

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
IR
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA
MUZIKOS FAKULTETAS

IEVA PANIULAITYTĖ

**DEPRESIJA SERGANČIŲ PACIENTŲ MUZIKINĖS
IMPROVIZACIJOS YPATUMAI: IMPROVIZACIJOS VERTINIMO
METODŲ LYGINIMAS**

*MUZIKOS TERAPIJOS ANTROSIOS PAKOPOS (MAGISTRANTŪROS) STUDIJŲ
BAIGIAMASIS DARBAS*

Darbo vadovas –
VU Doc. dr. Alvydas Navickas

Darbo konsultantas –
LMTA Nerdinga Letulė

Vilnius, 2017

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
ĮVADAS	6
1. DEPRESIJA	8
1.1. Apibrėžimas ir klasifikacija	8
1.2. Atsiradimo priežastys	10
1.3. Simptomai	13
1.4. Paplitimas.....	14
1.5. Gydomo metodai.....	15
1.6. Prognozė	16
2. MUZIKOS TERAPIJA DEPRESIJOS GYDYME	18
2.1. Muzikos terapija psichiatrijoje.....	18
2.2. Muzikos terapija depresijos gydyme	19
2.3. Muzikos terapijos teorijos.....	22
2.3.1. Analitiškai orientuota	22
2.3.2. Bihevioristinė	24
2.4. Muzikos terapijos metodai	25
2.4.1 Receptyvi muzikos terapija	26
2.4.2. Aktyvi muzikos terapija	27
2.5. Depresijos poveikis muzikinei išraiškai	28
3. EMPIRINIS TYRIMAS	32
3.1. Metodologija	32
3.1.1. Duomenų rinkimas	32
3.1.2. Tyrimo imtis	34
3.1.3. Duomenų analizė.....	35
3.2. Empirinio tyrimo rezultatai.....	40
3.2.1. Bendra tiriamųjų charakteristika	40
3.2.2. MIDI įrašų statistinė analizė	42
3.2.3. IAP (Bruscia) vertinimo analizė.....	46
3.2.4. Empirinio tyrimo rezultatų tarpusavio ryšys.....	51
3.3. Rezultatų santrauka.....	54
3.4. Rezultatų aptarimas.....	55

3.5. Diskusija	56
IŠVADOS	58
REKOMENDACIJOS	59
LITERATŪROS SAĶAŠAS	60
PRIEDAI	67

SANTRAUKA

Tema: depresija sergančių pacientų muzikinės improvizacijos ypatumai: improvizacijos vertinimo metodų lyginimas.

Tikslas: palyginti dviejų improvizacijos vertinimo metodų efektyvumą, siekiant atskleisti depresijos poveikį muzikinei išraiškai. **Uždaviniai:** 1. Apžvelgti depresijos sutrikimo ypatybes. 2. Apžvelgti muzikos terapijos efektyvumą depresijos gydyme. 3. Nustatyti skirtumus tarp depresija sergančių ir sveikų žmonių klinikinių improvizacijų muzikos bruožų. 4. Palyginti klinikinių improvizacijų vertinimo metodus.

Tyrimo metodika: 20 depresija sergančių pacientų ir kontrolinės grupės iš 20 sveikų dalyvių (atitinkančių lytimi ir amžiumi), neturinčių profesionalaus muzikinio išsilavinimo, atliko dvi improvizacijas MIDI klaviatūra, užpildė Beck depresijos bei Ligoninės nerimo ir depresijos skales. Duomenys buvo surinkti Max 7 programa. Tyrimas atliktas trimis etapais: depresijos susirgimo apžvalga; muzikos terapijos galimybių depresijos gydyme apžvalga; empirinis tyrimas. Atlikta MIDI klinikinių improvizacijų statistinė analizė ir IAP (Bruscia) vertinimo analizė, vėliau informacija analizuota SPSS Statistics 24.

Resultatai: Empirinio tyrimo rezultatai parodė, kad natų aukštis statistiškai reikšmingai žemesnis depresija sergančių grupėje antroje – nuotaiką atspindinčioje improvizacijoje: depresija sergančių grupės natų aukščio vidurkis – 59.45 (8.51), kontrolinės – 63.67 (3.14), $t=-2.007$, $p=0.045$. Kiti MIDI muzikiniai parametrai depresija sergančiųjų grupėje tendencingai mažesni abiejose improvizacijose. Depresija sergančių grupės (3.95 (2.64)) laisvojoje improvizacijoje statistiškai reikšmingai mažiau svarbios (nusileidžiančios) yra ritminės figūros nei kontrolinėje 5.68 ((2.30)), $t=-2.207$, $p=0.034$. Kituose profiliuose skirtumas neaptiktas.

Išvados: 1. Depresija gali paveikti visas gyvenimo sritis. Iki šiol vyksta tyrimai, kurie atskleidžia naujas depresijos ypatybes. 2. Muzikos terapija – depresijos gydyme taikoma plačiai tačiau nėra žinoma kaip iš tiesų tai veikia. 3. Depresija sergančių grupės nuotaiką atspindinčios improvizacijos natų aukštis statistiškai reikšmingai žemesnis nei kontrolinės. Taikant MIDI analizę, kiti muzikiniai parametrai – natų skaičius, greitis, ilgumas, depresija sergančių grupėje tendencingai mažesni nei kontrolinėje. 4. Depresija sergančių grupės laisvojoje improvizacijoje statistiškai reikšmingai mažiau svarbios (nusileidžiančios) ritminės figūros. Kituose IAP profiliuose skirtumas nerandamas. 5. MIDI analizė atskleidė objektyviają vertinimo pusę, o IAP analizė atskleidė klinikiame darbe labiau vertinamą pusę. 6. MIDI analizė atlikta greitai ir aiškiai, o IAP analizei buvo skiriama daug laiko, ji atlikta nuodugniai ir giluminiškai.

Raktiniai žodžiai: muzikos terapija, depresija, muzikinė išraiška

SUMMARY

Theme: The peculiarities of a depressed patients' musical improvisation: a comparison of improvisation assessment methods

The aim of this research is to compare the effectiveness of two methods of assessment of clinical improvisations by healthy and depressed participants in order to reveal the effects of depression on musical expression. **Tasks of work:** 1. Review the features of depression. 2. Review the effectiveness of music therapy in the treatment of depression. 3. Find out the differences among the clinical improvisations musical features by depressed and healthy groups. 4. Compare assessment methods of clinical improvisations.

Methods: 20 depression patients and control group of 20 healthy participants (matched in terms of age and sex) without professional training in music, performed two improvisations on a MIDI keyboard, completed Beck's depression inventory and Hospital anxiety and depression scale. Data was collected using Max 7 patch. The research is completed in three stages: review of depression; the review of music therapy possibilities in depression treatment; empirical study. MIDI clinical improvisations' statistical analysis and IAP (Bruscia) assessment analysis are used then subsequently analysed with SPSS Statistics 24.

Results: Empirical study showed, that the pitch of notes in improvisations by depression patients group (59.45 (8.51)) are significantly lower than the control group (63.67 (3.14)), $t=-2.007$, $p=0.045$. Other MIDI musical parameters by depression patients group are tendentious lower than the control group. The rhythmical-figures in salience profile in improvisations by depression patients group (3.95 (2.64)) are significantly more conform than controls (5.68 (2.30)). Other IAP profiles didn't show differences.

Conclusions: 1. Depression could affect all areas of life. New research carried out in order to understand the features of depression. 2. Music therapy is an effective intervention for the treatment of depression but there is a lack of deeper understanding how it works. 3. The pitch of notes in improvisations by depression patients group are significantly lower than the controls. Other musical parameters by depression patients group – the amount of notes, velocity of notes, duration of notes, are tendentious lower than the controls. 4. The rhythmical-figures in salience profile in improvisations by depression patients group are significantly more conform than controls. 5. MIDI analysis showed objective side, it was more informative, IAP analysis showed the side, that is more used in clinical settings. 6. MIDI analysis was completed fast and clear, IAP analysis was completed thoroughly, deep and it took a lot of time.

Key words: music therapy, depression, musical expression

IVADAS

Depresija yra vienas iš labiausių paplitusių psichikos sutrikimų pasaulyje, paveikiantis visų šalių, socialinių sluoksnių žmones. Skirtinguose literatūros šaltiniuose pateikiami duomenys varijuoja kiek galėtų būti sergančiųjų pasaulyje, tačiau teigiama, kad yra daugiau nei 300 milijonų žmonių, sergančių depresija (WHO, 2017). Viena iš priemonių, veiksmingai gerinančių depresija sergančiųjų sveikatą yra muzikos terapija, kuri plačiai taikoma depresijos gydyme (Erkkilä, 2011; Maratos, 2011).

Literatūroje randama daug tyrimų, kuriuose gilinamasi ar muzikos terapija daro poveikį depresijos gydyme, tačiau dar nėra suprastas tikslus muzikos ir terapinių santykių veikimo mechanizmas depresija sergantiesiems. Dėl to, siekiant padidinti intervencijos efektyvumą, yra svarbu išsiaiškinti kaip veikia muzikos terapija, kokios muzikinės išraiškos gali būti naudojamos depresijos simptomų identifikacijai. Šiame tyrime pritaikomas redukcionistinis požiūris, kuriuo remiantis sudėtingi procesai yra suprantami juos paaiškinant supaprastintai bei išskaidant juos į elementaresnius. Šiuo tyrimu bandoma suprasti depresija sergančiųjų muzikos išraiškos procesą, kuris yra neatsiejamas veiksnys muzikos terapijoje.

Tyrimo temos naujumas ir aktualumas: šis mokslinis tyrimas padės geriau suprasti kaip muzikinė išraiška yra pakitusi sergant depresija. Tyrimo rezultatai padės suprasti skirtingų vertinimo metodų tinkamumą tokio pobūdžio tyrimams. Be to, gauti rezultatai padės išsamesniems ir didelės imties ateities tyrimams šia tema. Ši tema mokslinėje literatūroje yra labai menkai ištirta, todėl šis tyrimas yra novatoriškas tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje.

Tema: depresija sergančių pacientų muzikinės improvizacijos ypatumai: improvizacijos vertinimo metodų lyginimas.

Objektas: depresija sergančių ir sveikų žmonių improvizacijos klavišiniu instrumentu muzikinė išraiška.

Tikslas: palyginti dviejų improvizacijos vertinimo metodų efektyvumą, siekiant atskleisti depresijos poveikį muzikinei išraiškai.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti depresijos sutrikimo ypatybes.
2. Apžvelgti muzikos terapijos efektyvumą depresijos gydyme.
3. Nustatyti skirtumus tarp depresija sergančių ir sveikų žmonių klinikinių improvizacijų muzikos bruožų.
4. Palyginti klinikinių improvizacijų vertinimo metodus.

Hipotezės:

1. MIDI įrašų kompiuterinės analizės rezultatai parodys, kad depresija sergančių improvizacijose bus statistiškai reikšmingai mažesnis natų skaičius per minutę, statistiškai reikšmingai ilgesnės natos, statistiškai reikšmingai žemesnis natų aukštis, statistiškai reikšmingai silpnesni natų paspaudimai nei kontrolinės grupės improvizacijose.

2. Improvizacijų vertinimo profilių (*angl. Improvisational Assessment Profiles (IAP)*) analizės rezultatai parodys, kad depresijos sergančių grupės improvizacijose, įvertinus ritminių figūrų ir dinamikos parametrais, nėra įvairovės arba jos yra per daug, parametrai nėra aktualūs arba jie dominuoja, trūksta įtampos arba jaučiamas įtampos perteklius.

3. IAP ir MIDI analizių rezultatai atskleis skirtingus improvizacijų muzikinius bruožus.

4. MIDI analizė įvykdoma greičiau, o IAP analizė – nuodugniau.

Tyrimo metodika: atliktas kiekybinis tyrimas (N=40). Tyrime dalyvavo depresija sergančių grupė (n=20) bei ją lytimi ir amžiumi atitinkanti kontrolinė grupė (n=20). Jie atliko Beck depresijos skalę (*angl. Beck Depression Inventory (BDI)*) ir ligoninės nerimo ir depresijos skalę (*angl. Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)*) depresiškumui nustatyti bei 2 improvizacijas klavišiniu instrumentu po vieną minutę (pirmoji – grojama laisvai, antroji – grojama perteikiant tos dienos nuotaiką). Atliekama MIDI statistinė analizė bei IAP vertinimo analizė.

Tyrimo etika: tyrimas atliktas gavus Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto 2016 metais spalio 11 dieną išduotą leidimą atlikti biomedicininį tyrimą, pavadinimu „Depresijos diagnostikos metodo kūrimas tiriant pacientų muzikavimą klavišiniu instrumentu“ (numeris 158200-16-866-378).

1. DEPRESIJA

1.1. Apibrėžimas ir klasifikacija

Kalbėti apie depresiją žmonės pradėjo senovės romėnų ir graikų laikais, jau tada depresija buvo aprašoma ir vaizduojama mene. Net Senajame testamente buvo minimas karaliaus Sauliaus depresijos atvejis (Dembinskas, 1999). Jau tada aprašė nuotaikos sutrikimų atvejus, įvardindami juos kaip „melancholija“ bei „manija“. Buvo minimi nusiminimo, beviltiškumo, ramybės nebūvimo, nevalgumo bei dirglumo simptomai (Adomaitienė et al., 2008), kurie ir dabar yra depresijos sąvokos apibrėžime.

Metams bėgant mokslas vis daugiau sužino apie šią ligą. Pasak McWilliams (2014), Sigmund Freud pirmasis pradėjo kalbėti apie normalų gedėjimą, kuris sukelia sumažėjusio pasaulio, praradimo jausmus. Tai pasireiškia bangomis ir ilgainiui dingsta. Taip pat, pradėjo kalbėti apie depresijos būseną („melancholija“), kuriai esant jaučiamas net nesibaigti galintis sąvasties sužeistumas arba praradimas. Sigmund Freud pradėjo ieškoti skirtumų tarp šių būsenų. Gedulo metu netektis yra suvokiama, o depresijos atveju – ne (Lowen, 2014). Taip buvo pastebėtos įžvalgos ir pradėtos skirtumų paieškos tarp sveiko liūdesio ir patologijos, o Adomaitienė et al. (2008) teigia, kad yra labai sudėtinga vertinti žmogaus emocinę būseną, o ypač jos kokybę. Pasak jų, depresija yra daugiau nei vien liūdesys, kuris gali būti dėl gedulo, o tai yra natūrali žmogaus išraiška dėl netekties, tačiau gedului tapus ypač giliam, gali pasiekti ir klinikinės depresijos lygį.

Šiuo metu depresijai diagnozuoti yra naudojami DSM – 5 ir TLK – 10 – AM ligų klasifikatoriai. Lietuvoje, sveikatos apsaugos ministerijai patvirtinus, nuo 1997 m. vadovaujamosi TLK – 10 – AM 1992 m. sudaryta tarptautine statistine ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtuoju pataisytu ir papildytu leidimu, Australijos modifikacija (PSO, 2011). Pagal TLK – 10 – AM, depresijos epizodui (ligos kodas F32) yra būdinga tipiška liūdna nuotaika, energijos ir aktyvumo stoka, pasitenkinimo, interesų rato sumažėjimas bei dėmesio sutrikimai. Taip pat, jaučiamas nuovargis, apetito stoka, pablogėjęs miegas. Dažnais atvejais yra sumažėjusi savivertė, pasitikėjimas savimi, sumažėjęs libido, atsiranda kaltės ir menkavertiškumo jausmai (PSO, 2011).

Pagal TLK – 10 – AM (PSO, 2011), be depresijos epizodo sutrikimo, dar yra apibrėžiami bipolinis afektinis sutrikimas (ligos kodas F31), kuris pasireiškia kintančiu nuotaikos ir aktyvumo lygiu. Periodiškai nuotaika svyruoja nuo depresyvumo iki maniakiškumo ir atitinkamai pasireiškia nuotaikoje, energijos kiekyje, aktyvumo lygyje, sugebėjime susitvarkyti

su kasdienėmis užduotimis. Svyravimai gali būti labai ryškūs ir dažni, bet gali būti ir retai pasitaikantys bei lengvos formos (National Institute of Mental Health (NIMH), 2016). Taip pat apibrėžiamas yra ir pasikartojantis depresinis sutrikimas (F33 pagal TLK-10-AM (PSO, 2011)), kuriam būdingi laipsniškai pasikartojantys depresijos epizodo simptomai. Visos šios diagnozės turi depresijos sutrikimo simptomus, tačiau kyla nesutarimų dėl depresinės asmenybės sutrikimo diagnozės. Psichikos Sutrikimų Diagnostiniame ir Statistiniame vadove, penktame leidime, (APA, 2013) nebėra išskiriamas depresinės asmenybės sutrikimas, nors anksčiau būdavo. McWilliams (2014) įžvelgia problemą klasifikacijoje, kuri, sujungdama depresines ir maniakines būkles į bendrą nuotaikos sutrikimų pavadinimą ir atsisakydama depresinės asmenybės sutrikimo diagnozės, verčia kreipti mažesnę dėmesį į vidinius procesus, kurie pasireiškia nebūtinai sergantiems klinicine depresija, bet būdingi depresyviems žmonėms.

Depresija gali būti trumpalaikė arba ilgalaikė (World Health Organization (WHO), 2012), bei yra skirstoma, priklausomai nuo simptomų skaičiaus ir išraiškos dydžio, į:

- lengvą – pasireiškus 2 – 3 simptomams;
- vidutinę – pasireiškus keturiems ir daugiau simptomų;
- sunkią – stiprūs ir keliantys stresą simptomai, ypač pasireiškiantis savęs nuvertinimas, menkavertiškumas, kaltės jausmas (PSO, 2011).

Pasak Dembinsko (2003), daugėja individualių depresijos atvejų, neatitinkančių pripažintų normų. Jiems pasireiškia ir somatiniai, vegetaciniai simptomai, kiti depresijos simptomai gali būti pastebimi ne iš karto. Be to, Lowen (2014) taip pat suteikia didelę reikšmę fiziniams reiškiniams sergant depresija bei pastebi, kad žodžio „emocinis“ sandaroje anglų kalboje yra ir judesio reikšmės dalis („motion“ – *angl. judėjimas*). Tačiau Amerikos Psichiatrų Asociacija teigia (APA) (2017), kad depresija yra nuotaikos sutrikimas, neigiamai keičiantis žmogaus nuotaiką, ji tampa liūdna, sulėtėja sergančiojo mąstymas, o somatiniai simptomai yra neminimi.

Depresija yra įvairiai klasifikuojama (PSO, 2011; Dembinskas, 2003; APA, 2003), tačiau Adomaitienė et al. (2008) pastebi, kad anksčiau depresija buvo dar skirstoma į endogeninę (kylanti dėl organizme esančių pakitimų) ir egzogeninę (atsirandanti dėl negiamų išorinių veiksnių), tačiau teigia, kad dabar šis skirstymas nebegali būti taikomas, nes nebeabejojama, kad kiekvienu depresijos atveju endogeniniai ir egzogeniniai bruožai persipina. Lowen (2014), bioenergetinės terapijos pradininkas, siūlo skirstyti depresija sergančius į orientuotus į kitus ir orientuotus į save, o Andrikiene (2013), teigia, kad depresinės asmenybės sutrikimas, pagal vėlesnės psichoanalitinės teorijos, yra skirstoma į du tipus:

- anaktilinė depresinė asmenybė, kuriai būdingos tarpasmeninio ryšio problemos, kurioms reikia kitų rūpesčio bei skaudžiai išgyvena praradimus;
- introjekcinė depresinė asmenybė, kuri pasižymi didele kritika sau, noru kontroliuoti, kaltės baimė ir nesėkmėmis jausmuose.

Atsižvelgiant į anksčiau išdėstytas aplinkybes galima teigti, kad depresija yra multikompleksinė liga, kiekvienu atveju unikali, galinti pasireikšti daugelyje žmogaus funkcijų. Depresija gali pasireikšti tik keliuose aspektuose arba daugelyje, gali būti lengvos formos arba sunkios (PSO, 2011), tačiau vieningos nuomonės nėra, kaip tiksliai reiktų klasifikuoti šį susirgimą (McWilliams, 2014). Simptomai persipina skirtingose asmenybės struktūrose taip paversdami kiekvieną depresijos atvejį nepakartojamu, o dėl šio kompleksškumo yra sunku sukvalifikuoti ligos išraiškas.

1.2. Atsiradimo priežastys

Egzistuoja daug literatūros, kurioje pateikiamas vis skirtingas požiūris į depresijos atsiradimą (Dembinskas, 2003; Health Direct, 2016; Beck ir Alford, 2009). Profesorius David Guy Myers, septyniolikos knygų apie psichologiją autorius, vienoje iš jų (2000) siūlo klasifikaciją, kuri apima daugelį depresijos atsiradimo priežasčių ir prielaidų:

1. Psichoanalitinis požiūris. Psichoanalitinės psichoterapijos krypties atstovė McWilliams (2014) atkreipia dėmesį į depresinės asmenybės susiformavimą ir aptaria klasikinės psichoanalitinės psichoterapijos krypties pradininko austro Sigmund Freud varų teoriją. Andriekienė (2013) taip pat pritaria, kad pasak teorijos, jei vaikas yra per daug lepinamas arba priešingai, psichoseksualinės raidos stadijoje jis gali strigti ties tomis etapo problemomis, o tai gali sukelti ilgalaikius asmenybės pakitimus. Taip pat teigiama, kad jeigu vaikui per anksti nutraukiamas maitinimas krūtimi arba pajuto kitokią frustraciją, oralinėje psichoseksualinės raidos stadijoje, maždaug ties pusantrų metų amžiumi, teigiama, tada suaugęs žmogus gali būti susiformavęs kaip depresinė asmenybė. Lowen (2014), taip pat šneka apie oralinio tipo asmenybės depresijos paaiškinimą teigdamas, kad vaikas stengiasi grįžti pas motiną bandydamas pabaigti nutrauktą brendimo, formavimosi procesą ir taip eikvoja visą savo energiją, o nepavykimo atveju jo pastangos žlunga. Andriekienė (2013) teigia, kad falinėje stadijoje depresija gali susiformuoti berniukams dėl agresijos, kuri kyla dėl būtino nusileidimo tėvui, o mergaitėms dėl kliūčių, ugdant paklusnumą. Taip pat ji teigia, kad depresija gali išsivystyti, ypač paauglystėje, dėl galimo atstūmimo, nesėkmių, kai jaunas žmogus turi sutvirtinti savo tapatybę ir nebebūti priklausomas. Myers (2000) taip pat aptaria Sigmund Freud teoriją atkreipdamas dėmesį, kad depresiją iššaukia vaikystėje buvę praradimai, susiję su

dabarties įvykiais. Be to, pasak jo, depresiją kelia ir užslėpta neapykanta tėvams, kuri nukrypsta prieš patį žmogų. Andriekienė (2013) labiausiai išryškina kelias depresijos priežastis: meilės objekto praradimą bei inkorporacijos procesą.

McWilliams (2014) aptaria Sigmund Freud pastebėjimą, kad neigiamus aspektus, kuriuos daro kiti žmonės, depresinės asmenybės perneša į save ir pritaiko sau, nekenčia savęs dėl visų šių trūkumų. Iš to kilo terminas „sadizmas prieš save patį“ bei „vidun nukreiptas pyktis“. Tai paaiškina, kad netrikdomą ar spontanišką pyktį dėl savęs, depresyvūs žmonės pajunta retai, jie jaučia vyraujančią kaltumo jausmą. McWilliams (2014) bei Andriekienė (2013) taip pat aptaria ir suteikia didelę svarbą depresinių asmenybių gynybos mechanizmams, kuriais žmonės naudojami, kad apsaugotų save nuo kančių:

- Introjeksija – praeities didžiausios meilės, o dabar labiausiai nekenčiamo, objekto savybių priskirimas sau, kai gerosios objekto savybės menamos su meile, o neigiamos tapatinamos su savimi. Tai kyla, nes depresyvi asmenybė jaučiasi tuščia ir taip pripildo save, tai suteikia galios jausmą bei ypač malšina atsiskyrimo nerimą.

- Idealizavimas – tai aplinkinių aukštinimas. Ši gynyba atsiranda, nes žmogus jaučia nuolatinę tuštumą arba blogumą savyje, nes jo savigarba yra pažeista.

Remiantis psichoanalitine teorija yra išskiriamos sąlygos, kurioms esant gali išsivystyti depresija (McWilliams, 2014; Andriekienė, 2013):

- Pernelyg ankstyvos, skausmingos patirtys, kai individas atsiskiria nuo meilės objekto.
- Vaiko negebėjimas tikroviškai suprasti kas nutiko, tėvų nenuovoka kaip atitinkamai viską paaiškinti ir nesudarymas sąlygų vaikui patirti gedėjimą dėl to kas atsitiko (pavyzdžiui tėvų skyrybų atveju).
- Gedėjimo nepripažįstanti šeimos atmosfera, o neišgedėjus viduje susiformuoja jausmas, kad jie yra kalti dėl to kas įvyko.
- Pernelyg kritiškas tėvų požiūris į vaiką bei emocinė nepriežiūra.
- Depresija, pasireiškus vienam iš tėvų arba abiem, ypač pirmaisiais vaiko gyvenimo metais. Vaikai jaučiasi kalti dėl savo poreikių ir susiformuoja mąstymas, kad jų norai vargina kitus.

