

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
VPLIV GLASBENE TERAPIJE NA DEMENTNE
STAREJŠE OSEBE

BOŽIČ

NEŽKA BOŽIČ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Vpliv glasbene terapije na dementne starejše osebe

(The effect of music therapy on the elderly with dementia)

Ime in priimek: Nežka Božič

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: izr. prof. dr. Anton Grad

Koper, avgust 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nežka BOŽIČ

Naslov zaključne naloge: Vpliv glasbene terapije na dementne starejše osebe

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 52

Število tabel: 1

Število referenc: 65

Mentor: izr. prof. dr. Anton Grad

Ključne besede: demenca, glasbena terapija, Alzheimerjeva bolezen, vpliv glasbene terapije, nefarmakološko zdravljenje

Izvleček:

Podaljševanje življenjske dobe in staranje prebivalstva vpliva na hiter porast števila oseb s sindromom demence, kronične duševne motnje, ki ne prizadene samo bolnika, ampak tudi osebe, vpete v njegovo okolje. Zdravila, ki bi ozdravilo to bolezen, še ne poznamo, zato se zdravljenje usmerja v lajšanje simptomov bolezni in boljšo ozaveščenost. Ker pa farmakološko zdravljenje prinaša poleg pozitivnih tudi stranske učinke, se vedno več bolnikov odloči za nefarmakološko zdravljenje, kamor uvrščamo tudi glasbeno terapijo. Slednja ima veliko pozitivnih učinkov tako na dementne osebe kot tudi njihove oskrbovalce. Pacientu omogoči izražanje močnih čustev, preko igranja na instrumente, vokaliziranja in petja, ter telesnega samoizražanja, stimulira verbalne funkcije, krepi kognitivno področje, omogoči priklic avtobiografskih spominov in čustev povezanih z njimi, izboljša fino in grobo motoriko, poveča socialne interakcije in socialno vedenje kot so smehljanje, govor, dotikanje, očesni stik in stik z družinskimi člani ter lajša simptome depresije, agresije in agitiranega vedenja, kar pomaga negovalcem pri skrbi za dementno osebo. Ti učinki so večinoma kratkotrajni, nikakršne dokumentacije ni, ki bi dokazovala, da ima glasbena terapija vpliv na dolgoročno izboljšanje simptomov, zato bi jo lahko kar najbolje izkoristil za izboljšanje kvalitete pacientovega življenja, njegovih oskrbovalcev in njegovih najbližjih v sklopu multidisciplinarne obravnave bolnika.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nežka BOŽIČ

Title of the final project paper: The effect of music therapy on the elderly with dementia

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 52 Number of tables: 1

Number of references: 65

Mentor: Assoc. Prof. Anton Grad, PhD

Keywords: dementia, music therapy, Alzheimer's disease, the effect of music therapy, non-pharmacological treatment

Abstract:

Prolonging life expectancy and population ageing have an impact on the rapidly growing number of people with dementia, chronic mental disorder, which does not affect only the patient, but also other people, involved in patient's environment. The medicine, which would cure the disease, is still not known, thus the treatment focuses on relieving the symptoms of the disease and raising awareness. Seeing that the pharmacological treatment brings negative side effects in addition to the positive ones, there is an increased number of patients who opt for non-pharmacological treatment, which also includes music therapy. The latter has many positive effects on both people with dementia and their carers. The patient has the possibility to express strong feelings through playing instruments, vocalization, singing and physical self-expression. It also stimulates verbal functions, strengthens the cognitive area, enables to recall memories and emotions associated with them, improves fine and gross motor skills, increases social interactions and social behaviour such as smiling, speaking, touching, eye contact and contact with family members. Furthermore, it relieves the symptoms of depression, aggression and agitated behaviour, which helps the carers in taking care of the demented person. These effects are mostly short-lived and there is no documentation to prove that music therapy has an impact on the long-term improvement of the symptoms. As a part of the multidisciplinary treatment of the patient we could therefore make the best use of it to improve the life quality of the patient, his carers and closest relatives.

*»Iz glasbe prihaja čar,
ob katerem se morajo upokojiti vse skrbi
in vse bolečine srca.«*

William Shakespeare

ZAHVALA

*Zahvaljujem se mentorju izr. prof.dr. Antonu Gradu za vso strokovno pomoč, usmerjanje
in nasvete pri pisanju.*

Hvala vsem, ki ste kakor koli pripomogli k nastanku zaključne naloge.

*Iz srca se zahvaljujem družini, ki me je spodbujala in verjela vame. Vedno bom hvaležna,
da ste mi privzgojili spoštovanje in ljubezen, ki ju čutim do glasbe.*

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
2 DEMENCA	4
2.1 Simptomi in faze demence.....	5
2.2 Vzroki in vrste demence	6
2.2.1 Alzheimerjeva bolezen.....	7
2.2.2 Vaskularna demenca	8
2.2.3 Demenca z Lewyjevimimi telesci	9
2.2.4 Frontotemporalna demenca	10
2.3 Diagnosticiranje demence	10
2.4 Zdravljenje demence	12
2.4.1 Farmakološko zdravljenje	12
2.4.2 Nefarmakološko zdravljenje	13
2.4.3 Pomoč.....	14
2.5 Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki.....	14
3 GLASBENA TERAPIJA	16
3.1 Opredelitev glasbene terapije	16
3.2 Uporaba glasbene terapije	18
3.3 Cilji v glasbeni terapiji	19
3.3.1 Motorično področje.....	19
3.3.2 Kognitivno področje.....	20
3.3.3 Socialno področje.....	20
3.3.4 Čustveno področje.....	20
3.4 Terapevtski proces	21
3.4.1 Glasbeni terapevt.....	21
3.5 Oblike glasbene terapije	22
3.6 Metode v glasbeni terapiji	23
3.6.1 Poslušanje.....	23
3.6.2 Petje.....	23
3.6.3 Mrmrnanje	24

3.6.4 Improvizacija.....	24
3.6.5 Gibanje ali ples ob glasbi	25
3.6.6 Slikanje ob glasbi	25
4 GLASBENA TERAPIJA IN DEMENCA	26
4.1 Vrste glasbene terapije za osebe z demenco	27
4.1.1 Aktivna glasbena terapija	28
4.1.2 Receptivna glasbena terapija	28
4.1.3 Glasba v ozadju	29
4.2 Vpliv in koristi glasbene terapije za osebe z demenco.....	30
4.2.1 Jezik in komunikacija.....	30
4.2.2 Kognitivno področje.....	31
4.2.3 Motorično področje	31
4.2.4 Socialno področje.....	32
4.2.5 Vedenje.....	32
4.3 Pomanjkljivosti in težave pri raziskavah o vplivu glasbene terapije na dementne osebe	33
5 SKLEP	35
6 VIRI	38

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Faze demence in njeni najpogostejši simptomi (Graham in Warner, 2013; Kogoj, 1999).....	5
---	---

1 UVOD

Demenca je kronična duševna motnja, ki ne prizadene samo posameznika, ampak tudi njegovo ožje in širše družbeno okolje (Marušič in Temnik, 2009). Lahko je posledica nevroloških, fizioloških in anatomskih sprememb ter poškodb možganov (Flaker, 2007). Njeni simptomi segajo na psihološko področje in se kažejo kot oslabitev spomina, mišljenja, jezikovnih sposobnosti, zaznavnih interpretacij, orientacije v času in prostoru, presoje, načrtovanja, obvladovanja čustev in motivacije, izvajanju najpreprostejših opravil in gibov (Whalley in Breitner, 2009) do te mere, da je oseba priklenjena na posteljo in popolnoma odvisna od negovalcev. Tako je obravnava dementne osebe predvsem socialna, saj je potrebno taki osebi zagotoviti dostojno življenje, zanjo poskrbeti, ji ustvariti socialno okolje, ki prijazno in potrpežljivo sprejema bolnikovo pozabljivost in ostale nevšečnosti, ki jih prinaša napredovanje bolezni, ter ustvariti mehanizme, ki bodo vsaj delno nadomestili izgubljene funkcije (Flaker, 2007). Raziskave na Slovenskem kažejo, da je dementnih bolnikov v Sloveniji med dvajset in trideset tisoč (Graham in Warner, 2013), njihovo število pa se bo še povečalo, saj se bo pričakovana življenjska doba med letoma 2002 in 2020 podaljšala za približno pet let, z njo pa se bo povečalo tudi število starejših oseb (za 35,4 %), kar bo prineslo povečano število oseb s simptomi demence (60,1 %) in število oseb, ki bodo potrebovale hospitalizacijo (42,6 %) (Kogoj, 2008). Na zmanjšanje teh števil bi lahko vplivalo le pravočasno odkrivanje potencialnih bolnikov, ki bi jim že skoraj pred prvimi znaki demence predpisali ustrezna zdravila (Kogoj, 2008), vendar postavljanje diagnoze predstavlja velik problem, saj veliko ljudi z zgodnjimi znaki demence ne obiše zdravnika, pač pa to storijo šele več mesecev ali celo več let po pojavitvi simptomov, prav tako je veliko takih, ki niso nikoli diagnosticirani, spremembe pa lahko dosežemo le z boljšo ozaveščenostjo in zmanjšanjem stigmatizacije (Graham in Warner, 2013). Farmakološko zdravljenje dementnih oseb se osredotoča na lajšanje simptomov demence, ne smemo pa pozabiti niti na zdravljenje vsega, kar demenco spremlja (Marušič in Temnik, 2009). Vendar pa se pri farmakološkem zdravljenju srečujemo z oviro imenovano stranski učinki, ki jih imajo predpisana zdravila na posameznika. Vedno večje število raziskav odkriva nefarmakološke načine zdravljenja in lajšanja simptomov demence. Eden izmed teh načinov je prav gotovo glasbena terapija.

Glasba nas spremlja na vsakem koraku; na naši priljubljeni radijski postaji, v trgovinah, na pomembnih življenjskih dogodkih, verskih obredih, pri športni aktivnosti in težko je najti človeka, ki ne bi imel svoje najljubše glasbe, ter takega, ki ga še nobena melodija ni motila. Nenavadno je videti milijone ljudi, kako igrajo, poslušajo in so celo prezaposleni z ukvarjanjem s skupkom tonov, ki se združijo v glasbo (Sacks, 2008). Ideja o uporabi glasbe v zdravilne namene je stara skoraj toliko kot človeštvo, saj so že takratni šamani in zdravilci vedeli, da lahko z glasbenimi komponentami obnovijo porušeno bolnikovo harmonijo telesa, mu povrnejo zdravje in dobro počutje (Dewhurst-Maddock, 1999). Tudi novejša raziskave o uporabi glasbe v zdravstvu kažejo pozitivne učinke na več različnih področjih, med njimi tudi na področju demence, ne glede na bolnikovo glasbeno izobrazbo.

Namen zaključne naloge je raziskati in predstaviti dosedanja spoznanja s področja zdravljenja in lajšanja simptomov demence s pomočjo glasbene terapije. Skušali bomo odgovoriti na vprašanja, kako lahko glasba omili simptome demence, na katere simptome ima največji vpliv, ter kako bi lahko ta način zdravljenja razširili in bolj približali oskrbovalcem dementnih oseb. V ta namen bomo najprej predstavili področje demence; kaj se skriva za izrazom demenca, kateri so njeni najpogostejši simptomi ter kako se kažejo skozi različne faze napredovanja bolezni, kateri so glavni vzroki in prevladujoče vrste demence, kako poteka postavljanje diagnoze ter načini zdravljenja demence in kateri so dejavniki tveganja ter varovalni dejavniki. Za tem se bomo osredotočili na glasbeno terapijo skozi njeno opredelitev in uporabo, tarčne cilje na katere se usmerja v terapevtskem procesu preko kvalificiranega glasbenega terapevta, ter oblike terapij in metode dela, ki se jih poslužuje v terapevtskih sejah. V zadnjem poglavju bomo naredili povezavo glasbene terapije z demenco. Pri tem nas bo zanimalo, katere vrste glasbenih terapij se pri delu z dementnimi osebami najpogosteje uporabljajo, kaj o njenih učinkih na dementne ljudi pravijo že opravljene raziskave, in s kakšnimi težavami se srečujejo v raziskovalnem procesu. Uporabljena metoda je pregled strokovnih člankov in ostale literature, pridobljene iz različnih podatkovnih baz. Glasbena terapija je v Sloveniji slabo razširjen pojem. Pomanjkanje glasbenih terapevtov pa pripomore k njeni nedostopnosti osebam, ki želijo sebi ali svojim svojcem pomagati na naraven način. Glasba lahko ob pravilni uporabi iz nas izvabi najboljše in škoda bi bilo, če je ne bi izkoristili v namene zdravljenja, ko pa jo imamo na dosegu rok in vemo, da ne more škoditi. Z zaključno

nalogo želimo približati glasbeno terapijo ljudem, ki se z njo še niso seznanili in podati nove informacije tistim, ki so se z njo že srečali, saj tovrstna terapija ni koristna le na področju demence, ampak tudi na številnih drugih področjih.

2 DEMENCA

Izraz »demenca« izhaja iz latinščine in ga sestavljata predpona »de«, ki označuje nasprotnost, upadanje, ter »mens«, ki pomeni duha, razum. Demenca torej pomeni upadanje duha oziroma razuma (van Hülzen, 2010).

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB 10) uvršča demenco v skupino organsko pogojenih duševnih motenj, za katere velja, da imajo očitno skupno etiologijo v možganski bolezni, možganski poškodbi ali drugačnih okvarah, ki povzročajo motnjo možganske dejavnosti (Kogoj, 1999; Marušič in Temnik, 2009). Ločimo primarno motnjo, na primer pri boleznih, poškodbah ali okvarah, in sekundarno, na primer pri sistemskih boleznih in motnjah, ki okvarijo možgane le kot enega izmed organov ali telesnih sistemov (Marušič in Temnik, 2009).

