 1950 και θεωρείται: «η επιστημονική εφαρμογή της μουσικής με θεραπευτικό σκοπό». Κάποιοι θεωρητικοί ορίζουν την μουσικοθεραπεία ως «ειδική διαγνωστική μέθοδο της ψυχοθεραπείας, επικεντρωμένη σε ψυχοπαθολογικές ανάγκες, η οποία χρησιμοποιεί ως ειδικό μέσο επικοινωνίας τη μουσική σε σχέση με τον αποδέκτη αλλά και ενεργητικά

για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων σε νευρώσεις, ψυχοσωματικές βλάβες, ψυχώσεις και νευροψυχιατρικές παθήσεις». (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου, 1999)

Τον 20^ο αιώνα κάνει την εμφάνιση της η σύγχρονη μουσικοθεραπεία. Το 1926, η Alice Bailey, πρόεδρος της Θεοσοφικής Εταιρίας του Λονδίνου, έγραψε ότι «η μουσική πρόκειται να αναδειχθεί σ' ένα από τα κύρια μέσα θεραπείας ως το τέλος του 21^{ου} αιώνα». Από το 1959 που εμφανίστηκε η πρώτη οργάνωση Μουσικοθεραπείας στην Αμερική ως τις μέρες μας, τα πράγματα εξελίχθηκαν ραγδαία. Υπάρχουν σήμερα πολυάριθμες εθνικές, Ευρωπαϊκές, Αμερικάνικες και διεθνείς οργανώσεις μουσικοθεραπείας, αλλά και ένα ανερχόμενο ρεύμα μεμονωμένων ατόμων και ομάδων μουσικοθεραπείας που υιοθετώντας ως βάση τους τις πυθαγόρειες και προ-πυθαγόρειες ιδέες, μελετούν τους αρχαίους δυτικούς, τους ουμανιστικούς και τους ανατολικούς πολιτισμούς. (Σακαλάκ Η., 2004).

Στην Ινδία, ο Βράχμα ή η δημιουργική του δύναμη Σαρασβάτι, ήταν αυτός που έδωσε τις αρχές της αξιοθαύμαστης αυτής επιστήμης, ο δε Ισβάρα, ένα από τα πρόσωπα της Ινδικής Τριάδας, ήταν εκείνος που θεμελίωσε το μουσικό σύστημα.

Στην Κίνα, ο Φου Χσι και ο Νου-Βα, έφεραν τα στοιχεία της μουσικής που αργότερα ανέπτυξε ο Χουάνγκ Τι. Οι Χαλδαίοι απέδιδαν την ίδια ώρα στον υπέρτατο θεό τους Βήλο και στον πρώτο τους νομοθέτη Οάννη, οι Αιγύπτιοι στην Ίσιδα και στον Όσιρη, οι Θράκες στον Όλην, οι Έλληνες στον Απόλλωνα ή στον Ερμή, οι Κέλτες στον Μιτελένο, και τέλος, οι Σκανδιναβοί απέδιδαν στους θεούς τους ή στους πρώτους νομοθέτες τους. (Schoen M., 2001)

Η θεραπευτική δράση της μουσικοθεραπείας, έχει τις ιστορικές της ρίζες στην Αρχαία Ελληνική παράδοση αλλά και στις παραδόσεις άλλων λαών της ανατολής. (Δρίτσας Α., 2003)

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν ότι η μουσική είναι δώρο των θεών στον άνθρωπο και ότι αντιπροσώπευε κινήσεις της ψυχής. Ο Απόλλων, ο θεός του Ήλιου, της Ιατρικής και ης Μουσικής, πρέσβευε ότι σκοπός της ζωής κάθε

ανθρώπου πρέπει να είναι η επίτευξη της απόλυτης αρμονίας ψυχής και σώματος. (www.peemde.gr)

Ερευνώντας τις αρχαιοελληνικές αντιλήψεις για τη μουσική, όπως αποκρυσταλλώθηκαν στη φιλοσοφική σκέψη του 5^{ου} αιώνα, π.χ. διαπιστώνει κανείς ότι τις περισσότερες φορές οι ρίζες της θεμελιώδους αυτής μορφής ανθρώπινης έκφρασης και επικοινωνίας, ανάγονται στους δύο σημαντικότερους-από άποψη μουσικής τελετουργίας-θεούς του αρχαιοελληνικού πάνθεου, τον Απόλλωνα και τον Διονύσιο. Στις μυθολογικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις αλλά και στις τελετουργίες που συνδέονται με τους δύο αυτούς θεούς, συναντάμε τον τρόπο με τον οποίο οι αρχαίοι Έλληνες κατανοούσαν «την δύναμιν», όπως ονόμαζαν, της μουσικής. (Παπαδοπούλου Ζ.,2003)

Στα Ασκληπιά, στους ναούς που ήταν αφιερωμένοι στον Ασκληπιό-γιο του Απόλλωνα-η μουσική χρησιμοποιόταν για θεραπευτικούς σκοπούς. (Shaboutin S., 2005)

Σε κείμενα της Βίβλου ανακαλύφθηκε η χρησιμοποίηση της μουσικής στη ζωή των μοναστηριών, γεγονός που αποδίδει μια θεϊκή διάσταση στη δύναμή της. Ακόμη, η δύναμη της επίδρασης της, φαίνεται όχι μόνο από τη σχέση της με τη θρησκεία αλλά και από τη σύνδεσή της με τη μαγεία. Στις θρησκευτικές τελετουργίες, οι επιδράσεις της μουσικής, του χορού και των ύμνων περνούσαν στο ανεξέλεγκτο, με συνέπεια την ανάπτυξη ενός τύπου θρησκευτικής συμπεριφοράς που δε διέπεται από το λογικό. (Λαμπροπούλου Στ.,1988)

Σε κείμενα και σκίτσα αραβικά και εβραϊκά, αναφέρονται ή φαίνονται μουσικοί στα προσκέφαλα ασθενών που τους ανακουφίζουν ή τους θεραπεύουν με τους ήχους των μουσικών οργάνων τους.

Αυτοί που ασχολήθηκαν με τη μουσικοθεραπεία, κατέταξαν τα διάφορα μουσικά όργανα ανάλογα με την θεραπευτική τους ικανότητα επί των ασθενειών. (Κοψαχείλης Σ.,1996)

Βλέπουμε λοιπόν ότι η μουσική στην αρχαιότητα θεωρείτο σαν κάτι το πνευματικό ή το ουράνιο. Η σύνδεσή της με τον κόσμο και τη φύση ήταν αδιαχώριστη. Στη δημιουργία ή στην αρχή του κόσμου, ο ήχος αποτελούσε ένα από τα πρωταρχικά στοιχεία. Σε πολλούς μύθους περιγράφεται ο αρχικός ήχος που έθεσε σε κίνηση τη δημιουργία. (Schoen M, 2001)

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, το 1950, ιδρύεται στην Αμερική η εταιρία «National Association for Music Therapy», ενώ το 1958 η «British Society for Music Therapy». Επίσης, το 1969, ιδρύεται το «Μουσικοθεραπευτικό Ινστιτούτο της Γαλλίας» και το 1979 ιδρύεται ο «Γερμανικός Σύλλογος Μουσικοθεραπείας». Τον Μάιο του 1994 λαμβάνει χώρα το Α' Πανελλήνιο Συνέδριο Μουσικοθεραπείας στο δήμο Αθηναίων με πρωτοβουλία της Λ. Πρίνου. (Παπαμιχαήλ, 1996)

Η μουσικοθεραπεία διδάσκεται ως ξεχωριστός κλάδος σπουδών σε πολλά πανεπιστήμια των Η.Π.Α, της Αγγλίας, της Γερμανίας, της Ελβετίας και της Ρωσίας. Στη Γερμανία, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται πειραματικά προγράμματα μουσικοθεραπείας σε φυλακισμένους και αλκοολικούς, ενώ στη Ρωσία, στο ίδρυμα ψυχιατρικής υπό τη διεύθυνση του Zarikon, παίζει σημαντικό ρόλο στις λειτουργικές ασθένειες και την αντιμετώπιση των ψυχωτικών παιδιών. (Κοψαχείλης Σ.,1996)

Σήμερα, η Μουσικοθεραπεία θεωρείται μια επιστημονική παραϊατρική ειδικότητα. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου Λ.,1991)

Οι μύθοι λοιπόν και οι δοξασίες γύρω από τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής, εμφανίζονται πριν από χιλιάδες χρόνια και παρουσιάζουν κοινά στοιχεία σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου. 1999)

1.3 Σε ποια άτομα απευθύνεται η μουσικοθεραπεία

Όπως η μουσική με την πολυδιάστατη φύση της μπορεί να αγγίξει κάθε άνθρωπο, έτσι και η μουσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον άνθρωπο σε οποιαδήποτε ηλικία και σε οποιαδήποτε ψυχοσωματική κατάσταση.

Η μουσικοθεραπεία δεν είναι λοιπόν η ακρόαση ενός cd που μας βοηθάει να χαλαρώσουμε. Είναι πολύ περισσότερα. Είτε ενεργητικά, είτε δεκτικά, βοηθάει να εκφράσουμε και να επεξεργαστούμε συναισθήματα, να διευρύνουμε τις εμπειρίες και την αυτογνωσία μας, να βελτιώσουμε την κοινωνικότητα μας και να αξιοποιήσουμε τη δημιουργικότητα μας. Έχει τη δυνατότητα να εφαρμοστεί σε πολλαπλά πλαίσια, τόσο σε κλινικό, όσο και σε μη κλινικό. Απευθύνεται σε ανθρώπους κάθε ηλικίας-από βρέφη έως ηλικιωμένους. Σε κάποιες περιπτώσεις, εφαρμόζεται σε άτομα με περιορισμένες δυνατότητες επικοινωνίας, όπως άνθρωποι με νοητική στέρηση, αυτισμό, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις, βοηθώντας τα να εκφραστούν μέσω της μουσικής. Σε άλλες περιπτώσεις, λειτουργεί με τη μορφή ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο σε ανθρώπους που έχουν κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα, όσο και σε άτομα που πάσχουν από οργανικές νόσους, όπως καρκινοπαθείς, καρδιοπαθείς ή ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Εδώ, αξιοποιούνται και οι επιστημονικά τεκμηριωμένες θετικές επιδράσεις της μουσικής στο σώμα-καρδιακοί παλμοί, επίπεδα ορμονών, εγκεφαλική δραστηριότητα κλπ.-ενισχύοντας έτσι το ανοσοβιολογικό σύστημα και βοηθώντας στην καλύτερη ανταπόκριση στην ιατρική αγωγή. (Goldberg, Mc Niel, Binder, 1988)

Λόγω του ότι η μουσικοθεραπεία βασίζεται στη μη λεκτική επικοινωνία και στην δημιουργικότητα του ανθρώπου, απευθύνεται και σε ανθρώπους που ενδιαφέρονται για προσωπική εξέλιξη και αυτογνωσία. (Schoen, 2001)

Οι ομάδες ασθενών που μπορούν να επωφεληθούν από τη μουσικοθεραπεία, περιλαμβάνουν:

§ Παιδιά, εφήβους, ενήλικες με προβλήματα ψυχικής υγείας.

§ Παιδιά με χρόνια νοσήματα, με μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακά προβλήματα.

§ Ασθενείς με νόσο Αλσχάιμερ.

§ Ηλικιωμένους που έχουν διαφορετικές μορφές μειονεξίας ή γεροντική άνοια.

§ Ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια ή τραυματισμούς του εγκεφάλου.

§ Άτομα με ειδικές ανάγκες ή άλλες μορφές σωματικής ή ψυχικής μειονεξίας.

§ Άτομα με προβλήματα εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες.

§ Ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ή οξύ πόνο.

§ Γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού.

§ Άτομα με συναισθηματικές/αγχώδεις διαταραχές.

§ Άτομα με κατάθλιψη.

§ Άτομα με νευρολογικές παθήσεις (www.musictherapy.gr)

Η Μουσικοθεραπεία λοιπόν, μπορεί να προσφερθεί πραγματικά παντού και μπορεί να φανεί χρήσιμη ακόμα και σε μη πάσχοντες, δηλαδή σε υγιείς, με στόχο την ταχύτερη και ευκολότερη χαλάρωση από τα άγχη της ημέρας ή ακόμα και ως υποβοήθηση για σωματική άσκηση. Οι επιδράσεις της, είναι αποτελεσματικές σε διάφορα επίπεδα ανάλογα με την κατάσταση του πάσχοντος. Η εφαρμογή της σε συστηματική βάση, είτε μέσα στα νοσοκομεία, είτε κάτω από άλλες συνθήκες στις οποίες μπορεί να βρίσκεται ένας ασθενής, βελτιώνει τη σωματική και ψυχική του υγεία. (Robb LS, 2000)

1.4 Η επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο

Η ευχαρίστηση της μουσικής είναι ουσιαστικά μια κοινωνική εμπειρία. Η μουσική παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο στις καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου, όσο και στις επίσημες τελετές του. Στο γάμο, στην κηδεία, στο πάρτι, στο χορό, την εκκλησία, τις πολιτικές συγκεντρώσεις.

Το βασικό θεωρητικό πλαίσιο που εξηγεί την «κοινωνική υπακοή», δίνει έμφαση σε δύο είδη διαδικασίας της εξάρτησης: α) Συμμόρφωση και β) Επίδραση της πληροφορίας. (Σακαλάκ Η.,2004)

Μέσα από τις διαφορετικές τεχνικές που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας, η μουσική κατορθώνει να δράσει θεραπευτικά και να επιφέρει αλλαγές σε πολλούς τομείς λειτουργίας του ανθρώπου.

Η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται:

1. Σαν όργανο ανάλυσης και ανασυγκρότησης του ψυχισμού.
2. Σαν όργανο πειθαρχίας της σκέψης και της έκφρασης των συγκινήσεων.
3. Σαν μέσο που υποβοηθά την έκφραση σε άτομα πολύ μπλοκαρισμένα, παίζοντας ρόλο μεσολαβητή για μια νέα επαφή με την πραγματικότητα και για την αποκατάσταση διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνίας.
4. Σε ένα πιο βαθύ επίπεδο, η μουσική διευκολύνει την αποκατάσταση των βασικών ρυθμών του οργανισμού και τον συγχρονισμό του (μέθοδοι χαλάρωσης).
5. Σαν ερέθισμα που "ξυπνά" το δημιουργικό δυναμικό των ενηλίκων και παιδιών, σε ατομικό αλλά και σε ομαδικό επίπεδο. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου Λ.,1999)

Εξαιτίας του δυναμικού χαρακτήρα της μουσικής, η πρωταρχική έλξη που ασκεί επάνω μας είναι σημαντική, συναισθηματική και σωματική μαζί, γιατί ταξιδεύει μέσα από τον αέρα με μοριακά αστικά κύματα που γίνονται αισθητά σε σωματικό επίπεδο, συναισθηματικά, γιατί δημιουργεί ένα περιβάλλον που

υποβάλλει διαθέσεις στις οποίες απομακρυνόμαστε σε υποσυνείδητο-μη λεκτικό επίπεδο. Η συναισθηματική και σωματική μας απόκριση στην μουσική, διαμορφώνει τη διανοητική και πνευματική μας στάση, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί τη βάση της αισθηματικής ανάπτυξης. Στην ιδανική της μορφή, η μουσική δημιουργία αποτελεί έκφραση βιολογικών, συναισθηματικών, γνωστικών και πνευματικών λειτουργιών, ενταγμένων σε ένα πολιτιστικό πλαίσιο. (McClellan, 1997)

Με άλλα λόγια η μουσική είναι αντανάκλαση των βιολογικών λειτουργιών της αναπνοής και του σφυγμού, εκφράζει μια συναισθηματική στάση, διαθέτει λογική οργάνωση του μοναδικού της ολικού και αποτελεί έκφραση διαπροσωπικής επικοινωνίας στο πλαίσιο πολιτιστικά προσδιορισμένων παραμέτρων. Γι' αυτό το λόγο, η πλήρης απόκριση στη μουσική θα πρέπει να είναι σωματική, να αποτελεί έκφραση συναισθηματικής συμμετοχής, να απορροφά και να κεντρίζει το νου, να πλουτίζει και εξυψώνει το πνεύμα. Η μουσική αντανάκλα την ανθρώπινη δραστηριότητα και πορεία, γιατί μέσω αυτής, το πνεύμα, ο νους και το σώμα επιτυγχάνουν μια ολοκληρωμένη εμπειρία. (Ward D.,2000)

Η μουσική επιδρά στον άνθρωπο, επιφέροντας:

∅ Συγκινησιακές μεταβολές, όπως αλλαγή της διάθεσης, των συναισθημάτων κλπ.

∅ Συνειρμικές επιδράσεις, δημιουργώντας στον άνθρωπο μια εσωτερική σύνθεση ενός ήχου με διάφορες σκέψεις και συνειρμούς.

∅ Αυξημένη ικανότητα για μάθηση, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η μουσική λειτουργεί βοηθητικά στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων. Όλες αυτές οι επιδράσεις αναφέρονται τόσο σε βιολογικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο και ο βαθμός επίδρασης τους εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως είναι:

§ Το είδος της μουσικής (κλασσική, σύγχρονη κλπ)

§ Το είδος των μουσικών οργάνων

§ Τη σχολή του συνθέτη (π.χ. ο λυρισμός του Schubert)

- § Την κλίμακα (μείζονα-ελάσσονα)
- § Τις πληροφορίες που περιέχει ένα μουσικό κομμάτι
- § Τον δέκτη (ατομικές διαφορές)
- § Την ικανότητα αντίδρασης, την υποβολή
- § Την επανάληψη του κομματιού (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Η επίδραση και ο ρόλος της μουσικής στη ζωή του ανθρώπου δεν σταματούν εδώ. Πολλοί φυσιολόγοι μελέτησαν την επίδραση της μουσικής στο νευροφυτικό σύστημα, στο σφυγμό και στην κυκλοφορία του αίματος. Το 1880, κάποιος ερευνητής στη Ρωσία, ο Ντόγκελ, μελέτησε την επίδραση της μουσικής στην κυκλοφορία του αίματος και χρησιμοποιώντας μεμονωμένους ήχους από διάφορα μουσικά όργανα και παρατήρησε πως, ο οργανισμός του ανθρώπου αντιδρούσε στα ερεθίσματα με αύξηση της δραστηριότητας της καρδιάς και της πίεσης του αίματος και επιτάχυνση της αναπνοής.

Η μουσική δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μόνο στη φυσιολογία του ανθρώπου, αλλά και στο συναισθηματικό του κόσμο, εφόσον επιτρέπει – εν συγκρίσει με τη λεκτική έκφραση – την ταυτόχρονη έκφραση αλληλοσυγκρουόμενων συγκινήσεων και συναισθημάτων. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2005)

Επίσης, διαθέτει τη δύναμη να προκαλεί διανοητικές, συναισθηματικές, σωματικές και πνευματικές αντιδράσεις. Όλοι οι άνθρωποι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στα διάφορα είδη μουσικής, ούτε καν το ίδιο το άτομο. Η προτίμησή μας ή όχι για ένα συγκεκριμένο είδος μουσικής, έναν συνθέτη ή έναν εκτελεστή, επηρεάζει την αντίδρασή μας. Τα άτομα που είναι περισσότερο ευαίσθητοποιημένα με τη μουσική, επηρεάζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άλλοι. (Rubin Aron J.,1999)

1.5 Αρχές της μουσικοθεραπείας

Η μουσική που χρησιμοποιείται στη μουσικοθεραπεία, επιλέγεται μέσα από αρκετά ευρείς τομείς που περιλαμβάνουν όλες τις εποχές: τη μουσική εκτός Ευρώπης, το φολκλόρ, την ποπ και τη μουσική ψυχαγωγίας καθώς και η μουσική που οι ασθενείς συνθέτουν οι ίδιοι (κολάζ). (Κανακάκης Γ.,1990)

Η μουσικοθεραπεία προσφέρει στον καθένα την κατάσταση της εμπειρίας των γεγονότων μέσα από συγκεκριμένους τρόπους. Οι αρχές προσπαθούν να συγκεκριμενοποιήσουν τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να δέχεται το άτομο, μια εμπειρία. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας, ο μουσικοθεραπευτής είναι το πρόσωπο που θα αναλάβει την ευθύνη, για να χειριστεί κατάλληλα τη μουσική – τον συνδετικό κρίκο – μεταξύ αυτού και του ασθενή ή της ομάδας και να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Κανένας μουσικοθεραπευτής δεν μπορεί βέβαια να αλλάξει τις εμπειρίες του παρελθόντος του ασθενή, αλλά μπορεί να οργανώσει μια παροντική κατάσταση, ώστε ο ασθενής να μπορεί να αντιληφθεί αυτές, με διαφορετικό τρόπο και να τις χρησιμοποιεί για ένα καλύτερο μέλλον. (Anderson,1997)

Η σύγχρονη μουσικοθεραπεία βασίζεται σε τρεις θεμελιώδεις αρχές, που ταυτόχρονα αποτελούν και ιδιαίτερα γνωρίσματα της μουσικής:

Α) Η εμπειρία μέσα από τη δομή, στηρίζεται στις παρακάτω αρχές: 1. Η μουσική απαιτεί, η ανθρώπινη συμπεριφορά να έχει συγκεκριμένο ρυθμό, κάποια δομή στο χρόνο. 2. Επιτρέπει την άμεση συνεχόμενη αντικειμενική συμπεριφορά με ικανότητες που εκφράζονται μέσω αυτής. 3. Η μουσική προκαλεί συμπεριφορά η οποία επηρεάζει. 4. Προκαλεί συμπεριφορά η οποία είναι προσεγγίσιμη στους άλλους, δηλαδή η μουσική απαιτεί αυξημένη ευαισθησία για να την αντιληφθείς και μπορεί να δημιουργήσει ιδέες και σχέσεις έξω από την ίδια τη μουσική. (Παπαδόπουλος, 1990)

Η εμπειρία μέσα από τη δομή αναφέρεται σε τέτοιες συμπεριφορές ενός ατόμου, οι οποίες προέρχονται μέσα από μια μουσική εμπειρία (ενασχόληση). Βάση της είναι ότι θέτει τον ασθενή σε περιβάλλον, ώστε η μελλοντική του συμπεριφορά να αρχίσει να καθορίζεται πρωταρχικά από τους μουσικούς παράγοντες της εμπειρίας και όχι από την προσωπική του εμπειρία με τον περιβάλλον. Για να καλλιεργηθούν τα θετικά συναισθήματα στον ασθενή, η μουσική εμπειρία δεν πρέπει να είναι συνεχής, αλλά μεθοδική, για να αντέξουν στο χρόνο οι επιρροές της. Το κίνητρο για την εμπειρία είναι συνήθως η εσωτερική ποιότητα της μουσικής, η οποία κουβαλάει μαζί της μια πειθώ για μια ορισμένη συμπεριφορά. Σε αυτό το επίπεδο, ο ασθενής μπαίνει πλέον σε ένα μουσικό περιβάλλον. Αρχίζει να σέβεται ορισμένους κανόνες του μουσικού περιβάλλοντος. Το να κερδίσεις αυτόν τον σεβασμό, γίνεται εύκολα, γιατί προέρχεται από τη μουσική και δεν είναι επιβολή ενός ατόμου. Αυτή η συνειδητοποίηση της μουσικής δομής από το άτομο, είναι αναγκαία για να του δημιουργηθεί μια επεξεργασμένη σύνδεση (συμβόλων-συνειρμών) με την απωθημένη εμπειρία. Μαζί με αυτή τη σύνδεση, ο ασθενής αισθάνεται την ανάγκη να ανακαλύψει τις δυνατότητες του και να τις κυβερνήσει, να κυριαρχήσει δηλαδή μέσα του. Οι κύριοι στόχοι της μουσικοθεραπείας είναι να επεκτείνει την προσωρινή αφοσίωση του ασθενή, να την κάνει πιο ποικίλη και να δημιουργήσει μια κατάσταση συνειδητότητας. (Αδαμοπούλου, 2006)

B) *Η εμπειρία στη αυτοοργάνωση* στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές: 1. Η μουσική δημιουργεί αυτοέκφραση. 2. Η μουσική προκαλεί τους ασθενείς να προσπαθήσουν να ασχοληθούν με κάτι δημιουργικό. 3. Προκαλεί ευκαιρίες για κοινωνική αναγνώριση, επιβράβευση και μη-επιβράβευση. 4. Προκαλεί αυτοπεποίθηση που απορρέει από τις πετυχημένες μουσικές ενασχολήσεις του ασθενή και ανύψωση του ηθικού του, γιατί νιώθει το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος και έτσι κερδίζει την εκτίμηση των γύρω του.

Η εμπειρία μέσα από την αυτοοργάνωση αφορά εσωτερικές αντιδράσεις που προέρχονται από την συμπεριφορά του ασθενή και έχει να κάνει με τους τρόπους, τα ενδιαφέροντα, τις αξίες του, αυτά που εκτιμά και το τι σημαίνουν για τον ίδιο αυτά. Η αρχή αυτή, βασίζεται στην εσωτερική ικανοποίηση του ασθενή και αφορά την αισθητική εμπειρία. Σε αυτό το επίπεδο ο ασθενής μπορεί να ανακαλύψει ποιος είναι στην πραγματικότητα, να βρει τους δικούς του τρόπους που θέλει να ζει, να εκτιμά τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Μπορεί ακόμα να ανακαλύψει ότι με αυτές τις ικανότητες μπορεί να βοηθήσει κι άλλους. Σκοπός της μουσικοθεραπείας εδώ, είναι να κάνει τον ασθενή να παίρνει ικανοποίηση, αναγκαίο για αυτόν για να ψάξει από μόνος του και για άλλες τέτοιες εμπειρίες και να ανακαλύψει ότι αυτές οι εμπειρίες οδηγούν στη διατήρηση μιας επικοινωνίας με τον περιβάλλον.

Γ) Η εμπειρία σε σχέση με τους άλλους, στηρίζεται στις εξής αρχές: 1. Η μουσική παρέχει τη δυνατότητα στην αυτοέκφραση να γίνει κοινωνικά αποδεχτή. 2. Δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να έχει τη δική του γνώμη και αντίδραση μέσα στην ομάδα. 3. Η μουσική δίνει τη δυνατότητα για αποδοχή της ευθύνης απέναντι στο άτομο και στους άλλους προκαλώντας αυτοκινούμενη ετεροκινούμενη συμπεριφορά. 4. Η μουσική προκαλεί επικοινωνία με τους άλλους και κοινωνικοποιεί ομαλά τον ασθενή. 5) Προκαλεί επίσης την εμπειρία της συνεργασίας και του συναγωνισμού με κοινωνικά αποδεχτές μεθόδους. 6) Η μουσική διασκεδάζει ταυτόχρονα, γεγονός που είναι αναγκαίο για τους θεραπευτικούς σκοπούς. 7) Η μουσική είναι ικανή να βοηθήσει να μάθει ο ασθενής «κανόνες» κοινωνικά αποδεχτούς.

Η αρχή αυτή αναφέρεται στη σχέση μεταξύ ασθενών μέσα στην ομάδα. Η μουσική προκαλεί εμπειρίες σε άτομα που είναι μέλη της ομάδας. Αυτή είναι η αιτία, ο λόγος να βρίσκονται μαζί. Συνήθως, για να γίνει δεκτό το άτομο στην ομάδα, θα πρέπει να έχει και προηγούμενη μουσική ενασχόληση. Αυτό κάνει τον ασθενή να οργανώνεται σύμφωνα με αυτό που θέλει η ομάδα και να

συμβάλλει έτσι σε καλύτερο αποτέλεσμα. Αυτή η εμπειρία τον κάνει να νιώθει ότι είναι χρήσιμος στους άλλους. Έτσι αποκτάει ταυτότητα σε μια μεγαλύτερη ομάδα, ενώ ταυτόχρονα έχει τη δυνατότητα για πρόσβαση στην ταυτότητά του, δηλαδή η σύγκρισή του με τους άλλους τον κάνει να συνειδητοποιεί τις ικανότητες του και να προσπαθεί να φτάσει ολοένα ανώτερους στόχους. Αν όμως η σύγκριση γίνει με αθέμιτα μέσα, η προσπάθεια θα απορριφθεί από τον ίδιο τον ασθενή και το ενδιαφέρον του για να συνεχίσει, θα χαθεί. Σε αυτό το στάδιο, σκοπός της μουσικοθεραπείας είναι να αυξήσει το πεδίο στην ομάδα, μέσα στο οποίο να μπορεί ο ασθενής να αντιδρά επιτυχώς. Επίσης, να αυξηθεί η ευκαμψία της συμπεριφοράς του και τέλος να του δοθούν ευκαιρίες – μέσω της μουσικής – που θα τον βοηθήσουν να δει τον εαυτό του και τη ζωή του σαν φυσιολογικά ενταγμένο μέλος της κοινωνίας. (Παπαδόπουλος, 1990)

1.6 Οι θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικοθεραπείας

Η θεραπευτική δράση της μουσικής έχει τις ιστορικές της ρίζες στην αρχαία ελληνική παράδοση αλλά και στις παραδόσεις άλλων μεγάλων λαών της Ανατολής. Πρώτοι, οι Πυθαγόρειοι, εξέτασαν την σχέση μουσικών ήχων και αριθμών και διαπίστωσαν ότι οι αριθμοί που διέπουν την αρμονία ενός διατεταγμένου υλικού κόσμου, παίζουν τον ίδιο ρόλο και στην τέχνη της μουσικής. Στον Πυθαγόρα οφείλεται η ανακάλυψη των μαθηματικών αρχών που διέπουν τα μουσικά βασικά διαστήματα και η προέλευσή τους μέσω της διαίρεσης του μονόχορδου σε απλούς λόγους. (1:2 το διάστημα όγδοης ή διαπασών, 2:3 της πέμπτης ή δια πέντε και 3:4 της τετάρτης ή δια τεσσάρων). Είναι ενδιαφέρον ότι οι μαθηματικοί νόμοι που διέπουν τα μουσικά διαστήματα, διέπουν και τις σωματομετρικές αναλογίες του ανθρώπινου σώματος αλλά και άλλες φυσικές κατασκευές όπως π.χ.: ο κοχλίας, η κατασκευή των φύλλων, των φτερών της πεταλούδας και πλείστων άλλων φυσικών κατασκευών. Υπάρχουν

μαρτυρίες ότι η σχολή των Πυθαγορείων χρησιμοποιούσε μουσικούς ήχους για θεραπεία ασθενών με βάση το γεγονός ότι η αρμονία της μουσικής θα αποκαταστήσει τη διαταραγμένη ψυχοσωματική ισορροπία του ασθενούς. Σύμφωνα με απόσπασμα του Πυθαγορικού θεώνα του Σμυρναίου, "...συμφωνία την μεγίστην έχει ισχύν, εν λόγω μεν ούσα αλήθεια, εν βίω δε ευδαιμονία εν τη φύσει αρμονία". (www.peemde.gr)

Μέσα στα νοσοκομεία, οι μουσικοθεραπευτές μπορούν να εφαρμόσουν τις θεραπευτικές μεθόδους τους σε διάφορες ομάδες ασθενών, σε ενήλικες και παιδιά, προσφέροντας ανακούφιση. (www.medlook.net.cy)

Έρευνες που έγιναν μέχρι σήμερα έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία έχει πολλά ευεργετικά αποτελέσματα στον άνθρωπο:

• Μπορεί να βελτιώνει την αναπνοή και την αρτηριακή πίεση.