Psichoanalitinės krypties psichoterapeutė McWilliams (2014) lyg apibendrindama teigia, kad žmonės iš viso nėra prisitaikę prie santykių nestabilumo su aplinkiniais, o šiuolaikiniame pasaulyje to yra labai daug ir tai mato kaip vieną pagrindinių depresijos atsiradimo priežasčių. Be to, pasak Lowen (2014), psichoanalitikai išsako bendrą dirbo su depresija sergančiais broožą: tenka susidurti su konfliktu, tarp sergančiojo meilės objekto ir neapykantos tam objektui, kuris dažniausiai yra motina arba tėvas. Taip pat jis teigia, kad viena

iš didelio depresijos paplitimo priežasčių yra žmonių nerealių tikslų siekimas, kurie neturi ryšio su pagrindiniais žmogiškaisiais poreikiais, tokiais kaip meilės poreikis.

2. Biologinis požiūris. Siekiant išsiaiškinti biologinę įtaką depresijos atsiradimui yra vykdoma daug tyrimų (Tiemeier, 2003; Silberg et al. 1999), bandoma išsiaiškinti genetinę, neurologinę depresijos kilmę ir sandarą. Myers (2000) mini neuromediatorių svarbą, kurie perneša molekules, perduodančias signalą tarp nervinių ląstelių. Daug autorių teigia (Dembinskas, 2003; WHO, 2017; Myers, 2000; Šidlauskaitė – Stripeikienė et al., 2010; Davidonienė ir kt., 2012; McWilliams, 2014; NIMH, 2016), kad gimus moterimi, depresija susirgti yra daug didesnė tikimybė. Vienai iš keturių moterų per kurį nors gyvenimo etapą tai įvyksta. Tačiau nėra tiksliai nustatyta, kiek depresijos atvejų lemia genetika, paveldimumas, o kiek santykiškai šeimoje su depresyviais tėvais, pacientui būnant dar vaiku, kai vaikui gali būti sukeliama ilgalaikiai smegenų funkciniai pokyčiai (McWilliams, 2014; Andriekienė, 2013). Taip pat, randama informacijos, kad kai kurių vaistų vartojimas gali išprovokuoti depresiją (Bschor et al., 2014).

Drysdale et al. (2017) straipsnyje „Poilsio būsenos ryšių biologiniai biomarkeriai apibrėžia depresijos neurofiziologinius potipius“ pateikiamas revoliucingas požiūris į depresijos atsiradimą ir veikimą. Biomarkeriai yra objektyvūs sveikatos būklės indikatoriai, kurie stebi paciento viduje vykstančius tikslus dabartinius pokyčius bei atkuria praeityje įvykusius. Biomarkeriai medicininiai ženklai, kurie atsiranda dar prieš atsirandant ar pasikartojant pacientų medicininiais simptomams (Strimbu ir Tavel, 2010). Pastebima, kad biomarkeriai pakeitė šiuolaikinę mediciną, tačiau psichiatrijoje tai yra dar mažai kur pritaikyta dėl silpnos sąveikos tarp diagnostikos būdų ir jų neurobiologinio pagrindo. Taip pat sakoma, kad depresiją sunku tirti, nes apie 45% depresijos atvejų yra paveldimi, daromi didžiuliai genomo asociacijų tyrimai, be to, turi įtakos ir kiekvieno žmogaus psichologinės savybės. Tačiau, tyrimas parodė, naudojant 1188 - ių tiriamųjų magnetinio rezonanso paveikslus, kad depresiją galima suskirstyti į 4 neurofiziologinius tipus – “biotipus”, apibūdinamus atskirais, limbinėje ir frontostriatalinėje sistemoje nesusijusiais ryšiais, modeliais. Šie biotipai negali būti klasifikuojami tik remiantis klinikiniais požymiais, bet jie yra susiję su skirtingais klinikinių simptomų profiliais.

Šis tyrimas nusako naujas depresijos subkategorijas, kurios išplečia dabartines diagnostikos ribas ir gali būti naudingos atskleidžiant individualias žmogaus savybes, kurioms tikslingai gali būti naudingos neurostimuliacinės terapijos. Neurostimuliacija yra centrinės ir periferinės nervų sistemos keitimas elektriniais arba magnetiniais impulsais (Psychiatric times, 2014). Tačiau, šis tyrimas yra pirmasis, pristatantis keturis depresijos tipus, todėl jis turi būti

atkartotas su didesne imtimi. Taip pat, tyrimas parodė, kad gali būti ir neatitinkančių vienam iš keturių tipų atvejų.

3. Socialinis – kognityvinis požiūris. Randama daug literatūros, kuri skelbia depresijos atsiradimo įvairias socialines priežastis. Įvardinamas vienišumas arba gyvenimas išsiskyrus, žemesnis ekonominis statusas, vyresnis amžius bei menkas išsilavinimas (Davidonienė, 2012; Fast Facts, 2011; Šidlauskaitė-Stripeikienė, 2010; Adomaitienė 2008; APA, 2017). Teigiama, kad 10 – 40 % depresijos atvejų paskatina tipiškos situacijos: gyvenimo sąlygų pasikeitimai, įvairios nesėkmės ir konfliktai. Sergančiojo krizės įveikimas priklauso ir nuo visuomenės bei artimųjų reakcijų, nes ligoniai dažnai sulaukia priekaištų dėl savo elgesio, o tai labai blogina būseną, jie pradeda jausti dar didesnę kaltę, bejėgiškumą, vienišumą (Furst, 1998).

Pasak Myers (2000), socialinis – kognityvinis požiūris į depresiją yra paremtas žmogaus patirtimi ir psichinėmis reakcijomis į tai. Į reakcijas yra reaguojama susikurtais neigiamais vertinimais, dėl to stiprėja negatyvios mintys. Taip įsisukama į nesustojantį veiksmų ir reakcijų ratą. Pasak Nemade (2007), psichologo Albert Bandura socialinėje kognityvinėje teorijoje yra šnekama, kad žmonės vadovaujasi sąveikomis tarp savo elgesio, minčių ir aplinkos. Kiekviena sritis įtakoja ir keičia kitą, todėl labai svarbus yra balansas tarp visų sričių.

Andrikienė (2013) pastebi, kad yra tendencija šeimose, kuriose perduodami panašūs, depresyvūs, charakteriai, jose pasireiškia iš kartos į kartą depresyvumas, žema savivertė. Tai galėtų įtakoti tiek genetiniai veiksniai (Haeffel, 2008) tiek socialiniai veiksniai.

Taigi, tiek psichoanalitinis, tiek biologinis, tiek socialinis – kognityvinis požiūriai pateikia versijas, kodėl sergama depresija (Ayer, 2000), tačiau kiekvienas depresijos atvejis yra skirtingas, todėl ir egzistuoja daug depresijos prigimties požiūrių ir vieningos nuomonės nėra. Be to, požiūris dar priklauso ir nuo teorinio pagrindo, kuriuo remiantis ir sudarinėjami depresijos kilmės požiūriai.

1.3. Simptomai

Egzistuoja daug įvairių simptomų, kurie pasireiškia esant depresijai, kurie kankina tiek patį sergantįjį, tiek jo aplinkos žmones. Žmoguje vykstantys pakitimai gali būti trumpalaikiai arba ilgalaikiai bei simptomai turi trukti mažiausiai 2 savaites ir pasireikšti kas dieną beveik visą laiką, kad juos galima būtų laikyti depresijos simptomais (Mačiulis et al., 1998; Myers, 2000). Galima būtų skirstyti simptomus pagal jų pasireiškimo tipą:

- Psichosomatiniai: gali kilti kaltės ir menkavertiškumo jausmai (APA, 2017);

- Psichiniai: mąstymo klampumas bei savižudiškos mintys (APA, 2017); bloga nuotaika, kuri mažai kinta, aplinkybės to nepaveikia, nebent ryte, kai depresijos pasireiškimas būna didžiausias (PSO, 2011); veido emocijos negatyviai pakitusios, rodoma daug mažiau džiaugsmo išraiškų (Renneberga et al., 2005);

- Fiziniai: miego sutrikimas, ištyrus EEG parodo, kad nebėra giliojo miego fazės (Furst, 1998); cirkadinio ritmo (reagulariai vykstančių biologinių procesų) sutrikimai (Germain et al., 2008); apetito stoka, energijos praradimas (APA, 2017);

- Biologiniai: mokslininkų yra ištirta ir įrodyta, kad depresija sergančiojo tam tikro smegenų sritys šiek tiek sumažėja dėl pasikartojančių depresijos epizodų, kalbama yra apie hipokampo srities pakitimus (Videbech et al., 2004; Schmaal et al., 2016); randami pasikeitimai molekuliniam lygmenyje (Cai et al., 2015); vyksta imuniteto pakitimai (Gold et al., 2009).

Lowen (2014) teigia, kad visų depresinių reakcijų bruožas – ryšio su realybe praradimas, atsispindintis žmogaus elgsenoje ir jo požiūryje, o, psichologė Furst (1998) išskiria tik du pagrindinius depresijos simptomus - nevilts ir abejingumas. Taigi, egzistuoja daug požiūrių, kaip pasireiškia depresija, kas sieja depresijos simptomus ir kurie simptomai galėtų būti pagrindiniai. Taip pat, kaip papildomus, šalutinius simptomus pasireiškiančius sergant depresija, McWilliams (2014) įvardina didelį valgymą, rūkimą, gėrimą, kalbėjimą. Ji teigia, kad žmonėms, kuriems pasireiškia depresija tai patinka, nes taip jie gauna oralinį pasitenkinimą, paslėpdami tai po alkio ar maisto sąvokomis. Taigi, depresija sergančiojo kūne gali įvykti daug pakitimų, kurie apima visas žmogaus gyvavimo sritis, simptomai gali pasireikšti psichosomatiniais, psichiniais, biologiniais, fiziniiais tipais.

1.4. Paplitimas

Depresija yra vienas iš labiausiai paplitusių psichikos sutrikimų pasaulyje, paveikianti visų bendruomenių žmones. Literatūroje sutinkami įvairūs skaičiai, kiek galėtų būti sergančiųjų pasaulyje, tačiau manoma, kad yra daugiau nei 300 milijonų sergančiųjų depresija (WHO, 2017). Lietuvoje, valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2015 – tais metais depresijos ligotumo paplitimas buvo 15,35 atvejai iš 1000 – čio gyventojų (Lietuvos psichikos sveikatos centras (LPSC), n.d.), o sergamumo paplitimas buvo 3,81 atvejai 1000 – čiu gyventojų. Žinant, kad Lietuvoje 2016 metų sausio 1 – ą dieną buvo 2 888 582 žmonės (Oficialios statistikos portalas (OSP), 2017), galime teigti, kad depresijos ligą turi 44 340 žmonių Lietuvoje. Tačiau žinoma, kad šie skaičiai neatspindi realybės, nes daug depresijos atvejų lieka neužfiksuoti. Dembinskas (1999) teigia, į gydytojus kreipiasi tik 20 – 25 % sergančiųjų, o pasak Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (WHO) (2017) apie pusė, o kai kuriose šalyse net 90 % atvejų gali būti

negydomi, arba gydomasi privačiai. Šidlauskaitės – Stripeikienės ir kt. (2010) 2006–2007 m. atliktame tyrime, sluoksniuotosios atsitiktinės atrankos būdu parinkus ir ištyrus anketomis penkis Lietuvos rajonus, paaiškėjo, kad beveik pusei (43,8 proc.) Lietuvos rajonų suaugusiųjų tiriamųjų nustatytas vidutinis ir didelis depresyvumas. Tačiau ganėtinai priešingus rezultatus parodė Davidonienės et al. (2012) tyrimas, kuriame teigiama, kad tyrimo metu tarp Lietuvos kaimo gyventojų depresyvumas pasireiškė 6% respondentų, tarp kurių lengvą ir vidutinio sunkumo depresyvumą sudarė 5,7%, o sunkų 0,3%. Šie skaičiai atspindi tik rajonų – kaimo gyventojų depresyvumo lygio vaizdą, o ir skaičiai kardinaliai skirtingi.

Literatūroje teigiama, kad nors kartą gyvenime depresija sirgusių gali būti nuo 5 – 8% iki 20 – 30% gyventojų, o sunkią depresijos būseną gali būti patyrę 1 – 2% žmonių. Taip pat teigiama, kad susirgus vieną kartą, tikimybė susirgti dar kartą yra nuo 1,5% iki 19% (Dembinskas, 2003). Taigi, depresijos paplitimo skaičiai yra didžiuliai, tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje. Tai įrodo, kad Lietuva neiškrenta iš pasaulio konteksto ligos pasireiškimo atvejais.

1.5. Gydomo metodai

Pasak WHO (2017), depresiją gali diagnozuoti ir gydyti nebūtinai specialistas, bet pirminės priežiūros specialistas, teigiama, kad specialistai reikalingi tik tiems, kuriems pasireiškia sunkios depresijos formos arba tiems, kuriems neveikia pirmapradis gydymas. Tačiau daug kur literatūroje sutinkamas požiūris, siūlantis gydyti bet kokią depresijos formą medikamentiškai, terapiškai arba derinant tai kartu (Dembinskas, 2003).

Medikamentinis gydymas dažniausiai yra paremtas antidepresantais, kurie slopina depresiją, didindami serotonino ir norepinefrino kiekį kraujyje (Myers, 2000). Bschor et al. tyrime (2014) paaiškėjo, kad antidepresantų poveikį būtina iširti ir patikrinti maždaug po keturių savaitių nuo vartojimo pradžios, o jeigu pacientas atsiliepia teigiamai apie terapiją, gydymas turėtų būti pratęsimas šešiams – dvylikai mėnesių nuo depresijos atvejo pagerėjimo. Be to, jų tyrimas nepatvirtino, kad pakeisti vienus antidepresantus kitais turėtų teigiamą poveikį, nors tai yra gan įprasta praktikoje. Jie pastebėjo, kad kombinacija iš kelių antidepresantų turi teigiamą poveikį, lyginant su kombinacija su placebo. Tačiau, vartojant antidepresantus gali atsirasti šalutiniai poveikiai: pykinimas, vėmimas, svorio priaugimas, viduriavimas, mieguistumas, seksualinės problemos (NIMH, 2016).

Terapinis gydymas yra ne medikamentinė intervencija. Pasak Bschor et al. (2014), depresijos gydymui labai naudingos yra kognityvinė elgesio, tarpasmeninė psichoterapija, psichoanalizė ir psichodinaminė psichoterapija. Tačiau Lowen (2014) teigia, bet kuri psichoterapija gali padėti depresija sergančiajam. Tai padeda pažinti savo užslėptas emocijas

dėl pirminių netekčių, kurios vėliau verčia nusivilti meile, o terapeutas laikinai kompensuoja praradimus. Sergantysis konsultuodamasis su terapeutu gali išsiaiškinti savo problemas ir pajauti palengvėjimą.

Myers (2000) išskiria kognityvinę – elgesio terapiją, kurios tikslas yra išmokyti žmones įsisąmoninti savo nesuvokiamą mąstymą, pakeičiant jį nauju bei treniruojant teigiamesnę požiūrį į kasdienę aplinką. Pasak Myers (2000), sergančiojo mintys būna slogios ir jos sutampa su liūdna nuotaika, atsitinkančias nesėkmes priskiria sau, o pasak sergančių, pasisekusius dalykus įtakoja kiti, todėl terapeutai bando keisti ne tik mąstymą, bet ir destruktivyvų jų elgesį. Taip pat, išskiriama yra elektokonvulsinė terapija (Myers, 2000; NIMH, 2016), kuri pasak Bschor et al. (2014) yra viena iš efektyviausių terapijos būdų depresijos gydymui. Be to, pasaulyje populiarėja menų terapijos, kurių nauda depresijos gydyme moksliskai įrodoma. Muzikos terapija yra viena menų terapijos atšaka.

Taigi, depresija yra daugialypė liga, kuriai reikia ir daugialypio gydymo, kuris dažniausiai yra sudaromas iš medikamentinio ir terapinio gydymo. Be to, McWilliams (2014) pastebi, kad iki išrandant antidepresantus, sudėtingus depresijos atvejus gydę terapeutai būdavo ilgus metus varginami pacientų minčių apie savęs sunaikinimą. Tai pagrindžia, kad šie abu gydymo metodai veiksmingiausi, kai taikomi kartu.

1.6. Prognozė

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis (WHO, 2017), depresija yra vienas svarbiausių visuomenės negalios ir naštos priežasčių. Tyrimai, atlikti pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, parodė, kad nedarbo dienų skaičius depresija sergantiems žmonėms yra 11 kartų didesnis negu tiems, kurie neserga depresija (Dembinskas, 2003). Taip pat, negydoma depresija gali būti savižudybės priežastis (WHO, 2017; Dembinskas, 2003), net ir pradėjus gydytis depresiją, per pirmas savaites rizika nusižudyti taip pat išlieka labai didelė (NIMH, 2016). Lietuvoje savižudybių skaičius yra ištis milžiniškas – 2013-tais metais buvo 36,1 savižudybės atvejai 100 000-čių gyventojų (Eurostat, 2016), o europos vidurkis 100 000-čiui gyventojų buvo apie 11,7 atvejų. Depresijos gydymas yra labai aktuali problema mūsų visuomenėje.

Taigi, depresijos susirgimas gali paveikti visas gyvenimo sritis, o depresijos paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje yra iš tiesų didelis. Jo atsiradimo priežastys gali būti įvairios, bet iki šiol vykdamis moksliniai tyrimai depresijos prigimčiai paaiškinti. Be to, depresijos kilmę skirtingai interpretuoja ir skirtingų psichologinių krypčių atstovai. Depresijai gydyti yra taikomos tiek

invazinės, tiek neinvazinės gydymo priemonės, o ne gydant liga gali vesti sergantį net prie savižudybės.

2. MUZIKOS TERAPIJA DEPRESIJOS GYDYME

2.1. Muzikos terapija psichiatrijoje

Apie muzikos gydomąsias savybes, taip kaip ir apie depresijos, buvo šnekama jau nuo senųjų civilizacijų laikų (Wigram et al., 2002; Hanser, 2016). Keičiantis laikams, tiek mokslas apie depresiją, tiek žinios apie muzikos gydomąsias savybes vystėsi, tobulėjo. Mokslininkai atvėrė platesnį požiūrį į depresijos ligą bei muzikos gydomąsias savybes, tačiau iki šiol dar vyksta tyrimai, nes daug kas dar yra nesuprasta. Muzikos terapija dabar yra apibrėžiama kaip sistemingas ir tikslingai organizuojamas specifinių intervencijų procesas, kurio metu terapeutas, naudojant muzikines patirtis, tarpusavio santykius, darančius įtaką dinaminiam pokyčiams, padeda klientui siekti sveikatos gerėjimo (Bruscia, 1998). Muzikos terapijos klientas gali būti bet kuris individas, grupė, bendruomenė ar aplinka, todėl ir susiformavo daug muzikos terapijos krypčių, kad patenkintų skirtingus terapinius poreikius (Bruscia, 2014).

Konkrečios srities muzikos terapijos apibūdinimas priklauso nuo tikslų ir intencijų kiekvienoje unikalioje situacijoje ir nuo to, kokiai klientų grupei yra taikoma (Bunt et al., 2014; Wigram et al., 2002). Davis et al. (1992) teigia, kad muzikos terapeutai kiekvienu atveju siekia skirtingų terapeutinių tikslų ir kiekvieną kartą parenka skirtingą muziką bei muzikines veiklas. Taigi, muzikos terapija psichiatrijoje turi savo specifines ypatybes, metodus, tikslus, kurie skiriasi nuo kitų muzikos terapijos krypčių. Taipogi, pasak Bunt et al. (2014), muzikos terapijos gydymo metodai yra paremti moksliniais įrodytais tyrimais, pritaikomi konkrečiomis intervencijomis konkrečioms simptomams.

Muzikos terapija psichiatrijoje plačiai taikoma tokių ligų kaip šizofrenijos, nerimo, psichosomatinių simptomų, depresijos, Alzheimerio gydyme. Muzikos terapijos paslaugos daugelyje šalių yra suteikiamos psichiatrijos gydymo įstaigose kartu su standartine priežiūra. Be to, yra žinoma, kad visose šiose psichiatrijos srityse muzikos terapija daro teigiamą poveikį (Wigram, 1999).

Besigydantieji muzikos terapija turi norėti terapeuto pagalbos, kaip paslaugos gavimo, bei turi norėti kurti profesinius ryšius, skirtus sveikatos gerinimo tikslams (Bruscia, 2014). Pasak Amerikos muzikos terapeutų asociacijos narių tyrimo (American Music Therapy Association (AMTA), 2014), 20 procentų muzikos terapeutų Jungtinėse Amerikos Valstijose dirba su psichikos sveikatos problemomis. Šie duomenys atspindi tik Jungtinių Amerikos Valstijų padėtį, tačiau tai parodo šios srities paplitimą bei reikalingumą.

Moksliniai tyrimai įrodė muzikos terapijos efektyvumą, tačiau vis dar yra neatsakytų klausimų apie terapinį muzikos poveikį. Odel – Miller (1999) svarsto, kad vienas pagrindinių faktorių, kodėl muzika gali turėti gydomųjų savybių, yra tai, kad keturi pagrindiniai garso elementai – aukštis, garsumas, trukmė ir tembras, yra randami žmogaus balse. Iš šių elementų sudaryti garsų rinkiniai ir yra muzika. Kitas faktorius, įgalinantis terapinį muzikos poveikį, yra muzikos universalumas. Davis et al. (1992) teigia, kad dauguma žmonių gali rasti sau mėgstamą muziką. Ji suteikia jiems malonumą ir yra įdomi dėl plataus muzikos formų ir stilių egzistavimo. Jiang et al. (2016) tyrimas patvirtina, kad svarbiausias faktorius progresui yra patinkančios muzikos naudojimas. Hanser (2000) aprašo dar vieną faktorių – prasmingą kontekstą ir muzikinių kūrinių keliamus individualius jausmus. Girdėdami kompoziciją, individai gali pradėti suprasti jų pačių jausmus, atrasdami muzikos panašumą su savo vidiniu pasauliu.

2.2. Muzikos terapija depresijos gydyme

Literatūroje teigiama, kad depresija efektyviausiai yra gydoma taikant medikamentinį ir psichoterapinį gydymus (žr. poskyrį 1.5). Randama informacijos, kad muzikos terapija gali būti tokia pat efektyvi kaip ir psichoterapija (Castillo-Perez, 2010). Tačiau Pulkanen (2011) teigia, kad depresijos gydyme pasitaiko atvejų, kai verbalinės psichoterapijos neužtenka arba ji yra netinkama. Tokiais atvejais muzikos terapija gali būti puiki sveikatinamąjį poveikį daranti priemonė. Literatūroje randama daug informacijos apie atliekamus muzikos terapijos tyrimus, kurie taikomi depresijos gydymui.

Maratos et al. (2009) atliko Cochrane apžvalgą, kurioje analizavo visus randomizuotus kontroliuojamus ir klinikiniai kontroliuojamus tyrimus, paskelbtus arba neskeltus bei organizuotus visose šalyse. Jie turėjo būti susiję ir atitinkantys keliamus reikalavimus:

- muzikos terapijos intervencijų sesijos turėjo būti struktūruotos;
- turėjo vykti muzikinė sąveika tarp terapeuto ir tiriamojo arba tiriamųjų grupės;
- muzikinių intervencijų tikslas buvo pagerinti sveikatą;
- pokyčio priemonė turėjo būti arba muzika, arba santykiai, arba pokyčiai kilę iš muzikos;
- turėjo būti atlikti palyginimai, kurie galėjo būti: muzikos terapija su standartiniu gydymu lyginama su standartiniu gydymu, muzikos terapija lyginama su kitomis terapijomis arba vienokia muzikos terapijos forma lyginama su kitokia.

Keturi iš penkių atitinkančių kriterijus tyrimai atskleidė statistiškai reikšmingus pokyčius, sukeltus muzikos terapijos, o viename statistinis pokytis nerastas. Tik vienoje studijoje buvo naudota aktyvioji muzikos terapija (aktyvioji muzikos terapija yra paremta pačio žmogaus muzikavimu, pačio pasirinktais instrumentais bei tema, kurią žmogus nori vystyti (Aleksienė,

2016)). Keturios studijos buvo atliekamos naudojant receptyviają muzikos terapiją (muzikos klausymas, kai terapeutas suteikia galimybę klientui klausyti gyvos arba įrašytos muzikos, muzikos išgyvenimas ir suvokimas (Aleksienė, 2016)). Keturios iš penkių studijų buvo atliktos su senyvo amžiaus sergančiais ir viena su paaugliais.