Demenca je opredeljena kot sindrom, ki ga navadno povzroča kronična ali progresivna možganska bolezen, ki primarno ali sekundarno prizadene možgane. Značilen je upad spominskih sposobnosti, ki se najpogosteje nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij, z napredovanjem bolezni pa je lahko prizadet tudi spomin za davne dogodke. Mišljenje je osiromašeno, zmanjšana je sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Upad teh višjih živčnih dejavnosti je tako izrazit, da prizadene vsakodnevne aktivnosti, kar ima za posledico zmanjšanje sposobnosti obvladovanja čustev, spremembe v razpoloženju (navadno depresivnost), spremembe socialnega vedenja (težko so vodljivi, nepredvidljivi in včasih agresivni), motivacije in volje, le zavest pri demenci ni motena (Kogoj, 1999; Marušič in Temnik, 2009; Milošević Arnold, 2007).

Demenca je degenerativna bolezen in poteka kot proces, v katerem se stanje posameznika postopoma slabša in nepovratno napreduje. Občasno lahko pride do izboljšanja, vendar pa se slabo obdobje navadno ponovi (Marušič in Temnik, 2009; Milošević Arnold, 2007).

Demenca praviloma nastopi neopazno, saj je skoraj vedno prisotna polimorbidnost ali hkraten soobstoj več bolezni, potem pa postopoma napreduje. Le redko se zgodi, da nastopi nenadno, s kasnejšimi novimi upadi v zagonih ali brez njih (Kogoj, 1999; van Hülzen, 2010).

2.1 Simptomi in faze demence

Demenca bolnike prizadene na različne načine. Način izražanja simptomov in simptomi sami so odvisni od bolnikove osebnosti, življenjskega sloga, kakovosti odnosov in duševnega ter fizičnega zdravja (Graham in Warner, 2013). Bolezen se pogosto začne neopazno, zato včasih zaznamo težave šele ob spremembi bolnikovih običajnih življenjskih okoliščin, ko gre prizadeta oseba na primer na počitnice ali ko zboli. Potek bolezni se razlikuje med posamezniki. Nekateri z njo živijo 20 let in več, drugi mnogo manj. Različna je tudi hitrost napredovanja bolezni, zato je dobro poznati bolezenske stadije in njihove glavne značilnosti (glej Tabela 2.01), saj nam to olajša shajanje z boleznijo in bolnikom (Graham in Warner, 2013).

Tabela 1:

Faze demence in njeni najpogostejši simptomi (Graham in Warner, 2013; Kogoj, 1999)

Faza demence	Najpogostejši simptomi
Zgodnja faza	<p>Pešanje kratkoročnega spomina.</p> <p>Časovna dezorientiranost.</p> <p>Pomanjkanje volje, koncentracije in motivacije.</p> <p>Govorne težave, težko najde prave besede.</p> <p>Oseba se zapira vase, izogiba se družabnih dogodkov.</p> <p>Spremenjeno vedenje, razdražljivost, depresivnost, jeza, pogosto kot posledica zavedanja pešanja umskih sposobnosti.</p> <p>Težave pri odločanju.</p> <p>Nihanje razpoloženja.</p>
Vmesna faza	<p>Stopnjevanje pešanja spomina, bolniki težave zanikajo ali jih prikrivajo.</p> <p>Oseba odtava od doma in se izgubi.</p> <p>Težave s spanjem, ne loči dneva od noči.</p> <p>Težave pri razumevanju govora in govorjenju, branju, pisanju, računanju, otežene so miselne predstave.</p>

Težave pri opravljanju gospodinjskih opravil, oblačenju, umivanju, hranjenju, osebo je potrebno opozarjati na telesne potrebe.

Izgublja stvari in krivi druge, da so jih ukradli.

Posamezne osebnostne poteze lahko postanejo izrazitejše.

Popuščajajo naučene socialne zavore, značilna je čustvena labilnost, neopazna mimika.

Vidne in slušne halucinacije.

Pozna faza

Težave pri sporazumevanju z drugimi.

Težave pri prepoznavanju svojcev, prijateljev.

Ne razumejo dogajanja okrog sebe.

Pri hranjenju so odvisni od drugih.

Inkontinenca, težave z izločanjem.

Težave pri hoji, vedno bolj priklenjeni na stol in posteljo.

Zaključna faza

Oseba ni sposobna govoriti, se gibati ali se hraniti.

Potrebuje popolno oskrbo.

Še vedno se nekoliko zaveda sebe in čuti bolečino.

2.2 Vzroki in vrste demence

Glede na vzrok demence delimo na primarne (85 %), sem uvrščamo degenerativne (50 %), vaskularne (20 %) in mešane oblike (15 %), ter na sekundarne oblike demence (van Hüslen, 2010). Glede na pojavnost ločimo presenilne, ki se pojavijo pred 65. letom starosti, in senilne po 65. letu starosti (Kogoj, 1999). Glede na prizadete možganske strukture pri nastopu demence in glede na simptome lahko demence delimo na kortikalne z izrazitejšimi spominskimi motnjami, motnjami govora, računanja in abstraktnega mišljenja, aprasijo in agnozijo ter subkortikalne z izrazitejšo psihomotorno upočasnjenostjo, motnjami gibanja, apatijo, akinetskim mutizmom in depresivnostjo. Taka delitev je praktična, a zelo poenostavljena, saj se patološke spremembe in znaki kortikalne ter subkortikalne demence pogosto prekrivajo (prav tam).

Čeprav obstaja veliko različnih tipov in vzrokov demenc, ima velika večina bolnikov enega od sledečih štirih (Graham in Warner, 2013): Alzheimerjevo bolezen, vaskularno demenco, demenco z Lewyjevim telesci ali frontotemporalno demenco. Redkejši tipi demence so še: demenca pri Parkinsonovi bolezni, Huntingtonovi bolezni, Creutzfeldt-jakobovi bolezni, demenca zaradi aidsa in z alkoholom povezana demenca (Graham Warner, 2013; Wilkinson in Lennox, 2005).

Skoraj 90 % vseh primerov demence povzročata Alzheimerjeva bolezen in možgansko-žilne bolezni ali kombinacija obeh obolenj. Slike možganov in umski testi možganskih sposobnosti lahko zdravnikom pomagajo ugotoviti, kateri tip demence ima oseba, edini zanesljiv način določitve pa je biopsija možganov, ko odvzamejo košček možganskega tkiva in ga pregledajo pod mikroskopom, vendar se ta način določanja le redko uporablja (Graham in Warner, 2013).

2.2.1 Alzheimerjeva bolezen

Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence, saj prizadene kar dve tretjini obolelih (Graham in Warner, 2013). Bolezen je pred več kot 100 leti opisal Alois Alzheimer, na primeru svoje 50-letne bolnice, pri kateri je opazoval postopno, večletno upadanje intelektualnih in spominskih sposobnosti ter jih po njeni smrti povezal s spremembami na možganskem tkivu (Grad, 2007). Alzheimerjeva bolezen običajno nastopi pretežno v pozni starosti, od približno 70. leta naprej, z zelo blagimi simptomi, kot so motnje pri klicu in kratkoročnega spomina, kar nam otežuje natančno določitev nastopa bolezni in lahko traja celo leto ali dve, preden je postavljena diagnoza. Rahlo izgubo spomina težko ločimo od normalne starostne pozabljenosti. Da gre za prve simptome demence, lahko pomislimo, če oseba na primer založi ključke in obtožuje svojce ali sosede, da ji kradejo, jo zastrupljajo, ter pri pripovedovanju izgublja rdečo nit. Alzheimerjeva bolezen navadno napreduje počasi, s postopnim razvojem pa se lahko pokaže vrsta simptomov, ki sčasoma naredijo bolnika nemočnega in potrebnega celodnevne nege (Grad, 2007; Graham in Warner, 2013; van Hülsen, 2010).

Bolnik z Alzheimerjevo boleznijo se v zgodnjem obdobju zaveda svoje motnje spomina in je do nje kritičen. Kasneje tega ne opazi več in spominske vrzeli nadomesti z zgodbicami, ki se naključnemu poslušalcu zdijo verjetne. Postopoma nastopijo tudi vedenjske

spremembe, ko je bolnik večkrat potr, brez volje, nato pa spet vznemirjen. Njegovo mišljenje postaja vse bolj okrnjeno, misli so poenostavljene, manjša se sposobnost abstraktnega mišljenja, redči se besedni zaklad in pogosto ne najde pravih besed za poimenovanje stvari, predmetov. Izgublja orientacijo v prostoru in času ter pogosto odtava od doma in ne zna več nazaj. Pozablja aktualne dogodke, v najhujših primerih pa ne prepozna niti svojcev (Grad, 2007; van Hülse, 2010).

Zaradi postopnega odmiranja nevronov se krčijo deli možganov, kar je povezano s postopnim upadom višjih živčnih dejavnosti. Posledice so vidne na možganskih slikah, kar je zdravnikom v pomoč pri postavitvi diagnoze. Poleg tega je za Alzheimerjevo bolezen značilno pomanjkanje živčnih prenašalcev, zato je eden izmed ciljev zdravljenja povečanje koncentracije le-teh (Grad, 2007; Graham in Warner, 2013).

Kljub raziskavam je še vedno le malo znanega o sprožilcih Alzheimerjeve bolezni. Do dedovanja prihaja samo v redkih primerih, ko se bolezen pojavi pri mlajših osebah. Vzrok so lahko kromosomi 1, 14 in 21, ki nosijo genske mutacije, s katerimi se prenaša Alzheimerjeva bolezen. Osebe z vsaj eno od teh genskih mutacij v povprečju bolezni prenesejo na polovico svojih potomcev, kar pomeni, da obstaja veliko možnosti, da bo oseba, ki je podedovala katerega od teh genov, zbolela za Alzheimerjevo bolezen v starosti med 40. in 50. letom (Graham in Warner, 2013).

2.2.2 Vaskularna demenca

Drugi najpogostejši vzrok za demenco je obolenje možganskih žil. To obliko demence ima približno ena od štirih oseb z demenco, lahko samo ali v kombinaciji z Alzheimerjevo boleznijo, kar včasih imenujemo kar mešana demenca (Graham in Warner, 2013). Vaskularna demenca je po definiciji upad umskih sposobnosti zaradi okvare možganov, ki so posledica cerebrovaskularnih bolezni. Najpogostejši vzrok je ishemični cerebrovaskularni inzult (možganska kap), lahko pa jo povzročajo tudi krvavitve v možganih (Grad, 1998). Ta vrsta demence nastane zaradi slabega dovoda krvi v možgane ali zaradi prekinitve dovoda krvi v del možganov. Možgani potrebujejo veliko krvi, saj po njej, preko arterij in arterior, prihaja v živčne celice kisik, ki je potreben za normalno delovanje možganov. Normalne stene arterij in arterior so gladke, lahko pa so odebeljene z maščobnimi oblogami, kar povzroča zoženje žil in otrdelost njenih sten. Skozi tako žilo

doteka manj krvi, včasih pa se lahko v njej pojavi strdek, ki arterijo popolnoma zamaši, kar povzroči kap ali infarkt. Včasih kratkotrajna prekinitev dovoda krvi v možgane nima dolgotrajnejših posledic, medtem ko kap povzroči trajno okvaro. Če pride do zamašitve male arterije, imenovane arteriole, je lahko kap blaga, z blažjimi simptomi, pri zamašitvi velike arterije pa lahko kap povzroči odmrtje večjega dela možganov, z resnejšimi simptomi, kot so paraliza, izguba sposobnosti govora, slepota ali v najhujših primerih celo smrt. Vaskularne demence pogosto imenujemo tudi multiinfarktne demence in so pogostejše pri moških, starejših od 70 let (Graham in Warner, 2013; van Hülsen, 2010).

Vaskularna ali žilna demenca nastopi nenadno in je časovno povezana z možgansko kapjo. Opazno je stopničasto slabšanje bolnikovega stanja. Simptomi vaskularne demence se razlikujejo glede na to, katera področja možganov so prizadeta. Pogosto prihaja zelo zgodaj v razvoju bolezni do motenj branja, pisanja, računanja, konstrukcije, govora, vedenja, možna je tudi zgodnja sprememba osebnosti, ko osebe postanejo bolj razdražljive ali nemotivirane. Prisotne so tudi spominske motnje, ki so zaradi drugih, bolj opaznih motenj, potisnjene v ozadje (Grad, 1998; Graham in Warner, 2013). Poznamo več podtipov vaskularnih demenc, kot so multiinfarktna demenca, uniinfarktna demenca, demenca mejnih vaskularnih področij, lakunarna demenca, vaskularna levkopatija z demenco in cerebralna amiloidna angiopatija z demenco (Grad, 1998), mikrogangiopatija-binswangerjeva bolezen, levkoencefalopatija, krvavitve, vaskulitisi in hiperperfuzija (van Hülsen, 2010).

2.2.3 Demenca z Lewyjevimimi telesci

Med dvajsetimi primeri demence je vsaj eden demenca z Lewyjevimimi telesci. V zgodnji fazi te demence imajo bolniki podobne simptome kot pri Parkinsonovi bolezni: tresavica, posebno tresenje rok, otrdelost in zmanjšana gibljivost. Pojavljajo se tudi vidne halucinacije in epizode zmedenosti (Graham in Warner, 2013; Wilkinson in Lennox, 2005). Težave z mišljenjem in spominom so podobne kot pri Alzheimerjevi bolezni, vendar se lahko spreminjajo iz ure v uro. Pogost pojav pri osebah z demenco z Lewyjevimimi telesci je nagnjenost k padcem, nemirnost ponoči in tavanje okrog, medtem ko očitno sanjajo (Graham in Warner, 2013). Le malo je znanega o vzrokih za pojav te vrste demence. Preiskave možganov so pokazale kepice beljakovin, imenovane Lewyjeva

telesca, ki se pojavljajo v možganskih živčnih celicah in motijo njihovo normalno delovanje (Graham in Warner, 2013).