• Σε ασθενείς με χρόνια πόνο, τους αποσπά την προσοχή, τους επικεντρώνει στη χαρά που τους δίνει η μουσική και τους ανακουφίζει από το πρόβλημα.

• Συμβάλλει στην αυτοπεποίθηση του ασθενούς που είναι μέσα στο νοσοκομείο και του δίνει ένα καλύτερο αίσθημα ελέγχου του εαυτού του.

• Βοηθά τα παιδιά που είναι άρρωστα στο νοσοκομείο ή είναι φοβισμένα και τους επιτρέπει να έχουν μια καλύτερη επικοινωνία με τους γονείς και το περιβάλλον τους.

Γενικά η μουσικοθεραπεία φαίνεται ότι μειώνει το επίπεδο φόβου, το στρες, την αγωνία και το άγχος. (www.medlook.net.cy)

Επίσης, η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται:

• Σαν όργανο ανάλυσης και ανασυγκρότησης του ψυχισμού.

• Σαν όργανο πειθαρχίας της σκέψης και της έκφρασης των συγκινήσεων.

• Σαν μέσο που υποβοηθά την έκφραση σε άτομα πολύ μπλοκαρισμένα, παίζοντας το ρόλο του μεσολαβητή για μια νέα επαφή με την πραγματικότητα και για την αποκατάσταση διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνίας.

Ø Σε ένα πιο βαθύ επίπεδο, η μουσική διευκολύνει την αποκατάσταση των βασικών ρυθμών του οργανισμού και τον συγχρονισμό του (μέθοδοι χαλάρωσης).

Ø Σαν ερέθισμα που «ξυπνά» το δημιουργικό δυναμικό ενηλίκων και παιδιών, σε ατομικό αλλά και ομαδικό επίπεδο, όταν ενδιαφερόμαστε για τη συλλογική δημιουργικότητα και την ομαδική αντιληπτικότητα.

Ø Η μουσική περιβάλλοντος βοηθά στη δημιουργία μιας πιο ευχάριστης ατμόσφαιρας και προδιαθέτει ευνοϊκότερα, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία, γηροκομεία και άλλα ιδρύματα αλλά και σε πολλούς εργασιακούς χώρους, όπου συχνά, κάτω από την επίδρασή της, που βελτιώνει την διάθεση των εργαζομένων, παρατηρείται κ βελτίωση της – ποιοτικής και ποσοτικής – παραγωγής. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Επιπλέον, μπορούμε να πούμε ότι η Μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται ώστε να βοηθήσει τα άτομα:

- Να βελτιώσουν την εικόνα του εαυτού τους και του σώματος του ιδιαίτερα.
- Να αυξήσουν τις επικοινωνιακές τους ικανότητες.
- Να αυξήσουν την ικανότητά τους να χρησιμοποιούν την ενέργειά τους έχοντας συγκεκριμένους σκοπούς.
- Να μειώσουν τις συμπεριφορές που μαρτυρούν κακή προσαρμογή (στερεότυπα, καταπίεση, αυτό-καταστροφικότητα, επιθετικότητα, παρορμητικότητα).
- Να αυξήσουν την αλληλεπίδραση με ομάδες συνομηλίκων και άλλους. Να αυξήσουν την ανεξαρτητοποίηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.
- Να διεγείρουν τη δημιουργικότητα και τη φαντασία τους.
- Να αυξήσουν την συναισθηματική έκφραση και την προσαρμογή τους.
- Να αυξήσουν την προσεκτική συμπεριφορά τους.
- Να βελτιώσουν την αίσθηση ακοής τους. (www.warchild.org)

Περισσότερα οφέλη που το άτομο-πελάτης μπορεί να έχει από τις συνεδρίες μουσικοθεραπείας, είναι τα παρακάτω:

- ο Αμεσότερη πρόσβαση στη σκέψη και στο συναίσθημα.
- ο Ευκαιρία να «συγκρατεί» συναισθήματα για χρονικά διαστήματα, ώστε να μπορούν να διερευνηθούν, να εξετασθούν και να δουλευτούν για το άτομο.
- ο Μη λεκτική έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων, τα οποία άτομα δεν βρίσκονται μέσα στη λεκτική «επικράτεια» του ατόμου.
- ο Εκμαίευση εικόνων και συσχετιστικών που δεν μπορούν να προσεγγισθούν μη λεκτικά μέσα.
- ο Πιο άμεσα ψυχολογικά οφέλη για τα άτομα απ' ότι με τις λεκτικές μεθόδους. Ελευθερία για διερεύνηση και δοκιμή διαφόρων λύσεων για τα προβλήματα σκέψης και συναίσθησης του «ασθενή» μέσα από την εξερεύνηση και τη δημιουργικότητα.

Εν κατακλείδι, οι μουσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις παρέχουν ευκαιρίες, ώστε:

- § Να ερευνώνται προσωπικά συναισθήματα και θεραπευτικά ζητήματα όπως είναι η αυτό-εκτίμηση ή η προσωπική αντίληψη.
- § Να γίνονται θετικές αλλαγές στη διάθεση και στο συναίσθημα.
- § Να υπάρχει αίσθηση ελέγχου στη ζωή μέσα από επιτυχείς εμπειρίες.
- § Να αυξηθεί η γνώση του εαυτού και του περιβάλλοντος.
- § Να εκφράζεται κάποιος τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά.
- § Να αναπτυχθεί η συνεργατικότητα και οι ικανότητες χαλάρωσης.
- § Να υποστηριχθούν υγιή συναισθήματα και σκέψεις.
- § Να βελτιωθεί η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
- § Να αναπτυχθεί η κοινωνική αλληλεπίδραση.
- § Να αναπτυχθεί η ανεξαρτητοποίηση και η ικανότητα λήψης αποφάσεων.
- § Να βελτιωθεί η συγκέντρωση και η προσοχή.
- § Να υιοθετηθούν θετικά πρότυπα.

§ Να επιλυθούν διαμάχες που οδηγούν σε «σκληρότερες» σχέσεις με την οικογένεια και με τους συνομηλίκους . (www.musictherapy.org)

Φαίνεται ότι η επίδραση της μουσικής – κυρίως μέσω του ρυθμού – εξασκείται μέσω επίδρασης σε ενστικτώδεις λειτουργίες που σχετίζονται με αιτιολογικά αρχέγονο κομμάτι του ανθρώπινου εγκεφάλου. Νευροανατομικές παρατηρήσεις των Shell & Stratton έδειξαν ότι οι κοχλιακοί πυρήνες (cochlear nuclei) είναι σημαντικός σταθμός στη διαδρομή του ακουστικού νεύρου. Το επίπεδο γέφυρας-εγκεφαλικού στελέχους (brain stem), γειτονεύει με σημαντικούς πυρήνες που λειτουργούν αυτόνομα και αποτελούν τα κέντρα ρύθμισης αναπνοής και κυκλοφορίας (dorsal/motor nucleus, vagal nucleus, nucleu ambiguous). (www.peemde.gr)

1.7 Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας

Η μεθοδολογία της μουσικοθεραπείας μπορεί να χωριστεί σε 2 βασικά μέρη. Το πρώτο αφορά τη διάγνωση και το δεύτερο τη θεραπεία.

Στόχος μας στη διαγνωστική θεραπεία, είναι ν' ανακαλύψουμε την «ηχητική ταυτότητα» του ατόμου ή της ομάδας με την οποία θα εργαστούμε, δηλαδή το σύνολο των ήχων στους οποίους τα άτομα ή η ομάδα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι.

Στόχος της διαγνωστικής θεραπείας, είναι ακόμη να καθορίσουμε το μεσάζον αντικείμενο, είτε πρόκειται για μια μουσική σύνθεση, είτε για ένα μουσικό όργανο, είτε για κάποιο άλλο αντικείμενο που θα γεφυρώσουν την απόσταση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από τις συναντήσεις της μουσικοθεραπείας, κατά τις οποίες ο θεραπευτής προσπαθεί να ανοίξει κανάλια επικοινωνίας με τον ασθενή. Αρχικά με στόχο την εκτόνωση και στην επόμενη

φάση να του επιτρέψει ένα νέο άνοιγμα προς τη μελλοντική ζωή και την ενσωμάτωση σε κάποιες κοινωνικές ομάδες. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ο θεραπευτής και οι συμμετέχοντες, είτε ακούγοντας μουσική, είτε χρησιμοποιώντας άλλα μουσικά όργανα που δεν απαιτούν μουσική γνώση, δημιουργούν ένα μουσικό δρώμενο. Κατά τη μουσικοθεραπευτική διαδικασία, τα άτομα μπορούν να εκφράσουν και να επεξεργαστούν συναισθήματα μέσω τη μουσικής να διευρύνουν τις εμπειρίες και την αυτογνωσία τους, να βελτιώσουν την κοινωνικότητά τους και να αξιοποιήσουν τη δημιουργικότητά τους. (www.musictherapy.gr)

Ο χώρος των συνεδριών, όπου εφαρμόζονται οι μέθοδοι μουσικοθεραπείας, θα πρέπει να πληροί ορισμένες προδιαγραφές:

- Πρέπει να είναι άνετος, ειδικά αν πρόκειται να εφαρμοστεί ομαδική θεραπεία.

- Δεν πρέπει να έχει ιδιαίτερη διακόσμηση, η οποία θα αποσπά την προσοχή. Ο φωτισμός του χώρου πρέπει να είναι απαλός. Υπάρχει δυνατότητα χρησιμοποίησης χρωματιστών λαμπών, ανάλογα με τις ανάγκες.

- Πρέπει να υπάρχουν μεγάλα μαξιλάρια στο πάτωμα, όπου θα κάθεται η ομάδα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

- Απαραίτητη είναι η ύπαρξη μαγνητοφώνου και κασετών.

- Πρέπει ακόμη να υπάρχει μεγάλος αριθμός από διάφορα αντικείμενα, όπως κούκλες, πλαστικά ζωάκια κλπ.

- Ακόμη, πρέπει να υπάρχουν μερικά άλλα μουσικά όργανα, τουλάχιστον κρουστά. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Η μουσικοθεραπεία, όταν εφαρμόζεται σε παιδιά, μελετά τα προβλήματά τους και τα διαχωρίζει σε 2 κατηγορίες. Στην παθολογία του πνεύματος και στην παθολογία του σώματος. Ο διαχωρισμός αυτός, κρίνεται απαραίτητος γιατί κάθε κατηγορία παρουσιάζει σειρά ολόκληρων προβλημάτων που εξαρτώνται από ψυχολογικά αίτια ή από βλάβη του εγκεφάλου ή από σωματική βλάβη.

Στην κατηγορία της παθολογίας του πνεύματος, κατατάσσονται περιπτώσεις όπως νοητική στέρωση, αυτισμός, αναπτυξιακή καθυστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, συναισθηματικές διαταραχές, σύνδρομο Down κλπ. Στην κατηγορία της παθολογίας του σώματος, ανήκουν περιπτώσεις όπως κινητικές δυσκολίες, βαρηκοΐα, περιορισμένη όραση ή τύφλωση κλπ. Σε πολλά παιδιά είναι δυνατόν να υπάρχουν προβλήματα και από τις 2 κατηγορίες. (Αντωνακάκης, 2007)

1.7.1 Φάσεις της μουσικοθεραπείας

Σε γενικές γραμμές, η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, ακολουθεί τις εξής φάσεις:

Πρώτη φάση: Προκαλείται συγκινησιακή εκτόνωση με τη χρήση κάποιου οργάνου, ήχων ή ρυθμών, τους οποίους παράγει ο θεραπευόμενος.

Δεύτερη φάση: Ο θεραπευτής ολοκληρώνει την παρατήρηση του θεραπευόμενου εστιάζοντας στις ψυχοσωματικές του αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της συνεδρίας..

Τρίτη φάση: «Ηχητικός διάλογος» θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ο θεραπευόμενος «απαντά» μουσικά σε μουσικές προκλήσεις του θεραπευτή. Αναβιώνουν υποσυνείδητα βιώματα του ασθενή (επιθυμίες, όνειρα, φόβοι, τραύματα). Ο θεραπευτής του μεταδίδει αισιόδοξα ηχητικά μηνύματα του θεραπευόμενου.

1.7.2 Επίπεδα μουσικοθεραπείας

α. Ευαισθητοποίηση: Ο θεραπευόμενος ευαισθητοποιείται σε ηχητικά ερεθίσματα για την πρόκληση και την ανάπτυξη της προσοχής και της φαντασίας του.

β. Εμπύχωση: Μαθαίνει συγχρόνως να δημιουργεί καταστάσεις μέσα από τη μουσική, όπως για παράδειγμα, μαθαίνει να κρατά τον ρυθμό και να τον

αναπτύσσει σε συνεργασία με άλλους, να πλάθει μύθους ανάλογους με την έμπνευση της μουσικής και να τους δραματοποιεί.

γ. Θεραπεία: Πρόκειται για στάδιο με συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο.

Η μουσικοθεραπεία είναι καλό να μην εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ατόμων με έντονη κατάθλιψη, ώστε να αποφεύγεται η έντονη συγκινησιακή φόρτιση. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

1.7.3 Εφαρμογή σε ατομικό επίπεδο

Η ατομική θεραπευτική προσπάθεια, εξελίσσεται συνήθως σε 3 φάσεις:

Στην πρώτη φάση, που θα μπορούσαμε να την ονομάσουμε «προετοιμασία και κάθαρση», προκαλούμε μια συγκινησιακή εκτόνωση. Στη φάση αυτή, η χρησιμοποίηση κάποιου οργάνου, διευκολύνει τη διοχέτευση της φορτισμένης σωματικής και ψυχικής ενέργειας. Την έκρηξη-κάθαρση μπορούν να προκαλέσουν και κάποιοι ήχοι ή ρυθμοί, ίσως και κάποιες λεκτικές παροτρύνσεις.

Ανεπαίσθητα και αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της εκτόνωσης, ο θεραπευτής ολοκληρώνει την «παρατήρηση» του ασθενή στο μη λεκτικό επίπεδο. Αυτή είναι η *δεύτερη φάση*.

Έτσι, γίνεται όλο και πιο συγκεκριμένη η υπόθεσή του για την ηχητική ταυτότητα του εξεταζόμενου. Παράλληλα, διαισθάνεται και συλλαμβάνει με όλο και μεγαλύτερη σαφήνεια, την καλύτερη στρατηγική μέσα από την οποία θα μπορέσει να ανοίξει ένα κανάλι επικοινωνίας με τον ασθενή του.

Στο σημείο αυτό, μπαίνει ασυναίσθητα στο παιχνίδι των αντιδράσεων και των επιλογών, η ηχητική ταυτότητα του ίδιου του θεραπευτή. Κάθε αντίδραση του θεραπευτή, κάθε απάντησή του στα μηνύματα που του στέλνει ο ασθενής, εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο συλλαμβάνει αυτά τα μηνύματα και ο τρόπος αυτός πηγάζει από τη δική του ηχητική ταυτότητα και από τη γενικότερη προσωπικότητά του. Για το λόγο αυτό είναι ουσιαστικό να έχει φτάσει ο

θεραπευτής σε ένα όσο το δυνατό βαθύτερο επίπεδο αυτογνωσίας, ώστε να μπορεί να συλλαμβάνει όσο πιο αντικειμενικά γίνεται, τις ανάγκες του ασθενή του, χωρίς φυσικά να μπορούμε να αποκλείσουμε κάποια χαρά υποκειμενικότητας σε κάθε ερμηνεία. Η διαδικασία της μουσικοθεραπείας, βασίζεται στο μη λεκτικό διάλογο και την επικοινωνία. Αυτός ο «ηχητικός διάλογος» χαρακτηρίζει την *τρίτη φάση*.

Η σύλληψη των εκκλήσεων και των αναγκών του ασθενή από τον θεραπευτή κι η απάντησή του σ' αυτές έχει ανοίξει ήδη κάποιο κανάλι επικοινωνίας. Αυτό το κανάλι επικοινωνίας, αποτελεί πολυτιμότερο στοιχείο της θεραπείας. Μέσα από αυτό ξαναζωντανεύουν με αποκαλυπτικό και θεραπευτικό τρόπο όλα τα υποσυνείδητα βιώματα του ασθενή: τραυματισμοί, φοβίες, άγχη, επιθυμίες, όνειρα...

Μέσα από αυτό μπορεί ο θεραπευτής να του μεταδώσει μια αισιοδοξία για τη ζωή, να του ξυπνήσει καινούργια ενδιαφέροντα, να του κεντρίσει την ευαισθησία, να τον βοηθήσει να επανενταχθεί σε κάποιες κοινωνικές ομάδες. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1999)

1.7.4 Εφαρμογή σε ομαδικό επίπεδο

Εάν οι συνθήκες και ο χώρος εργασίας επιτρέπουν ή επιβάλλουν να χρησιμοποιηθεί η τεχνική της μουσικοθεραπείας σε ομάδα ανθρώπων, τότε πρέπει η ομάδα αυτή να μην είναι πολυπληθής, ιδιαίτερα αν περιλαμβάνει και άτομα με σοβαρές παθήσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα ήταν χρήσιμο η ομάδα να μην περιλαμβάνει περισσότερο από 6-7 άτομα. Σε άλλες, λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις, συχνά με στόχους περισσότερο εκπαιδευτικούς και λιγότερο θεραπευτικούς, η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει μέχρι και 15 άτομα. Και ασφαλώς δεν γίνεται αναφορά εδώ στην εφαρμογή της μουσικοθεραπείας σε ευρύτερους εργασιακούς χώρους. Ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων σε μια ομάδα, επιβάλλεται από το γεγονός ότι απαιτείται από τον θεραπευτή πολύ μεγάλη προσοχή.

Κατά συνέπεια, όσο αυξάνεται ο αριθμός των μελών της, τόσο περισσότερη ενέργεια πρέπει να ξοδεύει προσέχοντας ένα-ένα τα άτομα και συγχρόνως παρακολουθώντας τη δυναμική της ομάδας στο σύνολό της. (Ψαλτοπούλου, 2001)

Σε κάθε ομάδα, η παρουσία ενός συν-θεραπευτή ή συνεργάτη του μουσικοθεραπευτή – εφόσον βέβαια έχει και αυτός μια σχετική ειδίκευση – είναι πολύτιμη. Ο ρόλος του θα είναι αυτός ενός ενεργητικού παρατηρητή. Δηλαδή, θα ενσωματωθεί στην ομάδα και θα παρακολουθεί όλες τις οδηγίες που θα δίνει ο θεραπευτής. Συγχρόνως όμως, θα παίζει τον ρόλο ενός βοηθητικού «εγώ» για κάθε μέλος της ομάδας. Με άλλα λόγια θα προκαλεί κάθε άτομο, τη στιγμή που μια τέτοια βοήθεια κρίνεται αναγκαία για να τον διευκολύνει στην έκφραση, την επικοινωνία και την τελική ενσωμάτωση του στην ομάδα. Εάν αυτές οι βασικές προϋποθέσεις εκπληρώνονται, τότε το κέρδος από τη συμμετοχή του συν-θεραπευτή σε μια θεραπευτική ομάδα είναι πολύ μεγάλο.

Ας μην ξεχνάμε πως η θεραπευτική ομάδα είναι μια μικρογραφία της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας και πως το άτομο ζει και υπάρχει πάντα σε συνάρτηση με τους συνανθρώπους του.

Τα προβλήματα ξεκινάνε συνήθως από μια κακή παιδική ηλικία, από έλλειψη επικοινωνίας ή από αδυναμία έντασης σε ένα σύνολο.

Στη θεραπευτική ομάδα κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να πειραματιστεί πάνω στις ανθρώπινες διαπροσωπικές σχέσεις, τις δυσκολίες τους και τις διάφορες μορφές επικοινωνίας. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να τις απομυθοποιήσει, να τις καταλάβει καλύτερα και να αφεθεί, δίχως αντιστάσεις ελεύθερος, στην θετική επήρεια των διαπροσωπικών σχέσεων.

Η σύνθεση της ομάδας θα εξαρτηθεί από τον εργασιακό χώρο, από τις ανάγκες και από τους θεραπευτικούς στόχους.

Η ομάδα της μουσικοθεραπείας θα ακολουθήσει στην πορεία της κάποιες τυπικές φάσεις. Στην πρώτη φάση εκδηλώνεται συνήθως κάποιο άγχος, μια απομόνωση του κάθε μέλους στον εαυτό του, μια αμφισβήτηση ή αντίθετα, μια

υπερεκτίμηση της προσφοράς του θεραπευτή, ή συχνά μια άρνηση για επικοινωνία. Η μουσική όμως βοηθάει να ξεπεραστεί γρήγορα αυτό το στάδιο.

Η εμφάνιση ενός καινούργιου μέλους προκαλεί έντονο ανταγωνισμό ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και επηρεάζει τη δυναμική της εξέλιξη, π.χ.: παίζει ο καθένας για τον εαυτό του, δίχως να ακούσει τους άλλους, ή παίζει δυνατά για να ακουστεί περισσότερο από τους άλλους κλπ. Ακόμη, η πρόταση κάθε καινούργιας τεχνικής, μπορεί να προκαλέσει ανησυχία στην ομάδα. Και πάλι η ίδια η μουσική, σε συνδυασμό με την ψυχραιμία, την ηρεμία και την σταθερότητα του θεραπευτή, βοηθάει να ξεπεραστούν σταδιακά όλες αυτές οι αντιδράσεις και να οδηγηθεί η ομάδα στον αλληλοσεβασμό και την επικοινωνία. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

1.7.5 Η λήξη της μουσικοθεραπείας

Αργά ή γρήγορα κάθε θεραπεία φτάνει στο τέλος της. Είτε επειδή διάφοροι λόγοι που δεν ελέγχουμε επιβάλλουν να σταματήσουμε, είτε επειδή η κατάσταση του ασθενή έχει βελτιωθεί σε τέτοιο σημείο που δεν έχει πια την ανάγκη της.

Ούτως ή άλλως μια θεραπεία δεν πρέπει να σταματάει απότομα. Κάθε θεραπεία δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης και αυτή η εξάρτηση πρέπει να ατονήσει σταδιακά και ομαλά.

Καθώς πλησιάζει το τέλος των θεραπευτικών συναντήσεων, ο θεραπευτής θα πρέπει να προκαλεί όλο και συχνότερα την επικοινωνία και την λεκτική έκφραση. Θα πρέπει να τονίζει στον ασθενή την βελτίωση του από την ώρα που ξεκίνησε η μουσικοθεραπεία μέχρι τη στιγμή εκείνη.

Όταν ο ασθενής φτάσει σε ένα ικανοποιητικό θεραπευτικό επίπεδο, καλό θα ήταν να προσανατολιστεί προς κάποια μουσική εκπαίδευση ή προς κάποιες καλλιτεχνικές δραστηριότητες. (Παλαιολόγου Χ., 1991)

1.8 Η σχέση μουσικοθεραπευτή-ασθενή

Αν και πολλοί μουσικοθεραπευτές είναι της άποψης ότι χρειάζεται να προσδιορίσουμε τον χώρο μας στη θεραπευτική κοινότητα αντί της διαρκούς προσαρμογής μας σε ιατρικά και ψυχολογικά μοντέλα, η μουσικοθεραπεία παραμένει σήμερα μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία ολιστικής προσέγγισης, που καθορίζεται από την ανάπτυξη σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ μουσικοθεραπευτή και πελάτη μέσω της μουσικής. Παρότι έχει συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, που είναι οι σπουδές στη μουσική, η μουσικοθεραπεία δεν είναι ξεκομμένη από κλάδους της ιατρικής επιστήμης, τις άλλες τέχνες και ιδιαίτερα από τις διάφορες σχολές της ψυχολογίας. Όμως ανεξάρτητα από τις θεωρητικές κατευθύνσεις σε επίπεδο προσέγγισης (για τους περισσότερους μουσικοθεραπευτές) επικρατούν τα θεωρητικά πρότυπα της ουμανιστικής φιλοσοφία, όπως ειλικρίνεια, αγάπη, αποδοχή, στήριξη της αυτοαντίληψης του πελάτη ως προς την προσωπική και κοινωνική του ανάπτυξη.

Διάφορα προβλήματα φαίνεται να είναι κοινά σε πολλά παιδιά και απορρέουν από την αδυναμία τους να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν το περιβάλλον τους, αφού δεν έχουν την εμπειρία να τα επεξεργαστούν γνωσιακά. Ως αποτέλεσμα μιας τέτοιας πραγματικότητας, τα παιδιά συχνά αναπτύσσουν συμπεριφορές που μπορεί να εκδηλώνονται με διάσπαση της προσοχής, μειωμένη αυτοεκτίμηση, εσωστρέφεια, αυτοκαταστροφικές τάσεις, μαθησιακές δυσκολίες, απομόνωση, κατάθλιψη (εσωστρεφόμενη επιθετικότητα) ή οργή, θυμό, ευερεθιστότητα, φθόνο, παρορμητικότητα κλπ. Όλα αυτά είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάποιων ανθρώπων πολύ πριν από τη διάγνωση του ψυχίατρου αλλά και του ψυχισμού της πλειοψηφίας των εξαρτημένων πολύ πριν μουν στη χρήση. (P. Βάνγκερ., www.e-psychology.gr)

Η ατμόσφαιρα που δημιουργεί η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας επιδρά στη σχέση θεραπευτή και ασθενή ή θεραπευτή και ομάδα. Στην παρουσία των

2 υπεισέρχεται ένας τρίτος παράγοντας, η μουσική, που θα αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο μεταξύ τους, που ο ασθενής καλείται να χειριστεί κατάλληλα.

Καθώς ο θεραπευτής και ο ασθενής βρίσκονται στον ίδιο ηχητικό χώρο, δημιουργείται μεταξύ τους μια σχέση ισότητας που μέχρι ενός σημείου ανατρέπει τις συνθήκες της κλασικής ψυχοθεραπείας και ευνοεί μια μεγαλύτερη επικοινωνία. Με συνδετικό συγκινησιακό πόλο την μουσική υπάρχουν 3 φάσεις: της επιλογής του κομματιού, της ακρόασης και των αποτελεσμάτων. Ασθενής και θεραπευτής ζουν μια κοινή συγκινησιακή περιπέτεια, που τους οδηγεί σε απίστευτα πλούσιες και συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές αποκάλυψης του υποσυνείδητου. Μια περιπέτεια, που συμβολίζει τη συνάντηση δύο ατόμων ή μιας ομάδας ατόμων, δια μέσου αυτού του συναρπαστικού μυστηρίου τέχνης που είναι η μουσική. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1999)

Το κάθε στοιχείο της μουσικής, καθώς και οι συνδυασμοί μεταξύ τους, όπως π.χ. ρυθμικά και μελωδικά μοτίβα, μουσικά διαστήματα, συγχορδίες, χροιά, δυναμική κλπ., καθρεπτίζουν με ιδιαίτερη ακρίβεια και την παραμικρή διάσταση στη σχέση με τον εαυτό μας ή και με τους άλλους. Η μουσική δηλαδή, λειτουργεί σαν σύμβολο της σχέσης του ανθρώπου με τον εαυτό του, αλλά και της σχέσης του με τον μουσικοθεραπευτή.

Ο πελάτης ακούει την οικεία σ' αυτόν ηχητική εικόνα που δημιουργεί ο μουσικοθεραπευτής, αισθάνεται ότι ένας άνθρωπος τον «νιώθει», τον «καταλαβαίνει» και μπορεί να συνυπάρξει στο δικό του «θέμα» και εμπλέκεται στη θεραπευτική σχέση κτίζοντας εμπιστοσύνη. «Α! Εσύ δε μου λες τι να κάνω... Εδώ, κάνω εγώ αυτό που θέλω... Επιτέλους!», είπε με ενθουσιασμό ένα παιδί με δυσλεξία.