Viename tyrime buvo rasta, kad muzikos terapija taip pat gali būti efektyvi sergantiesiems ir savarankiškai darant pratimus streso mažinimui, muzikos klausymo technikomis. Šie namų darbų pratimai panašūs į taikomus bihevioristinėje – kognityvinėje terapijoje. Namų darbai yra veiksmingi, jeigu terapeutas nurodo kaip juos daryti ir pastoviai prižiūri nuotolinės komunikacijos būdais (pavyzdžiui skambučiais, vaizdo pokalbiais, žinutėmis). Tai galėtų būti ekonomiškesnis būdas taikyti bihevioristinę – kognityvinę muzikos terapiją lengvesnės būsenos sergantiesiems. Viename tyrime taip pat atrasta, kad naudojant struktūruotą terapeutinę strategiją, muzikos terapija gali būti veiksminga ir didelėse grupėse. Šie atradimai šiek tiek praplečia muzikos terapijos taikomumo ribas.

Tyrimai įrodo, kad įmanoma suorganizuoti įvairius muzikos terapijos randomizuotus tyrimus depresija sergantiesiems įvairiuose kontekstuose. Be to, atskleidžiama, kad nepaisant depresijos susirgimo komplikuotumo ir sunkaus gydymo, muzikos terapija yra tinkama intervencija daugumai depresija sergančiųjų (Maratos et al., 2009). Ši apžvalga atskleidžia, kad tyrimai apie muzikos terapiją yra vykdomi ir dauguma jų parodė teigiamą poveikį depresijos simptomų mažinimui, tačiau reikalauja išsamesnių ateities tyrimų. Tačiau, tyrimai šiai apžvalgai buvo ieškoti iki 2007 metų, taigi jau 10 metų praėjo nuo šios apžvalgos. Taip pat, tyrimo kriterijus atitiko tik 5 tyrimai, o tai reiškia, kad dar pakankamai mažai tyrimų yra atliekama, norint sužinoti ar muzikos terapija veikia ir koku būdu veikia depresijos ligą.

Muzikos terapija, visų menų terapijų kontekste, yra veiksminga intervencija. Blombahl ir kolegos, (2013) atliko sistematinę literatūros apžvalgą, kurioje nagrinėjama menų terapijos nauda depresija sergantiems. Rezultatai parodė, kad konkrečiai muzikos terapija depresija sergantiems suteikia galimybę save išreikšti, tyrinėti, rasti paaiškinimus savyje. Be to, suteikia komunikacijos, integracijos, simbolinio mąstymo lavinimą bei sukelia sensorinę stimuliaciją. Visa tai turi tiesioginį ryšį su depresijos mažinimą skatinančiais veiksniais.

Taip pat, literatūroje randama, kad muzikos terapija yra naudojama ir aptinkamas jos veiksmingumas taikant įvairiems psichiniams sutrikimams. Gold ir jos kolegų (2009) tyrimo tikslas buvo apžvelgti muzikos terapijos naudingumą žmonėms su rimtais psichiniais sutrikimais. Rezultatai parodė, kad muzikos terapiją taikant su standartiniu gydymu yra gaunamas stiprus ir reikšmingas efektas bendrai būsenai, visiems simptomams, depresijai, nerimui, funkcionavimui ir muzikiniam ryšiui. Taip pat, tyrime atskleidžiama, kad maži

rezultatai pasiekiami po 3 – 10 sesijų, didelis efektas gaunamas po 16 – 51 sesijų. Wigram ir kolegos (2002) taip pat teigia, kad muzikos terapijų skaičius turi būti nemažas, kad būtų pasiektas teigiamas rezultatas.

Muzikos terapija gali turėti įtakos depresijos mažinimui, kai depresija yra kitos ligos pašalinis efektas. Guetin ir kolegos (2009) tyrimas, kurį sudarė 13-os pacientų tyrimai, statistiškai reikšmingai patvirtino, kad muzikos terapija yra naudinga depresijos, nerimo ir nuotaikos gerinimui pacientams su trauminiu smegenų pažeidimu. Taip pat, muzikos terapija yra veiksminga depresijos mažinimui sergant obsesiniu – kompulsiniu sutrikimu (Shirani Bidabadi et al., 2015). Be to, yra teigiama, kad improvizacinė muzikos terapija yra veiksminga depresijos simptomų mažėjimui turintiems priklausomybių (Albornoz, 2011). Visgi šie tyrimai yra mažų imčių ir galima pastebėti tik tendencijas.

Muzikos terapija gali būti taikoma konkrečioms socialinėms grupėms, kurios turi polinkį į depresiją. Chen su savo vadovaujama grupe (2016) atliko tyrimą, kuriame buvo siekiama nustatyti grupinės muzikos terapijos efektą nerimui, depresijai ir savivertei Kinijoje esantiems kaliniams. Buvo nustatyta, kad taikant muzikos terapiją kartu su standartiniu gydymu, depresijos ir nerimo lygiai statistiškai reikšmingai sumažėjo, o savivertė statistiškai reikšmingai pagerėjo. Vertinama buvo viduryje intervencijų ir pasibaigus intervencijoms. Tačiau, nebuvo iširtas ilgalaikis terapijos poveikis bei, pasak tyrėjų, tirti kaliniai įkalinimo įstaigoje buvo neilgai, todėl jų depresijos ir nerimo rodikliai bendrai nebuvo labai aukšti, todėl tyrimo rezultatų negalima pritaikyti visai populiacijai.

Dar vienas tyrimas, kuriame buvo norima sužinoti konkrečios socialinės grupės muzikos terapijos poveikį depresijos gydymui, buvo atliekamas su meksikiečiais fermų darbuotojais (Schwantesa et al., 2014). Tyrimas buvo atliekamas, nes depresija, nerimas ir socialinė izoliacija pasireiškia aukštu lygiu šioje populiacijoje bet, statistiškai reikšmingi duomenys nebuvo rasti lyginant muzikos terapijos grupę su kontroline grupe. Tačiau, tyrimo rezultatai buvo daug žadantys, bet reikalaujantys gilesnių studijų. Tyrėjai kaip trūkumą įvardina įvairius pašalinius veiksnius, kurie supo tiek kontrolinę grupę, tiek eksperimentinę grupę kiekvieną dieną, ir galėjo įtakoti tyrimo rezultatus.

Taigi, vis daugėja literatūros, kurioje bandoma įrodyti muzikos gydomąsias savybes. Tačiau, daugumoje šaltinių yra nagrinėjama tik tai ar veikia muzikos terapija žmogų teigiamai ar neveikia iš vis. Mažai yra šnekama apie tai, kokį būtent poveikį muzikos terapija daro žmogui.

2.3. Muzikos terapijos teorijos

Muzikos terapiją, kaip mokslą, inspiravo daug skirtingų mokslo šakų, tokių kaip raidos psichologija, neurologija (Wigram et al., 2002). Taip pat, muzikos terapija atspindi skirtingas psichiatrinio gydymo orientacijas, tokias kaip elgesio, psichodinaminė, kognityvinė, humanistinė ir biomedicininė, kurios naudojamos atsižvelgiant į skirtingus klientų funkcionavimo lygius (Davis et al., 1992). Pasak Bunt et al. (2014), darbe su psichinėmis problemomis, šiuos atveju depresijos gydyme, muzikos terapijoje egzistuoja dvi pagrindinės kryptys – Mary Priestley analitinė muzikos terapija ir Randi Rolvsjord į resursus orientuota – bihevioristinė muzikos terapija. Šios abi kryptys yra labai plačiai paplitusios, tačiau pasak Wigram et al. (2002), Jungtinėse Amerikos Valstijose daugiausiai profesionalių muzikos terapeutų yra bihevioristinės pakraipos, o Europoje dominuoja labiau psichoanalitinės ir psichodinaminės pakraipos muzikos terapeutai. Šį pasiskirstymą galėjo įtakoti ir tai, kuriose geografinėse vietovėse teorijos buvo pradėtos plėtoti. Muzikos terapijos teorijos pasirinkimas priklauso tiek nuo terapeuto, tiek nuo kliento pasaulėžiūros, galimybių ir poreikių.

2.3.1. Analitiškai orientuota

1970 – taisiais metais Didžiojoje Britanijoje buvo išvystytas improvizacinis muzikos terapijos modelis – analitinė muzikos terapija, kurios pradininkai buvo Mary Priestley su kolegomis (Bruscia, 1987; Pulkanen, 2011). Improvizacija, šiuo atveju, yra kūrybiniai veiksmai, paremti asmeniniais gebėjimais, įgūdžiais, idėjomis, kurios įgyvendinamos čia ir dabar iš anksto nesiruošus (Aleksienė, 2016). Su šios terapijos atsiradimu buvo pradėta Europoje teikti muzikos terapijos paslaugos psichikos sutrikimus turintiems klientams (Wigram et al. 2002). Plėtodami šią muzikos terapijos kryptį, jie rėmėsi psichodinaminėmis Zigmund Freud, Carl Jung, Melanie Klien, Alexander Lowen teorijomis bei Juliette Alvin muzikos terapijos teorija apie laisvą klinikinę improvizaciją (Bruscia, 1987; Wigram et al., 2002).

Bruscia (1987) teigia, kad šis metodas yra apibrėžiamas kaip kliento ir terapeuto verbalinių ir simbolinių muzikinių improvizacijų naudojimas. Klientas yra skatinamas išreikšti savo vidinį pasaulį ir skatinamas tobulėti. Wigram et al. (2002) bei Bunt et al. (2014) teigia, kad Mary Priestley suformavo specifinį psichoterapinį metodą, kur sujungus muzikines ir žodines interakcijas, muzikinės improvizacijos tampa platforma pasireikšti ankstyvosioms patirtims. Pagrindinis tokios terapijos tikslas yra pašalinti kliūtis, kurios trukdo klientui suprasti savo visas stiprybes ir potencialus bei pasiekti savus tikslus. Terapiniams tikslams pasiekti naudojami pašamonės produktai, įgytos išvalgos, gynybinės energijos išlaisvinimai ir

nukreipimai į pozityvius tikslus, kūrybingumo ir balanso vystymus (Bruscia, 1987; Bunt et al., 2014).

Ši terapija buvo sukurta suaugusiesiems, turintiems psichines problemas, kurie geba girdėti, verbaliai ir simboliškai mąstyti bei yra intelektualūs. Metodas dažniausiai yra taikomas individualiai terapijai, kuri skirta sąmonės subjektų išgavimui, sąmonės jausmų išsakymui bei ego stiprinimui. Taip pat, randama literatūroje, kad šis modelis tinkamas ir diadoms, kur tikslas yra spręsti gyvenimo ir santykių problemas. Be to, tinkamas ir grupėms, kur siekiama socialiniame fone atrasti ir išspręsti individualybių ar grupių problemas (Bruscia, 1987).

Mary Priestley terapijos metu yra improvizuojama pasirenkamais instrumentais, dažniausiai skatinant ir vedant pagal nustatytą programą, pagal temą, pageidavimus. Terapeutas dažniausiai palaiko kliento improvizaciją arba palieka klientą improvizuoti vieną, tai priklauso nuo situacijos ir tikslų. Terapeutas naudoja įvairias pritarimo technikas, kurios kyla iš muzikinės empatijos, įgūdžių, intuicijos ir jautrumo kliento improvizacijoms (Bruscia, 1987). Pasak Maratos et al. (2011), muzikos terapijoje į muzikinį susitikimą terapeutas atsineša savo muzikinį ryšį. Jis labai atidžiai klausosi kliento improvizuojamos muzikos ir papildo ją muzikiniais komponentais. Sesijos procesas susideda iš keturių elementų: nustatomas analizuojamas objektas, pasiskirstoma rolėmis, improvizuojama identifikuotu objektu. Vėliau diskutuojama apie tai kas įvyko ir dažnai klausomasi improvizacijos įrašų taip pat diskutuojama apie juos (Bruscia, 1987).

Klientui improvizuojant atsiskleidžia jo vidinė muzika – jo psichinių procesų ypatybės. Teigiama, kad šis terapijos būdas yra skirtas koncentruotis į emocijas, jos yra tyrinėjamos. Kitaip tariant, tai yra erdvė klientui išreikšti emocijas per improvizaciją (Bruscia, 1987). Maratos (2011) pastebi, kad improvizuojant tarp grojančiųjų dažnai kyla jausmas, kurio metu žmonės jaučiasi pakylėti, pavyzdžiui spontaniškai kartu sugrojama kokia nors vieta arba kartu pabaigiama improvizacija. Atsiranda nuojauta, ką kitas grojantysis groja, arba kur sustos. Tai kelia įvairius jausmus, atsiranda ryšys.

Keli autoriai pastebi, kad šioje terapijos rūšyje muzika įtakoja emocijas ir fantazijas. Tuo būdu realizuojamos ir iškeliamos į paviršių ankstyvosios traumas. Šioje teorijoje, atskleidžiant vaikystės patyrimus ar traumas, vyksta gijimo terapinis procesas. Naudojamos tiek perkėlimo, tiek tiesioginis santykis tarp paciento ir terapeuto (Metzner, 1999; Wigram et al., 2002). Vokietijoje ir Danijoje ši terapijos forma nebėra vadinama analitine muzikos terapija, todėl kad nebėra paremta vien tik psichoanalitine psichologijos teorija. Ji vadinama analitiškai orientuota muzikos terapija. Ją papildo ir komunikacijos teorijos, raidos psichologija ir psichosocialinės asmenybės vystymosi teorijos (Wigram et al., 2002).

Taigi, Bunt su kolegomis (2014) apibendrina, kad Mary Priestley terapijoje pacientas yra skatinamas kalbėti apie dalykus, kurie atsinešami į sesiją. Viskas vyksta kaip klasikinėje analitinėje sesijoje, bet aspektai išryškėja dinaminės muzikinės improvizacijos metu. Taipogi, Metzner (1999) mąsto, kad vieniems nusprendus, kad psichoanalitinė terapija yra sąveikinis tarpininkavimas tarp vidinių psichinių konfliktų, tai galima sakyti, kad muzikos terapija yra tik procedūros pakeitimas.

2.3.2. Bihevioristinė

Antroji muzikos terapijos teorijos kryptis depresijos gydyme yra bihevioristinė muzikos terapija. Biheviorizmas psichologijoje yra apibrėžiamas kaip mokslas apie žmonių elgesį, dėmesys labiausiai kreipiamas į tai, ką žmogus daro ir kokios aplinkybės jį verčia taip elgtis. Elgesys keičiamas per aplinkos keitimą. Be to, manoma, kad viską žmogus išmoksta stebėdamas kitus, o dabartinis žmogaus elgesys yra praeities įvykių rezultatas (Kerevičienė, 2014). Bihevioristinės muzikos terapijos tikslas dažniausiai yra akivaizdžių elgesio modelių koregavimas, taip kaip ir psichiatriniame gydyme taikomoje bihevioristinėje terapijoje. Terapeutas naudoja muziką elgesio gerinimui arba keitimui ir netinkamo elgesio mažinimui arba panaikinimui. Muzika yra naudojama kaip pozityvus arba negatyvus stimulus (Wigram et al., 2002).

Bihevioristinė muzikos terapija gali būti naudojama daugelio elgesio modelių keitimui, tokių kaip asocialumas, raumenų įtampa, silpni socialiniai įgūdžiai, fobijos, komunikacijos trūkumas. Taipogi, pasak Bunt ir kt. (2014), šioje terapijos formoje yra sudaromi tiek trumpalaikiai, tiek ilgalaikiai tikslai taikant specialias veiklas.

Rolvsjord (2004) teigia, kad į resursus orientuota muzikos terapija padeda atpažinti kliento stiprybes. Žmoguje visada glūdi resursai, todėl terapijos tikslas yra ir juos pastebėti ir iškelti į paviršių. Be to, pasak šios teorijos, muzikos terapijos klientas geriausiai suvokia muziką bei muzikos terapiją, todėl būtent jam priimtini metodai ir yra labiausiai naudojami. Pasak Bunt ir kolegų (2014), šios terapijos fone žmonės grodami yra nuolatiniame ieškojimo ir atradimo procese. Tai vyksta tol, kol muzika suteikia naujas galimybes kurti naujas idėjas. Jis taip pat pastebi, kad Randi Rolvsjord terapijoje dėmesys kreipiamas į sveikatinimo proceso puoselėjimą per pozityvią emocinę patirtimą. Iškeliami ir išryškinami paciento asmeniniai ir socialiniai resursai.

Dirbant tiek su depresija sergančiais suaugusiaisiais, tiek su autizmu sergančiais vaikais, bihevioristinio gydymo proceso pagrindas yra toks pat – intervencijos yra paremtos stimulu ir atsaku. Muzika šiuo atveju yra naudojama elgesio keitimui, patologijų mažinimui, bet ne

elgesio priežasčių paaiškinimui (Wigram et al., 2002). Be to, ne visi terapeutai sutinka, kad ši muzikos terapijos forma efektyviausiai gerina psichinę sveikatą (Davis et al., 1992). Biheviorizmas yra orientuotas į elgesio numatymą ir kontrolę, neatsižvelgiant į psichikos procesus (Myers, 2000), todėl tai nesutampa su psichoanalitine, į psichikos procesus orientuota, teorija. Taigi, tuo labiausiai ir skiriasi šios dvi Mary Priestley ir Randi Rolvsjord muzikos terapijos kryptys.

Prie bihevioristinių muzikos terapijos idėjų dažnai yra jungiamos ir kognityvinės muzikos terapijos idėjos. Kognityvinė terapija yra psichoterapijos šaka, kuria siekiama išmokyti žmones tinkamų veiklos ar mąstymo apraiškų. Taip pat, manoma, kad būtent mąstymas yra įvykių ir žmogaus emocijų reakcijų centre (Myers, 2000). Sujungiant šias dvi teorijas gaunama kognityvinė – bihevioristinė terapija, kuri yra orientuota į veiksmą. Žmogaus veiksmai sukelia netinkamą, gėdingą mąstymą, o tai lemia blogą, nepriimtina elgesį bei neigimas emocijas. Gydomo tikslas yra individo minčių keitimas, kuris būtinas norint keisti sergančiojo elgesį ir emocinę būseną (The Free Dictionary, n.d.). Taigi, kognityvinė – bihevioristinė muzikos terapija remiasi šios terapijos idėjomis, kurios taikomos per muzikines intervencijas. Be to, pastebima tendencija, kad bihevioristinė – kognityvinė terapija pastaraisiais metais tapo labai populiari psichiatrijoje tiek Europoje, tiek Jungtinėse Amerikos Valstijose, nes pastebimas efektyvus pokytis ypač tiems, kurie neturi daug pajėgumo suvokti vidinių priežasčių kodėl jie taip elgiasi. (Wigram et al. 2002).

2.4. Muzikos terapijos metodai

Muzikos terapijoje yra du pagrindiniai metodai: receptyvus ir aktyvus (Punkanen, 2011; Davis et al., 1992; Maratos, 2009; Aleksienė, 2016). Jie yra taikomi plačiam sveikatos sutrikimų spektrui, tame tarpe ir depresija sergantiems. Bruscia (2014) bei Aleksienė (2016) teigia, kad receptyvios muzikos terapijos metodai – muzikos klausymosi būdai, kurių metu muzika suvokiama ir išgyvenama bei siejama su asmeniniu gyvenimu. Aktyvios muzikos terapijos metodą sudaro trys technikos:

- improvizaciniai metodai – kūrybiniai veiksmai, paremti asmeniniais gebėjimais, įgūdžiais, idėjomis, kurie įgyvendinami čia ir dabar iš anksto nesiruošus tam;
- atkuriamieji metodai – įvairūs muzikos atlikimai grojant ar dainuojant;
- kompoziciniai metodai – muzikos kūrimas įvairiomis priemonėmis.

2.4.1 Receptyvi muzikos terapija

Receptyvioji muzikos terapija yra paremta muzikos klausymu, kai terapeutas suteikia galimybę klientui klausyti gyvos arba įrašytos muzikos, kai vyksta suvokimo bei išgyvenimo procesai, remiantis individo praeitimi (Punkanen, 2011; Aleksienė, 2016). Šis metodas yra plėtojamas kaip sisteminis gydymas, kaip priemonė, gerinanti gyvenimo kokybę (Wigram et al., 2002) bei daranti įtaką depresijos simptomų mažėjimui (Esfandiari et al., 2014). Receptyvias muzikos terapijos technikas sudaro iš anksto sukurta muzika relaksacijai, refleksijai, vedamiems atsiminimams ir nuotaikos būsenų pokyčiams (Maratos et al., 2009). Receptyvioje muzikos terapijoje svarbiausia yra aktyvus muzikos klausymas. Klientas turi turėti pakankamai stiprų ego, kad galėtų pasitikėti savimi ir analizuoti savo vaizduotę. Be to, labai svarbu yra ir gebėjimas atskirti realybę nuo vaizduotės (Wigram et al., 2002).

Helen Bonny sukūrė vedamos vaizduotės ir muzikos modelį, paremtą Carl Jung simbolizmo konceptu ir Stanislav Grof teorijomis apie perinatalines (vaisiaus vystymosi laikotarpis nuo 28 savaitės iki 7 – tos dienos po gimimo (Ligos.lt, n.d.) matricas. Tai yra modelis, kuris suskirsto gimimo procesą į keturias dalis arba perinatalines matricas. Pirmoji – egzistavimas gimdoje. Siejamas vien su teigiamomis emocijomis ir patenkintais poreikiais. Antroji matrica prasideda keičiantis gimdoje cheminei sudėčiai, spaudžiant vaisių bei nutraukiant maitinimą. Juntamas baimės, bejėgiškumo, kaltės bei aukos jausmai. Trečia stadija prasideda gimdos kakleliui pradendant plėtimą, kai artėja gimimo momentas. Tada atsiranda agresijos, skausmo, strigimo jausmai. Galiausiai ketvirta matricos stadija įvyksta kai gimstama, o jausmai būna panašiai teigiami kaip ir pirmoje matricoje (Riskin, 2000).

Lee su kolegomis (2016) atliko tyrimą, kuriuo norėta suprasti Helen Bonny vedamos vaizduotės ir muzikos metodo rolę psichoterapijoje. Tyrėjų manymu, kyla nesutarimai diskutuojant, kiek emocijų sukelia muzika, o kiek emocijų sukelia tiesiog kasdienis gyvenimas. Jie teigia, kad svarbu yra nustatyti neurologinius mechanizmus, susijusius su subjektyviomis patirtimis. Taip pat, svarbu įtraukti į procesą mintis bei jausmus, kuriuos sukelia muzika ir vaizduotė. Tyrime dalyvavo 34 sveiki savanoriai, kuriems duota klausyti klasikinė muzika bei pateikiamos žodinės instrukcijos negatyvių emocijų pažadinimui. Tyrimo metu paaiškėjo, kad vedamos vaizduotės ir muzikos metodas iššaukia neurologinę aktyvaciją, susijusią su negatyviomis emocijomis ir epizodine atmintimi. Tai atskleidžia, kad šis metodas, su asmeniniais epizodiniais atsiminimais, veikia žievės ir požievės struktūras ir funkcijas, o tai reiškia, kad šis Helen Bonny metodas yra veiksmingas.

Moksliskai įrodyta, kad receptyvūs muzikos terapijos metodai mažina depresijos simptomų pasireiškimą. Chan et al. (2011) atliko sisteminę apžvalgą, kurios tikslas buvo

peržiūrėti muzikos klausymo efektyvumo depresijos simptomų mažinimui suaugusiems tyrimus. Iš 17-os atitinkančių kriterijus tyrimų buvo išsiaiškinta, kad muzikos klausymas tam tikrą laiko periodą padeda sumažinti depresijos simptomus suaugusiųjų populiacijai. Efektyvumas randamas, jeigu muzikos klausymas yra organizuojamas ir prižiūrimas terapeuto daugiau nei vieną kartą. Sužinota, kad depresija lėtai mažėja ir randami statistiniai pasikeitimai tik po kelių intervencijos teikimo savaitių. Galiausiai, apžvalga atskleidžia, kad muzikos klausymas veikia kaip kaupiamasis efektas, kuris lėtai laikui bėgant sukuria įtaką depresyviems simptomams ir padaro stiprų efektą net kai intervencija baigiasi. Taip pat, teigiama, kad bet kokia muzika gali būti efektyvi, priklausomai nuo klausytojo skonio.

Depresijos simptomų mažėjimui turi įtakos ir savarankiškas muzikos klausymas – audio terapija. Audio terapija yra muzikos ir garsų naudojimas gydomiesiems tikslams (Morse et al., 2011). Nuo muzikos terapijos tai skiriasi, nes audio terapijoje nereikia terapeutinio ryšio, intervencijos atliekamos savarankiškai. Brandes et al. (2015) atliko tyrimą, kuriame dalyvavo 203 depresija sergantieji suaugusieji. Jiems buvo taikyta audio terapija. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą pagerėjimą kontrolinėje grupėje. Dar vienas tyrimas buvo suorganizuotas Hsu ir kolegoms (2004). Jie ištyrė depresija sergančiuosius ir suskirstė juos į eksperimentinę ir kontrolinę grupes, o eksperimentinei grupei reikėjo kas dieną po pusvalandį klausyti jų pasirinktą švelnią muziką. Paaiškėjo, kad depresyvumas sumažėjo eksperimentinėje grupėje. Chan ir kolegų (2009) tyrime taipogi randamas ryškus poveikis depresijos simptomų mažinime lyginant su kontroline grupe, kai jie klausė muziką, tačiau šio tyrimo imtis per maža, kad galima būtų duomenis generalizuoti. Kaip ir Verrusio su kolegomis (2014) tyrimas, kuris taip pat yra mažos imties, tačiau atrasta, kad muzikos klausymą derinant su fiziniais pratimais depresijos simptomai sumažėjo palyginus su kontroline grupe. Taigi, randama tyrimų, kuriuose reikšmingas pokytis įvyksta tik klausantis muzikos, bet nesant terapiniam ryšiui.