2.2.4 Frontotemporalna demenca

Za frontotemporalno obliko demence zbolijo približno ena od petdesetih oseb z demenco. Osebe s tem tipom demence v povprečju zbolijo mlajše kot osebe z drugimi tipi demence. To obliko bolezni je najtežje odkriti, najverjetneje ker se pojavi pri ljudeh v 50 letih, ko sum na demenco ni najbolj običajen. Bolniki s to obliko demence imajo prizadeti čelni ali frontalni režanj možganov, kar ima za posledico osebnostne spremembe, spremembe motivacije in vedno bolj čudaško vedenje. Lahko se pojavljajo težave s koncentracijo, bolniki postanejo agresivni in obsedeni s čudnimi rituali, včasih imajo težave pri govorjenju, težko najdejo prave besede ali pa se ponavljajo in govorijo brez smisla. Frontotemporalna demenca prizadene področja za spomin precej pozno. Njene simptome na začetku komaj zaznamo, njihov razvoj pa je zelo počasen, zato se pogosto dogaja, da jih zmotno pripisujemo krizi srednjih let ali menopavzi (Graham in Warner, 2013).

Diagnozo najlažje postavimo po slikanju možganov, kjer se pokaže zmanjšanje ali atrofija čelnega režnja, medtem ko so drugi deli možganov videti normalni. Z umskimi testi lahko odkrijemo specifične težave pri nalogah, ki so odvisne od frontalnega režnja, na primer pri koncentraciji ali odzivanju na spremenljive vzorce informacij. Frontotemporalna demenca je lahko gensko pogojena, saj ima skoraj polovica vseh bolnikov s tem tipom demence bolezen v družinski anamnezi, še vedno pa ni znano, kaj povzroča negensko obliko te demence (Graham in Warner, 2013).

2.3 Diagnosticiranje demence

Za diagnosticiranje demence je potrebno najprej prepoznati njene simptome in čim prej oditi k zdravniku, saj zgodnja in točna diagnoza pomaga bolniku in njegovim svojcem na več različnih načinov (Graham in Warner, 2013). Če pojasnimo simptome in nenavadno vedenje, pripomoremo bolniku in njegovim svojcem k boljšemu spoprijemanju in sprejemanju bolezni, pravočasno jih seznanimo s potekom bolezni, pripravimo jih na tisto, kar jih čaka z napredovanjem bolezni ter jih poučimo, kako pravilno ohranjati odnos do

bolnika. Ko je diagnoza postavljena, vsi vpleteni razumejo, kaj se dogaja z bolnikom in lahko prevzamejo nadzor nad svojim življenjem. Pravočasno se lahko obrnejo na ustrezne centre za oskrbo, finančno pomoč, napišejo oporoko in podobno. Pravilna diagnoza pa je pogoj za ustrezno zdravljenje, ne samo upada kognitivnih sposobnosti, pač pa tudi ostalih zapletov, ki lahko spremljajo demenco (Graham in Warner, 2013; Kogoj, 1999).

Diagnozo demenca navadno uporabljamo kot sindrom, lahko pa jo opredelimo kot določeno bolezen. Diagnostični postopek je sestavljen iz diagnoze in diferencialne diagnoze sindroma demence ter diagnoze osnovne bolezni oziroma vrste demence (Kogoj, 1999). Za postavitev diagnoze demence je potrebna anamneza, pazljiv pogovor z osebo, ki ima težave ter heteroanamneza, pogovor z njenimi bližnjimi družinskimi člani ali prijatelji. Prav tako je potreben telesni pregled, s katerim zdravnik ugotovi zdravje srca in pljuč, ali obstajajo kakršnikoli znaki nevroloških bolezni ter oceni tveganje padcev (Graham in Warner, 2013; Kogoj, 1999).

Pri odkrivanju demence igrajo pomembno vlogo preizkusi umskih sposobnosti, ki ne trajajo več kot 10 minut in nam pomagajo oceniti upad spoznavnih sposobnosti. Najpogosteje je uporabljen Kratek test spoznavnih sposobnosti, ki zajema več področji spoznavnih sposobnosti, pri čemer je po ena naloga z vsakega področja. Pomanjkljivost tega kratkega in enostavnega testa je nezanesljivost rezultatov, prav tako nam test ne pomaga pri odkrivanju demence v zgodnjem stadiju, temveč pomaga le razlikovati stopnje že napredovane demence. Test je koristen pripomoček, ko ga uporabimo v širšem okviru zdravniškega pregleda za dopolnitev podatkov, zbranih s pomočjo anamneze in heteroanamneze (Kogoj, 1999).

Za potrditev diagnoze demence se specialist lahko odloči tudi za druge preiskave, kot so računalniška tomografija možganov (CT), slikanje z magnetno resonanco (MRI), pozitronska emisijska tomografija (PET) in elektroencefalogram (EEG), čeprav se slednji redko uporablja. Te tehnike omogočajo pripravo podrobnih slik možganov, na katerih so opazni skrčeni deli možganov ali poškodbe, ki jih povzroči na primer kap. K polnejši sliki pripomorejo tudi krvne raziskave, ki lahko pokažejo, če ima oseba anemijo, vnetje, kakšna je prisotnost vitaminov, ali ščitnica, ledvice in jetra delujejo pravilno in drugo (Graham in Warner, 2013). Ko imamo rezultate vseh testiranj, se mora zdravnik pogovoriti s preiskovancem o njegovi diagnozi, mu jo na njegovo željo podrobno in razumljivo razložiti ter ga seznaniti z možnostmi in potekom zdravljenja (Graham in Warner, 2013).

2.4 Zdravljenje demence

Če pravočasno odkrijemo in pričnemo zdraviti reverzibilne vzroke demence, smo lahko uspešni pri približno 10–20 % bolnikov (Kogoj, 1999).

Zdravljenje bolnikov z demenco je usmerjeno v (Kogoj, 1999):

- preprečevanje okvare nevronov,
- odpravljanje osnovnega vzroka demence pri reverzibilnih demencah,
- nespecifično nevroprotektivno delovanje,
- izboljšanje spoznavnih sposobnosti,
- lajšanje vedenjskih motenj in zapletov demence,
- dodatni ukrepi, kadar je le mogoče v domačem okolju, s pomočjo ustreznih služb:
 - spodbujanje umskih dejavnosti,
 - vzdrževanje preostalih sposobnosti bolnika,
 - lajšanje bolnikovih stisk,
 - prilagajanje okolja bolnikovim potrebam,
 - pomoč družini in skrbnikom.

2.4.1 Farmakološko zdravljenje

Vsi ukrepi morajo biti v prvi vrsti usmerjeni v odkrivanje in zdravljenje tistih bolezenskih procesov, za katere so nam na voljo specifična zdravila. Če pride do zapletov pri demenci, se poslužujemo ustrezne simptomatske terapije, to so antipsihotiki, antidepresivi in benzodiazepini. Ker so starejše osebe pogosto bolj občutljive na učinke in stranske učinke psihotropnih zdravil, moramo paziti, da so začetni odmerki manjši, da odmerke počasneje prilagajamo in pogosteje preverjamo učinkovitost zdravilne učinkovine (Kogoj, 1999). Pri najpogostejših demencah ali nevrodegenerativnih demencah, kjer propadanja možganov ne moremo zaustaviti, uporabljamo zdravila, ki upočasnjujejo kognitivni upad, na primer za izboljšanje spomina in sposobnosti izražanja. Z nevroleptičnimi zdravili lajšamo težave s spanjem, nepredvidljivo vedenje, uporabljamo pa jih tudi, kadar je prisotna intenzivna sumničavost ali paranoja. Če bolnik kaže simptome tesnobe in depresije, se poslužujemo antidepresivov (Marušič in Temnik, 2009; Železnik, 2012). Pri demencah, ki nastanejo zaradi kopičenja tekočine v možganih, lahko operacija prepreči napredovanje

bolezni ali celo doseže izboljšanje bolnikovih sposobnosti. Za demence, ki so posledica možganskih kapi, je terapija usmerjena v preprečevanje ponovitev kapi, da ne pride do novega izumrtja možganskih celic (Železnik, 2012).

2.4.2 Nefarmakološko zdravljenje

Poleg farmakološkega zdravljenja demence je pomembno, da ohranjamo psihične in fizične sposobnosti bolnika, tako da ga spodbujamo k različnim aktivnostim (Gamse, 1998):

- intelektualnim (izvajajo jih predvsem bolniki v začetnem in srednjem stadiju demence in so namenjene treniranju spomina, orientacije, mišljenja, presojanja in razreševanja problemov),
- telesnim (športne aktivnosti morajo biti prilagojene zmožnostim bolnika, pomembno je, da vodja za opravljene aktivnosti bolnika pohvali, priporočljiva je umirjena glasba med vadbo) in
- sestavljenim aktivnostim (pomembno je, da poznamo bolnikove aktivnosti pred obolenjem, njegova zanimanja in spretnosti, saj je dobro, če vzdržujemo že naučene dejavnosti in bolnika na novo učimo predvsem enostavnih stvari; aktivno ga vključimo v sodelovanje pri opravljanju vsakodnevnih opravil, kot so oblačenje ali pospravljanje bivalnih prostorov, ko pa ima bolnik vedno več težav s tem, poskrbimo, da se udeležuje družabnih aktivnosti posebej prilagojenih njegovim potrebam).

Težavnost teh aktivnosti mora biti prilagojena bolniku, glede na stopnjo demence. Zato moramo poznati njegovo biografijo, pretekle izkušnje, raven njegovih sedanjih sposobnosti, bolnika moramo jemati resno in upoštevati njega ter njegove potrebe. Znati moramo navezati stik z bolnikom in vzpostaviti zaupanje, mu prisluhniti in ga poslušati ter ustvariti primerno vzdušje, v katerem bo bolnik z veseljem sodeloval. V času zadnje faze demence je bolnik malo ali skoraj ni aktiven, zato se mu takrat lahko približamo preko dotika (božanje, dajanje predmetov v roke), voha (aromaterapija) in sluha (umirjena glasba) (Gamse, 1998).

Dandanes nam je na voljo veliko število nefarmakoloških terapij za bolnike z demenco, katerih področja se medsebojno prekrivajo, zato se le redko na bolniku izvaja samo ena od terapij. Pomembno je, da zdravstveni delavec pozna vsaj nekatere pristope in zna pripraviti postopek zdravljenja prilagojen potrebam posameznega pacienta (Douglas, James in Ballard, 2004). Tako poznamo standardne nefarmakološke terapije kot so vedenjska terapija, resničnostna orientacija, validacijska terapija, terapija spominjanja; v sklop kratkih psihoterapij prištevamo kognitivno vedenjsko terapijo in interpersonalno terapijo; med alternativne nefarmakološke terapije pa uvrščamo terapijo z umetnostjo, aktivno terapijo (vključuje ples, šport in dramo), komplementarno terapijo, aromaterapijo in glasbeno terapijo (Douglas, James in Ballard, 2004).

2.4.3 Pomoč

Ko govorimo o obravnavi demence, ne moremo mimo nudenja pomoči bližnjim, za kar je potreben multidisciplinaren tim (Marušič in Temnik, 2009). Dobro je vedeti, da pri zdravljenju demence ne gre le za medikamentozno terapijo. Velik del zdravljenja temelji na praktični in čustveni podpori, skrbi za dementno osebo, njeno informiranje ter na njenih oskrbovalcih in družini (Graham in Warner, 2013). V Sloveniji deluje društvo Spominčica (naslov: Studenec 48, 1260 Ljubljana), ki nudi informacije o vseh tipih demence, praktično pomoč in čustveno podporo, pravno in finančno svetovanje, uvajanje za oskrbovalce ter storitve, kakršna je začasna oskrba v domu. Šestkrat letno izhaja glasilo Spominčica, v društvu pa nudijo tudi možnost udeleževanja strokovnih predavanj, ki jih vodijo medicinski delavci, ki sodelujejo pri obravnavi dementnih bolnikov (Graham in Warner, 2013).

2.5 Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki

Dejavniki tveganja so tisti dejavniki, ki povečujejo možnost za razvoj demence. Najpogostejši dejavniki tveganja za nastop demence so staranje, demenca v družinski anamnezi, poškodbe glave, depresija in pretirano pitje alkohola. Tveganje povečujejo tudi srčne bolezni, visok krvni tlak, diabetes, kajenje, prekomerna telesna teža in premalo gibanja (Graham in Werner, 2013).

Zgleda, da imajo umsko dejavni ljudje manj možnosti za nastanek demence. Branje, ukvarjanje s hobiji, reševanje križank in besednih ugank, muziciranje, zanimanje za svet okrog sebe lahko zmanjša možnost za nastanek demence. Priporočljivo je redno gibanje in bistrenje možganov, uživanje zdrave prehrane, pitje alkohola v zmernih količinah, opustiti je potrebno kajenje ter si redno meriti krvni tlak in krvni sladkor (Graham in Werner, 2013; Železnik, 2012). Pomembno je, da si po napornem fizičnem in umskem delu vzamemo čas za počitek, živimo kar se da umirjeno in se ne razburjamo za malenkosti, na svet gledamo skozi rožnata očala, se družimo z družino, s prijatelji, hodimo na izlete ter se ne zapiramo med štiri stene, ampak raje obiskujemo Univerzo za tretje življenjsko obdobje, ki je naravno zdravilo proti demenci. Kljub temu, da vse te dejavnosti ne morejo nujno preprečiti pojava demence, ga lahko vsaj prestavijo za nekaj let (Železnik, 2012).