Η θεραπευτική πορεία εξελίσσεται με τις κατάλληλες παρεμβάσεις του μουσικοθεραπευτή παίρνοντας διάφορες μορφές, όπως π.χ. «παραλλαγές στο ίδιο θέμα», ανάπτυξη του «θέματος» με τη μορφή σονάτας ή rando κλπ. Ενώσω ο πελάτης νιώθει ότι είναι εντάξει να βιώσει τη συναισθηματική του κατάσταση

της στιγμής με αποδοχή από τον μουσικοθεραπευτή, τότε το συναίσθημα του μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Ο μουσικοθεραπευτής καλείται να κάνει συγκεκριμένες επιλογές θεραπευτικών παρεμβάσεων άμεσα και χωρίς καθυστέρηση. Είναι απαραίτητο να «πιάνει» τη στιγμή! (Ψαλτοπούλου, 2001)

Όμως, αργά ή γρήγορα κάθε θεραπευτική σχέση φτάνει στο τέλος της. Είτε επειδή διάφοροι λόγοι που δεν ελέγχονται επιβάλλουν να σταματήσει, είτε επειδή η κατάσταση του ασθενή έχει βελτιωθεί σε τέτοιο σημείο που δεν έχει πλέον ανάγκη τον θεραπευτή και την θεραπεία. Ούτως ή άλλως μια θεραπεία δεν πρέπει να σταματάει ποτέ απότομα. Κάθε θεραπεία δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης και αυτή η εξάρτηση πρέπει να ατονήσει σταδιακά και ομαλά. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα ασθενών που έκαναν ακόμη και απόπειρες αυτοκτονίας, όταν ένιωσαν ξαφνικά εγκαταλελειμμένοι από τον θεραπευτή τους, είτε επειδή αυτός έφυγε για διακοπές, δίχως να τους προειδοποιήσει, είτε επειδή άλλαξε εργασιακό χώρο. Ένας τέτοιος αποχωρισμός θα πρέπει να προετοιμάζεται από μερικούς μήνες νωρίτερα.

Αναφέρονται παραδειγματικά, κάποιες τεχνικές πλευρές αυτής της προετοιμασίας:

▼ Καθώς πλησιάζει το τέλος των συναντήσεων, να προκαλείται από το μουσικοθεραπευτή όλο και συχνότερα, η λεκτική έκφραση και η επικοινωνία. Να τονίζεται στον ασθενή η βελτίωση που παρουσίασε από την στιγμή που ξεκίνησε τη θεραπεία ως τώρα και η ποιότητα της επικοινωνίας, που θα μπορούσε τώρα πια να έχει και με άλλους ανθρώπους, όπως έχει και με τον μουσικοθεραπευτή.

▼ Να του δίνονται όλο και περισσότερες πρωτοβουλίες στις επιλογές των μουσικών κομματιών. Πρωτοβουλίες που θα τον βοηθήσουν να ανεξαρτητοποιηθεί πιο εύκολα.

▼ Ο θεραπευτής να προτείνει σ' αυτή τη φάση πιο περίπλοκα μουσικά όργανα, όπως το πιάνο ή το αρμόνιο. Εάν ο ασθενής έχει φτάσει σε ένα αρκετά

ικανοποιητικό θεραπευτικό επίπεδο, να τον προσανατολίσει προς κάποια μουσική εκπαίδευση ή προς κάποιες καλλιτεχνικές δραστηριότητες, πηγή χαράς και δημιουργικότητας για όλη τη ζωή του. Και είναι σημαντικό ο μουσικοθεραπευτής να του υπενθυμίζει συνεχώς πως η δημιουργικότητα στον άνθρωπο, όποια μορφή και αν έχει, είναι ένας από τους βασικούς στύλους ενός υγιούς ψυχισμού. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

1.9 Ο μουσικοθεραπευτής

Η μουσικοθεραπεία προσφέρει στον καθένα την κατάσταση της εμπειρίας των γεγονότων μέσα από συγκεκριμένους τρόπους. Οι αρχές-μέθοδοι προσπαθούν να συγκεκριμενοποιήσουν τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να δέχεται το άτομο μια εμπειρία. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας, ο θεραπευτής είναι το πρόσωπο που θα αναλάβει την ευθύνη για να χειριστεί κατάλληλα την μουσική – τον συνδετικό κρίκο – μεταξύ του και του ασθενή ή της ομάδας και να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. (Μακρή, 2003)

Στην προσπάθεια περιγραφής του ρόλου του θεραπευτή παρουσιάζονται στη συνέχεια 2 εικόνες. Η πρώτη είναι, όπως την περιέγραψε ένας ασθενής, η εικόνα μιας «ψυχικής μαίας» που βοηθά τον τοκετό των πραγμάτων, βοηθά τη μετάβαση ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο. Η δεύτερη είναι η εικόνα ενός «κηπουρού». Με τα γλαφυρά λόγια ενός άλλου πρώην ασθενή, «εμπλουτίζει το χώμα, για να βοηθήσει τους σπόρους να βλαστήσουν». Και στις δύο περιπτώσεις είναι βοηθός σε μια φυσική διαδικασία. (Dalley, Case, Schaverier, Weir, Halliday, Nowell Hall, Waller, 1998)

Ο μουσικοθεραπευτής είναι ένας καταρτισμένος μουσικός, ο οποίος μπορεί να παίζει μουσικά όργανα, να αυτοσχεδιάζει και να τραγουδά. Κατέχει γνώσεις μουσικής θεωρίας, μουσικής ιστορίας, αρμονίας, σύνθεσης και διεύθυνσης.

Η επαγγελματική εκπαίδευση στη μουσικοθεραπεία είναι ένας συνδυασμός θεωρίας και πράξης. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, ο μουσικοθεραπευτής αποκτά γνώσεις για την ανθρώπινη συμπεριφορά (φυσιολογική και διαταραγμένη), καθώς και για τα συμπτώματα, τα προβλήματα και τις ανάγκες των ατόμων που παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές, δυσλειτουργίες και παθήσεις. Επίσης, εκπαιδεύεται στην παρατήρηση, την έρευνα, τον προγραμματισμό θεραπείας, την υλοποίηση και την αξιολόγηση. (www.musictherapy.ca)

Στόχος του θεραπευτή στη διαγνωστική εργασία, είναι να ανακαλύψει την «ηχητική ταυτότητα» του ατόμου ή της ομάδας με την οποία θα εργαστεί, δηλαδή το σύνολο των ήχων στους οποίους τα άτομα ή η ομάδα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι. Επίσης, να καθορίσει το μεσάζον αντικείμενο ή αντικείμενα, είτε πρόκειται για μια μουσική σύνθεση, είτε για ένα μουσικό όργανο, είτε για κάποιο άλλο αντικείμενο που θα γεφυρώσουν την απόσταση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον «ασθενή». (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Ο μουσικοθεραπευτής που εργάζεται με παιδιά, οφείλει να γνωρίζει τα κατάλληλα υλικά και τη μουσική για τη συγκεκριμένη ηλικία. Χρειάζεται να γνωρίζει την ανάπτυξη της πρώιμης παιδικής ηλικίας, τις συγκεκριμένες ειδικές ανάγκες των παιδιών και τις κατάλληλες πρακτικές. (www.musictherapy.org)

Πριν από κάθε απόπειρα μουσικοθεραπείας, προηγείται μια διαδικασία ανίχνευσης που θα βοηθήσει τον μουσικοθεραπευτή να συγκεντρώσει αρκετές πληροφορίες, ώστε να χρησιμοποιήσει την πιο κατάλληλη μέθοδο για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Οι μουσικοθεραπευτές στο εξωτερικό εργάζονται σε νοσοκομεία παιδιών και ενηλίκων, σε σχολεία για άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπτυξιακές διαταραχές, σε κέντρα ημέρα για ενήλικες με συναισθηματικές δυσκολίες και ψυχικές ασθένειες, σε ψυχιατρεία και ιδιωτικά. (Λεβή Σ., 2008)

Εκτός από το περιβάλλον του νοσοκομείου, ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να παράσχει τις υπηρεσίες του σε πλαίσια τα οποία ασχολούνται με θέματα

υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής εργασίας. Οι Case και Dalley αναφέρουν ότι οι μουσικοθεραπευτές θα πρέπει να διαμορφώνουν την αγωγή με βάση τη φιλοσοφία και τις αντιλήψεις του χώρου εργασίας τους και να συνεργάζονται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υπηρεσίας.

Οι σπουδές για την απόκτηση πτυχίου μουσικοθεραπείας περιλαμβάνουν μαθήματα στη μουσική, τη ψυχολογία, τη μουσικοθεραπεία, τις κοινωνικές επιστήμες και επιστήμες της συμπεριφοράς, γενικές γνώσεις και γνώσεις που αφορούν τις δυσλειτουργίες και τις αναπηρίες. (www.musictherapy.org)

Στην Ελλάδα, η απόκτηση πτυχίου μουσικοθεραπείας, παρέχεται ύστερα από παρακολούθηση τριετούς Μεταπτυχιακού Προγράμματος Εκπαίδευσης για τη Μουσικοθεραπεία, το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Απευθύνεται σε πτυχιούχους ή σπουδαστές Ανωτέρας ή Ανώτατης Εκπαίδευσης και Ωδείων, σε ψυχολόγους, θεραπευτές και εκπαιδευτικούς με γνώσεις μουσικής. Είναι αναγνωρισμένο και από Αγγλικά Πανεπιστήμια. Μετά από την επιτυχή ολοκλήρωση των δύο πρώτων χρόνων σπουδών, δίνεται η δυνατότητα για συνέχιση σπουδών σε Αγγλικά Πανεπιστήμια για την απόκτηση Master. (Ψαλτοπούλου, 2001)

1.10 Κοινωνικός Λειτουργός – Μουσικοθεραπευτής

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής με σκοπό τη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση του ατόμου. Δεν εξαιρείται καμιά ηλικιακή ομάδα και εφαρμόζεται σε μια ποικιλία θεραπευτικών πλαισίων και σε όλους τους χώρους που απασχολείται κατάλληλα εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό: ψυχολόγοι, ψυχίατροι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι έχουν γνώσεις εφαρμογής και χρήσης της.

Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, για να αποκτήσει γνώσεις πάνω στη Μουσικοθεραπεία, πρέπει να εξειδικευτεί στο αντικείμενό της. Αποφοιτώντας από μια σχολή Κοινωνικής Εργασίας, ο Κοινωνικός Λειτουργός, έχει αποκτήσει γνώσεις γενικού περιεχομένου, αφού και το ίδιο είναι αρκετά ευρύ και επεκτείνεται σε διάφορους χώρους (κλινική εργασία, κοινοτική εργασία, εργασία με ομάδες, άτομα, οικογένειες, κλπ.). Η μόρφωση αυτή του παρέχει το 1/3 περίπου των απαιτούμενων γνώσεων, προκειμένου να ασκήσει τη μουσικοθεραπεία. (Αντωνακάκης, 2007)

Οι μουσικές γνώσεις είναι απαραίτητες για την εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, έτσι λοιπόν, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να αποκτήσει θεωρητικές γνώσεις, ώστε να μπορεί να εφαρμόσει τη μελωδία και το ρυθμό. Επιπλέον, χρειάζεται να έχει ασχοληθεί με τη μουσική διαφόρων εποχών και σχολών, προκειμένου να έχει τη δυνατότητα κριτικής επιλογής μουσικών κομματιών για ακρόαση και αναγνώριση μουσικών στοιχείων τους, που θα προωθήσουν τον στόχο του Κοινωνικού Λειτουργού.

Τέλος, ένα σημαντικό πλεονέκτημα για τον Κοινωνικό Λειτουργό, είναι να γνωρίζει κάποιο μουσικό όργανο. Οι μουσικές γνώσεις του Κοινωνικού Λειτουργού, δεν είναι απαραίτητο να είναι ολοκληρωμένες. Ωστόσο απαιτούνται οι βασικές γνώσεις και φυσικά όσο πιο ουσιώδης και εξειδικευμένες είναι, τόσο το καλύτερο για τον ίδιο και τη δουλειά του. (www.musictherapy.org)

Αφού ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει εξειδικευτεί στο αντικείμενο της μουσικοθεραπείας, θα μπορούσε να την εφαρμόσει ως διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο, όταν δουλεύει σε κάποιο θεραπευτικό πλαίσιο. Έτσι, η χρήση της μουσικοθεραπείας στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας και το αντίστροφο, μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη και αποτελεσματική.

Ο ρόλος λοιπόν του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να εξομαλύνει προοδευτικά την οποιαδήποτε δυσκολία με τη χρησιμοποίηση των εσωτερικών παραγόντων, όπως συναισθήματα και

αντιδράσεις. Να τον κινητοποιήσει και να τον βοηθήσει να ανακαλύψει τις εσωτερικές δυνατότητες του και να τις χρησιμοποιήσει προκειμένου να βοηθήσει ουσιαστικά τον εαυτό του, είτε έχει κάποια δυσκολία, είτε απλά θέλει να βελτιωθεί ως άνθρωπος. Αυτός είναι και ένας από τους βασικούς στόχους της μουσικοθεραπείας. Οπότε ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να «εκμεταλλευθεί» τη χρήση της, αφού στα χέρια του μπορεί να γίνει ένα πολύτιμο εργαλείο. (Ζωγράφου, 1993)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει την μουσικοθεραπεία και ως διαγνωστικό εργαλείο. Γεγονός που θα τον βοηθήσει να συγκεντρώσει χρήσιμες πληροφορίες, έτσι ώστε να μπορέσει να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα για τον εξυπηρετούμενο και για το πώς θα αντιμετωπισθεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα η προβληματική κατάσταση. Αυτό θα επιτευχθεί αφού η μουσική θα χαλαρώσει το άτομο, θα του δώσει τη δυνατότητα να βιώσει μια μοναδική εμπειρία βαθύτερης επαφής και επικοινωνίας με τον εαυτό του. Θα βελτιώσει τα επίπεδα λειτουργικότητας του και θα τον βοηθήσει να επικοινωνήσει καλύτερα και να εμπιστευτεί τον Κοινωνικό Λειτουργό-Θεραπευτή του. Με τη χρήση λοιπόν της μουσικής, στη φάση της Κοινωνικής Διάγνωσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει εξασφαλίσει ένα μέσο βοηθητικό ως προς την ουσιαστικότερα επαφή με τον εξυπηρετούμενο και ως προς την αρχική φάση της συγκέντρωσης των πληροφοριών και της μελέτης των δεδομένων. (Παλαιολόγου, 1990)

Η μουσική λοιπόν, δίνει τη δυνατότητα στον Κοινωνικό Λειτουργό, να βοηθήσει το άτομο-πελάτη να «ανακαλύψει» ουσιαστικά τις υγιείς και κινητοποιημένες πλευρές της προσωπικότητας του. Ενώ παράλληλα έχει τη δυνατότητα να τις χρησιμοποιήσει έτσι, ώστε να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και αυτογνωσία του και δυναμικά να διεκδικήσει μια καλύτερη και ουσιαστικότερη αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης από τον ίδιο.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός, είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο, έχει τη δυνατότητα με τη χρήση της μουσικοθεραπείας

στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας, να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής του. Οι κύριοι στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας και οι κεντρικές επιδιώξεις της Μουσικοθεραπείας συμπίπτουν ουσιαστικά σε αρκετά σημεία. Έτσι, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει στα χέρια του ένα ακόμη εργαλείο που σίγουρα θα του φανεί χρήσιμο και βοηθητικό σε όλες τις φάσεις της δουλειάς του.

Τέλος, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να σέβεται τις εσωτερικευμένες εμπειρίες του κάθε ατόμου και να αισθάνεται ενθουσιασμό για την «φρεσκάδα» που μπορεί να προκαλέσει η δική του δουλειά στα άτομα-πελάτες. (Anderson, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

"ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ"

2.1 Εισαγωγή

Τα πρώτα χρόνια, στην θεμελίωση της όλης ανάπτυξης (σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής) του ανθρώπου είναι πολύ σημαντικά. Κάθε ηλικία έχει το μερίδιό της προσφοράς και της σημασίας της μια και η ανάπτυξη έχει και διάρκεια και αδιάκοπη συνέχεια. Ορισμένες περιόδους, όπως και ορισμένα γεγονότα, λειτουργούν σαν ορόσημα στην όλη ανάπτυξη. Κάποιος λ.χ. που βραβεύτηκε μια και μοναδική φορά μπορεί ο χρόνος γι' αυτόν να «σταμάτησε» στο γεγονός αυτό της βράβευσης. Παραγκωνισμένος τώρα πια δε ζει παρά μόνο με αυτό το αξεπέραστο μεγαλείο. Η αρρωστημένη προσήλωση και υπερβολή έχουν ανακόψει κάθε συναισθηματική μπορεί ακόμα και νοητική ανάπτυξη.

Γι' αυτό και είναι σημαντικό σε κάθε είδος καλής ανάπτυξης να υπάρχει και κάθε καλή συνέχεια. Έτσι εφ' όσον όλα πήγαν καλά στη βρεφική και νηπιακή ηλικία, το παιδί φτάνει σε μια ωριμότητα για να είναι ένας κανονικός μαθητής.

Τώρα η είσοδός του στο σχολείο είναι ένα γεγονός ορόσημο. Ιδιαίτερα για το παιδί που δεν είχε την ευκαιρία να πάει σε νηπιαγωγείο, το σχολείο είναι κάτι που από απόσταση του δημιουργεί περιέργεια ανάμικτη με φόβο, περηφάνια μαζί και ευχαρίστηση που θα έχει το δικαίωμα να γίνει μαθητής. (Ι.Δ. Ιωαννίδης Αθήνα 1996)

Η σχολική ηλικία ξεκινά από 6 ετών με την εμφάνιση των πρώτων μόνιμων δοντιών και την είσοδο του παιδιού στο σχολείο. Και τελειώνει στην ηλικία που το άτομο γίνεται «σεξουαλικά ώριμο». Έως το 11^ο έτος για τα κορίτσια –πρώτη έμμηνη ρύση- και το 13^ο έτος για τα αγόρια –πρώτη εκσπερμάτωση-. (Ι.Ν. Παρασκευόπουλος 1986)

Στην σχολική ηλικία η ανάπτυξη του παιδιού διαιρείται σε τομείς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι δυνατόν να συνοψιστούν ως εξής:

Στο σωματικό και κινητικό τομέα πραγματοποιούνται ποιοτικές μεταβολές. Ο ρυθμός του σώματος μειώνεται και πραγματοποιείται έλεγχος και

σταθεροποίηση των βιοσωματικών και ψυχοκινητικών διεργασιών που είχαν αυξηθεί ραγδαία κατά την προηγούμενη περίοδο.

Στον νοητικό τομέα πραγματοποιούνται μεγάλες αλλαγές. Εμφανίζεται η λογική στο παιδί από την ηλικία των 7 ετών. Αρχίζει να κατακτά γνωστικά σχήματα όπως της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων, της σειροθέτησης των ποικίλων σχέσεων ανισότητας, της έννοιας του αριθμού, της έννοιας διαχώρισης των διάφορων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου (ποσότητα, βάρος, όγκος κ.α.). Η σκέψη όμως δεν είναι αφαιρετική. Όσον αφορά την νοημοσύνη υπάρχουν ατομικές διαφορές παντός είδους που αντανακλώνται σε σχολικά μαθήματα.

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης το επίκεντρο του ενδιαφέροντος του παιδιού, που μέχρι τώρα ήταν ο εαυτός του και οι γονείς του, αλλάζει και στρέφεται προς τους συνομήλικούς του. Σχηματίζονται ομόφυλες ομάδες με κοινή γλώσσα και κώδικα συμπεριφοράς. Οι γονείς και η δασκάλα είναι σημαντικά πρόσωπα αλλά σε συγκεκριμένους χώρους. Σ' αυτή την περίοδο το παιδί εκτός από την μεροληπτική μεταχείριση που μέχρι τώρα αντιμετώπιζε από τους γονείς, δέχεται την αντικειμενικότερη μεταχείριση από το σχολείο το οποίο θα αποτελέσει παράγοντα ομαλοποίησης της μονόπλευρης μεταχείρισης των γονέων. Στο σχολείο βέβαια αναπτύσσεται και η κοινωνικοποίηση «των παιδιών που οι γονείς είναι απορριπτικοί και αδιάφοροι, θα βρουν πρόσφορο έδαφος στο σχολείο και κοινωνική αποδοχή και αναγνώριση» (I.N Παρασκευόπουλος, 1985 σελ. 12).

Στον τομέα της ανάπτυξης και προσωπικότητας το παιδί επιτυγχάνει να αισθανθεί την εμπιστοσύνη, την αυτονομία, την πρωτοβουλία και είναι «έτοιμο να επιδοθεί στην φιλοπονία και την παραγωγικότητα». Στην περίοδο αυτή το παιδί έχει ανάγκη την επιτυχία της ολοκλήρωσης και γενικότερα να είναι παραγωγικό βιώνοντας την ευχαρίστηση και την χαρά. Όταν το παιδί δεν αναπτύσσει την φιλοπονία και την παραγωγικότητα δημιουργεί αισθήματα κατωτερότητας και ανεπάρκειας.

Όσον αφορά την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη το παιδί στην ηλικία των 6-12 ετών βρίσκεται στο στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας σύμφωνα με τον Freud, περίοδο δηλαδή γαλήνης και ηρεμίας πριν την ήβη. Στον τομέα της ηθικότητας το παιδί δεν είναι απόλυτο στους ηθικούς κανόνες αλλά εισέρχεται σε μια σχετικότητα «όπου έμφαση δίνει στην πρόθεση και στο κίνητρο και όχι στα αποτελέσματα και στην ζημιά που προκαλείται» (ό.π., σελ. 14)

Στην ηλικία των 6 ετών το παιδί ξεκινά το σχολείο το οποίο θα αποτελέσει ορόσημο στην ζωή του καθώς απομακρύνεται από το περιβάλλον της οικογένειας και εισέρχεται στην σχολική κοινότητα περιτριγυρισμένο από συνομηλίκους. Τα σημαντικότερα εξελικτικά επιτεύγματα και οι δεξιότητες που θα κατακτήσει το παιδί σε αυτή την ηλικία είναι τα εξής:

- Απόκτηση σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων.
- Ενίσχυση κινητικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για τα οργανωμένα παιχνίδια και αγωνίσματα.
- Απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης.
- Δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων με ενήλικους έξω από την οικογένεια.
- Συνειδητοποίηση του κοινωνικού ρόλου του φύλου του.
- Γνώση για τους ηθικούς κανόνες και κοινωνικούς θεσμούς.
- Ενδιαφέρον για ενίσχυση γνωστικών λειτουργιών

Η επίτευξη των παραπάνω εξελικτικών επιτευγμάτων αποτελεί προϋπόθεση για ομαλό πέρασμα για την επόμενη εξελικτική περίοδο, την εφηβεία. (Παπαμιχαήλ Γ., 2004)

2.2 Βιοσωματική ανάπτυξη

Η σωματική ανάπτυξη του παιδιού σε αυτό το στάδιο είναι περισσότερο ποιοτική παρά ποσοτική. Ενώ στις προηγούμενες ηλικίες στόχος ήταν η ανάπτυξη των μελών εκείνων που απαρτίζουν το άτομο, τώρα το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στην τελειοποίησή τους και στην ρύθμιση των βιοσωματικών και ψυχικών λειτουργιών.

(I.N. Παρασκευόπουλος 1985)

Βαθμιαία, αποκόπτεται η ραγδαία σκελετική αύξηση, αλλά προς το τέλος της περιόδου παρουσιάζεται ταχεία ανάπτυξη στα χέρια και στα πόδια και στα οστά του προσώπου. Έτσι με την περαιτέρω διαμόρφωση των άκρων επιτυγχάνεται η κινητική δεξιότητα η οποία είναι απαραίτητη στις σχολικές δραστηριότητες του παιδιού. Τώρα πια μπορεί να επιλέξει την κατάλληλη χειρονομία σε σχέση με ένα αντικείμενο. Δηλαδή, αν ένα πράγμα είναι βαρύ το πιάνει και με τα δυο του χέρια, με δάχτυλα σφιγμένα ή όχι, ανάλογα. Αυτή την προσαρμογή που είναι ανάλογη με το αντικείμενο, ο Πιαζέ την ονόμασε *διαρρύθμιση*. Διαρρύθμιση είναι να προσαρμόζεις κάτι ανάλογα με τις δυνατότητές σου αλλά και με τις απαιτήσεις του αντικειμένου. Το άτομο ρυθμίζει πως θα ενεργήσει, ποιες ενέργειες θα κάνει ώστε να υπάρξει καλύτερη αφομοίωση. Αφομοίωση είναι κάτι που παίρνει κανείς από το περιβάλλον και το εντάσσει μέσα του για να το κάνει σύμφωνο με τη δική του δομή. Μα το φαινόμενο της αφομοίωσης πραγματοποιείται καλύτερα -ουσιαστικά αρχίζει να υπάρχει- από την εφηβική ηλικία.

Γενικά οι κινήσεις του παιδιού βρίσκονται σε συμφωνία με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Μπορεί να τις ρυθμίζει, να τις εναρμονίσει καλύτερα. Σ' αυτό φυσικά, βοηθά και η παράλληλη ανάπτυξη της νοημοσύνης του που είναι τώρα λιγότερο ή ελάχιστα εγωκεντρική. Πρόκειται για μια σύντομη παύση ανάμεσα στην έντονη αύξηση της προσχολικής ηλικίας και στο «αυξητικό τίναγμα» της εφηβείας. (I.Δ. Ιωαννίδης 1996)

Επίσης το πάχος μειώνεται και κατανέμεται σε περισσότερα μέρη του σώματος. Ειδικότερα ανάμεσα στο 6^ο και στο 7^ο έτος, το μέσο ύψος είναι 120 εκατοστά και το βάρος 23 κιλά. Ο σωματότυπος στο 7^ο έτος είναι σαφής και μπορεί να καθοριστούν οι τελικές διαστάσεις του σώματος. (I.N Πρασκευόπουλος 1985, σελ. 36)

Πρέπει να τονιστεί ότι πολύ συχνά στα παιδιά που φοιτούν στην ίδια τάξη παρουσιάζονται σωματικές διαφορές 3 και 4 ετών χρονολογικής ηλικίας. Οι διαφορές αυτές οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες όπως π.χ. την σωματική διάπλαση των γονιών των παιδιών, είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως π.χ. σωματικής άσκησης και συνθήκες διαβίωσης.

Τα πόδια στην αρχή της σχολικής ηλικίας είναι εκείνα που έχουν το προβάδισμα . Οι γονείς δεν προλαβαίνουν να του αγοράσουν παπούτσια. Από τη μια γιατί τα άκρα του παρουσιάζουν ραγδαία ανάπτυξη και δεν του χωρούν σε ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Και από την άλλη, γιατί χρησιμοποιεί τα πόδια του –ιδιαίτερα το αγόρι- θα έλεγε κανείς αδιάκοπα.

Η καρδιά είναι μικρή για το μέγεθος του σώματος και πρέπει να προφυλάγεται από εντάσεις. Ειδικότερα στο 6^ο και στο 7^ο έτος η συχνότητα των ασθενειών είναι μεγαλύτερη και πιο συχνή. Γι'αυτό και πρέπει να προσέχουμε τα πιθανά τους επακόλουθα. Οι πιο συχνές αρρώστιες είναι τα κρυολογήματα, οι ωτίτιδες και οι διάφορες λοιμώδεις παιδικές ασθένειες. Οι επιπτώσεις από αυτές δεν είναι σοβαρές. Οι εμβολιασμοί, οι ιατρικές εξετάσεις και η απόκτηση δεξιότητας της αυτοπροστασίας (να φροντίζει το παιδί την καθαριότητα του σώματός του, του ντυσίματος ανάλογα με τις καιρικές συνθήκες) είναι τα κύρια προληπτικά μέτρα (I.N Παρασκευόπουλος 1984 σελ.38)

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας, κατά την σχολική ηλικία, είναι «τα τερηδονισμένα δόντια και οι ανωμαλίες στην όραση». Συχνά και επικίνδυνα είναι και τα ατυχήματα που συμβαίνουν. Το 1/3 των παιδιών θα χτυπήσει και θα χρειαστεί ιατρική περίθαλψη. Γι' αυτό το λόγο οι γονείς απαιτείται να

εξηγήσουν τους κινδύνους και τα όρια αυτονομίας των παιδιών χωρίς υπερπροστασία ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα για υπερπροστασία.

2.3 Νοητική ανάπτυξη

Στον νοητικό τομέα πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές καθώς το παιδί εγκαταλείπει τον εγωκεντρισμό και τη διαισθητική λογική της νηπιακής ηλικίας και αποκτά μια πιο σταθερή και συνεπή λογική. Τα συμπεράσματα για την γνωστική ανάπτυξη των παιδιών αντλούνται από έρευνες γενετικών, συμπεριφοριστών και ψυχομετρητών ψυχολόγων. Οι γενετικοί υποστηρίζουν ότι τα παιδιά διαθέτουν διαφορετικό είδος νοημοσύνης και προσπαθούν να το καθορίσουν για την κάθε αναπτυξιακή περίοδο. Οι συμπεριφοριστές υποστηρίζουν ότι οι νοητικές ικανότητες είναι αποτελέσματα μάθησης και ωρίμανσης. Οι ψυχομετρητές ψυχολόγοι ενδιαφέρονται για την ποσοτική πλευρά της νοητικής ανάπτυξης και τις ατομικές διαφορές. (I.N Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 94)

Σύμφωνα με τον γενετιστή ψυχολόγο Piaget, τα στάδια της νοητικής ανάπτυξης που παρατηρούνται είναι τέσσερα. Κατά προσέγγιση, δίνονται περίοδοι χρονολογικής ηλικίας που αντιστοιχούν σε κάθε στάδιο. Ωστόσο το στάδιο το οποίο αφορά την παιδική σχολική ηλικία 6 – 12, είναι το στάδιο όπου το παιδί διανύει την περίοδο των συγκεκριμένων νοητικών πράξεων και που το ίδιο καταφέρει να επιλύει προβλήματα χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες νοητικές πράξεις. Λογικές πράξεις ορίζονται οι εσωτερικευμένες νοητικές δράσεις που αναλύουν και μετασχηματίζουν δεδομένα της πραγματικότητας. Χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η αποκέντρωση της αντίληψης και η κατάκτηση γνωστικών λογικών σχημάτων (π.χ. Σχέσεις ανισότητας, έννοια αριθμού, βάρους, όγκου κ.α.). Στο 7^ο και 8^ο έτος κατακτάται η διατήρηση της

ποσότητας, στο 9^ο και 10^ο έτος η διατήρηση του βάρους και στο 11^ο με 12^ο έτος η διατήρηση του όγκου.