2.4.2. Aktyvi muzikos terapija

Depresija sergantiems taikoma ne tik receptyvi, bet ir aktyvi muzikos terapija. Pagrindiniai aktyviosios muzikos terapijos metodai yra improvizavimas, grojimas arba dainavimas kuriant muziką arba atliekant jau sukurtą kompoziciją. Muzikos terapeutas skatina klientą išreikšti savo emocijas per muziką (Punkanen, 2011). Pasak Maratos (2011), grojimas muzikiniais instrumentais reikalauja fizinių judesių, o depresijos gydyme yra pastebima fizinio judėjimo nauda. Be to, tai nėra tik žmonių paskatinimas judėti, tai yra ir įgalinimas žmogų išreikšti save kaip fiziškai pajėgią asmenybę bei siekiama tiek psichologinė, tiek fizinė nauda. Aktyvūs muzikos terapijos metodai gali būti naudojami ir tada, kai sergantysis negali išreikšti

skirtingų jausmų. Terapeutai šiai situacijai naudoja įvairias klininkines technikas, užmezgančias ryšį su pacientu improvizuotuose dialoguose, kurie gali būti atspirties taškas emociniam atsivėrimui (Maratos et al., 2009). Be to, Maratos ir kolegės (2011) pastebi, kad muzika pati savyje turi natūralius, žmogų paskatinančius judėti, suaktyvėti, komponentus: melodinius rifus, harmonines progresijas, ritminius pajautimus. Jie teigia, kad vien tik žodžiais šių pojūčių neįmanoma iššaukti.

Erkkilä su kolegomis (2011) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo apibrėžti improvizacinės muzikos terapijos efektyvumą taikant kartu su standartiniu gydymu ir palyginti depresijos gydymą tik standartiniu gydymu darbingo amžiaus žmonių tarpe. Taikytos intervencijos buvo paremtos improvizaciniu muzikos terapijos modeliu. Tyrime dalyvavo 79 tiriamieji su depresijos diagnoze, kurie randomizuotai buvo paskirstyti į dvi grupes – gaunantieji muzikos terapiją (n=33) ir negaunantieji (n=46). Tyrimas truko 20 sesijų, improvizacijos buvo įrašomos bei sesijos filmuojamos, o vėliau analizuojamos. Depresijos pasireiškimo lygiai buvo matuojami po 3 – jų ir 6 – ių mėnesių tyrimui pabaigus. Tyrimo rezultatai parodė, kad muzikos terapija su standartiniu gydymu pademonstravo geresnius pokyčius nei vien standartinis gydymas depresijos simptomams, nerimo simptomams bei bendram funkcionavimui po 3 mėnesių. Pateikiama tyrimo išvada, kad individuali improvizacinė muzikos terapija, kombinuojant su standartiniu gydymu, yra efektyvi priemonė depresijai gydyti darbingo amžiaus žmonėms, sergantiems depresija.

2.5. Depresijos poveikis muzikinei išraiškai

Literatūroje teigiama, kad depresija pakeičia žmogų, pavyzdžiui pakinta jo mąstymas, elgesys, emocijos (žr. poskyrį 1.3.), o tai įtakoja žmogaus išraišką. Muzika, kaip išraiškos priemonė, skatina žmogų mąstyti, veikti, išgyventi jausmus. Taigi galima teigti, kad jeigu žmogus serga depresija ir jo išraiška yra pakitusi, tai taip pat pakitusi bus ir jo muzikinė išraiška ar muzikinis suvokimas. Literatūroje yra sutinkamos mintys, teigiančios, kad muzika gali būti naudojama kaip stimulus, kuris iššauks emocinę išraišką (Punkanen, 2011; Akar et al., 2015; Naranjo et al., 2011) arba kaip išraiška, kuri atskleis pakitimus žmoguje (Reker, 2014).

Depresija sergančiųjų emocijų procesai yra pakitę. Akar su kolegomis (2015) atliko tyrimą, kuriuo norėta ištirti depresija sergančiųjų smegenų veiklą skirtingose emocinėse būsenose. Pasak tyrimo autorių, depresija sergančiųjų smegenų veikla dar nėra iki galo suprantama. Tyrimo tikslas buvo suprasti depresija sergančių pacientų elektroencefalogramos dinaminio elgesio signalus. Tyrime dalyvavo 15 pacientų, sergančių didžiąja depresija ir 15 kontrolinės grupės dalyvių. Grupės buvo analogiškos lyties, amžiaus, išsilavinimo kriterijais.

Tyrimo metu jiems buvo prijungti 16 elektrodų ir duomenys buvo įrašinėjami. Jiems buvo leidžiama per ausines turkiška muzika (pozityvūs jausmai) ir sugedusios plovimo mašinos garsas, triukšmas (negatyvūs jausmai), o po intervencijų dalyviai įvertindavo savo pojūčius. Tyrimas parodė, depresija sergantiems žmonėms, palyginus su kontroline grupe, buvo apskaičiuotas daug sudėtingesnis ir kompleksiškesnis emocijų apdorojimas. Nustatyta, kad depresija sergančių emocijų procesai smegenyse buvo daug kompleksiškesni nei kontrolinės grupės taikant negatyvią stimuliaciją (triukšmas). Buvo atrasti žymūs skirtumai kaktinėje ir momeninėje smegenų žievės dalyse. Tačiau tyrimo imtis yra maža, todėl negalima teigti, kad visų sergančiųjų emocijose ir smegenyse vyks tokie patys procesai.

Taip pat, depresija sergančiųjų emocijos pakinta į negatyvią pusę. Pulkanen et al. (2011) tyrimas buvo atliktas, nes norėta išaiškinti ar depresyvūs pacientai rodo šališką polinkį negatyvioms emocijoms. Tyrimo metu buvo siekiama suprasti, kaip depresyvių pacientų (n=79) emocijų suvokimas, naudojant muzikinius pavyzdžius, skiriasi nuo kontrolinės grupės (n=30). Tiriamiesiems buvo pristatyta 30 muzikinių ištraukų, kurios reprezentuoja penkias pagrindines emocijas ir prašoma įvertinti kiekvieną jų naudojant Likerto skalę. Rezultatai parodė, kad depresyvūs pacientai parodė nedidelį, bet nuoseklų negatyvų vertinimų šališkumą tiek bendrame skalės panaudojime tiek konkrečiame emocijos įvertinime lyginant su kontroline grupe visose muzikinėse ištraukose. Taip pat, klinikinės būsenos sunkumas turėjo įtakos įvertinimo šališkumui tiek pozityviame tiek negatyviame vertinime. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad depresija paveikia žmogaus gebėjimą vertinti suvokiamas emocijas muzikoje, o žvelgiant giliau, yra aiškus vertinimo šališkumas į negatyvias emocijas. Taigi, pastebima, kad depresyvių pacientų negatyvus emocinis šališkumas pasireiškė naudojant muzikinius stimulus ir dėl to galima teigti, kad emocijų savybių muzikoje įvertinimas galėtų padėti atpažinti depresiją. Teigiama, kad galima muzikinį suvokimą naudoti kaip diagnostinę priemonę. Tačiau tyrime buvo naudojama tik aiškūs penkių emocijų pavyzdžiai, jokių tarpinių emocijų ištraukų nebuvo. Visa tai rodo, kad muzika kaip diagnostinė priemonė galėtų būti, tačiau tai reikalauja gilesnių tyrimų.

Dar vienas tyrimas buvo atliktas (Naranjo et al., 2011), kuriuo norėta patikrinti ar emocijų stimulų procesas yra negatyviai šališkas sergant didžiąja depresija. Naudojami buvo trijų tipų stimulai - muzikiniai, vokaliniai ir veido. Tyrimą sudarė 23 depresija sergantys ir atitinkantys kontrolinę grupę 23 sveiki žmonės. Tiriamieji 10 balų sistemoje įvertindavo kiekvieną stimulą. Tyrimo metu nustatyta, kad depresija sergantys parodė mažiau tikslias emocijų identifikacijas nei kontrolinė grupė tiek muzikos, tiek veido, tiek vokalinuose emocijų atpažinimo aspektuose. Depresija sergantys aukščiau įvertino neigiamas emocijas, be to, jie

buvo linę neutralias emocijas sugretinti su neigiamomis emocijomis. Nebuvo pastebėtas skirtumas tarp emocijų vertinimo ir depresijos bei nerimo lygio. Tačiau depresija sergantieji parodė aukštesnę jautrumą negatyviems aspektams. Rezultatai sako, kad emocinės informacijos procesai yra įtakoti depresijos, įskaitant pakitimus ir muzikos suvokime. Taigi, tyrime atrasta, kad didžioji depresija yra susijusi su visuotiniu negatyvumo pasireiškimu emocijose, naudojant stimulus. Emocinio proceso sutrikimas depresijoje nėra apribotas tik tarpasmeniniais stimulais (veidas, balsas), bet taip pat pasireiškia ir muzikos pajautime. Tai reiškia, kad muzikos suvokimas yra pakitęs sergant depresija. Tačiau, tyrimo metu buvo vartojami antidepresantai, kurie galėjo iškraipyti emocinį suvokimą bei vėlgi, dėl mažos tyrimų imties negalima rezultatų generalizuoti.

Galiausiai, randama informacijos, kurioje teigiama, kad depresija sergančiųjų muzikinė išraiška yra pakitusi. Reker et al. (2014) tyrime muzika buvo naudota kaip išraiškos priemonė. Buvo palyginami 21 depresija sergančio žmogaus ritmo, melodijos, aukščio, muzikinių emocijų, muzikinės atminties sugebėjimai ir pojūčiai su atitinkančia kontroline grupe. Jų muzikinės galimybės buvo matuojamos balais. Depresija sergančiųjų muzikinių galimybių balai buvo mažesni nei kontrolinės grupės. Ypač dideli depresija sergančiųjų balų nesutapimai su kontroline grupe pastebėti ties melodijų palyginimu, ritmo suvokimu ir muzikinių emocijų klasifikavimu. Tyrimas buvo tęsiamas taikant muzikos terapijos intervencijas ir pastebėta, kad muzikiniai gebėjimai depresija sergantiems palaiapsniui augo. Tyrimas atskleidžia, kad depresija sergančiųjų muzikiniai sugebėjimai pradžioje buvo sumažėję. Vertinant vėliau, kartu su sumažėjusiais depresijos simptomais, reikšmingai pagerėjo jų muzikiniai sugebėjimai. Tyrimo metu nustatyta, kad depresija turi sisteminį poveikį muzikinei išraiškai ir tai yra svarbu muzikos terapijos taikymui depresijai bei gerinančiai gyvenimo kokybę muzikos funkcijai. Šis tyrimas neatskleidžia statistiškai reikšmingų rezultatų, vertinant depresijos ir muzikinių sugebėjimų vertinimo skales, tačiau išryškėja aiškios sąsajos tarp depresijos sunkumo ir muzikinių sugebėjimo lygio. Be to, tyrimo imtis buvo maža, o tęsiant tyrimą dar sumažėjo.

Muzika gali daryti poveikį ne tik depresijos gydyme, bet gali būti ir kaip indentifikacinis matas, nustatantis ar žmogus serga depresija. Literatūroje aptinkama bandymų kurti muzikines skales, kurios identifikuotų depresijos susirgimą. Saarikallio et al. (2015) teigia, kad iki tol nebuvo sukurtas matavimo instrumentas, kuris identifikuotu paauglių gerą būseną ir/arba depresijos simptomus. Jų tyrimas buvo atliktas tam, kad būtų išvystyta ir patvirtinta skalė, kuri patvirtintų muzikines sąsajas kaip indikatorius, parodantį polinkį į depresiją turintį jaunimą. Tyrėjams pavyko sudaryti skalę, kurią sudaro trylika elementų, suskirstytų į sveikus ir patologinius elementus, kurie atspindi simptomų nebūvimą arba būvimą. Šis instrumentas,

pasak tyrėjų, yra daug žadantis, nes gali aptikti muzikinius ryšius, identifikuojančius jaunimo polinkį į depresiją. Tačiau, skalė orientuota į paauglių socialinio gyvenimo aspektus ir negali būti pritaikomas suaugusiesiems.

Taigi, muzikos terapija yra veiksminga priemonė gydyti depresiją. Muzikos terapijoje depresija gydoma taip pat remiantis skirtingomis psichologinėmis mokyklomis. Egzistuoja daug veiksmingų muzikos terapijos metodų depresijai gydyti, tačiau dar daug kas yra nesuprasta ir neištirta iki šių dienų. Taip pat, literatūroje atskleidžiama, kad depresija paveikia muzikinę išraišką, tačiau pastebimos tik tendencijos, kurios reikalauja gilesnių tyrimų.

3. EMPIRINIS TYRIMAS

1950 – taisais buvo įsteigta pirmoji muzikos terapijos asociacija – Nacionalinė Muzikos Terapijos Asociacija. Pasak Wheeler (2016), nuo to laiko tyrimai tapo neatsiejama ir labai svarbi muzikos terapijos mokslo dalis. Juos galima rasti ne tik specializuotuose muzikos terapijos žurnaluose, bet ir slaugos, reabilitacijos, neurologijos žurnaluose, edukologiniuose, psichologiniuose, psichoterapiniuose ir kitose tarpdiscipliniuose leidiniuose.

Tačiau, kaip buvo pastebėta praeituose skyriuose, dauguma atliktų muzikos terapijos tyrimų reikalauja gilesnių studijų (žr. skyrių 2). Letulė (2014) išvelgia problemą, kad su dauguma tyrimu siekiama tyrinėti muzikos terapijos veiksmingumą, bet mažai dėmesio skiriama į tai, kaip muzikos terapija veikia. Pasak jos, problema yra ne literatūros kiekyje, bet literatūros pobūdyje.

Šis tyrimas yra kiekybinis. Tyrime dalyvavo depresija sergančiųjų (n=20) ir kontrolinės (n=20) grupės. Jie atliko dvi klinikinės muzikinės improvizacijos klavišiniu instrumentu bei HADS ir BDI skales depresiškumui nustatyti. Tyrimas buvo atliktas 2016 metų lapkričio – 2017 metų sausio mėnesiais Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Vilniaus regioninins biomedicininų tyrimų etikos komitetas 2016 metais spalio 11 dieną išdavė leidimą atlikti biomedicininį tyrimą, pavadinimu „Depresijos diagnostikos metodo kūrimas tiriant pacientų muzikavimą klavišiniu instrumentu“ (numeris 158200-16-866-378). Pagrindinis šio tyrimo tyrėjas yra doc. Alvydas Navickas, taip pat tyrimą atliko Suomijos Jyvaskylä universiteto muzikos terapijos doktorantė Nerdinga Letulė.

3.1. Metodologija

3.1.1. Duomenų rinkimas

Tyrimo dalyvavo dvi grupės: depresija sergančiųjų (n=20) ir kontrolinė (n=20). Su kiekvienu dalyviu buvo susitinkama po vieną kartą. Individualus susitikimas trukdavo nuo 20 minučių iki 1 valandos, priklausomai nuo tiriamojo vidinio tempo. Depresija sergančiųjų grupė – Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro pacientai, tuo metu gydėsi šioje įstaigoje, tad susitikimai vykdavo Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro patalpose. Tyrimas buvo atliekamas ramioje aplinkoje, kurioje nebuvo vizualių ar garsinių trukdžių. Visi tyrimo dalyviai pasirašė asmens informavimo formą, kurioje susipažino su tyrimo eiga ir tikslais, taip sutikdami neatlygintinai dalyvauti tyrime. Taip pat, asmens informavimo formoje pranešama, kad bet kuriuo metu galima nutraukti tyrimą, nes dalyvavimas yra savanoriškas bei galima prašyti

ištrinti duomenis ir nedalyvauti tyrime net ir pabaigus tyrimo procesą. Be to, visi surinkti duomenys yra konfidencialūs ir tapatybė neatskleidžiama, o po metų tapatybę atskleidžiantys dokumentai bus sunaikinti. Galiausiai, asmens informavimo formoje yra įvardinama, kad tyrimo intervencijos yra neinvazinės, todėl žala yra nenumatoma, tačiau naudos tiriamasis negauna, tyrimo nauda yra tik mokslinė.

Šio tyrimo duomenų rinkimo instrumentai – nešiojamas kompiuteris sujungtas su midi klaviatūra (klavišinis instrumentas) ir ausinėmis. Tyrimo kompiuterinė programa buvo suprogramuota „Max 7“ programine įranga, kuri yra skirta muzikos ir multimedijos palaikymui. Tyrimo sutruktūrą ir eigą sukūrė bei įrašė tyrimo instrukcijas tiriamiesiems video medžiagoje tyrėja Nerdinga Letulė.

Tyrimą sudarė dvi aktyvios klinikinės muzikinės improvizacijos klavišiniu instrumentu ir du klausimynai. Tyrimo eiga sudaryta nuosekliai logiškai, nes pirmiausiai buvo prašoma muzikuoti, o vėliau atsakyti į klausimų klausimus, kurie identifikuoja arba ne depresijos simptomus. Jie yra tyrimo pabaigoje, o ne priekyje todėl, kad nesukeltų papildomų minčių ir emocinių pasikeitimų prieš patį tyrimą.

Tiriamąjį buvo prašoma atsisėsti patogiai, užsidėti kompiuterines ausines ir žiūrėti į kompiuterio ekraną, kuriame buvo rodomos tyrimo instrukcijos (žr. Priedas nr. 1). Tiriamasis buvo supažindinamas su tyrimo eiga, su tyrimo tikslais, be to, bet kuriuo metu jis galėjo sustabdyti programą ir tyrėjo gyvai klausyti kylančių klausimų.

Visų pirma buvo prašoma įvardinti kompiuteryje savo amžių, lytį bei išsilavinimą. Tada buvo paleidžiamos video instrukcijos. Išklašius jas, tiriamąjį buvo prašoma vieną minutę pagroti – paimprovizuoti klavišiniu instrumentu – midi klaviatūra, kuri buvo priešais jį. Šią minutę tiriamasis galėjo groti visiškai tai ką jis norėjo, galėjo išbandyti instrumentą, nebuvo pateikiami jokie pasiūlymai. Pasibaigus minūtei instrukcijos automatiškai buvo tęsiamos toliau. Tiriamąjį buvo prašoma pagalvoti kaip šiandien jis jaučiasi ir pamėginti pianino garsais išreikšti savo nuotaiką. Kompiuterinėje programoje jam buvo pateikiami pavyzdžiai kaip tai galėtų skambėti ir būti atliekama, tam, kad žmogus neišsigastų, ypač jeigu jis pirmą kartą gyvenime groja klavišiniu instrumentu. Dar syki vieną minutę tiriamasis improvizavo, tik šį sykį iliustravo savo emocinę būseną. Taigi, 1 improvizacija yra laisva, be tematikos, grojama išbandant instrumentą ir nesiekiant jokių tikslų, o 2 improvizacija yra grojama remiantis tos dienos nuotaika. Tuo šiuos improvizacijos skiriasi. Tiriamųjų buvo prašoma atsižvelgti į šias instrukcijas.

Pabaigus groti improvizacijas, automatiškai buvo įjungiamos paeiliui dvi skalės:

- Beck depresijos skalė (BDI) tai yra skalė sukurta 1961 metais mokslininko Beck su kolegomis (1961). Šiame tyrime naudojama skalė, kuri 1996 metais buvo patobulinta. Ši skalė mokslininkų yra sudaryta iš 21 klausimo, bei prieš tai buvo išversta į Lietuvos kalbą (Lapkauskienė, 2004). Visi klausimai turi keturis atsakymų variantus ir įvertinami nuo 0 iki 3 balų, o balų suma gali būti nuo 0 iki 63. Depresijos pasireiškimo stiprumą atspindi surinktų balų suma: 0 – 13 balų – minimali depresija; 14 – 19 balų – lengva depresija; 20 – 28 balai – vidutinio stiprumo depresija; 29 – 63 balai – sunki depresija. Tiriamųjų buvo prašoma pažymėti artimiausią atsakymo variantą jų savijautai per praėjusias dvi savaites. Skalę atlikdavo savarankiškai kompiuteryje. Kiekvienas klausimas pasirodydavo paėiliui kompiuterio ekrane, atsakius į prieš tai esantį. Pilna skalė pateikta prieduose (žr. Priedas nr. 2).

- Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HADS) yra sukurta Zigmond su kolegomis (1983) ir plačiai taikoma psichikos sveikatos gydymo centruose diagnostiniams tikslams pasaulyje ir Lietuvoje, kai 1991 metai buvo išversta į lietuvių kalbą. HADS sudaro 14 klausimų, kur 7 klausimai skirti depresijos simptomų vertinimui o 7 klausimai – nerimo simptomų vertinimui. Visi klausimai turi keturis atsakymų variantus ir įvertinami nuo 0 iki 3 balų, o balų suma gali būti nuo 0 iki 21 atskirose nerimo ir depresijos grupėse. Depresijos ir nerimo pasireiškimo stiprumą atspindi surinktų balų suma poskalėse: 0 – 7 balai – nerimas arba depresija nėra išreikšti; 8 – 10 balų – nerimas arba depresija išreikšti silpnai; 11 – 21 balas – nerimas arba depresija išreikšti stipriai. Tiriamųjų buvo prašoma pažymėti artimiausią atsakymo variantą jų savijautai per praėjusią savaitę. Taip pat, skalę atlikdavo savarankiškai kompiuteryje bei kiekvienas klausimas pasirodydavo paėiliui kompiuterio ekrane atsakius į prieš tai esantį. Pilna skalė taip pat pateikta prieduose (žr. Priedas nr. 3).

HADS ir BDI skalės buvo naudojamos tam, kad įsitikint ar tiriamieji turi ar neturi depresiškumo požymių, kaip stipriai jie yra pasireiškę. Baigus pildyti skales tyrimas buvo baigiamas. Tiriamasis nusiimdavo ausines, jo buvo klausama kaip jaučiasi, buvo siekiama jį nuraminti ir įsitikinti ar yra stabilios emocinės būklės. Depresija sergantieji kartais jausdavosi sujudinti po tyrimo. Susitikimas buvo užbaigiamas padėkojimu.

3.1.2. Tyrimo imtis

Tyrimo imtis – 40 žmonių. Į tyrimo imtį buvo įtraukti tik tie, neturi profesionalaus muzikinio išsilavinimo. Muzikinis išsilavinimas galėtų paveikti klinikinės muzikines improvizacijas, jos taptų ne spontaniškos, būtų grojama tai kas žinoma ar mokama, o tai galbūt neatspindėtų tuometinės emocijos. Be to, buvo surenkami duomenys ir apie tiriamųjų išsilavinimą.

Depresija sergančių grupės (n=20) imtis buvo sudaroma bendradarbiaujant su Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro gydytojais, kurie pasiūlydavo pacientams dalyvauti tyrime. Pacientams sutikus būdavo tariamasi su jais dėl susitikimo laiko. Ligoninėje besigydančių depresija sergančių skaičius yra neprognozuojamas, visada kintantis, todėl ir tiriamosios grupės imtis buvo neprognozuojama. Be to, vienas tiriamosios grupės tiriamais nepabaigė tyrimo, todėl jo negalima buvo įtraukti į imtį, taip pat, vienam tiriamajam tyrimo metu nebuvo nustatyti depresijos simptomai su BDI ir HADS skalėmis, todėl ir jis nebuvo įtrauktas į tiriamosios grupės imtį.

Šis tyrimas yra apžvalginis, nes mokslinių tyrimų šioje srityje yra labai mažai. Tyrimo imtis yra pakankama tendencijoms pastebėti, tačiau dėl išteklių ir tyrimo inovatyvumo nebuvo įmanoma surinkti didesnės imties.

3.1.3. Duomenų analizė

Analizuojant aprašyta tyrimo dalyvių bendroji charakteristika. Analizuota BDI ir HADS klausimynų informacija. Tyrimo dalyvių dvi (laisva ir tos dienos nuotaikos) klinikinės muzikinės improvizacijos analizuotos ir vertintos dviem būdais: atlikta MIDI įrašų analizė bei vertinta Bruscia (1987) improvizacijų vertinimo profiliais (IAP).

- Klausimynų vidiniam patikimumui patikrinti naudotas Cronbach'o alfa koeficientas;
- Naudota aprašomoji statistika, siekiant išanalizuoti ir susisteminti MIDI ir IAP statistinius rezultatus;
- Lygintos depresija sergančių ir kontrolinės grupių improvizacijos, naudojant MIDI ir IAP rezultatų vidutinių dydžių analizes;
- Atlikta koreliacija tarp gautų rezultatų. Naudojamas Pearsman koreliacijos koeficientas – kintamųjų statistiniam ryšiui nustatyti ir įvertinti jo stiprumą, jeigu normalumo sąlyga tenkinama ir Spearman – jeigu normalumo sąlyga netenkinama. Koreliacinio ryšio stiprumo vertinimo kriterijai pateikiami lentelėje nr. 1.