3 GLASBENA TERAPIJA

Ideja o uporabi glasbe v zdravilne namene se zdi precej smiselna, saj skoraj vsi ljubimo glasbo in ker je globoko vpletena v naš vsakdan, veliko ljudi razvije zelo osebni odnos do nje. Tomc (2011) pravi, da ima glasba več različnih funkcij, ki so kulturno pogojene. Glasba nas stimulira, v nas vzbudi telesni in vedenjski odziv, spremlja nas skozi vesele in žalostne trenutke našega življenja, daje nam estetski užitek, ponuja zabavo, v nas sproža in hkrati omogoča izražanje močnih in globokih čustev in je lahko zaradi svoje komunikativnosti edina interakcijska vez s tistimi, ki zaradi posebnih potreb ne morejo uporabljati drugih vrst komunikacije (Bruscia, 1998; Miell in drugi, 2006, po Jarc, 2012). Sacks (2007) poleg tega v njej vidi tudi terapevtsko funkcijo za paciente z različnimi nevrološkimi stanji, saj se ne glede na deficite in primanjkljaje, na glasbo in glasbeno terapijo močno odzovejo na področju gibalnih aktivnosti, petja in poslušanja glasbe (Wigram, Pedersen in Bonde, 2002). Pepelnak Arnerić (1997) pravi, da lahko glasba deluje »pomirjevalno, agresivnost preusmerja v konstruktivno delovanje, povečuje delovno sposobnost, aktivira obrambne sposobnosti, pomaga pri razvijanju osebnosti, razširja zavest, pomaga pri ustvarjanju dobrih medsebojnih odnosov, skratka, glasba je močna nosilka različnih sugestij, ki vplivajo na socialni in emocionalni razvoj od prenatalne dobe do konca človekovega razvoja« (str. 99). Ukvarjanje z glasbo spodbuja duševni in telesni razvoj, čustvovanje, smisel za lepoto in estetskost že pri otroku (Sicher-Kafol, 2001, po Jarc, 2012). Človeštvo že vrsto stoletij uporablja zvok in glasbo v namene zdravljenja, saj ima moč obnavljanja in ponovnega uglaševanja glasbene celovitosti telesa in duše. »Glasba lahko obide logične in analitične filtre uma ter vzpostavi neposreden stik z močnimi čustvi in strastmi, zasidranimi globoko v spominu in duhu« (Dewhurst-Maddock, 1999, str. 11).

3.1 Opredelitev glasbene terapije

Glasbena terapija ima veliko različnih definicij, še vedno pa je najpogosteje uporabljena definicija, ki jo je sestavil National Association for music Therapy in pravi, da je glasbena terapija uporaba glasbe v terapevtske namene za obnovitev, vzdrževanje in izboljšanje psihičnega in fizičnega zdravja. Kljub večkratni uporabi pa to ni univerzalna definicija glasbene terapije, saj ima skoraj vsak terapevt svojo različico in skoraj vsako drugo

združenje glasbenih terapevtov lastno uradno definicijo za svojo državo, v kateri zrcali koncepte in prakso svojih članov (Bruscia, 1984a, 1985, Maranto, 1993, po Bruscia, 1998). Glasbena terapija je trans-disciplinarna, kar pomeni, da ni izolirana disciplina z jasno določenimi in nespremenljivimi mejami, pač pa je dinamična kombinacija številnih disciplin, zbrana okoli dveh glavnih področji: glasbe in terapije (Bruscia, 1998). Discipline, iz katerih izhaja so okupacijska terapija, splošna psihologija, psihoterapija, glasbeno izobraževanje, psihologija glasbe, antropologija in medicina (Wigram, Pedersen in Bonde, 2002).

Ideja o uporabi glasbe v zdravilne namene obstaja že stoletja v najrazličnejših kulturah (Bruscia, 1998). Poznavanje zvokov, ritmov in odpevov je bilo bistveni element zdravilne moči šamanov, vračev in duhovnikov (Dewhurst-Maddock, 1999; Pepelnak-Arnerić, 1997). Sistematična uporaba glasbe za zdravljenje se je začela v Ameriki v 19. stoletju, ko so z laboratorijskimi meritvami pokazali, da glasba vpliva na srčni utrip, dihanje, krvni tlak in presnovo (Celarec, 1992; Pepelnak Arnerić, 1997). Šolanje terapevtov je nastopilo v 20. stoletju, ko se je muzikoterapija začela uveljavljati kot preventiva za preprečevanje in odpravljanje stresa, za relaksacijo, meditacijo in drugo. Začela so se ustanavljati društva in organizacije za muzikoterapijo, muzikoterapevti pa so dobili svoje mesto med ostalimi profesijami (Pepelnak Arnerić, 1997). Danes muzikoterapijo uporabljamo kot pomožno ali samostojno terapevtsko metodo, izvajano tako individualno kot tudi skupinsko, v sodelovanju s splošnimi zdravniki, psihiatri, psihologi, fiziologi, drugimi terapevti in glasbeniki (Celarec, 1992). Pomoč z glasbeno terapijo uvrščamo med novejšie metode dela na preventivnem in rehabilitacijskem področju duševnega zdravja (Delin, 2012). V nekaterih državah je uradno priznana s strani politične, klinične, akademske in zaposlitvene institucije, še vedno pa obstajajo države, ki glasbene terapije ne priznavajo kot znanost ali disciplino (Wigram, Pedersen in Bonde, 2002).

V Evropi se je tradicija glasbene terapije razvila na bolj psihodinamsko in psihoterapevtsko orientiranih pristopih. Terapevt aktivno uporablja glasbeno ustvarjanje skozi medij klinične improvizacije zato, da vzpostavi glasben odnos s pacientom skozi katerega mu bo zmožen pomagati pri razumevanju narave problema. Ta aktivna oblika glasbene terapije vključuje razvoj programov usposabljanja glasbene terapije, ki že na začetku zahtevajo visoko izobražene glasbenike z namenom razviti njihove sposobnosti na terapevtskem področju (Kuzma, 2001; Wigram, Pedersen in Bonde, 2002).

Če primerjamo glasbeno terapijo z ostalimi umetnostnimi terapijami opazimo, da tukaj glasba nastopa kot temeljno terapevtsko sredstvo, kjer ima največji pomen prav glasbeno doživetje (Kuzma, 2001). Glasbeni terapevt glede na potrebe svojega klienta, slednjega vključi v različne glasbene izkušnje, na primer poslušanje glasbe, improvizacijo, poustvarjanje ali skladanje. V vsaki od teh izkušenj pa se lahko uporablja tudi govorjenje, risanje, izražanje z gibanjem ali plesom, igranje, pesnikovanje, pripovedovanje zgodb ter dramsko izražanje, pri čemer se glasba srečuje in povezuje z izraznimi sredstvi ostalih umetnosti. Glasbena terapija temelji na predpostavki, da vsak človek, ne glede na njegovo starost ali glasbeno izobrazbo v sebi nosi zmožnost glasbenega ustvarjanja in vrednotenja. Pod to prirojeno zmožnost spada sposobnost učenja petja, igranje na enostavne inštrumente, gibanje ob glasbi in odzivanje na glasbene prvine, dojemanje odnosov med zvoki, zapomnitev glasbe, videnje glasbe ter pripisovanje pomena glasbenemu doživetju (prav tam).

3.2 Uporaba glasbene terapije

Glasbena terapija je izredno raznolika. Uporablja jo v šolah, klinikah, psihiatričnih bolnišnicah in zdravstvenih bolnišnicah, kirurgiji, interni medicini, pediatriji, rehabilitacijskih centrih, zdravstvenih domovih, centrih z dnevno oskrbo, hospicijih, zaporih, zavetiščih za brezdomce, javnih centrih in institucijah ter v privatnem zdravstvu (Bruscia, 1998; Celarec, 1992; Sonkie, 2011). Glasbena terapija je namenjena najrazličnejšim posameznikom, populacija njenih klientov med drugim zajema avtistične otroke, otroke z motnjami čustvovanja, odrasle s psihičnimi motnjami, metalno nerazvite otroke in odrasle, individualne osebe z vidnimi, slušnimi, govornimi in motoričnimi težavami, otroke z učnimi težavami, zlorabljene otroke, otroke z vedenjskimi motnjami, zapornike, odvisnike, zdravstvene paciente, starejše občane, neozdravljivo bolne otroke in odrasle ter nevrotične osebe, osebe s travmami, poškodbami, komunikacijskimi težavami, motnjami v odnosih, osebe z nerazvitimi možgani in druge (Bruscia, 1998; Kuzma, 2001), pri čemer je klient definiran kot oseba, ki potrebuje ali išče pomoč pri drugi osebi, zaradi dejanske, namišljene ali potencialne ogroženosti zdravja, fizične, čustvene, mentalne, vedenjske, socialne ali duhovne narave (Bruscia, 1998). Glasbena terapija pa se poleg tega uporablja tudi pri zdravih posameznikih za zmanjšanje stresa, pri porodu, za lažje

spoprijemanje z bolečino, pri samo-aktualizaciji, duhovnem razvoju in je spremljevalka telesnih aktivnosti (Bruscia, 1998; Kuzma, 2001). Glasba je za osebe z duševnimi motnjami pogosto edini način izražanja in edino področje, kjer so lahko enako uspešne kot osebe brez motenj, kar jim daje občutek, da so lahko enake drugim (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002). Pomembno je, da klient v terapiji uživa, se počuti varno in pomembno, da ob sodelovanju pri glasbenih dejavnostih čuti zadovoljstvo in uspehe.

3.3 Cilji v glasbeni terapiji

Cilji glasbene terapije so odvisni od situacije, klienta in glasbenega terapevta. Lahko so izobraževalni, rekreacijski, rehabilitacijski, preventivni ali psihoterapevtski, osredotočeni na fizične, čustvene, izobraževalne, socialne ali duhovne potrebe klienta (Bruscia, 1998). Splošni cilji glasbene terapije so (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002) navajanje klienta na poslušanje zvokov, glasbe in petja, razvijanje sposobnosti za glasbeno doživljanje, vzbujati, vzgajati in razvijati ritmični čut, melodični posluš, sposobnost glasbenega pomnjenja in pevski glas, prispevati k sproščenemu vzdušju, naučiti uporabo enostavnih in drugih glasbil ter razvijati sposobnost za glasbeno doživljanje. S pomočjo teh ciljev lahko v klientu dosežemo spremembe in razvoj na motoričnem, kognitivnem, socialnem, čustvenem področju.

3.3.1 Motorično področje

Z glasbeno dejavnostjo spodbujamo gibanje, vplivamo pa tudi na telesni razvoj. Na ta način postanejo gibi bolj urejeni in sproščeni, pravilnejši in skladnejši. Z glasbenimi igrami razvijamo osnovne gibe, hojo, tek, pravilno držo, krepimo pa tudi mišičevje in organizem posameznika z motnjami v motoričnem razvoju (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002). Dobra vaja za motoriko je tudi igranje na inštrumente. Ob njej se razvijata predvsem fina motorika in vizualno motorična koordinacija, ko klient na primer igra na zvonček, boben, palčke in drugo. Tudi ob petju je klient lahko motorično dejaven, ko na primer pleše, ploska, koraka, teče, tleska s prsti, demonstrira ali ponavlja gibe za drugimi oziroma za terapevtom. Poleg motorike se na ta način razvija tudi občutek za svojo osebnost, domišljijo, izvirnost in ustvarjalnost (prav tam).

3.3.2 Kognitivno področje

Glasbena dejavnost vpliva na klientove sposobnosti mišljenja, koncentracije, slušne zaznave in predstave ter psihične aktivnosti. Glasbo lahko uporabljamo pri učenju za utrjevanje snovi, z njo lahko spoznavamo okolje okrog sebe, predmete, živali in rastline, različne pojave, poklice, letne čase, potek različnih opravil, dogodke in drugo (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002; Kuzma, 2001).

3.3.3 Socialno področje

Z glasbeno terapijo, ki za metodo dela uporablja muziciranje, razvijamo klientov občutek pripadnosti, ko sodeluje pri skupnem ustvarjanju. Poleg same vključitve v skupino, se klient uči podrejati lastne interese skupini in skupnim ciljem. Sodelovanje pri skupni glasbeni aktivnosti pri klientu spodbuja pozitivne socialne odnose. Osebe, ki se soočajo s težavami v navezovanju stikov, lahko na primer preko pesmi ali glasbe povabimo k sodelovanju in tako skušamo vzpostavimo stik. Moteči osebi ponudimo vlogo vodje oziroma ji dodelimo pomemben položaj v skupini, s čimer si bo razvila občutek pomembnosti, kar bo vplivalo tudi na njeno pozitivno samopodobo (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002; Celarec, 1992). Glasbeno izražanje pripomore k izboljšanju in vzdrževanju zdravstvenega stanja oseb z duševnimi motnjami, ki skozi ustvarjalno izražanje pridobivajo na pozitivni samopodobi in večjemu samozavedanju, kar jim omogoča lažje vzpostavljanje socialnih stikov (Delin, 2012).

3.3.4 Čustveno področje

Z glasbo lahko vplivamo tudi na čustva oseb. Z njo klienta pomirimo, mu damo občutek pomembnosti, varnosti, ljubljenosti, veselja, žalosti lahko pa z napačno izbiro in uporabo glasbe spodbudimo agresivnost, vznurjenost ter mnoge druge občutke in razpoloženja, ki jih med glasbenim udejstvovanjem prisvoji in se poistoveti z njimi (Bužan, Stergar, Golob in Ulaga, 2002). Pri glasbeni terapiji je pomembno, da klienta spodbujamo, da zna izraziti svoja čustva in prepoznati čustva drugih.