Η δημιουργική σκέψη έχει γίνει αντικείμενο έρευνας τόσο στο χώρο της ψυχολογίας όσο και της παιδαγωγικής πράξης. Πέντε διαφορετικές διεργασίες περιλαμβάνονται στην νόηση: α) η κατανόηση, β) η μνήμη, γ) η αποκλίνουσα νόηση, δ) η συγκλίνουσα νόηση και ε) η αξιολόγηση. Η «αποκλίνουσα νόηση αποτελεί τον πυρήνα της δημιουργικής σκέψης, της οποίας κύριο χαρακτηριστικό είναι η παραγωγή ενός μεγάλου αριθμού λύσεων, ενώ η συγκλίνουσα νόηση αντιπροσωπεύει την ικανότητα να βρει μια λύση την κοινή» (Μόττη-Στεφανίδη Φ, 1999)

Η νοητική ανάπτυξη δεν έχει γίνει ακόμη συλλογιστική, δηλαδή η σκέψη να είναι αποτέλεσμα συλλογισμού. Δεν είναι αφαιρετική. Είναι σκέψη εποπτική και συγκεκριμένη. Γι' αυτό και το παιδί δεν είναι σε θέση να κάνει εύκολα συγκρίσεις. Πολλά παιδιά 8 – 9 ετών, κατά τον Piaget, κι όταν ακόμα είδαν μια πέτρα να τοποθετείται σε ένα ποτήρι με νερό και να ανεβαίνει η στάθμη του νερού έδωσαν την εξήγηση ότι αυτό έγινε επειδή η πέτρα είναι βαριά. Μετά ρωτήθηκαν αν το ξύλο είναι βαρύ ή ελαφρύ και είπαν ελαφρύ. Ωστόσο επειδή το κομμάτι του ξύλου ήταν μεγαλύτερο από την πέτρα, περίμεναν να ανυψωθεί και πάλι η στάθμη του νερού. Το σχήμα και το βάρος δεν μπορούν να κατανοηθούν ταυτόχρονα.

Υπάρχει έλλειψη αναστρεψιμότητας. Έχοντας δυο ίδια ποτήρια με νερό κι αφού αδειάσουμε το ένα σε άλλο φαρδύτερο και ρωτήσουμε το παιδί ποιο έχει το περισσότερο, θα πει το στενότερο ή το φαρδύτερο. Εξαρτάται από το τι θα προσέξει. Δεν έχει την αίσθηση της αναστρεψιμότητας για να δει όταν το ξαναβάλουμε στο στενό τι θα γίνει. Δεν είναι σε θέση να αξιοποιεί δυο παράγοντες ταυτόχρονα. Αν επισημαίνει το πλάτος δεν επισημαίνει και το ύψος ταυτόχρονα. Μια πλαστελίνη που αλλάζει σχήμα δυσκολεύεται το παιδί να καταλάβει ότι είναι ίδια σε ποσότητα. Το περιβάλλον του σχολείου, ωστόσο, καθώς επιβάλλει την αναγνώριση των αντιθέσεων, θα κάνει το παιδί, νωρίτερα

ή αργότερα, να αποκτήσει την ικανότητα της σύγκρισης και του συλλογισμού. (Ι.Δ. Ιωαννίδης 1996)

Στη σχολική ηλικία η σκέψη περιορίζεται στο γεγονός ότι οι νοητικές πράξεις πραγματοποιούνται μόνο επί συγκεκριμένου υλικού. Όσον αφορά τον τομέα της γλωσσικής ικανότητας, υπάρχει εντυπωσιακή βελτίωση στο ποσό, την ποικιλία και το εννοιολογικό περιεχόμενο των λέξεων «το μέγεθος του λεξιλογίου στο 5^ο έτος είναι 2000 λέξεις, στο 10^ο έτος 5400 και στο 12^ο έτος 7200, ετήσια δηλαδή αύξηση 600 λέξεων » (ό.π., σελ. 99). Η πιο σημαντική κατάκτηση του παιδιού σχολικής ηλικίας είναι η ανάγνωση και η γραφή. Στην περίοδο αυτή βελτιώνεται και η επικοινωνιακή ικανότητα. Εμφανίζεται και η κωδικοποιημένη γλώσσα (κορακίστικα) και η ανάγκη για κρυφή επικοινωνία μεταξύ των παιδιών.

Βέβαια όλα αυτά θα εξαρτηθούν από τις εμπειρίες που θα έχει το παιδί στο σπίτι του και από τις εμπειρίες που θα του δημιουργηθούν στο σχολείο. Από την ενθάρρυνση και την αποδοχή που θα έχει, ώστε να αυξηθεί η επίδοσή του.

Μια οικογένεια με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, συνήθως παρέχει περισσότερες μορφωτικές εμπειρίες. Αλλά και μια άλλη με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, μπορεί να αφήνει ανοίγματα στο παιδί να κινηθεί και να μάθει από τον κοινωνικό του περίγυρο. Όπως και αν είναι, οι εμπειρίες που αποκτά το παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του επηρεάζουν σημαντικά και την νοητική ανάπτυξη. Η απόκτηση λεξιλογίου δεν αποτελεί μόνο ένδειξη νοητικής ανάπτυξης αλλά είναι και μέσο για καλύτερη νοητική αξιολόγηση. (Ι.Ν. Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 129).

2.4 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Στην περίοδο αυτή λαμβάνουν χώρα σημαντικές μεταβολές στον ψυχισμό του παιδιού. Αυτό συμβαίνει διότι αλλάζει το κοινωνικό πλαίσιο το οποίο κινείται το παιδί και λόγω του ότι διαφοροποιούνται τα κίνητρα και οι επιδιώξεις του. Ο κύριος παράγοντας που συντελεί στη σημαντική μεταβολή του ψυχοκινητικού τομέα είναι η είσοδος του στο σχολείο. (I.N Παρασκευόπουλος 1985)

Η συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού παρουσιάζει μια μικρή και ανεπαίσθητη ή μεγαλύτερη και σοβαρότερη κρίση με την ένταξή του στον κοινωνικό χώρο του σχολείου. Μέχρι τώρα, το οικογενειακό του περιβάλλον λειτουργούσε –αν λειτουργούσε σωστά- σαν ένα είδος θερμοκηπίου. Υπήρχαν, κατά κανόνα, ρυθμισμένες συναισθηματικές συνθήκες. Παρ' όλα αυτά, αν το παιδί, έχει μάθει να αντιδρά συναισθηματικά σωστά μέσα στην οικογένεια, θα είναι σε θέση να λειτουργεί και να αντιδρά πιο εύκολα –και το ίδιο συναισθηματικά σωστά- κι έξω από την οικογένεια.

Ο ρυθμός της συναισθηματικής του ωρίμανσης στην πορεία της όλης συναισθηματικής του ανάπτυξης, εξαρτάται βασικά, αν όχι αποκλειστικά, από τις συναισθηματικές συνθήκες της οικογένειας. Το παιδί μέσα σ' αυτή αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, αυτοσυναίσθημα αξίας (ή απαξίας) και αποδοχή του φύλου του. Εκείνο που πρέπει να αποκτήσει τώρα έξω από την οικογένεια, είναι η ικανοποίηση των νέων ευρύτερων κοινωνικών αναγκών του. (Παιδαγωγική ψυχολογία Ι.Δ. Ιωαννίδης 1996)

Κατά τον Herbert, (Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας, 1989), το παιδί με την είσοδό του στο σχολείο, εισέρχεται σε ένα σχετικό ανοικτό σύστημα χωρίς συγκεκριμένους κανόνες και απαιτήσεις όπου όλα όσα συμβαίνουν είναι απρόβλεπτα, απροσδόκητα και όχι σπάνια δυσάρεστα και τραυματικά στον ψυχισμό του παιδιού. Συνηθισμένο να επιβιώνει σε ένα κλειστό σύστημα όπου οι κανόνες είναι γνωστοί και σε περίπτωση κινδύνου

μπορούσε να καταφεύγει στην μητρική προστασία πρέπει να είναι προικισμένο με αρκετή ευελιξία και αυτοέλεγχο ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και εντάσεις του νέου περιβάλλοντος.

Στο σχολείο το παιδί έχει διπλή ιδιότητα, του μαθητή και του συμμαθητή. Ως μαθητής ακολουθεί ένα διδακτικό πρόγραμμα που τον οδηγεί σε επιτεύγματα, ικανοποιήσεις και ψυχικές εντάσεις. Ως συμμαθητής αντιμετωπίζει διάφορες μορφές διαπροσωπικής συμπεριφοράς. Αυτές οι δυο ιδιότητες θα ομαλοποιήσουν την θέση του ύστερα από την μονομερή συμπεριφορά των γονιών του.

«Το παιδί ζει σε δυο διαφορετικούς κόσμους. Στον κόσμο των ενηλίκων και στον κόσμο των συνομηλίκων. Με το πέρασμα του χρόνου η προσκόλληση και το ενδιαφέρον στους ενηλίκους μειώνεται και αυξάνεται προς τους συνομηλίκους. Αν το παιδί δεν καταφέρνει να διαμορφώσει θετικές σχέσεις αρχικά με τους ενήλικες και μετά με τους συνομηλίκους στην ενήλικη ζωή του θα είναι συναισθηματικά και κοινωνικά ελλειμματικό» (Μόττη-Στεφανίδου Φ., 1999)

Οι πρώτες κοινωνικές ομάδες που σχηματίζει το παιδί έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά τα εξής, σύμφωνα με τον Ι.Ν Παρασκευόπουλο:

(α) Στα πρώτα σχολικά χρόνια η δομή των παιδικών ομάδων είναι ρευστή, χαλαρή και αυξομειώνεται. Κύριο παιχνίδι είναι οι δραματοποιήσεις και «η τελετουργική επανάληψη ρυθμικών μιμητικών παιχνιδιών». Στα τελευταία σχολικά χρόνια οι ομάδες γίνονται πιο σύνθετες και οργανωμένες (ό.π., σελ. 167)

(β) Οι ομάδες είναι ομόφυλες. Υπάρχει το ετερόφυλο ενδιαφέρον αλλά απουσιάζει η ερωτική διάθεση. Η επιλογή φίλων γίνεται με βάση κυρίως την τοπική εγγύτητα. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας υπάρχουν δυο κριτήρια επιλογής α)δυάδες φίλων που αλληλοσυμπληρώνονται (αυταρχικός – υποτακτικός) και β)δυάδες φίλων ισοτιμίας.

(γ) Συμμόρφωση στους κανόνες συμπεριφοράς. Στα 10 – 13 χρόνια η υπακοή είναι στο μέγιστο σημείο. Ο βαθμός συμμόρφωσης σχετίζεται και με παράγοντες όπως οι ευκαιρίες που έχει το παιδί για αλληλεπίδραση και η δημοτικότητά του.

Η δημοτικότητα διαφέρει ανάμεσα στα παιδιά. Τα δημοφιλή παιδιά είναι δυναμικά, φιλικά, ευχάριστα, με ενθουσιώδης συμπεριφορά, με ενεργή συμμετοχή στα παιχνίδια και με ελκυστική εμφάνιση. Κατά κανόνα επίσης είναι δημιουργικά και έχουν κάποιο ιδιαίτερο ταλέντο (μουσική, άθληση). Τα μη δημοφιλή παιδιά μπορούν να βοηθούν για να βελτιώσουν τη σχέση τους μέσα από το σχολείο, από τους δασκάλους ενισχύοντας το αυτοσυναίσθημά τους. (Παπαμιχαήλ Γ., 2004)

2.5 Ηθική ανάπτυξη

Η ανάπτυξη ηθικότητας είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων: Της οικογένειας, του σχολείου, της γειτονιάς, της εκκλησίας και ιδιαίτερα του πνεύματος της ομάδας.

Η ανάπτυξη της ηθικότητας όπως και της νόησης, εξαρτάται βασικά από την απόκτηση εμπειρίας. Έχει σχέση με διάφορα πρόσωπα – πρότυπα που ολοένα λιγοστεύουν την εγωκεντρική αντίληψη του παιδιού και το κάνουν να κατανοήσει ότι οι ηθικές αξίες δεν έχουν να κάνουν με την προσωπική του ευχαρίστηση, με την άμεση ικανοποίηση αναγκών. Οι επιθυμίες του δεν είναι το κριτήριο για το καλό ή το κακό. Όταν π.χ. είναι 4 χρονών παραβιάζει τους κανόνες του παιχνιδιού για να κερδίσει ή να επιβάλει κανόνες όπως το συμφέρει. Στην ηλικία των 7-8 χρονών, οι κανόνες είναι απαραβίαστοι. Το παιδί προχωρεί από την ηθική της επιβολής στην ηθική της συνεργασίας. Από την ηθική της υποταγής στο σύστημα των μεγάλων, στην προσωπική εκτίμηση και αξιολόγηση.

(Παιδαγωγική ψυχολογία Ι.Δ. Ιωαννίδης 1996)

Σύμφωνα με τον Χάντφελντ, (Παιδικότητα και Εφηβεία, 1979), ο όρος ηθικότητα εμπερικλείει δυο έννοιες. Σύμφωνα με την πρώτη έννοια, ηθικότητα είναι η συμμόρφωση προς τα ήθη και τα έθιμα της κοινωνίας. Κατά την άλλη έννοια ηθικότητα είναι η επιδίωξη των σωστών σκοπών και στόχων.

Ο πρώτος τύπος ηθικότητας έχει άμεση σχέση με την κοινωνική θέση του ατόμου που συμμορφώνεται με αυτόν επειδή οδηγεί αυτόματα στην τήρηση ηθών και εθίμων και στην μίμηση των προτύπων του κοινωνικού κύκλου.

Σύμφωνα με την δεύτερη έννοια ορισμένοι σωστοί σκοποί και στόχοι, όπως είναι η γενναιοδωρία, η αλληλεγγύη, αξιοπιστία, η τιμιότητα θεωρούνται από μόνοι τους καλοί και θα πρέπει να επιδιώκονται ανεξάρτητα από τα έθιμα και τις αρχές της κοινότητας.

Ηθικότητα κατά την σχολική ηλικία είναι η ικανότητα το παιδιού να κατανοήσει τι είναι καλό ή όχι τόσο στην συμπεριφορά του ίδιου όσο και των άλλων. Να τηρεί και να υπακούει τους ηθικούς κανόνες, τους οποίους θα ενστερνισθεί και θα εφαρμόσει σε ποικίλες προσωπικές καταστάσεις.

Η ηθικότητα μπορεί να οριστεί, σύμφωνα με τον Ι.Ν Παρασκευόπουλο (1985, σελ 191), ως «ένα σύστημα αξιολόγησης των πράξεων του ατόμου». Τρία στοιχεία διακρίνονται από ψυχολογική άποψη σ' αυτό τον ορισμό:

α) Ο όρος σύστημα δηλώνει ένα σύστημα ηθικών κανόνων με το οποίο κρίνεται αν μια μορφή συμπεριφοράς είναι ηθική ή ανήθικη. Το στοιχείο αυτό αποτελεί την γνωστική πλευρά της ηθικότητας.

β) Με τον όρο αξιολόγηση δηλώνεται η συναισθηματική πλευρά της ηθικότητας. Η ηρεμία και η γαλήνη, όταν διαπράττεται το «ηθικό» και η ενοχή και ντροπή, όταν διαπράττεται το «ανήθικο».

γ) Ο όρος πράξεις δηλώνει ότι στην ηθικότητα πέρα από το γνωστικό και θυμικό στοιχείο υπάρχει και το εκτελεστικό. Αυτό είναι το πιο σημαντικό στοιχείο, γιατί δεν έχει σημασία η γνώση των ηθικών κανόνων αλλά η συμπεριφορά σύμφωνα μ' αυτούς στην προσωπική του ζωή. (ό.π., σελ. 191).

Η ανάπτυξη της ηθικότητας στο παιδί περιγράφεται πιο κάτω όπως αυτή απορρέει από έρευνες του Piaget με την μέθοδο του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα ο Piaget (Φεντ. Χ. Κοινωνική ένταξη και εκπαίδευση, 1989), ερεύνησε την ηθική κρίση στο παιδί. Εφάρμοσε εύθυμες μεθόδους ερωτηματολογίου αφήνοντας τα παιδιά να εκφράσουν τη γνώμη τους για ποικίλες ιστορίες και απαιτώντας να συνεχίσουν τα επεισόδια που δημιουργήθηκαν. Με τον τρόπο αυτό ο Piaget πληροφορήθηκε τις απόψεις των παιδιών για το ψεύδος και την κλεψιά, για το πόσο αυστηρά πρέπει να τιμωρηθεί κάποιος και για ποιες πράξεις, για το αν είναι ορθή ή λανθασμένη η συλλογική τιμωρία, αν επιτρέπεται κάποιος να αντιγράψει, αν η «καταγγελία» είναι λάθος, τι είναι δικαιοσύνη και ανταπόδοση.

Με τις έρευνες αυτές ο Piaget διαπίστωσε ότι η εξέλιξη της ηθικής διέρχεται από δυο φάσεις:

α) Την περίοδο του ηθικού ρεαλισμού και της ετερόνομης ηθικής (8^ο και 9^ο έτος) και

β) Την περίοδο της αυτόνομης ηθικής (από το 9^ο έτος και ύστερα). Τα παιδιά κρίνουν τη σοβαρότητα του παραπτώματος από το ποσό της ζημιάς και θεωρούν ότι οι σκληρές τιμωρίες είναι ο μοναδικός τρόπος πειθάρχησης. Τα μεγαλύτερα παιδιά, από την άλλη, δίνουν βαρύτητα στην πρόθεση του παραπτώματος και θεωρούν αποτελεσματικές τις ελαφριές ποινές και τους άλλους τρόπους σωφρονισμού (μεταμέλεια, αποκατάσταση της ζημιάς) (I.N Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 192).

Η συναισθηματική πλευρά της ηθικότητας, που έχει μελετηθεί από τον Freud, περιγράφεται ως συναίσθημα ενοχής για τις πράξεις. Οι συμπεριφοριστές θεωρούν ότι το παιδί αισθάνεται άσχημα όταν πράττει το «ανήθικο». Λόγω αυτού του συναίσθηματος το παιδί αποφεύγει να εκτελέσει την πράξη (παθητική αποφυγή). Τελευταία έχει διαπιστωθεί ότι η γνώση των συνεπειών ενισχύει την αντίσταση των παιδιών στο παράπτωμα. Αυτή η αντίσταση ενισχύεται και από την στενή στοργική και ζεστή σχέση γονέων και παιδιών.

Οι γονείς χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο τρεις μορφές πειθάρχησης: α) την σωματική βία, β) την ψυχολογική βία και γ) την ανάλυση και επισήμανση των συνεπειών των πράξεων για τις ζωές των άλλων. Τα αποτελέσματα της σωματικής βίας είναι προσωρινά και περιορισμένα. Η ψυχολογική βία φέρνει σύγχυση και τα αντίθετα αποτελέσματα. Η ανάλυση των συνεπειών θεωρείται ο καταλληλότερος τρόπος πειθαρχήσεως γιατί το παιδί αποκτάει εσωτερικό έλεγχο (ό.π., σελ. 193).

Η εκτελεστική πλευρά της ηθικότητας δίνει βαρύτητα στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ενεργεί κάθε φορά το άτομο. Επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού και πράττει είτε ηθικά είτε ανήθικα.

Η φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς που προαναφέρθηκαν κατά την σχολική ηλικία 6 – 12 ετών, οδηγεί στην ολοκλήρωση μιας υγιούς προσωπικότητας.

2.6 Θεωρίες για την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Η πολυμορφία, η πολυπλοκότητα και το βάθος της συναισθηματικής ζωής της ανθρώπινης προσωπικότητας, είναι ένα φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με όλους τους τομείς της ψυχικής ανάπτυξης. Το βιοσωματικό, το γνωστικό, το γλωσσικό, τον ψυχοκοινωνικό και τον ηθικοθρησκευτικό. Στα πλαίσια των σύγχρονων μελετών έχουν δοθεί ποικίλες θεωρητικές ερμηνείες (Κακαβούλης, 1990).

α) Η θεωρία της Συμπεριφοράς

Ο Κακαβούλης (1990), αναφέρει ότι σύμφωνα με τον Αμερικανό ψυχολόγο J. Watson η βασική θέση της Θεωρίας της Συμπεριφοράς

(Behaviorism) είναι ότι: «η ψυχική ζωή του ανθρώπου, επομένως και τα συναισθήματα, είναι φυσικές αντιδράσεις του ψυχοφυσικού οργανισμού προς

φυσικά ερεθίσματα και η συνεχής συνεξάρτησή τους με υποκατάστατες αντιδράσεις και ερεθίσματα αντίστοιχα».

Ο Παρασκευόπουλος (1985), αναφέρει ότι σύμφωνα με τον Αμερικανό ψυχολόγο Locke, το παιδί γεννιέται «tabula rasa» και ότι η συμπεριφορά του ατόμου είναι συνέπεια κι αποτέλεσμα των εμπειριών του. Ακόμη «το αναπτυσσόμενο άτομο υφίσταται αλλαγές, γιατί μαθαίνει νέες μορφές συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα συγκεκριμένων εμπειριών» (Παρασκευόπουλος, 1985)

β) Η Ψυχαναλυτική Θεωρία.

Η Ψυχαναλυτική Θεωρία αναπτύχθηκε αρχικά από τον Sigmund Freud. Σύμφωνα με τον Freud πολλές μορφές παθολογικής συμπεριφοράς στους ενήλικους έχουν τις ρίζες τους στις πρώτες εμπειρίες του ατόμου κατά την παιδική ηλικία. Επίσης η συμπεριφορά του παιδιού αποβλέπει στην ικανοποίηση βιολογικών αναγκών και κυρίως της ορμής για ηδονή, της libido. Δηλαδή η ανάπτυξη του παιδιού επιτυγχάνεται κάτω από τις πιέσεις για την ικανοποίηση αυτής της βιολογικής ορμής.

Σύμφωνα με την Ψυχαναλυτική Θεωρία ο ανθρώπινος ψυχισμός διακρίνεται σε τρία μέρη: το συνειδητό, «στο οποίο υπάγονται οι άμεσες εμπειρίες σε μια δεδομένη στιγμή», το υποσυνείδητο, «στο οποίο υπάγονται όλες οι εμπειρίες (σκέψεις, ιδέες, αναμνήσεις) που δεν βρίσκονται στο συνειδητό μέρος, αλλά προσφέρονται για άμεση επαναφορά σε αυτό», και το ασυνείδητο «στο οποίο απωθούνται οι εμπειρίες από τη νηπιακή ηλικία (φόβοι, επιθυμίες, ορμές, αναμνήσεις), για τις οποίες όμως το άτομο δεν έχει καμία σαφή επίγνωση. Οι ασυνείδητες εμπειρίες εμποδίζονται να έλθουν στο συνειδητό μέρος από ένα είδος λογοκριτικής διαδικασίας, η οποία προστατεύει το άτομο από απαράδεκτες επιθυμίες και παρορμήσεις» (Κακαβούλης, 1990).

Η δομή της σύγχρονης προσωπικότητας, σύμφωνα με τη Θεωρία του Freud, συνίσταται από 3 μέρη: το Εκείνο (id), το Εγώ (ego) και το Υπερεγώ (superego). «Το Εκείνο περιλαμβάνει τις βιολογικές ορμές και λειτουργεί με

βάση την αρχή της ευχαρίστησης. Αναζητεί δηλ. την ευχαρίστηση μέσα από την ικανοποίηση των ορμών. Το Εγώ περιλαμβάνει τις ψυχικές λειτουργίες με τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα (αντίληψη, μνήμη, λογική σκέψη, αυτογνωσία) και λειτουργεί με βάση την αρχή της πραγματικότητας. Προσπαθεί να ρυθμίσει την συμπεριφορά του, συνδυάζοντας τις παρορμήσεις του Εκείνο με τις απαιτήσεις της φυσικής και κοινωνικής πραγματικότητας. Το Υπερεγώ περιλαμβάνει τους κανόνες που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά και τις σχέσεις των ανθρώπων μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα που ζει το άτομο. Είναι η ηθική με τη γενικότερη σημασία του όρου, ότι δηλαδή αποτελεί για τον άνθρωπο επιταγή για την υπέρβαση των φυσικών του παρορμήσεων»

Σύμφωνα με τον Freud, το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ αναπτύσσονται ακολουθώντας μια σειρά από προκαθορισμένα στάδια. Κάθε στάδιο επιλέγεται και χρησιμοποιείται για την ικανοποίηση της libido και για τη μείωση της ψυχικής έντασης, διαφορετική πηγή του σώματος.

Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης σύμφωνα με τον Freud είναι:

α) Το στοματικό στάδιο (1^ο έτος της ηλικίας), με κύρια πηγή ευχαρίστησης το θηλασμό. Στην περίοδο αυτή το άτομο παρουσιάζει τη μεγαλύτερη εξάρτηση.

β) Το πρωκτικό στάδιο (2^ο και 3^ο έτος) κατά το οποίο το παιδί πρέπει να αποκτήσει έλεγχο σφιγκτήρων (ενούρηση, εγκόπηση) κι ο πρωκτός αποτελεί την εστία της ψυχικής έντασης και ικανοποίησης. Κύριο χαρακτηριστικό του σταδίου είναι η τάση για αυτονομία και ο αρνητισμός.

γ) Το φαλλικό στάδιο (3^ο έως 7^ο έτος), κατά το οποίο το παιδί μαθαίνει για τη διαφορά μεταξύ των δυο φύλων και συνειδητοποιεί την αγάπη του προς τους γονείς του.

δ) Το στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας (7^ο έως 12^ο έτος) κατά το οποίο το άτομο στρέφεται προς τα πρόσωπα και τα πράγματα του

περιβάλλοντός του κι αποκτά ποικίλες γνώσεις και δεξιότητες. Είναι μια περίοδος εσωτερικής γαλήνης πριν από την καταιγίδα της ήβης.

ε) Το στάδιο της ετερόφυλης σεξουαλικότητας, κατά το οποίο το άτομο στρέφεται προς τα μέλη του αντίθετου φύλου για να εκφράσει την αγάπη του και για να αναπαράγει απογόνους.

«Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης έχουν σταθερή διαδοχή και χρονική διάρκεια. Στις περιπτώσεις που η βιολογική ορμή δεν ικανοποιείται επαρκώς σ' ένα στάδιο, το άτομο καθιλώνεται ως ένα βαθμό στο συγκεκριμένο στάδιο. Αν η ικανοποίηση της βιολογικής ορμής στα επόμενα στάδια δεν είναι επαρκής, το παιδί για να αντλήσει ικανοποίηση, παλινδρομεί σε μορφή συμπεριφοράς μικρότερης ηλικίας. Οι δυο αυτές λειτουργίες, η καθήλωση και η παλινδρόμηση είναι δυνατόν να προκαλέσουν μόνιμες αλλοιώσεις στο χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ατόμου» (Παρασκευόπουλος, 1985).

γ) Ατομική Ψυχολογία του Alder

Ο Κακαβούλης, (1990), αναφέρει ότι σύμφωνα με τον Alder «βασικό κίνητρο της ανθρώπινης δραστηριότητας δεν είναι η γενετήσια ορμή, αλλά η ορμή για κοινωνική αναγνώριση, η οποία εκδηλώνεται και ως προσπάθεια για υπερνίκηση μειονεκτημάτων και για επικράτηση στους άλλους».

Σύμφωνα με τον Alder οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση του παιδιού είναι: Το ψυχολογικό κλίμα της οικογένειας (οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η συμπεριφορά και η προσωπικότητα των γονέων) και η σύνθεση της οικογένειας (σειρά γέννησης, πολυμελής ή ολιγομελής οικογένεια) (Παρασκευόπουλος, 1985).

δ) Η Βιοκοινωνική Θεωρία του E. Erikson

Ο Erikson υποστηρίζει ότι «η ανθρώπινη προσωπικότητα αρχίζει να διαμορφώνεται από τον πρώτο χρόνο και συνεχίζει να εξελίσσεται και να διαφοροποιείται σε όλη τη διάρκεια της ζωής, μέχρι τη γεροντική ηλικία».

Σε κάθε φάση της ζωής του το άτομο διαμορφώνει νέα αντίληψη για τον εαυτό του και για το κοινωνικό περιβάλλον.

Εξελικτικά, το παιδί μέχρι την ηλικία των 12 αντιμετωπίζει 4 βασικές αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ, που η καθεμιά αντιστοιχεί σε ορισμένη περίοδο:

- Εμπιστοσύνη – Δυσπιστία (1^ο έτος)
- Αυτονομία – Αμφιβολία (2^ο και 3^ο έτος)
- Πρωτοβουλία – Ενοχή (3^ο – 6^ο έτος)
- Φιλοπονία – Μειονεξία (6^ο – 11^ο έτος)

(Κακαβούλης, 1990)

ε) Γενετική – Γνωστική Θεωρία του J. Piaget

Σύμφωνα με τον Piaget: «Δεν υπάρχει συμπεριφορά, όσο και αν στη βάση της είναι γνωστική, η οποία να μην περιλαμβάνει συναισθηματικά στοιχεία ως κίνητρα». Η συμπεριφορά επομένως παρουσιάζει ενότητα και όταν ακόμη η γνωστική δομή δεν εξηγεί τον λόγο της ενεργοποίησής της ή και το αντίθετο, όταν η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς δε φανερώνει τη γνωστική δομή της. οι δυο πλευρές, συναισθηματική και γνωστική, συμμετέχουν αδιαχώρητες και συγχρόνως αναλλοίωτες.