Pasirinktas statistinis reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Skirtumas buvo laikomas statistiškai reikšmingu, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Grafiniam duomenų vaizdavimui naudota „Microsoft Excel 2016“ programa.

(SPSS, statistika lengvai ir paprastai, 2013)

Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė										
Labai stipri	Stipri	Vidutinė	Silpna	Labai silpna	Nėra ryšio	Labai silpna	Silpna	Vidutinė	Stipri	Labai stipri
-1	nuo -1 iki -0,7	nuo -0,7 iki -0,5	nuo -0,5 iki -0,2	nuo -0,2 iki 0	0	nuo 0 iki 0,2	nuo 0,2 iki 0,5	nuo 0,5 iki 0,7	nuo 0,7 iki 1	+1

3.1.3.1. MIDI įrašų analizė

MIDI formatas – tai yra muzikos instrumentų garsų skaitmeninis perdavimas, kuris sukuriama elektroniniuose muzikos instrumentuose (Mediapro, 2017). Į kompiuterį buvo įrašoma būtent MIDI formato improvizacijos. MIDI formato improvizacijos muzikinius parametrus galima paversti skaitine raiška, kuri tiksliai įvardina kiekvieną parametą skaičiais. Be to, improvizacijas galima klausyti kompiuteryje per specialius muzikos leistus, pritaikant pianino tembrą, taip atkuriamas skambesys, kurį girdėjo begrodami tyrime dalyvavusieji.

MIDI muzikiniai parametrai yra garso savybės, kurios išreiškiamos skaičiais, todėl analizuojami duomenys yra skaitmeniniai. Natų aukštis matuojamas nuo 0 iki 127, kai pavyzdžiui nata C4 (ketvirtos oktavos do) yra 60, o plus minus 1 reiškia pustonį aukščiau arba mažiau (Mit Open Course Ware, 2010). Klavišų paspaudimo greitis, kuris reiškia, kad kuo smarkiau paspaudžiamas klavišas, tuo garsiau skambės nata, taip pat išreiškiamas nuo 1 iki 127 (Leatch, 2013). Natų trukmė išreiškiama sekundės dalimis.

Šiame tyrime analizuoti improvizacijų parametrai:

- natų skaičius – kiek iš viso natų buvo sugrota vienoje improvizacijoje;
- klavišų paspaudimų greitis;
- natų ilgiai – trukmė kiek natos buvo spaudžiamos;
- natų aukščiai.

Ieškoti panašumai bei skirtumai tarp grupių. MIDI formatu įrašytos improvizacijos konvertuotos į skaičius, kurie tiksliai parodo improvizacijų ypatumus. Daroma tyriamųjų muzikinių klinikinių improvizacijų muzikinių parametrų statistinė analizė.

Tyrimo duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojant „IBM SSPS Statistics 24“ statistinį paketą bei naudojant „Microsoft Excel 2016“ programą. Buvo skaičiuojami kiekvienos improvizacijos visų parametrų vidutiniai dydžiai. Duomenų normalumo sąlygai patikrinti taikytas Shapyro – Wilk testas. Dviejų imčių muzikinių parametrų vidutiniams dydžiams palyginti, kurie atitinka normalumo sąlygą, buvo taikomas Stjudento (t) testas.

Normalumo sąlygos neatitinkantiems rodikliams buvo taikomas Mann - Whitney dviejų nepriklausomų imčių (U) testas, bei Wilcoxon dviejų priklausomų (W) testas. Esant normaliam pasiskirstymui pateiktas duomenų vidurkis bei standartinis nuokrypis, nesant – pateikiama mediana bei minimali ir maksimali reikšmės.

3.1.3.2. Improvizacijos vertinimo profiliai

Antras vertinimo būdas yra muzikos terapeuto Kenneth Bruscia 1982 metais sukurti improvizacijų vertinimo profiliai (IAP). Juos sudaro šeši vertinami profiliai: integracija, įvairovė, įtampa, vientisumas, svarba, autonomija. Be to, kiekvienas profilis yra įvertintas pasireiškimo lygiu nuo vieno iki penkių, kur kraštinės reikšmės yra patologija. Taip pat yra naudojamos skalės: ritminė, tonacijos, tekstūros, frazavimo, dinaminė, tembro, fizinė, programinė, o kai kurios smulkinamos į dar smulkesnes ir tikslesnes vertinimo skales. Pasirinktos skalės yra vertinamos pasirinktais profiliais ir jų pasireiškimo lygiu (Bruscia, 1987). Pilnas vertinimo metodas pateikiamas prieduose (žr. Priedas nr. 4).

Šis vertinimo būdas buvo sukurtas daugelį metų stebint ir analizuojant kliniškes improvizacijas (Bruscia, 1987). Šiais profiliais galima vertinti vienos improvizacijos – to momento situaciją arba galima vertinti terapiniame procese kelias to paties žmogaus improvizacijas ir stebėti kitimą. Su IAP galima vertinti ir individualias improvizacijas ir diadų improvizacijas. Šie profiliai yra pritaikyti vertinti būtent kliniškes muzikines improvizacijas psichiatrijoje. Be to, IAP vertinimo profiliai yra taikomi muzikos terapijos mokslinių tyrimų analizėse (Gardstrom, 2004; Wigram, 1999).

Šiame tyrime vertintos kliniškes muzikines improvizacijas trimis profiliais ir dviejomis skalėmis. Originaliame vertinime išklausius improvizaciją yra parenkamas vienas iš penkių labiausiai atitinkantis improvizaciją pasireiškimo lygis (žr. Priedas nr. 5). Šiame tyrime reikšmėms žymėti pritaikyta ir naudojama 10 cm. vizualinio analogo skalė (VAS) (žr. Priedas nr. 6), kuri yra plačiai naudojama subjektyviems vertinimams medicinoje, pavyzdžiui juntamo skausmo lygiui nustatyti (Bourdel, 2014). Ji yra pasirinkta tam, kad nebūtų prisirišama prie pateikiamų reikšmių ir įvertinimas būtų kuo objektyvesnis. Įvertinta ir pažymima vizuali reikšmė tokia, kokia tuo metu atrodo. Kaip ir originalioje skalėje, šioje taip pat taikoma, kad vidurinė reikšmė yra normalumas, o kraštinės reikšmės yra patologija.

Bruscia (1987) įvairovės profilį (žr. Lentelė nr. 2) apibūdina kaip kliento gebėjimo organizuoti nuoseklius improvizacijos aspektus atskleidimą. Kreipiamas dėmesys į muzikinių elementų kintamumą laike. Įvairovės profilyje yra pasirinktos dvi skalės: ritminė figūrų ir dinaminė. Ritminė figūrų skalė šiuo atveju nagrinėja ritminių idėjų ar temų pasikartojimų,

kintamumą, plėtojimą, pakeitimą ar kontrastavimą laipsniškai improvizacijose. Dinaminė skalė nagrinėja garso diapazono, lygio, pokyčių staigumo ir dažnumo pokyčius, kurie įvyksta improvizacijose. Abi skalės yra vertinamos VAS nuo 0cm iki 10cm, pažymint pasireiškimo lygį:

- 0cm – 1.9cm (originalioje skalėje – 1) – fiksuotas – pokyčiai beveik nevyksta, jie yra vengiami. Kartojamas tas pats muzikinis elementas arba keičiamas labai retai.

- 2cm – 3.9cm (originalioje skalėje – 2) – stabilus – naujos idėjos retai įvedamos, pokyčiams yra nustatomos ribos. Galima įvykių nuspėjamumas ir greičiausiai muzika liks nepakitusi, tokia pati.

- 4cm – 5.9cm (originalioje skalėje – 3) – kintamas – tai yra balanso tarp stabilumo ir pokyčio muzikoje profilis. Jaučiamas stabilus fokusavimasis į muzikinį lankstumą, prisitaikymą, selektyvumą. Naujos idėjos yra pristatomos ir vystomos.

- 6cm – 7.9cm (originalioje skalėje – 4) – kontrastingas – pastebimi dažni, dramatiški pokyčiai, tačiau tarp pokyčių yra vis dar pastebimas ryšys. Naujos idėjos yra dažniau pastebimos nei senų kartojimas.

- 8cm – 10cm (originalioje skalėje – 5) – atsitiktinis – neribojamas kintamumas, nestabilumas, ryšio tarp elementų nebūvimas (Bruscia, 1987).

Pasak Bruscia (1987) svarbos profilis (žr. Lentelė nr. 2) atskleidžia ryškiausius ir aktyviausius muzikinius elementus iš visų esamų, bei atskleidžia elementų sąveiką tarpusavyje. Svarbos profilyje yra pasirinktos tos pačios dvi skalės: ritminė figūrų ir dinaminė, bet šiuo atveju jos įgauna vėl kitą prasmę. Ritminė figūrų skalė šiuo atveju nagrinėja santykinį reikšmingumą tarp ritminių modelių ir temų, bei kiek tai valdo kitus elementus. Dinaminė skalė šiuo atveju nagrinėja santykinį dinamikos reikšmingumą bei kiek tai valdo kitus elementus. Abi skalės taip pat yra vertinamos VAS nuo 0cm iki 10cm, pažymint pasireiškimo lygį:

- 0cm – 1.9cm (originalioje skalėje – 1) – pavaldus – muzikiniai elementai priklauso nuo kitų muzikinių elementų. Labai mažas elemento pasireiškimas, viskas yra užgožta.

- 2cm – 3.9cm (originalioje skalėje – 2) – nusileidžiantis – muzikiniai elementai dažniausiai priklauso nuo kitų, nepastebimas individualus didelis kintamumas. Taip pat, juntamas nuoseklumas vyraujančiai improvizacijos nuotaikai.

- 4cm – 5.9cm (originalioje skalėje – 3) – dalyvaujantis – juntamas vienodai dažnas palaikymas ir įtaka tarp muzikinių elementų.

- 6cm – 7.9cm (originalioje skalėje – 4) – kontroliuojantis – muzikinis elementas dominuoja ir kontroliuoja kitus, diktuoja pokyčius, improvizacijos nuotaiką.

- 8cm – 10cm (originalioje skalėje – 5) – dominuojantis – muzikinis elementas yra toks ryškus, kad užgožia kitus. Šis elementas trukdo natūraliai improvizacijos tėkmei bei kuria įtampą.

Galiausiai, įtampos profili (žr. Lentelė nr. 2) Bruscia (1987) įvardina kaip įtampos masto ir tėkmės matavimą, kurios pasireiškia muzikiniuose elementuose. Įtampos profilyje yra pasirinktos tos pačios dvi skalės: ritminė figūrų ir dinaminė, bet šiuo atveju jos įgauna kitą prasmę. Ritminė figūrų skalė nagrinėja sukauptos ir išleistos įtampos dydį, naudojant ritminius modelius. Dinaminė skalė nagrinėja sukauptos ir išleistos įtampos dydį, naudojant intensyvumą ir garso lygį. Abi skalės taip pat yra vertinamos VAS nuo 0cm iki 10cm, pažymint pasireiškimo lygį:

- 0cm – 1.9cm (originalioje skalėje – 1) – įtampos trūkumas – muzikiniai elementai yra atliekami be pakankamos energijos, kuri reikalinga įtampos kūrimui.

- 2cm – 3.9cm (originalioje skalėje – 2) – ramus – energijos tėkmė yra lėta, vengiama įtampos. Įžvelgiamas paprastumas, nuspėjamumas, struktūravimas.

- 4cm – 5.9cm (originalioje skalėje – 3) – cikliškas – juntamas tiek žemas tiek aukštas įtampos lygis, juntamas balansas tarp jų.

- 6cm – 7.9cm (originalioje skalėje – 4) – įtemptas – atliekami elementai yra su didele įtampa ir jiems reikia daug energijos. Dažnai pastebimos kulminacijos bei pastebimas struktūros nebūvimas ir komplikuotumas.

- 8cm – 10cm (originalioje skalėje – 5) – įtampos perteklius – elementai yra atliekami su nemažėjančiu įtampos lygiu. Energijos tekėjimas yra nevientisas, o elementų atlikimas yra per daug stimuliuojamas (Bruscia, 1987).

Lentelė nr. 2

Improvizacijos vertinimo profiliai adaptuoti vizualinio analogo skalei, IAP (Bruscia, 1987)

Įvairovės profilis					
Ritminių figūrų skalė	0 – 1,9 cm	2 – 3,9 cm	4 – 5,9 cm	6 – 7,9 cm	8 – 10 cm
Dinaminė skalė	Fiksuotas	Stabilus	Kintamas	Kontrastingas	Atsitiktinis
Svarbos profilis					
Ritminių figūrų skalė	0 – 1,9 cm	2 – 3,9 cm	4 – 5,9 cm	6 – 7,9 cm	8 – 10 cm
Dinaminė skalė	Pavaldus	Nusileidžiantis	Dalyvaujantis	Kontroliuojantis	Dominuojantis
Įtampos profilis					
Ritminių figūrų skalė	0 – 1,9 cm	2 – 3,9 cm	4 – 5,9 cm	6 – 7,9 cm	8 – 10 cm
Dinaminė skalė	Įtampos trūkumas	Ramus	Ciklinis	Įtemptas	Įtampos perteklius

Tyrimo duomenys analizuoti klausant kiekvieną improvizaciją po šešis kartus, nes analizuojama šešiais skirtingais pjūviais. Klausantis, improvizacijų pavadinimai buvo užkoduoti, todėl atmetamas galimas išankstinis nusistatytas vertinant improvizaciją. Improvizacijos įvertinimas pažymimas VAS, vėliau įvertis išmatuotas liniuote ir taip priskirta vertė centimetrais.

Tyrimo duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojant „IBM SPSS Statistics 24“ statistinį paketą bei naudojant „Microsoft Excel 2016“ programą. Duomenų normalumo sąlygai patikrinti taikytas Shapuro – Wilk testas. Visi skirstiniai buvo normalūs, todėl buvo taikomas Stjudento (*t*) testas *p* reikšmei nustatyti. Pateikiamas duomenų vidurkis bei standartinis nuokrypis.

Taigi, MIDI analizė ir IAP yra skirtingi vertinimo metodai, kurie improvizacijas apžvelgia iš skirtingų rakursų. MIDI analizė orientuota į tikslių muzikinių parametrų – įverčių tikrinimą. Tai atspindi technines improvizacijų ypatybes, tačiau neatskleidžia improvizacijų emocinės pusės. IAP vertinimas yra orientuotas būtent į žmogaus psichinių procesų išraišką muzikoje, į tai ką neįmanoma pamatuoti skaičiais, tačiau vertinimas gali turėti ir subjektyvumo. Abu vertinimo metodai papildo vienas kitą suteikdami įvairiapusę informaciją apie improvizacijas.

3.2. Empirinio tyrimo rezultatai

3.2.1. Bendra tiriamųjų charakteristika

Depresija sergančių grupėje į tyrimo imtį pateko tiek vyrai ($n=4$), tiek moterys ($n=16$) (žr. Lentelė nr. 3). Kontrolinę grupę sudaro tiek pat moterų ir vyrų kiek ir depresija sergančiųjų grupėje, kurie neturi depresijos klinikinės diagnozės. Šios grupės yra identiškos skaičiaus ir lyties atžvilgiais. Tyrime dalyvavo 80% moterų ir 20% vyrų.

Depresija sergančių grupės amžiaus vidurkis yra 41.8 (17.65) metai, o kontrolinės grupės amžiaus vidurkis yra 42.15 (16.58) metų (žr. Lentelė nr. 3). Depresija sergančių grupės minimalus amžius yra 19 metų, o maksimalus 71–eri metai. Vyrų amžius: nuo 20 – ies iki 60 – ties metų; moterų amžius: nuo 19 – os iki 71 – ių metų. Kontrolinė grupė sudaryta iš atitinkančių depresiją sergančių grupę amžiumi daugiau arba mažiau trimis metais. Taigi grupės yra homogeniškos lyties ir amžiaus kriterijais, todėl jas galima lyginti.

Tyrimo rezultatai parodė (žr. Lentelė nr. 3), kad daugiausia (po 40%) depresija sergančiųjų grupėje turi vidurinį ir aukštesnįjį išsilavinimus. 15% depresija sergančių grupės sudaro turintieji magistro išsilavinimą bei 5% turi bakalauro išsilavinimą. Kontrolinėje grupėje

daugiausiai yra bakalauro išsilavinimą turintieji (40%). Šiek tiek mažiau, 25% turi vidurinį išsilavinimą turintieji bei 20% turi aukštesnį išsilavinimą. Magistro išsilavinimą kontrolinėje grupėje turi tiek pat kiek ir depresija sergančiųjų grupėje - 15%.

Lentelė nr. 3

Bendroji tiriamųjų charakteristika

		Depresija sergančių grupė	Kontrolinė grupė
Lytis (proc.)	Moterys (n=16)	80%	80%
	Vyrai (n=4)	20%	20%
Amžius , vidurkis (standartinis nuokrypis) (n=20)		41.8 (17.65)	42.15 (16.58)
Išsilavinimas , vnt. (proc.) (n=20)	Pradinis	0 (0%)	0 (0%)
	Vidurinis	8 (40%)	5 (25%)
	Aukštesnysis	8 (40%)	4 (20%)
	Bakalauras	1 (5%)	8 (40%)
	Magistras	3 (15%)	3 (15%)
	Doktorantūra	0 (0%)	0 (0%)

Lentelėse nr. 4 ir nr. 5 pateikti BDI ir HADS klausimynų duomenys yra sugrupuoti poromis atitinkamai pagal amžių ir lytį. Išanalizavus BDI (žr. Lentelė nr. 4) klausimyną pastebėta, kad tik trims iš 20 depresija sergančiųjų grupės buvo nustatyta minimali depresija, vienam lengva depresija, penkiems vidutinio stiprumo depresija, o visiems likusiems – vienuolikai – sunki depresija. Bendras depresija sergančiųjų grupės balų vidurkis - 29.3 (10.79). Kontrolinėje grupėje, remiantis BDI skalės rezultatais, neaptikta net lengvos depresijos atvejų, o balų vidurkis - 7.05 (3.46). Grupės tarpusavyje statistiškai reikšmingai skiriasi ($t=8.786$, $p=0.000$).

Be to, tyrimo metu buvo apskaičiuotas vidinio nuoseklumo Cronbach's alpha koeficientas bendram BDI klausimynui ir jis siekė 0.948 ir tai reiškia, kad klausimai tarpusavyje labai stipriai suderinti.

Lentelė nr. 4

BDI atsakymų rezultatai

		Depresija sergantys (n =20)	Kontrolinė grupė (n =20)	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI	0 – 13 balų	3	20	-	-
	14 – 19 balų	1	0		
	20 – 28 balai	5	0		
	29 – 63 balai	12	0		
	Vidurkis (standartinis nuokrypis)	29.3 (10.79)	7.05 (3.46)	8.786	0.000

t – Stjudento testo reikšmė

Analizuojant HADS skalę buvo pastebėta, kad nerimas yra labiau išreikštas depresija sergančių grupėje nei kontrolinėje. Dviems iš 20 – ties depresija sergančiųjų grupėje nerimas nepasireiškė, šešioms išreikštas silpnas nerimas bei vienuolikai išreikštas stiprus nerimas. Bendras depresija sergančių grupės balų vidurkis - 10.75 (2.98). Kontrolinėje grupėje dešimčiai iš dvidešimt pasireiškia silpnas nerimas, o likusiems nerimas neaptiktas, o bendras balų skaičiaus vidurkis - 7.50 (1.35). Grupės tarpusavyje statistiškai reikšmingai skiriasi ($t=4.428$, $p=0.000$). Tačiau depresijos pogrupyje kontrolinėje grupėje depresija yra labiau išreikšta (vidurkis 11.55 (2.21)) nei depresija sergančiųjų grupėje (vidurkis 8.65 (3.15)) ir grupės statistiškai reikšmingai skiriasi ($t=-3.369$, $p=0.002$).

Be to, tyrimo metu buvo apskaičiuotas vidinio nuoseklumo Cronbach' s alpha koeficientas bendram HADS klausimynui: nerimo klausimų daliai jis siekė 0.665, o depresijos klausimų daliai siekė 0.809. Tai reiškia, kad klausimai yra stipriai suderinti tarpusavyje.

Lentelė nr. 5

HADS atsakymų rezultatai						
			Depresija sergantys (n =20)	Kontrolinė grupė (n =20)	<i>t</i>	<i>p</i>
HADS	Nerimas	0 – 7 balai	2	10		
		8 – 10 balų	7	10		
		11 – 21 balas	11	0		
		Vidurkis (standartinis nuokrypis)	10.75 (2.98)	7.50 (1.35)	4.428	0.000
	Depresija	0 – 7 balai	7	1		
		8 – 10 balų	7	3		
		11 – 21 balas	6	16		
		Vidurkis (standartinis nuokrypis)	8.65 (3.15)	11.55 (2.21)	-3.369	0.002

t – Stjudento testo reikšmė

3.2.2. MIDI įrašų statistinė analizė

Tyrimo metu buvo siekta surasti kaip ir kiek skiriasi depresija sergančių ir kontrolinės grupės atliktų improvizacijų muzikiniai parametrai. Paaiškėjo, kad natų greičio ir natų aukščio parametrų skirstiniai yra normalūs, todėl šie parametrai analizuoti nepriklausomų imčių Stjudento (*t*) testu, kai analizuojamas skirtumas tarp grupių ir priklausomų imčių Stjudento (*t*), kai analizuojamas tos pačios grupės skirtumas tarp pirmos ir antros improvizacijų. Natų skaičiaus ir natų trukmės parametrų skirstiniai yra nenormalūs, todėl jie analizuojami Mann – Whitney dviejų nepriklausomų imčių (*U*) testu, kai analizuojamas skirtumas tarp grupių ir

Wilcoxon dviejų priklausomų imčių (W) testu, kai analizuojamas tos pačios grupės skirtumas tarp pirmos ir antros improvizacijų.

Visų pirma buvo analizuotos vienos grupės pirmos ir antros improvizacijų skirtumai (žr. lentelę nr. 6), tam, kad įsitikinti ar pirma ir antra improvizacijos tarpusavyje skiriasi ir kaip skiriasi. Rasta, kad depresija sergančiųjų grupėje antrosios improvizacijos natų greitis buvo didesnis (vidurkis 61.21 (16.6)) nei pirmosios improvizacijos (vidurkis 56.72 (18.6)). Taip pat ir kontrolinėje grupėje, antrosios improvizacijos natų greitis buvo didesnis (vidurkis 63.99 (16.8)) nei pirmos improvizacijos (vidurkis 60.55 (12)). Tačiau, nei depresija sergančiųjų grupėje ($t=-1.294$, $p=0.211$), nei kontrolinėje grupėje ($t=-1.307$, $p=0.207$) statistiškai reikšmingas skirtumas nerastas.

Rezultatai parodė, kad analizuojant natų aukščio parametą depresija sergančiųjų grupėje, antroji improvizacija yra žemesnė (vidurkis 59.45 (8.51)) nei pirmoji improvizacija (vidurkis 61.54 (4.5)), bet statistiškai reikšmingas skirtumas nerandamas ($t=0.988$, $p=0.336$). Tačiau, kontrolinėje grupėje antroji improvizacija yra statistiškai reikšmingai ($t=-2.388$, $p=0.03$) aukštesnė (vidurkis 63.67 (3.14)) nei pirmoji (61.03 (4.2)).

Lentelė nr. 6

Tose pačiose grupėje improvizacijų natų greičio ir natų aukščio parametrų skirtumai

		1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	Vidurkių skirtumas	t	p
Natų greitis (0-127)	Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	56.72 (18.6)	60.21 (16.6)	3.51	-1.294	0.211
	Kontrolinė grupė (n=20)	60.55 (12)	63.99 (16.8)	3.44	-1.307	0.207
Natų aukštis (0-127)	Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	61.54 (5.4)	59.45 (8.51)	2.09	0.988	0.336
	Kontrolinė grupė (n=20)	61.03 (4.2)	63.67 (3.14)	2.64	-2.388	0.030

t – Stjudento testo reikšmė

Rasta, kad depresija sergančiųjų grupėje (žr. Lentelė nr.7) pirmosios improvizacijos natų skaičius buvo didesnis (mediana 125.5 (60;523)) nei antrosios improvizacijos (mediana 124.5 (33;454)). Kontrolinėje grupėje antrosios improvizacijos natų skaičius buvo didesnis (mediana 134 (56;393)) nei pirmos improvizacijos (mediana 130 (131;1248)). Tačiau, nei depresija

sergančiųjų grupėje ($W=95$, $p=0.711$), nei kontrolinėje grupėje ($W=54.5$, $p=0.103$) statistiškai reikšmingas skirtumas nerastas.

Panašūs rezultatai rasti ir natų trukmės parametruose. Rasta, kad depresija sergančiųjų grupėje antrosios improvizacijos natų trukmė buvo ilgesnė (mediana 417.7 (112.7;2272)) nei pirmosios improvizacijos (mediana 380 (131;1248)). Taip pat ir kontrolinėje grupėje, antrosios improvizacijos natų trukmė buvo ilgesnė (mediana 466 (100;1901)) nei pirmos improvizacijos (mediana 436.4 (152.3;1635)). Tačiau, taip pat nei depresija sergančiųjų grupėje ($W=78$, $p=0.313$), nei kontrolinėje grupėje ($W=105$, $p=1$) statistiškai reikšmingas skirtumas nerastas.