3.4 Terapevtski proces

Bruscia (1998; Bruscia, 1986, po Kuzma, 2001) opiše štiri nivoje izvajanja glasbene terapije, ki se povezujejo s klinično odgovornostjo terapevta:

- pomožni nivo, kjer je uporaba glasbe namenjena za neterapevtske namene, ki so še vedno povezani s terapijo;
- zvišan nivo, kjer glasbo uporabljamo za povečanje učinkov drugih načinov zdravljenja;
- intenzivni nivo, kjer glasbena terapija prevzema osrednjo vlogo in povzroči v klientu bistvene spremembe;
- osnovni nivo, kjer glasbena terapija zavzema edino vlogo za srečanje s potrebami klienta ter sproži pomembne spremembe v njegovem življenju

Proces glasbene terapije se deli na pet korakov (Pepelnak Arnerić, 1997): najprej skuša terapevt definirati klientov problem ter odkriti področje primanjkljajev, v drugem koraku določi terapevtske cilje, od njih in od klientovih zmožnosti pa je odvisna izbira glasbenih aktivnosti, ki jih terapevt določi v tretjem koraku procesa. Temu sledi iskanje sredstev postopka, zadnji korak pa je evalvacija klientovega odziva na terapijo.

Glasbena terapija se izvaja na posamezniku ali v skupini, običajna seansa poteka enkrat tedensko in traja od približno pol ure do ene ure, odvisno od potreb in zmožnosti klienta. Glasbena terapija mora potekati v primernem prostoru, ki zagotavlja varnost, prostornost in izbran instrumentarij, ki je prilagojen udeležencem terapije. Glasbena terapija se izvaja približno pol leta do tudi več let, odvisno od dogovora med klientom in terapevtom, potreb in zmožnosti klienta in ustanove, kjer se terapija izvaja (Knoll, 2011b).

3.4.1 Glasbeni terapevt

Glasbeni terapevt je oseba, ki ponudi svojo strokovnost za pomoč klientu z zdravstvenimi težavami in je lahko dodaten ali primarni terapevt, odvisno od profesionalnega znanja in potreb klienta. Glasbeni terapevti se razlikujejo med seboj glede na področje specializacije in različno klinično usmerjenost na tem področju (Bruscia, 1998). Stili dela se precej razlikujejo in so pod vplivom zdravstvenega področja na katerem glasbeni terapevt deluje,

od izobraževanja in kulturnega ozadja iz katerega prihaja (Wigram, Pedersen in Bonde, 2002). Naloga glasbenega terapevta je, da pozna vplive in vrednosti posamezne glasbe, kako različni glasbeni parametri vplivajo na posameznika ter kako to znanje uporabiti za oblikovanje primerne terapije za potrebe različnih klientov, s specifičnimi glasbenimi potrebami, željami ter kako z njimi ravnati na strokoven način. Glavno vodilo pri delu vsakega terapevta morajo biti koristi klienta ter poznavanje njegovih potreb (Knoll, 2011b). Poleg tega Knoll (2011a, str. 105) pravi, da je naloga terapevta tudi ta, da »v sosledju terapij ne zapade v klišeje dela in razmišljanja, temveč skrbi za konstantno navdušenje nad vsebino dela in spoštovanje drugih, s katerimi se sreča v okviru terapije.« Pomembno je, da se z glasbo aktivno ukvarja tudi izven terapije ter da je sposoben odcepitve in razumskega kritičnega pogleda na vsebino svojega dela (prav tam).

3.5 Oblike glasbene terapije

Glasbeno terapijo uporabljamo v dveh osnovnih oblikah, aktivni in pasivni. Obe lahko izvajamo na posamezniku ali v skupini, izvirata pa iz ugotovitve, da lahko strokovno izbrana glasba v klientu izzove pozitivne spremembe na psihičnem in fizičnem področju (Celarec, 1992). Aktivna oblika glasbene terapije uporablja predvsem neverbalni način komunikacije, najpomembnejšo vlogo od vsebinskih in oblikovnih elementov glasbe pa igra ritem. Slednji v povezavi s funkcijami človeškega telesa vzbuja zadovoljstvo, olajšanje ali pa sproži napetost. Skupinska aktivna terapija šteje približno osem članov in ima v programu zdravljenja točno določen urnik. Aktivna skupinska terapija sestoji iz več korakov; improvizacije posameznika, imitacije ali posnemanja po vzorcu, glasbene interakcije in kolektivne improvizacije, ki jih lahko osvojimo v eni sami seansi lahko pa en korak osvajamo celo seanso (prav tam).

Receptivna ali pasivna oblika glasbene terapije se usmerja v poslušanje izbrane glasbe, kar v posamezniku spodbuja asociacije in usmerja pozornost na lastno telo, zatem pa sledi pogovor o doživljanjih med poslušanjem (Knoll, 2011b).

3.6 Metode v glasbeni terapiji

Metode uporabe glasbene terapije lahko vključujejo (Bruscia, 1998; Pepelnak Arnerić, 1997): poslušanje, petje, igranje na instrumente, improvizacijo, muziciranje, slikanje ob glasbi, gibanje ali govorjenje in lahko vsebujejo dodatno izkustvo iz umetnosti, plesa, igre in poezije.

3.6.1 Poslušanje

Ljudje radi poslušamo glasbo, vendar zavestno pogosto ne dojemamo niti najbolj preprostih sporočil. Pri vajah poslušanja klient razvija občutek poglobljenega poslušanja, kar mu koristi tako pri poslušanju glasbe kot tudi v vsakodnevnih pogovorih z drugimi. Pri poslušanju je potrebno upoštevati vse glasbene zvrsti, z ubeseditvijo občutkov pa klient bolj plastično razbere, kakšen vpliv ima nanj posamezna zvrst, kar mu pomaga pri izbiri tiste zvrsti, ki bi mu lahko najbolj optimalno pomagala pri osebnem razvoju (Pepelnak Arnerić, 1997). Poslušanje glasbe spodbudno deluje tudi na gibanje in mišljenje (Andrews, 2004).

3.6.2 Petje

S petjem izražamo svoj notranji svet na poseben način, zato mnogi odklanjajo petje, ker se bojijo kako bo zvenel njihov glas in ne marajo, da bi jih pri petju slišali drugi (Pepelnak Arnerić, 1997). Klienta na petje privajamo najprej z iskanjem njegovega osebnega tona, ki mu mora prisluhni v globini. Potem ga navadimo še na ostale tone, kar mu odpre možnosti za osvajanje zahtevnejših melodij. V nadaljevanju terapije pozornost preusmerimo na pravilno tehniko in primerno interpretacijo, ki klientu omogočata globlje doživljanje (prav tam). S petjem izražamo, kdo smo, z njegovo pomočjo si povrnemo ustvarjalne zmožnosti, ko se začnemo poigravati s svojimi glasovi. Na primer spomnimo se pesmice, ki smo jo radi peli, ko smo bili še otroci. Pojemo jo in vmes spreminjamo glasnost petja, delamo premore za povečanje dramatičnosti, spreminjamo naglase, si izmislimo svoje besedilo, pretvarjamo se, da pesem pojemo na primer svoji ljubezni, prijateljem, poskušamo peti v različnih slogih in podobno. Na ta način v sebi vzbudimo

smeh, in tako sprostimo napetost, stres, pomirimo svoje strasti, razbijemo negativno energijo okrog nas in olajšamo zdravilno intoniranje (Andrews, 2004).

3.6.3 Mrmranje

Tudi mrmranje ima pozitivne učinke na človeka. Zvoke popelje v našo notranjost, kar sproži mikromasažo notranjih organov, le-ta pa sprosti stres in obnovi porušeno ravnotežje. Z mrmranjem si povrnemo ubranost, harmonijo in uravnovešenost (Andrews, 2004). Ko izvajamo mrmranje na drugem človeku, položimo našo roko na njegovo hrbtenico, s čimer okrepimo pozitiven učinek, saj se vibracije ob mrmranju prenesejo skozi telo in preko naših rok močneje vplivajo na zdravljenca (prav tam). Zdravilne vibracije lahko ustvarimo tudi na primer z glasbenimi vilicami in podobnimi pripomočki, ki vplivajo neposredno na žive celice, ki zaradi različnih zvočnih frekvenc lahko spremenijo obliko in barvo (Dewhurst-Maddock, 1999).

3.6.4 Improvizacija

V Evropi obstaja močna tradicija uporabe žive improvizirane glasbe v glasbeni terapiji. Sodelovanje v aktivnem muziciranju je metoda s katero glasbeni terapevt skuša razumeti naravo pacientovega glasbenega vedenja, načina igranja, neverbalne in verbalne glasbene interakcije in metoda, s katero klient doseže napredek (Wigram, Pedersen in Bonde, 2002). Vloga glasbenega terapevta pri metodi improvizacije je, da razbere sporočila svojega klienta, izkuša njegovo stanje preko igranja z njim, kar pomeni, da je neposredno vključen v improvizacijo. Na ta način dobi klient izkustvo, da ga terapevt pozna v njegovi pravi luči, terapevt pa dobi jasen občutek, kako klient doživlja samega sebe in kako deluje v okolju. Pri tem je ustvarjanje glasbe drugotnega pomena, medtem ko je ujemanje terapevtove in klientove glasbe, dobiti odgovor na zvoke, izrazen in komunikacijski pomen prvotni cilj te metode dela (Pavlicevic, 1997; Kuzma, 2001). Improvizacija v glasbeni terapiji omogoča udeležencem v njej, da se izrazijo preko zvokov, fleksibilno organizirajo ritem, melodijo in tempo, kar nakazuje na zmožnosti vzajemnega ekspresivnega in komunikacijskega delovanja posameznika (Kuzma, 2001). Kljub temu, da je primarni način komunikacije v glasbeni terapiji neverbalen in preko zvoka, udeleženci vedo, da se lahko v njej izražajo

tudi verbalno. Ustvarjanje glasbe je zdravilna dejavnost in vir zadovoljstva, tudi če glasba ni popolna (Dewhurst-Maddock, 1999).

3.6.5 Gibanje ali ples ob glasbi

Glasba v nas z lahkoto izzove motorični odziv. Tako kot pri petju, tudi pri plesu oziroma kakršni drugi obliki gibanja na glasbo prihaja najprej do odpora, vendar pa lahko le z vztrajnostjo in pozitivnim vrednotenjem zaznamo terapevtske učinke. Klient pri tej metodi začne lažje sprejemati svoje telo in svojo zunanost, gradi na svoji samopodobi, kar mu olajša navezovanje socialnih stikov in odnosov z drugimi (Pepelnak Arnerić, 1997), ponovno odkrije svojo gibčnost, živahnost, delavnost in svobodo, ravnotežje, umirjenost, duševno skladnost in zaupanje (Dewhurst-Maddock, 1999).

3.6.6 Slikanje ob glasbi

Pri tej metodi glasbene terapije si terapevt z likovnim delom klienta, pomaga pri interpretaciji klientovih doživljanj, če mu je ta način izražanja bližji, zato nosi ta tehnika diagnostično vrednost. V začetku uporabe te metode se terapevt poslužuje programske glasbe, ki jo pozneje zamenja z absolutno glasbo (Pepelnak Arnerić, 1997).

Glasba vsem predstavlja nekaj lepega, ne glede na to ali se sam aktivno ukvarja z njo prek igranja instrumenta ali petja ali pa samo uživa v poslušanju glasbe na svoji najljubši radijski postaji. Ne glede na to, da vsi ne marajo čisto vseh zvrsti glasbe, pa vsak najde glasbo po čisto svojem okusu. Tudi takrat, ko začnejo besede bledeti in postane komunikacija z drugimi otežena, nam ostanejo melodije, ki nas spominjajo na otroške dni. Glasba ali določene melodije, katerim so dementni ljudje v glasbeni terapiji izpostavljeni največ eno uro na dan, lahko nanje delujejo prijetno in spodbujajoče, jih stimulirajo in poživijo ter vzpostavijo komunikacijsko vez in socialni stik z drugimi (van Hülzen, 2010).

4 GLASBENA TERAPIJA IN DEMENCA

Velika večina postopkov zdravljenja in lajšanja simptomov demence temelji na klientovi zmožnosti verbalne komunikacije. Ker pa z napredovanjem bolezni ta sposobnost pri klientu upada in oseba ni več sposobna govoriti ali razumeti jezika, lahko glasbena terapija ponudi alternativno možnost za komunikacijo, saj ljudje kljub temu, da ne morejo več govoriti, se lahko še vedno izražajo z mrmranjem, preko ustvarjanja glasbe s pomočjo igranja na glasbene instrumente (Vink, Bruinsma in Scholten, 2013) ali preko telesnega samoizražanja, ko z roko ali nogo udarjajo po ritmu, se nasmehnejo, ko zaslišijo poznano skladbo ter v njej očitno uživajo (Guetin, Charras, Berard, Arbus, Berthelon, Blanc, Blayac, Bouceffa, Clement, Ducourneau, Gzil, Laeng, Lecourt, Ledoux, Platel, Thomas-Anterion, Touchon, Vrait in Leger, 2012). Glasbena terapija ponuja priložnost navezovanja socialnih stikov, izražanja in komunikacije, ki so pomembni za pacientovo življenje (Koger, Chapin in Brotons, 1999). Predvajano glasbo terapevt izbere na podlagi klientovih preferenc in mu s tem omogoči ohranjanje identitete (El Haj, Postal in Allain, 2012). Glasba omogoči pacientu izražanje močnih čustev, kot so veselje, dobro počutje, sproščenost in vedrina, ki so pogosto zavrta med boleznijo in ki spremenijo komunikacijo, kognicijo in psiho-vedenjske sposobnosti pacienta. Čustva, ki jih izzove glasba stimulirajo kognitivno delovanje in avtobiografski spomin (Guetin idr., 2012) ali spomin na dogodke, ki so neposredno povezani z bolnikom (El Haj, Postal in Allain, 2012).