Τα συναισθήματα μετασχηματίζονται με την ηλικία, όπως μετασχηματίζεται και η νοητική λειτουργία (Κακαβούλης, 1990).

2.7 Συμπεράσματα

Από την μελέτη της σχετική βιβλιογραφίας όσον αφορά το παιδί της Σχολικής ηλικίας, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Το παιδί της σχολικής ηλικίας είναι ευάλωτο στις καταστάσεις που βιώνει, ο χαρακτήρας και η προσωπικότητά του διαμορφώνεται ανάλογα με τα ερεθίσματα που του παρέχουν οι άνθρωποι του περιβάλλοντός του. (π.χ. γονείς, δάσκαλοι)

Σ' αυτή την ηλικία αρχίζει να κοινωνικοποιείται μέσα από τον φορέα του σχολείου, σαν συμπλήρωμα της οικογενειακής κοινωνικοποίησης.

Μαθαίνει να συνεργάζεται με τους συμμαθητές του και προσπαθεί ν' απομακρύνει τα εγωκεντρικά στοιχεία που είχε μέχρι και το τέλος της νηπιακής του ηλικίας.

Η Παιδεία ως κοινωνικός θεσμός στοχεύει στο να βοηθήσει το παιδί να βρίσκεται σε συνεχή ανταγωνισμό με τον ίδιο τον εαυτό του παρά στο να συναγωνίζεται με τους συμμαθητές του.

Ο δάσκαλος μπορεί να ειπωθεί ότι είναι για το παιδί το υποκατάστατο των γονέων του –τις ώρες που βρίσκεται στο σχολείο- και συμβάλλει σημαντικά στην ψυχο-πνευματική του ανάπτυξη. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να ελέγχει τη δική του συμπεριφορά και να βοηθά το παιδί στηρίζοντας και ενθαρρύνοντάς το προς την επιτυχία.

Το παιδί σ' αυτή την φάση της ζωής του αισθάνεται ποικίλους φόβους τους οποίους προκαλεί το ίδιο με την φαντασία του ή προέρχονται από το κοινωνικό σύνολο που το περιβάλλει. Οι ενήλικες συμβάλλουν σημαντικά στη ψυχοσύνθεσή του με στόχο να το βοηθήσουν να ξεπεράσει τους φόβους του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

"ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠΥ)"

3.1 Τι είναι ΔΕΠΥ

Πολλές φορές ακούμε γονείς και εκπαιδευτικούς να δυσανασχετούν με κάποια παιδιά και να τα χαρακτηρίζουν «ζωηρά», «ανυπάκουα» ή ακόμη και «κακομαθημένα». Ισχύει, πράγματι κάτι από τα παραπάνω ή υπάρχει κάτι βαθύτερο που ονομάζεται «υπερκινητικότητα»;

Ο όρος «υπερκινητικότητα» αναφέρεται στη μεγάλη διάσπαση προσοχής και στην υπερδραστηριότητα. (www.anaptixikaikini.gr)

Πρόκειται για μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες νευρολογικές διαταραχές και αποτελεί τη συχνότερη παιδοψυχιατρική διάγνωση στη σχολική ηλικία. Εμφανίζεται στο 3-7% των παιδιών, από τα οποία, το 60% θα έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή. Είναι 3 ή 4 φορές συχνότερη στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια που πιθανά παραπέμπονται λιγότερο συχνά στους ειδικούς, καθώς έχουν πιο αθόρυβη συμπτωματολογία. Σε μια τάξη 25-30 μαθητών, η έρευνα υποστηρίζει ότι δύο από αυτούς θα έχουν συμπτώματα ΔΕΠΥ. (Κόρπα Τ.,2009)

Σύμφωνα με τον Μάνο, 1997, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, είναι μια από τις ψυχικές διαταραχές, που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική η εφηβική ηλικία. Αφορά κυρίως δύο ομάδες συμπτωμάτων, απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό στάδιο. (APA, 1994., Davison&Neale, 1998., Μάνος, 1997)

Η έλλειψη προσοχής συνήθως αναγνωρίζεται από προβλήματα στο σχολείο. Το παιδί μπορεί να μην είναι σε θέση να ολοκληρώσει τις εργασίες του, κάνοντας λάθη απροσεξίας ή ξεχνώντας αρκετά πράγματα. Σχεδόν το κάθε τι είναι σε θέση να αποσπάσει το παιδί. Η αποδιοργάνωση είναι συνήθης και το παιδί μπορεί να χάνει συχνά τα προσωπικά του αντικείμενα. Ακόμα και όταν

του απευθύνουμε τον λόγο, μπορεί να μην προσέχει τι του λέμε και να μην μπορεί να απαντήσει σε αυτό που το ρωτάμε.

Συμπεριφορολογικά, αυτό μεταφράζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς. Τα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολία αφοσίωσης στη σχολική εργασία ή στο να ακούν τις υποδείξεις στο σπίτι. Αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη μάθηση και την επικοινωνία. (Tripp G., 2005)

Η αντίληψη της κοινής γνώμης για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, κυριαρχείται από μύθους, παρανοήσεις και παρεξηγήσεις σχετικά με τη φύση, την πορεία και την θεραπεία της διαταραχής.

Οι παρανοήσεις της κοινής γνώμης, υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠΥ δεν είναι διαταραχή ή ότι τουλάχιστον είναι μια ήπια διαταραχή που διαγιγνώσκεται πολύ πιο συχνά από ότι θα έπρεπε. Οι επικριτές συχνά ισχυρίζονται ότι τα παιδιά λαμβάνουν χωρίς λόγο φαρμακευτική αγωγή από τους γονείς, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν κατάλληλα τα απείθαρχα, χωρίς κίνητρα ή χωρίς ιδιαίτερα επιτεύγματα παιδιά τους, ή οι οποίοι επιζητούν ένα ακαδημαϊκό πλεονέκτημα (π.χ. διευθετήσεις σχετικά με τις εξετάσεις και την τάξη του σχολείου) σε ένα ανταγωνιστικό, υψηλών απαιτήσεων μορφωτικό περιβάλλον. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι «μια αυξανόμενη δυσανεξία στην ανέμελη διάθεση της παιδικής ηλικίας, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα όλο και περισσότερα παιδιά να αποκτούν την ετικέτα της ΔΕΠΥ». Οι επικριτές σπανίως παρουσιάζουν επιχειρήματα με βάση τις ενδείξεις και συχνά ισχυρίζονται ότι οι επαγγελματίες βλάπτουν τα κατά τα άλλα φυσιολογικά παιδιά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ. (www.lilly.gr)

Η ΔΕΠΥ περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από 115 χρόνια τουλάχιστον, στην ιατρική βιβλιογραφία, και με το πέρασμα του χρόνου άλλαξε πολλά ονόματα, τα οποία αντικατοπτρίζουν αυτό το οποίο κατά καιρούς θεωρούσαν ως κεντρικό πρόβλημα της διαταραχής. Έτσι, όροι όπως «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» υποδήλωναν βλάβη στον εγκέφαλο, ενώ όροι όπως «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας», «υπερκινητικό σύνδρομο» ή

«σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού», υποδήλωναν ότι το βασικό σύμπτωμα του συνδρόμου ήταν η υπερκινητικότητα. Άλλοι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη», «εγκεφαλοπάθεια», «σύνδρομο υπερκινητικότητας». Ο όρος που χρησιμοποιείται σήμερα στο Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι τα προβλήματα προσοχής κατέχουν κεντρική θέση και εκδηλώνονται πάντοτε στα παιδιά για τα οποία είχε γίνει διάγνωση χωρίς όμως να συνοδεύονται απαραίτητα και από υπερκινητικότητα. Έτσι, στην παραπάνω ταξινόμηση αποκλείονται τα παιδιά με εγκεφαλική βλάβη. Το DSM-IV περιγράφει 3 υποκατηγορίες της διαταραχής όπως: διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. (Barnes B., Colquhoun I., 1992)

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα κυριότερα διαγνωστικά συστήματα που χρησιμοποιούνται στον ορισμό της ΔΕΠΥ είναι το ICD-IO και το DSM-IV, αντίστοιχα.

3.2.1 ICD-IO

Τα σύγχρονα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, απαιτούν την παρουσία συμπτωμάτων Απροσεξίας, Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας, τουλάχιστον για 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Ο ασθενής πρέπει να έχει τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας, 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και ένα σύμπτωμα Παρορμητικότητας.

Η έναρξη των συμπτωμάτων δεν πρέπει να είναι μετά την ηλικία των 7 ετών και τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται σε περισσότερα από ένα πλαίσιο

(π.χ. στο σπίτι και στο σχολείο). Τα συμπτώματα της Απροσεξίας και της Παρορμητικότητας, πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

3.2.2 DSM-IV

Τα σύγχρονα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, όπως καθορίζονται από το DSM-IV, απαιτούν την παρουσία συμπτωμάτων Απροσεξίας ή/και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας, τουλάχιστον για 6 μήνες και τα οποία είναι περισσότερο συχνά και σοβαρά από τα τυπικά παρατηρούμενα παιδιά ανάλογου αναπτυξιακού επιπέδου. Ο ασθενής πρέπει να έχει: 6 ή περισσότερα συμπτώματα Απροσεξίας ή έξι ή περισσότερα συμπτώματα Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας. (www.psychiatry24x7.gr)

Απροσεξία

α) συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.

β) συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού.

γ) συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλούν κατευθείαν.

δ) συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αδυνατεί να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθελήματα ή υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας του. (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή αδυναμία να καταλάβει οδηγίες)

ε) συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες.

στ) συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια. (όπως σχολική εργασία ή προετοιμασία για το σχολείο στο σπίτι)

ζ) συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες. (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)

η) συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα.

θ) συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

Υπερκινητικότητα

α) συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του.

β) συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο.

γ) συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε καταστάσεις όπου αυτή η συμπεριφορά δεν ταιριάζει.

δ) συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, ήσυχα.

ε) συχνά μιλά υπερβολικά.

Παρορμητικότητα

στ) συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις.

ζ) συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.

η) συχνά διακόπτει ή «χώνεται» σε άλλους. (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

(Μάνου Ν., 1997)

3.3 Τύποι της ΔΕΠΥ

Η τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV (APA, 1994) διαφοροποιεί τα παιδιά, τα προβλήματα των οποίων εστιάζονται κατά κύριο λόγο σε συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής, από εκείνα, τα οποία εκδηλώνουν πρωταρχικά συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, προσφέροντας τρεις

τύπους εντός μιας ευρύτερης διαγνωστικής κατηγορίας, της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας.

1. ΔΕΠΥ υπερισχύων τύπος υπερκινητικότητας –παρορμητικότητας, αν πληρούνται μόνο τα κριτήρια της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, για τουλάχιστον 6 μήνες.

2. ΔΕΠΥ υπερισχύων τύπος Απροσεξίας, αν πληρούνται μόνο τα κριτήρια για τα συμπτώματα της απροσεξίας, για τουλάχιστον 6 μήνες.

3. ΔΕΠΥ συνδυασμένος τύπος, αν πληρούνται, τόσο τα κριτήρια για συμπτώματα απροσεξίας όσο κι εκείνα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, για τουλάχιστον 6 μήνες.

3.4 Συμπτώματα ΔΕΠΥ

3.4.1 Πρωτογενή συμπτώματα

Τα άτομα με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να παραμείνουν συγκεντρωμένα, να μείνουν ακίνητα και να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους. Πιθανόν να βαριούνται πολύ γρήγορα και να κινούνται νευρικά ή να στριφογυρίζουν διαρκώς. Η συχνά διαλυτική συμπεριφορά τους στο σχολείο, στο σπίτι και στις παρέες δυσκολεύει τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες κάθε είδους. Εξαιτίας των συμπτωμάτων αυτών, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠΥ μπορεί να μην τα πηγαίνουν καλά ή και να αποτύχουν στο σχολείο, παρά τη φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη τους. Επιπλέον, η πλειονότητα των ατόμων με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να κάνουν και να διατηρήσουν φιλίες και συχνά νιώθουν μόνοι και παρεξηγημένοι.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν και να ελεγχθούν, με την προϋπόθεση ότι έχει γίνει σωστή διάγνωση. Η κατανόηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ θα βοηθήσει τη διάγνωση.

Τα πιθανά συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

Συμπτώματα απροσεξίας

1. Ο ασθενής συχνά δεν καταφέρνει να εστιάσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στα σχολικά μαθήματα, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της ή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες και παιχνίδια.
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλάει κάποιος.
4. Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δεν καταφέρνει να αντεπεξέλθει στα μαθήματα, στις δουλειές του σπιτιού ή στα καθήκοντά του στο χώρο εργασίας. (όχι λόγω εναντιωματικής συμπεριφοράς ή έλλειψης κατανόησης των οδηγιών)
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
6. Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμος να ασχοληθεί με δουλειές που απαιτούν παρατεταμένη διανοητική προσπάθεια. (όπως σχολικά μαθήματα και μελέτη).
7. Συχνά χάνει πράγματα που είναι απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες. (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)
8. Η προσοχή του/της διασπάται συχνά από εξωτερικά ερεθίσματα
9. Ξεχνάει συχνά πράγματα που σχετίζονται με καθημερινές δραστηριότητες.

Συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας

1. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρνάει στην καρέκλα του
2. Σηκώνεται συχνά από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις όπου απαιτείται να παραμείνει καθισμένος.

3. Συχνά τρέχει τριγύρω ή σκαρφαλώνει σε περιπτώσεις όπου αυτό είναι ανάρμοστο (σε εφήβους ή ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας).

4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να ασχοληθεί ήσυχα με ψυχαγωγικές δραστηριότητες

5. Είναι συχνά υπερδραστήριος και υπερκινητικός

6. Συχνά μιλάει αδιάκοπα

7. Συχνά βιάζεται να απαντήσει προτού ακούσει ολόκληρη την ερώτηση.

8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του

9. Συχνά διακόπτει τους άλλους ή παρεμβαίνει σε συζητήσεις.

(www.paidiatros.gr)

3.4.2 Δευτερογενή συμπτώματα

Η συννοσηρότητα λοιπόν, φαίνεται να εκδηλώνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία. Γι' αυτό το λόγο αποτελεί ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα για τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τους Barnes B. και Colquhoun I. (1992), τα δύο τρίτα των παιδιών με ΔΕΠΥ (άνω του 50%) που φοιτούν στο δημοτικό σχολείο, έχουν τουλάχιστον άλλη διαταραχή που μπορεί να διαγνωσθεί.

Οι πιο διαδεδομένες συνοδές διαταραχές είναι:

1. Διαταραχές γλώσσας και επικοινωνίας

Οι διάφοροι τύποι καθυστέρησης στην ανάπτυξη γλωσσικών ικανοτήτων, χαρακτηρίζονται ως αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές και περιλαμβάνουν κάθε περίπτωση στην οποία το παιδί σε σχέση με την ηλικία του δεν κατανοεί τα λεγόμενα των άλλων, (λεξιλόγιο, έννοιες, συντακτικές δομές) δεν έχει το ίδιο επαρκές λεξιλόγιο, κάνει λάθη στη γραμματική, τη σύνταξη και την ομιλία του. Πιο απλά, το παιδί με γλωσσική διαταραχή δεν αντιλαμβάνεται και δεν χρησιμοποιεί σωστά τη γλώσσα, δηλαδή υστερεί στην απόκτηση του βασικού κώδικα επικοινωνίας. Σε βασικές περιπτώσεις, η υστέρηση στη γλωσσική

ανάπτυξη δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή γιατί το παιδί μιλάει μονολεκτικά και επικοινωνεί στοιχειωδώς, ενώ στην ηλικία του θα έπρεπε να μιλάει με προτάσεις. Πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι υπάρχει και ένας αριθμός παιδιών που καθυστερεί να αναπτύξει λόγο αλλά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Τα παιδιά αυτά όταν αρχίσουν να μιλούν, κάνουν συνήθως γρήγορη πρόοδο και πολύ σύντομα φτάνουν το γλωσσικό επίπεδο των παιδιών της ηλικίας τους. (www.epsypea.gr Γυφτογιάννη Μ, 2006)

2. Οι μαθησιακές διαταραχές

Οι μαθησιακές διαταραχές είναι από τους πιο συχνούς λόγους προβλημάτων και αποτυχιών στο σχολείο. Για κάθε 10 παιδιά σχολικής ηλικίας, το ένα τουλάχιστον παρουσιάζει μαθησιακές διαταραχές. Εκδηλώνονται με ειδικές και σημαντικές ελλείψεις στην εκμάθηση των σχολικών δεξιοτήτων και μένουν πίσω σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005)

Οι μαθησιακές διαταραχές περιλαμβάνουν:

ο Διαταραχή της Ανάγνωσης ή Δυσλεξία. Χαρακτηρίζεται από μειωμένη επίδοση του παιδιού στην ακρίβεια, την ταχύτητα ή την κατανόηση αυτού που διαβάζει, είτε το παιδί διαβάζει φωναχτά, είτε από μέσα του, η ανάγνωση παρουσιάζει παραμορφώσεις, υποκαταστάσεις ή παραλείψεις, είναι αργή και το παιδί κάνει λάθη στην κατανόηση.

ο Διαταραχή των Μαθηματικών ή Δυσαριθμία. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη ικανότητα του παιδιού για μαθηματικούς υπολογισμούς και πράξεις. (π.χ. κατανόηση μαθηματικών όρων, πράξεων, εννοιών ή συμβόλων, αναγνώριση συμβόλων και ομαδοποίηση τους, ορθή αντιγραφή αριθμών, εκτέλεση συνεχόμενων πράξεων, συγκράτηση στη μνήμη των «κρατούμενων», εκμάθηση πολλαπλασιασμών κ.α.)

ο Διαταραχή της Γραπτής Έκφρασης. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη ικανότητα του παιδιού να συνθέσει ένα γραπτό κείμενο. Η μειωμένη αυτή δεξιότητα του παιδιού εκφράζεται με λάθη γραμματικής ή

τονισμού μέσα στις προτάσεις, κακή οργάνωση των παραγράφων, πολλά ορθογραφικά λάθη, πολύ κακό γράψιμο. Συχνά, η διαταραχή αυτή συνυπάρχει με τη Διαταραχή της Ανάγνωσης ή την Διαταραχή των Μαθηματικών. Σπάνια εμφανίζεται μόνη της. Συνήθως, η διαταραχή αυτή γίνεται εμφανής στη Β' Δημοτικού, (αφού έχει προηγηθεί τυπικά επαρκής διδασκαλία στη σύνθεση προτάσεων) μερικές φορές και αργότερα. (Μάνου Ν., 1997)

3. Διαταραχή Διαγωγής

Οι διαταραχές διαγωγής αναφέρονται στη συμπεριφορά του παιδιού, η οποία είναι ενοχλητική, καταστροφική, παραβατική, που σχεδόν δείχνει πολλές φορές ένα είδος «αναισθησίας» στις σχέσεις με τους άλλους, καθώς και μια μειωμένη ικανότητα μάθησης μέσω της εμπειρίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών διαγωγής είναι η επαναλαμβανόμενη δυσκοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή, η οποία στις πλέον ακραίες μορφές της, συνεπάγεται πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του παιδιού παρεκτροπές. Σχεδόν όλα τα παιδιά σε κάποια στιγμή της ζωής τους είναι πιθανόν να δείξουν συμπεριφορές που παραβαίνουν τους κοινωνικά αποδεχτούς κανόνες, όπως π.χ. να κλέψουν ή να πουν ψέματα. Μερικά παιδιά μπορεί επίσης να εμφανίσουν περιόδους επιθετικότητας στο σχολείο ή συμπεριφορές φυγής από αυτό. (αδικαιολόγητες απουσίες)

(www.mentalhealthpromotion.co.uk , Αμπατζόγλου Γ)

4. Αγχώδεις διαταραχές

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Περιλαμβάνουν τη διαταραχή πανικού χωρίς, ή με αγοραφοβία, αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό στρες, Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή, διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη

από ουσίες και Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. (Μάνου Ν., 1997)

5. Διαταραχή Tourette

Είναι μια νευρολογική διαταραχή της σχολικής ηλικίας, στην οποία εμφανίζονται κινητικά τικ, απλά φωνητικά τικ και επίσης κάνουν την εμφάνισή τους, σύνθετα φωνητικά τικ όπως κοπρολαλία (αισχρολογία), παλιλαλληχολαλία (επανάληψη λέξεων που έχουν πει άλλοι). Το σύνδρομο αυτό δεν επηρεάζει την ευφυΐα των ατόμων, ούτε άλλους παράγοντες, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης. Η διαταραχή αυτή είναι πιο συχνή σε αγόρια με αναλογία 3:1 σε σχέση με τα κορίτσια και ξεκινά πριν την ηλικία των 18 ετών, συνήθως στα 7.

3.5 Επιδημιολογία

Η ΔΕΠΥ δεν είναι τόσο συχνή όσο πιστεύεται. Παρόλο που πολλά παιδιά, ιδίως αγόρια, μπορούν να χαρακτηριστούν υπερκινητικά ή ανίκανα να καθίσουν ήσυχα ή να συγκεντρωθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, η πραγματική κλινική οντότητα απαιτεί έναν συγκεκριμένο αριθμό συνυπαρχόντων δυσκολιών. Αυτές, πιθανώς προσβάλλουν 1 στα 100 παιδιά κάτω των 11 ετών. Είναι πιο συνηθισμένη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια περίπου τριπλάσια. Καθώς η σωματική υπερκινητικότητα βελτιώνεται με την ηλικία, λίγα είναι ακόμη γνωστά για τη φύση αυτών των προβλημάτων στην εφηβεία και στη μετέπειτα ζωή. Είναι πιθανόν, οι υπολειπόμενες δυσκολίες να συνδέονται κυρίως με την ικανότητα συγκέντρωσης του νεαρού ατόμου ή την κοινωνική ωριμότητα, παρόλο που η τελευταία δεν αποτελεί διαγνωστικό χαρακτηρισμό. Μεταξύ του 30% και του 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ, έχουν

επίσης προβλήματα συμπεριφοράς (εναντιωματική συμπεριφορά) και αυτός ο συνδυασμός είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί.

Η συχνότητα με την οποία παρατηρείται η ΔΕΠΥ, έχει σχέση με τα κριτήρια που τίθενται σε κάθε κοινωνία και κάτω από ποιες συνθήκες. Γι' αυτό και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα ποσοστά ποικίλλουν σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, στην Αμερική, έρευνες τοποθετούν τη συχνότητα από 2% έως 20% σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ συνήθως κυμαίνονται από 3% έως 5%. Στην Αγγλία, το ποσοστό που αναφέρεται είναι 1%. Φαίνεται πάντως, πως ένα 4% των παιδιών παρουσιάζουν αυτήν την διαταραχή με συχνότητα 3 αγόρια προς 1 κορίτσι. Είναι πιο συχνή σε πρωτότοκα αγόρια και σε παιδιά των οποίων οι γονείς είναι οι ίδιοι υπερκινητικοί, αλκοολικοί ή έχουν κάποια άλλη διαταραχή. (Κορπά Γ. 2009)

Επίσης, η ΔΕΠΥ είναι από τις σημαντικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι παιδιών σχολικής ηλικίας. Έχει υψηλή συχνότητα, καθώς αποτελεί το 50% του πληθυσμού των παιδιών με ψυχικές διαταραχές σε κλινικά δείγματα. Είναι ένα πρόβλημα που επιμένει και αλλάζει, κατά την πορεία ανάπτυξης του ατόμου, από την προσχολική ηλικία έως την ενήλικη ζωή. Το εν λόγω πρόβλημα προξενεί δυσκολίες σε αρκετούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού. (Doggett, 2004)

3.6 Αιτιολογία

Πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και οι σύγχρονες μελέτες χαρακτηρίζουν τα γονίδια ως την κύρια αιτία της. Επιπλέον, η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες της μητέρας κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να σχετίζονται με ανάπτυξη ΔΕΠΥ.

Ένας μύθος ότι η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα, προκαλεί τη ΔΕΠΥ, καθώς όλο και περισσότερο οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι δεν προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά από βιολογικές αιτίες. Όμως, πληθώρα οικογενειακών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠΥ ή στην εμφάνιση επιπλοκών στην συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά. (www.liako.gr ΑΠΕ-ΜΠΕ, 2009)

Στους παράγοντες που έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι, συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω:

1. Οργανικοί παράγοντες: επειδή η υπερκινητικότητα παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε παιδιά με εγκεφαλικό τραύμα ή μόλυνση, οι ερευνητές προσπαθούν να συνδέσουν αιτιολογικά τη διαταραχή με διάφορους οργανικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η εγκεφαλική βλάβη, γενετικές ανωμαλίες, βιοχημικές διαταραχές, μολύνσεις, δηλητηριάσεις και ελαφρές νευρολογικές ανωμαλίες, χωρίς μέχρι σήμερα να έχουν βρεθεί στοιχεία που να αποδεικνύουν τα παραπάνω. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠΥ, δεν φάνηκε να εμφανίζουν μεγάλες δομικές βλάβες ή ασθένειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα όταν εξετάστηκαν σε συνηθισμένες νευρολογικές μεθόδους. Αντίστροφα, πολλά παιδιά με εγκεφαλική βλάβη ή νευρολογικές διαταραχές δεν παρουσιάζουν κάποιο χαρακτηριστικό υπερκινητικότητας. Οι οργανικές βλάβες ή δυσλειτουργίες που υποτίθεται ότι προκαλούν την υπερκινητικότητα, μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες που συμβαίνουν στην εμβρυϊκή περίοδο (προγεννητικοί), στον τοκετό (περιγεννητικοί), ή μετά από τον τοκετό (μεταγεννητικοί παράγοντες).

2. Γενετικοί παράγοντες: με γενετική βάση της ΔΕΠΥ, έχει υποστηριχθεί από δεδομένα που εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς διδύμους, απ' ότι σε διζυγωτικούς. Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι

φυσικοί γονείς των παιδιών με υπερκινητικότητα, υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, αλκοολισμό, διαταραχές της προσωπικότητας σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό τι οι γονείς άλλων παιδιών. (www.epeaek.ncsr.gr Καραπατζάκη)

3. Αλλεργίες: σχετικά πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή και η μόλυνση του περιβάλλοντος παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ. Κάποιοι επιστήμονες θεωρούν υπεύθυνες τις τεχνητές χρωστικές ουσίες, τις τεχνητές γεύσεις ή τα συντηρητικά, ενώ κάποιοι άλλοι αποδίδουν ευαισθησία σε κοινές τροφές, όπως το σιτάρι, το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά, ακόμα και τη ζάχαρη.

4. Ψυχολογικοί παράγοντες: όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις οργανικής βλάβης ή ιστορικό αρνητικών γεγονότων που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ένα τέτοιο πρόβλημα, η έρευνα στρέφεται στη μελέτη περιβαλλοντικών, καθαρά ψυχολογικών παραγόντων, ως αιτιών της υπερκινητικότητας. Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, την κατάθλιψη των γονέων, το χαμηλό μορφωτικό-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. (Doggett, 2004)

3.7. Επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ

Η Tannock (2005) και η Tripp (2005), αναφέρουν ότι η εν λόγω διαταραχή είναι ένα μεγάλο δημόσιο πρόβλημα, εξαιτίας της συχνότητας (συναντάται στο 10% των παιδιών μεταξύ διαφόρων χωρών και πολιτισμών) της χρονιότητας, του υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη πρόσθετων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή και των σοβαρών συνεπειών που προκαλεί την εκπαίδευση, την κοινωνικότητα και την επαγγελματική ανάπτυξη του ατόμου.

Οι επιπτώσεις της ΔΕΠΥ στην ανάπτυξη του παιδιού, μπορεί να είναι μακροχρόνιες, ιδιαίτερα αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά. Αν κάποιες αποτελούν

τις άμεσες συνέπειες της ίδιας της διαταραχής, οι περισσότερες σχετίζονται με τα επακόλουθα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, στην ακαδημαϊκή επίδοση και την συναισθηματική ανάπτυξη. Οι επιπτώσεις αυτές δεν μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη σωστή θεραπεία. (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2001)

Τα περισσότερα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ, έχουν χαμηλή σχολική επίδοση. Το μοντέλο χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης, συνεχίζεται κ στην ενήλικη ζωή, αν η ΔΕΠΥ μένει χωρίς αντιμετώπιση. Η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση θεωρείται αποτέλεσμα της τριάδας των συμπτωμάτων της νόσου μέσα στην τάξη, γεγονός που υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα μελετών. Η επίδοση στο σχολείο επηρεάζεται επίσης από την υψηλή επίπτωση μαθησιακών δυσκολιών και καθυστέρησης στη νοητική και γλωσσική ανάπτυξη. Οι συγκρούσεις με πρόσωπα εξουσίας και η απόρριψη από τους συνομηλίκους, επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τη σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠΥ. Οι σχέσεις με την οικογένεια, την τοπική κοινότητα και το σχολείο, μπορεί να επηρεασθούν από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ σε σημαντικό βαθμό. Στο σπίτι, η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ, οδηγεί συχνά σε σύγκρουση με τους γονείς και τα αδέρφια. Το σημαντικό στρες που προκαλείται στις οικογενειακές σχέσεις, μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση της οικογενειακής ζωής, ακόμα και στη διάλυση της συζυγικής σχέσης. (Sue P., 2008)

Οι επιπτώσεις της νόσου στις οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠΥ, μπορεί να είναι δραματικές. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ, έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, αυτομομφής, κοινωνικής απομόνωσης, κατάθλιψης και ενδοσυζυγικής σύγκρουσης. Επιπρόσθετα, συνυπάρχει συχνά και οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας των γονέων από τη δουλειά ή της παραίτησης από αυτή προκειμένου να καλυφθούν οι εξαιρετικές απαιτήσεις και ειδικές ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠΥ. (www.psychiatry24X7.gr)

Σύμφωνα με την παιδοψυχίατρο Παπαγεωργίου Βάγια, οι επιπτώσεις χωρίζονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς.