Lentelė nr. 7

Tose pačiose grupėje improvizacijų natų skaičiaus ir natų trukmės parametrų skirtumai

		1 improvizacija; mediana (minimumas; maksimumas)	2 improvizacija; mediana (minimumas; maksimumas)	Medianų skirtumas	W	p
Natų skaičius (vnt.)	Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	125.5 (60;523)	124.5 (33;454)	1	95	0.711
	Kontrolinė grupė (n=20)	130 (44;376)	134 (56;393)	4	54.5	0.103
Natų trukmė (milisek.)	Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	380 (131;1248)	417.7 (112.7;2272)	37.7	78	0.313
	Kontrolinė grupė (n=20)	436.4 (152.3;1635)	466 (100;1901)	29.6	105	1

W - Wilcoxon dviejų priklausomų imčių koeficientas

Vėliau buviau analizuojami improvizacijų skirtumai tarp grupių. Analizuojant natų greičio parametą (žr. Lentelė nr. 8), nustatyta, kad pirmoje improvizacijoje depresija sergančiųjų grupėje vidurkis - 56.72 (18.6), o kontrolinėje grupėje 60.55 (12). Statistinis reikšmingumas nerastas, $t=-0.772$, $p=0.463$. Antroje improvizacijoje taipogi statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerandamas, $t=-0.714$, $p=0.480$, tačiau pastebima tendencija, kad tiek pirmoje, tiek antroje improvizacijoje natų greitis didesnis kontrolinėje grupėje.

Analizuojant natų aukščio parametą rasta, kad pirmos improvizacijos depresija sergančiųjų grupėje vidurkis, 61.54 (5.4), buvo didesnis už kontrolinės grupės, 61.03 (3.14) ir statistinis reikšmingumas nerandamas, $t=0.332$, $p=0.742$. Tačiau, antroje improvizacijoje rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių: depresija sergančiųjų grupės natų aukščio vidurkis yra 59.45 (8.51), kontrolinės grupės 63.67 (3.14), $t=-2.007$, $p=0.045$.

Natų greičio ir natų aukščio parametrai

		Depresija sergančių grupė (n=20)	Kontrolinė grupė (n=20)	Vidurkių skirtumas	<i>t</i>	<i>p</i>
Natų greitis (0-127)	1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	56.72 (18.6)	60.55 (12)	3.83	-0.772	0.463
	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	60.21 (16.6)	63.99 (16.8)	3.78	-0.714	0.480
Natų aukštis (0-127)	1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	61.54 (5.4)	61.03 (4.2)	0.51	0.332	0.742
	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	59.45 (8.51)	63.67 (3.14)	4.22	-2.007	0.045

t – Stjudento testo reikšmė

Analizuojant rasta (žr. lentelę nr. 9), kad pirmoje improvizacijoje natų skaičius kontrolinėje grupėje (mediana 130 (44;376)) buvo didesnis nei depresija sergančių grupėje (mediana 125.5 (60;523)), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerastas, $U=198$, $p=0.562$. Panašūs duomenys rasti ir antroje improvizacijoje, natų skaičiaus parametre: kontrolinės grupės improvizacijoje natų sugrota buvo daugiau (mediana 134 (44;376)) nei depresija sergančiųjų grupėje (mediana 124.5 (33;454)), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nerandamas, $U=175.5$, $p=0.516$.

Galiausiai, analizuojant pirmos improvizacijos natų trukmės parametą, buvo rasta, kad kontrolinėje grupėje jos yra ilgesnės (mediana 436.4 (152.3;1635)) nei depresija sergančiųjų (mediana 380 (131;1248)) grupėje, bet vėl statistiškai reikšmingas skirtumas nerandamas, $U=178$, $p=0.562$. Panašu ir antroje improvizacijoje, kontrolinės grupės natos yra ilgesnės (mediana 466 (100;1901)) nei depresija sergančiųjų grupėje (mediana 417.7 (112.7;2272)), tačiau, statistiškai reikšmingas skirtumas nerandamas, $U=198$, $p=0.968$.

Natų skaičiaus ir natų trukmės parametrai

		Depresija sergančių grupė (n=20)	Kontrolinė grupė (n=20)	Medianų skirtumas	<i>U</i>	<i>p</i>
Natų skaičius (vnt.)	1 improvizacija ; mediana (minimumas;maksimumas)	125.5 (60;523)	130 (44;376)	4.5	178	0.562
	2 improvizacija ; mediana (minimumas;maksimumas)	124.5 (33;454)	134 (56;393)	9.5	175.5	0.516
Natų trukmė (mili-sek.)	1 improvizacija ; mediana (minimumas;maksimumas)	380 (131;1248)	436.4 (152.3;1635)	56.4	178	0.562
	2 improvizacija ; mediana (minimumas;maksimumas)	417.7 (112.7;2272)	466 (100;1901)	48.3	198	0.968

U - Mann - Whitney dviejų nepriklausomų imčių koeficientas

3.2.3. IAP (Bruscia) vertinimo analizė

Šios tyrimo dalies metu buvo siekta surasti kaip ir kiek skiriasi depresija sergančių ir kontrolinės grupės atliktų improvizacijų įvairovė, svarba ir įtaka ritmikos bei dinamikos aspektais. Atlikus Shapiro – Wilk testą paaiškėjo, kad visi skirstiniai yra normalūs, todėl šie parametrai analizuoti vidurkais ir standartiniais nuokrypiais bei nepriklausomų imčių Stjudento (t) testu, kai analizuojamas skirtumas tarp grupių ir priklausomų imčių Stjudento (t) testu, kai analizuojamas tos pačios grupės skirtumas tarp pirmos ir antros improvizacijų

Pirmiausia buvo atliktas palyginimas tarp tos grupės pirmos ir antros improvizacijų tam, kad įsitikinti ar improvizacijos tarpusavyje buvo skirtingos. Išanalizavus improvizacijas įvairovės profiliu (žr. Lentelė nr. 10) paaiškėjo, kad tiek ritminių figūrų skale, tiek dinamikos skale pirma ir antra improvizacijos statistiškai reikšmingai nesiskiria viena nuo kitos, tačiau nėra tapačios: vertinant ritminių figūrų skale depresija sergančių grupę, antra improvizacija buvo įvertinta žemiau (5.48 (3.12)) nei pirma (5.86 (2.57)) improvizacija. Vertinant ritminių figūrų skale kontrolinę grupę, antra improvizacija buvo taip pat įvertinta žemiau (5.45 (2.52)) nei pirma (6.24 (2.11)) improvizacija. Tačiau, vertinant dinamine skale depresija sergančių grupę, pirma improvizacija buvo įvertinta žemiau (4.29 (1.97)) nei antra (5.01 (2.83)) improvizacija. Vertinant dinamine skale kontrolinę grupę, antra improvizacija buvo vėl įvertinta žemiau (4.05 (2.30)) nei pirma (4.54 (1.79)) improvizacija.

Įtampos profilis (IAP, Bruscia)

			1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	Vidur- kių skirtu- mas	<i>t</i>	<i>p</i>
Įvairo- vės profi- lis	Ritmi- nių figūrų skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	5.86 (2.57)	5.48 (3.12)	0.38	0.68	0.505
		Kontrolinė grupė (n=20)	6.24 (2.11)	5.45 (2.52)	0.75	1.1	0.285
	Dina- minė skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	4.29 (1.97)	5.01 (2.83)	0.72	-0.962	0.348
		Kontrolinė grupė (n=20)	4.54 (1.79)	4.05 (2.30)	0.49	0.807	0.429

t – Stjudento testo reikšmė

Palyginus pirmą ir antrą improvizaciją buvo rasta (žr. Lentelė nr. 11), kad svarbos profilyje vertinant depresija sergančių grupę statistiškai reikšmingai skyrėsi jų pirma (3.95 (2.64)) ir antra (5.92 (2.86)) improvizacijos, $t=-2.493$, $p=0.022$. Kituose parametruose statistiškai reikšmingi skirtumai nerasti, tačiau matoma, kad improvizacijos skiriasi tarpusavyje: vertinant ritminių figūrų skale kontrolinę grupę, pirma improvizacija buvo įvertinta aukščiau (5.68 (2.30)) nei antra (5.30 (2.89)) improvizacija. Vertinant dinamine skale depresija sergančių grupę, pirma improvizacija buvo įvertinta žemiau (4.76 (2.28)) nei antra (5.30 (2.68)) improvizacija. Vertinant dinamine skale kontrolinę grupę, antra improvizacija buvo įvertinta žemiau (4.43 (1.99)) nei pirma (4.85 (2.88)) improvizacija.

Įtampos profilis (IAP, Bruscia)

			1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	Vidur- kių skirtu- mas	<i>t</i>	<i>p</i>
Svar- bos profi- lis	Ritmi- nių figūrų skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	3.95 (2.64)	5.92 (2.86)	1.97	-2.493	0.022
		Kontrolinė grupė (n=20)	5.68 (2.30)	5.30 (2.89)	0.38	0.707	0.488
	Dina- minė skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	4.76 (2.28)	5.30 (2.68)	0.54	-0.98	0.34
		Kontrolinė grupė (n=20)	4.85 (2.88)	4.43 (1.99)	0.42	0.74	0.469

t – Stjudento testo reikšmė

Taipogi, išanalizavus tos pačios grupės įtampos profilyje pirmos ir antros improvizacijos skirtumus (žr. Lentelė nr. 12), statistiniai reikšmingumai nerasti. Tačiau pastebima, kad improvizacijos skiriasi ir jos nėra tapačios: vertinant ritminių figūrų skale depresija sergančių grupę, antra improvizacija buvo įvertinta žemiau (4.72 (2.76)) nei pirma (4.85 (2.88)) improvizacija. Vertinant ritminių figūrų skale kontrolinę grupę, antra improvizacija buvo taip pat įvertinta žemiau (5.37 (2.53)) nei pirma (5.94 (2.18)) improvizacija. Vertinant dinamine skale depresija sergančių grupę, antra improvizacija vėlgi buvo įvertinta žemiau (5.02 (2.84)) nei pirma (5.05 (2.75)) improvizacija. Vertinant dinamine skale kontrolinę grupę, antra improvizacija buvo vėl įvertinta žemiau (4.60 (2.02)) nei pirma (5.14 (1.80)) improvizacija.

Lentelė nr. 12

Įtampos profilis (IAP, Bruscia)

			1 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	2 improvizacija; vidurkis (standartinis nuokrypis)	Vidur- kių skirtu- mas	<i>t</i>	<i>p</i>
Įtam- -pos profi- -lis	Ritmi- nių figūrų skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	4.85 (2.88)	4.72 (2.76)	0.13	0.168	0.868
		Kontrolinė grupė (n=20)	5.94 (2.18)	5.37 (2.53)	0.57	1.299	0.209
	Dina- minė skalė	Depresija sergančių grupė (n=20)	5.05 (2.75)	5.02 (2.84)	0.03	0.041	0.968
		Kontrolinė grupė (n=20)	5.14 (1.80)	4.60 (2.02)	0.54	0.962	0.348

t – Stjudento testo reikšmė

Vėliau buvo lyginti improvizacijų įvertinimai tarp grupių. Įvertinus ir išanalizavus improvizacijas įvairovės profiliu (žr. Lentelė nr. 13) paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupėje pirmos improvizacijos ritminių figūrų skalės įvertinimo vidurkis yra 5.86 (2.57) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį, o kontrolinėje grupėje pirmos improvizacijos ritminių figūrų skalės įvertinimo vidurkis yra 6.24 (2.11) ir tai originalioje skalėje atitinka 4 – kontrastingos įvairovės įvertį. Statistinis reikšmingumas tarp depresija sergančių ir kontrolinės grupės nerandamas, $t=-0.518$, $p=0.608$. Taip pat, įvairovės profilyje išanalizavus dinaminę skalę paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės improvizacijų įvertinimo vidurkis yra 4.29 (1.97) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį, o kontrolinės grupės – 4.54 (1.79) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį. Statistinis reikšmingas tarp grupių taip pat nerandamas, $t=-0.412$, $p=0.683$.

2 – oje improvizacijoje įvairovės profilyje vertinant ritminių figūrų skale (žr. Lentelė nr. 13) paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 5.48 (3.12) ir tai atitinka originalioje skalėje 3 – kintamos įvairovės įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 5.45 (2.52) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį. Statistinis reikšmingumas tarp grupių nerandamas, $t=0.033$, $p=0.974$. Vertinant dinamine skale, depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 5.01 (2.83) ir originalioje skalėje tai atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 4.05 (2.30) bei originalioje skalėje tai atitinka 3 – kintamos įvairovės įvertį. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerandamas, $t=1.177$, $p=0.247$.

Lentelė nr. 13

Įvairovės profilis (IAP, Bruscia)

			Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	Kontrolinė grupė (n=20)	Vidurkių skirtumas	<i>t</i>	<i>p</i>
Įvairovės profilis	1 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.86 (2.57)	6.24 (2.11)	0.38	-0.518	0.608
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	4.29 (1.97)	4.54 (1.79)	0.25	-0.412	0.683
	2 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.48 (3.12)	5.45 (2.52)	0.03	0.033	0.974
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.01 (2.83)	4.05 (2.30)	0.96	1.177	0.247

t – Stjudento testo reikšmė

Išanalizavus improvizacijas svarbos profiliu (žr. Lentelė nr. 14) paaiškėjo, kad pirmą improvizaciją vertinant ritminių figūrų skale, depresija sergančiųjų grupėje įvertinimo vidurkis yra 3.95 (2.64) ir tai originalioje skalėje atitinka 2 – nusileidžiančios svarbos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 5.68 (2.30) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį. Randamas statistinis reikšmingumas tarp depresija sergančiųjų ir kontrolinės grupių, $t=-2.207$, $p=0.034$. Taip pat, svarbos profilyje išanalizavus dinaminę skalę paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės improvizacijų įvertinimo vidurkis yra 4.76 (2.28) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį, o kontrolinės grupės – 4.85 (2.88) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – dalyvaujantį įvertį. Statistinis reikšmingas tarp grupių nerandamas, $t=-0.096$, $p=0.924$.

Svarbos profilyje, antroje improvizacijoje (žr. Lentelė nr. 14), vertinant ritminių figūrų skale paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 5.92 (2.28) ir tai atitinka originalioje skalėje 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 5.30 (2.89) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį. Statistinis reikšmingumas tarp grupių nerandamas, $t=0.688$, $p=0.496$. Vertinant dinamine skale, depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 5.30 (2.68) ir originalioje skalėje tai atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 4.43 (1.99) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerandamas, $t=0.742$, $p=0.251$.

Lentelė nr. 14

Svarbos profilis (IAP, Bruscia)

			Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	Kontrolinė grupė (n=20)	Vidurkių skirtumas	<i>t</i>	<i>p</i>
Svarbos profilis	1 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	3.95 (2.64)	5.68 (2.30)	1.73	-2.207	0.034
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	4.76 (2.28)	4.85 (2.88)	0.09	-0.096	0.924
	2 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.92 (2.86)	5.30 (2.89)	0.62	0.688	0.496
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.30 (2.68)	4.43 (1.99)	0.87	0.742	0.251

t – Stjudento testo reikšmė

Įtampos profilis (žr. Lentelė nr. 15) atskleidė, kad pirmą improvizaciją vertinant ritminių figūrų skale, depresija sergančiųjų grupėje įvertinimo vidurkis yra 4.85 (2.88) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 5.94 (2.18) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – taip pat ciklinės įtampos įvertį. Statistinis reikšmingumas tarp depresija sergančių ir kontrolinės grupių nerandamas, $t=-1.350$ $p=0.185$. Toliau, įtampos profilyje išanalizavus dinaminę skalę paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės improvizacijų įvertinimo vidurkis yra 5.05 (2.75) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį, o kontrolinės grupės improvizacijų vertinimo vidurkis yra 5.14 (1.80) bei originalioje skalėje

tai taip pat atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį. Statistinis reikšmingas tarp grupių taip pat nerandamas, $t=-0.123$, $p=0.903$.

Įtampos profilyje, antroje improvizacijoje (žr. Lentelė nr. 15), vertinant ritminių figūrų skale paaiškėjo, kad depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 4.72 (2.76) ir tai atitinka originalioje skalėje 3 – ciklinės įtampos įvertį, o kontrolinės grupės improvizacijų vertinimo vidurkis yra 5.37 (2.53) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį. Statistinis reikšmingumas tarp grupių nerandamas, $t=-0.777$, $p=0.442$. Vertinant dinamine skale, depresija sergančiųjų grupės vidurkis yra 5.02 (2.84) ir originalioje skalėje tai atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 4.60 (2.02) bei originalioje skalėje tai taip pat atitinka 3 – ciklinės įtampos įvertį. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerandamas, $t=0.545$, $p=0.589$.

Lentelė nr. 15

Įtampos profilis (IAP, Bruscia)

			Depresija sergančiųjų grupė (n=20)	Kontrolinė grupė (n=20)	Vidurkių skirtumas	<i>t</i>	<i>p</i>
Įtampos profilis	1 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	4.85 (2.88)	5.94 (2.18)	1.09	-1.350	0.185
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.05 (2.75)	5.14 (1.80)	0.09	-0.123	0.903
	2 improvizacija	Ritminių figūrų skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	4.72 (2.76)	5.37 (2.53)	0.65	-0.777	0.442
		Dinaminė skalė; vidurkis (standartinis nuokrypis)	5.02 (2.84)	4.60 (2.02)	0.42	0.545	0.589

t – Stjudento testo reikšmė

3.2.4. Empirinio tyrimo rezultatų tarpusavio ryšys

Tarpusavio ryšio skaičiavimo būdu buvo atlikta koreliacija tarp MIDI, IAP ir tiriamųjų išsilavinimo (žr. Lentelė nr. 16). Iš visų muzikinių parametrų buvo rasti tik šeši ryšiai tarp išsilavinimo ir muzikinių parametrų. Ryšio stiprumas svyruoja nuo silpno, $r=0.451$ tarp kontrolinės grupės išsilavinimo ir MIDI 1-os improvizacijos natų trukmės, iki vidutinio, $r=0.64$ tarp depresija sergančiųjų grupės išsilavinimo ir IAP 2-os improvizacijos, svarbos profilio, ritminių figūrų skalės.

Rezultatai rodo, kad išsilavinimas turi didesni ryšį su kontrolinės grupės improvizacijų vertinimui nei depresija sergančių grupės. Negalima daryti išvadų apie išsilavinimo ir improvizacijos parametrų ryšį, nes rasti tik keliai ryšiai bei grupės nebuvo homogeniškos išsilavinimo aspektu.

Lentelė nr. 16

Koreliacija tarp išsilavinimo ir muzikinių parametrų

Depresija sergančiųjų grupės išsilavinimas	IAP 1 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	$r=0.593$
	IAP 2 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	$r=0.64$
Kontrolinės grupės išsilavinimas	IAP 1 improvizacija, įvairovės profilis, dinamikos skalė	$r=0.579$
	IAP 2 improvizacija, įvairovės profilis, dinamikos skalė	$r=0.594$
	IAP 2 improvizacija, svarbos profilis, dinamikos skalė	$r=0.503$
	MIDI 1 improvizacija, natų skaičius	$r=-0.528$
	MIDI 1 improvizacija, natų trukmė	$r=0.451$

r – koreliacijos koeficientas

Taip pat, tarpusavio ryšio skaičiavimo būdu buvo siekiama sužinoti ar MIDI improvizacijų analizė turi ryšio su IAP vertinimo profiliais. Apskaičiavus visus kintamuosius Pearson ir Spearman testais buvo rasta, kad ryšys egzistuoja, bet ne visuose kintamuosiuose. Egzistuojančiuose (žr. Lentelė nr. 17) ryšiuose tarp normalių skirstinių duomenų MIDI ir IAP stipriausias ryšys, tai yra vidutinis, yra tarp IAP, 2-os improvizacijos, svarbos profilio, ritminių figūrų skalės ir MIDI, 2-os improvizacijos, natų greičio, $r=0.584$. Silpniausias egzistuojančis ryšys yra tarp IAP, 2-os improvizacijos, įvairovės profilio, ritminių figūrų skalės ir MIDI, 1-os improvizacijos, natų greičio, $r=0.457$

Lentelė nr. 17

Koreliacija normaliuose skirstiniuose

Pearson (normalus skirstinys)			r
Depresija sergančiųjų grupė	IAP, 1 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų greitis	0.459
	IAP, 1 improvizacija, įtraukos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų aukštis	-0.465
	IAP, 2 improvizacija, įtraukos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų aukštis	-0.523
	IAP, 1 improvizacija, įtraukos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų aukštis	-0.506
	IAP, 2 improvizacija, įvairovės profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų greitis	0.457
	IAP, 2 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų greitis	0.584
Kontrolinė grupė	IAP, 1 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų aukštis	-0.569

r – koreliacijos koeficientas

Spearman testu apskaičiuotuose nenormalių skirstinių duomenų ryšiuose (žr. Lentelė nr. 18) tarp MIDI ir IAP stipriausias ryšys, tai yra vidutinis, yra tarp IAP, 2-os improvizacijos, svarbos profilio, dinamikos skalės ir MIDI, 1-os improvizacijos, natų trukmės, $r=-0.535$. Silpniausias egzistuojantis ryšys yra tarp IAP, 2-os improvizacijos, svarbos profilio, dinamikos skalės ir MIDI, 2-os improvizacijos, natų skaičiaus, $r=0.446$.

Lentelė nr. 18

Koreliacija nenormaliuose skirstiniuose

Spearman (nenormalus skirstinys)			<i>r</i>
Depresija sergančių grupė	IAP, 1 improvizacija, įvairovės profilis, dinaminė skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų skaičius	0.479
	IAP, 1 improvizacija, svarbos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų trukmė	-0.482
	IAP, 1 improvizacija, įtraukos profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų skaičius	0.453
	IAP, 2 improvizacija, įvairovės profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų skaičius	0.562
	IAP, 2 improvizacija, svarbos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų skaičius	0.446
Kontrolinė grupė	IAP, 1 improvizacija, įvairovės profilis, dinamikos skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų skaičius	-0.507
	IAP, 2 improvizacija, svarbos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų skaičius	0.494
	IAP, 2 improvizacija, svarbos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų trukmė	-0.535
	IAP, 2 improvizacija, svarbos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų trukmė	-0.53
	IAP, 2 improvizacija, įvairovės profilis, ritminių figūrų skalė	MIDI, 1 improvizacija, natų skaičius	0.529
	IAP, 2 improvizacija, įtraukos profilis, dinamikos skalė	MIDI, 2 improvizacija, natų trukmė	-0.468

r – koreliacijos koeficientas

Galiausiai, buvo atlikta koreliacija tarp BDI ir HADS klausimynų su MIDI ir IAP vertinimų rezultatais (žr. Lentelė nr. 19). Buvo atrastos tik dvi silpnos statistiškai reikšmingos koreliacijos: tarp kontrolinės grupės BDI klausimyno balų ir IAP 1-os improvizacijos, įvairovės profilio, ritminių figūrų skalės ($r=0.476$); tarp depresija sergančių grupės HADS klausimyno depresijos skalės ir MIDI 2-os improvizacijos, natų aukščio ($r=0.472$).

Lentelė nr. 19

Koreliacija tarp BDI, HADS skalių ir MIDI, IAP vertinimų

BDI kontrolinė grupė	IAP 1 improvizacija, įvairovės profilis, ritminių figūrų skalė, kontrolinė grupė	$r=0.476$
HADS depresijos skalė, depresija sergančių grupė	MIDI 2 improvizacija, natų aukštis, depresija sergančių grupė	$r=0.472$

r – koreliacijos koeficientas

3.3. Rezultatų santrauka

Apžvelgiant tų pačių grupių muzikinių parametrų skirtumus MIDI skaitmenine įrašų analize buvo rasta, kad natų aukštis kontrolinėje grupėje antroje (vidurkis 63.67 (3.14)) – nuotaiką atspindinčioje improvizacijoje yra statistiškai reikšmingai aukštesnis ($t=-2.388$, $p=0.03$) nei pirmoje (61.03 (4.2)). Be to, buvo pastebėtos tendencijos, kad natų aukštis depresija sergančiųjų grupėje žemesnis antroje improvizacijoje. Taip pat, pastebėta, kad natų greitis abiejų grupių didesnis antroje improvizacijoje, natų trukmė abiejų grupių ilgesnė antroje improvizacijoje, natų skaičius depresija sergančiųjų grupėje buvo didesnis pirmoje improvizacijoje, o kontrolinėje grupėje – antroje, tačiau statistinis reikšmingumas nerandamas. Šie rezultatai atskleidžia, kad improvizacijos yra skirtingos, kad jas tiriamieji grojo skirtingai. Tai parodo, kad neturintieji muzikinio išsilavinimo taip pat geba atskleisti savo emocijas grojant ir tai įrodo improvizacijų tendencingas skirtingumas.