Ustvarjanje in poslušanje glasbe aktivira številna možganska področja vključena v kognitivni, senzomotorični in emocionalni proces (Koelsh, 2009; Thaut, 2005; Vink, 2013). S pomočjo možganskega slikanja so ugotovili, da glasbeni dražljaji aktivirajo specifične poti v več različnih možganskih področjih kot so inzularni in cingularni korteks, hipotalamus, hipokampus, amigdala in (srednji) prefrontalni korteks (Boso, Politi, Barale in Enzo, 2006). Slednji bi lahko predstavljal nevrološko podlago glasbeno-vzbujenih avtobiografskih spominov, saj je vpleten v vzpostavitev avtobiografskih spominov, emocij in integracijo senzornih informacij s samozavedanjem, kar je potrdila tudi uporaba fMRI, ki je pokazala delovanje te možganske strukture med priklicem avtobiografskih spominov s pomočjo glasbe pri mladih odraslih osebah (Janata, 2009, po El Haj, Postal in Allain, 2012), poleg tega pa tudi kortikalna atrofija srednjega prefrontalnega korteksa nastopi relativno počasneje v primerjavi z ostalimi možganskimi področji (El Haj, Postal in Allain, 2012). Nevrokemične študije so pokazale več biokemičnih posredovalcev, ki igrajo

pomembno vlogo pri glasbenem doživljanju, med njimi endorfini, endokannabinoidi, dopamin in dušikov oksid (Boso, Politi, Barale in Enzo, 2006).

Glasba, skozi glasbeno terapijo lahko predstavlja način zdravljenja kot neinvaziven mehanizem za izboljšanje kakovosti življenja dementnih bolnikov in lajšanje dela njihovih oskrbovalcev (Koger, Chapin in Brotons, 1999; Wall in Duffy, 2010).

4.1 Vrste glasbene terapije za osebe z demenco

Kot smo že omenili, obstajata dve vrsti glasbene terapije: aktivna in receptivna ali pasivna glasbena terapija. Receptivna je pretežno sestavljena iz poslušanja glasbe, ko terapevt na primer prepeva, mrmra ali klientu predvaja že posneto glasbo. V aktivni terapiji pa terapevt klienta spodbuja k aktivni glasbeni improvizaciji z instrumenti, glasom, petjem in plesom (Vink, Bruinsma in Scholten, 2013). V praksi glasbeni terapevti kombinirajo uporabo obeh tehnik, za zadovoljevanje fizičnih, emocionalnih, psihičnih, socialnih in kognitivnih potreb klienta (Guetin idr., 2012; Vink, Bruinsma in Scholten, 2013). Glasbeni terapevt svoje metode dela prilagaja glede na bolnikove motnje, kot so za dementne osebe značilne apatičnost, vznemirjenost, komunikacijske motnje, motnje spanja in drugo. Medtem, ko se jezik in kognitivne funkcije slabšajo z napredovanjem bolezni, zgleđa, da se veliko glasbenih sposobnosti ohrani za daljše časovno obdobje in celo v poznem stadiju bolezni lahko ostanejo pacienti odzivni na glasbo, medtem ko ostali dražljaji ne vzbudijo odziva (Norberg, 1986, po Vink, Bruinsma in Scholten, 2013; Vink, 2013). Ohranitev glasbenih sposobnosti je lahko vsaj delno posledica velike razpršenosti cerebralnega substrata za glasbeni spomin v možganih in je zato manj mogoče, da bi bil poškodovan pri možganskih poškodbah (Samson, Dellacherie in Platel, 2009).

Potrebno je razlikovati med delom glasbenih terapevtov in ostalih glasbenih aktivnosti, kot so petje oskrbovalcev, igranje glasbe med obroki, nego, umivanjem ter uporabo glasbe med psihoterapijo ter ostalimi terapijami (Raglio in Gianelli, 2009). Glasbeni terapevt deluje v smeri izboljšanja kognitivnih, vedenjskih, psiholoških in socialnih faktorjev preko na primer petja ena-na-ena, medtem ko oskrbovalec s petjem bolj skrbi za izboljšanje kvalitete življenja preko lajšanja dnevnih aktivnosti, saj s petjem prepriča bolnika v sodelovanje, komunikacijo in razumevanje dogajanja okrog sebe na primer pri jutranji negi (Chatterton, Baker in Morgan, 2010).

4.1.1 Aktivna glasbena terapija

Aktivna glasbena terapija spodbuja aktivnost telesa, kreativnost, pozitivno vpliva na samopodobo in socializacijo (Guetin idr., 2012; Guy in Neve, 2005). Temelji na petju, poslušanju, komunikaciji, izmenjavi, igranju glasbenih iger in mora biti posebej prilagojena za primere izgube ali primanjkljaja jezikovnih in komunikacijskih spretnosti. Igranje inštrumenta lahko izboljša grobo in fino motoriko. Glasbeni ritem pomaga pri organizaciji prostora in časa. Osebe z demenco so lahko izgubile verbalne sposobnosti, vendar pa se splošne glasbene in ritmične sposobnosti ohranijo še zelo dolgo časa (Guetin idr., 2012; Vink, Bruinsma in Scholten, 2013). Aktivno sodelovanje v glasbeni terapiji lahko ponudi dementni osebi nov smisel življenja, saj je zaradi bolezni izgubila sposobnost ustvarjanja smiselnih aktivnosti (Svansdottir in Snaedal, 2006).

4.1.2 Receptivna glasbena terapija

Poznamo tri vrste receptivne glasbene terapije (Guetin idr., 2012): analitično, psiho-glasbeno relaksacijo ali sprostitvev in reminiscenco ali spominjanje.

Pri analitični glasbeni terapiji predstavlja glasba učinkovito orodje za sprožanje čustev in spodbujanje verbalnega izražanja pacienta. Terapevt na podlagi intervjujev o pacientovih preferencah skrbno izbere glasbo in po končanem slušnem delu posluša ter spodbuja izražanje in tok misli pacienta (prav tam). Pri psiho-glasbeni relaksaciji glasbo uporabimo za spoprijemanje s psihološkimi in vedenjskimi težavami kot so apatija, anksioznost, depresija in bolečina. Glasbene 20 do 30 minutne sekvence spodbudijo pacienta, da se sprosti, kar pa dosežemo s spreminjanjem glasbenih ritmov, zvokov, frekvenc in volumna. Glasbeni terapevt mora biti usposobljen za razvijanje teh sekvenc, prilagojenih poslušalčevim zahtevam in preferencam (prav tam). Reminiscenca ali spominjanje je tista vrsta receptivne glasbene terapije, kjer glasbeni terapevt uporablja glasbeni repertoar, prilagojen pacientovi zgodovini in kulturi. Glasba in popevke odmevajo z osebno zgodovino in spomini, ki se prebudijo ob poslušanju so sestavni del pacientove identitete, ki se z razvojem bolezni izgublja. Poslušanje popularne glasbe lahko zbudi avtobiografske spomine in čustva povezana z njimi (El Haj, Postal in Allain, 2012; Guetin idr., 2012; Janata, Tomic in Rakowski, 2007). Tako se glavni terapevtski cilj te vrste receptivne

glasbene terapije nanaša na kratkoročni in dolgoročni spomin, za sprožanje oddaljenih spominov, spodbujanje socialne interakcije in vrednotenje posameznika.

Za osebe z demenco najpogosteje uporabljamo receptivno sproščujočo glasbeno terapijo (Guetin, Porter, Picot, Pommie, Messaoudi, Djabelkir, Olsen, Cano, Lecourt in Touchon, 2009), saj le-ta zmanjša psihološke in vedenjske motnje, omogoči osebam, da se verbalno izražajo, stimulira intelektualne funkcije, deluje na anksioznost in depresijo, izboljša avtonomijo pacienta, spodbudi kognitivno stimulacijo, omogoča pacientu, da v spomin prikliče avtobiografske spomine in slike, kar pacienti pogosto potrdijo z besedami: »Ta glasba me spominja na moje otroštvo in mojo družino« ali »Tole me spominja na potovanje z možem« ali »Predstavljala sem si, kako smo na plesu in plešemo, kot smo včasih« (Guetin idr., 2009; Raglio, 2010). Glasbo navadno predvajamo preko slušalk v pacientovi sobi, medtem ko le-ta udobno leži ali sedi na oblazinjenem stolu, terapevt pa pri tem opazuje parametre kot so dihanje in srčni utrip, da vidi kako se pacient odziva nanjo (Guetin idr., 2009; Vink, 2013). Za lažjo osredotočenost na predvajano glasbo, lahko pacientu med poslušanjem nadenemo masko, ki ga obvaruje pred vizualnimi dražljaji (Guetin idr., 2009).

4.1.3 Glasba v ozadju

Brown, Götell in Ekman (2001) povzemajo, da ima glasbeno ozadje pomemben vpliv na zmanjšanje agresivnosti in razburjenega vedenja, poveča vnos hrane med obroki, pozitivno vpliva na sodelovanje pri skrbi za osebno higieno ter učinkuje na izboljšanje počutja in socialnega stika. Vse to kaže, da lahko dementne osebe ohranijo visoko stopnjo odzivnosti na glasbo, tudi v času nege, in glasbenih sposobnosti, ne glede na njihovo izgubo spomina, oslabitev jezikovnih sposobnosti in ostalih nezmožnosti. To ni terapija v smislu specifično načrtovanega programa za izboljšanje bolezenskih simptomov, ki jo izvaja usposobljen glasbeni terapevt. Raziskave kažejo (prav tam), da petje oskrbovalca med opravljanjem vsakodnevnih aktivnosti pozitivno vpliva na oskrbovane osebe. Te se raje šalijo, boljše izražajo, pokažejo večjo hvaležnost oskrbovalcem za njihovo delo, se vpletajo v bolj smiselne pogovore, pokažejo večje samozavedanje, ko se pogledajo v ogledalo ter ukrotijo in pomirijo svoje uporno in na trenutke sovražno vedenje. Čeprav oskrbovalci niso glasbeni terapevti in nimajo potrebnega znanja iz specifičnih področij glasbene terapije,

ideja o njihovem usposabljanju preko različnih programov za uporabo petja in ostalih oblik glasbenega ustvarjanja v različnih situacijah, ni slaba, saj so vpleteni v odnos z dementno osebo in bi jim prav prišla vsakršna pomoč pri negi in zdravljenju oskrbovanca, ki jo lahko dobijo, za lažje opravljanje svojega dela ter za kvalitetnejše in bolj dostojanstveno življenje pacienta v času njegove bolezni (Wall in Duffy, 2010).

4.2 Vpliv in koristi glasbene terapije za osebe z demenco

Glasbena terapija deluje na kognitivnem in vedenjskem področju, stimulira avtobiografske spomine, deluje na anksioznost, obdobja agresivnega in depresivnega vedenja, lahko pomembno izboljša razpoloženje, komunikacijo in avtonomijo posameznika (Guetin idr., 2012; Snyder, 2012).

4.2.1 Jezik in komunikacija

Jezik in glasba sta kompleksna kognitivna procesa, ki ju prizadene demenca, vendar pa se glasbene sposobnosti večinoma ohranijo dalj časa, zato pogosto opazimo, da glasba stimulira verbalne funkcije (Vink, 2013). Veliko ljudi z afazijo in težavami pri govorjenju lahko še vedno prepeva. Center za jezik se večinoma nahaja v levi hemisferi, medtem ko se med petjem aktivirata obe. Dokazano je, da informacije predstavljene v pesmi lažje prikličemo v spomin kot informacije izražene verbalno (Foster in Valentine, 2001; Vink, 2013). Glasbena terapija je učinkovita pri upočasnitvi regresije govornih in jezikovnih sposobnosti (Guy in Neve, 2005). Ritmične vaje skupaj z besedami lahko povečajo razumevanje govora. Glasbene dražljaje procesirajo obe možganski hemisferi, zato lahko glasbo uporabimo kot orodje za doseganje jezikovnih centrov na način, ki ga govorjeni jezik ne more. Z napredovanjem demence do te mere, da pacient ne more več govoriti, lahko veliko ljudi še vedno prepeva ali mrmra svoje priljubljene melodije. V eni izmed raziskav so pokazali, da osebe, ki se niso veliko izražale verbalno, so daljši čas in z glasnejšim bobnanjem od ostalih izražale svoje občutke (Ashida, 2000). Ingram (2012) v svojem pregledu učinkov glasbene terapije na dementne ljudi ugotavlja, da lahko z njeno pomočjo dosežemo stimuliranje in krepitev govornih sposobnosti, vpliva pa tudi na fluidnost, vsebino in obseg govora (Brotons in Koger, 2000).

4.2.2 Kognitivno področje

Glasbo lahko uporabimo za vzdrževanje organizacije spomina in obdelavo pozornosti (Guy in Neve, 2005). Dolgoročni spomin hrani glasbo, ki smo ji bili ponavljajoče izpostavljeni in je procesirana v emocionalnem delu možganov, v amigdali. Emocionalno nabiti spomini se boljše vtisnejo v spomin kot tisti z nizko čustveno valenco (Guetin idr., 2012), saj vsebujejo pomembne informacije o samopodobi in osebnih ciljih posameznika (El Haj, Postal in Allain, 2012). Zato se spomnimo glasbe, ki nam je igrala na poroki, ko smo se prvič poljubili in drugo. Na ta način glasba deluje kot most, ki omogoča posamezniku dokopati se do shranjenih glasbenih spominov, ki jih še ni prizadela bolezen (Guy in Neve, 2005). Znana glasba iz preteklosti lahko pomaga priklicati spomine povezane s pozitivnimi občutki (Sung in Chang, 2005) tudi zato, ker so področja v možganih, ki se odzivajo na glasbo zadnja, ki jih prizadene demenca. Poleg spominjanja lahko z glasbeno terapijo tudi krepimo kognitivno področje, z uporabo več različnih tehnik med drugim na primer realnostno usmerjenost, ki pomaga posamezniku spomniti se datuma, vremena ali letnega časa skozi pesem in senzorično usposabljanje, ki pomaga posamezniku ponovno vzpostaviti stik z okoljem s pomočjo čutil (vidno, slušno, tipno, okušalno in vohalno). Taka multisenzorična izkušnja, ko povežemo na primer glasbene in vizualne dražljaje, lahko pomaga pacientu stimulirati spomine in pogovor (Guy in Neve, 2005). Glasba lahko pospeši splošen priklic pomembnih dogodkov pri lažji do zmerni demenci, kljub temu pa napredovanje bolezni prej ali slej pri večini pacientov prizadene tudi glasbeni spomin (Baird in Samson, 2009). Dementne osebe pogosto izkusijo slabo kvaliteto življenja zaradi vedenjskih in psiholoških simptomov demence. Medtem ko se večina raziskav osredotoča na lajšanje simptomov pri lažjih oblikah demence, so Sakamoto, Ando in Tsutou (2013) v svoji raziskavi odkrili, da aktivna in pasivna udeležba v glasbeni terapiji lahko zmanjša stres pri posameznikih v poznem stadiju demence ter obnovi ohranjene funkcije kognitivnega in čustvenega področja.