Πρωτογενείς επιπτώσεις στη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα στην τάξη και στις δραστηριότητες με τους άλλους:

§ Το παιδί με ΔΕΠΥ αποτυγχάνει συνεχώς να συμμορφωθεί και αδυνατεί να ανταποκριθεί στις οδηγίες, τις οποίες ακολουθούν εύκολα τα άλλα παιδιά.

§ Συνεχώς καταστρέφει οτιδήποτε, σε καταστάσεις που τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν να συνεργάζονται.

§ Ωστόσο, μπορεί να είναι το παιδί που ποτέ δεν το προσέχει κανείς: το παιδί του οποίου μπορεί να μην θυμάστε καν το όνομα, το παιδί που 'ονειρεύεται συνεχώς'.

§ Τα παιδιά με ΔΕΠΥ απογοητεύουν δασκάλους, γονείς και συμμαθητές. Απορρίπτονται, αγνοούνται. Προκαλούν μεγάλη πίεση σ' αυτούς με τους οποίους αλληλεπιδρούν.

Δευτερογενείς επιπτώσεις: οφείλονται στον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι χειρίζονται/συμπεριφέρονται στο παιδί. Συχνά βιώνει απόρριψη, απόσυρση, που μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές διαγωγής.

3.8 Διάγνωση

Η διαταραχή συνήθως πρωτοαναγνωρίζεται όταν τα παιδιά πάνε στο σχολείο λόγω των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση και τήρηση κανόνων. Μπορεί όμως να διαγνωστεί και σε άτομα όλων των ηλικιών. Στην πορεία της επιπλέκεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% από άλλα σοβαρά προβλήματα που καθορίζουν την έκβαση της, όπως κακή σχολική επίδοση και ακαδημαϊκή εξέλιξη, συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα, παραπρωματική συμπεριφορά, μειωμένη επαγγελματική παραγωγικότητα, περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και κοινωνικές σχέσεις.

Επειδή όλοι οι άνθρωποι επιδεικνύουν παρόμοιες συμπεριφορές σε δεδομένη στιγμή, τα κριτήρια για να καθοριστεί αν κάποιος έχει ΔΕΠΥ, είναι συγκεκριμένα. Η διάγνωση γίνεται από ειδικό, νευρολόγο ή ψυχολόγο. Η χρήση νευρολογικών τεστ βοηθάει στην αναγνώριση των συγκεκριμένων δυσκολιών, αλλά και των δυνατών σημείων του εξεταζόμενου, ώστε να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες για σχολική επιτυχία και βελτίωση της συμπεριφοράς. (Barnes B., Colquhoun I., 1992)

Η συνέντευξη με τους γονείς/φροντιστές, είναι σημαντική και χρησιμεύει στην αξιολόγηση των διαταραχών της συμπεριφοράς. Η συνέντευξη πρέπει να συμπεριλαμβάνει τη διερεύνηση παρουσίας θετικού οικογενειακού ιστορικού και την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας συνολικά, λαμβάνοντας υπόψη το μοντέλο αντιμετώπισης του παιδιού από τους γονείς, την παρουσία γονεϊκής σύγκρουσης και τα μοντέλα επικοινωνίας. Επίσης, η συνέντευξη με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική. Εκτός από την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, παρέχει την ευκαιρία να εκτιμηθούν τα εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη, τα οποία είναι σημαντικά στη διάγνωση συν-νοσηρών καταστάσεων. (Βαρβόγλη Γ., 2007)

Ο ειδικός θα παρατηρήσει κατά πόσο το παιδί βρίσκεται στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με την ηλικία του, βασισμένος επίσης στις πληροφορίες τις οποίες θα δοθούν από τους γονείς/φροντιστές.

Σε συνδυασμό με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού, ο ειδικός θα ζητήσει και την αξιολόγηση και της φυσικής κατάστασης του παιδιού. Είναι απαραίτητο ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό για να αξιολογηθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζονται οι πιο πάνω συμπεριφορές και να διερευνηθεί εάν υπάρχουν άλλες μεταβλητές, οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού. Επίσης, ο ειδικός θα μιλήσει με το παιδί για το πώς το ίδιο ενεργεί και αισθάνεται. (www.paidiatros.com)

Τέλος, σύμφωνα με τους Tannock (2005) και Tripp (2005), πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αρκετά θολό το κατά πόσο η ΔΕΠΥ είναι αναπηρία ή όχι. Αυτό θα πρέπει να το δει κανείς σε συνάρτηση όχι μόνο με τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά και με το περιβάλλον του παιδιού. Γιατί μέσα σε αυτά τα πλαίσια μπορεί να θεωρηθεί αν ένα παιδί με ΔΕΠΥ το εμφανίζει ως αδυναμία και όχι αναπηρία.

3.9 Το παιδί με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο

Ο πρώτος άξονας με τη διάγνωση συμπτωμάτων είναι η οικογένεια. Ο δεύτερος όμως, είναι το σχολείο. Οι συγκρίσεις συνήθως που γίνονται ανάμεσα σε αυτούς τους 2 άξονες, μπορεί να βοηθήσουν τους γονείς να βγάλουν συμπεράσματα για το αν χρειάζεται να απευθυνθούν σε ειδικό.

Γονείς και δάσκαλοι πρέπει να καταλάβουν τη φύση των προβλημάτων και στη συνέχεια να δημιουργήσουν μια συνεπή προσέγγιση στο σπίτι και μέσα στο σχολείο. Διαφορετικά το παιδί μπορεί να "μπερδευτεί" ακόμη περισσότερο. Μια λεπτομερής εκπαιδευτική-ψυχολογική αξιολόγηση είναι μια καλή αρχή για να γνωρίζουν όλοι οι ενδιαφερόμενοι τι μπορεί το παιδί να κάνει και τι όχι, π.χ. να καταλαβαίνει την ικανότητα του να συγκεντρώνεται, να καταγράφει νέες πληροφορίες, να κατανοεί αφηρημένες έννοιες και να αποκτά νέες δεξιότητες. (www.paidiatros.gr)

Είναι λογικό και κατανοητό πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί να αισθάνονται αδύναμοι να ελέγξουν την συμπεριφορά του παιδιού με αυτή τη διαταραχή. Οι παρεμβάσεις που έχουν ως κύριο πομπό τους εκπαιδευτικούς, χρησιμοποιούνται στη σχολική πρακτική. Ο έπαινος και η τιμωρία συχνά χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς.

Ο δάσκαλος αμείβει την επιθυμητή συμπεριφορά του παιδιού με έπαινο, χαμόγελο, νεύμα, ακούμπισμα στην πλάτη. Οι θετικές αυτές συνέπειες

της επιθυμητής συμπεριφοράς του παιδιού, πρέπει να παρέχονται συστηματικά, δηλαδή αμέσως μετά την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς, να αναφέρονται με λεπτομέρεια στη συμπεριφορά που ενισχύουν και να δίδονται με αυθεντικό τρόπο (π.χ. ζεστός τόνος φωνής). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι αμοιβές που παρέχονται στο παιδί για την επιθυμητή του συμπεριφορά, πρέπει να αλλάζουν ή να εναλλάσσονται συχνά, λαμβάνοντας υπόψη τη γρήγορη εξοικείωση των παιδιών με αυτές ή το γρήγορο κορεσμό των παιδιών με τη διαταραχή σε αυτές.

Από την άλλη πλευρά ο δάσκαλος παρέχει αρνητική ενίσχυση στην εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, ο δάσκαλος αγνοεί την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού-όταν αυτή είναι ήπιου βαθμού-και ιδίως όταν αυτή η συμπεριφορά ενισχύεται από τους συμμαθητές. Οι λεκτικές επιπλήξεις θα ήταν καλό να ήταν σύντομες, καθώς έτσι παρέχεται στο παιδί λιγότερη προσοχή, όταν δεν συμπεριφέρεται με τον επιθυμητό τρόπο. (Λιβανίου Ε., 2004)

Σε ότι αφορά τη δομή των σχολικών τάξεων μαθητών με τη συγκεκριμένη διαταραχή, θα ήταν καλό το παιδί να κάθεται σε θρανίο που είναι τοποθετημένο σε κάποια απόσταση από τα άλλα παιδιά και συγχρόνως κοντά στον δάσκαλο. Είναι επίσης καλό να τοποθετηθούν αφίσες με το καθημερινό πρόγραμμα και τους κανόνες της τάξης.

Σε ότι αφορά τα χαρακτηριστικά των σχολικών καθηκόντων που δίνονται σε παιδί με ΔΕΠΥ, θα ήταν αποδοτικό οι απαιτήσεις αυτών των καθηκόντων να εναρμονίζονται με τις ικανότητες του παιδιού. Οι σχολικές εργασίες πρέπει να διατηρούν υψηλό το επίπεδο ενδιαφέροντος του παιδιού (π.χ. μέσω χρωμάτων, σχημάτων) με αποτέλεσμα τη μείωση της κινητικότητας του παιδιού και την αύξηση της προσοχής και της επίδοσής του. Επιπλέον, τα σχολικά καθήκοντα πρέπει να είναι σύντομα (λόγω της διάσπασης προσοχής του παιδιού) και να δίδονται συγκεκριμένοι χρονικοί περιορισμοί για την ολοκλήρωση των καθηκόντων που τους ανατίθενται. (Molnar A., 1999)

3.10 Σκέψεις των παιδιών με ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με την Δελιακίδου Ζ., 2008, στη συνέχεια παρατίθενται οι συνήθεις σκέψεις των παιδιών με ΔΕΠΥ:

- **Η πάθηση μου είναι μια πραγματικότητα.** Είναι ένα σύνδρομο. Δυστυχώς, καταγράφω ό,τι πέσει στην αντίληψη μου χωρίς να το φιλτράρω. Μαθαίνω με έναν ανοργάνωτο και τυχαίο τρόπο και 'πετάγομαι' από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να μπορώ να ελέγξω τον εαυτό μου.
- **Δεν είμαι χαζός/ χαζή.** Το ξέρω ότι δυσκολεύομαι να μάθω κάποια απλά πράγματα. Όμως την ώρα που προσπαθώ να συγκεντρωθώ, το σώμα μου ζητάει να κουνηθώ και το μυαλό μου δεν μπορεί να σταθεροποιηθεί σε αυτό που προσπαθώ. Πόσο με κουράζει αυτό!
- **Όταν με ρωτάτε ευθέως για ένα γεγονός, δεν είμαι σε θέση να το περιγράψω ή μιλάω λίγο γι' αυτό.** Επίσης, **όταν γράφω γρήγορα,** ο γραφικός χαρακτήρας μου είναι άσχημος, σχεδόν δυσανάγνωστος κάτι που με απογοητεύει πολύ κι ας μη το δείχνω. Τέλος, **όταν διαβάζω,** δεν καταφέρνω να κατανοήσω το κείμενο και πολλές φορές πρέπει να μου το εξηγήσετε ξανά και ξανά.
- **Δε θέλω δραστηριότητες πάνω από τις δυνάμεις μου.** Κουράζομαι και απογοητεύομαι. Περιμένετε, θα μεγαλώσω!
- **Οι δυσκολίες μου που συνδέονται με τη διατήρηση της προσοχής και τον αυτοέλεγχο μου χειροτερεύουν ή καλυτερεύουν κατά περιόδους, χωρίς να υπάρχει κάθε φορά λογική εξήγηση γι' αυτό.**
- **Βλέπω πόσο χαίρεστε** όταν είμαι καλύτερα και βλέπω πόσο απελπίζεστε όταν 'ξαναπέφτω'.

- **Μην πέφτετε σε αντιφάσεις.** Με μπερδεύετε έτσι αφάνταστα και με κάνετε να χάνω την πίστη μου σε εσάς.
- **Το ξέρω ότι είναι πολύ δύσκολο και κουραστικό να έχετε ένα παιδί σαν κι εμένα.** Σας ζαλίζω όλη την ώρα και συχνά ντρέπεστε για εμένα.
- **Μη φοβάστε να είστε σταθεροί μαζί μου.** Αυτό θα με κάνει να νοιώθω περισσότερη σιγουριά.
- **Μη ξεχνάτε όταν με βλέπετε να είμαι πολύ ενοχλητικός και η συμπεριφορά μου είναι πολύ αρνητική (μπορεί να χτυπάω ή να βρίζω) ότι δεν θέλω να σας πληγώσω.** Θέλω να είμαι 'καλός' και να με αγαπάτε, αλλά δεν μπορώ να είμαι ήρεμος. **Άλλωστε, έχω πληγωθεί πολύ και από την απόρριψη από τους συμμαθητές μου και πιθανά και τους δασκάλους μου.**
- **Μη με βομβαρδίζετε με την έννοια του 'καλού' παιδιού.** Κάποιες φορές θα γίνω και 'κακός-ή'. **Αγαπάτε με γι αυτό που είμαι** και δώστε μου να καταλάβω ότι έκανα (θετικό ή αρνητικό, επιβράβευση ή επίπληξη.)
- **Έχω μια μεγάλη υπερευαισθησία** που συνδέεται με παρορμητικότητα και κατευθύνεται από το συναίσθημα μου με αποτέλεσμα να μην αντέχω την κριτική. Η διάθεσή μου μπορεί να αλλάξει γρήγορα και πολύ έντονα εξαιτίας κάποιων πολύ μικρών και ασήμαντων πραγμάτων. Θέλω να το ξέρετε αυτό κάθε φορά που με βλέπετε να κάνω 'έκρηξη'.
- **Μη μου αφαιρείτε το δικαίωμα του να θυμώνω, ακόμη και μαζί σας.** Είναι και αυτό συναίσθημα και πρέπει να εκδηλωθεί. Προστατεύστε με από το θυμό μου και μάθετε με να τον διοχετεύω σωστά.
- **Μη μου δίνετε επιλόλαιες υποσχέσεις.** Νοιώθω πολύ περιφρονημένος όταν δεν τις κρατάτε.
- **Μη με απειλείτε, μη με εκβιάζετε.** Έτσι δεν μαθαίνω, φοβάμαι και ίσως καταφύγω στην ψευτιά ή στην επιθετική ενέργεια για να καλύψω τον φόβο μου.

• **Μη μου κάνετε παρατηρήσεις μπροστά σε κόσμο, αν μπορείτε.** Αυτό μου το κάνουν όλοι και συνέχεια, γιατί είμαι 'άτακτο' και 'κακό' παιδί. Θα προσέξω περισσότερο αυτό που θα μου πείτε, αν μου μιλήσετε ήρεμα, μια στιγμή που θα είμαστε οι δυο μας. Επίσης μη μου κάνετε συνεχώς παρατηρήσεις, γιατί τότε θα χρειασθεί να προστατεύσω τον εαυτό μου κάνοντας τον κουφό.

• **Έχω έντονο το αίσθημα του δικαίου.** Θυμώνω πολύ και αισθάνομαι άχρηστος, όταν με αδικείτε. Με ενοχλεί, όταν με κατακρίνετε για κάτι, που δεν μπορώ να κάνω. Το ξέρω ότι δεν μπορώ να το κάνω και θυμώνω και εγώ με τον εαυτό μου!

• **Μη διανοηθείτε ποτέ, πως θα πέσει η υπόληψή σας αν μου ζητήσετε συγγνώμη.** Μια τίμια αναγνώριση ενός λάθους σας, μου δημιουργεί πολύ θερμά συναισθήματα απέναντί σας και μου μαθαίνει να ζητώ και εγώ συγγνώμη για τα σφάλματά μου (που μάλλον είναι και αυτά πολλά.).

• **Μη μου δημιουργείτε το συναίσθημα πως τα λάθη μου είναι αμαρτήματα (ενοχή).** Μπερδεύονται έτσι μέσα μου όλες οι αξίες, που έχω μάθει να αναγνωρίζω και μειώνεται η αυτοπεποίθησή μου.

• **Έχω διαφορετικούς βιορυθμούς και μπορεί να κοιμάμαι λιγότερο απ' ό,τι τα άλλα παιδιά.** Ο εγκέφαλός μου χρειάζεται χρόνο για να μπορεί να 'αποσυνδεθεί'. Έτσι το πρωί συχνά χρειάζομαι χρόνο για να ξεκινήσω κανονικά τη μέρα μου και συχνά είμαι από το πρωί κουρασμένος.

• **Μη δίνετε μεγάλη σημασία στις μικροαδιαθεσίες μου.** Καμιά φορά δημιουργούνται ίσα ίσα για να κερδίσω την προσοχή που ζητούσα. Δεν δέχομαι εύκολα τη σωματική επαφή. Έχω αυτό που λένε απτική αμυντικότητα. Δέχομαι από μερικούς ανθρώπους χάδια, ενώ δεν μπορώ από άλλους. Αυτό δεν σημαίνει ότι τους αντιπαθώ. Μάλλον προτιμώ τα ελαφριά χάδια στην πλάτη.

- **Αντιμετωπίζω δυσκολίες με τους συνομηλίκους μου,** καθώς με την παρορμητικότητα μου δείχνω συχνά μικρότερος από την ηλικία μου κάνοντας 'χαζά' πράγματα. Το ξέρω ότι αντιδρώ με παρορμητικό συχνά υπερβολικό τρόπο. Ξαφνικά ενεργώ με απρόβλεπτο τρόπο, πετάγομαι ή λέω κάτι άσχετο με τη συζήτηση την ώρα που οι άλλοι μιλούν, καταστρέφω κάποιο αντικείμενο, δεν τηρώ τους κανόνες του παιχνιδιού, θυμώνω εύκολα ή δείχνω προσβεβλημένος-η. Εξ αιτίας αυτού οι άλλοι ενοχλούνται ή πιστεύουν ότι 'δεν είμαι στα λογικά μου'. Συχνά δεν με θέλουν στα σπίτια τους και αυτό σας έχει απομονώσει από τις παρέες σας.

- **Μη με συγκρίνετε με άλλα παιδιά.** Νοιώθω πολύ άσχημα, χάνω τον εαυτό μου είμαι μοναδικός-ή.

- **Μη με προστατεύετε από τις συνέπειες των πράξεών μου.** Χρειάζεται καμιά φορά να πάθω για να μάθω.

- **Τα πηγαίνω καλύτερα με αρκετά πιο μεγάλα παιδιά** (αυτά εκτιμούν αφενός το γεγονός ότι επικοινωνούν εύκολα μαζί μου χάρη στην προθυμία μου να ασχοληθώ με νέα πράγματα και επιπρόσθετα πιστεύουν ότι ασκούν επίδραση πάνω μου). Επίσης τα πηγαίνω καλά και με αρκετά μικρότερα παιδιά (αυτά επωφελούνται από την ανάγκη μου να πάρω τον ρόλο του δυνατού και να προσφέρω βοήθεια, τη στοργικότητα μου και την ταχύτατο ρυθμό με τον οποίο αλλάζω νέα παιχνίδια). Με τους συνομηλίκους τα καταφέρνω καλά όταν αυτοί έχουν την ίδια ή ακριβώς την αντίθετη ιδιοσυγκρασία, ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία.

- **Μη ξεχνάτε πόσο γρήγορα μεγαλώνω όπως όλα τα παιδιά,** περνώντας από διάφορες φάσεις. Σταθείτε δίπλα μου σε κάθε στιγμή και προσπαθήστε, σας παρακαλώ, να προσαρμόζετε την στάση σας στις ανάγκες μου.

- **Μη με παραχαϊδεύετε** (υπερπροστασία). Ξέρω πολύ καλά πως δεν θα πρέπει να μου δίνετε οτιδήποτε ζητώ. Σας δοκιμάζω για να δω. Θέλω να μάθω να αντέχω στις ματαιώσεις. Αλλιώς υποφέρω.

- **Παίξτε μαζί μου.** Σας θέλω γιατί μου αρέσετε. Σας έχω ανάγκη για να με οδηγήσετε σε μονοπάτια της φαντασίας και του παραμυθιού.

- **Πηγαίνετέ με σε κάποιον ειδικό για να με βοηθήσει.** Πιστέψτε με, δεν μπορείτε από μόνοι σας να αντιμετωπίσετε αυτό που μου συμβαίνει. **Ελάτε σε συνεργασία με τον δάσκαλό μου.** Έτσι και εκείνος θα καταλάβει ότι προσπαθείτε για εμένα και δεν είναι μόνος του αλλά και εγώ θα ξέρω ότι δεν είμαι μόνος μου στον αγώνα μου.

- Μην προσπαθείτε με τις ερωτήσεις σας να μου προσφέρετε έμμεσα την απάντηση. **Έχω δικαίωμα να έχω τη δική μου γνώμη.** Δώστε μου περιθώρια να την πω και να εκφράσω τα συναισθήματά μου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

"ΜΟΥΣΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΠΥ"

4.1 Η επίδραση της μουσικής στη ΔΕΠΥ

Η μουσικοθεραπεία έχει αποδειχθεί εξαιρετικά επιβοηθητική σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις αναπτυξιακών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη σχολική ηλικία, όπως η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα.

Η μουσικοθεραπεία σε παιδιά με ΔΕΠΥ, λαμβάνει χώρα με πολλές μορφές. Επειδή η μουσική εκμαιεύει συναισθηματικές αντιδράσεις που ποικίλουν από την ευχαρίστηση και τον ενθουσιασμό ως την θλίψη και τον φόβο, εξαρτώμενες από εμπειρίες του παρελθόντος με συμβολική σημασία, αποτελεί έναν μοναδικό τρόπο δράσης ως θεραπεία. Αυτή η συναισθηματική αντίδραση, αν και προέρχεται από το μεταιχμιακό σύστημα, χρησιμοποιείται στη μουσικοθεραπεία για να οδηγήσει το παιδί σε νέους γνωστικούς δρόμους και ασκήσεις μείωσης της υπερκινητικότητας και αύξησης της προσοχής. Το κεντρικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα, επηρεάζονται από τη μουσική στα φλοιώδη και υποφλοιώδη επίπεδα του εγκεφάλου. (Παπαδοπούλου Α., 2000)

Η θετική επίδραση της μουσικοθεραπείας, μπορεί να εντοπιστεί ειδικότερα στις παρακάτω μορφές συμπεριφοράς:

1. Βελτίωση των αδρών και λεπτών κινητικών δεξιοτήτων.

Η μουσικοθεραπεία προσφέρει πάρα πολλές ευκαιρίες για κινητικές δραστηριότητες ποικίλης δυσκολίας. Ο ρυθμός κινητοποιεί και δίνει ενέργεια σε έναν οργανισμό να αρχίσει και να σταματήσει μια κίνηση. Κατ' αρχήν, είναι σημαντική η απλή συμμετοχή του παιδιού σε τέτοιου είδους δραστηριότητες. Αργότερα, όταν βελτιωθεί ο έλεγχος των κινήσεων, το παιδί ενθαρρύνεται να συντονίζει τις κινήσεις του με το ρυθμό της μουσικής. Συγκεκριμένες κινητικές δραστηριότητες διευκολύνουν τη λειτουργία του κυκλοφοριακού συστήματος και αυξάνουν τον μυϊκό τόνο.

2. Βελτίωση του συντονισμού ματιού-χειριού.

Η εκτέλεση ενός απλού μουσικού έργου σε ένα μουσικό όργανο, απαιτεί το συντονισμό ματιού-χειριού. Κάθε φορά που το παιδί εκτελεί με επιτυχία μια τέτοιου είδους συντονισμένη κίνηση, η μουσική που το ίδιο παράγει, το ενισχύει να επαναλάβει την κίνηση αυτή. Μέσω της εξάσκησης, δυναμώνουν οι μύες του χεριού και του ματιού και έτσι διευκολύνεται ο μεταξύ τους συντονισμός.

3. Βελτίωση της ικανότητας για ακουστική διάκριση.

Προϋπόθεση για την κατανόηση του λόγου είναι η ικανότητα διάκρισης μεταξύ των ήχων. Συγκεκριμένα, μουσικά παιχνίδια στο πλαίσιο της μουσικοθεραπείας, απαιτούν από το παιδί να διακρίνει μεταξύ ήχων με σύντομη και μεγαλύτερη διάρκεια, χαμηλή ή υψηλή ένταση, χαμηλό ή υψηλό τόνο. Η εξάσκηση της ικανότητας διάκρισης ήχων που επιτυγχάνεται στη μουσικοθεραπεία, μπορεί να αυξήσει την προσφορά της λογοθεραπείας.

4. Αύξηση της διάρκειας της προσοχής.

Εξαιτίας του γεγονότος ότι η μουσική είναι μια δραστηριότητα δομημένη στο χρόνο, ενώ ταυτόχρονα προσφέρει και μια ποικιλία ευχάριστων αισθητηριακών ερεθισμάτων, μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια της προσοχής του παιδιού.

5. Βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

Προϋπόθεση για μια οικεία διαπροσωπική επαφή, είναι το μοίρασμα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Παιδιά που υποφέρουν από αναπτυξιακές διαταραχές, έχουν περιορισμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, οι οποίες δεν τους επιτρέπουν να εκφράσουν τα κάθε είδους συναισθήματα που βιώνουν, όπως και τα φυσιολογικά παιδιά. Η μουσική συνιστά ένα μη απειλητικό μέσο με το οποίο τα παιδιά μπορούν να εκφράσουν με αμεσότητα τα συναισθήματά τους. (Gilroy A. – Lee C., 2000)

Μια άλλη σημαντική πτυχή της επικοινωνιακής διαδικασίας, είναι ο συντονισμός σε μια ακολουθία όπου η έκφραση του ενός ακολουθεί την έκφραση του άλλου χωρίς παρεμβολές. Παιδιά τα οποία υποφέρουν από συναισθηματικές ή διαταραχές στην επικοινωνία, στερούνται της ικανότητας τέτοιου συντονισμού. Στο πλαίσιο της μουσικοθεραπείας, το παιδί κινητοποιείται να συμμετάσχει σε μια επικοινωνιακή αλληλεπίδραση, η οποία στην προκειμένη περίπτωση μπορεί να λάβει τη μορφή της εκτέλεσης ενός απλού μουσικού έργου ή του αυτοσχεδιασμού. Επειδή το ηχητικό αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ευχάριστο για το παιδί, όπως και όλη η διαδικασία, ενεργοποιείται ο έλεγχος της αυτοέκφρασης, προκειμένου να επιτευχθεί ο συντονισμός με τις εκφράσεις των άλλων μετεχόντων. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί καλλιεργεί την ικανότητα του να διατηρεί μια επικοινωνιακή ή συναλλαγή. Επιπλέον, μαθαίνει να υπακούει σε οδηγίες, ενώ αρχίζει και το ίδιο να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες επικοινωνίας. Στο σύνολό τους οι δραστηριότητες που περιγράφηκαν παραπάνω, οδηγούν το παιδί στην καλύτερη κατανόηση των προθέσεων και των συναισθημάτων των άλλων.

Η αμοιβαία κατανόηση και το μοίρασμα συναισθημάτων, προθέσεων και ενδιαφερόντων, συνιστούν την βάση της συνεργατικής επικοινωνίας. Η συνεργατική επικοινωνία με τη σειρά της αποτελεί το έρεισμα για τη διαμόρφωση των συμβόλων, την κατάκτηση της γλώσσας και της πολιτισμικής δημιουργίας. Ευρήματα της σύγχρονης εξελικτικής ψυχολογίας, καταδεικνύουν ότι η συνεργατική επικοινωνία εκδηλώνεται για πρώτη φορά στη ηλικία των 9 μηνών, δηλαδή λίγο πριν την εμφάνιση των πρώτων αναγνωρίσιμων λέξεων.

Συνεπώς, βελτιώνοντας την ικανότητα για συνεργατική επικοινωνία, η μουσικοθεραπεία συμβάλει μέσω και μιας άλλης οδού στην αντιμετώπιση προβλημάτων κατάκτησης της γλώσσας. (Παπαηλιού Χ., 2009)

4.2 Θεραπευτικοί στόχοι στη Μουσικοθεραπεία με ΔΕΠΥ

Η μουσικοθεραπεία ορίζεται ως η χρήση της μουσικής για να επιτευχθούν θεραπευτικοί στόχοι, οι οποίοι απευθύνονται στις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των ατόμων.