Tyrimo rezultatai parodė, kad natų aukštis statistiškai reikšmingai žemesnis depresija sergančiųjų grupėje antroje – nuotaiką atspindinčioje improvizacijoje: depresija sergančiųjų grupės natų aukščio vidurkis – 59.45 (8.51), kontrolinės grupės – 63.67 (3.14), $t=-2.007$, $p=0.045$. Aptiktos tendencijos, kad natų greitis, natų skaičius bei natų trukmė depresija sergančiųjų grupėje yra mažesni abiejose improvizacijose, tačiau nerastas statistinis reikšmingumas.

Analizuojant improvizacijas IAP vertinimo metodu pirmą ir antrą improvizaciją buvo rasta, kad svarbos profilyje ritminių figūrų skalėje vertinant depresija sergančiųjų grupę statistiškai reikšmingai skyrėsi jų pirma (3.95 (2.64) - ir tai originalioje skalėje atitinka 2 – nusileidžiančios svarbos įvertį) ir antra (5.92 (2.86) - ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį) improvizacijos, $t=-2.493$, $p=0.022$. Kituose parametruose tendencijų bei statistiškai reikšmingų skirtumų nerandama. Tai parodo, kad improvizacijos yra skirtingos, bet ne žymiai.

Improvizacijas palyginus įvairovės ir įtampos profiliais nebuvo aptiktos tendencijos bei statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių, tiek ritminių figūrų, tiek dinamikos skalėse. Tačiau analizuojant pirmą improvizaciją svarbos profiliu ritminių figūrų skalėje rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp depresija sergančiųjų ir kontrolinės grupių, $t=-2.207$, $p=0.034$: depresija sergančiųjų grupėje įvertinimo vidurkis yra 3.95 (2.64) ir tai originalioje skalėje atitinka 2 – nusileidžiančios svarbos įvertį, o kontrolinės grupės vidurkis yra 5.68 (2.30) ir tai originalioje skalėje atitinka 3 – dalyvaujančios svarbos įvertį.

Siekiant išsiaiškinti kaip improvizacijų vertinimo metodai susiję tarpusavyje, buvo ieškomas ryšys tarp MIDI skaitmeninės analizės rezultatų ir IAP vertinimo profilių rezultatų. Nustatyti tik 18 statistiškai reikšmingi silpni ir vidutiniai, neigiami ir teigiami ryšiai iš 888

galimų. Be to, buvo ieškomas ryšys tarp depresiją identifikuojančių BDI ir HADS skalių bei MIDI ir IAP vertinimo metodų rezultatų. Buvo atrasti du statistiškai reikšmingi silpni teigiami ryšiai tarp kontrolinės grupės BDI klausimyno balų ir IAP 1-os improvizacijos, įvairovės profilio, ritminių figūrų skalės ($r=0.476$); tarp depresija sergančių grupės HADS klausimyno depresijos skalės ir MIDI 2-os improvizacijos, natų aukščio ($r=0.472$).

3.4. Rezultatų aptarimas

Pasaulyje yra atliekama daug tyrimų, randama nemažai literatūros apie muzikos terapijos poveikį depresijos gydymui. Tačiau randama labai nedaug informacijos apie tai, kaip skiriasi sergančių ir nesergančių depresija muzikinis emocinis supratimas (Punkanen et al., 2011; Akar et al., 2015; Naranjo et al., 2011) ir muzikinė išraiška (Reker et al., 2014). Lietuvoje iki šiol nebuvo atlikto nė vieno tyrimo, susijusio su muzikos terapijos taikymu depresijos gydyme ar su muzikinės išraiškos pokyčiu sergant depresija.

Šis tyrimas, kurio tema „Depresija sergančių muzikinės improvizacijos ypatumai: improvizacijos vertinimo metodų lyginimas“ atliktas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Tyrimas buvo atliekamas 2016 metų lapkričio – 2017 metų sausio mėnesiais. Tyrime dalyvavo 40 tiriamųjų: 20 depresija sergančių (16 moterų ir 4 vyrai) bei 20 atitinkančių amžių ir lytį kontrolinė grupė. Tyrimo tikslas buvo palyginti dviejų improvizacijos vertinimo metodų efektyvumą, siekiant atskleisti depresijos poveikį muzikinei išraiškai.

Ypač didelis skirtumas šio tyrimo rezultatuose atsispindi grojamų natų aukštyje – jos statistiškai reikšmingai žemesnės depresija sergančių grupėje grojant antrą – nuotaiką atspindinčią improvizaciją. Tai turi ryšio su Punkanen et al. (2011) ir Naranjo et al., (2011), tyrimų atradimais, kad depresija sergantieji negatyviau suvokia muzikines emocijas. Žemesniame registre skambančios natos yra niūresnės, tamsesnės, o šio tyrimo rezultatai parodo, kad būtent tokios improvizacijos ir buvo sugrotos depresija sergančiųjų grupėje nuotaiką atspindinčiose improvizacijose.

MIDI skaitmeninė improvizacijų analizė yra labai tiksli ir nepriklausoma nuo vertintojo. Objektyviai analizuojami improvizacijų parametrai, kurie įrašomi tiesiogiai į kompiuterį, o IAP vertinimo metodas visiškai priklausomas nuo vertintojo kompetencijos, todėl yra pakankamai subjektyvus metodas. Tačiau muzikos suvokimas kartu yra sudėtingas psichologinis procesas, kuris neišmatuojamas vien nešališkais kriterijais, todėl tokie matavimai taikomi praktikoje (Gardstrom, 2004; Wigram, 1999). Kaip ir šiame tyrime, ritminių figūrų svarbos ar įtampos nebūtų įmanoma pamatuoti staitmeniniu būdu, o natų greitį pamatuoti subjektyviai yra beveik

nejmanoma. Tačiau, daugiau reikšmingų rezultatų buvo atrasta MIDI analize, todėl galima teigti, kad šiame kontekste ji yra efektyvesnė.

IAP improvizacijų vertinimo metodo rezultatai atskleidė, kad depresija sergantiems ritminės figūros grojant yra mažiau išreikštos ir pasyviau atliekamos – yra nusileidžiančios svarbos. Tai galėtų sietis su didesniu kontrolinės grupės energijos kiekiu – yra žinoma, kad sergant depresija energija sumažėja, o tai atsispindi ir muzikinėje išraiškoje. Muzikos terapijos literatūroje daug kalbama apie ritmikos svarbą, o šiame tyrime išryškėja, kad depresija sergantiems jos trūksta. Taipogi, šie rezultatai paantrina Reker et al. (2014) tyrimo rezultatus, kur muzikiniai gebėjimai, tarp jų ir ritmika, buvo žemiau įvertinti depresija sergantiems. Tačiau nė vienu kitu profiliu ar skale didesnis skirtumas tarp grupių nebuvo rastas, skales analizuojant kiekybiškai nepastebimos net tendencijos.

Tarpusavio ryšiai tarp MIDI skaitmeninės analizės rezultatų ir IAP vertinimo profilių rezultatų parodo, kad šie vertinimo kriterijai yra susiję vienas su kitu, turi tiesioginį ryšį, tačiau ne visais vertinimo aspektais. Stipriausi ryšiai buvo nustatyti tarp IAP vertinimo antros improvizacijos svarbos profilio ritminių figūrų skalės ir MIDI analizės antros improvizacijos natų greičio parametro ($r=0.584$) bei tarp IAP vertinimo antros improvizacijos įvairovės profilio dinamikos skalės ir MIDI analizės antros improvizacijos natų skaičius parametro ($r=0.562$). Tai rodo, kad didžiausias ryšys yra tarp depresija sergančių grupės išraiškos įvertinimo.

Be to, statistiškai reikšmingi ryšiai tarp depresiją identifikuojančių BDI ir HADS skalių bei MIDI ir IAP vertinimo metodų rezultatų parodo, kad yra pagrindas tolimesniems tyrimams, nes net mažos imties eksperimentas atskleidžia ryšius tarp muzikinės išraiškos ir depresijos. Buvo atrasta, depresija sergančių grupės natų aukštis yra statistiškai reikšmingai žemesnis nei kontrolinės grupės, o ši koreliacija tarp depresija sergančių HADS klausimyno depresijos skalės ir MIDI antros improvizacijos natų aukščio parametro dar labiau sustiprina šį teiginį.

3.5. Diskusija

Šis tyrimas yra novatoriškas, todėl didžiausias trūkumas atliekant šį tyrimą buvo literatūros stoka panašiomis temomis. Dauguma tyrimų, atliekamų muzikos terapijoje, yra orientuoti į pokytį, bet mažai ieškomas giluminis skirtumas tarp sveikumo ir patologijos. Buvo rasta labai nedaug literatūros, kuria remiantis galima būtų pagrįsti arba paneigti rezultatus.

Dar vienas šio tyrimo trūkumas buvo maža imtis, tačiau ji pakankama tendencijoms pastebėti. Didesnę imtį šiomis sąlygomis nebuvo įmanoma suorganizuoti dėl tyrimo inovatyvumo. Galbūt didesnė imtis būtų atskleidusi tvirtesniu rezultatus, todėl būtini ateities tyrimai šia tema. Be to, pastebima literatūroje, kad daug tyrimu muzikos terapijos sferoje yra

mažos imties (Albornoz, 2011; Schwantesa et al., 2014). Tai atskleidžia šios srities specifiskumą ir didesnių tyrimų mastų reikalingumą.

Taip pat, HADS skalėje depresijos poskalė rodė kontrolinėje grupėje didelį depresijos pasireiškimą, didesnę nei depresija sergančiųjų grupėje. Tai galbūt turėjo įtakos improvizacijų atlikimui ir vertinimui. Tačiau, tai galbūt iliustruoja didelį mastą negydomos depresijos atvejų Lietuvoje. Be to, tyrimas buvo atliekamas pirmoje dienos pusėje, o tai sustiprina simptomus ir išryškina skirtumus, taigi galėjo sustiprinti ne tik depresija sergančių grupės ligos simptomus, bet ir sustiprinti kontrolinės grupės turimus, bet negydomus simptomus.

MIDI statistine analizė ir IAP vertinimas turi statistiškai reikšmingą ryšį, tačiau tai yra labai skirtingi vertinimo metodai turintys skirtingus pranašumus ir trūkumus. MIDI labiau tinkama konkreitiems parametrams matuoti ir tai labiau tinka kiekybiniam tyrimui, nes viskas yra labai tikslu ir pamatuojama, ko negalima pasakyti apie IAP kriterijus ir jų vertinimą. Visi kriterijai gali būti suprantami subjektyviai, nors ir turimos tikslios nuorodos kaip jais naudotis, tačiau viskas atsiremia į vertintojo kompetenciją. Galbūt terapinėje praktikoje bei kokybiniuose tyrimuose IAP yra pranašesnis, nes vertinant ir analizuojant galima pajusti subtilius pokyčius, tačiau kiekybiniuose moksliniuose tyrimuose vertinant muzikinę išraišką yra ir patogiau ir objektyviau naudoti MIDI muzikinių parametrų analizę. Be to, tyrimo metu lengviau ir aiškiau buvo pastebimi skirtumai tarp grupių būtent MIDI analizės būtu. Tačiau, abu vertinimo metodai analizuoja skirtingus muzikinius parametrus ir todėl sunku juos lyginti, nors jie ir papildo vienas kitą, suteikdami informaciją apie improvizacijas iš skirtingų rakursų.

Taigi, šis tyrimas parodo, kad depresija sergančių muzikinė išraiška iš ties skiriasi nuo nesergančių. Tai labai svarbus mokslinis įrodymas, į kurį turėtų būti atsižvelgiama muzikos terapijos praktikoje.

IŠVADOS

1. Depresija gali paveikti visas gyvenimo sritis, jos prigimtis yra aiškinama įvairiomis teorijomis, tačiau iki šiol vyksta tyrimai, kurie atskleidžia vis naujas depresijos kilmės ir veikimo principus.

2. Muzikos terapija yra plačiai taikoma depresijos gydyme, moksliniuose tyrimuose randami statistiškai reikšmingi duomenys apie intervencijų veiksmingumą, tačiau nėra žinoma kaip iš tiesų tai veikia.

3. Depresija sergančių grupės nuotaiką atspindinčios improvizacijos natų aukštis statistiškai reikšmingai žemesnis nei kontrolinės grupės. Visi kiti muzikiniai parametrai – natų skaičius, greitis, ilgumas depresija sergančių grupės, taikant MIDI analizę, buvo tendencingai mažesni nei kontrolinės grupės, tačiau statistiškai reikšmingumas nerastas. Šie rezultatai iš dalies patvirtina pirmą hipotezę, kad muzikiniai parametrai bus mažesni depresija sergančių grupėje, tačiau tik vieno parametro – natų aukščio skirtumas statistiškai reikšmingas.

4. Depresija sergančių grupės laisvojoje improvizacijoje statistiškai reikšmingai mažiau svarbios (nusileidžiančios) yra ritminės figūros. Visuose kituose parametruose, taikant IAP analizę nepastebėtas pokyčių tendencingumas ar statistinis reikšmingumas. Tik vienas aspektas – ritminės figūros buvo statistiškai reikšmingai mažiau aktualios lyginant su kontroline grupe, o visais kitais aspektais nesiskiria, todėl antros hipotezės nepatvirtina.

5. Improvizacijų vertinimo metodai turi statistiškai reikšmingo ryšio tarpusavyje, tačiau atskleidė ir skirtingus aspektus, patvirtinančius trečią hipotezę: MIDI analizė atskleidė objektyviają, o IAP analizė atskleidė klinikiniame darbe vertinamą improvizacijų muzikinių parametru puses. Tačiau MIDI analizė buvo informatyvesnė, suteikusi daugiau rezultatų.

6. MIDI analizė atlikta greitai ir aiškiai, o IAP analizei buvo skiriama daug laiko, ji atlikta nuodugniai ir giluminiškai, todėl ketvirtoji hipotezė taip pat patvirtinta.

REKOMENDACIJOS

Muzikos terapijos specialistams: MIDI analizė yra skirta kiekybiniams tyrimams, tendencijoms nustatyti, o IAP turėtų būti labiau naudojama praktikoje bei kokybiniuose tyrimuose. Be to, muzikos terapeutai praktikoje žinodami, kad depresija sergančių žmonių grojamų natų aukštis yra pakitęs gali pritaikyti šią moksliskai patvirtintą informaciją savo veiklose, atsižvelgiant į tai ir parenkant intervencijos metodus ar vertinimo įrankius.

Medicinos specialistams: depresija sergančių žmonių muzikinė išraiška, o ypač grojamų natų aukštis yra pakitęs – pažemėjęs. Tai galėtų būti vienas iš depresija identifikuojančių kriterijų.

Tyrėjams: šis tyrimas turėtų būti atliktas su didesne imtimi, kad būtų galima patvirtinti išryškėjusias MIDI statistinės analizės tendencijas. Ateities kiekybiniams tyrimams šia tema reiktų naudoti vien MIDI analizę, nes tai yra ir objektyviau ir greičiau.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Adomaitienė, V., Danilevičiūtė, V., Valius, L. (2008). Šiuolaikinė depresijos samprata. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, tomas XII, Nr. 2.* 130-132.
- Aleksienė, V. (2016). *Muzikinės veiklos ypatumai ugdant autistiškus vaikus. Gerosios praktikos vadovas.* Kaunas: Šviesa.
- Andrikienė, L., Laurinaitis, E., Milašiūnas R. (2013). *Psichoanalitinė psichoterapija.* Vilnius: Vaistų žinios.
- Davidonienė, O., Stanislavovienė, J., Utkuvienė, J. (2012). Depresiškumo paplitimas tarp Lietuvos kaimo gyventojų. *Visuomenės sveikata* 22 (1), 15-20.
- Dembinskas, A. (1999). *Depresija: psichopatologija, klasifikacija, gydymas.* Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Dembinskas, A. (2003). *Psichiatrija.* Vilnius: Vaistų žinios.
- Furst, M. (1998). *Psichologija.* Vilnius: Lumen leidykla.
- Kerevičienė, J. (2014). *Pedagoginės psichologijos užrašai. Mokomoji knyga aukštųjų mokyklų studentams.* Kaunas: Elektroninėje laikmenoje.
- Lapkauskienė, N. (2004). *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai. Mokomoji knyga.* Vilnius: Vilniaus kolegija.
- Lietuvos Psichikos Sveikatos Centras (LPSC). (n.d.). Psichikos ligų statistika. Gauta iš: [http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=478%3AAligotumas nuotaikos-afektiniai sutrikimais ir depresijomis&catid=12%3Apsichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23&lang=lt](http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=478%3AAligotumas%20nuotaikos-afektiniai%20sutriskimais-ir-depresijomis&catid=12%3Apsichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23&lang=lt)
- Ligos.lt. (n.d.). Perinatalinis laikotarpis. Gauta iš: <http://www.ligos.lt/terminai/perinatalinis-laikotarpis/2116/>
- Lowen, A. (2014). *Depresija ir kūnas.* Vilnius: Forsmart.
- Mačiulis, V., Davidonienė, O., Utkuvienė, J., Riaubaitė, N. (1988). *Depresija – pagydoma liga.* Vilnius: Presvika.
- Mediapro. (n.d.). Kompiuteris ir muzika. Gauta iš: <http://mediapro.lt/kompiuteris-ir-muzika/>
- McWilliams, N. (2014). *Psichoanalitinė diagnostika.* Vilnius: Vaistų žinios.
- Myers, D. G. (2000). *Psichologija.* Kaunas: Poligrafija ir informatika.
- Oficialios statistikos portalas (OSP). (2017). Nuolatinis gyventojų skaičius mėnesio pradžioje. Gauta iš: <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?hash=d3578a29-04ff-48a6-af6c-d628ef3cddd3&portletFormName=visualization>

- Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO). (2011). TLK-10-AM. *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija. Sisteminių ligų sąrašas*. Vilnius: Vaisų žinios.
- SPSS statistika lengvai ir paprastai. (2013). Koreliacija SPSS. Gauta iš: <http://spsspagalba.lt/uncategorized/koreliacija-spss>
- Šidlauskaitė-Stripeikienė, I., Žemaitienė, N., Klumbienė J. (2010). Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina* 46(10). 693-699.
- Akar, S. A., Kara, S., Agambayev, S., Bilgiç, V. (2015). Nonlinear analysis of EEGs of patients with major depression during different emotional states. *Journal Computers in Biology and Medicine* 67, 49–60.
- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy* 20(3), 208–224.
- American Music Therapy Association (AMTA). (2014). AMTA member survey and workforce analysis: A descriptive statistical profile of the AMTA membership. Gauta iš: <http://www.musictherapy.org/assets/1/7/14WorkforceAnalysis.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2017). What is depression? Gauta iš: https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression?_ga=1.55132207.586395790.1487772314
- Beck, A. T., Ward, Ch., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 4(6), 561-571.
- Beck, T. A., Alford, B. A. (2009). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania press.
- Blomdahl, Ch., Gunnarsson, A. B., Guregård, S., Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy* 40, 322–330.
- Bourdel, N., Alves, J., Pickering, G., Ramilo, I., Roman, H., Canis, M. (2015). Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update* 21(1), 136-152.
- Brandes, V., Terris, D., Fischer, C., Loerbroks, A., Jarczok, M., Ottowitz, G., Titscher, G., Fischer, J. (2015). Efficacy of individualized music-based audiotherapy on depressive

- disorders – Results of a prospective controlled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine* 7(1).
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisation Models of Music Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.
- Bschor, T., Bauer, M., Adli, M. (2014). Chronic and Treatment Resistant Depression. *Deutsches Ärzteblatt International* 111, 766–76.
- Bunt, L., Stige, B. (2014). *Music Therapy an Art Beyond the Words*. NY: Routledge.
- Cai, N., Cai, N., Chang, S., Li, Y., Li, Q., Hu, J., Liang, J., Song, L., Kretzschmar, W., Gan, X., Nicod, J., Rivera, M., Deng, H., Du, B., Li, K., Sang, W., Gao, J., Gao, S., Ha, B., Ho, H.Y., Hu, C., Hu, J., Hu, Z., Huang, G., Jiang, G., Jiang, T., Jin, W., Li, G., Li, K., Li, Y., Li, Y., Li, Y., Lin, Y.T., Liu, L., Liu, T., Liu, Y., Liu, Y., Lu, Y., Lv, L., Meng, H., Qian, P., Sang, H., Shen, J., Shi, J., Sun, J., Tao, M., Wang, G., Wang, G., Wang, J., Wang, L., Wang, X., Wang, X., Yang, H., Yang, L., Yin, Y., Zhang, J., Zhang, K., Sun, N., Zhang, W., Zhang, X., Zhang, Z., Zhong, H., Breen, G., Wang, J., Marchini, J., Chen, Y., Xu, Q., Xu, X., Mott, R., Huang, G.J., Kendler, K., Flint, J. (2015). Molecular Signatures of Major Depression. *Current Biology* 25, 1146–1156.
- Castillo-Perez, S., Gomez-Perez, V., Calvillo Velasco, M., Perez-Campos, E., Mayoral, M. A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy* 37, 387–390.
- Chan, M. F., Chan, E. A., Mok, E. and Kwan Tse, F. Y. (2009). Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 285–294.
- Chan M. F., Wong Z. Y., Thayala N.V. (2011). The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 19, 332—348.
- Chen, X., Hannibal, N., and Gold, Ch. (2016). Randomized Trial of Group Music Therapy With Chinese Prisoners: Impact on Anxiety, Depression, and Self-Esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 60(9), 1064 – 1081.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. (1992). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Publishers.
- Drysdale, A. T., Grosenick, L., Downar, J., Dunlop, K., Mansouri, F., Meng, Y., Fetcho, R., Zebley, B., Oathes, D., Etkin, A., Schatzberg, A., Sudheimer, K., Keller, J., Mayberg, H.,

- Gunning, F., Alexopoulos, G., Fox, M., Pascual-Leone, A., Voss, H., Casey, J., Dubin M., Liston, C. (2017). Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression. *Journal of Nature Medicine*, Vol. 23(1), 28-38.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pontio, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., Gold, Ch. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 199, 132–139.
- Esfandiari, N., Mansouri, S. (2014). The effect of listening to light and heavy music on reducing the symptoms of depression among female students. *The Arts in Psychotherapy* 41, 211–213.
- Eurostat. (2016). File: causes of death – standardised death rate, 2013.psg. Gauta iš: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2013.png
- Gardstrom, S. C. (2004). An Investigation of Meaning in Clinical Music Improvisation with Troubled Adolescents. Iš I. Abrams (red.), *Qualitative Inquiries in Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Germain, A., and Kupfer, D. J. (2008). Circadian rhythm disturbances in depression. *Hum Psychopharmacol* 23(7), 571–585.
- Gold, Ch., Solli, H. P., Krüger, V., Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29, 193–207.
- Gold, S. M., Irwin, M. R. (2009). Depression and immunity: Inflammation and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Immunol Allergy Clin North Am* 29(2), 309–320.
- Guetin, S., Soua, B., Voiriot, G., Picot, M. C., Herisson, C. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety–depression: An observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 52, 30–40.
- Hanser, S. (2000). *The New Music Therapist's Handbook*. Boston: Berklee Press.
- Hanser, S. (2016). *Integrative Health through Music Therapy*. London: Palgrave Macmillan.
- Health Direct (2015). Causes of depression. Gauta iš: <https://www.healthdirect.gov.au/causes-of-depression>
- Haefel, G. J., Getchell, M., Kuposov, R. A., Yrigollen, C. M., Deyoung, C. G., Klinteberg, B. A., Orelan, L., Ruchkin, V. V., Grigorenko, E. L. (2008). Association between polymorphisms in the dopamine transporter gene and depression: evidence for a gene-environment interaction in a sample of juvenile detainees. *Psychol Sci* 19(1), 62-9.