4.2.3 Motorično področje

Ples, gibalne aktivnosti in gibanje na glasbo lahko pomagajo telesu pri koordinaciji in izboljšanju telesnih funkcij. Uporaba glasbenih instrumentov kot so na primer bobni, je

lahko motivacijski način za izboljšanje namenske uporabe roke in obseg gibanja rok (Guy in Neve, 2005).

4.2.4 Socialno področje

Uporaba glasbene terapije je pomembna za kvalitetno življenje bolnika, njegove družine in njegovih oskrbovalcev, saj lahko poveča socialne interakcije in blaži občutke osamljenosti in izolacije (Guy in Neve, 2005; Vink, 2013). Skupinske aktivnosti lahko povečajo pozitivne, uspešne izkušnje z glasbo, medtem ko se družijo z drugimi. Uspešne izkušnje vodijo do povečane samopodobe in občutkov zadovoljstva. Sodelovanje v glasbeni terapiji lahko izboljša posameznikov spanec s povišanjem koncentracije melatonina (Guy in Neve, 2005). Glasba daje priložnost dementnim osebam, da se vključijo v socialne aktivnosti, iz katerih lahko koristi povlečejo tudi osebe, ki ne morejo več govoriti (Vink, 2013) ter poveča socialno vedenje kot je smehljanje, govor, dotikanje, očesni stik in stik z družinskimi člani (Pollack in Namazi, 1992; Vink, 2013).

4.2.5 Vedenje

Osebe z demenco se spopadajo s številnimi težavami tudi na področju vedenja: depresija, anksioznost, agresija in agitacija so le nekatere težave, ki težijo dementne ljudi. Najpogostejši način zdravljenja in lajšanja teh simptomov je farmakološko, vendar pa lahko tudi z glasbeno terapijo dosežemo pozitivne učinke. Negovalci pravijo, da agitirano vedenje predstavlja velik izziv pri zdravljenju in negi in lahko predstavlja tveganje za poškodbe dementnih oseb, njihovih sostanovalcev in negovalcev (Sung in Chang, 2005). Ashida (2000) je v svoji raziskavi ugotovil, da reminiscenčno usmerjena glasbena terapija, pri kateri so uporabljali pacientom poznane pesmi, lahko pomembno zmanjša simptome depresije pri starejših dementnih oseb. Izboljšalo se je tudi razpoloženje in interakcija udeležencev tako med terapijo kot tudi takoj po končani seji, žal pa ni zabeleženih dolgoročnih učinkov. Svansdottir in Snaedal (2006) sta v svoji raziskavi ugotovila, da predvajanje poznane glasbe zmanjšuje simptome agresivnega vedenja, motenj aktivnosti in anksioznosti pri osebah z demenco, ki je pogosto posledica pacientovih težav pri prepoznavanju okolja okrog sebe. Tudi glasbeno ozadje lahko vpliva na zmanjšanje

agitiranega vedenja, agresije, anksioznosti in razdražljivosti ter poveča senzorno zavedanje, sproži nasmeh in poveča očesni stik (Brown, Götell in Ekman, 2001; Wall in Duffy, 2010). Ladger in Baker (2007) sta v svoji raziskavi skušala odkriti dolgoročne učinke glasbene terapije na agitirano vedenje dementnih oseb. Z merjenjem ravni vznemirjenosti so pokazali, da čeprav so udeleženci v glasbeni terapiji pokazali kratkoročno znižanje agitacije, ni bilo vidnih razlik v obsegu in pogostosti tega vedenja v daljšem časovnem obdobju. Raziskave tako kažejo, da glasbena terapija lahko zmanjša agitirano vedenje, vključno z anksioznostjo, razdražljivostjo in nemirnostjo, vendar pa ni opaznih učinkov vsaj en mesec po končani glasbeni terapiji, kar pomeni, da učinki glasbene terapije na izboljšanje vedenja dementnih oseb ne trajajo dalj časa (Wall in Duffy, 2010).

Vedenjski problemi zahtevajo veliko časa pri negi za dementne osebe. Preprosto opravilo, kot je umivanje lahko traja ure in ure zaradi agresije in nesodelovanja pacienta. Predvajanje glasbe med opravljanjem dnevnih aktivnosti kot je nega lahko zmanjša agitirana vedenja kot so kričanje, neprimeren jezik, tolčenje, verbalno in fizično upiranje, izboljša razpoloženje pacienta, ti se celo nasmehnejo, sodelujejo pri opravi in omogočijo lažje opravljanje nalog oskrbovalcem (Vink, 2013). Tudi agitacijo med hranjenjem lahko uravnavamo s počasno sproščujočo glasbo, ki ne samo pomirja pač pa tudi poveča vnos hrane (prav tam). Še ena oblika tipičnega vedenja dementnih oseb je tavanje. Pogosto vidimo dementne ljudi nemirno korakati po hodnikih institucij, z zaklepanjem vrat pa skušajo oskrbovalci preprečiti njihovo odtavanje, padce in poškodbe, žal pa ni izsledkov raziskav, ki bi potrdile, da ima glasbena terapija pozitiven učinek na ta vedenjski pojav (prav tam).

4.3 Pomanjkljivosti in težave pri raziskavah o vplivu glasbene terapije na dementne osebe

Nefarmakološki prijemi so deležni manj pozornosti kot farmakološki, delno zaradi pomanjkanja verodostojnih raziskav, saj so le-te na tem področju večinoma bazirane na zelo majhnem številu osebkov ali celo na preglednem prikazu primerov (Svansdottir in Snaedal, 2006). Kljub temu, da opravljene raziskave obetajo veliko koristi pri uporabi glasbe v terapevtske namene za zdravljenje dementnih oseb, pa se raziskovalci pri svojem

delu srečujejo s številnimi težavami in omejitvami, ki vplivajo na pridobljene rezultate, zato moramo biti pri razlagi rezultatov previdni, saj se nam lahko zdijo očarljivejši kot v resnici so. Glavna pomanjkljivost vseh tovrstnih raziskav je majhen vzorec, ki onemogoča generalizacijo rezultatov (Ingram, 2012; Raglio, 2010; McDermott, Crellin, Ridder in Orrell, 2013). Poleg tega je glasbena terapija v raziskavah na bolnikih aplicirana le za kratek čas in kljub temu, da so kratkoročni učinki glasbenega udejstvovanja očitni, pa manjkajo zapisi o dolgoročnih učinkih po končani terapevtski seji. Tako ni nobenega dokaza, da glasbena terapija prinese napredovanje ali dolgoročne spremembe simptomov demence (Brown, Götell in Ekman, 2001; Ingram, 2012; McDermott, Crellin, Ridder in Orrell, 2013). Naslednja večja pomanjkljivost v raziskavah je pomanjkanje doslednosti v eksperimentalnem delu, kar otežuje primerjavo rezultatov različnih študij. Glasbeno terapijo lahko izvajamo na posamezniku ali v skupini, število udeležencev pa med posameznimi raziskavami zelo variira. Med študijami zelo variirajo še pogostost, število in trajanje glasbene terapije, nerazlikovanje med posameznimi tipi in stadiji demence in nerazlikovanje med aktivno in receptivno uporabo glasbene terapije, kar nam zopet onemogoča primerjavo rezultatov in njihovo posplošitev na širšo populacijo (Ingram, 2012; Sung in Chang, 2005; Wall in Duffy, 2010). Težave predstavlja tudi pomanjkanje standardiziranih in veljavnih instrumentov ter izbira pravega načina evalvacije rezultatov (Ashida, 2000, Raglio, 2010). Kritična je tudi izbira instrumentov in načinov za doseganje dolgoročnih učinkov glasbene terapije (McDermott, Crellin, Ridder in Orrell, 2013). Dobro je vedeti, da to, kar imenujemo glasbena terapija ni učinkovito pri spopadanju s kliničnim napredovanjem bolezni in jo najbolje uporabimo za kratkoročno lajšanje simptomov ali izboljšanje kvalitete življenja pacientov (Brown, Götell in Ekman, 2001).

Za nadaljnje raziskave na področju učinkovitosti glasbene terapije na osebe z demenco bi bilo potrebno najprej vzpostaviti ustrezno raziskovalno strategijo in sprejeti splošno raziskovalno metodologijo (Hillecke, Nickel in Bolay, 2005). Potrebno je definirati teoretični model, vključno z večjim poudarkom na merjenje rezultatov (McDermott, Crellin, Ridder in Orrell, 2013). V raziskavah je potrebno, da je izbran naključen in predvsem večji vzorec, potrebno je upoštevati vpliv ostalih dejavnikov na rezultate, na primer fizične omejitve posameznika ali morebitna zdravila, ki jih pacient jemlje, saj so lahko pridobljeni rezultati pod vplivom psihotropnih zdravil, ki jih pri dementnih osebah predpisujejo za lajšanje vedenjskih simptomov (Sung in Chang, 2005).

5 SKLEP

Glavni namen dela je bil raziskati področje vpliva glasbene terapije na dementne osebe, pri tem pa smo uporabili metodo pregleda že obstoječe literature na to temo. Spoznali smo, da glasba vpliva na dementne osebe na jezikovnem, kognitivnem, socialnem in vedenjskem področju. Aktivira verbalna področja v možganih in omogoči dementnim ljudem izražanje, na dan priključuje globoko shranjene spomine in z njimi povezana čustva, omogoča socialni stik in lajša simptome motenj vedenja, ki so posledica pešanja možganskih funkcij ter nezavedanja okolja in dogajanja okrog sebe (Guétin idr., 2012; Koger, Chapin in Brotons, 1999). Najboljši vpliv na dementno osebo, pa čeprav le kratkoročni, ima glasba iz mladosti, ki posameznika popelje v čas njegove mladosti (El Haj, Postal in Allain, 2012), sproščujoča glasba, ki ga pomiri (Guétin idr., 2009), in petje otroških ter pivskih pesmic med vsakdanjimi opravili, ki ga prepričajo v sodelovanje pri na primer umivanju, oblačenju, bolnik se celo nasmehne, naveže očesni stik in se boljše zaveda svoje podobe v ogledalu (Brown, Götell in Ekman, 2001).

Tudi v Sloveniji se lahko srečamo z glasbeno terapijo, bolj poznano pod izrazom muzikoterapija, ki se izvaja na vseh oddelkih ljubljanske psihiatrične klinike ter na vsaj enem oddelku v ostalih psihiatričnih bolnišnicah po vsej Sloveniji. Poleg tega se glasbena terapija izvaja še v vrtcih in šolah, centrih za osebe s posebnimi potrebami, domovih za ostarele, v bolnišnicah na primer na bolnikih z rakavim obolenjem ali nevrološkimi poškodbami, v porodnišnicah, sirotišnicah in begunskih centrih. Glasbeni terapevti nudijo tudi individualne ali skupinske terapije ter z organizacijo in gostovanji na delavnicah in seminarjih za glasbeno terapijo skušajo širši javnosti predstaviti ta nefarmakološki in moderen pristop zdravljenja za motnje avtističnega spektra, shizofrenije, disleksije, hipotonije, epilepsije, hiperaktivnosti, Aspergerjevega sindroma, različnih vedenjskih motenj, za nevrotike, mladostnike, osebe z motnjami hranjenja, depresijo, osebe zasvojene z drogami in alkoholom. Slovenska javnost glasbeno terapijo sprejema z odprtimi rokami, večina je navdušena nad njenimi rezultati in kaže zanimanje za nova odkritja s tega področja (Celarec, 2013; Glasbena terapija, 2014; Pavli, 2014). V letu 2004 je bilo v Mariboru ustanovljeno Slovensko združenje umetnostnih terapevtov Slovenije (SZUT). Društvo je prostovoljno, samostojno in nepridobitno združenje umetnostnih terapevtov in specialistov pomoči z umetnostjo ter umetnostno terapijo, študentov podiplomskega študija tovrstnih smeri in ostalih strokovnih delavcev s področja umetnostne terapije, ki delujejo

na področju socialnega varstva, zdravstva, šolstva in kulture, ter s svojim delovanjem prispevajo k bogatjenju socialno-kulturnega življenja v ožjem in širšem okolju. Društvo združuje poleg glasbene terapije še likovno terapijo, gibalno-plesno terapijo in dramsko terapijo. Strokovni namen združenja je povezovanje, sodelovanje in nadaljnji razvoj znanstveno utemeljenih umetnostno-terapevtskih dejavnosti v Sloveniji, Evropi in širše. Društvo izdaja tudi Zbornik prispevkov iz strokovnih srečanj umetnostnih terapevtov Slovenije, v katerem objavljeni strokovni prispevki obravnavajo položaj in umeščenost umetnostne terapije v Sloveniji in Evropi ter predstavljajo primere umetnostnoterapevtske prakse (SZUT, 2014).