Οι θεραπευτικοί στόχοι στη μουσικοθεραπεία, διαμορφώνονται σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, ενθαρρύνοντας θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Πιο συγκεκριμένα, όσο αφορά τα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, η μουσικοθεραπεία στοχεύει:

- Στη μείωση της υπερκινητικότητας.
- Στην αύξηση και καλλιέργεια της προσοχής, της ικανότητας συγκέντρωσης και μνήμης.
- Στην επικοινωνία.
- Στη δημιουργική έκφραση.
- Στην ανάπτυξη, ενθαρρύνοντας το άτομο να χρησιμοποιεί τη φωνή ως μέσο έκφρασης.
- Στη συναισθηματική στήριξη.
- Στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης και πρωτοβουλίας.
- Στην προώθηση της κοινωνικότητας, ενισχύοντας συγκεκριμένα τις δεξιότητες που χρειάζεται το κάθε άτομο για να αναπτύξει επικοινωνιακές ικανότητες και να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις.
- Στην καλλιέργεια ενός θεραπευτικού πλαισίου μέσα στο οποίο το άτομο θα μπορέσει να βιώσει και να εκφράσει ποικίλα συναισθήματα, αναπτύσσοντας ταυτόχρονα μεγαλύτερη συναίσθηση και κατανόηση των συναισθημάτων του.
- Στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου μέσα από τις εμπειρίες που αποκομίζει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μαθαίνοντας να μοιράζεται, να εκφράζεται, να δίνει και να δέχεται. (Παπαδόπουλος, Α., 2000)

4.3 Μέθοδοι Μουσικοθεραπείας με ΔΕΠΥ

Κλινικός αυτοσχεδιασμός: Χρησιμοποιείται ως βασική τέχνη για να αναπτυχθεί ο μουσικός διάλογος. Ο μουσικοθεραπευτής απελευθερώνεται από τις νόρμες της μουσικής σκέψης και χρησιμοποιεί τα μουσικά στοιχεία, έτσι ώστε να συνδεθεί και να επικοινωνήσει με το «είναι» του ανθρώπου και έτσι διευκολύνει τη διαδικασία για αλλαγή. Δεν γίνεται λοιπόν, λόγος για προηχογραφημένη μουσική και γνωστά τραγούδια, όπου το παιδί μπορεί να «κουρντιστεί» ανάλογα με τη μουσική που του προτείνεται και να οδηγηθεί σε πρόσκαιρες αλλαγές που δεν απευθύνονται στο «είναι» του. Όπως ο ψυχαναλυτής δεν χρησιμοποιεί τον οπλισμό των γνώσεων του, αλλά περιμένει να αιφνιδιαστεί από τον αναλυόμενο όταν ο ίδιος θα μεταφέρει σε λόγο αυτό (το σύμπτωμα) που δεν μπορεί να ειπωθεί, έτσι και ο μουσικοθεραπευτής περιμένει από το παιδί να δώσει τον «οπλισμό» της κλίμακας και τον ρυθμό. Ενώσω το παιδί βιώνει αυτό που δεν μπορεί να ειπωθεί, ενθαρρύνεται από τον μουσικοθεραπευτή να προχωρήσει σε δημιουργική έκφραση. Η μουσική λειτουργεί ως συμβολική προβολή ασυνείδητων πλευρών του «είναι» του παιδιού-και το «ασυνείδητο είναι δομημένο ως γλώσσα». Από τη γλώσσα της μουσικής, ο συμμετέχων θα περάσει στη συνειδητοποίηση. (Groke D., Wigram T., Dileo C., 2007)

Βασικά, ο μουσικοθεραπευτής χρησιμοποιεί το μουσικό αυτοσχεδιασμό για να "συνυπάρχει" με το παιδί. Πιο συγκεκριμένα, φροντίζει η μουσική του να συμπληρώνει και να σχολιάζει αυτή του παιδιού, χωρίς να μιμείται υπερβολικά.. Προσπαθεί η μουσική του να έχει ζεστό και θαλπερό χαρακτήρα, αλλά ταυτόχρονα να είναι ανοιχτή σε αλλαγές και μετατροπές, ανάλογα με το υλικό που φέρνει ο ασθενής χωρίς να είναι διεισδυτική και επιβλητική. (McClellan, 1998)

Ψυχοθεραπευτική μέθοδος: Χρησιμοποιείται ως μέσον για τη δημιουργία μιας σχέσης μεταξύ μουσικοθεραπευτή και παιδιού. Η θεραπευτική αυτή σχέση, σε συνδυασμό με το παίξιμο μουσικής, χρησιμοποιούνται μέσα σε κλινικά πλαίσια και αποτελούν τα εργαλεία της μουσικοθεραπείας. Η μουσικοθεραπεία αποσκοπεί στην επικοινωνιακή και συναισθηματική ανάπτυξη. Επιδιώκει να βοηθήσουν τα άτομα στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών μηχανισμών τους, στη γνωριμία του εαυτού τους και την αναγνώριση των δυνατοτήτων τους, με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή τους στο άμεσο και έμμεσο κοινωνικό τους περιβάλλον .

Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος, προσδιορίζεται βάσει της ψυχαναλυτικής προσέγγισης και διακρίνεται στον γερμανόφωνο χώρο σε «Αναλυτική Μουσικοθεραπεία» (Priestley) και «Ρυθμιστική Μουσικοθεραπεία» (Schwabe).

Πολυεκφραστικές μέθοδοι: Οι μέθοδοι αυτοί δίνουν την δυνατότητα, τόσο στις ομαδικές, όσο και στις ατομικές περιπτώσεις, να προτείνει ο θεραπευτής οποιονδήποτε τύπο έκφρασης κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ανάλογα με την εξέλιξη της ομάδας και τις ανάγκες της.

Πιο συγκεκριμένα, ο συνδυασμός της μουσικής ακρόασης με τη ζωγραφική και τη σωματική έκφραση σε ομάδες παιδιών, τους επιτρέπει, αφενός να εκφράσουν τα συγκινησιακά τους βιώματα (φοβίες, επιθυμίες) και να εκτονωθούν από αυτά, αφετέρου όμως να τους δώσουν κάποια μορφή, που θα τους επιτρέπει να τα ελέγξουν αλλά και να τα μεταφέρουν στους άλλους, επικοινωνώντας μ' αυτόν τον τρόπο μαζί τους.

Μέσα από το κανάλι, μιας μορφοποιημένης ιστορίας που μπορούν να ζωγραφίσουν, να εκφράσουν αλλά και να ελέγξουν τα συναισθήματα και τις φαντασιώσεις τους. (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995)

Μέσα σε τέτοιες συνθήκες, συνειδητοποιούμε μέχρι ποιου σημείου τα παιδιά μπορούν να αλληλοϋποστηρίζονται. Η εκτόνωση που παρατηρείται σ' αυτές τις συναντήσεις είναι ιδιαίτερα έντονη και επιτρέπει στα παιδιά να

εκφράσουν πλευρές του εαυτού τους, συναισθήματα και σκέψεις που ποτέ δεν τόλμησαν να εκφράσουν στο σχολείο ή στο σπίτι τους. Γιατί, εκτός από την κάθαρση, έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν το δημιουργικό δυναμικό που κρύβουν μέσα τους και που, μέσα από την επίδραση της ομάδας, οδηγεί σε μια θετική μεταμόρφωση της συμπεριφοράς τους. (Δρίτσας Θ., 2003. Πρίνου-Πολυχροσιάδου, 1995)

Μουσική και Σωματική έκφραση: Η σωματική έκφραση που υποβάλλεται από τη μουσική, επιτρέπει στο σώμα να περάσει σε δράση να μεταφράσει και να ερμηνεύσει με σωματικές κινήσεις ένα ηχητικό μήνυμα που προκαλεί μια συγκινησιακή εκτόνωση ωφέλιμη για τη θεραπεία.

Από τις διάφορες τεχνικές που συνδυάζουν μουσική και κίνηση, ξεχωρίζουν αυτές που χρησιμοποιούν οργανωμένη μουσική σύνθεση (συνήθως μαγνητοφωνημένη), αυτές που χρησιμοποιούν τα βασικά σωματικά στοιχεία της μουσικής., (παλμός, ρυθμός, φωνή) και αυτές που συνδυάζουν την εικόνα και τα χρώματα με τη μουσική.

Μουσική και Εικαστική έκφραση: Εδώ τα παιδιά ζωγραφίζουν ακούγοντας μουσική και στο τέλος της μουσικής ακρόασης και της ζωγραφικής, μιλούν γι' αυτό που έφτιαξαν. Μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικές ή ομαδικές περιπτώσεις. (Πρίνου-Πολυχροσιάδου, 1995)

4.4 Τρόποι Μουσικοθεραπείας

Στη θεραπεία, η μουσική συνεδρία είναι το μέσο μέσα από το οποίο σχηματίζεται η σχέση μεταξύ παιδιού - θεραπευτή, και φανερώνεται η συγκεκριμένη αυτοτελής, ανεπανάληπτη προσωπικότητα του παιδιού. Η κλινική πράξη έχει στην διάθεσή της δυο βασικούς τρόπους μουσικοθεραπείας:

- Τις «παθητικές ή δεκτικές» μεθόδους, ή μεθόδους αποδοχής, που βασίζονται στη βασική ακρόαση.

- Τις «ενεργητικές» μεθόδους, που βασίζονται στη μουσική ή ηχητική δημιουργία.

Παρακάτω θα αναλυθούν οι δυο βασικοί τρόποι μουσικοθεραπείας που εφαρμόζονται σήμερα και στη Γαλλία, η παθητική και ενεργητική μουσικοθεραπεία.

4.4.1 Παθητική μουσικοθεραπεία

Η παθητική ή δεκτική μουσικοθεραπεία βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση που θεωρεί τον ανθρώπινο οργανισμό ως ένα συγκροτημένο όλο, που έχει να κάνει με βιο-ψυχοκοινωνικά και πνευματικά πρότυπα.

Το αντικείμενο αυτής της μεθόδου είναι να μεταβάλλει τη συμπεριφορά του παιδιού, αποσκοπώντας στην διόρθωση των συνηθειών και των στάσεων που προκαλούν ρίσκα με έναν τρόπο ολικό, στην αύξηση της αυτοεκτίμησής του, στην ενδυνάμωση της γενικής δομής του, αποσκοπώντας σε συναισθηματική ισορροπία και ασφάλεια, στην συναισθηματική έκφραση και στην διαλεύκανση εσωτερικών διαμαχών (Marconato, Albach, Munhoz, Menim, 2001).

Η δεκτική αφορά όλες τις μεθόδους που έχουν να κάνουν με την ακρόαση της μουσικής και η πιο γνωστή μέθοδος, που εφαρμόζεται και στη χώρα μας, ονομάζεται GIM (Guided Imagery and Music). Η μουσικοθεραπεία GIM αξιοποιεί την δύναμη που έχει η μουσική να ξυπνάει στο μυαλό νοερές εικόνες με τη μορφή συμβόλων, συναισθημάτων, αναμνήσεων, σωματικών αισθήσεων ή σκέψεων. Ακριβώς ότι συμβαίνει δηλαδή όταν ακούμε ένα μουσικό κομμάτι και μας φέρνει ξαφνικά στο νου μια συγκεκριμένη εικόνα από το παρελθόν μας. Έτσι λοιπόν, κατά την διάρκεια της συνεδρίας, ακούνε τα παιδιά μουσική και παράλληλα αφηγούνται στον θεραπευτή οτιδήποτε τους φέρνει αυθόρμητα στο μυαλό, περιγράφοντας έτσι με συμβολικό τρόπο

συναισθήματα και σκέψεις που δεν μπορούν να εκφράσουν συνειδητά με τον λόγο. Το υλικό αυτό καταγράφει ο θεραπευτής και γίνεται αντικείμενο συζήτησης και εμβάθυνσης στις εσωτερικές τους ανάγκες.

Η δεκτική ή παθητική μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται με εξατομικευμένη μορφή σε μουσικά ακούσματα, σύμφωνα με μια συγκεκριμένη διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει:

1) Μουσική διέγερση – Χρησιμοποιούνται κομμάτια που ανήκουν στην Αναγέννηση, Μπαρόκ, Κλασική και Ρομαντική περίοδο, με μια επικράτηση της δουλειάς του Bach, Beethoven, Brahms, Mozart, Rachmaninoff κ.α.

2) Αίσθηση – Ένα στάδιο συναίσθησης των αισθημάτων και των φυσικών αισθήσεων που γίνονται αντιληπτά κατά την διάρκεια της μουσικής διέγερσης.

3) Κατάσταση – Οι αναγνωρισμένες συνθήκες της καθημερινότητας του ασθενή, στις οποίες τέτοιες αισθήσεις λάμβαναν χώρα πιο συχνά.

4) Αντανάκλαση – Το παιδί συλλογίζεται τις αισθήσεις που βιώθηκαν κατά την διάρκεια της συνεδρίας και πώς ή γιατί τέτοιες αισθήσεις συνδέονται με συγκεκριμένες καταστάσεις της ζωής του. (Ο διαχωρισμός του 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} σταδίου είναι διδακτικός, κατά την διάρκεια της συνεδρίας συμβαίνουν ταυτόχρονα)

5) Αλλαγή στη συμπεριφορά – Έχει να κάνει με μεταβολές σε καθημερινές συνήθειες που αναμένεται να συμβούν μετά από εβδομάδες ή μήνες (Marconato, Albach, Munhoz, Menim, 2001)

Στην παθητική σχέση η επιλογή του μουσικού κομματιού γίνεται ανάλογα με τη σχολή και κυμαίνεται από την καθαρή «Background Music» έως την συμμετοχική – συγκεντρωτική μορφή της συνειδητής ακρόασης μουσικής. Το παιδί κατά την διάρκεια της ακρόασης άλλα πράγματα θα «κρατήσει» κι άλλα θα «αφήσει», με αποτέλεσμα η διαδικασία αυτή να διαφέρει από παιδί σε παιδί και να γίνεται ασυνείδητα (Παπαμιχαήλ, 1985) , (Gutdentsch, 1988).

Σύμφωνα με τον Mursell η διαδικασία της ακρόασης περιλαμβάνει:

1. Τη γενική διάθεση ή συναισθηματική κατάσταση του ακροατή.

2. Τη ροή των συνειρμών και την διέγερση της φαντασίας που συνήθως βασίζεται στα αισθήματα και τη διάθεση που προκαλεί η μουσική.

3. Τον οπτικό ερεθισμό (ζωντανή εκτέλεση, ή η οπτική εικόνα των μηχανημάτων αναπαραγωγής). (Παπαμιχαήλ, 1985).

Οι ρεαλιστικοί – ουσιαστικοί παράγοντες στην ακρόαση, περιλαμβάνουν: ένταση του ήχου, ποσότητα τονικού περιεχομένου, Gestalt αίσθηση της μελωδίας, ρυθμός, αρμονία, γενική αρχιτεκτονική του κομματιού. (Παπαμιχαήλ, 1985).

Σχετικά με τη μουσική ακρόαση, όσο περισσότερο εξοικειώνεται ένα παιδί με ένα μουσικό κομμάτι ή όσο μεγαλύτερη η μουσική του εκπαίδευση, τόσο θα χαρεί μουσικές με αναπάντεχες λύσεις και πολυπλοκότητα. Ένα ενδιαφέρον σημείο είναι το πώς η αυξανόμενη ένταση, «ψυχική αναστάτωση» που προκαλεί μία μουσική, μπορεί παραδόξως να γίνει ευχάριστη. (Παπαμιχαήλ, 1985).

Σύμφωνα με τον Miller:

« Η προοδευτικά αυξανόμενη ένταση μπορεί να γίνει ευχάριστη όταν ο ακροατής συναισθηματικά κατανοήσει ότι η μουσική είναι για να σε “κάνει να πιστέψεις” και δεν είναι απειλητική αυτή η ίδια. Η επανάκτηση του αισθήματος ελέγχου πάνω στη συγκεκριμένη μουσική κατάσταση οδηγεί στη μείωση της έντασης. Το Εγώ ελέγχει τη Μουσική όταν ικανή αμυντική ενέργεια επενδύεται για να καταλάβουμε και να αποκτήσουμε επανέλεγχο πάνω στα μουσικά σύμβολα που δημιουργούν το “δυσάρεστο” συναίσθημα» (Παπαμιχαήλ, 1985).

Στην παθητική σχέση η μνήμη ενός γεγονότος ή συναισθήματος, πυροδοτείται από ένα τραγούδι ή μουσικό κομμάτι που έχει συνδεθεί συνειρμικά μ’ αυτό. Η θεραπευτική αξία του «ξυπνήματος» του συναισθήματος με σκοπό να το ξαναφωτίσουμε ή επαναβιώσουμε αποτελεί το στοιχείο – κλειδί της μουσικοθεραπείας (Παπαμιχαήλ, 1985).

Ενεργητική μουσικοθεραπεία

Η ενεργητική μουσικοθεραπεία βασίζεται στον κλινικό αυτοσχεδιασμό και στην εκ γενετής εσωτερική ευαισθησία του παιδιού και κλίση να δημιουργεί και να αντιδρά στη μουσική. Στην ενεργητική σχέση του παιδιού με την μουσική, ο κυριότερος στόχος της μουσικοθεραπείας είναι η ενθάρρυνση του παιδιού να εκφρασθεί προσωπικά μέσα από μια μουσική που είναι είτε δεδομένη, γραμμένη με νότες δηλαδή, είτε αποτελεί αυτοσχεδιασμό (Παπαμιχαήλ, 1985).

Τα παιδιά μπορούν να κάνουν από μόνα τους μουσική, που να τους «ταιριάζει», χρησιμοποιώντας μουσικά κομμάτια από την γενική φιλολογία των συνθέσεων. Ακόμη τα παιδιά έχουν την δυνατότητα να εκφράσουν τη διάθεσή τους, χρησιμοποιώντας όργανα που έχουν ήδη προετοιμασθεί αρχίζοντας από το πιάνο ως τα πιο απλά όργανα του Orff π.χ. ξυλόφωνο και φυσικά το καλύτερο όργανο είναι η ανθρώπινη φωνή, η οποία μπορεί να χρησιμεύσει στον θεραπευτή σαν μέσο εκκίνησης της θεραπείας του (Gutdentsch, 1988).

Οι Freud, Jung, Alder προσπάθησαν να ελευθερώσουν την ανθρώπινη ψυχή, την ίδια στιγμή που η μουσική ελευθερώνονταν από τους Stravinsky, Schonberg, Stockhausen, Bartok ή Boulez, ακολουθούμενοι από τους δημιουργούς της jazz όπως ο Duke Ellington. Αυτοί άνοιξαν την πόρτα για τον ελεύθερο ατονικό αυτοσχεδιασμό (Παπαμιχαήλ, 1985).

Η J. Alvin πιστεύει ότι η τεχνική ενός ελεύθερου ατονικού αυτοσχεδιασμού στην μουσικοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει:

1) Αυτοσχεδιασμό από τον θεραπευτή, δημιουργώντας έτσι μια διάθεση σαν υπόστρωμα .

2) Ασθενείς που ζητούν συγκεκριμένα είδη μουσικής. (Παπαμιχαήλ, 1985).

Στην ενεργητική σχέση της μουσικής το παιδί δεν είναι απαραίτητο να έχει προηγούμενη μουσική εμπειρία και μπορεί να είναι μουσικά ανεκπαίδευτο. (Παπαμιχαήλ, 1985).

Σ' αυτή την θεραπευτική σχέση για τον αρχάριο βιώνεται σαν προέκταση του σώματός του, ενώ η φωνή του υποδηλώνει το «κρυμμένο πρόσωπο». Ο χειρισμός ενός οργάνου απαιτεί συνειδητό έλεγχο κίνησης στο χρόνο και χώρο και υπακοή σε ορισμένους νόμους τεχνικής που σαν διαδικασία μπορεί να έχει επιθυμητό αποτέλεσμα. Το άγχος που δυνατό να έχει το παιδί κατά την μουσική εκτέλεση μέσα από ένα όργανο οφείλεται από τη μια μεριά στο γεγονός μια φαντασιωσικής βίωσης της στιγμής, όπου αδυνατεί «να δει την πραγματική εικόνα» και από την άλλη μεριά σε μια σειρά από ρεαλιστικούς λόγους. Τέτοιοι λόγοι μπορεί να είναι οι τεχνικές απαιτήσεις που μπορεί να έχει ένα κομμάτι, η δυσαρέσκεια προς αυτό όταν έχει επιβληθεί, η φύση του ακροατηρίου, οι κακές σχέσεις με τον θεραπευτή, η αδυναμία κατανόησης του μουσικού κειμένου (Παπαμιχαήλ, 1985).

Ο μουσικοθεραπευτής είναι εκπαιδευμένος να αντανakλά και να ερμηνεύει ψυχοδυναμικά αυτά τα μουσικά μηνύματα, χτίζοντας έτσι μια γέφυρα επικοινωνίας με τα παιδιά-ασθενείς.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΑ

1. Σημαντικότητα μελέτης

Έχουμε σκιαγραφήσει παραπάνω μια εικόνα για τη μουσική ως θεραπεία για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Με βάση τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται και τις διαδικασίες που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας, διαφαίνεται καθαρά ότι είναι μια μελέτη που αφορά τις απόψεις των ίδιων των μουσικοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και ειδικών δασκάλων, οι οποίοι εργάζονται σε κέντρο μουσικοθεραπείας και ειδικής αγωγής. Η μελέτη αυτή θα μπορούσε να φανεί ιδιαίτερα σημαντική, καθώς στοχεύει στη διερεύνηση της επίδρασης της μουσικής στα άτομα με ΔΕΠΥ.

2. Μεθοδολογία Έρευνας

2.Α Σκοπός και Στόχοι της έρευνας

Σκοπός της έρευνας:

Η διερεύνηση των απόψεων των Μουσικοθεραπευτών, που εργάζονται σε Κέντρο Ειδικής Αγωγής, σχετικά με τους παρακάτω στόχους:

Στόχοι της έρευνας:

- Η αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠΥ.
- Οι τεχνικές και οι τακτικές της μουσικοθεραπείας που αποτελούν βασικά εργαλεία για τους μουσικοθεραπευτές στην ΔΕΠΥ.
- Τα παιδιά με ΔΕΠΥ πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την μουσικοθεραπεία.
- Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, μέσα σε άλλη θεραπεία, όταν αυτή ακολουθεί της μουσικοθεραπείας.

- Η σύγκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ, που κάνουν μουσικοθεραπεία, με αυτά που δεν κάνουν μουσικοθεραπεία.

2.Β Δείγμα

Στη Λεμεσό δραστηριοποιούνται κέντρα ειδικής εκπαίδευσης και μουσικοθεραπείας. Με δεδομένο ότι το δείγμα μιας οποιασδήποτε έρευνας σχετίζεται με τους στόχους της και επειδή ένας από τους βασικούς στόχους της μελέτης αυτής αφορά την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ΔΕΠΥ, το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι μουσικοθεραπεύτριες, λογοθεραπεύτρια και ειδικός δάσκαλος, οι οποίοι εργάζονται σε κέντρο ειδικής εκπαίδευσης για παιδιά και ενήλικες με διάφορες διαταραχές.

Η επιλογή έγινε επειδή οι επαγγελματίες αποτελούν άμεση και έγκυρη πηγή πληροφόρησης σχετικά με τις επικρατούσες συνθήκες για το θέμα των παιδιών με ΔΕΠΥ και κυρίως για τις τεχνικές και μεθόδους, όπου λαμβάνουν από αυτή.

Το δείγμα περιορίστηκε σε 2 Μουσικοθεραπεύτριες, μια Λογοθεραπεύτρια και έναν Ειδικό Δάσκαλο. Θα μπορούσε να περιλαμβάνει γονείς και παιδιά, όμως, λόγω της μικρής ηλικίας των παιδιών δεν ήταν εφικτό να πάρουμε συνεντεύξεις από τα ίδια. Κάναμε προσπάθειες να μιλήσουμε και με γονείς όμως και αυτό ήταν ανέφικτο γιατί δεν ήθελαν να λάβουν μέρος.

2.Γ Εργαλείο Έρευνας

Ως μέσο για τον καλύτερο τρόπο συλλογής πληροφοριών σχετικών με τον σκοπό της παρούσας μελέτης, επιλέχθηκε αυτή της συνέντευξης, καθώς ο μικρός αριθμός του δείγματος (4 άτομα), επιτρέπει την προσωπική μας

παρουσία κατά την διεξαγωγή της έρευνας, ενώ και το ποσοστό ανταπόκρισης των συνεντευξιαζόμενων μπορεί να είναι ικανοποιητικό.

Όσον αφορά το περιεχόμενο της συνέντευξης, αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες, ναι μεν παρέχουν ένα πλαίσιο αναφοράς για τις απαντήσεις των ερωτώμενων, ωστόσο βάζουν ελάχιστους περιορισμούς στις απαντήσεις και στην έκφρασή τους.

Έτσι λοιπόν, οι ανοιχτές ερωτήσεις όχι μόνο είναι ευέλικτες, αλλά ταυτόχρονα προσφέρουν την ευκαιρία για επιπλέον ερωτήσεις και εμβάθυνση, ώστε η προσέγγιση του θέματος να γίνει πιο ολοκληρωμένη και σε βάθος.

Τέλος, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μη αναμενόμενες απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να υποδείξουν νέες τεχνικές ή μεθόδους που δεν έχουν εφαρμοστεί μέχρι τώρα.

2.Δ Άξονας (ερωτήσεων) συνέντευξης

Ήδη έχει αναφερθεί ότι εργαλείο της παρούσας έρευνας, αποτέλεσε η μέθοδος της Συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις λοιπόν, με όλους τους ερωτηθέντες, μουσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτή και ειδικό παιδαγωγό, κινήθηκαν με βάση συγκεκριμένο άξονα ερωτήσεων, ο οποίος στηρίχθηκε ουσιαστικά στους τέσσερις βασικούς στόχους της παρούσας έρευνας, όπως αναφέρονται προηγουμένως.

Οι παραπάνω άξονες αποτέλεσαν τη βάση και το σκελετό πάνω στον οποίο κινήθηκαν οι συνεντεύξεις. Ωστόσο, η ίδια μέθοδος της συνέντευξης ως εργαλείο έρευνας, παρέχει μια αρκετά μεγάλη ευελιξία στη διεξαγωγή των ερωτήσεων, ενώ επιπλέον είναι δυνατή η εμβάθυνση και ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος, σύμφωνα πάντα με την κατεύθυνση που δίνει ο συνεντευκτής στη διεξαγωγή της συζήτησης. (Κυριαζή Ν., 2005)

2.Ε Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας

Ύστερα από το σχεδιασμό των αξόνων πάνω στους οποίους επρόκειτο να κινηθούν οι ερωτήσεις κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους θεραπευτές, κρίθηκε σκόπιμη η πραγματοποίηση μιας συνάντησης με τους ίδιους, ώστε να ενημερωθούν για την ερευνητική μελέτη που επιχειρούμε να πραγματοποιήσουμε, προσβλέποντας στην μελλοντική μας συνεργασία.

Στη συνέχεια και προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβασή μας στους θεραπευτές, κρίναμε απαραίτητη την αποστολή στους ίδιους, μιας ενημερωτικής ηλεκτρονικής επιστολής, όπου παρουσιάζουμε τους σκοπούς της έρευνάς μας και την πρόθεση διεξαγωγής μιας συνέντευξης μαζί τους. Κατόπιν λοιπόν, τηλεφωνικής συνεννόησης ορίστηκε η συνάντησή μας και ήρθαμε σε επαφή μαζί τους.

Τέλος, έχοντας συλλέξει και καταγράψει τις πληροφορίες με βάση τους στόχους που είχαμε θέσει, προχωρήσαμε στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης.

3. Ανάλυση έρευνας

Αποτελέσματα έρευνας

Με βάση τους στόχους της έρευνας, όπου είχαμε θέσει πριν την διεξαγωγή των συνεντεύξεων (από τις 2 Μουσικοθεραπεύτριες, την Λογοθεραπεύτρια και τον Ειδικό Δάσκαλο) οργανώσαμε το πλάνο των ερωτήσεων. Έτσι οι στόχοι μας έχουν διεκπεραιωθεί και αυτό είναι εμφανές μέσα από τα αποτελέσματα που λάβαμε μέσα από τις συνεντεύξεις. (βλ. Παράρτημα Α')

Ø **Η αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠΥ,** διαφαίνεται αρχικά από τον αριθμό των παιδιών όπου λαμβάνουν την δεδομένη θεραπεία. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες, ο αριθμός αυτός αυξάνεται σταδιακά. Μέσα από την συζήτησή μας και με τους 4 επαγγελματίες, είδαμε την ευχαρίστηση στα μάτια τους όταν μας έλεγαν το πόσο ικανοί νιώθουν όταν βλέπουν την βελτίωση των παιδιών, καθώς και την αναγνώριση της δουλειάς τους από μέρους των γονιών των παιδιών.

Μέσα από την ερώτηση **«Υπάρχει αποτελεσματικότητα στην μουσικοθεραπεία; Πώς γίνεται φανερή;»** πήραμε την εξής απάντηση: «Αποτελέσματα υπάρχουν πάντα, αλλά το αν είναι άμεσα, αυτό δεν μπορεί να απαντηθεί τόσο απλά. Εξαρτάται πάντοτε από τον ίδιο τον θεραπευόμενο και από το πόσο αποδέχεται την θεραπεία. Επίσης, η αμεσότητα του αποτελέσματος εξαρτάται και από το αν βρίσκεται η ΔΕΠΥ σε συνδυασμό με άλλο σύνδρομο και σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα. Ενώ, παράλληλα μπορεί να εξαρτηθεί και από το πόση ώρα πριν από τη συνεδρία λαμβάνουν τα παιδιά τη φαρμακευτική αγωγή και από τη διατροφή τους. Αν για παράδειγμα, τρώνε γλυκά πριν τη συνεδρία, αυτό κάνει δυσκολότερο το έργο του θεραπευτή γιατί τα γλυκά προσφέρουν περισσότερη ενέργεια στο παιδί.»

Βλέπουμε μέσα από την απάντηση των Μουσικοθεραπευτριών, την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας αν και αυτό εξαρτάται από το παιδί και από τον βαθμό αποδοχής της θεραπείας και παράλληλα από τα συνωδά συμπτώματα της ΔΕΠΥ.

Ενώ η αποτελεσματικότητά της διαφαίνεται επίσης και στην ερώτηση που είχε γίνει στην Λογοθεραπεύτρια και τον Ειδικό Δάσκαλο, *Με ποια σειρά γίνονται τα προγράμματα; Υπάρχει συγκεκριμένος λόγος για αυτό;* Η απάντηση που λάβαμε ήταν η εξής: «Γίνεται πρώτα το μάθημα της μουσικοθεραπείας, γιατί βοηθάει τα παιδιά να συγκεντρωθούν και μετά ακολουθεί είτε το μάθημα της λογοθεραπείας, είτε το μάθημα της ειδικής αγωγής». Άρα και εδώ γίνεται εμφανής η αποτελεσματικότητά της, αφού γίνεται επιβοηθητική, ώστε να μπορεί το παιδί να παρακολουθήσει τις άλλες θεραπείες.

Επίσης στην ερώτηση 4 (βλ. Παράρτημα Α') γίνεται εμφανείς η αποτελεσματικότητα που δημιουργείται μέσα από την διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των Μουσικοθεραπευτριών, της Λογοθεραπεύτριας και του Ειδικού Δασκάλου. Θέτει ο καθένας τους δικούς του στόχους, γίνονται συνεδρίες και αρχίζει έτσι η θεραπεία με κοινούς πλέον στόχους. Κάθε τέλος του μήνα γίνεται επανακαθορισμός στόχων και με συνέχιση του συγχρονισμού και της συνεργασίας τους, γίνονται αισθητά τα θετικά αποτελέσματα τόσο στους ίδιους, όσο και στο παιδί και τους γονείς του.