- Hsu, W. C., Lai, H. L. (2004). Effects of Music on Major Depression in Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Nursing* 13(5), 193-199.
- Jiang, J., Rickson, D., Jiang, C. (2016). The mechanism of music for reducing psychological stress: Music preference as a mediator. *The Arts in Psychotherapy* 48, 62–68.
- Letulè, N. (2014). *Musical Profiling: Towards A Computer Based Analysis Of Clinical Improvisations*. (Magistro darbas). Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Leatch, R. (2013) 7 ways to use and to edit MIDI velocity. Gauta iš: <https://music.tutsplus.com/tutorials/7-ways-to-use-and-edit-midi-velocity--audio-2338>
- Lee, S. E., Han, Y., Park, H. W. (2016). Neural Activations of Guided Imagery and Music in Negative Emotional Processing: A Functional MRI Study *Journal of Music Therapy*, 53(3), 257–278.
- Maratos, A., Crawford M. J. and Procter S. (2011). Music therapy for depression: it seems to work, but how? *The British Journal of Psychiatry* 199, 92–93.
- Maratos, A., Gold C., Wang X., Crawford M. (2009). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1: CD004517.
- Metzner, S. (1999). Psychoanalytically Informed Music Therapy in Psychiatry. Iš T. Wigram, J. Backer (red.), *Clinical application of music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mit Open Course Ware (2010). Music and Technology: Algorithmic and Generative Music Spring. Gauta iš: <https://ocw.mit.edu/index.htm>
- Morse, S., Giordano, J., Perrine, K., Downs, B., Waite, R., Madigan, M., Bailey, J., Braverman, E., Damle, U., Knopf, J., Simpatico, T., Moeller, M., Barh, D., Blum, K. (2011). Audio Therapy Significantly Attenuates Aberrant Mood in Residential Patient Addiction Treatment: Putative Activation of Dopaminergic Pathways in the Meso-Limbic Reward Circuitry of Humans. *J Addict Res Ther* 3.
- Naranjo, C., Kornreich, C., Campanella, S., Noël, X., Vandriette, Y., Gillain, B., X. Longueville Delatte, B., Verbanck, P., Constant, E. (2011). Major depression is associated with impaired processing of emotion in music as well as in facial and vocal stimuli. *Journal of Affective Disorders* 128, 243–251.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2016). Depression. Gauta iš: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Nemade, R., Staats Reis, N., Domveck, M. (2007). Cognitive theories of major depression - Ellis And Bandura. Gauta iš: <https://www.mentalhelp.net/articles/cognitive-theories-of-major-depression-ellis-and-bandura/>

- Odell – Miller, H. (1999). Investigating the value of music therapy in psychiatry: outcome related to reasons for referral. Iš T. Wigram, J. Backer, (red.), *Clinical application of music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Psychiatric times. (2014). *Neurostimulation for mood disorders*. Gauta iš: <http://www.psychiatrictimes.com/uspc2014/neurostimulation-mood-disorders>
- Punkanen, M. (2011). *Improvisational Music Therapy and Perception of Emotions in Music by People with Depression*. (Doktorantūros disertavija). Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Punkanen, M., Eerola T., Erkkilä J. (2011). Biased emotional recognition in depression: Perception of emotions in music by depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 130, 118–126.
- Reker, P., Domschke K., Zwanzger P., Evers S. (2014). The impact of depression on musical ability. *Journal of Affective Disorders* 156, 150–155.
- Renneberga, B., Heyna, K., Gebharda, R., Bachmann, S. (2005). Facial expression of emotions in borderline personality disorder and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36, 183–196.
- Riskin, T. (2000). Using the Model of Perinatal Matrices in Psychotherapy. *Inner Door* 12(3).
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as Empowerment. *Nordic Journal of Music Therapy* 13(2), 99–111.
- Saarikallio, S., Gold, Ch., McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child and Adolescent Mental Health* 20(4), 210–217.
- Schmaal, L. L., Schmaal, D. J., Veltman, T. G., Erp, P. G., Sämann, T., Frodl, N., Jahanshad, E., Loehrer, H., Tiemeier, A., Hofman, J., Niessen, M. W., Vernooij, M. A., Ikram, et al. (2016). Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. *Molecular Psychiatry* 21, 806–812.
- Schwantesa, M., McKinneya, C., Hannibal, N. (2014). Music therapy's effects on levels of depression, anxiety, and socialisolation in Mexican farmworkers living in the United States: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy* 41, 120–126.
- Shirani Bidabadi, S., Mehryar, A. (2015). Music therapy as an adjunct to standard treatment for obsessive compulsive disorder and co-morbid anxiety and depression: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders* 184, 13–17.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M. et al. (1999). The Influence of Genetic Factors and Life Stress on Depression Among Adolescent Girls. *Arch Gen Psychiatry* 56(3), 225–232.
- Strimbu, K., Tavel, J. A. (2010). What are Biomarkers? *Curr Opin HIV AIDS* 5(6), 463–466.

- Tiemeier, H. (2003). Biological risk factors for late life depression. *European Journal of Epidemiology* 18(8), 745–750.
- The Free Dictionary* (n.d.). Gouta iš: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/cognitive-behavioral+therapy>
- Verrusio, W., Andreozzi, P., Marigliano, B., Renzi, A., Gianturco, V., Pecci, M.T., Ettore, E., Cacciafesta, M., Gueli, N. (2014). Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine* 22, 614–620.
- Videbech, P., Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *The American Journal of Psychiatry* 161(11), 1957–1966.
- WHO. (2012). Depression: a global public health concern. Gouta iš: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- WHO. (2017). Depression. Gouta iš: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wigram, T. (1999). Assessment methods in music therapy: A humanistic or natural science framework? *Nordic Journal of Music Therapy* 8(1), 6-24.
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wheeler, B. L. Research in music therapy iš Hallam, S., Cross, I., Thaut, M. (2016). *The Oxford Handbook of Music Psychology*. Oxford: Oxford University press.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 67(6), 361-70.

PRIEDAI

Priedas nr. 1



Tyrimo aplinka

Beck depresijos skalė (BDI). Tiriamajam pateiktas tekstas.

Prašome įdėmiai perskaityti kiekvieną teiginių grupę ir tik pagal savo asmenines nuostatas pažymėti teiginį, nusakantį jūsų savijautą paskutines dvi savaites, įskaitant ir šią dieną.

1.
 - Aš nesu liūdna
 - Aš esu liūdnė nei būdavau anksčiau
 - Aš esu liūdna visą laiką ir iš to negaliu išsivaduoti
 - Aš esu toks liūdna ir nelaiminga, kad negaliu to išverti
2.
 - Aš nelabai bijau ateities
 - Aš bijau ateities
 - Aš jaučiu, kad neturiu ko laukti iš ateities
 - Aš jaučiu, kad ateitis yra beviltiška ir kad niekas negali pagerėti
3.
 - Aš nesijaučiu nevykėlė
 - Aš jaučiu, kad man nesiseka labiau negu kitiems
 - Kai aš peržvelgiu savo gyvenimą, matau vien tik daugybę nesėkmių
 - Aš jaučiu, kad esu visiškai nevykėlė
4.
 - Mane viskas džiugina kaip paprastai
 - Aš nesidžiaugiu viskuo taip, kaip anksčiau
 - Viskas man nebeteikia pasitenkinimo
 - Aš esu viskuo nusivylusi, viskas man įkyrėjo
5.
 - Aš nesijaučiu kam nors nusikaltusi
 - Aš dažnai jaučiuosi kalta
 - Aš jaučiuosi kalta beveik visada
 - Aš jaučiuosi kalta nuolatos
6.
 - Aš nesijaučiu, kad galiu būti už ką nors baudžiama
 - Aš jaučiu, kad galiu būti nubausta
 - Aš laikiu, kad būsiu nubausta
 - Aš jaučiu, kad mane baudžia
7.
 - Aš nesijaučiu nusivylusi savimi
 - Aš esu nusivylusi savimi
 - Aš bjauriuosi savimi
 - Aš nekenčiu savęs
8.
 - Aš nesijaučiu blogesnė už kitus
 - Aš esu savikritiška savo silpnybėms ir klaidoms
 - Aš visą laiką kaltinu save dėl savo klaidų
 - Aš kaltinu save už visą blogį, kuris atsitinka
9.
 - Aš neturiu jokių minčių apie savižudybę
 - Aš mąstau apie savižudybę
 - Aš noriu nusižudyti
 - Aš nusižudyčiau, jeigu pasitaikytų galimybė
10.
 - Aš neverkiu daugiau negu paprastai
 - Aš dabar negalėčiau verksti, nors ir noriu
 - Aš dabar verkiu dažniau negu paprastai
 - Aš dabar verkiu nuolatos

11.

- Aš dabar nesu susierzinusi
- Manęs neerzina tie dalykai, kurie erzindavo anksčiau
- Aš greičiau susierzinu ir susinervinu negu anksčiau
- Mane viskas erzina

12.

- Aš domiuosi aplinkiniais
- Aš mažiau domiuosi kitais negu anksčiau
- Aš daug mažiau domiuosi kitais žmonėmis
- Aš nustojau domėtis aplinkiniais

13.

- Aš apsisprendžiu lengvai ir greitai
- Aš atidedu sprendimus dažniau negu anksčiau
- Man sunku apsispręsti
- Aš negaliu apsispręsti

14.

- Aš galvoju, kad atrodau puikiai
- Aš susirūpinusi, kad atrodau nepakankamai patraukliai
- Aš jaučiu pakitimus, kurie daro mane nepatrauklią
- Aš įsitikinusi, kad esu nepatraukli

15.

- Aš dirbu gerai kaip visada
- Reikia pastangų, kad galėčiau ką nors daryti
- Aš turiu labai prisiversti, kad ką nors daryčiau
- Aš negaliu atlikti jokio darbo

16.

- Aš miegu puikiai
- Aš nebemiegu taip gerai, kaip anksčiau
- Aš nubundu 1-2 valandas anksčiau ir man sunku vėl užmigti
- Mane kankina nemiga

17.

- Aš nepavargstu labiau negu paprastai
- Aš pavargstu greičiau negu anksčiau
- Aš pavargstu bet ką darydama
- Aš jaučiuosi išties pavargusi

18.

- Mano apetitas labai geras
- Mano apetitas nėra toks geras kaip anksčiau
- Dabar mano apetitas yra daug blogesnis
- Aš visai nebeturiu apetito

19.

- Mano svoris normalus
- Pastaruoju metu aš netekau daugiau kaip 3 kilogramus svorio
- Aš netekau daugiau kaip 5 kilogramus svorio
- Aš praradau daugiau kaip 7 kilogramus svorio

20.

- Mano sveikata gera ir man tai nerūpi
- Aš susirūpinusi dėl tokių problemų kaip: maudimas, skausmas, sutrikęs virškinimas
- Aš labai susirūpinusi dėl fizinių problemų ir man sunku galvoti apie ką nors kitą
- Aš taip susirūpinusi savo sveikata, kad apie nieką kitą nebegaliu galvoti

21.

- Aš normaliai domiuosi seksu
- Aš mažiau domiuosi seksu negu anksčiau
- Aš mažai besidomiu seksu
- Aš visai nebesidomiu seksu

Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HADS). Tiriamajam pateiktas tekstas.

Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į kiekvieną klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei ilgai apgalvotas atsakymas.

1. Jaučiu įtampą ir nerimą:

- beveik visą laiką, pastoviai
- didelę laiko dalį
- laikas nuo laiko, retkarčiais
- niekada nejaučiu

2. Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmą anksčiau:

- visiškai tiek pat
- mažiau nei anksčiau
- žymiai mažiau
- beveik visai nedžiugina

3. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti:

- labai aiškiai ir stipriai
- taip, bet nestipriai
- nežymiai, bet tai manęs nejaudina
- visiškai ne

4. Aš galiu juoktis ir suprasti humorą:

- taip pat kaip anksčiau
- mažiau ir sunkiau
- žymiai mažiau ir sunkiau
- visiškai negaliu

5. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai:

- didžiąją laiko dalį, pastoviai
- daug laiko, dažnai
- laikas nuo laiko, bet ne dažnai
- tik retkarčiais

6. Man linksma:

- niekada
- labai retai
- kartais
- didžiąją laiko dalį

7. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti:

- visada
- dažnai
- retai
- niekada

8. Aš jaučiuosi užslopinta ir sulėtėjusi:

- beveik visą laiką
- labai dažnai
- kartais, nežymiai
- visiškai ne

9. Mane apima baimė lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine:

- visiškai ne
- kartais
- gana dažnai
- labai dažnai, pastoviai

10. Aš nustojau rūpintis savo išvaizda:

- pradėjau visiškai nesirūpinti
- nesirūpinu tiek kiek reikėtų
- rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau
- rūpinuosi tiek pat kiek visuomet

11. Jaučiu, kad nenurimstu vietoje:

labai stipriai

gana stipriai

truputį

visiškai ne

12. Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus:

tiek pat kiek visada

mažiau nei anksčiau

žymiai mažiau nei anksčiau

visiškai nelaukiu

13. Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė:

tikrai labai dažnai

pakankamai dažnai

retai

visiškai ne

14. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar

TV laida:

dažnai

kartais

retai

labai reta

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 1 psl.)

Muzikos analizė

Kliento improvizacijos muzikine prasme išanalizuotos remiantis šešiais profiliais, kurių kiekvienas skirtas konkrečiam muzikos procesui. Šie šeši profiliai yra: integracija, įvairovė, įtampa, vientisumas, svarba ir autonomija. XV lentelėje pateikti bendrieji kiekvieno profilio apibrėžimai.

VX LENTELE

IMPROVIZACIJOS VERTINIMO PROFILIAI

Integracija

Šis profilis skirtas atskleisti, kad organizuojami tuo mačiu metu vykstantys muzikos aspektai. Profilio skalės aprašo, kiek kiekvieno muzikos elemento komponentai yra panašūs ir kiek skiriasi vienas nuo kito. Išskiriamos šios penkios skalės: nediferencijuoti, susijungę, integruoti, diferencijuoti ir pernelyg diferencijuoti.

Įvairovė

Šis profilis skirtas atskleisti, kaip organizuojami ir kaip susiję vienas po kito einantys muzikos aspektai. Profilio skalės aprašo, koku mastu kiekvienas muzikos elementas ar komponentas išlieka toks pats arba pasikeičia. Išskiriamos šios penkios skalės: fiksuotas, stabilus, kintamas, kontrastingas, atsitiktinis.

Įtampa

Šis profilis skirtas atskleisti, kiek įtampos sukuriama įvairiuose muzikos aspektuose ir per juos. Profilio skalės aprašo, koku mastu kiekvienas muzikos elementas ir komponentas akumuliuojasi, išlieka nepakitęs, moduluojasi ir sumažina įtampą. Išskiriamos šios penkios skalės: įtampos trūkumas, ramus, ciklinis, įtemptas, įtampos perteklius.

Vientisumas

Šis profilis analizuoja, koku mastu išlieka vientisi kiekvienas tuo pačiu metu egzistuojantis jausmas ir vaidmens santykis. Profilio skalės aprašo muzikos elementų ir komponentų kiekviename profilyje pastovumą, atsižvelgiant į įtampos lygius ir vaidmens santykius. Išskiriamos šios penkios skalės: sutampantis, sąveikaujantis, subalansuotas, nevientisas, poliarizuotas.

Svarba

Šis profilis skirtas atskleisti, kaip konkretiems muzikos elementams suteikiama daugiau svarbos nei kitiems. Profilio skalės aprašo, kiek reikšmingumo ir kontrolės suteikiama kiekvienam elementui ar komponentui. Išskiriamos šios penkios skalės: pavaldus, nusileidžiantis, dalyvaujantis, kontroliuojantis, dominuojantis

Autonomija

Šis profilis skirtas atskleisti, kokie vaidmens santykiai formuojami tarp improvizuotojų. Profilio skalės aprašo, koku mastu kiekvienam muzikos elementui ar aspektui skiriama lyderiauti ar būti sekančiu. Išskiriamos šios penkios skalės: priklausomas, sekantis, partneris, lyderis, varžovas.

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 2 psl.)

<u>Integracija</u>	<u>Įvairovė</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. nediferencijuoti, 2. susijungę, 3. integruoti, 4. diferencijuoti, 5. pernelyg diferencijuoti. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. fiksuotas, 2. stabilus, 3. kintamas, 4. kontrastingas, 5. atsitiktinis.
Ritminės figūros tema Ritminis dalies-visumos	Tempas Metras/padalijimas Ritminė figūra
Melodinės figūros tema Melodinis dalies-visumos Harmoninės figūros tema	Melodinė figūra Toninis pagrindas Harmonija Stilius
Tekstūra: dalis-visuma Tekstūra: registras ir konfigūracijos Frazuotė	Tekstūra: bendras Tekstūra: vaidmenys Tekstūra: registras Tekstūra: konfigūracijos Frazuotė
Garsas Tembras	Garsas Tembras
Nejudamasis-judinamasis Nejudamasis-frazė	Nejudamasis
Tekstai	Tekstai

<u>Įtampa</u>	<u>Vientisumas</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. įtampos trūkumas, 2. ramus, 3. ciklinis, 4. įtemptas, 5. įtampos perteklius. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sutampantis, 2. sąveikaujantis, 3. subalansuotas, 4. nevientisas, 5. poliarizuotas.
Ritminės figūrų tema Ritminė figūra	Ritminės figūrų tema Ritminė figūra
Toninė tema Melodinis Harmoninis	Toninis ir melodinis Harmoninis
Tekstūra	Tekstūra Frazuotė
Garsas Tembras	Garsas Tembras

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 3 psl.)

Programa/tekstai	Programa/tekstai
<u>Svarba</u> 1. pavaldus, 2. nusileidžiantis, 3. dalyvaujantis, 4. kontroliuojantis, 5. dominuojantis.	<u>Autonomija</u> 1. priklausomas, 2. sekantis, 3. partneris, 4. lyderis, 5. varžovas.
Ritminė tema Ritminė figūra	Ritminė tema Ritminė figūra
Toninė tema Melodinis Harmoninis	Toninis ir melodinis Harmoninis
Tekstūra	Tekstūra Frazuotė
Garsas Tembras	Garsas Tembras
Programa/tekstai	Programa/tekstai

Išvairėvės profilis

Aprašymas

Išvairėvės profilis pateikia kompozicinį aprašymą, kaip klientas organizuoja ir susieja *vienas po kito einančius* improvizacijos aspektus. Profilio mastas suteikia priemones analizuoti kiekvieną muzikos elementą, atsižvelgiant į figūras ir temas bei laikinus dalies-visumos santykius, kurie formuojasi improvizacijos metu.

Išvairėvės profilis aprašo mastą, kuriuo kiekvieno muzikos elemento komponentai laike yra išlaikomi, pakartojami, varijuojami, plėtojami, keičiami ir supriešinami. Kaip toks, jis atskleidžia muzikinis „formas“, kurios išskyla.

[...] komponentai (pvz., ritmas, melodija, harmonija), organizuojantys komponentai (pvz., tempas, metras, modalumas, tonacija) ir kokybiniai komponentai (pvz., garsas, tembras ir tekstūra). Profilių galima naudoti analizuojant seką individualioje muzikoje (intramuzika arba vidiniai santykiai) arba seką muzikos visumoje, kurią kuria vienas ar daugiau asmenų (intermuzika ir tarpasmeniniai santykiai). Tokiu būdu, naudojant tuos pačius kriterijus ir procedūras, šį profilį galima taikyti solo, duetams ar grupinėms improvizacijoms.

Ritminė figūra. Kokių mastu ritminės idėjos ar temos yra kartojamos, varijuojamos, plėtojamos, keičiamos ir supriešinamos?

Garsas. Koks naudojamos dinamikos intervalas, ir koks kiekis, dažnumas ir pokyčių staigumas kuriamas garso intensyvume ir masėje?

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 4 psl.)

Įtampos profilis

Apibrėžimas

Įtampos profilis yra kompozicinis įtampos kiekio ir tėkmės, kuriamos per kiekvieną muzikinį elementą, aprašymas. Profilio mastas suteikia priemones analizuoti kiekvieną elementą ir jo komponentus, atsižvelgiant į įtampos kaupimą, išlaikymą, saugojimą, moduliavimą ir sumažinimą. Pagal šį aprašymą, įtampą galima laikyti elemento ar jausmo, kuris sukuriamas klausytojui, savybe. Ji taip pat gali būti objektyvi muzikos savybė, garsas kaip muzikos savybė dažniausiai suvokiamas, kai kuriama daugiau įtampos, o ne lengvumo. Iš kitos pusės, yra situacijų, kaip išlaikomas lengvumas sukuria daugiau įtampos nei garsumas, o garsumas gali suteikti palengvėjimą ir sumažinti įtampą. Taigi, įtampa nėra tik energijos kiekio manifestacijos elemente funkcija. Ji taip pat apima būdą, koku būdu manipuluojama energija ir kaip ją suvokia klausytojas. Muzikinį įtampą įvairuoja pagal keletą faktorių, įskaitant: sukauptos ir išleistos energijos kiekis, energijos srautas, kulminacijos dydis ir dažnumas, struktūrinis aiškumas, nuspėjamumas, malonumas ir mastas, kiek išnaudojamos, panaudojamos ir įtempiamos elemento, improvizuotojo ir klausytojo galimybės.

Įtampa turi įtakos ir jai pačiai įtakos turi visi kiti profiliai. Integracijos trūkumas ar per didelė diferenciacija dažnai sukuria įtampą. Ir atvirkščiai, didžiulė įtampa gali sukurti dezintegraciją ir pernelyg didelę diferenciaciją. Fiksuotumas ir atsitiktinumas gali sukurti įtampą. Jie dažnai papildo įtampą. Įtampa gali būti įrankis manipuluoti muzikiniais elementais, siekiant išgauti iškilumą ir kontrolę vienas kito atžvilgiu, taip ji naudojama nusakyti, kaip tarp improvizuotojų kuriamas vaidmens santykis. Galiausiai, įtampos lygiams taip pat įtakos turi tai, kaip improvizacijos metu išreiškiami jausmai sąveikauja vienas su kitu.

Įtampą galima analizuoti instrumentiškai (individualioje improvizacijoje) arba intermuzikaliai (tarp individų, kuriančių muzikinę visumą). Ji gali nusakyti vidinius santykius tarp muzikos ir žmogaus arba santykius tarp improvizuotojų.

Ritminė figūra. Koku mastu ritminės idėjos ar temos yra kartojamos, varijuojamos, plėtojamoms, keičiamoms ir supriešinamos?

Garsas. Koks naudojamos dinamikos intervalas, ir koks kiekis, dažnumas ir pokyčių staigumas kuriamas garso intensyvume ir masėje?

Svarbos profilis

Apibrėžimas

Svarbos profilis yra kompozicinis apibrėžias, kurie muzikos elementai yra iškilniausi ir turi didžiausią įtaką kitiems elementams. Tarp kitų sąveikaujančių muzikos elementų, svarbiausia yra kontrolės ir svarbos elemento vieta. Profilio mastas suteikia priemones įvertinti kiekvieno muzikinio elemento įtaką kito elemento vientisumui, kintamumui, vaidmens funkcijoms, įtampai ir sutapimui.

Šis profilis analizuoja, kaip muzikos savybės veikia klausytoją. Elementas gali tapti iškilus, kai jo komponentai ar savybės yra pabrėžiami, ar kai tarp jų sukuriamas prieštarumas ir kontrastas. Abiem atvejais, prieštarumas ir kontrastas atkreipia klausytojo dėmesį. Iškilumą taip pat galima pasiekti, kai elementas patenka į kitų elementų skalę. Pavyzdžiui, diferencijuoti, pernelyg diferencijuoti, fiksuoti, atsitiktiniai, nesutampantys ar itin didelę įtampą kuriantys elementai dažniausiai yra labiausiai iškilūs ir turi didžiulį poveikį kitiems elementams.

Tačiau iškilus ir perėmęs kitų elementų atžvilgiu reikšmingiausią vaidmenį, šis elementas kontroliuoja kitus elementus. Kontrolės kiekį apibrėžia mastas, kuriuo elementas daro įtaką

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 5 psl.)

vaidmens santykiams kituose elementuose (pvz., solo su akompanimentu, lyderis-sekėjas), ar jis turi poveikį kitų elementų vientisumui ir kintamumui, ir koku mastu jis nulemia kylančią įtampą ir atitikimą visoje improvizacijoje.

Ritminė figūra. Koku mastu ritminės idėjos ar temos yra kartojamos, varijuojamos, plėtojamos, keičiamos ir supriešinamos?

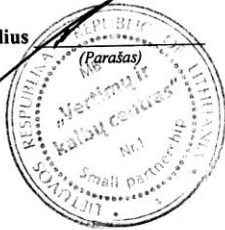
Garsas. Koks naudojamos dinamikos intervalas, ir koks kiekis, dažnumas ir pokyčių staigumas kuriamas garso intensyvume ir masėje?

Improvizacijos vertinimo profilių originali pilna skalė, IAP (Bruscia, 1987). Vertimas iš anglų kalbos
(skanuota. 6 psl.)

2017 m. gegužės mėn. 11 d.

Aš, **Gintaras Danielius**, asmens kodas 37703661288, gyvenamoji vieta Vilniaus g. 31, Vilnius, Lietuva, patvirtinu, kad vertimas į lietuvių k. yra tikslus ir teisingas. Lietuvos Respublikos teisės aktuose numatyta atsakomybė už neteisingą vertimą man yra žinoma.

Gintaras Danielius



MB „Vertimų ir kalbų centras“
Išlandijos g. 1/ Vilniaus g. 31, LT-01402 Vilnius
Tel. 8 698 88434; 8 650 30921
El. p. verteju.paslaugos@gmail.com
www.vertimu-biuras.us
Įm. k. 302965440, PVM m. k. LT10000845162

Improvizacijos vertinimo profilių originali skalė, IAP (Bruscia, 1987)

Įvairovės profilis					
Ritminių figūrų skalė	1	2	3	4	5
Dinaminė skalė	Fiksuotas	Stabilus	Kintamas	Kontrastingas	Atsitiktinis
Svarbos profilis					
Ritminių figūrų skalė	1	2	3	4	5
Dinaminė skalė	Pavaldus	Nusileidžiantis	Dalyvaujantis	Kontroliuojantis	Dominuojantis
Įtampos profilis					
Ritminių figūrų skalė	1	2	3	4	5
Dinaminė skalė	Įtampos trūkumas	Ramus	Ciklinis	Įtemptas	Įtampos perteklius

Vizualinio analogo skalė (VAS) (10 cm)

Įvairovės profilis |-----|

Ritminių figūrų skalė

Dinamikos skalė |-----|

Svarbos profilis |-----|

Ritminių figūrų skalė

Dinamikos skalė |-----|

Įtampos profilis |-----|

Ritminių figūrų skalė

Dinamikos skalė |-----|