Glasbena terapija je znanost v nastajanju in se pri raziskavah spopada s številnimi težavami (majhen vzorec, nepravilna metodologija in drugo), zaradi česar moramo biti pri razlagi rezultatov previdni, saj se nam lahko zdijo očarljivejši, kot v resnici so (Ingram, 2012; McDermott, Crellin, Ridder in Orrell, 2013). Te pomanjkljivosti mnogim zbujejo dvom o njeni znanstvenosti in jo imajo za tiste vrste zdravilo, ki bi nam ga priporočala babica ali šaman iz svoje zakladnice zdravilnih učinkovin – neučinkovito za naše zdravje. Vendar pa se moramo zavedati, da smo ljudje glasbena bitja. Veliko je med nami takih, ki glasbo samo zaznavajo in v njej uživajo ali se nad njo zgražajo, spet drugi jo ustvarjajo. Različne tone in ritme povežejo v melodijo, ki lahko poslušalcu spusti mravljince po telesu in to je dokaz, da mu izbrana glasba v tistem trenutku prija in pozitivno vpliva nanj. Nekoč je glasba predstavljala privilegij, nedostopen prav vsakomur, danes mnogim predstavlja osnovno sredstvo, brez katerega si ne znajo predstavljati niti trenutka življenja. Mogoče tudi njena tako enostavna dostopnost zbuja dvom o njeni zdravilni učinkovitosti, saj smo velikokrat prepričani, da tisto, kar se ponujamo samo, ni veliko vredno. Pa kljub temu ni vedno tako. Vsa glasba sicer res ne vpliva dobro na nas; lahko nas razburi, namesto da bi nas pomirila, lahko nam povzroči slabo razpoloženje, namesto, da bi nas spravila v dobro voljo. Tudi v glasbeni terapiji na dementne ljudi ne moremo aplicirati prav vsake skladbe, ki nam pride pod roko, zato morajo biti kvalificirani terapevti previdni pri izbiri glasbe, paziti morajo na pacientove preference, cilje, ki naj bi jih s terapijo dosegli in, da njihov pacient iz aplicirane glasbe potegne kar največ koristi (Knoll, 2011b).

Ker si področje glasbene terapije šele utira pot v svet znanosti in zdravstva, moramo biti potrpežljivi in se zadovoljiti z že pridobljenimi ugotovitvami. Ne moremo kar zanikati, da glasbena terapija nima nikakršnega vpliva na zdravstveno stanje. Že ko poslušamo glasbo,

ne glede na našo starost, stanje in razpoloženje, v nas izzove motorični odziv, ko začnemo z roko ali nogo udarjati po ritmu, migati z glavo, se premikati po taktu ali plesati, kar v večini primerov v nas sproži tudi čustveni odziv, ki se kaže v obliki dobre volje, smeha in izboljšanega razpoloženja. Glasba prek glasbene terapije načrtno v nas sproži spremembe tako na telesni kot psihični ravni. Tarčni cilji, na katere se usmerja glasbena terapija pri dementnih osebah, so: stimulirati čustva, kognitivne sposobnosti, misli, spomine, bolnikov »preostanek sebe«, obogatiti in povečati obstoj, dati svobodo, stabilnost, organizacijo in osredotočenost predvsem s pomočjo delovanja na glasbeno zaznavanje, občutljivost za glasbo, glasbene emocije in glasbeni spomin, ki se lahko ohranijo še dolgo zatem, ko ostale spominske oblike odpovedo. (Sacks, 2008). Terapevti in bolnikovi oskrbovalci poskušajo z glasbeno terapijo izboljšati kvaliteto življenja, ki je zaradi bolezni pogosto slaba. In če težko verjamemo znanstvenim ugotovitvam, nas v pozitiven vpliv glasbene terapije lahko prepričajo številni sorodniki, katerih svojci so bili vključeni v glasbeno terapijo, in poročajo, kako je glasba pozitivno vplivala na dementne posameznike, da so spet postali taki kot pred boleznijo, mnogi so na ta način po dolgem času ponovno vzpostavili socialni stik z ljubljeno osebo.

Naj zaključimo z besedami Henryja, ki že 10 let trpi za simptomi demence in le redko spregovori s komer koli, a je na terapevtovo vprašanje, kaj mu glasba pomeni, zastavljeno po poslušanju njegove priljubljene glasbe iz mladostnih let, odgovoril: »Glasba mi da občutek ljubezni, romance. Spoznal sem, prav zdaj, da mora svet priti v glasbo, peti. Imate krasno glasbo, lepo, sijajno. Čutim vez ljubezni, sanj. Bog je prišel k meni in me naredil svetega, sem sveti mož. Dal mi je te zvoke.« (Alive inside, Music and memory, 2014). Zato pomagajmo širiti glasbo, vedenje o pozitivnih učinkih glasbene terapije in izboljšamo kakovost življenja dementnih bolnikov

6 LITERATURA IN VIRI

Alive inside, Music and memory, pridobljeno avgust 2014 na <http://musicandmemory.org/>.

Andrews, T. (2004). *Kako zdravimo z zvokom*. Ljubljana: ARA Založba d. o. o..

Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of music therapy*, 37 (3), 170–182.

Baird, A. in Samson, S. (2009). Memory for music in Alzheimer's disease: unforgettable. *Neuropsychology review*, 19 (1), 85–101.

Boso, M., Politi, P., Barale, F. in Enzo, E. (2006). Neurophysiology and neurobiology of the musical experience. *Functional neurology*, 21 (4), 187–191.

Brottons, M. in Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of music therapy*, 37 (3), 183–195.

Brown, S., Götell, E. in Ekman, S. L. (2001). Music-therapeutic caregiving: the necessity of active music-making in clinical care. *The arts in psychotherapy*, 28, 125–135.

Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy, second edition*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Bužan, V., Stergar, I., Golob, A. in Ulaga, J. (2002). *Priročnik glasbenih dejavnosti: priročnik aktivnosti vseživljenjskega učenja*. Draga: Center Dolfke Boštjančič Draga, Ig.

Celarec, V. (1992). Aktivna muzikoterapija kot oblika skupinske terapije. *Zdrav Obzor*, 26, 33–41.

Celarec, V. (2013). Muzikoterapija – glasbena terapija. *Socialni teden*, pridobljeno julij 2014 na <http://socialniteden.si/muzikoterapija-glasbena-terapija/>.

Chatterton, W., Baker, F. in Morgan, K. (2010). The singer of the singing: who sings individually to persons with dementia and what are the effects. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 25 (8), 641–649.

Delin, A. (2011). Integrativna glasbena terapija na področju duševnega zdravja – študija primera. V K. Bucik in B. Caf (ur.), *Izzivi umetnostne terapije: zbornik prispevkov, tretje strokovno srečanje umetnostnih terapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Slovensko združenje umetnostnih terapevtov (84–94).

Dewhurst-Maddock, O. (1999). *Zdravilna moč glasbe in zvoka: samozdravljenje z glasbo in glasom*. Ljubljana: Tangram.

Douglas, S., James, I. in Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 171–177.

El Haj, M., Postal, V. in Allain, P. (2012). Music enhances autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Educational gerontology*, 38, 30–41.

Flaker, V. (2007). Družbena konstrukcija demence. V J. Mali in V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (11–14). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Foster, N. A. in Valentine, E. R. (2001). The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Experimental aging research*, 27 (3), 215–228.

Gamse, J. (1998). Nemedikamentozni ukrepi pri demenci. *Zdravljenje demenc; depresija in motnje spoznavnih sposobnosti: zbornik prispevkov*, 36–42.

Glasbena terapija, pridobljeno julij 2014 na http://www.glasbenaterapija.eu//index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=24&Itemid=67.

Grad, A. (2007). O demenci. *Kapnik: glasilo Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije*, 5 (12), 9–14.

Grad, A. (1998). Vaskularna demenca. *Zdravljenje demenc; depresija in motnje spoznavnih sposobnosti: zbornik prispevkov*, 43–48.

Graham, N. in Warner, J. (2013). *Demence in Alzheimerjeva bolezen*. Ljubljana: eBesede.

Guetin, S., Charras, K., Berard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., Blayac, J. P., Bonte, F., Bouceffa, J. P., Clement, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Thomas-Anterion, C., Touchon, J., Vrait, F. X. in Leger, J. M.

(2012). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. *Dementia*, 12 (5), 619–634.

Guetin, S., Portet, F., Picot, M., C., Pommie, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A., L., Cano, M., M., Lecourt, E. in Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's Type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28, 36–46.

Guy, J. in Neve, A. (2005). *Music therapy, Alzheimer's disease and dementia fact sheet*. The music therapy center of California.

Hillecke, T., Nickel, A. in Bolay, H. V. (2005). Scientific perspectives on music therapy. *Annals of New York Academy of science*, 1060, 271–282.

Ingram, A. (2012). Critical review: does music therapy have a positive impact on language functioning in adults with dementia. University of Western Ontario: School of communication science and disorders.

Janata, P., Tomic, T. in Rakowski, S. K. (2007). Characterisation of music-evoked autobiographical memories. *Memory*, 15 (8), 845–860.

Jarc, K. (2012). *Združevanje metod gibalno-plesne in glasbene terapije pri otrocih s posebnimi potrebami v povojnem okolju*. Specialistično delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Knoll, Š. L. (2011a). Odpor v glasbeni terapiji. V K. Bucik in B. Caf (ur.), *Izzivi umetnostne terapije: zbornik prispevkov, tretje strokovno srečanje umetnostnih terapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo* (95–105). Ljubljana: Slovensko združenje umetnostnih terapevtov.

Knoll, Š. L. (2011b). *Zdravljenje z glasbeno terapijo*. Trendi, pridobljeno avgusta 2014 na <http://trendi.finance.si/345209/Zdravljenje-z-glasbeno-terapijo>.

Koelsh, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *The neurosciences and music III- disorders and plasticity; Annals of the New York academy of science*, 1169, 374–384.

Koger, S., Chapin, K. in Brotons, M. (1999). Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *Journal of music therapy*, 36 (1), 2–15.

Kogoj, A. (2008). Kognitivne in duševne motnje v starosti – ocena potreb. *Zdravniški vestnik; glasilo slovenskega zdravniškega društva*, 77 (12), 872–829.

Kogoj, A. (1999). Organske duševne motnje. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 101–135). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Kuzma, M. (2001). Glasbeno terapevtska improvizacija. *Psihološka obzorja*, 10 (3), 141–153.

Ledger, A. J. in Baker, F. A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's disease. *Aging and mental health*, 11 (3), 330–338.

Marušič, A. in Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H. M. in Orrell, M. (2013). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28, 781–794.

Milošević Arnold, V. (2007). Socialno delovni pogled na demenco. V J. Mali in V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca: izziv za socialno delo* (str. 23–36). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Pavli, U. (2014). Odrasli skavti in muzikoterapija. *Župnija Domžale*, pridobljeno julij 2014 na <http://zupnija-domzale.rkc.si/index.php/content/display/193>.

Pavlicević, M. (2005). *Music therapy in context: music, meaning and relationship*. London; Philadelphia: Jessica Kingsly Publishers.

Pepelnak-Arnerić, M. (1997). Glasbena terapija pri otrocih in mladostnikih z motnjami vedenja in osebnosti. *Psihološka obzorja* 6 (3), 97–104.

Pollack, N. in Namazi, K. H. (1992). The effect of music participation on the social behaviour of Alzheimer's disease patients. *Journal of music therapy*, 29 (1), 54–67.

Raglio, A. (2010). Music therapy in dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1 (1), 1–14.

Raglio, A. in Gianelli, M. V. (2009). Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives. *Current Alzheimer research*, 6 (3), 293–301.

Sacks, O. (2007). *Musicophilia: tales of music and the brain*. New York: Vintage books.

Sakamoto, M., Ando, H. in Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International psychogeriatrics*, 25 (5), 775–784.

Samson, S., Dellacherie, D. in Platel, H. (2009). Emotional power of music in patients with memory disorders: clinical implications of cognitive neuroscience. *The neuroscience and music III-disorders and plasticity; Annals of the New York academy of science*, 1169, 245–255.

Slovensko združenje umetnostnih terapevtov (SZUT). Kaj je umetnostna terapija, pridobljeno julij 2014 na <http://www.szut.si/predstavitev.htm>.

Snyder, A. (2012). *Music therapy and quality of life: the effect of musical interventions on self-reported and caregiver-reported quality of life in older adults with symptoms of dementia*. Master's theses, Western Michigan University.

Sonke, J. (2011). Music and the arts in health: a perspective from the United States. *Music and arts in action* 3 (2), 5–14.

Sung, H. C. C. in Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14 (9), 1133–1140.

Svansdottir, H. B. in Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International psychogeriatrics*, 18 (4), 613–621.

Thaut, M. (2005). The future of music in therapy and medicine. *The neurosciences and music II: From perception to performance; Annals of the New York academy of science*, 1060, 303–308.

Tomc, G. (2011). *Geni, nevroni in jeziki: duševnost kot flogiston sodobne kognitivne znanosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

van Hülsen, A. (2010). *Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. Logatec: Firis Imperl & Co.

Vink, A. C. (2013). *Musical therapy of dementia: the effect of music therapy in reducing behaviour problems in elderly people with dementia*. Dissertation, University of Groningen.

Vink, A. C., Bruinsma, M. S. in Scholten, R. J. P. M. (2013). Music therapy for people with dementia (review). *The cochrane collaboration*, 9.

Wall, M. in Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of nursing*, 9 (2), 108–113.

Whalley, L. J. in Breitner, J. C. S. (2009). *Fast facts: Dementia, second edition*. Oxford: Health press limited.

Wigram, T., Pedersen, I. N., Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Wilkinson, I. in Lennox, G. (2005). *Essential neurology, fourth edition*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing.

Železnik, N. (2012). *Adijo, grem domov: temne sence demence*. Ljubljana: Forma 7.