Ø Οι τεχνικές και οι τακτικές της μουσικοθεραπείας που αποτελούν βασικά εργαλεία για τους μουσικοθεραπευτές στην ΔΕΠΥ, είναι ο Μουσικός Κλινικός Αυτοσχεδιασμός και η Εκπαιδευτική μουσική.

«Ο Μουσικός Κλινικός Αυτοσχεδιασμός, στηρίζεται στη γλώσσα του σώματος και στα μηνύματα που λαμβάνουμε από το παιδί, από τη στιγμή που μπαίνει στην αίθουσα. Βάσει αυτού, ξεκινά ένας Μουσικός Αυτοσχεδιασμός

από τον μουσικοθεραπευτή, ο οποίος σκοπό έχει να αντανακλά αυτό το οποίο του δίνει το παιδί. Μέσω της Εκπαιδευτικής Μουσικής, γίνεται η εκμάθηση εκπαιδευτικού υλικού. Στα παιδιά με ΔΕΠΥ, τη χρησιμοποιούμε και τη δουλεύουμε περισσότερο. Αυτό πραγματοποιείται μέσω τραγουδιών, όπου περιλαμβάνουν αριθμούς χρώματα και έννοιες.» όπως έχουν απαντήσει οι μουσικοθεραπεύτριες.

Άρα σύμφωνα με τις ανάγκες που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ, οι Μουσικοθεραπεύτριες επιλέγουν μέσα από όλες τις τεχνικές να χρησιμοποιήσουν τις πιο πάνω, οι οποίες είναι αρκετά επιβοηθητικές. Έτσι μέσα από τον Μουσικό Κλινικό Αυτοσχεδιασμό δημιουργείται η επικοινωνία μεταξύ Μουσικοθεραπευτή - Παιδιού. Ενώ μέσα από την Εκπαιδευτική Μουσική γίνεται η ανάλογη επιλογή τραγουδιού όπου ταιριάζει στο κάθε παιδί για να γίνει εφικτό το πλάνο θεραπείας του.

Ø Πώς είναι τα παιδιά με ΔΕΠΥ πριν, κατά την διάρκεια και μετά την μουσικοθεραπεία.

Στην ερώτηση που έγινε στην Λογοθεραπεύτρια και στον Ειδικό Δάσκαλο, «*Στα παιδιά με ΔΕΠΥ, που έρχονται αμέσως μετά το μάθημα της μουσικοθεραπείας, ποια διαφορά βλέπετε σε σχέση με τα παιδιά που δεν κάνουν μουσικοθεραπεία;*» η απάντηση ήταν: «Τα παιδιά που έρχονται αμέσως μετά το μάθημα της μουσικοθεραπείας, είναι αρκετά συγκεντρωμένα, με περισσότερη αυτοπεποίθηση και με πολύ καλή διάθεση για μάθημα. Ενώ τα παιδιά που έρχονται κατευθείαν για λογοθεραπεία ή ειδική αγωγή, θέλουν τον χρόνο τους να συγκεντρωθούν και η απόσπαση προσοχής είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα πιο πάνω. Συμπερασματικά, βλέπουμε την επίδραση της μουσικής στα παιδιά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, να είναι μεγαλύτερη απ' ότι με άλλες θεραπείες, γιατί τα παιδιά νιώθουν πιο οικείο το περιβάλλον όταν υπάρχει μουσική και μουσικά όργανα στο δωμάτιο.»

Μέσα από την απάντηση των επαγγελματιών, δόθηκε μια ολοκληρωμένη εικόνα για το πως είναι τα παιδιά με ΔΕΠΥ πριν, κατά την διάρκεια και μετά την μουσικοθεραπεία, με αποτέλεσμα να επιτευχθεί και ο τρίτος στόχος. Ενώ παράλληλα ολοκληρώνεται και ο πρώτος στόχος αφού διαφαίνεται και πάλι η αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας.

Ø Σύγκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ, που κάνουν Μουσικοθεραπεία, με αυτά που δεν κάνουν μουσικοθεραπεία.

Τα παιδιά που κάνουν μουσικοθεραπεία συγκεντρώνονται περισσότερο για το λόγο ότι σπαταλούν αρκετή από την ενέργειά τους καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση αφού το περιβάλλον είναι πιο οικείο με την παρουσία μουσικής και μουσικών οργάνων. Όταν δεν κάνουν μουσικοθεραπεία νιώθουν αδυναμία στο να συγκεντρωθούν και η απόσπαση προσοχής είναι αισθητά μεγαλύτερη.

Αυτό φαίνεται στην ερώτηση 3 που έγινε στην Λογοθεραπεύτρια και τον Ειδικό Δάσκαλο. (βλ. Παράρτημα Α')

3.2 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψη την μελέτη για την επίδραση της μουσικής στα παιδιά σχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα και τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα, διαπιστώνεται η σχέση της θεωρίας με την πράξη.

Θεωρητικά, η επίδραση της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠΥ, είναι πολύ σημαντική, κάτι το οποίο τεκμηριώνει η έρευνα, αφού οι Μουσικοθεραπευτές αναφέρθηκαν στην αποτελεσματικότητα και τη σημαντικότητά της.

Η αποτελεσματικότητα και ο χρόνος που θα διαρκέσει η μουσικοθεραπεία λοιπόν, οφείλεται στο πόσο σοβαρό είναι το σύνδρομο του παιδιού και αν βρίσκεται σε συνδυασμό με κάποιο άλλο σύνδρομο.

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ, πηγαίνουν τα παιδιά τους συνήθως με παρότρυνση κάποιου τρίτου προσώπου. Ελάχιστοι επισκέπτονται το πρόγραμμα με δική τους πρωτοβουλία. Ο λόγος στον οποίο οφείλεται αυτό το γεγονός, είναι ότι κάποιοι γονείς δεν αντιλαμβάνονται το πρόβλημα του παιδιού τους ή το θεωρούν φυσιολογικό. Οι μισοί γονείς (μέσο όρο), που έπασχαν από ΔΕΠΥ, είχαν ένα παιδί με την ασθένεια αυτή.

Ωστόσο μέσα από την συζήτησή μας με τους επαγγελματίες κατά πόσο οι γονείς των παιδιών είναι ευχαριστημένοι με τα αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας εντοπίσαμε την ικανοποίηση που ένιωθαν όταν μας απάντησαν το πόσο ευχαριστημένοι είναι και το πόσο αναγνωρίζεται το επάγγελμα του μουσικοθεραπευτή. Τους λένε ότι τα αποτελέσματα είναι εμφανή και διαπιστώνουν την σημαντικότητα της επίδρασης που έχει η μουσική στο παιδί τους, όλο και περισσότερο μετά από κάθε συνεδρία.

Εξίσου σημαντική είναι και η συνεργασία του μουσικοθεραπευτή με το επάγγελμα του λογοθεραπευτή και του ειδικού δασκάλου. Η θεραπεία υλοποιείται με την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών καθώς και

διεπιστημονικής συνεργασίας αφού η ΔΕΠΥ κρίνεται πολυσύνθετη και απαιτείται ολιστική αντιμετώπιση. Εκτός από τους ατομικούς θέτουν και ομαδικούς στόχους. Κάνουν συνεδρίες, αξιολογούν το διάστημα που πέρασε και προχωρούν με νέους στόχους ενώ κάποιες φορές αναθεωρούν κάποιους άλλους. Εντοπίζουν αδυναμίες ή ελλείψεις και προσπαθούν να «βελτιωθούν», γεγονός πολύ σημαντικό.

Βασιζόμενες, τόσο στη βιβλιογραφία όσο και στην έρευνα γίνεται αντιληπτό το μεγάλο έργο που τελεί η μουσικοθεραπεία όσον αφορά τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Η πείρα των θεραπειών τους ωθεί στο να γνωρίζουν καλύτερα ποιες μεθόδους και τεχνικές θα χρησιμοποιήσουν σε κάθε παιδί-θεραπευόμενο για να έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα.

Εντούτοις δεν παύουν να υπάρχουν οι δυσκολίες και τα διλήμματα ειδικότερα όταν υπάρχουν συνωδά συμπτώματα μαζί με την ΔΕΠΥ. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται περισσότερη προσοχή αφού το επίπεδο δυσκολίας αυξάνεται και έτσι πρέπει να γίνεται παράλληλη θεραπεία.

Η θεωρία και η πράξη επιβεβαιώνουν τη συνεισφορά των μουσικοθεραπευτών στα παιδιά με ΔΕΠΥ μέσα από τον ρόλο και το έργο τους. Τόσο η βιβλιογραφία, όσο και η έρευνα δίνουν έμφαση στις ειδικές γνώσεις και ικανότητες που πρέπει να έχει ο μουσικοθεραπευτής όταν εργάζεται με παιδιά με ΔΕΠΥ. Αυτές είναι η ικανότητα χειρισμού των παιδιών σχολικής ηλικίας, οι ειδικές γνώσεις προσαρμοστικής ψυχολογίας, η εφαρμογή τεχνικών και μεθόδων της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ΔΕΠΥ, η γνώση κατάλληλων υλικών για τα παιδιά αυτής της ηλικίας, η ευθύνη το χειρισμού της μουσικής (συνδετικός κρίκος) κατάλληλα ώστε να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο καταρτισμένος μουσικός και τέλος η αυτογνωσία και η ικανότητα για επαγγελματική σχέση.

Μέσα από την έρευνα περιορίστηκε η γενίκευση που πιθανόν να παρουσίαζε η θεωρία, αφού συγκεκριμενοποίησε τα στοιχεία. Επίσης μέσω

αυτής της διαδικασίας προέκυψαν επιπλέον χρήσιμα δεδομένα, τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν πιο σφαιρικά τις απόψεις για τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ø Αδαμοπούλου Χ., (2006), Μουσικοθεραπεία και άλλες μουσικές προσεγγίσεις για παιδιά και νέους με αναπηρίες. Εκδόσεις Νικολαΐδης Μ.
- Ø Αντωνακάκης (2007), Μουσική παιδαγωγική, εκδόσεις Καστανιώτη.
- Ø Βαρβόγλη Γ., (2007), Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Ø Δελιακίδου Ζ., (2008), Το υπερκινητικό παιδί-Ένας καταπληκτικός μονόλογος. (άρθρο)
- Ø Δρίτσας Θ., (2003), Η μουσική ως φάρμακο. Εκδόσεις: info health, Αθήνα.
- Ø Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου Ρ., (1999), Δραματοθεραπεία: Η επέμβαση της τέχνης στη ψυχοθεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Ζωγράφου Α., (1993), Σχολική Κοινωνική Εργασία, Πάτρα.
- Ø Ιωαννίδης Ι.Δ, (1996), Παιδαγωγική Ψυχολογία. Εκδόσεις Κορφή.
- Ø Κακαβούλης Κ.Α, (1990), Ψυχοπαιδαγωγική Α: Συναισθηματική ανάπτυξη και αγωγή. Εκδόσεις Α.Κ.Κ Αθήνα.
- Ø Κάκουρος-Μανιαδάκη (2001), Το υπερκινητικό και οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Κανακάκης Γ., (1990), Υπάρχει θεραπεία μέσα από τη μουσική, Ψυχολογικό Σχήμα, τεύχος 1, εκδόσεις Δανιάς.
- Ø Κορπά Τ., (2009), Υπερκινητικά παιδιά και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. ΑΠΕ-ΜΠΕ. (Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων-Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων). (άρθρο)

- Ø Κοψαχείλης Ι.Σ, (1996), Η Μουσικοθεραπεία στην Αρχαία Ελλάδα: Αριστοτέλης και μουσικοθεραπεία και η σύγχρονη πορεία της επιστήμης. Εκδόσεις Μαίανδρος.
- Ø Κυριαζή Ν., (2005) Η κοινωνιολογική έρευνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Λεβή Σ., (2008). Μουσικοθεραπεία: Τι είναι και τι προσφέρει; Το βιβλίο των παρεμβάσεων, Ιανουάριος. (άρθρο)
- Ø Λιβανίου Ε., (2004), Μαθησιακές Δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη. Εκδόσεις Κέρδος.
- Ø Μακρή Δ.,-Μακρής Ι., (2003), Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία. Εκδόσεις Γρηγόρης Μ.Π.
- Ø Μαριδάκη-Κασσωτάκη Α., (2005), Δυσκολίες Μάθησης, Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μόττη-Στεφανίδη Φ., (1999), Αξιολόγηση της νοημοσύνης παιδιών σχολικής ηλικίας και εφήβων. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μούκας Γ., (2009), Ψυχιατρική και Σχολείο. (άρθρο)
- Ø Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, λεξικό.
- Ø Παλαιολόγου Χ., (1990), Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία, Μουσικοτροπές, Παρουσίαση της επιστήμης και των μεθόδων της. (άρθρο)
- Ø Παπαδόπουλος Α., (2000), Μουσικοθεραπεία. Εκδόσεις: Πήγασος.
- Ø Παπαδοπούλου Ζ., (2003), Μουσική και ψυχοσωματική αγωγή στην Αρχαία Ελλάδα. Μουσικοκινητικά δρώμενα ως μέσον θεραπευτικής αγωγής. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Επιμέλεια έκδοσης: Ελένη Γραμματικοπούλου.
- Ø Παπαμιχαήλ Γ., (2004), Η γνωστική εκπαίδευση στην πρώτη σχολική ηλικία. Εκδόσεις: Πήγασος.
- Ø Παπαμιχαήλ Ε., Σπυρόπουλος Ι., Μαθιανάκης Γ., Κατσαράς Α., Χονδρονικόλα Χ., Παναγόπουλος Φ., (1996), Εργαστήριο

- Μουσικοθεραπείας ομάδας Θεραπευτών Ψυχιατρικού τομέα Γενικού Νοσοκομείου, Τετράδια Ψυχιατρικής. Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος. (άρθρο)
- Ø Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, (1985), Εξελικτική Ψυχολογία, τόμος:3, Αθήνα.
 - Ø Πρίνου-Πολυχρονιάδου Λ., (1995), Μουσική Ψυχολογία. Εκδόσεις: Θυμάρι.
 - Ø Πρίνου-Πολυχρονιάδου Λ., (2005), Μουσικοθεραπεία, Ελευθεροτυπία, Μάρτιος, Αθήνα. (άρθρο)
 - Ø Σακαλάκ Η., (2004), Μουσικές Βιταμίνες. Εκδόσεις: fagotto, Αθήνα.
 - Ø Ψαλτοπούλου Ν., (2001), Η τέχνη της μουσικής στη Μουσικοθεραπεία, Ελευθεροτυπία, Ιούνιος, Αθήνα. (άρθρο)
 - Ø Andrea Gilroy, Colin Lee, (2000), Εικαστικές τέχνες και μουσική. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
 - Ø Barnes Belinda, Colquhoun Irene, (1992), Το υπερκινητικό παιδί: τα αίτια, τα προβλήματα και οδηγός αντιμετώπισης – θεραπείας. Μετάφραση: Νάντσου Θεοδότα. Εκδόσεις Θυμάρι.
 - Ø Dalley J, Cace C. Shaverien J, Weir D. Halliday D. Nowell, Hall P, Waller D (1998). Θεραπεία μέσω τέχνης (Η εικαστική προσέγγιση). Επιμέλεια: Νιζέττα Αναγνωστοπούλου, Ιωαννίδου. Μετάφραση: Γιάννα Σκαρβέλλη. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
 - Ø Fent Ch.,(1989) «Κοινωνική Ένταξη και Εκπαίδευση». Μετάφραση: Κακαλέτρης Γ. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1989.
 - Ø Hantfild T. (1979) «Παιδικότητα και εφηβεία» Μετάφραση Λώμη Μ. Εκδόσεις Θυμάρι. Αθήνα 1978.
 - Ø Herbert Martin, (1989), Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Τόμος Α΄. Μετάφραση: Παρασκευόπουλος. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

- Ø Herbert Martin, (1989), Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Τόμος Β΄. Μετάφραση: Παρασκευόπουλος. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Herbert Martin, (1998), Χωρισμός και Διαζύγιο: Βοηθώντας τα παιδιά να το αντιμετωπίσουν. Μετάφραση: Μωραΐτη Γεωργία. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø McClellan Randall PHD, (1998), Οι θεραπευτικές δυνάμεις της μουσικής. Β΄ έκδοση. Εκδόσεις: Fagotto n., Θέρμος, Αθήνα.
- Ø Molnar Alex, (1999), Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο. Μετάφραση: Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι.
- Ø Rubin Aron J., (1999), Θεραπεύοντας παιδιά μέσα από την τέχνη. Επιμέλεια: Νιζέττα Αναγνωστοπούλου-Ιωαννίδου. Μετάφραση: Γιαννα Σκαρβέλη. Β΄ έκδοση. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Shaboutin S., (2005), Ιατρικές Δυνάμεις της Μουσικής – Οι νότες θεραπεύουν και την ψυχή και το σώμα. Μετάφραση: Χ. Νιάκα. Εκδόσεις: PLS.
- Ø Sue Palmer, (2008), "Τοξική" παιδική ηλικία. Εκδόσεις: Κριτική.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ø American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (άρθρο)
- Ø Anderson N., (1997), Therapy and the Arts: Tools of Consciousness, Harper Colophon Books, U.S.A
- Ø Davison G.C., Neale J.M., (1998), Abnormal Psychology, New York: John Wiley & Sons, Ins.
- Ø Doggett M.A., (2004). ADHD and drug therapy: Is it still a valid treatment? Journal of Child Health Case.

- Ø Goldberg FS., McNiel De., Binder RL., (1988), Therapeutic factors in tow forms in inpatient group psychotherapy: Music Therapy and Verbal Therapy Group.
- Ø Groke D., Wigram T., Dileo C., (2007), Receptive methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, educators and students. Εκδόσεις Jessica Kingsley Publishers.
- Ø Harcourt L., (1998), Music for Health, New Zealand nursing journal, vol:81, no1, pp.24-26. (άρθρο)
- Ø Robb LS. (2000), The effect of therapeutic Music Interventions on the behaviour of hospitalized children in isolation: Developing a contextual Support model of music therapy – Journal of Music Therapy.
- Ø Schoen M., (2001), The psychology of music. Journal of music Therapy.
- Ø Tannock R., (2005), Language and mental health disorders: The case of ADHD. Convergence: Interdisciplinary communications.
- Ø Tripp G., (2005), ADHD: Beyond the child. Convergence: Interdisciplinary communications.
- Ø William B., Kate E., Michael H., (1999). An introduction to Music Therapy. Theory and Practice. Second edition.

Σελίδες στο διαδίκτυο

www.e-psychology.gr

www.iator.gr

www.musictherapy.org

www.musictherapy.cc

www.warchild.org

www.musictherapy.gr

www.peemde.gr

www.musictherapy.ca

www.anaptixikaikinesi.gr

www.paidiatros.gr

ü Παπαηλιού Χριστίνα, (2009), Η μουσικοθεραπεία στην πρώιμη παρέμβαση: θεωρητικό υπόβαθρο και πρακτικές εφαρμογές.
(www.peemde.gr)

ü Παρασκευόπουλος Ιωάννης. Στάδια ανάπτυξης των παιδιών.
(www.paidorama.com)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Συνέντευξη από επαγγελματίες Μουσικοθεραπεύτριες

Ερώτηση 1: *Υπάρχει αποτελεσματικότητα στην μουσικοθεραπεία; Πως γίνεται φανερό;*

Απάντηση: Αποτελέσματα υπάρχουν πάντα, αλλά το αν είναι άμεσα, αυτό δεν μπορεί να απαντηθεί τόσο απλά. Εξαρτάται πάντοτε από τον ίδιο τον θεραπευόμενο και από το πόσο αποδέχεται την θεραπεία. Επίσης, η αμεσότητα του αποτελέσματος εξαρτάται και από το αν βρίσκεται η ΔΕΠΥ σε συνδυασμό με άλλο σύνδρομο και σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα. Ενώ, παράλληλα μπορεί να εξαρτηθεί και από το πόση ώρα πριν από τη συνεδρία λαμβάνουν τα παιδιά τη φαρμακευτική αγωγή και από τη διατροφή τους. Αν για παράδειγμα, τρώνε γλυκά πριν τη συνεδρία, αυτό κάνει δυσκολότερο το έργο του θεραπευτή γιατί τα γλυκά προσφέρουν περισσότερη ενέργεια στο παιδί.

Ερώτηση 2: *Ποιες τεχνικές και μεθόδους χρησιμοποιείτε για τα παιδιά με ΔΕΠΥ;*

Απάντηση: Χρησιμοποιούμε συνήθως τον Μουσικό Κλινικό Αυτοσχεδιασμό και την Εκπαιδευτική Μουσική.

Ο Μουσικός Κλινικός Αυτοσχεδιασμός, στηρίζεται στη γλώσσα του σώματος και στα μηνύματα που λαμβάνουμε από το παιδί, από τη στιγμή που μπαίνει στην αίθουσα. Βάσει αυτού, ξεκινά ένας Μουσικός Αυτοσχεδιασμός από τον μουσικοθεραπευτή, ο οποίος σκοπό έχει να αντανακλά αυτό το οποίο του δίνει το παιδί.

Μέσω της Εκπαιδευτικής Μουσικής, γίνεται η εκμάθηση εκπαιδευτικού υλικού. Στα παιδιά με ΔΕΠΥ, τη χρησιμοποιούμε και τη δουλεύουμε περισσότερο. Αυτό πραγματοποιείται μέσω τραγουδιών, όπου περιλαμβάνουν αριθμούς χρώματα και έννοιες.

Ερώτηση 3: *Πόσο διαρκεί μια συνεδρία, ατομική και ομαδική;*

Απάντηση: Μία συνεδρία, είτε ατομική είτε ομαδική διαρκεί περίπου στα 45 λεπτά. Ανάλογα πάντοτε με τις ανάγκες του θεραπευμένου. Η προετοιμασία για τη λήξη, αρχίζει στα 40 λεπτά περίπου. Ίσως πάρει και μια ώρα.

Ερώτηση 4: *Πιο το κόστος της μουσικοθεραπείας;*

Απάντηση: Το κόστος εξαρτάται από τον θεραπευόμενο, από το ποιες ανάγκες έχει και σε ποιο βαθμό είναι το πρόβλημα. Στην Κύπρο δεν υπάρχει Σύνδεσμος Μουσικοθεραπευτών που να ορίζει το κόστος της Μουσικοθεραπείας.

Ερώτηση 5: *Πιο είδος μουσικής χρησιμοποιείτε στα παιδιά με ΔΕΠΥ;*

Απάντηση: Τα Ζουζούνια χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό. Είδη μουσικής, όπως ο Mozart, οργανική και ορχηστρική μουσική, κλασσική μουσική, σπάνια χρησιμοποιούνται στα παιδιά, ειδικά όταν έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, γιατί δεν τους βοηθάει να αυξήσουν την προσοχή τους.

Ερώτηση 6: *Χρησιμοποιείτε την μουσικοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους θεραπείας;*

Απάντηση: Ναι, χρησιμοποιούμε την μουσικοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους θεραπείας, για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Καθώς σε μερικές περιπτώσεις επειδή η μουσικοθεραπεία δεν μπορεί να σταθεί μόνη της, συνεργάζεται με λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ειδική αγωγή.

Συνέντευξη από επαγγελματία Λογοθεραπεύτρια και Ειδικό Δάσκαλο

Ερώτηση 1: *Πόσα παιδιά με ΔΕΠΥ λαμβάνουν μουσικοθεραπεία παράλληλα με λογοθεραπεία και ειδική αγωγή;*

Απάντηση: Υπάρχουν 10 παιδιά με ΔΕΠΥ, τα οποία είναι ενταγμένα σε προγράμματα και ακολουθούν μεθόδους μουσικοθεραπείας, λογοθεραπείας και ειδικής αγωγής.

Ερώτηση 2: *Με ποια σειρά γίνονται τα προγράμματα; Υπάρχει συγκεκριμένος λόγος για αυτό;*

Απάντηση: Γίνεται πρώτα το μάθημα της μουσικοθεραπείας, γιατί βοηθάει τα παιδιά να συγκεντρωθούν και μετά ακολουθεί είτε το μάθημα της λογοθεραπείας, είτε το μάθημα της ειδικής αγωγής.

Ερώτηση 3: *Στα παιδιά με ΔΕΠΥ, που έρχονται αμέσως μετά το μάθημα της μουσικοθεραπείας, ποια διαφορά βλέπετε σε σχέση με τα παιδιά που δεν κάνουν μουσικοθεραπεία;*

Απάντηση: Τα παιδιά που έρχονται αμέσως μετά το μάθημα της μουσικοθεραπείας, είναι αρκετά συγκεντρωμένα, με περισσότερη αυτοπεποίθηση και με πολύ καλή διάθεση για μάθημα. Ενώ τα παιδιά που έρχονται κατευθείαν για λογοθεραπεία ή ειδική αγωγή, θέλουν τον χρόνο τους να συγκεντρωθούν και η απόσπαση προσοχής είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα πιο πάνω.

Συμπερασματικά, βλέπουμε την επίδραση της μουσικής στα παιδιά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, να είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι με άλλες θεραπείες, γιατί τα παιδιά νιώθουν πιο οικείο το περιβάλλον όταν υπάρχει μουσική και μουσικά όργανα στο δωμάτιο.

Ερώτηση 4: Ποια η συνεργασία του λογοθεραπευτή, ειδικού δασκάλου με τον μουσικοθεραπευτή;

Απάντηση: Στην αρχή κάνει ο θεραπευτής την δική του αξιολόγηση, βάζει ο καθένας τους στόχους του και γίνεται μια συνάντηση των τριών με τους γονείς των παιδιών. Αρχίζει η θεραπεία με κοινούς στόχους και συνεργασία μεταξύ εμάς των τριών επαγγελματιών θεραπευτών, έτσι ώστε να πετύχουμε τους στόχους μας. Στο τέλος του μήνα, οι τέσσερις μας, συζητάμε για την πρόοδο και τις ελλείψεις του παιδιού και ίσως χρειαστούμε καινούργιους στόχους. Γίνεται μια πολύ καλή συνεργασία με πολύ καλά αποτελέσματα. Υπάρχουν περιπτώσεις που ίσως χρειαστεί να παρακολουθήσει ο Μουσικοθεραπευτής το μάθημα του Λογοθεραπευτή και του Ειδικού Δασκάλου και αντίστροφα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Ερωτηματολόγιο Μουσικοθεραπείας

(του Μπένενζον, Αργεντινού μουσικοθεραπευτή)

Όνομα-Επώνυμο.....

Ηλικία.....

Φύλο.....

Ερωτηματολόγιο

υπογεγραμμένο

από.....

(όνομα θεραπευτή)

1. Χώρα καταγωγής.
2. Περιοχή καταγωγής.
3. Προτιμήσεις και ιδιαιτερότητες των γονιών στον τομέα της μουσικής.
4. Ηχητικές αναμνήσεις από την περίοδο της εγκυμοσύνης.
5. Ηχητικές αναμνήσεις της γέννησης και των πρώτων ημερών της ζωής.
6. Τραγούδια και κινήσεις νανουρίσματος που συνήθιζε η μητέρα.
7. Ηχητικό περιβάλλον της παιδικής ηλικίας.
8. Αντιδράσεις των γονιών στους ήχους και στους θορύβους.
9. Αντιδράσεις του «ασθενή» στους ήχους και στους θορύβους.
10. Χαρακτηριστικοί ήχοι του σπιτιού (θόρυβοι από διάφορα αντικείμενα, φωνές, κλάματα, ηχητικά τικ, μουρμουρητά, κλπ.)
11. Ήχοι της νύχτας και ήχοι του σώματος.
12. Μουσική ιστορία της οικογένειας, μουσική παιδεία των γονιών, μουσική παιδεία του «ασθενή».
13. Πρώτες επαφές με κάποιο όργανο.
14. Μουσικό και ηχητικό περιβάλλον στο οποίο ζει σήμερα.
15. Συνειρμοί που προκαλούνται από τους ήχους.

16.Μουσικές και ηχητικές προτιμήσεις και απορρίψεις.

17.Προτιμήσεις και απορρίψεις μουσικών οργάνων.

Με βάση το μοντέλο αυτού του ερωτηματολογίου (που μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την κάθε περίπτωση), σκιαγραφείται το ηχητικό μωσαϊκό της προσωπικότητας κάθε ατόμου.

Συνήθως, στην κλασσική ψυχολογική προσέγγιση, δεν λαμβάνουμε υπ' όψιν όλον αυτόν τον κόσμο των ήχων, που αποτελεί όμως μια αναμφισβήτητη πραγματικότητα κάθε ανθρώπου. Ήχοι, φωνές και ψίθυροι φορτισμένοι με συγκινήσεις και συναισθήματα, με αναμνήσεις χαράς ή λύπης, φόβου ή επιθυμίας..., σύμβολα μέσα από τα οποία μπορούμε να πλησιάσουμε τον άνθρωπο και να τον βοηθήσουμε. Αν ο ενδιαφερόμενος δεν είναι σε θέση να μας δώσει τις πληροφορίες που θέλουμε, είτε γιατί είναι πολύ μικρό παιδί, είτε γιατί έχει κάποια πάθηση που τον εμποδίζει να μιλήσει, τότε συγκεντρώνουμε αυτές τις πληροφορίες, ρωτώντας τους γονείς, τους συγγενείς, τους φίλους. Ούτως ή άλλως, οι γνώμες, οι αναμνήσεις φίλων και γνωστών, μπορούν εφ' όσον είναι αντικειμενικές, να είναι πολύτιμες στην συμπλήρωση της γνώσης μας για κάθε συγκεκριμένο άτομο.